



DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE TERAPII ONKOLOGICZNYCH



Foto. Ewa Grabiec-Raczak

Jubileusz XXV-lecia Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, Sieraków, 4 lipca 2019 r.

We współczesnej medycynie, a zwłaszcza onkologii, dokonuje się ogromny postęp. Leczenie chorych na nowotwory staje się coraz bardziej efektywne, zarówno w zakresie chirurgii, radioterapii, jak i farmakoterapii. Jednym z celów, jaki stawiają sobie naukowcy i lekarze, jest zmniejszenie działań niepożądanych terapii onkologicznych, podniesienie jakości życia pacjentów, szczególnie wobec faktu, że choroby nowotworowe mają obecnie charakter przewlekły. Dlatego onkologom potrzebne jest wsparcie innych, nowych specjalistów, m.in. kardioponkologów, neuroonkologów, dermatoponkologów, dietetyków klinicznych czy specjalistów rehabilitacji onkologicznej. Konieczne jest również budowanie świadomości i wiedzy pacjentów na temat działań niepożądanych oraz możliwości ich leczenia, tak aby kontynuować w sposób bezpieczny i skuteczny terapię onkologiczną. Działania niepożądane, takie jak neutropenia, neuropatia, niedokrwistość, kardioponkogeniczność, powikłania metaboliczne, powikłania zakrzepowo-zatorowe, a także okulistyczne i laryngologiczne, a przede wszystkim ból nie powinny być powodem zaprzestania terapii onkologicznej. Lekarze, nie tylko onkolodzy, ale specjaliści z wielu dziedzin medycyny wiedzą, jak je leczyć, a lekarze specjaliści w zakresie rehabilitacji potrafią usprawnić pacjenta po zabiegu chirurgicznym czy z obrzękiem limfatycznym, tak aby jego jakość życia była dobra. Zadaniem pacjenta jest samoobserwacja reakcji organizmu na zastosowane leczenie i informowanie lekarza prowadzącego o występujących działaniach niepożądanych oraz stosowanie się do zaleceń lekarza w celu ich minimalizacji.

**DLACZEGO W ONKOLOGII
POTRZEBNI SĄ NOWI
SPECJALIŚCI?**

debata na LAO

**DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE
TERAPII ONKOLOGICZNYCH**

**dr Agnieszka Jagiełło-Gruszczyńska
lek. Michał Kunkiel**

**OPIEKA KARDIOLOGICZNA
NAD PACJENTEM Z CHOROBA
NOWOTWOROWĄ**

lek. Jarosław Kępski

**DZIAŁANIA
NIEPOŻĄDANE LEKÓW**

dr Leszek Borkowski

IDEA DAWSTWA SZPIKU

Fundacja DKMS

**PROGRAM REHABILITACJI
ONKOLOGICZNEJ**

dr Joanna Filipowska

**ZABURZENIA FUNKCJONALNE
PO LECZENIU ONKOLOGICZNYM**

dr Sławomir Marszałek

**PRZYGOTOWANIE ORGANIZMU
PRZED ZABIEGIEM**

dr Dawid Murawa

**ROBOTYKA PRZYSZŁOŚCIĄ
MEDYCYNY**

dr Tomasz Szopiński

TRUDNE SŁOWO ADHERENCE

red. Aleksandra Rudnicka

Dlaczego w onkologii potrzebni są nowi specjaliści?

Zapis dyskusji *Dlaczego w onkologii potrzebni są nowi specjaliści?* przeprowadzonej podczas panelu na VIII Letniej Akademii Onkologicznej, której tematem były m.in. działania niepożądane leczenia onkologicznego, wymagające wsparcia innych specjalistów. Przygotowanie i moderacja – red. Aleksandra Rudnicka.



Aleksandra Rudnicka – Nasz panel jest kontynuacją zeszłorocznej debaty, podczas której mówiliśmy o tym, co rozumiemy współcześnie pod słowem onkolog. Onkolog to już nie tylko radioterapeuta, chirurg i onkolog kliniczny, ale też wiele innych specjalizacji, które wkraczają do wielodyscyplinarnej opieki onkologicznej. Inni specjaliści wspierający onkologów są potrzebni, ponieważ po pierwsze mamy do czynienia z działaniami niepożądanymi leków, które mają wpływ na funkcjonowanie innych narządów czy układów, po drugie pacjenci żyją długo z nowotworami, które traktujemy już jako choroby przewlekłe, i trzeba działania niepożądane terapii onkologicznych leczyć, aby móc kontynuować podstawowe leczenie.



Prof. Jerzy Walecki – radiolog, konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

gii i diagnostyki obrazowej. Z panem profesorem, będziemy mówić o wynikach współpracy między neurologiem, radiologiem i onkologiem. Panie Profesorze, jako radiolog zajmuje się Pan analizą, obrazowaniem zmian, które zachodzą u pacjentów onkologicznych po terapiach lekowych. Na co wskazują te zmiany, jakiego są rodzaju?

Przez wiele lat opisując zmiany u pacjentów onkologicznych stwierdzamy razem z innymi kolegami radiologami, że zmiany, które widzimy w badaniu obrazowym świadczą o uszkodzeniu mózgu o różnym stopniu ciężkości i charakterze. Na pewno leczenie chemio- czy radioterapeutyczne nie pozostaje obojętne dla mózgu. W różnych gremiach prezentowaliśmy już taką sesję, uważając, że neuroonkologia są to nowotwory układu nerwowego, natomiast onkoneurologię należy rozumieć jako powikłanie po leczeniu nowotworów w szerokim rozumieniu. Na świecie od kilkunastu lat pojawia się wyrażenie *chemo-brain* i *brain-toxicity*. Pierwsza, duża konferencja, która poświęcona była działaniom niepożądanym leczenia w układzie nerwowym u pacjentów onkologicznych leczonych z powodu raka piersi, odbyła się w Wenecji w 2007 r. Wątkiem klinicznym tego spotkania była demencja, czyli zaburzenia poznawcze pacjentek. Wtedy już podkreślono, że jej wystąpienie nie pozostaje bez związku z terapią onkologiczną. Trzeba jasno podkreślić, że byłoby herezją, gdyby ktoś z nas, zajmujących się stykiem tych specjalności, uważał, że fakt leczenia szkodzi choremu. Wręcz przeciwnie, leczenie jest ratunkiem dla chorego i koniecznością. Trzeba mieć też świadomość, że komplikacje chemio- , radioterapii czy

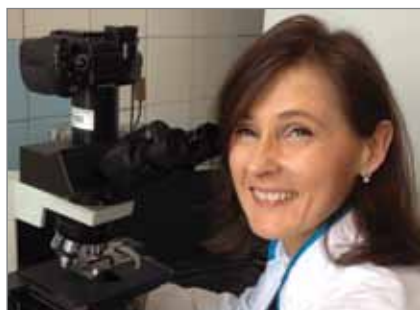
terapii skojarzonej są obecne i nasz cel działania jest taki, aby zwrócić uwagę na to, że chory w trakcie leczenia ma powikłania neurologiczne i ma zmiany w obrazie narządu, które potwierdzają to, że dochodzi do uszkodzenia tkanki mózgu, także rdzenia. Takim statystycznym przykładem są choroby chociażby hematologiczne, gdzie stosowane chemioterapeutyki (np. *metotreksat* czy *cisplatyna*) powodują zmiany o charakterze malacji, związanych głównie z uszkodzeniem mieliny, ale także powstaniem ognisk. Leki te działają również niekorzystnie na układ naczyniowy.



Lek. Jarosław Kępski – kardiopowikłolog, Europejskie Centrum Zdrowia w Otwocku. Panie doktorze, wiemy że nie ma terapii bez działań niepożądanych, ale trzeba rozważyć korzyść i szkodę. Wiemy, że innowacyjne terapie i leki mają zupełnie inne działania niepożądane niż klasyczna chemioterapia. Okazało się, że przełomowy lek, herceptyna stosowany w raku piersi, ma ogromne korzyści, ale też charakteryzuje się kardiotoxycznością. Czy inne leki onkologiczne też wykazują takie działania?

Obecnie są na topie, od 8 lat, wchodzi w użycie coraz powszechniejszy leki immunologiczne – immunoterapia nowotworów, której odkrywcy zostali

uhonorowani w zeszłym roku Nagrodą Nobla. Terapia bardzo obiecująca, coraz powszechniej stosowana w raku płuca, nerki, czerniaku czy chłoniaku Hodgkina miała za zadanie wzmacniać i mobilizować naturalny układ odpornościowy do walki z nowotworem. Jak się okazało nie jest to terapia pozbawiona powikłań. Komórki zapalne, immunologiczne, wpływając na mięsień sercowy, mogą go uszkadzać i co najgorsze w tej terapii, jest to toksyczność nagle i szybko postępująca. Wobec tego, pacjenci trafiając do lekarza kardiologa z zaburzeniami rytmu, z blokami serca, blokami przewodzenia czy z zapaleniem mięśnia sercowego, stoją już nad przepaścią. Jako kardiolodzy, oprócz włączenia leczenia immunosupresyjnego, niewiele możemy poradzić. Efekt jest taki, że niestety ci pacjenci w większości giną. Chciałbym podkreślić, że terapia, która jest bardzo nowoczesna i pokłada się w niej duże nadzieje, może powodować powikłania kardiologiczne, które doprowadzają do bardzo niebezpiecznych następstw, w tym niestety nagłych zgonów pacjentów. Wobec tego uczulamy onkologów i kardiologów, którzy opiekują się pacjentami onkologicznymi, aby bardzo czujnie przyglądali się pacjentom poddawanych tym terapiom i nie bagatelizowali żadnych objawów oraz wykonywali często badanie elektrokardiograficzne, echokardiograficzne. Głównie jest to ważne w pierwszym okresie leczenia, kiedy pacjenci dostają pierwszą, drugą dawkę leku, wtedy ryzyko toksyczności jest największe.



Dr n. med. Joanna Czuwara – dermatolog, dermatopatolog z Katedry i Kliniki Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Skóra pacjenta onkologicznego też ma-

nifestuje swoje niezadowolenie z leczenia i terapii, pojawiają się działania niepożądane. To dotyczy zarówno leków, jak i radioterapii. Pacjenci często nie odróżniają zwykłej alergii od działań niepożądanych. Na jakie objawy powinni zwrócić uwagę zarówno pacjenci i lekarze?

Myślę, że terapią, która zbliżyła dermatologów i onkologów, była to niewątpliwie terapia skierowana przeciwko receptorowi naskórkowego czynnika wzrostu, a więc podstawowego receptora odpowiedzialnego za funkcjonowanie naskórka i jego regenerację. Okazało się, że bardzo skuteczna terapia anty-EGFR w raku okrężnicy czy raku płuca istotnie wpływała na skórę. Tak naprawdę, każdy objaw związany ze skórą dla dermatologa jest ważny. Skóra każdego pacjenta w trakcie terapii jest w innym stanie, wymaga innej pielęgnacji i leczenia. Przy kontynuacji terapii, jeśli działania niepożądane nasilają się, to aż i tylko skóra decyduje o modyfikacji terapii, a nawet odstawieniu leku, co jest oczywiście szkodą dla terapii onkologicznej. Zajmując się skórą, potrafimy odróżnić różne objawy, czy skóra rogowacieje czy złuszcza się. W leczeniu skóry pacjentów z nowotworami, u których występują działania niepożądane terapii onkologicznych, nie tylko maści sterydowe są wskazane, ale cała gama innych leków, a także specjalistyczna pielęgnacja. Co powinno zaniepokoić, jakie objawy skórne powinny skłonić pacjenta i jego onkologa do zwrócenia się o specjalistyczną pomoc do dermatologa? Podczas współpracy z pacjentami nauczyłam się, że pacjentowi trzeba powiedzieć, że wszystko co na skórę jest nowe i pojawiło się w trakcie terapii, może mieć z nią związek. Jeśli onkolog stwierdzi, że należy skorzystać z konsultacji dermatologa, zawsze warto to zrobić. Pan doktor kardiolog wspominał o immunoterapii. W tym kontekście trzeba pamiętać o zmianach naczyniowych, które są dużym problemem diagnostycznym i terapeutycznym w dermatologii. Mogą one wystąpić podczas leczenia onkologicznego i utrudniać terapię onkologiczną. Tak więc uczulam na każdy nowy ob-

jaw, który pojawi się na skórze. Kiedy pacjent ma świadomość, że może to być związane z jego leczeniem onkologicznym i nie będzie bagatelizował najmniejszych zmian, to skłoni go to do pokazania zmiany na skórze specjalście. Z powodu ograniczeń czasowych nie oglądamy zawsze pacjenta od góry do dołu, natomiast zdarzały się rozwinęte półpaśce u pacjenta onkologicznego, który tego nie zgłaszał, ponieważ się wstydził. Jest wiele przykładów tego typu.



Dr Joanna Filipowska – kierownik Zakładu Rehabilitacji w Białostockim Centrum Onkologii. Pani doktor, pani placówka działa już długo i posiadacie duże doświadczenie w leczeniu pacjentów onkologicznych. Oprócz podstawowych działań niepożądanych leczenia onkologicznego, takich jak obrzęk limfatyczny, z jakimi nowymi problemami jako rehabilitanci się stykacie w ostatnich latach?

Kibicuję współpracy mediów i medyków. Uważam, że taka współpraca w onkologii ma ogromne znaczenie i przekłada się bezpośrednio na leczenie naszych chorych. Rehabilitacja towarzyszy onkologom od ponad 30 lat, w tym czasie dużo się nauczyliśmy. Dr Maliszewski przypominał nam, jak wyglądają chore kończyny, jakim dyskomfortem jest obrzęk chłonny, zwłaszcza kończyny dominującej. Na bazie doświadczenia tworzyliśmy programy, które spowodowały, że niepełnosprawność, w tym duże obrzęki, są coraz większą rzadkością u pacjentów onkologicznych. Najnowsze możliwości technologiczne mogą spowodować, że w przyszłości w ogóle ich nie będzie. Obecnie rehabilitacja dotyczy nie tylko kobiet z rakiem piersi, ale także pacjentów z nowotworami głowy i szyi,

miednicy małej (nowotwory ginekologiczne i urologiczne), czerniakami, nowotworami układów nerwowych – ośrodkowym i obwodowym, a także dzieci chore na nowotwory. Problemów jest dużo, są to następstwa choroby i leczenia, między innymi polineuropatia, neuropatia. Bardzo ważna jest edukacja od początku leczenia. W tej chwili edukacja w zakresie rehabilitacji, zaczyna się już na oddziale chirurgicznym przed zabiegiem. Pacjenci leżą w szpitalu coraz krócej i wiedza przekazana przed zabiegiem jest niezwykle ważna. Edukacja polega zarówno na przekazaniu wiedzy, ale też na motywacji pacjenta do podjęcia rehabilitacji, do samodzielnego wykonywania ćwiczeń i kolejnych zaleceń. Pacjent onkologiczny boryka się z wieloma problemami, ma różne zalecenia, musi zażywać leki, dbać o skórę, ma wiele ograniczeń, a my motywujemy go jeszcze od aktywności, oczywiście nie dużej, stosownej dla niego. Niemniej jednak jest to dodatkowa, kolejna czynność dla chorego. Rehabilitacja to nie tylko fizjoterapia, ale działanie zespołowe różnych specjalistów. Kobiety z nowotworem piersi, zgłaszające się na rehabilitację są leczone w sposób zindywidualizowany, różnymi technikami chirurgicznymi i leczeniem uzupełniającym, dlatego potrzebują usprawniania dobrane do swoich potrzeb i problemów. Na co dzień nasza placówka styka się z wieloma wyzwaniami, mamy pacjentów, którzy pracują w trakcie leczenia lub chcą jak najszybciej wrócić do pracy. Są też tacy chorzy, którzy całe życie uprawiali sport i chcą nadal to robić lub odwrotnie, nie byli przed chorobą aktywni fizycznie i trzeba ich zmotywować, zachęcić, pokazać korzyści, jakie daje ruch w powrocie do sprawności po chorobie czy w czasie choroby nowotworowej.

Mgr inż. Iwona Sajór – kierownik Pracowni Prewencji i Leczenia Żywnościowego Nowotworów w Instytucie Żywności i Żywienia w Warszawie. Wiadomo już, że dieta jest bardzo ważna w profilaktyce nowotworów. Natomiast nie wszyscy wiedzą, że odpowiednia dieta w trakcie leczenia onkologicznego



jest w stanie, skutecznie wesprzeć leczenie i uchronić pacjenta przed pewnymi schorzeniami. Czego może dotyczyć wsparcie żywieniowe w chorobie onkologicznej?

Zajmując się pacjentami onkologicznymi na co dzień, wiem z iloma problemami się borykają. Z badań wynika, że od 50 do 75% pacjentów onkologicznych rozwija w trakcie choroby nowotworowej różne problemy żywieniowe lub zaburzenia odżywiania. Tak naprawdę od 5 do 20% pacjentów onkologicznych ginie z powodu niedożywienia i wyniszczenia organizmu, a nie z powodu obecności samego nowotworu. Głównym problemem pacjentów onkologicznych są działania niepożądane związane z leczeniem choroby, w tym: nudności, wymioty, brak apetytu, zaburzenia rytmu wypróżnień, zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego i utrata masy ciała, prowadzące do niedożywienia. Działania niepożądane terapii onkologicznych u różnych pacjentów mogą mieć różnego stopnia nasilenie. W przypadku chorych na nowotwory przewodu pokarmowego, ich występowanie jest oczywiste. Ale również pacjenci chorzy na szpiczaka, białaczkę, którzy otrzymują dosyć agresywne leczenie, także doświadczają tych problemów. Właściwa opieka żywieniowa nad pacjentem, od momentu postawienia diagnozy, jest niezwykle ważna, ponieważ kiedy w trakcie leczenia pacjent jest niedożywiony i brakuje mu składników odżywczych, jego układ odpornościowy słabo odpowiada na terapię. Bywa tak, że leczenie musi być odroczone lub przerwane. Temat żywienia bardzo zajął się również z kwestią aktywności fizycznej. Wielu pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, rezygnuje z normalnej aktywności, nie zdając sobie sprawy, że to

prowadzi do osłabienia mięśni. W połączeniu z problemami żywieniowymi i ubytkiem masy ciała przyczynia się to do słabszej odpowiedzi układu immunologicznego. Dlatego też, zespół opiekujący się pacjentem onkologicznym powinien być interdyscyplinarny, aby zaopiekować się nim od diagnozy, przez etap leczenia, aż do zakończenia rekonwalescencji.

Prof. Jerzy Walecki – Panie Profesorze, wykreował Pan termin neuroonkologia i powołał Pan zespół roboczy radiologów, którzy analizują badania obrazowe pod kątem zmian neurologicznych występujących u pacjentów onkologicznych. Czym dokładnie zajmuje się ten zespół?

Nasze działania w zasadzie nie polegają na rozpoznawaniu zmian, widzimy tylko pośrednie cechy pnia mózgu. Rozpoznawanie wczesnych zmian jest naszą codzienną praktyką, bo na tym polega sens pracy radiologa, w moim przypadku neuroradiologa, że oceniając mózg dodając obciążenie genetyczne, pewne zmiany mogą wskazywać na zachorowanie w przyszłości. Lecz nie jest to naszym kierunkowym działaniem, żeby rozpoznawać zmiany wczesne, ale w czasie leczenia chorób nowotworowych. Podczas niego mamy bowiem do czynienia z wieloma przypadkami i z wieloma procesami, które wiążą się na przykład z indukowaniem przyczajonego nowotworu, rozwojem zmiany nowotworowej lub też zmiany pseudonowotworowej. Na przykład, kiedy pacjent leczony na glejaka otrzymuje leczenie skojarzone i parę miesięcy później pojawia się zmiana ogniskowa, która imituje guz, to jest to tzw. pseudoprogresja, którą jeżeli komuś przyjdzie do głowy zoperować, to mamy dramat, ponieważ to jest martwica, a nie guz. Podsumowując, onkoneurologia zajmuje się dostrzeganiem zmian, które są efektem leczenia skojarzonego czy radioterapii. Np. przy naświetlaniu guzów twarzoczaszki czy szyi pojawiają się zaburzenia widzenia czy zmiany w tylnej jamie czaszki, które powinniśmy zobaczyć i skonsultować z radiologami w sprawie zmiany terapii na Gamma Knife czy radiochirurgię.

Tkanka nerwowa jest najwrażliwsza i najważniejsza, dlatego też każda neurotoksyczna akcja chemią czy radioterapią może być dramatem. Naszą misją jest te rzeczy pokazać. Jako, że onkolodzy są naszymi najbliższymi partnerami w działaniu, muszą od nas to usłyszeć. Polskie Towarzystwo Neurologiczne powołało sekcję neurologów współpracujących z onkologami, której członkowie mają szereg ambitnych planów, m.in. stworzenie systemu nadzoru neurologicznego leczonych onkologicznie pacjentów.

Lek. Jarosław Kępski – *Panie doktorze, termin kardiatoonkologia już się przyjął, ale nie ma jeszcze zarejestrowanej takiej specjalizacji. Czy cieszy się ona zainteresowaniem i gdzie młodzi lekarze, chcący się w niej specjalizować, mają szukać ośrodków czy mentorów?*

Termin kardiatoonkologia jest już mocno zakorzeniony w środowisku kardiologów i onkologów, opiekujących się pacjentami onkologicznymi. Mam tę przyjemność pracy w ośrodku onkologicznym z jednym z autorytetów w dziedzinie kardiatoonkologii, dr hab. n. med. Sebastianem Szmitem. Na co dzień możemy odczuć namacalną potrzebę rozwoju wiedzy oraz jej szerzenia wśród kardiologów na temat onkologii i na temat powikłań onkologicznych. U pacjenta, któremu choroba bądź leczenie onkologiczne indukuje chorobę niedokrwienną, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu czy inne powikłania, to nie są typowe powikłania, jak w ogólnej populacji pacjentów kardiologicznych. Działają tam zupełnie inne mechanizmy – uruchomiony proces zapalny, zastosowanie leków onkologicznych. Taki pacjent jest bardzo skomplikowany. Zgłaszają się do nas koledzy z całego kraju, my również nie możemy dać zawsze klarownej odpowiedzi, kontaktujemy się z kolegami w USA i dopiero po międzynarodowym konsylium możemy jaśniej odpowiedzieć lub przynajmniej coś zasugerować. Zainteresowanie tematem jest ogromne ze względu na rosnącą populację chorych leczących się onkologicznie lub już wyleczonych, u których efekt terapii działa dłużej powodując

powikłania. W ramach specjalizacji z kardiologii prowadziłem kursy „Onkologia w kardiologii”. Ponadto widzimy ogromne zainteresowanie tematem kardiatoonkologii na zjazdach naukowych, chociażby na konferencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego odbywają się sesje kardiatoonkologiczne, gdzie sale są zawsze pełne. Widzimy potrzebę kształcenia młodych lekarzy. W dużych ośrodkach onkologicznych powstaje coraz więcej oddziałów kardiatoonkologii i w takich miejscach można zdobywać wiedzę i spotykać mentorów, chociażby u nas, w Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku. Wiem też, że ostatnio ten temat podjęła Krajowa Rada ds. Onkologii.

Dr n. med. Joanna Czuwara – *Mówiliśmy o potrzebie zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentem onkologicznym. Czy w tym zespole powinien być dermatolog oraz jakie powinny być jego kompetencje?*

Miałam okazję konsultować pacjentów w wielu ośrodkach onkologicznych i zauważyłam, że zainteresowanie wiedzą na temat zmian skórnych wśród onkologów jest bardzo duże i przywiązują do nich dużą wagę. W terapiach onkologicznych, zwłaszcza tych innowacyjnych uczymy się działań niepożądanych, jak im zapobiegać, jak je leczyć. Nawet rzadsze powikłania wymagają konsultacji interdyscyplinarnej, ponieważ w dermatologii mamy leki, które mogą zaburzyć funkcjonowanie organizmu i wymagają decyzji, dostosowania terapii onkologicznej. Dobry stan skóry jest nam na co dzień potrzebny, ponieważ skoro wydłużamy pacjentom życie, powinna iść za tym także jego jakość. Skóra posiada swoje warstwy, różne choroby mogą wyglądać tak samo, ale leczymy je zupełnie odmiennie. Zdolność różnicowania tych chorób, często w oparciu o diagnostykę mikroskopową (dermatopatologia), jest ważna dla mnie jako klinicysty, ale też jako dermatopatologa, aby precyzyjnie rozpoznać zmianę. Uczymy się wspólnie, żeby tworzyć później rekomendacje i standardy postępowania. Kompetencje ustala się na początku w oparciu o respekt oparty na przeświadczeniu,

że każdy się na czymś odmiennym zna. Dla mnie podstawą jest sentencja: *Widzi się tyle, ile się wie*. Im więcej będzie interakcji pomiędzy specjalistami, tym więcej się wspólnie nauczymy i rekomendacji wypracujemy.

Dr Joanna Filipowska – *Jakie jest Pani zdanie na temat specjalizacji rehabilitacja onkologiczna?*

Na razie formalnie nie mamy takiej specjalizacji, a jest to niezwykle ważny obszar wiedzy tworzący jakość życia pacjentów onkologicznych, warto się w nim rozwijać, wymieniać doświadczenia. Uważam, że rehabilitacja onkologiczna ma swoje prawa, potrzeby i wymogi. Oprócz aktualnej wiedzy w pracy z pacjentem onkologicznym bardzo ważne jest doświadczenie i możliwość konsultowania stanu chorego z onkologami. Rehabilitacja onkologiczna jest ważnym elementem opieki onkologicznej. Mamy mało ośrodków rehabilitacji onkologicznej, które mieszczą się przy centrach onkologii. Zapotrzebowanie jest ogromne i systematycznie zwiększa się wraz ze zwiększającą się świadomością naszych pacjentów. Problemem jest także duża trudność w dostępie do rehabilitacji pacjentów onkologicznych poza ośrodkami onkologicznymi. Cieszy mnie, że Krajowa Sieć Onkologiczna daje nadzieję na wprowadzenie rehabilitacji onkologicznej na szerszą skalę, jednak na razie dotyczy ona głównie kobiet z rakiem piersi, a przecież także inne grupy pacjentów onkologicznych potrzebują specjalistycznej rehabilitacji. Im szybciej ją otrzymają tym lepiej, tym lepsza będzie jakość ich życia, krótszy czas powrotu do sprawności.

Mgr inż. Iwona Sajór – *Także dietetyk powinien znaleźć stałe miejsce w systemie opieki onkologicznej. Zauważamy, że pacjenci przywiązują coraz większą wagę do żywienia w chorobie nowotworowej, szukają warsztatów na ten temat. W dalszym ciągu brakuje dietetyków klinicznych na oddziałach onkologicznych i co gorsze, czasami pacjenci trafiają też w ręce szarlatanów, którzy obiecują wyleczenie za pomocą cudownego preparatu czy diety. Jak Pani zdaniem powinien*

wyglądać dostęp do wiedzy o żywieniu onkologicznym dla lekarzy i pacjentów?

Krąży niezliczona ilość mitów na temat żywienia w chorobie nowotworowej. Opieka nad pacjentem onkologicznym w zakresie żywienia to duża odpowiedzialność. Jeśli pacjent usłyszy od personelu medycznego sprzeczne informacje, zacznie szukać informacji na własną rękę. Drugim problemem jest brak uregulowań prawnych w zakresie dietetyki. Niestety, ktoś po ukończeniu nawet kilkudniowego kursu bez żadnego doświadczenia, nie może przedstawiać się jako dietetyk.

Po pierwsze, pacjent idąc po poradę i najczęściej płacąc za nią, powinien sprawdzić kompetencje osoby udzielającej porady. Po drugie, nie każdy dietetyk z odpowiednim wykształceniem ma doświadczenie w pracy z pacjentem onkologicznym. Te osoby, które pomagają w redukcji masy ciała, tzw. odchudzaniu, mogą być po prostu nieprzydatne i nie posiadać odpowiednich kompetencji do prowadzenia żywieniowego wsparcia pacjenta z chorobą nowotworową. Od wielu lat prowadzę szkolenia zarówno dla chorych i ich rodzin, jak również dla personelu me-

dycznego, odwiedzam wiele ośrodków, współpracuję z organizacjami pacjentów, aby rzetelną, popartą badaniami naukowymi wiedzę o żywieniu w chorobach onkologicznych, propagować jak najszerzej. Tworzymy też wspólnie materiały edukacyjne. Trudno wymagać, aby lekarz czy pielęgniarka pośród wielu obowiązków informowali pacjentów o szczegółach strategii żywienia, dlatego istnieje pilna potrzeba włączenia dietetyka do interdyscyplinarnego zespołu, zajmującego się pacjentem onkologicznym.



dr Agnieszka
Jagiełło-Gruszfeld

lek. Michał Kunkiel

Działania niepożądane terapii onkologicznych

Dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld i lek. Michał Kunkiel z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie przedstawiają krótki przegląd najczęściej występujących objawów niepożądanych obserwowanych podczas systemowych terapii onkologicznych i sposoby ich leczenia.

Leczenie przeciwnowotworowe z roku na rok staje się coraz bardziej skuteczne, gdyż pojawiają się nowe strategie terapii i nowe leki o zupełnie innych mechanizmach działania (np. immunoterapia, terapie ukierunkowane na cele molekularne). Nie można jednak zapominać, że wszystkie, nawet najnowocześniejsze terapie bywają obciążone pewnym ryzykiem powikłań, które mogą występować u pacjentów.

Należy podkreślić, że nawet łagodne lub umiarkowane działania niepożądane u konkretnego chorego mogą spowodować pogorszenie jakości codziennego funkcjonowania (ang. Quality of Life), co z kolei powoduje niechęć do dalszej terapii oraz negatywne opinie, pojawiające się na forach internetowych i w przestrzeni publicznej.

Profil działań niepożądanych chemioterapii

Nawet najskuteczniejszej metodzie leczenia towarzyszą mniejsze lub większe działania niepożądane. Do najczęściej spotykanych objawów ubocznych cytostatyków zaliczamy nudności i wymioty, utratę owłosienia, niedokrwistość, czy niski poziom białych krwinek krwi (neutropenia). Objawy te częściej związane są z zastosowaniem klasycznej chemioterapii (np. antracykliny, taksany) podawanej w standardowych dawkach zarówno drogą dożylną, jak i doustną.

Toksyczność chemioterapii wynika z jej nieselektywnego (niewybiórczego) wpływu na wszystkie tkanki organizmu, zarówno na komórki nowotworowe, jak i te prawidłowo funkcjonujące. Toksyczności te pogarszają jakość codziennego funkcjonowania pacjenta i często wymagają stosowania leczenia wspomagającego (ang. *supportive care*), które

ma za zadanie łagodzenie objawów ubocznych lub ich prawie całkowite zniesienie.

Alopecia

Często przytaczanym przykładem może być wypadanie włosów w trakcie terapii (tzw. alopecia). Spowodowane jest to faktem, że chemioterapia, co prawda niszczy szybko namnażające się komórki guza, ale jednocześnie tak samo wpływa na namnażające się fizjologicznie, prawidłowe komórki tworzące włosy. Do tej pory nie opracowano leku, który mógłby zapobiegać alopecji. Wiele ośrodków decyduje się na zastosowanie u pacjentów czepków chłodzących, ale trzeba pamiętać, że mogą się one okazać nieskuteczne w przypadku stosowania chemioterapii opartej na antracyklinach, a wiele pacjentek skarży się podczas ich stosowania na nieprzyjemne odczucie związane z wychłodzeniem głowy.

Biegunka i zapalenie śluzówek jamy ustnej

Innym przykładem toksycznego wpływu cytostatyków na komórki szybko dzielące się jest **uszkodzenie nabłonka przewodu pokarmowego, co prowadzi do nieprzyjemnych objawów bólesności i owrzodzeń w jamie ustnej**. Niekiedy dochodzi do nadkażenia uszkodzonych miejsc patogennymi szczepami grzybów lub bakterii. Taka sytuacja wymaga stosowania leków przeciwgrzybiczych lub przeciwbakteryjnych miejscowo lub ogólnoustrojowo, szczególnie przy towarzyszącej neutropenii.

Biegunka, która często związana jest ze stosowaniem niektórych cytostatyków (taksany, kapecytabina), a także niektórych leków celowanych molekularnie (pertuzumab, lapatynib), wynika z uszkodzenia nabłonka kosmków jelitowych. Wymaga stosowania leków objawowych (np. *loperamid*), a w przypadkach o znaczącym nasileniu zastosowania nawodnienia dożylnego i hospitalizacji pacjenta.

Nudności i wymioty

Nudności i wymioty są **najsilniej kojarzonym objawem niepożądanym ze stosowaną chemio- lub radioterapią, budzą lęk szczególnie u pacjentów przystępujących po raz pierwszy do leczenia onkologicznego**. Największe ryzyko wystąpienia wymiotów (tzw. wysoki potencjał emetogeny) mają takie cytostatyki jak *cisplatyna*, *cyklofosfamid* w dawce powyżej 1500 mg/m² czy powszechnie stosowany w leczeniu raka piersi schemat AC (połączenie *doksorubicyny* z *cyklofosfamidem*). Na ryzyko wymiotów wpływa nie tylko konkretny chemioterapeutyk, ale też tzw. czynniki osobnicze pacjenta, jak na przykład – płeć żeńska, młodszy wiek czy obecność choroby lokomocyjnej.

Wymioty dzielimy na wyprzedzające, tj. niezależne od typu zastosowanej chemioterapii, mogą być spowodowane samym zbliżaniem się do szpitala, czy np. widokiem igły, kroplówki. Występowanie tego typu objawów wynika z lękowego nastawienia pacjenta, a ich leczenie polega na zastosowaniu

leków przeciwlękowych i uspokajających.

Poza tym wymioty dzielimy na wczesne (jeśli wystąpiły w ciągu 24 godzin od zakończenia chemioterapii) lub późne (pojawiające się w kolejnych dobach).

Dysponujemy obecnie całym spektrum leków, które skutecznie **przeciwdziałają lub znacząco ograniczają nudności i wymioty**. Wykorzystuje się – w zależności od mechanizmu powstawania nudności i wymiotów – leki działające na receptor serotoninowy, *dexamethason*, leki działające na receptor dopaminowy oraz, szczególnie skuteczne przy stosowaniu chemioterapii o wysokim potencjale emetogenym, antagoniści receptorów neurokininowych. Dlatego **współcześnie nie obserwujemy prawie wcale silnych wymiotów lub uporczywych nudności podczas chemioterapii**.

Polineuropatia

U części chorych otrzymujących chemioterapię może dojść do **uszkodzenia nerwów obwodowych (ang. chemotherapy-induced peripheral neuropathy – CIPN)**. Objawy polegają na tym, że chory odczuwa mrowienie, palenie, a następnie zaburzenia czucia spowodowane uszkodzeniem zakończeń nerwowych głównie w zakresie dłoni i stóp. Czasami uszkodzeniu mogą ulegać również nerwy słuchowe lub odpowiedzialne za utrzymanie równowagi, rzadziej inne grupy nerwów. Niestety nie opracowano do tej pory skutecznych metod leczenia tego typu toksyczności. Stosuje się szereg leków przyspieszających regenerację nerwów lub łagodzących objawy, **niestety u około 5–10% pacjentów polineuropatia przechodzi w fazę nieodwracalną**.

Niedokrwistość

Niedokrwistość dotyczy ponad 50% chorych z rozpoznaną chorobą nowotworową i wyraża się niskim poziomem hemoglobiny (główny nośnik tlenu w organizmie). Niedokrwistość u chorych onkologicznych może pojawiać się w wyniku działania wielu

czynników. Należy pamiętać, że nie każdy niski poziom hemoglobiny jest bezwzględnym wskazaniem do przetaczania preparatów krwi. Dopiero poziom hemoglobiny poniżej wartości 7 g/dl powoduje istotne zmniejszenie ilości tlenu dostarczanego do poszczególnych narządów i wymaga przetoczenia krwi.

Istotna jest także **ocena stężenia poziomu żelaza i innych elementów gospodarki żelazem oraz ewentualna jego suplementacja** w trakcie chemioterapii zarówno doustna jak i dożylna. Cennym elementem terapii wspomagającej w niedokrwistości są **podawane podskórnie czynniki wzrostu stymulujące rozwój erytrocytów tzw. erytropetyny**, które poprawiają poziom hemoglobiny i zmniejszają liczbę koniecznych przetoczeń u pacjenta.

Niedokrwistość może również występować podczas terapii niektórymi lekami celowanymi molekularnie (np. *olaparib*).

Neutropenia

Neutropenia (zbyt mała ilość neutrocytów – jednej z frakcji białych krwinek) jest jednym z najczęstszych zaburzeń hematologicznych wynikających z toksycznego działania chemioterapii na szpik kostny. Wiele z używanych współcześnie leków w onkologii uszkadza przejściowo i odwracalnie macierzyste komórki krwiotwórcze, z których powstają neutrocyty powodując tzw. cytopenie (neutropenie). **Najniższe wartości neutrocytów osiągane są zwykle między 7. a 10. dobą po podaniu chemioterapii**. Normalizacja poziomu neutrocytów następuje po około 14 dniach.

Neutropenia może pojawiać się także w czasie leczenia lekami celowanymi molekularnie np. inhibitorami niektórych kinaz.

Ciężkość neutropenii określa się w 4-stopniowej skali, gdzie każdemu stopniowi przydzielony jest konkretny zakres wartości neutrocytów, w stopniu I – poziom powyżej 1500 neutrocytów w 1 mm³, stopień II – poniżej 1500 do 1000 w 1 mm³, stopień III – poniżej 1000 do 500 w 1 mm³ oraz stopień IV

– poniżej 500 neutrocytów. Poziom krwinek poniżej 100 w 1 mm³ określa się mianem agranulocytozy. **Neutropenia indukowana chemioterapią lub radioterapią w stopniach 1 i 2 u większości chorych nie wymaga żadnych interwencji.**

Sytuacja przy neutropenii w stopniu 3 oraz 4 lub jeśli niski poziom neutrocytów utrzymuje się w kolejnych kontrolnych oznaczeniach powyżej 7 dni wymaga wzmożonej czujności zarówno ze strony lekarza prowadzącego, jak i samego pacjenta.

Klinicznie istotna neutropenia to zwiększone ryzyko infekcji, zarówno tych o etiologii bakteryjnej, jak i wirusowej. Sytuacja, w której u chorego kilka dni po zastosowanej chemioterapii wystąpi gorączka powyżej 38°C utrzymująca się przez kilka godzin z towarzyszącymi dreszczami, rzadziej wzmożoną potliwością, wymaga pilnej oceny. Takim samym sygnałem alarmowym powinno być bardzo nasilone, postępujące, pojawiające się szybko i bez wyraźnej przyczyny osłabienie. Należy przeprowadzić badanie przedmiotowe (osłuchiwanie płuc, ocena śluzówek jamy ustnej) oraz wykonać kontrolną morfologię krwi. Zależnie od oceny wyników i stanu chorego zleca się dodatkowe badania, jak parametry stanu zapalnego (białko ostrej fazy CRP, prokalcytonina) oraz rozszerzone badania krwi oceniające funkcje nerek, wątroby, poziomy elektrolitów.

Neutropenia w stopniu 4 z gorączką jest nazywana gorączką neutropeniczną. Największym czynnikiem ryzyka rozwoju gorączki neutropenicznej jest rodzaj zastosowanego schematu chemioterapii i jego wpływ na hamowanie funkcji komórek szpiku kostnego. Leczenie wysoce toksycznymi hematologicznie schematami wymaga stosowania profilaktycznie czynników wzrostu dla neutrocytów (G-CSF) podawanych w iniekcjach podskórnych.

Istotne jest, aby chorzy przyjmujący czynniki wzrostu szczególnie przy pierwszych dniach ich stosowania pamiętali o objawach niepożądanych tej grupy leków – bólach kostno-stawowych, uczuciu osłabienia, wodnistej wydzielinie z nosa przypominające objawy infekcji grypowej. Są to objawy przejściowe, które nie są związane z chemioterapią.

Podstawową metodą leczenia gorączki neutropenicznej jest terapia antybiotykami szerokospektralnymi (obejmującymi szeroką grupę bakterii). Istotną rzeczą jest identyfikacja patogenu za pomocą posiewów z krwi, kału czy moczu i zależnie od wyniku zmodyfikowanie antybiotyku na lek ukierunkowany na konkretny patogen. Należy pamiętać, że **w około 50% przypadków z rozpoznaniem gorączki neutropenicznej może nie udać się zidentyfikować przyczyny infekcji mimo prawidłowego postępowania diagnostycznego.**

Kardiotoksyczność

Szereg leków stosowanych w leczeniu onkologicznym może powodować uszkodzenie mięśnia sercowego lub też powoduje upośledzenie czynności serca wywołując zaburzenia rytmu serca. Najpoważniejsze objawy kardiotoksyczne związane są z leczeniem antracyklinami. Monitorowania kardiologicznego wymagają również pacjentki otrzymujące leki celowane antyHER2. Zaburzenia rytmu serca może powodować szereg leków celowanych molekularnie.

Zmniejszenie płodności

Szereg cytostatyków może przejściowo lub trwale uszkadzać komórki rozrodcze, co w rezultacie doprowadza to trudności w realizacji planów rodzicielskich. **Nie ma obecnie leków, które mogą ochronić komórki rozrodcze przed zgubnym wpływem leków onkologicznych.** Jedyne skuteczne metody wspomagania płodności polegają na pobraniu komórek rozrodczych (nasienie, komórki jajowe lub fragmenty jajnika) przed planowanym rozpoczęciem chemioterapii i zamrożeniu ich do czasu

zakończenia leczenia onkologicznego, kiedy to będą mogły być wykorzystane do zapłodnienia.

Działania niepożądane hormonoterapii

Hormonoterapia jest szeroko stosowaną w onkologii metodą leczenia mającą zastosowanie w przypadku tzw. nowotworów hormonozależnych. Należą do tej grupy: rak gruczołu krokowego, rak macicy, hormonozależny rak piersi. Profil działań niepożądanych zależy od rodzaju zastosowanego leku. **W przypadku chorych na raka piersi najczęściej mamy do czynienia z wprowadzeniem pacjentek w przedwczesną menopauzę,** co powoduje szereg typowych objawów (uderzenia gorąca, poty nocne) ale także spadek libido, dysfunkcje seksualne, suchość pochwy. Poza tym **tamoksifen może powodować zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych szczególnie u osób z predyspozycjami do tego typu powikłań oraz powikłania okulistyczne (głównie zaćma) a także możliwość uszkodzenia wątroby i, u niewielkiego odsetka chorych, zwiększenie ryzyka raka trzonu macicy.**

Głównym działaniem niepożądanym inhibitorów aromatazy są bóle kostno-stawowe (u ok. 30% leczonych), rzadziej osteoporoza oraz powikłania kardiologiczne (nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca) i metaboliczne (podwyższony poziom cholesterolu i triglicerydów).

Zaleca się, aby u pacjentek otrzymujących hormonoterapię z powodu raka piersi kontrolować gęstość kości (badanie densytometryczne) raz do roku, oceniać co 4–6 miesięcy badania krwi (poziomy enzymów wątrobowych, profil lipidowy) wykonywać regularne badania ginekologiczne wraz z USG transwaginalnym (co najmniej raz do roku), a w razie potrzeby skorzystać z konsultacji psychoonkologa, seksuologa lub kardiologa.

UBEZPIECZENIA
DODATKOWE



Wracaj do zdrowia razem z PZU

Chcemy Cię wspierać w każdym, nawet najcięższym momencie Twojego życia. Dlatego stworzyliśmy ubezpieczenie **PZU Z miłości do zdrowia**. Dzięki niemu zapewnimy Ci kompleksową opiekę lekarską i diagnostyczną, rehabilitację, wsparcie psychologiczne oraz pomoc opiekuna, jeśli zachorujesz na raka lub będziesz miał zawał albo udar.

☎ 801 102 102 pzu.pl



Opieka kardiologiczna nad pacjentem z chorobą nowotworową



Jarosław Kępski – lekarz kardiolog, absolwent Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, obecnie pracuje w Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku, gdzie w zespole prof. Sebastiana Szmita zajmuje się opieką kardiologiczną nad pacjentami leczonymi onkologicznie. Główne zainteresowania naukowe to powikłania zakrzepowo-zatorowe oraz arytmiczne w onkologii. W swojej codziennej praktyce klinicznej zajmuje się przede wszystkim diagnostyką nieinwazyjną, ze szczególnym uwzględnieniem echokardiografii.

Na całym świecie obserwuje się rosnącą liczbę zachorowań na nowotwory złośliwe. W Polsce w 2016 roku było to aż 164 tys. nowych przypadków. Wymusza to wprowadzanie nowych, bardziej skutecznych terapii antynowotworowych, co przekłada się na poprawę rokowania chorych. Stwarza to również nowe wyzwania dla lekarzy praktyków. **W obecnym systemie, w opiekę nad pacjentem onkologicznym zaangażowany jest zespół terapeutyczny, w którego skład obok lekarza onkologa wchodzi m.in. radioterapeuta, chirurg, kardiolog, rehabilitanci, lekarze rodzinni.** Indywidualizowane podejście terapeutyczne zależy przede wszystkim od statusu chorego.

Pierwszą grupę stanowią chorzy, którzy w danym momencie otrzymują leczenie przeciwnowotworowe. Rola zespołu polega wówczas na szybkiej diagnostyce ewentualnych powikłań prowadzonej terapii i wdrożeniu odpowiedniego postępowania, tak aby bezpiecznie kontynuować optymalne leczenie onkologiczne. **Drugą grupę stanowią chorzy, którzy zakończyli już leczenie i pozostają w obserwacji,** a toksyczność chemioterapii może pojawić się po dłuższym czasie (miesiące, lata).

Kardiotoksyczne leczenie

Wobec wzrastającej liczby pacjentów otrzymujących potencjalnie kardiotoksyczne leczenie (leczenie onkologiczne uszkadzające układ sercowo-naczyniowy), Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne w 2016 r. wydało dokument dotyczący podstaw profilaktyki i terapii naczyniowej chorych na nowotwory.

Powikłania kardiologiczne należą do najcięższych, gdyż mogą w znacznym stopniu negatywnie wpływać na rokowanie, jakość życia oraz niejednokrotnie mogą limitować leczenie onkologiczne.

Niezwykle istotne jest zatem wczesne ich wykrycie, rozpoznanie i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Wychodząc naprzeciw temu wyzwaniu wyspecjalizowała się grupa kardiologów-kardioonkologów, którzy zajmują się wszystkimi aspektami prewencji, diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej oraz leczenia chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych.

Rodzaje powikłań kardiotoksycznych

Powikłania dotyczące układu sercowo-naczyniowego mogą obejmować mięsień sercowy, naczynia żył oraz tętnicze, czy układ autonomiczny i hormonalny wpływając pośrednio na

funkcjonowanie układu krążenia. Etiologia tych zmian nie jest do końca poznana. Bezpośredni wpływ na komórki serca czy śródbłonek, naciekanie naczyń przez raka, wpływ układu immunologicznego, czy uogólniony proces zapalny, to tylko niektóre z postulowanych mechanizmów kardiotoksyczności. Każda ze strategii terapeutycznych raka (chemioterapia, hormonoterapia, leki ukierunkowane molekularnie, immunoterapia, radioterapia) przejawia potencjał toksyczny. **Leczenie onkologiczne, jak i sama choroba nowotworowa, mogą przyczynić się nie tylko do powstania nowych dolegliwości kardiologicznych, ale też do nasilenia objawów uprzednio dobrze kontrolowanych chorób.** Zaawansowanie procesu nowotworowego koreluje z częstością powikłań. Tak jest choćby w przypadku żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, której częstość wzrasta w chorobie rozsianej z obecnością przerzutów odległych. **Pojawienie się nowych objawów może również świadczyć o prawidłowej odpowiedzi na prowadzone leczenie, m.in. w przypadku narastania ciśnienia tętniczego przy terapii bewacizumabem czy inhibitorami kinazy tyrozynowej, które wykorzystywane są w leczeniu raka nerki.**

Najpoważniejszym efektem toksycznego działania chemioterapii

jest uszkodzenie mięśnia sercowego prowadzące do jego niewydolności. Niektóre z terapii mogą wywołać dysfunkcję serca we wczesnym okresie od ekspozycji – **kardiotoksyczność ostra lub wczesna** (np. antracykliny, cyklofosfamid, immunoterapia), w innych przebudowa mięśnia sercowego ujawnia się kilka lat po ustaniu terapii – **kardiotoksyczność przewlekła** (np. antracykliny). Część leków wywołuje **jedynie przejściową dysfunkcję serca** (trastuzumab).

Diagnostyka opiera się na ocenie objawów klinicznych oraz badaniu echokardiograficznym. **W przypadku postawienia diagnozy niewydolności serca niezbędne jest niezwłoczne wdrożenie odpowiedniego leczenia kardiologicznego**, które może zahamować dalszy jej rozwój, a w niektórych przypadkach cofnąć niekorzystne zmiany. W szczególnych przypadkach należy podjąć decyzję o zmianie bądź rezygnacji z leczenia onkologicznego. Każdorazowo jest to decyzja trudna i wymaga konsultacji kardiologa i onkologa.

Uszkodzenie układu krążenia to również dysfunkcja naczyń tętniczych. Chemioterapia (cisplatyna, 5-fluorouracyl, radioterapia), może przyczyniać się do zakrzepicy we-

wnątrznaczyniowej, skurczu naczyń czy wreszcie progresji zmian miażdżycowych, co w konsekwencji prowadzi do ostrego zawału serca. U takich chorych niezbędne jest pilne leczenie inwazyjne (koronarografia) oraz modyfikacja leczenia onkologicznego.

Skoordynowana opieka kardiatoonkologiczna

Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego **pacjenci poddawani potencjalnie kardiotoksycznej terapii antynowotworowej powinni podlegać kompleksowej ocenie kardiologicznej**. Obejmuje ona, obok wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, wykonanie EKG, w uzasadnionych przypadkach echokardiografii oraz oznaczenie enzymów sercowych.

U pacjentów szczególnie wysokiego ryzyka (z uprzednio rozpoznaną chorobą serca, w podeszłym wieku, otrzymujących antracykliny) ocena kardiologiczna powinna być wykonywana okresowo oraz każdorazowo w przypadku wystąpienia nowego objawu sugerującego uszkodzenie układu krążenia. **Niezbędna jest przy tym ścisła współpraca kardiologa i onkologa, który na co dzień zaangażowany jest w proces leczenia.**

Zasadne wydaje się tworzenie zespołów, w skład których wchodzi kardiolog i onkolog, w celu skoordynowania opieki nad pacjentem. Wobec szybko postępującego rozwoju onkologii, ujawniania się nowych rodzajów powikłań kardiologicznych, jak choćby w terapii immunologicznej, **niezbędny jest nieustanny rozwój kardiatoonkologii oraz praca nad zaleceniami dla codziennej praktyki klinicznej.**

Walcząc o lepsze, skuteczniejsze leczenie onkologiczne lekarze oraz pacjenci stają się ofiarami własnego sukcesu. Nie można zapominać, że nadrzędnym celem prowadzonej terapii onkologicznej jest wyleczenie z choroby nowotworowej oraz jak najdłuższe przeżycie. Niejednokrotnie wiąże się to jednak z trudnymi do przewidzenia powikłaniami, które wynikają z uszkodzenia układu sercowo-naczyniowego. **Chorzy, którzy przeszli leczenie onkologiczne, zwłaszcza z potencjałem późnej toksyczności, powinni pozostawać pod specjalistyczną opieką kardiologiczną.**

Diagnostyka oraz terapia pacjentów z kardiologicznymi powikłaniami choroby nowotworowej i jej leczenia wymaga specjalistycznej wiedzy, nie tylko z zakresu kardiologii, ale również mechanizmów działania leków, jak i samej choroby nowotworowej.

Pierwsze warsztaty Terapii Simontonowskiej w Radomiu dla pacjentów onkologicznych i ich bliskich



STOWARZYSZENIE UNICORN

Terapia Simontonowska jest programem dr Carla Simontona składającym się z metod i technik poznawczo-behawioryalnych o dowiedzionej skuteczności w terapii onkologicznej.

RADOM 21-25 października 2019

Centrum Wolontariatu Międzynarodowego Arka
Warsztaty prowadzi psychoonkolog mgr Iwona Rutka

ZAPISY: j.fafara@onkologiaradom.pl, tel. 790 314 821

Co to są działania niepożądane leków onkologicznych



Dr nauk farm. Leszek Borkowski, farmaceuta z 45-letnim stażem, a także pacjent onkologiczny dzieli się swoją wiedzą i przemyśleniami na temat działań niepożądanych terapii onkologicznych oraz wskazuje na potrzebę aktywnego zaangażowania pacjenta w leczenie i poszerzanie wiedzy na temat otrzymywanej terapii.

Już dawno minęły czasy, gdy łysa głowa i ciągle wymioty były stygmatem dla pacjenta leczonego onkologicznie. Pół wieku temu nasze postrzeganie działań niepożądanych było mocno okrojone do tego, co łatwo było zauważyć okiem nieuzbrojonym. **Poziom naszej wiedzy o raku się zmienił, zmieniły się także stosowane w onkologii leki.** Rozumienie mechanizmów powstawania działań niepożądanych poszło do przodu, ale nie na tyle, aby uchronić ciężko chorych ludzi przed traumą leczenia. Stwierdzono, że leczenie celowane, niosące ewidentny postęp terapeutyczny, przynosi ze sobą nowe, wcześniej nie pojawiające się ryzyka wystąpienia negatywnych objawów terapii, stanowiące poważne wyzwania kliniczne.

Na szczęście pacjenci zrozumieli, że leczenie onkologiczne jest jedyną szansą na przedłużenie życia zagrożonego rozwijającym się rakiem. Dzisiaj **obserwujemy relatywnie mniej odmów leczenia oraz powolne odchodzenie od znachorów i szarlatanów** obiecujących rzeczy nieprawdziwe i niemożliwe.

Co to są działania niepożądane

Niepożądanym działaniem produktu leczniczego stosowanego u ludzi jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie tego leku, stosowanego zgodnie z zaaprobowanymi wskazaniami, stosowanego poza zaaprobowanymi wskazaniami (*off-label use*), stosowanego w celach pozamedycznych, wynikającego z nadużywania leku, z przedawkowania leku

– zatrucia, wynikającego z popełnionego błędu.

Każdy lek obciążony jest ryzykiem powikłań. Ryzykiem jest nieprzestrzeganie zaleceń lekarza, podawanie leku poza wskazaniami. Ryzykiem też jest brak skuteczności leku lub zaniechanie leczenia. Ryzykiem jest zbyt późne podanie leku.

Ryzykiem użycia produktu leczniczego jest każde zagrożenie zdrowia pacjenta lub zdrowia publicznego związane z jakością, bezpieczeństwem lub skutecznością produktu leczniczego oraz każde zagrożenie niepożądanym wpływem na środowisko.

Ocena działań niepożądanych

Przy ocenie działań niepożądanych istotne jest: częstość ich występowania oraz ich nasilenie. Działania niepożądane mogą wynikać z istoty substancji czynnej lub istoty substancji pomocniczych, np. obecność glukozy, gdy u chorego brak jest tolerancji na ten cukier.

Omawiając to, co nam zagraża w trakcie leczenia onkologicznego chciałbym skupić się na kilku wybranych negatywnych sytuacjach. W trakcie leczenia onkologicznego niebezpiecznym działaniem jest stymulacja powstania nowego nowotworu przez lek zastosowany do zwalczania „starego” nowotworu. Taka sytuacja jest paradoksem prowadzonej terapii, ale musimy się z nią liczyć. Na szczęście nie jest ona częsta, bo inaczej takie leki byłyby wycofane z lecznictwa.

Działania niepożądane immunoterapii

Pojawienie się nowej grupy leków stosowanych w tzw. immunoterapii, czyli pobudzaniu sił odpornościowych organizmu pacjenta w celu zmuszenia do walki z nowotworem, zaowocowały **nową grupą działań niepożądanych, zwanych działaniami niepożądanymi pochodzenia immunologicznego**, co proszę nie mylić z immunogennością produktu leczniczego.

Do działań niepożądanych pochodzenia immunologicznego zaliczamy: zapalenie płuc pochodzenia immunologicznego, zapalenie jelita grubego pochodzenia immunologicznego, zapalenie wątroby pochodzenia immunologicznego, zapalenie nerek pochodzenia immunologicznego, endokrynopatie tj. niedoczynność i nadczynność tarczycy, niewydolność kory nadnerczy, cukrzyca typu I, zapalenie przysadki, niedoczynność przysadki, zapalenie serca, zapalenie wielomięśniowe, zapalenie trzustki.

Zakażenia oportunistyczne

W naszych organizmach „śpi” wiele patogenów bakteryjnych, wirusowych, grzybiczych, pierwotniakowych, które czyhają na osłabienie naturalnej obrony immunologicznej, aby zaatakować gospodarza. Do takiego ataku, czyli zakażeń oportunistycznych może dochodzić w trakcie leczenia lekami onkologicznymi.

Częstotliwość oraz nasilenie tych zakażeń oportunistycznych jest bardzo różna, ale wydaje się być bardziej po-

wiązana z mechanizmami działania leków niż z chorobami do leczenia, w których przeciwciała monoklonalne są stosowane.

W żadnym przypadku pojawiające się zakażenia i zarażenia nie przyczyniły się do zawieszenia lub wycofania pozwolenia na dopuszczenie leku do obrotu. Zwiększyły się natomiast formy precyzyjnej opieki nad pacjentem przyjmującym te produkty lecznicze.

Od czasów swoich studiów zadaje sobie pytanie, dlaczego te sprytne mikroorganizmy chorobotwórcze atakują nas, czyli gospodarzy, doprowadzając do naszego zgonu i jednocześnie utraty „cieplej posadki” mikroorganizmów chorobotwórczych.

Premedykacja

Premedykacja stosowana w leczeniu onkologicznym ma na celu ochronę organizmu chorego w sytuacji zbyt raptownego rozpadu guza. W leczeniu, jak w życiu, co nagle to po diable. Zbyt szybki rozpad guza, którego przecież chcemy zniszczyć jak najszybciej, może prowadzić do sytuacji zagrożenia życia leczonego pacjenta. Dlatego przed infuzją leku przeciwnowotwo-

rowego podajemy inne leki łagodzące reakcje, związane ze zbyt raptownym leczeniem = niszczeniem (lizą) guza nowotworowego.

Przesłanie dla czytelników niniejszego tekstu

Każdy człowiek jest inny, ale medycyna i farmacja, to także zbiór ocen i wyników statystycznych odnoszących się do metody leczenia i stosowanych leków. To wszystko razem pozwala na mądre decyzje. Najgorsza jest ciemnota, histeria i brak woli przyjmowania różnych informacji.

Z mojej praktyki farmakologicznej wiem, że lepiej udaje mi się rozmowa z pacjentem aktywnym, walczącym niż ze zdesperowanym i przybitym otrzymanym rozpoznaniem lub prowadzonym leczeniem. *Adherence* czyli współpraca z lekarzem, farmaceutą i pielęgniarzką oraz *compliance*, czyli regularne przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami mogą być znaczącą determinantą wyników leczenia. W porównaniu do kontrolowanych warunków leczenia w szpitalu, warunków idealnych, leczenie poza szpitalne charakteryzuje się znacznie niższą

efektywnością. Odróżnia się skuteczność leku w warunkach idealnych, wykazaną w próbach klinicznych, od skuteczności obserwowanej w warunkach ambulatoryjnych. Dlatego **powinniśmy dążyć do tego, aby pacjent był aktywnym podmiotem swojej terapii i partnerem dla lekarza.**

Sam jestem pacjentem onkologicznym, jako farmakolog z 45-letnim doświadczeniem zawodowym rozumiem doskonale ryzyko mojej terapii, ale wiem, że abym żył muszę się leczyć. Wśród farmakologów panuje obiegowa opinia, że jeżeli produkt leczniczy nie wykazuje działań niepożądanych, to nie wykazuje także pożądanej efektywności terapeutycznej. Działanie niepożądane jest czymś, co może się nam przytrafić, ale nie musi. Aby bezpiecznie prowadzić każdą terapię my pacjenci musimy wiedzieć o leku jak najwięcej, także w zakresie ryzyka działań niepożądanych.



Polska Koalicja 
Pacjentów Onkologicznych

DKMS 
POKONAJMY NOWOTWORY KRWI


HEMATOONKOLOGICZNI
STOWARZYSZENIE CHORYCH
NA NOWOTWORY KRWI I ICH BLISKICH

WARSZTAT EDUKACYJNY DLA PACJENTÓW HEMATOLOGICZNYCH I ICH BLISKICH

17 października 2019 r., godz. 12.00–17.00, SkyHub, Łódź

Wykład na temat najnowszych terapii hematoonkologicznych poprowadzi **prof. dr hab. n. med. Joanna Góra-Tybor**.
W programie ponadto prezentacje:
psychoonkologa, eksperta od badań klinicznych oraz organizacji wspierających pacjentów hematoonkologicznych.

ZAPISY: ewa@pkopo.pl | 22 428 36 31 Udział w spotkaniu jest bezpłatny.

Kolejny warsztat odbędzie się w Gliwicach. Zapraszamy na naszą stronę www.pkopo.pl

Październik Miesiącem Świadomości Idei Dawstwa Szpiku!

Czy szpik pobiera się z kręgosłupa? Kim jest „bliźniak genetyczny”?

Fundacja DKMS już po raz trzeci ogłasza październik Miesiącem Świadomości Idei Dawstwa Szpiku. Celem tego projektu jest zwrócenie uwagi społeczeństwa na ideę dawstwa, edukację, a także pokazanie, jak ważną rolę odgrywają dawcy szpiku w procesie walki z nowotworami krwi. Jakie pytania i zagadnienia najczęściej interesują osoby, które rozważają rejestrację w Bazie Dawców Szpiku Fundacji DKMS?

Czy szpik pobiera się z kręgosłupa?

To najbardziej rozpowszechniony mit związany z dawstwem szpiku, który niestety wciąż – choć już w mniejszym stopniu – funkcjonuje w świadomości części społeczeństwa. A odpowiedź na to pytanie jest prosta – **szpiku oczywiście nie pobiera się z kręgosłupa!** Transplantolodzy stosują w tym celu jedną z dwóch metod: **pobranie szpiku z talerza kości biodrowej lub krwiotwórczych komórek macierzystych z krwi obwodowej** – żadna z metod nie ma nic wspólnego z kręgosłupem. O tym, która z tych metod zostanie zastosowana w przypadku konkretnego dawcy, zawsze decyduje lekarz prowadzący pacjenta, uwzględniając jego stan zdrowia oraz chorobę.

Jak wygląda pobranie szpiku?

Osoby myślące o zarejestrowaniu się, jako potencjalny dawca szpiku, najczęściej szukają szczegółowych informacji o metodach pobrania szpiku. Pierwszą z nich, stosowaną częściej, bo aż w **80% przypadków**, jest tzw. **afereza**, czyli pobranie krwiotwórczych komórek macierzystych z krwi obwodowej dawcy. Zabieg przypomina oddawanie płytek krwi w centrum krwiodawstwa, trwa ok. 4–5 godzin. Od dawcy pobrany zostaje tylko nadmiar krwiotwórczych komórek, powstałych w wyniku działania czynnika wzrostu. Preparat podawany jest dawcy przez 4 dni przed donacją po to, aby nadmiar komórek przemieścił się ze szpiku do krwi obwodowej. Po donacji dawca od razu

może wrócić do domu, ponieważ procedura nie wymaga hospitalizacji.

Drugą metodą, stosowaną u 20% dawców, jest **pobranie szpiku z talerza kości biodrowej** – nie z kręgosłupa! Zabieg odbywa się w znieczuleniu ogólnym i trwa do 60 minut. Dwóch lekarzy, w tym samym czasie, pobiera szpik bezpośrednio z kości. W czasie zabiegu Dawca jest w znieczuleniu ogólnym, więc nie czuje bólu. Po wybudzeniu mogą pojawić się ewentualne dolegliwości związane ze znieczuleniem np. senność, mdłości, chrypka i ból gardła (związane z obecnością rurki intubacyjnej). Po pobraniu dawca może przez parę dni, w okolicy wkłucia, odczuwać ból podobny do lekkiego stłuczenia. Dawca, na czas całej procedury, pozostaje w szpitalu przez dwa dni. Warto podkreślić, że szpik regeneruje się w przeciągu 2–3 tygodni, więc organizm dawcy bardzo szybko wraca do stanu sprzed pobrania. A dawca na czas swojej absencji w pracy zachowuje prawo do 100% wynagrodzenia.

Kim jest „bliźniak genetyczny”?

„Bliźniakiem genetycznym” nazywa się osobę, której antygeny zgodności tkankowej są takie same, jak nasze własne. Żeby można było wykonać przeszczepienie naszych komórek choremu najlepiej, aby była pełna zgodność, czyli 10/10, w wyjątkowych sytuacjach – 9/10, a bardzo rzadko 8/10. Im wyższa zgodność, tym większa szansa na to, że pacjent wyzdrowieje. Trzeba mieć świadomość, że znalezienie zgodnego



dawcy dla chorego jest bardzo trudne, a szansa na to wynosi 1: 20 000 lub nawet 1: kilku milionów w sytuacji, gdy pacjent ma rzadki genotyp. Dlatego właśnie pomimo ponad 1,7 miliona dawców, zarejestrowanych w Polsce, nie zawsze udaje znaleźć się zgodnego dawcę dla chorego.

Kto może zostać dawcą?

To drugie najczęściej zadawane pytanie, w kontekście dawstwa szpiku. Potencjalnym dawcą szpiku może zostać

każdy zdrowy człowiek, w wieku 18-55 lat, ważący nie mniej niż 50 kg, ale też bez znaczącej nadwagi. Nie każdy jednak będzie mógł dołączyć do bazy, ponieważ niektóre choroby wykluczają z zostania dawcą szpiku. Należą do nich m.in. takie schorzenia, jak: cukrzyca, nadczynność tarczycy, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, astma, niektóre choroby autoimmunologiczne czy choroby nowotworowe. W przypadku, gdy nie jesteśmy pewni, czy nasze schorzenie pozwala na dołączenie do bazy dawców szpiku, wówczas warto skonsultować tę kwestię z lekarzem lub skontaktować się z Fundacją DKMS, która udzieli odpowiedzi.

Czy na pewno zostanę dawcą?

Często potencjalni dawcy szpiku myślą, że rejestracja do bazy Fundacji DKMS jest równoznaczna z tym, że niezwłocznie po niej otrzymają telefon z informacją, że ich „bliźniak genetyczny” potrzebuje pomocy. W rzeczywistości może okazać się, że taka wiadomość nie nadejdzie przez kilka lub kilkanaście lat. Mogą też nigdy nie zostać poproszeni o pomoc. To wbrew pozorom dobra informacja, bo oznacza, że bliźniak genetyczny jest zdrowy! Jak pokazują statystyki Fundacji DKMS, w ciągu 10 lat od rejestracji maksymalnie 5 na 100 zarejestrowanych osób zostanie dawcą faktycznym.

Decyzja o zarejestrowaniu się, jako potencjalny dawca szpiku, powinna zostać podjęta świadomie, dlatego cieszy nas, że osoby zainteresowane dołączeniem do bazy Fundacji DKMS zadają pytania – i szukają na nie rzetelnych odpowiedzi. Dlatego właśnie ustanowiony został



Miesiąc Świadomości Idei Dawstwa Szpiku i powstał projekt „Naszpikuj Sie Wiedzą”, za pomocą których przekazujemy wiedzę – mówi Magdalena Przysłupska, rzecznik prasowy Fundacji DKMS.

Działania edukacyjne Fundacji DKMS podejmowane są z myślą o społeczeństwie, bo zależy nam na tym, żeby każdy, kto chciałby dowiedzieć się więcej o idei dawstwa, miał dostęp do wiedzy – zarówno „online”, jak i „offline” – stąd liczne akcje, kampanie edukacyjne, dni Dawcy czy właśnie Miesiąc Świadomości Idei Dawstwa Szpiku. Serdecznie zachęcamy Państwa do śledzenia w październiku naszych Social Mediów, ponieważ codziennie będziemy dostarczać solidną dawkę wiedzy – w przystępnej formie – dodaje Magdalena Przysłupska.

Głos Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

Idea dawstwa szpiku, a faktycznie dawstwa życia, jest jednym z najbardziej humanitarnych projektów prowadzonych w wielu krajach. Jest to idea ponadnarodowa, ponad wszelkimi



podziałami i granicami. Możemy być dumni, że w Polsce jest tak szeroko realizowana i jesteśmy w światowej czołówce dawców szpiku. Wraz z rozwojem medycyny i przekraczaniem granic, dawstwo szpiku wymaga coraz lepszej organizacji i podejmowania działań edukacyjnych. Kto jeszcze kilka lat temu wiedział, kim jest bliźniak genetyczny i gdzie w razie choroby go szukać? Obecnie to wiedza coraz bardziej powszechna dzięki takim akcjom jak **Październik, Miesiąc Świadomości Idei Dawstwa Szpiku** oraz działalności takiej organizacji jak **Fundacja DKMS** – mówi Aleksandra Rudnicka, rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Więcej informacji edukacyjnych o dawstwie szpiku można znaleźć na stronie:

www.dkms.pl/naszpikuj-sie-wiedza

Kontakt dla mediów:

Magdalena Przysłupska

e-mail: magda.przyslupska@dkms.pl

tel.:(+48) 662 277 904

Więcej informacji www.dkms.pl

DKMS

POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

Dawców Szpiku w oparciu o decyzję Ministra Zdrowia. To największy Ośrodek Dawców Szpiku w Polsce, w którym zarejestrowanych jest ponad 1,5 mln potencjalnych dawców szpiku, spośród których 7024 osób (sierpień 2019) oddało swoje krwiotwórcze komórki macierzyste lub szpik Pacjentom zarówno w Polsce, jak i na świecie, dając im tym samym drugą szansę na życie. Aby zostać potencjalnym dawcą, wystarczy przyjść na organizowany przez Fundację Dzień Dawcy szpiku lub wejść na stronę www.dkms.pl i zamówić pakiet rejestracyjny do domu.

Misją Fundacji DKMS jest znalezienie dawcy dla każdego pacjenta na świecie potrzebującego przeszczepienia komórek macierzystych. Fundacja działa w Polsce od 2008 roku jako niezależna organizacja pożytku publicznego oraz jako Ośrodek

Program rehabilitacji onkologicznej



Dr Joanna Filipowska – kierownik Zakładu Rehabilitacji w Białostockim Centrum Onkologii, przedstawia cele rehabilitacji onkologicznej i informuje o realizowanym „Programie rehabilitacji osób z chorobą onkologiczną ułatwiającym powrót do pracy” prowadzonym w województwie podlaskim. Program prowadzony jest pod hasłem *Idź naprzód. Ciesz się życiem*. Takie programy dla pacjentów onkologicznych powinny być realizowane na terenie całej Polski.

Choroba nowotworowa wywraca życie do góry nogami. W trakcie leczenia i po jego zakończeniu pacjentem onkologicznym opiekuje się zespół specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Jedną z nich jest rehabilitacja onkologiczna.

Celem rehabilitacji onkologicznej jest przywrócenie pacjentów do sprawności zarówno w czynnościach codziennych, życiu społecznym i zawodowym oraz profilaktyka niepełnosprawności wynikającej z następstw choroby i jej leczenia.

Rehabilitacja onkologiczna rozpoczęła się od usprawniania kobiet z nowotworem piersi. W pierwszym okresie zajmowała się zaawansowanymi powikłaniami pod postacią obrzęków chłonnych, zespołów bólowych i ograniczeń funkcji pacjentek. **Z czasem pojawiły się nowe grupy pacjentów**, które w następstwie rehabilitacji otrzymywały pomoc: chorzy z rakami głowy i szyi, miednicy małej (nowotwory ginekologiczne i urologiczne), płuc, czerniakami, z nowotworami tkanek miękkich, kości i inni.

Problemy pacjentów onkologicznych są różnorodne i często złożone, może to być:

- **zmiana w różnych obszarach ciała** (np. piersi – amputacja, zabieg oszczędzający, amputacja z rekonstrukcją; usunięcie prostaty, narządu rodnego kobiety, stomie),
- **zaburzenia funkcji układów** (np. nerwowego, limfatycznego, ruchu,

pokarmowego i innych) prowadzące do między innymi niedowładów, obrzęków chłonnych,

- **zespoły bólowe,**
- **obniżenie wydolności fizycznej,**
- **problemy z akceptacją sytuacji związanych z chorobą.**

Prowadzą one do ograniczenia funkcjonowania pacjentów w różnych obszarach życia, od samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego, przez zaburzenia w funkcjonowaniu w rodzinie, społeczeństwie i w strefie zawodowej. **Część pacjentów będzie korzystała z rehabilitacji przez całe życie.**

Pierwszym elementem rehabilitacji jest rehabilitacja medyczna oparta o działania fizjoterapeutyczne, psychologiczne, wsparcie sprzętowe, a następnie rozwijana w działania społeczne i zawodowe.

Pacjenci znajdują się na różnych etapach swojego życia osobistego i zawodowego, różnią się od siebie, jedni są bardzo aktywni fizycznie inni mniej, są w różnym wieku. **Ważne jest aby, dostosować program rehabilitacji indywidualnie do ich potrzeb i możliwości.** Dlatego rehabilitacja onkologiczna wymaga wiedzy i przede wszystkim doświadczenia w pracy z pacjentem onkologicznym. Potrzebna jest wiedza zarówno z zakresu rehabilitacji i fizjoterapii (razem z najnowszymi osiągnięciami pracy z tkankami miękkimi – powięziami, bliznami), jak również wiedza onkologiczna, która pomaga zrozumieć, co dzieje się z pacjentem. Postęp w tych dziedzinach jest bardzo

duży i bez ścisłej współpracy z onkologami trudno o najlepsze efekty. Niestety, osób zajmujących się rehabilitacją onkologiczną jest niewiele.

Obecnie rehabilitacja medyczna pacjentów onkologicznych jest częścią rehabilitacji finansowanej przez NFZ w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej. Od października ma się to częściowo zmienić. Pacjenci z nowotworem piersi i obrzękiem chłonny będą mogli uczestniczyć w rehabilitacji onkologicznej. Ośrodków specjalizujących się w rehabilitacji onkologicznej jest bardzo mało, najczęściej mieszczą się one w centrach onkologii i dostęp do nich jest utrudniony. Szczególnie dla pacjentów mieszkających poza miejscem, w którym znajdują się takie ośrodki.

Pacjentki z nowotworem złośliwym piersi, w wieku produkcyjnym, ubezpieczone w ZUS-ie mogą korzystać z rehabilitacji w ramach programu Prewencji rentowej ZUS, są to 24-dniowe turnusy wyjazdowe. To bardzo dobra forma usprawniania dla osób, które mogą z niej skorzystać.

Rehabilitację prowadzą organizacje pozarządowe, Kluby Amazonek, ale również Towarzystwo Pacjentów Laryngektomowanych, zrzeszenia kobiet z nowotworami narządu rodnego (np. Stowarzyszenie Eurydyki), Stowarzyszenie Gladiator i inne. PFRON dofinansowuje turnusy rehabilitacji.

Pomimo różnych możliwości trzeba obiektywnie stwierdzić, że wielu pacjentów onkologicznych ma duże trudności w dostępie do rehabilitacji. Pojawiają się też nowe formy rehabilitacji pacjentów onkologicznych.

Program rehabilitacji ułatwiający powrót do pracy

W województwie podlaskim Białostockie Centrum Onkologii jest liderem unikalnego w skali kraju projektu unijnego „Program rehabilitacji osób z chorobą onkologiczną ułatwiający powrót do pracy” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020 r. **Hasło projektu to: Idź na przód. Ciesz się życiem.** (Strona internetowa www.idznaprzed.com)

Projekt prowadzony jest w partnerstwie ze Szpitalem Ogólnym w Wysokim Mazowieckiem i Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku, realizowany jest w okresie od 01.12.2017 r. do 31.12.2021 r.

Projekt jest realizowany w trzech etapach: **etap I** obejmował stworzenie Onkologicznego Centrum rehabilitacji, którego zadaniem jest realizacja działań administracyjnych oraz koordynacja działań projektu.

Etap II to działania szkoleniowe. Skierowane do psychologów oraz fizjoterapeutów i lekarzy rehabilitacji prowadzących rehabilitację pacjentów

onkologicznych oraz szkolenia z zakresu rehabilitacji społecznej dla członków organizacji pozarządowych.

Etap III obejmuje rehabilitację ułatwiającą powrót do pracy.

Program skierowany jest do mieszkańców województwa podlaskiego w wieku od 20 do 64 lat, u których rozpoznano i leczono chorobę nowotworową w latach 2016–2010 r.

W ramach działań zostały utworzone cztery Punkty Konsultacji Rehabilitacji (w Białymstoku, Łomży, Augustowie i Wysokim Mazowieckiem), gdzie pacjenci mogą uzyskać informacje o projekcie i przejść badanie lekarskie w celu kwalifikacji do projektu. Pacjenci mogą skorzystać z jednej z form oddziaływań: rehabilitacji ambulatoryjnej lub stacjonarnej lub z turnusu Terapii Simontonowskiej (terapii poznawczo-behawioralnej). Mogą również skorzystać z rehabilitacji społecznej, jako jednego oddziaływania lub po przebytych turnusach.

Głównym celem projektu jest praca z osobami po chorobie onkologicznej w celu umożliwienia im powrotu do pracy, z uwagi na niski odsetek pacjen-

tów, którzy po chorobie wracają do aktywności zawodowej oraz zwiększającą się systematycznie zachorowalność na nowotwory. Efektem podejmowanych działań będzie powrót do aktywności zawodowej i społecznej pacjentów po chorobie onkologicznej. Podejmowane są działania informacyjno-edukacyjne i medyczne ukierunkowane na ułatwienie powrotu do pracy, między innymi: ergonomia pracy, zalecane formy aktywności fizycznej, edukacja socjalna z zakresu potrzebnych przepisów, fizjoterapia, zajęcia z dietetykiem i onkologiem, asertywność, wsparcie emocjonalne, motywacja, a także edukacja w zakresie profilaktyki III-rzędowej i Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

Rehabilitacja onkologiczna nie tylko poprawia sprawność i jakość życia pacjentów, umożliwia powrót do życia osobistego, w rodzinie, społecznego i również do pracy. **Obserwujemy, że coraz częściej pacjenci pracują w czasie leczenia onkologicznego lub bardzo szybko wracają do pracy. Są to aspekty ekonomiczne – makroekonomiczne, które warto brać pod uwagę myśląc o rehabilitacji onkologicznej.**

Trzeba o siebie dbać

Agnieszka Brzostek, pacjentka leczona z powodu raka piersi, dzieli się swoim doświadczeniem wyniesionym z udziału w programie dla osób z chorobą onkologiczną, ułatwiającym powrót do pracy *Idź na przód. Ciesz się życiem.*

W styczniu 2018 r. zdiagnozowano u mnie raka piersi. Po przebytej chemioterapii, podczas radioterapii uczestniczyłam w zajęciach rehabilitacyjnych. Pod opieką dr Joanny Filipowskiej i innych świetnych fizjoterapeutów uczyłam się, jak radzić sobie z codziennością po chorobie. Było to dla mnie szczególnie trudne, ponieważ przed chorobą byłam osobą bardzo aktywną. Zajęcia ruchowe i ogólnorozwojowe bardzo mi pomogły przy moich dolegliwościach bólowych, tak więc jak tylko dowiedziałam się o możliwości wzięcia udziału w dodatkowych zajęciach w ramach programu, postanowiłam z nich skorzystać.

Uczestniczyłam w ambulatoryjnej rehabilitacji w ramach programu „Idź na przód. Ciesz się życiem. Program dla osób z chorobą onkologiczną, ułatwiający powrót do pracy” w Białostockim Centrum Onkologii. Obok zajęć ruchowych i przypomnienia podstawowych ćwiczeń, o których w naszym zabieganym życiu się zapomina, najistotniejsze dla mnie było spotkanie z psychologiem, dietetykiem i lekarzem onkologiem.

Możliwość rozmowy z psychologiem i osobami, które przeszły leczenie tej samej choroby, mają taką samą historię i jednocześnie tak inną, była dla mnie ważna, wspierająca i dająca siłę. Lekarz onkolog w przystęp-

ny sposób odpowiedział na wszystkie nurtujące pytania, a niewielkie grupy uczestników, w których odbywały się zajęcia, dawały poczucie komfortu i intymności oraz pozwoliły na zadawanie nawet najbardziej osobistych pytań.

Każda z osób prowadzących zajęcia była empatyczna, otwarta na pytania i rozmowę, a przede wszystkim pomocna. Prowadzący zajęcia udzielali informacji, mających na celu poprawę jakości życia i przystosowania miejsca pracy do nowej sytuacji życiowej po chorobie. **Każda z osób prowadzących zajęcia przypominała prawdę najbardziej oczywistą, a o której się na co dzień zapomina – trzeba o siebie dbać.**

Ograniczenia ruchomości tkanek miękkich po leczeniu onkologicznym w rejonie głowy i szyi



Dr hab. Sławomir Marszałek, dypłomowany osteopata, fizjoterapeuta oraz trener lekkiej atletyki. Fizjoterapeuta w Klinice Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej UM w Poznaniu. Specjalizuje się w leczeniu dolegliwości mięśniowo-szkieletowych. Terapeuta polskich sportowców, m.in. lekkoatletów, siatkarzy. Członek m.in.: Fascia Research Society (członek założyciel), Towarzystwa Osteopatów Polskich (prezes), Polskiej Grupy Nowotworów Głowy i Szyi (członek zarządu), Stowarzyszenia Osób po Nowotworach Głowy i Szyi (prezes). Amatorsko biega maratony oraz ultramaratony górskie.

Zaburzenia ruchomości tkankowej i stawowej są jedną z najczęściej występujących zaburzeń funkcjonalnych powstałych po leczeniu onkologicznym, nie tylko w rejonie głowy i szyi. Są one spowodowane leczeniem operacyjnym i uzupełniającym (radioterapia pierwotna i wtórna, radiochemioterapia, brachyterapia, chemioterapia). **Leczenie to prowadzi pierwotnie do zaburzeń strukturalnych w obrębie narządu ruchu**, w szczególności do usunięcia/uszkodzenia struktur mięśni, poszczególnych warstw powięzi, tkanki podskórnej oraz skóry i w konsekwencji do powstania często rozległych blizn.

Obserwuje się też uszkodzenia struktur ośrodkowego układu nerwowego lub/i uszkodzenia struktur obwodowego układu nerwowego – m.in. ruchowych i czuciowych gałązek nerwów odpowiedzialnych za funkcje narządów zmysłów – oraz za czynności istotne dla przeżycia (jedzenie, oddychanie).

Niejednokrotnie po leczeniu u chorego występują trudne do ukrycia uszkodzenia struktur kostnych w rejonie twarzoczaszki, a także uszkodzenia naczyń limfatycznych i krwionośnych. Wykonanie otworu tracheostomijnego prowadzi do zmiany przebiegu układu oddechowego i zaburzenia pasaży pokarmowego.

Podczas leczenia onkologicznego w rejonie głowy i szyi dochodzi do uszkodzenia i zaburzenia funkcji struktur anatomicznych związanych ze zmysłami oraz układów: oddechowego, pokarmowego, mięśniowo-powięziowego, nerwowego, krążenia i limfatycznego.

Zaburzenia układu mięśniowo-powięziowego

Istotnym, a często nie rozpoznawalnym problemem są zaburzenia układu mięśniowo-powięziowego. **Mięśnie szyi i barków ulegają osłabieniu.** Zwiększa się ich spoczynkowe napięcie. Dochodzi do zmniejszenia fizjologicznych zakresów ruchów w odcinku szyjnym kręgosłupa. Szczególnie

dotyczy to czynności mięśni przedniej części szyi, które odpowiedzialne są za wykonanie skłonu głowy do przodu.

Zaburzenia napięć mięśniowych prowadzą do powstania zespołów bólowych górnego odcinka kręgosłupa. Ma to wpływ na ograniczenie ruchomości w obrębie głowy i szyi, klatki piersiowej i obręczy barkowej, oraz na upośledzenie czynności wentylacyjnej płuc.

Powstające po operacjach i leczeniu uzupełniającym blizny, zrosty i restrykcje tkanek miękkich stanowią istotny problem terapeutyczny. Mają znaczenie estetyczne, biomechaniczne i funkcjonalne. Ograniczają czynność i ruchomość tkanek miękkich, mają wpływ na zaburzenia połykania, niewłaściwą postawę ciała chorych oraz na



szybsze powstanie uczucia zmęczenia. Czynniki te znacząco obniżają jakość życia pacjenta leczonego z powodu choroby nowotworowej w rejonie głowy i szyi.

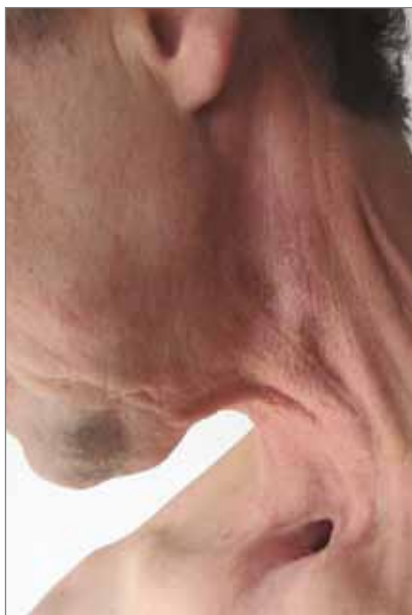
Odpowiednie zastosowanie technik rozluźniania mięśniowo-powięziowego w fizjoterapii onkologicznej w rejonie głowy i szyi pozwala zmniejszyć negatywny wpływ wyżej opisanych dysfunkcji. Mają one wpływ na powięź pokrywającą i otaczającą poszczególne struktury anatomiczne.

Jest ona ciągłym i nieprzerwanym układem, rozpostartym w cieple pomiędzy warstwami głębokimi (kości, ścięgna, więzadła oraz narządy wewnętrzne), a warstwą leżącą bezpośrednio pod skórą (powięź powierzchowna). Tym samym bezpośrednio uszkodzenie jej podczas leczenia operacyjnego w rejonie głowy i szyi, zaburza istotnie czynności ruchowe i czuciowe w tym rejonie. Może także powodować, często występujący u pacjentów onkologicznych i trudny do terapii ból mięśniowo-powięziowy.

Rola manualnych technik fizjoterapeutycznych i osteopatycznych

Zastosowanie manualnego rozluźniania mięśniowo-powięziowego u pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej jest skuteczną metodą zmniejszania zaburzeń ruchomości tkankowej. **Pozwala ona w istotnym stopniu zwiększyć ograniczone zakresy ruchów, zmniejszyć bolesność tkankową.** Ten rodzaj terapii istotny jest także u chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi, borykających się z problemem zrostów i restrykcji tkanek miękkich w obrębie blizn pooperacyjnych.

Mobilizacje tkankowe powinny obejmować poszczególne warstwy powięzi pokrywających i otaczających poszczególne struktury anatomiczne rejonu głowy i szyi, żuchwy oraz języka. Pozwala to znacznie zmniejszyć liczbę



chorych zgłaszających uczucie sztywności i ściągania tkankowego, które jest potwierdzone w badaniu palpacyjnym. Wykazuje ono wyraźne ograniczenie przesuwalności tkanek miękkich na różnych poziomach. Także chorzy leczeni z powodu nowotworów głowy i szyi przy użyciu pierwotnej radioterapii często zgłaszają problemy z ograniczeniem ruchomości tkanek.

U chorych po leczeniu onkologicznym w rejonie jamy ustnej oraz szyi występują zaburzenia sprawności języka i czynności mięśni dna jamy ustnej. Ma to istotne znaczenie podczas procesu nauki i doskonalenia połykania oraz mowy (w tym szczególnie przełykowej). Istotną przyczyną zaburzeń nauki połykania oraz mowy jest zwłóknienie i blizny tkankowe gardła oraz przełyku. U chorych obserwuje się znacznie podwyższone napięcie mięśniowo-powięziowe w obrębie szyi i barków. Blizny, zrosty pooperacyjne (tzw. *cross links*) wpływają na zaburzenie ruchomości tkankowej w okolicy gardła i części szyjnej przełyku.

Zmniejszanie napięcia mięśniowo-powięziowego szyi i w obrębie obręczy barkowej metodami manualnymi pozwala na odruchowe obniżenie napięcia w obrębie tzw. ust przełyku u laryngektomowanych. Ułatwia to uzyskanie lepszej jakości głosu. Świadczyć o tym mogą spontaniczne wypowiedzi chorych bezpośrednio po zabiegu fizjoterapeutycznym: *lepiej połykam po-*

wietrze i mam lepszą mowę, lepiej mi się mówi, czuję, że mam lepszy i silniejszy głos czy czuję się luźniej.

Opisane powyżej zaburzenia w obrębie układu mięśniowo-powięziowo-więzadłowego występują u wszystkich chorych po oraz w trakcie leczenia onkologicznego w rejonie głowy i szyi. Z tego względu nieodzowne jest stosowanie technik zmniejszających napięcie mięśniowo-powięziowe.

U pacjentów onkologicznych, techniki rozluźniania mięśniowo-powięziowego należy stosować w miejscach, gdzie obserwuje się ograniczenia ruchomości tkanek. **Terapia powinna rozpocząć się wkrótce po zagojeniu się rany. Delikatne techniki rozluźniania mięśniowo-powięziowego, które nie powodują zwiększania bólu, warto stosować także podczas radioterapii.** Właśnie w tym okresie dochodzi do włóknienia i do zaburzenia ślizgów tkankowych pomiędzy poszczególnymi warstwami tkanek w obrębie naświetlania, a pacjenci odczuwają często napięcie tkanek, ograniczenia ruchomości czy ból.

Do podstawowych technik rozluźniania mięśniowo-powięziowego u chorych po operacjach onkologicznych w rejonie głowy i szyi należą:

- bezpośrednia technika rozluźniania mięśniowo-powięziowego – np. rolowanie skóry w różnych kierunkach,
- aktywne rozluźnianie mięśniowo-powięziowe w rejonie szyi i obręczy barkowej,
- mobilizacja tkanek miękkich w rejonie blizn pooperacyjnych i po radioterapii,
- technika poizometrycznej relaksacji mięśni karku.

Zastosowanie tych technik rozluźniania mięśniowo-powięziowego u pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej w rejonie głowy i szyi pozwoli skutecznie zmniejszyć zaburzenia ruchomości tkankowej, umożliwi w istotnym stopniu zwiększyć ograniczone zakresy ruchów oraz zmniejszyć bolesność tkankową.

Coming Home Case

Zestaw do obsługi tracheostomy oraz rehabilitacji oddechowej



Provox Coming Home to zestaw produktów i informacji dla osób świeżo po laryngektomii. Zawiera wskazówki dotyczące stosowania danego produktu, informacje o rehabilitacji płuc i obsługi tracheostomy w domu. Wybrane produkty są przeznaczone do stosowania w pierwszych dniach lub tygodniach pobytu w domu pacjenta po całkowitej laryngektomii.

Wskazane jest, aby każdy laryngektomowany pacjent, wychodząc ze szpitala, otrzymywał zestaw Coming Home Case, który pomoże mu właściwie zadbać o tracheostomę oraz rozpocząć rehabilitację oddechową.

Zestawy Coming Home Case zawierają różne rodzaje wymienników ciepła i wilgoci HME, które poprawiają jakość powietrza, filtrują i oczyszczają powietrze, podnoszą ciśnienie oddechu oraz zabezpieczają światło stomy podczas mówienia i oddychania.



Dodatkowo w zestawie znajdują się plastry do mocowania wymienników HME. Pacjent będzie miał możliwość dobrać plaster zależnie od rodzaju skóry, kształtu i głębokości stomy, a także od indywidualnych preferencji.

Ponadto zestaw zawiera akcesoria pomocne przy dbaniu o stomę, takie jak chusteczki oczyszczające, chusteczki z warstwą ochronną czy ułatwiające odklejenie i wymianę plastra. Zestaw zawiera także instrukcję, która ma wspomóc pacjenta w tych najtrudniejszych, pierwszych dniach po powrocie do domu oraz uświadomić, jak ważna jest rehabilitacja w proce-

sie rekonwalescencji. Długofalowo, stosowanie produktów wchodzących w skład zestawu poprawia wydolność oddechową oraz zwiększa jakość życia pacjentów.

Produkty, które wchodzi w skład zestawu Coming Home:

1. **Kaseta Provox XtraHME** jest specjalistycznym urządzeniem jednorazowego użytku, przeznaczonym dla pacjentów oddychających przez tracheostomę. Jest to wymiennik ciepła i wilgoci (ang. *heat and moisture exchanger*, HME), który ogrzewa i nawilża wdychane powietrze poprzez przekazanie wilgoci i ciepła zatrzymanego w urządzeniu z poprzedniego wydechu. Częściowo przywraca utracony opór oddechowy. Może także ułatwiać mówienie u pacjentów z protezą głosową lub chirurgicznie wytworzoną przetoką głosową.

2. **Provox Micron HME** jest wymiennikiem ciepła i wilgoci (HME) oraz urządzeniem do filtracji powietrza. Częściowo przywraca utracony opór oddechowy. Może także ułatwiać mówienie u pacjentów z protezą głosową lub chirurgicznie wytworzoną przetoką głosową. Jest przeznaczone do stosowania z urządzeniami mocującymi w ramach systemu Provox HME System.

3. **Plastry Provox** przykleja się do skóry wokół tracheostomy w celu zapewnienia mocowania dla elementów systemu Provox HME System.

4. **Skin Barrier** produkt do ochrony skóry, który może poprawić przyleganie plastrów Provox, a także chroni skórę przez utworzenie cienkiej warstwy ochronnej.

5. **Adhesive Remover** preparat do usuwania plastrów i pozostałości kleju ze skóry.

6. **Provox Cleaning Towel** chusteczki do oczyszczania skóry wokół stomy przed naklejeniem plastra.

7. **Provox ShowerAid** osłona pod prysznic służy do tymczasowego zastąpienia urządzenia HME podczas kąpieli pod prysznicem. Może być umieszczana we wszystkich uchwytach urządzeń Provox.

8. **Provox Luna plastry + wymienniki HME** zestaw do stosowania na noc. Hydrożelowe plastry Luna mają właściwości chłodzące i kojące. Wymienniki HME Luna zostały zaprojektowane specjalnie do korzystania podczas snu.

9. **Provox ShowerAid Luna** osłona pod prysznic do plastra na noc.

Ponadto w zestawie znajdują się: larterka, lusterko, instrukcja użytkowania, ulotka zestawu Coming Home



Jak wzmocnić organizm przed zabiegiem

Foto. Lidia Popiel



Dr hab. n. med. Dawid Murawa, specjalista chirurgii ogólnej, specjalista chirurgii onkologicznej, członek zarządu Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, JM Rektor Wyższej Szkoły Zdrowia, Urody i Edukacji w Poznaniu. Dr Dawid Murawa przedstawia najnowsze osiągnięcia chirurgii onkologicznej i radzi, jak wzmocnić organizm przed i po zabiegu, tak aby jego skuteczność była jak najlepsza.

Czy osoby, które do Pana trafiają z diagnozą nowotworową chcą jak najszybciej poddać się operacji, czy raczej się jej boją?

Wiele osób, które dowiadują się, że mają nowotwór, jak najszybciej chce się go pozbyć. Wyciąć i już. Ale z drugiej strony często boją się okaleczenia, do którego może dojść w wyniku operacji onkologicznej. Zwłaszcza dotyczy to kobiet. Owszem, chcą ratować życie, więc są gotowe zgodzić się na nawet najbardziej inwazyjny rodzaj leczenia. Ale martwią się o swój wygląd po zabiegu. Czy nadal będą podobały się partnerowi? Czy będą w stanie spojrzeć na swoje odbicie w lustrze? Doskonale je rozumiem. My lekarze oczywiście w pierwszej kolejności musimy myśleć, żeby ratować pacjentów, ale powinniśmy też wziąć pod uwagę ich dalsze losy, jaka w przyszłości będzie jakość ich życia. I tu mam naprawdę dobre i uspokajające wieści. **Prowadząc leczenie operacyjne radykalne, a więc z zamiarem wyleczenia pacjenta, musimy usunąć tkanki zaatakowane przez nowotwór, nawet jeśli znajdują się w widocznym miejscu. Ale! Pacjenci powinni wiedzieć, że dysponujemy dzisiaj super nowoczesnymi technikami, dzięki którym w wielu wypadkach przeprowadzamy zabiegi w sposób oszczędzający.** Nawet przy sporym zaawansowaniu zmian nowotworowych, możemy zastosować takie rozwiązania, dzięki którym pozbedziemy się nowotworu, chroniąc jednocześnie jak najwięcej zdrowych tkanek.

Jakie to techniki?

Coraz częściej zamiast tradycyjnych, zwykle mocno okaleczających metod operacyjnych, wykonuje się zabiegi laparoskopowe. Przez niewielkie nacięcia w skórze wprowadza się specjalnie skonstruowane narzędzia, miniaturową kamerę i źródło światła. Pole operacyjne obserwujemy na monitorze komputera. W razie potrzeby możemy powiększyć określone fragmenty, lub (jeśli dysponujemy odpowiednim sprzętem i jest taka konieczność) podświetlić je światłem o określonej długości fal – dzięki temu lepiej widać, które tkanki są zaatakowane przez nowotwór, a które nie. Wiemy więc dokładnie, gdzie przeprowadzić cięcie, tak, by margines był jak najmniejszy. Podczas operacji, gdzie liczą się ułamki milimetrów można zastosować super precyzyjne roboty chirurgiczne takie jak Da Vinci. Natomiast do operacji guzów mózgu – Gamma Knife naświetlający promieniami gamma ściśle określony obszar. Aby zmniejszyć możliwość pozostawienia chorych komórek stosuje się czasami radioterapię śródoperacyjną. A jeśli rzeczywiście musimy przeprowadzić rozległy zabieg i np. usunąć całą pierś, to istnieją już bardzo zaawansowane metody rekonstrukcyjne. Możemy na różne sposoby ją „odbudować”. Kobieta po obustronnej mastektomii budzi się więc na sali pooperacyjnej z obydwoma piersiami. Widzę często w gabinecie, że kiedy opowiadam pacjentkom o takich możliwościach nowoczesnej chirurgii rekonstrukcyj-

nej, oddychają z ulgą. To nie jest tak, że tylko Angelina Jolie może liczyć na nowy biust po mastektomii. To naprawdę zabieg leżący w zasięgu możliwości większości pacjentek. Podobnie istotne dla panów są informacje o tym, że nawet po całkowitym wycięciu prostaty, która – w niektórych przypadkach – wiąże się z usunięciem nerwów odpowiedzialnych za erekcję, będzie można zastosować implant prącia. Dzięki niemu nadal będą mogli utrzymywać kontakty seksualne. Technika w tej chwili poszła już tak do przodu, że przecież można drukować niektóre organy czy kończyny w drukarkach 3D. Nawet jeśli jeszcze nie są doskonałe, to za jakiś czas na pewno będą. I taka wiara i nadzieja na powrót do wyglądu i sprawności sprzed choroby, nawet jeśli tylko do pewnego stopnia, są dla chorych niesłychanie ważne. Daje napęd do walki z chorobą.

Mam wrażenie, że to o czym Pan mówi, dla wielu pacjentów może brzmieć nieco jak science fiction...

Niestety to prawda. Często chorzy, którzy do mnie trafiają mają zdecydowanie nieaktualną wiedzę dotyczącą leczenia nowotworów – pamiętają jak leczono ich rodziców czy znajomych wiele lat temu i nie mają pojęcia, że wszystko od tamtego czasu się zmieniło. Zresztą, jak wynika z moich doświadczeń, o nowych technologiach nie słyszeli także lekarze innych specjalności, nawet chirurdzy ogólni. Standardy leczenia onkologicznego wielu narządów zmieniają się nawet

co 2–3 lata. A więc lekarze, którzy nie specjalizują się w onkologii, mogą nie wiedzieć, że sposób leczenia radykalnie się zmienił, mamy o wiele większe możliwości. Pacjenci przychodzą do mnie załamani, bo usłyszeli od jakiegoś doktora, że w ich przypadku nic się już nie da zrobić. Często, na szczęście, mogę wyprowadzić ich z błędu. Ale przecież ten strach, który niosła za sobą ta wstępna diagnoza często już z nim zostaje i ma na

niego fatalny wpływ. Ten człowiek nigdy nie zapomni, że od razu, na samym początku odebrano mu nadzieję. Zresztą wielu takich chorych nie pójdzie już na dalsze konsultacje do specjalistycznego szpitala, bo stwierdzą, że skoro nie ma dla nich szans, to po co mają się męczyć przyjmując chemioterapię i w ogóle zrezygnują z leczenia. Niektórzy mogą też uznać, że skoro klasyczna medycyna nie ma im nic do zaproponowania, najlepiej

jest szukać pomocy u różnego rodzaju uzdrowicieli.

Tak rzeczywiście często się dzieje...

Niestety wiem o tym. Tymczasem prawda jest taka, że **jedynie konwencjonalne, trudne, często bolesne i długotrwałe leczenie daje szansę na powrót do zdrowia. Wszystkie inne alternatywne metody, mogą być traktowane ewentualnie jako terapia wspomagająca.** Nigdy zastę-

pująca właściwą kurację. Ale oprócz braku wiedzy, także brak... pieniędzy może być przyczyną postawienia błędnego rozpoznania. W polskim systemie służby zdrowia często prowadzi się oszczędności. Nie zawsze są one, łagodnie mówiąc, przemyślane. Oszczędza się bowiem także na diagnostyce. Trafia do mnie wielu pacjentów z teoretycznie pełnym pakietem badań wykonanych w szpitalu powiatowym, postawionym rozpoznaniem i skierowaniem na leczenie. Tymczasem okazuje się, że nie przeprowadzono właśnie tego jednego, kluczowego badania, które jest decydujące przy dalszym rokowaniu i przy wyborze sposobie leczenia. Przykład: przychodzi pacjent z rakiem odbytu. Miał wykonaną kolonoskopię, USG (a czasami nawet tego badania nie ma), badania krwi i to wszystko. Tymczasem podstawowym badaniem, którego nie przeprowadzono, jest rezonans miednicy – a tylko na podstawie tych wyników jesteśmy w stanie powiedzieć czy pacjent ma przerzuty do węzłów chłonnych. Leczenie, w zależności od wyniku, będzie zupełnie



NUTRICIA Nutridrink Protein

Nutridrink Protein
żywienie medyczne opracowane dla pacjentów onkologicznych.

Do 70% pacjentów doświadcza zaburzeń odczuwania smaku i węchu w trakcie terapii przeciwnowotworowej.¹

Opracowany z pacjentami

Trzy NOWE formuły smakowe

Najmniejsza objętość 125 ml*

Największa ilość białka (18 g) w najmniejszej objętości*

Wysokoenergetyczny 306 kcal

RZEŚKI smak czerwonych owoców

smak NEUTRALNY

ROZGRZEWAJĄCY smak owoców tropikalnych i imbiru

Zawiera pochodne mentolu powodujące efekt chłodzący.

Niska intensywność smaku i zapachu korzystna w sytuacji występowania nadwrażliwości.

Dzięki zawartości pochodnych ostrej papryki wywołuje efekt rozgrzewający.

Od rozpoczęcia chemioterapii pojawiły się u mnie zaburzenia w odczuwaniu smaków i zapachów. Czułam, że postrzegam zmysłami zupełnie inaczej. Jedzenie posiłków w normalnej objętości było niemożliwe.

Pacjentka onkologiczna

*Wśród produktów wysokobiałkowych dostępnych na rynku polskim, 2018
1. Spotten I.E. et al. Subjective and objective taste and smell changes in cancer. *Annals of Oncology* 28: 969-984, 2017.

Nutridrink Protein - żywność specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego w medycynie związanej z chorobą. Skonsumuj pod nadzorem lekarza. Dostępny tylko w aptekach, bez recepty. Producent: N.V. Nutricia, NRI01/11/2018.

NUTRICIA Polska Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-723 Warszawa, Polska.

www.nutriciaoncology.pl

www.nutriblog.pl

NUTRICIA Oncology

inne. Drugi przykład: chory z rakiem żołądka, przychodzi z wynikiem wykonanej gastroskopii, rozpoznaniem i skierowaniem na pilną operację. Tylko, że my nie mamy prawa go zoperować zanim nie wykonamy tomografii komputerowej. Ponieważ jeśli są zmiany przerzutowe przy narządzie, to pacjent musi być automatycznie zakwalifikowany do przedoperacyjnej chemioterapii. Dopiero potem możemy wykonać operację. Dopóki więc nie uzupełnimy braków w badaniach, w ogóle nie możemy mówić o rokowaniu pacjenta ani z nim na ten temat rozmawiać. Dlatego apeluję do wszystkich osób, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową poza centrum onkologicznym, żeby niezwłocznie udali się do specjalistycznego ośrodka na konsultacje do osoby, która się na tym naprawdę dobrze zna. A kiedy już pacjent trafi we właściwe miejsce, zacznie proces leczenia, okaże się że wszystko idzie zgodnie z planem, że są postępy, że guz się zmniejsza, przerzuty się cofają, to jest najlepszy balsam dla jego duszy. Wreszcie otrzymuje nadzieję, że chorobę będzie można pokonać. Lubię przekazywać chorym informację, że operacja była radykalna, że wycięto guz w całości. Widzę jak zmieniają się na twarzy, oczy zaczynają im błyszczeć, oddychają wreszcie pełną piersią. Oczywiście, czeka ich dalsze leczenie, ale świadomość, że odzyskało się kontrolę nad własnym ciałem, że ważny etap leczenia zakończył się pozytywnie, daje siłę do dalszej walki.

Jak z punktu widzenia chirurga pacjent powinien przygotować się do operacji, tak, by przeszła jak najlepiej?

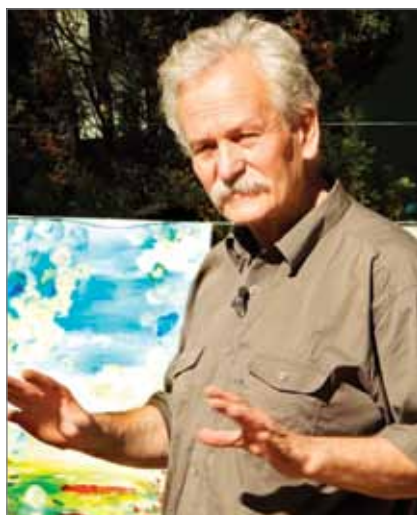
To zależy od tego jaka to będzie operacja, więc zespół specjalistów zajmujących się chorym, musi przygotować go do tego indywidualnie. Ale jedną rzecz zawsze moim chorym mówię: koniecznie **muszą zadbać o odpowiednie wzmocnienie organizmu zarówno przed jak i po zabiegu**. Operacja przecież łączy się z podaniem silnych leków, narkozą, z przecięciem powłok skórnych i usunięciem części tkanek, z utratą krwi. To przecież



ogromny szok i wyzwanie dla całego ciała, które musi rzucić na pole operacyjne, jak na pole bitwy, wszystkie siły. Dobrze więc, żeby tych sił miało jak najwięcej. **Dlatego uważam, że każdy chory, który zostanie poddany takiej próbie, powinien mieć właściwe specjalistyczne żywienie medyczne.** Natomiast zdecydowanie jest ono **potrzebne osobom najbardziej narażonym na zaburzenia odżywiania związane z leczeniem onkologicznym, a więc z nowotworami górnego odcinka pokarmowego: żołądka, przełyku i trzustki, oraz z chorymi, u których operacje będą przebiegać w obrębie głowy i szyi.** I niestety, mówię to z ogromnym rozgoryczeniem, na wielu oddziałach szpitalnych chorzy nie otrzymują żadnych informacji na temat żywienia wspomagającego leczenie... Jeśli wchodzi do mnie człowiek szary, blade, ledwo trzyma się na nogach, to zanim otworzy usta, już wiem, że przyjmuje chemię i nie jest leczony żywieniowo. Jak bardzo jest ono istotne może świadczyć przypadek jednego z moich chorych – późno rozpoznany rak jelita grubego z licznymi przerzutami do wątroby, pacjent leczony praktycznie paliatywnie trzeci rok, po 40 kursach chemii, dwóch operacjach, chodzi do pracy, prowadzi firmę i kiedy przychodzi do mnie do gabinetu, jest uśmiechnięty od ucha do ucha. Ale on od samego początku

otrzymuje **specjalistyczne preparaty odżywcze**. Niektórzy myślą, że to są jakieś zwykłe koktajle z witaminami. Tymczasem ich receptura jest opracowana na podstawie badań naukowych. Oprócz istotnego dla chorego białka, mają też substancje immunomodulujące, czyli takie, które stymulują układ odpornościowy. Mają w składzie np. nukleotydy, argininę, glutaminę, czyli substancje, które mają istotne znaczenie dla poprawy funkcjonowania organizmu w chorobie nowotworowej. I pacjent przygotowywany do dużego zabiegu operacyjnego, w trakcie chemio- czy radioterapii dzięki takiemu wsparciu może zdecydowanie lepiej funkcjonować. Dlatego każdy pacjent, który do mnie trafia, obojętnie czy schudł 1 kg czy 50, dostaje ode mnie leczenie żywieniowe. Proszę, żeby założył zeszycik i codziennie o tej samej porze wpisywał swoją wagę. Potem chorzy przychodzą do mnie przed operacją zadowoleni, ponieważ np. przybrali na wadze 2 kg. Wówczas wiadomo, że w organizmie zatrzymał się proces niszczenia tkanek na rzecz stymulacji organizmu. A więc on odbudowuje się mimo choroby nowotworowej.

**Rozmowa z książki
„Siła życia. Podaj dalej...”
Doroty Mirskiej-Królikowskiej**



Malarstwo jako narzędzie poprawiania jakości życia

Stefan Żuchowski – artysta malarz, pedagog w szkolnictwie artystycznym, realizator, operator, reżyser i montażyista filmów artystyczno-dokumentalnych. Autor unikalnego archiwum nagrań filmowych *Uczniowie i mistrzowie tradycji*. Członek Stowarzyszenia Dom Tańca, uczestnik warsztatów z mistrzami tradycji. Prezes Fundacji Twórczość i Dokumentacja. W ramach projektu „Onkoprzestrzeń Kreatywna” prowadził warsztaty malarskie dla pacjentów onkologicznych w Sierakowie.

Onkoprzestrzeń Kreatywna – półtoraroczny projekt realizowany jest dzięki funduszom FIO przez założoną przeze mnie i moją żonę Marię Poszwińską Fundację Twórczość i Dokumentacja we współpracy z Koalicją Organizacji Pacjentów Onkologicznych. Idea tego projektu wspierającego psychicznie ludzi dotkniętych chorobą onkologiczną jest konsekwencją osobistych doświadczeń Marii i wniosku, że **najważniejsze, co może zrobić człowiek dotknięty chorobą to zadbać o dobrą kondycję psychiczną, do której uzyskania niezbędna jest własna nacechowana dobrą energią kreatywna aktywność pacjenta**, dostosowana do aktualnych i indywidualnych możliwości na każdym etapie choroby, obniżająca poziomu stresu i poprawiająca samopoczucie. Zadbanie o psychiczny dobrostan jest warunkiem koniecznym do wzmocnienia wewnętrznej siły re-

gulacyjnej organizmu, którą chcemy uruchomić dla uporania się z chorobą. Taka stymulująca aktywność może być bardzo różnorodna, bowiem wynika z indywidualnych potrzeb, zainteresowań i możliwości danej osoby. **Szczególną formą takiej aktywności są wszelkie hobbystyczne**, bezinteresowne pasje realizowane dla samej frajdy ich kultywowania, zajęcia których nie traktujemy jak pracy przynoszącej sukces zawodowy czy ekonomiczny, **zajęcia porównywalne do zabawy, prak-**

tykowanie dla samej przyjemności i samorealizacji.

Wierząc w dobroczynny skutek twórczej aktywności zaproponowaliśmy w ramach naszego projektu skierowanego do ludzi dotkniętych chorobą szereg aktywizujących spotkań, które można było wybrać wg indywidualnych zainteresowań. Wśród przeprowadzonych różnych terapeutycznych i artystycznych warsztatów pierwszym był warsztat malarstwa i rysunku skierowany nie tylko do osób, które już wcześniej odkryły w sobie potrzebę takiej formy zajęć i ekspresji, a głównie do takich, które ołówki czy pędzle ostatni raz miały w szkole podstawowej. Osobiście się przyznam, że mam do zajęć z takimi początkującymi „świeżymi” adeptami, jako pedagog z blisko 40-letnią praktyką szczególne upodobanie, dlatego że natychmiast widać rezultaty. Tacy początkujący i ufnie „uczniowie”, nie obciążeni naleciałościami i manierami, po prostu chłoną jak bibuła nowe dla siebie zagadnienia. I w sposób zaskakujący – nawet nauczyciela – odpowiadają swoimi wypowiedziami plastycznymi na jego propozycje.



Warsztaty malarskie w Sierakowie



Ewa Grabiec-Raczak ze Stowarzyszenia „Amazonki” Warszawa-Centrum podczas warsztatów malarskich w Sierakowie

I właśnie takie pozytywne zaskoczenia towarzyszyły mi w Sierakowie, gdy wprowadzałem uczestników na warsztat malarski Onkoprzestrzeni Kreatywnej. Wszyscy z dużym zapałem zaakceptowali zaproponowaną przeze mnie ekspresową ścieżkę rozwojową. **Zapał i zauważalna przyjemność towarzysząca malowaniu dała na tyle zaskakująco dobry rezultat, że zaledwie trzydniowy warsztat zaowocował szeregiem obrazów na tyle przekonujących, że udało się z nich stworzyć ekspozycyjną kolekcję.** Zestaw wybranych prac stał się wędrującą wystawą, która w październiku już ósmy raz będzie prezentowana. Tym razem na XV Forum Rynku Zdrowia w Warszawie.

Wcześniej prace wystawiliśmy na dwóch pokazach w miejscu pleneru w Ośrodku Kama w Sierakowie,

potem eksponowaliśmy je w Zamku Opalińskich w Sierakowie, następnie w Centrum Onkologii na Ursynowie i w Galerii POA Nowolipki w Warszawie. Obrazy towarzyszyły zorganizowanym przez nas i Warszawską Szkołę Filmową Pierwszym Warszawskim Spotkaniom Onkoprzestrzeni Filmowej w kinie Elektronik. Od sierpnia 2019 prace dekorują szpitale onkologiczne Magodent Grupy Luxmed.

Na zestaw eksponowanych obrazów realizowanych techniką akrylową na formatach B1, B2, B3 składają się głównie kompozycje o zróżnicowanych motywach abstrakcyjnych oraz inspirowanych otaczającą nas na plenerze przyrodą. Zasygnalizowane jest też zadanie rysunkowe o charakterze studyjno-poznawczym. **W repertuarze moich warsztatowych propo-**

zycji obok zadań o autoekspresyjnej wymowie bardzo istotna była praca z poszerzaniem wrażliwości percepcyjnej oraz kreatywnej.

Nie jestem profesjonalnym arteterapeutą, ale wiem, że w tej technice terapeutycznej dominuje forma nieskrępowanej ekspresji, gdzie aspekt edukacyjny jest drugorzędny. W przypadku moich warsztatów przywiązywałem wagę do konsekwencji rozwojowych. Nie wykluczam, że przekonanie to wypływa z mojej 40 letniej rutyny pedagogicznej. Ale też z drugiej strony osobiście przychyliam się do opinii, że aspekty dydaktyczno-rozwojowe praktyki artystycznej niosą niebagatelny ładunek terapeutyczny. Element autoekspresji, zasadniczo główny w artystycznej wypowiedzi, pozostawia pole dla wielu innych dobroczynnych funkcji, jakie spełnia kreatywność w dziedzinie plastyki.

Warsztaty rozpoczęły się wykładem i prezentacją otwierającą umysły i oczy na podstawowe aspekty twórczości malarskiej. Mogę przypuszczać, że ten wstęp okazał się korzystny dla finalnych efektów. Chciałbym tu zrobić dygresję. Kiedyś się łudziłem, że wystarczy podać instrukcję, by poinstruowani adepci osiągnęli doskonałe efekty. Po latach doświadczeń pedagogicznych stwierdzam, że kursanci mając podaną procedurę potrafią z niej skorzystać i w pełni zrozumieć dopiero po włączeniu własnego doświadczenia. Pełne zrozumienie niejednego zagadnienia pozornie przyswojonego na pierwszej lekcji może przyjść dopiero po wielu latach samodzielnej praktyki. Sam tego doświadczyłem.

W aspekcie psychoterapeutycznym warto wykorzystać doświadczenie płynące z aktywności artystycznej do przeanalizowania spójności swojej wewnętrznej konstrukcji, swoich potrzeb, oczekiwań, ideałów, najistotniejszych treści z formą, czyli ze sposobem życia. Potraktowanie swojego życia jako najważniejszego dzieła sztuki, spełniającego artystyczne kryteria harmonii, spójności, jedności kompozycyjnej może poprawić również jakość i satysfakcję z życia i w konsekwencji może też nasze zdrowie.



Warsztaty malarskie dla pacjentów onkologicznych w Sierakowie. Prace uczestników warsztatów.

Robotyka przyszłością medycyny



Zabiegi operacyjne z wykorzystaniem robota da Vinci znajdują zastosowanie w wielu dziedzinach medycyny – urologii, chirurgii, ginekologii, kardiologii i laryngologii. Szpital Mazovia w 2017 roku rozpoczął operacje urologiczne robotem Da Vinci jako pierwszy ośrodek w Warszawie. Z doktorem Tomaszem Szopińskim, urologiem, ordynatorem Oddziału Urologii Robotowej i Laparoskopowej Szpitala Mazovia rozmawiamy o korzyściach dla pacjenta z zastosowania tej metody, np. w przypadku prostatektomii radykalnej, czyli usunięciu gruczołu krokowego.

W USA prawie 90% operacji urologicznych wykonywanych jest ze wspomaganie robotycznym, u nas wciąż jest to rzadkość z powodu braku refundacji zabiegów przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jaka jest różnica pomiędzy operacją robotyczną, a operacją laparoskopową?

Operacja laparoskopowa i operacja robotyczna to są w zasadzie takie same operacje, tak samo dociera się do wnętrza pacjenta, poprzez trokary, które przebijają ciało ludzkie, taki sam dwutlenek węgla napęcza jamę otrzewnową – czyli samo dojście do operowanego organu ciała jest identyczne. Metodologia i poszczególne

etapy operacji też są takie same. Różnica polega na tym, że w operacji laparoskopowej posługujemy się ręką jakby zagipsowaną, natomiast w operacji robotycznej posługujemy się ręką robota, która ma pełną swobodę poruszania się w ciele pacjenta. Cztery przegubowe ramiona robota Da Vinci są umieszczone bezpośrednio nad ciałem chorego, i przenoszą ruchy lekarza operującego. Jedno z nich to kamera endoskopowa. Trzy z nich wyposażone są w narzędzia chirurgiczne – dwa reprezentują prawą i lewą rękę chirurga, a trzecie stanowi uzupełnienie – podaje np. nici. Narzędzia robotyczne wyposażone w (*endowrist*) technologię

sztucznego nadgarstka o swobodzie przekraczającej zakres ruchu ludzkiego nadgarstka w sposób intuicyjny wykonują ruchy z niezwykłą precyzją. Kończówki robota wykonują ruchy podobne do nadgarstka człowieka, docierają jednak niezwykle precyzyjnie do każdego fragmentu ciała, bez otwierania powłok brzusznych. Dzięki temu operacja jest wykonana zgodnie z budową anatomiczną człowieka. W przypadku operacji laparoskopowej sposób prowadzenia zabiegu jest wymuszony niedoskonałością narzędzi – to lekarz musi tak ustawić tkanki, żeby pasowały do narzędzi. Kiedy operuje robot – wyginamy narzędzie i nie musimy mocno naciągać tkanek. Dzięki temu powodujemy o wiele mniejszy uraz. Dodatkowo stabilizacja obrazu i narzędzi, które nie przenoszą drżenia rąk i drobnych niezamierzonych ruchów pozwala osiągnąć niezwykłą precyzję wykonywanej operacji. Możemy robić co chcemy bardzo precyzyjnie i to jest najważniejsze, ponieważ podczas operacji dochodzi do znacznie mniejszego urazu tkanek. Nie trzeba nic naciągać, dopasowywać, czy szarpać, żeby przeciąć tkankę. Wszystko jest o wiele szybsze, bardziej precyzyjne, dokładne. Proste narzędzia laparoskopowe powodują, że pewnych etapów operacji nie jesteśmy w stanie wykonać zgodnie z warunkami anatomicznymi, ominąć pewne struktury i zachować ukrwienie lub nerwy. Są momenty, gdzie laparoscopia nie pozwala na przeprowadzenie pewnych



elementów zabiegu, ponieważ bez nadgarstka, bez wygięcia nożyczek nie ma po prostu szans tego precyzyjnie zrobić. Innymi słowy operacja robotyczna jest o wiele prostsza, ale i dokładniejsza. Patrząc na ekran 3D w wielokrotnym powiększeniu (do 4-krotnego powiększenia) i mając nieograniczoną swobodę w ruchu ramion robota, nie mam praktycznie żadnych ograniczeń anatomicznych. Dzięki robotowi widzę lepiej, dokładniej i działam skuteczniej. Mogę operować ramionami robota pod każdym kątem i uzyskać nieosiągalną do tej pory dokładność i precyzję, również dzięki wyeliminowaniu drżenia rąk. Niewielkie rozmiary ramion robota da Vinci pozwalają na przeprowadzanie operacji przy minimalnym nacięciu skóry, co znacznie minimalizuje ryzyko uszkodzenia tkanek.

Jak duże znaczenie przy operacjach robotycznych ma Pana ogromne doświadczenie w zabiegach laparoskopowych?

Po wykonaniu kilku tysięcy zabiegów laparoskopowych, nie mam wątpliwości jak zrobić operację robotem Da Vinci. Oczywiście – jak każdy zabieg może ona pójść trudniej lub łatwiej, jednak wykonywanie kolejnych ruchów, zastanawianie się co dalej zrobić, którą drogą pójść – to już nie stanowi dla mnie problemu. Robot w tym tylko pomaga. Przeprowadzone analizy w najlepszych ośrodkach

robotycznych Europy wykazały, że doświadczenie laparoskopowe pozwala na znaczne skrócenie, a nawet wyeliminowanie krzywej nauki zabiegów robotycznych. Można powiedzieć, że operacja z wykorzystaniem robota dla doświadczonego laparoskopisty jest łatwiejsza. Ponadto wieloletnie doświadczenie i wykonywanie wielu różnych operacji pozwala na uniknięcie wielu powikłań.

Czy można zaczynać od operacji robotycznych, nie operując wcześniej pacjentów laparoskopowo?

W chwili obecnej stykamy się z nowym zjawiskiem w świecie lekarskim: specjalistami od jednej operacji i jednej metody. Moim zdaniem to zjawisko jest niebezpieczne – młodzi ludzie bez doświadczenia klinicznego, posiadania umiejętności radzenia sobie z różnymi powikłaniami. Mogę powiedzieć, choć zabrzmiałoby to nieskromnie, że wykonałem niemal każdą operację laparoskopową jaka jest możliwa w urologii. Pracowałem w bardzo dobrych ośrodkach, uczyłem się od najlepszych urologów w Polsce.

Gdzie w Polsce można nauczyć się wykonywania zabiegu przy pomocy robota Da Vinci?

Od ponad 10 lat kształcę lekarzy w ramach pracy w CMKP (Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego), a obecnie na Uniwersytecie Warszawskim, biorę udział w pracach

komisji egzaminacyjnej Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Już wkrótce także w Szpitalu Mazovia będziemy kształcić kolejnych operatorów Da Vinci. Chcemy uczyć doświadczonych urologów operować z użyciem robota Da Vinci, ponieważ widzimy ogromną przyszłość tej metody.

Co Pan lubi najbardziej w pracy z robotem?

To, że każda operacja rozgrywa się w głowie. Nie jest sztuką przeczytać instrukcję robota. Sztuką jest wiedzieć, jak poruszać jego ramionami, żeby było jak najlepiej dla pacjenta. Do operacji trzeba się przygotować intelektualnie. To lubię najbardziej.

Proszę wytłumaczyć pacjentowi, który ma na przykład raka prostaty i konieczne jest usunięcie tego narządu. Jaki jest sens operacji robotycznej w takim przypadku, zamiast operacji klasycznej czy laparoskopowej?

Przede wszystkim zmniejszenie ryzyka powikłań, poprawa jakości życia, skrócenie czasu gojenia, krótszy czas pobytu w szpitalu. Powrót do pracy po 1–2 tygodniach. Możliwość usunięcia cewnika już w 3 dobie po operacji sprawia, że u 90% chorych powraca trzymanie moczu w ciągu kilku godzin. Operowałem niedawno pilota Boeinga, który poddał się zabiegowi podczas 8-dniowego urlopu, nie mówiąc nikomu w pracy, że jest chory.

Gdzie Pan, jako lekarz się widzi za 10, 20, 30 lat?

Ta technika jest nieograniczona. Mam tyle badań w głowie i możliwości rozwoju... *sky is the limit*. Bardzo dużo jeszcze w medycynie jest przed nami i wraz z dostępem do medycyny robotycznej otworzyły się nowe nieograniczone drogi rozwoju. Bardzo mnie cieszy rozwijająca się nowoczesna medycyna. Sprawna, bez powikłań, jak najmniej wykluczająca nas z codziennych aktywności. To wszystko jest właśnie przed nami. A właściwie to wszystko już się dzieje.

**Rozmawiała
Izabela Leśkiewicz**



Scyntygrafia kości w technice obrazowania hybrydowego SPECT-CT



Dr hab. n. med. Jarosław B. Ćwikła, prof. UWM w Olsztynie
wyjaśnia na czym polega technika obrazowania hybrydowego
SPECT-CT i jakie ma zastosowanie w onkologii.

Scyntygrafia kości to jedna z metod obrazowania diagnostycznego – czynnościowego. Polega ona na dożylnym podaniu do organizmu preparatu znakowanego izotopem promieniotwórczym, a następnie zarejestrowaniu obrazu rozkładu radiofarmaceutyku w ciele pacjenta przez specjalne urządzenie rejestrujące zwane gamma kamerą, która jest sprzężone z systemem komputerowym, umożliwiającym uzyskanie specjalistycznych obrazów.

Badanie to dzięki postępowi technologicznemu może być rejestrowane w technologii objętościowej 3D (wolumetrycznej). Daje to możliwość łączenia z każdym badaniem wykonywanym w technice tomograficznej, takim jak tomografia komputerowa (TK ang. CT) lub rezonans magnetyczny (RM ang. MRI). Techniki te w praktyce są łączone w celu uzyskania optymalnego obrazowania narządów, tkanek czy całego ciała (ang. Whole body – WB). Technika ta jest wykorzystywana w innej technologii medycyny nuklearnej, jakim jest obrazowanie PET, najczęściej u chorych na raka.

Nowa technika badania scyntygraficznego niesie za sobą znacznie wyższą wykrywalność wszelkich zmian chorobowych i jednocześnie pozwala na ich dokładne różnicowanie. Dla przykładu pozwala z bardzo dużym prawdopodobieństwem charakteryzować widoczną zmianę jako przerzut, zmianę zwyrodnieniową lub inną. Przy wykorzystaniu starej technologii planarnej badań scyntygraficznych nie

była możliwa dokładna charakterystyka metaboliczna (czynnościowa) i anatomiczna zmian chorobowych, jaką daje badanie scyntygraficzne łącznie z oceną strukturalną, jakie daje badanie CT.

Problem w onkologii, szczególnie w przerzutach do kości, polega bardzo często na pierwotnym zajęciu jam szpikowych, w powolnym zastąpieniu komórek szpiku i stopniowej przebudowie metabolicznej w miejscu przerzutu w jamie szpikowej, który w dalszym etapie daje obraz strukturalny przebudowy osteosklerotycznej, czy blastycznej lub litycznej, czyli niszczącej kość.

Dzięki wykorzystaniu techniki rejestracji obrazu tomograficznego, możliwa jest jednoczasowa fuzja obrazu czynnościowego i strukturalnego. Dokładne odwzorowanie strukturalne miejsc z podwyższonym/obniżonym gromadzeniem radioznacznika pozwala precyzyjnie wskazać, czy dane gromadzenie radioznacznika związane jest z patologią przerzutową do kości z powodu choroby podstawowej, czy raczej jest związane ze współistnieniem choroby zwyrodnieniowej z dokładnym opisaniem stopnia jej nasilenia i charakteru.

Szereg chorób może ze sobą współistnieć i dokładna analiza wykonana na podstawie jednoczasowego badania tomografii komputerowej oraz badania scyntygraficznego daje klinicyście dokładny wgląd w obraz szkieletu oraz całego badanego narządu ruchu.

Całościowa interpretacja obrazów scyntygraficznych i strukturalnych wymaga doświadczenia zarówno w technikach scyntygraficznych i radiologicznych, ażeby można było prawidłowo interpretować często złożone obrazy diagnostyczne uzyskane za pomocą obu metod. Takie postępowanie jest lub raczej powinno być standardem w postępowaniu i powinno zastąpić stosowaną obecnie technikę planarną badania scyntygraficznego kości (WB).

Celem badania scyntygraficznego kości jest wykrycie i lokalizacja zmian przebudowy metabolizmu kostnego w różnych schorzeniach układu kostno-stawowego oraz identyfikacja innych chorób ogólnoustrojowych mogących mieć wpływ na zaburzenie metabolizmu kostnego. W przypadku chorób nowotworowych celem badania jest wykrycie potencjalnych zmian przerzutowych oraz ocena stopnia zaawansowania procesu chorobowego.

W badaniu scyntygraficznym kości w technice WB-SPECT/CT) wykorzystujemy radioizotop technetu (^{99m}Tc) o krótkim okresie półrozpadu wynoszącym 6,5 godzin, o bardzo niskiej toksyczności radiochemicznej, czyli wysoce bezpieczny. Połączenie radioizotopu technetu z fizjologiczną substancją wbudowującą się do kości po podaniu dożylnym, uzyskujemy fizjologiczną dystrybucję metabolizmu kostnego. Substancją połączoną z radioizotopem jest kwas metylenodifosfonowy (MDP), który ma powinowactwo do kryształów hydroksyapatytu

tworzącego nieorganiczną strukturę tkanki kostnej.

Wskazania kliniczne do wykonania badania scyntygraficznego kości z użyciem ^{99m}Tc -MDP:

- poszukiwanie ognisk przerzutów nowotworowych w układzie kostno-szkieletowym,
- obrazowanie zaburzeń metabolizmu kostnego w przebiegu guzów przerzutowych i pierwotnych kości,
- obrazowanie zapaleń kości,
- obrazowanie zmian pourazowych, braku zrostu, stawu rzekomego etc;
- obrazowanie zmian w chorobach reumatycznych i innych chorobach układowych, w których ulega zaburzeniu metabolizm kostny,
- obrazowanie zmian w martwicach aseptycznych kości,
- diagnostyka schorzeń tkanek miękkich, np. *myositis ossificans*,
- badanie procesów naprawczych w uszkodzonej tkance kostnej oraz w układzie kostno-stawowym,
- poszukiwanie ognisk infekcji w kościach – badanie nieswoiste.

Wspomnianą powyżej technikę badania tomograficznego stosuje się rutynowo w szeregu badaniach scyntygraficznych, nie tylko w scyntygrafii kości.

W onkologii dodatkową przewagą obrazowania hybrydowego jest informacja dotycząca potencjalnych innych patologii w obrębie badane-

go układu szkieletowego. Jest ona przekazywana lekarzowi kierującemu na badanie lub lekarzowi prowadzącemu, z dalszą interpretacją wyniku, wskazująca na innego typu patologię, włączając m.in. następujące schorzenia: „aktywną” dyskopatię, zajęcie stawów międzywyrastkowych tzw. *facet joint syndrome* (bolesne zapalenie stawów międzywyrastkowych), przebiegające z dyskopatią lub niezależnie od niej, a także zagrażające złamaniu kości z uwagi na nasiloną osteoporozę. Dodatkowo badanie ma znaczenie w ocenie złamania wraz z oceną procesów gojenia i określenia czy jest to stare lub obecne złamanie. **Te dodatkowe informacje w wyniku badania hybrydowego umożliwią postawienie właściwej diagnozy i rozpoczęciu prawidłowego procesu terapeutycznego w oparciu o pełne dane.**

System obrazowania hybrydowego NM/CT 860 SPECT/CT do zastosowań ogólnych wykorzystuje zaawansowaną technologię detektorów promieniowania gamma Elite NXT z dużym prostokątnym polem widzenia gamma kamery. Częścią składową systemu jest tomograf komputerowy (CT) „Revolution ACTs” jest on skanerem tomograficznym niskodawkowym o wysokiej rozdzielczości. **System ten zawiera szereg algorytmów dających możliwość obniżenia dawki pochłoniętej przez pacjenta.**

Jednym z takich elementów jest automatyczna kontrola ekspozycji, wykorzystująca funkcje Auto mA oraz Smart mA. Funkcje te odpowiadają za automatyczny dobór modulacji prądu lampy, a ich dokładność znacznie przewyższa wartości oszacowane dla pacjenta przed rozpoczęciem badania, co sprzyja znaczącej redukcji dawki generowanej podczas badania przez lampę rentgenowską. Ponadto aparat zawiera oprogramowanie do zarządzania dawką SmartDose z iteracyjnym algorytmem redukcji dawki ASiR, którego technologia umożliwia znaczące zredukowanie dawki pochłoniętej przez chorego podczas badania CT/TK. **Stosowanie technologii ASiR może ograniczyć dawkę pochłoniętą przez pacjenta przy badaniach CT/TK, w zależności od problemu klinicznego, gabarytów pacjenta, umiejscowienia anatomicznego i wskazań klinicznych do badania.** W konsekwencji może pomagać lekarzom w poprawie trafności rozpoznań przy stosowanej niższej dawce, **co ma znaczenie dla chorego przy wykonywaniu wielu badań diagnostycznych z użyciem promieniowania jonizującego.** Należy podkreślić, że niejednokrotnie chorzy w trakcie naturalnej historii przebiegu choroby mają wykonywane kilkanaście lub więcej badań diagnostycznych rtg, CT i badań scyntygraficznych, co daje określoną dawkę skumulowaną napromieniania pacjenta tylko w ramach badań diagnostycznych.

Takie wysokospecjalistyczne badania z wykorzystaniem systemu obrazowania hybrydowego NM/CT 860 SPECT/CT można wykonać w Centrum Diagnostyczno-Leczniczym „Gammed”, posiadającym wieloletnie doświadczenie w diagnostyce obrazowej wszelkich procesów nowotworowych, szczególnie nowotworów neuroendokrynnych oraz zaawansowanych procesów nowotworowych innych typów, a zwłaszcza z podejrzeniem lub zajęciem kości.

Więcej informacji:
www.gammed.pl



Bezpłatna kolonoskopia w RCO

Radomskie Centrum Onkologii realizując Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych zaprasza na bezpłatną kolonoskopię w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego: osoby w wieku 50–65 lat, które nie miały wykonywanego badania kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat, osoby w wieku 40–49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo), u którego wykryto raka jelita grubego; osoby w wieku 25–49 lat z rodziny z zespołem Lyncha oraz osoby w wieku 20–49 z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej (FAP). Zapisy i informacje na temat Programu



Program Badań Przesiewowych
RAKA JELITA GRUBEGO

pod numerem – 570 196 599. Radomskie Centrum Onkologii realizuje także umowę z zakresu profilaktyki raka piersi na wykonanie mammografii. Program skierowany jest do kobiet wieku 50–69 lat, które w ostatnich 2 latach nie wykonywały badania mammograficznego. Zapisy pod numerem tel. 48 377 90 20.

Standard w leczeniu raka piersi

Wspaniałe wieści dla pacjentek z rakiem piersi! Nareszcie będzie dostępny w Polsce europejski standard leczenia chorych na raka piersi. Jak zapowiedział na specjalnie zwołanej konferencji minister zdrowia Łukasz Szumowski, od 1 września do refundacji trafiają nowoczesne leki w raku HER-ujemnym: *palbocykl* i *rybocykl*. W leczeniu neoadiuwantowym (przedoperacyjnym) dla pacjentek z HER – dodatnim rakiem piersi dostępna będzie tzw. podwójna blokada, czyli *pertuzumab* w skojarzeniu z *herceptyną*, dająca szansę na całkowite wyleczenie.

Decyzja ta była długo oczekiwana przez środowisko chorych na raka piersi i dzięki współpracy oraz dialogowi organizacji pacjentów, klinicystów i ministerstwa zdrowia udało się opracować optymalny w tej chwili, kompleksowy program leczenia. Jeśli jeszcze do tego dodamy Breast Unity, będzie można mówić

o osiągnięciu w Polsce europejskiego standardu w leczeniu tego nowotworu. – powiedziała Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”.



Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia informuje o wprowadzeniu nowych, innowacyjnych leków do programu leczenia raka piersi

Kampania „Rak a zdrowie”

ZOZ nr 2 w Rzeszowie już po raz szósty zaprasza Panie na bezpłatne badania mammograficzne w ramach kampanii „Rak a zdrowie”. Akcja rozpoczyna się 7.10.2019 r. i potrwa do końca roku. Badania mammograficzne będzie można wykonać w Poradni Ginekologiczno-Położniczej ZOZ nr 2 przy ul. Fredry 9 w Rzeszowie. Diagnostyka odbywać się będzie w każdy pon./czw./pt. w godz. 8.00 – 16.30 oraz wt./śr. w godz. 8.00 – 18.30. Panie, które wykonają badanie mogą wziąć udział w losowaniu nagród, po zakupieniu losu za symboliczną kwotę 0,50 zł. Tegoroczna nagroda główna to damski rower miejski. Oprócz tego, do wygrania 50 atrakcyjnych upominków, m.in. sprzęt RTV i AGD, zestawy luksusowych kosmetyków, vouchery na zabiegi kosmetyczne, masaże i konsultacje dietetyczne, bony na badania diagnostyczne oraz wiele innych. Kampania „Rak a Zdrowie” jest skierowana do mieszkanek powiatu rzeszowskiego w wieku 50–69 lat, które nie wykonywały

mammografii w ciągu ostatnich 2 lat. Dochód ze sprzedaży losów przeznaczony zostanie na kampanię edukacyjną dotyczącą profilaktyki raka piersi. Do tej pory w ramach VI edycji udało się przebadать blisko 2000 kobiet z powiatu rzeszowskiego. Patronat Honorowy nad akcją objął Starosta Rzeszowski – Pan Józef Jodłowski. Rejestracja odbywa się pod nr. tel. 17 86 13 605 i 17 86 13 616 lub osobiście w Poradni Ginekologicznej przy ul. Fredry 9. Kampanię wspierają również sponsorzy, którzy ufundowali nagrody. Patronem medialnym kampanii jest, jak co roku, „Głos Pacjenta Onkologicznego”.



Więcej informacji: www.rakazdrowie.pl

Rak płuca – spotkanie w Sejmie

Rak płuca jest największym problemem zdrowotnym w Polsce – 18 lipca br. **podczas spotkania Parlamentarnego Zespołu ds. Organizacji Ochrony Zdrowia pod przewodnictwem Anny Czech, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych przedstawiła rekomendacje poprawy opieki nad chorymi oraz profilaktyki tego nowotworu.** Tego samego dnia w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej prowadziliśmy badania profilaktyczne pod kątem chorób płuc (spirometria, smokolizer i obciążenie).



Badania profilaktyczne w Sejmie RP

Onko Liga 2019

20 lipca 2019 r. w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie odbyła się **I edycja Międzynarodowych Mistrzostw Piłkarskich „ONKO LIGA 2019”.** Dzieci i młodzież z chorobami nowotworowymi ze wszystkich ośrodków onkologicznych w Polsce oraz młodzi pacjenci onkologiczni z Ukrainy, Litwy, Słowacji, Czech i Turcji wzięli udział w turnieju piłkarskim w różnych kategoriach wiekowych. – *Inauguracja imprezy to nie tylko symboliczny wykop piłki z udziałem gości specjalnych oraz lubianych aktorów i sportowców – ONKO LIDZE towarzyszył specjalny program artystyczny i specjalne atrakcje dla rodzin – powiedział Tomasz Osuch, prezes Fundacji Spełnionych Marzeń.*



Tomasz Osuch, prezes Fundacji Spełnionych Marzeń

Operacje urologii onkologicznej ruszają w Radomiu

Ruszyła współpraca Radomskiego Centrum Onkologii ze Szpitalem Mazovia w Warszawie. Od połowy lipca 2019 r. w szpitalu na Wacynie w Radomiu, będą wykonywane **zabiegi onkourologiczne u pacjentów z rakiem pęcherza, prostaty, nerki, moczowodu i innych. Współpraca jest realizowana w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.** Szczegółowe informacje na temat konsultacji lekarskich z Radomskim Centrum Onkologii można uzyskać pod numerem tel. 48 377 90 20.



Operacja onkourologiczna w RDC

IX Letnia Akademia Onkologiczna dla Dziennikarzy

Już po raz dziewiąty, na początku sierpnia, Fundacja im. Macieja Hilgiera zorganizowała **Letnią Akademię Onkologiczną dla Dziennikarzy**, podczas której eksperci zaprezentowali najważniejsze aktualne problemy i osiągnięcia światowej i polskiej onkologii. W ramach Akademii odbył się **dwa panele przygotowane przez Polską Koalicję Pacjentów**, moderowane przez rzecznik Alek-

sandrę Rudnicką, dotyczące sytuacji onkologii dziecięcej w Polsce oraz potrzeby specjalistów wspierających onkologów w terapii nowotworów, zwłaszcza w zakresie działań niepożądanych.

Konferencja już na stałe wpisała się w kalendarz najważniejszych i najbardziej merytorycznych spotkań środowiska onkologicznego i dziennikarskiego w Polsce.

„Piękna mama”

Akcja „Piękna mama” prowadzona przez Fundację „Gdy liczy się czas”, kierowana jest do mam dzieci przebywających na długiej, skomplikowanej hospitalizacji – głównie onkologicznej. W ramach akcji organizowany jest dzień pełen atrakcji: wizyta u fryzjera, masaż, makijaż, manicure, zabiegi pielęgnacyjne, sesja zdjęciowa, pomoc terapeuty, dietetyka, stylisty i kolorysty oraz prezenty dla mam i dzieci. **„Piękna mama” to chwila wytchnienia, ukojenia i relaksu dla mam, ale, co pokazały poprzednie edycje, również przywrócenie uśmiechu na dziecięcych twarzach.** W praktyce widzimy realizację powiedzenia – *Szczęśliwa mama, to szczęśliwe*



dziecko. Dotychczas zrealizowano 7 edycji akcji w Warszawie i w Lublinie. Akcja cieszy się bardzo dużym uznaniem. Przez projekt organizatorzy pragną również zwrócić uwagę na istotę dbania o zdrowie i wykonywania badań profilaktycznych. Organizatorzy zachęcają do zostania partnerem w tym przedsięwzięciu. Obecnie podjęto współpracę z Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie, gdzie cyklicznie prowadzone będą mini akcje (co 6 tygodni).

Więcej informacji:

www.gdyliczysieczas/piękna-mama-2

Onkoprzestrzeń Kreatywna c.d.

27 lipca – 4 sierpnia w Sierakowie, odbyły się kolejne warsztaty dla pacjentów onkologicznych i ich bliskich, zorganizowane w ramach projektu Onkoprzestrzeń Kreatywna przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych wraz z Fundacją Twórczość i Dokumentacja dofinansowanego z Programu Funduszu Inicjatyw Obywatelskich Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego. Warsztaty emisji głosu i kreatywności prowadziła **Barbara Wylińska**, która od kilkunastu lat organizuje warsztaty głosowe dla dorosłych, zespoły śpiewające pieśni o wiejskim rodowodzie oraz zajęcia muzyczne związane z kulturą tradycyjną dla dzieci. Warsztat mindfulness prowadziła **Jolanta Berezowska** – certyfikowany psychoterapeuta i superwizor w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym i Polskim Towarzystwie Psychologicznym. Warsztaty języka filmowego i fotografii prowadził **prof. Tomasz Samosionek** – profesor zwyczajny PWSFTviT, autor ponad 70 filmów dokumentalnych poświęconych sztuce i najnowszej historii Polski.



Uczestnicy warsztatów z fotografii wraz ze swoim trenerem prof. Tomaszem Samosionkiem na wystawie prac w Sierakowie

Więcej informacji:

www.onkoprzestrzenkreatywna.pl

Konferencja ekspercka

29 sierpnia odbyła się w Sejmie konferencja pod przewodnictwem posła Elżbiety Sępień „Jak uleczyć polski system ochrony zdrowia?”. Eksperti **prof. dr hab. Ewelina Nojszewska** oraz **Paweł Wojciechowski** – główny ekonomista ZUS omówili zależność pomiędzy prawidłowo funkcjonującym systemem ochrony zdrowia a rozwojem potencjału społecznego i gospodarczego kraju oraz wyzwaniom, jakim musi sprostać (zmiany demograficzne, rozwój chorób cywilizacyjnych i wzrost śmiertelności). Eksperti zaprezentowali dane statystyczne (Polska, Unia Europejska), które były podstawą do dyskusji o potencjalnych zmianach, usprawnieniach i włączeniu polityki jakości do polskiej ochrony zdrowia. Przedstawiciele organizacji pacjentów, m.in. **Aleksandra Rudnicka** – Rzecznik Pol-

skiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych oraz **Dagmara Samselska** – Unia Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę przedstawiły perspektywy zmian związane z potrzebami polskich pacjentów oraz obszary, które obecnie wymagają naprawy. **Drogowskazy dla służby zdrowia – raport NIK** zaprezentował **Piotr Wasilewski**, dyrektor Departamentu Zdrowia NIK. Spotkanie zakończyła moderowana dyskusja wszystkich uczestników konferencji na temat pożądanego kierunku zmian w systemie ochrony zdrowia po 2019 r., podczas której **rzecznik PKPO podkreśliła**, że – *Polityka zdrowotna państwa wymaga opracowania ponad podziałami politycznymi wieloletniej strategii, która będzie realizowana bez względu na to kto będzie sprawował władzę, o co od lat apelują liderzy organizacji pacjentów.*

25-lecie Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

Przeszło 25 lat temu, w 1993 roku wobec wyzwań ekonomiczno-politycznych, które przyniosły czasy wielkich przemian w Polsce, **polskie Amazonki postanowiły połączyć swoje siły** rozproszone w 14 klubach, zrzeszających kobiety po leczeniu raka piersi w całym kraju. **Misją Federacji od początku jest poprawa jakości życia kobiet po leczeniu raka piersi**, poprzez m.in. realizowanie takich celów jak refundacja nowoczesnego leczenia, środków ortopedycznych i artykułów pomocniczych. Protezy piersi, peruki czy rękawki przeciwobrzękowe to największe osiągnięcia w tym zakresie. Sukcesem jest dostępność do leczenia obrzęku limfatycznego, zabiegu rekonstrukcji piersi, profilaktycznej mastektomii i dostęp do leczenia w sanatorium. *Federacja nadal czy-*

ni starania o utworzenie sieci Breast Unitów, aby pacjenci z rakiem piersi byli w Polsce leczeni kompleksowo, zgodnie z europejskimi standardami – powiedziała prezes Federacji, Krystyna Wechmann. Jubileuszowe uroczystości odbyły się 4 lipca br. w Sierakowie. Szczególnym uświetnieniem był pokaz mody medycznej i czerwonych sukienek przygotowany przez Ewę Minge oraz występ Hanny Śleszyńskiej, a także prezentacja przekazanych na aukcję charytatywną przez Panią Prezydentową przedmiotów oraz obrazów namalowanych przez Amazonki. Jubileusz odbywał się pod hasłem – *Byłyśmy, jesteśmy i pozostaniemy grupą wsparcia.*



Nowotwory głowy i szyi – nadzieje i wyzwania

18 lipca br. odbyło się **posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii** dotyczące wyzwań, przed którymi stoi **kompleksowe leczenie pacjentów z nowotworami głowy i szyi w Polsce**. W posiedzeniu pod przewodnictwem posła Marka Hoka udział wzięli: **prof. Andrzej Kawecki, dr Bartosz Szałowski**, który przedstawił aktualne i oczekiwane możliwości leczenia systemowego nowotworów głowy i szyi, w tym badania kliniczne. **Dr Izabela Łasińska** skupiła się na trudnościach w dostępie do optymalnego leczenia, natomiast bardzo ważny temat rehabilitacji chorych po leczeniu onko-

logicznym nowotworów głowy i szyi przedstawiła **Dominika Kozłowska-Wojnar**. Dużo uwagi poświęcono także profilaktyce raków szyi i głowy i innowacyjnemu programowi, którego autorem jest **prof. Wojciech Golusiński**. Z ramienia Koalicji w posiedzeniu udział wzięła **Aleksandra Rudnicka**, rzecznik PKPO, która podkreśliła, że – *Sytuacja pacjentów z nowotworami szyi i głowy, przez długie lata była zapomnianym i pomijanym tematem, którym należy się pilnie zająć zwłaszcza wobec dynamicznie postępującego w ostatnich latach wzrostu zachorowań na ten rodzaj raka.*

Z Sejmu: rak piersi i przewlekła białaczka limfocytowa

29 sierpnia z inicjatywy posła Anny Czech oraz Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych odbyło się posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Organizacji Ochrony Zdrowia, dotyczące **ścieżki kompleksowej opieki nad chorymi z rakiem piersi oraz sytuacji pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową**. W spotkaniu wzięli udział wiceminister Maciej Miłkowski i wiceminister Sławomir Gadomski oraz eksperci: **prof. Tadeusz Pieńkowski, prof. Iwona Hus, prof. Wojciech Jurczak oraz prof. Tadeusz Robak**, a także **Pan Edward Olech**, pacjent z przewlekłą białaczką limfocytową. **Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych** podkreśliła, że – *W ostatnim czasie, bardzo poprawił się dostęp do innowacyjnego leczenia pacjentów z rakiem piersi, także możemy mówić o osiągnięciu europejskiego standardu. Jak zauważyła rzecznik PKPO Aleksandra Rudnicka – Niestety, w odniesieniu do pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową, sytuacja daleka jest od europejskiego poziomu, ponieważ aktualny program wyklucza chorych bez*

delacji 17p, którzy pozostają bez nowoczesnego leczenia przedłużającego i ratującego życie.



Wiceminister Maciej Miłkowski, poseł Anna Czech, red. Aleksandra Rudnicka

AQUASTOP® RADIOTERAPIA

Wyrób medyczny przebadany dermatologicznie

Poprawia stan skóry
i komfort życia pacjentów



• Podrażniona skóra • Pękanie naskórka • Zaczerwienienie • Świąd

Lagodzący preparat **AQUASTOP® Radioterapia** ukoji skórę poddaną naświetlaniu, przeznaczony jest do ochrony skóry w trakcie trwania radioterapii i po jej zakończeniu. Ogranicza popromienne uszkodzenia skóry takie jak: oparzenia, suchość, zaczerwienienie, świąd, złuszczenie i pękanie naskórka. Preparat dzięki odpowiednio dobranej recepturze, przyspiesza procesy naprawcze i odnowę skóry. Natłuszcza ją i uelastycznia, pozostawiając na jej powierzchni delikatny film ochronny. Dobrze się wchłania i łatwo rozsmarowuje podnosząc komfort stosowania.

Preparat **nie zawiera** w swoim składzie:

- wody
- kompozycji zapachowych
- barwników

Trudne słowo *adherence*

Coraz częściej w debatach medycznych pada słowo *adherence*. Dla wielu osób jest to termin zupełnie niezrozumiały. Ci, którzy poznali bliżej jego znaczenie, wiedzą, że wiąże się on z całym szeregiem problemów dotyczących procesu terapii i kontaktu pacjenta z lekarzem.

Na *adherence* składają się trzy równie obco brzmiące terminy: **compliance**, czyli przestrzeganie zaleceń lekarskich, **persistence**, czyli systematyczność, wytrwałość w stosowaniu terapii i jej nieprzerywanie oraz **concordance** – współpraca pacjenta i lekarza w dokonaniu wyboru terapii, współodpowiedzialność za podejmowanie decyzji terapeutycznych. W tym rozumieniu *adherence* to przestrzeganie, wytrwałość i współpraca w prowadzeniu terapii. Są to więc podstawowe warunki sukcesu leczenia, bowiem leki nie działają u chorych, którzy ich nie biorą lub biorą je w sposób niezgodny z zaleceniami, których nie rozumieją i nie akceptują.

Powody nieprzestrzegania zaleceń

Można je podzielić na **nieświadome**, czyli m.in. zwykłe zapominanie, któremu sprzyja złożoność terapii, częste przyjmowanie leków o niewygodnych porach, a także odstępstwa od zwykłego rytmu życia, jego zawrotne tempo. Z kolei powodem **świadomego** nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest **brak motywacji do prowadzenia leczenia**, brak przekonania o jej znaczeniu. Problem ten jest obserwowany zwłaszcza wśród **osób chorych przewlekle, aż 50% z nich nie przestrzega zaleceń terapii**. Dotyczy to zwłaszcza chorób tzw. skąpoobjawowych, np. osteoporozy, w których **brak poczucia choroby** sprawia, że pacjenci nie podejmują proponowanego leczenia, albo też przerywają je wkrótce po rozpoczęciu, podobnie jak dzieje się w przypadku działań niepożądanych leków. Zaobserwowano u pacjentów z chorobami przewlekłymi przypadki „**typu białego fartucha**” (ang. *white coat compliance*), polegające na spadku poziomu *compliance* pomiędzy wizytami, który nieco wzrasta bezpośrednio przed terminem wizyty kontrolnej i utrzymuje się na tym poziomie przez pewien czas. Inne odnotowane w tej grupie chorych zjawisko to tzw. **wakacje od leków** (ang. *drug holidays*), związane zwykle z weekendami lub innymi wydarzeniami, zaburzającymi codzienny rytm życia, **występujące u 20% chorych przynajmniej jeden raz w miesiącu**.

Ważnym **społecznym powodem** nieprzyjmowania leków są **wysokie koszty terapii**. Wiele osób nie wykupuje zaordynowanych leków, bo je na nie stać.

Główne przyczyny niestosowania się do *adherence* należy upatrywać w **osobowości pacjenta** m.in. jego niedyscyplinowaniu, ale także w wieku, poziomie wykształcenia; im jest ono wyższe tym większa jest świadomość potrzeby *compliance*. Zławsza **starsi pacjenci mają problemy z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych**, co wynika z częstego w starszym wieku deficytu funkcji poznawczych, trudności w koncentracji, zrozumieniu przekazywanych informacji oraz faktu, że seniorzy z powodu kilku chorób przyjmują wiele leków w skomplikowanych schematach. Często więc w stosowaniu się do zaleceń potrzebna jest im pomoc bliskich.

Podobne jest u **pacjentów pediatrycznych, gdzie w procesie realizacji planu terapeutycznego, adherence dodatkowo obejmuje rodziców dziecka**. Zachowania rodzica odgrywają istotną rolę w kształtowaniu postaw dziecka dotyczących leczenia. **Jest to szczególnie ważne w okresie dojrzewania, wchodzenia w dorosłość**, który jest czasem buntu i wyzwalania się spod opieki rodzicielskiej. Niestety dochodzenie do samodzielności często przejawia się problemami w prowadzeniu terapii czy wręcz próbami jej przerywania.

Straty z *non-adherence*

Jeśli **pacjent nie przyjmuje regularnie leków**, modyfikuje wielkość dawki i częstość stosowania leku czy przerywa kurację **oczekiwany efekt terapeutyczny może nie zostać osiągnięty**, a nawet spowodować zgon chorego. ***Non-adherence* ma również poważne konsekwencje społeczne i ekonomiczne**. Dodatkowymi obciążeniami dla systemu opieki zdrowotnej wynikającymi z nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest **większe zapotrzebowanie na porady lekarskie, konieczność wykonania kolejnych badań diagnostycznych i stosowania dodatkowych leków oraz wzrost częstości hospitalizacji** (do blisko 20% hospitalizacji wśród osób starszych przyczyniać się może niesystematyczne leczenie). Oszacowano, że **następstwa finansowe nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych dla publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce wynoszą w przybliżeniu tyle, ile wydaje NFZ na zapewnienie opieki lekarzy rodzinnych**.

Komunikacja

Z badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że **35% chorych deklaruje niedostateczne przestrzeganie zaleceń lekarskich**. Przyczyny tego zjawiska, leżą także po stronie lekarzy. Chorzy wskazują na brak informacji lub jej przekazywanie przez lekarzy w sposób niepełny, niezrozumiały, nie dostosowany do wiedzy medycznej pacjenta. Mówią również o niedostatecznej więzi, o brak zaufania do lekarza, o poczuciu przedmiotowego traktowania. *Compliance*, zakłada bierny udział pacjenta w procesie terapii, polegający wyłącznie na dostosowaniu się do zaleceń leczącego. Tymczasem **chory musi być w tym procesie leczenia także stroną aktywną, pełnoprawnym partnerem, a strategia i plan leczenia powinny być wynikiem jego porozumienia z lekarzem (*concordance*)**.

*Wytrwałe przestrzeganie wspólnie stworzonego przez pacjenta i lekarza planu terapeutycznego (*adherence*), zrozumienie i akceptacja przez chorego sensu działań diagnostycznych sprzyja efektywności terapii.*



POLSKA KOALICJA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Łączy nas Koalicja



Wesprzyj działalność Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych wpłacając darowiznę.

Nr konta: BANK PKO S.A. 62 1020 1097 0000 7002 0180 2396

ZARZĄD

Prezes – Krystyna Wechmann

Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

Członek Zarządu – Beata Ambroziewicz

Prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów

Członek Zarządu – Jan Salamonik

Wiceprezes Stowarzyszenia Chorych na Przewlekłą Białaczkę Szpikową

RADA

Przewodniczący – Paweł Moszumański

Żołęźciel Stowarzyszenia Wspierającego Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy”

Wiceprzewodniczący:

Piotr Fonrobert

Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym na GIST

Ryszard Lisek

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO

Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych

Romana Nawara

Prezes Warszawskiego Stowarzyszenia Amazonki

Krzysztof Żbikowski

Wiceprezes Stowarzyszenia Chorych na Przewlekłą Białaczkę Szpikową,
Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Nowotwory Krwi w Zamościu

**Dołącz do nas na Facebooku: facebook.com/KoalicjaPacjentow
Czytaj „Głos Pacjenta Onkologicznego” na www.pkopo.pl**

Adres do korespondencji

ul. Piękna 28/34, lok. 53, 00-547 Warszawa

info@pkopo.pl, tel. 22 428 36 31

Dyrektorka biura

Agnieszka Truskolaska

Redaktor Naczelna, rzecznik PKPO

Aleksandra Rudnicka

aleksandra.rudnicka@pkopo.pl

ul. Pełczyńskiego 20a/12, 01-471 Warszawa

tel. 502 071 677

Zastępca Redaktora Naczelnego

Beata Ambroziewicz

beata.ambroziewicz@pkopo.pl

Sekretarz Redakcji

Anna Domańska



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

„Głos Pacjenta Onkologicznego” nr 4/2019 wydano ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.