

Onkologia

NIE PRZEGAP:

SPRAWDŹ

Nowotwór prostaty
– jakie są najnowsze
metody leczenia? **s.03**

EKSPERT

Szeroki arsenał
terapii nowotworu
płuca **s.05**

Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

Nowotwory i choroby układu krążenia
zabierają najwięcej ludzkich istnień i mają
wiele wspólnych czynników ryzyka ▶ **6-7**

Microdacyn⁶⁰® Wound Care

Roztwór oraz żel do płukania i antyseptyki ran

✚ KIKGEL

Dystrybutor i podmiot prowadzący: KIKGEL Sp. z o.o. | tel.: 44 719 23 40 | e-mail: biuro@kikgel.com.pl | www.kikgel.com.pl
Reprezentant w UE: Sonoma Pharmaceuticals Netherlands B.V. | Producent: Oculus Technologies of México S.A. de C.V.



Wskazania

- Rany ostre i przewlekłe: tj. otarcia, owrzodzenia podudzi, zespołu stopy cukrzycowej, odleżyny, owrzodzenia nowotworowe
- Oparzenia termiczne, elektryczne i chemiczne I-go i II-go stopnia, odczyny popromienne
- Pielęgnacja miejsc wprowadzania cewników urologicznych, gastrostomii (PEG/PEJ), drenów oraz stomii
- Nawilżanie opatrunków takich jak kompresy, gąbki, gaza, tampony i inne, kiedy występuje problem z ich usunięciem

W WYDANIU

EKSPERT

**Łukasz Kubiak**

Terapia celowana pozwala nie myśleć o chorobie

**Prof. dr hab. n. med.****Piotr Rutkowski**

Priorytety w onkologii i kardiologii

**Fundacja Alivia**

5 zasad postępowania w przypadku podejrzenia lub diagnozy nowotworu

Senior Project Manager **Wojciech Laskowski**

(wojciech.laskowski@mediaplanet.com, +48 574 712 500)

Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**Managing Director: **Krystyna Miłoszewska** Skład:**Mediaplanet** Opracowanie redakcyjne: **Izabela****Rzepecka** Fotografie: **stock.adobe.com**, **zasoby****własne** Kontakt e-mail: **pl.info@mediaplanet.com**Adres: **MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP. Z O.O.****ul. Zielna 37, 00-108 Warszawa** **byczdrowymPL** **mediaplanetpl** **Mediaplanet.Poland** **mediaplanet**Czytaj więcej na stronie:
byczdrowym.info

Personalizacja terapii kluczem do leczenia raka prostaty

Od diagnozy po dobór leków – personalizacja terapii staje się fundamentem nowoczesnego podejścia do raka prostaty.

**Prof. dr hab. n. med.****Jakub Dobruch, FEBU**

Kierownik Kliniki Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Jak przez lata zmienia się postrzeganie raka prostaty w środowisku medycznym i wśród pacjentów?

W obu tych grupach świadomość się poprawia, co jest pozytywnym zjawiskiem. Do naszych gabinetów przychodzi coraz więcej młodych mężczyzn, którzy chcą wykonać badania przesiewowe PSA. Dzięki temu rak stercza od 2016 r. jest najczęściej wykrywanym nowotworem złośliwym wśród Polaków.

Jeśli chodzi o środowisko medyczne, to oczywiście świadomość zagrożeń tym typem nowotworu towarzyszy nam od zawsze, ale dzięki postępowi medycyny lekarze mają większe pole do mądrej i skutecznej diagnostyki. Dzięki nowym narzędziom możemy efektywnie sprofilować mężczyzn, u których ryzyko wystąpienia raka jest wyższe niż u innych. Tu z pomocą przychodzi wywiad rodzinny, bo nowotwór prostaty ma podłoże genetyczne. Drugi wymiar diagnostyki dotyczy selekcji u już zdiagnozowanych pacjentów – dzielimy ich na tych, u których rak jest w zaawansowanym stadium i zagraża życiu, oraz na tych, u których choroba ma łagodniejszy przebieg i pozwala prowadzić bardziej zachowawczą terapię.

Czy w praktyce klinicznej spotyka się różnice w podejściu pacjentów do tej choroby w zależności np. od wieku czy statusu zawodowego?

Można dostrzec pewne ogólne zależności. Im bardziej wykształcona osoba, tym jej świadomość zagrożeń nowotworami i skłonność do badań przesiewowych wyższa. Z kolei niemieckie dane wskazują na niepokojące zjawisko, które zapewne zachodzi też w Polsce, choć nie mamy tego naukowo udowodnionego. Mianowicie: na badania przesiewowe w kierunku raka prostaty znacznie częściej zgłaszają się seniorzy po 65. roku życia, choć to badania przeznaczone przede wszystkim dla mężczyzn w wieku 50-65 lat.

W jakim stopniu styl życia, profilaktyka i świadomość zdrowotna realnie wpływają na ryzyko zachorowania i rokowania pacjentów?

W 2015 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała analizę wskazującą czynniki, które mają

wpływ na powstawanie nowotworów. Z dokumentu wnika, że upowszechnienie wytycznych WHO – takich jak regularny wysiłek fizyczny, dieta bogata w warzywa, owoce i nabiał oraz unikanie alkoholu i tytoniu – przyczyniłoby się do zredukowania liczby przypadków nowotworów złośliwych o połowę. Nawyki pacjentów, którzy już mają zdiagnozowaną chorobę, też mają olbrzymie znaczenie dla postępów w leczeniu. Stosowanie się do wytycznych ułatwia organizmowi naprawę uszkodzeń materiału genetycznego i hamuje rozwój nowotworu.



Im bardziej wykształcona osoba, tym jej świadomość zagrożeń nowotworami i skłonność do badań przesiewowych wyższa.

Jakie znaczenie w praktyce klinicznej ma dziś personalizacja postępowania i dobór metod diagnostycznych i terapeutycznych do konkretnego pacjenta?

Indywidualne podejście do pacjenta ma olbrzymi wpływ na przebieg terapii. Żyjemy w erze medycyny spersonalizowanej i to trend, który będzie się pogłębiał. Już na etapie kwalifikacji do screeningu mamy do czynienia z selekcją pacjentów pod kątem prawdopodobieństwa występowania nowotworu. Z każdym kolejnym krokiem to indywidualne podejście ma większe zastosowanie i poprawia rokowania: od doboru leków, przez harmonogram terapii i badań, po dalsze zalecenia lekarskie. Efektywność terapii zależy od mutacji nowotworu i jego reakcji na leki, które w trakcie leczenia należy modyfikować i dostosowywać indywidualnie. Ta prawidłowość występuje zresztą nie tylko w onkologii, ale w każdej dziedzinie nowoczesnej medycyny.

PARTNERZY





Nowotwór prostaty – jakie są najnowsze metody leczenia?



Dr hab. n. med. Jakub Kucharz, prof. NIO-PIB
Kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Moczowego, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, członek zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej – sekretarz

Leczenie raka stercza jest zależne od zaawansowania choroby. Czy każda z nich dostępna jest dla polskich pacjentów?

Jak wygląda ścieżka terapeutyczna pacjenta z nowotworem prostaty po diagnozie?

Przypadek każdego pacjenta powinien być przeanalizowany przez konsylium interdyscyplinarne. W skład takiego konsylium wchodzi urolog, radioterapeuta oraz onkolog kliniczny. W zależności od zaawansowania choroby podejmuje się decyzje o aktywnej obserwacji, leczeniu radykalnym (leczenie chirurgiczne bądź radioterapia) lub o terapii systemowej. Niekiedy metody te stosuje się łącznie, jest to indywidualna kwestia, zależna od danej sytuacji klinicznej.

Leczenie choroby ograniczonej do narządu, kiedy nowotwór zajmuje tylko gruczoł krokowy obejmuje radykalne leczenie operacyjne (usunięcie narządu i ew. węzłów chłonnych) lub radioterapię (teleradioterapia, brachyterapia lub

połączenie tych metod), która dodatkowo może być skojarzona z hormonoterapią. Wybór metody leczenia jest zależny od zaawansowania choroby, preferencji pacjenta, a także stwierdzanych chorób współistniejących. W przypadku choroby przerzutowej podstawowe znaczenie ma leczenie systemowe, a decyzja o metodzie terapii jest podyktowana stanem pacjenta, dynamiką choroby, liczbą oraz lokalizacją zmian przerzutowych.

Jak wygląda aktualna sytuacja pacjentów z nowotworem prostaty w Polsce?

Z pewnością sytuacja polskich pacjentów z rakiem stercza jest o wiele gorsza w porównaniu z sytuacją chorych w innych krajach Unii Europejskiej. Dysponujemy danymi, które wykazują, że śmiertelność z powodu nowotworu prostaty w Polsce jest

wyraźnie wyższa. Jest to związane z wieloma czynnikami. Jednym z nich jest słabszy dostęp do nowoczesnych



W przypadku choroby przerzutowej podstawowe znaczenie ma leczenie systemowe.

form leczenia. Problemem pozostaje także kwestia świadomości pacjentów, zgłaszania się do specjalistów, a co za tym idzie – sprawnego wkraczania na ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną.



Czytaj więcej na stronie: byczdrowym.info

Producent: VEDA.LAB
Podmiot prowadzący reklamę: Hydrex Diagnostics sp. z o.o.

TEST NA PROSTATĘ

PSA TEST

To narzędzie diagnostyczne służące do wykrywania **podwyższonego poziomu antygenu PSA** we krwi, który towarzyszy zmianom chorobowym w obrębie gruczołu krokowego. Test pozwala na wykrycie specyficznych **antycał prostaty**, których stężenie jest niezwykle niskie.

NIE CZEKAJ, DZIAŁAJ!
Zrób prosty i szybki test PSA!

domowe laboratorium
OD 1987 ROKU

Ten i inne testy diagnostyczne znajdziesz na:
[WWW.DOMOWELABORATORIUM.PL](https://www.domowelaboratorium.pl)

To jest wyrób medyczny. Stosuj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.



SYLWETKA PACJENTA

Terapia celowana pozwala nie myśleć o chorobie

Mam poczucie, że leczenie jest precyzyjne i ukierunkowane na źródło choroby – mówi Łukasz Kubiak, zmagający się z niedrobnokomórkowym rakiem płuca. Jak wygląda codzienność pacjenta przyjmującego innowacyjną terapię celowaną?



Łukasz Kubiak
Pacjent
z niedrobnokomórkowym
rakiem płuca

Jaka była pana droga od momentu diagnozy raka płuca do rozpoczęcia leczenia?

Kiedy lekarz przedstawił mi diagnozę, to nie dowierzałem. Był to dla mnie ogromny szok i intensywne emocjonalnie doświadczenie, tym bardziej, że za miesiąc spodziewałem się narodzin syna... Diagnoza wiązała się dla mnie przede wszystkim z lękiem i niepewnością. Następnie przeszedłem wiele badań, aby dokładnie określić stadium choroby. Czas oczekiwania na te wyniki był trudny, bo nie pozwalał mi oswoić się z sytuacją. Kiedy lekarze przedstawili mi już plan terapii, poczułem pewną ulgę, że w końcu zaczną się konkretne działania. Leczenie rozpoczęło się po kilku tygodniach od diagnozy. Towarzyszył mi wtedy zarówno niepokój, jak i nadzieja na poprawę.

Czy miał pan poczucie, że brał pan udział w procesie wyboru terapii? Jak istotne było dla pana, żeby lekarze uwzględnili pana indywidualne potrzeby i preferencje w jej doborze?

Bardzo pozytywnie oceniam podejście do pacjenta. Lekarze byli przychylni i bardzo otwarci. Zawsze potrafili troszeczkę podbudować. Miałem to poczucie, że biorę udział w procesie wyboru terapii. Szczegółowo wyjaśnili mi, na czym polegają dostępne możliwości leczenia, oraz wskazali różnice między nimi. Mogłem zadawać pytania,

wyrażać swoje obawy, co było dla mnie kluczowe. To, że uwzględniono moje indywidualne potrzeby i preferencje, dało mi poczucie bezpieczeństwa i większej kontroli nad sytuacją. Dzięki temu łatwiej było mi zaufać wybranej terapii i z większą nadzieją rozpocząć leczenie.

Jakie korzyści dostrzega pan w zastosowaniu terapii celowanej?

Daje ona dużą nadzieję na poprawę i przedłużenie życia. Największą korzyścią, jaką dostrzegam, jest dopasowanie tej terapii do konkretnej sytuacji i rodzaju nowotworu. Dzięki temu mam większe poczucie, że leczenie jest bardziej precyzyjne i ukierunkowane na źródło choroby. Ważne jest również to, że terapia celowana wiąże się z mniejszą liczbą działań niepożądanych niż tradycyjna chemia, co pozwala mi zachować lepszą jakość życia. Na co dzień patrzę w przyszłość z większą nadzieją. Leczenie polega na przyjmowaniu doustnie tabletek i comiesięcznych kontrolach. Szczerze mówiąc, gdybym nie musiał jeździć na te badania, tobym nie czuł, że jestem chory.

W jaki sposób odpowiednio dobrana terapia wpłynęła na pana codzienne życie?

Ta terapia pozwala mi w normalny sposób funkcjonować w domu, w pracy. Gdy miałem naświetlanie głowy, byłem potem tak osłabiony, że nieraz nie

miałem siły wstać z łóżka. Terapia celowana nie daje takich skutków, daje niezależność. Dzięki temu choroba nie odbiera mi wszystkiego, co jest dla mnie ważne. Mimo młodego wieku jestem już na emeryturze, bo pracowałem w służbach mundurowych. Teraz prowadzę swoją działalność gospodarczą, rozwijam firmę, inwestuję. Mam dużo siły do wykonywania codziennych obowiązków. Mogę aktywnie uczestniczyć w życiu rodziny. To ja odprowadzam dzieci do przedszkola i szkoły, jeżdżę z nimi na rowerze, chodzę na plac zabaw. Czas spędzony z bliskimi doceniam szczególnie, bo zdaję sobie sprawę, że nie wiadomo, ile mi go jeszcze zostało.



Diagnoza wiązała się dla mnie przede wszystkim z lękiem i niepewnością.

Ja po prostu nie myślę o chorobie. Trzeba postawić sobie cele i dążyć do ich zrealizowania. Moim jest to, że jako tata muszę zaprowadzić córkę do ołtarza. Ma osiem lat, więc jeszcze parę lat przede mną...



Czytaj więcej na stronie:
byczdrowym.info



Szeroki arsenał terapii nowotworu płuca

Dzięki nowoczesnym metodom leczenia pacjenci z niedrobnokomórkowym rakiem płuca mogą żyć znacznie dłużej, a choroba jest dla nich mniej uciążliwa.



Dr n. med. Katarzyna Stencel

Kierownik Oddziału Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Diennej Chemioterapii Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu

Jakie wczesne objawy mogą sugerować niedrobnokomórkowego raka płuca i dlaczego rak płuca często bywa wykrywany zbyt późno?

Osoby palące, choć nie tylko, powinno zaalarmować pojawienie się intensywnego, przewlekłego kaszlu. Jeśli stał się on nawrotowy, to jest to pierwsze wskazanie w kierunku nowotworu płuca. W sezonach infekcyjnych rozpoznanie kaszlu jako możliwego symptomu raka jest dla lekarzy rodzinnych jednak dużym wyzwaniem. Inne objawy, które powinny budzić niepokój, to krwioplucie oraz osłabienie kondycji fizycznej, a także dolegliwości bólowe kręgosłupa, które świadczą już o zaawansowanym procesie nowotworowym. Jak widać, wiele z tych objawów jest niespecyficznych, co utrudnia prawidłową diagnostykę.

Na czym polega nowoczesna diagnostyka niedrobnokomórkowego raka płuca i jak wpływa ona na wybór leczenia?

Podstawowym procesem diagnostycznym jest rozpoznanie histopatologiczne. W dobie nowoczesnych terapii samo rozpoznanie nowotworu nie jest już jednak wystarczające, więc należy przeprowadzić dokładniejsze badania, by określić, czy nowotwór jest drobnokomórkowy, czy niedrobnokomórkowy. Tu pomocna jest ekspresja białka PD-L1, dzięki czemu wiemy, czy stosować tylko immunoterapię, czy immunoterapię w połączeniu z chemioterapią.

Jakie metody leczenia są dziś dostępne dla pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca, także w zaawansowanych stadiach choroby?

Sama chemioterapia jest już tylko dodatkiem do bardziej nowoczesnych metod. Dobiera się je w sposób indywidualny dla każdego przypadku – w zależności od stanu zdrowia chorego, jego sprawności, braku przeciwwskazań czy akceptowanych przez niego ewentualnych skutków niepożądanych. Leczenie celowane w drugiej linii jest znacznie lepiej tolerowane przez pacjentów i wykazuje wyższą skuteczność niż tradycyjna chemioterapia. Dzięki temu z choroby śmiertelnej rak niedrobnokomórkowy staje się „jedynie” chorobą przewlekłą. Chory może z nią żyć wiele lat, a sama choroba jest mniej uciążliwa, co podnosi komfort życia pacjenta.

Jakie korzyści płyną z zastosowania terapii sekwencyjnej u pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca ALK+?

Faktycznie, mamy dość szeroki wybór leków ukierunkowanych na aranżację ALK. W takich przypadkach raczej nie stosujemy inhibitora 1. generacji, lecz inhibitory 2. i 3. generacji. I to już w pierwszej linii leczenia. Tu mamy dwie opcje do wyboru – możemy zacząć od 3. generacji, czyli leków o największej skuteczności i najmocniej ukierunkowanych na ośrodkowy układ nerwowy. To jednak wiąże

się z wyższym ryzykiem zaburzeń metabolicznych. Z kolei zaczynając od inhibitorów 2. generacji – które też dobrze oddziałują na ośrodkowy układ nerwowy, a jednocześnie są lepiej tolerowane przez organizm chorego – to jeszcze mamy opcję późniejszego przejścia na leki 3. generacji.



W sezonach infekcyjnych rozpoznanie kaszlu jako możliwego symptomu raka jest dla lekarzy rodzinnych dużym wyzwaniem.

Jaką rolę w skuteczności leczenia odgrywa aktywne uczestnictwo pacjenta w procesie leczenia?

To kluczowe, by pacjent, szczególnie w przypadku terapii doustnych, stosował się do zaleceń lekarskich. Biorąc jednak pod uwagę powagę sytuacji, na ogół chorzy są zdyscyplinowani. Gorzej wygląda jednak kwestia sygnalizowania lekarzom niepożądanych skutków terapii – to niezbędne, by lekarz w porozumieniu z pacjentem optymalnie zaplanowali ścieżkę leczenia.



Czytaj więcej na stronie: byczdrowym.info

 WYWIAD

”

**Już od najmłodszych
lat powinniśmy
wiedzieć, jak zarządzać
swoim stanem zdrowia.**

Prof. dr hab. n. med.

Piotr Rutkowski



Priorytety w onkologii i kardiologii

Nowotwory i choroby układu krążenia zabierają najwięcej ludzkich istnień i mają wiele wspólnych czynników ryzyka. Lekarze łączą więc siły i przedstawiają pięć postulatów, komentując: „Jakbyśmy to zrobili, to żylibyśmy wiele lat dłużej”. Podkreślają, że profilaktyka i nakłady na naukę są inwestycją we wspólną przyszłość.

Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, pełnomocnik Dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych

Jakie są największe wyzwania w budowaniu świadomości społecznej na temat profilaktyki chorób nowotworowych i kardiologicznych?

W onkologii go proc. zachorowań zależy od czynników zewnętrznych i stylu życia. Wiele z nich jest wspólnych z tymi, jakie występują w chorobach kardiologicznych. To przede wszystkim palenie tytoniu. Do innych czynników należą styl życia związany z otyłością i odżywianiem, alkohol oraz brak ruchu. Specyficzne dla profilaktyki onkologicznej jest np. ograniczenie ekspozycji na promieniowanie UV (dotyczy nowotworów skóry) czy szczepienia (WZW typu B, HPV). W profilaktyce wtórnej mamy programy badań przesiewowych. W kardiologii to chociażby pomiar ciśnienia tętniczego, a w onkologii np. profilaktyka raka jelita grubego, raka piersi czy raka szyjki macicy.

Ważne jest to, żeby postępowała edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży. Już od najmłodszych lat powinniśmy wiedzieć, jak zarządzać swoim stanem zdrowia. To, oprócz walki z otyłością i paleniem, jeden z pięciu postulatów przedstawionych przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne (PTO) i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK). Do pozostałych należą zwiększenie wydatków na profilaktykę (obecnie mamy drugi najniższy wynik w UE – 1,9 proc. budżetu na zdrowie) oraz „Kalendarz zdrowia w twoim telefonie” (wykorzystanie IKP jako osobistego asystenta zdrowia). Jakbyśmy to zrobili, to żylibyśmy wiele lat dłużej.

Inicjatywy takie jak „Prawo do zapomnienia” pokazują, że opieka nad pacjentem nie kończy się na leczeniu. Jak jeszcze można poprawić życie osób po chorobie nowotworowej?

„Prawo do zapomnienia” ma głęboki przekaz społeczny. Chodzi o to, że

osoba wyleczona z nowotworu nie może być dyskryminowana w taki sposób, że nie otrzyma kredytu hipotecznego. W tej chwili już około 11 krajów UE wprowadziło regulacje mówiące o tym, że po 5 lub 10 latach od zakończenia terapii można tego faktu nie zgłaszać ubezpieczycielowi albo że zgłoszenie w żaden sposób nie wpływa na przyznawanie kredytu.

Poza tym postulujemy, żeby po zakończeniu przynajmniej leczenia zabiegowego choroby nowotworowej takie osoby miały szybką ścieżkę rehabilitacyjną. Obecnie wpadają one w ten sam schemat i kolejkę, co np. osoby z przewlekłymi chorobami układu mięśniowo-stawowego. To jest absolutne nieporozumienie, bo jeśli w odpowiednim czasie nie zrehabilitujemy pacjentów po leczeniu choroby nowotworowej, to później z reguły ci ludzie nie będą sprawni.

Wytyczne, takie jak paszport onkologiczny czy rekomendacje dotyczące płodności i immunoterapii, zmieniają sposób organizacji opieki. Jakie są z tego korzyści?

Niektóre rzeczy już działają i są refundowane, na przykład procedury dotyczące zachowania płodności. W kontekście paszportu onkologicznego ważne jest wprowadzenie karty eDiLO jako jego załącznika. Dzięki temu po zakończeniu terapii onkologicznej nie tylko pacjent, ale i kolejny lekarze będą mieli pełną wiedzę o tym leczeniu. Znajdą się tam jasne zalecenia, plan dalszego postępowania np. na temat fizjoterapeutycznej rehabilitacji, szczepień ochronnych czy opieki stomatologicznej. Dziś jako onkolodzy musimy wystawiać wiele zaświadczeń naszym pacjentom, żeby udowodniać, że mogą normalnie żyć.

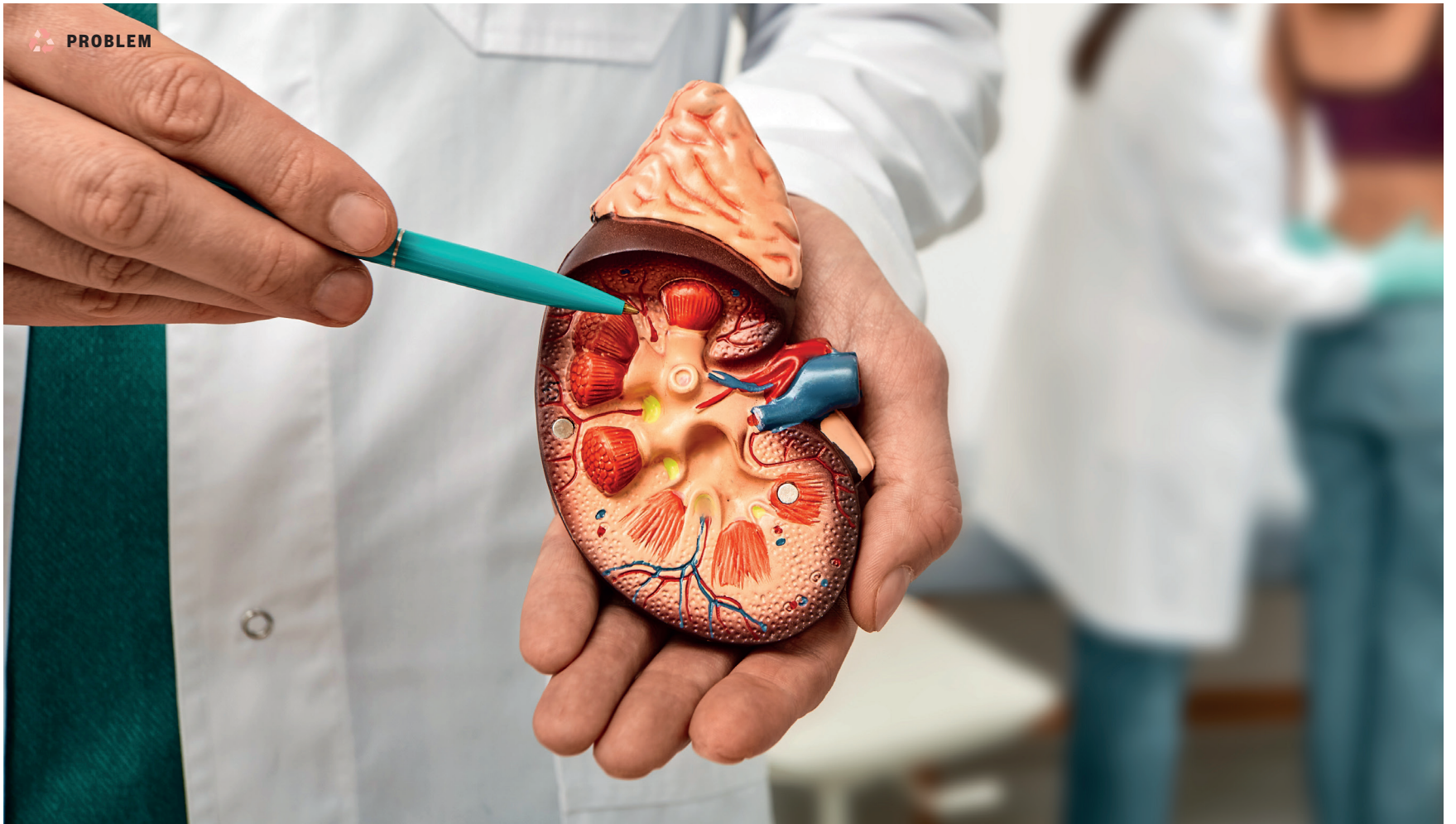
Coraz większe znaczenie mają narzędzia wspierające lekarzy w diagnozowaniu i podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Jakie są kierunki rozwoju w tym obszarze?

Pierwszy z nich to superpersonalizacja leczenia oparta na diagnostyce molekularnej. Przykładem jest również zaawansowana profilaktyka raka szyjki macicy w postaci testu molekularnego HPV DNA. Drugim jest zastosowanie immunoterapii w wielu wskazaniach i również jej personalizacja. Istotna jest też digitalizacja, również z uwzględnieniem zastosowania narzędzi wspieranych przez AI. Już z tego korzystamy, np. planowanie radioterapii odbywa się często na podstawie algorytmów sztucznej inteligencji. Za chwilę AI wkroczy też do oceny badań mammograficznych czy przesiewowych w kierunku raka płuca.

Które obszary nauki wymagają dziś największego wsparcia?

Polska poczyniła ogromny krok za sprawą Agencji Badań Medycznych, która jako jedna z nielicznych w tej części kontynentu odpowiada trendom Europy Zachodniej. Nasi naukowcy mogą organizować niekomercyjne akademickie badania kliniczne, do wsparcia których rządzący powinni przywiązywać większą wagę. Może się to bowiem bardzo szybko przekładać m.in. na właściwe leczenie pacjenta, nawet tymi samymi terapiami, ale w inny sposób.

Potencjał tkwi też w organizacji badań klinicznych. Dzięki temu możliwe jest szybsze objęcie pacjentów nowymi terapiami, a my jako kraj zyskujemy lepszy dostęp do nowatorskich działań biotechnologicznych. Powinniśmy jednak zadbać o lepsze regulacje prawne, bo zamiast szybkich ścieżek budujemy bariery administracyjne.



Rak nerki rozwija się bezobjawowo

Można powiedzieć, że nowotwór nerki rozwija się w ukryciu, bo we wczesnych stadiach nie daje specyficznych objawów. Pacjenci często ignorują początkowe symptomy, ale to krwimocz najczęściej skłania ich do pojawienia się u lekarza. Tymczasem nowoczesne leczenie pozwala u części uzyskać remisję, nawet w zaawansowanym stadium raka nerki.



Dr n. med. Anna Kopczyńska
Specjalistka onkologii klinicznej, absolwentka UM w Poznaniu, pracuje w Oddziale Chemioterapii USK w Poznaniu, asystent w Klinice i Katedrze Onkologii Klinicznej Poznańskiego Uniwersytetu Medycznego

Jak wygląda epidemiologia raka nerki w Polsce? Kto jest szczególnie narażony na zachorowanie?

Rak nerki stanowi około 5 proc. zachorowań wśród wszystkich nowotworów u mężczyzn i ok. 3 proc. u kobiet. Rocznie notuje się w Polsce ok. 5 tys. zachorowań. Czynnikiem ryzyka najczęściej jest palenie papierosów, ale ostatnio dużo się też mówi o otyłości, nadciśnieniu tętniczym czy przewlekłej chorobie nerek. Choroba częściej rozwija się u pacjentów dializowanych lub po przeszczepie nerki. Nieduża, ale istotna jest też grupa chorych, którzy mają zaburzenia genetyczne – wiąże się to z zachorowaniami w rodzinie.

Jakie objawy mogą sugerować raka nerki?

U pacjentów najczęściej pojawia się krwimocz – to objaw, który powoduje, że chory zgłasza się do lekarza. Może pojawić się również ból w okolicy lędźwiowej oraz ból brzucha. U części pacjentów pojawiają się objawy podobne jak przy zapaleniu dróg moczowych, tj. częstomocz oraz dolegliwości bólowe przy oddawaniu moczu. Rak nerki często jest rozpoznawany przypadkowo, gdy wykonywane jest rutynowe badanie USG jamy brzusznej. Niestety, u 25 proc. chorych nowotwór jest rozpoznawany już na etapie przerzutów. Wtedy objawami mogą być bóle kostne, patologiczne złamania, spadek masy ciała czy pogorszenie stanu ogólnego. Nowotwór nerki w początkowych

stadiach może nie dawać objawów, ale kiedy już się one pojawią, oznacza to, że choroba jest zaawansowana. Niestety, niektórzy bagatelizują niepokojące symptomy i nie zgłaszają się do lekarza odpowiednio wcześniej.

Gdzie powinien zgłosić się pacjent w razie niepokojących symptomów? Jakie badania są kluczowe w diagnostyce raka nerki i jakie leczenie można zaproponować choremu?

W pierwszej kolejności należy zgłosić się do lekarza rodzinnego, który dalej pokieruje pacjenta na badania diagnostyczne i do odpowiedniego specjalisty. Najprostszym i najłatwiejszym badaniem jest ultrasonografia (USG). Pozwala ona określić, czy w nerce znajdują się podejrzanym zmiany. Można też wykonać badanie ogólne moczu – naszą uwagę powinna zwrócić obecność czerwonych krwinek w moczu. Następnie pacjent powinien zostać skierowany do urologa lub onkologa i tam diagnostyka powinna być poszerzona – o tomografię (CT) lub rezonans (MR – gdy są przeciwwskazania do CT). Jeśli szczegółowe badanie potwierdzi guz w nerce, to w zależności od jego wielkości i/lub obecności przerzutów kierujemy pacjenta albo na resekcję całej nerki lub tylko tej części, w której znajduje się guz, albo na biopsję, by potwierdzić rozpoznanie. Obecnie chorzy z zaawansowanym rakiem nerkowokomórkowym od stycznia 2025 roku mają dostęp do szerszego wachlarza opcji terapeutycznych, w tym do

najnowocześniejszego leczenia, jakim jest terapia skojarzona dwóch leków o odmiennych mechanizmach działania. To rewolucyjne rozwiązanie terapeutyczne, które pozwala znacznie poprawić rokowanie – nawet u 11-13 proc. chorych możemy uzyskać całkowitą remisję choroby. Wcześniej udawało się to tylko u ok. 2 proc. pacjentów.



Rak nerki stanowi około 5 proc. zachorowań wśród wszystkich nowotworów u mężczyzn i ok. 3 proc. u kobiet.

Jaką rolę odgrywa współpraca pacjenta z lekarzem w procesie leczenia i jego skuteczności?

Współpraca jest szalenie ważna i stanowi lwią część sukcesu. Jeśli pacjent wykonuje badania, które mu zlecimy, i potem poddaje się leczeniu zgodnie z naszymi zaleceniami, to efekty terapeutyczne są zdecydowanie lepsze. Ważne, aby pacjent miał zaufanie do swojego lekarza i wiedział, jak będzie przebiegał proces diagnostyczny i terapeutyczny na każdym etapie.



Czytaj więcej na stronie:
byczdrowym.info

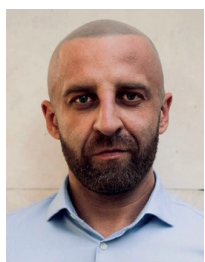
ALLSG-PL-000303

WAŻNE



Chorych na zaawansowanego raka nerki **leczymy dziś zgodnie ze światowymi standardami**

O doborze leczenia w raku nerki decyduje kilka kluczowych czynników, takich jak m.in. typ histologiczny nowotworu czy rokowanie. Od 1 stycznia 2025 roku obowiązuje uaktualniony program lekowy B.10 Leczenie pacjentów z rakiem nerki, dzięki czemu pacjenci zyskali dostęp do nowoczesnych terapii w chorobie zaawansowanej. Jak przekłada się to na perspektywę chorego?



Dr hab. n. med. Jakub Kucharz, prof. NIO-PIB
Kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Moczowego, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, członek zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej – sekretarz

Jakie są aktualne standardy leczenia zaawansowanego raka nerki?

Wybór leczenia zależy od kilku czynników. Pierwszym i podstawowym jest typ histologiczny. Kolejnym jest ocena ryzyka według skali rokowniczej w raku nerkowokomórkowym (IMDC – ang. International Metastatic RCC Database Consortium). W zależności od tych parametrów dokonujemy wyboru leczenia pierwszej linii. U pacjentów z rakiem jasnokomórkowym z rokowaniem korzystnym w pierwszej linii leczenia stosujemy monoterapię lekiem antyangiogennym i zmieniamy leczenie w przypadku progresji choroby. Inaczej sytuacja wygląda u pacjentów z grupy o rokowaniu pośrednim i niekorzystnym. Podstawą w ich leczeniu jest immunoterapia. Dysponujemy w niej dwiema opcjami: połączeniem dwóch leków immunokompetentnych albo połączeniem leku immunokompetentnego i leku antyangiogennego. Pierwsze ważne zmiany w programie lekowym B.10 Leczenie pacjentów z rakiem nerki dokonały się w 2022 roku, kiedy znacząco poszerzono dostęp do nowoczesnych terapii – poprzez refundację immunoterapii dwulekowej. Tym, co pojawiło się od stycznia 2025 roku w ramach uaktualnionego programu i na co bardzo czekaliśmy, jest połączenie leku immunokompetentnego z lekiem antyangiogennym. Oczekiwaliśmy tego, bo profil pacjentów, których kwalifikujemy do poszczególnych opcji terapeutycznych, jest odmienny. W tej chwili leczenie raka nerki możemy maksymalnie

dopasować do potrzeb naszych pacjentów i prowadzić je zgodnie z zaleceniami towarzystw naukowych.

W jaki sposób dostępność nowych terapii wpływa na rokowanie i jakość życia pacjentów z zaawansowanym rakiem nerki w Polsce?

Terapie skojarzone z leku antyangiogennego i immunokompetentnego wykazują najwyższy odsetek odpowiedzi obiektywnych, czyli sytuacji, kiedy uzyskujemy znaczące zmniejszenie masy nowotworu. Schemat łączący terapie o zróżnicowanych mechanizmach działania cechuje również niski odsetek pierwotnych oporności na leczenie. Ta forma leczenia jest leczeniem z wyboru u pacjentów, którzy mają chorobę agresywną, związaną z dużą liczbą objawów, czyli w sytuacji, w której najważniejszym celem w działaniu jest opanowanie choroby. Z kolei dwulekowa immunoterapia to leczenie, które potrzebuje nieco więcej czasu, żeby zadziałać, i jest związane z mniejszym odsetkiem odpowiedzi na leczenie, ale jeżeli odpowiedź się pojawi, często jest długotrwała. W doborze leczenia ważne jest też to, w jakich lokalizacjach znajdują się zmiany przerzutowe. Wiemy, że część lokalizacji przerzutów, jak na przykład kości czy ośrodkowy układ nerwowy, to lokalizacje związane z gorszym rokowaniem i bierzemy to pod uwagę. W tej chwili pacjentowi możemy opowiedzieć o tym, jak choroba wygląda z naszego punktu widzenia i co jest naszym głównym celem w momencie rozpoczynania leczenia. Możemy

też powiedzieć, że mamy możliwość dopasowania leczenia maksymalnie do potrzeb danego pacjenta.

Jakie są główne wyzwania związane z leczeniem raka nerki u pacjentów z pośrednim lub niekorzystnym rokowaniem?

Kluczową kwestią jest opracowanie dla poszczególnego chorego odpowiedniej strategii leczenia, czyli rozważenia opcji leczenia miejscowego i odpowiedni wybór leczenia systemowego.

”

W tej chwili leczenie raka nerki możemy maksymalnie dopasować do potrzeb naszych pacjentów i prowadzić je zgodnie z zaleceniami towarzystw naukowych.

Wymaga to bardzo wnikliwej analizy sytuacji klinicznej pacjenta. Ważnym elementem jest też odpowiednia dbałość o tzw. leczenie wspomagające, czyli wszystko to, co powoduje, że zmniejszamy ryzyko działań niepożądanych i poprawiamy tolerancję leczenia. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych ważna jest wczesna i adekwatna interwencja.



Czytaj więcej na stronie:
byczdrowym.info

ALLSG-PL-000304

WYZWANIA



5 zasad postępowania w przypadku podejrzenia lub diagnozy nowotworu

Fundacja Alivia opracowała 5 zasad postępowania w przypadku podejrzenia lub diagnozy nowotworu. Ogromna część chorych ma duże szanse na efektywne leczenie i ważne jest, aby wiedzieć, jak działać pomimo emocji, które towarzyszą początkom choroby.

Fundacja Alivia

Już ponad 1,17 mln osób w Polsce żyje z rakiem, a co roku diagnozę choroby otrzymuje ponad 160 tys. pacjentów. Mimo tak wysokich wskaźników zachorowań wielu z nas nadal nie wie, jak postępować w przypadku podejrzenia lub diagnozy nowotworowej. Podobnie mało kto wie, jak się zachować w momencie, gdy o diagnozie opowie osoba bliska, kolega



Z kartą DiLO czas na wykonanie wstępnej diagnostyki onkologicznej nie powinien przekroczyć 4 tygodni.

z pracy czy przyjaciółka. Zagubienie to naturalna reakcja, której często towarzyszy poczucie, że świat się właśnie zatrzymał. W takiej chwili ważne jest, aby otrzymać lub okazać wsparcie, zadbać o właściwą diagnozę i wybór najefektywniejszej z możliwych ścieżek leczenia.

Mam raka i co dalej?**Uzyskaj kartę DiLO!**

Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) to specjalny dokument, który przyspiesza dostęp do lekarzy i badań. Może ją wystawić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (tzw. lekarz rodzinny), inny specjalista w przychodni ambulatoryjnej lub lekarz prowadzący w szpitalu, w którym przebywa pacjent. Z kartą DiLO czas na wykonanie wstępnej diagnostyki onkologicznej nie powinien przekroczyć 4 tygodni. Następnie, podczas pogłębionej diagnostyki, w ciągu maksymalnie 3 tygodni powinno nastąpić określenie szczegółowych cech nowotworu, aby rozpocząć najwłaściwsze leczenie.

Nie wiesz, co dalej?**Odezwij się do Onkofundacji Alivia!**

Jeśli masz podejrzenie lub diagnozę raka, nie jesteś sam. Skontaktuj się z Onkofundacją Alivia. Opisz swoją sytuację, a otrzymasz instrukcję, co robić, krok po kroku. Fundacja podpowie, jak wybrać odpowiednią placówkę medyczną, gdzie najszybciej zrobić badania i szukać informacji pomocnych w procesie leczenia. Możesz skontaktować się telefonicznie pod numerem +48 22 266 03 40 lub przez formularz na stronie Onkofundacji: alivia.org.pl/szukasz-pomocy.

Skonsultuj diagnozę z innym lekarzem!

Zasięgnięcie drugiej opinii to bardzo ważna sprawa. Umów się do specjalisty, który ma doświadczenie w leczeniu Twojego typu nowotworu. Może on spojrzeć na wyniki badań świeżym okiem, potwierdzić diagnozę, zasugerować kolejne badania lub skuteczniejsze terapie. Dzięki temu upewnisz się, że jesteś w dobrych rękach lub zyskasz dodatkowe informacje, które pomogą w podjęciu decyzji dotyczących leczenia.

Znajdź wsparcie w bliskiej osobie!

Nie przechodź przez to sam. Ktoś, komu ufasz, może towarzyszyć Ci podczas wizyt lekarskich, pomóc w zadawaniu pytań i lepiej zrozumieć zalecenia. Wspólnie łatwiej znieść trudności związane z diagnozą i leczeniem.

Skorzystaj z darmowych konsultacji z psychoonkologiem!

Diagnoza raka to ogromne obciążenie emocjonalne. Nie bój się szukać wsparcia. Korzystanie z pomocy psychologa lub psychoonkologa może pomóc Ci uporządkować myśli i lepiej radzić sobie z lękiem. Onkofundacja Alivia oferuje bezpłatną pomoc psychologiczną – warto z niej korzystać od samego początku mierzenia się z chorobą.



Czytaj więcej na stronie: byczdrowym.info

AKADEMIA ŚWIADOMEGO PACJENTA



Dowiedz się więcej o zdrowiu,
zrób pierwszy krok w kierunku lepszego
zrozumienia opieki medycznej



Zapraszamy
do **Akademii**
Świadomego Pacjenta

accord
We make it better