

Walka z rakiem



Ekspert

Trójwymiarowe obrazowanie w medycynie – w czym może pomóc? **s3**

Sprawdź

Rak piersi a sytuacja polskich pacjentek i dostęp do nowoczesnego leczenia **s4**

Wyzwania

Niedożywienie i leczenie żywieniowe w chorobie nowotworowej **s10**



Rak piersi – masz wybór

Bohaterkami kampanii Masz Wybór są Agata, Dorota i Dagmara

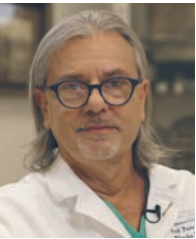
WYZWANIA



W WYDANIU



Dorota Gardias
Dlaczego warto się badać?



Prof. dr hab. n. med. Piotr Chłosta
Nowotwór prostaty – czy można go wcześniej wykryć?



Anna Długołęcka
Choroba a praca – wskazówki dla pracodawców

Project Manager: **Aleksandra Filipowicz**
+48 577 642 500, aleksandra.filipowicz@mediaplanet.com
Senior Business Developer: **Karolina Likos**
Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**
Head of Business Development: **Karolina Kukietka**
Managing Director: **Adam Jabłoński**
Skład: **Mediaplanet**
Web Editor: **Tatiana Anusik**
Opracowanie redakcyjne: **Aleksandra Podkówka-Poźniak**
Fotografie: **Marek Koprowski**, [stock.adobe.com](https://www.stock.adobe.com),
zasoby własne
Kontakt: e-mail: pl.info@mediaplanet.com
MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP Z O.O.
ul. Zielna 37, 00-108 Warszawa

- facebook.com/byczdrowymPL
- [mediaplanetpl](https://www.instagram.com/mediaplanetpl)
- [mediaplanet](https://www.linkedin.com/company/mediaplanet)
- [@Mediaplanet_Pol](https://twitter.com/Mediaplanet_Pol)
- Please Recycle

Koszty pośrednie w leczeniu onkologicznym – dlaczego są tak wysokie?

Pacjenci onkologiczni codziennie muszą się mierzyć nie tylko z chorobą, ale też kosztami związanymi z ich powrotem do zdrowia. Część tych kosztów pokrywana jest z ich własnej kieszeni. Dlatego wielu chorych zapożycza się lub musi prosić o pomoc swoich bliskich, znajomych oraz fundacje wspierające chorych na nowotwory. To właśnie z prezesem jednej z takich organizacji, panią Mają Surowicz-Biłyj, porozmawialiśmy o kosztach pośrednich w leczeniu onkologicznym.



Maja Surowicz-Biłyj
Prezes Fundacji Onkologicznej Rakiety, ekspertka w dziedzinie Społecznej Odpowiedzialności Biznesu oraz zarządzania organizacjami pozarządowymi i fundraisingu

Czym są koszty pośrednie w leczeniu onkologicznym?

Kosztów w leczeniu onkologicznym jest bardzo dużo, ponieważ są to wszystkie koszty leczenia nierefundowanego, związanego np. z terapiami celowanymi. Mają one o wiele lepszą skuteczność, jednak w wielu przypadkach nie są one finansowane przez państwo. Są to ogromne kwoty, od 7-8 do nawet kilkudziesięciu tysięcy złotych za dawkę leku. Zazwyczaj jest ona przyjmowana raz na 3 tygodnie, zatem taka kuracja łączy się z niewiarygodnymi kosztami. Jest to największe wyzwanie dla naszych podopiecznych, ponieważ wiedzą, że będą one dla nich nie tylko najlepszym, ale też najdroższym rozwiązaniem. Przez to są zmuszeni do zapożyczania się, proszenia o pomoc innych, a nawet do sprzedawania swoich majątków, żeby uratować życie swoje lub swojego bliskiego. Natomiast jest także wiele innych kosztów pośrednich dotyczących rehabilitacji, zakupów w aptece środków higienicznych, ortopedycznych. Dojazdy do szpitali oraz nocowanie w hotelach to kolejne koszty, które muszą ponieść pacjenci i ich bliscy. W tym przypadku koszty są również związane ze zmianą np. dotychczasowej pracy, ponieważ chory nie jest w stanie pracować tak jak do tej pory i musi się przebranżowić lub przejść na rentę. Bardzo ważne w powrocie do zdrowia jest wsparcie psychologiczne, psychiatryczne czy też dietetyczne, które także dużo kosztuje.

Co stanowi największy udział w pośrednich kosztach onkologicznych?

Największy udział w pośrednich kosztach onkologicznych ma wcześniej wspomniane leczenie w terapii celowanej, które nie jest refundowane. Stąd też działania naszej fundacji Rakiety, pomagającej takim pacjentom, także w kosztach poza samym leczeniem. Założyłam fundację dlatego, że pojawiło się w moim otoczeniu wiele osób leczących się onkologicznie, które nie otrzymywały kompleksowej, bezpłatnej opieki. Najbardziej zależało mi na tym, by nie pobierać prowizji za zbiórki,

ponieważ zbieranie tak dużych środków już wiąże się z ogromnym wyzwaniem. W tej chwili mamy aż 300 podopiecznych. Wspieramy ich nie tylko finansowo, ale również psychicznie, prowadząc Onkolinę 24 godziny na dobę. Możemy nam pomóc, zarówno wpłacając pieniądze, jak i angażując się w nasze akcje. Zapraszamy na naszą stronę fundacjarakiety.pl.

Czy według pani koszty leczenia są poprawnie oszacowane pod kątem sfinansowania?

Wydaje mi się, że nie, ponieważ ponad 70 procent naszych podopiecznych jest objętych leczeniem nierefundowanym, co znaczy, że jest to duży problem. Z drugiej strony bardzo często niektóre leki są wycofywane z refundacji. Przykładowo: pacjentki chore na raka jajnika z dnia na dzień miały wycofaną refundację leku ratującego lub chociaż znacznie wydłużającego im życie. To są niezwykle trudne sytuacje. Moim zdaniem w Polsce finansowanie jest dosyć skąpe i nie rozwiązuje narastającego problemu. Należy zatem przeorganizować środki i postawić na refundowanie zdrowia i życia naszych obywateli.

Jak wygląda wysokość finansowania leczenia onkologicznego w Polsce w odniesieniu do zagranicy?

Mamy wielu podopiecznych leczących się w Niemczech lub Wielkiej Brytanii, którzy mówią, że tam takiego problemu nie ma. Mają dostęp do najnowocześniejszych terapii. Są bardzo skuteczne, jednak wielu naszych polskich pacjentów nie ma do nich dostępu, ponieważ ich na nie nie stać. Bardzo często jest także problem z wykonaniem badań diagnostycznych – chory na te refundowane muszą czekać nawet kilka miesięcy, przez co stopień zaawansowania raka jest duży wyższy. Czekanie na lepsze czasy kosztuje czyjeś życie, dlatego warto działać i przyjrzeć się statystykom. Finansowanie powinno rosnąć adekwatnie do liczby pacjentów onkologicznych, a jest ich z roku na rok coraz więcej.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Trójwymiarowe obrazowanie w medycynie – w czym może pomóc?



Prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński
Kierownik Katedry Onkologii i Zakładu Genetyki i Patomorfologii na Wydziale Farmacji, Biotechnologii i Medycyny Laboratoryjnej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Nieustanny postęp technologiczny, jaki mamy szansę obserwować, sprawia, że innowacje w medycynie stają się coraz bardziej dostępne. Jedną z takich nowości jest obrazowanie w technologii trójwymiarowej, np. guzów nowotworowych lub innych zmian. Jakie korzyści płyną z zastosowania technologii 3D w procesie diagnostyki? W jaki sposób może się okazać przydatna podczas planowania operacji?

Na czym polega trójwymiarowe obrazowanie guzów nowotworowych? Kto je przygotowuje?

Trójwymiarowe obrazowanie guzów nowotworowych, ale nie tylko, jest możliwe dzięki zastosowaniu standardowych obrazów radiologicznych, uzyskanych za pomocą rezonansu magnetycznego lub tomografu komputerowego. Obrazy te są następnie przekształcane w certyfikowanym medycznie programie przez lekarzy radiologów w trójwymiarową wizualizację guza nowotworowego lub innej zmiany.

Dla kogo przeznaczone są wizualizacje 3D?

Według mojej wiedzy wizualizacje 3D wykorzystują przede wszystkim onkolodzy. Potrzebują konkretnej informacji na temat objętości guza, którą mogą oszacować właśnie za pomocą

trójwymiarowego obrazowania. Obrazy te są wykorzystywane także np. przy ocenie przebiegu naczyń krwionośnych. Wizualizowane są przede wszystkim narządy miękkie, czyli m.in. wątroba, płuca, nerki. Metoda ta jest niezwykle pomocna także podczas planowania operacji, pozwala bowiem na dokładne obejrzenie narządów, jeszcze przed samym zabiegiem. Na ogół, w ramach diagnostyki, korzystniejsze jest dysponowanie obrazem 3D. Technologia ta już teraz jest dostępna, jednak nie zawsze jest stosowana. Mam nadzieję, że wraz z dalszym rozwojem cyfrowej medycyny sytuacja ta ulegnie poprawie.

W jaki dokładnie sposób wizualizacje guzów są pomocne dla pacjentów onkologicznych?

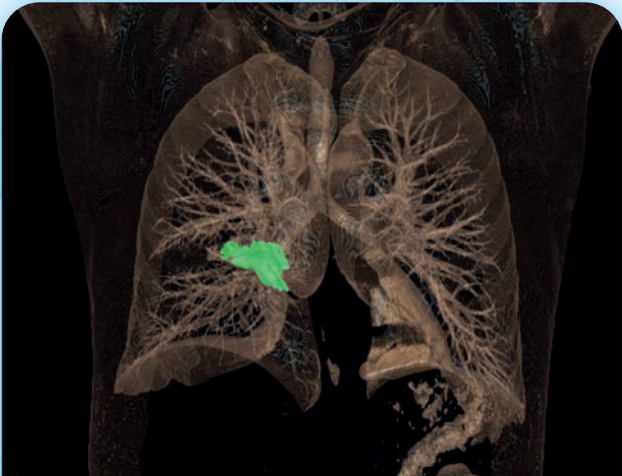
Są one bardzo przydatne jako narzędzie służące do zilustrowania pacjentowi, jak wygląda jego guz. Wizualizacja pomaga

choremu w zrozumieniu mechanizmu choroby i zobrazowaniu np. przebiegu zaplanowanej operacji.

A w jaki sposób trójwymiarowe obrazowanie guzów może być pomocne przy monitorowaniu efektów leczenia?

Myszę, że wraz ze zwiększającą się ich powszechnością, trójwymiarowe wizualizacje staną się standardowo stosowanym narzędziem, służącym do monitorowania postępów w leczeniu. Technologia ta daje możliwość uzyskania pełnego obrazu guzów nowotworowych – i tym samym wykorzystanie jej jest korzystne na każdym etapie leczenia. Jak na razie specjaliści nadal opierają się głównie na standardowych metodach obrazowych, jednak nieustanny rozwój medycyny sprawia, że innowacyjne technologie coraz śmielej wkraczają także do tej dziedziny.

 Więcej informacji na stronie: [byczdrowym.info](#)



TUMOR3D – GOTOWA WIZUALIZACJA

Wizualizacje guzów nowotworowych w technologii 3D

Czy to rozwiązanie dla Ciebie?

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ

tumor^{3D}
Look deeper. See more.

 PANEL EKSPERTÓW

Rak piersi a sytuacja polskich pacjentek i dostęp do **nowoczesnego leczenia**

Sukces terapeutyczny w leczeniu raka piersi jest zależny od wielu kwestii. Kluczowym czynnikiem w całym procesie jest odpowiednio dobrane leczenie. Czy polskie pacjentki mają dostęp do najnowocześniejszych metod terapii? Czy mogą zwiększyć swoje szanse na wyleczenie?



Dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszczyńska
Onkolog kliniczny, kieruje Oddziałem Zachowawczym w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Narodowym Instytucie Onkologii, członek SIOG (International Society of Geriatric Oncology), PTO, PTOK, ESMO, ASCO

O co powinniśmy zapytać lekarza onkologa, jeśli zdiagnozowany zostanie u nas rak piersi?

Pacjentka musi przede wszystkim dowiedzieć się, z jakim podtypem biologicznym nowotworu musi się zmierzyć, czyli jakie ma on receptory. Na tej podstawie planowane jest leczenie. Kluczowa jest także informacja na temat stopnia zaawansowania nowotworu, co również determinuje postępowanie terapeutyczne. Warto również ustalić, czy ośrodek, w którym chcemy się leczyć, ma wdrożony system Breast Cancer Unit, czyli czy jest to placówka referencyjna przystosowana do leczenia raka piersi. Wiele ośrodków, do których zgłaszają się pacjentki z nowotworami piersi, niestety nie jest przygotowanych na interdyscyplinarne leczenie, przez co wyniki są gorsze. Dlatego też zalecam pacjentkom, by leczyły się w tych ośrodkach, w których możliwe są wielodyscyplinarne konsultacje.

Jakie szpitale specjalizują się w leczeniu raka piersi?

Wszystkie ośrodki specjalizujące się w leczeniu raka piersi typu Breast Cancer Unit są wypisane na stronie Ministerstwa Zdrowia. Są to wcześniej wspomniane ośrodki referencyjne Breast Cancer Unit, w tym Centra Leczenia Chorób Piersi, jak te przy Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Małopolskie Centrum wzorowane jest na metodach stosowanych w placówkach zachodnich, działających na podstawie tego systemu. Podobnie jest we Wrocławiu, gdzie Breast Cancer Unit działa przy Dolnośląskim Centrum Onkologii. Ośrodek Leczenia raka piersi typu Breast Cancer Unit otwarto również w Wielkopolskim, ale też Beskidzkim i Zachodniopomorskim Centrum Onkologii. Tego typu jednostek jest o wiele więcej. Warto zatem, słysząc diagnozę, udać się do wyspecjalizowanego ośrodka, by otrzymać jak najlepszą opiekę i dostęp do nowoczesnego leczenia.

Jak przygotować się na czas leczenia? O czym pacjentka powinna pamiętać?

Postępowanie w trakcie terapii jest kwestią niezwykle indywidualną. W dużej mierze jest to zależne od wyboru metody leczenia. Jeśli będzie to operacja, pacjentka powinna przygotować się odpowiednio do zabiegu chirurgicznego. Gdy jednak specjalista dobiera intensywną chemioterapię – pacjentka musi mieć świadomość, że jej stan psychiczny i fizyczny ulegnie zmianie.

Czy najczęściej występujący rak piersi hormonozależny HER2-ujemny jest w Polsce nowocześnie leczony? Czy we wszystkich szpitalach pacjentki mogą być leczone tzw. cyklibami (palbocyklibem, rybocyklibem)?

Leczenie cyklibami jest determinowane rodzajem raka. Zależy, czy jest to nowotwór we wczesnym stadium, czy też jest to nowotwór rozsiany. Cykliby są stosowane u kobiet z rakiem hormonozależnym. Oczywiście, forma tego typu leczenia jest uwarunkowana możliwościami ośrodka – dlatego należy leczyć się tylko w tych wyspecjalizowanych.

Masz Wybór – kampania dotycząca wyboru metod leczenia raka piersi

Niewiele pacjentek ma świadomość, jak wiele zróżnicowanych form leczenia mają do wyboru. Po to właśnie powstała kampania Masz Wybór, o której porozmawialiśmy z panią Anną Henoką-Zyser, założycielką Fundacji Spa for Cancer.

Diagnoza – rak piersi. Jak nie powinniśmy myśleć, gdy usłyszymy takie rozpoznanie?

Rak piersi stał się chorobą XXI wieku. Obecnie nie jest już uznawany za wyrok śmierci, jak było to jeszcze kilka lat temu, lecz za chorobę przewlekłą. Głównie za sprawą szybszego przepływu informacji i podnoszenia świadomości rak piersi jest coraz bardziej osławiany. Nadal jednak diagnoza: „rak piersi”, sprawia, że wali nam się cały świat. Nasze emocje i myśli są wtedy w totalnym chaosie. Jest to moment szoku, który jest niezwykle potrzebny, jak w każdym procesie. Po fazie szoku dochodzi do oswojenia się z diagnozą. W oswojeniu pomaga edukacja, płynąca z fundacji i przede wszystkim lekarzy specjalistów. To wiedza pomaga przejść chorej przez wszystkie etapy leczenia. Szczególnie ważna jest rozmowa z osobą, która już przeżyła nowotwór, a jej karta onkologiczna jest zamknięta. Jest to jednak kwestia niezwykle indywidualna – każda z nas ma inną wrażliwość, ale też inną sytuację. Rak przecież dotyka nie tylko kobiety mające wspaniałych, wspierających partnerów, ale również te będące w toksycznych związkach, a nawet samotne matki, które traktują chorobę zadaniowo. Najlepiej radzić sobie, poszukując informacji ze sprawdzonych, wiarygodnych źródeł.

Jakich informacji w takiej sytuacji poszukują pacjentki?

Pierwsze pytanie, na które pacjentki chcą znać odpowiedź, brzmi „kiedy umrę”. Dopiero potem szukają informacji na temat długości i sposobu

leczenia. Pacjentki pragną się również dowiedzieć tego, co będzie im podawane oraz czy będą musiały być w tym czasie hospitalizowane. Zawsze namawiam je, by robiły sobie listę najważniejszych kwestii, o które chcą zapytać swojego lekarza. Dzięki temu będą mogły zgromadzić wiedzę stricte dotyczącą ich przypadku. Wizyta tego typu może łączyć się z dużymi emocjami, dlatego warto za zgodą lekarza nagrać jego odpowiedź na dyktafon.

Jaka powinna być przygotowana/zaplanowana strategia na życie w czasie choroby?

Pacjentka powinna przede wszystkim wiedzieć jak najwięcej o swoim leczeniu. W tym właśnie celu powstała kampania Masz Wybór, by nauczyć społecznego dialogu pomiędzy pacjentką i lekarzem. Dzięki rozmowie pacjentka wie, w jaki sposób ma zorganizować i zaplanować sobie czas na cały proces leczenia. W kampanii tej uczymy również lekarzy, by byli empatyczni i dawali pacjentkom poczucie bezpieczeństwa.

Co w ramach kampanii Masz Wybór jej inicjatorzy i lekarze chcą przekazać pacjentkom?

Chcemy przekazać pacjentkom, że lekarz ma być partnerem/przewodnikiem w drodze po zdrowie. Nie należy się go obawiać i czuć zbyt dużego respektu. Warto pytać, drążyć, dowiadywać się jak najwięcej. Im lepiej znamy mechanizmy choroby i leczenia, tym lepiej ją rozumiemy i motywujemy się do zdrowienia.

Czy Polki mają wybór w leczeniu i opiece, jeśli mają raka piersi?

Wybór sposobu i możliwości leczenia jest zależny od placówki, w której dana pacjentka podejmuje leczenie. Jest to niezwykle zróżnicowana kwestia – po to właśnie stworzyliśmy kampanię Masz Wybór, by wyrównać te szanse i podnieść świadomość nie tylko pacjentek, ale też lekarzy. Istnieje wiele metod leczenia, które można indywidualnie dobrać do typu nowotworu. Chcemy tym pokazać, że niezależnie od tego, czy mieszkasz w małej miejscowości, czy w wielkiej aglomeracji – masz te same szanse na skuteczne leczenie i wyzdrowienie.

Hormonozależny, HER2-ujemny rak piersi – co dziś pacjentki w Polsce wiedzą o dostępie do nowoczesnego leczenia inhibitorami CDK 4/6 (cyklibami)?

Niewiele pacjentek, a mogę nawet stwierdzić, że żadna z moich znajomych z rakiem piersi HER2-ujemnym nie otrzymała propozycji leczenia cyklibami. Tłumacząc to brakiem świadomości, która na szczęście wzrasta. Zostało przeprowadzanych wiele wykładów na temat leczenia inhibitorami CDK 4/6, tzw. cyklibami chorych z HER2-ujemnym rakiem piersi, co daje nadzieję na powszechność tej opcji leczenia we wszystkich ośrodkach onkologicznych w Polsce. W Polsce refundowane są trzy leki z grupy cyklibów – to bardzo dobra informacja dla pacjentek, ponieważ każdy z leków może być dobrany indywidualnie, są również takie cykliby, które korzystnie wpływają na poprawę jakości życia w trakcie leczenia, co potwierdzają badania kliniczne.

 Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](#)



Anna Henka-Zyser
Założycielka Fundacji Spa for Cancer, trener, coach, mówca JMT, wykładowca akademicki, prelegentka i autorka wielu publikacji naukowych

 Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](#)

Uświadamiajmy nasze kobiety, że muszą regularnie badać swoje piersi

Nieważne jakimi słowami, ważne, aby skutecznie uświadomić najbliższe każdemu mężczyźnie panie – partnerkę, mamę, siostry – że regularne badanie piersi istotnie obniża ryzyko nowotworu. Kampanie społeczne znacząco pomagają w nagłaśnianiu istoty problemu.

Daniel Józek QCZAJ, trener motywator, obecnie obserwuje go łącznie na Facebooku, Instagramie, YouTube i TikToku ponad 1,5 mln osób, z czego 85 proc. stanowią kobiety!

Dlaczego zaangażował się pan w kampanię BreastFit?

Mam wrażenie, że w Polsce wciąż pokutuje przekonanie z czasów naszych babć typu: „jak się nie chodzi po lekarzach, to jest się zdrowym, a jak raz się pójdzie, to zaraz coś znajdą”. Tymczasem kampania BreastFit ma zmienić to podejście i uświadomić społeczeństwu, że najważniejsze w zachowaniu zdrowia są profilaktyka i regularne kontrole. Zdecydowania większość mojego audytorium w mediach społecznościowych, bo ok. 90 proc., to kobiety. Nie mogłem więc nie wykorzystać tego potencjału. Mam ponadto wrażenie, że potrafię trafić z przekazem do żeńskiej części populacji i wiele kobiet mnie słucha.

W jaki sposób mężczyźni mogą motywować kobiety do regularnego badania pod kątem raka piersi?

Przede wszystkim trzeba zadbać o swoje najbliższe kobiety – partnerkę, mamę, siostry, przyjaciółki. Ja czasem stosuję metodę „wjeżdżania na emocje” – tłumaczę im,

że żyją nie tylko dla siebie, ale też dla swoich dzieci, mężów czy braci i każdy z nich chciałby mieć swoją kobietę przy sobie jak najdłużej. Gdy moja mama niechętnie podchodziła do tematu badań, powiedziałem jej, że jest „wstrętną egoistką”. Mocne słowa, ale uważam, że czasem właśnie takie są potrzebne, bo w tym przypadku cel uświęca środki. Nieważne jak, ważne, żeby skutecznie namówić nasze drogie panie do przełamania oporów i przeprowadzenia kontroli.

Czy kobiety w pana otoczeniu regularnie się badają?

Teraz na szczęście wszystkie moje kobiety w rodzinie – mama i dwie siostry – badają się regularnie. Ale trzeba im przypominać. Obie moje siostry mają po czworo dzieci, więc są dość zajęte, ale kilka słów reprimendy wystarczyło, by znalazły czas na zbadanie się. Obie niedawno przekroczyły 30. rok życia, więc wchodzą w ten wiek, gdy ryzyko zachorowania na nowotwór piersi znacząco rośnie. Cieszę

się, że w naszym społeczeństwie jest coraz więcej akcji takich jak BreastFit, bo one znacząco podnoszą świadomość i wiedzę dotyczącą istoty problemu. Coraz więcej kobiet wie też, że może badać się regularnie w domu, przed lustrem, dzięki czemu mogą na bieżąco wychwytywać alarmujące zmiany w piersiach.

Badania u mężczyzn, np. prostaty, to wciąż tematu tabu. Dlaczego tak jest?

To nadal jest dość niemęski temat do rozmów przy piwie, ale na szczęście szybko się to zmienia. Pamiętam, że gdy sam pierwszy raz udałem się na badanie do proktologa, to czułem ogrom skrępowania tą sytuacją. Dziś traktuję to już zupełnie normalnie. W naszej kulturze niestety przyjęło się, że dbanie o zdrowie leży raczej w kobiecej naturze i jest pewną rysą na męskości. Nic bardziej mylnego. Wielu mężczyzn, w tym znane osobistości, nie tylko promuje akcje takie jak BreastFit, ale też samemu regularnie się bada.



Masz Wybór

MASZ WYBÓR,
MASZ WIEDZĘ,
MASZ WSPARCIE

Rak piersi – tego się nie wybiera.
Nie pozwól jednak, aby kolejne ważne
decyzje zapadały bez Twojego udziału.

WEJDŹ NA:
[WWW.WYBIERZWYBOR.PL](#)
i dowiedz się więcej o swojej chorobie
i nowoczesnych metodach leczenia,
aby razem z lekarzem podjąć
świadomy i najlepszy wybór.









Bohaterkami kampanii Masz Wybór są **Agata, Dorota i Dagmara**

Badaj się z OnkoCafe i sprawdź, jakie to ważne!

Istnieje wiele organizacji pomagających kobietom w walce z rakiem piersi. Jedną z nich jest wyjątkowe OnkoCafe, które nie tylko pomaga chorym, ale również namawia do regularnych badań, by uniknąć zaawansowanej choroby. Jak zatem należy to robić? O tym porozmawialiśmy z szefowymi fundacji – Anną Kupiecką i Adrianną Sobol.



Anna Kupiecka
Prezes Fundacji OnkoCafe
– Razem Lepiej



Adrianna Sobol
Psycholog Fundacji OnkoCafe
– Razem Lepiej

Jak często powinniśmy wykonywać badanie USG piersi?

W przypadku profilaktyki raka piersi bardzo istotna jest czujność onkologiczna, polegająca na wielu działaniach, które umożliwią wczesne wykrycie choroby. W tej kwestii USG piersi jest niezwykle ważnym badaniem, które każda kobieta od ok. 20. roku życia powinna wykonywać raz do roku. Nie ma dokładnych wytycznych co do częstości wykonywanych badań w tym kierunku. Są one określane w programie badań przesiewowych, obejmującym kobiety z największym ryzykiem wystąpienia raka piersi, czyli w wieku 50-60 lat. Wtedy mają one dostęp do mammografii raz na dwa lata. Wraz z wiekiem struktura piersi się zmienia, zatem nie wystarczy mammografia raz na dwa lata, ale również inne działania (np. samobadanie), które powinny się nawzajem uzupełniać.

Z czego wynika tak niski współczynnik kobiet badających się pod kątem raka piersi?

Nasze doświadczenie pokazuje, że jednym z głównych elementów niskiego współczynnika kobiet badających się jest brak świadomości. Kobiety nie wiedzą, co da im takie badanie. Poza tym powstrzymuje je strach – nadal wiele osób uważa, że rak to wyrok. W związku z tym wystrzegają się one badań. Kolejnym powodem jest wiele mitów, które narosły wokół raka piersi – np. to, że można być zbyt młodym na raka lub że nie dotyczy on kobiet karmiących piersią. Jest to mylne przeświadczenie, ponieważ podczas ciąży i karmienia piersią również należy piersi badać.

Dlaczego to badania USG piersi powinny być rutynowym badaniem dla kobiet?

Jest to badanie, które daje duże poczucie kontroli nad swoim zdrowiem. Jest ono nieinwazyjne, bezbolesne i w miarę

dostępne. Dzięki niemu możemy zaobserwować wszelkie zmiany, jednak w profilaktyce raka piersi nie należy koncentrować się wyłącznie na badaniu USG. Wszystkie badania powinny się uzupełniać, w tym samobadanie, np. podczas kąpieli, obserwacja.

Jakie są konsekwencje późnego wykrycia raka piersi? Dlaczego w przypadku zachorowania na nowotwór piersi tak znaczące jest wczesne wykrycie nowotworu?

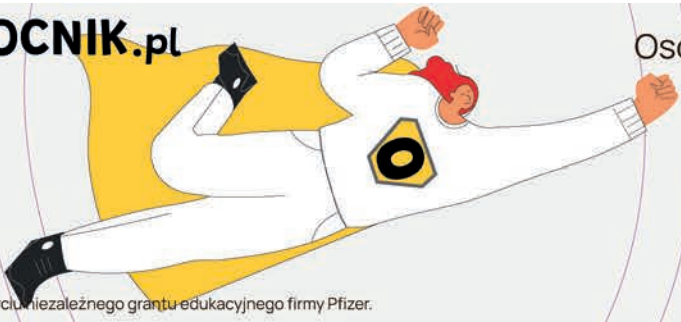
Wczesne wykrycie jest bardzo ważne, ponieważ wraz z rozwojem medycyny zysaliśmy dostęp do leczenia, które pozwala na pełne wyleczenie w większości przypadków. Późne wykrycie zaś może się wiązać z mastektomią, radioterapią, wyniszczającą chemioterapią. Należy badać się, zanim nam cokolwiek dolega, by mieć poczucie bezpieczeństwa i kontroli, nawet wtedy, gdy otrzymamy diagnozę. W takim przypadku mamy komfort psychiczny i dużo więcej narzędzi pozwalających na nieinwazyjne leczenie.

Co ma na celu akcja BreastFit?

Kampanię BreastFit prowadzimy od siedmiu lat. Wcześniej skupialiśmy się na edukacji przez social media, media i wydawanie charytatywnych kalendarzy. W tym roku wyruszyliśmy w teren, by spotkać się z kołami gospodyń z różnych regionów Polski. Były to wspaniałe spotkania w celu szerzenia świadomości na temat raka piersi, nauki samobadania, ale również samej chęci integracji i rozmowy. Na nasze eventy przychodziły nie tylko kobiety, ale również całe rodziny, co było niezwykle budujące. W tym właśnie miejscu należy podkreślić, że w naszej fundacji nie zapominamy o panach. Ich choroby także są ważne, dlatego też m.in. na stronie prostatahistoria.pl zachęcamy do badań prostaty.

 Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info



Osoby z niską odpornością narażone są na większe ryzyko ciężkiego przebiegu choroby COVID-19 dlatego...

...szukamy onkopomocnika

>>> SPRAWDŹ JAK NIM ZOSTAĆ <<<

Kampania zorganizowana przy wsparciu niezależnego grantu edukacyjnego firmy Pfizer.

 SYLWETKA



Ten jeden moment, *który zmienia wszystko*

Historia Moniki Dembek – pacjentki onkologicznej, chorującej na potrójnie ujemnego raka piersi, która w walce z rakiem jest dzisiaj na wygranej pozycji.

Autorka: Natalia Wiszniewska

Choć życie składa się z momentów, to wielu z nich nie zauważamy. Są jednak takie, które trwale zmieniają jego bieg. Niespodziewanie odcinają grubą kreską to, co było, i przemieniają nie tylko naszą codzienność, ale też nas samych.

Monika Dembek prowadziła tętniące energią życie. Pracowała w szkółce tenisowej, gdzie miała na co dzień kontakt z młodymi adeptami tenisa ziemnego oraz z ich rodzicami. Z wieloma z nich przyjaźniła się i cieszyła się na te wspólne spotkania w klubie. Syn Moniki jest zawodnikiem tenisa, jego kariera właśnie nabierała tempa. Była radość. Do tego momentu.

– 1 maja 2016 roku obudziłam się rano i leżąc na boku, dotknęłam swojej piersi. Wyczułam zgrubienie. W tym ułożeniu ciała guzek idealnie wyłonił się spod mięśnia. Od razu mnie to odkrycie zaniepokoiło. – Monika wspomina tamtą chwilę.

Jest guz... I co dalej? Do kogo pójść? Gdzie szukać właściwych lekarzy? Bezzadność i niepewność są wpisane w szybką ścieżkę terapii onkologicznej. Na szczęście Monika spotkała na swej drodze właściwego człowieka.

– Znałam świetnego specjalistę we Włocławku, który wcześniej leczył onkologicznie moją mamę i mojego ojca.

Z mamą jest wszystko w porządku, ale tato niestety zmarł na raka w wieku 49 lat – wspomina.

Pan doktor nie zostawił Moniki samej z tą diagnozą. Wdrożył natychmiastowe działanie. Następnego dnia była już w klinice w kujawsko-pomorskim, gdzie od razu rozpoczęło się leczenie. Okazało się, że są już przerzuty w węzłach chłonnych. Rokowania nie były najlepsze. Nowotwór piersi trójujemny z przerzutami to bardzo groźny przeciwnik.

– Uświadomiono mnie, że czeka mnie drastyczne leczenie, ale cóż – nie miałam wyboru – kwituje.

Wojna z rakiem rozpoczęła się szybko i boleśnie. Pierwsza chemia była od razu najmocniejsza. Tu nie było żadnego znieczulenia ani wstępnego zapoznania się z tematem.

– Pamiętam, że leżałam przerażona na kozetce, czekając w napięciu na swoją kroplówkę z lekiem. Jednocześnie przecierałam oczy ze zdumienia, widząc, że inni pacjenci na tym oddziale uśmiechają się, jedzą lody... Jak gdyby nigdy nic.

Lek kapał do żył przez 8 godzin, uderzając z wielką siłą w każdą komórkę ciała. Mimo upału za oknem Monice zrobiło się zimno. Przyjaciółka przyniosła koc. W drodze powrotnej ze szpitala Monice „odcięto prąd”. – Dopadła mnie totalna niemoc. Nie byłam w stanie wysiąść

”

Nowotwór piersi trójujemny z przerzutami to bardzo groźny przeciwnik.

z samochodu. – wspomina. – Byłam bezzadna i bezbronna.

Gdy przyszedł czas kolejnych wlewów, pojawił się pierwszy moment poważnego załamania. Monika nie była w stanie pojechać sama na północ Polski na kolejną chemię. Postanowiła więc znaleźć lekarza bliżej, w województwie mazowieckim.

– Tam usłyszałam, że gdybym zaczęła swoje leczenie u nich, to na pewno nie dostałabym tak silnej dawki chemii na początek. Byłam zdezorientowana. Jak to jest możliwe, że te dwa szpitale stosują odmienną taktykę leczenia? – w głosie Moniki słychać irytację.

Finalnie lekarze z mazowieckiego zdecydowali się kontynuować leczenie zgodnie ze schematem ustalonym w kujawsko-pomorskim. Monika otrzymała jeszcze 3 dawki leku. Większej ilości jej organizm nie był w stanie przyjąć. Poziom białych krwinek drastycznie spadł.

Czas choroby to czas zatrzymania. Pełen podsumowań, analiz i wniosków na przyszłość.

– Zaczęłam się sobie przyglądać. Nigdy na to nie miałam czasu w dotychczasowym pędzie życia. Przeszłam też metamorfozę w sposobie myślenia o chorobie i w moim nastawieniu do niej.

Po trzech dawkach wyniszczającej chemii nadszedł moment na wycięcie guza. Była to częściowa operacja prawej piersi. Po niej – radioterapia.

Ostatecznie tomografia nie wykazała żadnych przerzutów w głowie, a dalsze naświetlania wyrządziły jeszcze więcej szkód. Dokończenie kursu radioterapii poskutkowało utratą piersi, która wskutek naświetlań została zniszczona.

– Całkowita utrata piersi to było coś, czego najbardziej się bałam i czego chciałam uniknąć za wszelką cenę – przyznaje Monika.

Te obawy jednak zmaterializowały się. Do zabiegu Monika wybrała prywatną klinikę w województwie pomorskim, ponieważ zależało jej na jednoczesnej rekonstrukcji odjętej piersi. Realia szybko sprowadziły ją na ziemię. Koszt operacji był dla niej zbyt wysoki. Wtedy na jej drodze pojawiła się Fundacja Alivia. Monika mogła założyć konto i zbierać pieniądze na sfinansowanie tej kosztownej operacji. – Na początku zupełnie nie wiedziałam, jak się za to zabrać, ale okazało się to dosyć proste. Założyłam skarbonkę i rozpoczęłam zbiórkę. Nie mogłam uwierzyć, gdy w jeden dzień zebrałam pieniądze na operację. To było coś niesamowitego! – uśmiecha się.



Więcej informacji na stronie:

Dlaczego warto się badać

Dorota Gardias

Prezenterka telewizyjna promująca zdrowy styl życia

Regularne badania piersi naprawdę ratują życie. To jedna z wielu rzeczy, jakie możemy zrobić, by uniknąć cierpienia – zarówno naszego, jak i naszych bliskich. Ważna jest także stała samodzielna czujność onkologiczna, o czym porozmawialiśmy z prezenterką Dorotą Gardias.

Profilaktyka, profilaktyka i jeszcze raz profilaktyka. Ile trzeba o tym mówić, by Polki chciały się regularnie badać? Co jeszcze można zrobić w tym kierunku?

Od wielu lat, angażując się w kampanie i akcje społeczne, staram się jak najwięcej o tym mówić. Mimo wszystko nadal świadomość, że badania mogą uratować życie, nie dociera do sporej części kobiet. Myślę, że mimo wszystko nadal warto to robić. Do szerzenia wiedzy na ten temat przyczynia się także pokazywanie takich historii jak moja, czyli osoby publicznej, która jest zdrowa, aktywna, pełna energii, ciesząca się życiem, ale nagle spotyka na swojej drodze taką przeszkodę. Dzięki właśnie profilaktyce i temu, że byłam czujna, badałam się regularnie i nie bagatelizowałam objawów, „nie wyhodowałam sobie nowotworu złośliwego”, jak powiedział lekarz. Miałam to szczęście, że mój nowotwór nie był złośliwy, jednak i takie z czasem mogą stać się niezwykle groźne. Na początku miałam spore obawy, czy mówić o mojej chorobie, jednak teraz, gdy widzę, że dzięki mnie kobiety się badają – nie żałuję. Wiele moich koleżanek, widząc mój przykład, poszło się przebadać, co jest budujące.

Jakie przeszkody na swojej drodze spotykają kobiety, które nie poddają się badaniom? Brak świadomości, czasu, a może dostępu do lekarzy w mniejszych miejscowościach? Jak można wyrównać ich szanse?

Faktycznie, może panować swego rodzaju nierówność, ponieważ kobiety



FOT.: MAREK KOPROWSKI



FOT.: MAREK KOPROWSKI

w mniejszych miejscowościach nie mają takiej wiedzy, możliwości. Należy zatem wyrównywać te szanse, za sprawą m.in. kampanii społecznych, dawania przykładu. Rak może dotyczyć nas wszystkich. Sama, będąc w szpitalu, spotkałam panią z mniejszej miejscowości, która mówiła, że gdyby ktoś wcześniej powiedział jej o tym, że ma się badać, to z pewnością by to robiła. Uniknęłaby tym samym wielu przykrych konsekwencji, w tym wycierńczającej chemii, wypadania włosów. Lekarze również powinni przy każdej wizycie o tym przypominać. Nadal wiele kobiet nie bada nie tylko piersi, ale także nie wykonuje cytologii. Warto wspomnieć, że często kobiety mówią, że mają małego guzka w piersi, który wbrew pozorom jest niegroźny. Nic bardziej mylnego – takie małe zmiany mogą przerodzić się w złośliwego raka.

Jak bardzo docenia pani regularne badania piersi i szybko postawioną diagnozę? Naprawdę są w stanie zagwarantować pełne wyleczenie?

Podczas regularnego badania USG piersi lekarz zauważył u mnie niewielki guzek. Poradził mi go obserwować, regularnie badać i sprawdzać, czy się nie powiększa. Mając zaufanie do lekarza, posłuchałam go i tak też postąpiłam. Jednak po pewnym czasie pierś sama dała o sobie znać – poczułam uczucie delikatnego ciągnięcia, dyskomfortu. Pojawiła się niewielka

wydzielina z piersi. Po tych objawach nie czekałam ani chwili – od razu zaczęłam działać. Na szczęście, tak jak już wcześniej wspomniałam, guz był we wczesnym stadium, niezłośliwy. W moim przypadku było to ogromne szczęście. Dlatego warto dociekać, drążyć i samodzielnie o siebie dbać. Bardzo szanuję pracę lekarzy, ufam ich kompetencjom, jednak oni, tak jak my, są tylko ludźmi i mogą coś czasem przeoczyć. A nikt nie zawalczy o nas tak jak my same. Jeżeli mamy jakiegokolwiek wątpliwości, należy prosić o więcej badań, a nawet udać się na konsultacje do innego specjalisty.

Proszę opowiedzieć, jak często oraz w jaki sposób się pani badała, żeby nasze czytelniczki mogły wziąć przykład.

Staram się badać regularnie podczas kąpieli. Namydlona skóra jest bardziej podatna na tzw. samobadanie, o czym mówi wielu specjalistów. Oczywiście, w zależności od dnia cyklu te piersi mogą być wyczuwane inaczej, dlatego warto to robić w konkretnym czasie. Zaczęłam to robić po wizycie w Narodowym Centrum Onkologii, gdzie prowadziliśmy akcję społeczną związaną z Dniem Kobiet. Uczono nas, w jaki sposób prawidłowo badać piersi. Myślę, że jest to nieoceniona wiedza. Następnie od czasu do czasu wykonywałam badania ogólne, także USG piersi w ramach profilaktyki.

” Nikt o nas nie zawalczy tak jak my same.

Co chciałaby pani przekazać kobietom, które rzadko wykonują badania piersi? Jak je zmotywować do dbania o swoje zdrowie?

Gorąco zachęcam wszystkie kobiety, by zadbały o siebie i się badały. Mogą dzięki temu uniknąć ogromnego cierpienia i bólu, nie tylko dla siebie, ale też dla całej swojej rodziny. To nie są historie z gazet lub z telewizji – rak piersi może dotyczyć każdej kobiety. Warto przynajmniej na chwilę się nad tym zastanowić. Każdy z nas chce szczęśliwie, spokojnie żyć. Ja ogromnie się cieszę, że mogłam po wizycie w szpitalu wrócić do domu i zrobić obiad mojej córeczce, a nie wszystkie panie, które poznałam, miały taką możliwość.

i
Więcej informacji
na stronie:
byczdrowym.info

Niedożywienie i leczenie żywieniowe w chorobie nowotworowej

Zaburzenia stanu odżywienia (niedożywienie, zmniejszenie przyjmowania pokarmów, nadmierna utrata składników odżywczych) stanowią poważny problem u pacjentów, którzy leczą się z powodu choroby nowotworowej. Stwierdza się je u 30-85 proc. chorych leczonych z powodu choroby nowotworowej.



Prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk
Klinika Chirurgii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii, Państwowy Instytut Badawczy im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Częstość występowania zależy od rodzaju nowotworu, stopnia jego zaawansowania, umiejscowienia, chorób towarzyszących i wieku chorego. Najbardziej narażone są osoby chorujące na nowotwory układu pokarmowego (zwłaszcza na raka przełyku, żołądka, trzustki, w tych przypadkach chorzy o złym stanie odżywienia stanowią nawet 80 proc.) oraz głowy i szyi. Niedożywienie jest również, oprócz żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, niewydolności nerek i infekcji, jedną z głównych przyczyn zgonów u chorych na nowotwór. Jak wykazało badanie wykonane w 2018 roku w polskich szpitalach na grupie ponad 2700 pacjentów, wskazania do leczenia żywieniowego (różnego rodzaju) stwierdza się u 30 proc. osób przyjmowanych do szpitali.

Pacjent onkologiczny jest szczególnie narażony na utratę masy ciała i niedożywienie, gdyż jednym z głównych zaburzeń towarzyszących chorobie nowotworowej jest kacheksja. Jest to zespół objawów będący wynikiem działania czynników prozapalnych. Charakteryzuje go niezamierzona i postępująca utrata masy ciała, jadłowstręt, astenia (stan osłabienia psychicznego i fizycznego) i odczuwanie wczesnej sytości.

Jednym z pierwszych objawów zespołu kacheksja/anoreksja u pacjentów onkologicznych jest jadłowstręt o różnym stopniu nasilenia i w różnym tempie rozwoju. Na początku pacjenci zgłaszają zaburzenia smaku i powonienia, wymuszoną zmianę diety i nawyków żywieniowych. Spożywaniu pokarmów często towarzyszy nieprzyjemne uczucie, a nawet ból.

Stan odżywienia pogarsza się również w konsekwencji zaburzenia odżywiania (obecność przeszkody mechanicznej, takiej jak guz lub naciek, ból przy połykaniu, zwiększenie utraty składników odżywczych, biegunki, utrata drogą nerek), zaburzenia wchłaniania składników odżywczych (np. w konsekwencji uszkodzenia nabłonka przewodu pokarmowego podczas chemio- lub radioterapii), zwiększenia zapotrzebowania na składniki odżywcze (np. w raku płuca – nowotwór ten zwiększa tempo metabolizmu), a także działań niepożądanych leczenia przeciwnowotworowego (zaburzenia smaku, spadek łaknienia, nudności, wymioty).

Leczenie przeciwnowotworowe – chirurgia, chemioterapia, radioterapia – jest bowiem bardzo często związane z utratą masy ciała. Nie należy jednak przyjmować tego jako czegoś normalnego – trzeba z tym walczyć.

Dlaczego? Dlatego, że niedożywienie niesie za sobą bardzo poważne

następstwa kliniczne. Do głównych należą: wzrost częstości zakażeń, zaburzenie gojenia ran, przedłużenie pobytu w szpitalu, wzrost kosztów leczenia, a przede wszystkim przerwanie leczenia przeciwnowotworowego z uwagi na osłabienie organizmu.

Interwencja medyczna w chorobie nowotworowej powinna składać się z trzech aspektów: zapewnienia aktywności fizycznej, zmniejszenia nasilenia stanu zapalnego i zapewnienia prawidłowej podaży składników odżywczych.

W pierwszej kolejności pacjenci z chorobą nowotworową i utratą apetytu i/lub spadkiem masy ciała powinni zgłaszać się do konsultacji dietetyka, aby oceniono ich stan i aby otrzymali poradę dietetyczną. Celem takiego działania jest uzyskanie przez pacjenta i opiekuna praktycznej i bezpiecznej porady na temat odżywiania, a także wyjaśnienia szkodliwości diet, na których stosowanie nie istnieją dowody naukowe, w tym takich, które są modne w danym czasie.

Podaż białka ma szczególne znaczenie u pacjentów z chorobą nowotworową. Jest to spowodowane tym, że u pacjentów występuje wspomniane wcześniej zjawisko proteolizy, czyli rozpadu masy mięśniowej. Pacjent powinien otrzymywać co najmniej 1,2 grama białka na kilogram idealnej masy ciała na dobę, z tego powodu zachodzi konieczność interwencji medycznej.

Wybór metody leczenia żywieniowego zależy od stanu klinicznego chorego, stopnia i rodzaju niedożywienia, planowanego okresu żywienia oraz od tego, czy jest to żywienie przed- czy pooperacyjne. Ogólnie rzecz biorąc, metodą z wyboru jest żywienie drogą przewodu pokarmowego, określanego też jako żywienie dojelitowe lub żywienie enteralne, które obejmuje podaż diety drogą doustną, stosowanie żywności medycznej, żywienie do żołądka (zgłębnik lub przetoka odżywcza, czyli gastrostomia) i żywienie do jelita cienkiego (zgłębnik lub przetoka odżywcza, czyli jejunostomia).

Poradnictwo dietetyczne to pierwszy krok w interwencji żywieniowej. Zaleca się korzystanie z poradnictwa dietetycznego na wszystkich etapach leczenia onkologicznego: od momentu rozpoznania choroby poprzez okres aktywnego leczenia (bez względu na stosowaną metodę terapii). Zalecenia dietetyczne mogą obejmować dietę doustną opartą na zwykłych produktach dostępnych na rynku spożywczym lub dietę fortifikowaną produktami naturalnymi lub za pomocą doustnych suplementów pokarmowych, obecnie nazywanymi żywnością specjalnego przeznaczenia medycznego (ONS, FSMP).

Jest to specjalna kategoria żywności przeznaczona do żywieniowego wsparcia pacjentów nie tylko onkologicznych. Wyróżniamy preparaty standardowe (odzwierciedlające skład i proporcje zwykłej diety doustnej) lub preparaty specjalne (produkowane według wymagań żywieniowych wynikających z określonych chorób). Doustne diety przemysłowe są wskazane u każdego chorego, który nie jest w stanie za pomocą zwykłej diety pokryć zapotrzebowania na energię i składniki pokarmowe. Standardowo preparaty te powinny być stosowane w ilości 400-600 ml na dobę. Powinno się je spożywać powoli, małymi łykami, pomiędzy posiłkami. Nie wolno zamieniać posiłków na ONS-y – postępowanie takie prowadzi do niewystarczającej podaży składników odżywczych.



W pierwszej kolejności pacjenci z chorobą nowotworową i utratą apetytu i/lub spadkiem masy ciała powinni zgłaszać się do konsultacji dietetyka, aby oceniono ich stan i aby otrzymali poradę dietetyczną.

W przypadku braku możliwości użycia najbardziej fizjologicznej drogi naturalnej (doustna) należy zastosować drogę dostępu sztucznego (zgłębnik lub przetoka odżywcza). Ostatnim sposobem interwencji jest żywienie pozajelitowe, które stosuje się wtedy, gdy żywienie przez przewód pokarmowy jest niemożliwe lub niewystarczające.

Więcej informacji na temat interwencji żywieniowej w onkologii można znaleźć na stronie Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN), Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, stronach Centrów Onkologii oraz stronach firm farmaceutycznych.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

resource®

WSPARCIE ŻYWIENIOWE W CHOROBY NOWOTWOROWEJ



- Zmniejsza ryzyko niedożywienia
- Pomaga zapobiegać utracie masy ciała
- Pomaga pokryć zwiększone zapotrzebowanie na białko

Więcej na:  Poradnik Żywienia Medycznego



- Dostarcza energię
- Zawiera pełnowartościowe białko
- 89% badanych pacjentów onkologicznych potwierdza działanie chłodzące¹
- 84% badanych pacjentów onkologicznych potwierdza działanie kojące¹

Dostępne bez recepty w aptekach stacjonarnych i internetowych

Zywność specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod kontrolą lekarza. Resource Protein: Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia, któremu może towarzyszyć zwiększone zapotrzebowanie na białko. Resource Refresh do postępowania dietetycznego u pacjentów onkologicznych z zaburzeniami zmysłu smaku związanymi z radioterapią lub chemioterapią, niedożywionych lub z ryzykiem wystąpienia niedożywienia. Nieodpowiedni do stosowania jako jedyne źródło pożywienia. Nestlé Polska S.A., ul. Domaniewska 32, 02-672 Warszawa. Wszystkie znaki towarowe należą do Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Szwajcaria.

1. D. Oreskovich, A. Baker, M. Huhmann, Co-Developing a Nutritional Beverage for Oncology Patients with Oncology Patients, Caregivers, and Healthcare Practitioners; SIOG 19th Conference, Poster 1114-1115, 2019.

Numer materiału ONS/03/2021



Nowotwór prostaty – czy można go wcześnie wykryć?

Rak gruczołu krokowego wcześnie wykryty daje duże szanse na skuteczne leczenie. Co warto zatem na jego temat wiedzieć, by ustrzec się przed jego zaawansowaną postacią?



Prof. dr hab. n. med. Piotr Chłosta, FEBU, FRCS (Glasg)
Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, ambasador Kongresów Polskich

Jak często w Polsce diagnozowany jest nowotwór prostaty? Jak przedstawiają się dane epidemiologiczne w zakresie pacjentów z nowotworem prostaty?

Nowotwór prostaty diagnozowany jest dosyć często. W Europie w ubiegłym roku rozpoznano prawie pół miliona nowych przypadków. Trzeba jednak dobitnie podkreślić, że stosunek zapaadalności na nowotwór do umieralności pacjentów jest stosunkowo korzystny. Oznacza to, że biologia raka gruczołu krokowego, poza nowotworem wysokiego i najwyższego ryzyka (przerzutowym i miejscowo zaawansowanym), jest odmienna od innych nowotworów układu moczowego (guza pęcherza moczowego, nerki). Jest to również uwarunkowane tym, że rak prostaty jest linijnie zależny od wieku. Częstość występowania tego nowotworu przypada najczęściej na grupę mężczyzn powyżej 60. roku życia, osiąga szczyt zachorowań pomiędzy 65. a 85. rokiem życia.

Jak dochodzi do rozpoznania tego typu nowotworu? Jak wygląda ścieżka diagnostyczna pacjentów?

Do upowszechnienia się możliwości łatwego rozpoznawania raka gruczołu krokowego przyczyniło się rutynowe oznaczanie stężenia PSA, czyli swoistego antygenu sterczowego w praktyce

klinicznej. Miało to miejsce pod koniec lat 80. ubiegłego stulecia. PSA nie jest markerem nowotworowym, niemniej pozwala on specjalście urologowi podjąć decyzję o tym, by partykularnemu pacjentowi wykonać biopsję gruczołu krokowego. Diagnozy dotyczącej nowotworu prostaty dokonuje się wyłącznie na podstawie badania mikroskopowego preparatu uzyskanego z biopsji stercza lub z próbek receptywnych po operacji wynikającej z innego powodu. Na samą decyzję o biopsji składa się kilka czynników – oznaczenie stężenia PSA, badanie fizykalne prostaty w gabinecie urologicznym oraz badania obrazowe (USG lub rezonans magnetyczny).

W jaki sposób nowotwór prostaty się objawia?

Rak gruczołu krokowego, o ile nie ma postaci zaawansowanej miejscowo i nieprzerzutowej (np. do układu kostnego), może nie dawać żadnych objawów. Należy pamiętać, że szczególną uwagę w tej kwestii powinni zwrócić mężczyźni, u których nowotwór prostaty występował w rodzinie. Ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego jest w tym przypadku 11-krotnie częstsze. Jeśli nie mamy do czynienia z postacią agresywną, dającą m.in. dolegliwości bólowe, najczęściej rak ten nie daje swoistych symptomów. Mimo

wszystko objawy, takie jak: częstomocz dzienny i nocny, uczucie parcia, zaleganie moczu lub przerywany strumień oddawania moczu, to niektóre powody, dla których warto udać się do gabinetu urologicznego i zbadać prostatę. Niekoniecznie w kierunku nowotworu, ale profilaktycznie.

Jak przedstawia się ścieżka terapeutyczna pacjenta po diagnozie?

U niektórych pacjentów stosowany jest aktywny nadzór, jednak muszą to być chorzy z wielochorobowością lub ci, którzy w przypadku nawet niewielkiego ryzyka progresji są gotowi na przystąpienie do leczenia aktywnego. Mając na względzie powolną biologię raka gruczołu krokowego, musimy ocenić, czy choroba jest ograniczona wyłącznie do narządu. Jeśli tak, wprowadza się leczenie polegające na resekcji narządu prostaty w całości, wraz z węzłami chłonnymi. Gdy jest pewne, że rak nie jest agresywny, w niektórych przypadkach stosuje się leczenie operacyjne oszczędzające narząd (co jest ważne w zachowaniu sprawności seksualnej, np. u młodych mężczyzn). Inne metody leczenia to napromienianie zewnętrzne lub wewnętrzne, stosowane szczególnie u mężczyzn niegodzących się na operację (najczęściej młodzi pacjenci). W leczeniu drugiej linii podaje się także chemioterapię.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info



UROLOGIA

LATA DOŚWIADCZEŃ
W TROSCE O ZDROWIE POLAKÓW

 **WAŻNE**

Choroba a praca – wskazówki dla pracodawców

W Polsce żyje blisko milion pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem. Dzięki coraz lepszej diagnostyce, a także akcjom profilaktycznym i badaniom przesiewowym nowotwory są wykrywane na coraz wcześniejszym etapie. Niestety coraz częściej choroba pojawia się w życiu ludzi bardzo młodych i aktywnych zawodowo.



Anna Długołęcka
Psycholog,
współzałożycielka
i prezes fundacji
Warszawskie
Centrum
Psychoonkologii

 Więcej informacji
na stronach:

wcp.org.pl
byczdrowym.info

Przypuszczalnie każdy pracodawca, prędzej czy później, będzie musiał zmierzyć się z sytuacją, kiedy w firmie czy instytucji pojawi się osoba chora onkologicznie. Rola pracodawcy jest tu zatem nie do przecenienia. To, jakie wsparcie otrzyma osoba chora w instytucji czy firmie, w której pracuje, może dodać jej siły i nadziei lub odwrotnie – pogłębić stres, lęk i poczucie osamotnienia.

Jak wynika z naszych doświadczeń i rozmów z pacjentami, ludzie często wahają się, czy poinformować pracodawcę o chorobie. Obawa przed utratą pracy albo dyskryminacją z powodu ograniczeń związanych z leczeniem sprawiają czasami, że długo ukrywają tę trudną dla siebie sytuację. Między innymi dlatego zadaniem pracodawcy jest tworzenie atmosfery, która sprzyja otwartemu mówieniu o trudnościach i różnego rodzaju problemach, których doświadcza pracownik.

Co może zrobić pracodawca, aby jak najlepiej zaopiekować się współpracownikiem, który choruje onkologicznie, a jednocześnie zadbać o potrzeby i cele organizacji?

Proces leczenia bywa długotrwały. Pracownicy stają się mniej dyspozycyjni. Pracodawcy muszą stawić czoła kłopotom pojawiającym się w związku z długą absencją, spadkiem sprawności

intelektualnej i fizycznej, koniecznością opuszczania pracy na potrzeby badań. Na początku oferowane wsparcie i współczucie mogą przerodzić się w zniecierpliwienie i irytację. W takich przypadkach, zwłaszcza w mniejszych przedsiębiorstwach, zdarzają się sytuacje rozwiązania stosunku pracy, przesunięcia lub degradacja pracownika. Poniżej znajdują się proste odpowiedzi, co na poszczególnych etapach choroby można zrobić.

- Wspieraj, zachęcaj i słuchaj.
- Nie udzielaj porad ani nie opowiadaj historii ludzi, którzy chorowali na raka.
- Nie wyciągaj informacji na siłę.
- Pytaj pracownika, czego potrzebuje i co by mu pomogło w tej sytuacji.
- Poinformuj osobę chorą (a następnie przekaż w podsumowaniu pisemnym), jak pracodawca może ją wesprzeć.
- Zachęć pracownika do rozmowy z przełożonym i zespołem.
- Dopasuj zakres obowiązków do możliwości i ograniczeń pracownika.
- Proponuj rozwiązania, ale nie narzucaj ich i pozwól, aby pracownik decydował, czy chce z nich skorzystać.
- Mądre wsparcie jest czymś innym niż pocieszenie. Dla wielu osób zwroty takie jak „wszystko

będzie dobrze”, „nie martw się”, „myśl pozytywnie” – są pustymi słowami, z których nic nie wynika, a często wręcz powodują dodatkowy ból.

Jakimi zatem wyrażeniami warto zastąpić powyższe zwroty, aby okazać pracownikowi wsparcie?

- Tak mi przykro, że tego doświadczasz – to musi być bardzo trudne.
- Przykro mi, że przez to przechodzisz.
- Jeśli chcesz o tym porozmawiać, jestem.
- Daj mi znać, jeśli mogę cokolwiek zrobić dla ciebie w tej sytuacji.
- Zrobimy wszystko, abyś mógł/mogła dalej funkcjonować w pracy w takiej formule, która będzie teraz dla ciebie optymalna.
- Nie jesteś z tym sam/sama – zrobimy z naszej strony tyle, ile tylko można, abyś miał/miała możliwość spokojnie się leczyć.

Wszelkie podejmowane przez pracodawcę działania, wspierające osobę chorującą i zespół, stanowią ważny i czytelny komunikat dla innych pracowników o tym, jaka jest rzeczywista wartość człowieka w organizacji. Są narzędziem budowania marki pracodawcy, a także wzmacniania lojalności i zaangażowania zespołu. Warto podjąć ten trud, jeśli chcemy tworzyć dobre miejsca pracy.

 **INSPIRACJE**

Czym jest kolonoskopia?

Prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła
Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Zachorowanie i umieranie na raka jelita grubego jest bardzo nieprzyjemne.

Czym jest kolonoskopia?
Kolonoskopia to złoty standard w obszarze profilaktyki raka jelita grubego, czyli badanie, które w wielu krajach wykonuje się jako pierwsze przesiewowe lub drugie – weryfikujące test FIT wykrywający obecność w stolcu krwi utajonej. Test FIT stanowi taki pierwszy filtr i wypada dodatnio średnio u ośmiu do dziesięciu procent osób, które go wykonują. Te osoby muszą mieć wykonaną kolonoskopię, żeby zweryfikować, czy krew wykryta w stolcu pochodzi z raka jelita, czy np. z żołądka lub hemoroidów.

Jak zachęcić Polaków do wykonywania profilaktycznej kolonoskopii. Czy w Polsce to wciąż temat tabu?
Najlepszą odpowiedzią jest moim zdaniem hasło „wstyd się wstydzić!” wymyślone przez profesora Eugeniusza Butruka, inicjatora badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Zachorowanie i umieranie na raka jelita grubego jest bardzo nieprzyjemne. A te badania są wykonywane po prostu komfortowo. Trzeba uwierzyć, że nie ma tam żadnego zagrożenia, żadnego wstydu. Kolonoskopia, choćby przy badaniach ginekologicznych, to jest nic.

 Więcej informacji
na stronie:

byczdrowym.info

Profilaktyczne domowe testy diagnostyczne

Wynik medyczny do samokontroli 1 szklarka

TEST NA PROSTATE

PSA TEST

WYNIK JUŻ PO 10 MINUTACH

JEDYNY NA RYNKU

JEDNORAZOWY DOMOWY TEST do wykrywania podwyższonego poziomu antygenu PSA we krwi

1 TEST

domowe laboratorium OD 1987 ROKU

Wynik medyczny do samokontroli 1 szklarka

TEST NA KREW UTAJONĄ W KALE

FOB TEST

WYNIK JUŻ PO 5 MINUTACH

dokładność laboratoryjna

JEDNORAZOWY DOMOWY TEST do wykrywania krwi utajonej w kale

1 TEST

domowe laboratorium OD 1987 ROKU

Produkt do nabycia w aptece

www.domowelaboratorium.pl

INFOGRAFIKA

OSTRE BIAŁACZKI SZPIKOWE

Ostre białaczki szpikowe stanowią zdecydowaną większość ostrych białaczek u dorosłych. Według danych amerykańskich **zapadalność u dorosłych na OBSz wynosi średnio 4,2/100 000 mieszkańców/rok**. Choć choroba ta może występować u ludzi młodych, jej częstość rośnie z wiekiem.

PODTYPY

Biorąc pod uwagę biologię choroby, odmiennymi podtypami pod względem cech histopatologicznych, genetycznych, wyników leczenia i rokowania są:

- **wtórne OBSz** (sAML, *secondary acute myeloid leukemia*),
- **OBSz zależna od terapii** (t-AML, *therapy related acute myeloid leukemia*),
- **OBSz rozwijająca się na podłożu innego nowotworu** mieloproliferacyjnego, zespołu mielodysplastycznego czy też mielodysplastyczno/mieloproliferacyjnego, także przewlekłej białaczki mielomonocytowej (s-AML, *secondary acute myeloid leukemia*),
- **OBSz związane z cechami mielodysplazji** (AML-MRC, *acute myeloid leukemia with myelodysplasia related changes*).

OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA

Szczególnym podtypem wymagającym odrębnego omówienia jest ostra białaczka promielocytowa. Podtyp ten występuje rzadko, cechuje się gwałtownym przebiegiem. Uznawana jest za stan nagły wymagający pilnej diagnostyki i leczenia z powodu wysokiego ryzyka powikłań krwotocznych, w tym krwawień do ośrodkowego układu nerwowego skutkujących wysoką śmiertelnością.

OSTRA BIAŁACZKA ZALEŻNA OD TERAPII

Występuje jako późne powikłanie, najczęściej 3 do 10 lat po wcześniejszym zastosowaniu chemioterapii (leków alkilujących, inhibitorów topoizomerazy, analogów puryn) lub/i radioterapii z powodu innego nowotworu.

OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA ZWIĄZANA Z CECAMI MIELODYSPLAZJI

Grupa białaczek wysokiego ryzyka, w których występują cechy mielodysplazji lub OBSz, jest poprzedzona zespołem mielodysplastycznym czy też stwierdza się zmiany cytogenetyczne związane z mielodysplazją.

dr K. Głogowska, dr E. Patkowska/hematoonkologia.pl

WAŻNE

Dlaczego skutki chemioterapii (wypadanie włosów) **wpływają na obniżenie samooceny?**



Dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz
Kierownik Katedry i Zakładu Psychologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego

Leczenie choroby nowotworowej niesie za sobą wiele bezpośrednich następstw. Utrata włosów jako bezpośredni skutek zastosowanej chemioterapii dotyka większość pacjentek z rakiem sutka. Fakt ten stanowi duże obciążenie emocjonalne kobiet, a źródłem tych reakcji jest co najmniej kilka. Przede wszystkim to utrata własnej atrakcyjności, konieczność zmierzania się ze swoim zmienionym wyglądem, jak również konieczność mierzenia się z reakcjami otoczenia na widoczną zmianę wyglądu. Te doświadczenia, negatywne odczucia leżą u podłoża tendencji do obniżania się samooceny, zachwiania dotychczasowego „obrazu siebie”, co znacznie podnosi poziom distresu. Nie pomagają udzielane wsparcie typu: „włosy są nieważne”, „nie koncentruj się na tak błahej kwestii”, „ważniejsze przed tobą” itd. Z medycznego punktu widzenia to są oczywiste stwierdzenia, natomiast psychologicznie adaptacja czy na końcu akceptacja zmiany wyglądu wymagają czasu i są łatwiejsze w sytuacji możliwości uzyskiwania profesjonalnego wsparcia.

Peruki dla Ciebie!

ROKO KO
HAIR COMPANY
www.rokoko.com.pl

rokokohaircompany