

Jak skutecznie zapobiegać
niedożywieniu?

Masz prawo wiedzieć:
nudności a chemioterapia

Nowoczesne terapie
raka jelita grubego

Anna Wyszconi

*„Czerpię z życia ile się da, bo wiem
już, jak w jednej sekundzie wszystko,
co planowaliśmy, może runąć.”*

Niezależny dodatek tematyczny Medical Media Solutions dystrybuowany wraz z dziennikiem Rzeczpospolita

PARTNERZY STRATEGICZNI

PARTNERZY MEDIALNI

PARTNERZY



Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych



Współczesne trendy w onkologii

Walka z chorobami nowotworowymi stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesności, zarówno dla społeczeństwa w Polsce, jak i na całym świecie. Stale obserwujemy wzrost ryzyka zachorowalności, a w perspektywie kilkunastu lat, nowotwory staną się najczęstszą przyczyną zgonów w naszym kraju. Należy podjąć pilne działania, które doprowadzą do poprawy sytuacji pacjentów onkologicznych w Polsce.



Prof. dr hab. Jacek Fijuth

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Zakład Teleradioterapii, Regionalny Ośrodek Onkologiczny w Łodzi

Dlaczego obserwujemy wzrost ryzyka zachorowalności na nowotwory?

Jest to trend ogólnosiwiatowy, który dotyczy również naszego kraju. Szacuje się, że w ubiegłym roku na nowotwory złośliwe zachorowało w Polsce około 160 tysięcy osób, a w 2025 roku liczba ta wyniesie około 185 tysięcy. Należy zwrócić uwagę na fakt, że żyjemy coraz dłużej, wpływ niekorzystnych czynników kumuluje się, a układ immunologiczny wraz z wiekiem traci swoją sprawność. W perspektywie kilkunastu lat nowotwory staną się najczęstszą przyczyną zgonów w naszym kraju.

Jakie są współczesne trendy w onkologii?

Współczesne leczenie onkologiczne to leczenie skojarzone. Skojarzeniu podlegają nie tylko trzy podstawowe metody: chirurgia, radioterapia i chemioterapia, ale również leczenie odwróconej-rekonstrukcyjne będące elementem kompleksowej terapii onkologicznej, a w zakresie farmakoterapii - leczenie ukierunkowane molekularnie. Swoistym „przebojem” ostatnich lat w zakresie farmakoterapii jest immunoterapia nowotworów. Polega ona na aktywacji układu odpornościowego i uruchomieniu naturalnych mechanizmów obronności przeciwnowotworowej. Odmową zaletą immunoterapii jest względnie mała toksyczność w porównaniu z tradycyjną chemioterapią. Kolejnym trendem

rozwoju onkologii jest terapia personalizowana, „szyta na miarę”. Istotą tej strategii jest podanie odpowiedniego leku, w odpowiednim czasie i w odpowiedniej dawce.

Jaka jest rola leczenia osłaniającego i żywieniowego w onkologii?

Często podczas chemioterapii czy radioterapii nowotworów dochodzi do powikłań, które mogą prowadzić do zaburzeń wodno-elektrolitowych i metabolicznych, a także utrudniać, a czasem uniemożliwiać zasadnicze leczenie przeciwnowotworowe. Szereg cytostatyków ma działanie prowokujące nudności i wymioty. W Polsce, od stycznia bieżącego roku w wykazach refundacyjnych znajdują się wszystkie terapie rekomendowane przez międzynarodowe towarzystwa. Niedozżywienie stwierdza się nawet u 80% chorych przyjmowanych do oddziałów onkologicznych. Z tego powodu niezwykle ważne jest, by wszyscy pacjenci, którzy należą do grupy chorych o dużym ryzyku żywieniowym, otrzymali leczenie najszybciej jak to możliwe, jednakże przy uwzględnieniu ich ustabilizowanego stanu metabolicznego.

Co możemy zrobić, aby poprawić sytuację pacjentów onkologicznych w Polsce?

Podstawą sukcesu w skutecznej walce z rakiem jest kompleksowe i skoordynowane podejście do problemu. Programem „pakietu onkologicznego” powinna zostać objęta jak największa grupa chorych, wówczas proces diagnostyki nowotworów będzie przebiegał szybciej i skuteczniej. Należy nieustannie dążyć do jak najszybszego i możliwie pełnego wprowadzenia do zakresu świadczeń gwarantowanych i refundowanych przez płatnika innowacyjnych terapii onkologicznych. Procedura ta winna być oparta na przejrzystych zasadach farmakoekonomii. Zrealizowanie tych celów wymaga istotnego zwiększenia środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną, stworzenia racjonalnego systemu funkcjonowania opieki onkologicznej, ale też dobrej woli realizatorów tej ważnej misji społecznej. ■



Szymon Chrostowski

Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

W jakim stanie jest polska onkologia?

Musimy pamiętać, że współczesna onkologia to nie tylko innowacyjne leki, ale zintegrowany, całościowy system terapii i opieki nad pacjentami dotkniętymi chorobą nowotworową i ich bliskimi. Systemowe podejście do zwalczania chorób nowotworowych zaczyna się na poziomie profilaktyki. Jak wynika z badań - 1 złotówka zainwestowana w działania profilaktyczne to 3 złote zaoszczędzone na leczeniu naprawczym. Z punktu widzenia działań profilaktycznych rok 2016 dla onkologii jest straconym czasem. Nie został bowiem efektywnie wdrożony Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. O tym, że wcześniej postawiona diagnoza ma kluczowe znaczenie w leczeniu chorób nowotworowych nie trzeba nikogo przekonywać. Wąskim gardłem naszej diagnostyki onkologicznej jest brak patomorfologów. A to przecież wyniki ich pracy są rozstrzygające dla postawienia diagnozy nowotworu. Bez wątpienia jakość polskiej onkologii ma szansę poprawić wprowadzenie refundacji diagnostyki w leczeniu celowanym pacjentów z nowotworami.

Czy poprzedni rok przyniósł korzystne zmiany dla pacjentów onkologicznych?

Rok 2016 przyniósł znaczącą poprawę w dostępie do innowacyjnych terapii. Na listę leków

refundowanych znalazły się długo oczekiwane przez pacjentów terapie stosowane w raku piersi, jajnika, płuca, czerniaka, trzustki czy mielofibrozy.

Jakie są potrzeby pacjentów onkologicznych w 2017 roku?

Na pilne rozwiązanie swoich problemów czekają „pacjenci wykluczeni” – nie kwalifikujący się do programów lekowych z powodu np. wieku czy wcześniejszego leczenia. Nadzieją dla wielu pacjentów onkologicznych na skorzystanie z innowacyjnych terapii jest zapowiedziane w projekcie nowelizacji ustawy refundacyjnej wprowadzenie mechanizmu *compassionate use* – czyli wczesnego dostępu do terapii jeszcze nie zarejestrowanych, które przeszły z powodzeniem badania kliniczne. Oczywiście lista potrzeb pacjentów onkologicznych mogłaby być jeszcze dłuższa np. nie wprowadzenie ośrodków kompleksowych leczenia raka piersi, czy wspomnianych wyżej terapii onkologicznych (rak jelita grubego i in.). Jednak nie chcemy zajmować rozstrzygniętego stanowiska. Zdajemy sobie sprawę, że w takiej rzeczywistości społecznej, politycznej i gospodarczej, w jakiej żyjemy w naszym kraju, w którym tylko 4,5% środków z budżetu jest przeznaczonych na ochronę zdrowia, zamiast uznawanych za bezpieczne min. 6%, niewiele więcej da się zrobić. Nie domagamy się leczenia na poziomie najwyższej rozwiniętych krajów europejskich, ale chcielibyśmy znaleźć się w środku tej listy, tak jak przystało na obywateli 5 gospodarki europejskiej. Wiemy też, że nie tylko środki finansowe, ale i sposób organizacji, zarządzania i tworzenia prawa decydują o jakości opieki zdrowotnej. Dlatego chcielibyśmy w większym stopniu, na partnerskich zasadach, włączyć się w proces współtworzenia ochrony zdrowia. W Polsce służy temu między innymi projekt „Obywatele dla Zdrowia”, z realizacją którego wiążemy ogromne nadzieje. ■



NIEWAŻNE KIM JESTEŚ

WAŻNE ŻE POMAGASZ

PRZEKAŻ **1%** PODATKU KRS: **0000265120**

WPŁAĆ DAROWIZNĘ NA NR KONTA:
28 1020 4405 0000 2702 0525 9926
PKO Bank Polski S.A.

WYŚLIJ SMS **OPIEKA** NA NUMER **73601**
Koszt SMS: 3,69 PLN z Vat

Fundacja Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci
ul. Lwowska 132, Rzeszów, Biuro: (17) 853 48 18

www.hospicjum-podkarpackie.pl

Ogłoszenie finansowane ze środków pochodzących z 1% podatku

Masz prawo wiedzieć: nudności a chemioterapia

Nudności i wymioty to zмога wielu pacjentów poddawanych chemioterapii. Zdarza się nawet, że ich nasilenie skłania chorego do rezygnacji z leczenia. Nie ma świadomości, że mógłby tym objawom zapobiec. Rzeczowa rozmowa z lekarzem na temat skutków terapii, możliwych komplikacji i sposobów radzenia sobie z nimi to podstawa – pierwszy krok na drodze do zdrowienia.

Dla wielu pacjentów zmagających się na co dzień z chorobą nowotworową objawy niepożądane związane z leczeniem to tortury – duża część chorych uważa, że muszą je cierpliwie i w milczeniu znosić. Efekty regularnych, zblokowanych cykli chemioterapii oraz radioterapii, z których organizm ze wszystkich sił każdorazowo próbuje się otrząsnąć, mogą prowadzić nawet do załamania wiary pacjenta w terapię i utraty zaufania do lekarza.

Rozmowa to podstawa

Nieocenione znaczenie dla budowania skuteczności leczenia wspomagającego ma zdolność nawiązania i podtrzymania przez lekarza przyjaznej, otwartej komunikacji z pacjentem onkologicznym. Liczy się tutaj przede wszystkim okazywana empatia terapeuty, jego wrażliwość na potrzeby pacjenta oraz gotowość do wspólnego przezwyciężania wszelkich obaw, które wiążą się z reżimem terapeutycznym. Pacjentowi nie jest łatwo zachować wewnętrzną równowagę szczególnie wtedy, gdy odczuwa ogromny strach przed tym, co go czeka podczas terapii lub gdy już napotyka dotkliwe konsekwencje leczenia nowotworu. Świadomość, że zostanie wysłuchany i potraktowany ze zrozumieniem, może przyczynić się do bardziej pozytywnego nastawienia do całego procesu leczenia – tym bardziej, jeśli dzięki rozmowom ze swoim lekarzem pacjent ten proces zrozumie. A lista pytań, które choremu na nowotwór spędzają sen z powiek, jest z pewnością bardzo długa.

Masz prawo do pytań

Jedno z pierwszych pytań, które każdy pacjent onkologiczny powinien zadać swojemu lekarzowi na początku planowania leczenia, dotyczy odczuwania nudności i wymiotów podczas chemioterapii. Wiąże się z tym problemem wiele szczegółowych wątpliwości: Czy chemioterapia, którą otrzymuje, musi wywoływać nudności i wymioty? Czy zalecona chemioterapia spowoduje u niego częste, silne nudności i wymioty, czy raczej umiarkowane? Czy każdy pacjent bez wyjątku cierpi z powodu tych dolegliwości? Co warto zrobić, by je zmniejszyć? Czy można im jakkolwiek zapobiegać? Jakimi sposobami? Który z nich jest najprostszy? Czy istnieje taki, który nie zmusza do zażywania dodatkowej dużej ilości leków przeciwwymiotnych?

Ważne są też pytania o czynniki zwiększające ryzyko pojawienia się nudności i wymiotów. Należą do nich m.in. płeć żeńska, wiek poniżej 50 lat, występowanie choroby lokomocyjnej czy wcześniejszych epizodów nudności i wymiotów po zabiegach operacyjnych lub w czasie ciąży. Istotne jest także, czy pacjent pali papierosy, pije alkohol, używa narkotycznych leków przeciwbólowych. Jeśli o te czynniki nie zapyta lekarz, warto się o taką rozmowę upomnieć. Zdaniem ekspertów problemy występujące w sferze komunikacji pacjenta z lekarzem i niewystarczający przepływ informacji mogą wręcz utwierdzać terapeutę w przekonaniu, że nie ma potrzeby zastosowania leczenia wspomagającego. Zadając pytania, pacjent zyskuje kontrolę, ma wybór – i w efekcie może decydować o jakości swojego życia.

Są na to leki

Wśród pacjentów pokutuje stereotyp, że chemioterapia musi się wiązać z nudnościami i wymiotami, a leczenie nowotworu to doświadczanie skrajnie nieprzyjemnych objawów. Pierwszym punktem na drodze do udzielenia kompetentnej, wyważonej i rzeczowej odpowiedzi powinno być podjęcie przez lekarza próby przezwyciężenia takiego schematu myślenia u pacjenta. Współczesna medycyna jest dziś w stanie całkiem dobrze radzić sobie z tego typu negatywnymi konsekwencjami

terapii onkologicznej, a polscy pacjenci mają dostęp do zdecydowanej większości leków, które skutecznie przeciwdziałają nudnościom i wymiotom w przebiegu leczenia – pod warunkiem, że zostaną zastosowane przed podaniem chemioterapii. Co ważne, takie leki są dostępne bezpłatnie dla każdego pacjenta, który ich potrzebuje. Przy tej okazji warto też wiedzieć, że od niedawna w Polsce dostępny jest nawet lek, który pozwala skutecznie kontrolować nudności i wymioty dzięki zażyciu jednej tabletki, na ok. 1 godzinę przed podaniem chemioterapii, a jego działanie utrzymuje się przez kilka dni, zabezpieczając pacjenta przed tzw. nudnościami opóźnionymi.

Bez leków ryzykujesz

Statystyki wskazują, że przed wprowadzeniem skutecznego, nowoczesnego leczenia przeciwwymiotnego nudności i wymioty dotyczyły zdecydowanej większości (70-80%) pacjentów objętych terapią onkologiczną. Nudności i wymioty, oprócz dyskomfortu pacjenta, powodują również poważniejsze konsekwencje zdrowotne. Mogą prowadzić m.in. do zaburzeń wodno-elektrolitowych (czasem w stopniu ciężkim), zaostrzeń chorób przewlekłych (np. przewlekłej choroby nerek), niedożywienia czy zachłystowego zapalenia płuc. Ponadto nudności i wymioty o znacznym nasileniu oraz ich powikłania mogą ograniczać intensywność leczenia onkologicznego: wpływają na konieczność redukcji dawek leków przeciwnowotworowych, przesunięcie terminów kolejnych cykli chemioterapii, zmianę schematu leczenia czy wręcz jego zatrzymanie. To bezpośrednio rzutuje na skuteczność leczenia nowotworu.

Dlatego tak ważne jest, by każdy pacjent, który rozpoczyna terapię onkologiczną, miał choćby podstawową świadomość zagrożeń, związanych z nudnościami i wymiotami podczas chemioterapii. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych terapii onkologicznej pacjentami często zajmują się nie tylko onkolodzy, ale także lekarze rodzinni czy interniści – oni również powinni wziąć na siebie odpowiedzialność za efektywne, optymalne leczenie. Nie doceniając czy wręcz ignorując potrzebę zapewnienia pacjentowi skutecznego postępowania przeciwwymiotnego, mogą przesądzić o końcowych wynikach leczenia choroby nowotworowej. Warto pamiętać, że niezastosowanie odpowiedniego leczenia wspomagającego przy chemioterapii traktowane jest dziś jako błąd w sztuce.

Różne terapie – różne objawy

Nudności i wymioty są częstym działaniem niepożądanym chemioterapii, czyli prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest duże (lub umiarkowane). Nie znaczy to jednak, że każdy pacjent musi z tego powodu cierpieć. Warto również pamiętać, że nudności i wymioty po chemioterapii mogą pojawić się zarówno na samym początku leczenia (tzw. ostre), jak i na jego dalszych etapach (tzw. opóźnione). Różne schematy chemioterapii mają różną zdolność do wywoływania nudności i wymiotów (czyli różną emetogenność): wyróżnia się na tej podstawie tzw. wysokoemetogenne i średnioemetogenne schematy leczenia, zaś międzynarodowe i krajowe zalecenia wskazują, które leki powinny być stosowane w trakcie chemioterapii, aby zmniejszyć dolegliwości pacjenta.

Możliwości leczenia wspomagającego, dotyczące eliminacji nudności i wymiotów wywołanych chemioterapią, z roku na rok są coraz większe. Polscy lekarze mogą dziś prowadzić terapię wspomagającą niemal na światowym poziomie. By jednak rzeczywiście poprawiła się jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową, chorzy muszą o tej terapii wiedzieć. ■

OD CZEGO ZALEŻY RYZYKO WYSTĄPIENIA NUDNOŚCI I WYMIOTÓW?



CZYNNIKI ZWIĄZANE Z PACJENTEM

Płeć żeńska

Wiek poniżej 50 lat

Niskie spożycie alkoholu w wywiadzie
(poniżej 50 g na dobę)

Choroba lokomocyjna w wywiadzie

Nudności i wymioty w okresie ciąży w wywiadzie

Nudności i wymioty po wcześniejszej chemioterapii

Silny lęk pacjenta



CZYNNIKI ZWIĄZANE Z CHEMIOTERAPIĄ

Potencjał emetogeny leczenia,
czyli skłonność do wywoływania
nudności i wymiotów

Krótki czas trwania wlewu dożylnego

Wielokrotne cykle chemioterapii



Prof. dr hab. Piotr Wysocki

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Katedra i Klinika Onkologii, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

Jaka jest epidemiologia raka jelita grubego?

Obecnie szacuje się, że na raka jelita grubego w Polsce zachoruje rocznie ponad 18 tys. osób. Ostatnie dostępne dane Krajowego Rejestru Nowotworów, którymi dysponujemy pochodzą z 2013 roku i wskazują, że raka jelita grubego zdiagnozowano u 9500 mężczyzn oraz 7900 kobiet. Z punktu widzenia epidemiologii rak jelita grubego jest na drugim miejscu w Polsce, zaraz po raku płuca. Współczynnik umieralności jest zaś ogromny, gdyż w tym samym roku stwierdzono z powodu tego nowotworu 6200 zgonów wśród mężczyzn oraz 5000 zgonów wśród kobiet. Niestety plasuje nas to poniżej średniej dla Unii Europejskiej.

Skąd się bierze taka różnica?

Jest to złożona kwestia. Po pierwsze jest niska świadomość społeczna. Tutaj szczególnie ważna jest edukacja pacjentów i lekarzy. Chociaż mamy dobre standardy profilaktyki, gdyż Polska była jednym z pierwszych państw, jakie spopularyzowały screening raka jelita grubego w oparciu o badania kolonoskopowe, bardzo niewiele osób jest chętnych wykonać takie badanie. Drugą ważną kwestią jest fakt, że proces uruchomienia diagnostyki i leczenia jest w Polsce dłuższy niż w innych państwach.

Nowe opcje terapeutyczne

Rak jelita grubego znajduje się na drugim miejscu pod względem zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce. Niestety wielu polskich pacjentów, u których wyczerpano standardową chemioterapię, pozbawionych jest szansy na dalsze efektywne leczenie.

Pakiet onkologiczny w swoim założeniu miał dać bardzo dobre efekty, niestety wypromował przy okazji leczenie nowotworów jelita grubego poza wyspecjalizowanymi ośrodkami. Doprowadziło to do sytuacji, w której wiele małych szpitali, o bardzo niewielkim doświadczeniu w leczeniu tego typu nowotworów, które do 2014 roku wysyłały wszystkich pacjentów do ośrodków referencyjnych, obecnie podejmuje się takiego leczenia, nie zapewniając należytego standardu procedur czy kompleksowości terapii. To niestety przekłada się na spadek efektywności. Kolejną ważną rzeczą jest relatywnie ograniczona dostępność do nowych leków.

Czy różni się ona znacznie od europejskich standardów?

Musimy zauważyć, że terapia uogólnionego raka jelita grubego opiera się przede wszystkim na stosowaniu leczenia systemowego, czyli na chemioterapii z dodatkiem różnych leków ukierunkowanych molekularnie. W przypadku pierwszych 2-3 linii leczenia systemowego, leki ukierunkowane są dostępne, ale w porównaniu z UE, z pewnymi ograniczeniami. Istotnym problemem jest brak refundacji nowych leków stosowanych w późniejszych liniach leczenia. Podsumowując, w porównaniu do krajów Europy Zachodniej, nie wszystkie nowoczesne leki są w Polsce refundowane, a stosowanie tych refundowanych jest ograniczone rygorystycznymi zapisami programów lekowych.

Którzy pacjenci cierpią na tym najbardziej?

Myszę, że największy problem dotyczy chorych, u których wyczerpano możliwości standardowej chemioterapii (zazwyczaj po zastosowaniu 2-3 linii leczenia). W bardzo doświadczonych ośrodkach próbuje się stosować różne mniej klasyczne schematy chemioterapii w kolejnych liniach leczenia, ale takie możliwości leczenia ma tylko wąska grupa chorych w Polsce. Część chorych w Polsce czasami ma możliwość udziału w badaniach klinicznych, ale mówimy tu tylko o maksymalnie 5% pacjentów. Na chwilę obecną w UE, czyli również w Polsce, zarejestrowane są dwa nowe leki, które można stosować w ramach leczenia kolejnych linii, po wyczerpaniu aktualnie dostępnych w Polsce opcji terapeutycznych. Pierwszy z nich, czyli regorafenib (lek ukierunkowany molekularnie hamujący rozwój naczyń krwionośnych w guzie), został zarejestrowany w 2013 roku i nie jest refundowany, gdyż Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wydała negatywną rekomendację. W kwietniu 2016 roku zarejestrowany został kolejny nowy lek przeciwnowotworowy będący połączeniem dwóch substancji chemioterapeutycznych: triflurydyny i tipiracylu. Podobnie jak regorafenib, stosowany jest w formie tabletek jednak jego aktywność przeciwnowotworowa wydaje się być nawet wyższa niż regorafenibu (w badaniach triflurydyna+tipiracyl zmniejszała względne ryzy-

ko zgonu o 32%, regorafenib o 23%). W chwili obecnej oczekujemy na ocenę tego nowego chemioterapeutyku przez AOTMiT. Zapewnienie dostępu do nowych leków chemioterapeutycznych stanowiłoby istotną poprawę leczenia chorych na uogólnionego raka jelita grubego, którzy wyczerpali wszystkie, dostępne w Polsce standardowe formy chemioterapii.

Dlaczego jest to tak istotne?

Są to pacjenci, często w bardzo dobrym stanie ogólnej sprawności, z ogromną wolą do walki z chorobą. Dzięki coraz lepszym metodom leczenia wspomagającego, optymalnego prowadzenia terapii oraz żywienia, chemioterapia nie pogarsza jakości życia chorych i ich stanu sprawności. Dla takich pacjentów świadomość braku refundacji skutecznych leków onkologicznych, które mogłyby znacząco wydłużyć ich życie, stanowi ogromną tragedię i traktowana jest jak wyrok. Jako onkolodzy staramy się cały czas poprawiać efektywność i bezpieczeństwo leczenia, m.in. poprzez optymalizację i lepsze wykorzystywanie standardowych form terapii oraz zwiększenie dostępności badań klinicznych. Jednak świadomość braku refundacji nowych aktywnych leków jest ogromnie frustrująca, bowiem wiemy jak bardzo utrudnia to nam efektywne i długotrwałe leczenie naszych chorych. ■



Dr n. med. Monika Długosz-Danecka

Katedra i Klinika Hematologii Uniwersytetu Jagiellońskiego – CM, Oddział Kliniczny Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Czym wyróżniają się chłoniaki rozlane z dużych komórek B?

Chłoniaki rozlane z dużych komórek B (DLBCL) to grupa chorób układu limfatycznego, charakteryzująca się z jednej strony szybkim postępem choroby, z drugiej strony bardzo dobrą odpowiedzią na zastosowaną chemioimmunoterapię. Ze względu na ich agresywny przebieg powinny być leczone radykalnie, z intencją pełnego wyleczenia, tak by nie doszło do nawrotu choroby. DLBCL to najczęstszy podtyp rozpoznawany u osób dorosłych, zwykle w starszym wieku, powyżej 60. roku życia. Stanowią 30-40% wszystkich przypadków chłoniaków nieziarniczych. Podstawą postępowania jest szybka diagnostyka i dążenie do postawienia właściwego rozpoznania. Na wstępnym etapie diagnostyki kluczowa jest rola lekarzy POZ, gdzie ich czujność onkologiczna może dać szansę choremu na pełne wyleczenie.

Czy rokowanie w DLBCL jest korzystne?

Rokowanie w DLBCL jest dużo lepsze niż w nowotworach litych, takich jak np. rak płuca, żołądka,

Chłoniaki nieziarnicze

Sytuacja chorych z opornością lub nawrotem chłoniaka rozlanego z dużych komórek B, jeżeli nie są oni kandydatami do przeszczepienia szpiku lub gdy pomimo jego przeprowadzenia choroba jest nadal aktywna, jest bardzo zła i daleko odbiega od europejskich standardów.

jelita czy jajnika. Zależy w mniejszym stopniu od zaawansowania procesu w chwili rozpoznania, a bardziej od stanu ogólnego chorego oraz współwystępujących chorób towarzyszących. Istotna jest także lokalizacja zmian. W leczeniu I linii standardem postępowania jest immunochemioterapia, polegająca na stosowaniu przeciwciała monoklonalnego – rytuksymabu oraz cytostatyków. Takie leczenie jest w Polsce dostępne dla wszystkich chorych w ramach programu lekowego NFZ. W przypadku niepowodzenia leczenia (oporność procesu lub wznowa choroby) rokowanie chorych ulega znacznemu pogorszeniu, co więcej jest dużo gorsze niż kilkanaście lat temu. Przy większej skuteczności leczenia I linii wznawiają tylko przypadki o niekorzystnych cechach prognostycznych. W takiej sytuacji standardem postępowania jest intensyfikacja leczenia i poddanie chorego wysokodozowanej chemioterapii, wspartej autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych. Niestety, nie jest ona możliwa u wszystkich chorych. Kandydatami do intensywnego leczenia są chorzy stosunkowo młodzi, w dobrym stanie ogólnym, bez ciężkich chorób towarzyszących; warunkiem koniecznym do przeprowadzenia procedury przeszczepienia szpiku jest potwierdzenie chemiowrażliwości choroby, czyli uzyskanie

maksymalnej odpowiedzi na wysokodozowane leczenie. Takie postępowanie jest skuteczne u 20-30% chorych z opornością choroby.

Czy polscy pacjenci są leczeni zgodnie z europejskimi standardami?

Jeżeli chodzi o chłoniaki rozlane z dużych komórek B to w Polsce tylko leczenie I linii odbywa się zgodnie ze standardami Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO). Natomiast sytuacja polskich chorych z opornością lub nawrotem choroby, jeżeli nie są kandydatami do przeszczepienia szpiku lub gdy pomimo jego przeprowadzenia choroba jest nadal aktywna, jest bardzo zła i daleko odbiega od europejskich standardów. W ramach świadczeń NFZ możliwe jest jedynie leczenie kilkoma cytostatykami (bendamustyna, gemcytabina), ale bez dostępnego rytuksymabu (dostępny jedynie w ramach programu lekowego do leczenia I linii choroby) jest to postępowanie wyłącznie paliatywne, które nie daje choremu szans na długotrwałe wyleczenie. Nowoczesne, skuteczne leki są w Polsce niedostępne, z wyjątkiem badań klinicznych. Są to nowe cząsteczki o alternatywnym do cytostatyków mechanizmie działania takie jak ibrutyrynib czy lenalidomid lub nowe przeciwciała (antyCD19, antyPD-1). Należy jednak pamiętać,

że dostępność do badań klinicznych ogranicza się tylko do dużych ośrodków klinicznych.

Jakie mamy jeszcze opcje nowoczesnego leczenia DLBCL?

Inną opcję stanowią nowe cytostatyki takie jak piksantron - lek zarejestrowany do leczenia III linii, czyli w drugiej wznowie choroby. Mechanizm jego działania oraz skuteczność jest podobna do doksorubicyny, podstawowego leku schematu CHOP podawanego w leczeniu I linii, jednak istotna różnica tkwi w znacznie zmniejszonym ryzyku powikłań kardiotoksycznych. Jest to bardzo ważny aspekt, ponieważ mamy do czynienia z grupą chorych już wyjściowo leczonych kardiotoksycznymi antracyklinami, którzy często wyczerpali dawkę życiową leku lub doświadczyli powikłań sercowo-naczyniowych. Ponadto skuteczność piksantronu, udowodniona w wieloośrodkowych badaniach klinicznych, pozwala wydłużyć życie, a u części pacjentów wręcz umożliwia późniejsze poddanie ich transplantacji. Mamy więc lek bardzo skuteczny i bezpieczny, niestety również nier refundowany i niedostępny poza badaniami klinicznymi. Nadzieję dla wielu polskich chorych na wyleczenie i przeżycie stanowi rychła refundacja leków i ich dostępność w ramach finansowania NFZ. ■


Dr n. med. Stanisław Kłęk

 Prezes Polskiego Towarzystwa
 Żywności Pozajelitowego,
 Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN)

Skuteczne zapobieganie niedożywieniu

Niedożywienie jest częstym zaburzeniem, które ma bardzo duży wpływ na skuteczność leczenia i jakość życia chorych. Przede wszystkim powinno być ono rozpoznane i leczone w możliwie najwcześniejszym okresie choroby nowotworowej.

Co należy do najważniejszych problemów i wyzwań w żywieniu osób chorych na nowotwory?

Pierwszym i podstawowym problemem jest samo niedożywienie, czy też poprawnie klasyfikując ten problem, zespół kacheksja/anoreksja, którego niedożywienie jest objawem. Jest to bardzo częste zaburzenie, gdyż objawy niedożywienia lub wyniszczenia - w momencie przyjęcia do szpitala - występują u 30-85% chorych i najczęściej towarzyszą chorobie w stadium uogólnienia. W terminalnym okresie choroby u 5-20% chorych wyniszczenie jest bezpośrednią przyczyną zgonu. Pomimo tego, mało kto zwraca na ten problem uwagę w trakcie leczenia przeciwnowotworowego. Częstość niedożywienia i wyniszczenia zależy od rodzaju nowotworu, stopnia jego zaawansowania, umiejscowienia i wieku chorego. Najbardziej narażone na wyniszczenie są dzieci i osoby w podeszłym wieku, chore na nowotwory układu pokarmowego (zwłaszcza na raka przełyku, żołądka, trzustki) oraz głowy i szyi.

Jakie są jego przyczyny oraz skutki?

Przyczyn wystąpienia zespołu kacheksji/anoreksji jest wiele, a do najważniejszych należą: zaburzenia odżywiania, nasilenie procesów metabolicznych i katabolicznych, zwiększenie utraty składników odżywczych, zaburzenia wchłaniania składników odżywczych, nasilenie reakcji zapalnych, zwiększenie zapotrzebowania na składniki odżywcze czy działania niepożądane leczenia przeciwnowotworowego. Kacheksja nowotworowa niesie za sobą bardzo poważne następstwa kliniczne. Można je podzielić na pierwotne i wtórne. Do pierwotnych zalicza się: zmniejszenie masy ciała; zmniejszenie stężenia białek: osłabienie siły mięśniowej, upośledzenie odporności; zanik mięśni oddechowych, pogorszenie sprawności wentylacyjnej; zanik kosmków, osłabienie perystaltyki jelit - zaburzenia trawienia i wchłaniania; zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej; niedokrwistość, zaburzenia krzepnięcia.

Czy konsekwencje kacheksji nowotworowej są znaczące dla pacjenta i całego procesu leczenia?

Utrata masy ciała w okresie przed włączeniem chemioterapii zwiększa ilość powikłań, zmniejsza niepowikłany czas stosowania leczenia,

zmniejsza odsetek odpowiedzi na leczenie oraz obniża jakość życia. Utrata masy ciała okazuje się złym czynnikiem rokowniczym w przypadku pacjentów z rakiem prostaty, okrężnicy i odbytnicy oraz płuc. Pacjenci z ubytkiem masy ciała otrzymywali mniejsze początkowe dawki chemioterapii, a mimo to występowały u nich częściej i silniej toksyczne działania niepożądane, przy tym chemioterapia była skrócona średnio o jeden miesiąc. Podsumowując, niedożywienie zwiększa częstość powikłań, śmiertelność i koszty leczenia.

Jeśli pacjent zaczyna gwałtownie tracić na wadze, to jakie działania powinny zostać podjęte?

Przede wszystkim należy zdać sobie sprawę z faktu, że niedożywienie powinno być rozpoznane i leczone w możliwie najwcześniejszym okresie choroby nowotworowej. Trzeba podkreślić, że nie ma wiarygodnych danych klinicznych wskazujących na ryzyko przyspieszenia wzrostu nowotworu w następstwie leczenia żywieniowego. Wiadomo również, że głodówka nie hamuje rozwoju nowotworu, ale istotnie pogarsza stan chorego i w rezultacie śmierć z powodu niedożywienia może nastąpić szybciej niż z powodu samej choroby. Zatem pierwszym zadaniem jest zdiagnozowanie pacjentów niedożywionych, zagrożonych niedożywieniem oraz z dużym ryzykiem powikłań związanych z niedożywieniem.

W jaki sposób diagnozujemy takich pacjentów?

W naszym kraju od 2011 roku obowiązkowo stosowana jest przesiewowa ocena stanu odżywienia (SGA) i ryzyka niedożywienia (NRS 2002), zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Oznacza to, że we wszystkich oddziałach szpitalnych, przy przyjęciu do szpitala każdy chory powinien mieć wykonaną: Subiektywną Globalną Ocenę Stanu Odżywienia i/lub ocenę ryzyka związanego z niedożywieniem, które należy powtarzać co 14 dni w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu. U chorych niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem należy wykonać pogłębioną ocenę stanu odżywienia, której dokonuje się na podstawie wywiadu żywieniowego i zdrowotnego, badania klinicznego oraz badań antropometrycznych, laboratoryjnych i immunologicznych.

Jak więc powinna wyglądać doustna interwencja żywieniowa u pacjentów z chorobą nowotworową, aby zmaksymalizować rezultaty leczenia i maksymalnie wesprzeć pacjenta w procesie rekonwalescencji?

Leczenie zespołu kacheksji/anoreksji nowotworowej, z uwagi na fakt, iż jest on kombinacją czynników, nie jest proste, ale skuteczna interwencja jest możliwa, nawet w przypadku zaawansowanej choroby. Powinna ona składać się z trzech aspektów: zapewnienia aktywności fizycznej, zmniejszenia nasilenia stanu zapalnego oraz zapewnienia prawidłowej podaży składników odżywczych. Wybór metody leczenia żywieniowego zależy od stanu klinicznego chorego, stopnia i rodzaju niedożywienia, planowanego okresu żywienia oraz od tego czy jest to żywienie przed- czy pooperacyjne.

Jaki powinien być udział poszczególnych makroskładników w trakcie leczenia choroby nowotworowej?

Dorosły człowiek w trakcie leczenia choroby nowotworowej powinien otrzymywać 1-1,5 g białka/kg m.c. na dobę, a jego potrzeby energetyczne wynoszą 25-35 kcal/kg m.c. na dobę. Udział poszczególnych makroskładników w zaspokajaniu potrzeb energetycznych powinien wynosić: węglowodany 35-50%; tłuszcze 30-50%, białko 15-20%. Leczenie żywieniowe powinno być kompletne, gdyż jedynie wówczas będzie skuteczne. Organizm musi otrzymać wszystkie niezbędne składniki, do których należą aminokwasy, węglowodany, tłuszcze, elektrolity (Na, K, Ca, Mg, Cl, P), pierwiastki śladowe, witaminy (retinol, kalcyferol, tokoferol, wit. K, tiamina, ryboflawina, pirydoksyna, wit. B12, kwas pantotenowy, kwas foliowy, niacyna, kwas askorbinowy) i woda. W celu zwiększenia podaży składników odżywczych można stosować stymulację apetytu. Dzięki wysiłkowi fizycznemu możliwe jest przywrócenie procesów anabolicznych w mięśniach, zmniejszenie katabolicznego wpływu kacheksji i nasilenia stanu zapalnego. Zmniejszenie stanu zapalnego można uzyskać wspomnianą aktywnością fizyczną, ale również stosując leki i substancje o działaniu przeciwzapalnym. ■

RESOURCE[®]

Wsparcie żywieniowe w chorobie



Duży wybór
smaków

Kompletny
pod względem
odżywczym

Wysoka
zawartość białka
i energii w małej
objętości

Dowiedz się więcej na:
www.nestlehealthscience.pl

 Nestlé Health Science

Dietetyczne środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego.
Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub ryzyku niedożywienia.
Stosować pod kontrolą lekarza.

Jak oszukać los

Anna Wyszconi niedawno zmagła się z nowotworem tarczycy. Nam zgodziła się opowiedzieć o tym, jak zacząć życie od nowa.



Anna Wyszconi
Piosenkarka

Właśnie minął rok od diagnozy. Co się zmieniło przez ten czas w Twoim życiu?

Był to naprawdę zwariowany rok. Trudno w kilku zdaniach ująć wszystko, co się działo. Było wiele pięknych chwil, ale też sporo trudnych. W marcu pojawił się strach o własne życie. Diagnoza brzmiała jak wyrok. Martwiłam się co będzie z moimi dziećmi, bo one są dla mnie najważniejsze. Od zawsze byłam perfekcjonistką i to się zapewne nie zmieni, ale przez to wszystko, co się wydarzyło nabrałam większego dystansu i zaczęłam sobie pozwalać na błędy. Czerpię z życia ile się da, bo wiem już, jak w jednej sekundzie wszystko, co planowaliśmy, może runąć.

Długo trwał okres niepewności?

W lutym miałam wstępny diagnozę, a w marcu miałam badanie potwierdzające u specjalisty, włączenie z biopsją. Mieliśmy z narzeczonym wykupione, wymarzone wakacje na Bali i nie wiedziałam, czy możemy jechać. Lekarz jednak potrzebował czasu, żeby przygotować mój zabieg. Sam zaproponowałam, żebym nie rezygnowała z wyjazdu. Ta podróż spowodowała, że udało mi się uwolnić od złych myśli. Tam powstał tekst do piosenki „Oszukać los”, który mówi o nowym starcie w życiu. Czasami trzeba zacząć wszystko od nowa. Każdy moment jest dobry, najważniejsze, żeby się nie poddawać.

Podczas premiery utworu nie było wiadome, że walczyłaś z nowotworem. Dlaczego zdecydowałaś się o tym powiedzieć publicznie?

Zarówno serce jak i głowa wysyłały mi sygnały, że ta sekwencja wydarzeń miała swój cel, że może taka jest moja rola, żeby ostrzec inne kobiety. Ja sama nie wpadłabym na to, by zbadać się pod tym kątem, gdyby lekarz nie zrobił tego przy okazji rutynowego badania piersi. Ten sam lekarz podczas jednej z wizyt kontrolnych poprosił mnie, abym zaczęła o tym opowiadać, bo świadomość jest ciągle zbyt mała. On sam po wykryciu u mnie nowotworu zaczął robić te badania regularnie i w ciągu pół roku wykrył cztery nowotwory. Musimy mówić o tym głośno, by pomóc jak największej liczbie osób. Badajcie się!

Na co musisz teraz zwracać uwagę?

Żyję normalnie, tyle, że w moim kalendarzu pojawiły się terminy wizyt w klinice w Gliwicach. Następny termin mam w marcu. Spotkałam na oddziale ludzi, którzy wracali tam po 17 latach. Jestem przygotowana, na to że choroba pozostanie ze mną do końca życia.

31 marca wychodzi Twoja nowa płyta „Jestem tu nowa”. Tytuł bardzo zaskakujący, jak na kogoś kto jest 20 lat na scenie.

To hasło pojawiło się w tekście jednej z piosenek. Gdy ją śpiewałam, uświadomiłam sobie, że właśnie ono oddaje wszystko, co teraz czuję. Nowy album jest inny od poprzednich i myślę, że doskonale podsumowuje ostatnie wydarzenia i ich wpływ na moje życie. Po powrocie na scenę czułam się trochę jak debiutantka, jakbym znowu stała na niej pierwszy raz. Płyta dodała mi siłę, pociągnęła do przodu. Z każdym kolejnym dniem czułam się lepiej, a każdy dźwięk stawał się częścią mnie. To ważna płyta, bo jestem tu nowa. ■

Czytaj więcej na www.dbajozdrowie.info

Siła diagnostyki

Wczesne rozpoznanie choroby nowotworowej jest kluczowym czynnikiem gwarantującym powodzenie leczenia.



Dr Andrzej Marszałek
Dyrektor Medyczny Synevo

chorobą. W diagnostyce laboratoryjnej użyteczne są badania: CEA, CA 125, CA 19.9, a także HCG, LDH, HE4, estradiol oraz inhibina. HE4 i CA125 od niedawna wykorzystywane są łącznie tworząc tak zwany pakiet ROMA. Powinien on być analizowany w sposób spersonalizowany, czyli odnoszony do konkretnej pacjentki. Konieczne jest określenie stanu hormonalnego (przed czy po menopauzie).

W chwili obecnej żaden z wymienionych parametrów nie daje 100% czułości i swoistości, jednak właśnie ROMA umożliwia wykrycie w diagnostyce wczesnych stanów raka jajnika. Pamiętać należy, że zarówno fałszywie ujemne jak i fałszywie dodatnie wyniki mogą pojawiać się u różnych pacjentek. Dlatego tak ważne są regularne badania lekarskie. Znany marker CA 125 może występować w podwyższonym stężeniu w przypadkach raka trzustki, płuc, czy jelita grubego, a nie tylko raka jajnika. Może być również podwyższony w przypadkach niezłośliwych zmian jajnika, gruźlicy, a nawet niewydolności krążenia. Znaczenia nabiera marker HE4. Jest to marker z rodziny białek serwatkowych, którego stężenie rośnie z wiekiem, jest zależne od cyklu miesięcznego. Wartości podwyższone występują w przypadkach raka jajnika (niezłośliwe jedynie 1-2%), raka szyjki macicy trzustki czy żołądka. Połączenie obu markerów podnosi czułość i swoistość badania.

Nasuwa się pytanie: czy możemy zmniejszyć ryzyko wystąpienia raka jajnika eliminując czynniki ryzyka? Wydaje się, że w dużym stopniu tak. Należy jednak te czynniki poznać. Wśród nich znajduje się: brak ciąży, endometrioza, stymulacja owulacji czy zespół LYNCH II i oczywiście nosicielstwo mutacji w genie BRCA1 oraz hiperestrogenizm. Dodatkowo, czynniki na które mamy bezpośredni wpływ jak: palenie tytoniu i otyłość. Jeśli nie skonsultujemy się z naszym lekarzem, to wówczas jakkolwiek diagnostyka nie będzie wysoce użyteczna. Pamiętajmy, że nasze zdrowie leży w naszych rękach. ■

Warto zadać pytanie: co więc możemy zrobić by ustrzec się przed zbyt późnym rozpoznaniem choroby? Przede wszystkim należy odwiedzać ginekologa przynajmniej co 12 miesięcy. Nie możemy czekać aż pojawią się dolegliwości! Na szczęście coraz więcej osób rozumie konieczność dbałości o swoje zdrowie, zanim „dopadnie” nas choroba. Szczególnie istotne jest to właśnie w zakresie wczesnego wykrywania choroby nowotworowej. Jeśli wiemy, że w naszej rodzinie występowały przypadki nowotworów, to kontrola stanu zdrowia nabiera ogromnego znaczenia.

W przypadku podjęcia jakichkolwiek podejrzeń ginekolog zleci lub sam wykona badanie USG, przez powłoki brzuszne jak i przezpochwowe. Dodatkowo może zalecić badania obrazowe – tomografię komputerową, rezonans magnetyczny czy PET. Badania laboratoryjne mogą być również wysoce użyteczne. Typową analizą wykonywaną w laboratoriach genetycznych jest ocena genu BRCA1. Mutacje w tym genie zwiększają znacząco ryzyko wystąpienia raka jajnika, czy piersi. Niestety nie ma cudownego markera laboratoryjnego, który odpowiedziałby na pytanie czy nasze dolegliwości spowodowane są rakiem jajnika, czy też inną



DLA DZIECI Z CHOROBAJĄ NOWOTWOROWĄ
KRS 0000248546

Dzięki Państwa wsparciu z tytułu 1%:

- wspieramy proces leczenia: kupując leki, sprzęt medyczny, remontując oddziały szpitalne i finansując badania naukowe
- pomagamy chorym dzieciom i ich rodzinom przejść przez najtrudniejsze etapy leczenia, także poprzez projekty terapeutyczne i integracyjne

www.fundacjaiskierka.pl





Dr n. med.
Magdalena Chrościńska-Krawczyk
 Klinika Neurologii Dziecięcej USD w Lublinie

W jakich chorobach pomagają komórki macierzyste?

Komórki macierzyste są od dawna z powodzeniem stosowane w leczeniu chorób hemato-onkologicznych. Szczególnie w leczeniu białaczki, zespołów mielodysplastycznych oraz ostrej i przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi. Jest to leczenie uznane i sprawdzone. Komórki macierzyste są również stosowane w obszarach takich jak okulistyka, ortopedia, kardiologia i od lat 90. XX wieku w neurologii, gdzie początkowo były stosowane u osób dorosłych, a następnie u dzieci.

W jakich chorobach komórki macierzyste stosowane są u dorosłych?

Chorobą, w której zostały one zastosowane z dobrym rezultatem jest stwardnienie zanikowe boczne (SLA), które jest chorobą neurodegeneracyjną i postępującą. Badania kliniczne potwierdziły, że u tych pacjentów udało się zwiększyć długość życia, dzięki zastosowaniu komórek macierzystych. Zostały również podjęte próby stosowania komórek macierzystych w stwardnieniu rozsianym (SM) oraz u pacjentów po uszkodzeniu rdzenia, szczególnie podczas wypadków komunikacyjnych.

Istotne wsparcie w leczeniu

Komórki macierzyste, które od lat z powodzeniem stosowane są w leczeniu chorób hemato-onkologicznych, mają także zastosowanie w wielu innych jednostkach chorobowych. Cały czas pojawiają się kolejne doniesienia o pozytywnych wynikach badań.

A w przypadku chorób dzieci?

Jeśli chodzi o dzieci i choroby neurologiczne to w latach 90. w Stanach Zjednoczonych pojawiły się badania dotyczące zastosowania komórek macierzystych, chodzi tu konkretnie o mezenchymalne komórki macierzyste w leczeniu autyzmu i mózgowego porażenia dziecięcego. W szpitalu, w którym pracuję stosujemy mezenchymalne komórki macierzyste w ramach eksperymentu medycznego, czyli wprowadzamy daną terapię ponieważ wszystkie inne dostępne metody leczenia nie przyniosły rezultatów lub ich skutki były niezadawalające. W przypadku autyzmu dziecięcego mamy badania, które potwierdzają, że dzięki komórkom macierzystym poprawiają się funkcje poznawcze u pacjentów, ich funkcjonowanie, koncentracja uwagi, zapamiętywanie, mowa czy interakcje społeczne. Komórki macierzyste nie wyleczą z autyzmu, ale istotnie pomogą w funkcjonowaniu tych dzieci. Drugim obszarem, w którym stosujemy komórki macierzyste jest mózgowie porażenie dziecięce, gdzie widzimy pozytywne efekty w połączeniu z intensywną rehabilitacją.

Jaki jest mechanizm działania komórek macierzystych i jakie przynoszą efekty?

Prawdopodobnie działają one poprzez efekt parakryny, czyli poprzez wydzielanie substancji działających stymulująco na komórki ośrodkowego układu nerwowego. W ten sposób stymulują układ nerwowy do regeneracji i poprawy swo-

jego funkcjonowania. Taką poprawę widzimy w naszej praktyce klinicznej. Rodzice też są świadkami takich zmian. Dla przykładu przed Świętami Bożego Narodzenia zadzwoniła do mnie z płaczem mama 16 letniego chłopca z dziecięcym porażeniem mózgowym, który jest w trakcie terapii komórkami i mówi, że ich syn pierwszy raz w życiu siedział z nimi przy stole przez kilka minut. Dla niej to był cud. Inna sytuacja, kiedy mama chłopca z autyzmem opowiada, jak przed snem życzy córce dobrej nocy, a tymczasem słyszy od chorego syna: „Dobranoc mammo”. Oczywiście dokładnie jeszcze nie wiemy jak, ale naprawdę te komórki stymulują, pobudzają i działają. Jednak największe efekty widzimy w przepuklinach oponowo-rdzeniowych, w których istotą zaburzenia jest niedowład wiotki kończyn dolnych. Miałam pacjentów, którzy mieli brak odruchów w kończynach, brak czucia, a po rozpoczęciu terapii zaczęły się pojawiać zmiany takie jak czucie w kończynach dolnych, uczucie pełnego pęcherza, pojawił się ruch w kończynach dolnych i odruchy ścięgnowe, których wcześniej nie było, to są efekty naprawdę spektakularne.

Jak to wygląda technicznie?

Pierwszym krokiem jest wizyta kwalifikacyjna, następnie jest przygotowywana cała dokumentacja medyczna, która jest przedstawiana w Komisji Bioetycznej. Komisja wyraża zgodę na udział dziecka w eksperymencie. Bez zgody

Komisji Bioetycznej działanie eksperymentalne jest bezprawne. Obydwoje rodziców również muszą podpisać zgodę. Następnie komórki są przygotowywane w Polskim Banku Komórek Macierzystych w laboratorium, stamtąd przewożone do nas w odpowiednich warunkach i podawane dożylnie lub do płynu mózgowo-rdzeniowego. Jest to cykl podań w odstępach 6-8 tygodniowych. Następnie dziecko jest obserwowane przez 5-6 miesięcy. Raz w miesiącu przyjeżdża na wizytę kontrolną.

Jakie inne ośrodki w Polsce prowadzą terapię komórkami macierzystymi?

Terapię u dzieci zajmuje się też ośrodek w Częstochowie, Krakowie. U osób dorosłych takie terapie są prowadzone w Częstochowie, Łodzi, Olsztynie i wiem, że przygotowują się kolejne ośrodki. Jest to temat modny, podejście jest różne, są sceptycy i zwolennicy tej metody. Osobiście widzę pozytywne efekty terapii. Wiem, że efekt działania należy potwierdzić, bo też jestem lekarzem klinicznym i zajmuję się nauką, ale widzę realne rezultaty, które są potwierdzone opiniami i badaniami fizjoterapeutów, psychologów, lekarzy na co dzień opiekujących się pacjentami zakwalifikowanymi do terapii. Jednak aby móc potwierdzić naukowo skuteczność tej terapii należy przeprowadzić badania kliniczne do których powoli się przygotowujemy. ■

BADANIA: E-papierosy bezpieczniejsze dla zdrowia

Świadomość zagrożeń związanych z paleniem wyrobów tytoniowych rośnie, jednak nadal ok. 9 milionów Polaków nałogowo pali. Światowi eksperci ds. ochrony zdrowia publicznego dostrzegają ogromny potencjał elektronicznych inhalatorów nikotyny w redukcji szkód wywołanych paleniem. Wg najnowszych badań Cancer Research UK e-papieros zmniejsza ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe.

W najnowszym wydaniu Annals of Internal Medicine z początku lutego czytamy, że to właśnie e-papierosy minimalizują m.in. liczbę rakotwórczych substancji w organizmach palaczy. Brytyjscy naukowcy przebadali próbki osób, które zamieniły tradycyjne papierosy na rzecz e-papierosa. Po 6 miesiącach w próbkach krwi, moczu i śliny badanych osób, które definitywnie zamieniły tradycyjne papierosy na te elektronicznie badacze odnotowali zdecydowanie mniej substancji toksycznych (biomarkery nikotyny, nitrozoaminy oraz lotne związki organiczne), w tym substancji przyczyniających się do powstania komórek nowotworowych, niż w próbkach osób, które kontynuowały palenie tytoniu.

U użytkowników e-papierosów poziom toksycznego NNAL metabolitu rakotwórczego – związku odpowiedzialnego za rozwój m.in. raka płuca, był niższy aż o 97,5 proc. Również inne wskaźniki substancji rakotwórczych: akrylonitrylu, butadienu i akroleiny okazały się zdecydowanie niższe. Brytyjscy naukowcy doszli do wniosku, że e-papierosy powodują zdecydowanie mniejsze zagrożenie dla zdrowia niż papierosy tradycyjne. Jak podkreślają autorzy raportu Cancer Research UK, korzystniejsze zmiany odnotowano

u użytkowników, którzy całkowicie zrezygnowali z palenia papierosów tradycyjnych na rzecz elektronicznego inhalatora.

Według raportu angielskiej agencji zdrowia Public Health England – papierosy elektroniczne są ok. 95 proc. mniej szkodliwe od papierosów tradycyjnych. Elektroniczne papierosy uwalniają nikotynę, ale to substancje powstałe podczas palenia tytoniu są rakotwórcze. To nikotyna odpowiada za uzależnienie, ale nie powoduje raka. Najnowsza wiedza wskazuje, że nie ma dowodów na szkodę e-papierosów dla osób postronnych w przeciwieństwie do efektów palenia tradycyjnych papierosów. Dym papierosa tradycyjnego składa się ze strumienia dymu głównego i bocznego. Główny trafia do płuc palacza, a boczny – ten z żarzącej się końcówki papierosa – wdychają „bierni palacze”. Przyjrzyjmy się jego składowi: to w dymie bocznym jest dwa razy więcej nikotyny, fenoli, substancji smolistych, niemal pięć razy więcej tlenku węgla i prawie siedemdziesiąt razy więcej amoniaku niż w głównym. Z papierosa elektronicznego dym boczny się nie wydobywa. Według statystyk Ministerstwa Zdrowia co roku



z powodu biernego palenia umiera około 2 tysięcy osób.

Statystyki Głównego Inspektoratu Sanitarnego wskazują, że na początku lat 90. tradycyjne papierosy paliło 51 proc. Polaków i 25 proc. Polek; w roku 2011 r. – 31 proc. społeczeństwa, w 2015 r. – 24 proc. W ciągu najbliższych 20 lat aż 200 mld złotych może kosztować Polskę leczenie chorób spowodowanych paleniem tytoniu. Palacze nie przerażają również twarde dane Ministerstwa Zdrowia mówiące, że 90 proc. zachorowań na raka płuca spowodowanych jest paleniem tytoniu. Drastycznych następstw nałogu można uniknąć albo chociaż możliwie zneutralizować stosując e-papierosy i redukując liczbę substancji rakotwórczych w organizmach palaczy.

O szansę na lepsze zdrowie warto powalczyć zawsze, niezależnie od momentu znalezienia się w szponach nałogu. W Polsce prawie 50 proc. nałogowych palaczy w naszym kraju pali dłużej niż 20 lat. Eksperci podkreślają, że e-papierosy są szansą dla osób, które nie chcą lub nie umieją rzucić palenia przy użyciu silnej woli. Przypomnijmy, że palacze średnio w ciągu życia podejmują 17 prób rozstania z nałogiem. 80 proc. palących chce przestać palić. ■

Wyzwania onkologii w 2017 roku



Prof. dr hab. Jacek Jassem
Członek Zarządu
Polskiej Ligi Walki z Rakiem

no-terapeutyczny, po rehabilitację fizyczną i psychiczną. To rozwiązanie jest promowane w wielu krajach świata i przynosi wymierne efekty. W Polsce takie jednostki powstawały dotychczas oddolnie i nie miały formalnego umocowania w systemie ochrony zdrowia. Obecnie zrobiono pierwszy krok w tym kierunku - w Ministerstwie Zdrowia i w AOTMiT kończą się prace nad koncepcją skoordynowanej, kompleksowej formy leczenia raka piersi w tzw. breast units. Grupa ekspertów przygotowuje system specjalistycznego, kompleksowego leczenia raka płuca - nowotworu, który w onkologii przynosi największe żniwo zgonów. Toczą się dyskusje nad stworzeniem podobnych rozwiązań w innych nowotworach.

Koniec 2016 roku przyniósł bardzo ważne i oczekiwane rozwiązanie - finansowanie badań genetycznych w nowotworach. Dzięki tym badaniom można nie tylko ocenić zagrożenie daną chorobą, ale także dobrać choremu indywidualne, molekularnie, ukierunkowane leczenie i przewidzieć jego skuteczność. Drugą szybko rozwijającą się metodą leczenia onkologicznego jest immunoterapia. Leki celowane i immunologiczne są bardzo drogie i dotychczas były one w Polsce trudno dostępne. W 2016 roku kilka z nich znalazło się jednak na listach refundacyjnych i liczymy, że bieżący rok przyniesie kolejne korzystne dla chorych decyzje. ■

Polski system walki z rakiem jest archaiczny i wymaga głębokich reform. Ubiegły rok przyniósł kilka obiecujących zmian w tej dziedzinie, ale jest to dopiero początek drogi. Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało wolę wdrożenia zaktualizowanej Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024. W tym roku oczekujemy konkretnych decyzji wdrożeniowych.

Dzisiejsza onkologia jest coraz bardziej złożona i wymaga najwyższych kompetencji. Stwarza to konieczność koordynacji wielu działań, które najlepiej realizują wyspecjalizowane jednostki narządowe (tzw. unity). Zapewniają one chorym „pod jednym dachem” pełną opiekę - od rozpoznania, poprzez cały proces diagnostycz-



Dr n. med. Janusz Meder
Prezes Polskiej Unii Onkologii

Przewodnim hasłem obchodów tegorocznego Światowego Dnia Walki z Rakiem był Apel PUO i całego środowiska onkologów polskich o wspólne, intensywne działania na rzecz zapewnienia równego dostępu w naszym kraju do europejskich standardów kompleksowej opieki onkologicznej stosownie do nadal aktualnych postulatów zawartych w Paryskiej Karcie Walki z Rakiem z 2000 r.

Przed całym światem stoją obecnie wielkie wyzwania związane z sytuacją epidemiologiczną i demograficzną. Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują na podwojenie liczby nowych zachorowań na nowotwory w ciągu najbliższych 15-20 lat. Rak staje się głównym zabójcą ludzi w XXI wieku. W Karcie

Paryskiej przede wszystkim apeluje się o zapewnienie równego dostępu obywateli wszystkich krajów świata do nowoczesnych kompleksowych świadczeń diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych z zakresu onkologii, zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej w oparciu o sprawnie funkcjonującą, wielodyscyplinarną sieć specjalistycznych ośrodków onkologicznych. Na realizację powyższych celów, w tym na szeroko pojętą prewencję i profilaktykę nowotworową niezbędne jest zagwarantowanie przez Państwo odpowiednich środków finansowych. Od tego przede wszystkim zależy uzyskanie zmniejszenia liczby zachorowań i znaczącej poprawy wyników leczenia chorych na nowotwory w Polsce.

Z wielką nadzieją oczekujemy na efektywną realizację następnego Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w latach 2016-2024, ale jednocześnie przypominamy, że stanowi on jedynie część całościowej Strategii Walki z Rakiem w Polsce (Cancer Plan) przygotowanej w 2015 r. przez środowisko onkologów i przekazanej do dyspozycji Ministerstwa Zdrowia.

Zapraszamy do korzystania z bezpłatnej infolinii POU, czynnej od poniedziałku do czwartku w godz. 16:00 do 19:00. Tel.: 800 493 494. Przy telefonie dyżurują eksperci PUO - lekarze onkolodzy z wieloletnim doświadczeniem, pracownicy Centrum Onkologii-Instytutu w Warszawie. ■



Jarosław Gośliński
Redaktor naczelny portalu onkologicznego
zwrotnikraka.pl

posiada urządzenie do wykonywania krioblacji guzów nowotworowych.

Rok 2016 przyniósł również pozytywne decyzje Ministerstwa Zdrowia, które uruchomiło kilka ważnych programów lekowych. Pacjenci z zaawansowanym czerniakiem, rakiem jajnika, piersi, nerki, czy niedrobnokomórkowym rakiem płuca zyskali dostęp do innowacyjnych terapii onkologicznych. Postęp w onkologii opiera się jednak nie tylko na dostępie do nowych cząsteczek. Coraz lepiej znamy genetyczną i molekularną budowę komórki nowotworowej. Lekarze są w stanie dobrać indywidualną terapię, która w przypadku danego pacjenta będzie najbardziej skuteczna i bezpieczna. Wchodzimy w erę tzw. onkologii personalizowanej, która opiera się na optymalizacji i indywidualizacji leczenia w oparciu o zdefiniowany cel molekularny.

W tym kontekście, ważnym wydarzeniem było grudniowe zarządzenie prezesa NFZ uwzględniające finansowanie diagnostyki genetycznej w chorobach onkologicznych i wprowadzenie odrębnej wyceny dla procedury badań molekularnych. Wnikliwa ocena genetyczna komórek nowotworu za pomocą specjalistycznych badań jest niezbędnym narzędziem do zaplanowania skutecznej terapii celowanej. Spodziewam się, że ta decyzja będzie motywować finansowo placówki do częstszego stosowania testów, co w dłuższej perspektywie ułatwi chorym dostęp do nowoczesnych badań genetycznych. ■

Portal onkologiczny zwrotnikraka.pl już od trzech lat organizuje plebiscyt *Onkologiczna Top Dziesiątka*, w ramach którego nasza redakcja wyróżnia najciekawsze projekty i inicjatywy mijającego roku. Chciałbym wspomnieć o kilku inwestycjach, które - mam nadzieję - wpłyną na realną poprawę sytuacji Pacjentów. W warszawskim Szpitalu Bródnowskim otwarto Interwencyjne Centrum Neuroterapii (ICN), którego inicjatorem jest prof. Mirosław Ząbek. To jeden z najnowocześniejszych ośrodków tego typu w Europie, gdzie przeprowadza się wyjątkowo precyzyjne operacje mózgu i stosuje innowacyjne leczenie guzów. Warto wspomnieć też o Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku - pierwszym ośrodku w Polsce, które



Marta Ozimek-Kędzior
Członek Zarządu Fundacji Rak'n'Roll

Ciąża jest specyficznym medycznie czasem w życiu kobiety. Objawy mogące świadczyć o rozwijającym się raku są składane na karb zmian fizjologicznych, wynikających z ciąży. Co roku u około 400 kobiet ciężarnych w Polsce diagnozowana jest choroba nowotworowa. Kobiety w takiej sytuacji często słyszą, że najpierw muszą usunąć ciążę, by rozpocząć leczenie. Jednak ponad dwudziestoletnie doświadczenie lekarzy współpracujących z Fundacją oraz doniesienia naukowe wskazują, że można leczyć się onkologicznie i urodzić zdrowe dziecko. Brak powszechnej wiedzy w środowisku medycznym połączony z brakiem informacji o wyspecjalizowanych placówkach stanowią wyzwanie, przed którym stoimy.

Problemem jest również znikoma czujność onkologiczna. Dotyczy to zwłaszcza nowotworów piersi, których objawy najczęściej są mylone z fizjologicznymi procesami związanymi z ciążą. Tymczasem zdarza się, że zignorowana w trakcie ciąży zmiana okazuje się nowotworem.

Już w 2016 r. podjęliśmy z prof. Mirosławem Wielgosiem i Polskim Towarzystwem Ginekologicznym prace nad dokumentem: „Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet w ciąży chorych onkologicznie”, by przybliżyć lekarzom wiedzę na temat prowadzenia ciąży z równoległym leczeniem onkologicznym, wskazać wyspecjalizowane ośrodki oraz zwrócić uwagę na uświadomienie, w przypadku ciężarnych, czujność onkologiczną. W 2017 r. planujemy włączyć do standardu wizyty ginekologicznej aspekt profilaktyki onkologicznej, w postaci promocji obowiązkowego badania cytologicznego oraz wprowadzenia USG piersi.

Prowadzony przez Fundację Rak'n'Roll program opieki dla kobiet w ciąży chorych na raka: „Boskie Matki” powstał, by dać kobiecie w takiej sytuacji najlepszą dostępną opiekę i umożliwić podjęcie ważnej dla niej decyzji. Od 2015 r. objęliśmy opieką 60 kobiet i powitaliśmy na świecie 49 boskich dzieci. Na pozostałe czekamy. Podopieczne Fundacji otrzymują pomoc onkologiczną, ginekologiczno-położniczą, psychologiczną, dietetyczną, rehabilitacyjną i urodową. ■



Świadomość posiadania choroby nowotworowej to wiedza paraliżująca, która może odebrać wiarę w powodzenie leczenia. Jak uwierzyć, że rak nie musi oznaczać wyroku, a walka z chorobą i życie po zakończeniu leczenia to nie koszmar? Na początek, warto obudować się rzetelną wiedzą, tak, aby móc świadomie współuczestniczyć w procesie leczenia. Wiedzieć więcej, to bać się mniej!