



Aktualności Medyczne

Zabiegi małoinwazyjne
i radiologia interwencyjna

Gdy rak piersi jest
dziedziczny

Jakość życia i satysfakcja
chorych na nowotwory

Bierne palenie uderza
w najmłodszych

Nowoczesne leczenie
chirurgiczne w polskiej
onkologii to fikcja



Naturalny lek przeciwwirusowy

Warsztaty psychoonkologiczne

w Centrum Psychoonkologii UNICORN

Gdy koronawirus każe zostać w domu...

Przez kuchnię do zdrowia

Pacjent onkologiczny w dobie pandemii



Koronawirus zmienia nasze życie. Wirusolodzy uważają, że może upłynąć wiele miesięcy, zanim populacja zyska wystarczającą odporność, aby chronić się przed dalszym rozprze-

strzenianiem się nowego wirusa Covid-19.

Wielu pacjentów onkologicznych cierpi na niedobory odporności spowodowane chorobą lub niektórymi terapiami. Można założyć, że ludzie, których układ odpornościowy jest osłabiony, będą zarażać się szybciej i chorować poważniej niż ludzie zdrowi. Pacjenci z rakiem, którzy otrzymują leczenie immunosupresyjne lub u których występuje immunosupresja z powodu choroby powinni szczególnie przestrzegać zalecanych środków ostrożności i zasad higieny. Eksperci zalecają opuszczanie miejsca zamieszkania tylko w najbardziej niezbędnych celach i bezwzględne unikanie zamkniętych przestrzeni, w których przebywają inni ludzie. Drodzy Pacjenci onkologiczni! Nie bójcie się prosić rodziny, przyjaciół lub sąsiadów o pomoc w zakupach czy załatwieniu spraw urzędowych. Jeśli to możliwe, pozostawcie w swoich domach!

Choć zaleca się pacjentom onkologicznym, by nie odkładali planowanej terapii raka, każdy, kto ma zwiększone ryzyko zakażenia, np. po kontakcie z osobą chorą

na koronawirusa, powinien – wraz z lekarzami prowadzącymi leczenie – rozważyć korzyści i ryzyko planowanej terapii. Decyzję o odroczeniu terapii można ustalić indywidualnie wyłącznie w przypadkach, gdy nie są wymagane szybkie działania. Często bowiem konieczne jest natychmiastowe leczenie, aby nie pomniejszać szans na wyleczenie. Pamiętajmy: chorzy na nowotwory powinni mieć dostęp do wszystkich form leczenia onkologicznego. Zgodnie z zaleceniami PTO i PTChO „Każdy pacjent ma prawo do kontynuowania terapii przeciwnowotworowej. Dotyczy to również pacjentów z podejrzeniem nowotworu – oni również nie powinni pozostać bez opieki”.

Pozostańmy solidarni z wszystkimi przewlekłe chorymi, starszymi. Dla nich to szczególnie trudny czas lęku o zdrowie i życie, samotności. Społeczna solidarność i ludzie, którzy wyjdą z pomocą do tych najstarszych, zamkniętych w swoich domach, jest dzisiaj szczególnie potrzebna. W wielkanocnym orędziu włoski prezydent zaapelował do swoich rodaków, by pielęgnowali nadzieję i ufność: „Unikajmy zakażenia wirusem i rozsiewajmy przede wszystkim solidarność między sobą”.

W dobie pandemii chcemy być z Wami. Czytajcie nas na www.aktualnosci-medyczne.pl oraz na www.eanu.de.

Alicja Kałużny
Redaktor Naczelna

Spis treści

NAUKA | WIEDZA | PRAKTYKA

- dr n. med. Andreas Hans Wasylewski
Bierne palenie: niebezpieczne zwłaszcza dla małych dzieci 4
- dr hab. n. med. Dawid Murawa, prof. UZ
Nowoczesne leczenie chirurgiczne w polskiej onkologii to fikcja 10
- dr n. med. Grzegorz Rosiak
Zabiegi małoinwazyjne i radiologia interwencyjna
to przyszłość onkologii 14
- prof. dr med. Pauline Wimberger, dr med. Karin Kast
Gdy rak piersi jest dziedziczny 22
- dr Milena Lachowicz
Jakość życia i satysfakcja chorych na nowotwory 30

PSYCHIKA | DUCH | CIAŁO

- dr n. med. Andreas Hans Wasylewski
Naturalny lek przeciwwirusowy 40
- dr n. med. Andreas Hans Wasylewski
Naturalny antybiotyk: zrób go sam 47
- Ela Murias
Poukładaj sobie raka, czyli warsztaty psychoonkologiczne
w Centrum Psychoonkologii UNICORN 48
- Bogusława Wójcik
Makrobiotyka – naturalna kuchnia 56
- EANU
Gdy koronawirus każe zostać w domu... 58

AKTUALNOŚCI

13, 20, 21

Bierne palenie: niebezpieczne zwłaszcza dla małych dzieci



zabawa - stock.adobe.com

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dym tytoniowy jest odpowiedzialny za jeden na dziesięć zgonów wśród osób dorosłych. Z powodu biernego palenia co roku umiera w Polsce około 2000 osób! Dyrektor EANU i wydawca „Aktualności Medycznych” dr med. Andreas Wasylewski porusza temat biernego palenia, w szczególności dotyczącego dzieci i wzywa do politycznych decyzji dotyczących ochrony najmłodszych.

Dym papierosowy jest chemiczną mieszaniną ponad 4800 różnych substancji, z których co najmniej 250 jest toksycznych lub rakotwórczych. Zawiera między innymi smołę, trujący cyjanowodór, radioaktywny polon, nikiel, amoniak i tlenek węgla, a także inne substancje rakotwórcze takie jak arsen czy wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, N-nitrozoaminy i formaldehyd.

Substancje te są wchłaniane nie tylko przez palacza! Niepalący, którzy znajdują się w pobliżu palaczy, również palą. Bierni palacze wdychają nawet 8 do 20 razy więcej substancji rakotwórczych. Dlatego każdego roku z powodu biernego pale-

nina umiera w Polsce około 2000 osób niepalących. I co bardzo ważne dla naszej przyszłości: co najmniej 3 miliony dzieci dorasta w domach, w których się pali. Dzieci w wieku poniżej dwóch lat są najbardziej obciążone zdrowotnie biernym paleniem.

Gospodarstwa domowe, w których się pali: toksyny obecne we krwi dzieci!

Z powodu biernego palenia najbardziej cierpią małe dzieci. Pod wpływem wdychanego dymu papierosowego ich układ odpornościowy ulega osłabieniu, częściej zapadają na zapalenie płuc i inne infekcje dróg oddechowych. Wdychane toksyny wpływają szkodliwie nie tylko na płuca, ale na cały organizm. We krwi każdego dziecka dorastającego wśród osób palących można wykryć poszczególne toksyczne substancje zawarte w dymie papierosowym.

Bierne palenie jest również współodpowiedzialne za rozwój chorób przewlekłych, niekiedy prowadzących do przedwczesnego zgonu. U dzieci chorujących na astmę, których przynajmniej jeden rodzic pali papierosy, występuje cięższa postać tej choroby w porównaniu z dziećmi z rodzin niepalących. Częściej pojawiają się u nich zaostrzenia choroby podstawowej.



Monkey Business - stock.adobe.com

U kobiet w ciąży, które palą, poziom nikotyny w płynie owodniowym, łożysku i krwi nienarodzonego dziecka jest wyższy niż w ciele matki. Toksyny docierają do dziecka przez płuca matki w ciągu kilkunastu sekund i pozostają tam przez długi czas, ponieważ ich rozpad i wydalanie trwają dłużej z powodu niedojrzałości wątroby i nerek płodu. Przez cały okres ciąży nienarodzone dzieci matek, które wypalają 13 papierosów dziennie, są narażone na szkodliwy wpływ 3640 papierosów. Około 30% dzieci jeszcze przed przyjściem na świat wystawianych jest na szkodliwy wpływ papierosów wypalanych przez matkę, a jeszcze więcej narażonych jest na skutki biernego palenia.

Zagrożenie dla zdrowia już w okresie prenatalnym i niemowlęcym

15 procent wszystkich przypadków wcześniactwa i 20–30 procent wszystkich przypadków niskiej masy urodzeniowej (hipotrofii) jest spowodowane doświadczaniem przez dziecko biernego palenia w łonie matki. U biernie palących noworodków ryzyko śmierci okołoporodowej wzrasta aż o 150 procent! Noworodki narażone na kontakt z dymem papierosowym częściej cierpią z powodu wad rozwojowych. Ryzyko rozszczepu wargi i podniebienia jest wyższe



vcchalup - stock.adobe.com

średnio o 50 procent przy wypalaniu przez kobietę w ciąży 1–10 papierosów dziennie. Około 60 niemowląt umiera rocznie w Niemczech z powodu biernego palenia w domu oraz z powodu zatrucia w okresie prenatalnym papierosami palonymi przez matkę. Co ósma kobieta na początku ciąży pali, a tylko jedna czwarta przyszłych matek rzuca nałóg. Po odstawieniu dziecka od piersi 70 procent matek powraca do palenia w przeciągu roku. W Polsce od 22 do 28 procent kobiet w ciąży pali papierosy, zaś 120–140 tysięcy noworodków każdego roku jest przez długi czas narażonych na trucizny i substancje rakotwórcze pochodzące z papierosów wypalanych przez matki.

Przez cały okres ciąży nienarodzone dzieci matek, które wypalają 13 papierosów dziennie, są narażone na szkodliwy wpływ 3640 papierosów.

Śmierć łóżeczkowa: główna przyczyna – palenie!

Toksyny dostają się do organizmu nienarodzonego dziecka przez krew i wywołują szereg szkodliwych skutków. Zwiększa się ryzyko powikłań ciąży, wzrasta prawdopodobieństwo poronienia i martwego urodzenia, a także różnych chorób. Kolejne zagrożenia pojawiają po przyjściu dziecka na świat. Niemal co drugi z 500 do 600 zgonów z powodu śmierci łóżeczkowej (SIDS/rok) w Niemczech przypisuje się biernemu paleniu.

Bierne palenie szczególnie zagraża najmłodszym dzieciom. Ich narządy nie są dojrzałe, przez co małe organizmy są bardziej podatne na toksyny dymu papierosowego. Ponadto małe dzieci wdychają więcej powietrza i więcej toksyn niż dorośli w stosunku do masy ciała, stąd szereg ostrych wtórnych reakcji, takich jak trudności w oddychaniu, ataki astmy, zapalenia ucha środkowego, bóle głowy, zawroty głowy i zaburzenia snu. Jeśli w gospodarstwie domowym pali się ponad 30 papierosów dziennie, ryzyko rozwoju zapalenia opon mózgowych u dzieci w wieku do 5 lat wzrasta nawet siedmiokrotnie.

Dzieci palaczy często gorzej się uczą

Nawet minimalne narażenie na dym papierosowy znacznie zmniejsza wydolność umysłową i koncentrację uczniów. Dzieci narażone na dym z papierosów w łonie matki lub w domu mogą uzyskiwać słabsze oceny i pozostawać w tyle pod

względem zdolności umysłowych takich jak wnioskowanie i zapamiętywanie. Dym papierosowy powoduje ponadto wahania hormonalne i zmiany neurologiczne w rozwijającym się młodym organizmie. Nałogowi palacze, którzy rozpoczęli palenie przed ukończeniem 15. roku życia żyją aż o 8 lat krócej, zaś ich kondycja zdrowotna jest o wiele gorsza niż osób niepalących.

Bierne palenie – wyższe ryzyko raka!

Naukowcy z Niemieckiego Centrum Badań nad Rakiem (DKFZ) w Heidelbergu badali zachorowania na raka w rodzinach do kilku pokoleń wstecz. Stwierdzono, że dzieci, których rodzice palą, mają znacznie większe ryzyko zachorowania na raka w późniejszym wieku. Bierne palenie podwyższa ryzyko raka płuc, a najprawdopodobniej także raka piersi u młodych kobiet, jak również raka jamy nosowej i zatok obocznych nosa. Już w macicy, a następnie przez mleko matki, dzieci palaczy wchłaniają produkty rozpadu nikotyny, co znacznie zwiększa ryzyko późniejszych nowotworów, takich jak rak nerki i pęcherza moczowego.



Wskazówki EANU dla rodziców:

- 1** niech twój dom stanie się dla przychodzących strefą wolną od dymu papierosowego
- 2** nigdy nie pal w samochodzie, ponieważ stężenie toksyn pochodzących ze spalania tytoniu jest tam szczególnie wysokie
- 3** poproś dziadków, opiekunkę i inne osoby towarzyszące twoim dzieciom, aby nie palili w ich obecności
- 4** zdrowie twojego dziecka/twoich dzieci jest dobrym powodem, by całkowicie rzucić palenie
- 5** podaruj swoim dzieciom wolny od tytoniu start w życie

Palenie: liczby, dane, fakty

Na koniec kilka liczb, które są znane wszystkim organizacjom społecznym i politycznym: państwo niemieckie czerpie rocznie 20 miliardów euro z podatku od wyrobów tytoniowych. Stanowi on stały dochód dla budżetu. Jednocześnie konsumpcja tytoniu generuje około 80 miliardów euro kosztów rocznie. Samo przewlekłe zapalenie oskrzeli, w 90% powodowane paleniem, generuje 25 milionów dni zwolnień z tytułu niezdolności do pracy i 2,7 miliona dni zwolnień szpitalnych w ciągu roku. Do tego dochodzą środki na rehabilitację, niepełnosprawność i przedwczesne zgony. Dlatego i w Niemczech, i w Polsce pilnie potrzeba odpowiedzialnych decyzji politycznych mających na celu ochronę naszych dzieci. Można zacząć od wprowadzenia zakazu palenia w samochodach i skutecznego egzekwowania zakazu palenia miejscach publicznych, w których przebywają dzieci. Możliwości jest wiele... do dzieła! ■



dr n. med. Andreas Hans Wasylewski

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

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

NOWOCZESNE LECZENIE CHIRURGICZNE W POLSKIEJ ONKOLOGII TO FIKCJA



dr hab. DAWID MURAWA, prof. UZ

Kierownik Katedry Chirurgii i Onkologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski

Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze

Prezes Elekt i członek zarządu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej

Liczne badania i statystyki pokazują, że w leczeniu nowotworów zdecydowanie najskuteczniejsze jest leczenie chirurgiczne.

Od 60 do 70 procent osób, które zostały wyleczone z choroby nowotworowej zawdzięcza swoje życie chirurgii onkologicznej.

Te oczywiste dane są systematycznie pomijane w przestrzeni publicznej przy jednoczesnym nagłaśnianiu dostępności (lub jej braku) nowych terapii lekowych czy radioterapii.

Praktycznie nieobecny w mediach i świadomości polityków pozostaje zatem temat niedofinansowania polskiej chirurgii onkologicznej. Jest ona – o czym pisał w poprzednim numerze „Aktualności Medycznych” prof. dr hab. med. Józef Kładny – w stanie dramatycznym. Popsuty, zużyty sprzęt i brak podstawowego wyposażenia bloków operacyjnych to jedno oblicze tej katastrofy, drugie – to brak dostępu polskich pacjentów do nowoczesnych technik chirurgicznych.

Nowoczesna chirurgia onkologiczna coraz mocniej zorientowana jest na tzw. techniki małoinwazyjne, nazywane też minimalnie inwazyjnymi. To na nich w przyszłości będzie się opierało lecze-

nie pacjentów onkologicznych. Równie skuteczne, co chirurgia „tradycyjna”, a zarazem mniej uciążliwe dla chorych, generujące niższe koszty dla systemów opieki zdrowotnej.

Podczas konferencji czy w mediach komentuje się osiągnięcia i wynalazki chirurgii onkologicznej, tymczasem na większości polskich oddziałów chirurgii brakuje podstawowego wyposażenia. Nierzadko jest tak, że nie działają wszystkie laparoskopy w danej placówce, a przecież operacje małoinwazyjne są już światowym standardem w leczeniu nowotworów. Tylko nieliczne ośrodki w Polsce oferują chorym na raka techniki małoinwazyjne. Dzieje się tak dlatego, że wycena przez NFZ zabiegów małoinwazyjnych ma się nijak do ich rzeczywistych kosztów, a wysokie ceny sprzętu przekraczają możliwości szpitali. Zła wycena powoduje, że zabiegi małoinwazyjne po prostu się szpitalom nie opłacają.

Nie próbując rozwiązać problemów, z jakimi boryka się chirurgia onkologiczna, rządzący pozbawiają polskich pacjentów onkologicznych dostępu do należnego im nowoczesnego, na poziomie światowym, leczenia chirurgicznego.

Konieczne są inwestycje w sprzęt. W naszej codziennej pracy operujemy zużytym sprzętem. Używamy zużytych pęset chirurgicznych, nożyczek, imadeł i haków chirurgicznych. Brakuje wysokiej jakości staplerów do zespo-
leń w przewodzie pokarmowym, nie mamy dostępu do różnych typów siatek (w tym do rekonstrukcji piersi), ultrasonografów śródoperacyjnych, nowoczesnych laposkopów, termoablatorów... To są fakty, o których w przestrzeni publicznej się nie mówi.



Posłużę się przykładem, doskonale ilustrującym sytuację polskiej chirurgii małoinwazyjnej. W szpitalu klinicznym w Zielonej Górze od kwietnia do grudnia 2019 r. wykonaliśmy u 40 pacjentów termoablację mikrofalową guzów przerzutowych w wątrobie, ratując ich życie i zdrowie. Było to możliwe jedynie dzięki wydzierżawieniu za przysłowiową złotówkę sprzętu o wartości 140 tysięcy złotych – na tak kosztowny sprzęt szpitala nie stać. Producent zarabiał na tym, że do każdego zabiegu musieliśmy kupować nowe elektrody po znacznie wyższej cenie niż wtedy, gdyby termoablator był własnością kliniki. Z końcem lutego producent zrezygnował z dzierżawy, a to oznacza, że... musimy sprzęt kupić. Tylko za co? Jesteśmy jedynym ośrodkiem w województwie zajmującym się chirurgią wątroby, a od początku marca nie możemy skutecznie i małoinwazyjnie leczyć pacjentów. Wyliczyliśmy, że aby uczynić z kliniki w Zielonej Górze

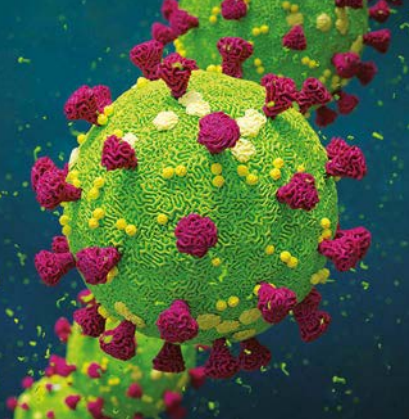
centrum chirurgii onkologicznej oferującą usługi na europejskim poziomie, potrzeba około pięć milionów złotych, których nie mamy.

O zabiegach NanoKnife, termoablacji i innych formach ablacji, laparoskopii i endoskopii nowej generacji, o radioterapii śródoperacyjnej czy metodzie HIPEC w kontekście minimalizowania inwazyjności leczenia onkologicznego w ogóle, większość polskich pacjentów może wciąż jedynie marzyć.

Z perspektywy lekarza, który pracował w zagranicznych ośrodkach i utrzymuje stałe kontakty z ośrodkami onkologicznymi w Niemczech, Austrii, Włoszech, muszę z przykrością stwierdzić, że polską chirurgię onkologiczną dzieli od zachodniej Europy przepaść. Można to zmienić jedynie poprzez zmianę finansowania, zwiększenie nakładów na chirurgię i kształcenie specjalistów, którzy będą mieli gdzie i czym leczyć Polaków zgodnie z europejskimi standardami. ■



Koronawirus a rak



Drodzy Czytelnicy! Oto najważniejsze fragmenty Zaleceń Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej w sprawie postępowania z pacjentami onkologicznymi

Sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do całkowitego wstrzymania przyjęć pacjentów onkologicznych. **Każdy pacjent ma prawo do kontynuowania terapii przeciwnowotworowej. Dotyczy to również pacjentów z podejrzeniem nowotworu – oni również nie powinni pozostać bez opieki.** Obecnie najwyższym priorytetem jest zachowanie bezpieczeństwa i prawidłowości leczenia wielospecjalistycznego radykalnego leczenia chorych na nowotwory, nad czym pracują rzesze lekarzy onkologów w całym kraju.

Przypominamy również o zaleceniach ogólnych dla pacjentów onkologicznych w związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju. Prosimy o bezwzględne stosowanie się do zaostrzonych procedur bezpieczeństwa:

- ➔ Szpitale wprowadziły całkowity zakaz odwiedzin pacjentów onkologicznych. Zakaz obowiązuje do odwołania.
- ➔ Pacjenci hospitalizowani mają bezwzględny zakaz opuszczania szpitali, gdyż przebywając poza szpitalem mogą zarazić się wirusem. Dotyczy to także spotkań z rodziną.
- ➔ Prosimy o ograniczenie wizyt w szpitalach onkologicznych wyłącznie do umówionych wizyt, uprzednio zatwierdzonych przez szpital.
- ➔ Przy wejściu do szpitali onkologicznych prosimy o zachowanie bezpiecznej odległości od innych osób i stosowanie się do poleceń personelu medycznego.
- ➔ Pacjent przed wizytą w centrum onkologii powinien zmierzyć temperaturę. Jeśli wynik pomiaru będzie równy 38° C lub wyższy, występują objawy takie jak: kaszel, duszność oraz pacjent znajduje się w grupie ryzyka (pobyt w okresie ostatnich 14 dni w rejonie aktywnej transmisji koronawirusa SARS CoV-2 lub kontakt z osobą zakażoną) – **NIE POWINIEN PRZYCHODZIĆ DO SZPITALA ONKOLOGICZNEGO**, ponieważ stanowi potencjalne zagrożenie dla innych pacjentów przebywających w szpitalu.
- ➔ W przypadku podejrzenia zarażenia wirusem SARS-CoV-2 należy zadzwonić na specjalną infolinię NFZ: 800 190 590.

Zabiegi małoinwazyjne i radiologia interwencyjna to przyszłość onkologii

Rozmowa z dr. n. med. Grzegorzem Rosiakiem

II Zakład Radiologii Klinicznej
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital
Kliniczny, ul. Banacha, Warszawa



Jest Pan jednym z nielicznych w Polsce specjalistów onkologii interwencyjnej. Czym jest onkologia interwencyjna?

Zacząłbym od wyjaśnienia, czym jest radiologia interwencyjna – jest to dziedzina medycyny zajmująca się małoinwazyjnymi zabiegami wykonywanymi pod kontrolą badań obrazowych takich jak ultrasonografia, fluoroskopia rentgenowska, tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny. Ponieważ radiologiczne zabiegi małoinwazyjne u pacjentów onkologicznych zyskały w ostatnich latach dużą popularność, ta część radiologii interwencyjnej

zyskała miano onkologii interwencyjnej. W praktyce stosujemy termin „onkologia interwencyjna” zamiennie z „radiologią interwencyjną w onkologii”.

Na czym – w skrócie – polegają metody określane wspólnie jako radiologia/onkologia interwencyjna i kiedy się je stosuje?

Onkologia interwencyjna znajduje zastosowanie na wszystkich etapach choroby nowotworowej. W diagnostyce wykorzystujemy biopsję, które w dobie badań genetycznych są szczególnie przydatne. Umożliwiają one postawienie precyzyjnej diagnozy dzięki pólgo-

dzinnemu zabiegowi w znieczuleniu miejscowym. W leczeniu przeciwbólowym, na przykład w guzach trzustki stosujemy neuroлизę, czyli metodę zmniejszania bólu poprzez niszczenie włókien nerwowych 95-procentowym alkoholem.

Szczególnie ciekawa jest jednak inna grupa zabiegów terapeutycznych. Jednym z takich zabiegów jest termoaablacja. Polega ona na wprowadzeniu igły do guza dzięki tomografii komputerowej i ultrasonografii (USG). Następnie guz zostaje zniszczony (dosłownie: ugotowany) za pomocą wysokiej temperatury wytwarzanej na końcu igły. Wysoka temperatura może być wytworzona za pomocą fal radiowych albo mikrofal.

Guzy mogą być również niszczone za pomocą niskiej temperatury (zamrażane) i w tym przypadku zabieg nazywany jest krioablacją. Stosuje się go głównie w leczeniu raka nerki, prostaty oraz guzów ściany klatki piersiowej. Z kolei chemoembolizacja to metoda wewnątrznaczyniowa. Przez tętnicę udową wprowadza się cewnik, którym przechodzi się do drobnych naczyń zaopatrujących nowotwór. Przez cewnik

W styczniu 2019 roku zespół specjalistów z warszawskiego szpitala przy ul. Banacha przeprowadził pierwszą w Polsce termoaablację guza płuca. U 50-letniego pacjenta podczas jednego zabiegu zniszczono przerzuty raka jelita grubego do płuca i wątroby.

Czy termoaablacja stanie się kiedyś w Polsce rutynowo stosowaną procedurą chirurgiczną w wybranych schorzeniach onkologicznych?



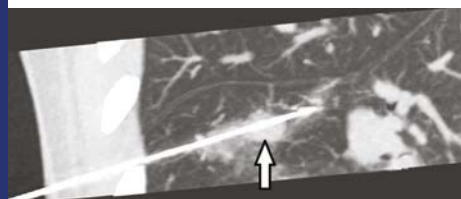
fol. Grzegorz Rosiak

do guza podaje się lek (chemioterapeutyk) o bardzo wysokim stężeniu. Dzięki temu, że lek podawany jest wyłącznie do guza, a nie ogólnie, możemy uzyskać znacznie wyższe jego stężenie i poprawić skuteczność terapii. Razem z lekiem do guza podawany jest środek embolizujący, który powoduje niedokrwienie nowotworu.

Nieco ponad rok temu przeprowadził Pan wraz z zespołem szpitala Banacha



Dobrze widoczny przerzut raka jelita grubego do płuca: przed termoablacją (fot. Grzegorz Rosiak).



Termoablacja raka płuca: specjalna igła wprowadzona do guza niszczy guz za pomocą wysokiej temperatury (fot. Grzegorz Rosiak).

w Warszawie pierwsze zabiegi termoablacji płuc w Polsce.

Tak, był to pacjent z dwoma przerzutami – jednym w płucu i jednym w wątrobie. Obie zmiany zostały skutecznie zniszczone podczas jednego zabiegu, co zostało potwierdzone w badaniach kontrolnych w kolejnych miesiącach. Zresztą w marcu leczylimy pacjentkę w podobnej sytuacji – po jednym drobnym przerzucie w wątrobie i płucu, oba zniszczone za pomocą termoablacji.

Kto kwalifikuje się do takiego zabiegu?

Termoablacja jest metodą bardzo skuteczną w niszczeniu małych guzków w wątrobie, nerkach i płucach. Przy guzkach do 3 cm jej skuteczność przekracza 90% i dotyczy to zarówno guzów pierwotnych, jak i przerzutowych. W wątrobie stosuje się ją, jeśli liczba zmian nowotworowych nie przekracza trzech, ewentualnie czterech. Nie można jej natomiast stosować w leczeniu guzów wnęki wątroby ze względu na ryzyko uszkodzenia dróg żółciowych. Termoablacja jest uznaną metodą leczenia raka wątrobowokomórkowego oraz przerzutów raka jelita grubego. Rzadziej stosuje się ją przy przerzutach raka piersi czy guzów neuroendokrynnych. Termoablacja (a zwłaszcza krioablacja) jest też bardzo skuteczną metodą leczenia raka nerki, jeśli wielkość guza

nie przekracza 4 cm. Jest to metoda szczególnie przydatna u pacjentów z innymi chorobami uniemożliwiającymi wykonanie operacji.

Metoda ta ma też wysoką skuteczność w leczeniu małych (do 2–3 cm) guzków płuc. Zazwyczaj stosuje się ją w leczeniu zmian przerzutowych, chociaż duże badania wykazują wysoką skuteczność w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca. W przypadku obecności guzków w obu płucach leczenie musi być rozłożone na co najmniej dwa zabiegi. Podczas jednego zabiegu można zniszczyć zazwyczaj nie więcej niż 2–3 zmiany, chociaż wiele zależy od doświadczeń danego zespołu.

Chemoembolizacja z kolei jest metodą typowo wykorzystywaną w leczeniu raka wątrobowokomórkowego i jest uznawana za metodę paliatywną. Zdara się jednak, że za pomocą tej metody guz zostaje zniszczony całkowicie.

Jak wygląda zabieg termoablacji?

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym i zwykle trwa około 2–3 godziny zależnie od liczby zmian i ich wielkości oraz lokalizacji. Pacjent leży na stole tomografu komputerowego, który służy do zobrazowania guza, igły oraz okolicznych narządów. Dodatkowo podczas zabiegu wykorzystuje się też USG. Jak

już wspomniałem, wprowadzona do guza końcówka igły jest rozgrzewana do temperatury około 80–120 stopni Celsjusza, co niszczy nowotwór oraz niewielki margines tkanek wokół guza. Po wyjęciu igły miejsce wkłucia (ok. 2 mm średnicy) zakleja się plasterem i pacjent wraca na oddział. Zwykle chory idzie do domu następnego dnia po zabiegu i najczęściej po kilku kolejnych dniach wraca do swoich codziennych czynności, na przykład do pracy.

Czy zabieg jest bolesny?

Termoablacja wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym, więc chory w trakcie zabiegu nic nie czuje. Po zabiegu ból jest zazwyczaj niewielki i można go kontrolować za pomocą zwykłych leków przeciwbólowych.

Zatrzymajmy się na chwilę przy ryzyku i powikłaniach.

Termoablacja jest zabiegiem bezpiecznym. Poważne powikłania zdarzają się rzadko, w granicach 3–5%, a śmiertelność wynosi około 0.2%. Należy przy tym brać pod uwagę, że termoablację stosuje się często u pacjentów obciążonych, w podeszłym wieku, więc ryzyko powikłań jest u nich z założenia wyższe. Z tego powodu są to pacjenci, u których operacja byłaby zbyt ryzykowna. Podczas termoablacji wątroby powikłaniem

może być krwawienie, które zwykle ustępuje samoistnie, jednak czasem należy je leczyć za pomocą embolizacji (kolejny zabieg w radiologii interwencyjnej) lub – rzadko – operacji chirurgicznej. W termoablacji płuc należy pamiętać o możliwości pojawienia się odmy (w 30% przypadków), ale zazwyczaj nie wymaga ona leczenia inwazyjnego i ustępuje samoistnie. Ogólnie po termoablacji poważne powikłania wymagające leczenia inwazyjnego występują kilkukrotnie rzadziej niż po otwartych operacjach.

Czy polscy pacjenci mogą być leczeni termoablacją na NFZ?

W Polsce od wielu lat pacjenci z guzami wątroby są leczeni za pomocą termoablacji. W przypadku guzów nerek

refundacja jest zbyt niska i zabiegów tych wykonuje się u nas bardzo niewiele. Niestety ablacja guzków płuc nie jest w ogóle refundowana, chociaż w ostatnich miesiącach podejmowaliśmy działania, aby ten stan rzeczy zmienić. Na razie termoablację guzków płuc można wykonywać jedynie komercyjnie i zabieg taki kosztuje 16500 zł.

Ile obecnie wykonuje się termoablacji w Polsce?

W Polsce wykonuje się około 800 termoablacji wątroby i pewnie kilkadziesiąt ablacji nerek rocznie. W starzejącym się społeczeństwie i z rosnącą zapadalnością na nowotwory są to z pewnością liczby niewystarczające. Dla porównania w Southampton, średniej wielkości mieście w Wielkiej Bry-



Jedynym śladem po zabiegu termoablacji guza płuca przeprowadzonej w CSK przy ul. Banacha w Warszawie było miejsce po wkłuciu igły o średnicy około 2 mm. Rana nie wymagała założenia szwów (fot. Grzegorz Rosiak).

tanii, wykonuje się 300 ablacji rocznie, z czego 150 dotyczy guzów nerek.

Jest Pan niestrudzonym propagatorem tej małoinwazyjnej techniki leczenia nowotworów w Polsce.

Radiologia interwencyjna w onkologii to już nie przyszłość, tylko teraźniejszość leczenia onkologicznego. Zabiegi małoinwazyjne nie są panaceum na wszystkie możliwe nowotwory w każdym stadium rozwoju. Jeśli jednak dobór pacjentów jest rozsądny i zgodny z wytycznymi, to metody te mogą wyraźnie poprawić skuteczność leczenia onkologicznego w Polsce.

Jedną z ważniejszych zalet termoablacji jest możliwość powtarzania takich zabiegów. Zarówno po zabiegu chirurgicznym, jak i termoablacji u ponad połowy pacjentów pojawiają się nowe przerzuty raka jelita grubego w wątrobie. Zazwyczaj nie można wykonać u nich ponownej operacji chirurgicznej. Można natomiast wielokrotnie powtarzać termoablacje, w miarę jak pojawiają się kolejne zmiany. Celem naszym jest uzyskanie trwałej remisji i możliwość leczenia nowych zmian jest do tego niezbędna.

Podsumujmy: jakie korzyści odnosi pacjent z leczenia termoablacją?

Termoablacja jest skuteczną metodą leczenia małych guzków w wątrobie, płucach i nerkach, jeśli ich liczba jest niewielka. Przy małych zmianach można uzyskać skuteczność miejscową zbliżoną do operacji. Jest to szczególnie istotne dla osób starszych, z chorobami towarzyszącymi uniemożliwiającymi wykonanie operacji chirurgicznej. Zabiegi te są bezpieczne, poważne powikłania zdarzają się bardzo rzadko, a pacjent zwykle wychodzi do domu następnego dnia po zabiegu. Możliwość wykonywania termoablacji w miarę jak pojawiają się nowe zmiany przerzutowe jest również bardzo istotną zaletą tych zabiegów. Termoablacja nie ogranicza możliwości stosowania innych metod leczenia, po zabiegu pacjent nadal ma otwarte takie same opcje terapeutyczne, jak przed nim.

Co można zrobić, by techniki małoinwazyjne stały się dostępne dla wszystkich pacjentów, którzy tego potrzebują?

Jest kilka elementów, nad którymi musimy pracować. Podstawowym celem powinna być poprawa wycen tych zabiegów. Efektywność kosztowa tych zabiegów jest udowodniona. Jeśli uda się osiągnąć trwałą remisję u pacjenta, koszt jego leczenia będzie wielokrotnie niższy niż metody stosowane do tej pory. Podstawową jednak zaletą tych zabiegów jest możliwość wypełnienia

luki między chirurgią a leczeniem systemowym (chemioterapią czy immunoterapią). W jednym z badań porównano wyniki leczenia przerzutów raka jelita grubego do wątroby za pomocą chemioterapii z wynikami leczenia chemioterapią połączoną z termoablacją. Okazało się, że 8-letnie przeżycie przy leczeniu chemioterapią osiągnęło 9% pacjentów, a w leczeniu skojarzonym aż 36%.

Ważna jest również popularyzacja wiedzy o radiologii interwencyjnej wśród

lekarzy i pacjentów. Sporo się jednak zaczęło dziać w tej sferze w ostatnich miesiącach.

Przy odpowiedniej kwalifikacji zabiegi te mogą istotnie poprawić wyleczalność wielu nowotworów u polskich pacjentów. Bez onkologii interwencyjnej nie mamy szans zbliżyć się do skuteczności, jaką osiągają kraje Europy Zachodniej.

Dziękuję za rozmowę. ■

ODKRYCIA W ONKOLOGII

Antydepresanty – skuteczny lek na raka prostaty?

Czy stosowane od dawna w leczeniu depresji leki przeciwdepresyjne mogą leczyć raka prostaty? Okazuje się, że tak. Mogą okazać się skuteczne u pacjentów po zabiegu chirurgicznym lub radioterapii.

Inhibitor MAO zwany fenelzyną, bo o nim właśnie mowa, wyznacza według badaczy z Uniwersytetu w Południowej Kalifornii potencjalnie nowy kierunek leczenia chorych ze wznową raka prostaty. Jego atutem są niewielkie działania niepożądane. Badanie na ten temat zostało opublikowane w czasopiśmie *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*. „Według naszej wiedzy, nasze badanie jest pierwszym

dotyczącym zastosowania inhibitora MAO u pacjentów chorujących na raka prostaty” – mówi senior autor badania, prof. Jean Shih. „Jeżeli nasze odkrycia się potwierdzą, oznaczać to będzie w części nową szansę dla pacjentów, którzy wówczas mogliby uniknąć działań niepożądanych, jakie niosą za sobą terapie standardowe” – dodaje pierwszy autor badania Mitchell Gross. W opisywanym badaniu po 12 tygodniach leczenia stosowanego dwa razy dziennie aż u 11 z 20 uczestników nastąpiło obniżenie stężenia PSA. Największy spadek poziomu antygenu, a za razem biomarkera raka prostaty sięgał 74%. Większość chorych na raka prostaty jest leczonych chirurgicznie lub przy użyciu radioterapii (albo oboma metodami). Po zabiegu chirurgicznym stężenie PSA powinno spaść do około zera. Jednakże u około jednej trzeciej pacjentów poziom PSA ponownie się podnosi,

co wskazuje na nawrót choroby. Inhibitory MAO mogą skutecznie pomóc lub nawet zastąpić standardowo stosowaną w takich sytuacjach terapię hormonalną, która powoduje pogarszające jakość życia działania niepożądane.

Źródło: M. Koblańska, termedia.pl

LECZENIE RAKA PIERSI

Supernowoczesna diagnostyka raka piersi inPROBE – startują badania kliniczne

InPROBE to innowacyjna technologia do diagnostyki biomarkera HER2 w rakach piersi w czasie rzeczywistym. Biopsja nie jest konieczna, a wynik masz po kilkunastu minutach! Wynalazcy metody – badacze z polskiej firmy SDS Optic – zaczynają badania kliniczne. Już wkrótce startują badania kliniczne na pierwszych pacjentkach. Technologia InPROBE to nadzieja i przyszłość diagnostyki onkologicznej. Umożliwia to, co dotąd było niemożliwe: liczbową informację na temat stężenia markera HER2 w tkankach bez konieczności ich pobierania i to w ciągu maksymalnie 20 minut. Badanie nie ingeruje w guza. Cienka igła grubości ludzkiego włosa jest umieszczana w okolicach zmiany nowotworowej pod kontrolą USG. Po wprowadzeniu w okolice guza lub do węzła chłonny cienkiej mikrosondy w prowadnicy można w czasie rzeczywistym uzyskać informację, czy nowotwór jest tzw. HER2 dodatni, czy ujemny

oraz otrzymać ilościowe stężenie markera nowotworowego HER2. Obecnie w przypadku standardowej biopsji na wyniki oczekuje się od 2 do 3 tygodni, co jest stratą cennego czasu i psychicznie obciąża pacjentkę. Specjaliści z InPROBE zakładają, że do 2030 roku innowacyjna technologia zmniejszy umieralność kobiet na złośliwe nowotwory piersi o około 30%. „To setki tysięcy kobiet na całym świecie, które dzięki naszej technologii będą mogły być szybko zdiagnozowane i mieć szansę na wyleczenie” – mówi dr hab. n. med. Magdalena Staniszevska, współtwórca technologii i Dyrektor ds. Naukowych SDS Optic. „Planujemy zakończyć badania kliniczne w 2021r i rozpocząć proces komercjalizacji, a równolegle przygotowujemy się do certyfikacji wyrobu medycznego zgodnie z obecnymi wytycznymi EU jak również w Stanach Zjednoczonych (FDA)” – dodaje Mateusz Sagan, Chief Business Officer oraz Członek Rady Nadzorczej. – „W niedługim czasie rozpoczniemy również proces pozyskiwania kolejnej rundy finansowania (Seria A) w ramach której będą rozwijane kolejne aplikacje platformy technologicznej oraz w ramach której będziemy rozbudowywać zespół R&D zarówno w Polsce, jak i za granicą”.

Źródło: onkonet.pl, SDS Optic



foto: SDS Optic

Gdy rak piersi jest dziedziczny

Nasze autorki: prof. Pauline Wimberger i dr Karin Kast z Kliniki Ginekologii i Położnictwa Szpitala Uniwersyteckiego w Dreźnie poruszają w tym artykule temat dziedzicznego raka piersi, dostarczając szczegółowych informacji kobietom zagrożonym tym nowotworem.

Okolo 20 procent wszystkich zachorowań na raka piersi jest związanych z uwarunkowaniami rodzinnymi. Pięć procent z nich to zmiany monogenetyczne w genach BRCA1 i BRCA2, które są najczęstszą przyczyną dziedzicznego raka piersi. Dziedziczny rak piersi charakteryzuje się młodym wiekiem zachorowania, częstym występowaniem raka piersi lub jajnika w rodzinie oraz niezwykle wysokim odsetkiem potrójnie ujemnych nowotworów piersi. Status mutacji u pacjentek ma znaczenie nie tylko przy omawianiu rokowania i planowaniu terapii, ale także w odnie-

sieniu do środków zapobiegawczych oraz obserwacji zmian nowotworowych. Guzy związane z genami BRCA zwykle charakteryzuje wyższy stopień reakcji na leczenie. Lepiej reagują one na chemioterapię, która może zostać umiejętnie wdrożona również w przypadku mniejszych zmian.

Wysokie ryzyko wtórnego nowotworu piersi lub jajnika w razie obecności mutacji w genie BRCA1 / BRCA2

Pacjentki z rakiem piersi przed 40. rokiem życia, w zależności od do-

tkniętego mutacją genu, mają w skali dziesięcioletniej 16–27-proc. ryzyko zachorowania na kolejnego raka piersi po stronie zdrowej [1]. Po 20–40 latach ryzyko nowotworu kontralateralnego wynosi nawet 60–68 procent. Jednak jeśli pierwsze zachorowanie następuje w późniejszym wieku, np. po 50. roku życia, ryzyko kolejnego nowotworu jest znacznie niższe. Ze względu na zwiększone ryzyko kolejnego zachorowania na raka piersi wszystkim pacjentkom dotkniętym mutacją w obrębie genu BRCA1 / BRCA 2 zaleca się udział w zintensyfikowanym programie wczesnego wykrywania i obserwacji. W Niemczech kobiety mają dostęp do tej formy opieki w ośrodkach uwarunkowanego rodzinie (dziedzicznego) raka piersi i jajnika.

Wczesne wykrywanie za pomocą MRI lub profilaktyczna mastektomia minimalizująca ryzyko z implantem lub przy użyciu tkanek własnych to najlepsze metody prewencji

Istotą tego programu jest coroczne badanie gruczołu sutkowego rezonansem magnetycznym. Przy średnim wieku zachorowania wynoszącym 44 lata w przypadku mutacji BRCA1 i 48 lat w przypadku mutacji BRCA2 należy zakładać gęste utkanie tkanek gruczołu piersiowego w czasie największego prawdopodobieństwa wystąpienia raka piersi, stąd mammografia nie jest tu wskazana. Nawet w połączeniu

z mammosonografią czułość badania nie byłaby wystarczająca, jak pokazuje bieżąca analiza Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs [2]. Jako alternatywa dla zintensyfikowanego wczesnego wykrywania przy użyciu MRI, w zależności od początkowych prognoz i planowanej terapii onkologicznej, możliwe są porady dotyczące profilaktycznego usunięcia gruczołu sutkowego wraz z jego odbudową za pomocą implantu lub tkanek własnych.

Nowa opcja celowanej terapii przeciwnowotworowej guzów związanych z mutacją BRCA1 / BRCA2: inhibitory PARP



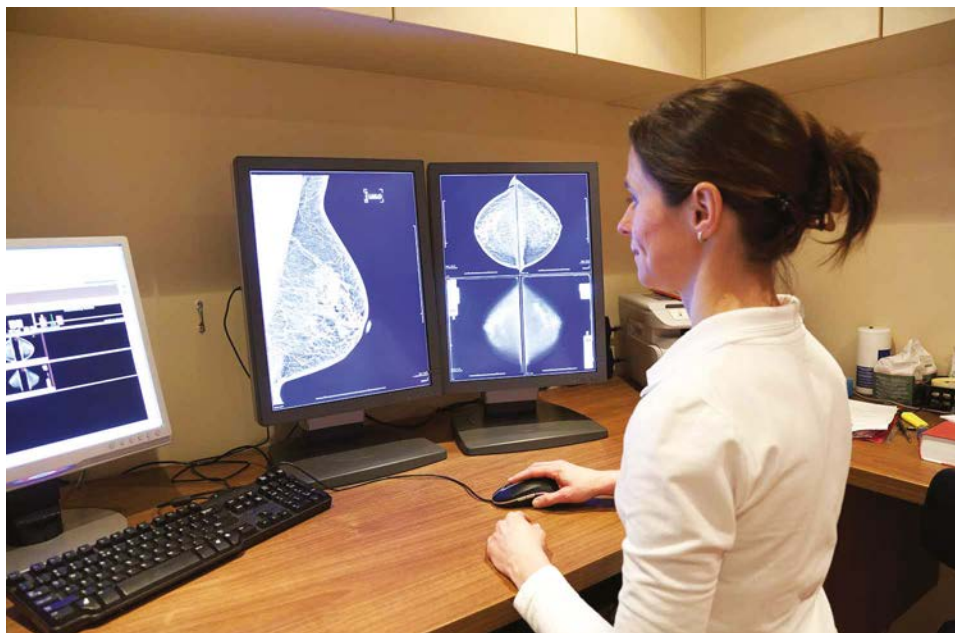
Sven Bähren - stock.adobe.com

Znajomość statusu BRCA wpływa również na leczenie farmakologiczne. Celowana terapia tych nowotworów, których słaby punkt polega na ograniczonej zdolności do naprawy uszkodzeń w dwuniciowej strukturze DNA, za pomocą inhibitorów PARP [inhibitorów polimeraz poli(ADP-rybozy)] początkowo (już w 2014 roku) była dostępna wyłącznie dla przypadków powiązanych z BRCA w następujących wskazaniach: rak jajnika, jajowodu lub pierwotny rak otrzewnej, w terapii podtrzymującej w przypadku nawrotu nowotworu wrażliwego na związki platyny. W późniejszym czasie inhibitory PARP zostały również zatwierdzone do leczenia

nosicielek mutacji innych niż BRCA w późnych nawrotach po odpowiedzi na chemioterapię zawierającą platynę. Dopiero niedawno możliwe było wykazanie, że w raku jajnika, jajowodu i otrzewnej skuteczność inhibitorów PARP jest znacznie wyższa w przypadku mutacji BRCA i dobrej odpowiedzi na leczenie pierwszego rzutu zawierające związki platyny, z aż 70-proc. redukcją ryzyka nawrotu [3]. W terapii systemowej raka jajnika nigdy przedtem nie wykazano tak dużych korzyści z leczenia, tak więc terapia inhibitorami PARP stanowi prawdziwy kamień milowy w terapii tego nowotworu [3]. W międzyczasie możliwe stało się także leczenie

KRYTERIA ROZPATRYWANE W KWALIFIKACJI DO ANALIZY MOLEKULARNEJ (CECHY KLINICZNO-RODOWODOWE) W POLSCE:

- rak piersi zdiagnozowany przed 40. rokiem życia
- mnogie zachorowania na raka piersi lub jajnika w rodzinie w linii prostej
- mnogie nowotwory różnych lokalizacji u tej samej osoby (zwłaszcza jeśli jednym z nich jest rak jajnika)
- obustronny metachroniczny lub synchroniczny rak piersi
- rak piersi u mężczyzny
- typy histologiczne raka rdzeniastego lub nietypowego rdzeniastego oraz potrójnie (-) ujemny rak piersi w badaniu patologicznym: brak ekspresji receptorów estrogenowych i progesteronowych (ER/PgR) oraz ujemny stan HER2 - u chorych przed menopauzą
- pochodzenie aszkenazyjskie
- potwierdzona w testach molekularnych obecność mutacji BRCA1 lub BRCA2 w rodzinie



Picture Partners - stock.adobe.com

za pomocą PARP pacjentek z przerzutowym HER2-ujemnym rakiem piersi przy współistniejącej mutacji BRCA [4]. Duże nadzieje wiązane są z prowadzonym obecnie badaniem OLYMPIA, w którym testowana jest skuteczność terapii PARP jako uzupełniającego leczenia adiuwantowego pacjentek z wczesnym rakiem piersi powiązanym z BRCA1 / BRCA2 i zwiększonym ryzykiem nawrotu.

W razie braku krewnych z mutacją w genie BRCA1 lub BRCA2 istnieje jedynie populacyjne ryzyko rozwoju raka piersi

Wszystkie poradnie chorób piersi są zobowiązane do zebrania wywiadu

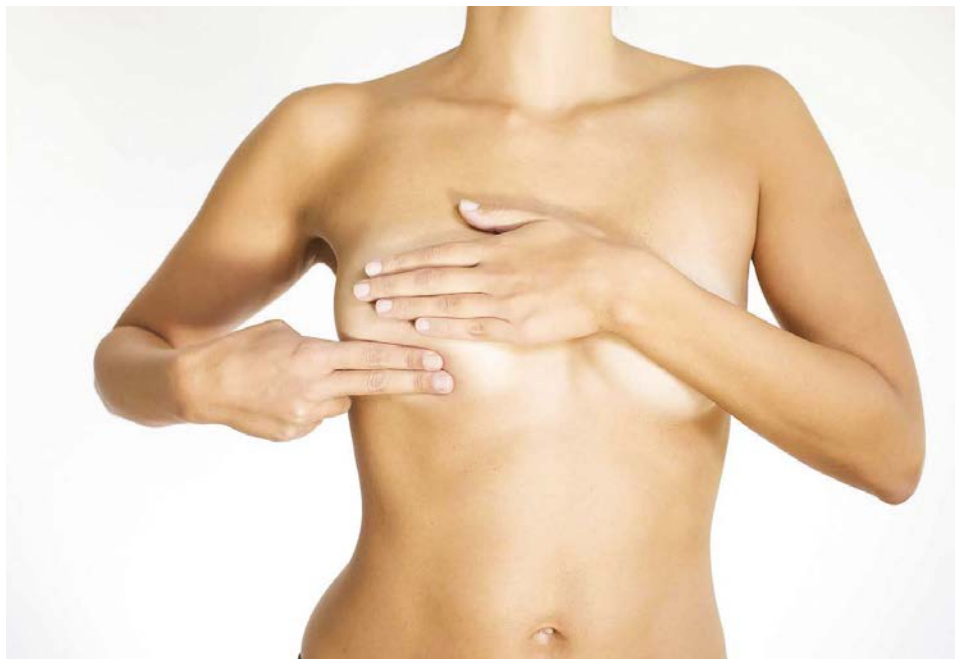
rodzinnego w ramach podstawowej diagnostyki przy wystąpieniu niepokojących zmian. W przypadku podejrzenia dziedziczności choroby (kilkoro chorych w rodzinie lub bardzo młody wiek) zaleca się w Niemczech udanie się do jednego z ośrodków uwarunkowanego rodzinnie raka piersi i jajnika (patrz: ramka po lewej).

Na podstawie aktualnych danych pacjentki z potrójnie ujemnym rakiem piersi do 50. roku życia bez rodzinnego obciążenia w wywiadzie, a także pacjentki z nabłonkowym rakiem jajnika do 80. roku życia bez rodzinnego obciążenia w wywiadzie powinny być kwalifikowane do badań genetycznych.

Po interdyscyplinarnych konsultacjach z zakresu genetyki i ginekologii, na podstawie pobranej od pacjentki krwi przeprowadza się obecnie badanie genetyczne (panel obejmuje kilka genów związanych z rakiem piersi i jajnika). Oprócz specyficznych działań związanych z opisanymi powyżej możliwościami terapeutycznymi, również to badanie może być użyteczne przy doborze zaleceń dotyczących analizy genetycznej i ewentualnie bardziej szczegółowych badań przesiewowych członków rodziny pacjentki. Zmutowany gen wywołujący chorobę przekazywany jest w 50% przypadków następnemu pokoleniu. Jeśli mutacja genetyczna nie została odziedziczona, nie zachodzi

zwiększone ryzyko zachorowania na raka piersi pomimo przypadków tego nowotworu w rodzinie. Dalsze postępowanie związane z zapobieganiem i wczesną diagnostyką nie jest wówczas konieczne.

Zmiany w niektórych genach, w tym BRCA1 i BRCA2, stanowią podstawę zalecenia usuwania jajników i jajowodów po 40. roku życia ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej, pod warunkiem zakończenia planowania rodziny. Ponieważ rak jajnika i jajowodu jest bardzo trudny do wczesnego wykrycia, owariektomia może być środkiem ratującym życie starszych nosicielek mutacji BRCA.



Lars Zahner - stock.adobe.com

W młodszych pokoleniach, od 25. lub 30. roku życia, zintensyfikowane wczesne wykrywanie raka piersi polega na corocznym MRI i co sześciomiesięcznym badaniu ultrasonograficznym w zależności od posiadanej mutacji genetycznej. Koszty badań ponosi w Niemczech ubezpieczyciel, pod warunkiem, że badania przeprowadzane są w niemieckim Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.

Zindywidualizowane porady i profilaktyka – badania w Deutsche Konsortium Familiärer Brust – und Eierstockkrebs

Nadal istnieje wiele otwartych pytań dotyczących dziedzicznego raka piersi. Pomimo zachorowań widocznych w drzewie genealogicznym często nie jest możliwe ustalenie przyczyny genetycznej. Nie wszystkie geny zostały już przebadane i można założyć, że liczba ważnych odkryć w tej dziedzinie będzie nadal rosła, wraz z nowymi metodami badawczymi. Ale dobrze znane zmiany w genach również pozostawiają szereg pytań. Wydaje się, że inne czynniki genetyczne i niegenetyczne, takie jak styl życia, mogą mieć wpływ na ryzyko zachorowania, nawet jeśli istnieje silna skłonność genetyczna. Relacje te są badane przez Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs we współpracy z międzynarodowymi grupami badawczymi. Prospektywne bada-



Photographie.eu - stock.adobe.com

nie rodzin z dziedzicznym rakiem piersi i jajnika umożliwi ocenę skuteczności różnych środków zapobiegawczych. Ponadto gromadzona jest szczegółowa wiedza na temat czynników ryzyka choroby, perspektyw nowych, celowanych terapii lekowych, a nawet ewentualnych możliwości prewencji w formie farmakoterapii [5]. Stowarzyszenie badawcze otrzymuje wsparcie Federalnego Ministerstwa Edukacji i Badań Naukowych (BMBF), a ośrodki zajmujące się rakiem piersi i jajnika zawarły specjalne umowy z kasami chorych.

Mutacje komórek linii zarodkowej są dziedziczne, zaś somatyczne mu-

mutacje genowe powstają tylko w trakcie tworzenia się guza

Mutacja genetyczna może pojawić się w każdej komórce ciała i da się ją wykryć, pobierając próbkę krwi. Mutacje genetyczne można także ustalić w bezpośrednim badaniu tkanek nowotworowych, jednak zmiany genetyczne wykryte w materiale z guza mogą być też mutacjami somatycznymi, „nabytymi” przez guz dopiero w trakcie nowotworzenia. **Mutacja zarodkowa ma charakter dziedziczny, lecz jeśli chodzi o somatyczną mutację genu, nie może ona zostać przekazana potomstwu.** Jeżeli mutacja BRCA1 lub BRCA2 zostanie wykryta w materiale pobranym z guza, prawdopodobieństwo jej dziedziczenia jest bardzo wysokie i wynosi ponad 75 procent [6]. Dlatego absolutnie konieczne jest wyjaśnienie kwestii dziedziczności przed zaoferowaniem badań krewnym chorej osoby i podjęciem środków zapobiegawczych. W odniesieniu do terapii można obecnie założyć, że inhibitory PARP są skuteczne niezależnie od tego, czy w grę wchodzi mutacja linii zarodkowej, czy też somatyczna zmiana w genach BRCA1 / BRCA2. Jednak wciąż nie ma na to ostatecznych dowodów, przynajmniej w linii leczenia wczesnego raka jajnika, jajowodu i raka otrzewnej oraz raka piersi. Powód? Przypadków samej mutacji somatycznej BRCA bez mutacji zarodkowej opisano bardzo niewiele.

Osoby z nowotworami, które nie są dziedziczone, również korzystają z możliwości celowanej terapii dziedzicznych zespołów nowotworowych, jeśli występuje odpowiednia somatyczna mutacja genu

Molekularne badania genetyczne materiału guza pod kątem często występujących zmian genetycznych stają się coraz powszechniejsze, wdraża się je niezależnie od podwyższonego rodzinnego ryzyka nowotworu. Oprócz BRCA1 i BRCA2 znamy już wiele innych genów, których upośledzona funkcja może być wskazaniem do celowanej terapii. Odkrycia dotyczące dziedzicznych zespołów predyspozycji do nowotworów, takich jak rak piersi i jajnika oraz zespół Lyncha, wiele wnoszą również do terapii onkologicznej sporadycznych, tj. „przypadkowych” nowotworów. W przypadku zespołu Lyncha mamy do czynienia ze zwiększonym ryzykiem raka jelita grubego i raka trzonu macicy. Występuje on w Niemczech z tą samą częstością, co dziedziczny rak piersi i jajnika i jest związany ze zmianami w genach MLH1, MSH3, PMS2 i MSH6. Guzy związane z zespołem Lyncha zwykle cechuje niestabilność mikrosatelitarna (MSI). Analogicznie do PARP w dziedzicznym raku piersi i jajnika, można wymienić tutaj jako terapię celowaną leczenie za pomocą inhibitora PD-L1 pembrolizumabu, zatwierdzonego w USA dla guzów z MSI. Inhibitory

punktów kontrolnych są immunoterapiami, które aktywują układ odpornościowy i wpływają na czynniki hamujące układ immunologiczny. Z powodu wysokiego chaosu w genomie nie tylko guzy związane z zespołem Lyncha, ale także sporadyczne guzy z MSI dobrze reagują na leczenie inhibitorami punktów kontrolnych [7].

Podsumowanie

Niezależnie od konkretnych opcji terapeutycznych deklarowanym celem Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs jest zapobieganie rozwojowi raka za pomocą zoptymalizo-

wanej profilaktyki i wczesnego wykrywania lub diagnozowania zmian we wczesnym stadium z bardzo dobrym rokowaniem. Zapraszamy zamieszkałe na terenie Niemiec rodziny ze stwierdzoną mutacją genetyczną istotną w powstawaniu raka piersi lub jajnika, aby wsparły nasze działania, włączając się do badań realizowanych przez Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs. ■

* Literatura przedmiotu dostępna w Redakcji



prof. dr med. Pauline Wimberger

Dyrektor Kliniki i Polikliniki Ginekologii i
Położnictwa na Politechnice Drezno



dr med. Karin Kast

Starszy lekarz onkologii zachowawczej
w Uniwersyteckiej Klinice Kobiąt w Dreźnie

Jakość życia i satysfakcja chorych onkologicznie

dr Milena Lachowicz

Gdański Uniwersytet Medyczny

Psychologowie wskazują na bliską relację pomiędzy jakością życia a poczuciem szczęścia i satysfakcji. Subiektywna ocena jakości życia dokonywana jest przez samą osobę badaną i jest ściśle związana z satysfakcją z życia. Wyrażana jest poprzez stopień zaspokojenia potrzeb danego człowieka. Manifestuje się ona poprzez postrzeganie własnego życia w kontekście potrzeb emocjonalnych i intelektualnych. Do potrzeb tych należeć będzie między innymi: poczucie własnej wartości, poczucie społecznej akceptacji, samorozwój oraz aspiracje, poczucie bezpieczeństwa oraz dobrostan psychiczny.

„Szczęście osiąga się poprzez zastępowanie każdej gorzkiej i negatywnej myśli radosną i piękną.” Dalajlama

W medycynie pojęcie jakości życia ma swoją specyfikę. Osoby przewlekle chore subiektywnie mogą zgłaszać wyższą jakość życia niż osoby zdrowe, funkcjonujące bez przeszkód w społeczeństwie. Na to, w jaki sposób pacjent postrzega swoją chorobę, wpływa nie tylko ocena samych objawów choroby, ale również sposób, w jaki radzi sobie z różnymi jej następstwami.

Związek pomiędzy jakością życia a satysfakcją rysuje się wyraźnie: jeżeli jesteśmy zadowoleni (a więc jesteśmy w stanie odczuwać więcej pozytywnych emocji), a negatywne emocje i trudne przeżycia potrafimy przekuć w pozytywne myślenie, lepiej oceniamy nasze życie. Co więcej, lepiej żyjemy, a poziom naszej satysfakcji jest wyższy.

Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym i odnosi się do trzech głównych sfer funkcjonowania człowieka chorego:

- ➡ **psychicznej (emocje doświadczane przez pacjentów i ich rodziny współuczestniczące w procesie choroby, procesy poznawcze),**
- ➡ **fizycznej (wszelkie dolegliwości związane z chorobą i leczeniem, w tym ból pojawiający się w procesie chorobowym),**
- ➡ **behawioralnej (mechanizmy, sposoby radzenia sobie z chorobą).**

Choroba nowotworowa dotyka każdej płaszczyzny życia pacjenta, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i w psychicznym, emocjonalnym. Często powoduje ona zmianę w wyglądzie zewnętrznym (zmiana rysów twarzy, utrata włosów, spadek lub wzrost masy ciała), niejednokrotnie deformację, okaleczenie lub utratę całego narządu. Wpływa to na obniżenie aktywności fizycznej pacjenta, utratę poczucia atrakcyjności, w końcu obniżenie samooceny i poczucia własnej wartości. W przypadku nowotworów ginekologicznych i raka piersi dochodzi aspekt poczucia kobiecości. Pacjentki niejednokrotnie skarżą się, że nie czują się w pełni kobietami z powodu ingerencji chirurgicznej. Wskutek leczenia pogarsza się jakość ich życia seksualnego, libido ulega obniżeniu.



dr MILENA LACHOWICZ

Doktor nauk o kulturze fizycznej, adiunkt w Katedrze i Klinice Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, psycholog kliniczny w Poradni Chorób Piersi GUMed. Absolwentka psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, psycholog I klasy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Seksuolog, psycholog sportu, terapeuta EEG-Biofeedback, adiunkt w Zakładzie Psychologii w Katedrze Nauk Społecznych Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku.

ROLA WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

Pacjenci mówią o szoku, którego doświadczają po usłyszeniu rozpoznania onkologicznego. Po nim może pojawić się cały wachlarz emocji i uczuć – od przygnębienia i smutku

wyrażanego przez płacz, poprzez lęk, strach, po złość czy gniew. Często pojawia się pytanie: „Dlaczego ja?”. Emocjonalnego obrazu tych trudnych chwil dopełniają trudne emocje bliskich, rodziny. W poczuciu zagubienia i osamotnienia, gdy chory nie wie, gdzie ma pójść, co robić, konkretne wsparcie niesie pomoc psychologiczna.

Wsparcie psychologiczne w chorobie nowotworowej łagodzi skutki stresu i pomaga sobie z nim radzić, prowadzi do lepszego rozumienia własnej, trudnej sytuacji. Nie tylko pokazuje, w jaki sposób przejść przez chorobę, ale pozwala zrozumieć kolejne etapy, w które będzie wkraczał pacjent. Uczy mechanizmów radzenia sobie ze stresem, prowadząc do jego złagodzenia. Wsparcie psychologiczne umożliwia nadanie sensu obecnym i przyszłym doświadczeniom na różnych etapach choroby.

Ważną postacią w okresie leczenia onkologicznego jest psychoonkolog. Jego rola we współpracy z chorym lub jego bliskimi zmienia się zależnie od fazy choroby i polega na wsparciu, wysłuchaniu i akceptacji, psychoedukacji oraz pomocy w zrozumieniu swoich potrzeb, siebie samego czy swoich bliskich. Psychoonkolog wraz z pacjentem wspólnie mogą przygotowywać się do kolejnych faz choroby, nawet śmierci. Co ważne, wsparcie psychoonkologiczne nie dotyczy wyłącznie chorego, ale również jego bliskich, którym pomaga w radzeniu sobie z emocjami doświadczanymi w obliczu choroby kochanej osoby.



detailblick-foto - stock.adobe.com

Współpraca z psychologiem lub psychoonkologiem odbywa się fazami w zależności od etapu, na którym znajduje się pacjent. Korzystanie z pomocy psychologicznej ma wspomóc proces leczenia, pomóc w radzeniu sobie z emocjami i kanalizowaniu trudnych emocji tak, by nie wpływały negatywnie na stan zdrowia i jakość życia chorego.

Niestety, w polskim społeczeństwie nadal funkcjonuje przeświadczenie, że zwrócenie się o pomoc lub okazanie słabości to wstyd. Wielu chorych wstydzi się pójść do psychoonkologa. Choć lęk ten nie jest niczym uzasadniony, pacjenci wstydzą się poprosić o pomoc, boją się okazać słabość. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest wciąż niska wiedza na temat raka. Strach i lęk powodowane są ograniczoną wiedzą na temat choroby nowotworowej, jej objawów oraz możliwości leczenia. Słowo rak nadal – niesłusznie – kojarzy się zwykle ze śmiercią.

WSPARCIE BLISKICH I PERSONELU MEDYCZNEGO

Bardzo duże znaczenie dla jakości życia w chorobie ma dobry kontakt z innymi ludźmi, nie tylko z najbliższymi, ale także m.in. z personelem medycznym. Oczy pacjenta są nieustannie zwrócone na lekarzy. To oni podczas konsylium przekazują pacjentowi trudną diagnozę, ale także przedstawiają możliwości leczenia, dając w ten sposób osobie dotkniętej chorobą nadzieję lub ją odbierając. Pacjent przeżywa wtedy niewyobrażalny stres, niewiele zatem przyswaja z podawanych informacji. Rejestruje jednak zachowanie lekarza, jego reakcję emocjonalną. Uśmiecha się czy spuszcza wzrok? Zawiesza głos czy mówi płynnie? Przekaz niewerbalny oddziałuje na ludzi bardzo silnie. **Stosunek emocjonalny personelu medycznego do pacjenta na każdym etapie jego walki z chorobą jest niezmiernie ważny. Otaczające chorego osoby pełnią różne role, dostarczając wsparcia, pozytywnych doświadczeń emocjonalnych czy oferując swoją pomoc. Przy mocnym wsparciu ze strony rodziny i personelu medycznego pacjenci chorzy na nowotwory radzą sobie z chorobą i dzielnie stawiają jej czoła, z nadzieją patrząc w przyszłość.**

Równie ważne jest uchronienie chorego przed wykluczeniem społecznym, które pojawia się m.in. w związku z widoczną zmianą wyglądu czy ograniczeniem ról społecznych (pracy zawodowej, aktywności na polu rodzinnym).

PSYCHOLOGIA POZYTYWNA W PROCESIE LECZENIA CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Optymizm oraz pozytywne nastawienie do rzeczywistości wzbudzają w ludziach motywację i wytrwałość, budzą determinację, by osiągać określone cele. Stąd tak ważne

jest dbanie o to, by pacjenci przez cały okres trwania choroby i leczenia owo pozytywne nastawienie zachowywali.

Warto podkreślić, że **przez długie lata psychologowie skupiali się na słabych punktach pacjenta, na zaburzeniach, trudnościach, schorzeniach. Jednak – na szczęście – pojawiło się nowe podejście i pogląd, że jest to niewystarczające, niepełne podejście do człowieka.**

Definicja psychologii pozytywnej ewoluowała wraz z jej rozwojem. Można zatem powiedzieć, iż psychologia pozytywna to dziedzina psychologii skoncentrowana na pozytywnych doświadczeniach, pozytywnych cechach indywidualnych oraz czynnikach sprzyjających ich rozwojowi.

Psychologia pozytywna koncentruje się na:

- ➡ **poznaniu pozytywnych stron pacjenta,**
- ➡ **maksymalizowaniu doświadczeń pozytywnych,**
- ➡ **skupieniu się i akcentowaniu tego, co może się wydarzyć, aniżeli „rozdrapywaniu” tego, co było,**
- ➡ **koncentracji na tym, co powoduje, że warto jest żyć.**

Jednakże psychologia pozytywna to nie jest to samo, co pozytywne myślenie. Jest ona szerszym ujęciem, gdyż mobilizuje do zmiany perspektywy, sposobu patrzenia na świat czy wykorzystywania własnych zasobów w celu konstruktywnego działania i odkrywania wartości w życiu. Psychologia pozytywna pozwala na polepszenie jakości życia pacjentów oraz ich rodzin w trudnym czasie, jakim jest proces leczenia onkologicznego. Niezwykle ważne w tym procesie jest również samo podejście, stosunek do pacjenta i traktowanie go przez personel medyczny. Uśmiech, życzliwość, empatia wprawiają człowieka w pozytywny nastrój, który będzie się udzielał.

Pozytywne myślenie to wypadkowa informacji pochodzących z zewnątrz, minionych doświadczeń życiowych i ich interpretacji, oraz, co niezwykle istotne, informacji jakie uzyskujemy się na swój temat od osób z najbliższego otoczenia. Proporcjonalnie do wzrostu pozytywnych informacji pod własnym adresem wzrasta wiara w siebie, poczucie

kompetencji i poprawiają się rezultaty pracy. Rośnie poczucie satysfakcji i przekonanie, że to co robimy ma sens, że nasza praca może być naszą pasją.

Osoby nastawione pozytywnie, wyznaczające sobie cele szybciej zdrowieją i o wiele lepiej znoszą leczenie. Dzieje się tak, ponieważ kreślenie celów stwarza cały wachlarz korzyści i możliwości. Wyznaczanie celów przez pacjenta daje mu możliwość wpływania na ich kierunek, daje wewnętrzne poczucie, że zachodzące zmiany są pod kontrolą, że pacjent ma na nie wpływ, że wszystko dzieje się z jego udziałem. Warto podkreślić, że cele powodują, że życie nabiera sensu, zaś osiągnięcie celów powoduje, że stajemy się szczęśliwsi i nastawieni pozytywnie do życia i jego okoliczności. Co równie ważne, pozwalają wzmocnić pewność siebie oraz poczucie własnej wartości. Wyznaczenie celu zwiększa motywację pacjenta do działania.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Regularna aktywność fizyczna redukuje ryzyko wystąpienia niektórych nowotworów. W przypadku raka piersi i jelita grubego zmniejsza również ryzyko nawrotu choroby i wydłuża przeżycie. Jest ona ważna również w zaawansowanej chorobie, może wpłynąć na

poprawę samopoczucia fizycznego i psychicznego. Nie ulega wątpliwości, że systematyczne ćwiczenia zapobiegają chorobie niedokrwiennej serca, nadciśnieniu i cukrzycy, a także pozwalają utrzymać prawidłową masę ciała, tak ważną szczególnie podczas leczenia raka piersi.

Badania epidemiologiczne potwierdzają zależność między aktywnością fizyczną a ryzykiem zachorowania na chorobę nowotworową. Jednak należy tu wyraźnie podkreślić, że nie należy traktować aktywności fizycznej tylko jako formy prewencji, ale również jako formę rehabilitacji. Odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne zapobiegają powstawaniu powikłań wynikających z przebytych operacji, wzmacniają mięśnie i stawy pacjenta. Aktywność fizyczna może ponadto wpłynąć na poprawę relacji interpersonalnych, które z powodu choroby mogły ulec pogorszeniu.



simona - stock.adobe.com

Reasumując, aktywność fizyczna wzmacnia nasz system nerwowy, poprawia samopoczucie oraz komfort psychiczny, kształtuje charakter, dzięki czemu pacjenci mają szansę szybciej powrócić do zdrowia i skuteczniej stawiać czoła trudnościom związanym z chorobą. W przypadku pacjentów onkologicznych odpowiednio dobrana aktywność fizyczna może przyczynić się do optymalnego funkcjonowania z chorobą nowotworową.

PSYCHIKA A CIAŁO

Ważna jest świadomość, że **mamy wpływ na nasze ciało i możemy wiele zrobić, by poprawić jakość życia w chorobie i obniżyć poziom stresu**. To czy stres będzie miał mniej lub bardziej destrukcyjny wpływ na nasz organizm, zależy od bardzo wielu czynników, w tym od nas samych. Styl radzenia sobie ze stresem uzależniony jest od różnic indywidualnych wynikających z osobowości czy temperamentu. Niezależnie jednak od tego posiadamy liczne narzędzia, pomocne w zwalczaniu objawów stresu bez względu na to, czy przychodzi nam to z mniejszym, czy większym trudem. Warto poznać różne metody radzenia sobie ze stresem, aby dobrać tę najbardziej odpowiadającą i najszybciej działającą.

Oto wybrane metody radzenia sobie ze stresem:

- ➡ **relaksacja,**
- ➡ **techniki oddechowe,**
- ➡ **wizualizacja,**
- ➡ **mildfulness.**

Wymienione narzędzia pozwalają zredukować stres i powodują, że układ nerwowy zaczyna funkcjonować prawidłowo. Są zatem one wskazane dla wszystkich osób, które żyją w napięciu, stresie, są sfrustrowane i nerwowe, odczuwają zwiększony niepokój – czyli również pacjentom walczącym z chorobą nowotworową oraz ich rodzinom. Korzystają z nich także osoby, które na co dzień zmagają się z presją otoczenia czy po prostu prowadzą szybkie tempo życia. Dzięki ćwiczeniom relaksacyjnym czy oddechowym można wyciszyć swoje ciało i umysł.

ZMIANA PODEJŚCIA DO CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Podejście do choroby nowotworowej zmienia się, ponieważ coraz częściej raka postrzega się jako chorobę, którą można skutecznie leczyć. Pacjenci mają większy dostęp do informacji na temat profilaktyki i leczenia nowotworów i do osobistych świadectw tych, którzy pokonali raka. Warto sięgać do książek i blogów prezentujących historie osób, które podejmując trudy leczenia i przechodząc jego kolejne etapy, zwyciężyły z chorobą i cieszą się życiem. Nie ma lepszej motywacji dla pacjentów niż pozytywny przykład. Personel medyczny powinien szczególnie dbać o to, by pacjent słuchał o ludziach, którym udało się wygrać z rakiem.



ZMIANY, METAMORFOZY, REORGANIZACJA

Choroba nowotworowa często jest postrzegana przez pacjentów jako szansa na dokonanie zmian w życiu, by stało się ono pełniejsze i bardziej satysfakcjonujące. Wielu pacjentów przyznaje, że dzięki chorobie dokonało wielu pozytywnych zmian w życiu, dotyczących stylu życia, pracy, wyglądu, życia osobistego i intymnego. Nowa fryzura czy makijaż, zmiana stylu ubierania są dla pacjentek z chorobą onkologiczną oznaką normalnego życia, informacją, że przynależą do społeczności, co pełni funkcję terapeutyczną w walce z rakiem. Kobiety nie chcą wyzybywać się atrybutów kobiecości, chcą być atrakcyjne dla siebie i swoich najbliższych, ale często z powodu stresu, trudnej sytuacji, lęku, wyczerpania spowodowanego leczeniem nie wiedzą, jak to zrobić. Pomocą może być tu wsparcie ze strony psychologa, wyznaczenie wspólnych celów, tak aby pacjentka miała motywację do zmian, do dbania o swój wygląd, tak by podczas trwania leczenia czuła się atrakcyjna i pełnowartościowa.

PERMANENTNA EDUKACJA

Do zadań psychoonkologa, poza wsparciem, prowadzeniem i pozytywnym motywowaniem chorych, należy poprawa stanu edukacji społeczeństwa, w tym także środowiska

medycznego, w zakresie profilaktyki i zdrowego stylu życia. Świadomość społeczna w tym zakresie musi zostać przebudowana poprzez dostarczenie rzetelnej, uporządkowanej wiedzy na temat faktycznych czynników przyczyniających się do powstawania nowotworów oraz wpływu stylu życia na stan zdrowia.

Wiele fundacji i stowarzyszeń tworzy grupy wsparcia, fora dyskusyjne, organizuje zajęcia, inicjatywy społeczne. Warto śledzić ich działania lub brać w nich czynny udział.

Gorąco zapraszam do brania udziału w wydarzeniach i akcjach edukacyjnych oraz mających na celu wsparcie chorych onkologicznie. Oto niektóre z nich:

VI JUBILEUSZOWY BIEG „Zdążyć Przed Rakiem” - 26 września 2020 r.

RACE FOR THE CURE 27 września 2020

WYROLUJ RAKA – nie ma daty 2020

AKADEMIA RAKA PIERSI- kampania internetowa

BEZPŁATNA APLIKACJA „CENTRUM CHORÓB PIERSI”
– dostępna na Google Play oraz App Store

BREASTFIT - kobiecy biust, męska sprawa

MOVEMBER – zapuść wąsy w listopadzie

PINK LIPS- Europejski tydzień profilaktyki raka
szyjki macicy- koniec stycznia każdego roku

BIEG KOBIET – ZAWSZE PIER(W)SI – różne daty w zależności
od miasta (np. w Gdańsku 20 czerwca 2020)



Nie tylko pacjentom onkologicznym, ale również ich bliskim i przyjaciołom polecam lekturę mądrych, budujących książek, które pomogą zmierzyć się z życiowymi problemami:

Martin E. P. Seligman – *Optymizmu można się nauczyć*

Joanna Miniszewska – *Bycie z chorobą*

Kanold Barbara – *W biegu*

Marlena Kossakowska – *Projekt dobre życie*

Robert M. Sapolsky – *Dlaczego zebry nie mają wrzodów*

Agnieszka Witkowicz-Matolicz – *Rak nie odebrał im marzeń*

Jon Kabat-Zinn – *Życie, piękna katastrofa*

Paul Kalanithi – *Jeszcze jeden oddech*

Na koniec zaznaczmy: każdy pacjent jest inny, ma inne doświadczenia, inną osobowość i inne potrzeby oraz problemy. O tej indywidualności, wyjątkowości każdego pacjenta nigdy nie zapominajmy. Niech pozytywna moc będzie z nami! ■

NATURALNY LEK PRZECIWWIRUSOWY

dr n. med. Andreas Hans Wasylewski

Opierając się na prawie pięćdziesięcioletnim doświadczeniu w pracy lekarza medycyny naturalnej, opublikowałem w numerze 15. „Aktualności Medycznych” z grudnia 2019 r. **przepis na naturalny antybiotyk o silnym działaniu przeciwwirusowym i jednocześnie stymulującym układ odpornościowy.** Po pojawieniu się receptury setki pacjentów i osób zdrowych zgłosiły się, by dowiedzieć się więcej na ten temat.

W grudniu koronawirus rozprzestrzenił się szybko w Chinach, w 2020 r. ogarnął nie tylko Azję, ale także Europę i pozostałe kontynenty. Pomimo intensywnych badań prowadzonych na całym świecie nie opracowano dotąd skutecznej terapii przeciwko SARS-CoV-2. Obecnie bardzo ważne jest, aby tysiącom narażonych na zarażenie osób dostarczyć lek o działaniu zapobiegającym nowemu koronawirusowi. Koncentrując się na składnikach pochodzenia naturalnego, opracowałem **mieszanę złożoną z różnych składników o działaniu przeciwbakteryjnym, ale przede wszystkim przeciwwirusowym.** Testowaliśmy ten przeciwwirusowy antybiotyk u 246 moich pacjentów i ich rodzin w Niemczech i w Polsce przez około 2,6 miesiąca (średnio 1,9 miesiąca). Wyniki są bardzo pozytywne, jedynie 7 osób przeszło w tym czasie przeziębienie trwające zaledwie 3–4 dni. Mieszanina składa się z siedmiu składników, które połączone ze sobą, mają jeszcze silniejsze (synergiczne) działanie przeciwwirusowe i przeciwbakteryjne niż stosowane osobno. Poniżej opis przeciwwirusowego działania poszczególnych składników z podaniem odpowiednich publikacji naukowych.



Czosnek

Znana od wieków przyprawa o leczniczym działaniu, które zostało częściowo zapomniane po wprowadzeniu leków chemicznych. Podczas uszkodzania rośliny – cięcia lub przeżuwania – powstaje aktywny składnik, allicyna. Za właściwości lecznicze czosnku odpowiedzialna jest przede

wszystkim właśnie allicyna, ale również trójsiarczek diallilu i ajoen są leczniczo aktywne. Allicyna wytwarza związek na bazie siarki o wyjątkowych właściwościach przeciwdrobn-

ustrojowych i wykazuje działanie przeciwwirusowe przeciwko grypie A i B, wirusowi cytomegalii, rinowirusom, wirusowi opryszczki zwykłej 1 i 2, HIV, wirusowemu zapaleniu płuc i rotawirusowi. W jednym z badań z udziałem 146 uczestników wykazano, że osoby, które codziennie spożywały czosnek, zimą znacznie rzadziej się przeziębiały. 79% osób, które nie spożywały czosnku, przechodziło infekcję, w grupie osób jedzących czosnek było to tylko 29%. Długość choroby również została zredukowana o ponad 2/3 u uczestników jedzących czosnek. Chociaż przeprowadzono wiele badań dotyczących czosnku i jego pochodnych, dokładny mechanizm biologiczny wyciągu z czosnku wymaga dalszego wyjaśnienia.

Fenwick GR, Hanley AB., *Allium species poisoning*, Vet. Rec. 1985, 116:28.

Hughes BG, Murray BK, North JA, Lawson LD., *Antiviral constituents from Allium sativum*, Planta Med 1989;55.

Lawson, L.D., *Garlic: a review of its medicinal effects and indicated active compounds*, in: *Phytomedicines of Europe. Chemistry and Biological Activity*, ACS Symposium Series 691 (Lawson, L.D. & Bauer R., eds.) 1998, pp. 176–209, American Chemical Society, Washington, DC.

Meng Y., Lu D., Guo N., Zhang L., Zhou G. *Anti-HCMV effect of garlic components*, Virol Sin. 1993, 8:147–150.

Nai-Lan G., Cao-Pei L., Woods G.L., Reed E., Gui-Zhen Z., Li-Bi Z., Waldman R.H., *Demonstration of antiviral activity of garlic extract against human cytomegalovirus in vitro*, Chin Med J. 1993, 106:93–96.

Shoji S., Furuishi K., Yanase R., Miyazaka T., Kino M., *Allyl compounds selectively killed human immunodeficiency virus (type 1)-infected cells*, Biochem Biophys Res Commun. 1993, 194:610–621.

Tatarintsev AV., Vrzhetz PV., Ershov DE., Shchegolev AA., Turgiev AS., Karamov EV., Kornilaeva GV., Makarova TV., Fedorov NA., Varfolomeev SD., *The ajoene blockade of integrin-dependent processes in an HIV-infected cell system*, Vestn. Ross. Akad. Med. Nauk., 1992; 11-12:6–10.

Tsai Y., Cole L.L., Davis L.E., Lockwood S.J., Simmons V., Wild G.C., *Antiviral properties of garlic: in vitro effects on influenza B, herpes simplex and coxsackie viruses*, Planta Med. 1985, 5:460–461.

Weber ND, Andersen DO, North JA, Murray BK, Lawson LD, Hughes BG, *In vitro virucidal effects of Allium sativum (garlic) extract and compounds*, Planta Med. 1992, 58:417–423.



Kurkuma

Kurkuma (*Curcuma longa*) w ostatnich latach przyciągnęła uwagę wielu ośrodków badań medycznych. Szczególnie jej fitochemiczna forma – kurkumina jest uważana za naturalny lek i suplement terapeutyczny w wielu powszechnych schorzeniach. W końcu kurkumina jest znana od pokoleń w medycynie ajurwedyjskiej nie tylko ze względu na jej wpływ na stany zapalne, ale także z leczniczego wpływu na typowe choroby takie jak rak, choroba Alzheimera i cukrzyca. Substancja ta zmniejsza skutki stresu oksydacyjnego i działa przeciwbakteryjnie i silnie przeciwwirusowo. Ponadto dzięki właściwościom wzmacniającym system odpornościowy może przyspieszyć regenerację komórek i zmniejszyć atak wolnych rodników. Wykazano,

że kurkumina ma szeroki zakres działania przeciwwirusowego przeciwko różnym wirusom. Należą do nich wirusy zapalenia wątroby, grypy i nowe arbowirusy, takie jak wirus Zika lub wirus Chikungunya. Co ciekawe, opisano również, że ta substancja hamuje ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV), wirusa opryszczki pospolitej 2 (HSV-2) i wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV), co wskazuje na to, że ogranicza ona rozprzestrzenianie się chorób przenoszonych drogą płciową. W kilku badaniach stwierdzono, że kurkumina wykazuje działanie przeciw HIV, bezpośrednio atakując białka wirusowe. Już w 1993 r. Sui i in. donosili o wyraźnym hamowaniu przez nią proteaz HIV-1 i HIV-2. Kurkumina wykazywała wyraźne działanie przeciwwirusowe przeciwko wirusowi Coxsackie poprzez zmniejszenie ekspresji wirusowego RNA i syntezy białek. W badaniach wykazano również jej silną aktywność przeciwko wirusom grypy PR8, H1N1 i H6N1 i zmniejszenie liczby wirusów o 90%. Pomimo udowodnionej skuteczności kurkumina nie została jeszcze zatwierdzona jako terapeutyczny środek przeciwwirusowy.

Chen D-Y., Shien J-H., Tiley L. et al., *Curcumin inhibits influenza virus infection and haemagglutination activity*, Food Chemistry 2010, 119(4):1346–1351.

Divya C.S., Pillai M.R., *Antitumour action of curcumin in human papillomavirus associated cells involves downregulation of viral oncogenes, prevention of NFkB and AP-1 translocation, and modulation of apoptosis*, Molecular Carcinogenesis 2006, 45(5):320–332.

Kim K., Kim K.H., Kim H.Y., Cho H.K., Sakamoto N., Cheong J., *Curcumin inhibits hepatitis C virus replication via suppressing the Akt-SREBP-1 pathway*, FEBS Letters 2010, 584(4):707–712.

Kutluay SB, Doroghazi J, Roemer ME, Triezenberg SJ, *Curcumin inhibits herpes simplex virus immediate-early gene expression by a mechanism independent of p300/CBP histone acetyltransferase activity*, Virology 2008, 373(2):239–247.

Praditya D., Kirchoff L., Brüning J., Rachmawati H., Steinmann J., Steinman E., *Anti-infective Properties of the spice curcumin*, Front Microbiol. 2019, 10. 912–918.

Si X., Wang Y., Wong J., Zhang J., McManus B.M., Luo H., *Dysregulation of the ubiquitin-proteasome system by curcumin suppresses coxsackievirus B3 replication*, Journal of Virology 2007, 81(7):3142–3150..

Sui Z., Salto R., Li J., Craik C., Ortiz de Montellano P.R., *Inhibition of the HIV-1 and HIV-2 proteases by curcumin and curcumin boron complexes*, Bioorganic & Medicinal Chemistry 1993, 1(6):415–422.

Zandi K., Ramedani E., Mohammadi K. et al., *Evaluation of antiviral activities of curcumin derivatives against HSV-1 in Vero cell line*, Natural Product Communications 2010, 5(12):1935–1938.



Cebula

Cebula, jedna z najstarszych roślin uprawianych na świecie, jest popularnym lekarstwem na grype i przeziębienie, ma działanie przeciwwirusowe, przeciwbakteryjne, wykrztuśne i ułatwia odkrztuszanie. Podobnie jak znacznie lepiej przebadany czosnek, cebula zawiera dużą ilość substancji zawierającej siarkę, tzw. alliiny. To związki zawierające siarkę nadają warzywom cebulowym szczególny zapach.

Rośliny „opracowywały” te substancje przez miliony lat w celu obrony przed chorobami. W tym czasie cebula i inne podobne rośliny przestroili swój metabolizm do zniszczenia niektórych bakterii, drobnoustrojów i wirusów oraz do odstraszenia niebezpiecznych napastników. Ludzie wydają związki zawierające siarkę nie przez przewód pokarmowy, ale przez system oddechowy. Aktywne substancje zawarte w cebuli, przechodząc przez płuca i oskrzela, niszczą znajdujące się tam wirusy i bakterie, a jednocześnie zmniejszają obrzęk błon śluzowych. Być może właśnie dlatego cebula nadal jest popularnym lekarstwem na przeziębienie.

Chen C.H., Chou T.W., Cheng L.H., Ho C.W., *In vitro anti-adenoviral activity of five Allium plants*, J.Taiwan Inst. Chem. Engin. 2011, 42 (2), 228–232.

Corzo-Martinez M., Corzo N., Villamiel M., *Biological properties of onions and garlic*, Trend.Food Sci.Technol. 2007, 18 (12), 609–625.

Jones, M.G., *Biosynthesis of the flavour precursors of onion and garlic*, J. Exp. Bot. 2004, 55(404):1903–1918.

Lee J-B., Miyake S., Umetsu R., Hayashi K., Chijimatsu T., Hayashi T., *Anti-influenza A virus effects of fructan from Welsh onion (Allium fistulosum L.)*, Food Chem. 2012, 134 (4) 2164–2168.

Sharma H., *Efficacy of Garlic and Onion against virus*, Intern. J. Res. Pharm. Sci. 2019, 10 (4), 3578–3586.



Imbir

Zgodnie z obecną wiedzą koronawirus może zadokować się na ludzkich komórkach dziesięć razy szybciej niż inne wirusy, osiągając w ten sposób szybsze rozprzestrzenianie. Zgony występują głównie u tych chorych, którzy już przed zachorowaniem mieli słaby układ odpornościowy. Zatem najlepszą ochroną przed wirusem jest silny układ immunologiczny. Imbir ma wysoki potencjał przeciwwirusowy. Oto substancje czynne skierowane przeciwko wirusom: gingerole, shogaole i zingeron, ale także allicyna, alliina i ajoen. Te składniki imbiru natychmiastowo zapobiegają namnażaniu się wirusa w organizmie i zmniejszają ryzyko przedostania się wirusa do komórek organizmu. Ponadto imbir działa nie tylko przeciwko wirusom, ale także bardzo silnie przeciwko bakteriom chorobotwórczym.

Imbir zawiera ponad 150 olejków eterycznych i pikantnych substancji. To sprawia, że bulwa działa przeciwzapalnie. Imbir zawiera również dużo witaminy C, magnezu, wapnia i żelaza. Te składniki odżywcze wzmacniają układ odpornościowy. Naukowcy odkryli, że suszony imbir nie miał takiego samego wpływu na wirusy jak świeży korzeń. Wskazuje to na fakt, że niektóre przeciwwirusowe składniki świeżego imbiru tracą swoją aktywność w procesie suszenia. Z badań naukowych wynika, że ekstrakty imbiru hamują wirusa grypy

A, rinowirusa, wirusa opryszczki 1 i 2. Hamowanie replikacji wirusów zachodziło głównie w komórkach płuc, dzięki czemu korzeń imbiru może hamować infekcje płuc.

Chang J.S., Wang K.C., Yeh C.F., Shieh D.E., Chiang L.C., *Fresh ginger (Zingiber officinale) has anti-viral activity against human respiratory syncytial virus in human respiratory tract cell lines*, J Ethnopharmacol 2013, 9, 145(1):146–51.

Denyer C.V., Jackson P., Loakes D.M., Ellis M.R., Young D.A., *Isolation of antirhinoviral sesquiterpenes from ginger (Zingiber officinale)*, J Nat Prod 1994, 57(5):658–62.

Imanishi N., Andoh T., Mantani N., Sakai S., Terasawa K., Shimada Y., Sato M., Katada Y., Ueda K., Ochiai H., *Macrophage-mediated inhibitory effect of Zingiber officinale Rosc, a traditional oriental herbal medicine, on the growth of influenza A/Aichi/2/68 virus*, Am J Chin Med. 2006, 34(1):157–69.

Koch C., Reichling J., Schnee J., Schnitzler P., *Inhibitory effect of essential oils against herpes simplex virus type 2*, Phytomedicine 2008 Jan, 15(1–2):71–8.

Schnitzler P., Koch C., Reichling J., *Susceptibility of drug-resistant clinical herpes simplex virus type 1 – ginger, thyme, hyssop, sandalwood essential oils*, Antimicrob Agents Chemother 2007 May, 51(5):1859–62.

Vivek PJ, Resmi MS, Sreekumar S, Sivakumar KC, Tuteja N, Soniya EV, *Calcium-Dependent Protein Kinase in Ginger Binds with Importin- α through Its Junction Domain for Nuclear Localization, and Further Interacts with NAC Transcription Factor*, Front Plant Sci. 2017, Jan 13;7:1909.



Chrzan

Gdy korzeń chrzanu jest cięty lub tarty, roztacza się charakterystyczny ostry zapach. Wynika to z faktu, że główny składnik aktywny, sinigrin, w połączeniu z tlenem przekształca się w olej musztardowy: olej gorczycowy alilowy (około 90%) i olej gorczycowy 2-fenyloetylenowy, ale także glukozynolany i izotiocyanat allilu. Inne składniki to: asparagina, glutamina, arginina, enzym peroksydaza chrzanowa (HRP), a także witamina C, witaminy B1, B2 i B6, potas, wapń, magnez, żelazo i fosfor. Oleje gorczycowe, związane z białkami, przenikają do naszego układu krążenia i gromadzą się w płucach i drogach moczowych. Tam zabijają aktywne wirusy i bakterie. Ponadto substancje te wykazują również działanie wykrztuśne, dzięki czemu pacjenci z przeziębieniem i zapaleniem oskrzeli otrzymują szybką pomoc, podobnie jak cierpiący na zapalenie zatok: oddychanie przez nos jest znacznie ułatwione.

Conrad A. et al., *Broad spectrum antibacterial activity of a mixture of isothiocyanates from nasturtium (Tropaeoli majoris herba) and horseradish (Armoraciae rusticanae radix)*, Drug Res 2013, 63: 65–68.

Fintelman V. et al., *Efficacy and Safety of a Combination Herbal Medicinal Product containing Tropaeoli majoris herba and Armoraciae rusticanae radix for the prophylactic treatment of patients with respiratory tract diseases: A randomised, prospective, double-blind, placebo controlled phase III trial*, Curr Med Res Opin 2012, 28(11):1799–1807.

Haschke R.H., Ordonneau J.M., Bunt A.H., *Preparation and retrograde axonal transport of an antiviral drug/horseradish peroxidase conjugate*, J. Neurochem. 1980, 35 (6), 1471–1495.

Marzocco S., Calabrone L., Adesso S., Larocca M., Franceschelli S., Autore G., Martelli G., Rossano R., *Anti-inflammatory activity of horseradish (Armoracia rusticana) root extracts in LPS-stimulated macrophages*, Food Func. 2015, 6 (12): 3778–88.

Sprössig M., Schabinski-Stepan M., *Einfluss des Wirkstoffes aus der Kapuzinerkresse und die intracelluläre Virussynthese*, Zeitschrift für Hygiene (1956).

Winter A.G., Rings-Willeke L., *Untersuchungen über den Einfluss von Senfölen auf die Vermehrung des Influenza-Virus im exembryonierten Hühnerei*, Archiv für Mikrobiologie 1958, 31, 311.



Miód

Miód jest cennym pokarmem, ale ma również działanie przeciwzapalne i antyseptyczne. Wiemy już, skąd bierze się działanie antyseptyczne miodu: w czasie jego produkcji pszczoły dodają do niego enzym zwany oksydazą glukozową. Enzym ten sprawia, że cukier zawarty w miodzie stale wytwarza małe ilości nadtlenu wodoru, skutecznego środka antyseptycznego. Jest on stale replikowany, a niskie stężenia są wystarczające do zabicia uszkodzonych bakterii i wirusów. Jego właściwości przeciwwirusowe i przeciwbakteryjne mogą również zmniejszać stany zapalne i ból. Szczególnie miód manuka wykazuje wysoką aktywność przeciwbakteryjną, którą można nawet zmierzyć. Wynika to z faktu, że substancja antyseptyczna metyloglioksal powstaje podczas dojrzewania miodu w komórkach plastra i można ją mierzyć w miligramach na kilogram. Im wyższa wartość metyloglioksalu (MGO), tym bardziej skuteczne będzie działanie miodu przeciwko bakteriom i wirusom. Nawiasem mówiąc, nie ma innego miodu, który naturalnie zawiera tak wysoką wartość tego składnika aktywnego, jak miód manuka. Miody manuka o zawartości MGO w średnim zakresie od 300 do 450 MGO mają potwierdzone właściwości przeciwbakteryjne i przeciwwirusowe przy różnych problemach zapalnych w organizmie. Również wyższe stężenia metyloglioksalu, od 550 do 850 MGO, są szczególnie przydatne do użytku wewnętrznego w leczeniu ostrych stanów zapalnych a także problematycznych przewlekłych dolegliwości.

Ahmed S, Sulaiman SA, Baig AA, Ibrahim M, Liaqat S, Fatima S, Jabeen S, Shamim N, Othman NH, *Honey as a Potential Natural Antioxidant Medicine: An Insight into Its Molecular Mechanisms of Action*, Oxid Med Cell Longev. 2018, Jan 18.

Beck M., *Wundermittel Manuka Honig: Alles über den besonderen Honig aus Neuseeland*, Taschenbuch, Kindle 2019.

Brutscher L.M., Daughenbaugh K.F., Flenniken M.L., *Virus and dsRNA-triggered transcriptional responses reveal key components of honey bee antiviral defense*, Sci Rep. 2017, Jul 25, 7(1):6448.

Brutscher LM, Daughenbaugh KF, Flenniken ML., *Antiviral Defense Mechanisms in Honey Bees*, Curr Opin Insect Sci. 2015, 1;10:71–82.

McMenamin AJ, Daughenbaugh KF, Parekh F, Pizzorno MC, Flenniken ML., *Honey Bee and Bumble Bee Anti-viral Defense*, Viruses 2018, Jul 27;10(8):395.

Mandal M.D., Mandal S., *Honey: its medicinal property and antibacterial activity*, Asia Pac.J.Trop.Biomed. 2011, 1 (2), 154–160.



Ocet jabłkowy

Tysiące lat temu ludzie odkryli i zaczęli wykorzystywać uzdrawiającą moc octu jabłkowego. Hipokrates stosował go jako antybiotyk. Nawet dzisiaj stanowi naturalny środek dezynfekujący i konserwujący. Kwas

jabłkowy zawarty w occie jabłkowym ma silne właściwości przeciwdrobnoustrojowe i przeciwwirusowe, które również poprawiają zdrowie układu odpornościowego. Ocet jabłkowy składa się z kwasu jabłkowego, flawonoidów takich jak kwas galusowy, katechol tyrozylowy, epikatechina, kwas benzoesowy, wanilina, kwas kaftarowy, kwas cetrarowy, kwas kawowy i kwas ferulowy. Aktualne badania wykazują, że ocet jabłkowy pomaga szybko w przeziębieniach, grypie i infekcjach zatok. Kwas octowy zawarty w occie jabłkowym dostaje się do błon komórkowych mikroorganizmów. Prowadzi to do śmierci komórek bakteryjnych. Krótko mówiąc, przeciwdrobnoustrojowe właściwości octu jabłkowego pomagają w walce z chorobami o podłożu wirusowym. Kwaśny odczyn octu jabłkowego hamuje rozwój bakterii i zapobiega rozprzestrzenianiu się i nasilaniu infekcji. Ocet jabłkowy zawiera kilka składników odżywczych i enzymów, które wspierają układ odpornościowy. Pomaga to lepiej zwalczać infekcje wirusowe, w tym przeziębienia. Wykazano również, że ocet jabłkowy skutecznie rozpuszcza gęsty śluz wywołany przeziębieniem oraz łagodzi zapalenie zatok i kaszel. Te pozytywne lecznicze mechanizmy działania octu jabłkowego potwierdzają stuletnie doświadczeń. ■

Gopal J., Anthonydhasan V., Muthu M., Gansukh E., Jung S., Chul S., Iyyakkannu S., *Authenticating apple cider vinegar's home remedy claims: antibacterial, antifungal, antiviral properties and cytotoxicity aspect*, Nat. Prod. Res. 2019, 33 (6), 906–910.

Safari R., Hoseinifar S.H., Nejadmoghadam S., Khalili M., *Apple cider vinegar boosted immunomodulatory and health promoting effects of Lactobacillus casei in common carp (Cyprinus carpio)*, Fish Shellfish Immunol. 2017, 67 :441–448.

Yagnik D., Serafin V., J. Shah A., *Antimicrobial activity of apple cider vinegar against Escherichia coli, Staphylococcus aureus and Candida albicans; downregulating cytokine and microbial protein expression*, Sci Rep. 2018, 29, 8(1):1732.

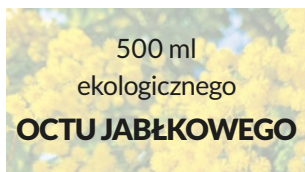
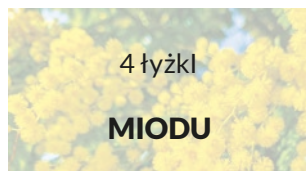
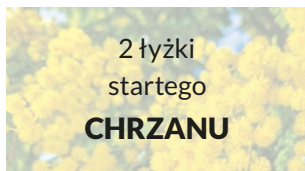
Verzelloni E., Tagliazucchi D., Conte A., *Relationship between the antioxidant properties and the phenolic and flavonoid content in traditional balsamic vinegar*, Food Chem. 2007, 105(2):564–571.10.1016.

Naturalny antybiotyk: zrób go sam!

Ponad 50% antybiotyków już nie działa. Coraz bardziej odporne na leki bakterie można znaleźć nie tylko w szpitalach, ale także np. w kanalizacji. Wielu ciężko chorych pacjentów z rakiem nie umiera z powodu guza, ale z powodu infekcji, która rozwinęła się w wyniku osłabienia układu odpornościowego po chemio- lub radioterapii.

Dlatego zaleca się stosowanie domowego ziołowego antybiotyku w różnych zakażeniach. Proponowana mieszanka, wykonana z naturalnych i wysokiej jakości surowców, jest bardzo skuteczna. Zarazki odporne na antybiotyki są pod kontrolą, a mikstura ma silne działanie przeciwwirusowe, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze i przeciw Pasożytom. Jednocześnie wzmacnia układ odpornościowy.

SKŁADNIKI:



PRZYGOTOWANIE:

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

DAWKOWANIE:

Po 5 dniach: zażywaj codziennie rano i wieczorem przed jedzeniem.

1 łyżeczkę mikstury rozmieszaj w 1 szklance wody i powoli wypij.

Poukładaj sobie raka, czyli warsztaty psychoonkologiczne w Centrum Psychoonkologii UNICORN



Pomoc psychoonkologiczna w chorobie nowotworowej jest niezwykle ważna. Stowarzyszenie UNICORN od 21 lat zapewnia wsparcie psychologiczne osobom chorującym onkologicznie i ich rodzinom. Tylko w 2019 roku z organizowanych przez nich kilkudniowych warsztatów psychologicznych skorzystało ponad tysiąc osób!

Nowotworowe emocje

Rehabilitacja w chorobie nowotworowej to nie tylko rehabilitacja medyczna czy fizjoterapeutyczna. Wraz z chorobą nowotworową pojawia się rozpacz, strach, samotność i inne trudne emocje. Wiele z nich trwa przez cały okres leczenia, część z nich pojawi się tylko epizodycznie, a część nie musi wystąpić wcale. Intensywność tych odczuć uzależniona jest od stopnia nasilenia choroby oraz od indywidualnych predyspozycji. Słowo „rak” w powszechnej świadomości kojarzy się z wyrokiem i wycofaniem z wszelkiej aktywności. Osoby, które chorują czują się często winne i odpowiedzialne za swój stan, wstydzą się choroby i z olbrzymim lękiem patrzą w przyszłość.

Kiedy pacjent i jego rodzina zmagają się z poważną chorobą, nie ma takich emocji czy przekonań, które byłyby złe albo niewłaściwe. Szeroka gama myśli, przekonań i doznań jest normalna w takich okolicznościach. Warto jednak nauczyć się myśleć w taki sposób, który wspierał będzie zdrowienie, a nie je utrudniał. Warto pracować nad niepożądanymi emocjami, ponieważ powodują one przewlekłe napięcie psychiczne, które nie pomaga w leczeniu, a także osłabia działanie układu immunologicznego. Sięgając po wsparcie psychologiczne, pacjenci mogą

zdjąć z siebie ciężar diagnozy i wspomóc swój organizm w procesie zdrowienia. Pacjenci biorący aktywny udział w procesie leczenia mają większe szanse na wyzdrowienie.

Wsparcie w Centrum Psychoonkologii UNICORN

Psychoonkologia to nauka łącząca dwie dyscypliny – psychologię i onkologię. Psychoonkologia opiera się na założeniu ścisłego związku pomiędzy psychiką a kondycją fizyczną organizmu. Z przeprowadzonych badań wynika, iż silny i długotrwały stres w znacznym stopniu utrudnia organizmowi powrót do zdrowia i wydłuża czas leczenia, dlatego ważne jest, by zachować równowagę psychiczną przez cały proces leczenia. Aby to zrobić, należy sięgnąć po wsparcie psychoonkologiczne.

Stowarzyszenie UNICORN od 21 lat pomaga chorym na nowotwory i ich bliskim w rehabilitacji psychofizycznej po rozpoznaniu choroby, przez cały proces leczenia, a także po nim. Od 6 lat prowadzi pierwsze w Polsce Centrum Psychoonkologii Unicorn w Krakowie, a w lipcu 2019 r. otworzyło swoją drugą placówkę w Warszawie. **Centrum Psychoonkologii UNICORN to miejsce, w którym pacjenci i ich rodziny uzyskują pomoc, uczą się zdrowego myślenia, akceptowania swoich ograniczeń, radzenia sobie z lękiem i niepożądanymi emocjami oraz wspomagania swojego organizmu w procesie zdrowienia.** Dzieci i dorośli

Prof. Jerzy Stuhr –
– Ambasador Centrum
Psychoonkologii UNiCORN
z uczestnikami warsztatów
psychologicznych
dla dzieci



chorujący onkologicznie oraz ich bliscy mogą skorzystać z indywidualnych konsultacji z psychologiem, warsztatów psychologicznych, warsztatów z dietetykiem, zajęć ruchowych i relaksacyjnych oraz zajęć dodatkowych metod terapeutycznych – np. muzykoterapii, arteterapii czy choreoterapii.

Celem działalności Centrum Psychoonkologii UNICORN jest szeroko rozumiane wsparcie leczenia i rehabilitacji osób dotkniętych chorobą nowotworową i ich rodzin. Podczas warsztatów chory ma szansę spotkać się w krótkim czasie z wieloma specjalistami i zdobyć fachową wiedzę na temat choroby nowotworowej z różnych dziedzin – psychoonkologii, dietetyki, onkologii czy rehabilitacji. **W Centrum organizowane są również warsztaty dla specjalistów i lekarzy dotyczące m.in. komunikacji z pacjentem i jego bliskimi czy radzenia sobie z wypaleniem zawodowym.** Stowarzyszenie UNICORN współpracuje z Polskim Towarzystwem Psychoonkologicznym i jest zaliczane do grona prekursorów opieki psychoonkologicznej w naszym kraju.



Chory potrzebuje emocjonalnej gąbki, czyli kto powinien skorzystać z warsztatów?

Świat po diagnozie trzeba ułożyć na nowo. Warsztaty skierowane są nie tylko do osób w trakcie terapii onkologicznej. Ważne, aby po taką pomoc sięgnąć na samym początku leczenia, kiedy właśnie usłyszysz się diagnozę, gdy doświadczasz się uciążliwych skutków leczenia, ale także na etapie remisji, gdy pojawiają się myśli związane z nawrotem.



Skorzystanie z terapii psychoonkologicznej w Centrum Psychoonkologii UNICORN pozwala uzyskać zdrowe nastawienie i spokój, które przekłada się na lepsze efekty leczenia. Chorzy zdobywają wiedzę na temat skutecznych narzędzi psychologicznych, dzięki którym potrafią „poukładać sobie raka” i łatwiej odnajdują się w nowej sytuacji. Poprawia się również funkcjonowanie rodziny. **Doświadczenie choroby nowotworowej może bowiem równie dobrze scementować rodzinę, ale też ją osłabić, dlatego warsztaty skierowane są do całych rodzin.** Uczestniczenie w terapii z osobą wspierającą przynosi bardzo dobre efekty. Każdy członek rodziny mierzy się z nową sytuacją. Warsztaty uczą, jak mądrze wspierać bliską osobę. Bycie opiekunem osoby chorej niesie ze sobą ogromny wysiłek. Rola opiekuna to rola emocjonalnej gąbki – bycie z chorym i absorbowanie jego emocji. Jest to najważniejsze, a przy tym niezwykle trudne.

Rodzaje warsztatów

W Centrum Psychoonkologii UNICORN organizowane są różne warsztaty, które odpowiadają na inne potrzeby osób chorych i ich bliskich.

Warsztat „Nie tylko leki leczą” jest przeznaczony dla osób, które potrzebują wsparcia psychologicznego, ale także wielospecjalistycznej wiedzy dotyczącej choroby nowotworowej. Program tego turnusu składa się z grupowych zajęć

z psychologiem dotyczących warunków dobrej komunikacji międzyludzkiej, asertywności, a także radzenia sobie ze stresem i niepożądanymi emocjami. Duży nacisk zostaje położony na szczerość, autentyczność i otwarte mówienie o swoich potrzebach, o tym, co dla danej osoby jest ważne. Pozwala to na zmniejszenie poczucia lęku i izolacji, a także pozytywnie przekłada się na budowanie społecznych więzi. Osoby chore mają także szansę spotkać się z onkologiem i porozmawiać z nim o swoich wątpliwościach czy skonsultować wyniki badań. Odbywają się także warsztaty dietetyczne, zajęcia muzyczne, ruchowe i relaksacyjne.

Warsztaty Terapii Simontonowskiej skierowane są do osób, które chcą w większym stopniu popracować nad psychologicznymi skutkami swojej choroby. W programie tego turnusu są grupowe zajęcia z psychologiem oparte na terapii Simontona, zajęcia ruchowe oraz indywidualne konsultacje z psychologiem. Jest to specjalny program składający się z metod i technik poznawczo-behawioralnych opracowany przez dr Carla Simontona – amerykańskiego lekarza onkologa. Terapia Simontonowska wychodzi z założenia, że każdy człowiek – a więc również pacjent onkologiczny – posiada różne, wykształcone w toku życia przekonania i postawy, które wpływają na powstawanie emocji oraz podejmowane działania, a czasem powodują wysoki poziom dystresu emocjonalnego. Niezdrowe przekonania i postawy mogą prowadzić do niechęci w podejmowaniu leczenia, nawet gdy rokowanie jest pomyślne. Podczas tego turnusu duży nacisk położony jest na rolę przekonań w zdrowieniu, pracę z wyobraźnią i pomoc w kryzysie emocjonalnym. Wyjątkową cechą charakterystyczną Terapii Simonowskiej jest kształtowanie umiejętności samopomocowych. Po zakończeniu terapii uczestnik będzie potrafił sam sobie poradzić w różnych sytuacjach, już bez konieczności interwencji psychologicznej.



Centrum Psychoonkologii UNICORN proponuje również wiele innych kilkunastu warsztatów np.:

„Stres – wróg czy sprzymierzeniec? – czyli o tym, jak doskonalić umiejętność życia w stresie? Nowe odkrycia badawcze na temat stresu”

„Kto zarządza chorobą – Ty czy ona? – czyli o tym, jak pomagać samemu sobie w procesie zdrowienia”

„Osobowość Silna Immunologicznie - 7 cech, które warto i można rozwijać”,

„Jestem po leczeniu i co dalej? – jak uwalniać się od lęku przed nawrotem i cieszyć się życiem?”

Warsztaty Codziennej Praktyki Redukcji Napięć „Otwórz się na Życie”.

Więcej informacji i szczegółowe terminy na: **www.unicorn.org.pl**.



Poczucie sensu i zdrowe myślenie

Uczestnicząc w warsztatach w Centrum Psychoonkologii UNICORN, pacjenci i ich bliscy otrzymują wsparcie i fachową wiedzę, jak radzić sobie z chorobą i swoimi emocjami. Poznanie zasad zdrowego myślenia opartego na faktach, chroni życie i zdrowie, pomaga osiągać cele i rozwiązywać konflikty. **Choroba może wnieść w życie pewne korzystne i istotne zmiany. Proces zdrowienia postępuje, gdy robimy rzeczy, które przynoszą nam radość i satysfakcję, dają poczucie spełnienia.** Oprócz leczenia medycznego, odpowiedniego odżywiania – pomoc psychoonkologiczna, uzyskanie wsparcia społecznego, ćwiczenia fizyczne i relaksacja są kluczowymi elementami terapii i pozytywnie wpływają na poprawę jakości życia chorych.

Pamiętajmy, że to nie diagnoza powoduje złą kondycję psychiczną. To nie rak wywołuje depresję, ale to, co o nim myślimy. **To, jak się czujemy emocjonalnie zależy od naszych myśli, postaw i przekonań. Dzięki odpowiedniej terapii można zmienić sposób patrzenia na chorobę oraz wskazać nowy sposób myślenia, który sprzyjał będzie zdrowieniu.** Nie chodzi o unikanie lub tłumienie trudnych emocji, ale odkrycie ich i uczenie się z nich. Istotne jest nie tyle optymistyczne nastawienie, co po prostu zdrowe myślenie i działanie w obrębie tych spraw, na które mamy wpływ. ■

www.unicorn.org.pl

e-mail: unicorn@unicorn.org.pl

Zapisy na warsztaty i konsultacje w Krakowie

– tel. 12 425 11 02

Zapisy na warsztaty i konsultacje w Warszawie

– ela.murias@unicorn.org.pl





STOWARZYSZENIE UNICORN

Od 21 lat **pomaga chorym na nowotwory i ich bliskim** w rehabilitacji psychofizycznej po rozpoznaniu choroby, przez cały proces leczenia, a także po nim. Jest zaliczane przez **Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne** do grona prekursorów opieki psychoonkologicznej w Polsce jako „organizacja rzetelna i wiarygodna, która z pasją, oddaniem i dużym potencjałem merytorycznym organizuje pomoc skierowaną do chorych onkologicznie i ich rodzin”. **Centrum Psychoonkologii UNICORN w Krakowie** działa już od 6 lat, a w lipcu 2019 r. została otworzona druga placówka w **Warszawie**. W tych miejscach dzieci i dorośli chorujący onkologicznie oraz ich rodziny mogą skorzystać m.in. z bezpłatnych indywidualnych konsultacji z psychologiem, zajęć i warsztatów psychologicznych, konsultacji ze specjalistami (lekarz onkolog, fizjoterapeuta), warsztatów z dietetykiem, zajęć ruchowych i relaksacyjnych, choreoterapii, arteterapii czy muzykoterapii. Członkami założycielami Stowarzyszenia oraz Ambasadarami Centrum Psychoonkologii są **Państwo Barbara i Jerzy Stuhrowie**.

Makrobiotyka – naturalna kuchnia, cz. 3



Bogusława Wójcik

Tym razem przyjrzymy się znaczeniu warzyw w diecie makrobiotycznej. Przywracają organizmowi równowagę i zapewniają szereg potrzebnych składników

pokarmowych. Spożywajmy różnorodne warzywa w ilości 5–7 razy większej niż zboża i rośliny strączkowe – do każdego posiłku. Powinny być one przygotowywane na różne sposoby: gotowane w zupach, duszone, blanszowane, gotowane na parze, prasowane, kiszone.

WYRÓŻNIA SIĘ TRZY PODSTAWOWE GRUPY WARZYW:

liściaste, ciemnozielone, rosnące w górę

(jarmuż, zielone liście pora, liście kalafiora, kalarepki, rzodkiewki, pokrzywy, mlecza, babki, mięty, pietruszki, kapusta pekińska, włoska, sałaty, szczypiorek itd. Są źródłem żelaza, magnezu, fosforu, kwasu foliowego, wit. C. Zawierają błonnik roślinny, bardzo korzystny dla pracy jelit, wzmacniają wątrobę i pęcherzyk żółciowy, a także nerki, płuca i narządy płciowe.

korzeniowe

rosnące w ziemi (marchew, pietruszka, seler, rzodkiew, czarna rzepa, rzodkiewka, pasterniak, brukiew). Te warzywa dodają sił vitalnych, wpływają korzystnie na pracę jelit, serca, płuc, żołądka i śledziony. Wzmacniają system immunologiczny, regulują poziom cukru we krwi, wzmacniają wątrobę, leczą wzrok, są źródłem dobrze przyswajalnego białka, minerałów takich jak wapń, potas, fosfor, magnez, witaminy A, kwasu foliowego.

okrągłe

rosnące blisko ziemi: cebula, cukinia, dynia, kabaczek, kalafior, brokuły, kapusta, ogórki, buraczki itd. Warzywa te zawierają m.in. siarkę, żelazo, potas, magnez, kwas foliowy, witaminę C.

KISZONKI

Kiszonki utrzymują właściwą florę bakteryjną w jelitach, przywracają równowagę w zniszczonych jelitach (po antybiotykoterapii, chemioterapii) i zachowują ją. Usprawniają trawienie, eliminują złogi, pomagają też trawić tłuszcze i pieczywo. Nie dopuszczają do odkładania się cholesterolu. Sprzyjają syntezie witaminy B12, która jest naturalnym produktem ubocznym fermentacji. Zwiększają zdolność przyswajania minerałów: magnezu, cynku, żelaza, wapnia, fosforu.

KILKA SŁÓW NA TEMAT ZUP

Zupy są bardzo ważnym składnikiem diety makrobiotycznej. Mogą być gotowane z jednego lub kilku warzyw, z kaszą lub fasolkami, z makaronem, z ziołami, przyprawione solą (morską, kłodawską), sosem shoyu lub tamari i fermentowaną pastą miso. Do zup dodajemy glony morskie:

nori, wakame, kombu, arame. Niezwykle wartościowe są zupy z kiszonek, np. zupa miso, barszcz kiszony, żurek, kapuśniak, zupa ogórkowa i moja ulubiona kwaśnica dyniowa (przepis znajdziecie w poprzednim numerze „Aktualności Medycznych”).

Warzywa pomagają utrzymać równowagę kwasowo-zasadową. Koniecznie świeże, dają bardzo dużo energii życiowej. Jeśli mamy mało energii, a jemy potrawy podgrzewane, gotowane z resztek, wystąpią u nas objawy zmęczenia, znużenia, apatii a potem różne choroby. Chorzy onkologicznie nie powinni jeść potraw odgrzewanych z poprzedniego dnia. Dotyczy to także alergików. ■





GDY KORONAWIRUS KAŻE ZOSTAĆ W DOMU...

Izolacja w domu podczas pandemii koronawirusa może okazać się trudna zarówno dla naszej psychiki, jak i całego organizmu. Tym bardziej warto pamiętać o tym, że aktywność fizyczna wpływa pozytywnie i na naszą odporność, i na nasz nastrój. Ruszać się i ćwiczyć można także w domu.

Nie wiemy, jak długo obowiązywać będzie zakaz przemieszczania się z wyjątkiem drogi do i z pracy, wyjścia na zakupy, wolontariatu związanego z walką z koronawirusem. Obowiązuje zakaz korzystania z parków, bulwarów, ogrodów botanicznych i zoologicznych, plaż, ogródków jordanowskich.

W czasie, gdy ruch na świeżym powietrzu jest niemożliwy, zacznij ćwiczyć w domu. Nawet proste ćwiczenia pomogą złagodzić stres, poprawią samopoczucie i pozwolą z większym optymizmem spojrzeć w przyszłość. Jak wiemy, aktywność fizyczna uwalnia endorfiny – „hormony szczęścia”.

Oto powody, dla których warto ćwiczyć w domu::

- obniżanie ryzyka chorób serca
- kontrolowanie ciśnienia krwi
- utrzymanie prawidłowej kondycji kości, mięśni i stawów
- budowanie wytrzymałości i kondycji
- wspieranie układu odpornościowego (szczególnie ważne w czasie epidemii)
- poprawa stanu psychicznego, zmniejszenie ryzyka depresji i lęków .

JAK ĆWICZYĆ W DOMU W CZASIE KWARANTANNY?

Zestaw ćwiczeń na miarę sił i możliwości możemy zorganizować w domu i nie wymaga to ani wiele zachodu, ani wiele miejsca (inspiracji dostarcza także internet). Ważne: nie ćwicz, jeśli masz objawy grypopodobne. Stosuj się do wszystkich zaleceń dotyczących aktywności fizycznej w chorobie nowotworowej. Jeśli nie czujesz się w pełni sił, wszelkie formy ćwiczeń przedyskutuj telefonicznie z lekarzem.

Bywa, że z powodu ciągłego przebywania w domu samopoczucie psychiczne ulega pogorszeniu. Dopuszczone jest wyjście z domu w celu poprawy stanu psychicznego. Proponujemy kilka rad dla tych, którzy wybiorą się na pieszą przechadzkę:

- ✓ Jeżeli wychodzisz z domu dla podratowania kondycji psychicznej, wymijaj inne osoby w odległości min. 2-3 metrów.
- ✓ Wybieraj nieuczęszczane miejsca, najlepiej poza miastem.
- ✓ Nie siadaj i nie odpoczywaj na ławkach lub innych ogólnodostępnych miejscach.
- ✓ Dotykaj jak najmniej rzeczy. Jeżeli cokolwiek dotykałeś, nie dotykaj dłońmi twarzy, szczególnie ust, nosa i oczu; jak najszybciej umyj/zdezynfekuj ręce.
- ✓ Po powrocie do domu szczególnie starannie umyj ręce, ewentualnie twarz i najlepiej zmień ubranie na „domowe”.
- ✓ W drodze na spacer i potem do domu nie korzystaj z komunikacji miejskiej.
- ✓ Warto mieć ze sobą małą buteleczkę z płynem do dezynfekcji rąk w razie konieczności skorzystania z barierki, poręczy itp.



Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin

www.eanu.de

www.aktualnosci-medyczne.pl

Kwartalnik „Aktualności Medyczne” oraz newsletter E.A.N.U. dostępne są w wersji online na www.eanu.de. Jesteście Państwo zainteresowani otrzymywaniem naszego bezpłatnego czasopisma? Zapraszamy do zamawiania go drogą e-mailową.



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



Kwartalnik „Aktualności Medyczne” 16 (nr 1/2020)

WYDAWCA: Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin, dr. med. A.-H. Wasylewski, Grottkauer Straße 24, 12621 Berlin;
e-mail: aktualnosci@eanu.de

ZESPÓŁ REDAKCYJNY: dr med. Andreas Hans Wasylewski, Alicja Kałużny, Tom Stiegler, Danilo Geritz

REDAKCJA I SKŁAD: Alicja Kałużny

ZDJĘCIA NA OKŁADCE: Paulaphoto – stock.adobe.com

REDAKCJA NIENOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA TREŚĆ PUBLIKOWANYCH TEKSTÓW. POGŁĄDY W NICH ZAWARTE SĄ POGŁĄDAMI ICH AUTORÓW.

ISSN 2450-9590



INTEGRACYJNE LECZENIE RAKA