

**Morfologia krwi**  
Jej nieoceniona  
rola w diagnostyce

**Opieka onkologiczna**  
Polska na tle  
innych państw

**Onkofertylity**  
Zadbać o płodność  
w obliczu choroby

**MEDIA  
PLANET**

Nr 2/Luty 2011

# WYGRAĆ Z RAKIEM

## BADAJ SIĘ REGULARNIE

Zasadnicze znaczenie w skutecznym leczeniu nowotworów ma jak najwcześniejsze rozpoznanie choroby.

**Jelito grube**  
Rola genu K-RAS  
w doborze  
leczenia

**Nowotwory krwi**  
Coraz lepsze  
metody leczenia  
białaczek

**Gruczoł krokowy**  
Rak wcześniej  
wykryty jest  
uleczalny

6

KROKÓW

ABY  
WYPRZEDZIĆ  
CHOROBE  
NOWOTWOROWĄ

FOT: FORUM PAF

Bristol-Myers Squibb

ADVANCING IMMUNOTHERAPY in ONCOLOGY



[www.immunotherapy-in-oncology.com](http://www.immunotherapy-in-oncology.com)

New Insights are Coming to Light

Current Challenges and Future Perspectives



# WYZWANIA

Jednym z głównych działań Zarządu i Rady Naukowej Polskiej Unii Onkologii jest **organizowanie akcji i kampanii** nakierowanych na szerzenie oświaty zdrowotnej, propagowanie prewencji, profilaktyki i czujności onkologicznej.

## Ważna rola edukacji prozdrowotnej

### Mam Haka na Raka

**1** Ideą programu Mam Haka na Raka jest edukacja młodzieży, tak by czuła się odpowiedzialna za zdrowie i życie swoje oraz swoich bliskich. Program na przestrzeni lat ewoluuje w kierunku ruchu społecznego.

Dotychczasowym efektem działań młodzieży są trzy kampanie społeczne promujące w roku 2008 profilaktykę raka piersi „Wystarczy tak niewiele”, w roku 2009 raka szyjki macicy „Nie pakuj się do trumny, zrób cytologię” oraz w 2010 raka prostaty „Nie krępuj się zerwij z milczeniem”.

W roku 2011 kampania poświęcona jest profilaktyce raka płuc (najczęściej występującego nowotworu złośliwego).

Jednym z nowych elementów, z jakimi mierzą się uczestnicy IV edycji kampanii, to organizacja „Dnia Hakowicza”. Ustanowiono, że 4 lutego, który powszechnie obchodzony jest na całym świecie jako Światowy Dzień Walki z Rakiem, na stałe wpisze się w kalendarze „Hakowiczów”. Tego dnia wszystkie zespoły biorące udział w programie PUO będą miały za zadanie min. organizację marszy

na znak poparcia zachowań prozdrowotnych oraz podkreślenie znaczenia wykonywania badań profilaktycznych. Zespoły będą zbierały maskotki dla dzieci chorych na nowotwory, jak również rozdawały przechodniom materiały edukacyjno-informacyjne.

### Konkurs Zdrowa Gmina

**2** Celem Konkursu Zdrowa Gmina jest zwiększenie liczby osób zgłaszających się na badania profilaktyczne ukierunkowane na wczesne wykrywanie chorób nowotworowych.

Pilotażowa edycja Konkursu Zdrowa Gmina była prowadzona w województwie mazowieckim i zakończyła się sukcesem. Dzięki naszej inicjatywie w ciągu 6 miesięcy na terenie Mazowsza z badań profilaktycznych skorzystało około 15 tys. osób więcej. W tym samym czasie zwycięskie gminy odnotowały kilkunastoprocentowy średni wzrost na badania mammograficzne i cytologiczne. Pula badań na kolonoskopię wyczerpała się w ciągu 3 pierwszych miesięcy trwania Konkursu. Przedstawione wyniki pokazują, że Zdrowa Gmina

„Wciąż zbyt mało ludzi zgłasza się na badania profilaktyczne. Możemy zmienić ten stan rzeczy m.in. dzięki zaangażowaniu młodzieży.”



**Dr n. med. Janusz Meder**  
Prezes Polskiej Unii Onkologii

doskonale wpisuje się w założenia Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

Druga edycja Konkursu Zdrowa Gmina w roku 2011 będzie skierowana do gmin z 6 województw: mazowieckiego, łódzkiego, lubelskiego, świętokrzyskiego, podkarpackiego i opolskiego. Chcemy dotrzeć do władz lokalnych z informacją o konieczności prowadzenia intensywnych działań w zakresie szeroko pojętej profilaktyki nowotworowej, a także zmobilizować publiczne ośrodki zdrowia do aktywnego kierowania mieszkańców gmin na badania przesiewowe - mammografię, cytologię i kolonoskopię. Badania naukowe prowadzone w krajach Europy Zachodniej potwierdziły skuteczność powodzenia tego typu programów przesiewowych, więc tym bardziej zależy nam na zwiększeniu efektywności podejmowanych działań.

Więcej informacji znajdziesz na:  
[www.puo.pl](http://www.puo.pl),  
[www.mamhakanaraka.pl](http://www.mamhakanaraka.pl),  
[www.konkurszdrowagmina.pl](http://www.konkurszdrowagmina.pl),  
[www.pokonamybaka.pl](http://www.pokonamybaka.pl)



### POLECAMY



**Prof. Romuald Zdrojowy**  
Kierownik Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu

STRONA 11

### Patroni publikacji:



### Partner publikacji:



## MEDIA PLANET

2 EDYCJA - LUTY 2011

**Business Developer:**  
Aleksandra Grabarczyk

**Redakcja:**  
Mariola Markłowska-Dzierżak  
Agata Wojdalska

**Project Manager:**  
Marcela Czapla  
**Tel.:** +48 22 412 01 91  
**E-mail:** marcela.czapla@mediaplanet.com

**Dystrybuowane z:** Rzeczpospolita  
**Druk:** Presspublica Sp. z o.o.  
**Nakład:** 115 000 egzemplarzy

**Skład:** Graphics & Design Studio,  
Michał Ziółkowski, www.gdstudio.pl

**Kontakt z Mediaplanet:**  
**Fax:** +48 22 412 01 93  
**E-mail:** info.pl@mediaplanet.com

Mediaplanet jest wiodącym domem wydawniczym na rynku europejskim. Specjalizujemy się w tworzeniu wysokiej jakości publikacji tematycznych w prasie codziennej, online oraz broadcast. Mediaplanet nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam.

## INSPIRACJE



„Wciąż zbyt mało ludzi zgłasza się na badania profilaktyczne. Możemy zmienić ten stan rzeczy m.in. dlatego, że młodzież działa podczas takich akcji emocjonalnie. To pokolenie, które umie zmierzyć się z wyzwaniem zdrowotnym dzisiejszych czasów ja-

kim są choroby nowotworowe. Jedną z kluczowych ról w programie odgrywają organizacje lekarskie, które prowadzą edukację młodzieży z zakresu minimum onkologicznego. W ich gestii leży także opieka merytoryczna nad przekazem kampanii społecznej.”

Dr n. med. Janusz Meder

NOWOŚCI



# Postęp w leczeniu raka jelita grubego

**Terapie celowane są wielkim osiągnięciem współczesnej onkologii. Dawniej, po opracowaniu nowego leku szukano nowotworu, na który najlepiej działałby dany preparat. Dziś jest inaczej.**

Dzięki zdobyciu wiedzy z zakresu biologii nowotworów poznajemy kluczowe mechanizmy odpowiedzialne za rozwój i postęp choroby nowotworowej. Terapia celowana działa bardziej na komórki nowotworowe niż na komórki zdrowe. Dzięki temu w czasie leczenia występuje mniej działań ubocznych, ale ważniejsze jest to, że nowe leki w połączeniu z tradycyjną chemioterapią są o wiele skuteczniejsze.

W leczeniu raka jelita grubego w IV stopniu zaawansowania (występowanie przerzutów) stosuje się obecnie trzy leki zaliczane do terapii celowanej. Są to przeciwciała monoklonalne. Pierw-

szym jest cetuksymab, drugim bewacizumab, a trzecim panitumumab. Każde z nich może być podawane samodzielnie, ale najlepsze efekty terapeutyczne uzyskuje się w leczeniu skojarzonym. Polega ono na jednoczesnym podawaniu jednego z przeciwciał monoklonalnych i chemioterapii tradycyjnej.

W leczeniu przerzutowego raka jelita grubego, pierwszym zarejestrowanym przeciwciałem monoklonalnym był cetuksymab. Jako pierwsza, w grudniu 2003 roku, zarejestrowała go Szwajcaria, następnie w lutym 2004 roku USA, a od czerwca 2004 roku cetuksymab stosuje się w krajach Unii Europejskiej, w tym również w Polsce.

Cetuksymab to przeciwciało przeciwko receptorowi naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR). Wiążąc się z tym receptorem blokuje on przekazywanie sygnałów zależnych od jego aktywacji. Efekt - hamowanie namnażania się komórek nowotworowych, induk-

„Terapia celowana otwiera nowe możliwości terapeutyczne, zdecydowanie wydłużając czas przeżycia pacjenta, a w przypadkach, w których możliwe jest po ich zastosowaniu usunięcie przerzutów mogą prowadzić do całkowitego wyleczenia.”

cja śmierci komórki, zapobieganie powstawaniu przerzutów oraz hamowanie powstawania naczyń krwionośnych, przez które guz się odżywia. Lek ten, nie tylko zwiększa antynowotworowe działanie równocześnie z nim stosowanej chemioterapii, ale również pozwala na odwrócenie oporności na chemioterapię już zastosowaną. Cetuksymab nie nasila objawów ubocznych

stosowanych łącznie z nim leków przeciwnowotworowych. Najczęstszym objawem ubocznym jest wysypka podobna do trądziku, ale lekarze prowadzący terapię cetuksymabem, doskonale sobie z nim radzą. Dodanie leku do chemioterapii zwiększa szansę zmniejszenia przerzutu do takiej wielkości, że można go operacyjnie w całości usunąć, co daje szansę na wyleczenie pa-

cjenta. Programy terapeutyczne zawierające cetuksymab są skierowane głównie do osób, które mogą odnieść największe korzyści z jego stosowania. Wiadomo już, że są to chorzy, u których w guzie nie stwierdza się mutacji genu K-RAS. Dlatego tak ważne jest określenie statusu genu przed podjęciem decyzji terapeutycznej.

Terapia celowana otwiera nowe możliwości terapeutyczne, zdecydowanie wydłużając czas przeżycia pacjenta, a w przypadkach, w których możliwe jest po ich zastosowaniu usunięcie przerzutów mogą prowadzić do całkowitego wyleczenia.



**dr n. med. Katarzyna Jaskóła**  
Klinika Nowotworów Jelita Grubego Centrum Onkologii – Instytut im M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

**We współczesnej onkologii coraz częściej obowiązuje zasada, żeby dla pacjenta dobierać taką terapię, która choremu przyniesie jak największą korzyść. Tak dzieje się również w przypadku raka jelita grubego.**

## Decydują geny

U chorych z zaawansowaną postacią nowotworu, którzy nie odpowiedzieli na wcześniej zastosowane leczenie, onkolog rozważa wprowadzenie terapii celowanej. Aby jednak rozpocząć terapię trzeba wybrać spośród pacjentów grupę, która z tej terapii odniesie korzyść kliniczną. Terapia celowana w przypadku raka jelita grubego polega na podaniu leku, który zahamuje zdolność komórek nowotworowych do dzielenia się. Głównym szlakiem metabolicznym, który indukuje w tym przypadku podział komórek nowotworowych jest szlak za pośrednictwem receptora EGFR. Sygnał z receptora przekazywany jest przez białko kodowane przez gen K-RAS, skąd dalej jest przekazywany za pośrednictwem kolejnych produktów genowych do jądra komórkowego, gdzie uruchomione zostają mechanizmy prowadzące do podziału komórki. Cały ten proces przekazywania informacji można zatrzymać przez zablokowanie zdolności receptora EGFR do prze-

kazywania sygnału. W praktyce, aby zahamować ten proces stosuje się albo niskocząsteczkowe inhibitory aktywności receptora, albo przeciwciała monoklonalne. Jednak w pewnych okolicznościach, pomimo zastosowania czynników hamujących przekazywanie sygnału do podziału, może okazać się nieskuteczne. Tak właśnie zdarza się, gdy kolejny element szlaku przekazywania sygnału - białko kodowane przez gen K-RAS - jest uszkodzone.

Jeżeli gen K-RAS jest uszkodzony jego produkt białko RAS stale przekazuje sygnały podziału do jądra komórkowego.

W takiej sytuacji nie pomoże zablokowanie sygnałów płynących głównego przekaźnika - receptora.

Rozkaz o kolejnym podziale komórek będzie stale przekazywany, a co za tym idzie nowotwór będzie się rozprzestrzeniał.

A zatem określenie statusu genu K-RAS ma podstawowe znaczenie dla podjęcia decyzji o wprowadzeniu terapii celowanej. Jeżeli po



Więcej informacji na stronie: [www.targetmycancer.com](http://www.targetmycancer.com)

FOT: ISTOCK

zbadaniu wycinka guza, wiadomo, że gen jest uszkodzony, czyli zmutowany - terapia celowana nie ma sensu. Leki nie zadziałają, gdyż zablokowanie sygnału z receptora nie zahamuje przepływu sygnału od uszkodzonego RAS.

Teoretycznie, oznaczenie statusu genu K-RAS powinno być wykonywane u wszystkich chorych na

raka jelita grubego. Pozwoliłoby to, w przypadku postępu choroby od razu wprowadzić leczenie celowane. Wówczas ani pacjent, ani lekarz nie traciliby czasu (około dwóch tygodni) na oczekiwanie na wynik badania. Obecnie status genu oznacza się jedynie u osób, które mają za sobą pierwszą linię leczenia, i które mogą osiągnąć istotne korzyści

z wprowadzenia terapii celowanej. Wśród osób chorych na raka jelita grubego, około 60 procent nie ma uszkodzonego genu K-RAS, a więc warto u nich kontynuować leczenie poprzez wprowadzenie terapii celowanej. 40 procent chorych ma uszkodzony gen i u nich nowoczesna terapia oparta o hamowanie przekazywania sygnału do podziału za pośrednictwem receptora nie przyniesie oczekiwanych efektów.

Oznaczenie statusu genu K-RAS pozwala wybrać tę grupę pacjentów, którzy odniosą korzyść z tego typu leczenia. Jest jeszcze jeden ważny aspekt tego badania - odpowiednie dobranie chorych do terapii celowanej pozwala zaoszczędzić ogromne kwoty. Bez takich oznaczeń, pieniądze których stale brakuje w onkologii, będą niepotrzebnie marnowane.

**PROF. DR HAB. JANUSZ SIEDLECKI**  
pełnomocnik dyrektora ds. nauki, Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie

# INSPIRACJE

## Wyrolluj raka – to nie cud, to medycyna!

**Nieustannie wzrasta perspektywa coraz większej skuteczności walki podejmowanej przez osoby dotknięte chorobą nowotworową. To nie cud – to medycyna!**

**Współczesna medycyna daje szansę na „wyrollowanie raka”**

Postęp medycyny w zakresie diagnozowania i leczenia raka jest bardzo duży. Nowe, udoskonalone preparaty stosowane w terapii nowotworowej pojawiają się niemal co roku. Chciałabym umacniać w każdym chorym na raka chęć szukania wielu rozwiązań, jakie ma do zaoferowania współczesna nauka. Kluczowe znaczenie ma pierwszy etap leczenia, dlatego nie należy go marnować na poszukiwanie metod alternatywnych. Wiele osób sięga po medycynę niekonwencjonalną. Miałam tę nieprzyjemność sprawdzić na własnym organizmie jej działanie i wiem, że to nie działa. Żadne środki, a próbowałam wielu,

w moim przypadku nie poskutkowały. Czułabym się źle mówiąc, że warto korzystać z medycyny alternatywnej. Wymierne efekty zaczęło przynosić leczenie standardowe, jak chemioterapia, radioterapia, hormonoterapia. Polecam także korzystanie z porad zagranicznych klinik, ubieganie się o dofinansowanie leczenia przez fundacje – wyjaśnia Magda Prokopowicz, pomysłodawczyni i założycielka Fundacji Rak'n'Roll. Wygraj życie.

**Rola edukacji pacjentów oraz świadome partnerstwo z lekarzem**

Warto wiedzieć, czym jest dane schorzenie, co oznaczają wyniki kolejnych etapów diagnostycznych, jakie metody leczenia są dostępne, szukać specjalisty, który za wszelką cenę walczy o swojego pacjenta. Lekarz onkolog powinien być „bazą informacji” dla chorego, osobą najbardziej wiarygodną, która w sposób optymalny pokieruje leczeniem. W obliczu własnych doświadczeń sugeruję konsultowanie wyników badań i swojej choroby



**MAGDA PROKOPOWICZ**  
Założycielka fundacji Rak'n'Roll.  
Wygraj Życie!

z dwoma, trzema onkologami, aby mieć pewność, że zastosowana terapia jest najlepsza. Zetknięcie się z chorobą nowotworową i usłyszenie diagnozy „rak” jest bardzo mocną informacją. Ważne jest, by nie poddawać się psychicznie, bowiem najważniejsza jest determinacja, drażnienie problemu. Nieoceniona wydaje się rola psychoonkologa w procesie akceptacji diagnozy, który m.in. ułatwia radzenie sobie z przeżywaniem emocji – podkreśla prezes Fundacji Rak'n'Roll.

**Zmiana schematu myślenia na temat choroby nowotworowej**

Od 7 lat walczę z chorobą nowotworową i uważam, że zawsze warto próbować leczyć się do ostatniego momentu. Fundacja Rak'n'Roll. Wygraj życie zajmuje się głównie zmianą schematu myślenia na temat choroby nowotworowej, ponieważ o ironio, udało mi się przekuć chorobę, jaką jest rak w coś pozytywnego. Wszystkim pacjentom życzyłabym, aby spróbowali w tym jakże trudnym i dramatycznym czasie odnaleźć pozytywną stronę tej trudnej sytuacji. Choroba daje możliwość zbliżenia z bliskimi, z dziećmi, skupienie się na sobie, czerpanie przyjemności z życia, skłania też do pracy nad sobą. Myślę, że na wiele sposobów można odnaleźć, wbrew pozorom, w czymś bardzo negatywnym coś pozytywnego. Życzę tego wszystkim osobom dotkniętym tym schorzeniem – mówi Magda Prokopowicz.

AGATA WOJDALSKA  
redakcja@mediaplanet.com



CZY WIESZ, ŻE...

**Każdy kto stawia czoła chorobie jest już „Zwycięzcą”. Wyrolluj raka – to nie cud, to medycyna!**

Fundacja „Rak'n'Roll. Wygraj Życie” rozpoczęła kampanię edukacyjną pod hasłem „Wyrolluj raka – to nie cud, to medycyna!”, adresowaną m.in. do osób chorujących na nowotwory, do tych, którzy nie chcą się leczyć, bo uważają, że to nie ma sensu. „Chcę dać ludziom nadzieję, krzyknąć do wszystkich, że z rakiem można wygrać, normalnie żyć, pracować, urodzić zdrowe dziecko” – słowa Magdy Prokopowicz, prezes Fundacji, to kwintesencja przekazu kampanii. Nauka poczyniła gigantyczne postępy w leczeniu nowotworów. Rak przestaje być chorobą śmiertelną, a staje się przewlekłą. Walka z chorobą ma zawsze sens. Nie trzeba liczyć na cud, tylko na zdobycze nowoczesnej medycyny. Patronat honorowy nad akcją objęła Małżonka Prezydenta RP, Pani Anna Komorowska. Więcej na stronie [www.wyrollujraka.pl](http://www.wyrollujraka.pl) oraz [www.raknroll.pl](http://www.raknroll.pl).

## Terapia antyangiogenenna, czyli „głodzenie” raka



**Pytanie:** Jaki jest mechanizm działania leków antyangiogennych w leczeniu raka?

**Odpowiedź:** Leki te hamują rozwój naczyń krwionośnych, które odżywiają guz nowotworowy. Działają dwutorowo: zapobiegają tworzeniu się nowych naczyń i powodują cofnięcie się już istniejących.

Zjawisko angiogenezy nowotworowej zostało odkryte równo 40 lat temu przez amerykańskiego naukowca Judah Folkmana. Stwierdził on, że guz nowotworowy, aby rosnąć (powyżej 1 mm) musi wytworzyć własne naczynia krwionośne, które dostarczą mu tlen i substancje odżywcze. Dobrze natleniony i odżywiony guz może się rozrastać praktycznie bez żadnych ograniczeń.

**Podwójna rola nowych naczyń**

Niedotlenione i głodne komórki nowotworowe znajdujące się we wnętrzu guza, do których nie docierają substancje z okolicznych tkanek, zaczynają produkować tzw. czyn-

niki angiogenne, które docierają do naczyń otaczających guz. Pobudzają budujące te naczynia komórki do pączkowania i migrowania do wnętrza guza oraz do wytwarzania w nim nowych, nieprawidłowych naczyń krwionośnych. W naczyniach tych bardzo często są dziury, przez które komórki nowotworowe mogą przenikać z wnętrza guza do krwi i wraz z nią rozprzestrzeniać się po całym organizmie. Osiedlając w odległych tkankach i narządach, tworzą w nich przerzuty odległe. Z jednej strony wrastające w guz naczynia krwionośne odżywiają go zapewniając mu nieograniczony wzrost, z drugiej – tworzą drogę dla komórek nowotworowych do roznoszenia się po organizmie.

Zdefiniowanie roli angiogenezy zapoczątkowało badania nad czynnikami angiogennymi produkowanymi przez nowotwór, które udało się wykryć w latach 80. ubiegłego wieku. Opracowanie metod tworzenia rekombinowanych przeciwciał monoklonalnych, które łączą się z tymi czynnikami zajęło naukowcom kolejne 10 lat.

**„Leki antyangiogenne działają dwutorowo: zapobiegają tworzeniu się nowych naczyń i powodują cofnięcie się już istniejących.”**



**Dr hab. n. med. Piotr J. Wysocki**  
Oddział Chemioterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii, Katedra Biotechnologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Pierwszym przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciwko kluczowemu czynnikowi angiogennemu, jakim jest naczyniowo-śródbłonkowy czynnik wzrostu VEGF, był opracowany pod koniec lat 90. XX wieku bewacyzumab. Był to pierwszy lek, który nie uderzał w komórkę nowotworową, jak wszystkie stosowane dotychczas leki w chemioterapii, ale w unaczynienie guza. Wydawało się, że stanowi absolutny przełom w onkologii.

**W nowotworach jelita i piersi**

Badania kliniczne potwierdziły jego aktywność w wielu nowotworach, jednak nie we wszystkich jest ona taka, jakiej spodziewali się onkolodzy. Największą skuteczność wykazuje w raku jelita grubego. Dowiodło tego badanie opublikowane w 2004 r., w którym wykazano, że bewacyzumab skojarzony ze standardową chemioterapią wydłuży przeżycie pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego (z przerzutami) o prawie 5 miesięcy. Bewacyzumab stanowi również

jedną z dodatkowych opcji terapeutycznych w leczeniu tzw. potrójnie ujemnych raków piersi (TNBC). To wyjątkowo trudny do leczenia nowotwór, znacznie gorzej rokujący i częściej nawracający, ponieważ w przeciwieństwie do hormonozależnych lub HER2-dodatnich raków piersi, nie jest zależny od żadnego receptora, który mógłby być celem terapii. W leczeniu przerzutowego raka potrójnie ujemnego poza toksyczną chemioterapią nie mamy praktycznie innych opcji terapeutycznych, dlatego w tej grupie chorych terapia antyangiogenenna pomimo ograniczonej skuteczności daje dodatkową szansę na spowolnienie postępu choroby. Próby stosowania innych niż bewacyzumab leków antyangiogennych w terapii raka piersi nie powiodły się.

W leczeniu raka potrójnie ujemnego oczekujemy jednak przełomu, bowiem trwają badania III fazy nad inhibitorem PARP iniparibem, który blokując białko PARP, hamuje rozwój tego typu nowotworu.

# NOWOŚCI

KROK

3

ONKOFERTILITY



**ZABEZPIECZ PŁODNOŚĆ**  
W ostatnich latach wzrosła liczba pacjentów onkologicznych, będących w wieku rozrodczym. Skłania to do myślenia o ochronie płodności jeszcze przed rozpoczęciem terapii przeciwnowotworowej.

FOT: ISTOCK

## Ochrona płodności

### Jaki wpływ na płodność ma chemio czy radioterapia stosowana u Pacjentów „onkologicznych”?

Leczenie onkologiczne to olbrzymi stres dla wszystkich komórek człowieka, również dla komórek rozrodczych. Szanse na zajście w ciążę u kobiet powyżej 25 r. ż. po leczeniu onkologicznym szacuje się na 5%. Równocześnie chemioterapia powoduje znaczący wzrost zaburzeń w materiale genetycznym, co może mieć konsekwencje dla zdrowia i życia poczętych dzieci. W przypadku mężczyzn w zależności od rodzaju stosowanej terapii można mówić o czasowej, bądź permanentnej utracie płodności. Mężczyźni powinni mieć świadomość, że zabezpieczenie nasienia to polisa ubezpieczeniowa na przyszłość.

### Czy pacjenci po leczeniu są skazani na trwałą utratę funkcji rozrodczych, czyli na brak biologicznego potomstwa?

Brak biologicznego potomstwa - nie - mogą skorzystać z komórek jajowych dawczyni lub nasienia dawcy. Genetycznego - w większości przypadków, niestety, tak. Dlatego tak ważne jest, by podczas tzw. onkologicznej walki o życie pacjenta zadbać o zachowanie jego płodności po wyleczeniu. Lekarze onkolodzy często uważają ten problem za marginalny, ponieważ walczą o życie pacjenta. Pacjenci również nie są w stanie o tym pomyśleć. Zdiagnozowanie choroby nowotworowej jest takim szokiem, że już podjęcie wysiłku leczenia i utrzymania stabilności psychicznej jest dużym osiągnięciem. Dla pacjenta zachowanie płodności odchodzi na dalszy plan. Dlatego, w większości przypadków, zgłaszają się do nas rodziny pacjentów - partnerzy, rodzice - ci, którzy są w stanie na problem spojrzeć szerzej, bez presji bezpośredniego zagrożenia życia.



**dr hab. n. med. Krzysztof Łukaszyk**  
Kierownik Kliniki Leczenia Niepłodności INVICTA

### Jakie możliwości zachowania płodności daje dzisiaj medycyna?

Przede wszystkim depozyt własnego nasienia w banku nasienia dla mężczyzn oraz mrożenie jajnika (bardzo nieskuteczne) lub zarodków. W 2003 wprowadzono w Polsce mrożenie komórek jajowych. Dzięki temu również te kobiety, które nie posiadają partnera (lub których partnerzy nie wytrzymali próby bycia z osobą chorą) mogą zadbać o swoją płodność.

### Czy w tej dziedzinie medycyny dzieje się coś nowego oprócz metod, o których Pan wspomniał?

W 2005 roku wprowadzono mrożenie komórek jajowych metodą witrifikacji. Obecnie dzięki temu odsetek uzyskanych ciąż jest porównywalny do uzyskiwanego z komórek niemrożonych. W 2009 roku wprowadzono nowszą metodę: mrożenia tkanki jajnikowej. Umożliwia ona zachowanie tkanki jajnikowej w tak dobrym stanie, że po przeszczepie (retransplantacji) wyleczonej już kobiecie, może ona odzyskać zarówno płodność (bez zastosowania technik wspomaganego rozrodu) jak i normalne funkcje hormonalne.

### Kiedy pacjent powinien myśleć o tego typu procedurach? Kiedy jest za późno?

Najlepiej w momencie diagnozy. Jednak to jest mało prawdopodobne. Dlatego tak ważna jest rola rodziny i lekarzy. Ważna jest również dostępność informacji. Edukacyjną i informacyjną rolę coraz częściej pełnią media i internet.

### Czy potomstwo uzyskane z zamrożonego materiału może być narażone na genetyczne obciążenie nowotworem?

Jeżeli jest to nowotwór genetycznie uwarunkowany - tak. Dlatego ważnym jest udostępnienie pacjentom technik diagnostyki preimplantacyjnej, które umożliwiają osobom z chorobami o podłożu genetycznym posiadanie zdrowych dzieci, które nie będą musiały być obciążone ryzykiem zachorowania na chorobę rodziców. PGD wykonywane jest w Polsce już od 6 lat.



**THERAPY**  
Specjalistyczna Pielęgnacja



Gdy skóra **wymaga** szczególnej opieki

Dostępne tylko w aptekach



PROGRAM PIELĘGNACJI SKÓRY OSÓB OBŁOŻNIE I PRZEWEKLE CHORYCH ORAZ PACJENTÓW PO CHEMIO- I RADIOTERAPII

Preparaty przeznaczone do szczególnie wrażliwej, osłabionej i przesuszonej skóry. Skutecznie wspierają odbudowę jej warstwy lipidowej, zmniejszają przernaskórkową utratę wody oraz przeciwdziałają podrażnieniom i infekcjom skóry.

Wszystkie preparaty z serii AA THERAPY Specjalistyczna Pielęgnacja zostały poddane gruntownym badaniom w Klinice Dermatologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, które dowodzą bezpieczeństwa ich stosowania.



www.AAtherapy.pl ZapytajEksperta: Infolinia 80 | 100 200 email: aatherapy@oceanic.com.pl

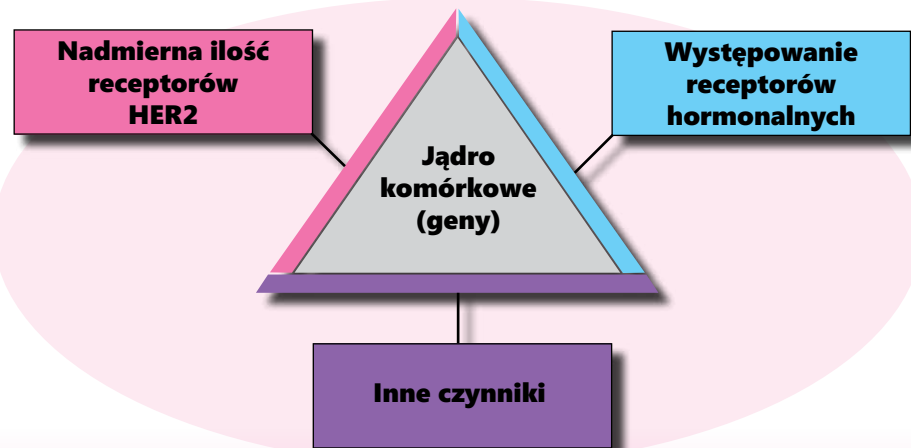
## TO, CO WIESZ, MOŻE URATOWAĆ CI ŻYCIE

### LECZENIE NA MIARĘ GUZA

Nowotwory pojawiają się w wyniku wielu różnych zmian zachodzących w organizmie jak np.: zmiany hormonalne i genetyczne. Dlatego ważne jest, aby wiedzieć jakie cechy ma Twój nowotwór. Pozwala to na dobór najskuteczniejszego leczenia i daje szansę uniknięcia przerzutów.

### NOWOTWÓR PIERSI – KAŻDY INNY

Każdy nowotwór piersi, podobnie jak każdy człowiek, jest inny. Aby rozpoznać rodzaj raka lekarze przeprowadzają badania na obecność „receptorów”, czyli białek występujących w komórce lub na jej powierzchni. To one decydują o tym jak rozwija się rak i jakie leczenie może skutecznie zahamować rozwój choroby.



### OZNACZ RECEPTORY HER2

Upewnij się, że wśród Twoich badań znajduje się informacja o HER2 – receptorze, który wyłupuje z otoczenia nakaz, aby komórka rosła i dzieliła się, w konsekwencji czego guz rośnie szybciej i powoduje odległe przerzuty. Dzięki oznaczeniu tego receptora lekarz dobierze optymalną terapię.

## BADANIA SĄ BEZPŁATNE

### LEKARZ TO TWÓJ SPRZYMIERZENIEC

Nie bój się pytać lekarza o przebieg swojego leczenia. Jeśli wiesz więcej, masz szansę skuteczniej walczyć z nowotworem.

Materiał przygotowany dzięki pomocy firmy Roche

## NOWOŚCI

## CORAZ LEPSZE METODY LECZENIA BIAŁACZEK

**Pytanie:** Panie profesorze, czy możemy zapobiec wystąpieniu białaczki?  
**Odpowiedź:** Niestety, nie. Możemy jednak przyspieszyć jej wykrycie, zgłaszając się co najmniej raz na dwa lata na badanie morfologiczne krwi.

Białaczki to zróżnicowana grupa rozrostowych chorób szpiku kostnego, wyrażających się nadmierną produkcją i niekontrolowanym podziałem komórek krwi. Dzieli się je na białaczki ostre - o szybszym przebiegu i gorszym rokowaniu oraz przewlekłe - przebiegające wolniej i lepiej rokujące.

## Białaczki ostre...

Co roku rozpoznaje się je u ok. 1 tys. Polaków, tak u dzieci, osób młodych, jak i starszych. Dzieli się je na białaczki szpikowe i limfoblastyczne. Oba typy mają podobny przebieg, ich wspólną cechą jest też brak produkcji prawidłowych komórek krwi: erytrocytów (czerwone krwinki), leukocytów (białe krwinki) i trombocytów (płytki krwi). Objawiają się anemią i małopłytkowością skazą krwotoczną.

Choroba rozwija się w ciągu kilku tygodni, stanowi poważne zagrożenie dla życia pacjenta. Leczy się ją cytostatykami hamującymi niekontrolowany podział i namnażanie komórek nowotworowych. U 50-80 proc. chorych można uzyskać remisję, czyli cofnięcie się objawów choroby. Po upływie kilku lat u 70 proc. chorych dochodzi jednak do nawrotu choroby. Dlatego alternatywą dla wieloletniego leczenia

## FAKTY

## Czy wiesz, że...

- W 2009 r. na ostre i przewlekłe białaczki zachorowało w Polsce 4 tys. osób.
- Najczęstszymi objawami białaczki są: osłabienie, bladeść, nawracające ciężkie infekcje, skłonność do krwawień i sińców, obecność drobnych, fioletowo-czerwonych wybroczyn na skórze.
- Nieleczona białaczka prowadzi do śmierci.
- Leczenie białaczki zależy od jej typu. Najczęściej jedyną szansą na całkowite wyleczenie jest przeszczep szpiku kostnego.

„Możemy przyspieszyć wykrycie białaczki, zgłaszając się co najmniej raz na dwa lata na badanie morfologiczne krwi.”



**Prof. Aleksander Skotnicki**  
Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

nia cytostatykami jest tzw. krótkotrwała megachemioterapia wspomagana przeszczepem komórek macierzystych szpiku. U 20 proc. chorych podczas transplantacji dochodzi do powikłań, które mogą być przyczyną śmierci.

## ... i przewlekłe

Dzieli się je na limfocytowe i szpikowe. Rocznie w Polsce rozpoznawanych jest ok. 3 tys. nowych przypadków, z czego większość to białaczki limfocytowe, dotykające głównie starszych osób. Objawiają się zwykle niebolesnym powiększeniem węzłów chłonnych. Mają łagodny

- Około 70 proc. chorych nie posiada dawcy wśród najbliższej rodziny, trzeba go poszukać w rejestrach dawców niespokrewnionych. Szansa znalezienia dawcy dopasowanego genetycznie do biocy wynosi 1:20 000.
- W rejestrach światowych jest blisko 14 mln potencjalnych dawców szpiku.
- W polskich rejestrach jest ponad 100 tys. potencjalnych dawców szpiku, podczas gdy np. w Niemczech ok. 4 mln.

przebieg i przez wiele miesięcy, a nawet lat mogą nie wymagać leczenia.

Na przewlekłą białaczkę szpikową chorują osoby w wieku 20-50 lat. Charakteryzuje się ona nadmierną produkcją granulocytów, stanowiących jeden z rodzajów krwinek białek. Przez pewien czas przebiega bezobjawowo, stąd u połowy chorych jest rozpoznawana przypadkowo, przy okazji rutynowych badań krwi. Stwierdza się u nich podwyższoną leukocytozę, czyli podwyższoną liczbę białych krwinek. Trzeba wówczas wykluczyć tzw. leukocytozę odczynową, towarzyszącą procesom infekcyjno-zapalnym, oraz zbadać jakość granulocytów. Inną metodą diagnostyczną jest stwierdzenie obecności tzw. fuzyjnego genu („Philadelphia”), który powstaje z połączenia fragmentów dwóch chromosomów - 9 i 22. Gen ten produkuje specyficzne białko kinazę tyrozynową, mające charakter czynnika wzrostu, który stymuluje nadmierny, niekontrolowany podział granulocytów. Ich liczba wzrasta tak bardzo, że na pewnym etapie, po 3-4 latach rozwoju choroby, może dojść do anemii i skazy krwotocznej.

Do niedawna jedyną szansą dla chorych na przewlekłą białaczkę szpikową był przeszczep szpiku, ale 10 lat temu nastąpił przełom - pojawił się imatinib, pierwszy lek z grupy inhibitorów kinazy tyrozynowej, który skutecznie hamuje niekontrolowany rozrost białych krwinek. Zapoczątkował on nową erę w terapii onkologicznej, tzw. leczenia celowanego, ukierunkowanego molekularnie. Kilka lat później zarejestrowano dwa kolejne inhibitory kinazy tyrozynowej: dasatinib i nilotinib. Są to leki II generacji, o szerszym spektrum działania. Pod koniec ub. roku zostały zarejestrowane przez Amerykański Urząd ds. Żywności i Leków (FDA) i Europejską Agencję Leków (EMA) jako leki stosowane w II linii leczenia pacjentów z nowo zdiagnozowaną białaczką szpikową z chromosomem Philadelphia.

Bardzo istotnym w leczeniu białaczek jest problemem przestrzegania zaleceń lekarza dotyczących dawkowania leku, co jest często niedocenioną kwestią zarówno przez lekarzy jak i samych chorych.

**MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK**  
redakcja@mediaplanet.com



KROK 4  
BADAJ KREW

**BADAJ KREW**  
Podstawową metodą diagnozowania białaczek jest morfologia krwi.

FOT: ISTOCK

## FAKTY

## Morfologia krwi to podstawa

- Przyczyny białaczek nie zostały do końca poznane. Wiadomo, że u ich podstaw leżą zaburzenia cytogenetyczne w chromosomach, do których dochodzi pod wpływem różnych czynników, m.in. chemicznych i radiacyjnych. Dowodem na istotny wpływ tych czynników jest zwiększona zachorowalność na przewlekłą białaczkę szpikową w Hiroszynie i Nagasaki, gdzie wskutek wybuchu bomb atomowych doszło do skażenia radiacyjnego.
- Podstawową metodą diagnozowania białaczek jest morfologia krwi. Jest to badanie polegające na ilościowej i jakościowej ocenie elementów morfotycznych krwi: erytrocytów (czerwone krwinki), leuko-

cytów (białe krwinki) i trombocytów (płytki krwi). Do morfologii krwi nie zalicza się badania poziomu hemoglobiny, jednak ze względu na automatyzację procesu badań parametr ten jest oznaczany równolegle.
- Do zdiagnozowania przewlekłej białaczki szpikowej poza pełnym badaniem morfologii krwi wykonuje się aspirację lub biopsję szpiku kostnego (w celu oceny szpiku pod kątem porcji i typu obecnych w nim komórek), analizę cytogenetyczną (badanie dzielących się komórek szpiku kostnego na obecność nieprawidłowości chromosomalnych) oraz badanie molekularne.
- Morfologia krwi ma nieocenioną wartość w rozpoznawaniu wielu chorób nowotworowych,

które mogą się rozwijać powoli, nie dając przez kilka lat żadnych specyficznych objawów. Poza przewlekłymi białaczkami limfocytowymi i granulocytowymi do takich chorób należą szpiczaki i chłoniaki.

- Osoby zdrowe powinny się zgłaszać na badanie morfologii krwi przynajmniej co dwa lata.
- Hematolodzy od wielu lat postulują przywrócenie morfologii krwi statusu badania obowiązkowego, wykonywanego zarówno przy przyjęciu do pracy, jak i w ramach badań okresowych, na które wysyła pracowników ich pracodawca. Do maja 1996 r. morfologia krwi była badaniem obowiązkowym zlecanym przez lekarza medycyny pracy każdemu pacjentowi. Później, zgodnie

z obowiązującym stanem prawnym - par. 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie badań profilaktycznych pracowników z dnia 30 maja 1996 r. (Dz. U. Nr 69 z 1996 r., poz. 332) stały się one badaniami fakultatywnymi. Oznacza to, że mogą być zlecane tylko wówczas, gdy lekarz uzna, iż jest to niezbędne dla prawidłowej oceny zdrowia osoby przyjmowanej do pracy.
- Jedynym pocieszającym faktem jest wzrastająca w ostatnich latach liczba wykonywanych badań morfologicznych krwi, na które kierują pacjenci lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. W 2009 r. wykonano 8,7 mln pełnych morfologii krwi, o 1,3 mln więcej niż rok wcześniej.

## Białaczka - nowotwór, który atakuje dzieci

- Pytanie:** Czy to prawda, że ze wszystkich chorób nowotworowych to nowotwory krwi najbardziej zagrażają dzieciom?  
**Odpowiedź:** To prawda, białaczka jest najczęściej występującym nowotworem u dzieci - stanowi w tej grupie aż 30% wszystkich nowotworów złośliwych. Co roku zapada na nie mniej więcej jedno na 25 tysięcy dzieci. Najczęściej choroba atakuje pomiędzy trzecim a siódmym rokiem życia, chociaż zachorować można w każdym wieku.

U dzieci najczęściej występuje ostra białaczka limfoblastyczna. Rzadziej jest to ostra białaczka szpikowa i przewlekła białaczka szpikowa.

## Białaczka - objawy u dzieci

Białaczka to choroba, która bardzo długo może rozwijać się skrycie, a objawy, jeżeli wystąpią, są mało charakterystyczne. Bardzo ważna jest czujność rodziców oraz znajomość sygnałów, które mogą wskazywać na obecność nowotworu. Wczesne wykrycie choroby i rozpoczęcie odpowiedniego leczenia to klucz do sukcesu w walce z chorobą nowotworową. Symptomy białaczki wywołują niedobory komórek krwi, które są potrzebne do prawidłowego funkcjonowania organizmu dziecka.

## Najczęstsze objawy białaczki to:

- Małeje ilość erytrocytów przenoszących tlen w szpiku - dziecko staje się blade, ospałe i apatyczne.
- Zmniejsza się liczba białych krwinek, które bronią organizm przed drobnoustrojami - dziecko staje się bardziej podatne na infekcje. Pojawiają się zapalenia gardła, ucha, oskrzeli czy płuc.
- Rodziców powinna również zaalarmować gorączka niewiadomego pochodzenia oraz bóle mięśni i stawów.
- Spada ilości płytek krwi, co powoduje pojawiające się na skórze dziecka siniaki lub wybroczyny. Częste krwawienia z nosa i krwawienia przy myciu zębów powinny również zaalarmować rodziców.

W wyniku zajęcia narządów wewnętrznych przez komórki białaczki pojawiają się różnorodne objawy takie jak:

- bóle brzucha - gdy dojdzie do powiększenia wątroby i śledziony;
- bóle głowy, poranne wymioty oraz zaburzenia widzenia - kiedy komórki

nowotworowe trafiają do mózgu i tam się osadzają.

Białaczka w swym rozwiniętym stadium zajmuje węzły chłonne. Jednak dziecięcym infekcjom często towarzyszą powiększone węzły chłonne i ogromna większość przypadków nie ma związku z chorobą nowotworową. Jeżeli powiększone węzły chłonne utrzymują się przez kolejnych sześć tygodni, może pojawić się podejrzenie choroby nowotworowej.

## Co zrobić, gdy pojawią się wspomniane objawy?

Nie wolno wpadać w panikę, ponieważ wiele z wymienionych symptomów rzadko okazuje się objawem tak poważnej choroby, jaką jest białaczka. Rodzice powinni jednak być ich świadomi i zachować czujność. Pierwszym krokiem powinna być wizyta u lekarza pediatry, który dokładnie zbada dziecko oraz zleci wykonanie morfologii krwi. We wczesnym etapie choroby badanie może wyjść prawidłowo ze względu na brak komórek nowotworowych we krwi. Jednak gdy pojawią się niepokojące objawy, lekarz dodatkowo zaleci analizę szpiku kostnego. Ocena jego budowy komórkowej pozwala na rozpoznanie białaczki. Dalsze badania umożliwiają ustalenie stopnia zaawansowania choroby.

## Leczenie

Nieleczona białaczka prowadzi do śmierci. Zaburza ona funkcjonowanie komórek krwi, przez co nie mogą one spełniać swoich zadań właściwie. Jedyną szansą na przeżycie dziecka jest wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Forma i czas leczenia zależą od stanu dziecka i stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. Leczenie zazwyczaj rozpoczyna się od transfuzji krwi, jednak to chemioterapia pochodziła sposobem w leczeniu białaczki u dzieci. W niektórych przypadkach dodatkowo stosuje się leki nowotworowe przenikające już do płynu mózgowo-rdzeniowym.

Lekarze w ciągu ostatnich lat poczynili ogromne postępy w leczeniu białaczek. Białaczka u dzieci wykryta odpowiednio wcześniej jest uznawana za chorobę w pełni wyleczalną. Jeżeli od czasu zakończenia leczenia przez 5 lat nie dojdzie do nawrotu choroby, to dziecko jest uznawane za zupełnie zdrowe, a odsetek przeżycia u dzieci po chemioterapii wynosi ponad 80%.

## Ból nowotworowy

- Pytanie:** Jak skutecznie leczyć ból przy chorobie nowotworowej?  
**Odpowiedź:** Właściwa identyfikacja rodzaju bólu przez lekarza to warunek skutecznego leczenia.

Choroba nowotworowa prawie zawsze jest związana z bólem. Nie oznacza to jednak, że lekarze są wobec niego bezzilni. W 80-90% przypadków może być skutecznie leczony. Szczegółowe dane wskazują, że bóle dotykają 3/4 chorych na nowotwory złośliwe. W zależności od rodzaju nowotworu ból może mieć różne nasilenie. Bóle spowodowane są obecnością guza lecz częściej pojawiają się w sposób pośredni, np. poprzez przerzuty do kości, ucisk na nerwy czy złamania. Pacjenci mogą odczuwać wiele rodzajów bólu, zazwyczaj kilka naraz. - Bóle różnią się od siebie przyczyną, lokalizacją, sposobem powstawania, stopniem nasilenia, różny jest też sposób odczuwania bólu przez chorych. Właściwa identyfikacja rodzaju bólu przez lekarza to warunek skutecznego leczenia, dlatego wrażenia chorych związane z jego odczuwaniem są ważną wskazówką diagnostyczną - mówi dr Jerzy Jarosz, Kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej Centrum Onkologii w Warszawie.

## Terapia na miarę pacjenta

Do skutecznego leczenia niezbędne jest właściwe rozpoznanie, dlatego tak ważne jest opisanie bólu przez samego pacjenta. To stanowi wyjście dla terapii przeciwbólowej. Leczenie zawsze powinno składać się z dwóch elementów. - Po pierwsze, pacjentowi podaje się leki przeciwbólowe, które przynoszą ulgę, zmniejszają odczuwanie bólu niezależnie od jego rodzaju i przyczyny. Drugim elementem jest leczenie ukierunkowane na przyczynę bólu, często nieusuwalną, jak ma to miejsce w przypadku nowotworów.

## Drabina analgetyczna

W przypadku bólu nowotworowego schemat stosowania leków przeciwbólowych, przedstawiony w postaci drabiny analgetycznej, został opracowany przez ekspertów WHO w 1986 r. Model obejmuje trzy stopnie leków przeciwbólowych (leki nieopioioidowe, słabe opioidy, silne opioidy) uzupełnione na każdym etapie przez leki uzupełniające (adiuwantowe). Z czasem zaczęto przenosić ten schemat leczenia na inne bóle i drabina analgetyczna stała się punktem wyjścia do leczenia bólu przewlekłego różnego pochodzenia.

# NOWOŚCI

KROK

5

DOSTĘPNOŚĆ  
LECZENIA



CZY WIESZ, ŻE...

## Pięć lat bez nawrotu choroby

Na podstawie analizy danych EURO-CARE-4 za lata 2000-2003 obliczono, że średni wskaźnik przeżywalności pacjentów z nowotworami w Europie, rozumiany jako 5-letni okres bez nawrotu choroby, wynosi 47,3% dla mężczyzn i 55,8% dla kobiet. W Polsce jest on niższy, wynosi 38,8% (mężczyźni) i 48,3% (kobiety).

## Wydatki rosną, ale to wciąż za mało

W krajach UE na leczenie onkologiczne wydaje się średnio 5-8% środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną, a na leki przeciwnowotworowe - 10-20% środków przeznaczonych na leczenie nowotworów. W Polsce, mimo że na onkologię NFZ przeznacza już ok. 5 mld zł rocznie, czyli ok. 9% wszystkich środków przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych, dostęp do nowoczesnych leków jest dużo gorszy niż w innych krajach UE, a zwłaszcza we Francji, Wielkiej Brytanii czy Szwecji.

## Tylko jeden lek celowany

Ogromne dysproporcje w dostępie do nowoczesnego leczenia onkologicznego widać m.in. na przykładzie raka nerki. Początkowo leczono go tylko interferonem, ale nie wydłużał on czasu przeżycia chorych, a jedynie na jakiś czas poprawiał ich stan. Sytuacja zmieniła się dopiero w ostatnich 4-5 latach, kiedy zarejestrowano 6 leków celowanych - inhibitorów kinaz. Niestety, w Polsce z tych 6 leków refundowany jest tylko jeden - sunitynib, i to wyłącznie w ramach programu terapeutycznego uruchomionego przez NFZ w 2009 r. Jeśli ten lek przestanie u chorego działać lub spowoduje poważne działania niepożądane, lekarze nie są w stanie mu nic innego zaproponować. Mogą jedynie podjąć starania o sfinansowanie mu przez NFZ terapii innym lekiem w ramach tzw. chemioterapii niestandardowej, nie ma jednak żadnej gwarancji, że Fundusz się na to zgodzi.

## Nadzieja w badaniach klinicznych

Dla części chorych szansą na nowoczesne leczenie jest udział w badaniach klinicznych. Kryteria włączania do badań są jednak bardzo wyśrubowane i wielu pacjentów ich nie spełnia. Do badań nad nowymi lekami w raku nerki kwalifikuje się zwykle osoby młode, które nie mają przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego i nie cierpią na chorobę sercowo-naczyniową.

**POTRZEBNE ZMIANY**  
Konieczne jest uproszczenie skomplikowanych procedur i skrócenie czasu oczekiwania na leczenie.

FOT: ISTOCK

# Wyboista droga do dobrej opieki onkologicznej

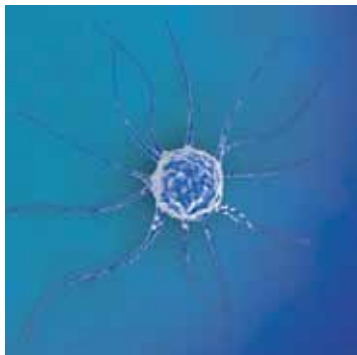
**Pytanie:** Czy chorzy w Polsce mają taki sam dostęp do nowoczesnych metod leczenia nowotworów jak pacjenci z innych krajów Unii Europejskiej?  
**Odpowiedź:** Mimo rosnących od kilku lat nakładów na onkologię, Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie zarówno pod względem ilości środków przeznaczanych na leczenie onkologiczne, jak i liczby nowoczesnych leków przeciwnowotworowych, do których mają dostęp chorzy.

Z raportu porównującego sytuację pacjentów onkologicznych w Unii Europejskiej, przygotowanego przez dr. Nilsa Wilkinga, lekarza onkologa pracującego w Karolinska Institutet w Sztokholmie (Szwecja), wynika, że pod względem liczby zachorowań na nowotwory Polska mieści się w średniej europejskiej. Znacznie gorzej wypadamy na tle Europy, jeśli porównamy liczbę zgonów z powodu nowotworów i dostęp do nowoczesnych terapii. - Nierówny dostęp do opieki onkologicznej powoduje niepewność, napięcia i frustrację pacjentów - przypomina dr Nils Wilking.

## Każdy pacjent jest inny

Wielu lekarzy podkreśla, że nie mają wyboru i muszą stosować terapie, do których mają dostęp, a nie leki, które przyniosłyby największą korzyść chorzy.

- Każdy pacjent jest inny, każdy nowotwór wymaga indywidualnego



„Wielu lekarzy podkreśla, że nie mają wyboru i muszą stosować terapie, do których mają dostęp, a nie leki, które przyniosłyby największą korzyść chorzy.”

alnego podejścia, by ratować życie lub poprawić jego jakość w trakcie trwania choroby - mówi prof. Cezary Szczylik, kierownik Kliniki Onkologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, prezes Fundacji Onkologii Doświadczalnej i Klinicznej. Mówiąc o raku nerki, w leczeniu którego się specjalizuje,

prof. Szczylik przypomina, że pod tą nazwą kryje się co najmniej 6 nowotworów. Osoby, które na nie chorują, różnią się między sobą, a mają dostęp tylko do jednego z 6 zarejestrowanych leków celowanych, bo tylko on jest refundowany. - Jeden lek nie rozwiązuje problemu. Im większy wybór, im większy wachlarz możli-

wości, tym szanse chorego są większe, a lekarz ma pewność, że wybrał najlepsze rozwiązanie.

## Bezduśne przepisy odbierają nadzieję

W Polsce dostęp do leczenia nowoczesnymi, a co za tym idzie drogimi lekami onkologicznymi mają w zasadzie tylko pacjenci zakwalifikowani do programów terapeutycznych lub tzw. chemioterapii niestandardowej. Aby chory został włączony do programu, musi spełniać ściśle określone kryteria. W przypadku chemioterapii niestandardowej wymagane jest złożenie indywidualnego wniosku o pokrycie kosztów leczenia przez NFZ. Warto dodać, że do katalogu chemioterapii niestandardowej zaliczono leki, które nie są refundowane w ramach tzw. koszyka gwarantowanych świadczeń finansowanych ze środków publicznych, choć w innych krajach europejskich zostały uznane za standard.

Według Agnieszki Zielińskiej, prezesa Fundacji „Czas dla Życia”, konieczne jest uproszczenie skomplikowanych procedur i skrócenie czasu oczekiwania na leczenie. - Bezduśne przepisy i niejasne wytyczne odbierają ludziom nadzieję - mówi. I przypomina, że nowoczesna terapia antynowotworowa pozwala chorym normalnie funkcjonować, a stare leki przykuwają ich do łóżka.

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK

redakcja@mediaplanet.com

## FAKTY

### Czy wiesz, że...

Pod względem liczby zachorowań na nowotwory (ok. 90 tys. przypadków rocznie) Polska zajmuje 17. miejsce wśród 28 krajów europejskich.

Pod względem liczby zgonów plasujemy się na trzeciej pozycji.

Na całkowite wyleczenie choroby nowotworowej w Polsce szansę ma jedynie co trzeci chory. Średnia w Europie to ok. 60 proc. (dotyczy to również Rumunii i Bułgarii).

Wyraźnie odstawiamy od średniej europejskiej pod wzglę-

dem ilości pieniędzy wydawanych na leczenie jednego chorego. W Polsce, podobnie jak w większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej, na ten cel przeznacza się poniżej 50 euro. W Czechach, na Węgrzech, w Finlandii i Słowenii - od 50 do 100 euro, we Włoszech, Hiszpanii, Portugalii i Wielkiej Brytanii - 100-150 euro, w Belgii, Holandii, Danii, Irlandii, Islandii i Grecji - 150-200 euro, a w Austrii, Norwegii, Francji Niemczech, Luksemburgu, Szwecji i Szwajcarii powyżej 200 euro.

# INSPIRACJE

KROK

6

POSTAW NA PROFILAKTYKĘ



**CHORUJĄ CORAZ MŁODSI**  
Rak gruczołu krokowego dotyka coraz młodszych mężczyzn nawet czterdziesto- i pięćdziesięciolatków.

FOT: ISTOCK

## Obniża się wiek zachorowań

**Pytanie:** Czy to prawda, że na raka gruczołu krokowego chorują również mężczyźni w średnim wieku, a nie tylko po sześćdziesiątce?

**Odpowiedź:** Prawda. Mimo, że rak gruczołu krokowego rozpoznawany jest najczęściej w szóstej, siódmej i ósmej dekadzie życia, dotyka również młodszych mężczyzn – czterdziesto- i pięćdziesięciolatków. Nie są to częste przypadki, jednak w ostatnich latach widać wyraźną tendencję wzrostową.

Rak gruczołu krokowego, inaczej rak stercza lub rak prostaty, to jeden z najczęstszych nowotworów złośliwych, na które zapadają mężczyźni. Pod względem częstości występowania zajmuje on trzecie miejsce, po raku płuca i jelita grubego. Stanowi więc istotny problem społeczny.

### Im wcześniej, tym lepiej

Podobnie jak w przypadku wielu innych nowotworów, wcześniej wykryty rak gruczołu krokowego jest całkowicie wyleczalny. Problem polega jednak na tym, że na początku zwykle nie wywołuje żadnych objawów. A kiedy już wystąpią, to choroba jest zazwyczaj bardzo zaawansowana i szanse na wyleczenie dramatycznie spadają.

Przyczyny raka gruczołu krokowego nie zostały do końca poznane. Udało się jednak wyodrębnić wiele czynników ryzyka. Najważniejszym jest wiek – im starszy mężczyzna, tym większe prawdopodobieństwo,



„Podobnie jak w przypadku wielu innych nowotworów, wcześniej wykryty rak gruczołu krokowego jest całkowicie wyleczalny. Problem polega jednak na tym, że na początku zwykle nie wywołuje żadnych objawów.”

**Dr n. med. Iwona Skoneczna**  
Europejskie Centrum Zdrowia Otwock

że zachoruje. Inne czynniki ryzyka to m.in.: rasa (czarnoskórzy mężczyźni chorują częściej i w młodszy wiek), narażenie na promieniowanie ultrafioletowe i jonizujące, predyspozycje genetyczne. Istnieje również związek między rozwojem raka gruczołu krokowego a wysoko-

kaloryczną dietą, zawierającą duże ilości nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu. Z kolei jedna z hipotez głosi, że czynnikiem ryzyka może być wysoki poziom hormonu testosteronu. Nie została ona jednak potwierdzona wiarygodnymi badaniami naukowymi.

### FAKTY

#### Czy wiesz, że...

■ W 2007 r. w Polsce zarejestrowano 7638 przypadków zachorowań na raka gruczołu krokowego, co stanowiło prawie 12 proc. wszystkich nowotworów u mężczyzn.

■ W tym samym roku z powodu raka gruczołu krokowego zmarło 3932 mężczyzn. Pod względem liczby zgonów nowotworów ten plasuje się na drugiej pozycji.

■ Zdecydowaną większość nowotworów gruczołu krokowego stanowią gruczolakoraki. Znacznie rzadziej występują raki neuroendokrynne, drobno-

komórkowe oraz przejściowo-komórkowe.

■ Jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia raka gruczołu krokowego jest wiek. Zapadalność na ten typ nowotworu znacząco wzrasta po 60. roku życia.

■ Istotną rolę odgrywają również czynniki genetyczne. Ryzyko zachorowania wzrasta dwu-, a nawet trzykrotnie u mężczyzn, u których w rodzinie rozpoznano już raka gruczołu krokowego w młodym wieku – u brata lub ojca.

### Współpraca różnych specjalistów

Nowotwory gruczołu krokowego mogą mieć bardzo różny przebieg choroby. W zależności od stopnia złośliwości raka, jego zaawansowania, a także ogólnej formy pacjenta proponowane leczenie może być bardziej lub mniej agresywne. Teoretycznie do wykorzystania jest wiele metod i często w leczeniu bierze udział wielu lekarzy różnych specjalności.

Najważniejszą rolę w leczeniu raka gruczołu krokowego odgrywają urolodzy, jednak coraz więcej chorych przed podjęciem decyzji w sprawie wyboru metody diagnostycznej i terapeutycznej zgłasza się na konsultacje do onkologów. Żeby sprostać temu zadaniu, onkolog musi posiadać wiedzę z różnych dziedzin medycyny, a zwłaszcza z radiologii, patologii, urologii i radioterapii. Tylko wtedy może być pełnoprawnym członkiem wielodyscyplinarnego zespołu. Choremu trzeba zapewnić kompleksową opiekę medyczną.

Istotne z punktu widzenia efektów leczenia jest również indywidualne podejście do pacjenta oraz ocena korzyści i ryzyka wystąpienia u niego działań niepożądanych związanych z zastosowaniem konkretnej metody leczenia. Pacjent powinien zostać poinformowany o zaletach i wadach wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych, a ostateczna decyzja, która z nich zostanie u niego zastosowana, powinna uwzględniać jego preferencje.

**MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK**

name.surname@mediaplanet.com

## Profilaktyka

Na większość czynników ryzyka raka gruczołu krokowego nie mamy niestety żadnego wpływu. Możemy jednak zmodyfikować sposób, w jaki się na co dzień odżywiamy. Według Amerykańskiej Akademii Nauk dieta stanowi jedną z najważniejszych przyczyn chorób nowotworowych.

■ Ogranicz spożycie produktów zwierzęcych, zwłaszcza czerwonego mięsa, wędlin, tłustego mleka oraz jego przetworów. Zawierają one nasycone kwasy tłuszczowe i cholesterol, mające niekorzystny wpływ na gruczoł krokowy, serce i naczynia.

■ Na czarnej liście umieść również: cukier, słodycze i sól. Staraj się ograniczać ich ilość.

■ Ryzyko nowotworów zwiększa palenie tytoniu i picie alkoholu. Udowodniono, że ryzyko zachorowania na raka nałogowych palaczy, którzy na dodatek nadużywają alkoholu, jest od 10 do 100 razy większe w porównaniu z osobami, które nigdy nie paliły i nie piły alkoholu.

■ Jedz jak najwięcej warzyw i owoców. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia warzywa i owoce powinno się spożywać pięć razy dziennie, w ilości minimum 400 gramów. Sięgaj po nie przy każdym posiłku i zastępuj nimi przekąski między posiłkami.

■ Twój organizm potrzebuje nienasyconych kwasów tłuszczowych, których najbogatszym źródłem są ryby.

■ Wśród produktów polecanych przez dietetyków są pomidory – ze względu na zawarty w nich likopen, naturalny barwnik, który nadaje im czerwony kolor. Likopen należy do grupy tzw. karotenoidów, substancji o silnym działaniu antyoksydacyjnym. Chronią one komórki przed szkodliwym działaniem wolnych rodników. Spożywanie produktów zawierających duże ilości likopenu nie tylko zmniejsza ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego, ale również na choroby serca.

■ Ważnym składnikiem „męskiej” diety są również fitosterole, związki roślinne przypominające budową cholesterol, które są składnikami błon komórek roślinnych.

■ Zdaniem niektórych naukowców ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego obniża selen. Głównym zadaniem tego pierwiastka jest wytwarzanie enzymu, który chroni błony komórkowe przed szkodliwym działaniem wolnych rodników. Bogatym źródłem selenu są m.in. orzechy brazylijskie, tuńczyk, nasiona słonecznika, ryby, owoce morza, drób i kiełki pszenicy. Niedobór tego pierwiastka powinni uzupełniać zwłaszcza mężczyźni w starszym wieku.

## SYLWETKA

Chociaż trudno w to uwierzyć, od raka można się dużo nauczyć. Kiedy człowiek dowiaduje się, że jest chory, świat, który go dotąd otaczał, zmienia się diametralnie. Spojrzenie z perspektywy chorego pomaga dostrzec szczegóły, codziennego życia, na które wcześniej nie zwracało się uwagi.

# Postaw się rakowi

Pan Krzysztof Luft zdobył się na wielkie wyznanie - publicznie odważył się opowiedzieć o swojej ciężkiej chorobie - raku gruczołu krokowego.

- O tym nowotworze stosunkowo mało się mówi, a jest on dość łatwy do wykrycia. Przez zwykłe badanie krwi, które faceci w moim wieku powinni wykonywać regularnie. Wczesna diagnoza daje bardzo duże szanse na wyleczenie. Akcje społeczne, np. w sprawie raka piersi są bardzo rozwinięte, a tu niewiele się robi - wyjaśnia Krzysztof Luft w wywiadzie, który ukazał się w grudniu na łamach tygodnika Gala pt. „Samotność długodystansowca”.

To właśnie dzięki takim ludziom jak on, którzy publicznie opowiedzieli o doświadczeniach, z którymi przyszło im się zmierzyć, innym chorym łatwiej jest zrozumieć raka i stawić mu czoło.

## Potrzebne wsparcie

Każdy człowiek inaczej reaguje na usłyszenie diagnozy - to rak. Niektórzy załamują się zupełnie. Inni nie poddają się, zbierają w sobie wszystkie siły i z pełną determinacją stawiają czoło chorobie. Dla tych, którzy błędnie powtarzają sobie stereotyp, że rak to wyrok śmierci, nieoceniona jest pomoc najbliższych członków rodziny, przyjaciół i lekarzy. A kiedy to nie pomaga, należy zwrócić się po radę do specjalisty jakim jest psychoonkolog. Pomoże on radzić sobie z natłokiem emocji, jakie powstają na skutek świadomości, że stanęło się oko w oko z tak niebezpieczną chorobą, jaką jest nowotwór. Z pomocy psychoonkologa mogą skorzystać zarówno chorzy jak i ich bliscy. Bardzo często rodzina osoby ze zdiagnozowanym nowotworem potrzebuje niemal takiego samego wsparcia jak sam chory - nie powinniśmy się wstydzić lęku, niepewności, rezygnacji, ponieważ są to emocje, z którymi

boryka się większość chorych cierpiących na raka.

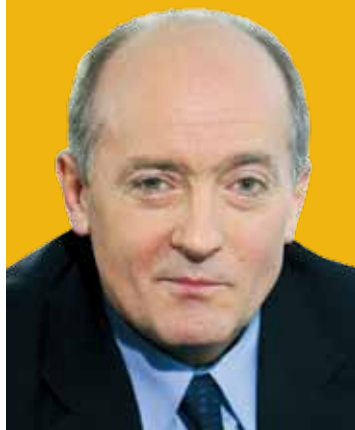
## Postawa chorego

Bardzo dużo zależy od nastawienia chorego. Ci, którzy z czasem uczą się traktować raka jako wyzwanie, a nie jako karę, mają większą szansę na powrót do normalnego życia. Człowiek, który się poddał, zrezygnował z walki i wiary w życie, z ogromnym trudem znajdzie siły do wstawania rano, podjęcia dalszego leczenia czy utrzymywania relacji z bliskimi. Warto też pamiętać, że wstyd jest najgorszym doradcą chorego na nowotwór. Bez względu na to, czy cierpimy na raka prostaty, mózgu czy nerki, szybka diagnoza jest kluczem do sukcesu. Nie pozwólmy, żeby wstyd czy lęk zmniejszyły szansę na wyleczenie. Nie odcinajmy się od bliskich, rozmawiajmy, dzielimy się odczuciami, a nasze samopoczucie się poprawi - może nie od razu, może po wielu trudnościach, ale z czasem nauczymy się żyć z rakiem, z innymi i z samym sobą. To od chorego i jego nastawienia zależy w ¾ powodzenie terapii. To nadzieja i wiara w wyzdrowienie otwierają drzwi do życia.

## Przyjaciel

Chociaż trudno w to uwierzyć, od raka można się dużo nauczyć. Kiedy człowiek dowiaduje się, że jest chory, świat, który go dotąd otaczał, zmienia się diametralnie. Spojrzenie z perspektywy chorego pomaga dostrzec szczegóły, codziennego życia. Wielu ludzi, którzy pokonali raka, podkreśla, że dopiero kiedy przyszło im stanąć do walki o własne życie, docenili moc miłości i przyjaźni. Do rangi ważnych urosły czynności, na które dotąd nie zwracali uwagi, takie jak spacer z psem czy jazda na rowerze. Dostrzegają, jak nieistotne były problemy, wokół których konstruowali własny

„O tym nowotworze stosunkowo mało się mówi, a jest on dość łatwy do wykrycia. Przez zwykłe badanie krwi, które faceci w moim wieku powinni wykonywać regularnie. Wczesna diagnoza daje bardzo duże szanse na wyleczenie.”



**Krzysztof Luft**  
Były aktor, prezenter, członek KRRIT  
FOT: Forum PAF

obraz człowieka nieszczęśliwego, niespełnionego.

## Nikt nie jest nieśmiertelny

W życiu każdego człowieka są takie momenty czy wydarzenia, które uświadamiają mu śmiertelność, kruchość życia i zdrowia. Dla jednych może to być tragiczna śmierć kogoś bliskiego, dla innych przeżycie groźnego wypadku samochodowego czy lotniczego, a dla jeszcze innych tym bodźcem będzie nowotwór. Warto pamiętać, że może on dotknąć praktycznie każdego z nas. Rzadko kto się go spodziewa, nikt nie chce zakładać - nawet przy niekorzystnych uwarunkowaniach genetycznych - że właśnie on zachoruje. Dlatego tak ważne są badania profilaktyczne, zwłaszcza jeśli w ro-

dzinie występował dany nowotwór. Zdradliwe jest myślenie magiczne, podszeptujące nam: „Mi się to nie przytrafi”, „To mnie nie dotyczy”, „Zajmę się tym później”. Błąd. To właśnie JA mogą zapaść na nowotwór, to MNIE może - ale nie musi - się to przytrafić. Stare polskie przysłowie mówi, że strzeżonego Pan Bóg strzeże - postępując zgodnie z tym mottem i badając się regularnie, zwiększamy szanse na wczesne wykrycie nowotworu i skuteczne wyleczenie choroby.

## Kilka wskazówek

- Profilaktyka. Rola profilaktyki jest nieoceniona. Należy pamiętać, że większość nowotworów wykrytych we wczesnym etapie ich rozwoju jest dziś całkowicie wyleczalna.
- Konsultacje. Po postawieniu diagnozy skonsultuj się z dwoma lub trzema lekarzami aby upewnić się, że zaproponowana terapia będzie najlepsza w twojej sytuacji. Poszukaj eksperta, który wzbudzi twoje zaufanie i cierpliwie odpowie na wszystkie wątpliwości.
- Każdy nowotwór jest inny i wymaga indywidualnego podejścia.
- Nie odrzucaj pomocy bliskich. Szukaj wsparcia, które może okazać się nieocenione w chwilach załamania i depresji.
- Psychoonkolodzy, grupy wsparcia oraz stowarzyszenia są po to aby Ci pomóc. Zwróć się do nich po profesjonalną poradę.
- Bądź przygotowany na wiele zmian w życiu. Wielu ludzi z dnia na dzień rzuca palenie, odstawia alkohol, rezygnuje z cukru lub zaczyna uprawiać sport.
- Nie rezygnuj z pracy i dotychczasowych aktywności.
- Rak to nie wyrok! Powtarzaj to sobie non stop i uwierz w to. Rozwiń w sobie umiejętność pozytywnego myślenia i nie załamuj się.

MP



CZY WIESZ, ŻE...



Wyobraź sobie miejsce, gdzie chory na raka, niezależnie od stopnia zaawansowania choroby, otrzyma pomoc lekarską i pielęgniarską. Miejsce, gdzie znajdzie grupę wsparcia, poradę psychoonkologa, otrzyma niezbędną rehabilitację. Miejsce, gdzie poczujesz się dobrze i bezpiecznie o każdej porze dnia i nocy. Miejsce, gdzie może wracać do zdrowia.

Dom Chorych na Raka ma stworzyć miejsce przyjazne dla pacjentów onkologicznych na każdym etapie leczenia. Będzie stanowić całodobowe wsparcie w zakresie kompleksowej opieki lekarskiej oraz pielęgniarskiej - opiekuńczej. Każdy pacjent to inna historia, dlatego Dom Chorych na Rakamusi być dostosowany do ich indywidualnych potrzeb zdrowotnych. Pomóż w jego budowie!

Podaruj tylko  
i aż 1%  
swojego podatku.

Każda wpłata  
ma znaczenie.

Co zrobić? To proste - w formularzu PIT wskaż Stowarzyszenie Amazonki Warszawa-Centrum i numer KRS 0000023411

Zebrałe w ten sposób środki przeznaczymy w całości na budowę Domu Chorych na Raka.

Kontakt do biura Stowarzyszenia:  
[www.ruchspoleczny.org.pl](http://www.ruchspoleczny.org.pl)  
[www.amazonki.org.pl](http://www.amazonki.org.pl)  
email: amazonki@free.ngo.pl  
Tel: 22 546-28-97  
w godz. 10.00-13.00

Przeznacz 1% swojego podatku na rzecz Stowarzyszenia „Amazonki” Warszawa-Centrum KRS nr 0000023411  
Zebrałe w ten sposób środki w całości przeznaczymy na budowę Domu Chorych na Raka. Zbudujmy go razem!!!

Kontakt do biura Stowarzyszenia: e-mail: amazonki@free.ngo.pl, tel. 22 546-28-97 w godz. 10.00 - 13.00

# NOWOŚCI

KROK

7

WCZESNA DIAGNOZA



**POSTAW NA PROFILAKTYKĘ**  
W początkowym okresie, kiedy nie ma jeszcze przerzutów rak gruczołu krokowego jest w pełni wyleczalny. Dlatego tak ważna jest profilaktyka.

FOT: ISTOCK

## Wczesne wykrycie zwiększa szanse na wyleczenie

**Pytanie:** W jaki sposób diagnozuje się raka gruczołu krokowego?

**Odpowiedź:** Podobnie jak każdą inną chorobę, na podstawie objawów i wykonanych badań – fizycznego, w tym badania per rectum, czyli palcem przez odbyt, oraz badań laboratoryjnych i obrazowych. Najważniejszą rolę w rozpoznaniu wczesnej postaci raka gruczołu krokowego odgrywają dwa badania: per rectum oraz oznaczenie stężenia swoistego antygenu sterczowego (PSA) we krwi.

Trzeba jednak pamiętać, że badanie PSA, choć jest bardzo czułe, to jednak ze względu na ograniczoną swoistość, nie przesądza jeszcze o istnieniu raka gruczołu krokowego. Podwyższona wartość tego antygenu może bowiem wskazywać na istnienie niemal każdej choroby związanej z tym narządem, m.in. przrostu gruczołu krokowego, a zwłaszcza zapalenia.

### Kolejny krok w diagnostyce

W sytuacji, gdy istnieje podejrzenie raka gruczołu krokowego (nieprawidłowy wynik badania per rectum, podwyższone stężenie PSA), trzeba przeprowadzić badanie, które to podejrzenie zweryfikuje. Rozstrzygająca w tym przypadku jest biopsja gruczołu krokowego. Polega ona na precyzyjnym pobraniu materiału tkankowego do badania histo-



„Zgodnie z europejskimi wytycznymi, przyjętymi również przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, każdy mężczyzna po 50. roku życia powinien zgłosić się na oznaczenie PSA w krwi.”

**Prof. Romuald Zdrojowy**  
Kierownik Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu

patologicznego, które potwierdza lub wyklucza obecność raka, a także określa jego cechy biologiczne decydujące o złośliwości i agresywności. Ze względu na konieczność posiadania pewnych specjalistycznych umiejętności i odpowiedniego sprzę-

tu, biopsję przeprowadzają zwykle urolodzy. Jedynie stwierdzenie raka w biopsji upoważnia do postawienia rozpoznania.

Jeśli biopsja potwierdzi istnienie raka, trzeba jeszcze określić stopień jego zaawansowania. Te cechy – sto-

pień zaawansowania, zróżnicowania (decyduje o złośliwości) oraz inne cechy kliniczne (wiek pacjenta, choroby współistniejące, przewidywana długość życia) pozwalają wybrać odpowiednią metodę leczenia.

### Czas jest twoim sprzymierzeńcem

Im na wcześniejszym etapie rozwoju choroby zostanie postawiona diagnoza, tym większe są szanse na jej wyleczenie. Problem polega jednak na tym, że w początkowym okresie, kiedy nie ma jeszcze przerzutów i rak gruczołu krokowego jest w pełni wyleczalny, nie daje on żadnych objawów. A jeśli nawet pacjent ma jakieś dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych, to są one związane z innymi chorobami, zwłaszcza z łagodnym rozrostem prostaty, który nie wyklucza raka. Obie choroby mogą rozwinąć się w innych częściach tego samego narządu.

Brak objawów w początkowym okresie raka gruczołu krokowego powoduje, że większość pacjentów zgłasza się do urologa dopiero wówczas, gdy choroba jest już zaawansowana. Na jej całkowite wyleczenie nie ma już wtedy zazwyczaj szans, jednak dzięki postępowi w medycynie nawet na tym etapie można chorą pomóc, zmniejszając ich dolegliwości, wydłużając im życie i poprawiając jego komfort.

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK  
redakcja@mediaplanet.com

### Jak się leczy raka gruczołu krokowego

#### LECZENIE RADYKALNE:

- radykalna prostatektomia, czyli chirurgiczne usunięcie gruczołu krokowego z pęcherzykami nasiennymi, często także z węzłami chłonnoymi – taką operację można przeprowadzić różnymi technikami: z tzw. dostępu załonowego, laparoskopowo lub z użyciem robota da Vinci,
- radioterapia, czyli naświetlanie guza.

Jeszcze niedawno do leczenia radykalnego kwalifikowano wyłącznie pacjentów, u których rak gruczołu krokowego był ograniczony tylko do tego narządu. Obecnie wiadomo już, że korzyść z takiego leczenia odnoszą również chorzy, u których nowotwór nieznacznie przekroczył granice gruczołu, ale nie spowodował jeszcze przerzutów do narządów odległych, przede wszystkim kości. Dlatego u takich chorych również stosuje się radykalną prostatektomię lub radioterapię. W ostatnich latach dokonano ogromny postęp zarówno w technikach operacyjnych, jak i metodach naświetlania, co przełożyło się na większą skuteczność leczenia i lepszy komfort życia pacjenta. Nie są to już zabiegi tak bardzo obciążające i powodujące uciążliwe efekty uboczne jak kiedyś.

Efekty radykalnego leczenia zależą od stopnia zaawansowania choroby. Jeśli rak zostanie wykryty wcześnie, tzn. na etapie, kiedy jest ograniczony do narządu, ponad 90 proc. chorych ma szansę na 5-letnie przeżycie, a ponad 80 proc. przeżywa 10 lat.

#### LECZENIE PALIATYWNE (ZACHOWACZE)

Kwalifikuje się do niego chorych z rozsianą postacią choroby, czyli z przerzutami do innych narządów. Główną rolę w leczeniu paliatywnym odgrywa hormonoterapia, która obecnie polega na podawaniu leków, które obniżają poziom testosteronu (kiedyś praktykowało się operacyjne usuwanie jąder). Hormonoterapia zmniejsza dolegliwości oraz spowalnia chorobę. Niestety, jak każda metoda leczenia powoduje również działania uboczne: uderzenia gorąca, przyspieszenie osteoporozy, obniżenie libido.

■ W przypadku tzw. hormonoporności, czyli braku reakcji na leczenie hormonalne, można zaproponować pacjentom inne leki, np. docetaksel. To duży krok naprzód w terapii raka gruczołu krokowego, bo jeszcze niedawno nie było żadnego cytostatyku wydłużającego życie chorym.

- Leczenie skojarzone – zastosowanie radioterapii i hormonoterapii
- Połączenie obu metod zwiększa skuteczność leczenia.

# Nowe technologie w radioterapii – czy to już przełom ?

Zagadnienie przełomu w radioterapii, o którym ostatnio było głośno w mediach, jest bardziej skomplikowane, niż można byłoby sądzić. Wszelkie „przełomy” w medycynie niekiedy dopiero po wielu latach stają się faktycznym przełomem. Np. były nimi odkrycia Ludwika Pasteura, Marii Skłodowskiej-Curie, Aleksandra Fleminga czy rama stereotaktyczna Leksella. Wszystkie te odkrycia zostały zweryfikowane w czasie i podlegały modyfikacjom wynikającym z postępu technologicznego. Twierdzenia o wyższości jednej technologii nad drugą do czasu weryfikacji naukowej i praktycznej są tylko osobistym przekonaniem. Nie istnieją rozwiązania całkowicie uniwersalne. Osobiste przekonanie jest niewątpliwie dobrą zachętą do wytężonej pracy, ale jako takie nie zmieni metody eksperymentalnej w metodę zweryfikowaną. Środki masowego przekazu stosują przekaz uproszczony, co może w skrajnych przypadkach prowadzić do zaniechania leczenia metodami o znanej skuteczności.

Aby można było uznać metodę za przełomową w konkretnych warunkach systemu ochrony zdrowia, powinny być spełnione pewne warunki, jak m.in. bezpieczeństwo stosowania, rozszerzenie możliwości terapeutycznych, upowszechnienie i korzystne parametry ekonomiczne dla systemu ochrony zdrowia.

W odniesieniu do radioterapii proponowane są w Polsce 4 nowe metody: Gamma Knife, Cyberknife, radioterapia śródoperacyjna elektronami i radioterapia protonowa. Trudno jest tu mówić o przełomie w skali światowej.

## Radioterapia protonowa

Terapia protonowa - wszyscy specjaliści są zgodni - mimo astronomicznych kosztów instalacji jest przyszłością radioterapii i w kilku krajach stosuje się ją dość szeroko (np. USA). Terapia protonowa, przy licznych zaletach podnoszonych przez specjalistów, charakteryzuje się olbrzymią ceną początkową. Dlatego, mimo że w warunkach polskich można byłoby uznać tę metodę za przełom w radioterapii, to jed-

nak przeszkodą jest wyjątkowo wysoka cena. Z tego też powodu trudno będzie ją stosować powszechnie.

## Gamma Knife

Leksell Gamma Knife w warunkach polskich jest zdecydowanie przełomem w leczeniu wielu patologii centralnego układu nerwowego, a w tym nowotworów mózgu. Literatura naukowa dostępna na temat metod leczenia Gamma Knife stanowi najobszerniejszy materiał w historii zrealizowany dla pojedynczego urządzenia terapeutycznego. LGK jest powszechnie stosowany na świecie. Rocznie leczonych jest ponad 50 000 pacjentów. Nie istnieje urządzenie dokładniejsze w leczeniu nowotworów mózgu i malformacji naczyniowych od LGK, a metody dotychczas stosowane w Polsce posiadały gorszą charakterystykę techniczno-terapeutyczną.

## Cyberknife

Cyberknife jest urządzeniem elitarnym radioterapeuty. Ponieważ zwolennicy tej technologii pod-

kreślają uniwersalność urządzenia oraz przydatność do leczenia nowotworów w trudnych umiejscowieniach - np. wątroba, płuco czy trzustka - należy rozpatrywać przydatność tej metody w zależności od umiejscowienia nowotworu. Konieczne są też uporządkowane badania kierunkowe oraz przygotowany w warunkach polskich materiał dla systemu ochrony zdrowia, potwierdzający istotną przewagę stosowania Cyberknife nad metodami stosowanymi aktualnie w tych umiejscowieniach. Cyberknife jest aparatem pobudzającym wyobraźnię, ale ze względu na poziom złożoności stosowania powinien być wykorzystywany wyłącznie w placówkach o dużym potencjale naukowym i technicznym, aby zapewnić maksymalne bezpieczeństwo stosowania tej technologii.

## Radioterapia śródoperacyjna elektronami

Radioterapia śródoperacyjna elektronami pozostaje techniką eks-

perymentalną. Posiada jednak dla polskiego systemu ochrony zdrowia bardzo ciekawe własności, których nie wolno lekceważyć. Ze względu na prostotę zastosowania, przy spełnieniu odpowiednich warunków (w tym wymogu współpracy chirurga i radioterapeuty) może skutecznie prowadzić do upowszechnienia wiedzy na temat radioterapii i, z czasem, przyczynić się do rozszerzenia praktyki skojarzonego leczenia nowotworów. Potencjał intelektualny polskich chirurgów i radioterapeutów jest już odpowiednio duży, aby dzięki nowym możliwościom technologicznym włączyli się w główny nurt światowych badań w dziedzinie onkologii. Urządzenie do radioterapii śródoperacyjnej elektronami jest najtańsze z omawianych, mobilne, nie wymaga kosztownej dodatkowej infrastruktury (bunkry) i umożliwia znaczącą poprawienie komfortu leczonych.

ANNA POWROŹNIK

redakcja@mediaplanet.com

## WYZWANIA

### FAKTY

#### Czy wiesz, że...

Jeśli mówimy o przełomie, powinniśmy od razu określić kryteria oceny. W tekście o ograniczonej objętości trudno jest zawrzeć pełną dyskusję na temat tego zagadnienia. Niemniej jednak wydaje się, że wnioski nasuwają się same. Radioterapia jest dziedziną, która współcześnie wymaga połączenia z innymi metodami leczenia nowotworów – chirurgią i onkologią kliniczną. Wykazano wielokrotnie, i to ponad wszelką wątpliwość, że właśnie taki sposób le-

czenia (leczenie skojarzone) jest najskuteczniejszy. Tego typu podejście powinien realizować szeroki zespół specjalistów różnych dziedzin medycznych. Powinny być zatem promowane te technologie wymuszające działania, w których specjaliści różnych dziedzin uczą się nawzajem i poprzez współdziałanie są w stanie wypracować optymalne dla wszystkich procedury medyczne. I to może być prawdziwym przełomem w polskiej radioterapii