



GŁOSPACJENTA ONKOLOGICZNEGO

BEZPŁATNE CZASOPISMO POLSKIEJ KOALICJI PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

4/25 (66)

grudzień 2025

glospacjenta.pl

MOJA HISTORIA

**TERAZ PRACUJĘ
NA DWA I PÓŁ ETATU**

dr hab. n. med. Marek Kluszczyński

**MIKROCHIRURGIA. PRZEKRACZAĆ
NIEPRZEKRACZALNE**

dr n. med. Daniel Maliszewski

**CAR-T. CO TRZEBA
O NIEJ WIEDZIEĆ?**

Prof. Sebastian Giebel

CUKIER A NOWOTWORY

Dr Katarzyna Różyczka

NIE BÓJMY SIĘ ANTYDEPRESANTÓW

Prof. Anna Staniszevska

PROBLEM TRZECH MISECZEK

Olgierd Langer

Przeznacz

1,5%



Forum Pacjentów Onkologicznych
SZCZĘŚLIWA 13 W CZĘSTOCHOWIE

Wspólna droga do zdrowia

- | | | |
|---|--|---|
| <p>3 FORUM PACJENTÓW
ONKOLOGICZNYCH
– szczęśliwa 13
w Częstochowie</p> <p>6 Nowoczesna diagnostyka
onkologiczna – klucz do
skutecznego leczenia</p> <p>9 Nowoczesne metody
leczenia nowotworów</p> <p>11 Nowoczesna chirurgia
onkologiczna – robotyka
i techniki małoinwazyjne</p> <p>13 Organizacja leczenia
w ramach Krajowej Sieci
Onkologicznej</p> | <p>15 PRZEKRACZAĆ
NIEPRZEKRACZALNE.
Rzecz o robocie
mikrochirurgicznym
<i>dr n. med. Daniel
Maliszewski</i></p> <p>18 CAR-T. Co trzeba o niej
wiedzieć?
<i>Prof. dr hab. n. med.
Sebastian Giebel</i></p> <p>21 TERAZ PRACUJĘ na dwa
i pół etatu
<i>dr hab. n. med. Marek
Kluszczyński</i></p> | <p>25 HOSPICJUM DOMOWE.
Właściwie o co w tym
chodzi? <i>Dorota Szerement</i></p> <p>28 CUKIER A NOWOTWORY:
dlaczego eliminacja
węglowodanów i głodówki
nie leczą raka?
<i>dr n. med. i n. o zdr.
Katarzyna Różycka</i></p> <p>31 NIE BÓJMY SIĘ
antydepresantów
<i>prof. dr hab. n. med. i n. o zdr.
Anna Staniszevska</i></p> <p>34 PROBLEM trzech miseczek
<i>Olgierd Langer</i></p> |
|---|--|---|



15 PRZEKRACZAĆ
NIEPRZEKRACZALNE.
Rzecz o robocie
mikrochirurgicznym

28 CUKIER
A NOWOTWORY:
dlaczego eliminacja
węglowodanów
i głodówki nie leczą
raka?

21 TERAZ PRACUJĘ
na dwa i pół etatu



Wydawca: Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
ul. Wawelska 15B pok. 03 02-034 Warszawa
Skład graficzny: Joanna Bialecka

Zdjęcia: Freepik, Pixabay, archiwum domowe

Czasopismo „Głos Pacjenta Onkologicznego” ma charakter edukacyjny i informacyjny, nie stanowi i nie zastępuje porady lekarskiej. Redakcja dokłada wszelkich starań, aby informacje w nim zawarte były poprawne merytorycznie, jednakże decyzja dotycząca leczenia należy do lekarza.

Żaden utwór zamieszczony w czasopiśmie nie może być powielany i rozpowszechniany lub dalej rozpowszechniany w jakikolwiek sposób (w tym także elektroniczny) na jakimkolwiek polu eksploatacji w jakiejkolwiek formie, włącznie z umieszczaniem w Internecie bez pisemnej zgody właściciela praw. Jakiegokolwiek użycie lub wykorzystanie utworów w całości lub w części z naruszeniem prawa, tzn. bez właściwej zgody, jest zabronione.

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść i formę zamieszczonych ogłoszeń i reklam, a także za błędne stosowanie prezentowanych w magazynie preparatów.



FORUM PACJENTÓW
ONKOLOGICZNYCH

FORUM PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH – szczęśliwa 13 w Częstochowie

13. Forum Pacjentów Onkologicznych tym razem odbyło się w Częstochowie. Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych zaprosiła pacjentów, ekspertów i decydentów do szerokiej dyskusji o tym, co najważniejsze we współczesnej onkologii.

– W tym roku postanowiliśmy zerwać z tradycją organizowania Forum Pacjentów Onkologicznych wyłącznie w Warszawie. Zdecydowaliśmy, że chcemy, by te coroczne spotkania pacjentów odbywały się w regionach, żeby być jeszcze bliżej potrzebujących – wyjaśnia Elżbieta Markowska, prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, pełniąca równocześnie funkcję prezes Stowarzyszenia Amazonki Częstochowskie.

– Cieszy fakt, że byliśmy gospodarzami tego niezwykle ważnego wydarzenia, które po raz

pierwszy w swojej historii odbyło się poza Warszawą – w sercu województwa śląskiego, w Częstochowie, na Uniwersytecie Jana Długosza. Nasze województwo dysponuje jednymi z najlepiej wyposażonych ośrodków onkologicznych w kraju, a dostępność świadczeń zdrowotnych, zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych, jest na bardzo wysokim poziomie. To efekt współpracy samorządu, instytucji naukowych, organizacji pacjentów i środowiska medycznego, które wspólnie budują system opieki skoncentrowany na człowie-





ku. Mam nie nadzieję, a pewność, że to spotkanie będzie miało realny wpływ na to, jak wygląda system ochrony zdrowia i przełoży się na zmiany dla dobra pacjentów – mówił Wojciech Saługa, Marszałek Województwa Śląskiego.

– To, że tak ważne spotkanie odbyło się po raz pierwszy poza Warszawą, dało nam szansę, by pokazać, że również ośrodki regionalne mają dużo do zaoferowania i leczą pacjentów na wysokim poziomie, korzystając z najnowocześniejszych leków i technologii. Możliwość przysłuchiwania się dyskusjom ekspertów to również szansa dla pacjentów i naszych studentów na lepsze zrozumienie współczesnej onkologii i jej wyzwań – stwierdziła Barbara Huras, onkolog pracująca na co dzień w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie, prodziekan do spraw studenckich Collegium Medicum Uniwersytetu im. Jana Długosza w Częstochowie.

O terapiach i systemie – zawsze może być lepiej

Eksperci mówili o wyzwaniach związanych z wdrażaniem Krajowej Sieci Onkologicznej i opieki koordynowanej oraz o znaczeniu tworzenia unitów narządowych w zwiększaniu skuteczności leczenia

i poprawie jego wyników. Podkreślano też, że brak skutecznej promocji badań przesiewowych w znaczącym stopniu wpływa na to, że wciąż zbyt mało osób korzysta z tej formy prewencji. Przekłada się to na późniejsze wykrywanie nowotworów i wpływa zarówno na wyniki leczenia jak i jego koszty. Duże zainteresowanie wzbudziły panele dyskusyjne poświęcone nowoczesnym technologiom – zarówno lekowym jak i radioterapii oraz chirurgii, w tym chirurgii robotycznej. Leczenie ukierunkowane molekularnie, immunoterapia czy CAR-T to dzisiaj codzienność. Codziennością stają się też terapie podawane podskórnie czy w tabletkach – są one wygodne dla pacjenta i odciążają personel i przynoszą oszczędności. Eksperci byli zgodni co do tego, że zmieniały i nadal zmieniają one oblicze onkologii, ale i stawiają przed wszystkimi uczestnikami systemu kolejne wyzwania.

Jednym z największych jest na pewno diagnostyka molekularna, bo bez niej nawet najlepsze leki nie mogą być wykorzystane. Eksperci podkreślali, że konieczne są zmiany w wycenach świadczeń i przeniesienie możliwości wykonywania badań z poziomu szpitali do AOS. Nie może być bowiem tak, że wykonywanie badań koniecznych do wdrożenia

nowoczesnej terapii jest nieopłacalne. Niezbędne jest też przywrócenie certyfikacji laboratoriów patomorfologicznych i wprowadzenie certyfikacji badań genetycznych. Jednak onkologia to nie tylko nowoczesne terapie lekowe. Wciąż w wielu nowotworach podstawą leczenia jest chirurgia, w której od dawna stawia się na zmniejszenie inwazyjności zabiegów. To sprawia, że na popularności zyskują operacje wykonywane z pomocą robotów. Eksperti starali się odpowiedzieć na pytanie, jak je wykorzystać dla dobra pacjenta i czy zawsze są najlepszym rozwiązaniem.

Mówiono także o zmianach, jakie zaszły w radioterapii, która stała się bardziej skuteczna a zarazem mniej toksyczna. Stosuje się ją zarówno w połączeniu z leczeniem systemowym, jak i z chirurgią. Co ważne, może pomóc pacjentowi na różnych etapach leczenia a także w walce z bólem.

Strefa Zdrowia – strzał w dziesiątkę

Podczas 13. Forum Pacjentów Onkologicznych bardzo dużym zainteresowaniem cieszyła się też

Strefa Zdrowia. Chętni mogli skorzystać z bezpłatnych badań i konsultacji, w tym m.in.: badania USC (piersi, tarczycy, jąder, transwaginalnego), badań znamion skóry za pomocą dermatoskopu, pomiarów stężenia glukozy we krwi i ciśnienia tętniczego oraz od razu skonsultować je z kardiologiem, a także zbadać słuch i wzrok i skorzystać z analizy składu ciała. Można było nauczyć się samobadania piersi i jąder, porozmawiać dietetykiem i pielęgniarkami.

Częstochowski oddział NFZ zorganizował stoisko, dzięki czemu na miejscu można było wyrobić kartę EKUZ. Swoje stoisko miał również ZUS i KRUS.

Tegoroczne Forum Pacjentów Onkologicznych zorganizowano w formule hybrydowej – stacjonarnie i online. Serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych do obejrzenia wszystkich paneli dyskusyjnych – relacja dostępna jest tutaj <http://www.youtube.com/live/M1sjDZ4Dao4?si=K6QgYagxpEp-ZFQw>





Nowoczesna diagnostyka onkologiczna – klucz do skutecznego leczenia

W trakcie dyskusji eksperci starali się odpowiedzieć na pytanie dlaczego nowoczesna diagnostyka onkologiczna i molekularna, badania biomarkerowe i patomorfologiczne są tak ważne w nowoczesnym leczeniu nowotworów.

– Dzięki postępom w onkologii współczesna patomorfologia wyszła z cienia. Wynik badania histopatologicznego nie tylko odpowiada na pytania, czy pacjent ma nowotwór, czy jest on złośliwy i jaki jest stopień jego zaawansowania, ale też pozwala ocenić czynniki predykcyjne, których wykrycie umożliwia zakwalifikowanie pacjenta do odpowiedniego leczenia – tłumaczyła prof. dr hab. n. med. Renata Langfort, kierownik Zakładu Patomorfologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, past prezes Polskiego Towarzystwa Patologów.

Okazuje się bowiem, że nowotwory to szalenie skomplikowana grupa chorób. Ekspertka zwróciła uwagę, że gdy mówimy „rak piersi” czy „rak płuca” to nie oznacza, że mamy do czynienia z jedną chorobą.

– U poszczególnych pacjentów dany nowotwór różni się morfologicznie, patomorfologicznie, ale różni się też molekularnie. Wykrycie tych różnic daje nam wiedzę, które leczenie dla której osoby będzie najlepsze – mówiła prof. dr hab. n. med. Renata Langfort. – Kiedyś naszym zadaniem było dać odpowiedź na pytanie, czy pacjent ma na przykład raka płuca oraz czy jest to rak drobnokomórkowy, czy niedrobnokomórkowy. Zajmowało to 24 godziny. Teraz oczekuje się od nas rozpoznania kompleksowego, połączonego z badaniami molekularnymi z oceną czynników predykcyjnych, a to niestety wydłuża czas oczekiwania na wynik.

Zdaniem ekspertki czas oczekiwania jest też dłuższy z powodu braku rąk do pracy – brakuje lekarzy, brakuje patomorfologów, sprzętu co prawda przybyło, ale to wciąż kropla w morzu potrzeb. Czy rozwój algorytmów sztucznej inteligencji pomoże rozwiązać problem i wpłynie na przyspieszenie diagnostyki?

– Jestem wielką zwolenniczką sztucznej inteligencji, uważam, że będzie ona ogromną pomocą dla lekarzy, ale nie możemy podchodzić do niej bezkrytycznie. Obrazy patomorfologiczne są tak bardzo skomplikowane, że jeszcze trochę czasu minie,

zanim będzie można wykorzystywać ją do ich oceny. Natomiast w panelach podstawowych, w których musimy ocenić pewne czynniki predykcyjne, na przykład ekspresję EGFR u kobiet z rakiem piersi, można już obecnie korzystać z systemów sztucznej inteligencji.

Eksperti byli zgodni, że szczególnie istotne jest to, byśmy wykrywali nowotwory na jak wcześniejszym etapie ich rozwoju, bo wtedy rosną szanse na radykalne wyleczenie pacjenta. Od lat trwają więc między innymi badania nad zastosowaniem tomografii niskodawkowej w skriningu raka płuca.

– Skupiamy się na osobach o zwiększonych czynnikach ryzyka wystąpienia raka płuca, które definiujemy jako wiek i sumaryczną konsumpcję tytoniu, która wynosi przynajmniej 20 paczek papierosów codziennie przez 20 lat lub odpowiednio więcej przez mniej lat, albo mniej przez więcej lat – wyjaśniał prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Mariusz Adamek z Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, SUM w Katowicach. – Gdy zaczynaliśmy prowadzić badania, dawki promieniowania były dość znaczne, co budziło pewien niepokój, co do jego wpływu na pacjenta. Dzisiaj, dzięki poprawie technologii zbliżamy się do momentu, gdy tomografia niskodawkowa będzie używała dawki promieniowania takiej, jak zdjęcie rentgenowskie.

Ekspert zwrócił uwagę, że w trakcie tomografii niskodawkowej wykrywane są tak zwane pojedyncze guzki płuca. Występują one u około połowy populacji ogólnej, natomiast tylko u kilku procent osób są one wczesnym stadium nowotworu. Pojawia się więc pytanie, jak wyselekcjonować tych pacjentów.

– Być może rozwiązaniem są testy multiklastrowe, składające się z różnych bioznaczników. Wyniki badań, które zaprezentowano w trakcie ostatniego zjazdu ESMO (Europejskiego Towarzystwa



Onkologii Klinicznej) pokazują, że na 23 tys. osób, które były badane przy pomocy takiego testu, można u 3/4 z nich stwierdzić 12 najczęstszych nowotworów, które są przyczyną zgonu w Stanach Zjednoczonych. Być może powinniśmy pomyśleć o takim rozwiązaniu w Polsce – mówił prof. Mariusz Adamek. – Prace nad skринingiem w raku płuca są już w Ministerstwie Zdrowia na etapie rozporządzenia, więc mam nadzieję, że wkrótce tomografia niskodawkowa będzie świadczeniem gwarantowanym.

Ekspertki podkreślali, że obecnie diagnostyka genetyczna decyduje o dalszych losach pacjenta, stąd konieczne jest, by była wykonywana w odpowiednich miejscach i przez odpowiednie osoby. Pacjenci powinni tego wymagać.

– Zachęcam państwa do dopytywania, kto robi badanie, jakie to jest badanie i jaką metodą jest wykonywane, bo jego wynik przekłada się na to, jak państwo będziecie leczeni – apelowała dr hab. n. med. Małgorzata Oczko-Wojciechowska, kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów, NIO-PIB oddział w Gliwicach.

Ekspertka zwróciła uwagę na to, że w dyskusjach często pada argument, że badania genetyczne, takie jak sekwencjonowanie najnowszej generacji (NGS) są bardzo kosztowne.

– Faktycznie nie są one tanie, ale jeśli spojrzymy, ile dzięki nim możemy uzyskać informacji niezbędnych do jak najlepszego leczenia pacjenta, to można dojść do wniosku, że są to naprawdę dobrze zainwestowane pieniądze – wyjaśniała dr hab. n. med. Małgorzata Oczko-Wojciechowska. – W naszym zakładzie genetyki wprowadziliśmy takie badanie dla pacjentek z rakiem endometrium (rakiem trzonu macicy). Oceniamy w nim wszystkie markery niezbędne do klasyfikacji takie jak gen *POLE* czy gen *TP53*, ale też geny związane z zespołem Lyncha oraz geny *BRCA1*, *BRCA2*, ponieważ mogą one również występować u naszych pacjentek oraz oznaczamy niestabilność mikrosatelitarną. W jednym badaniu możemy ustalić zarówno to, czy pacjentka ma predyspozycje genetyczne, jak i to, jak możemy zaklasyfikować nowotwór. To jest bardzo ważne dla leczenia. Oszczędzamy jej kolejnych wizyt, kolejnych spotkań, kolejnych badań.

Biopsja płynna to po prostu pobranie jakiegoś płynu ustrojowego, najczęściej krwi obwodowej. Krew pobiera się, aby ocenić DNA germinalne, czyli to, które jest zawarte w każdej naszej komórce i sprawdzić predyspozycje chociażby do chorób onkologicznych, takich jak rak piersi, rak gruczołu krokowego czy wiele innych nowotworów.

– W pobranym materiale możemy też szukać DNA, które uwalniają komórki nowotworowe. To

dobra metoda, gdy z materiału pobranego w trakcie biopsji czy operacji nie możemy uzyskać wystarczających informacji, bo np. jest złej jakości, niedostępny, zbyt stary lub został zużyty do innych badań. Niestety, w tej chwili biopsja płynna nie jest jeszcze refundowana, ale myślę, że już wkrótce się to zmieni – podsumowała dr hab. n. med. Małgorzata Oczko-Wojciechowska.

– O ile dostępność do nowoczesnej diagnostyki sukcesywnie się zwiększa, to przyspieszenie medycyny jest tak duże, że nie jest łatwo nadążyć. Jeśli dołożymy do tego kwestie jakościowe, związane z dbałością o środki publiczne, to możemy mieć poczucie pewnego niedosytu. Stąd tak ważne jest, by decydenci wsłuchiwali się w opinie klinicystów i mieli dostęp do rzetelnych danych, bo to pozwala na sprawne podejmowanie decyzji – podkreślił Wojciech Konieczny, senator RP, były wiceminister zdrowia.

W ostatnich latach zdarzało się niestety i tak, że w programie lekowym pojawiała się nowa terapia celowana, jednak pacjent nie mógł z niej skorzystać, bo niezbędne do jej wdrożenia badanie molekularne do tego programu nie było wpisane, a co za tym idzie – nie było refundowane.

– Od wielu lat prosimy, żeby departamenty Ministerstwa Zdrowia ze sobą współpracowały, aby nie dochodziło do takich paradoksalnych sytuacji. Z jednej strony polscy pacjenci są naprawdę leczeni na

bardzo wysokim, wręcz światowym poziomie. Z drugiej strony nie zabezpieczamy finansowania diagnostyki, która jest opisana w programie lekowym jako absolutnie konieczna i bez niej pacjent nie będzie leczony – tłumaczył dr n. o zdr. Michał Chrobot, prezes Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych. – W raku jajnika mamy na przykład problem z badaniem HRD, które przeszło już całą ścieżkę biurokratyczną (w tym ocenę AOTMiT) i nadal nie jest wprowadzone. Sytuacja wygląda więc tak, że zagwarantowaliśmy pacjentkom dostęp do leku, ale mogą z niego korzystać tylko dlatego, że w tej chwili za niezbędne badania płaci producent leku. A to tylko jeden z wielu takich przykładów.

Ekspert zwrócił też uwagę na sytuację pacjentów z zaawansowanym rakiem prostaty. – Mamy dla tej grupy chorych kilka terapii ukierunkowanych molekularnie, jednak często nie mamy z czego wykonać koniecznych badań, bo materiał pobrany wiele lat temu okazuje się z różnych powodów niediagnostyczny. A badanie z krwi w tym konkretnym nowotworze nadal nie jest finansowane – podsumował dr n. o zdr. Michał Chrobot.

– W optyce NFZ nowoczesna diagnostyka to nie koszt, a inwestycja. To, co zainwestujemy dzisiaj przyniesie efekty za kilka, może nawet kilkanaście lat – podsumował Marek Augustyn, wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia.



Nowoczesne metody leczenia nowotworów

W ostatnich latach w onkologii pojawiło się wiele nowych terapii, duża część z nich jest dostępna dla polskich pacjentów. Czy mamy już do czynienia ze zmierzchem chemioterapii?

– Przyspieszenie w onkologii jest faktycznie bardzo duże, ale uważam, że jest jeszcze za wcześnie, by odkładać chemioterapię do lamusa. Wciąż jest wiele różnych nowotworów, które wykazują, tak jak na przykład rak jądra, wysoką chemiowrażliwość, co sprawia, że możemy je skutecznie leczyć. Po chemioterapię sięgamy również wtedy, gdy mamy do czynienia z chorobą rozpoznaną w stopniu zaawansowanym, a mimo zastosowania nowoczesnych terapii nowotwór postępuje – tłumaczyła dr n. med. Barbara Huras, onkolog kliniczny, Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie.

– O ile rzeczywiście 20 lat temu chemioterapia była podstawową, a często wręcz jedyną formą leczenia chorych na nowotwory krwi i szpiku, to obecnie, w przypadku wielu rozpoznań, nie ma ona już praktycznie w ogóle żadnego zastosowania. Taką sytuację mamy w przewlekłej białaczce szpikowej, czy przewlekłej białaczce limfocytowej. Być może nawet w bardzo agresywnych nowotworach, takich jak ostra białaczka limfoblastyczna też będziemy się mogli wycofać z chemioterapii na rzecz przede wszystkim immunoterapii. To jeszcze 10 lat temu wydawałoby się to absolutną herezją – dodał prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel, kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, NIO-PIB oddział w Gliwicach.

– Moim zdaniem chemioterapia w leczeniu wielu nowotworów nadal odgrywa istotną rolę – jest stosowana samodzielnie, albo w połączeniu z nowoczesnymi terapiami celowanymi, więc na pewno jeszcze długo o niej nie zapomnimy – podsumował dr n. med. Wiesław Bał, zastępca dyrektora Oddziału ds. Lecznictwa Otwartego i Diagnostyki, NIO-PIB Oddziału w Gliwicach.

Zmiany w onkologii ginekologicznej

– Krajobraz leczenia onkologicznego w ginekologii całkowicie się zmienił. Wciąż podstawą działań terapeutycznych pozostaje chirurgia, jednak jej charakter uległ istotnej zmianie. W przypadku raka jajnika, który jest uważany za najtrudniejszy nowotwór ginekologiczny, standardem stają się operacje ultraradykalne. Dzięki lepszemu szkoleniu ginekologów onkologów, lekarze są w stanie oferować pacjentkom zabiegi o znacznie większej precyzji i zasięgu, co bezpośrednio przekłada się na lepsze rokowanie – mówił dr n. med. Lech Rogulski, ginekolog

onkologiczny z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie.

Ekspert zwrócił uwagę, że leczenie zabiegowe jest obecnie traktowane jako integralna część szerszego „pakietu”, obejmującego również chemioterapię i radioterapię, co pozwala na uzyskanie synergicznego efektu terapeutycznego.

– Ginekologia onkologiczna w leczeniu farmakologicznym wzbogaciła się o terapie celowane i immunoterapię, co jest szczególnie istotne w przypadku nowotworów zaawansowanych miejscowo lub uogólnionych – tłumaczył dr n. med. Lech Rogulski.

Immunoterapia stała się dostępna i refundowana w Polsce dla pacjentek z zaawansowanym rakiem szyjki macicy oraz rakiem trzonu macicy. Wprowadzono też nowe opcje terapeutyczne, m.in. dla pacjentek z platnoopornym rakiem jajnika. Od października 2025 roku na listę refundacyjną trafiło wiele nowych terapii m.in. raka jajnika, otrzewnej oraz endometrium.

Możliwości medycyny paliatywnej

Rola medycyny paliatywnej we współczesnym systemie ochrony zdrowia ewoluowała i obecnie wykracza daleko poza opiekę nad pacjentem w terminalnym stadium choroby. Kompleksowe wsparcie pacjentów i ich bliskich powinno być wdrażane wcześniej – już w momencie postawienia diagnozy. Nie jest to więc opieka zarezerwowana wyłącznie dla etapu schyłkowego.

– Nowoczesne terapie onkologiczne przedłużają życie, ale też zmieniają profil pacjenta i stawiają przed nami nowe wyzwania. Nasi podopieczni, dzięki skutecznemu leczeniu, żyją wiele lat, a medycyna paliatywna dba o to, aby jakość ich życia była jak najwyższa – podkreślał prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert, kierownik katedry medycyny paliatywnej Instytutu Nauk Medycznych, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski. – Współpraca onkologów i specjalistów medycyny paliatywnej pozwala na lepsze prowadzenie pacjenta przez proces leczenia.

Ekspert zwrócił też uwagę na to, że medycyna paliatywna nie skupia się wyłącznie na aspekcie medycznym – obejmuje zarówno problemy fizyczne (takie jak ból, duszność czy kaheksja czyli wyniszczenie nowotworowe), jak i problemy psychologiczne, społeczne i duchowe. Jej rolą jest też pomoc



bliskim pacjenta, zwłaszcza, gdy opieka odbywa się w domu. Rodziny, aby móc sprostać wyzwaniom związanym z chorobą domownika, wymagają naprawdę wszechstronnego wsparcia.

Leczenie celowane

Sztandarowym przykładem zastosowania terapii celowanej jest leczenie pacjentek z nadekspresją receptora *HER2*, który sprawia, że nowotwór jest bardzo agresywny. Taka postać choroby dotyczy około 20% pacjentek chorujących na raka piersi. Do czasu odkrycia receptora *HER2* ich sytuacja była bardzo trudna. Teraz nowoczesne leki potrafią go rozpoznać i „wyłączyć”.

– Dzięki tym lekom rokowanie pacjentek z agresywnym rakiem *HER2*-dodatnim poprawiło się do poziomu osób z typami nowotworu o dobrym rokowaniu. Pacjentki mają mniejsze ryzyko nawrotu, a w stadium zaawansowanym mogą być skutecznie leczone przez wiele lat – tłumaczyła dr n. med. Barbara Huras.

Immunoterapia

Przez lata nie wiadomo, dlaczego nowotwory nie wywołują reakcji immunologicznej. Szukano więc odpowiedzi na pytanie, dlaczego układ odpornościowy nie reaguje, nie broni organizmu przed powstawaniem nowotworu. Odkrycie pewnych

receptorów i możliwość ich zablokowania spowodowała, że jesteśmy w stanie nauczyć nasz system immunologiczny walczyć z nowotworem. Najbardziej zaawansowaną formą immunoterapii jest terapia CAR-T. W dalszej części numeru znajdziecie Państwo wywiad, w którym prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel wyjaśnia, jak działa taka terapia.

– Od lat wiedzieliśmy, że w niektórych nowotworach, takich jak czerniak czy rak nerki (nazywamy je immunogennymi), zdarzały się (nawet bez leczenia) całkowite remisje. W raku płuca wysoka ekspresja receptorów na powierzchni komórek nowotworowych – przekraczająca 50 proc. – wiąże się ze znacząco większym prawdopodobieństwem odpowiedzi na immunoterapię, szacowanym na około 70–80 proc. Niestety, wciąż nie mamy pewności, że na danego pacjenta immunoterapia zadziała, brakuje nam czynnika predykcyjnego – tłumaczyli eksperci.

Kardioonkologia

Terapie onkologiczne mogą wywoływać problemy kardiologiczne, a także część pacjentów rozpoczynających leczenie onkologiczne ma już problemy kardiologiczne.

– Gdy w trakcie kwalifikacji do leczenia onkologicznego okazuje się, że pacjent ma umiarkowane ryzyko kardiologiczne, to może zostać objęty leczeniem w ramach profilaktyki pierwotnej kardiotoxyczności niektórych leków. Jeśli już u pacjenta do takiej kardiotoxyczności, czyli uszkodzenia mięśnia sercowego dojdzie, to dysponujemy świetnymi lekami, które są w stanie mu pomóc – wyjaśniał lek. Artur Dekiela, zastępca ordynatora Centrum Kardiologii Scanmed w Częstochowie. – Przykładem niech będzie pacjentka z rakiem piersi, która dwukrotnie przeszła operację, później była leczona za pomocą chemioterapii. Do nas trafiła w ciężkim stanie kilka lat po zakończeniu terapii onkologicznej. Po wdrożeniu leczenia uzyskaliśmy dość szybką poprawę – rezonans magnetyczny serca pokazał, że pomimo niewielkiej blizny w lewej komorze, pacjentka odzyskała frakcję wyrzutową.

Ekspert zwrócił uwagę, że w przypadku radioterapii szczególną grupę stanowią chorzy z implantowanymi urządzeniami, takimi jak kardiostymulatory czy kardiowertery defibrylatory, na które ma wpływ zarówno pole elektromagnetyczne, jak i stosowana radioterapia. Na szczęście większość tych urządzeń przed badaniem za pomocą rezonansu czy przed rozpoczęciem radioterapii jesteśmy w stanie tak zaprogramować, by chory bezpiecznie mógł się poddać procedurom.

– Żadne urządzenie kardiologiczne nie dyskwalifikuje chorego z leczenia, może co najwyżej wymagać przeprogramowania. Są też już urządzenia implantowalne, które są w stanie samodzielnie rozpoznawać obecność pola magnetycznego i samodzielnie się przeprogramowują w odpowiedni tryb – podkreślił ekspert.

Nowoczesna chirurgia onkologiczna – robotyka i techniki małoinwazyjne

Roboty chirurgiczne wkroczyły do polskich szpitali już wiele lat temu, ale dopiero od niedawna zaczęły być stosowane na szerszą skalę. W onkologii w pełni refundowane przez NFZ są jedynie zabiegi resekcji prostaty, ale operacje robotyczne przynoszą również korzyści pacjentom z innymi nowotworami.

– Jestem przeciwnikiem kupowania robotów do wszystkich szpitali, bo moim zdaniem nie wszędzie są one potrzebne. Trzeba też pamiętać, że to nie robot operuje, lecz człowiek posługujący się robotem. Stąd tak ważne jest odpowiednie wykształcenie kadry i ocena wykonywanych procedur, by były one najwyższej jakości – mówił prof. dr hab. n. med. Dawid Murawa, chirurg onkolog, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. Ekspert zwrócił uwagę, że wybór metody operacji to sprawa złożona i należy zachować równowagę pomiędzy oczekiwaniami pacjenta „oraz możliwościami klinicznymi

– Robot chirurgiczny jest tylko kolejnym narzędziem, od nas zależy, jak on będzie wykonywał swoją pracę. Naszym zadaniem jest ciągle kształcenie umiejętności, korygowanie sposobu pracy tak, by pacjent odniósł jak najwięcej korzyści – dodał Jan Powroźnik, dyrektor medyczny Szpitala Mazovia w Częstochowie.

– Operacje robotyczne niosą szereg korzyści dla pacjentów. Są mniej inwazyjne, więc pacjenci krócej przebywają w szpitalu i szybciej wracają do normalnego trybu życia – wyjaśniał dyr. Jan Powroźnik. – Spada też zapotrzebowanie na krew, materiały opatrunkowe i zmniejsza się liczba powikłań. Robot chirurgiczny niesie też korzyść dla lekarza. Zauważono, że chirurg, który się nim posługuje, rzadziej bierze wolne, nie potrzebuje L4, mniej też skarży się na dolegliwości związane z postawą. Wszystko to jest zbadane i udowodnione.

Ekspert zwrócił uwagę, że odkąd weszły procedury małoinwazyjne – najpierw laparoscopia a po niej roboty chirurgiczne – zaobserwowano, że pacjenci im poddawani nie tylko dłużej żyją, ale i jakość ich życia jest lepsza.

– W przypadku raka prostaty ważny jest szybki powrót do trzymania moczu oraz sprawność seksualna. Przy pomocy takiego systemu robotowego można poprowadzić tak operację, aby struktury, które są odpowiedzialne za jakość życia zostały





zaoszczędzone. Natomiast to, czy zaproponujemy pacjentowi operację robotyczną zależy od wielu czynników, takich jak stopień zaawansowania nowotworu, wyników badań przedoperacyjnych, ale też preferencji pacjenta – zaznaczył dyr. Jan Powroźnik.

– Dzięki systemowi robotycznemu zabieg jest dokładniejszy. Zyskujemy techniczne możliwości pozwalające na lepsze zaoszczędzenie struktur naczyniowych i nerwowych, odpowiedzialnych za trzymanie moczu i za funkcje erekcyjne. Natomiast należy też oczywiście w tym wszystkim zachować zdrowy rozsądek i pamiętać o tym, że na przykład u pacjenta, który przed operacją ma nieprawidłową erekcję, bądź nie ma jej w ogóle, robot nie sprawi, że jego życie seksualne się poprawi. U tej grupy pacjentów zastosowanie techniki robotycznej niekoniecznie może być lepsze dla chorego niż zastosowanie tradycyjnej metody laparoskopowej – wyjaśniał dr n. med. Bartosz Muskała, ordynator Oddziału Urologii, Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie.

Ekspert zwrócił uwagę, że w przypadku trudnych technicznie operacji – na przykład u pacjentów z rakiem nerki – robot chirurgiczny może przynieść nieocenione korzyści, pozwalając na to, co jest niemożliwe w przypadku operacji klasycznej czy laparoskopowej czyli usunąć guz zachowując nerkę.

– Jednak gdy konieczna jest nefrektomia radykalna, to wszystkie te metody powodują podobny uraz okołoperacyjny – podsumował dr n. med. Bartosz Muskała.

W onkologii olbrzymie znaczenie ma radykalność operacji. Ważne jest to, by usunąć zmianę nowotworową i zaatakowane węzły chłonne z odpowiednim marginesem.

– Gdy operujemy laparoskopowo, to z technicznego punktu widzenia nasze narzędzia mają ściśle określony zakres ruchu natomiast ramiona robota mają możliwość zginania się w kilku punktach. To pozwala nam z większą precyzją omijać struktury naczyniowe i nerwowe. Możemy więc na przykład, operując pacjenta z rakiem odbytnicy schodzącym nisko tak pokierować procedurą, by usunąć raka radykalnie a jednocześnie zachować zwieracze i uchronić pacjenta przed wyłonieniem stomii – wyjaśniał lek. Michał Majcher ze Szpitala im. Rudolfa Weigla w Blachowni.

– Roboty chirurgiczne świetnie się spisują również w skali mikro. Dzięki nim możemy precyzyjnie zespać naczynia krwionośne i limfatyczne co szczególnie w chirurgii piersi jest bardzo ważne – dodał dr n. med. Piotr Januszewski.

Roboty mikrochirurgiczne są obecnie stosowane w wielu krajach. W Polsce mamy dwa – jeden w Słupsku (wykorzystywany w chirurgicznym leczeniu obrzęku chłonnego – więcej o tym w dalszej części numeru) a drugi od niedawna w Krakowie (wykorzystywany w chirurgii rekonstrukcyjnej).

– Robot mikrochirurgiczny pozwala między innymi leczyć chirurgicznie pacjentów onkologicznych, u których w wyniku usunięcia węzłów chłonnych doszło do obrzęku limfatycznego kończyn, jamy brzusznej czy w obrębie głowy i szyi – wyjaśniała Natalia Ostrowska z firmy Synektik, produkującej roboty chirurgiczne. – Nici chirurgiczne, które są cieńsze niż włos i naczynia limfatyczne poniżej 0,5 mm – to naprawdę trudno sobie wyobrazić. A jednak takie operacje są możliwe przy użyciu mikroskopu albo silnie powiększającego toru wizyjnego, gdy robot eliminuje drżenia ludzkiej ręki.

Organizacja leczenia w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO)

Krajowa Sieć Onkologiczna formalnie zaczęła działać 1 kwietnia 2025. Ośrodki, wchodzące w jej skład są pozycjonowane jako SOLO 1, SOLO 2 i SOLO 3 w zależności od posiadanych zasobów sprzętu i personelu, ale także wcześniejszego doświadczenia onkologicznego, mierzonego przede wszystkim chirurgią.

– Przez te kilka miesięcy udało się nam nawiązać realną współpracę międzyośrodkową. Testowaliśmy też kartę e-DiLO, ale z jej wprowadzeniem musimy poczekać na zmiany w ustawie o krajowej sieci onkologicznej – mówiła dr hab. n. med. Beata Jagielska, dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, przewodniczącą Krajowej Rady Onkologicznej.

Karta e-DiLO ma być paszportem onkologicznym pacjenta i zawierać wszystkie informacje o jego diagnostyce, leczeniu i późniejszej obserwacji.

– Mam nadzieję, że uda nam się połączyć kartę e-DiLO z tak zwanym OnkoPaszportem, przygotowanym przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne. Będzie on podsumowaniem całości diagnostyki i terapii dla lekarza rodzinnego. Wypracowaliśmy też check listy dla konsyliów, co ułatwi nam ocenę jakości diagnostyki – wyliczała dr hab. n. med. Beata Jagielska, podkreślając, że po raz pierwszy w historii Polski zostały opublikowane obwieszczeniem wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia dużej części nowotworów. Powstały one we współpracy z NCCN i są na bieżąco aktualizowane.

W ramach działań Krajowej Sieci Onkologicznej, dzięki intensywnej pracy Krajowego Ośrodka Monitorującego we współpracy z pacjentami powstał portal onkologiczny dla pacjentów – źródło rzetelnej wiedzy o profilaktyce, diagnostyce i leczeniu nowotworów (www.onkologia.gov.pl).

– O koordynacji leczenia i koordynatorach mówiliśmy od bardzo wielu lat. Teraz mamy już opisaną rolę zawodu koordynatora w podmiocie leczniczym, przeszkoliliśmy też blisko 800 osób. Przy czym ważne jest, że zawód koordynatora wymaga nie tylko szkolenia podstawowego, ale z racji stałych postępów w onkologii, również szkolenia ustawicznego – zaznaczyła dr hab. n. med. Beata Jagielska. I dodała, że powstały grupy robocze, które zajmują się poszczególnymi zagadnieniami związanymi z leczeniem onkologicznym. Intensywnie działa też Krajowy Ośrodek Monitorujący, powstają również ośrodki wojewódzkie.

– Naszym zadaniem jest zarówno wspomaganie pacjentów jak i całego zespołu diagnostyczno-

-terapeutycznego, żeby rzeczywiście pacjent onkologiczny nie czuł się zagubiony w systemie. Koordynator dedykowany jest pacjentowi onkologicznemu i to z pacjentem onkologicznym powinien przede wszystkim współpracować i pomagać mu w osiągnięciu ciągłości opieki medycznej. Tu też jest miejsce na współpracę z koordynatorami działającymi w innych dziedzinach medycyny, by móc zrealizować nasz główny cel – podkreśliła dr n. med. i n. o zdr. Eliza Działach, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Onkologicznych ON-KO.

– Część ośrodków nadal chyba nie zauważyła, że koordynator nie tylko pracuje z pacjentem w danej placówce, ale też pilotuje pacjenta między ośrodkami. Nadal więc zdarza się, że pacjent jest wysyłany w niebyt lub z inną placówką kontaktuje się samodzielnie czy robi to lekarz – zwrócił uwagę prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, kierownik Oddziału Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków NIO-PIB w Warszawie, przewodniczący Rady Agencji Badań Medycznych, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. – Wprowadzenie karty e-DiLO pozwoli na to, by każdy lekarz opiekujący się pacjentem miał wgląd w pełną historię leczenia. Wpłynie to na pewno pozytywnie na kwestię zachowania ciągłości leczenia onkologicznego i pozwoli na lepsze jego monitorowanie. W tej chwili, mimo obowiązujących przepisów, nie każdy pacjent z nowotworem ma taką kartę wystawioną.

– Pojawienie się lata temu karty DiLO było swego rodzaju rewolucją w podejściu do leczenia onkologicznego. Czasy się zmieniły i w tej chwili lekarz rodzinny, wystawiając klasyczną kartę DiLO czuje pewien niedosyt, bo często na kilka miesięcy czy nawet lat traci pacjenta z oczu. Mam nadzieję, że e-DiLO będzie kolejną rewolucją ułatwiającą współpracę POZ i onkologów – skomentował dr Janusz Krupa, specjalista medycyny rodzinnej, pracownik naukowo-dydaktyczny CMKP w Warszawie.

Ekspert zwrócił też uwagę, że wciąż zbyt mało osób korzysta z programów profilaktycznych, takich jak Moje Zdrowie, które pozwalają na podstawie indywidualnych czynników ryzyka ułożyć

plan postępowania zdrowotnego na najbliższe kilka lat.

– Pacjentów onkologicznych będzie przybywać, już teraz żyją oni coraz dłużej, więc siłą rzeczy onkolodzy nie będą się nimi wszystkimi zająć po wyleczeniu i to lekarze rodzinni będą się nimi opiekowali. Uważam też, że rola pacjentów będzie rosła, bo nikt tak nie zrozumienie chorego, jak osoba, która doświadczyła tego co on – podsumował dr Janusz Krupa.

Wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej sprzyja monitorowaniu różnych parametrów związanych z leczeniem, wśród nich jest między innymi czas, jaki upływa od wystawienia karty e-DiLO do zakończenia diagnostyki.

– Zachęcam, by zbierać i standaryzować wszystkie dane, a nie skupiać się na tylko wybranych. Jeśli skupimy się w pierwszym okresie na przykład na analizie czasów, to niestety najgorzej wypadną duże, najlepsze placówki, bo to one mają dzisiaj najwięcej pacjentów i nie radzą sobie, proszę państwa, z kolejką oczekujących – zwracał uwagę dr Michał Chrobot, prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych.

– Mamy bardzo dobrze przemyślane narzędzia, mamy wysokiej klasy fachowców, którzy wiedzą co i jak należy robić. To budzi nadzieję, że jesteśmy w stanie doprowadzić do tego, byśmy mieli opiekę onkologiczną naprawdę najwyższej jakości – podsumował Marek Augustyn, wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

– W naszej działalności skupiamy się na wspieraniu pacjentów na różne sposoby, starając się zapewnić im jak najlepszą opiekę i komfort w trudnych chwilach. Jednak nasza pomoc nie ogranicza się tylko do bezpośredniego wsparcia dla chorych – aktywnie angażujemy się również w działania na rzecz placówek medycznych, takich jak szpitale czy hospicja. Pomagamy im w zakupie specjalistycznego wyposażenia, które jest niezbędne do skutecznego leczenia i opieki nad pacjentami – mówił podczas jednego z paneli dr Grzegorz Hryniewicz, Przewodniczący Rady Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. – Stowarzyszenie „Warto jest pomagać”, którego jestem prezesem, każdego roku przeznacza na ten cel kilkadziesiąt tysięcy złotych. Dzięki temu możemy wspierać między innymi Centrum Zdrowia Matki i Dziecka w Zielonej Górze, różne oddziały Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze oraz inne placówki, które potrzebują wsparcia w zakresie nowoczesnego sprzętu i infrastruktury. Jako wolontariusze i organizacja staramy się wypełniać lukę, którą – niestety – nie zawsze jest w stanie wypełnić państwo. To ważne, abyśmy wspólnie działali na rzecz poprawy warunków leczenia i opieki nad pacjentami, szczególnie tymi najbardziej potrzebującymi.

Dr Grzegorz Hryniewicz podkreślił, że działalność organizacji pacjentów ma kluczowe znaczenie, ponieważ wypełniają one istotną lukę w systemie opieki zdrowotnej, zapewniając wsparcie, które jest niezbędne, aby pacjenci mogli otrzymać odpowiednią pomoc i opiekę w trudnych chwilach.

– Naszym głównym celem jest to, by pacjent onkologiczny nie czuł się wykluczony, by wiedział, że może liczyć na wsparcie tych, którzy na tę ścieżkę do zdrowia weszli wcześniej. Staramy się wypełniać te luki w systemie, o których państwo często zapomina. Nasze starania, starania grup i organizacji pracujących na rzecz osób chorych onkologicznie o kolejne refundacje technologii lekowych czy procedur przynoszą, jak pokazały ostatnie lata, oczekiwane efekty i będziemy je dalej prowadzić, ale pozostaje do zagospodarowania cała sfera związana z codziennym życiem chorego. I tu wszyscy chyba jesteśmy zgodni, jest bardzo dużo do zrobienia. Dlatego nasze działania tak intensywnie staramy się prowadzić w regionach, w małych, mniejszych i najmniejszych społecznościach. Organizacje pacjentów działają wszędzie i wszędzie starają się pomagać na wielu polach – czy to w dostępie do rehabilitacji czy choćby w zorganizowaniu dojazdu do placówki prowadzącej leczenie. Robimy to od lat i nie zamierzamy przestać – podkreśliła dr Lilianna Kurek, wiceprzewodnicząca Rady Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, pacjentka onkologiczna.



PRZEKRACZAĆ NIEPRZEKRACZALNE

Rzecz o robocie mikrochirurgicznym

Mikrochirurgia i super mikrochirurgia obejmują wykonywanie zabiegów pod mikroskopem, w bardzo dużym powiększeniu (od 10 do 30 razy). Dzięki temu, używając odpowiednich narzędzi chirurdzy są w stanie łączyć ze sobą uszkodzone naczynia krwionośne, limfatyczne czy nerwy, nawet te, które są wielkości 0,2 mm.



dr n. med. Daniel Maliszewski

chirurg ze Szpitala Wojewódzkiego im. Janusza Korczaka w Słupsku. Zajmuje się chirurgią onkologiczną, plastyczną i rekonstrukcyjną gruczołu piersiowego oraz mikrochirurgią. Jako jeden z nielicznych w Polsce specjalistów zajmuje się leczeniem supermikrochirurgicznym obrzęku chłonnego

Dużą pomocą w tych niezwykle trudnych operacjach jest robot mikrochirurgiczny Symani. To urządzenie posiada szereg usprawnień, które pozwalają nam przekraczać nieprzekraczalne, eliminując ułomności ludzkiego organizmu.

Przede wszystkim robot całkowicie redukuje drżenie ręki – nawet te, które są widoczne jedynie pod mikroskopem, a które zawsze wpływają na precyzję wykonywanych zespoleń i końcowe efekty zabiegu. Po drugie – daje nam pełny zakres ruchu w nadgarstku czyli eliminuje ograniczenia, wynikające z budowy anatomicznej człowieka. Po trzecie – to już aspekt czysto techniczny – posługując się robotem korzystamy z narzędzi jednorazowych. Dlaczego to takie ważne? Bo nasze narzędzia mikrochirurgiczne i supermikrochirurgiczne są niezwykle delikatne i bardzo łatwo ulegają uszkodzeniu nawet w trakcie sterylizacji. Możliwość stosowania do każdego zabiegu zestawu nowych narzędzi jest ogromną zaletą.

Naprawdę supemikro

Przez mikrochirurgię rozumiemy zabiegi, które są wykonywane pod mikroskopem, na bardzo małych naczyniach. W chirurgii głowy i szyi są to naczynia wielkości 2-4 mm, albo 1-3 mm w chirurgii rekonstrukcyjnej piersi (jak np. płaty DIEP).

Super mikrochirurgia to przede wszystkim operowanie obrzęku chłonnego, co oznacza, że operujemy na naczyniach limfatycznych poniżej 1 mm, schodząc nawet do 0,2 mm.

Robot kontra obrzęk chłonny

Super mikrochirurgia obrzęku chłonnego to chirurgia najwyższej, wręcz trudnej do wyobrażenia,

precyzji. Tu robot daje nam możliwość robienia tego lepiej, przy czym im mniejsze naczynie, które musimy zespolić, tym większa korzyść z zastosowania robota.

W supermikrochirurgii obrzęku chłonnego walczymy o to, by chłonka z uszkodzonych naczyń miała ujście do układu krwionośnego, a nie gromadziła się w tkankach. Naszymi pacjentami są osoby, które ucierpiały w wyniku leczenia (chirurgicznego bądź radioterapii) nowotworów, które mogą przerzutować do układu chłonnego. To mógł być rak piersi, rak jajnika, rak trzonu macicy czy czerniak. Usunięcie ogniska pierwotnego wraz z przylegającymi węzłami chłonnymi prowadzi do uszkodzenia układu limfatycznego. Obrzęk może pojawiać się w kończynie górnej, mogą przerzutować brzusznej czy w obrębie głowy i szyi. Ryzyko jego wystąpienia sięga 30-40 proc. w ogólnej grupie pacjentów leczonych chirurgicznie i radioterapią, ale w przypadku nowotworów ginekologicznych jest wyższe i wynosi 50-60 proc.

By rozwiązać problem musimy znaleźć konkretne naczynia limfatyczne, wypreparować je, a następnie połączyć z odpowiednimi żyłami. Przypomnę, że te naczynia są rzeczywiście bardzo, bardzo małe. Standardowo mają mniej niż milimetr, a w sytuacjach ekstremalnych, na przykład w trakcie zabiegów profilaktycznych, które wykonujemy, by zapobiec obrzękowi chłonnemu, potrafią mieć od 0,1 do 0,3 mm. Zbliżamy się więc do przyszłości mikrochirurgii czyli nanomikrochirurgii, która wchodzi poniżej 0,1 mm.

Oczywiście optymalnym rozwiązaniem byłoby, gdybyśmy od razu (już w trakcie operacji usuwania



Refundacja zabiegów robotem Symani wymaga potwierdzenia w ramach Pomorskiego Programu Leczenia Obrzęku Chłonnego, który szpital realizuje od 2019 r. Aby sprawdzić możliwości refundacji procedury w Słupsku, należy skontaktować się bezpośrednio z placówką, ponieważ refundacja zależy od typu procedury i kwalifikacji pacjenta.

nowotworu), robili profilaktyczne zespolenia, tak by w ogóle problem obrzęku się nie pojawił. I w tę stronę będzie rozwijała się chirurgia limfatyczna. Takie rozwiązanie stosujemy rutynowo u pacjentek leczonych w słupskim szpitalu w ramach NFZ.

Natomiast obecnie na świecie standardem jest, że pacjent zgłaszający się z obrzękiem limfatycznym czy zdiagnozowanym uszkodzeniem układu chłonnego ma wykonywane zespolenia limfatyczno-żylne. Po prostu znajdujemy przerwane naczynia limfatyczne i zespalamy je z układem żylnym, by chłonka nie rozlewała się i nie gromadziła w tkance podskórnej.

W Polsce mamy tylko jednego robota mikrochirurgicznego dla pacjenta onkologicznego – w Słupsku. Mamy też w naszej placówce program diagnostyki i leczenia obrzęku chłonnego. Jesteśmy ośrodkiem referencyjnym dla robota na 6 krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Największą grupą naszych chorych są pacjentki operowane jednocześnie, u których jednocześnie usuwamy węzły chłonne i rekonstruujemy drogi chłonne. Mamy też pacjentki, które są operowane po uszkodzeniu dróg chłonnych w przebiegu wcześniejszej operacji.

Robotyka mikrochirurgiczna na pewno będzie miała coraz więcej zastosowań. Właśnie zaczęliśmy program przeznaczony dla pacjentów z nowotworami głowy i szyi. W ich przypadku obrzęk może być zewnętrzny i powodować problemy czysto estetyczne, ale może być też wewnętrzny i utrudniać codzienne funkcjonowanie. Mowa tu o takich problemach jak zaburzenia mówienia, artykulacji, przełykania pokarmów stałych, uczucie obrzęknięcia, uczucie pełności, czasami zaburzenia oddychania. Szacuje się, że mogą one dotyczyć nawet 70 proc. pacjentów z tego typu nowotworami.

Dzięki zabiegom mikrochirurgicznym i supermikrochirurgicznym, w czasie których łączymy uszkodzone nerwy, możemy też wspierać powrót czucia po mastektomii czy innych zabiegach. Cały czas rozwijamy nasze umiejętności i techniki operacyjne, bo mamy świadomość, że takie działania to kolejny kierunek rozwoju tej dziedziny chirurgii.

Oczywiście nie ma róży bez kolców. Te procedury nie są obecnie szeroko refundowane, ale mamy nadzieję, że ulegnie to zmianie, bo niosą ze sobą naprawdę wiele korzyści dla pacjentów.

W ramach naszego programu operujemy kolejnych pacjentów z dobrym efektem, poprawiając nie tylko estetykę, ale też funkcjonowanie i jakość życia.

Nie tylko onkologia

Cały nasz świat super mikrochirurgiczny i mikrochirurgiczny szuka możliwości wykorzystania rozwiązań mikrochirurgicznych w chorobach neurodegeneracyjnych – chorobie Alzheimera czy chorobie Parkinsona. Wykazano, że w ich przebiegu dochodzi do gromadzenia się w mózgu pewnych szkodliwych produktów, za co odpowiedzialna jest część układu limfatycznego obejmująca obręb głowy i szyi. W wielu ośrodkach na świecie, również w naszym, toczą się w tej chwili badania nad wykorzystaniem technik mikrochirurgicznych do walki z tymi chorobami. Mam nadzieję, że już w nowym roku będziemy mogli pewne procedury wykonywać.

W Polsce i w krajach europejskich najczęstszą (około 70 proc. przypadków) przyczyną obrzęków limfatycznych jest uszkodzenie układu limfatycznego w przebiegu leczenia chorób nowotworowych. Może do niego dojść czy to na skutek limfadenektomii (usunięcia węzłów chłonnych), czy też w trakcie radioterapii.

Około 70 proc. chorych dotkniętych obrzękiem limfatycznym w naszym kraju to kobiety po leczeniu operacyjnym raka piersi i chorzy leczeni z powodu nowotworów innych niż rak piersi. Pozostałe 30 proc. przypadków to pacjenci z pierwotnymi obrzękami limfatycznymi (w tym dzieci z wrodzonymi obrzękami limfatycznymi) oraz pacjenci z obrzękami limfatycznymi pourazowymi i pozapalnymi. Zdaniem ekspertów, obrzęk limfatyczny dotyczy blisko 15 proc. wszystkich chorych na nowotwory.

Chłonka, inaczej limfa (łac. *lymph*), to płyn krążący w układzie limfatycznym, który składa się z:

- naczyń limfatycznych
- węzłów chłonnych (odpowiedzialnych za produkcję komórek odpornościowych i oczyszczanie limfy)
- wątroby
- śledziony
- migdałków
- naczyń chłonnych

Głównym zadaniem chłonki w organizmie człowieka jest transport białek oraz limfocytów z powrotem z tkanek do układu krążenia. Z punktu widzenia pacjenta onkologicznego istotne może być to, że układ limfatyczny jest jedną z dróg przerzutowania nowotworów, a rokowanie pacjentów oraz metodę leczenia często ustala się na podstawie objęcia procesem chorobowym okolicznych węzłów chłonnych.

CAR-T.

Co trzeba o niej wiedzieć?

CAR-T to obecnie najnowocześniejsza, najbardziej zaawansowana technologicznie forma immunoterapii, czyli próby wykorzystania mechanizmów naszego układu odpornościowego do walki z nowotworami.



Prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel

specjalista hematologii i transplantologii klinicznej, specjalista chorób wewnętrznych, kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku i Onkohematologii Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego w Gliwicach, prezes Stowarzyszenia Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych oraz wiceprezes Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków

CAR-T (ang. Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy) polega na tym, że pobiera się z krwi pacjenta limfocyty T, czyli najbardziej wyspecjalizowane komórki układu odpornościowego. Następnie w laboratoriach modyfikuje się je genetycznie, wszczepiając im gen, dzięki któremu mogą rozpoznawać komórki nowotworowe i walczyć z nimi. Po takiej obróbce, stymulacji, namnożeniu, zmodyfikowane komórki trafiają z powrotem do krwiobiegu pacjenta, gdzie rozpoznają i niszczą komórki nowotworowe.

Co niezwykle istotne, kontakt z nowotworem sprawia, że nie tylko namnażają się w organizmie chorego, ale mogą przetrwać w nim miesiące, a nawet lata, pełniąc rolę żywego leku – strażnika, który chroni go przed nawrotem nowotworu.

Ta technologia do tej pory ma zastosowanie głównie w leczeniu nowotworów hematologicznych. Wiodącymi wskazaniami są chłoniaki nie-Hodgkina wywodzące się z limfocytów B i ostra białaczka limfoblastyczna. W ostatnich latach terapia CAR-T została również zarejestrowana w leczeniu szpiczaka plazmocytozy. W tym wskazaniu póki co nie ma jeszcze refundacji w Polsce, ale spodziewamy się, że ona nastąpi w najbliższych miesiącach.

Czy jest szansa, by CAR-T znalazły zastosowanie w leczeniu guzów litych?

Badań nad zastosowaniem CAR-T w leczeniu nowotworów litych toczy się na świecie bardzo dużo, najwięcej w Chinach i w Stanach Zjednoczonych. Trzeba jednak pamiętać, że tutaj cel jest trudniejszy, ponieważ nowotwory lite cechują się większą

różnorodnością, jeżeli chodzi o ich cechy antygenowe. W obrębie jednego nowotworu, w obrębie jednego guza te komórki się między sobą różnią. Po drugie, trudno jest znaleźć taki cel, który będzie odróżniał je od normalnych komórek organizmu. Poza tym trudniej jest limfocytom CAR-T dotrzeć do wszystkich komórek nowotworowych – penetracja do nowotworu litego jest trudniejsza niż w przypadku nowotworów hematologicznych. Kolejnym problemem jest też to, że nowotwory lite cechują się nieprzyjawnym dla limfocytów mikrośrodowiskiem. Występuje tam szereg bodźców, które je wyhamowują i powodują, że te limfocyty tracą ochotę do walki. Po stronie badaczy mamy dużą determinację i nowoczesną technologię, więc mamy nadzieję, że kolejne próby modyfikacji genetycznych doprowadzą nas jednak do sukcesu. Nowoczesna inżynieria dotyczy bowiem już nie tylko wszczepiania genu dla receptora, ale też różnych mechanizmów pobudzających limfocyty T, chroniących je, powodujących, że one są bardziej agresywne i z większą skutecznością mogą atakować wroga. Stąd uważa się, że nowotwory lite będą w perspektywie bardzo szerokim polem zastosowania Terapii CAR-T.

Czy CAR-T to tylko onkologia?

Liczba potencjalnych zastosowań terapii CAR-T jest dużo większa. Okazało się, że mogą one być wykorzystane na przykład w leczeniu chorób reumatologicznych, czyli chorób z autoagresji, gdy układ odpornościowy walczy z własnym organizmem. Przykładem takiej choroby jest toczeń rumieniowaty układowy, twardzina układowa czy miopatie

zapalne. Terapia CAR-T może pozwolić na „reset” układu odpornościowego, czyli usunięcie błędu, którym jest autoagresja i odtworzenie układu odpornościowego na nowo – już bez niego. Pierwsze doświadczenia w tym zakresie zostały opublikowane w 2024 roku, wskazując na niezwykle dużą skuteczność tej terapii. W tej chwili toczą się badania kliniczne, które mają to zweryfikować. Wierzymy również, że terapia CAR-T prędzej czy później znajdzie zastosowanie także w leczeniu nowotworów litych, takich jak rak jelita grubego, rak piersi, rak płuca czy czerniak. Prace w tym zakresie również są w toku. Na świecie prowadzi się obecnie kilkadziesiąt badań klinicznych, których celem jest weryfikacja hipotezy o potencjalnej skuteczności tej terapii w takich rozpoznaniach.

Kto może skorzystać z CAR-T?

Terapia CAR-T w Polsce jest refundowana u chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną. Mogą z niej skorzystać pacjenci z opornymi postaciami choroby, gdy standardowe leczenie nie doprowadziło do wyleczenia, czyli albo mamy oporność, brak reakcji na chemioterapię, albo też po uzyskaniu remisji choroba nawraca.

Drugim wskazaniem są chłoniaki nie-Hodgkina (NHL – grupa nowotworów złośliwych układu limfaticznego, wywodzących się z limfocytów B, T lub NK), a w szczególności chłoniak rozlany z dużych komórek B. Tutaj terapia CAR-T jest dostępna od drugiej linii, gdy mamy do czynienia z pierwotną opornością, brakiem odpowiedzi na wstępną chemioterapię bądź też gdy choroba nawraca w ciągu 12 miesięcy od zakończenia leczenia. Jeżeli do nawrotu dochodzi po czasie dłuższym niż rok, to CAR-T podajemy dopiero w linii trzeciej.

Czy CAR-T zawsze jest skuteczna?

W wymienionych wyżej jednostkach chorobowych CAR-T jest na pewno najbardziej skuteczną formą leczenia ratunkowego – jesteśmy w stanie doprowadzić do remisji czy do wyleczenia u chorych, u których wszelkie inne formy terapii nie mają szans powodzenia albo zostały już zastosowane i okazały się nieskuteczne.

Musimy jednak pamiętać, że choć CAR-T daje nam bardzo dużo w porównaniu z innymi metodami leczenia, to nie jest to skuteczność 100 proc. – w przypadku chłoniaków i białaczek sięga ona około 40-50 proc.

Jakie są skutki uboczne takiej terapii?

Wśród typowych dla CAR-T powikłań mamy na przykład zespół uwalniania cytokin czyli tzw. burzę cytokinową, o której sporo mówiło się w czasie pandemii w kontekście COVID-19.

Komórki CAR-T pod wpływem kontaktu z nowotworem mnożą się, ale niestety jednocześnie wydzielają szereg substancji, które powodują

uogólniony stan zapalny organizmu. Najczęstszym objawem, który towarzyszy burzy zapalnej jest gorączka, ale u około 20 proc. pacjentów dochodzi również do zaburzeń oddychania i zaburzeń krążenia, które mogą wymagać pobytu na oddziale intensywnej terapii.

Drugim typowym powikłaniem terapii CAR-T jest neurotoksyczność. Substancje wydzielane przez komórki CAR-T mogą wpływać na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego i powodować przejściowe zaburzenia funkcji poznawczych, czyli dezorientację, zaburzenia pamięci, niemożność rozpoznawania przedmiotów, a nawet śpiączkę, co czasem również wymaga pobytu na oddziale intensywnej terapii. Neurotoksyczność obserwujemy u kilku-kilkunastu procent pacjentów. Na szczęście prawie zawsze ma charakter odwracalny. Mija po dwóch, trzech dniach.

Te powikłania są nam już dobrze znane i zostały opracowane odpowiednie algorytmy postępowania tak, żeby z jednej strony zmniejszyć ryzyko ich wystąpienia, a drugiej – jeżeli one wystąpią, to żeby trwały jak najkrócej i jak najszybciej zostały opanowane.

W ilu ośrodkach w Polsce stosuje się tę terapię?

W tej chwili w Polsce jest 15 ośrodków, które mają uprawnienia do stosowania terapii CAR-T. By móc ją prowadzić potrzebna jest nie tylko zgoda Ministerstwa Zdrowia, ale też, zgodnie z wymogami Unii Europejskiej ośrodek chcący zajmować się takim leczeniem musi poddać się ocenie (certyfikacji) ze strony producentów terapii CAR-T, żeby zagwarantować jak najwyższą jakość i jak największe bezpieczeństwo.

Ilu pacjentom podano CAR-T w Gliwicach?

Jak dotąd 75 chorym. Większość z nich to pacjenci z agresywnymi chłoniakami, ale też z ostrą białaczką limfoblastyczną. Pierwsze podanie terapii CAR-T w Gliwicach miało miejsce w styczniu 2020 roku, a więc minęło już prawie 5 lat. Pacjentka chorowała na chłoniaka agresywnego z dużych komórek B i wyczerpaliśmy już wszystkie dostępne wówczas opcje leczenia, między innymi wiele linii chemioterapii. To była taka nawrotowa, oporna postać choroby. Dzięki CAR-T uzyskaliśmy remisję, która trwa do dzisiaj.

A jak i gdzie te komórki są tworzone?

Pobranie komórek odbywa się w ośrodku leczącym, a następnie są one przekazywane, przez odpowiedniego kuriera, do laboratorium firmy farmaceutycznej (w tej chwili najczęściej trafiają do Holandii) i tam są uzbijane. Taki proces modyfikacji genetycznej i kontroli jakości trwa najczęściej około trzech tygodni. Po tym czasie, w formie zamrożonej, wracają do ośrodka leczącego.

Czyli cały ten proces jest naprawdę skomplikowany...

Faktycznie, logistyka tej terapii jest bardzo złożona i cała procedura jest niezwykle angażująca dla wielu osób. Z jednej strony, co oczywiste, angażuje lekarzy – hematologów, ale też anestezjologów, konsultantów neurologii, jak i zespół pielęgniarski, ale również pracowników laboratorium, banku komórek krwiotwórczych, apteki. Cały sztab ludzi ściśle współpracuje ze sobą, by taka terapia mogła być zastosowana.

Jaka przyszłość rysuje się przed tą technologią?

Obecnie wyraźnie rysują dwa kierunki rozwoju. Pierwszy to tak zwana produkcja Academic Cells czyli dążenie do tego, by duże ośrodki akademickie dysponowały odpowiednimi laboratoriami i mogły wytwarzać terapię CAR-T na miejscu. To na pewno bardzo obniżyłoby koszty i ułatwiłoby logistykę. Nie jest to proste zadanie, bo jest to najbardziej zaawansowana w tej chwili technologia w medycynie i wymaga nie tylko odpowiedniego wyposażenia

i spełnienia szeregu restrykcyjnych warunków, ale też wiedzy i umiejętności, w jaki sposób to robić. Wydaje się, że to nie jest bardzo odległa perspektywa, ale wciąż jeszcze nie jesteśmy do końca na nią gotowi. Jak do tej pory w Polsce mamy tylko jeden przykład CAR-T produkowanych na bazie akademickiej. Jest to produkt, który powstaje w na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu, gdzie mamy jak dotąd jednego pacjenta leczonego z zastosowaniem takiego akademickiego produktu.

Drugim kierunkiem rozwoju tej technologii są działania, których celem jest zastąpienie komórek pochodzących z krwi pacjenta komórkami pochodzącymi od zdrowych dawców-ochotników. Takie rozwiązanie jest dużo trudniejsze technologicznie, ponieważ konieczna jest dużo bardziej złożona obróbka genetyczna, by zapobiec innym powikłaniom oprócz tych, o których mówiłem. Zaletą takiego rozwiązania jest stworzenie produktu uniwersalnego, który moglibyśmy mieć „na półce”, byłby dostępny od ręki i możliwy do podania w dowolnym momencie.

NOWE TERAPIE dostępne dla polskich pacjentów

Od 1 stycznia 2026 r. lista leków refundowanych została rozszerzona o 9 terapii onkologicznych w takich rozpoznaniach jak: chłoniak grudkowy, chłoniak Hodgkina, niedrobnokomórkowy rak płuca, rak przełyku, gruczolakorak żołądka, rak połączenia żołądkowo-przełykowego oraz miejscowo zaawansowany lub przerzutowy rak piersi.

Jakie leki będą refundowane

Epkorytamab – nowoczesne przeciwciało bispecyficzne podawane podskórnie - przeznaczony jest dla dorosłych chorych na chłoniaka grudkowego i będzie można go zastosować już od trzeciej linii leczenia.

Brentuksymab vedotin, przeciwciało anty-CD30+ sprzężone z lekiem cytotoksycznym (aurystatyną). Jest to terapia celowana stosowana już w pierwszej linii leczenia u dorosłych chorych na chłoniaka Hodgkina w III i IV stopniu zaawansowania, przy czym występują ograniczenia wiekowe dla schematu BreCADD do 60. roku życia.

Erybulina to lek chemioterapeutyczny stosowany w leczeniu dorosłych chorych na miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka piersi po wcześniejszych liniach terapii.

Tiselizumab - terapia immunologiczna - będzie w stosowany zarówno w monoterapii, jak i w skojarzeniu z chemioterapią.

Tiselizumab został także objęty refundacją w leczeniu chorych na raka przełyku, gruczolakoraka żołądka oraz raka połączenia żołądkowo-przełykowego, zarówno w monoterapii, jak i w skojarzeniu.

TERAZ PRACUJĘ na dwa i pół etatu

– Rekonwalescencja po operacji onkologicznej była dla mnie czasem powrotu do naukowej pasji. Otworzyła drogę do habilitacji i postawiła przede mną nowe wyzwania zawodowe – mówi dr hab. n. med. Marek Kluszczyński.

Moja onkologiczna historia rozpoczęła się zupełnie przypadkowo.

Przyszedł do mnie pacjent z bólami kręgosłupa, bym przepisał mu zabiegi. W trakcie rozmowy okazało się, że tak jak i ja za miesiąc obchodzi 60. urodziny. Oczywiście przed zleceniem zabiegów rehabilitacyjnych musiałem zadać mu szereg pytań, by wykluczyć przeciwwskazania. Padło więc również pytanie dotyczące ewentualnych chorób nowotworowych w tym raka prostaty. Pacjent zaprzeczył, a ja standardowo dopytałem czy i kiedy robił badanie PSA. Gdy usłyszałem, że nigdy, wystawiłem mu skierowanie na to badanie i poprosiłem, by umówił się na zabiegi dopiero po tym, gdy otrzyma wynik potwierdzający, że nic złego się nie dzieje. Gdyby jednak wynik był niezadowolający, pacjent miał do mnie zadzwonić. Pożegnaliśmy się, a ja sobie wtedy uświadomiłem, że właśnie wysłałem pacjenta na badanie, którego od trzech lat sam nie wykonywałem. Zaniedbałem sprawę.

Chciałbym zaapelować do kolegów lekarzy, żeby myśląc o swoich pacjentach nie zapominali o sobie, wsłuchiwali się w swój organizm. Jeśli mają takie same objawy jak pacjent, którego kierują na badania, to może niech i sami je zrobią? My często zapominamy, że każdy może zachorować, a więc lekarz też.

W efekcie to ta refleksja spowodowała, że dosłownie w ciągu dwóch tygodni poszedłem zrobić badanie. PSA wyszło niestety podwyższone. Nie jakoś dramatycznie, ale wartość była ponad cztery czyli przekraczała normę.

Kolega urolog, który mnie badał, nic nie wyczuł, ale stwierdził, że przy takim wyniku jednak warto poszerzyć diagnostykę o rezonans. Miał rację – wykryto nowotwór złośliwy. Pojechałem na konsultację do Gliwic. Profesor pocieszył mnie, że jest to stan mocno zaawansowany. Nowotwór rozwinął się w obrębie prostaty, in situ (w miejscu), więc kwalifikowałbym się do naświetlania nowoczesną metodą stereoskopową. Po rozważeniu za i przeciw zgodziłem się na taki plan leczenia.

Przed rozpoczęciem naświetlania podaje się do prostaty znaczniki, by wiązka precyzyjnie trafiała w zmianę nowotworową, oszczędzając inne tkanki. Potem zgodnie z zaleceniami trzeba przyjmować antybiotyki i poleżeć w domu. Wstyd się przyznać, ale wyszedł ze mnie typowy lekarz czyli pacjent niezdyscyplinowany. Następnego dnia miałem umówionych pacjentów, więc poszedłem do pracy. No i pokarało mnie za nieprzestrzeganie zaleceń. Wieczorem miałem gorączkę 40 stopni i jak się okazało, w efekcie doszło do zapalenia prostaty. Bardzo nieprzyjemna sprawa i bardzo bolesna, wiążąca się też z nieustannym bieganiem do toalety.

Przy tej okazji poczytałem o tym, jakie mogą być konsekwencje naświetlania, w tym o zwężeniu cewki i trudnościach w oddawaniu moczu. I po tym incydencie z zapaleniem prostaty zdecydowałem, że jednak nie wybiorę naświetleń, tylko zdecyduje się na operację radykalną. No i tak też się stało. Wybrałem taki ośrodek niedaleko domu. No i przeszedłem tę operację szczęśliwie dzień po 60. urodzinach.

Zespół operacyjny bardzo mnie chwalił. Usłyszałem, że takiego pacjenta to oni mogą trzy razy dziennie kroić, bo jestem taki „nie za gruby, nie za chudy, taki w sam raz”. Po przygodach ze znacznikiem starałem się z pokorą poddawać wszystkim procedurom, choć nie do końca leży to w mojej naturze.

Wystarczy zresztą, że trochę narozrabiałem przed samą operacją. Wbrew wszelkim zasadom



Dr Marek Kluszczyński z żoną, fot. archiwum domowe

medycznym i logice stawiałem się do szpitala z infekcją i lekką gorączką. Ukryłem ten fakt, bo bardzo chciałem za dwa miesiące pojechać na konferencję naukową – miałem na niej wystąpienie. Gdyby operacja się przesunęła, nie byłoby to możliwe. Na moje szczęście sprawa się przed zabiegiem nie wydała – gdy pani pielęgniarka przyszła rano sprawdzić temperaturę, to byłem w ubikacji, a anestezjolog był tak zajęty, że zobaczył mnie dopiero na sali operacyjnej. A jeszcze większe szczęście, że to moje nie do końca odpowiedzialne zachowanie nie wpłynęło na wynik operacji i rekonwalescencji.

Wróciłem do domu w miarę dobrej kondycji, ale ponieważ straciłem dość dużo krwi, to ciągle było mi zimno – miałem po prostu anemię. Odkryłem wtedy, jak organizm jest w stanie podpowiadać, czego potrzebuje. Przez dwa dni po powrocie ze szpitala śnił mi się tylko tatar. Całą noc we śnie robiłem tatar na różne sposoby. Powiedziałem do żony: „wiesz co, ja to muszę zjeść tatara”. Kupiła mi od razu osiem opakowań – zjadłem je w ciągu dwóch dni. Naprawdę zjadłem 2 kg mięsa w ciągu dwóch dni. Którejś nocy nawet wstałem i surowego prosto z opakowania z suchym chlebem zjadłem, bo tak mi tego było potrzeba. I proszę sobie wyobrazić, że ja po tych trzech dniach stanąłem na nogi.

Byłem już na tyle silny, że jeszcze z cewnikiem (wiadomo gdzie), zacząłem pisać artykuł naukowy, który czekał na mnie już od co najmniej dwóch lat. Nigdy jakoś nie miałem czasu na pisanie

ze względu na natłok pacjentów i codziennych obowiązków.

Choroba onkologiczna, rekonwalescencja po operacji okazały się tym impulsem, który spowodował, że wróciłem do realizacji pasji naukowej.

Doktorat pisałem na temat skolioz, potem przez wiele lat zbierałem materiały – miałem ich dużo, bo dużo pracowałem, pod opieką przez te lata miałem kilka tysięcy pacjentów z trzech województw. Przed wielu laty odbywając staż do specjalizacji u pani Profesor Dobosiewicz w Klinice Rehabilitacji w Katowicach, opracowałem wstępne założenia hipotezy patogenezy (tworzenia się) skoliozy idiopatycznej dotyczącej zaburzeń sieci neuronalnych. Przez następne lata coraz bardziej hipoteza ta potwierdzała się w moich obserwacjach i w literaturze. Przez ostatnich 10 lat pracowałem twórczo i stworzyłem dwa nowe urządzenia medyczne. Jedno to Orthometr (do pomiaru i wczesnego wykrywania wad postawy, zwłaszcza skoliozy u dzieci) drugie to GraviSpine (GS), urządzenie wspierające leczenie skoliozy u dzieci, którego działanie opiera się na wspomnianej hipotezie. W gruncie rzeczy dziś można powiedzieć

o nowym podejściu do leczenia skoliozy, które propaguje w Polsce i za granicą tj. metodzie ROK (Równowagi Odruchowej Kręgosłupa).

Jednym słowem moja rekonwalescencja polegała na tym, że od piątego dnia po operacji czytałem, pisałem artykuły i opracowywałem badania. Nie miałem czasu myśleć o chorobie. Zaowocowało to tym, że samodzielnie napisałem bardzo dobry artykuł, który opublikowano w amerykańskim czasopiśmie. I to mnie tak zachęciło, że kolejny artykuł napisałem dosłownie w ciągu następnych dwóch miesięcy, bo materiału miałem dużo. Potem był trzeci, czwarty, piąty – jak z karabinu. W efekcie zrobiłem habilitację.

Pacjentów zacząłem przyjmować dwa miesiące po operacji. W tym roku, w sierpniu, minęły od niej 4 lata. Teraz robię sobie oczywiście badania PSA, ale żadnych innych nie. Kolega, który mnie operował mówi: „Zapomnij, że byłeś chory i pilnuj tylko tego PSA, jeżeli będzie wyższe to przyjedź, będziemy myśleć, co z tym zrobić”. Miałem też to duże szczęście, że nie dotknęły mnie żadne powikłania, związane z resekcją prostaty.

Jak na razie wyniki są dobre, samopoczucie też mi dopisuje. Na co dzień pracuję z pacjentami, wieczorami piszę artykuły i zajmuję się sprawami organizacyjnymi. A pół roku temu, po zrobieniu habilitacji, zaoferowano mi pracę w Krakowie. Postanowiłem podjąć wyzwanie i dalej robić badania i w tej chwili pracuję jako kierownik oddziału rehabilitacji w Szpitalu Uniwersyteckim w Prokocimiu i jednocześnie na Uniwersytecie Jagiellońskim Oddziału Rehabilitacji w Katedrze Neurologii.

Żona podeszła do mojej choroby bardzo zdroworozsądkowo. Traktowała mnie normalnie – pomagała, ale i ochrzaniała, kiedy było trzeba. Nie rozglądała się za kolejnym mężem, a przynajmniej tego nie zauważyłem. Nie zwalniała mnie z żadnych obowiązków, nie rozczulała się nade mną, ale zawsze wiedziałem, że mogę na nią liczyć. Mamy bardzo podobne charaktery, oboje podchodzimy do swojego życia i zdrowia z dystansem. Jesteśmy zgraną parą, wychowaliśmy trójkę dzieci, razem prowadzimy przychodnię. Wspólne życie wymagało od nas wewnętrznej dyscypliny, zahartowało nas i sprawiło, że nie rozczulamy się nad sobą. To również powoduje, że patrzymy na siebie z wyrozumiałością, dużo od siebie oczekujemy, ale rozumiemy się i to jest bardzo umacniające. Udało nam się stworzyć relację, która nas buduje. Odczułem to w bardzo bezpośredni sposób wówczas w trakcie choroby i za to jestem bardzo mojej żonie wdzięczny.

Jako lekarz nie miałem problemu, by podporządkować się kolegom, którzy mnie leczyli. Każdy z nas ma swoją specjalizację – ja znam się na czym innym, koledzy się znają na czym innym – tutaj nie ma miejsca na sprzeciw ani mędrkowanie. Natomiast jak każdy pacjent mam



fot. archiwum domowe



Dr Marek Kluszczyński z żoną, fot. archiwum domowe

prawo wyboru metody leczenia. To bardzo ważne, by tę ważną decyzję podjąć po przeanalizowaniu dostępnych opcji pod kątem własnych potrzeb i oczekiwań, ale też cech charakteru.

Mój nowotwór był złośliwy lecz nie bardzo zaawansowany, nie musiałem poddawać się aż tak radykalnemu leczeniu, mogłem skorzystać z naświetlań. Jednak podjąłem tę decyzję, licząc się z tym, że mogą mnie dotknąć przykre konsekwencje operacji, bo pozostawienie źródła nowotworu niosłoby dla mnie pewien dyskomfort psychiczny i niepokój, że rak może wrócić. Z perspektywy tych czterech lat uważam, że taki wybór był z mojego punktu widzenia słuszny i dał mi komfort psychiczny.

Ten komfort jest nam potrzebny też później. Ja swoje leczenie zakończyłem na operacji, ale przecież nie zawsze tak jest. Bez względu na to, jak długo trwa leczenie, organizm musi być w dobrej formie fizycznej, ale też właśnie psychicznej.

Praca nad swoją relacją do siebie i do świata, jest moim zdaniem kluczem do radzenia sobie z chorobą nowotworową. Powinniśmy ją podejmować nie tylko wtedy, gdy zdrowie zaczyna szwankować, a przez całe życie, bo dużo w nim sytuacji trudnych.

Diagnoza onkologiczna sprawia, że śmierć przestaje być czymś odległym, stajemy z nią w tym momencie oko w oko. To szczególnie trudne w dzisiejszych czasach, gdy cały świat wokół nas udaje, że jej nie ma.

Wiele osób dystansuje się do śmierci jako zjawiska, które przecież dotyczy każdego z nas. Dla niej nie ma znaczenia ani rasa, ani płeć, wiek czy status materialny. I może bardzo dobrze, że tak jest. Postrzeganie śmierci jako naturalnego zakończenia życia i rozumienie tego, że jest to proces, który jest konieczny, ale zmienia tylko formę naszego życia ze stałej na duchową, bardzo człowiekowi pomaga. Myślę, że całe życie jako osoby dorosłe (bo wiadomo – dzieci o tym nie myślą) powinniśmy budować swoją świadomość właśnie w ten sposób. Nie wypierać śmierci, bo jest to rzecz zupełnie naturalna i ze spokojem się z tą sytuacją oswajając. Uważam, że taka postawa pomaga w chwili, kiedy rzeczywiście pojawi się jakieś zagrożenie życia. Ten budowany przez całe życie wewnętrzny spokój, oparty na świadomości, że to jest tylko przejście z jednego stanu do drugiego i zrodzone z niego zaufanie bardzo pomaga.

Jednak, żeby przyjmować śmierć jako rzecz naturalną, trzeba trochę popracować nad swoim ego, przyjąć do wiadomości, że tu i teraz to nie ja decyduję, ale zupełnie ktoś inny. I wtedy nasz stosunek do śmierci staje się naturalny, spokojny, traktujemy ją jak normalny element naszego życia. Nie wypieramy, nie dramatyzujemy, ale z pokorą przyjmujemy to, kim jesteśmy. Człowiek jest taki, jaki jest. Jest człowiekiem, jest aż człowiekiem, ale niestety – ze względu na śmierć – tylko człowiekiem. A każdy człowiek kiedyś umrze.

W zrozumieniu i oswojeniu śmierci bardzo pomogły mi książki np. Jana Pawła II, ks. Pawlukiewicza, ale też innych autorów, jak Abraham Joshua Heschel. Tego autora mogę polecić książkę „Człowiek nie jest sam”.

HOSPICJUM DOMOWE.

Właściwie o co w tym chodzi?

Hospicjum to instytucja funkcjonująca w ramach systemu opieki zdrowotnej, stosująca metody opieki paliatywnej i przeznaczona dla pacjentów przewlekle oraz nieuleczalnie chorych. Wokół hospicjum, podobnie jak i wokół leczenia paliatywnego, narosło wiele mitów. Jako pielęgniarka pracująca w hospicjum domowym chciałabym przybliżyć pacjentom naszą pracę.



Dorota Szerement

pielęgniarka pracująca w hospicjum domowym księży Marianów w Warszawie i w szpitalu Klinicznym im. prof. A. Grucy w Otwocku

Zaczynając pracę w hospicjum domowym czułam strach. Nie miałam pojęcia jak mam zachować się w obliczu śmierci.

W oddziale szpitalnym pielęgniarka ma za zadanie wypełnić proces leczenia, ratować życie. Jej profesjonalizm ma przyczynić się w znaczący sposób do procesu wyzdrowienia pacjenta.

Praca pielęgniarki w hospicjum stawia przede mną nieco inne zadania – uczy poświęcenia, bycia blisko pacjenta i jego rodziny w środowisku domowym. Praca w hospicjum domowym nauczyła mnie celebrowania chwil życia w sposób profesjonalny.

Żeby pracować w hospicjum domowym, my – profesjonalni medycy, musimy szeroko otworzyć swoje serca na pacjenta. Tu sama umiejętność robienia zastrzyków, podłączenia kroplówki, pobrania materiału do badań nie wystarczy. Trzeba wsłuchać się w potrzeby osoby ciężko chorej, bardzo często zatrzymać się, po prostu usiąść przy chorym i po prostu porozmawiać; bez odliczania minut do końca wizyty. To ofiarowanie czasu choremu jest ważne zarówno dla chorego, jak i dla nas.

Gdy zaczynam rozmawiać z pacjentem o codziennym życiu, można zauważyć jak się zmienia wyraz jego twarzy. Zwykła rozmowa o wszystkim i o niczym jest okazją, aby w pacjencie zobaczyć pełnego godności człowieka.

W pracy w hospicjum domowym nasz profesjonalizm medyczny musi być oparty na mocnym fundamencie empatii medycznej, wyrażającej się w bardzo prostych gestach. Jesteś medykiem? Przyjdź do domu pacjenta, porozmawiaj, wysłuchaj, podaj rękę, nie oceniaj, nie bój się zaangażować i szukać rozwiązania problemu, może czasami wystarczy coś powiedzieć, może czasami trzeba pomilczeć. Te drobne zdawałyby się gesty dają więcej niż najlepsze lekarstwo.

Hasło hospicjum często kojarzy się ze stwierdzeniem „tu się umiera”. Wyjaśnijmy sobie jedno – umrzeć można wszędzie – również w szpitalu na Oddziale Intensywnej Terapii. Różnica polega na zapewnieniu godnego umierania, spokoju i intymności w ostatnich miesiącach i dniach życia, w pełnym pogodzeniu się z faktem że umieram, ale też dożywam kresu swych dni bez bólu. Odchodząc w hospicjum domowym, jestem wśród swoich bliskich, w swoim domu.

Hospicjum to rodzaj opieki, jaką otaczamy ludzi, dla których skończyły się już możliwości terapii dających szansę na wyleczenie. Ale nie skończyła się opieka. W hospicjum domowym pracuje zespół profesjonalistów: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholodzy i psychoonkolodzy, pracownik socjalny, wolontariusze, kapelani. Wszyscy chcemy w sposób profesjonalny i empatyczny przyczynić się do tego, aby każdy nasz pacjent był otoczony troską i żył w sposób godny, bez cierpienia, do kresu życia. Opiekujemy się również bliskimi naszych podopiecznych zarówno w trakcie choroby, jak i w okresie żałoby.

Nazwa łacińska *hospitium* pochodzi od słowa *hospes* – „osoba połączona z inną trwałym związkiem wynikłym z udzielania gościnności (gospodarz), podejmująca przybyłych, wędrowiec, odwiedzający zajązd”.

Termin opieka paliatywna pochodzi od słów *palliate* – „łagodzić cierpienia”, i *palliaton* – „łagodzenie objawów choroby bez jej wyleczenia”.

Czasami przychodzą chwila zmęczenia, to naturalne. Czasami jesteśmy bezradni w obliczu ilości cierpienia. Ale nawet wtedy nie pozostawiamy pacjenta samego sobie – nasze słabości muszą ustąpić przed naszym profesjonalizmem. Nie możemy zawieść podopiecznych, bo to nasza przy chorem do końca życia daje mu oparcie i to my mówimy mu: „Nie jesteś sam, możesz na mnie polegać, przejdziemy przez to razem”.

Dla mnie największym zaszczytem jest, gdy mogę towarzyszyć mojemu pacjentowi w ostatnim etapie życia. Z wdzięcznością i pokorą profesjonalnej pielęgniarki jestem szczęśliwa, że mogę służyć ludziom w momencie odchodzenia do lepszego świata.

Co każdy powinien wiedzieć o hospicjum domowym?

Opieka hospicyjna jest specyficzną formą opieki, której zasady można sprowadzić do kilku podstawowych punktów.

Po pierwsze – opieka hospicyjna jest opieką całościową, obejmującą wszystkie potrzeby chorego. Jej nadrzędnym celem jest poprawa jakości życia chorego.

Po drugie – opieka hospicyjna jest opieką zespołową, sprawowaną przez grupę osób odpowiedzialnych za jej różne aspekty. Opiekunowie ściśle ze sobą współpracują.

Po trzecie – istotnym elementem opieki hospicyjnej jest „zadomowienie” zespołu – wejście poszczególnych osób w rytm życia domu chorego.

Po czwarte – członkowie zespołu hospicyjnego współpracują z rodziną w zakresie opieki nad chorym. Hospicjum utrzymuje kontakt i udziela pomocy rodzinie nie tylko w czasie choroby jej członka, lecz także po jego śmierci.

Zakres opieki hospicyjnej

Hospicjum domowe opiera się na regularnych wizytach zespołu medycznego oraz dostępności telefonicznej w nagłych sytuacjach. Zakres opieki obejmuje:

Wsparcie medyczne

W ramach domowego hospicjum chory może liczyć na:

- pomoc i wsparcie lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty
- podawanie leków
- leczenie bólu i innych objawów
- zapobieganie powikłaniom
- bezpłatne wypożyczenie sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego (np. inhalatory, glukometry, wózki inwalidzkie, kule, sprzęt do pomiaru ciśnienia krwi)
- badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym.

Wizyty pielęgniarskie odbywają się co najmniej 2 razy w tygodniu, a lekarskie co najmniej 2 razy w miesiącu. W zależności od potrzeb mogą odbywać się częściej – pacjent ma zapewniony dostęp do tej pomocy całodobowo, 7 dni w tygodniu.

Wizyty pozostałego personelu ustala indywidualnie lekarz w porozumieniu z chorym i opiekunami.

Wsparcie psychologiczne i emocjonalne

- Pomoc psychologa dla pacjenta/-ki i rodziny w radzeniu sobie z trudnymi emocjami.
- Edukację rodziny w zakresie podstawowych czynności pielęgnacyjnych, takich jak pielęgnacja ciała chorego, profilaktyka przeciwoleżynowa, oraz w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nad chorym. Rodzina uczy się, jak prawidłowo wykonywać codzienne czynności pielęgnacyjne, obsługiwać sprzęt medyczny i reagować w sytuacjach kryzysowych.

Wsparcie duchowe

Obecność osoby duchownej, jeśli pacjent/-la lub rodzina tego potrzebuje.

Pomoc w codziennych czynnościach

- Wskazówki dotyczące pielęgnacji, karmienia, zmiany pozycji czy korzystania ze sprzętu medycznego.
- Doradztwo w dostosowaniu domu do potrzeb chorego.

Dostępność w sytuacjach nagłych: całodobowy kontakt telefoniczny z zespołem medycznym.

W trakcie opieki domowej zespół hospicjum współpracuje ściśle z rodziną, zapewniając im niezbędną wiedzę i umiejętności do skutecznej opieki nad chorym.

Kto może skorzystać z hospicjum domowego?

Hospicjum domowe jest przeznaczone dla pacjentów/pacjentek:

- z zaawansowaną chorobą nowotworową lub inną przewlekłą, zagrażającą życiu
- wymagających opieki medycznej, ale mogących przebywać w domu
- chcących pozostać w znanym otoczeniu, przy wsparciu specjalistycznego zespołu.

Wszystkie formy opieki paliatywnej i hospicyjnej odbywają się na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (rodzinnego, onkologa lub innego specjalisty) lub od lekarza przy wypisie ze szpitala. Decydujące o wystawieniu skierowania są wskazania medyczne.

Dlaczego warto wybrać hospicjum domowe?

Zalety hospicjum domowego:

- pobyt w bezpiecznym i znanym otoczeniu
- profesjonalna opieka bez konieczności hospitalizacji
- holistyczne wsparcie medyczne, psychologiczne i duchowe.



**Opieka paliatywna i hospicyjna.
Jak znaleźć placówkę?**

1. Otwórz wyszukiwarkę placówek współpracujących z NFZ. Znajdziesz ją pod linkiem <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/Uniwersalne>
2. Wybierz z listy specjalizacji „hospicjum domowe”, „hospicjum stacjonarne” lub „medycyna paliatywna”.
3. Wybierz województwo. Możesz też wpisać powiat i miejscowość.
4. Naciśnij przycisk „szukaj”.
5. Otrzymasz listę placówek wraz z danymi teleadresowymi, godzinami otwarcia i informacjami o dostępności placówki.

CUKIER A NOWOTWORY: dlaczego eliminacja węglowodanów i głodówki nie leczą raka?

Jednym z najpopularniejszych mitów jest przekonanie, że cukier karmi komórki nowotworowe, a całkowite odstawienie węglowodanów lub stosowanie głodówek prowadzi do wyleczenia raka. Niestety jest to duże uproszczenie, które wprowadza w błąd i może przynieść poważne szkody. Obecnie nie ma modelu żywieniowego, który by mógł wyleczyć raka, są natomiast strategie żywieniowe, które skutecznie wspomagają terapie przeciwnowotworowe.



Dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Różycka

dietetyk kliniczny w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie. Przewodnicząca Grupy roboczej ds. dietetyki przy POLSPEN. Członkini Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu ESPEN

Czym właściwie są węglowodany?

Węglowodany to obok białek i tłuszczów jedna z trzech grup składników odżywczych. Są głównym źródłem energii dla organizmu, szczególnie dla mózgu, układu nerwowego i mięśni. Po strawieniu węglowodany rozkładane są do cząsteczek glukozy — paliwa, z którego korzystają nasze komórki.

Z żywieniowego punktu widzenia nazewnictwo w grupie węglowodanów jest dość skomplikowane. Patrząc na etykietę produktów spożywczych zauważymy podział na węglowodany ogółem oraz cukry — te drugie to głównie glukoza, fruktoza, sacharoza i laktoza. Poza węglowodanami naturalnie występującymi w pożywieniu w nieprzetworzonych produktach zbożowych, warzywach, owocach czy orzechach, które są dobre dla naszego organizmu, wyróżnia się również cukry dodane, których należy szczególnie unikać. Dodawane są w trakcie wytwarzania produktu, np. cukier biały/brązowy, syrop glukozowo-fruktozowy, miód, melasa cukrowa, krystaliczna dekstroza. Znajdują się one w wielu produktach takich jak słodczyce, słodkie napoje, słone i słodkie przekąski, a nawet ketchup czy niektóre wędliny. Nadmierne spożycie cukrów prowadzi do zaburzeń gospodarki węglowodanowej — insulinooporności czy cukrzycy, a także otyłości, która uznawana jest za czynnik ryzyka powstawania aż 13 nowotworów, m.in. raka piersi, jelita grubego, jajników, endometrium czy przełyku.

Czy cukier żywi raka?

Początki teorii głodzenia raka sięgają lat 20. XX wieku i odkrycia niemieckiego biochemika Otto Warburga, który zauważył, że komórki nowotworowe zużywają znacznie więcej glukozy, niż zdrowe komórki. I to jest prawda. Metabolizm komórek nowotworowych jest inny niż zdrowych komórek. Komórka nowotworowa jest wybitnie nastawiona na przeżycie. Jeśli pozbawimy ją pewnych składników odżywczych, np. glukozy, to aby się rozwijać, wytworzy paliwo z innych składników, które zabierze z naszego organizmu, np. z mięśni. Organizm człowieka posiada szlaki metaboliczne, które pomagają przetrwać w trudnych warunkach — niedostatku wybranych składników odżywczych czy też głodzenia. Przykładem takiego procesu metabolicznego jest glukoneogeneza, podczas której organizm produkuje glukozę z innych składników nie będących cukrami np. z mleczanu czy z aminokwasów budujących mięśnie oraz inne organy, takie jak serce czy wątroba.

Tak więc jeżeli weźmiemy pod uwagę pojedyncze komórki nowotworowe badane na szkiełku w laboratorium, to rzeczywiście odcięcie im paliwa jakim jest glukoza spowoduje zahamowanie ich rozwoju. Jednak organizm ludzki składa się z bilionów komórek i ogromnej liczby szlaków metabolicznych i mechanizmów, w obliczu których ta teoria traci na wartości. Wykluczenie węglowodanów z diety nie spowoduje zahamowania wzrostu nowotworów, nie wyleczy raka, lecz doprowadzi do niedożywienia

i osłabienia organizmu, sarkopenii i kacheksji, która u pacjentów onkologicznych jest szczególnie groźna. Chory niedożywiony znacznie częściej doświadcza powikłań pooperacyjnych, infekcji, gorszego gojenia ran, gorszej tolerancji leczenia chemioterapią czy radioterapią. Należy pamiętać, że im lepszy stan odżywienia, tym wyższa skuteczność leczenia onkologicznego, a tym samym większe szanse na wyleczenie.

Reasumując, jeśli nie dostarczymy pożywienia z zewnątrz, to nowotwór i tak pozyska składniki odżywcze ze zdrowych komórek organizmu pacjenta. Nowotworu nie da się zgłodzić, natomiast ludzki organizm już tak – poprzez głodzenie i nieodpowiednie wybory żywieniowe dochodzi do wyniszczenia, które jest wyjątkowo niebezpieczne.

Warto jeszcze wspomnieć, że grupą, która może odnieść korzyści z zastosowania diety niemal w całości pozbawionej węglowodanów są pacjenci z guzami mózgu i współistniejącą padaczką. Dieta ketogeniczna ma udowodnione działanie ograniczające liczbę napadów padaczkowych.

Czy zatem warto wyeliminować węglowodany po rozpoznaniu choroby nowotworowej?

Absolutnie nie rekomenduję wykluczania z diety węglowodanów po otrzymaniu diagnozy ani na żadnym etapie leczenia onkologicznego. Zaleca się ograniczenie spożycia cukrów prostych, natomiast nie węglowodanów złożonych, które robią dla naszego organizmu wiele dobrego. Naturalnym ich źródłem są zboża, kasze, makarony, większość warzyw i owoców, które dostarczają dodatkowo wiele składników mineralnych i witamin. Pacjenci, którzy nie doświadczają dolegliwości żołądkowo-jelitowych powinni uwzględnić w swoim jadłospisie pełnoziarniste pieczywo, kasze, płatki zbożowe, owoce jagodowe i różnokolorowe warzywa, które dostarczają całej palety antyoksydantów i związków przeciwzapalnych. Jeśli konieczne jest zastosowanie diety lekkostrawnej należy zamienić pieczywo na jasne, natomiast warzywa i owoce piec lub gotować. Produkty zbożowe, orzechy, owoce i warzywa są cennym źródłem błonnika pokarmowego, który po dotarciu do jelita grubego jest fermentowany przez zasiedlające go bakterie, w efekcie czego powstają krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (SCFA, short-chain fatty acids), m.in. kwas masłowy. Maślan jest związkiem, który odżywia komórki jelita grubego, wspomaga ich regenerację, łagodzi przebieg zakażeń bakteryjnych przewodu pokarmowego, ponadto wykazuje działanie przeciwzapalne.

Produkty, która warto jeść, aby dostarczyć węglowodanów złożonych dobrych dla naszej mikrobioty jelitowej:

- pieczywo pełnoziarniste,
- kasza gryczana, pęczak, jęczmienna, ryż brązowy,
- makarony razowe,

- płatki owsiane,
- orzechy, migdały, nasiona słonecznika, pestki dyni, siemię lniane,
- owoce jagodowe, jabłka, banany,
- warzywa kapustne, buraki, cykoria, ziemniaki, karczochy,
- soczewica, fasola, groch.

Należy pamiętać jednak, że produkty bogate w błonnik niekiedy nie są dobrze tolerowane – powodują bóle brzucha, wzdęcia czy nawet biegunkę. Wówczas możemy rozważyć suplementację maślanem oraz dołączenie probiotyków. Probiotykoterapia, aby była bezpieczna musi być odpowiednio dobrana, co wymaga konsultacji z lekarzem prowadzącym lub dietetykiem klinicznym.

Czy zawsze należy unikać słodkości?

Absolutnie nie – nikt nie mówi, że należy odstawić wszelkie produkty słodkie, jednak warto wybierać te zdrowsze opcje.

Praktyczne wskazówki:

- Zastąp słodkie owocami lub kawałkiem ciasta domowego wypieku. Do owsianki czy jaglanki dodaj ulubione owoce, cynamon lub kakao, które wyrażnie poprawią smak twojego posiłku.
- Wybieraj gorzką czekoladę zamiast mlecznej lub białej – ta ostatnia z czekoladą ma niewiele wspólnego.
- Zastąp tłustego pączka lub smażone ciastko gniazdko pełne cukru i utwardzanych tłuszczów pieczonymi ciastkami owsianymi lub domową szarlotką czy sernikiem.
- Zamiast gotowego jogurtu owocowego wybierz wysokobiałkowy jogurt naturalny i dodaj do niego owoce lub niewielką ilość konfitury.
- Wybieraj wodę z cytryną, plasterkami owoców czy miętą, niesłodzone herbaty owocowe lub wodę gazowaną zamiast słodkich napojów.
- Częściej sięgaj po całe owoce niż po soki, które pozbawione są cennego błonnika pokarmowego.

Jednak to co chcę szczególnie podkreślić, to odpowiednie dostosowanie zaleceń żywieniowych do stopnia zaawansowania choroby, etapu leczenia i samopoczucia pacjenta. Dieta zawsze powinna podążać za pacjentem i za jego objawami, a rolą dietetyka klinicznego jest odpowiadanie na te potrzeby poprzez odpowiednią modyfikację diety doustnej lub kwalifikację do żywienia sztucznego. Kluczowa jest tu również rola pacjenta oraz rodziny, a może przede wszystkim rodziny, która niekiedy życzyłaby sobie, aby zastosowanie rygorystycznej diety odwróciło losy chorego i zadziałało uzdrawiająco. Nie jest łatwe pogodzenie się z faktem, że na pewnym etapie chorowania – mam tu na myśli zaawansowany paliatywny okres choroby, jakkolwiek dieta, nawet ta najzdrowsza nie poprawi stanu zdrowia pacjenta,

dlatego nie warto tracić cennego czasu na usilne stosowanie restrykcyjnej diety i zakazywanie choremu słodkich przyjemności.

Niezależnie od etapu ścieżki onkologicznej pacjent może skonsultować się z dietetykiem. Ważne, aby był to specjalista zajmujący się leczeniem żywieniowym, który we właściwy sposób poprowadzi pacjenta onkologicznego.

Gdzie można zasięgnąć porady dietetyka?

Opieka żywieniowa jest niezbędna dla pacjenta onkologicznego na każdym etapie leczenia, dlatego mam nadzieję, że wraz ze wzrostem świadomości społeczeństwa i środowiska medycznego, każdy pacjent będzie pod opieką dietetyka od początku swojej ścieżki onkologicznej.

W warszawskim Narodowym Instytucie Onkologii od wielu lat działa poradnia, w której opieką obejmowani są pacjenci onkologiczni. Zespół dietetyków klinicznych, kierowany przez dr n. med. Aleksandrę Kapałę, każdego dnia wspiera osoby

niedożywione, poddawane chemioterapii, radioterapii, immunoterapii, a także przygotowujące się do operacji lub będące w okresie pooperacyjnym. Podejmując współpracę z pacjentem onkologicznym, towarzyszymy mu na każdym etapie leczenia i reagujemy na pojawiające się zmiany – objawy, dolegliwości, problemy związane ze stanem odżywienia. Wiemy, że pacjent dobrze odżywiony, lepiej toleruje leczenie, szybciej goi się po zabiegu, ma mniej powikłań, w konsekwencji większe szanse na powodzenie leczenia.

Pacjenci kierowani są do dietetyka klinicznego przez onkologów, chirurgów, radioterapeutów, anestezjologów, a także lekarzy innych specjalności. Pacjenci dowiadują się o naszej poradni podczas wizyty u fizjoterapeutów oraz psychologów, a także od innych pacjentów, którzy są już pod opieką żywieniową. Porady dietetyczne są bezpłatne, a jedynym warunkiem skorzystania z nich jest posiadanie skierowania do Poradni Chorób Metabolicznych, które wystawić może lekarz każdej specjalności.



NIE BÓJMY SIĘ antydepresantów

Do tego, że warto skorzystać z pomocy psychoonkologa przekonało się już wielu pacjentów. Jednak w niektórych sytuacjach sama rozmowa nie wystarcza i wtedy warto pomyśleć o wsparciu farmakologicznym. To ważne, bo nieleczona depresja może negatywnie wpływać na wyniki leczenia.



Prof. dr hab. n. med i n. o zdr. Anna Staniszevska

adiunkt w Katedrze i Zakładzie Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani, przewodnicząca Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego

Rozpoznanie choroby przewlekłej, zwłaszcza nowotworowej predysponuje do obniżenia nastroju, w tym do zaburzeń depresyjnych. Szacuje się, że ok. 20-40 proc. pacjentów z chorobą onkologiczną zmagają się z zespołami depresyjnymi. Objawy mogą pojawić się już w trakcie diagnozy, po rozpoznaniu nowotworu, w trakcie intensywnego leczenia (chemio-, radio-, immunoterapii), przy nawrocie choroby, czy też w jej zaawansowanym stadium.

Nieleczona depresja wpływa negatywnie na motywację do leczenia, współpracę z personelem medycznym, jakość życia, a nawet może pogarszać rokowanie chorych onkologicznie. Leczenie depresji jest kluczowe, zwykle łączy psychoterapię (najczęściej poznawczo-behawioralną) z farmakoterapią. Z drugiej strony należy też pamiętać, że zmęczenie, czy zaburzenia snu będące czynnikiem ryzyka depresji, mogą być efektem leczenia onkologicznego.

Obniżenie nastroju bezwzględnie powinno być jak najszybciej konsultowane i leczone przez specjalistyczny zespół, składający się z lekarza psychiatry, psychologa i psychoterapeuty.

Ogólne zasady leczenia depresji

1. Farmakoterapia depresji polega na doborze właściwego leku, odpowiednim dawkowaniu, monitorowaniu efektów i kontynuacji leczenia w celu zapobiegania nawrotom.
2. Wszystkie grupy leków przeciwdepresyjnych są stosunkowo skuteczne – około 20-70 proc. chorych odpowiada na leczenie.
3. Lekarz dokonuje wyboru właściwego leku przeciwdepresyjnego, biorąc pod uwagę choroby towarzyszące, stosowane leki, ryzyko wystąpienia działań niepożądanych i interakcji, a także towarzyszące

objawy, m.in. takie jak: bezsenność, brak energii, lęk, ból przewlekły, utrata apetytu/masy ciała.

4. Leczenie rozpoczyna się od dawki początkowej, stopniowo zwiększając do dawki terapeutycznej.
5. Właściwą ocenę skuteczności leczenia można dokonać po około 4-6 tygodniach stosowania leku we właściwej dawce.
6. Leków nie odstawia się gwałtownie. Redukcja dawki trwa zwykle kilka tygodni, a decyzję tę podejmuje lekarz prowadzący.
7. Prawie wszystkie leki przeciwdepresyjne zwiększają ryzyko samobójstwa, w szczególności u ludzi młodych i na początku leczenia.

Leki przeciwdepresyjne

Poniżej wymieniono najważniejsze grupy leków stosowane w leczeniu depresji.

1. **Inhibitory wychwyty monoamin (noradrenalina – NA i serotonina – 5-HT):**
 - inhibitory nieselektywne NA i 5-HT (trójcykliczne leki przeciwdepresyjne – TLPD), działające również na inne układy przekazywania (układ cholinergiczny, dopaminergiczny i in.) (klomipramina, opipramol, amitryptylina, doksepina, maprotylina);
 - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) (m.in. fluoksetyna, paroksetyna, sertralina, citalopram, escitalopram);
 - inhibitory selektywne NA i 5-HT (SNRI) nie wpływające na inne rodzaje przekazywania (wenlafaksyna*, duloksetyna);
 - inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny (NRI) (reboksetyna, atomoksetyna (ADHD))
 - inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny i dopaminy (NDRI) bupropion



Rozpoznanie epizodu depresji u pacjenta onkologicznego warunkuje stwierdzenie dwóch z trzech typowych objawów depresji u chorych na nowotwór:

- obniżony nastrój utrzymujący się przez większość dnia – zwykle niezależny od bieżących wydarzeń
- spadek energii związany ze wzmożoną męczliwością, skutkujący obniżoną aktywnością i spowolnieniem ruchowym
- utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności (anhedonia)

Inne objawy, które mogą sugerować rozwój depresji u pacjenta z nowotworem to: osłabienie koncentracji uwagi, niska samoocena, poczucie winy, pesymistyczne postrzeganie przyszłości, myśli samobójcze, zaburzenia snu, spadek popędu płciowego i łęk.

Gdzie szukać pomocy?

Bezpłatna Infolinia Onkologiczna działa całą dobę, 7 dni w tygodniu. Możesz tu uzyskać informacje o diagnostyce, leczeniu oraz wsparciu psychologicznym. Zadzwoń na 800 190 590

* Wenlafaksyna w zależności od dawki może być SSRI, SNRI, SNDRI

2. Leki hamujące aktywność monoaminooksydazy i zmniejszające degradację amin katecholowych oraz indolowych (wpływ noradrenergiczny i serotonergiczny) (inhibitory monoaminooksydazy – MAO):

- nieselektywne inhibitory MAO, hamujące jednocześnie aktywność monoaminooksydazy A i B tzn. zmniejszające degradację DA, NA, 5HT
- selektywne inhibitory MAO hamujące aktywność jednego enzymu (A lub B)
 - selektywne inhibitory MAO-A, moklobemid, zastosowanie w leczeniu depresji
 - selektywne inhibitory MAO-B, selegilina, rasagilina stosowane w leczeniu choroby Parkinsona.

3. Antagoniści receptorów noradrenergicznych α i serotonergicznych 5HT_{1,2,3} (NaSSAs)

- Mianseryna (blokada: presynaptyczna α_2 , postsynaptyczna 5HT₂, H₁, α_1)
- Mirtazapina (blokada: presynaptyczna α_2 , postsynaptyczna 5HT₂, H₁, 5HT₃, stymulacja postsynaptyczna 5HT_{1A})

4. Antagoniści receptorów 5HT oraz inhibitory wychwytu serotoniny (SARI)

- Trazodon (SSRI, antagonist 5HT₂)
- Wortiooksetyna (SSRI agonista 5HT_{1A}, częściowy agonista 5HT_{1B}, antagonist 5HT_{1D}, 5HT_{3A}, 5HT₇)

5. Agomelatyna – MASSA(NDD) (nasila uwalnianie NA i DA) antagonist presynaptycznych receptorów 5HT_{2C}, agonista rec. MT (melatoninowych)

6. Tianeptyna – nasila presynaptyczny wychwyt serotoniny – słaby lek p/depresyjny o enigmatycznym mechanizmie działania

7. Hiperycyna – wyciągi zawierają co najmniej 10 aktywnych składników – być może hiperforyna hamuje wychwyt monoamin

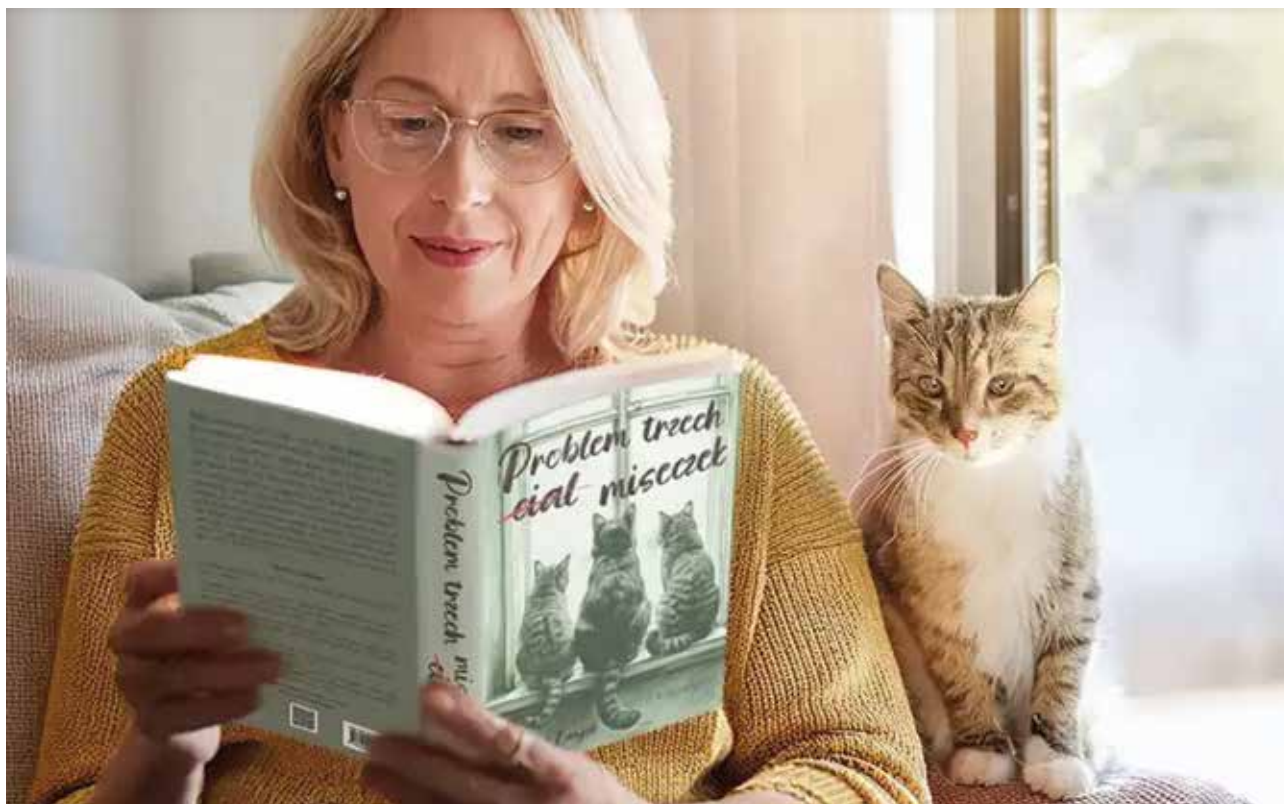
8. Esketamina (antagonista receptora NMDA, modulator Glu, aktywacja pośrednia AMPA) – w leczeniu depresji lekoopornej.

Najważniejsze interakcje leków przeciwdepresyjnych z różnymi lekami stosowanymi w onkologii

SSRI		
Lek	Najważniejsze interakcje onkologiczne	Mechanizm
Sertralina	Bezpieczna w większości terapii TKI, cytostatyków i immunoterapii; ostrożnie z lekami wydłużającymi QT (np. ondansetron, metadon)	Słaby wpływ na CYP; umiarkowane ryzyko QT
Escitalopram	Bezpieczny; uważać na łączenie z: ondansetronem, metadonem, antracyklinami (dodatkowe ryzyko QT)	Minimalny wpływ na CYP, QT+
Citalopram	Ryzyko QT – uważać przy: TKI (np. dasatynib, nilotinib), antracyklinach, lekach przeciwwymiotnych (ondansetron)	QT++, metabolizm przez CYP2C19
Fluoksetyna	NIE zalecana z TKI (imatinib, sunitinib, regorafenib) – ↑ stężenia TKI; może obniżać aktywację tamoksyfenu	Silny inhibitor CYP2D6 i CYP3A4
Paroksetyna	Najsilniej hamuje CYP2D6 → obniża skuteczność tamoksyfenu; uważać przy TKI i cytostatykach metabolizowanych przez CYP	Silny inhibitor CYP2D6
SNRI		
Wenlafaksyna	Bezpieczna; możliwe ↑ ciśnienia – ostrożnie z inhibitorami VEGF (sunitinib, sorafenib)	Słaby wpływ na CYP
Duloksetyna	Uważać przy toksyczności wątrobowej (np. pazopanib, regorafenib, metotreksat)	Metabolizm CYP1A2/2D6; ryzyko hepatotoksyczności
Deswenlafaksyna	Bardzo bezpieczna; minimalny metabolizm CYP	Brak istotnych interakcji
NaSSA		
Mirtazapina	Bezpieczna; przydatna przy braku apetytu i bezsenności; brak interakcji z TKI i immunoterapią; uważać na sedację przy opioidach	Minimalny metabolizm CYP
TLPD		
Amitryptylina	Uważać z cytostatykami kardi toksycznymi (antracykliny), lekami wydłużającymi QT, opioidami (sedacja); interakcje z TKI przez CYP2D6/3A4	Silny efekt antycholinergiczny, QT+, CYP
Imipramina / kломipramina	Jak wyżej; ↑ ryzyka arytmii przy łączeniu z TKI i lekami przeciwwymiotnymi	QT+, metabolizm CYP2D6
Inne		
Bupropion	Nie zalecany z tamoksyfenem (blokuje CYP2D6 → ↓ endoksyfenu); uważać przy lekach obniżających próg drgawkowy (np. tramadol)	Silny inhibitor CYP2D6, obniża próg drgawkowy
Trazodon	Ryzyko sedacji z opioidami; uważać przy lekach wydłużających QT	QT+, sedacja
Agomelatyna	Uważać na hepatotoksyczne terapie (TKI, metotreksat, pazopanib)	Wysokie ryzyko hepatotoksyczności
LEGENDA: ↑ stęż. leku – zwiększa stężenie leku onkologicznego; ↓ stęż. leku – zmniejsza stężenie leku onkologicznego; ↑ toks. – zwiększa toksyczność; QT+ – wydłuża odstęp QT i zwiększa ryzyko arytmii; CYP – metabolizm przez cytochrom P450; TKI – inhibitor kinazy tyrozynowej		

PROBLEM trzech miseczek

– Nie planowałem tej książki. Nie chciałem jej pisać. Powstała z bólu, bezsilności i miłości, której nie da się wyrazić w prostych słowach. Czasem wystarczyło jedno spojrzenie lekarza, jedno słowo – zimne, obojętne – żeby runęła nadzieja. A potem przychodził ktoś inny, z dobrym sercem, i nagle w tej szarej rzeczywistości pojawiał się promień światła - tak pisze o swojej książce „Problem trzech miseczek” Olgierd Langer.



Powodów, by przeczytać „Problem trzech miseczek” jest kilka. Po pierwsze – bardzo rzadko mamy okazję poznać historię choroby onkologicznej z punktu widzenia osoby towarzyszącej. Po drugie i trzecie – ta opowieść w bezlitosny sposób obnaża wszystkie słabości systemu i jednocześnie uwrażliwia na jego pułapki.

Nazywam się Olgierd Langer i nie jestem pisarzem ani lekarzem – jestem informatykiem. Zostałem zmuszony do przyswojenia wiedzy medycznej, ponieważ wraz z moją żoną Anną przeszliśmy bardzo trudne starcie z nowotworem i tym, co przewrotnie nazywamy „służbą zdrowia”. Anna niestety zmarła w Sylwestra 2024 roku w wieku 52 lat. „Problem trzech miseczek” to historia naszej walki, opowiedziana z mojej perspektywy.

Moja żona bardzo dbała o zdrowie, regularnie chodziła do lekarzy, była pod opieką endokrynologa ze względu na chorobę Hashimoto. W pewnym momencie pojawiło się u niej wodobrzusze. Przez rok żaden ze specjalistów, u których była, nie potrafił postawić trafnej diagnozy. Udało się to dopiero właśnie endokrynolog, która sama dopiero co zakończyła leczenie onkologiczne.

Po wykonaniu (na własny koszt) badania markerów diagnoza była oczywista – rak jajnika. Wcześniej żona była wielokrotnie u ginekologa – leczono ją w związku z podejrzeniem infekcji, ale nie zlecono ani USG ani żadnych innych badań. Lekarz rodzinny widząc wystający brzuch mojej dość szczupłej żony reagował słowami „pewnie się pani trochę przejadła”. Nie chcieliśmy leczyć się doktora Google,

ale gdy później wpisałem w wyszukiwarkę „wodobrusze”, to okazało się, że jest to jeden z podstawowych objawów sugerujących nowotwór jajnika.

To był ten moment, kiedy człowiek orientuje się, że niezależnie od tego, czy dba o swoje zdrowie, czy nie, jeżeli ma w pewnym sensie pecha do lekarzy, to diagnozę może uzyskać zbyt późno. Mimo to nie straciliśmy zaufania do specjalistów i to niestety później się na nas zemściło. Życie pokazało bowiem, że obok naprawdę wspaniałych lekarzy jest równie wielu tych całkowicie pozbawionych czy to empatii czy prawdziwego zainteresowania pacjentem.

W jednym z ośrodków onkologicznych uderzyło mnie na przykład to, że pacjent nie ma „swojego” lekarza. Za każdym razem trafialiśmy do kogoś innego, kto nie znał naszej historii choroby, nie wiedział, jak żona reaguje na leki, jakie ma skutki uboczne. Nie wiedział o niej nic. Były też sytuacje, gdy lekarze nie mówili jednym głosem – usłyszeliśmy w przeciągu kilku godzin, że nie ma sensu dalej prowadzić leczenia – pora na hospicjum, a potem, że taka decyzja nie ma uzasadnienia. Dlatego zmienialiśmy placówki. W książce opisuję też paradoksy związane z operacją i moje podróże pomiędzy różnymi placówkami, w poszukiwaniu materiału pobranego w czasie operacji, by oddać go do zbadania. Zresztą ten materiał potem na dłuższy czas w ogóle zaginął.

Z drugiej strony spotkaliśmy na swojej drodze wielu naprawdę wspaniałych ludzi – lekarzy, pielęgniarki i pacjentów.

Moja żona była osobą bardzo delikatną, ale w chwili diagnozy wykazała dużą odporność. Natomiast ja to przeżyłem dużo bardziej. Gdy zadzwoniła do mnie po wyjściu z gabinetu i powiedziała, jaka jest sytuacja, to na parę minut straciłem zdolność widzenia z powodu ataku paniki. Oboje korzystaliśmy ze wsparcia psychologicznego – żonie bardzo pomagały rozmowy, ja w pewnym momencie korzystałem też z delikatnej farmakoterapii.

Staraliśmy się, na ile to tylko było możliwe, żyć normalnie i być samowystarczalni. Pracuję zdalnie, więc nie musiałem nikogo angażować w kwestie związane z pomocą, dojazdami, z opieką. Nauczyłem się też niezbędnych rzeczy o żywieniu pozajelitowym, więc byliśmy w miarę samodzielni. Na tyle, że udało nam się dwa razy pojechać na urlop do Włoch. W sumie po tej diagnozie, że zostało jej parę tygodni życia i w związku z tym nie będzie już leczona, to jeszcze przed ponad rok całkiem fajnie funkcjonowała.

W tej drodze towarzyszył nam syn i trzy adoptowane koty, które były naszymi pocieszycielami. Koty są w niektórych kwestiach wybitnie nieustępliwe. Mówią: „Człowieku widzę, że jest ci słabo i leżysz, bo masz doła, ale wstań mnie na karm, pomiżaj, pobaw się. Musisz to zrobić. Teraz”. I człowiek wstaje, karmi i całkiem inaczej zaczyna funkcjonować. Wielokrotnie rozmawialiśmy z żoną o tym, że wnoszą one powiew normalności i odrywają nas od myśli związanych tylko i wyłącznie z chorobą.

Jeśli chcesz przeczytać „Problem trzech misecek” lub podzielić się z innymi swoją historią zajrzyj na stronę www.problemtrzechmisecek.pl

NARODOWY PORTAL ONKOLOGICZNY

Każdy nowotwór opisany przystępnie, z podziałem na etapy: objawy, badania, leczenie, pytania do lekarza, skutki uboczne i życie po terapii.

Jak zadbać o siebie w trakcie i po zakończeniu leczenia?

Dieta, aktywność, praca, emocje, relacje, seksualność.

Wszystko w jednym miejscu

Zajrzyj na onkologia.gov.pl



Przeznacz

1,5%



Pomóż nam pomagać
#PacjentNieWykluczony

KRS 0000333981
1,5% nadziei dla Pacjenta
Wykluczonego

Przekazywanie 1,5 procenta
jest niezwykle proste,
Twój mały gest
to WIELKA pomoc.

Wystarczy wpisać nr KRS naszej
organizacji w PIT, a program
do rozliczeń automatycznie
obliczy kwotę i wskaże
odpowiednie rubryki

Dowiedz się, na co przeznaczamy
wpłaty z 1,5%

www.pkpo.pl

POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

