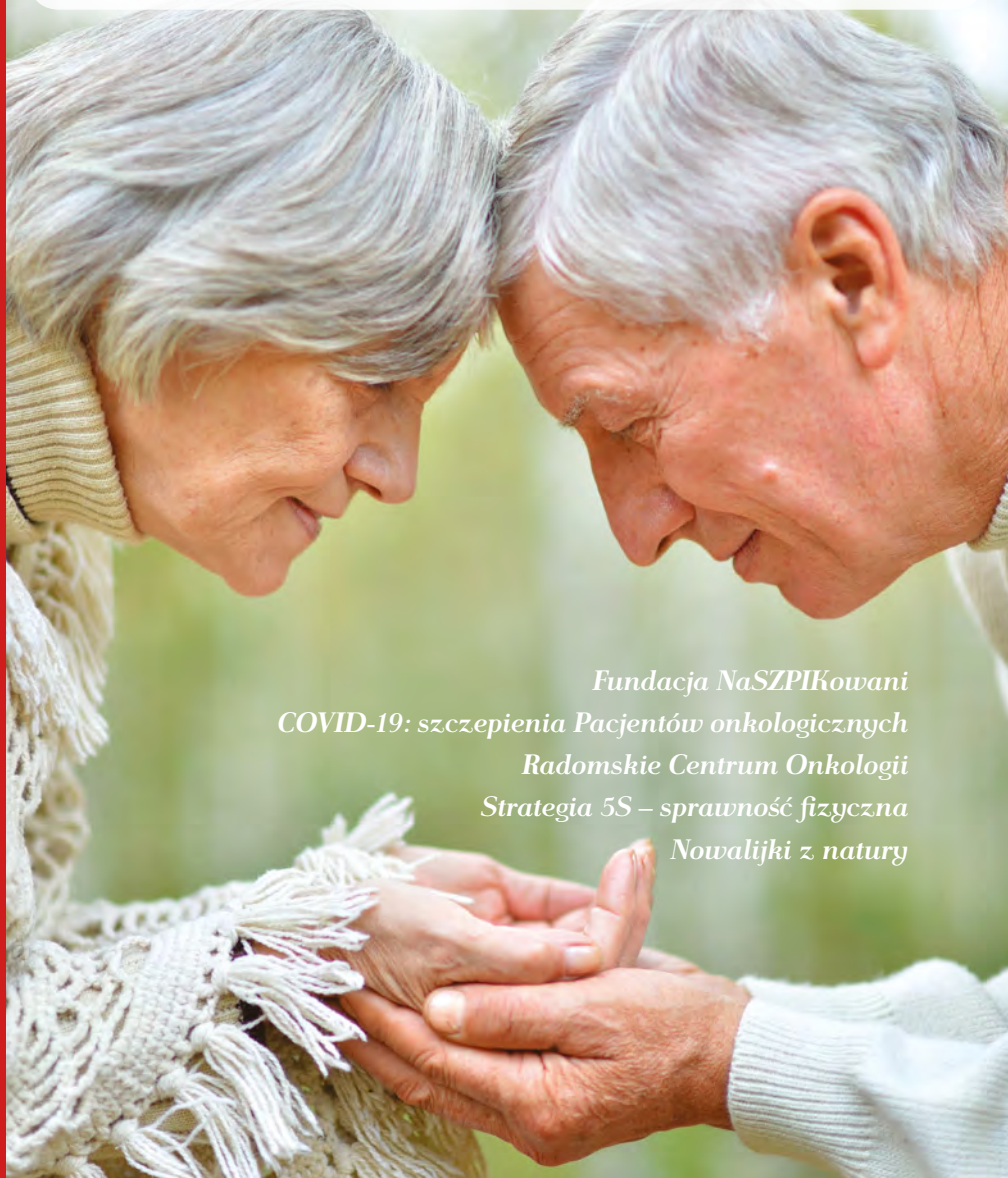




Aktualności Medyczne

HIPEC w leczeniu
zaawansowanego raka jajnika
Nowoczesna diagnostyka raka
prostaty: MRI i płynna biopsja
Zespół zmęczenia związany
z nowotworem
COVID-19 i Pacjent
onkologiczny – profilaktyka
i szczepienia



*Fundacja NaSZPIKowani
COVID-19: szczepienia Pacjentów onkologicznych
Radomskie Centrum Onkologii
Strategia 5S – sprawność fizyczna
Nowalijki z natury*

Wraz z nadchodzącą wiosną zmieniamy się dla Was!

Wszystkich naszych Czytelników zapraszamy do zaprenumerowania „Aktualności Medycznych” w wersji cyfrowej.

Jeśli zdecydujesz się na wersję elektroniczną, czasopismo dotrze do Ciebie zaraz po opublikowaniu, a w dodatku będziesz mógł podzielić się nim z bliskimi i przyjaciółmi.

Każde wydanie możesz ściągnąć na twarde dyski i czytać je offline.

To wygodne i – co ważne – ekologiczne rozwiązanie.

Dodatkowo, wraz z zaprenumerowanym kwartalnikiem, proponujemy Ci codzienny newsletter z ciekawymi informacjami na temat zdrowia, profilaktyki chorób i metod walki z rakiem.

Wszystkie archiwalne numery naszego kwartalnika znajdziesz na www.aktualnosci-medyczne.pl



Subskrybuj nasze czasopismo i newsletter
www.aktualnosci-medyczne.pl

Spis treści

NAUKA | WIEDZA | PRAKTYKA

- dr n. med. Andreas Hans Wasylewski
COVID-19 a chorzy onkologicznie –
profilaktyka i szczepienia **6**
- dr n. med. Jerzy Kuśnierz
HIPEC – dobry kierunek w leczeniu zaawansowanego raka jajnika **10**
- dr Stefan W. Czarniecki
Rezonans magnetyczny oraz płynna biopsja prostaty
w nowoczesnej diagnostyce raka prostaty **24**
- prof. Joachim Weis, dr n. med. Jens Ulrich Ruffer
Zespół zmęczenia związany z nowotworem **38**

PACJENT | PROFILAKTYKA | ZDROWIE

- EANU
Szczepienia Pacjentów onkologicznych **9**
- RCO & EANU
Przed wszystkim Pacjenci – Radomskie Centrum Onkologii **16**
- EANU
Program wczesnego wykrywania raka płuca **32**
- Rafał Dubiejko
Fundacja NaSZPIKowani **44**
- EANU
Naturalny antybiotyk. Zrób go sam! **51**
- dr n. biol. Karolina Trzeciak
Strategia 5S – sprawność fizyczna **52**
- EANU
Nowalijki z natury. Jedz na zdrowie! **58**

Drodzy Czytelnicy...

2021 to dla nas szczególny rok.

Oddajemy w Wasze ręce dwudziesty numer kwartalnika „Aktualności Medyczne”. W tym samym czasie w Niemczech ukazał się czterdziesty zeszyt „Aktuelle Gesundheitsnachrichten”.

Działamy dla Was już prawie dwanaście lat, w Polsce – lat sześć.

Od 2011 roku działalność EANU wspiera szwajcarska Fundacja Güntera i Regine Kelm, dzięki czemu, działając *non profit*, mogliśmy nieodpłatnie przekazywać Wam najnowszą wiedzę na temat zintegrowanego leczenia nowotworów. Pod koniec tego roku nasza współpraca z Fundacją kończy się, co będzie wymagało zaangażowania nowych sił i pozyskania nowych środków na podtrzymanie działalności EANU.

„Zamysłem autorów i pomysłodawców tego biuletynu jest zbliżenie świata pacjenta i medycyny tak, aby osiągnąć wspólny cel – wszelkimi wysiłkami ratować ludzkie życie”, pisała w pierwszym numerze „Aktualności Medycznych” ówczesna redaktor naczelna Aleksandra Stańczewska.

Nasza misja pozostaje ta sama. Wciąż dokładamy starań, by budować pomosty między pacjentem a lekarzem, pomiędzy medycyną konwencjonalną i integratywną, między chorym a jego otoczeniem. Jesteśmy głęboko przekonani, że całościowe – zintegrowane podejście do Pacjenta onkologicznego, postrzeganie go jako jedności *physis* i *psyche* jest przyszłością onkologii. Szerokie podejście do leczenia i łączenie cennych zdobyczy medycyny akademickiej z osiągnięciami innych dziedzin gwarantuje przyszłe sukcesy w walce z chorobami nowotworowymi.



Z dumą i wdzięcznością spoglądamy wstecz na owocne lata współpracy z naszymi wspianymi Autorami i na rosnącą liczbę naszych Odbiorców. Odważnie patrzemy też w przyszłość – i zmieniamy się dla Was. Wiemy, że nasze czasopismo to ważne źródło wiedzy dla chorych na raka i ich bliskich, dla lekarzy i terapeutów oraz dla wielu grup samopomocy. Pozostajemy otwarci na Wasze sugestie i pomysły. Piszcie do nas na aktualnosci@eanu.de. W trudnym czasie pandemii, kiedy „Aktualności Medyczne” w wersji drukowanej nie mogą dotrzeć do wszystkich naszych Czytelników, **proponujemy Wam wersję elektroniczną naszego czasopisma. Subskrybujcie je na www.aktualnosci-medyczne.pl.**

Wszyscy boleśnie odczuwamy skutki pandemii. Ogarnia nas zniecierpliwienie, chcemy znowu „normalnie” żyć,

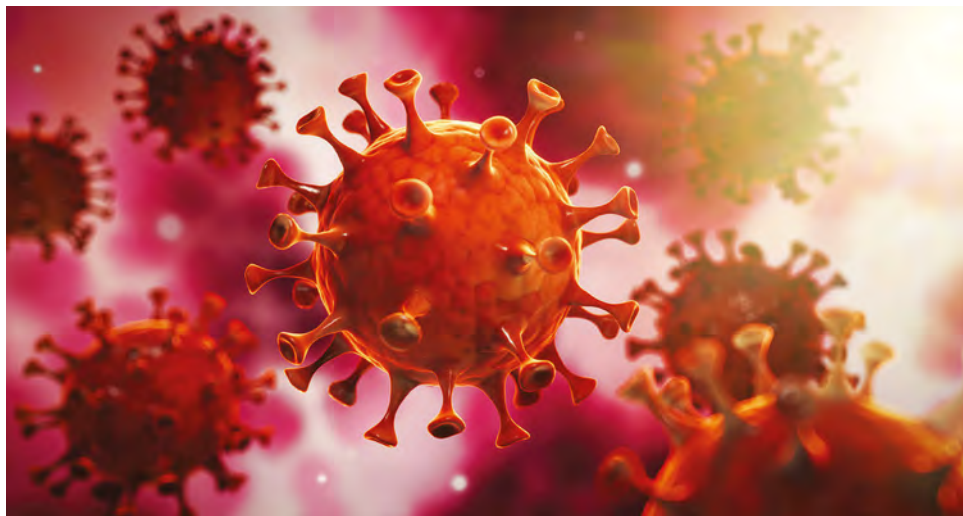
codzienne liczby i informacje dotyczące zakażeń powodują rozdrażnienie i wprawiają w fatalny nastrój. Pandemia jednak nie ustępuje. Dla pacjentów z chorobą nowotworową COVID-19 nadal wiąże się z koniecznością przestrzegania reżimu sanitarnego, niekiedy z ograniczonymi kontaktami z rodziną, przyjaciółmi. Mimo to, jeszcze przez pewien czas, zachowajmy ostrożność!

W lutym po raz kolejny obchodziliśmy Światowy Dzień Walki z Rakiem. Dla nas – redakcji EANU – każdy dzień jest małym „dniem walki z rakiem”, kiedy myślimy o Was i o tym, jakie informacje pomogą Wam w odzyskaniu zdrowia, a także o czym chcielibyście czytać. Mamy wielką nadzieję, że będzie tak nadal! Serdecznie Was pozdrawiamy z Krakowa i Berlina –

*Redakcja
„Aktualności Medycznych”*



COVID-19 a chorzy onkologicznie – profilaktyka i szczepienia



© peterschreiber.media , stock.adobe.com

Koronawirus nie odpuszcza, a chorym onkologicznie nie ubywa trosk. Każdy, kto ma raka, ma również wyższe ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19. Liczba zakażeń koronawirusem jest wciąż wysoka, nie maleje też niepokój pacjentów z chorobami nowotworowymi. Dyrektor EANU i wydawca „Aktualności Medycznych” dr n. med. Andreas Wasylewski porusza temat ryzyka zachorowania na COVID-19 i szczepień ochronnych w kontekście onkologii.

Każdy chory onkologicznie wymaga indywidualizowanej opieki, szczególnie w czasie kryzysu spowodowanego pandemią.

Do niedawna panowała ogólna zgoda jedynie co do tego, że pacjenci onkologiczni w fazie czynnej choroby są narażeni na ciężki przebieg infekcji koronawirusem, ponieważ zarówno

sam nowotwór, jak i napromienianie czy chemioterapia znacząco osłabiają układ odpornościowy.

Dziś już wiemy, że niektóre typy nowotworów znacząco zwiększają ryzyko powikłań związanych z COVID-19, niekiedy kilkukrotnie w porównaniu ze średnią populacyjną. Należą do nich białaczka, chłoniak i szpiczak mnogi.

Do grupy wysokiego ryzyka w razie zarażenia COVID-19 zaliczają się:

- pacjenci z aktywnym, postępującym lub z przerzutującym rakiem. Obserwuje się u nich szybszy rozwój i cięższy przebieg infekcji w porównaniu do pacjentów ze stabilnym lub wyleczonym nowotworem
- chorzy na nowotwory krwi w trakcie intensywnego leczenia lub raka płuca – to znane czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19
- chorzy na raka w starszym wieku, ze stwierdzonymi chorobami współistniejącymi. Płeć męska i palenie tytoniu mają negatywny wpływ na przebieg choroby
- pacjenci z osłabionym układem odpornościowym. Osłabienie układu immunologicznego oznacza gorsze rokowanie w przypadku zachorowania na COVID-19.

Niemieckie Towarzystwo Hematologii i Onkologii (DGHO), podobnie jak polskie towarzystwa onkologiczne, od początku pandemii wyraźnie wskazuje pacjentów onkologicznych jako grupę ryzyka w COVID-19. Eksperti doradzają chorym onkologicznie między innymi unikanie zatłoczonych miejsc, ograniczenie kontaktów towarzyskich i ograniczenie podróży. Przede wszystkim zaś wszyscy pacjenci powinni przestrzegać czterech następujących zasad:

- dystans
- higiena
- maseczka
- wentylacja

Obecnie mamy w Unii Europejskiej cztery zatwierdzone szczepionki przeciwko SARS-CoV-2: firm BioNTech/Pfizer, Moderna, AstraZeneca/Oxford i Johnson&Johnson. Dwie pierwsze to szczepionki mRNA. W związku z opóźnieniami w dostawach szczepionek niektóre kraje UE będą się posiłkować rosyjską szczepionką SputnikV. Szczepienia trwają od 27 grudnia ubiegłego roku. 11 marca 2021 roku Ministerstwo Zdrowia zaktualizowało wytyczne dotyczące osób z chorobami przewlekłymi z ryzykiem ciężkiego przebiegu COVID-19, w tym pacjentów onkologicznych, którzy są szczepieni w ramach grupy Ib (do grupy Ia włączono m.in. seniorów i osoby po 60. roku życia) od 15 marca. Do grupy tej zaliczono pacjentów z chorobą nowotworową, u których po dniu 31.12.2019 r. prowadzono leczenie chemioterapią (włączając immunoterapię i leczenie celowane) lub radioterapią oraz chorych, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową, ale nie rozpoczęto jeszcze leczenia.

Mało jest dostępnych badań naukowych dotyczących szczepień chorych onkologicznie, a wiele związanych z tym pytań pozostaje otwartych. Nie jest jeszcze jasne, w jakim stopniu szczepionka chroni przed zarażeniem się i transmisją koronawirusa. Nie wiadomo również, jak długo trwa ochrona, jaką zapewnia szczepienie. Aktualne informacje z Wielkiej Brytanii, Izraela, Norwegii i Niemiec na temat skutków ubocznych po pierwszej serii szczepień, takich jak reakcje anafilaktyczne czy nawet zgony, niepokoją nie tylko chorych na raka, ale także personel medyczny. Ponadto w wielu europejskich rządach panuje chaos organizacyjny uniemożliwiający dotrzymanie zaplanowanych terminów szczepień.

Niemieckie Towarzystwo Hematologii i Onkologii zaleca pacjentom onkologicznym podjęcie decyzji o szczepieniu lub ewentualnie odmowie szczepienia czy indywidualnym

toku szczepień wspólnie z lekarzem prowadzącym.

Niestety, z powodu pandemii koronawirusa liczba przyjęć do szpitala chorych na nowotwory zmalała, liczba przeprowadzanych zabiegów spadła średnio o 20%. Odwołano dużą liczbę wizyt w poradniach onkologicznych mających na celu diagnostykę choroby; również i chorzy odkładali w czasie lub odwoływali leczenie przeciwnowotworowe. Pacjenci zgłaszają się do szpitali dopiero w bardzo zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej. Ze względu na duże obciążenie systemu opieki zdrowotnej przez COVID-19 szacuje się, że tysiące przypadków raka pozostało niewykrytych. Podsumowując, wielu pacjentów z rakiem jest zaniedbywanych z powodu pandemii. Regularna opieka kontrolna i konieczne leczenie często nie mogą być realizowane na czas, zatem rokowanie chorych onkologicznie może się sukcesywnie pogarszać. ■



dr n. med. Andreas Hans Wasylewski

Inicjator i dyrektor naukowy kwartalnika onkologicznego „Aktuelle Gesundheitsnachrichten” oraz jego polskiej wersji „Aktualności Medyczne”

Założyciel i dyrektor naukowy EANU – Europejskiej Akademii Medycyny Naturalnej i Medycyny Środowiskowej

Szczepienia Pacjentów onkologicznych

15 marca zaczęto szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 osób z chorobą nowotworową:

- u których po 31.12.2019 r. prowadzono leczenie chemioterapią, immunoterapią, terapiami celowanymi lub radioterapią
- u których zdiagnozowano chorobę nowotworową, a nie rozpoczęto leczenia oraz osoby po przeszczepach komórek krwiotwórczych.

E-skierowanie na szczepienie otrzymasz automatycznie. W przypadku braku e-skierowania skonsultuj się z lekarzem prowadzącym leczenie onkologiczne lub lekarzem PO, który indywidualnie wystawi skierowanie na szczepienie.

O wystawienie skierowania na szczepienie powinny zadbać osoby z grupy 1B:

- ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, u których nie rozpoczęto leczenia
- nie korzystające z publicznego systemu ochrony zdrowia
- leczone w ramach badań klinicznych (po 31 grudnia 2019 r.)
- leczone po 31 grudnia 2019 r. niektórymi metodami leczenia onkologicznego (niektóre typy immunoterapii lub leczenia celowanego).

Posiadanie e-skierowania na szczepienie przeciw SARS-CoV-2 można sprawdzić na Indywidualnym Koncie Pacjenta, dzwoniąc na infolinię 989 lub konsultując się lekarzem.

Kiedy możesz się zaszczepić?

Po leczeniu:

- nie wcześniej niż 4 tygodnie po zakończeniu chemioterapii
- bezpośrednio po zakończeniu radioterapii, leczenia celowanego lub immunoterapii, o ile nie wystąpią istotne działania niepożądane.

W trakcie leczenia:

- w czasie radioterapii, o ile wykluczono u Ciebie mielosupresję
- w czasie chemioterapii lub leczenia systemowego z udziałem chemioterapii i immunoterapii między 3 a 7 dniem od podania cyklu chemioterapii
- w trakcie leczenia celowanego lub immunoterapii możesz się zaszczepić niezależnie od fazy cyklu leczenia
- ze względu na możliwość wystąpienia odczynów poszczepiennych nie szczep się bezpośrednio przed podaniem kolejnego cyklu leczenia.

HIPEC: DOBRY KIERUNEK W LECZENIU ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA

dr n. med. JERZY KUŚNIERZ

Oddział Chirurgii Onkologicznej
Radomskiego Centrum Onkologii

Jak wskazują światowe raporty epidemiologiczne, mamy do czynienia ze stałym wzrostem zachorowań na raka jajnika. Z jego powodu umiera co roku na świecie ponad 114 tysięcy kobiet. Często w odniesieniu do raka jajnika spotykamy się z określeniem „cichy zabójca”. Czy jest ono słuszne?

W przypadku tego nowotworu w zasadzie nie dysponujemy narzędziami profilaktycznymi umożliwiającymi jego wczesne zdiagnozowanie. Rak jajnika bardzo późno daje objawy kliniczne i zwykle upływa sporo czasu, zanim zostanie wykryty. Jego pierwsze symptomy uznaje się zwykle za dolegliwości ze strony układu

pokarmowego. Niestety, często bywa diagnozowany w stadium uniemożliwiającym pełne wyleczenie – jest to więc bez wątpienia najgorzej rokujący nowotwór złośliwy kobiecych narządów płciowych. Jak wiadomo, rokowanie w raku jajnika uzależnione jest przede wszystkim od stopnia zaawansowania nowotworu w momencie diagnozy.

Większość pacjentek z rakiem jajnika znajduje się w jego zaawansowanym stadium...

Zaawansowany rak jajnika (w stadium III lub IV w momencie diagnozy) to taki, który spowodował powstanie przerzutów odległych, m.in. do otrzewnej.

Przerzuty do jamy otrzewnej dotyczą około 50% chorych. Przerzuty mogą pojawić się również w innych narządach, na przykład na jelitach, wątrobie, w jamie opłucnej. Rokowanie w zaawansowanym raku jajnika jest zasadniczo niepomyślne. Szanse na przeżycie pięciu lub więcej lat ma jedynie 40% pacjentek, wiele jednak zależy od stanu zaawansowania choroby i przyjętego leczenia.

Generalnie warunkiem skutecznego leczenia tego nowotworu jest całkowita lub prawie całkowita cytoredukcja (czyli usunięcie) zmian nowotworowych.

Jeszcze niedawno medycyna akademicka nie miała zbyt wiele do zaoferowania pacjentkom z rakiem jajnika w III i IV stopniu zaawansowania. Po stwierdzeniu zajęcia otrzewnej przez nowotwór chirurg najczęściej zamykał jamę brzuszną i kierował chorą na leczenie paliatywne, które także nie oferowało terapii mogących zatrzymać postęp choroby: chemioterapia podawana dożylnie nie jest w stanie przeniknąć przez barierę krew-otrzewna w stężeniu leczniczym. W ostatnich latach pojawiły się jednak ścieżki skutecznego leczenia zaawansowanego raka jajnika, między innymi metoda HIPEC, mogąca być ratunkiem dla tej grupy pacjentek, wobec których jeszcze niedawno medycyna była bezsilna.



Rozmowa z dr. n. med. Jerzym Kuśnierzem, specjalistą chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej na temat zastosowania metody HIPEC w leczeniu zaawansowanego raka jajnika.

Czym jest HIPEC?

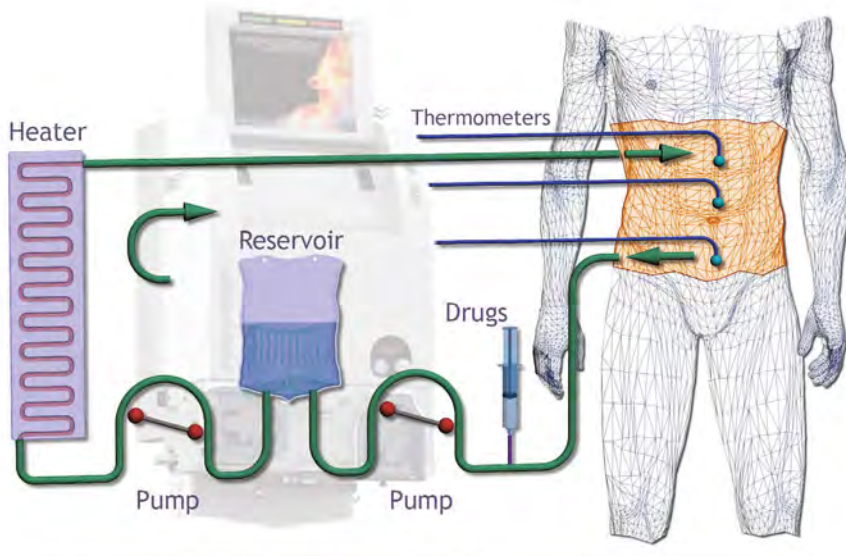
Mówiąc ogólnie, nowa technologia HIPEC (*Hyperthermic IntraPERitoneal Chemotherapy*), czyli Dootrzewnowa Chemioterapia Perfuzyjna w Hipertermii, polega na połączeniu operacji chirurgicznej z miejscową chemioterapią podgrzany cytostatykiem.

HIPEC jest rodzajem miejscowej hipertermii, odbywającej się przez podgrze-

wanie płynu infuzyjnego zawierającego cytostatyki, który krąży w obiegu jama brzuszna-pompa-jama brzuszna. Podniesienie temperatury leku wzmacnia jego efekt cytotoksyczny, a także powoduje korzystne dla pacjenta zmiany w środowisku komórek nowotworowych, m.in. pobudza układ odpornościowy, hamuje podział komórek nowotworowych, a ponieważ są one bardziej wrażliwe na wysoką temperaturę – powoduje ich apoptozę.

Metoda ta, stosowana m.in. w międzybłoniu otrzewnej czy śluzaku rzekomym otrzewnej jest najbardziej skuteczna w leczeniu tych nowotworów i bardzo dobrze sprawdza się

w leczeniu przerzutów raka jajnika do otrzewnej. Badania naukowe potwierdzają poprawę rokowania u kobiet, które przebyły zabieg cytoredukcji razem z HIPEC. Największą korzyść z zastosowania HIPEC odnosiły pacjentki, u których podczas operacji udało się usunąć wszystkie widoczne zmiany o średnicy powyżej trzech milimetrów. Zaledwie kilka ośrodków onkologicznych w Polsce stosuje tę metodę, na początku lutego Radomskie Centrum Onkologii dołączyło do ich grona, wprowadzając leczenie metodą HIPEC m.in. pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika. Co ważne, procedura HIPEC w zaawansowanym raku jajnika jest w całości refundowana przez NFZ.



DOOTRZEWNOWA CHEMIOTERAPIA PERFUZYJNA W HIPERTERMII (HIPEC)

Jak przebiega operacja z zastosowaniem HIPEC?

W czasie operacji chirurgicznej usuwa się guz nowotworowy i widoczne ogniska nowotworu. Zakres interwencji chirurgicznej bywa różny. Niekiedy obejmuje – poza usunięciem guza – także część lub całą otrzewną, kobiece narządy płciowe, części innych narządów zajęte przez nowotwór, ponieważ praktyka kliniczna pokazuje, że radykalne operacje znacząco wydłużają życie. Stąd tak ważne jest, aby zarówno operację, jak i kwalifikację do HIPEC wykonywał naprawdę dobrze wyszkolony, doświadczony zespół.

Po operacji i zamknięciu powłok brzusznych wprowadza się do jamy otrzewnej przy pomocy specjalnych drenów cytostatyki podgrzanej do około 42°C. Termometry precyzyjnie kontrolują temperaturę leku. Podawanie płynu infuzyjnego do jamy otrzewnej trwa około godziny. Dawka cytostatyki zwykle jest podobna jak przy leczeniu systemowym, ale ze względu na hipertermię jego stężenie w tkankach nowotworowych jest nawet 30-krotnie wyższe. Dzięki podaniu dootrzewnowemu można więc skutecznie zniszczyć te zmiany nowotworowe, które pozostały w jamie otrzewnej po usunięciu guza. Stały przepływ płynu z cytostatykiem o podwyższonej temperaturze umożliwia dotarcie

leku do wszystkich zakamarków jamy otrzewnej. Cytostatyki niszczy zlokalizowane w otrzewnej tkanki nowotworowe, których klasycznie (dożylnie) podany cytostatyk nie zdoła zniszczyć ze względu na barierę krew-otrzewna. Na koniec następuje płukanie otrzewnej płynem obojętnym i usuwane są termometry i dreny. W zależności od wyników badania histologicznego, po 3-6 tygodniach wdraża się chemioterapię ogólnoustrojową, która zabezpiecza przed ewentualnym rozwojem choroby w przestrzeni zaotrzewnowej i innych narządach.

Największa zaleta HIPEC?

Metoda ta zapewnia wydłużenie czasu wolnego od nawrotu i czasu przeżycia całkowitego.

W przypadku zaawansowanego raka jajnika, kiedy wystąpią już przerzuty do jamy otrzewnej, HIPEC może wydłużyć aż o połowę czas przeżycia chorych. Stanowi zatem szansę na wydłużenie życia kobietom z późno wykrytym rakiem jajnika, dającym przerzuty do otrzewnej.

Wykonałem dotychczas ponad 300 zabiegów HIPEC, wśród nich było wiele przypadków pierwotnego, jak i nawrotowego raka jajnika i na podstawie własnych doświadczeń mogę stwierdzić, że HIPEC rzeczywiście jest szansą



Zespół chirurgów RCO podczas operacji na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Radomskiego Centrum Onkologii

dla kobiet z późno wykrytym rakiem jajnika, który daje przerzuty do otrzewnej.

Które pacjentki z zaawansowanym rakiem jajnika mogą zakwalifikować się do leczenia HIPEC?

Zabieg chirurgiczny poprzedzający dootrzewnową chemioterapię, mający na celu usunięcie wszystkich widocznych ognisk nowotworowych, trwa zwykle kilka godzin. Pacjentka musi być w na tyle dobrej kondycji fizycznej, aby mogła zostać poddana długotrwałej i obciążającej organizm operacji oraz następującej po niej chemioterapii dootrzewnowej w podwyższonej temperaturze.

HIPEC stosuje się głównie u pacjentek z nawrotnym rakiem jajnika (najlepiej platynowrażliwym, co poprawia odpowiedź na leczenie) i ze wznowami po kilku rzutach chemioterapii. Zabieg niesie duże korzyści także tym chorym, u których podczas operacji pierwotnej ze względu na stopień zaawansowania nowotworu nie dało się wykonać pełnej cytoredukcji, a które dobrze odpowiedziały na chemioterapię

neoadjuwantową. Można wykonać u nich kolejną operację połączoną z HIPEC. Leczenie najlepiej sprawdza się u pacjentek, u których podczas operacji usunie się wszystkie widoczne zmiany lub u których pozostawi się małe zmiany, które można zniszczyć przy pomocy dootrzewnowej chemioterapii.

Czy istnieją przeciwwskazania do zabiegu?

Głównymi przeciwwskazaniami do zabiegu HIPEC są: zły stan fizyczny, wiek powyżej 75 lat – oba ze względu na związane z operacją długotrwałe obciążenie ogólnoustrojowe; a także stwierdzone liczne przerzuty do węzłów chłonnych zaotrzewnowych, wnęki wątroby, naciek krezki jelita cienkiego, zajęcie przez proces nowo-

tworowy jamy opłucnej. Pamiętajmy, że cytoredukcja połączona z chemioterapią dootrzewnową w hipertermii to zabieg rozległy, rozciągnięty w czasie, wielogodzinny.

Czy HIPEC niesie ze sobą dodatkowe działania niepożądane z porównaniu ze zwykłą operacją cytoredukcyjną?

Stany zapalne, przejściowe zaburzenia układu oddechowego, funkcji nerek, zaburzenia układu krzepnięcia czy utrzymujące się nudności i wymioty mogą wystąpić po każdej rozległej interwencji chirurgicznej.

Pacjentki, które mają zostać poddane HIPEC, zawsze uprzedzamy o możliwości wystąpienia objawów ubocznych związanych z przebyтым rozległym zabiegiem, takich jak nudności i ból w rejonie rany pooperacyjnej. Do tego dochodzą bóle brzucha, kiedy po pewnym czasie rusza perystaltyka.

Dopiero po kilku dniach mogą pojawić się objawy związane z chemioterapią dootrzewnową: podany do jamy brzusznej cytostatyk przenika bowiem w pewnym stopniu do organizmu. Im rozleglejsza operacja, tym więcej chemioterapeutyku może się wchłonać. Toksyczne oddziaływanie dootrzewnowo podanych chemioterapeutyków wiąże się z tym, że ta sama lub zbliżona dawka do tej, którą podaje się dożylnie przez dłuższy czas podczas

chemioterapii systemowej (klasycznej), zostaje podana jednorazowo w płynie infuzyjnym o objętości około 4 litrów. Pełna dawka chemioterapeutyku krąży przez około godzinę w jamie otrzewnej. Stężenie leku jest więc wysokie i utrzymuje się przez cały zabieg. Owszem, istnieje bariera krew-otrzewna, jednak cytostatyk przedostaje się do ustroju przez tę barierę, a także ubytki w otrzewnej, powstałe podczas operacji (niekiedy z powodu licznych zmian nowotworowych zostaje usunięta duża część otrzewnej).

Najczęściej podawana podczas HIPEC cisplatyna wpływa na czynność nerek, po jej dootrzewnowym podaniu występuje ich przejściowa niewydolność



PRZEDE RADOMSKIE

spowodowana wchłaniającym się chemioterapeutykami. Dlatego stosujemy sprawdzone metody zapobiegania niewydolności nerek, do których należą nawodnienie, podawanie jonów magnezu, diureza forsowana. Te podstawowe środki z reguły okazują się wystarczające, by zapobiec uszkodzeniu nerek. W przypadku innych chemioterapeutyków może wystąpić supresja szpiku, neutropenia, anemia, małopłytkowość. Udowodniono, że HIPEC nie zwiększa liczby powikłań chirurgicznych.

Kończąc naszą rozmowę, proszę jeszcze o odpowiedź na jedno pytanie: czy HIPEC może być wykonywany kilkakrotnie u jednej pacjentki z zaawansowanym rakiem jajnika?

Tak, HIPEC może być wykonywany u tej samej chorej kolejny raz, może być wykonywany po chemioterapii i po radioterapii (oczywiście z zachowaniem niezbędnego odstępu czasowego pomiędzy zabiegami). Metoda ta – co potwierdzają obserwacje i randomizowane badania – daje pożądany w zaawansowanej chorobie nowotworowej efekt wydłużenia czasu do kolejnej wznowy i wydłużenie całkowitego czasu przeżycia, staramy się więc stosować ją zawsze, gdy jest to możliwe.

Dziękuję za rozmowę. ■

Rozmawiała Alicja Kałużny

Przedstawiamy Państwu młode, bo niespełna pięcioletnie centrum onkologii z wielkim doświadczeniem i profesjonalną kadrą. Ten kameralny – w porównaniu do ogromnych centrów onkologii – ośrodek dynamicznie się rozwija, a tworzą go ludzie z wielkim sercem. Jego pracownicy dokładają wszelkich starań, by każdy Pacjent otrzymał najlepsze leczenie i odzyskał zdrowie, a przy tym czuł się „zaopiekowany” od A do Z.

Na portalu ONKOMAPA – przewodniku po ośrodkach onkologicznych utworzonego przez Fundację Alivia – 100% pacjentów poleca Radomskie Centrum Onkologii.



WSZYSTKIM PACJENCI – CENTRUM ONKOLOGII

Oficjalne otwarcie Radomskiego Centrum Onkologii miało miejsce w czerwcu 2016 r. Placówka umożliwiła stosowanie w Radomiu takich metod diagnostyki i leczenia, na które chorzy musieli dotychczas jeździć do innych ośrodków (teleterapia, brachyterapia, PET/CT). W RCO leczeni są Chorzy z terenu całej Polski z tzw. nowotworami litymi: piersi, przewodu pokarmowego, głowy i szyi, układu moczowego, narządów rodnych kobiecych, płuc oraz mózgu. Od 2016 r. do czerwca 2020 r. w RCO leczono ponad 44.000 pacjentów.

RCO połączone jest z Centrum Neuro-radiochirurgii Gamma Knife w Warszawie, nowoczesnie wyposażoną placówką, w której znajduje się pierwsze

w Polsce urządzenie Gamma Knife® Perfexion™. Służy ono do leczenia guzów nowotworowych mózgu, przerzutów do mózgu oraz niektórych chorób nienowotworowych mózgu. Metoda radiochirurgii stereotaktycznej z wykorzystaniem noża gamma jest w wielu przypadkach alternatywą dla operacji neurochirurgicznych, minimalnie inwazyjną dla pacjenta i niemal całkowicie bezbolesną. Od 2011 roku w Centrum leczono 9000 pacjentów.

Szpital dysponuje 150 łózkami na pięciu oddziałach szpitalnych: Chirurgii Onkologicznej, Onkologii Klinicznej, Radioterapii, Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Oddział Chemioterapii Diennej dysponuje nowoczesną salą z 15 stano-





wany. Po założeniu karty DiLO przeprowadzana jest pełna diagnostyka. **Karta DiLO uzupełniana jest przez poszczególnych lekarzy specjalistów na wszystkich etapach diagnozowania oraz leczenia Pacjenta, dzięki czemu wszelkie informacje o nim znajdują się w jednym miejscu.** Decyzje terapeutyczne u każdego Chorego z rozpoznanym

wiskami do podawania chemioterapii. Ośrodek posiada najnowocześniejszy sprzęt do diagnostyki i leczenia nowotworów, m.in. aparaty do brachyterapii HDR, aparaty do radioterapii, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny, skaner PET/CT, aparaty USG, mammoğraf, mammotom, pełne wyposażenie endoskopowe.

Do dyspozycji Chorych pozostaje dietetyk, psycholog, fizjoterapeuta, specjaliści leczenia bólu. W Radomskim Centrum Onkologii funkcjonują też Punkty Konsultacji Farmaceutycznej, Fizjoterapeutycznej oraz Konsultacji Stomijnej.

Leczenie chorób nowotworowych prowadzimy w oparciu o nowoczesne standardy leczenia. Pacjent, u którego lekarz podejrzewa nowotwór złośliwy, diagnozowany jest w najszybszym możliwym czasie i leczony w sposób skoordyno-

nowotworem podejmowane są w trybie konsylium onkologicznego z udziałem lekarzy wielu specjalności, m.in. chirurga onkologa, onkologa, radioterapeuty, radiodiagnosty, psychologa i fizjoterapeuty. Pacjent w trakcie leczenia jest przypisany do koordynatora leczenia, który nadzoruje i ułatwia terminowe etapy terapii skojarzonej.

ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

Oferuje leczenie zmian łagodnych i złośliwych piersi, zabiegi na układzie chłonnym (zarówno diagnostycznie, jak i leczenie), zabiegi operacyjne na przewodzie pokarmowym, zabiegi w obrębie skóry (w tym leczenie czerniaka), zabiegi na tarczycy, wszczepianie portów naczyniowych.

Oddział chirurgii onkologicznej specjalizuje się m.in. w leczeniu raka jelita

grubego. **Ponad 30% operacji przeprowadzanych jest techniką laparoskopową.** Organizujemy warsztaty szkoleniowe dla lekarzy z chirurgii laparoskopowej jelita grubego. **Szpital spełnia wszystkie kryteria Colorectal Cancer Unit.**

Blok operacyjny oddziału chirurgii onkologicznej dysponuje klimatyzowanymi salami operacyjnymi, które są wyposażone w nowoczesny sprzęt anestezyjologiczny i chirurgiczny umożliwiający prowadzenie leczenia małoinwazyjnego, endoskopowego i laparoskopowego. Dzięki zastosowaniu najnowszych technologii możliwa jest transmisja obrazu wewnątrz sali zabiegowej, jak i poza nią oraz wykorzystanie jej do

celów diagnostycznych, konsultacyjnych i edukacyjnych.

Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi

W szpitalu działa wielodyscyplinarny **zespół terapeutyczny diagnozujący i leczący nowotwory złośliwych piersi, działający według standardów Breast Cancer Unit.** Tworząc go, pragnęliśmy ułatwić dostępność do leczenia i diagnostyki raka piersi wszystkim potrzebującym kobietom z regionu. Wykonujemy pełną diagnostykę raka piersi, pełen zakres leczenia chirurgicznego łącznie z zabiegami rekonstrukcyjnymi (jednoczasowe i odroczone) z zastoso-



waniem protez oraz tkanek własnych. Dzięki nowoczesnym programom leczenia uzupełniającego, niezwłocznie po zakończeniu leczenia chirurgicznego Pacjentka zaczyna kolejne etapy leczenia, co znacznie skraca proces wychodzenia z choroby.

ODDZIAŁ ONKOLOGII

Jeden z najnowocześniejszych oddziałów specjalistycznych tego typu w Polsce. Zajmuje się leczeniem różnych typów nowotworów, głównie raka płuca, piersi, nowotworów przewodu pokarmowego, regionu głowy i szyi, narządu rodowego oraz układu moczowego, w tym raka prostaty. Decyzję o optymalnym sposobie leczenia, dostosowanym

do sytuacji indywidualnego Chorego, podejmuje zespół specjalistów zajmujących się leczeniem nowotworów: onkologa klinicznego, radioterapeuty, chirurga onkologa i innych, np. ginekologa, pulmonologa, kardiologa. W trakcie leczenia onkologicznego Pacjenci mogą liczyć na wsparcie psychologa, opiekę rehabilitanta i dietetyka.

W RCO stosujemy nowoczesne schematy chemioterapii, immunoterapii, leczenia celowanego oraz hormonoterapii. Szczególną uwagę przykładamy do indywidualizacji leczenia. Istotne jest dla nas leczenie wspomagające, w tym dbałość o właściwe leczenie bólu i o stan odżywienia pacjenta. W zespole lekarskim RCO mamy specjalistów





leczenia bólu. Szpital dysponuje możliwościami żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Część Pacjentów odnosi korzyści z udziału w **badaniach klinicznych** nowych leków i strategii leczenia skojarzonego. Do dyspozycji Chorych pozostają pokoje jedno-, dwu- i trzyosobowe z łazienkami oraz dostęp do telewizji, internetu, biblioteki, świetlicy.

Oddział chemioterapii dziennej wyposażony jest w klimatyzację, wygodne fotele oraz telewizory, dzięki czemu proces podawania leków przebiega w komfortowych warunkach. Nad bezpieczeństwem Pacjentów czuwa wyspecjalizowany zespół lekarzy i pielęgniarek, który stale podnosi swoje kwalifikacje. Dzięki temu leczenie przebiega w oparciu o ak-

tualną wiedzę i wytyczne światowych towarzystw naukowych. Pacjenci mogą liczyć na zaangażowanie oraz indywidualnego podejście całego personelu na każdym etapie leczenia.

ODDZIAŁ RADIOTERAPII

Możemy w nim hospitalizować 45 Chorych, ale Pacjenci mogą też korzystać z bezpłatnego pobytu w Hotelu Arka (centrum miasta). Szpital zapewnia im całodienne wyżywienie oraz transport na sesje napromieniania. Pacjenci samodzielni są leczeni w warunkach ambulatoryjnych. Akceleratory RCO umożliwiają leczenie do 200 pacjentów dziennie. Pacjenci zakładu radioterapii przyjmowani są bez kolejek, zaś

oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia wynosi około tydzień. Napromienianie rozpoczynane jest po wykonaniu koniecznych badań i przygotowaniu planu leczenia.

Zakład radioterapii RCO obejmuje m.in. pracownię teleradioterapii, pracownię brachyterapii wraz z pracownią radiologii zabiegowej oraz pracownię fizyki medycznej. Stosujemy zaawansowane metody napromieniania (3DCRT, IMRT, IGRT, VMAT, GATING, SRS i SBRT). Brachyterapia wysokospecjalistycznymi aparatami HDR (śródtkankowa, wewnątrzprzewodowa, wewnątrzjamowa, powierzchniowa – z planowaniem 3D) wykorzystywana jest w leczeniu raka prostaty, piersi, płuc, przełyku, regionu głowy i szyi (np. język, jama ustna, warga), narządu rodnego, tkanek miękkich

i skóry oraz w innych lokalizacjach **Teleterapia to także bezpieczna metoda leczenia chorób nienowotworowych.**

Jej zastosowanie może uchronić przed zabiegiem chirurgicznym i znacznie ograniczyć zażywanie leków przeciwbólowych. Zakład i Oddział Radioterapii RCO leczy m.in. zwyrodnienia stawów, naczyniaki kręgosłupa, oponiaki, nerwiaki, gruczolaki, niektóre zespoły bólowe i zapalne, bliznowce, kostnienie pozastawowe, chorobę Dupuytren'a, Ledderhose'a, Peyroniego.

RCO posiada **nowoczesne systemy informatyczne**, które umożliwiają bezpieczne gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie danych klinicznych oraz ułatwiają prowadzenie konsultacji, podejmowanie decyzji terapeutycznych i monitorowanie leczenia.



RCO dysponuje **nowoczesną diagnostyką laboratoryjną** z możliwością wykonywania badań bakteriologicznych, serologicznych, mikrobiologicznych, markerów nowotworowych, profilaktycznych, genetycznych oraz analityki ogólnej. Posiada też **jedną z najnowocześniejszych aptek szpitalnych w kraju z pracownią leku cytostatycznego i pracownią żywienia pozajelitowego**, gdzie wykonywane są leki dla Pacjentów szpitala, a także innych placówek medycznych. Apteka oferuje specjalną usługę dla Chorych – konsultacje farmaceutyczne.

O zadowoleniu Pacjentów z usług oferowanych przez RCO świadczy prawie 18-krotny wzrost liczby chorych leczonych na oddziałach i ponad 40-krotny wzrost osób leczonych ambulatoryjnie w latach 2016–2019.

By propagować wiedzę na temat chorób nowotworowych i zmniejszać lęk przed rakiem, RCO utworzyło Akademię Onkologiczną Radomskiego Centrum Onkologii: cykliczne spotkania edukacyjne dla Pacjentów i ich rodzin poświęcone zagadnieniom związanym z profilaktyką, leczeniem, opieką nad pacjentem onkologicznym, aspektem psychologicznym, żywieniowym i codziennemu życiu chorych na nowotwory. Podobne spotkania organizowane są dla lekarzy POZ pod nazwą Akademia Onkologiczna dla Lekarzy.

Przed pandemią codziennością były dla szpitala spotkania z wolontariuszami, Amazonkami, przedstawicielami różnych fundacji onkologicznych. Fundacja Piękniejsze Życie organizuje warsztaty makijażu dla Pacjentelek, których celem jest pokazanie, że rak nie odbiera kobiecości, natomiast organizacja Kwiat Kobiecości przygotowuje prezenty dla Chorych, między innymi z okazji Bożego Narodzenia. Kilka razy w roku RCO organizuje także tzw. Dni Otwarte, oferując badania profilaktyczne, m.in. USG czy mammografię. Realizowało program profilaktyczny dotyczący wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi, szkolenie pielęgniarki i lekarzy i przeprowadzając badania przy użyciu nasofiberoskopu.

Realizujemy ogólnopolski program badań przesiewowych raka jelita grubego. W **pracowni endoskopii** poza rutynowo wykonywanymi badaniami gastrokopii i kolonoskopii, przeprowadzane są na najnowocześniejszych videoendoskopach inne zabiegi endoskopowe, takie jak usuwanie wczesnych zmian nowotworowych i polipów, rozszerzanie łagodnych i złośliwych zwężeń przewodu pokarmowego, hamowanie krwawień, przezskórna endoskopowa gastrostomia oraz protezowanie przełyku. ■



Rezonans magnetyczny oraz płynna biopsja prostaty w nowoczesnej diagnostyce raka prostaty

dr Stefan W. Czarniecki

■ Epidemiologia raka prostaty

Rak prostaty jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem w Europie, gdzie obecnie żyje z nim 2.5 miliona mężczyzn. Każdego roku 450 tysięcy Europejczyków zapada na raka gruczołu krokowego, a 107 tysięcy z jego powodu umiera. W Polsce takie rozpoznanie słyszy co tydzień około 300 mężczyzn. Średni wiek w chwili rozpoznania raka prostaty wynosi w Polsce 69 lat.

Trzy główne czynniki ryzyka w raku prostaty to wiek (ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem), pochodzenie etniczne (nie wszyscy wiedzą, że rak prostaty najczęściej diagnozowany jest u mężczyzn pochodzących z Afryki, najrzadziej zaś u Azjatów) i historia rodzinna. Mężczyźni z rakiem prostaty w wywiadzie rodzinnym są bardziej narażeni na niekorzystny przebieg tej choroby. Wykryto również korelację pomiędzy ryzykiem raka prostaty a nosicielstwem mutacji w genie BRCA2, o której mówi się zwykle w związku z rakiem piersi. Zazwyczaj raki występujące w rodzinie nie są wystarczająco uwzględnianym czynnikiem ryzyka tego nowotworu.

Istnieją również doniesienia na temat związku między ryzykiem wystąpienia raka prostaty a niektórymi dolegliwościami związanymi z zespołem metabolicznym.

Nadciśnienie tętnicze i obwód talii (> 102 cm) wiążą się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania o 15% i 56%. Jednak aby potwierdzić te ustalenia, potrzebna są kolejne badania. Badania dotyczące związku otyłości (BMI \geq 30) z ryzykiem zachorowania na raka prostaty są sprzeczne, wiadomo jednak, że otyli mężczyźni są bardziej narażeni na agresywny przebieg choroby i szybszą progresję nowotworu.

■ Czy da się zapobiec rakowi prostaty?

Jeśli chodzi o zapobieganie zachorowaniu na raka prostaty, podobnie jak w przypadku innych nowotworów rekomenduje się zdrowy styl życia i czujność onkologiczną. Brak obecnie wiarygodnych dowodów na to, że bardziej szczegółowe środki zapobiegawcze są w stanie ograniczyć ryzyko wystąpienia raka prostaty. Biorąc pod uwagę różnice epidemiologiczne między Azją a Ameryką Północną oraz północną i południową Europą, można podejrzewać, że nawyki żywieniowe (dieta uboga w tłuszcze zwierzęce i bogata w owoce, zboża i warzywa), mogą przekładać się na niższe ryzyko zachorowania na raka prostaty. Zaleca się zatem zbilansowaną dietę i regularną aktywność fizyczną jako korzystne dla ogólnego stanu zdrowia. Wskazane jest, aby wszyscy pacjenci, w tym ci dotknięci rakiem prostaty, prowadzili aktywny tryb życia i utrzymywali prawidłową masę ciała.

Jeśli chodzi o interwencje farmakologiczne, nie ma obecnie danych wskazujących na ich potencjał ograniczania rozwinięcia się raka prostaty. Chociaż wydaje się, że zastosowanie inhibitorów 5-alfa-reduktazy przynosi potencjalne korzyści w zapobieganiu lub opóźnianiu rozwoju raka gruczołu krokowego, należy rozważyć ich włączenie pod kątem niepożądanych skutków ubocznych i potencjalnie wyższego ryzyka wy-



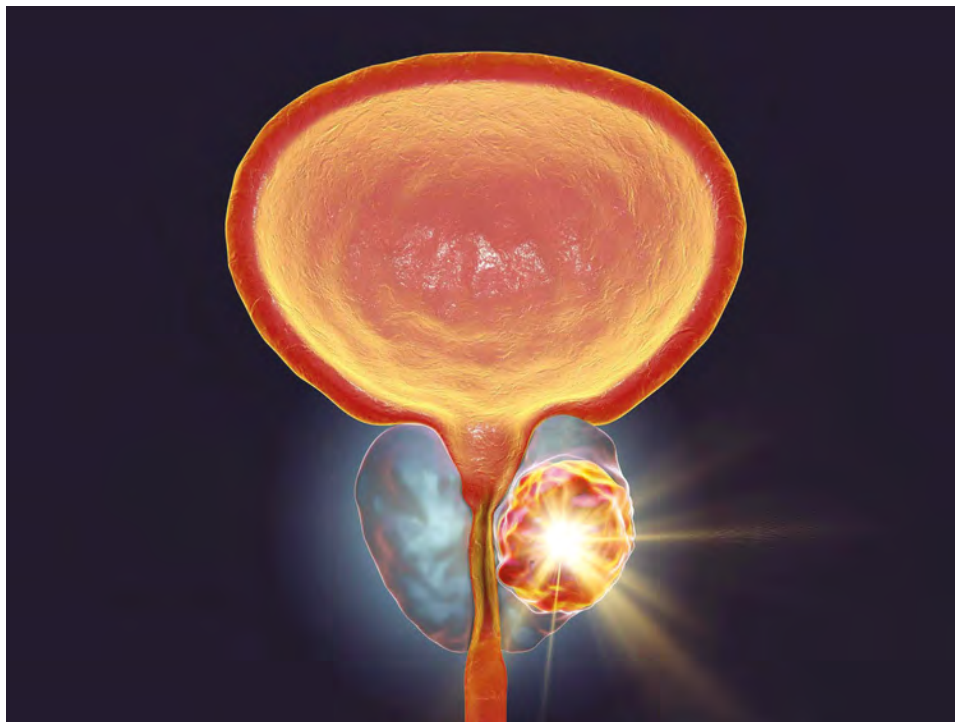
foto: Tomasz Sagan

dr STEFAN W. CZARNIECKI

Specjalista urolog, FEBU
Ordynator Oddziału Urologii HIFU CLINIC
Carolina Medical Center, Warszawa



HIFUCLINIC
CENTRUM LECZENIA RAKA PROSTATY
UROLOGIA 10 LAT



© Kateryna_Kon, stock.adobe.com

krycia raka prostaty o wysokim stopniu złośliwości. Inhibitory 5-alfa-reduktazy nie są zatwierdzone przez EMA do zapobiegania rakowi prostaty.

Istnieją sprzeczne dane dotyczące związku między stosowaniem aspiryny lub nie-steroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) a ryzykiem zachorowania na raka prostaty. Nie potwierdzono także ochronnego działania statyn (metaanalizy, badanie REDUCE), choć wyniki duńskiego badania z 2016 wykorzystującego krajowe dane wskazują, że statyny mogą obniżyć śmiertelność z powodu raka prostaty. Potrzebne są jednak dalsze badania oparte na Big Data. Reasumując, nie ma obecnie wiarygodnych dowodów na to, że wybrane środki zapobiegawcze mogą zmniejszyć ryzyko raka prostaty.

Chociaż dane nie są jednoznaczne, sugeruje się, że polifenole zawarte w zielonej herbacie, izoflawony sojowe, fitoestrogeny, likopen, czerwone wino i ekspozycja na słońce mogą wspierać profilaktykę raka prostaty. Z kolei spożywanie czerwonego lub przetworzonego mięsa nie wydaje się wiązać ze zwiększonym ryzykiem tego

nowotworu. Badacze wciąż poszukują naturalnych substancji i suplementów diety, które mogą pomóc w obniżeniu ryzyka wystąpienia raka gruczołu krokowego.

■ Zapobieganie przez wczesną detekcję

Opublikowano wiele badań naukowych, które dostarczają rzetelnych dowodów na to, że najskuteczniejszą metodą ratująca życie pacjentów jest wczesne wykrycie raka prostaty. Warto, by mężczyźni (zwłaszcza z grupy ryzyka) byli świadomi korzyści płynących z wczesnego wykrycia tego nowotworu. Wczesne wykrywanie raka gruczołu krokowego umożliwia jego skuteczne leczenie, radykalnie zmniejsza śmiertelność z jego powodu i – co bardzo ważne – zapewnia dobrą jakość życia.

Nie wolno zapominać, że rak prostaty nie daje żadnych charakterystycznych objawów – nie sposób więc wykryć go w oparciu o jakiegokolwiek zauważalne symptomy. Wykrywanie go w uleczalnym stadium nie powinno zatem bazować na samodzielnym zgłaszaniu się mężczyzn do lekarza, gdy stwierdzają lub podejrzewają pewne nieprawidłowości (np. problemy z oddawaniem moczu, występujące tylko w przypadku części niezaawansowanych raków prostaty, a dużo częściej z całkowicie innych przyczyn).

Dlatego też Europejskie Towarzystwo Urologiczne (European Association of Urology) wraz z Polskim Towarzystwem Urologicznym rekomendują zindywidualizowany screening populacyjny w postaci badań przesiewowych PSA (*prostate-specific antigen*, czyli antygen swoisty dla prostaty) wykonywanych z krwi u wybranych, świadomych mężczyzn od 40. roku życia wzwyż.

Najwcześniej powinni się poddawać temu badaniu mężczyźni, u których ryzyko rozpoznania raka prostaty w młodszym wieku jest najwyższe – czyli nosiciele mutacji BRCA2, która jest skorelowana z występowaniem między innymi raka piersi u kobiet. Od 45. roku życia badani powinni być panowie zagrożeni rakiem prostaty uwarunkowanym dziedzicznie (rak prostaty w najbliższej rodzinie, szczególnie rozpoznawany przed 55. rokiem życia lub u dwóch/trzech bliskich krewnych). W każdym z tych przypadków oznaczenie PSA powinno być poprzedzone konsultacją urologiczną, stąd tak ważna jest u mężczyzn świadomość konieczności poddania się opiece urologicznej po 40. roku życia.

Wczesne wykrywanie raka prostaty, choć pozornie pożądane, nie jest samo w sobie celem naszych – lekarzy – działań. To stwierdzenie może zdziwić, jednakże działania skupione na wykrywaniu **wszystkich** raków prostaty nie mają same w sobie większego sensu, ponieważ znaczna część z nich nigdy nie będzie przyczyną śmierci badanego mężczyzny. Zależać nam powinno na detekcji, najlepiej wczesnej, jedynie tych nowotworów prostaty, które są **istotne klinicznie**, czyli tych, które – nieleczone – mogą doprowadzić do wystąpienia przerzutów oraz śmierci.

Z rozpoznaniem rakiem prostaty w Europie żyje obecnie 2.5 miliona mężczyzn, a znaczna część z nich wcale z jego powodu nie umrze. Dodatkowo wielu mężczyzn nie wie o tym, że rozwinął się u nich rak prostaty i nigdy nie poniesie zdrowotnych konsekwencji tego faktu. **Wyzwanie dla współczesnej profilaktyki i wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego stanowi zatem identyfikacja tych mężczyzn, którzy są zagrożeni istotnym klinicznie rakiem prostaty.**

■ Nowoczesne narzędzia diagnostyczne: nieinwazyjne i skuteczne

Klasyczna biopsja prostaty bazująca na przezodbytniczym USG stanowiła do niedawna – obok PSA i badania palpacyjnego prostaty – główne narzędzie diagnostyczne w raku gruczołu krokowego. Ten dość bolesny (najczęściej wykonywany bez znieczulenia) i nieprzyjemny zabieg w niektórych przypadkach kończy się powikłaniami, niekiedy poważnymi. Obecnie, poza wykonywaną przezskórnie przez krocze biopsją fuzyjną umożliwiającą uniknięcie powikłań i dająca pełny obraz badanego guza, dysponujemy innymi nowoczesnymi narzędziami diagnostycznymi, dostępnymi także w Polsce.

Rezonans magnetyczny prostaty

Możliwość wykonania przed biopsją wieloparametrycznego rezonansu magnetycznego (mpMRI) znacząco poprawiła możliwości diagnostyczne wczesnego (zlokalizowanego) raka prostaty. Obrazowanie MRI charakteryzuje wysoka czułość i wysoka



ujemna wartość predykcyjna dla agresywnej choroby (niski odsetek wyników fałszywie dodatnich). Ponadto badanie to nie uwzględnia nieistotnych klinicznie (czyli łagodnych) raków prostaty, a jednocześnie pozwala ustalić, czy ewentualne zmiany nowotworowe są ograniczone jedynie do gruczołu. W związku z powyższym **MRI jawi się jako obiecujące, zarazem coraz częściej stosowane w praktyce narzędzie służące identyfikacji mężczyzn z ryzykiem wystąpienia istotnego klinicznie raka gruczołu krokowego**, u których należy rozważyć dalsze postępowanie diagnostyczne, w tym biopsję.

Warto nadmienić, że zastosowanie wieloparametrycznego rezonansu magnetycznego przed biopsją prostaty pozwala na wykrycie większego odsetka istotnych klinicznie przypadków raka prostaty w porównaniu z biopsją losową. Prowadzi to do zmniejszenia o ponad 10% leczenia przypadków nieistotnych klinicznie i zredukowania o 30% liczby niepotrzebnych biopsji. Powszechne wdrożenie strategii wczesnego wykrywania raka prostaty z użyciem mpMRI pozwoliłoby zatem uniknąć znacznej liczby niepotrzebnych biopsji gruczołu krokowego i diagnoz „na wyrost”.

Protokół MRI prostaty zakłada ocenę badania z uwzględnieniem morfologii gruczołu, charakteru dyfuzji cząsteczek wody przez tkankę oraz perfuzji, czyli cech wzmocnienia ognisk chorobowych po podaniu kontrastu gadolinowego. Potem, na podstawie otrzymanych obrazów, ogniska chorobowe są punktowane przy użyciu międzynarodowej skali PI-RADS. W trakcie wieloparametrycznego rezonansu magnetycznego prostaty rutynowej ocenie podlegają także węzły chłonne oraz inne struktury objęte badaniem. Obrazowanie mpMRI umożliwi ewentualną precyzyjną biopsję fuzyjną podejrzanych ognisk nowotworowych, a także określenie dalszego postępowania diagnostyczno-leczniczego. Możliwe, że w przyszłości z MRI prostaty korzystali będą nie tylko pacjenci kwalifikowani do wykonania biopsji stercza, ale wszyscy mężczyźni, u których występuje podwyższone PSA bez uchwytnej przyczyny.

Badanie trwa około godzinę, jest nieinwazyjne i – co ważne – bezbolesne. Podawany podczas tego badania dożylny kontrast gadolinowy jest bezpieczniejszy i lepiej tolerowany przez pacjentów niż stosowany podczas tomografii komputerowej kontrast na bazie związków jodu.

Dalsza optymalizacja protokołów rezonansu magnetycznego, w tym okrojenie ich do zaledwie dwóch lub trzech sekwencji (części badania), skraca czas trwania, jak też

cenę badania. Zakłada się, iż celowe jest, aby wysokiej jakości rezonans magnetyczny był dostępny dla większej liczby pacjentów, stąd prace nad skracaniem protokołu badania. Wykorzystanie analizy obrazu wspartą przez sztuczną inteligencję (machine learning) będzie zapewne kolejnym postępowaniem w tej dziedzinie zarówno w uzyskaniu lepszej standaryzacji interpretacji, jak też w skróceniu czasu tej interpretacji.



Płynna biopsja prostaty SelectMDx

Ta nieinwazyjna i bezbolesna płynna biopsja prostaty to jedno z najnowocześniejszych badań diagnostycznych, umożliwiające wykrycie raka gruczołu krokowego we wczesnym stadium umożliwiającym wyleczenie. Płynna biopsja opiera się na pomiarze w moczu pacjenta

ekspresji dwóch genetycznych biomarkerów silnie powiązanych z rakiem prostaty: mRNA DLX1 (gen progresji) oraz HOXC6 (gen proliferacji), ulegających szczególnie silnej ekspresji w komórkach agresywnego raka prostaty, a więc umożliwiających określenie, czy mamy do czynienia z istotnym klinicznie rakiem prostaty. Narzędzie to pozwala na nieinwazyjne zidentyfikowanie klinicznie istotnej choroby z większą dokładnością niż samo PSA i dodatkowo zmniejsza ryzyko tzw. nadmiernej diagnozy.

Zintegrowanie płynnej biopsji z innymi narzędziami diagnostycznymi, takimi jak rezonans prostaty, znacząco zmniejsza liczbę niepotrzebnych biopsji gruczołowych bez jednoczesnego zwiększenia ryzyka przeoczenia istotnej klinicznie choroby.

Ta płynna biopsja z moczu dedykowana jest mężczyznom kwalifikowanym do wykonania pierwszej lub kolejnej biopsji gruczołowej w celu oceny prawdopodobieństwa wykrycia komórek nowotworowych. Mogą z niej skorzystać panowie z podwyższonym stężeniem PSA w surowicy lub z nieprawidłowym wynikiem badania palpacyjnego *per rectum*, a także mężczyźni obciążeni dziedzicznie rakiem prostaty. Przeciwwskazaniem do badania jest odstęp czasowy od biopsji igłowej prostaty (<2 miesiące) lub przebyte zabiegi przezcewkowe w tym okresie. Zażywanie inhibitorów 5-alfa-reduktazy jest także niewskazane w czasie 6 miesięcy przed badaniem.

Jak już wspomniano, płynna biopsja prostaty wykonywana jest na podstawie próbki moczu, zaś wynik badania przedstawiony jest procentowo, ukazując procentowe

ryzyko wykrycia istotnego klinicznie (agresywnego) raka prostaty oraz ogólne ryzyko nowotworu. Chociaż badanie to jest łatwo dostępne w Polsce, nie jest obecnie refundowane przez NFZ. Jego koszt waha się od 1500 do 1700 złotych.

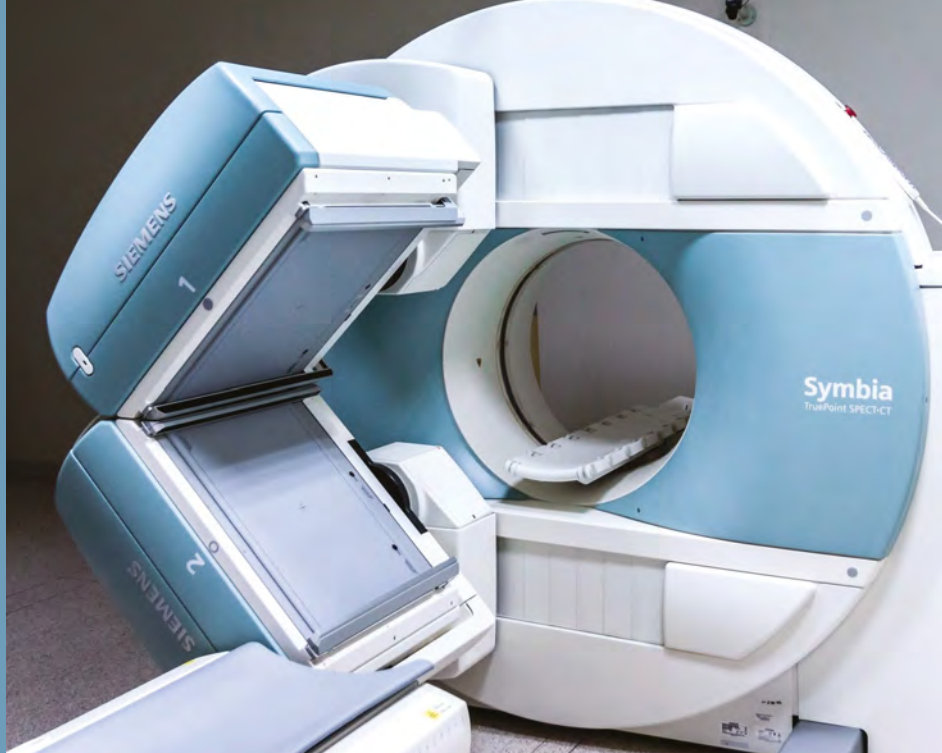
Interpretując wynik płynnej biopsji, uwzględnia się wszelkie istotne klinicznie czynniki takie jak wiek, poziom PSA, objętość gruczołu, wyniki palpacyjnego badania prostaty, obraz rezonansu prostaty, mutacje genetyczne, a także ewentualne rodzinne obciążenie rakiem gruczołu krokowego.

Międzynarodowe grupy naukowców prowadzą badania nad programami wczesnego wykrywania raka prostaty i innych nowotworów. Najnowsze osiągnięcia technologiczne, szczególnie w sekwencjonowaniu całych egzomów, proteomice i algorytmach uczenia maszynowego pozwalają obecnie na zastosowanie biomarkerów „omicznych”, płynnych biopsji i nowych cyfrowych programów wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego jako narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji dotyczących ewentualnego leczenia. Nie są to jednak narzędzia rekomendowane obecnie dla powszechnego użytku.

Potrzebne są dalsze badania, także oparte na Big Data, aby umożliwić lepsze rozróżnienie między nowotworami istotnymi klinicznie i nowotworami prostaty, których progresja kliniczna jest niezwykle mało prawdopodobna. Potrzeba również szeroko zakrojonych badań, aby w oparciu o najnowsze narzędzia diagnostyczne opracować optymalny algorytm wczesnego wykrywania raka prostaty poprzez integrację kalkulatorów ryzyka, rezonansu prostaty i testów molekularnych z wywiadem rodzinnym i innymi istotnymi informacjami klinicznymi.

To właśnie nowoczesna diagnostyka odgrywa dziś kluczową rolę w walce z rakiem. W HIFU CLINIC, we współpracy z Carolina Medical Center w Warszawie, podążając za światowymi trendami, stawiamy na biopsję fuzyjną, której rezultaty są nie do przecenienia. Jesteśmy pierwszym ośrodkiem w Polsce, który zapewnia pacjentom kompleksową diagnostykę oraz dostęp do nowoczesnych metod leczenia raka gruczołu krokowego, nerki, pęcherza czy jądra. Stawiamy na leczenie celowane i personalizowane dla każdego pacjenta. Naszym znakiem rozpoznawczym stała się nieinwazyjna metoda Robotic HIFU, ale operujemy także z wykorzystaniem robota da Vinci i laparoskopii trójwymiarowej. Od ponad roku nieprzerwanie przyjmujemy pacjentów, umawiamy i wykonujemy zabiegi. W trudnej sytuacji epidemiologicznej **proponujemy bezpłatne konsultacje online, telefoniczne lub mailowe.** ■

PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PŁUCA



Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca trwa. Kwalifikują się do niego osoby długotrwale palące w wieku 55-74 lat lub po 50. roku życia w przypadku występowania dodatkowego czynnika ryzyka. Wczesne wykrycie nowotworu umożliwia niskodawkowa tomografia komputerowa (NDTK). Program zaplanowany jest na lata 2020-2023 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wreszcie mamy realny program profilaktyki, ponieważ niskodawkowa tomografia komputerowa jest badaniem, które pozwala na wczesne wykrycie raka płuca. Rak płuca nie boli, nie daje swoistych objawów we wczesnym stadium. Jest nowotworem o wysokiej śmiertelności, ponieważ chorzy późno dowiadują się o chorobie. Dlatego warto skorzystać z tego badania, bo ono może ocalić nam życie – mówi prof. Paweł Rybojad, kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

Kto może wziąć udział w programie?



MOŻESZ WZIĄĆ UDZIAŁ W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA PŁUCA, JEŚLI JESTEŚ:

osobą w wieku 55–74 lata i:

- palisz papierosy nałogowo – masz konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkoletom, palisz paczkę dziennie od 20 lat, palisz 2 paczki dziennie przez 10 lat
- udało Ci się rzucić palenie nie więcej niż 15 lat temu (dotyczy ostatniego okresu abstynencji)

osobą w wieku 50–74 lata i:

- palisz papierosy nałogowo – masz konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkoletom, palisz paczkę dziennie od 20 lat, palisz 2 paczki dziennie przez 10 lat
- nie udało Ci się rzucić palenia na więcej niż 15 lat (dot. ostatniego okresu abstynencji)
- z uwagi na wykonywany zawód byłeś narażony na działanie krzemionki, berylu, niklu, chromu, kadmu, azbestu, związków arsenu, spalin silników diesla, dymu ze spalania węgla kamiennego, sadzy
- byłeś narażony na radon
- chorowałeś na raka płuca, chłoniaka, raka głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. raka pęcherza moczowego
- ktoś z Twojej bezpośredniej rodziny (pierwszego stopnia) miał raka płuca
- chorujesz na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF)



W Polsce rak płuca rozpoznawany jest u około 14 600 mężczyzn i u około 7000 kobiet rocznie (co stanowi 19% i 9% wszystkich zachorowań na nowotwory). To od 2007 roku najczęstsza nowotworowa przyczyna zgonu mężczyzn (31% w 2013 roku) i kobiet (16% w 2013 roku). Zgodnie z prognozami w 2029 roku w Polsce odnotowanych zostanie ponad 32,5 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe płuc.

Rak płuca to największy zabójca spośród nowotworów. Rocznie w Polsce około 23 tysięcy osób słyszy diagnozę: „rak płuca” i mniej więcej tyle samo umiera z powodu tej choroby. Śmiertelność spowodowana rakiem płuc mogłaby być o wiele niższa, gdyby wykrywano go we wczesnym stadium, kiedy zaatakował tylko płuca. W Polsce we wczesnej fazie diagnozuje się jedynie około 20% przypadków. Tylko u tych chorych można zastosować terapie umożliwiające wyleczenie 75% pacjentów (czyli przeżycie co najmniej 5 lat od rozpoznania choroby). Tymczasem w 2016 roku aż 47% przypadków raka płuca wykryto w stadium rozsiały z przerzutami odległymi, a 32% – w tzw. stadium regionalnym, gdy nowotwór zaatakował już pobliskie tkanki.

Objawy raka płuca na początku są niespecyficzne lub wręcz ich brak. Zwykle są to:

- przewlekły kaszel (zwłaszcza gdy zauważymy zmianę charakteru kaszania)
- duszność
- nawracające infekcje płucne
- chrypka (pojawiająca się najczęściej wówczas, kiedy zaczyna już dochodzić do przerzutów)
- ból
- podwyższona temperatura
- osłabienie
- chudnięcie.

Aż 85-90% zachorowań na raka płuca jest wywołanych ekspozycją na kilkadziesiąt substancji rakotwórczych zawartych w dymie tytoniowym. Aż 95% chorych to byli lub obecni palacze tytoniu. Problem dotyczy zarówno aktywnych palaczy, jak i osoby biernie wdychające szkodliwy dym tytoniowy. Ryzyko zachorowania na raka płuca wzrasta wraz z wydłużającym się czasem palenia tytoniu i utrzymuje się do 15 lat po rzuceniu nałogu. Jest wtedy kilkakrotnie wyższe w porównaniu do osoby, która nie paliła tytoniu, nigdy też nie osiąga poziomu osoby nigdy nie palącej. Szacuje się, że osoba paląca papierosy ma około 60-krotnie (o 6000%!) wyższe ryzyko zachorowania na raka płuca.

Czy niskodawkowa tomografia komputerowa jest bezpieczna?

Niskodawkowa tomografia komputerowa (NDTK) klatki piersiowej **jest badaniem bezpiecznym, bez użycia kontrastu, o dawce promieniowania stanowiącej około 10-30% dawki standardowego badania tomograficznego klatki piersiowej.** Badanie wykrywa nieuwapnione guzki, które mogą nasuwać podejrzenie raka płuca w zależności od ich morfologii i wielkości: głównie guzki lite, a także częściowo lite i *ground glass nodules* (GGN) – typu mlecznej szyby. Dzięki wysokiej czułości umożliwia wykrycie małych zmian, zarówno łagodnych, jak i złośliwych, a także pozwala na diagnostykę innych patologicznych zmian w śródpiersiu, oskrzelach, płucach, naczyniach krwionośnych i w narządach nadbrzusza objętych badaniem. Za pomocą NDTK można wykryć około 85-93% nowotworów płuca w I stopniu zaawansowania. Podobnie jak w przypadku mammografii ewentualną złośliwość guza potwierdzą inne badania diagnostyczne, na które lekarz skieruje pacjenta po wykonaniu NDTK (np. oznaczenie biomarkerów genowych lub białkowych uzyskanych z surowicy krwi, które potwierdzają wykluczają obecność procesu nowotworowego).

KAŻDY PAPIEROS ŁĄCZY W SOBIE SUBSTANCJE KANCEROGENNE Z SILNIE UZALEŻNIENIAJĄCĄ NIKOTYNĄ. ZAWARTE W DYMIE PAPIEROSOWYM ZWIĄZKI MUTAGENNE WYWOŁUJĄ NIEODWRACALNE ZMIANY W GENOMIE, TYM LICZNIJSZE, IM DŁUŻEJ TRWA PALENIE I IM JEST ONO INTENSYWNIJSZE.



Czy każdy guzek to rak?

Choć za wynik dodatni w NDTK uważa się nieuwapniony guzek płuca o średnicy 4 mm lub większy (guzki płuca o średnicy 2 mm lub mniejsze są stwierdzane w skanach tomograficznych większości dorosłych osób), **tylko część zmian stanowią wymagające leczenia nowotwory złośliwe**. Ponieważ jednak kilka procent wykrytych guzków to wczesne postacie raka płuca, warto zachować czujność onkologiczną. Ryzyko wystąpienia zmian złośliwych wzrasta w przypadku osób z grupy ryzyka (palenie tytoniu, ekspozycja na radon, ekspozycja zawodowa: krzemionka, metale ciężkie, sadza, azbest, przebyta choroba nowotworowa, rak płuca w rodzinie, POChP, włóknienie płuc).

Gdzie się zgłosić?

Kontaktuj się z instytucjami odpowiedzialnymi za realizację programu w danym województwie:

WOJEWÓDZTWO OŚRODEK ODPOWIEDZIALNY ZA PROGRAM

dolnośląskie

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
(program realizowany do 1.05.2023)

kujawsko-
pomorskie

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku
(program realizowany do 31.03.2023)

lubelskie

Białostockie Centrum Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku
(program realizowany do 31.03.2023)

lubuskie

Uniwersytet Medyczny im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu
(program realizowany do 30.06.2023)

łódzkie

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
(program realizowany do 31.12.2022)

małopolskie	Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach (program realizowany do 31.12.2022)
mazowieckie	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc (program realizowany do 31.12.2022)
opolskie	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach (program realizowany do 1.05.2023)
podkarpackie	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach (program realizowany do 31.12.2022)
podlaskie	Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku (program realizowany do 31.03.2023)
pomorskie	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku (program realizowany do 31.03.2023)
śląskie	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach (program realizowany do 1.05.2023)
świętokrzyskie	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach (program realizowany do 31.12.2022)
warmińsko-mazurskie	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku (program realizowany do 31.03.2023)
wielkopolskie	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (program realizowany do 30.06.2023)
zachodniopomorskie	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (program realizowany do 30.06.2023)

Zespół zmęczenia związany z nowotworem



Sebra - stock.adobe.com

Zmęczenie związane z nowotworem jest najczęstszą wtórną dolegliwością w chorobie nowotworowej i w jej leczeniu. Może objawiać się na płaszczyźnie fizycznej, psychologicznej i poznawczej. Prof. Joachim Weis i dr. Jens Ulrich Ruffer poruszają ten ważny problem pod kątem jego diagnostyki i leczenia.

Dzięki wczesnemu wykrywaniu i postępowi w leczeniu onkologicznym (m.in. terapię spersonalizowane), zarówno wskaźniki wyleczenia, jak i przeżywalność w wielu typach nowotworów uległy znacznej poprawie. Jednak zintensyfikowana terapia potęguje również skutki uboczne leczenia. Oprócz ograniczeń funkcjonalnych i bólu, zmęczenie i wyczerpanie są jednymi z najczęstszych problemów występujących po chorobie nowotworowej i podczas jej leczenia.

Stany wyczerpania związane z chorobą nowotworową określa się terminem „zmęczenie związane z nowotworem (ang. *Cancer-related fatigue – CrF*).

Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi zespół zmęczenia związanego z nowotworem definiuje się jako uciążliwe i utrzymujące się subiektywne uczucie wyczerpania fizycznego, emocjonalnego i poznawczego związane z rakiem i jego leczeniem, które nie jest proporcjonalne

do aktywności i wpływa na codzienne funkcjonowanie.

CrF obserwujemy na różnych poziomach. Na poziomie fizycznym może objawiać się zmniejszoną wydolnością fizyczną, uczuciem osłabienia i brakiem energii. Na poziomie emocjonalnym najczęstsze objawy to utrata motywacji i zainteresowań oraz frustracja, natomiast na poziomie poznawczym – problemy z koncentracją, skupieniem uwagi i pamięcią krótkotrwałą. CrF jest postrzegany jako zespół chorobowy i nie przedstawia jednorodnego obrazu klinicznego, dlatego też należy odróżniać go od rozpoznanych zgodnie z klasyfikacją ICD różnych stanów wyczerpania, takich jak zespół psychovegetatywny, neurastenia czy zespół chronicznego zmęczenia.

Częstotliwość występowania i skutki

Zmęczenie występuje na różnych etapach choroby nowotworowej i prowadzi do poważnego ograniczenia wydajności i jakości życia osób nim dotkniętych. Najczęstsza, ostra postać CrF (w 80 do 100% przypadków) występuje w trakcie lub po zakończeniu terapii onkologicznej, zwłaszcza w skojarzonej chemio – i radioterapii, ale także przy różnych procedurach leczenia spersonalizowanego. Według naszych obserwacji ta postać CrF może ulec złagodzeniu w ciągu kilku miesięcy do roku po zakończeniu leczenia.

CrF może wystąpić jako długotrwała konsekwencja choroby nowotworowej i jej leczenia. Stwierdza się zarówno utrzymywanie się CrF przez ponad rok, jak i nawroty kilka lat po zakończeniu terapii. Badania naukowe wskazują, że występuje u 25% do ponad 50% osób. CrF u pacjentów leczonych paliatywnie



należy interpretować jako konsekwencję postępującej choroby; często występuje w związku z kolejnymi dolegliwościami i postępującą chorobą.

CrF wpływa na jakość życia w różnych sferach i wiąże się z pogorszeniem funkcji fizycznych, emocjonalnych, poznawczych lub społecznych. Ponadto wpływa na wykonywanie codziennych czynności i utrudnia powrót do pracy po przebytej chorobie: zmęczenie często powoduje, że osoby dotknięte chorobą nie są już w stanie sprostać wymaganiom życia zawodowego. CrF oddziałuje nie tylko na samych pacjentów, ale również na ich relacje, rodzinę i przyjaciół.

Diagnostyka

Diagnostyka CrF ma na celu z jednej strony poznanie możliwych przyczyn występujących objawów, a z drugiej strony wczesne i wszechstronne zarejestrowanie objawów i towarzyszących dolegliwości. W diagnostyce CrF zleca się:

- ➔ Badanie lekarskie (wywiad, wyjaśnienie czynników somatycznych i chorób współistniejących, poziom sprawności itd.)
- ➔ Badanie laboratoryjne (TSH, anemia, elektrolity, profil metaboliczny itd.)
- ➔ Badanie psychologiczne, w tym screening, kwestionariusze (depresja, lęk, radzenie sobie ze stresem, stres psychospołeczny itd.)

Możliwe do wyleczenia przyczyny CrF i pozostałe czynniki należy zidentyfikować w procedurze diagnostyki krok po kroku; wywiad anamnestyczny odgrywa tu kluczową rolę. Podstawowe badania laboratoryjne (przede wszystkim niedokrwistość, poziom hormonów, równowaga elektrolitowa) uzupełniają badanie lekarskie, dopomagając w identyfikacji lub wykluczeniu możliwych czynników związanych z CrF.

Ważnym zadaniem w diagnostyce CrF jest wyjaśnienie związku z możliwymi późniejszymi problemami psychologicznymi. Ze względu na nakładanie się poszczególnych objawów CrF z klinicznymi objawami depresji (apatia, wyczerpanie, brak energii i zmniejszone zainteresowanie codziennymi czynnościami, podczas gdy objawy takie jak poczucie własnej wartości i poczucie winy znacznie się różnią), zawsze konieczne jest zastosowanie kryteriów diagnostyki różnicowej.

Ponieważ CrF jest diagnozowany głównie na podstawie objawów subiektywnych, ważnym źródłem informacji w badaniach lekarskich i diagnostyce klinicznej, poza wywiadem klinicznym, są standaryzowane kwestionariusze. Jako pierwszy krok w procesie wyjaśniania przyczyn schorzenia, obecne wytyczne zalecają regularne pytanie pacjentów o stopień zmęczenia i wyczerpania odczuwalny w ostatnim tygodniu przy użyciu skali numerycznej. Obecnie ist-



nie więcej niż 10 znormalizowanych i specyficznych dla schorzeń onkologicznych instrumentów rejestrujących, choć nadal brak złotego standardu rejestrowania zmęczenia.

Ogólnie rzecz biorąc, rozpoznanie CrF jest trudnym zadaniem, które wymaga ścisłej współpracy interdyscyplinarnej ze względu na przenikanie się czynników psychospołecznych i somatycznych.

Leczenie

Jeśli (co często się zdarza) zidentyfikowano nieuleczalne fizyczne przyczyny CrF, terapia ma na celu przede wszystkim złagodzenie objawów, poprawę sprawności fizycznej i zapewnienie pacjentowi odpowiednich strategii radzenia sobie z chorobą. Leczenie zawsze opiera się na sytuacji choroby nowo-

tworowej i stopniu indywidualnych zaburzeń czynnościowych. Zasadniczo CrF należy leczyć jak najwcześniej, aby przeciwdziałać chronizacji. Obecnie głównymi opcjami leczenia tego zespołu są: trening fizyczny, psychospołeczne metody terapeutyczne, lecznicze i uzupełniające procedury medyczne.

Trening fizyczny ma na celu zapobieżenie błędnemu kołu braku ruchu, utraty wytrzymałości, męczliwości i wyczerpaniu lub ponowne wzmocnienie wydolności. Można go zalecić pacjentom z CrF, o ile nie ma przeciwwskazań np. z powodu dysfunkcji układu sercowo-naczyniowego. Trening siłowy i wytrzymałościowy przynosi dobre rezultaty w leczeniu CrF, potwierdzone w badaniach. Często zaleca się połączenie obu typów aktywności. Intensywność i czas trwania treningu należy zawsze dosto-



sować do możliwości pacjenta i indywidualnej sytuacji chorobowej.

W obszarze oddziaływań psychospołecznych opracowano szereg interwencji mających na celu ograniczenie CrF poprzez ukierunkowane strategie behawioralne i wzmocnienie samzarządzania. Interwencje psychospołeczne obejmują poradnictwo, psychoterapię i psychoedukację. Mają one pomóc pacjentowi w zmianie jego emocjonalnej i poznawczej oceny zmęczenia, którego doświadcza, oraz skupieniu się na strategiach samopomocy i samoopieki. Na podstawie nabywanej wiedzy pacjent uczy się lepiej organizować codzienne życie, w którym obecny jest problem zmęczenia, lepiej planować swoje czynności i skuteczniej radzić sobie z ograniczeniami, jakich doświadcza. Interwencje psychoedukacyjne mogą być prowadzone indywidualnie lub grupowo; oprócz informacji zapewniają aktywny instruktaż i porady dotyczące życia codziennego oraz wprowadzania nowych zachowań. Psychoedukacja zajmuje się też niekorzystnymi strategiami przetwarzania, lękiem przed

nawrotem lub progresją oraz dysfunkcyjnymi myślami związanymi ze zmęczeniem. W przypadku zajęć grupowych zachęca się również do wymiany doświadczeń między uczestnikami. Badania naukowe pokazują, że można w ten sposób osiągnąć poprawę jakości życia i w umiarkowanym lub niewielkim stopniu zmniejszyć odczuwane zmęczenie.

Celem farmakoterapii CrF jest zmniejszenie negatywnego wpływu określonych czynników somatycznych takich jak niedokrwistość, niedożywienie czy zaburzenia endokrynologiczne. Ponadto podejmuje się próby wpływu na możliwe czynniki chorobotwórcze związane z układem dopaminergicznym i serotonergicznym czy homeostazą energetyczną. W porównaniu z metodami nefarmakologicznymi farmakoterapia odgrywa mniejsze znaczenie ze względu na brak dowodów na jej skuteczność.

Badania interwencyjne leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) takich jak paroksetyna, nie

wykazały dotąd specyficzną skuteczności w stosunku do CrF. Psychostymulanty metylofenidat i modafinil były w stanie zmniejszyć objawy CrF, ale sugerowane jest bardzo ostrożne ich stosowanie. Ze względu na niejednorodne wyniki badań i niepożądane skutki uboczne metylofenidatu, takie jak nerwowość, bezsenność, bóle głowy, suchość w ustach i nudności, leki psychostymulujące należy stosować tylko w uzasadnionych, indywidualnych przypadkach.

Termin „interwencje ciało-umysł” obejmuje interwencje odnoszące się do sfery fizycznej i psycho-duchowej. Ich nadrzędnym celem jest wzmocnienie lub zbudowanie samoopieki. W kontekście CrF omawiane są głównie procedury oparte na uważności, joga i akupunktu-

ra. Ze względu na lepszą sytuację badawczą, ale wciąż bardzo zróżnicowane wyniki, procedury te można rozważyć jako opcję złagodzenia objawów CrF.

Podsumowując, można stwierdzić, że możemy obecnie pomóc osobom cierpiącym z powodu zespołu zmęczenia związanego z nowotworem, zarówno poprzez diagnostykę, jak i leczenie CrF poprzez złagodzenie złożonych objawów wyczerpania lub – jeśli okazuje się to niewystarczające – nauczenie pacjenta, by lepiej sobie z nim radził. Wymaga to od lekarza prowadzącego szczególnej czujności, aktywnego reagowania i rzetelnego informowania pacjenta. W każdym przypadku skargi pacjentów na złe samopoczucie i wyczerpanie należy traktować niezwykle poważnie. ■



AUTOR

Prof. dr phil. Joachim Weis

Universitätsklinikum Freiburg
Comprehensive Cancer Center Freiburg
Stiftungsprofessur Selbsthilfeforschung
Hugstetter Str. 49, 79106 Freiburg
joachim.weis@uniklinik-freiburg.de
<https://www.uniklinik-freiburg.de/cccf/forschung/selbsthilfeforschung.html>



AUTOR

PD dr med. Jens Ulrich Rüffer

Specjalista hematologii i onkologii
Członek Zarządu Deutschen Fatigue Gesellschaft
Kierownik AG Kommunikation in der Arbeitsgemeinschaft
internistische Onkologie (AIO)

fundacja **naszpikowani**

Fundacja **NaSZPIKowani** powstała w 2016 roku. Skąd ten impuls do niesienia pomocy? Zarejestrowanie się jako Potencjalny Dawca Szpiku to bardzo ważna decyzja niosąca życie osobie chorej na nowotwór krwi. Rafał Dubiejko, Prezes Zarządu Fundacji został wytypowany na Dawcę Szpiku i uratował życie i zdrowie małej dziewczynki chorującej na białaczkę. To wydarzenie stało się impulsem do dalszego niesienia pomocy.

Największym naszym celem i poczuciem szczęścia jest zdrowie i uśmiech każdego z naszych Podopiecznych. Mamy potrzebę towarzyszenia i przechodzenia choroby wraz z Potrzebującymi. Gromadzimy fundusze na głównym koncju oraz subkontach Podopiecznych, z których opłacamy leczenie, zakup leków, rehabilitację, sprzęt medyczny, środki pielęgnacyjne, transport medyczny, druk ulotek i plakatów na rzecz Podopiecznego.

Dzięki naszym Darczyńcom, Sponsorom, Ambasadorom możemy działać sprawnie. Organizujemy różne wydarzenia charytatywne, koncerty, turnieje i spotkania edukacyjne oraz rekrutacyjne, aby pozyskiwać środki finansowe na dalszą pomoc chorym. Uczulamy ludzi na to, jak wielkie są trudy leczenia, jak bardzo potrzebna jest pomoc w takich sytuacjach. Szerzymy ideę Dawstwa Szpiku i załatwiamy formalności związane z poszukiwaniem Potencjalnych Dawców Szpiku dla chorych.

Dbamy o małych Podopiecznych przebywających w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. L. Zamenhofa w Białymstoku i w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Wspieramy Oddział Onkologii Klinicznej i Hematologii Szpitala im. L. Rydygiera w Suwałkach, Oddział Hematologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Fundację wspierają Ambasadorzy, m.in. Joanna Koroniewska-Dowbor, Maciej Dowbor, Kamila Lićwinko, Wojciech Nowicki, Joanna Fiodorow, Piotr Lisek i wielu innych.

Obejmujemy opieką ponad 60 osób potrzebujących. Wśród nich, oprócz dzieci, są także osoby dorosłe, które walczą z nowotworami krwi. Potrzebujesz pomocy? Jesteśmy dla Ciebie!

NASI WOJOWNICY

Dinara



Krystian



Dominika



Magda



Dorota



Kasia



Ivan



Bożena



Iza



Bartek S.



Julia A.



Staś L.



Hanna



Julia S.



Kamil



Jaś J.



Grześ



Bartek W.



Adrian



Jakub D.



Mateusz O



Julek



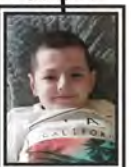
Ania



Piotrek



Kacper



Nikodem



Natalia D.



Iga



Oskar



Julia J.



Jędrzek



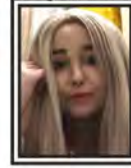
Ela



Julia B.



Olivia P.



Przemek Mateusz G. Jakub O.



Możesz
nam pomóc!

Monika Patryk Jakub P. Nadia Filip Krzyś



Jan B. Norbert Julia P. Damian Mateusz W.



JAK
POMAGAMY?

Stanisław, Justyna, Klaudia, Helenka, Zbigniew..

Prowadzimy zbiórki, zakładamy subkonta dla Podopiecznych, finansujemy leki, leczenie, rehabilitacje, sprzęt medyczny, środki pielęgnacyjne, transport medyczny, druk ulotek i plakatów na rzecz Podopiecznych.

Propagujemy i szerzymy ideę Dawstwa Szpiku oraz załatwiamy wszelkie formalności.

Organizujemy wiele Charytatywnych Turniejów i Pikników na których organizujemy licytacje, rozstawiamy swoje stoiska i sprzedajemy za symboliczne kwoty różne przedmioty z których środki przeznaczamy na cele naszej działalności.

Naszym największym celem i poczuciem szczęścia są uśmiechy naszych Podopiecznych.

O HISTORII I DZIAŁANOŚCI FUNDACJI NASZPIKOWANI OPOWIADAJĄ JEJ ZAŁOŻYCIELE RAFAŁ DUBIEJKO I PAWEŁ SKOWROŃSKI

Rafał Dubiejko, prezes Fundacji NaSZPIKowani: Wszystko zaczęło się bardzo zwyczajnie. Kilka lat temu oddałem szpik i zacząłem jeździć na zjazdy dla dawców szpiku, a na jednym z nich poznałem biorczynię mojego szpiku. To było niezwykle doświadczenie, bardzo mnie poruszyło. Nawiązałem współpracę z Centralnym Rejestrem Dawców Szpiku i pomyślałem, żeby zorganizować w Białymstoku akcję rekrutacyjną. Był 2015 rok. Ta pierwsza akcja była nieformalna, po prostu postanowiłem zwerbować jak najwięcej osób, aby zostały potencjalnymi dawcami szpiku. Udało się zaprosić panią Prezes tej instytucji i kilku sportowców, którzy wsparli akcję. Paweł Skowroński był jednym z pierwszych. Wyszło bardzo fajnie, włączyło się wielu znanych ludzi świata sportu. Zaczęliśmy rejestrować dawców. Oddźwięk akcji przerósł nasze oczekiwania i trzeba było nasze działania sformalizować. Utworzenie fundacji w maju 2016 roku ułatwiło nam kontakt z różnymi instytucjami i pozwoliło rozszerzyć nasze cele. Działamy już prawie sześć lat. Przez pierwsze dwa lata zajmowaliśmy się głównie rejestracją potencjalnych dawców szpiku, jednak zaczęli się do nas zgłaszać pacjenci potrzebujący wsparcia, dlatego skupiliśmy się na pomocy chorym na nowotwory krwi. Liczba naszych Podopiecznych stale rośnie, w maju ubiegłego roku ich liczba przekroczyła sześćdziesiątkę.

Paweł Skowroński, polski kanadyjkarz, medalista mistrzostw świata i mistrzostw Europy w kajakarstwie: Wszystko zaczęło się od pierwszej imprezy zorganizowanej przez Rafała. Nawiązaliśmy kontakty w wieloma sportowcami, szczególnie z naszego regionu. Każdy bardzo chętnie wsparł naszą inicjatywę. Piknik NaSZPIKowany Gwiazdami 2017 to była już duża impreza relacjonowana w mediach. Przez promocję sportu i obecność znanych sportowców chcieliśmy zebrać jak najwięcej potencjalnych dawców szpiku. Od tamtego czasu przeszliśmy przez wszystkie etapy rejestracji fundacji, dobrania świetnego zespołu, który daje naszym Podopiecznym swój czas i swoją pracę. Było to konieczne, bo inicjatywa tak się rozrosła, że sam Rafał nie byłby w stanie wszystkiego „uciągnąć”. Na ile jestem w stanie, pomagam w fundacji i wspieram Rafała. Po



Joanna Koroniewska-Dowbor i Maciej Dowbor,
Ambasadorzy Fundacji NaszP:Kowani

tych pięciu latach, patrząc na 60 podopiecznych fundacji, widzę, ile pieniędzy idzie na leki, które ratują im życie, widzę niesamowite zaangażowanie wielu ludzi, darowizny i aż trudno uwierzyć, jaka jest skala potrzeb i jakie jest zapotrzebowanie na naszą pomoc. To nie tylko leki, to często zabezpieczenie całej rodziny, która musi gdzieś mieszkać, kiedy przyjeżdża z chorym dzieckiem na leczenie. Te-

mat wsparcia jest bardzo szeroki. Fundusze pochodzą nie tylko z darowizn, ale z różnych akcji: licytacji, zbiórek, kiermaszów, aukcji celowanych pod konkretnych Podopiecznych, do których pozyskujemy materiały od ludzi dobrej woli. Potrzeby naszych Podopiecznych są różne, zależą od schorzenia i cen leków. To mogą być dwa tysiące miesięcznie, może być też kilkadziesiąt tysięcy.

Rafał Dubiejko: Staramy się nie odmawiać nikomu pomocy. W fundacji są zatrudnione na stałe dwie osoby, trzecia pracuje na umowę zlecenie. Razem z nami – mną i Pawłem – jest nas piątka do „ogarnięcia” wszystkich spraw. Wspierają nas nasi Ambasadorzy i Wolontariusze. Jak mówił Paweł, nie chodzi tylko o leczenie – to podstawowe jest finansowane przez NFZ. Pomagamy w zakupie leków wspomagających, które nie są refundowane, np. odbudowujących odporność, organizujemy pomoc psychologiczną, pomagamy pokryć koszty dojazdów do lekarzy, konsultacje lekarskie, rehabilitację. Ważne jest dla nas wspieranie całych rodzin – pomoc rodzicowi, który zostaje sam z pozostałymi dziećmi, gdy drugi rodzic przebywa z chorym maluchem w szpitalu, pomoc dzieciom, które z powodu choroby w rodzinie mogą czuć się odsunięte na dalszy plan.

Paweł Skowroński: Próbujemy wspierać tych ludzi i cały „system”, w którym się znaleźli z powodu choroby dziecka. To są często sytuacje trudne, które trudno sobie wyobrazić. „Nasze” Dzieci, leczone w Białostockim Centrum

Onkologii, jeżdżą na przeszczepy do Bydgoszczy.

Rafał Dubiejko: Ja też tam jeździłem, żeby oddać szpik. Na bydgoskim Oddziale Transplantacji Szpiku Kostnego panuje bardzo serdeczna atmosfera, pracuje tam m.in. niesamowity lekarz dr. Robert Dębski, zawsze do dyspozycji pacjentów i naszej, bardzo życzliwa pani oddziałowa. Staramy się wspierać tamten oddział. Jesteśmy z nimi w stałym kontakcie. Dwa lata temu wyposażyliśmy dwa pokoje socjalne, gdzie mogą zostawić swoje rzeczy rodzice chorych

Wojciech Nowicki, Ambasador Fundacji NaSZPIKowani



Adam Zdanowicz (Mad Bicycles) i jeden z jego autorskich rowerów подарowany na cele Fundacji NaSZPIKowani z Rafałem Dubiejko

dzieci, kupiliśmy drukarkę, faks, krzeselka pod prysznicę, łóżka dla rodziców, którzy zostają całonocowo z dziećmi, termometry itd. Często woziliśmy rzeczy bussem Pawła.

Paweł Skowroński: Wpłaty na naszych podopiecznych są bardzo ważne, bo umożliwiają zakupienie środków ratujących zdrowie, życie, wspierających rodziny dotknięte chorobą. Potrzeby są tak ogromne, jest tylu chorych, że jesteśmy w stanie przeznaczyć na pomoc chorym każdą możliwą kwotę. Ale najbardziej liczy się dla



Marcin Miller, lider zespołu BOYS przekazujący na licytację dla Podopiecznych Fundacji swoje płyty

nas czynnik ludzki. Czynnikiem ludzki jest najważniejszy, kiedy ktoś się zgłasza, że ma nowy pomysł, że chce pomóc, to daje napęd, żeby wszystko się dalej „działo”, to napędza dobro, które się dzieje.

Rafał Dubiejko: Ludzie są nam bardzo potrzebni. Nasza działalność się rozszerza, mamy Podopiecznych z całej Polski, nie tylko z Białegostoku. Opiekujemy się chłopcem z Ukrainy. Te „nasze” Dzieci bardzo nas potrzebują. Cieszymy się, że możemy je wspierać, cieszymy się z każdej dobrze zakończonej historii. W 2015 roku nie sądziłem, że diametralnie zmienimy swoje działania. Zaczęliśmy od rejestracji kandydatów na dawców szpiku, a dotarliśmy w tym roku do

60 Podopiecznych. Ostatni – 2020 rok był trudny dla wszystkich, ale nie odmówiliśmy pomocy nikomu. Ważny jest dla nas każdy człowiek, dorosły czy dziecko, Polak czy też obcokrajowiec. Mam nadzieję, że nie zawiedliśmy nikogo. Wzięliśmy na siebie odpowiedzialność za każdego, kto do nas dołączył. ■



NATURALNY ANTYBIOTYK: ZRÓB GO SAM!

Ponad 50% antybiotyków już nie działa.

Z coraz oporniejszymi na leki patogenami spotkamy się nie tylko w szpitalach, ale także w życiu codziennym. Wielu chorych onkologicznie umiera nie z powodu nowotworu, ale wskutek infekcji, która rozwinęła się w wyniku osłabienia układu odpornościowego spowodowanego chorobą, chemio- czy radioterapią.

Dlatego warto przygotować domowy ziołowy antybiotyk, który znacząco wesprze organizm w zakażeniach o różnej etiologii. Proponowana mieszanka, składająca się z naturalnych i dobrych jakościowo składników, jest bardzo skuteczna. Ma silne działanie przeciwwirusowe, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze i przeciw pasożytnicze. Jednocześnie wzmacnia układ odpornościowy. Przyjmując ją, w żaden sposób sobie nie zaszkodzimy, a z pewnością wzmocnimy naturalne mechanizmy obronne organizmu.



PRZYGOTOWANIE:

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

DAWKOWANIE:

Po 5 dniach: zażywaj codziennie rano i wieczorem przed jedzeniem. 1 łyżeczkę mikstury rozmieszaj w 1 szklance wody i powoli wypij.

STRATEGIA 5S

SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA



dr n. biol. Karolina Trzeciak

Koordynator Kampanii Społecznej "Żyję Świadomie"
prowadzonej przez World Healthy Living Foundation

Zapraszamy do zapoznania się z trzecim artykułem z serii Strategia 5S. Jego Autorka dr n. biol. Karolina Trzeciak, koordynatorka Kampanii Społecznej "Żyję Świadomie", przybliży kolejny filar Strategii 5S proponującej wprowadzenie zmian w pięciu podstawowych obszarach naszego życia: sprawność fizyczną.

Żyjący w XVI wieku Wojciech Oczko, nadworny lekarz królów polskich, zwykł mawiać, że „ruch może zastąpić wszystkie lekarstwa, ale żadne lekarstwo nie zastąpi ruchu”. Współczesny styl życia i tryb pracy wielu ludzi nie ułatwia zachowania właściwego poziomu aktywności fizycznej. Być może właśnie z tego powodu można odnieść wrażenie, że znaczenie ruchu dla zdrowia człowieka zostało niejako odkryte na nowo.

Udowodniono, że w porównaniu do osób o niskim stopniu aktywności fizycznej osoby aktywne cieszą się lepszym samopoczuciem, rzadziej odczuwają dolegliwości fizyczne i psychiczne takie jak obniżony nastrój czy bóle głowy. Wysiłek fizyczny wydaje się być najważniejszym stymulatorem budowania odporności i siły organizmu. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO) oraz Uniwersytet Narodów Zjednoczonych (UNU) w raporcie z 2001 roku zaznaczają, że brak ruchu niewątpliwie jest związany z chorobami cywilizacyjnymi, a przede wszystkim ze wzrostem liczby



osób otyłych na świecie. W 2016 roku także Polski Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) uaktualnił swoje zalecenia o wyniki najnowszych badań, tworząc Piramidę Żywienia i Aktywności Fizycznej i zaznaczając tym samym, jak ważną w zdrowym stylu życia jest właśnie ta ostatnia.

Regularny umiarkowany wysiłek fizyczny usprawnia proces oddychania, a co za tym idzie dotlenienia całego organizmu. Wpływa na układ krążenia, m.in. zwiększając ilość krwinek czerwonych i zawartość hemoglobiny w erytrocytach. W czasie aktywności fizycznej zwiększa się przepływ krwi przez mięśnie i narządy, a ponadto wpływa ona na ich prawidłową funkcję. Przykładowo w przypadku trzustki – wysiłek fizyczny powoduje wzrost wrażliwości tkanek na działanie insuliny. Okazuje się też, że regularne ćwiczenia wpływają na obniżenie ryzyka powstawania wielu chorób takich jak wspomniana już otyłość, cukrzyca, choroba wieńcowa, problemy układu kostno-stawowego i wiele innych. Regularne ćwiczenia wpływają też na obniżenie poziomu cholesterolu oraz profil lipidowy w większym stopniu niż sama dieta.

Aktywność ruchowa, szczególnie ta na świeżym powietrzu, to także forma relaksu, wpływająca korzystnie na jakość snu i sprawność intelektualną. Najlepszym wyborem wydaje się aktywność fizyczna na świeżym powietrzu. Działa ona odprężająco, obniżając poziom stresu i zmęczenia. Regularne ćwiczenia, jak już wcześniej wspomniano, zwiększają też odporność. Pod ich wpływem zwiększeniu ulega produkcja limfocytów we krwi. Udowodniono też, że wysiłek fizyczny wspomaga pamięć immunologiczną, która wykrywa i blokuje działanie patogenów w organizmie.

By odczuć dobroczynne działanie aktywności fizycznej, nie trzeba od razu zostać maratończykiem, równie dobrze sprawdzi się spacer i zmiana nawyków, jak zamiana windy na schody czy zrezygnowanie z samochodu podczas wyprawy na zakupy. Według rekomendacji WHO minimalny poziom aktywności fizycznej osób dorosłych powinien obejmować wykonywanie prac domowych i innych form ruchu o niskim nasileniu, a ponadto 2,5 godziny tygodniowo powinno się poświęcić na ćwiczenia aerobowe. Zalecenia dla osób dorosłych obejmują również ćwiczenia siłowe angażujące różne grupy mięśni, które powinno wykonywać się co najmniej dwa razy w tygodniu.

Dobrym sposobem na poprawę sprawności fizycznej są też popularne od jakiegoś czasu krokomierze. Wyniki wielu badań wskazują, że używanie tych urządzeń wiąże się ze znacznym wzrostem aktywności fizycznej, obniżeniem masy ciała oraz ciśnienia krwi. Samo urządzenie co prawda nie zmusi nikogo do działania, jednak widoczny na ekranie wynik motywuje do osiągnięcia wybranego celu. Minimal-

na ilość szacuje się średnio na około 10 000 kroków dziennie, niektórzy autorzy jednak zwracają uwagę, że w zależności od wieku i stanu zdrowia wartość ta może być nieosiągalna (np. dla osób starszych i przewlekłe chorych) lub zbyt niska (np. dla młodzieży). Bez względu na początkowo ustaloną ilość kroków, gdy cel ten zostaje osiągnięty,





ludzie często wyznaczają sobie nowy, trudniejszy. Istotnym jest, aby poznać swój organizm i odpowiednio interpretować wysyłane przez niego sygnały, stopniowo zwiększając nasze możliwości dotyczące treningu, a co za tym idzie, sprawności fizycznej.

Najtrudniejszym elementem zachowania aktywności ruchowej na wystarczającym poziomie wydaje się być motywacja. Często bowiem początkowy zapał potrafi przekształcić się w zniechęcenie, a co za tym idzie porzucenie działań, które miały na celu poprawę sprawności fizycznej.

W utrzymaniu motywacji może pomóc wybór takiej formy ruchu, która sprawia nam przyjemność. Jeżeli robimy coś chętnie, nie będziemy szukali wymówek, tylko możliwości. Innym sposobem jest zapisanie się do grupy wsparcia np. na Facebooku. W grupach takich członkowie dbają o swoje zdrowie i fizyczność przez rozwój w obszarach żywienia, treningów, suplementacji i motywacji. Łatwiej jest pozostać



przy wprowadzanych zmianach, widząc starania i efekty innych lub słysząc od nich słowa wsparcia.

Wszystkie części ludzkiego ciała są ze sobą połączone szeregiem zależności. Nie można też rozpatrywać organizmu w oderwaniu od środowiska, które ma na niego niewątpliwy wpływ. Warunkiem zdrowia i dobrego samopoczucia wydaje się być zachowanie homeostazy, czyli stanu równowagi ciała i umysłu.

Zdrowie to proces, nad którym wciąż trzeba pracować. Wszystkie działania w tym kierunku mają realny wpływ na to, jak będziemy czuli się zarówno teraz, jak i w przyszłości.

Nie każdy jednak potrafi samodzielnie wypracować w sobie właściwe nawyki. Jak to sobie ułatwić? Po pierwsze należy poznać swoje potrzeby i predyspozy-

cje. Wykonując określone zadania oraz odpowiadając na postawione samemu sobie pytania, możemy lepiej siebie poznać, a tym samym rozpocząć pracę nad sobą w obszarach, w których jest to potrzebne. Jako wsparcie tego typu działania może posłużyć e-book ***Odporność w TWOICH rękach – praktyczny przewodnik dla wsparcia Twojej odporności***, który w przystępny i praktyczny sposób pomaga wprowadzać zdrowe nawyki w oparciu o Strategię 5S. Dzięki tej publikacji jeszcze lepiej poznasz siebie i swoje potrzeby w dążeniu do zdrowszej wersji siebie. Po więcej informacji zapraszam na [www. shop.whlf.eu](http://www.shop.whlf.eu). ■



WORLD HEALTHY LIVING
FOUNDATION

Jeżeli szukasz informacji dotyczących zdrowia i zdrowego stylu życia, wejdź na stronę World Healthy Living Foundation (www.whlf.eu) oraz znajdź nas w mediach społecznościowych: Facebook, YouTube, Instagram i LinkedIn.

Serdecznie zapraszamy do zapoznania się z bezpłatnymi materiałami zamieszczanymi na wymienionych kanałach. Zapisz się już dziś na bezpłatne wydarzenia online z Ekspertami z dziedziny zdrowia!

World Healthy Living Foundation

NOWALIJKI Z NATURY JEDZ NA ZDROWIE!

Wiosna to czas na wprowadzenie do diety pełnych witamin i składników prozdrowotnych młodych liści oraz pączków popularnych roślin. Zbierajmy je, jedzmy na surowo, gotujmy, przygotowujmy z nich herbaty i ziołowe leki, aby przez cały rok cieszyć się dobrym samopoczuciem. Spożywanie pączków lub liści drzew i dzikorosnących roślin oczywiście samo w sobie nie uchroni nas przed chorobą nowotworową ani z niej nie wyleczy. Może być natomiast świetnym sposobem na urozmaicenie posiłków, dostarczenie witamin i składników odżywczych, okazją do własnoręcznego przygotowania naturalnych leków, poszerzenia kulinarnych horyzontów...

PĄCZKI I MŁODE LIŚCIE LIPY

Medycyna ludowa przypisuje przetworom z lipy działanie uspakajające. Wiąże się ono z obecnością w pąkach, liściach i kwiatach lipy flawonoidów, m.in. kwercetyny, ramnozydu, kemferolu i tilirozydu. Substancje te mogą działać nie tylko antyoksydacyjnie, ale również – przechodząc przez barierę krew-mózg – wykazywać agonizm receptorów A kwasu gamma-aminomasłowego (GABA), co może powodować stan relaksacji. Bardzo smaczne są młode listki lipy drobnolistnej (liście lipy szerokolistnej bywają tykowane). Można je zbierać już od kwietnia i zjadać solo lub wykorzystać jako składnik wybornych

sałatek, w których z powodzeniem zastąpią tradycyjną sałatę (np. sałatka ze świeżych liści lipy z dodatkiem oliwy z oliwek, soku z cytryny, ziaren, kiełków rzodkiewki i czerwonej cebuli). Niegdyś wysuszone i rozdrobnione liście lipy dodawano do mąki i zup.

PĄCZKI I MŁODE LIŚCIE BUKU

Pączki liściowe i kwiatowe buku zbieramy od marca do maja. Stanowią remedium na infekcje gardła i górnych dróg oddechowych. Działają napotnie, skutecznie obniżając temperaturę. Pączki bukowe stosowano także zewnętrznie na skórę przy stanach zapalnych, ciężko gojących się ranach, w leczeniu łupieżu, dla wzmocnienia włosów. Młode liście buku, które zbieramy na przełomie kwietnia i maja, są niezwykle smaczne. Ponieważ zawierają dużo witaminy C, są przyjemnie kwaśne. Niektórzy określają ich smak jako „cytrynowy” i zjadają je prosto z drzewa. Wykorzystuje się je do przyrządzania sałatek, pesto, nadzienia do pierogów lub tart i jako dodatek do witaminowych koktajli.

PĄCZKI I MŁODE LIŚCIE BRZOZY

Pączki brzożowe są źródłem żywic, olejków eterycznych, witamin (C, wit. z grupy B, PP) i soli mineralnych. Zawierają także działający przeciwbólowo, przeciwzapalnie i przeciwgorączkowo kwas salicylowy oraz betulinę o właściwościach przeciwnowotworowych. Wyciągi i przetwory z pączków brzozy to idealny środek do kuracji oczyszczających. Liście brzozy jedzone na surowo mogą mieć gorzki posmak. Napar przygotowany na bazie listków brzozy jest jednak bardzo smaczny i zaskakująco delikatny. Taką herbatką możemy poczęstować bliskich i znajomych.

MŁODE PĘDY POKRZYWY

Młode, dopiero pojawiające się części nadziemne tej rośliny zbiera się wczesną wiosną. Pokrzywa, a zwłaszcza jej pączki, to prawdziwa bomba witaminowa, idealna do uzupełnienia niedoborów i wzmocnienia organizmu na przednówku. Zawierają chlorofil, karoteny, witaminy, sole mineralne, flawonoidy. Wpływają niezwykle korzystnie na stan krwi, ponieważ stanowią bogate źródło żelaza, działają oczyszczająco, wzmacniająco i przyspieszają przemianę materii. Jeśli czujesz się osłabiony lub masz anemię, nie ma lepszego naturalnego lekarstwa. Najlepiej spożywać pokrzywę na surowo, dodając do sałatek, koktajli, świeżo tłoczonych soków, choć wielu chwali sobie wiosenną zupę z pokrzyw lub duszone liście tej rośliny.

Źródło: dietetyczny.blog.polityka.pl, kalendarzrolnikow.pl



Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin

www.eanu.de

www.aktualnosci-medyczne.pl

Kwartalnik „Aktualności Medyczne” oraz newsletter E.A.N.U. dostępne są w wersji on-line. Jesteście Państwo zainteresowani otrzymywaniem wersji elektronicznej naszego bezpłatnego czasopisma? Zaprenumerujcie je na: www.aktualnosci-medyczne.pl



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



Kwartalnik „Aktualności Medyczne” 20 (nr 1/2021)

WYDAWCA: Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umwelt-

medizin, dr. med. A.-H. Wasylewski, Grottkauer Straße 24, 12621 Berlin

ZESPÓŁ REDAKCYJNY: dr med. Andreas Hans Wasylewski, Alicja Kałużny,

Joanna Reczyńska, Danilo Geritz REDAKCJA I SKŁAD: Alicja Kałużny

ZDJĘCIA NA OKŁADCE: WavebreakMediaMicro, stock.adobe.com

ZDJĘCIA: s. 2: New Africa, stock.adobe.com; s. 9: dottedyeti, stock.adobe.com;

s. 34: mdesignstudio, stock.adobe.com; s. 55: ivanko80, stock.adobe.com;

s. 56: Kzenon, stock.adobe.com

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA TREŚĆ PUBLIKOWANYCH TEK-

STÓW. POGŁADY W NICH ZAWARTE SĄ POGŁADAMI ICH AUTORÓW.

ISSN 2450-9590



ZINTEGROWANE LECZENIE NOWOTWORÓW