

ONKOLOGIA | HEMATOLOGIA Kompendium zdrowia

kompendium.pl

rzetelnie i z największym zasięgiem

NOWOTWORY STAJĄ SIĘ CHOROBYMI PRZEWLEKŁYMI



My, kobiety, troszczymy się o dzieci,
o mężów, o kota, o psa,
a badanie siebie
stale odsuwamy w czasie.

Krystyna Janda

Prawdziwa męska odwaga
to nie unikanie badań,
ale odpowiedzialność za siebie
i za swoich najbliższych.

Krzysztof Hołowczyc**Jolanta
Sobierańska-
Grenda**

Moja recepta na zdrowie

**Craig
C. Mello**

Nadchodzą świetne terapie

**Jacek
Jassem**

Rak staje się przewlekły

**Maciej
Krzakowski**

Postęp daje nadzieję

**Wiesław
Jędrzejczak**

Od transplantacji do CAR-T

**Jerzy
Hołowiecki**Rozwój w hematologii
nie zwalnia**Beata
Jagielska**

Onkologia 2025/2026

**Krzysztof
Giannopoulos**

Hematologia 2025/2026



Pacjencie, bądź świadomy

Postęp w medycynie daje nowe
szanse, ale najważniejsza jest
postawa chorego

Profilaktyka czerniaka

Ochrona przed słońcem
i obserwacja własnego ciała
są najważniejsze

Schorzenia urologiczne

W sytuacjach wątpliwych trzeba
myśleć o chorobach rzadkich

Nadchodzą świetne terapie

Czy potrafimy wyciszyć geny odpowiedzialne za raka? Metody oparte na interferencji RNA działają niesamowicie dobrze. Są bezpieczne i wysoce specyficzne. Pozwalają nam ukierunkować terapię na konkretny gen. Działają przez miesiące od pojedynczej dawki. Nie mają skutków ubocznych – przekonuje w rozmowie z Kompendium prof. **Craig C. Mello**, laureat Nagrody Nobla.

W 2006 roku otrzymał pan wraz z Andrew Fire Nagrodę Nobla za odkrycie mechanizmu interferencji RNA, czyli wyłączania genów poprzez krótkie cząsteczki RNA. To jednak niejedyny mechanizm, jaki zna biologia. Innym jest epigenetyka, czyli włączanie lub wyłączanie genów za pomocą „chemicznych pieczęci” stawianych na DNA. Ta dziedzina nauki w ostatnich latach bardzo się rozwija. Czy realnie przełoży się ona na leczenie chorób, w których geny nie działają tak, jak trzeba?

Ludzie zazwyczaj rozumieją epigenetykę jako coś, co nie jest zapisane w DNA, ale mimo to jest przekazywane z komórki do komórki podczas jej podziału. Coś, co jest strażnikiem naszych genów. Tymczasem w przebiegu ewolucji powstało tyle mechanizmów w naszym ciele, które to robią! Są niezliczone sposoby, za pomocą których organizm kontroluje własne geny, wielu z nich jeszcze nie do końca rozumiemy lub nawet nie znamy.

Myślę, że kluczowe jest to, że odkryliśmy, iż zmiany epigenetyczne są manifestacją tego, jak wpływa na nas środowisko. Geny to nie wszystko, to tylko zapis, na który może być naniesiona korekta.

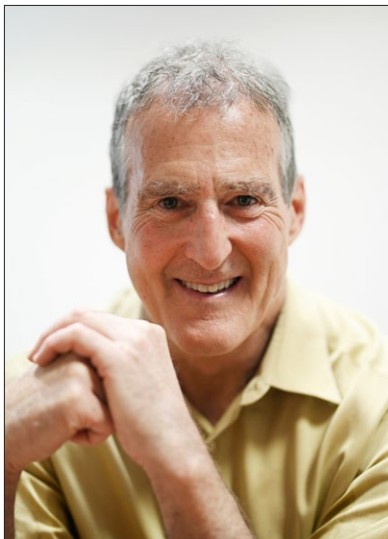
Ta debata sięga czasów Lamarcka i Darwina. Jeszcze zanim dowiedzieliśmy się o istnieniu DNA, ludzie spekulowali na temat tego, skąd pochodzi informacja, np. o tym, jak wyglądamy. Czy można ją dziedziczyć? Czy w ogóle cechy nabyte mogą być dziedziczone? A może w chwili połączenia się komórki jajowej z plemnikiem wszystko się zeruje i powstająca z takiego połączenia zygota jest „białą kartą”?

W XIX wieku Jean-Baptiste Lamarck ogłosił swoją teorię dziedziczenia cech nabytych. Zakładała ona, że organizmy mogą przekazywać potomstwu cechy fizyczne nabyte przez rodziców w trakcie ich życia. Jako klasyczny przykład Lamarck podawał żyraby, których szyje – według niego – wydłużyły się w wyniku wielopokoleniowego sięgania po liście z wysokich drzew. Nabyte w ten sposób cechy miały być dziedziczone przez kolejne pokolenia.

Teoria lamarkizmu została jednak odrzucona przez naukę, ponieważ brakowało dowodów na to, że cechy nabyte mogą być dziedziczone genetycznie – z wyjątkiem trwałych zmian w DNA, czyli mutacji. Dziś okazuje się, że nauka się pospieszyła, „wydając wyrok” na Lamarcka.

Jest wiele sposobów myślenia o koncepcji informacji epigenetycznej, ale kluczowe jest uznanie, że naszym życiem steruje także informacja, która nie jest zakodowana w DNA, i z pewnością może być ona przekazywana z pokolenia na pokolenie! Może być namnażana niezależnie od DNA.

prof. Craig C. Mello
laureat Nagrody Nobla
w dziedzinie medycyny lub
fizjologii z 2006 r., profesor
medycyny molekularnej na
University of Massachusetts
Medical School



Wyciszanie genów za pomocą interferencji RNA też jest swego rodzaju zjawiskiem epigenetycznym?

Uważam, że tak. Interferencja RNA to zjawisko wyciszenia albo wyłączenia ekspresji genu przez dwuniciowy kwas RNA o budowie i sekwencji zbliżonej do sekwencji DNA wyłączanego genu. Wyłączenie to może się odbywać na trzech poziomach. Po pierwsze, degradacji mRNA, czyli procesie rozkładu informacyjnego RNA w komórce – tego, który przenosi informację o zapisie genetycznym dalej, by ostatecznie powstało na jego podstawie białko. Jest to ważny mechanizm regulacji ekspresji genów, pozwalający na kontrolowanie ilości i jakości produkowanych białek. Po drugie, na blokowaniu translacji mRNA, czyli „przepisywaniu” informacji genetycznej na białko. Po trzecie, prawdopodobnie również przez zapoczątkowanie epigenetycznego wyciszenia genu przez małe cząsteczki RNA, które są przekazywane oddzielnie, np. w komórce. To one są wspomnianymi stemplami stawiającymi pieczęć na zapisie genetycznym.

W komórkach zarodka istnieje mnóstwo małych RNA, które obecnie się bada, przypiętych do tzw. białek wyszukiwawczych. Te kompleksy odszukują z niezwykłą prędkością określone sekwencje genetyczne, ślizgając się po nici DNA, i gwarantują, że dany gen zostanie namierzony i wyłączony. Zatem przekazują informację epigenetyczną.

Czy tę wiedzę można przełożyć na medycynę, na leki?

Oczywiście, po to badamy te niezwykle mechanizmy. Założmy, że eksperymentalnie możemy wyciszyć dany gen. To jeden z powodów, dla których zdecydowałem się pracować nad tym zjawiskiem, ponieważ podczas badań nad milimetrowym robaczkiem (*Caenorhabditis elegans*), który jest sztandarowym modelem do badań genetycznych,

Organizmy mają niezwykłą zdolność do włączania i wyłączania swojej informacji genetycznej. A medycyna zaczyna to wykorzystywać.

widziałem na własne oczy, że to działa. Naukowcy mogą wyłączyć dany gen z DNA tego nicienia, a następnie jego potomstwo odziedziczy to wyciszenie.

To absolutne piękno natury. Istnieje w niej sposób na regulację genów, która jest nie tylko ważna dla danego osobnika, ale także dla jego potomstwa. Wiedzieliśmy, że ten mechanizm musi być potężny, bo gdyby nie był, wykonana przeze mnie manipulacja na DNA wspomnianego robaczka sama dawno by zniknęła z danej populacji. Organizmy mają więc tę niezwykłą zdolność do włączania i wyłączania swojej informacji genetycznej. A medycyna zaczyna to wykorzystywać.

Ale terapie oparte na wyciszaniu genów długo nie dawały rezultatów.

To prawda. Ale taka jest nauka. Nie zawsze da się naukowe odkrycie od razu przełożyć na praktykę medyczną, zwłaszcza jeśli mówimy o tak złożonych mechanizmach, jak „grzebanie przy genach”. Ewolucja dobrze je zabezpieczyła. Jednak od początku wiedzieliśmy, że to po prostu musi zadziałać. I ten rodzaj terapii jest rzeczywiście skuteczny i bezpieczny. Pozwala nam ukierunkować terapię na konkretny gen. Działa przez miesiące od podania pojedynczej dawki. Nie ma skutków ubocznych! Poza lekkim zaczerwienieniem w miejscu wstrzyknięcia.

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zatwierdziła już kilka leków opartych na technologii RNAi – głównie leki na schorzenia wątroby – a kolejne są obecnie poddawane badaniom klinicznym, m.in. w leczeniu chorób genetycznych, schorzeń układu krążenia, a nawet niektórych nowotworów. Uważamy, że niedługo powstaną terapie na takie choroby, jak stwardnienie zanikowe boczne czy choroba Huntingtona. Wierzmy, że ostatecznie omawiane technologie będą działać w przypadku całej gamy schorzeń, w tym raka.

Dlaczego te prace idą tak wolno?

Ponieważ są niedoinwestowane. Nie ma funduszy na tego rodzaju badania biomedyczne. To przykre, ponieważ mamy narzędzia do planowania skutecznych terapii genetycznych, ale nie mamy pieniędzy na ich wdrożenie. Możliwości tworzenia leków opartych na interferencji RNA znacznie przerosły moje oczekiwania. To smutne, że nie stawiamy na wykorzystanie tego w praktyce. W jakimś sensie jest to nasza wina jako naukowców. Nie wyjaśniliśmy wystarczająco dokładnie, jak ogromne wsparcie to odkrycie może dać współczesnej medycynie.

„Grzebanie w genach” przeraża ludzi.

To kwestia nietrafnego nazewnictwa. Medycyna oparta na genetyce człowieka ma niesamowity potencjał dla zachowania zdrowia ludzi. Możemy znacząco poprawić jakość naszego życia, kondycję i wpłynąć na długowieczność. Wszyscy powinni być tym podekscytowani! To prawda, że dotykamy nietykalnego, czyli naszego DNA, ale przecież z drugiej strony nikt nie chce chorować. Nie godzimy się na to, że nasi bliscy umierają na raka czy cierpią na choroby, u których podstaw leżą wadliwe geny. Metoda interferencji RNA mogłaby przyjść w części z tych przypadków z pomocą.

Jednak świat przeżywa wyraźny kryzys zaufania do nauki. Jak przekonać ludzi, aby zaakceptowali osiągnięcia współczesnej medycyny, nowe innowacyjne leki lub szczepionki?

Jedynym sposobem jest lepsza komunikacja. Musimy bardziej zrozumiale przekazywać informacje o tym, co już zostało osiągnięte. Jeśli masz cukrzycę typu 1, tak jak moja córka, doceniasz leki, ponieważ bez nich umierasz.

Ze szczepionkami jest o tyle gorzej, że ludzie się szczepią po to, żeby nie chorować w przyszłości. A ponieważ nie chorują, to nie widzą tej bezpośredniej zależności choroba – śmierć. Myślą, że jak się nie zaszczepią, to nic się nie wydarzy.

Łatwiej jest przekonać ludzi chorujących. Ludzie doceniają leki, które zmieniają ich życie. Natomiast prawdopodobnie raczej nie doceniają metod, które zapobiegają chorobom. Dlatego profilaktyka jest tak trudna. Nadchodzą naprawdę świetne terapie, które poprawią zdrowie nas wszystkich. Ale jeśli teraz się zatrzymamy, cofniemy się w czasie.

rozmawiała
Margit Kossobudzka



Patroni, partnerzy instytucjonalni oraz wsparcie medialne:



GLÓSPACJENTA.PL



ONKOLOGIA edupl



Chorobyrazdanie.edu.pl



WYDANIE: GRUDZIEŃ 2025

Wydawca: COMPLETE MEDIA
Ul. Mokotowska 1, 00-640 Warszawa
Kontakt: (+48) 602 73 16 16,

marek.klopowski@complete-media.pl

Fotografie: PAP, Ministerstwo Zdrowia, zdjęcia od autorów i rozmówców, zasoby własne, shutterstock.com, istock.com.

Tytuły, leady, wybicia i śródtytuły pochodzą od redakcji. Estymacja zasięgu oparta m.in. na zasięgu organicznym, wynikającym z merytorycznego i kompleksowego charakteru publikacji.

Materiały zawarte w „Kompendium zdrowia” są opiniami autorów i nie mogą być traktowane jako wiążące instrukcje medyczne.

Mira Suchodolska – dziennikarka Serwisu Zdrowie PAP
Monika Grzegorzowska – dziennikarka Serwisu Zdrowie PAP

Partnerzy:



Pierre Fabre
Médicament





Koniec zasłaniania się genami

Pomimo iż rodzimy się z lepszymi i gorszymi genami, to to, jak długo będziemy żyć, zależy zaledwie w 20-30 proc. od genów. Reszta zależy od środowiska, w jakim żyjemy, od stylu życia, od tego, czy zdrowo jemy, czy się ruszamy itp., itd. – tłumaczy prof. **Tomasz Wojdacz**.

Przez lata uważało się, że nowotwór to wypadkowa trzech czynników. Genów, z jakimi przychodzimy na świat, wieku i trybu życia. Na dwa pierwsze elementy nie mamy wpływu, na ostatni tak. Czy ta prawda nadal obowiązuje?

Tak, choć rola genów, jakie dostajemy od rodziców, przez lata była w onkologii przeceniana.

Podam przykład. Jeśli chodzi o raka piersi, to słynna mutacja, jaką dziedziczymy po rodzicach w genie BRCA1, w polskiej populacji odpowiedzialna jest za 4-5 proc. zachorowań. A to najczęstsza z odziedziczonych mutacji powodujących nowotwory.

Przez lata usilnie szukaliśmy dziedzicznych zmian w naszym DNA wywołujących nowotwory. Te badania nagle, po 2005 roku, przyspieszyły. Nauczyliśmy się bowiem sekwencjonować całe ludzkie genomy.

I tu czekał nas zawód. Otóż niczego bardziej istotnego niż wspomniany BRCA1 nie znaleźliśmy. Zrozumieliśmy też, że pewnie już nie znajdziemy.

Zgodzi się pan jednak, że większość naszych chorób ma podłoże genetyczne?

Choroby stricte genetyczne są chorobami rzadkimi. To na ogół schorzenia jednogenowe, tj. związane z zepsuciem jednego genu. A są rzadkie, ponieważ ewolucja pracuje nad tym, by się wadliwego genu pozbyć.

Zgadzam się natomiast z panem, że wszystkie choroby cywilizacyjne mają czynnik genetyczny. Wyniki ostatnich badań wskazują np., że w zwiększenie o ok. 20 proc. ryzyka cukrzycy typu 2 zaangażowanych jest ok. 150 genów. Podobnie jest z chorobami kardiowaskularnymi i z nowotworami.

Musimy jednak rozróżnić dwie rzeczy. A więc to, co dostajemy od rodziców, i to, co dzieje się później, czyli tzw. mutacje somatyczne, zachodzące tylko w niektórych komórkach naszego organizmu. One, podobnie jak nowotwór, umrą wraz z nami, nie są więc przekazywane następnym pokoleniom.

Skoro jednak nie mutacje otrzymane od rodziców są bezpośrednim powodem nowotworów, to co nim jest?

Kiedyś myśleliśmy, że to właśnie mutacje somatyczne powodują nowotwory, ale gdy zaczęliśmy sekwencjonować DNA nowotworów, znowu okazało się, że nie są one na tyle częste, by wytłumaczyć proces powstawania choroby.

No i tu dochodzimy do epigenetyki i do koncepcji, że jeżeli psują się nie same geny, to może zaczynają szwankować mechanizmy kontrolujące ich działanie.

I właśnie to bada epigenetyka – mechanizmy epigenetyczne i ich rolę w rozwoju człowieka oraz powstawaniu chorób, w tym nowotworów.



dr hab. n. med. Tomasz K. Wojdacz
profesor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i Uniwersytetu w Aarhus w Danii, prezes i współzałożyciel Międzynarodowego Towarzystwa Epigenetyki Molekularnej i Klinicznej

Jakie to mechanizmy?

Najlepiej poznanym jest metylacja DNA, a więc proces przyłączania grup metylowych do genów. Upraszczając, gdy taka grupa przyłącza się do genu, przestaje on działać.

W tym, że gen nie działa, nie musi być nic złego. W normalnie funkcjonującej komórce jedne geny działają, inne nie, np. komórka nerwowa nie potrzebuje genów, które umożliwiają komórce mięśniowej kurczenie się, i na odwrót. Ale już zaburzenie procesu włączania i wyłączania genów, czyli mechanizmów epigenetycznych, w naszych komórkach, przez czynniki środowiskowe, takie jak np. niezdrowy styl życia, okazało się kluczowe w rozwoju chorób.

Dawniej sądziliśmy, że będziemy naprawiać chore geny, jednak nadzieje związane z taką terapią spaliły na panewce.

Terapia genowa ma wciąż sens w przypadku chorób rzadkich, gdzie trzeba naprawić jeden gen. Wyobraża pan sobie, że w przypadku cukrzycy naprawiamy ok. 150 miejsc w genomie?

To niewykonalne.

To samo dotyczy nowotworów – plagi naszych czasów.

Na dodatek – jak mówiłem – same geny odpowiadają jedynie za bardzo niewielką część ryzyka chorób. I one wcale nie muszą dojść do głosu, bo kluczowe dla ekspresji genów jest środowisko, w którym żyjemy. Tak jest w przypadku nowotworów, tak jest w przypadku cukrzycy.

Zaczynamy dopiero odkrywać te zależności, i w tym zakresie epigenetyka jest kluczowa. Bo okazuje się, że pomimo iż rodzimy się z lepszymi i gorszymi genami, to to, jak np. długo będziemy żyć, zależy zaledwie w 20-30 proc. od genów.

Reszta zależy od środowiska, w jakim żyjemy, od stylu życia. Od tego, czy zdrowo jemy, czy się ruszamy itp., itd.

W raku piersi słynna mutacja, jaką dziedziczymy w genie BRCA1, odpowiedzialna jest tylko za 4-5 proc. zachorowań. A to najczęstsza z dziedziczonych mutacji powodujących nowotwór.

Na pewne elementy środowiska mamy niewielki wpływ, np. na jakość powietrza, jakim oddychamy. W naszym stylu życia jest jednak mnóstwo spraw, które możemy zmienić.

W ten sposób dochodzimy do konkluzji, że tłumaczenie się genami w przypadku większości chorób nie ma zbyt wiele sensu.

Każdy z nas wie, że nawet jak doprowadzimy się do choroby cywilizacyjnej, psując nasze mechanizmy epigenetyczne, prostą interwencją, jaką jest zmiana stylu życia, możemy je, przynajmniej częściowo, naprawić.

W idealnym świecie, w którym środowisko nie oddziaływałoby negatywnie na organizm, żylibyśmy pewnie po 150 lat bez chorób i bardzo wolno się starzeli. Tak, niestety, nie jest.

Z drugiej strony doskonale wiadomo, że zdrowy styl życia obniża ryzyko chorób. Tylko teraz badania epigenetyczne odkrywają przed nami molekularne mechanizmy tego zjawiska.

Ale to też wielka szansa dla nas, bo możemy mieć realny wpływ na to, czy zachorujemy.

Zgoda. Z tym że ta teza nie jest wygodna. Znacznie łatwiej powiedzieć, że w naszej rodzinie są złe geny, i nic nie robić.

W jakim stopniu osiągnięcia epigenetyki przekładają się już na zdrowie pacjentów?

Najbardziej rozwinięta jest epigenetyka onkologiczna, ale jednocześnie coraz więcej badań epigenetycznych dotyczy chorób cywilizacyjnych.

W onkologii największym osiągnięciem badań epigenetycznych jest test pozwalający na wczesne wykrywanie nowotworu w tzw. płynnej biopsji, czyli próbce krwi.

Ponieważ nowotwory we wczesnych etapach rozwoju nie boją, najczęściej wykrywane są w stanie rozsianym, co zasadniczo zmniejsza szanse chorych na wyleczenie. Gdybyśmy byli natomiast w stanie diagnozować nowotwór prostym testem w czasie, gdy choroba się zaczyna i szanse na wyleczenie są ogromne, zrewolucjonizowalibyśmy całą onkologię.

Jestem pacjentem onkologicznym. Mój nowotwór na szczęście zdiagnozowany został bardzo wcześnie i operacja zakończyła sprawę. I tak może być w przypadku większości nowotworów.

Co może pokazać płynna biopsja?

Od lat wiedzieliśmy, że DNA rozwijającego się nowotworu krąży we krwi.

W USA kilka lat temu przeprowadzono dużą próbę kliniczną. Pobrano próbki krwi od zdrowych osób. Następnie badano, czy jesteśmy w stanie wykryć w nich DNA rozwijającego się nowotworu, a z kolei w tym DNA mutacji albo zmian metylacji charakterystycznych dla nowotworu.

Okazało się, że w odniesieniu do mutacji takiego testu nie da się opracować, natomiast

zmiany metylacji są na tyle specyficzne, że można w ten sposób doskonale diagnozować nowotwory.

Które z nich?

Początkowo myśleliśmy, że wszystkie jednym testem. Okazało się, że to nie takie proste. Najważniejsze jednak było to, że zyskaliśmy dowód, iż epigenetyka może rzeczywiście zrewolucjonizować onkologię.

Badania w tym kierunku ruszyły na całym świecie. Także my, w Szczecinie, pracujemy nad takim testem. Wiemy już, że w przypadku każdego nowotworu będzie się on trochę różnił.

Od lat bada się tzw. markery nowotworowe. Czym to się różni od testu epigenetycznego?

Marker to bardzo szerokie pojęcie. Oznaczane do tej pory markery białkowe, niestety, nie odmieniły szczególnie onkologii. W przypadku testu z płynnej biopsji potencjalnie jest to możliwe. Każdy z nas od czasu do czasu oddaje próbkę krwi w celach diagnostycznych.

Powszechne wdrożenie takiego testu, powiedzmy, co dwa lata, by wyłapać osoby, u których mógł się zacząć nowotwór, miałoby więc głęboki sens.

Musi być on wystarczająco tani, ale tak będzie, ponieważ technologia kosztuje coraz mniej. Cały problem tkwi w znalezieniu specyficznych zmian metylacji, które będą w precyzyjny sposób identyfikowały konkretne nowotwory. I nad tym właśnie pracujemy.

Epigenetyka pozwoli również lepiej leczyć nowotwory?

I tu dochodzimy do drugiego jej zastosowania w medycynie spersonalizowanej.

Niebawem ukaże się ważna publikacja mojego zespołu na temat spersonalizowanej medycyny nowotworów. Udało się nam opracować technologię do precyzyjnej klasyfikacji ok. 50 typów nowotworów opartą na markerach epigenetycznych. Precyzyjna diagnoza jest kluczowa w personalizacji leczenia. Dzięki niej możemy przewidywać przebieg kliniczny choroby nowotworowej, a także to, jakie leki będą najlepiej działać u danego pacjenta.

Do tej pory diagnostyka nowotworów w dużej mierze opiera się na histopatologii. Niestety, rzadko da się, bazując na niej, spersonalizować leczenie.

rozmawiał
Śławomir Zagórski





Dzięki chorobie pokochałem życie jeszcze bardziej

Nowotwór był dla mnie jednym z trudniejszych momentów w życiu, ale pokonałem go. To doświadczenie uświadomiło mi, jak cenna jest każda sekunda i że nie warto odkładać marzeń i pragnień na później. Nauczyłem się dostrzegać wartość drobnych chwil – opowiada w wywiadzie dla Kompendium kierowca rajdowy **Krzysztof Hołowczyc** uznawany za legendę polskiego motorsportu.

Jest pan ikoną polskiego motorsportu. Ściga się pan w rajdach od lat 80., zdobywając wielokrotnie tytuły Rajdowego Mistrza Polski, Mistrza Europy i podium w Rajdzie Dakar. Czym to jest dla pana?

Rywalizacja i zwycięstwo to coś absolutnie wyjątkowego. Całe moje życie było podporządkowane jednej rzeczy – byciu najlepszym. Moment, kiedy stoję na podium, jest dla mnie potwierdzeniem, że cała ciężka praca, poświęcenia i wyrzeczenia miały sens.

Jakie to uczucie rywalizować i wygrywać?

Wygrywanie to nie tylko adrenalina i duma, ale przede wszystkim ogromna satysfakcja, że kolejny raz pokonałem swoje słabości. To uczucie nieporównywalne do żadnego innego, daje mi energię do dalszej walki o kolejne sukcesy.

Mówi pan o sobie, że jest pan uzależniony od rajdów, prędkości i adrenaliny...

Motorsport to mój świat – nie wyobrażam sobie życia bez niego. Prędkość, ryzyko, adrenalina – to wszystko sprawia, że czuję się naprawdę żywy. Na trasie jestem człowiekiem, który walczy z własnymi ograniczeniami. Po prostu mam taką konstrukcję. Już od pierwszego wyścigu wiedziałem, że to jest właśnie to, co chcę robić w życiu – i cieszę się, że odnalazłem się na tej drodze.

Wspominał pan, że jest pan uzależniony nie tylko od rajdów, ale też od swoich kobiet, czyli żony, córki, wnuczka. Jaką rolę w pana życiu odgrywa rodzina?

Rodzina to mój fundament, coś, co daje mi równowagę w życiu. Faktycznie, jestem uzależniony od moich kobiet. One mnie napędzają, wspierają, są moją siłą w trudnych momentach. Każde zwycięstwo smakuje lepiej, gdy mogę dzielić je z nimi. Kiedy startuję w zawodach, jestem jak drapieżnik, skoncentrowany wyłącznie na osiągnięciu celu. Jednak po powrocie do domu, do mojej ostoji, czuję spokój i wiem, że jestem w miejscu, gdzie mogę naładować baterie – to właśnie dzięki mojej rodzinie. One są ze mną zawsze, nawet kiedy fizycznie jestem daleko.

Miał pan nowotwór pęcherza. Mówił pan, że wyglądało na to, że to będzie „scena kończąca”, że „zgaśnię światło”.

Nowotwór był dla mnie jednym z trudniejszych momentów w życiu, ale pokonałem go.

Czy można powiedzieć, że to doświadczenie dało panu jakąś energię, napęd, czegoś pana nauczyło?

To doświadczenie uświadomiło mi, jak cenna jest każda sekunda i że nie warto odkładać marzeń i pragnień na później. Zawsze bardzo kochałem życie, ale dzięki chorobie pokochałem je chyba jeszcze bardziej. Nauczyłem się dostrzegać wartość drobnych chwil, które wcześniej uznawałem za oczywiste. To doświadczenie dało mi niesamowitą energię, motywację – ale nauczyło też pokory.

Na początku niechętnie mówił pan publicznie o swojej chorobie.

Nie chodziło o to, że nie chciałem o tym mówić – po prostu uważałem, że to nie jest temat, którym należy się chwalić czy epatować.

Co sprawiło, że zmienił pan zdanie?

Później okazało się, że jeden z moich bliskich, rajdowych kolegów zachorował na to samo – zaczęliśmy się wspierać. Wtedy zrozumiałem, że moja historia może komuś pomóc – tak po ludzku. Uznałem, że jeśli choć jedna osoba zdecyduje się zaważyć o swoje życie, a kilka innych pójdzie na profilaktyczne badania – to będzie to dla mnie ogromny sukces. Mój dorobek sportowy sprawił, że stałem się osobą publiczną, która może mieć wpływ na sposób myślenia i zachowania pewnej grupy ludzi. Postanowiłem wykorzystać tę możliwość, by pomóc tym, którzy akurat tego potrzebują. To naprawdę ważne.

Dlaczego, pana zdaniem, tak wielu mężczyzn unika badań profilaktycznych?

Myślę, że wielu mężczyzn sądzi, że choroba ich nie dotyczy. Czasem żyjemy w przekonaniu, że jesteśmy niezniszczalni. Tymczasem prawdziwa męska odwaga to nie unikanie badań, ale odpowiedzialność za siebie i za swoich najbliższych. Z mojego punktu widzenia prawdziwy mężczyzna to ktoś, kto troszczy się o siebie właśnie po to, by jak najdłużej być tym parasolem ochronnym dla swojej rodziny. Profilaktyka to podsta-

Prawdziwa męska odwaga to nie unikanie badań, ale odpowiedzialność za siebie i za swoich najbliższych. Prawdziwy mężczyzna to ktoś, kto troszczy się o siebie po to, by jak najdłużej być parasolem ochronnym dla swojej rodziny. Profilaktyka to podstawa.

wa, a szybkie wykrycie choroby daje realną szansę na pełne wyleczenie.

Jak można przełamać ten opór i zachęcić mężczyzn do dbania o zdrowie?

Powiedziałbym: panowie, zdrowie to nie jest temat na później. Wiem, że mamy tendencję do ignorowania objawów, ale to nie jest rozwiązanie. Paradoksalnie kobiety z naszego otoczenia, partnerki, żony, mamy, wykazują większą wrażliwość, i to one często są impulsem do działania. Ich troska ma ogromną wartość. Czasem wystarczy też historia innego mężczyzny, znajomego, który przeszedł przez podobną sytuację – i to potrafi zmienić nasze podejście.

Jaką rolę w tym trudnym czasie odegrali najbliżsi?

Rodzina to dla mnie wszystko. Ich wsparcie było jak skuteczne lekarstwo – dodawało siłę, sensu i nadziei. Moi najbliżsi to najpotężniejsza broń w walce z chorobą. Czasem wystarczy jeden gest, spojrzenie, słowo, by wiedzieć, że warto walczyć dalej dla nich.

Czy choroba zmieniła jakoś pana relacje z bliskimi?

Nasze relacje od zawsze były silne, i to, co zbudowaliśmy, przetrwało próbę. Natomiast choroba jeszcze bardziej zacieśniła nasze więzi, i jestem za to wdzięczny. Dodatkowo zmienił się także mój sposób patrzenia na świat. Dziś widzę życie z większą wrażliwością i uważnością.

Co było dla pana najtrudniejsze w trakcie leczenia?

Najtrudniejsze było poczucie bezradności i chwile, gdy nie panowałem nad sytuacją. Zawsze miałem kontrolę nad swoim ciałem i przezwyciężałem słabości, a nagle musiałem oddać się w ręce specjalistów. To nie było łatwe. Ale wtedy powiedziałem sobie: nie poddam się. Głęboko wierzyłem, że wszystko się ułoży. Ogromne znaczenie miało też wsparcie najbliższych, które stało się fundamentem mojej odbudowy.

Czy chciałby pan przekazać coś osobom, które zmagają się z chorobą?

Nigdy się nie poddawajcie. Znajdźcie sens walki – to będzie waszym światłem w tunelu. Życie ma jeszcze wiele pięknych chwil do zaoferowania, trzeba tylko dać mu szansę.

Jakie ma pan plany na najbliższy czas?

Wciąż startuję i walczę o najwyższe cele. Każde zawody to nowe wyzwanie. Choroba tylko mnie wzmocniła. Dziś jeszcze bardziej doceniam każdą okazję, jaką daje życie. Cieszę się tym, co robię i chcę dzielić tę radość z innymi. Mam coraz więcej pomysłów na nowe, intensywne wyzwania – wciąż mnie nosi.

rozmawiała
dr Paulina
Mozolewska



Pacjencie, bądź świadomy!

Postęp w medycynie daje nowe szanse, ale to postawa chorego pozostaje filarem terapii. Wybitni eksperci przygotowali zbiór ważnych wskazówek. Poznaj kompleksowe podejście, które może pomóc świadomie przejść przez proces leczenia.

Pacjent i lekarz

Jako lekarz onkolog z ponad 50-letnim doświadczeniem, a także osoba, która sama chorowała na nowotwór, wiem, jakie znaczenie ma dobry, oparty na zaufaniu kontakt chorego z lekarzem. Jestem głęboko przekonany, że pacjent powinien być świadomym i aktywnym uczestnikiem procesu leczenia, a nie jedynie biernym odbiorcą zaleceń. Rozumienie choroby, jej przyczyn oraz celu leczenia daje poczucie kontroli w sytuacji, która z natury jest trudna i obciążająca psychicznie. Upodmiotowienie pacjenta i jego dobra współpraca sprzyjają podejmowaniu trafnych decyzji. Większe partnerstwo pomiędzy lekarzem a pacjentem oznacza jednocześnie większą odpowiedzialność za proces leczenia.

Warto przygotować się do każdej wizyty lekarskiej – zapisać na kartce pytania, co ułatwi rozmowę, bez obaw, że o czymś ważnym zapomnimy choćby z powodu stresu. Podczas wizyty dobrze jest sporządzić notatki albo poprosić lekarza o pisemne podsumowanie najważniejszych zaleceń. Jeśli coś jest niejasne, trzeba bez wahania prosić o wyjaśnienie. Rolą lekarza jest zaproponowanie najlepszego możliwego planu leczenia, ale warunkiem powodzenia terapii jest jego konsekwentna realizacja. Nawet najnowocześniejszy lek nie zadziała, jeśli nie będzie stosowany zgodnie z zaleceniami. Przydatne bywa prowadzenie dziennika, w którym zapisujemy objawy, samopoczucie, działania niepożądane oraz pytania na kolejne wizyty. Niebezpieczne jest natomiast samodzielne zmienianie dawek leków czy radzenie sobie z problemami na własną rękę – w razie wątpliwości zawsze najlepiej jak najszybciej skontaktować się z lekarzem.



prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem
wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii GUMed, prezes zarządu Polskiej Ligi Walki z Rakiem

Zaufanie – fundamentalny element leczenia – nie oznacza ślepej zgody na wszystko, lecz przekonanie, że lekarz działa w najlepszym interesie chorego i swoje decyzje opiera na aktualnej wiedzy oraz doświadczeniu. Daje ono poczucie bezpieczeństwa, które w czasie choroby nowotworowej jest szczególnie potrzebne. Wsparcie bliskich jest nie do przecenienia, o czym przekonałem się podczas własnej choroby. Nie chodzi o użalanie się nad chorym, ale o obecność, spokój i o codzienną pomoc. Lęk, zmęczenie czy poczucie bezradności są całkowicie naturalne, dlatego warto rozważyć rozmowę z psychologiem. To nie oznaka słabości, lecz mądre zarządzanie chorobą. Skorzystałem z takiej rozmowy jeszcze przed pierwszą wizytą onkologiczną, co znacząco ułatwiło mi dalsze zmagania z nowotworem. Zachęcam też do

korzystania ze wsparcia organizacji pacjenckich, które oferują wiedzę, praktyczne wskazówki i poczucie wspólnoty, a często pomagają również odnaleźć się w złożonym systemie ochrony zdrowia. Fundacja Polskiej Ligi Walki z Rakiem, której mam zaszczyt przewodniczyć, realizuje wdrażanie w Polsce Europejskiego Kodeksu Opieki Onkologicznej zawierającego dziesięć podstawowych praw pacjenta onkologicznego – zachęcam do zapoznania się z tym projektem na naszej stronie onko-koalicja.pl. Istnieją dowody naukowe pokazujące, że realizacja tych praw może realnie poprawić skuteczność leczenia.

Choroby nowotworowej nie trzeba się wstydić ani jej ukrywać – sam opisałem swoje doświadczenia w książce „Zatrzymane w biegu”, właśnie po to, aby przełamać pewne tabu i pokazać, że można i warto szczerze mówić o swoich emocjach, lękach i wątpliwościach.

Postęp daje nadzieję

W onkologii klinicznej dokonały się w ostatnich latach duże zmiany w zakresie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego poprawiające rokowanie chorych na wiele nowotworów. Podstawą zmian było poszerzenie wiedzy o biologicznych uwarunkowaniach nowotworów, szczególnie ich molekularnej charakterystyki.

Nowotworami o dużej wyleczalności były dotychczas zarodkowe raki jądra i jajnika, natomiast w większości nowotworów celem leczenia było uzyskanie remisji lub stabilizacji choroby. Przykładem jest czerniak. Przed kilkunastu laty podczas systemowego leczenia chorych w stadium uogólnienia stosowano chemioterapię, uzyskując odpowiedzi u niespełna 15 proc. chorych. W kolejnych latach wprowadzono leki ukierunkowane molekularnie na mutację w genie BRAF oraz nowoczesną immunoterapię, które poprawiły rokowanie chorych na wczesne i zaawansowane czerniaki. Immunoterapia pooperacyjna pozwala uzyskać pięcioletnie przeżycie u ponad połowy chorych, a immunoterapia w stadium uogólnienia – długoletnie przeżycie u około 50 proc. chorych. Wspomniane leki molekularnie ukierunkowane dają podobnie dobre wyniki w leczeniu chorych na czerniaka skóry.

Nowoczesne leki molekularnie ukierunkowane oraz immunoterapia poprawiły rokowanie chorych na zaawansowanego raka nerkowokomórkowego. Różne mechanizmy działania tych leków umożliwiają postępowanie sekwencyjne – leczenie pierwszej linii pozwala uzyskać przeżycie do wystąpienia progresji choroby o mniej więcej 1-1,5 roku. Leczenie dru-



prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO – PIB w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, prezes PTOK

giej i trzeciej linii wydłuża czas przeżycia do łącznej długości około 24 miesięcy pod warunkiem dobrej tolerancji.

Immunoterapia oraz leki molekularnie ukierunkowane mają szczególną wartość w niedrobnokomórkowym raku płuca. Historyczne wyniki chemioterapii pozwalały na całkowite przeżycie od 8 do 12 miesięcy przy dużej toksyczności leczenia. Identyfikacja genetycznych zaburzeń (m.in. w genach EGFR, ALK, ROS1 i KRAS) była podstawą wprowadzenia leków ukierunkowanych, które prowadzą do uzyskania czasu przeżycia całkowitego sięgającego nawet około 3,5 roku w przypadku inhibitorów EGFR III generacji. Podobnie wartościowe są wyniki immunoterapii. W zależności od ekspresji białka PD-L1 chorzy na zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca uzyskują przeżycie całkowite od 20 do 30 miesięcy.

Osiągnięciem ostatnich lat jest włączenie leków ukierunkowanych molekularnie i immunoterapii do leczenia radykalnego uzupełniającego leczenie chirurgiczne. Nowoczesne leki ukierunkowane i immunoterapia są z powodzeniem wykorzystywane w radykalnym leczeniu chorych z rozpoznaniem czerniaka, raka nerkowokomórkowego, raka piersi, niedrobnokomórkowego raka płuca. Wiele z omawianych zastosowań w leczeniu radykalnym jest dostępne w Polsce w programach lekowych finansowanych z publicznych środków.

Nowe możliwości leczenia stały się dostępne dzięki lepszemu zrozumieniu uwarunkowań biologicznych nowotworów, a postęp w tym zakresie z pewnością przyniesie dalszą ewolucję leczenia przeciwnowotworowego.

Dieta i ruch

Sposób odżywiania, czyli ilość i jakość zjadanych posiłków, oraz stopień pokrycia zapotrzebowania na białko i energię u chorych na nowotwory powinny być tak samo kontrolowane jak przyjmowanie leków. Celem nadrzędnym jest wzmocnienie i odżywienie osłabionego chorobą organizmu. Niedożywienie zwiększa liczbę powikłań, wydłuża czas powrotu do zdrowia, a w zaawansowanym stadium może spowodować odstąpienie od leczenia lub odroczenie terapii do czasu poprawy ogólnego stanu chorego.

Chory musi pamiętać, że ma jeść i ruszać się. To są dwie kluczowe potrzeby, które powinny iść w parze. Dobrze by było, żeby poświęcać 30-60 minut dziennie na aktywność fizyczną. Ma to być wysiłek o średnim nasileniu, korzystne są również ćwiczenia oporowe. Polecam szybszy spacer czy nordic walking.

Posiłki powinny być regularne – trzy-cztery w ciągu dnia, choć najlepiej, gdyby ich było pięć, ale to może być trudne do zrealizowania. Ważne, żeby były kompletne, czyli zawierały w odpowiednich proporcjach źródła białka, węglowodanów i tłuszczów. Nie należy się bać cukrów – są podstawowym paliwem do pozyskiwania energii niezbędnej do życia każdej komórki organizmu.

Chory onkologicznie powinien mieć zwiększoną podaż białka, bo jego zapotrzebowanie na białko jest prawie dwukrotnie większe niż osoby zdrowej. Najlepiej udać się do dietetyka, żeby podpowiedział, skąd je brać, z jakich pokarmów. Ważne są witaminy



prof. Stanisław Kłęk
kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej NIO-PIB Oddział w Krakowie, przewodniczący ESPEN

i mikroelementy, ale jednocześnie nie można ulegać fałszywym poglądom, że np. chory powinien przyjmować wysokie dawki witaminy C albo wymyśloną witaminę B₁₇ (amigdalina).

Mamy całkiem dobre strony stworzone przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia (diety.nfz.gov.pl) z poradami dietetycznymi, planami żywieniowymi. Warto z nich skorzystać. Żeby nie przeoczyć oznak ewentualnego niedożywienia, chory powinien się regularnie ważyć. Proponuję też obserwować, czy pasek do spodni zapina się na tę samą dziurkę co dotychczas, kołnierzyk przy koszuli, bluzce.

Domownicy powinni też patrzeć, jak się chory odżywia, czy zjada właściwe ilości, a może tylko uszczknąć coś z posiłku.

Kolejne sygnały to osłabienie, szybka męczliwość – jeszcze niedawno ktoś wchodził po schodach na drugie piętro, a teraz ledwo na pierwsze. Czyli pomocny jest taki codzienny monitoring.

Nie można zapominać o odpowiednim nawadnianiu. Najlepsza jest zwykła woda, nie soki czy jakieś sportowe drinki. Należy ilość płynów to 40 ml/kg masy ciała/dobę. To daje około dwóch litrów płynów dziennie. Do tej ilości zaliczają się zupy, kawa, herbata, co w sumie waha się między 2 a 2,5 l. Warto zwracać uwagę na zabarwienie moczu. Jeżeli jest ciemny, to znaczy, że pijemy za mało i trzeba uzupełnić płyny w organizmie. Z kolei zbyt jasny mocz świadczy o tym, że się przewodniłymi. Jak we wszystkim, najlepiej zachować równowagę.

Wsparcie psychologa

Nadzieja daje pacjentowi onkologicznemu siłę. Tak, aby robił wszystko najlepiej, jak umie, i widział w tym sens, oraz żeby skupiał się na tym, na co ma wpływ. Aby nie czekał, że coś się kiedyś wydarzy, i nie rezygnował z tego, co jest realne.

Lekarz psychiatra Wiktor Frankl, obserwując ludzi w najtrudniejszych chwilach życia, m.in. w obozie koncentracyjnym, podkreślał, że nadzieja to nie jest bierne oczekiwanie, że wydarzy się coś dobrego, ale odnajdywanie sensu w tym, na co mamy wpływ. Podkreślał również, że czasami sens życia może być chwilowo przystonięty, niewidoczny przez trudne doświadczenia, ale nigdy nie znika na zawsze. Trzeba tylko chcieć go odnaleźć.

Nierzadko nadzieja kojarzy się z pozytywnym myśleniem, że wszystko będzie dobrze. Taki sposób myślenia rozczarowuje, szczególnie kiedy życie pisze inny scenariusz, niż zakładaliśmy, np. gdy leczenie nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Łatwo wtedy stracić nadzieję i poddać się okolicznościom, rezygnując z tego, co jest realne i ważne.

Każdy człowiek radzi sobie z chorobą inaczej. Bardzo dużo zależy od wyuczonych wzorców myślenia, działania. Jedna osoba reaguje na każdą trudną sytuację lękowo, wycofuje się, nie widzi sensu w życiu, a inna pomimo lęku o przyszłość skupia się na teraźniejszości, szuka realnych rozwiązań, docenia i nie rezygnuje z realizacji tego, co jest dla niej ważne i możliwe do zrobienia.

Coraz częściej osoby chore są świadome swojej roli w procesie leczenia. Dbają o dietę, ruch, relacje



dr n. med. Mariola Kosowicz
psycholożka, psychoonkolożka, psychoterapeutka, kierowniczka Poradni Psychoonkologii NIO-PIB w Warszawie

społeczne, chcą rozmawiać o związku, o seksie, potrafią prosić o pomoc, ale też stawiają granice, kiedy ktoś w imię dbania o ich dobro narzuca swoje wyobrażenie, co jest dobre, a co złe. Coraz więcej chorych chce być aktywnych zawodowo, dostosowując pracę do możliwości fizycznych. Znacząco rośnie liczba osób chorych i ich bliskich, którzy szukają wsparcia u psychologa, z którym rozmawiają o chorobie i szeroko pojętym życiu. To pozwala rozumieć, że zrzucanie całej odpowiedzialności za swoje problemy życiowe na chorobę jest pułapką bez wyjścia. Uświadomienie sobie, że choroba ujawnia różne deficyty, pozwala się skupić na realnym działaniu.

Bardzo ważnym elementem procesu leczenia jest relacja osoby chorej z lekarzem. Pacjent potrzebuje rzetelnej wiedzy na temat swojej choroby,

wsparcia i empatii. Potrzebuje też poczucia, że może przedstawić swoje wątpliwości, niepokoje związane z leczeniem i nie zostanie zignorowany. Istotną jest również aktywna rola osób chorych w procesie komunikacji z lekarzem. Kończą się już czasy paternalistycznej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Dzisiaj każda ze stron jest zobligowana do wzajemnego szacunku i respektowania swoich granic. W przeciwnym razie leczenie staje się jeszcze bardziej obciążające.

Choroba nie musi oznaczać, że tracimy z oczu to, co jest ważne w życiu, ale wręcz odwrotnie – może uświadomić nam, że dopóki żyjemy, mamy wybór, jak to życie będzie wyglądało.

Onkologia 2025/2026



**dr hab. n. med.
Beata Jagielska**
dyrektor Narodowego Instytutu
Onkologii im.
Marii Skłodowskiej-Curie

Onkologia jeszcze kilkadziesiąt, a nawet i kilkanaście lat temu była dziedziną, która niewiele dawała realną nadzieję. Dziś obserwujemy jej dynamiczną transformację: nowe leki, terapie ukierunkowane molekularnie, przełomowe technologie diagnostyczne oraz zupełnie nowe podejście do pacjenta. Onkologia, niczym Feniks, wstaje z popiołów – pozostając wciąż trudnym obszarem medycyny, ale jednocześnie będąc jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin.

Liczba nowych terapii, które uzyskały refundację w ostatnim czasie w Polsce, imponuje i świadczy o tym, że weszliśmy w zupełnie nowy etap leczenia nowotworów. To nie jest powolna, ewolucyjna poprawa – to skok technologiczny, który realnie przekłada się na życie i zdrowie ludzi.

Profilaktyka – nasza najlepsza broń

Onkologia roku 2025 i 2026 to jednak nie tylko możliwości terapeutyczne, ale przede wszystkim ogromny nacisk na profilaktykę. Świadomość zdrowotna Polaków rośnie, jednak do europejskiej czołówki jest nam daleko. Dążymy do tego, aby profilaktyka była integralną częścią stylu życia, a nie jednorazowym działaniem pod wpływem impulsu. Ogromną nadzieję wiążemy ze szczepieniami przeciwko HPV, które – jak pokazują doświadczenia na przykład Australii – są w stanie w dłuższej perspektywie wyeliminować ten nowotwór. Ochrona przed rakiem szyjki macicy to tylko jeden z elementów; szczepienie chroni również przed nowotworami gardła, odbytu czy prącia. Jeśli myślimy o przyszłości, o kolejnych dekadach, to właśnie powszechne i skuteczne szczepienia będą jednym z filarów zmniejszenia zachorowalności. Wdrażanie takich programów i edukowanie społeczeństwa to cel fundamentalny, bo profilaktyka jest najskuteczniejszą bronią, jaką mamy. Gamechangerem w 2025 roku było wprowadzenie do programu profilaktyki raka szyjki macicy testu HPV HR i cytologii płynnej, które są nieporównywalnie bardziej skutecznymi narzędziami niż klasyczna cytologia.

ny, bo profilaktyka jest najskuteczniejszą bronią, jaką mamy. Gamechangerem w 2025 roku było wprowadzenie do programu profilaktyki raka szyjki macicy testu HPV HR i cytologii płynnej, które są nieporównywalnie bardziej skutecznymi narzędziami niż klasyczna cytologia.

Postęp w każdym obszarze

Obok zmian w profilaktyce obserwujemy niezwykły rozwój terapii, który widoczny jest między innymi w leczeniu raka piersi i raka płuca. W przypadku raka piersi dokonuje się dziś rewolucja związana z terapiami celowanymi, koniugatami przeciwciało-lek i immunoterapią. To leczenie coraz bardziej precyzyjne, dopasowane do cech biologicznych guza, pozwalające żyć dłużej, lepiej i z większą nadzieją. W raku płuca zmiana jest równie spektakularna. Kiedyś był to nowotwór o dramatycznie złym rokowaniu, dziś dysponujemy leczeniem, które w wielu przypadkach przekształca chorobę w przewlekłą, a pacjentom daje wiele lat życia. Immunoterapia, leki ukierunkowane na konkretne mutacje, precyzyjne rozpoznawanie podtypów molekularnych – to wszystko zmienia oblicze tej choroby. Jeszcze kilka lat temu wydawało się to nieosiągalne, a dziś staje się standardem.

To jednak niejedyny obszar, w których widzimy znaczący postęp. Czerniak, nowotwory ginekologiczne, rak prostaty, nowotwory hematologiczne – w każdym z tych obszarów pojawiają się terapie, które otwierają nowe możliwości. Coraz częściej mówimy o leczeniu personalizowanym, w którym decyzja terapeutyczna opiera się na precyzyjnej diagnostyce i biologii nowotworu. Coraz częściej też pacjenci otrzymują leczenie, które jeszcze niedawno było dostępne wyłącznie w badaniach klinicznych.

W tyle nie pozostają także inne elementy leczenia onkologicznego – chirurgia i radioterapia. Nowoczesna małoinwazyjna chirurgia onkologiczna pozwala dziś usuwać zmiany z dużo większą precyzją. Dzięki technikom laparoskopowym czy robotycznym pacjenci szybciej wracają do sprawności, krócej pozostają w szpitalu i rzadziej odczuwają powikłania, co realnie poprawia jakość życia. Podobny postęp obserwujemy w radioterapii. Radioterapia adaptacyjna wspierana przez algorytmy sztucznej inteligencji umożliwia dopasowanie leczenia do aktualnego położenia guza i narządów

w czasie rzeczywistym. Zapewnia to większą skuteczność i jednocześnie lepszą ochronę zdrowych tkanek, co oznacza mniej działań niepożądanych i lepszą jakość życia pacjentów w trakcie terapii i po jej zakończeniu.

KSO zmienia opiekę

Tym, co porządkuje i wzmacnia cały system, jest Krajowa Sieć Onkologiczna. To jedno z największych osiągnięć 2025 roku i wizja przyszłości w latach kolejnych. Sieć nie tylko usprawnia organizację opieki onkologicznej, lecz także wyrównuje różnice między regionami i dba o to, aby każdy pacjent niezależnie od miejsca zamieszkania miał dostęp do leczenia o najwyższych standardach. KSO pozwala skrócić czas od diagnozy do terapii, wprowadza koordynację i stawia pacjenta w centrum całego procesu. Dla instytucji takich jak nasza to ogromna odpowiedzialność, ale również szansa, by w sposób systemowy podnosić jakość opieki i wdrażać rozwiązania, które będą służyć przez kolejne dekady, co z bardzo dobrym skutkiem robimy we współpracy z regionalnymi centrami onkologii i szpitalami SOLO I, II i III stopnia.

Kiedy myślę o ćwierćwieczu, które właśnie mija, widzę drogę, którą przeszła polska onkologia – od epoki skromnych możliwości po czasy intensywnego rozwoju, w których możemy z dumą mówić, że dysponujemy terapiami na światowym poziomie. Ale widzę też to, co przed nami: dalszą personalizację leczenia, jeszcze szybszy transfer wiedzy naukowej do praktyki klinicznej, szerszą profilaktykę, cyfryzację, lepszą edukację kadr oraz dojrzały, zintegrowany system opieki nad pacjentem. Onkologia przyszłości będzie oparta na współpracy, wiedzy i technologii.

Świadomość zdrowotna Polaków rośnie, jednak do europejskiej czołówki jest nam nadal daleko.



Postępy i wyzwania

Elżbieta Markowska
prezeska Polskiej Koalicji Pacjentów
Onkologicznych

Mijający rok przyniósł refundację kolejnych, długo oczekiwanych terapii dla pacjentów, m.in. z nowotworami hematologicznymi, rakiem piersi, płuca, jelita grubego, nerki czy pęcherza. To cieszy, choć oczywiście czekamy na kolejne, bo postęp w onkologii jest bardzo duży.

Kwestią wciąż otwartą pozostaje odpowiednio szeroki dostęp do dobrej jakościowo diagnostyki molekularnej, bez której nie sposób mówić o nowoczesnym i skutecznym leczeniu.

Niestety, wprowadzenie elektronicznej Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (e-DiLO) jest opóźnione ze względu na konieczność nowelizacji ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Projekt ustawy ma być gotowy w marcu przyszłego roku, a nowe przepisy mają precyzyjnie uregulować również funkcjonowanie e-konsylium oraz zdefiniować rolę koordynatora w systemie opieki onkologicznej.

Trzymamy kciuki za te bardzo ważne dla pacjentów zmiany.



Czułość onkologiczna

Anna Kupiecka
prezeska Fundacji
OnkoCafe – Razem Lepiej

Rok 2025 przyniósł wiele pozytywnych decyzji, które realnie wpłyną na wykrywanie i leczenie nowotworów – zarówno w obszarze refundacji terapii, jak i profilaktyki. Wprowadzenie testu HPV (wirus brodawczaka ludzkiego) jako podstawowego badania przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy z cytologią płynną jako badaniem uzupełniającym to przełom, który ma szansę zwiększyć gotowość kobiet do regularnych badań.

Najwięcej wyzwań wciąż jest w raku trzonu macicy. W tym kontekście dużą nadzieję wiąże z Koalicją Onkologów Kobiet, która w sposób systemowy przygląda się nowotworom ginekologicznym, rakowi piersi oraz rakowi płuca, który coraz częściej dotyczy również kobiet.

Kluczowe pozostaje rozszerzenie diagnostyki wstępnej i pogłębionej w podejrzeniu nowotworów ginekologicznych. Braki w zakresie diagnostyki immunohistochemicznej i molekularnej sprawiają, że wiele pacjentek nie jest kwalifikowanych do programów lekowych, co wpływa na wybór leczenia, a w praktyce oznacza nierówne szanse terapeutyczne.



Skrócić czas oczekiwania

Joanna Frątczak-Kazana
wicedyrektorka
Alivia – Fundacja Onkologiczna

Czas oczekiwania na diagnozę i leczenie pozostaje jednym z najtrudniejszych aspektów, z jakimi zmagają się pacjenci onkologiczni w Polsce. Odległe terminy mogą zaważyć na skuteczności terapii i zmniejszyć szanse na zdrowie lub wydłużenie życia.

W 2026 roku kluczowe będzie skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę onkologiczną. Jednak najważniejszym wyzwaniem będzie wdrożenie karty e-DiLO, która pozwoli na lepszą koordynację opieki i efektywne zarządzanie procesem leczenia.

Znaczący wpływ na poprawę jakości opieki będzie też miała standaryzacja pracy koordynatorów onkologicznych oraz zwiększenie ich liczby. Mogą oni pomóc pacjentom w poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej i zapewnić wsparcie na każdym etapie leczenia.

Rok 2025 pokazał, że pacjenci onkologiczni w Polsce muszą się mierzyć z wieloma wyzwaniami, ale istnieją konkretne obszary, które można dość szybko poprawić. Oby wystarczyło motywacji i odpowiedniego finansowania.

Hematologia 2025/2026



**prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Giannopoulos**
prezes Polskiego Towarzystwa
Hematologicznego
i Transfuzjologicznego,
kierownik Zakładu
Hematoonkologii
Doświadczalnej UM w Lublinie

Rok 2025 był dobrym rokiem, jeśli chodzi o refundację nowych leków hematoonkologicznych i co ważne, refundacje te są szerokie, zgodne z rejestracjami. Mamy już pełną dostępność do przeciwciał dwuswoistych w terapii szpiczaka plazmocytozowego. Dzięki trzem produktom o różnym profilu bezpieczeństwa możemy indywidualizować terapię. Wprowadzona została refundacja leków w leczeniu nocnej napadowej hemoglobinurii, rzadkiej chorobie nowotworowej, często o dramatycznym przebiegu. Obecnie mamy dostęp do pięciu nowych terapii, co jest zgodne z międzynarodowymi standardami.

Rozpoczęły się procedury refundacyjne dotyczące stosowania CAR-T w szpiczaku plazmocytozowym. Finału jeszcze nie widać, ale samo rozpoczęcie tego procesu jest sukcesem. Decyzja o zainicjowaniu tej procedury leżała po stronie producenta, a nie ministerstwa. Obecnie dwie firmy rozpoczęły proces refundacyjny. Liczymy zatem, że w przyszłym roku terapia ta będzie dostępna dla pacjentów ze szpiczakiem.

Zainicjowany został proces refundacyjny kolejnych produktów CAR-T, które mają lepszy profil bezpieczeństwa. Dzięki temu terapie będą dostępne dla większej grupy pacjentów, którzy do tej pory nie mogli korzystać z tego leczenia, np. chorzy na agresywnego chłoniaka B-komórkowego.

Refundacją objęto też lek w leczeniu pierwszej linii chorych na nowotwory mielodysplastyczne niskiego ryzyka wymagające transfuzji i lek stosowany w leczeniu mielofibrozy z niedokrwistością wymagającą transfuzji. Ich refundacja zwiększa również dostępność do leczenia krwią, bo dzięki temu, że u pacjentów z tymi dwiema chorobami ograniczymy potrzeby transfuzji, to krew będzie można zabezpieczyć do stosowania we wskazaniach, w których nie ma alternatywy.

Bariery systemowe

O ile procesy refundacyjne sprawnie przebiegają, o tyle sprawy systemowe wciąż czekają na rozwiązanie. W tym roku słyszeliśmy deklarację, że proces tworzenia Polskiej Sieci Hematologicznej zostanie wznowiony, ale sieci nie ma. Co więcej, nadal nie wystartował nawet pilotaż. Sieć nie jest dużym obciążeniem finansowym dla systemu, ale pozwoliłaby zwiększyć dostępność pacjentów do leczenia hematologicznego.

Nierozwiązanym problemem jest finansowanie diagnostyki. Od lat mówimy, że badania fenotypowe z krwi lub szpiku mogą być wykonywane w ramach opieki ambulatoryjnej. Problem tylko w tym, że jeśli badania te zostaną wykonane poza szpitalem, nie zostaną rozliczone przez NFZ. Po-

dobnie rzecz się ma z badaniami genetycznymi i choć nieprawidłowe komórki znajdują się we krwi albo szpiku, co oznacza, że łatwo można je pobrać, badania genetyczne są rozliczane tylko w ramach hospitalizacji, i to jednego typu hospitalizacji, bo jeśli podczas hospitalizacji będzie podawana chemioterapia, to nawet placówka, która ma kontrakt z NFZ na badania genetyczne, nie może ich wtedy rozliczyć.

Postawić na efektywność

Hospitalizacji nie wymaga też podanie wielu nowych leków, ale my średnio korzystamy z tej możliwości. Gdyby więcej pacjentów przyjmowało leki poza szpitalem albo krócej niż obecnie przebywaliby w szpitalu, pozwoliłoby to obniżyć koszty leczenia pacjentów hematologicznych.

Zaczęliśmy rozmawiać o e-konsylium – pacjent pozostawałby pod opieką lekarza POZ, ale miał pojedynczą konsultację hematologiczną, co skróciłoby kolejki do hematologa. Drugim rozwiązaniem jest e-konsylium na poziomie AOS – szpital.

W tym roku zmieniliśmy nazwę naszego towarzystwa na Polskie Towarzystwo Hematologiczne i Transfuzjologiczne, bo naszymi członkami od dawna są diagnosta laboratoryjny, a w tym roku założyliśmy sekcję pielęgniarstwa i otworzyliśmy się na młodych hematologów, studentów ostatnich lat studiów medycznych. Zmiana ta odpowiada trendom europejskim. Obecnie, gdy osoba staje się członkiem towarzystwa polskiego, może też stać się członkiem towarzystwa europejskiego na preferencyjnych zasadach.

Moja recepta na zdrowie

Prowadzę dialog ze wszystkimi środowiskami, które chcą rozmawiać o polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia. Fundamentem mojej pracy jest współpraca ponad podziałami. Wdrażamy Krajową Sieć Onkologiczną, porządkujemy ścieżkę pacjenta. Rozwijamy programy profilaktyczne, testy HPV i mammografię – mówi w rozmowie z Kompendium **Jolanta Sobierańska-Grenda**, minister zdrowia.

Gdańsk, klimat nadmorski oraz sprawy lokalne zamieniła pani na stolicę z całą jej specyfiką, szczyty zdrowia i problemy ogólnopolskie. Jak się pani odnajduje na nowym stanowisku i związanymi z nim wyzwaniem?

Nie ma znaczenia, z którego miejsca w Polsce pochodzi minister zdrowia. Ważna jest umiejętność diagnozowania i rozwiązywania problemów, a także prowadzenia dialogu z całym środowiskiem medycznym.

Pomorze zawsze będzie dla mnie w wielu kwestiach punktem odniesienia. Tam zdobywałam doświadczenie jako menedżer i tam kształtowało się moje podejście do systemu ochrony zdrowia.

Jeśli doświadczenia sprawdzone na Pomorzu mogą przełożyć się na rozwiązania dla całej Polski, dla pacjentów – to zamierzam je wprowadzić.

Deklaruje pani apolityczność, intencję do budowania systemu, bazując na współpracy różnych środowisk i „dobrych pomysłach niezależnie od barw”.

Zdrowie nie ma barw politycznych, a choroba nie pyta nikogo o poglądy.

Od początku podkreślam, że fundament mojej pracy jest współpraca ponad podziałami.

Czy może pani podać przykład realizacji tej idei?

Dobrym przykładem jest kompromis osiągnięty przy ustawach podpisanych przez prezydenta. Pokazaliśmy w ten sposób, że można wypracować rozwiązania ważne dla całego sektora ochrony zdrowia niezależnie od tego, jakie mamy przekonania polityczne.

Prowadzę dialog ze wszystkimi środowiskami, które chcą rozmawiać o polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia. Wierzę, że tylko w ten sposób można budować stabilny, przewidywalny i efektywny system ochrony zdrowia.

Resort zdrowia, który pani objęła, znalazł się w centrum uwagi z powodu trudnej sytuacji finansowej NFZ.

Dla mnie osobiście najważniejsze jest poczucie bezpieczeństwa pacjentów. W obecnej, trudnej sytuacji ważna jest transparentność działania. Dlatego jasno komunikujemy, w jakim miejscu jest system i jakie kroki podejmujemy, żeby tę sytuację poprawić. Nie unikamy trudnych rozmów, bo tylko one prowadzą do trwałych i opartych na konsensusie rozwiązań.

Tylko w ten sposób możemy wypracować rozwiązania, które będą odpowiadały na realne potrzeby pacjentów. Podczas szczytu medycznego przedstawiliśmy pełną diagnozę stanu finansów ochrony zdrowia, ale pokazaliśmy również szereg działań, które już dziś mają szansę znacząco poprawić sytuację polskich pacjentów. Cieszę się, że zdrowie stało się priorytetem w debacie publicznej. Nasze cele to stabilizacja finansowa, długofalowe bezpieczeństwo pacjenta i poprawa dostępności świadczeń. Działamy. To jest proces, ale idziemy w dobrym kierunku.

Mówi pani, że chce „rozmawiać o zdrowiu inaczej” – z większym naciskiem na profilaktykę i współpracę z różnymi instytucjami, które do tej pory działały obok siebie. Co już się udało w tej kwestii zrobić?

Ochrona zdrowia nie może funkcjonować w oderwaniu od edukacji, polityki społecznej, samorządów czy cyfryzacji. Dlatego od pierwszych tygodni budujemy w Ministerstwie Zdrowia współpracę z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi, organizacjami pacjentów, resortami edukacji i polityki spo-



Jolanta Sobierańska-Grenda
minister zdrowia,
doktor nauk społecznych

łecznej, samorządami, uczelniami medycznymi oraz partnerami technologicznymi.

Czy są jakieś efekty?

Ten dialog już przekłada się na konkretne projekty – w profilaktyce, edukacji zdrowotnej, wspólnych kampaniach informacyjnych, komunikacji do pacjentów i lepszej koordynacji działań państwa wobec pacjenta.

Proces ten wymaga czasu, ale wszyscy jesteśmy gotowi na tę współpracę, a to jest kluczowe, jeśli chcemy realnie wpływać na zdrowie Polaków.

Co dokładnie zamierza pani zrobić dla pacjentów onkologicznych?

Jeśli chodzi o onkologię, koncentrujemy się na kilku kluczowych obszarach.

Wdrażamy Krajową Sieć Onkologiczną (KSO), porządkujemy ścieżkę pacjenta, wprowadzamy jasne standardy postępowania, trzy poziomy ośrodków w ramach sieci Specjalistycznych Ośrodków Leczenia Onkologicznego (SOLO). Częścią planu na onkologię jest również wzmocniona rola koordynatorów, którzy prowadzą pacjenta za rękę od momentu podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia. Nie zapominamy też o wielomilionowych inwestycjach w infrastrukturę i sprzęt. To również bardzo oczekiwane zmiany zarówno przez środowisko medyczne, jak i przez samych pacjentów. Dzięki środkom z KPO 5,5 mld zł trafi do 99 szpitali na tomografię, rezonanse, akceleratory, modernizację oddziałów i rozwój diagnostyki molekularnej.

Stale poszerzamy też dostęp do nowoczesnego leczenia. W latach 2023-2025 refundacją objęto 432 nowe terapie, z czego 174 onkologiczne.

Stawiamy również mocny akcent na profilaktykę. Rozwijamy programy i kampanie, w tym „Planuję długie życie”, nową ścieżkę testów HPV, badania mammograficzne i działania w ramach IKP.

Wszystkie te elementy składają się na cel nadrzędny: szybszą diagnostykę, lepszą do-

Pod koniec 2026 r. chciałabym móc powiedzieć, że: odbudowaliśmy zaufanie pacjentów i środowiska medycznego do systemu ochrony zdrowia, uporządkowaliśmy system organizacyjny i ustabilizowaliśmy go finansowo, a także wprowadziliśmy zmiany realnie odczuwalne przez pacjentów.

stępność leczenia i większą przewidywalność systemu dla pacjentów onkologicznych. To wszystko realnie skróci drogę do diagnozy i poprawi wyniki leczenia.

Na jakie zmiany mogą liczyć pacjenci hematologiczni?

Pacjenci hematologiczni również mogą liczyć na realne zmiany. Podobnie jak w przypadku onkologii inwestujemy w infrastrukturę w ramach KPO: nowoczesne tomografy, rezonanse, akceleratory, modernizację oddziałów oraz rozwój diagnostyki molekularnej.

To fundament szybkiej i precyzyjnej diagnostyki hematologicznej.

Wśród 432 nowych refundacji z lat 2023-2025 znaczącą część stanowią terapie hematologiczne, które realnie wydłużają życie pacjentów i poprawiają jego jakość.

Wzmacniamy też ośrodki referencyjne – tak, aby najbardziej złożone i trudne leczenie prowadziły wyspecjalizowane centra. Jednocześnie chcemy, żeby część opieki medycznej była dostępna bliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

Wspominała pani wcześniej o akcencie na profilaktykę. Czy może pani przybliżyć czytelnikom Kompendium plany ministerstwa w zakresie profilaktyki onkologicznej?

Profilaktyka onkologiczna jest jednym z naszych kluczowych priorytetów – to właśnie ona najszybciej przekłada się na zdrowie pacjentów i stabilność systemu. To inwestycja, która zwraca się najszybciej. Tutaj działamy równolegle w trzech obszarach.

Wzmacniamy programy przesiewowe: mammografię dla kobiet w wieku 45-74, nową ścieżkę w programie profilaktyki raka szyjki macicy opartą na teście HPV DNA i cytologii LBC, badania prenatalne oraz działania adresowane do grup wysokiego ryzyka.

Rozwijamy też komunikację i kampanie społeczne, takie jak „Planuję długie życie” czy „Tydzień zdrowia kobiet”, a także wykorzy-

stujemy IKP, które pozwala dotrzeć do setek tysięcy osób z przypomnieniami o badaniach.

W ramach Krajowego Planu Transformacji kładziemy nacisk na wczesne wykrywanie chorób, poprawę stylu życia oraz zmniejszanie ekspozycji na czynniki ryzyka.

Budujemy spójny system, w którym profilaktyka przestaje być wyjątkiem, a staje się standardem.

Edukacja prozdrowotna (prawidłowa dieta, ruch, unikanie używek) powinna się rozpocząć od małego. Czy są plany w tym zakresie?

Tak. Edukację zdrowotną i profilaktykę chcemy zaczynać jak najwcześniej, bo dobre nawyki zdrowotne kształtuje się najskuteczniej w młodym wieku.

W Krajowym Planie Transformacji (KPT) stawiamy na edukację prozdrowotną: od prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej po zdrowy styl życia i profilaktykę uzależnień. Pracujemy też nad regulacjami ograniczającymi dostęp młodzieży do alkoholu i nikotyny, chcemy doprecyzować zasady dotyczące reklamy alkoholu. Współpracujemy z resortem edukacji i samorządami, aby wzmacniać działania szkół w obszarze zdrowia.

Zwiększamy dostępność szczepień ochronnych, co jest jednym z filarów profilaktyki u dzieci i młodzieży. To wszystko razem tworzy spójny system, który wspiera zdrowe wybory już od najmłodszych lat.

Czy pani wrażliwość artystyczna – ukończona szkoła muzyczna w klasie fortepianu – pomaga czy utrudnia pracę, w której finalny cel to zdrowie i życie konkretnej człowieka?

Edukacja muzyczna nauczyła mnie systematyczności, koncentracji, dyscypliny, ale też wrażliwości. To są cechy przydatne również w życiu zawodowym. A w Ministerstwie Zdrowia, jak w żadnym innym resorcie, trudne decyzje trzeba podejmować z empatią dla pacjentów i z myślą o tym, żeby oczekiwaną pomoc otrzymali wszyscy. Nie wolno zapominać, że za każdym przepisem stoi konkretny człowiek. To wymaga ogromnej odpowiedzialności.

Co chciałaby pani osiągnąć przez najbliższy rok, żeby w grudniu 2026 móc powiedzieć w Kompendium: moja praca przyniosła konkretną pozytywną zmianę?

Pod koniec 2026 roku chciałabym móc powiedzieć wszystkim trzy rzeczy, że: odbudowaliśmy zaufanie pacjentów i środowiska medycznego do systemu ochrony zdrowia, uporządkowaliśmy system organizacyjny i ustabilizowaliśmy go finansowo, a także wprowadziliśmy zmiany realnie odczuwalne przez pacjentów.

Szybsza diagnostyka, przewidywalna ścieżka leczenia, nowe terapie, lepsza koordynacja i skuteczna profilaktyka to kierunek, który chcemy utrzymać.

System ma działać szybciej, bardziej przewidywalnie i nowocześnie – tak, aby w 2026 roku każdy pacjent – niezależnie, czy mieszka w dużym mieście, czy małej miejscowości – czuł, że system ochrony zdrowia jest po jego stronie: dostępny, bezpieczny i dobrze zorganizowany. To będzie oznaczało, że wykonaliśmy pracę, której oczekują od nas pacjenci.

rozmawiała
Agnieszka Fedorczyk



Edukacja muzyczna nauczyła mnie systematyczności, koncentracji, dyscypliny, ale też wrażliwości, a w Ministerstwie Zdrowia, jak w żadnym innym resorcie, trudne decyzje trzeba podejmować z empatią i z myślą o tym, żeby oczekiwaną pomoc otrzymali wszyscy.

Od transplantacji do CAR-T

Od pionierskiej improwizacji w 1984 roku do nowoczesnej terapii genowej CAR-T. Prof. **Wiesław Jędrzejczak** opowiada o kulisach pierwszego w Polsce udanego przeszczepu szpiku, „strasznej metodzie” leczenia i nowym paradygmacie współczesnej hematologii.



prof. dr hab. n. med.
Wiesław Jędrzejczak

były wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM, jako pierwszy w Polsce przeprowadził allogeniczny przeszczep szpiku w 1984, a także przeszczep autologiczny w 1985 roku

Minęło 41 lat od pierwszego w Polsce i pierwszego udanego allogenicznego przeszczepienia szpiku, który wykonał pan 28 listopada 1984 roku w CSK WAM. Cofnijmy się do tamtego dnia. Jak wyglądały okoliczności pierwszego zabiegu?

Realizowaliśmy go w warunkach, które z dzisiejszej perspektywy w ogóle nie przypominają współczesnej transplantologii ani współczesnej medycyny. Nie było leków przeciwwirusowych ani przeciwciał, nie znaliśmy antygenów HLA klasy II, typowanie opierało się wyłącznie na klasie I. Brakowało infrastruktury, izolacji, sprzętu. To była medycyna z konieczności improwizowana. Jedyne, czym mogliśmy nadrobić, były kompetencje zespołu i wieloletnie przygotowania. Kompetencje faktyczne, gdyż formalnie nie było w zespole ani jednego hematologa, a tylko dwóch członków (w

tym ja) miało pełne specjalizacje z inter-ny (pozostali, tzw. jedynki – specjalizacje dwuletnie).

Niektórzy twierdzą, że przeszczep od rodzeństwa był łatwiejszy niż późniejsze procedury.

Tylko pozornie. Zresztą przeszczepienie autologiczne jest jeszcze łatwiejsze, ale wtedy nie było popularne. Kiedy wykonywaliśmy pierwsze przeszczepienie od dawcy spokrewnionego, na świecie nie było warunków do przeszczepienia od dawców niespokrewnionych. Pierwszy udany taki zabieg w białaczce wykonano wprawdzie w 1980 roku, ale bez rejestrów dawców i bez dzisiejszych standardów immunologicznych było to incydentalne. Działaliśmy w globalnej fazie eksperymentalnej tej dziedziny, budując wszystko od zera – klinicznie, laboratoryjnie i organizacyjnie. Wcześniej ćwiczyliśmy transplantację na modelach zwierzęcych, konkretnie na myszach, a potem trzeba było przeskalować to wszystko tysiącokrotnie do warunków klinicznych.

Zabieg wykonano w wojskowym szpitalu. Czy miało to znaczenie?

Oficjalnie przeszczepianie szpiku było wpisane w plany na wypadek konfliktu nuklearnego. W praktyce jednak niczego nam to nie ułatwiało. Nie było dodatkowych etatów, np. dla pielęgniarek, salowych czy lekarzy, nie było sprzętu ani finansowania. Wszystko nadrabialiśmy pomysłowością i determinacją zespołu.

Przeszczepienie to nie jest praca jednego lekarza – to orkiestra ludzi działających równolegle. Powstał zespół, opracował i wdrożył technologię i po wykonaniu dziewięciu zabiegów został administracyjnie zlikwidowany. A udało się sześć zabiegów i do dzisiaj żyje troje tych pacjentów. Paradoks tamtych czasów polegał na tym, że sukces

naukowy nie szedł w parze z systemowym wsparciem.

Pierwszą pacjentką była sześciolatnia dziewczynka.

Miała zespół Blackfana-Diamonda – rzadką, wrodzoną chorobę. Nie wytwarzała własnych krwinek czerwonych, była po kilkudziesięciu transfuzjach, zaczynała się u niej niewydolność narządowa wątroby – spowodowana przeładowaniem żelazem. Na świecie wykonano wcześniej tylko jeden zabieg w tej chorobie, i to inną metodą – z napromienieniem całego ciała. My jako pierwsi zastosowaliśmy busulfan w megadawkach. Ryzyko było ogromne, ale brak przeszczepienia oznaczał pewną śmierć. Ta pacjentka żyje do dziś i nie wymaga transfuzji. To największa nagroda w pracy lekarza.

Jakie były rokowania pacjentów w tamtym okresie?

W ostrych białaczkach – praktycznie żadne. Kilka tygodni, góra kilka miesięcy życia. W chorobach wrodzonych – albo szybka śmierć, albo powolne wyniszczenie organizmu. Przeszczepienie było jedyną szansą, choć bardzo ryzykowną. I to się nie zmieniło w jednym aspekcie: przeszczep szpiku do dziś pozostaje metodą ekstremalną.

Nazywa pan transplantację „straszną metodą”.

Bo nią jest. Dokładniej „straszną metodą leczenia strasznych chorób”. To leczenie obciążone realnym ryzykiem zgonu, ciężkich zakażeń, choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i długotrwałych powikłań immunologicznych. Ale ratuje życie! Stosuje się ją tylko wtedy, gdy choroba zagraża życiu bardziej niż samo leczenie. Postęp hematologii polega na tym, by ograniczać liczbę sytuacji, w których trzeba po nią sięgać, ale także, by zaoferować coś nowego,

gdy przeszczepianie zawodzi. I właśnie tu pojawia się CAR-T.

Czym z klinicznego punktu widzenia są terapie CAR-T?

To terapie oparte na takiej genetycznej modyfikacji własnych limfocytów T pacjenta, aby mogły rozpoznawać i zabijać jego komórki nowotworowe. Po tej modyfikacji namnaża się je i podaje choremu i teraz to one odpowiadają za skutek leczniczy. Nazwa CAR-T odnosi się do tego, że komórkom T wprowadza się gen sztucznego chimerowego receptora dla antygeny znajdującego się na komórkach nowotworowych. W przeciwnieństwie do klasycznego przeszczepienia zabieg nie polega na zniszczeniu układu krwiotwórczego, ale na uzupełnieniu jego układu odpornościowego o wspomniane komórki. To jakościowo nowy paradygmat leczenia.

Entuzjazm wobec CAR-T jest duży, ale pojawiają się też pytania o ograniczenia.

Słusznie. CAR-T nie jest terapią cudowną i ma swoje działania niepożądane. Zespół uwalniania cytokin, neurotoksyczność czy długotrwała immunosupresja to realne problemy kliniczne. Ta metoda wymaga doświadczonych zespołów i zaplecza intensywniej terapii. Nie można jej wdrażać masowo bez odpowiedniej infrastruktury. I na razie terapia jest ograniczona tylko do dwóch grup nowotworów krwi: chłoniaków z komórek B i szpiczaka. A więc nie tak uniwersalna jak przeszczepianie.

Czy CAR-T może zastąpić przeszczepienie szpiku?

Nie w pełni. To metoda komplementarna. Już dziś zmniejsza liczbę wskazań do transplantacji, ale bywa też leczeniem pomostowym przed przeszczepieniem albo terapią ratunkową po jego niepowodzeniu. Zresztą CAR-T też można

traktować jako pewną formę przeszczepienia – tyle że autologicznego i precyzyjnie ukierunkowanego.

Jak na tym tle wypada Polska?

Bardzo dobrze, jeśli chodzi o przeszczepianie komórek krwiotwórczych. Wykonujemy ponad dwa tysiące przeszczepień rocznie w ponad 20 ośrodkach. Mamy nowoczesne laboratoria i jeden z największych rejestrów dawców na świecie – piąte miejsce globalnie. W obszarze CAR-T wykorzystujemy produkty przygotowywane przez firmy farmaceutyczne, ale kluczowe będzie rozwijanie aktywności akademickiej, bo tylko to pozwoli obniżyć koszty i zwiększyć dostępność terapii.

Czy gdyby pan zachorował na białaczkę, poddałby się przeszczepieniu szpiku?

Tak. Gdybym dziś zachorował – a mam 78 lat – zdecydowałbym się na przeszczepienie, jeśli byłoby ono wskazane. Zdecydowałbym się również na komórki CAR-T. Wiem, jakie jest ryzyko i jakie są szanse. Medycyna zawsze polega na wyborze mniejszego zła.

Największe wyzwanie na przyszłość?

Paradoks sukcesu. Choroby ostre stały się przewlekłe. Pacjenci żyją dłużej i wymagają wieloletniej, kosztownej opieki. System musi nadążyć za postępem medycyny. Bez tego nawet najbardziej zaawansowane terapie, takie jak CAR-T, nie wykorzystają w pełni swojego potencjału.



rozmawiała
Mira Suchodolska

Rozwój w hematologii nie zwalnia



prof. dr hab. n. med.
Jerzy Hołowiecki

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii Instytutu Onkologii w Gliwicach, w 1997 roku jako pierwszy w Polsce wykonał przeszczep szpiku od dawcy niespokrewnionego

Kiedy na świecie zaczęto myśleć o przeszczepianiu szpiku kostnego?

Już w latach 50., kiedy odkryto, że promieniowanie niszczy układ krwiotwórczy,

ale można próbować go odbudować, podając komórki dawcy. W 1957 roku Donall Thomas wykonał pierwsze przeszczepy u chorych na białaczkę. Większość pacjentów zmarła – głównie z powodu infekcji i odrzucenia. To była medyczna ciemna epoka, ale bez niej nie byłoby dzisiejszych sukcesów.

W Polsce przełomem był rok 1997 – przeprowadził pan pierwszy przeszczep od dawcy niespokrewnionego. Pacjentką była Urszula Jaworska, która później zasłynęła stworzeniem rejestru dawców szpiku. Co pan zapamiętał z tamtych dni?

Dla mnie to były wielkie emocje. To była sytuacja kliniczna na ostatnią chwilę. Kiedy w holenderskim rejestrze znaleziono dawczynię, cieszyliśmy się, ale nie byliśmy pewni, czy całość się uda, ponieważ procedura jest skomplikowana.

Do dziś pamiętam, jak mój zespół w środku w nocy czekał na samolot z przeszczepem. Śnieżyca, opóźnienia, zmiana lotniska, a my zastanawiamy się, czy komórki w styropianowym pojemniku przetrwają lot i transport do Katowic. Kiedy

w końcu dotarli i zaczęliśmy ich badanie, panowała absolutna cisza. Ale udało się. Urszula Jaworska była świadoma zagrożenia, jakie niósł ze sobą ten przeszczep, punkt po punkcie. Ale mimo to dopingowała nas, zachęcała do starań i do wysiłku.

Po wszystkim powiedziała: „Najpierw mnie pan uratował, a potem nauczył, jak dalej żyć”. I dotrzymała słowa. Została jedną z najważniejszych ambasaderek dawstwa w Polsce. Ten ludzki wymiar medycyny jest – moim zdaniem – największą nagrodą.

Kiedy Polska zaczęła doganiać świat?

Na przełomie lat 90. i pierwszej dekady XXI wieku. Wtedy stworzyliśmy wreszcie oddziały na poziomie zachodnim – izolowane sale, filtry HEPA, laboratoria HLA. Ogromną rolę odegrała grupa PALG, która ujednoliciła leczenie białaczek w całym kraju.

Drugi przełom nastąpił, gdy zaczęliśmy budować polski rejestr dawców. W latach 80. znalezienie zgodnego dawcy było niemal niemożliwe. Dziś mamy jeden z największych rejestrów na świecie, a dawcy przyjeżdżają również do tego

samego ośrodka, w którym ratowaliśmy panią Urszulę. To piękna klamra historii.

Porozmawiajmy o współczesności. Czy CAR-T to przełom porównywalny z transplantacją szpiku?

Myślę, że tak – ale w innym sensie. Przeszczep szpiku to był przełom chirurgiczno-immunologiczny. CAR-T to rewolucja inżynierii komórkowej. Dla nas, lekarzy, to trochę jak przejście od maszyny do pisania do programowania komputerów.

Pamiętam pierwsze dwie pacjentki, którym podaliśmy CAR-T w Gliwicach. Choroba wróciła po kilku liniach terapii, po przeszczepie, CAR-T to była właściwie ostatnia deska ratunku. A one weszły w pełną remisję. Dla zespołu to był moment podobny jak przeszczep pani Urszuli – poczulimy, że otwiera się zupełnie nowy rozdział.

Czy CAR-T zastąpi kiedyś przeszczep?

Na razie nie. CAR-T daje spektakularne wyniki, ale wciąż nie u wszystkich, a ponadto nie gwarantuje długotrwałego efektu. Transplantacja od dawcy niespokrewnionego pozostaje metodą radykalną

i jedyną w wielu białaczkach wysokiego ryzyka, a przeszczepiony szpik dawcy zapobiega nawrotowi choroby.

Natomiast CAR-T staje się bardzo dobrym pomostem – umożliwia doprowadzenie pacjenta do przeszczepu w dobrym stanie albo leczenie nawrotu po transplantacji. W przyszłości przeszczepów będzie mniej, ale nie znikną i będą wciąż udoskonalane.

Jaką rolę będzie odgrywać Polska w tej przyszłości?

Już ją odgrywamy. Mamy ośrodki, które prowadzą własne badania CAR-T. Jeśli uda się wprowadzić produkcję akademicką, znacznie obniży to koszty terapii i umożliwi dostęp większej liczbie chorych.

Patrząc z perspektywy czterech dekad – od pionierskich przeszczepów robionych w warunkach półlaboratoryjnych po terapię genową – widzę jedną prawidłowość: rozwój w hematologii nigdy nie zwalnia. Każda dekada otwiera coś nowego.

I myślę, że najlepsze lata tej dziedziny są dopiero przed nami.

rozmawiała Mira Suchodolska

W poszukiwaniu uniwersalnego leku na raka

Jak terapia komórkami CAR-T zmienia podejście do leczenia nowotworów – tłumaczą prof. Sebastian Giebel oraz prof. Lidia Gil – oboje zaangażowani we wprowadzanie terapii CAR-T-cells w Polsce.

Doniesienia naukowe zaprezentowane na ostatniej konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Hematologów (ASH – American Association of Hematology) sugerują, że terapia komórkowa CAR-T może stać się w przyszłości uniwersalnym lekiem na raka.

Terapia CAR-T jest tworzona indywidualnie dla każdego chorego – opowiada profesor Sebastian Giebel. Metoda ta polega na pobraniu od pacjenta limfocytów T – białych krwinek (które stanowią część układu odpornościowego i odpowiadają za zwalczanie infekcji), a następnie na ich modyfikacji w wyspecjalizowanym laboratorium.

Komórki trafiają do zakładu produkcji, gdzie limfocyty T są izolowane i modyfikowane genetycznie tak, aby mogły rozpoznawać i wiązać się ze specyficznym białkiem docelowym. W ten sposób powstają komórki CAR-T. Zmodyfikowane komórki z ekspresją receptora CAR są następnie stymulowane i namnażane w laboratorium w celu uzyskania liczby wystarczającej do wywołania efektu terapeutycznego po podaniu do krwiobiegu pacjenta.

Proces produkcji CAR-T-cells trwa kilka tygodni. Po jego zakończeniu komórki są zamrażane i odsyłane do ośrodka, w którym leczony jest pacjent.

Doskonalenie technologii CAR-T

Terapia CAR-T jest dzisiaj najbardziej zaawansowaną formą leczenia chorych onkologicznie. Jest udoskonalana pod względem skuteczności i bezpieczeństwa w licznych badaniach klinicznych. Powstają nowe generacje tego leku.



prof. Lidia Gil:
Procedura tworzenia CAR-T-cells in vivo (w żywym organizmie), a nie in vitro (w laboratorium) jest czymś absolutnie niezwykłym.

Naukowcy podejmują próby tworzenia CAR-T-cells z limfocytów T pochodzących od osób zdrowych.

W jednym z doniesień na kongresie ASH była mowa o ich wytwarzaniu nie w laboratorium, lecz bezpośrednio w organizmie pacjenta – in vivo (dostarcza się limfocytom T odpowiedni gen kodujący receptor CAR), co uprościłoby procedurę terapeutyczną i obniżyło jej koszty.

Rozszerzenie wskazań

Na świecie podejmowane są już próby wykorzystania komórek CAR-T nie tylko do leczenia chorych z nowotworami krwi, ale również pacjentów z guzami litymi. Udało się to dotychczas w trzech chorobach nowotworowych: czerniaku, mięsaku oraz neuroblastomie.

Bardzo dobre wyniki leczenia komórkami CAR-T uzyskano u pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi, kiedy własny układ odpornościowy, zamiast bronić, atakuje organizm: u chorych na twardzinę układową, toczeń rumieniowaty układowy oraz zapalenie wielomięśniowe.

Są próby zastosowania CAR-T w chorobach neurologicznych – stwardnieniu rozsianym i chorobie Erba-Goldflama, a także w innych chorobach hematologicznych, jak plamica małopłytkowa czy niedokrwistość autoimmunohematyczna.

Kliniczne rewelacje z ASH

Profesor Giebel zwraca uwagę na istotne doniesienie z konferencji ASH na temat stosowania CAR-T-cells już od początku leczenia starszych chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną, u których chemioterapia stosunkowo słabo działa i jest zbyt toksyczna, by podawać ją w normalnych dawkach, a transplantacja szpiku jest zbyt ryzykowna. Badacze z City of Hope w Kalifornii zaproponowali leczenie tych chorych CAR-T-cells po pierwszej fazie leczenia chemioterapią, by utrwalić jej wyniki. I odnieśli spektakularny sukces.



prof. Sebastian Giebel:
Na świecie podejmowane są próby wykorzystania komórek CAR-T nie tylko w leczeniu chorych z nowotworami krwi, ale również z guzami litymi.

We wprowadzanie terapii komórkami CAR-T w polskich ośrodkach jest zaangażowana prof. Lidia Gil.

Terapia komórkami CAR-T na świecie jest zarejestrowana do leczenia nowotworów wywodzących się z układu limfatycznego: agresywnych chłoniaków (chłoniak z komórek płaszczka, chłoniaki grudkowe) oraz ostrej białaczki limfoblastycznej i szpiczaka plazmocyto-

wego. W Polsce jest refundowana w leczeniu chorych z chłoniakiem z komórek płaszczka oraz ostrą białaczką limfoblastyczną – mówi profesor.

Technologia CAR-T w praktyce

Na świecie liczba pacjentów poddanych terapii CAR-T przekroczyła już 39 tys. W Polsce terapia ta jest obecnie realizowana w 15 ośrodkach, w tym w dwóch pediatrycznych, a kilka ośrodków jest w trakcie akredytacji – docelowo będzie ich ok. 20 łącznie z pediatrycznymi. Pozytywną decyzję o kwalifikacji do leczenia otrzymało już ponad 480 chorych na chłoniaki agresywne i chłoniaki z komórek płaszczka, a także ok. 80 pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną (dorośli i dzieci).

Profesor Gil, pytana o to, jakie doniesienie na konferencji ASH zrobiło na niej największe wrażenie – przytacza próbę leczenia chorych na szpiczaka plazmocyto- komórkami CAR-T modyfikowanymi bezpośrednio w organizmie pacjenta, o którym wspominał również profesor Sebastian Giebel. „Procedura tworzenia CAR-T-cells in vivo (w żywym organizmie), a nie in vitro (w laboratorium) jest czymś absolutnie niezwykłym” – mówi prof. Gil.

Jak podkreślają specjaliści, jesteśmy na początku drogi, której celem jest uzyskanie uniwersalnego leku skutecznego we wszystkich nowotworach, a wyniki badań przedstawione na kongresie ASH dowodzą olbrzymiego postępu w tym zakresie.

Ewa Biernacka

Przyszłość leczenia szpiczaka



prof. dr hab. n. med. Dominik Dytfeld
Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego

Przyczyną szpiczaka plazmocyto- wego (MM, myeloma multiplex), nowotworu hematologicznego, jest rozrost złośliwych komórek plazmatycznych w szpiku kostnym. Zmienione nowotworowo plazmocyty, rozprzestrzeniając się w nim, osłabiają struktury kości, atakują komór-

ki wytwarzające krew, czym upośledzają czynność krwiotwórczą szpiku, uszkadzają nerki, obniżają odporność. Dzieje się tak, ponieważ komórki szpiczaka nie wytwarzają normalnie działających przeciwciał, tylko produkują nieprawidłową immunoglobulinę – białko monoklonalne, przez co zmniejsza się produkcja prawidłowych przeciwciał potrzebnych do zwalczania infekcji.

MM, pomimo postępu w leczeniu chorych, jaki dokonał się w ostatnich latach dzięki terapii celowanej, wciąż stanowi istotne obciążenie kliniczne ze względu na nieuchronny nawrót choroby. Choć pozostaje nieuleczalny, jednak w dużym stopniu można go przez wiele lat kontrolować.

Diagnostyka

MM rozpoznaje się na podstawie obecności klonalnych plazmocytów (najczęściej wykrywanych w szpiku) oraz co najmniej jednego objawu uszkodzenia narządowego związanego ze szpiczakiem, tzw. objawy CRAB – podwyższenie stężenia wapnia (Calcium), zaburzenia czynności nerek (Renal), niedokrwistość (Anemia), uszkodzenie kości (Bone).

Epidemiologia

MM stanowi ok. 1 proc. wszystkich nowotworów i zajmuje drugie miejsce pod względem częstości występowania nowotworów hematologicznych na świecie. MM dotyczy ludzi starszych. Według szacunków w Polsce ok. 12 tysięcy chorych leczy się aktualnie z powodu tej choroby.

Leczenie

Wczesne rozpoczęcie leczenia poprawia rokowanie pacjentów, gdyż zapobiega wielu powikłaniom. Chorzy, oprócz podstawowej terapii, najczęściej wymagają również leczenia wspomagającego. Od czasu wprowadzenia chemioterapii wspomaganej przeszczepieniem komórek macierzystych u chorych w wieku poniżej 70. roku życia udało się blisko dwukrotnie wydłużyć przeżycia. Postęp w leczeniu pacjentów z MM spowodował, że staje się on schorzeniem przewlekłym.

Najważniejszy w leczeniu jest początek terapii, w tym czasie choroby jest najwrażliwsza na leczenie.

Na świecie prowadzonych jest wiele badań nad nowymi cząsteczkami w le-

czeniu chorych na szpiczaka. Część z badanych leków została już zarejestrowana w Europie i jest szansa, że w najbliższych latach będą one dostępne także w Polsce.

Badania

Badanie MajesTEC-3 porównuje chemioterapię – nowe przeciwciało monoklonalne teclistamab ze „starym” daratumumabem, przeciwciałem monoklonalnym, co jest nowym połączeniem – do innej klasycznej chemioterapii, którą stosuje się na tym etapie leczenia. Wyniki tego badania są rewelacyjne. Ta terapia, kombinacja immunoterapii – o nigdy dotąd niewidzianej skuteczności – może stanowić nową standardową terapię u pacjentów ze szpiczakiem opornym na leczenie oraz u pacjentów na etapie choroby nawrotowej.

Bardzo dobre wyniki otrzymano w badaniu Uniwersytetu w Sydney, KLN-1010. I choć wzięło w nim udział tylko czterech pacjentów, a obserwacja była krótka, to terapię CAR-T uznano, na jej podstawie, za perspektywiczną w leczeniu chorych z MM. Uważa się, że w ciągu najbliższych pięciu lat terapia komórkami CAR-T modyfiko-

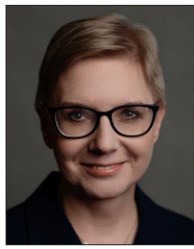
wanymi genetycznie in vivo ma szansę zrewolucjonizować leczenie nowotworów poprzez zmianę dotychczasowych metod produkcji tego leku, obniżyć koszty i zminimalizować działania niepożądane.

Badanie kliniczne COBRA Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego skierowane jest do pacjentów z nowo rozpoznany szpiczakiem plazmocyto- wym.

Badanie porównuje dwa schematy trójkowe stosowane u chorych z nowo rozpoznany MM. Wynik tego badania potwierdza, że zastosowanie karfilzomibu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem może być skuteczniejsze od powszechnie stosowanego połączenia bortezomibu, lenalidomidu i deksametazonu u chorych z nowo rozpoznany szpiczakiem, co niesie istotne korzyści w praktyce klinicznej.

Badanie COBRA zostało wybrane do prezentacji ustnej na ASH 2025. Decyzja komitetów programowych tego dorocznego wydarzenia hematologicznego potwierdziła naukową wagę projektu współtworzonego przez polskie ośrodki oraz potencjał do kształtowania standardów terapii w pierwszej linii.

Charakterystyka chłoniaków



**prof. dr hab. med.
Ewa Lech-Marañda**
krajowy konsultant
w dziedzinie hematologii,
dyrektor Instytutu Hematologii
i Transfuzjologii w Warszawie

Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego to choroby rzadkie, w większości przypadków nie są znane przyczyny ich powstawania oraz przekształcenia prawidłowych komórek w komórki chłoniakowe. Tylko w części przypadków etiologia chłoniaków jest znana i obejmuje m.in. infekcje wirusowe czy bakteryjne.

Najczęstszym objawem klinicznym jest powiększenie węzłów chłonnych obwodowych lub węzłów chłonnych zlokalizowanych w jamie brzusznej lub klatce piersiowej, które można zaobserwować w badaniu USG lub badaniach radiologicznych. Rozwojowi chłoniaków mogą towarzyszyć objawy ogólne, tj. gorączka powyżej 38 stopni C utrzymująca się przez co najmniej dwa tygodnie, nocne poty, istotna utrata wagi ciała oraz narastające osłabienie i zmniejszona tolerancja wysiłku. W badaniu morfologii krwi może wystąpić niedokrwistość, małopłytkowość, a liczba krwinek białych może być zwiększona, prawidłowa lub nawet zmniejszona.

Diagnostyka chłoniaków opiera się przede wszystkim na badaniu histopatologicznym i immunohistochemicznym węzła chłonnego lub innej tkanki zajętej przez chłoniaka uzupełnionym o badania cytogenetyczne i molekularne. Powyższe badania muszą być uzupełnione o morfologię i szereg badań biochemicznych z krwi obwodowej i badania obrazowe.

Chłoniak pęcherza

Pierwotny chłoniak dróg moczowych (PUTL) występuje bardzo rzadko i jest bardzo agresywny. Świadomość na temat możliwości wystąpienia tego rodzaju nowotworu jest niezwykle istotna.

Po raz pierwszy chłoniaka pęcherza moczowego (UB) opisano w 1953 roku i do dziś literatura na jego temat jest skąpa ze względu na rzadkość jego występowania.

Przyczyny zachorowania na ten typ nowotworu nie są do końca poznane, wiąże się je jednak z takimi czynnikami ryzyka, jak: osłabiony układ odpornościowy (HIV, leki immunosupresyjne), zakażenia wirusowe (EBV, HIV, HCV), narażenie na pestycydy, azbest, benzen, promieniowanie, choroby autoimmunologiczne (toczeń, reumatoidalne zapalenie stawów) oraz predyspozycje genetyczne, otęłość i wcześniejsze leczenie onkologiczne.

Chłoniak pęcherza moczowego najczęściej występuje u kobiet w średnim wieku. Uważa się, że może się to łączyć z nawracającymi infekcyjnymi zapaleniami pęcherza moczowego, na które częściej zapadają kobiety.

Nie bagatelizuj krwiomoczu

Chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) stanowi najczęstszy typ chłoniaka niezłośliwego. Około 40 proc. przypadków DLBCL rozwija się w lokalizacjach pozawęzłowych, najczęściej w przewodzie pokarmowym. Pierwotny chłoniak pęcherza moczowego stanowi jedynie 0,2

proc. pozawęzłowych chłoniaków niezłośliwych. Częściej dochodzi do wtórnego zajęcia pęcherza moczowego przez chłoniaka układowego – zdarza się to w przypadku 10-25 proc. białaczek/chłoniaków i występuje w zaawansowanym stadium chłoniaka układowego.

Chłoniak pęcherza moczowego objawia się widocznym krwiomoczem, bolesnym i częstym oddawaniem moczu, nykturią oraz bólem brzucha lub pleców. Ze względu na te objawy większość chłoniaków z UB diagnozuje się w stadium 1., dzięki czemu szybciej można wdrożyć leczenie.

Kłopot w tym, że we wczesnych stadiach zaawansowania choroby najczęściej mamy do czynienia z jej bezobjawowym przebiegiem. Często też dochodzi do mylenia objawów rozwijającego się guza z zapaleniem układu moczowego, a leczenie stanów zapalnych, choć opanowuje chwilowo sytuację, nie wstrzymuje rozwoju nowotworu. Dlatego tak ważna jest czujność onkologiczna i prawidłowo wykonana diagnostyka.

Jak wynika z dotychczas zgromadzonych danych, u pacjentów z pierwotnym chłoniakiem dróg moczowych korzystne wydaje się leczenie chirurgiczne. To o tyle istotne, że podstawą

terapii węzłów chłonnych DLBCL są chemioterapia i radioterapia. U większości pacjentów operacja była najprawdopodobniej wdrażana w celach diagnostycznych, ale jest możliwe, że redukcja guza może przynieść korzyści w zakresie przeżycia.

Świadomość jest kluczowa

Spośród trzech najczęściej występujących podtypów histologicznych pierwotnego chłoniaka dróg moczowych DLBCL wiązał się z najgorszym rokowaniem, podczas gdy pacjenci ze zdiagnozowanym chłoniakiem związanym z MALT mieli najlepsze rokowanie. Płeć żeńska była również niezależnie związana z lepszym przeżyciem.

Ze względu na rzadkość występowania jak dotąd badania nad charakterystyką kliniczno-patologiczną chłoniaka rozlanego z dużych komórek (DLBCL) rozwijającego się w pęcherzu moczowym nadal są ograniczone. Dlatego kluczowa wydaje się świadomość urologów i patologów na temat możliwości wystąpienia DLBCL w UB. Wczesne rozpoznanie choroby umożliwia szybkie i odpowiednie leczenie agresywnego, ale potencjalnie uleczalnego chłoniaka.

Monika Grzegorska

W sytuacjach wątpliwych trzeba myśleć o chorobach rzadkich

Wyczulenie onkologiczne, świadomość występowania różnych jednostek chorobowych, w tym tych rzadszych, takich jak chłoniaki, to klucz do większej wyleczalności tych, którzy na te choroby zapadają – przekonuje prof. Tomasz Drewa.

W urologii króluje chirurgia robotyczna. Czy to znaczy, że zwykłe operacje odchodzą do lamusa?

Myślę, że żyjemy w czasach, w których dyskusja na temat wyższości operacji otwartych nad chirurgią robotyczną właściwie nie ma sensu. Jakościowo to zupełnie inne zabiegi. A w urologii sprawdza się wyjątkowo, więc cokolwiek byśmy mieli robić, pierwszy wybór zawsze pada na robotę. Coraz więcej ośrodków wykonuje już w ten sposób usunięcia pęcherza moczowego, szczie sztucznych pęcherzy, szczie wstawek jelitowych – robot nadaje się świetnie do większości operacji urologicznych. Mogę nawet powiedzieć, że operacje robotyczne to już nasza teraźniejszość.

I faktycznie jest tak we wszystkich ośrodkach?

Oczywiście to rozwój, który jest podyktowany ekonomią. Zaawansowane technologicznie narzędzie chirurgiczne jest droższe niż skalpel i zwykłe nożyczki. Ale warto w nie inwestować. I obojętnie o rozwój tej dziedziny się nie boję. W naszym ośrodku, w klinice urologii, operujemy w ten sposób praktycznie wszystkie jednostki chorobowe.

Jednym z wyzwań dla urologów są chłoniaki przestrzeni zaotrzewnowej. Z jakiego powodu?

Urologia jest dziedzina, w której chłoniaków rozpoznaje się całkiem sporo, choć wśród innych chorób urologicznych nie jest to choroba specjalnie częsta i faktycznie jest wyzwaniem diagnostycznym. Czasem chłoniaki te imitują guzy nerek, czasem guzy okolicy nadnercza, jądra lub guzy lite okolicy nerkowej. Problem polega na tym, że chłoniaki są dużą grupą nowotworów

**prof. dr hab. n. med.
Tomasz Drewa**

kierownik Kliniki Urologii
Ogólnej i Onkologicznej
Szpitala Uniwersyteckiego
nr 1 im. dr. Antoniego
Jurasza w Bydgoszczy,
prezes Polskiego
Towarzystwa Urologicznego



zbudowanych z różnych komórek i różnych typów. Diagnostyka jest tu kluczowa, ponieważ leczenie zależy od rozpoznania. Wszystkie guzy nerek i okolicy nadnerczy leczy się operacyjnie. Natomiast w przypadku chłoniaków to jest nieprawidłowe postępowanie – podstawą jest leczenie onkologiczne, systemowe. Wyjątkiem są guzy jąder. Natomiast operacje chłoniaków wykonywane po nieprawidłowej diagnostyce, gdy zamiast chłoniaka wstępnie rozpoznajemy na przykład guz nerki, mogą się skończyć dla pacjenta źle, włącznie ze zgonem. Dlatego tak ważna jest dobra diagnoza i wyczulenie także na te rzadsze choroby.

Poza kiepskim rokowaniem, z jakimi problemami boryka się ta grupa chorych?

Z nierozpoznawalnością choroby. W tym przypadku konieczne są wyczulenie onkologiczne i diagnostyka. Urolog musi pamiętać o tym, że są różne jednostki chorobowe,

w tym te rzadsze, jak chłoniaki. I jeśli otrzymuje tomograf z podejrzeniem guza nerki czy okolicy nerki, warto pomyśleć o tym, że w wątpliwych przypadkach trzeba wykonać biopsję, by nie narażać pacjenta na niepotrzebne działania operacyjne. Ale jednocześnie musi wiedzieć, że na przykład w leczeniu raków nerki biopsja nie jest rekomendowana.

Czyli trzeba mieć dużą wiedzę...

Dlatego tak istotne jest, by pacjent trafił do ośrodka, w którym są urodzycy z dużym doświadczeniem, którzy mają za sobą wiele ocen badań obrazowych, rezonansów. W małych ośrodkach można nigdy nie spotkać pacjenta z chłoniakiem, łatwiej więc go przegapić, jeśli już się zdarzy. W dużym ośrodku mamy nawet kilkunastu takich chorych w ciągu roku.

Czy w urologii są jakieś inne choroby, które podobnie jak chłoniaki długo pozostają nierozpoznane, a mocno wpływają na jakość życia pacjentów?

Taką chorobą jest śródmiąższowe zapalenie pęcherza (IC), które także wymaga dość specyficznego myślenia o niej. To choroba, która rodzi duże problemy diagnostyczne, pacjentki – bo chorują na nią głównie kobiety: według statystyki od 5 do 10 razy więcej kobiet niż mężczyzn – latami odsyłane są z miejsca do miejsca. A diagnostyka jest banalnie prosta. Wystarczy w znieczuleniu wykonać cystoskopię, rozszerzyć pęcherz i zobaczyć, jak jego ściany reagują na rozszerzenie, czy jest elastyczny, czy też jest mało elastyczny, kruchy i pęka. Jeśli wykluczamy inne choroby, które mogą imitować śródmiąższowe zapalenie, to wystarczy do rozpoznania tej choroby.

Śródmiąższowe zapalenie pęcherza różni się od zwykłego zapalenia?

Tak. Choć klinika śródmiąższowego zapalenia pęcherza jest podobna do zwykłego zapalenia: częste parcie, ból, pieczenie, częstomocz, ale kluczowa różnica polega na braku infekcji bakteryjnej i przewlekłym, nawracającym charakterze. Zwykłe zapalenie pęcherza ustępuje po jednej czy drugiej kuracji antybiotykowej. Może nawracać, ale okresy remisji są dłuższe.

No to w czym problem? To wydaje się proste: jeśli pacjentka nie reaguje na leki, trzeba dalej sprawdzać, co się dzieje...

Tak jest, tylko trzeba pomyśleć, że to jest być może inna jednostka chorobowa, a nie leczyć w nieskończoność antybiotykami. Przepisywanie kolejnych antybiotyków w tej sytuacji nic nie da, wyjątkowi chorego i potem jest jeszcze gorzej. Ale, niestety, to częsta praktyka. Zresztą podobny problem mają pacjentki z powierzchownym rakiem pęcherza. Miesiącami chodzą z bólem, parciem, szczypaniem, leczone są antybiotykami, choć posiewy są często jałowe, a badania moczu – dobre. Antybiotyki nie pomagają, a bardzo groźny powierzchowny rak pęcherza się rozwija.

W planie prac parlamentarnego zespołu ds. onkologii na pierwsze półrocze 2026 roku znalazł się m.in. rak pęcherza... Może to zmienić tę sytuację.

Na to liczymy. To doskonała decyzja, bo jest to najbardziej zaniedbany nowotwór w urologii. A co gorsza, najgroźniejszy – większość chorych nie przeżywa dwóch lat, a pięciu lat dożywa naprawdę nieznaczny odsetek. Sporo jest do nadrobienia.

rozmawiała dr Paulina Mozolewska

Urologia to nie tylko onkologia

Co skłoniło pana do wyboru urologii jako specjalizacji?

Urologia wydawała mi się rozsądną i elitarną dyscypliną. Charakteryzuje się skomplikowanymi zabiegami i leczeniem opartym na faktach uzyskanych dzięki rzetelnej diagnostyce. Nie ma tu miejsca na operacje typu „otworzy się i zobaczy”.

Jednocześnie trudna dostępność do wielu narządów i dynamiczny rozwój uro-technologii sprawiają, że to fascynująca dziedzina. Urologia XXI wieku oparta jest na zdobycach endoskopii, chirurgii laparoskopowej i robotycznej, a także na rozwoju urologii czynnościowej. To wszystko składa się na piękno tej dyscypliny, którą jestem zarażony jak wirusem. Urologia to miłość mojego życia i mówię to z pełnym przekonaniem, a moja małżonka doskonale to rozumie.

Jakie są obecnie najczęstsze schorzenia urologiczne, z którymi zgłaszają się pacjenci?

Współczesna urologia to w dużej mierze uroonkologia, czyli leczenie nowotworów. To poważny problem, bo aż 25 proc. wszystkich nowotworów stanowią nowotwory urologiczne. Dominują nowotwory prostaty, pęcherza moczowego, nerki i jądra.

Ale urologia to nie tylko onkologia. Zajmujemy się również leczeniem rekonstrukcyjnym, naprawą urazów, leczeniem kamicy i zaburzeń czynnościowych dróg moczowych. Coraz większą rolę odgrywa farmakoterapia, zarówno przed-, jak i pooperacyjna.

Chciałabym porozmawiać o śródmiąższowym zapaleniu pęcherza moczowego (IC). Jak często się je diagnozuje, jakie są objawy i czy można je uznać za chorobę rzadką?

prof. dr hab. n. med. Piotr Chłosta

kierownik Katedry i Kliniki
Urologii Uniwersytetu
Jagiellońskiego Collegium
Medicum w Krakowie,
kierownik Oddziału
Klinicznego Urologii i Urologii
Onkologicznej w Szpitalu
Uniwersyteckim w Krakowie,
były prezes Polskiego
Towarzystwa Urologicznego



Do pewnego stopnia tak. Szacuje się, że w Polsce jest około tysiąca pacjentów z tym rozpoznaniem. Diagnoza tej choroby nie jest łatwa, ponieważ rozpoznanie stawia się przez wykluczenie innych schorzeń. Niestety, przebieg choroby jest trudny. Dotychczasowe metody leczenia opierały się głównie na łagodzeniu objawów. Należą do nich przede wszystkim nagłe parcie na pęcherz, częstomocz dzienny i nocny, ból i wreszcie krwimocz o pochodzeniu nienowotworowym. Te objawy nie tylko obniżają istotnie jakość życia, ale w ogóle uniemożliwiają normalne funkcjonowanie w społeczeństwie.

W urologii mówimy, że kiedy występują już owrzodzenia, to pęcherz „płacze krwawymi łzami”. Krew w moczu jest spowodowana powstaniem charakterystycznych owrzodzeń w pęcherzu moczowym, zwanych wrzodami Hunnera. Jednak takie same objawy może dawać wiele różnych chorób, m.in. nowotwory, stany zapalne, kamica pęcherza moczowego. Rozpoznanie śródmiąższowego zapalenia pę-

cherza moczowego stawia się głównie przez wykluczenie tych chorób.

Na jakim etapie choroby pacjenci trafiają zwykle do gabinetu urologa i ile czasu mija do chwili postawienia diagnozy?

Średni okres od wystąpienia objawów do rozpoznania i wdrożenia leczenia to od około trzech do dziesięciu lat. Rozpoznanie w ciągu kilku miesięcy zdarza się bardzo rzadko. W tym czasie dochodzi do rozwoju zmian w pęcherzu – określamy to mechanizmem kuli śnieżnej. Z chwilą rozpoznania w miarę upływu czasu objawy są coraz bardziej groźne. U wielu pacjentów mogą być już miejscowo znacznie zaawansowane.

Gdy zapada diagnoza, jakie są możliwości leczenia?

Celem leczenia przyczynowego zapalenia śródmiąższowego pęcherza jest odtworzenie uszkodzonej warstwy nabłonka, zahamowanie pewnych mechanizmów immunologicznych, a właściwie aktywacji neuronalnej w pęcherzu moczowym i kontrola nad miejscową reakcją zapalną, czyli zapobieganie dalszym powikłaniom, które mogą się rozwinąć w wyniku takiej choroby. Leczenie jest zazwyczaj kilkuetapowe.

Stosuje się terapię behawioralną, farmakoterapię i chirurgię. Terapia behawioralna obejmuje ćwiczenia pęcherza moczowego. Postępowanie drugiego rzutu to farmakoterapia. Polisiarczan pentozanu sodu (PPS) jest tutaj postępowaniem z wyboru. Niekiedy kojarzy się go z innymi lekami, nawet uspokajającymi.

Postępowanie trzeciego i czwartego wyboru to stosowanie duloksetyny, gabapentyny i pregabaliny, jak i leczenie chirurgiczne poprzedzone bardzo często wlewkami dopęcherzowymi.

Postępowanie z pierwszego wyboru jest zarezerwowane tylko dla stadiów choroby, które nie powodują istotnego upośledzenia jakości życia, dla najłagodniejszych, początkowych stadiów. W większości przypadków leczenie musi być skojarzone z leczeniem doustnym.

W takim razie kiedy, pana zdaniem, należy włączyć terapię PPS?

Polisiarczan pentozanu sodu może nie tylko istotnie złagodzić objawy, ale też opóźnić czas do wystąpienia konieczności zaproponowania radykalnego leczenia chirurgicznego. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia owrzodzeń w pęcherzu moczowym i poprawić jakość życia pacjenta, terapię należy włączyć jak najszybciej.

PPS działa jak betoniarka wypełniona cementem i porusza się po pęcherzu moczowym, łatając „dziury” powstałe w wyniku owrzodzenia. Skuteczność tego preparatu została potwierdzona w wielu badaniach klinicznych. PPS jest uznawany za leczenie z wyboru u chorych na śródmiąższowe zapalenie pęcherza, zwłaszcza jeżeli pojawiają się zmiany ubytkowe na błonie dróg moczowych lub owrzodzenia o umiarkowanym i ciężkim nasileniu.

Czy te preparaty są refundowane dla pacjentów?

Cieszę się, że mogę podzielić się bardzo dobrą wiadomością. Od 1 stycznia 2026 r. polisiarczan pentozanu sodu będzie refundowany w ramach programu lekowego B.178 „Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego”. Wreszcie pacjenci zyskają realną, bezpłatną możliwość skorzystania ze skutecznej terapii.

rozmawiała dr Paulina Mozolewska

Choroba, która odbiera wszystko

Jak wygląda życie chorych ze śródmiąższowym zapaleniem pęcherza na co dzień? Z jakimi ograniczeniami muszą się mierzyć?

Życie ze śródmiąższowym zapaleniem pęcherza to nieustanna walka – z bólem, zmęczeniem, bezsilnością i niezrozumieniem. Dla wielu osób każdy dzień zaczyna się od pytania: czy dziś dam radę? Pacjenci mówią, że ich życie zostało podporządkowane pęcherzowi – to on decyduje, kiedy mogą wyjść z domu, czy zdążyć na spotkanie, czy prześpić noc bez bólu. Planowanie czegokolwiek – pracy, podróży, wakacji, a nawet zwykłego spaceru – staje się niemal niemożliwe.

Częstomocz potrafi być tak nasilony, że chorzy oddają mocz nawet 40-60 razy na dobę. To oznacza brak spokojnego snu, wieczne napięcie i życie w ciągłym stanie czujności. Wiele osób przestaje chodzić do kina, unika dłuższych podróży czy nawet wizyt u znajomych – bo zawsze muszą wiedzieć, gdzie jest najbliższa toaleta.

Choroba uderza też w relacje i pracę. Pacjenci rezygnują z aktywności zawodowej – nie z lenistwa, ale z powodu fizycznego wyczerpania i bólu. Partnerzy nie zawsze rozumieją, dlaczego bliska osoba odsuwa się emocjonalnie i fizycznie, unika intymności czy wspólnych wyjść. To często prowadzi do samotności i poczucia wstydu.

Nie można też pominąć aspektu psychicznego. Przewlekły ból, ciągła niepewność i niezrozumienie ze strony otoczenia sprawiają, że pacjenci zapadają na depresję i zespół lękowy. Często przez lata słyszą od lekarzy, że „to nerwica”, „to tylko stres”, „to siedzi w głowie”. Ta beznadzieja i brak wiary ze strony medyków pogłębiają cierpienie.

prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

kierownik Kliniki
Urologii Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego



To choroba, która odbiera wszystko: sen, spokój, radość z życia, a czasem nawet nadzieję. Za każdą z tych historii stoi człowiek – ktoś, kto codziennie wstaje i próbuje funkcjonować mimo bólu.

Ważne jest, by zwiększać świadomość śródmiąższowego zapalenia pęcherza – wśród lekarzy, rodzin i społeczeństwa. Bo dopóki chorzy będą słyszeli, że przesadzają, dopóty ich cierpienie będzie podwójne – fizyczne i psychiczne.

Jakie są obecnie dostępne metody leczenia tej choroby w Polsce?

Leczenie śródmiąższowego zapalenia pęcherza jest procesem trudnym, długotrwałym i wymagającym indywidualnego podejścia. Nie istnieje jedna uniwersalna metoda, która przynosi ulgę wszystkim chorym – dlatego mówi się, że to choroba, która

wymaga cierpliwości zarówno od pacjenta, jak i od lekarza.

Najważniejszym lekiem przyczynowym pozostaje polisiarczan pentozanu sodu (PPS).

Z zadowoleniem przyjąłem informację, że lek jest objęty refundacją od stycznia 2026 roku. Wyrażam nadzieję, że program lekowy w szpitalach wyznaczonych jako centra diagnostyczne zostanie uruchomiony w najbliższym możliwym terminie, zapewniając pacjentom dostęp do terapii zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Czym wyróżnia się ten lek na tle innych terapii? Dlaczego jego rola jest tak istotna?

PPS to lek, który daje coś, co śródmiąższowe zapalenie pęcherza przez lata odbierało – nadzieję na życie bez bólu. Jest to jedyny lek na świecie, który działa na przyczynę śródmiąższowego zapalenia pęcherza. Jego wyjątkowość polega na tym, że odbudowuje naturalną barierę ochronną pęcherza moczowego – tzw. warstwę glikozaminoglikanów (GAG), która u osób zdrowych stanowi swoisty pancierz chroniący błonę śluzową przed toksycznymi składnikami moczu.

U pacjentów ze śródmiąższowym zapaleniem pęcherza ta warstwa jest uszkodzona lub całkowicie zniszczona. Składniki moczu, które w normalnych warunkach nie miałyby kontaktu z tkanką, przenikają w głąb ściany pęcherza, powodując stan zapalny, nadwrażliwość nerwów i silny ból. Odbudowanie tej bariery dzięki terapii PPS pozwala pęcherzowi „oddychać” i się regenerować, co w wielu przypadkach prowadzi do znacznej redukcji objawów, a nawet długotrwałej remisji.

PPS działa jak sztuczna warstwa ochronna, która wyściela wnętrze pęcherza i chroni je przed dalszym podrażnieniem. Działa stopniowo – pierwsze efekty pojawiają się po dwóch-trzech miesiącach, zaś pełna regeneracja wymaga kilku miesięcy regularnej terapii.

Z medycznego punktu widzenia PPS jest więc terapią przyczynową, a nie objawową, co odróżnia go od większości innych metod.

Jakie są pana obserwacje dotyczące skuteczności terapii PPS w praktyce klinicznej?

W mojej praktyce klinicznej obserwuję, że u znacznej części pacjentów terapia PPS przynosi zauważalną poprawę – zmniejsza ból, wydłuża przerwy między mikcjami, poprawia jakość snu. Oczywiście efekty nie są natychmiastowe – to terapia długofalowa, trwająca miesiące, ale daje nadzieję na normalne życie. Niestety, przerwanie leczenia często prowadzi do nawrotu objawów.

Jakie wsparcie najbardziej pomogłoby pacjentom – zarówno medycznie, jak i psychicznie?

Pacjenci ze śródmiąższowym zapaleniem pęcherza potrzebują kompleksowej opieki – medycznej, psychologicznej i społecznej. Ta przewlekła choroba jest szczególnie bolesna i ogranicza życie codzienne, często prowadząc do frustracji i izolacji. Dlatego tak ważna jest rola grup wsparcia, psychologów i organizacji pacjenckiej. Ich głos często jest kluczowy w nagłaśnianiu problemów, z jakimi ci pacjenci mierzą się na co dzień.

rozmawiała dr Paulina Mozolewska

Onkobieg, Fura Zdrowia i 18 lat pomagania



Kamil Dolecki
prezes
Stowarzyszenia
Pomocy Chorym
na Mięsaki
i Czerniaki
Sarcoma

Od 18 lat działamy na rzecz pacjentów z chorobami nowotworowymi, szczególnie z chorującymi na mięsaki i czerniaki. Już na początku drogi pacjenta jesteśmy niejako drogowskazem, który tłumaczy, ale mówi też o możliwościach leczenia. Wspieramy także tych najbardziej potrzebujących – dofinansowujemy koszty dojazdu do szpitala, zakup leków czy protez kończyn po amputacjach. Ponadto organizujemy dwa duże projekty. Pierwszy to Onkobieg, czyli bieg charytatywny, podczas którego nie tylko zachęcamy do aktywności fizycznej, ale też edukujemy i stwarzamy możliwość wykonania badań profilaktycznych. To także wydarzenie, podczas którego wszyscy w myśl hasła „Razem po zdrowie!” wyrażamy solidarność z pacjentami onkologicznymi. W tym roku pobeiliśmy 18. raz. Na trasach w Warszawie, Szczodrem, Starachowicach, ale też indywidualnych, pobięto nas prawie 3 tys.

Kolejnym projektem jest Fura Zdrowia – mobilny gabinet, w którym dermatolog bądź chirurg onkolog przeprowadza badania i w razie potrzeby kieruje pacjenta do dalszej diagnostyki i leczenia. Jeździmy tam, gdzie dostęp do lekarza jest utrudniony. Rozdajemy materiały edukacyjne: przedstawiamy ABCDE czerniaka, informujemy, jak się zabezpieczyć przed słońcem, a także, co zrobić, gdy pojawi się niepokojąca zmiana.

Czerniak – cień słońca

Zdrowa opalenizna nie istnieje – to reakcja obronna uszkodzonej skóry. Sprawdź, jak się zabezpieczyć i samodzielnie wychwycić zagrożenie.

Z perspektywy biologii czerniak to błąd systemu. Skóra, nasz największy narząd, ma doskonałe mechanizmy naprawcze. Jednak wystawiana na ekstremalne próby takie jak intensywne opalanie czy wizyty w solarium w końcu się poddaje.

Promieniowanie UV uszkadza DNA w melanocytach (komórkach barwnikowych skóry), co inicjuje niekontrolowany podział komórek i może prowadzić do rozwoju choroby. Statystyki są nieubłagane: liczba zachorowań na czerniaka w Polsce w ciągu ostatniej dekady niemal się podwoiła.

Świadomość, czyli szczepionka na raka

Kluczem do odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych jest powszechna edukacja zdrowotna. W przypadku nowotworów skóry sprowadza się to do dwóch prostych nawyków: ochrony przed słońcem i obserwacji własnego ciała – sprawdzania swojej skóry raz w miesiącu.

Nie chodzi o to, by całkowicie zrezygnować ze słońca. Jest nam ono potrzebne choćby do syntezy witaminy D. Aby zminimalizować ryzyko choroby, powinniśmy unikać bezpośredniej ekspozycji na słońce w godzinach między 11 a 16, stosować krem z wysokim filtrem SPF (najlepiej SPF 50) i pamiętać o jego reaplikacji co dwie godziny, nosić odzież ochronną, w tym okulary przeciwsłoneczne z odpowiednim filtrem, oraz nakrycie głowy. Powinniśmy też całkowicie zrezygnować z solarium.

Musimy także zerwać z mitami. „Zdrowa opalenizna” to oksymoron. Z perspektywy dermatologów każda opalenizna to reakcja obronna skóry na uszkodzenie, krzyk komórek o pomoc. Każde poparzenie słoneczne, zwłaszcza to, które-

go doznaliśmy w dzieciństwie, zostawia w naszej skórze trwały ślad, zwiększając ryzyko zachorowania w dorosłości.

Profilaktyka w systemie, czyli jak się badać w Polsce?

W Polsce, w przeciwieństwie do profilaktyki raka piersi czy szyjki macicy, wciąż nie doczekaliśmy się populacyjnego programu w obszarze czerniaka. Nasz system opiera się w tej kwestii na tzw. skriningu oportunistycznym. W praktyce oznacza to, że inicjatywa leży po stronie pacjenta.

Jak wygląda to w realiach NFZ? Standardowa ścieżka zaczyna się w gabinecie lekarza rodzinnego (POZ), który po wstępnej ocenie wystawia skierowanie do dermatologa. Warto wiedzieć, że funkcjonuje również Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Skóry przeznaczony dla konkretnych grup wiekowych. Jest to program profilaktyczny (często realizowany okresowo lub regionalnie), gdzie wizyta może się odbyć bez skierowania.

Niezależnie od wybranej drogi złotym standardem diagnostyki jest dermatoskopia. To badanie powinno być rutynowym przeglądem technicznym naszego organizmu, wykonywanym raz w roku, najlepiej jesienią, gdy skóra odchorowuje letnie słońce.

W onkologii czas jest walutą najcenniejszą, a w przypadku czerniaka ta zasada jest szczególnie brutalna.

Dlaczego plan A jest lepszy od planu B?

W onkologii czas jest walutą najcenniejszą, a w przypadku czerniaka ta zasada jest szczególnie brutalna. Bardzo cienki czerniak, czyli taki, którego wykrywamy na wczesnym etapie, jest wyleczalny w niemal 100 proc. Często wystarczy prosty, krótki zabieg chirurgiczny wykonywany w znieczuleniu miejscowym.

Problemy zaczynają się, gdy nowotwór zaczyna naciekać w głąb skóry. Wraz z każdym milimetrem ryzyko przerzutów gwałtownie rośnie, a leczenie przestaje być prostym zabiegiem, zamieniając się w skomplikowany, obciążający i kosztowny proces.

Na szczęście współczesna medycyna dysponuje dziś potężnym arsenałem.

Pamiętajmy jednak, że z perspektywy pacjenta arsenał ten powinien być zawsze planem B. Planem A – wczesna diagnoza. Kluczowe przesłanie płynące z gabinetów onkologicznych jest jasne: nie bójmy się diagnozy, bójmy się zwlekania.

Systemowa zmiana myślenia

Mówiąc o edukacji w Polsce, trzeba wskazać na lidera tych zmian. Jest nim Akademia Czerniaka, sekcja naukowa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, która od lat kształtuje polską politykę zdrowotną w zakresie onkologii skóry. W 2026 roku Akademia będzie obchodzić swoje 15-lecie.

Akademia wykonuje tytaniczną pracę u podstaw, np.: szkoli lekarzy POZ (to oni są na pierwszej linii frontu), edukuje młodzież szkolną i lobbuje za zmianami w prawie, które chronią nas przed czynnikami ryzyka (np. zakaz solarium dla nieletnich).

Kiedyś diagnoza zaawansowanego czerniaka oznaczała rokowania liczone w miesiącach. Dziś, również dzięki działaniom prowadzonym przez Akademię, mówimy o czerniaku często jako o chorobie przewlekłej, a we wczesnych stadiach: całkowicie wyleczalnej.

ABCDE to algorytm bezpieczeństwa

Mimo rozwoju technologii najskuteczniejszym narzędziem wstępnej diagnostyki pozostają nasze oczy. Reguła ABCDE to stworzony przez dermatologów algorytm, który pozwala szybko ocenić, czy znamień wymaga pilnej interwencji. Warto znać ten kod na pamięć.

- A (Asymetria) – Zdrowe pieprzyki są zazwyczaj symetryczne. Asymetryczne znamiona, w których jedna połowa nie jest odbiciem drugiej, mogą wskazywać na chorobę.
- B (Brzegi) – Niepokój powinny budzić krawędzie poszarpane, ząbkowane lub rozlane.
- C (Czerwony, czarny, niejednolity kolor) – Jednolity kolor zwykle jest cechą zdrowych zmian. Wielobarwność w obrębie pojedynczego pieprzyka wymaga natychmiastowej dermatoskopii.
- D (Duży rozmiar) – Zmiany o średnicy powyżej 6 mm (wielkość gumki od ołówka) traktujemy z większą uwagą, choć pamiętajmy, że nie wolno bagatelizować także mniejszych punktów.
- E (Ewolucja) – To najważniejsza litera alfabetu. Jeśli znamień zmienia kształt, kolor, uwypukla się, swędzi lub krwawi, nie zwlekaj!

dr Paulina Mozolewska

Leczenie czerniaka: dłuższe życie w dobrej jakości



prof. dr hab. n. med. Jacek Mackiewicz
kierownik Kliniki Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej, Instytut Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Zakład Diagnostyki i Immunologii Nowotworów, Wielkopolskie Centrum Onkologii

Jak wygląda ścieżka pacjenta z diagnozą czerniaka w pańskiej klinice?

Ścieżka leczenia zależy od stopnia zaawansowania choroby. W przypadku wczesnego czerniaka leczenie zwykle ogranicza się do chirurgicznego usunię-

cia zmiany wraz z poszerzeniem marginesu i dalszej obserwacji. Często konieczne jest wykonanie biopsji węzła wartowniczego. Dlatego tak istotne jest regularne kontrolowanie skóry i szybka reakcja w przypadku pojawienia się nowych niepokojących zmian.

Natomiast pacjenci w zaawansowanym stadium choroby przechodzą dodatkowo badanie w kierunku oceny mutacji w genie BRAF oraz ekspresji PD-L1, które decydują o kwalifikacji do leczenia systemowego. Następnie konsylium lekarskie przedstawia pacjentowi dostępne opcje terapeutyczne. W zespole klinicznym współpracują chirurg onkologiczny, onkolog kliniczny, radioterapeuta, czasem także dermatolog, radiolog i patolog.

Jakie leczenie oferuje się chorym na zaawansowanego czerniaka?

U części pacjentów z obecną mutacją w genie BRAF choroba rozwija się bardzo dynamicznie. Często są to pacjenci w gorszym stanie ogólnym i z dużą masą nowotworową, z podwyższonym LDH, nierzadko z przerzutami do mózgu. U tych chorych ilość zmian może się podwoić lub potroić nawet w ciągu kilku tygodni, co wyma-

ga szybkiego i skutecznego działania. Rekomendujemy wtedy stosowanie inhibitorów BRAF/MEK, które przynoszą szybką poprawę stanu ogólnego – nawet w ciągu 1-3 tygodni.

Warto zauważyć, że u ogółu pacjentów leczeniem pierwszego wyboru jest immunoterapia. Jednak inhibitory BRAF/MEK są stosowane także u pacjentów z przeciwwskazaniami do immunoterapii oraz u tych, u których pierwsza linia leczenia okazała się nieskuteczna – a jest to ponad połowa chorych z mutacją w genie BRAF.

W ramach programu lekowego B.59 dostępne są trzy kombinacje inhibitorów BRAF/MEK. Połączenie enkorafenibu z binimetynibem daje najprawdopodobniej najlepsze, wręcz znakomite, wyniki leczenia, a także wyróżnia się niską toksycznością i jest bardzo dobrze tolerowane przez większość pacjentów.

Czy może pan powiedzieć, jak te znakomite wyniki leczenia przekładają się na życie pacjenta?

Jeszcze 15 lat temu rokowania były ograniczone do kilku miesięcy przeżycia. Obecnie duża część pacjentów żyje wiele lat. Można powiedzieć, że czerniak staje się dla nich chorobą przewlekłą. Le-

czenie enkorafenibem z binimetynibem daje naszym pacjentom szansę na dobrą jakość życia. Przyjmowanie leków w tabletkach we własnym domu pozwala chorym prowadzić aktywne życie – zarówno osobiste, jak i zawodowe. Niektórzy pacjenci przyznają, że czasami zdarza im się zapomnieć, że w ogóle chorują. Często opowiadają, że dzięki skutecznemu leczeniu realizują się w nowych rolach, na przykład jako dziadkowie, doceniając to, że terapia pozwoliła im dożyć ważnych rodzinnych chwil.

Zwróćmy uwagę, że mówimy o pacjentach, których od początku choroby często charakteryzował gorszy stan sprawności i duża masa nowotworowa. Znacząca poprawa stanu ogólnego u chociażby części takich pacjentów

jest, moim zdaniem, wyraźnym sukcesem terapii. Poza tym ten schemat leczenia ma także ogromne znaczenie dla populacji pacjentów, którzy nie zareagowali na pierwszą linię leczenia, czyli ponad połowę chorych z mutacją w genie BRAF.

Jak prezentuje się skuteczność i bezpieczeństwo tej terapii w badaniach naukowych?

Siedmioletnia obserwacja z badania COLUMBUS wskazuje na bardzo wysoką skuteczność połączenia enkorafenibu z binimetynibem oraz bardzo dobrą tolerancję leczenia. To najdłuższe i jedno z najbardziej rzetelnych badań dotyczących terapii celowanej w czerniaku. Wielu pacjentów żyje długo po rozpoczęciu terapii, co stanowi duży sukces medycyny onkologicznej.

Czy można dziś mówić o wyleczeniu zaawansowanego czerniaka nawet u pacjentów z dynamicznie rozwijającą się chorobą?

Jak najbardziej możemy mówić o wyleczeniu także u tych pacjentów. To również wynika z badań.

rozmawiała dr Paulina Mozolewska

Przewlekłe, a nie paliatywnie



dr hab. n. med. Barbara Radecka
prof. Uniwersytetu Opolskiego,
ordynator Kliniki Onkologii
Opolskiego Centrum Onkologii,
wiceprezes Polskiego
Towarzystwa Onkologii Klinicznej

Leczenie paliatywne wciąż bywa mylnie kojarzone wyłącznie z opieką u schyłku życia. Tymczasem współczesna onkologia pokazuje, że w wielu przypadkach ma ono charakter długotrwały i przewlekły. Nie jest nastawione na całkowite wyleczenie (zazwyczaj nieosiągalne w zaawansowanej chorobie), ale na skuteczną kontrolę – spowolnienie postępu choroby, zmniejszenie jej nasilenia oraz utrzymanie możliwie najlepszej jakości życia pacjenta.

Dzięki rozwojowi medycyny leczenie to często polega na sekwencyjnym stosowaniu kolejnych terapii, z których każda może działać przez wiele miesięcy. W efekcie całkowity czas leczenia bywa liczony w latach, a choroba nowotworowa zaczyna przypominać inne schorzenia przewlekłe wymagające stałego nadzoru i dostosowywania terapii.

Coraz częściej podkreśla się więc potrzebę zmiany języka i mówienia o leczeniu przewlekłym, a nie wyłącznie paliatywnym. Taka zmiana semantyczna ma istotne znaczenie dla pacjentów i ich bliskich – pozwala lepiej zrozumieć, że celem leczenia nie jest jedynie łagodzenie objawów (choć to bardzo ważny cel), ale realne wydłużenie życia przy zachowaniu dobrej jego jakości. Określenia „paliatywne” w kontekście leczenia przeciwnowotworowego bywa stygmatyzujące. Słowo „przewlekłe” pomaga także zmniejszyć lęk i daje chorym większe poczucie sprawczości oraz nadziei na długotrwałe funkcjonowanie pomimo choroby.

Pod względem możliwości klinicznych w onkologii notujemy nieustanny postęp, warto więc, abyśmy te nowe możliwości docenili, używając do tego adekwatnych słów.

Chirurgia mniej inwazyjna



prof. dr hab. n. med. Andrzej Rutkowski
kierownik Kliniki Chirurgii
Onkologicznej i Guzów
Neuroendokrynnych
w Narodowym Instytucie
Onkologii, prezes Polskiego
Towarzystwa Chirurgii
Onkologicznej

Jeszcze 25 lat temu chirurgia wiodła prym w leczeniu chorych na nowotwory narządowe, podczas gdy obecnie, nie tracąc nic ze swojego znaczenia, stała się ona elementem procesu leczenia skojarzonego. Dzięki temu, że poznaliśmy znacznie lepiej naturę nowotworów oraz mechanizmy ich rozwoju, możemy dzisiaj operować pacjentów w sposób znacznie bardziej oszczędzający, a zarazem równie skutecznie. W XXI wieku mamy do czynienia z olbrzymim postępem technologicznym – myślę tu przede wszystkim o laparoskopii, która na przestrzeni minionego ćwierćwiecza ugruntuwała sobie pozycję metody małoinwazyjnej i skutecznej. Chirurgia małoinwazyjna pozwala osiągnąć taki sam efekt jak za pomocą chirurgii klasycznej, a przy tym pacjent opuszcza salę operacyjną znacznie mniej okaleczony i szybciej wraca do pełni sił. I wreszcie coraz szersze zastosowanie robotów z pewnością stanowi przyszłość chirurgii. Sztuczna inteligencja prawdopodobnie przyczyni się do jeszcze większej precyzji zabiegów robotycznych, ale nie zastąpi dłoni chirurga. Należy również zwrócić uwagę na rolę chirurgii jako metody rekonstrukcyjnej, nie tylko w raku piersi, ale także w nowotworach głowy i szyi. Za pomocą skalpela jesteśmy w stanie nie tylko usunąć guz tego narządu, ale także – przy zastosowaniu mikrozespoła naczyńniowych – odtworzyć jego anatomię i funkcjonalność. W taki sposób, by pacjent wyglądał i funkcjonował tak jak przed zabiegiem. Aby mógł wrócić do normalnego życia społecznego, rodzinnego, zawodowego.

Rak staje się przewlekły

Pół wieku w onkologii: od toksycznej chemii do terapii celowanych. O przełomie w leczeniu i o tym, jak nie pozwolić chorobie zdominować życia, opowiada prof. Jacek Jassem.

Jak ocenia pan postęp w leczeniu nowotworów z perspektywy 50 lat pracy lekarza?

To ogromny postęp – jakościowy i ilościowy. Kiedy jako młody lekarz zacząłem pracę, mogliśmy wyleczyć ok. 20 proc. chorych; teraz trzykrotnie więcej. Tę wielką różnicę zawdzięczamy wcześniejszemu wykrywaniu nowotworów, diagnostyce, a zwłaszcza nowoczesnemu leczeniu. W latach 70., 80. i jeszcze 90. XX wieku dysponowaliśmy chirurgią, radioterapią oraz klasyczną, względnie toksyczną i średnio skuteczną chemioterapią.

Dzisiaj o nowotworach wiemy znacznie więcej. Przede wszystkim poznaliśmy ich biologiczne cechy na poziomie molekularnym. Współczesne leczenie onkologiczne jest dzięki temu bardziej „inteligentne” i wybiórcze, a zarazem mniej toksyczne, ponieważ trafia głównie w słabe punkty nowotworu. W chirurgii oszczędzamy narządy – tu spektakularnym przykładem jest rak piersi, w którym w większości przypadków odступujemy od amputacji. Znacznie bezpieczniejsza i bardziej precyzyjna stała się radioterapia. Leczenie systemowe zabija precyzyjnie komórki nowotworowe, podczas gdy wcześniej stosowana chemioterapia uszkadzała wszystkie dzielące się komórki, w tym zdrowe (np. nabłonkowe, rozrodcze czy krwiotwórcze), co istotnie zwiększało jej toksyczność. Ogromnie rozwinęła się immunoterapia onkologiczna. Mamy dzisiaj nieporównanie więcej możliwości leczenia.

Zmieniło się postrzeganie choroby nowotworowej ze śmiertelnej na przewlekłą. Czy to jest tylko kwestia farmakologii?

To jest materia bardziej filozoficzna niż medyczna. W powszechnej świadomości choroba nowotworowa, zwłaszcza zaawansowana, wciąż jest chorobą nieuleczalną, i tak jest traktowana.

Obecnie możemy trwale wyleczyć ok. 80 proc. chorych z wcześniej rozpoznany nowotworem. Z drugiej strony – trzeba to przyznać z pokorą – pacjentów w zaawansowanym stadium trudno wyleczyć, choć zdarzają się wyjątki. Tym chorym staramy się głównie wydłużyć życie i poprawić jego jakość. I u wielu pacjentów to się udaje. W związku z tym nowotwory stają się chorobami przewlekłymi, takimi jak nadciśnienie, cukrzyca czy choroby neurologiczne. Ludzie z nimi żyją latami, ale niekoniecznie umierają z ich powodu. Cukrzyca jest nieuleczalna, ale nikt tak o niej nie mówi. Łatka choroby śmiertelnej przylgnęła do nowotworów, lecz może nadszedł czas, by ją odkleić.

Kiedyś chorym na zaawansowany nowotwór dawano rok życia, dzisiaj żyją nawet kilkanaście lat.

Rokowanie u takich chorych było w przeszłości beznadziejne. Dzisiaj żyją oni znacząco dłużej, a przede wszystkim normalnie, pracują, zajmują się – tak jak przed chorobą – rodziną, pracą, sportem, realizują swoje zainteresowania. Więc jest to nowa jakość, która pojawiła się dzięki postępowi w medycynie. Spektakularnym przykładem jest rak płuca. Jeszcze 10-15 lat temu chory w zaawansowanym stadium nowotworu nie przeżywał roku. Dzisiaj wielu z nich, dzięki celowanemu leczeniu nakierowanemu precyzyjnie na komórki nowotworowe, żyje latami. Podobnie jest w czerniaku, gdzie w stadium



prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem
wieloletni kierownik
Katedry i Kliniki Onkologii
i Radioterapii GU Med,
prezes zarządu Polskiej Ligi
Walki z Rakiem

Jednego z naszych pacjentów – lekarza – leczymy terapią celowaną od 13 lat. Żyje i cały czas pracuje.

rozświeca nie było szans na dłuższe przeżycie. Te nowoczesne metody wypierają obecnie chemioterapię w coraz większej liczbie nowotworów.

Ale żeby zastosować to nowoczesne celowane leczenie, musimy dla niego poszukać w komórkach nowotworu odpowiedniego celu molekularnego, czyli zaburzenia, które napędza wzrost guza. Jeśli je zablokujemy, nowotwór przestaje się rozwijać i dajemy choremu dodatkowe lata życia. Jeden z naszych pacjentów – lekarz – jest w ten sposób leczony od 13 lat. Żyje i cały czas pracuje.

Chorych na cukrzycę leczy się przewlekłe, a pacjentów onkologicznych paliatywnie. Niby znaczy to samo, ale tak samo nie brzmi.

To kwestia zakorzenionej terminologii. We wczesnym stadium nowotworu stosujemy leczenie radykalne, tj. z intencją wyleczenia. Z kolei w kontekście zaawansowanej choroby tradycyjnie używaliśmy terminu „leczenie paliatywne”, czyli łagodzące dolegliwości i nieznacznie przedłużające życie.

Coraz częściej pojawiają się głosy, że termin „leczenie paliatywne” należałoby zamienić na „leczenie przewlekłe”. Ma to sens, ponieważ rzeczywistość trwa ono wiele lat i pozwala żyć względnie normalnie. Ponadto chodzi o aspekt psychologiczny. Chory lepiej przyjmie informację, że otrzyma przewlekłe leczenie, niż to, że możemy mu zaproponować tylko leczenie paliatywne.

Czy warto mówić pacjentom o istniejących, choć jeszcze niedostępnych terapiach?

Rozmawiać z pacjentem trzeba i jestem gorącym zwolennikiem mówienia pacjentom jak najczęściej, a przynajmniej uczciwego odpowiadania na ich pytania. Natomiast nie możemy dawać obietnic, które są nierealne. To nieetyczne.

Czy zdarzyła się panu w ciągu lat pracy sytuacja, że chory doczekał się nowej cząsteczki?

Takich pacjentów są dziesiątki, jeśli nie setki. W naszej klinice prowadziliśmy nawet po kilkadziesiąt badań klinicznych równocześnie. Stwarzały one chorym rzeczywistą szansę. Te badania miały cel naukowy, ale zarazem wymiar ludzki, bo dawały szansę pacjentom, dla których wyczerpały się możliwości standardowego leczenia.

Okazało się, że wiele z badanych przez nas leków istotnie poprawiało rokowania pacjentów. Są to bardzo spektakularne i emocjonalne doświadczenia, kiedy pacjent, z którym prawie się już żegnaliśmy, otrzymuje nowy lek i wraca na wiele miesięcy do życia.

Bywa, że leczenie wydłuża życie tylko o 3-6 miesięcy. Tylko czy aż? Co pacjenci mówią na ten temat?

Nie można tego uogólniać – każdy pacjent ma swoje indywidualne potrzeby i oczekiwania. Są osoby, które np. marzą o tym, żeby dożyć jakiegoś ważnego wydarzenia w rodzinie – ślubu czy jubileuszu. Wtedy chcą zrobić wszystko, żeby przedłużyć życie choćby o te kilka miesięcy, więc w miarę możliwości staramy się im w tym pomóc. Ale bywają też sytuacje, że pacjent zmęczony chorobą i terapią chce ostatnie miesiące życia przeżyć bez kroplówek, bez szpitala, wśród rodziny, w spokojnej atmosferze. Nie namawiamy go na siłę na dalsze leczenie. Rozmawiamy z pacjentami uczciwie.

Co pan mówi pacjentom na temat tego, co sami mogą zrobić dla siebie?

Stosuję receptę, którą sam wykorzystałem w trakcie leczenia onkologicznego: nie uciekać w chorobę. Żyłem w tym czasie aktywnie, a nawet napisałem książkę o moim chorowaniu. W miarę sił starałem się robić wszystko to, co lubiłem wcześniej. Miałem czasem wrażenie, że żyję bardziej intensywnie – prowadziłem bogate życie towarzyskie, delektowałem się przyrodą i kulturą. Nie zrezygnowałem ani z pracy, ani z codziennych przyjemności życia. Oczywiście na jakiś czas musiałem zawiesić sport i forsowne wyprawy survivalowe.

Najgorszą rzeczą, jaką człowiek może zrobić w chorobie, to pogryźć się w niej. Choroba jest elementem życia, ale nie pozwólmy, by je zdominowała. Nie można o niej zapomnieć, ale to nie znaczy, że trzeba leżeć w łóżku i patrzeć w sufit z myślą, że nic w życiu już nas nie czeka. Bo każdego człowieka i w każdej sytuacji mogą jeszcze spotkać miłe chwile. Ba, zaskakująco miłe! I te okazje trzeba łapać. Bo później mogą się nie powtórzyć.

Pana marzenie jako lekarza to...

Powrót do idei lekarza, który jest przyjacielem pacjenta w chorobie, potrafi go zapytać, co słychać w domu, porozmawiać także o rzeczach niemedyceńskich. Może jest to marzenie ściętej głowy, bo jako lekarze prawie na nic nie mamy już czasu. Ale myślę, że takiego lekarza chcieliby widzieć nasi pacjenci.

rozmawiała
Agnieszka Fedorczyk



Niedożywienie to skutek braku świadomości chorych i lekarzy

Chcielibyśmy, żeby problem został zauważony i żeby leczenie żywieniowe nie było traktowane po macoszemu jako ostatnia z możliwych dostępnych metod – jak już nic innego nie można zrobić, to wtedy zajmijmy się stanem odżywienia chorego – mówi prof. **Stanisław Kłęk**, przewodniczący Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN).

Niedożywienie jest jednym z głównych czynników ryzyka powikłań w trakcie leczenia onkologicznego, a może ono dotyczyć nawet połowy hospitalizowanych pacjentów onkologicznych. Oczywiście jest, że niektóre typy nowotworów powodują utratę masy ciała, ale dlaczego dochodzi do takich zaniedbań jak niedożywienie?

Rzeczywiście niedożywienie sięga 50 proc., a nawet więcej, ale to dotyczy chorych z zaawansowanym stadium nowotworu, a nie w ogóle z chorobą nowotworową. Częstość występowania niedożywienia bardzo się waha w populacji chorych na raka w zależności od nowotworu. W raku płuca jest to ponad 20 proc., w raku prostaty – 10 proc., w raku jelita grubego – 10 proc., w raku żołądka – aż 40-50 proc., natomiast przy czerniaku niedobory żywieniowe zdarzają się niezwykle rzadko.

Do niedożywienia dochodzi z braku świadomości, że taki problem może się pojawić. Części chorych wydaje się naturalne, że schudli, bo mają nowotwór, ci z nadwagą czy otyłością czasem nawet się cieszą, że zmniejszyła się masa ciała, bo lepiej wyglądają. Nierzadko sami lekarze nie dostrzegają problemu. Czyli pierwsza przyczyna to niska świadomość.

Drugi powód jest taki, że nie ma systemowego wsparcia dla chorych, którzy już rozpoczęli leczenie. Onkolodzy najczęściej nie mają czasu, żeby zajmować się tym, co chory je i ile je, kiedy mu rozpisuje chemię czy sprawdza wyniki badań. Taki pacjent powinien być skierowany do poradni żywieniowej, do dietetyka. Z tym że nie mamy jasnego statusu dietetyków, jeśli chodzi o to, kto nim rzeczywiście jest, nie ma stosownej ustawy. W związku z tym Narodowy Fundusz Zdrowia nie chce refundować porad dietetycznych. Kolejny powód jest taki, że onkolodzy, mając nawet najszczerze chęci do zajmowania się niedożywionymi pacjentami, muszą nieustannie wybierać między tym, czy przyjmować nowych chorych, czy zajmować się powikłaniami u wcześniejszych. Poza tym chorzy z niedożywieniem zajmą miejsce tym, którzy mogą być leczeni potencjalnie z intencją wyleczenia. Powinny być specjalne oddziały, tak jak ma to miejsce np. we Francji, gdzie w szpitalach onkologicznych istnieją oddziały internistyczne, w których chorych leczy się ogólnie, a nie strictly onkologicznie.

Chorzy nie dojadają, nie są poinformowani, nie są prowadzeni prawidłowo, i tak to wszystko się, niestety, toczy. Mechanizm powstawania niedożywienia jest złożony.

Jakie są kryteria rozpoznawania niedożywienia?

Od kilku lat stosujemy definicję GLIM, czyli Global Leadership Initiative on Malnutrition, która jest inicjatywą czterech towarzystw zajmujących się żywieniem klinicznym. Efektem prac grupy roboczej GLIM są nowe globalne kryteria diagnozowania niedożywienia, które zostały opublikowane w 2019 roku w czasopiśmie „Clinical Nutrition ESPEN”.

Mamy w tej definicji dwa rodzaje kryteriów – fenotypowe (fizyczne) i etiologiczne (kliniczne). Do fenotypowych należą niezamierzona utrata masy ciała, niski wskaźnik BMI i ubytek masy mięśniowej. Kryteria etiologiczne to spadek możliwości przyjmowania lub wchłaniania pokarmów oraz obecność stanu zapalnego, ostrego lub przewlekłego. Rozpoznanie niedożywienia wymaga obecności jednego kryterium fenotypowego i jed-

prof. dr hab. n. med.
Stanisław Kłęk

kierownik Kliniki
Chirurgii Onkologicznej,
Narodowy Instytut
Onkologii im. Marii
Sklodowskiej-Curie
– Oddział w Krakowie,
przewodniczący
Europejskiego
Towarzystwa Żywienia
Klinicznego i Metabolizmu
(ESPEN)



nego etiologicznego. Kolejny krok to ocena jego ciężkości – to się odbywa przy użyciu wyłącznie kryteriów fenotypowych.

Przygotowanie do ciężkiego leczenia najlepiej zacząć zaraz po diagnozie. To jedna z zasad prehabilitacji, o której coraz więcej się mówi w przestrzeni publicznej i która zyskuje na znaczeniu. Czym jest prehabilitacja? Na czym polega?

Prehabilitacja jest procesem przygotowania pacjenta do leczenia – nie tylko operacyjnego, ale też chemioterapii czy radioterapii. Chodzi o zbudowanie u niego potencjału do przejścia przez poważną terapię, szybkiego zagojenia się po zabiegu chirurgicznym. W praktyce wygląda to tak, że „budujemy” pacjenta w aspekcie medycznym, czyli na przykład, jeżeli choruje na cukrzycę, to ją wyrównujemy, jeżeli ma anemię, to ją leczymy.

Oprócz tego oferujemy wsparcie psychologa, żeby chory zyskał stabilność psychiczną przed leczeniem. Trzeci aspekt – poprawiamy stan odżywienia pacjenta, jeżeli jest taka potrzeba, np. stosując immunożywienie, które potem będzie poprawiało gojenie. Czwarty aspekt to fizjoterapia, która ma za zadanie wzmocnić pacjenta fizycznie. To także m.in. ćwiczenia poprawiające pojemność oddechową. Wymienione przeze mnie cztery działania to właśnie prehabilitacja, która w ostatnim czasie jest gorącym tematem. To dobrze, bo jeszcze niedawno mało kto myślał o takim przygotowaniu chorego.

Największe efekty prehabilitacji widać przy rozległych zabiegach, czyli operacjach w nowotworach żołądka, trzustki, przełyku, jelita grubego, głowy i szyi. Również u pacjentów obciążonych wieloma chorobami towarzyszącymi, w podeszłym wieku, z zespołem kruchości.

Leczenie żywieniowe to kluczowa interwencja, która pozwala pacjentowi przetrwać leczenie lub w ogóle je rozpocząć.

Częstość występowania niedożywienia zależy od rodzaju nowotworu. Przykładowo, w raku płuca występuje u ponad 20 proc. chorych, a w raku żołądka aż u 40-50 proc.

Odpowiednie odżywienie jest jednym z czterech filarów prehabilitacji. Jakiego kroki można podjąć i powinny być podjęte w okresie od diagnozy do rozpoczęcia terapii, żeby chory miał zapewnione to odpowiednie odżywienie?

Tu możemy zadziałać na dwa sposoby. Pierwszym jest – jeśli mamy niedożywionego chorego – poprawa parametrów świadczących o niedożywieniu, budowa masy mięśniowej, poprawa funkcjonowania układu odpornościowego i w ogóle człowieka. Dążymy do tego przez leczenie żywieniowe – pacjent trafia do dietetyka i otrzymuje interwencję doustną, czyli zmodyfikowaną czy wzmocnioną dietę, sfortyfikowaną, wzbogaconą o doustne diety pitne, popularne nutridrinki. Mniejszość chorych będzie potrzebowała żywienia przez zgłębnik, do żołądka albo do jelita, czy też żywienia dożylnego, czyli pozajelitowego. Większość pacjentów jest leczona żywieniowo ambulatoryjnie pod nadzorem dietetyka.

I to jest taka stricte odbudowa żywieniowa w przypadku niedożywienia. Mamy też możliwość poprawy gojenia i wtedy będzie to immunożywienie przedoperacyjne czy przed leczeniem radioterapeutycznym. Takie wsparcie żywieniowe również odbywa się w warunkach domowych, bo w większości przypadków są to diety doustne.

Terapie onkologiczne są niezwykle wyczerpujące dla organizmu chorego. Czy wszystkie? Powszechnie chemioterapia kojarzy się jako ta najbardziej wyniszczająca. A jak to jest w przypadku nowoczesnych metod – immunoterapii, leków celowanych?

To są terapie w znacznie mniejszym stopniu narażające chorego na wyniszczenie. Ale zdarza się, że po immunoterapii dochodzi na przykład do podrażnienia jelit, zapalenia przewodu pokarmowego i wtedy musimy działać żywieniem w celach terapeutycznych. Takie powikłania są jednak dużo rzadsze niż przy ciężkich chemioterapiach. W terapiach celowanych mamy z kolei inną funkcję leczenia żywieniowego. Na przykład są postacie raka płuca hipermetaboliczne (intensywnie pochłaniają glukozę) i chory zaczyna po prostu „sam się podjadać”, bo organizm nie ma wystarczającej ilości pożywienia. Są badania, które pokazują, że jeżeli takich pacjentów nie będziemy wspomagać żywieniowo, to wówczas mamy gorsze wyniki leczenia.

Część chorych jednak wymaga leczenia żywieniowego. Jakiego są rodzaje takiego żywienia i kiedy są stosowane?

Leczenie żywieniowe możemy podzielić na wykonywane drogą naturalną i drogą dostępu sztucznego. Drogą naturalną to będzie albo modyfikacja diety doustnej, albo diety przemysłowe pitne dołączone do diety doustnej, czyli wspomniane już nutridrinki. Ewentualnie będzie to połączenie wszystkiego, czyli sfortyfikowana dieta – doustna dieta przemysłowa i dobór prawidłowego pożywienia, które chory dobrze toleruje.

Interwencje przeprowadzane drogą sztuczną to jest na przykład żywienie przez dostęp sztuczny do żołądka lub jelita. Jeżeli jest to możliwe, robimy to przez sondę założoną przez zgłębnik, wprowadzoną przez nos do jelita albo do żołądka. Druga opcja to dostęp permanentny, czyli gastrostomia albo ileostomia. Jest jeszcze żywienie dożylne, czyli pozajelitowe, które możemy prowadzić drogą żył centralnych albo żył obwodowych. Możliwe jest też połączenie żywienia drogą przez przewód, czy to doustnego, czy przez zgłębnik, z żywieniem pozajelitowym i wtedy będzie to żywienie łączone.

Żywienie kliniczne wprowadzamy, jeżeli pacjent spełnia kryteria włączenia, czyli na przykład jest niedożywiony albo nie będzie mógł jeść przez dłużej niż pięć dni, nawet gdy jest dobrze odżywiony, albo nie dojadł przez ostatnie dni, lub musi mieć wyłączony przewód pokarmowy, bo na przykład ma odczyn śluzówkowy po radioterapii – wtedy stosujemy leczenie żywieniowe i metody, o których mówiłem, dobieramy indywidualnie do pacjenta. Jeżeli przewód pokarmowy jest sprawny, wykorzystujemy drogę naturalną, jeśli jest niewydolny, stosujemy żywienie pozajelitowe, w sytuacji pośredniej działamy jednym i drugim.

W ostatnim czasie w obu izbach parlamentu odbyły się debaty na temat znaczenia właściwego odżywienia chorych, prehabilitacji, w których pan też uczestniczył. O co stara się środowisko medyczne w tym obszarze i jakich zmian systemowych możemy się spodziewać?

Przed wszystkim chcielibyśmy, żeby problem został zauważony i żeby leczenie żywieniowe nie było traktowane po macoszemu jako ostatnia metoda – jak już nic innego nie można zrobić, to wtedy zajmijmy się stanem odżywienia pacjenta. Na przykład, chory schudł, nie może już otrzymać chemii, to teraz go odżywimy, żeby mógł dostać kolejny cykl chemioterapii. Żywienie musi być traktowane z uwagą od momentu diagnozy.

Druga kwestia – leczenie żywieniowe to kluczowa interwencja, która pozwala pacjentowi przetrwać leczenie lub w ogóle je rozpocząć. W związku z tym ona nie powinna być limitowana, bo na przykład procedury domowe to są działania ratujące życie. Więc limitowanie żywienia domowego dojelitowego czy pozajelitowego jest bez sensu. Kolejna rzecz to prehabilitacja. Walczymy o to, żeby była refundowana, bo ona też jest kluczowa.

rozmawiała
**Iwona
Kazimierska**



Zarządzać emocjami w chorobie

Zamiast walczyć z rakiem, lepiej go leczyć, traktując jak chorobę przewlekłą. O uwalniających od lęku rozmowach z pacjentami z chorobą nowotworową oraz ich bliskimi, opowiada **Adrianna Sobol**, psychoonkolożka.

Z jakimi emocjami mierzy się pacjent onkologiczny po otrzymaniu diagnozy?

Najpierw pojawia się lęk, który utrzymuje się najdłużej. Poza tym szok, złość i niedowierzanie: „Jak to mogło mnie dotknąć”, „Jak sobie poradzę z tą sytuacją”. Pacjenci odczuwają chaos emocjonalny. Niestety, otoczenie pacjenta rzadko daje im przestrzeń do wyrażenia tych odczuć. Gdy pojawia się trudna informacja o diagnozie choroby nowotworowej, ludzie oczekują od pacjenta mobilizacji. Mówią: „Weź się w garść, dasz radę, kto jak nie ty, bądź dzielny, myśl pozytywnie”. Te hasła, niestety, nie pomagają, wywołują napięcie, niezrozumienie i presję na chorym, który często zmusza się do bycia dzielnym w tej sytuacji.

Rodzina chorego też jest rozchwiana psychicznie?

Bardzo. Te hasła motywacyjne są informacją dla pacjenta: „Poklepujemy cię po ramieniu, ale radź sobie sam, bo nie jesteśmy tego w stanie dźwignąć”.

To jest kwestia niezrozumienia, lęku, który towarzyszy rodzinom. Dlatego ta komunikacja zawodzi. A byłoby lepiej, gdyby bliscy i rodzina pozwalali sobie na szczerość i autentyczność. Czasem dobrze jest soczyście przekląć, powiedzieć: „Nie mogę w to uwierzyć, że dotknęło to ciebie”, „Jestem zły, wściekły, jest mi strasznie przykro, ale jestem obok, razem przejdziemy przez tę sytuację”. Zwłaszcza że oprócz strachu, zagubienia często pojawiają się zaburzenia emocjonalne – lękowe i depresyjne. Mierzy się z nimi aż 90 proc. pacjentów. To normalna sytuacja.

Jak otoczenie powinno reagować na ekstremalne emocje chorego?

Trzeba je zauważyć, żeby odpowiednio reagować, ale, niestety, często jest tak, że otoczenie nie widzi problemu. Dla rodziny rak i depresja to za dużo. Bliscy są zwykle pewni, że dadzą sobie radę. To błąd. W momencie, gdy zauważymy pierwsze objawy, powinniśmy zaproponować pacjentowi najlepszą formę wsparcia i pomocy. Problem w tym, że najczęściej pomoc przychodzi za późno. Uważam, że chory powinien mieć dostęp do pomocy psychoonkologicznej na jak najwcześniejszym etapie, również na tym etapie, gdy pojawia się podejrzenie choroby nowotworowej. Wtedy, kiedy jest najtrudniejszy czas dla chorego, czyli oczekiwanie na wyniki. Coś już się wie, ale nie do końca. To są trudne sytuacje, z którymi nie należy chorego zostawiać samego.

Co daje pomoc psychoonkologa?

Mamy dużo do zaproponowania w kwestii zarządzania emocjami pacjenta, przygotowania go na poszczególne etapy leczenia, a to powoduje, że chory poprzez edukację może lepiej dawać sobie radę z lękiem, emocjami, strachem. Im szybciej zaczniemy, tym lepiej. Czas ma znaczenie. Widzimy wtedy, że pacjenci znacznie rzadziej popadają w kryzysy, są bardziej poukładani w procesie terapii, a to przekłada się na lepszą współpracę z rodziną oraz komunikację, m.in. z personelem medycznym.

Na czym polega praca psychoonkologa z pacjentem?

Zwykle jednorazowa rozmowa z pacjentem zamienia się w dalsze konsultacje terapeutyczne. To jest wymiana wrażeń, pacjent dzieli się emocjami, mówi o tym, czego się boi. Bez wstydu i obawy, że obarcza tym bliskich. Wsparcie psychoonkologa to proces, u każdego pacjenta wygląda trochę inaczej, bo co człowiek, to inna psychika, inna

Adrianna Sobol
psychoonkolożka, prezeska
Fundacji W Trosce
o Pacjenta, wykładowca
Uczelni Łazarskiego



diagnoza. Tego nie da się opisać w ramach, trzeba dostosowywać indywidualnie do każdego pacjenta.

Wsparcie psychoonkologa jest bardzo ważne, ale oczywiście nie każdy pacjent musi z niego skorzystać, choć uważam, że warto. Jedna czy dwie konsultacje mogą wiele zmieniać. Mam pacjentkę, z którą odbyłam trzy rozmowy na trzech różnych etapach leczenia. Spotkałyśmy się po latach i powiedziała mi, że były one dla niej kluczowe. Nie chodzi o to, żeby prowadzić pacjentów za rękę, ale czasem zwyczajnie podać kierunek, a dalej wspinać się pracując sami. Muszą tylko wiedzieć, jak korzystać z dostępnych narzędzi.

Chory podczas nierzadko długiej terapii podlega różnym stanom emocji...

Na każdym etapie innym, bo na początku musi się odnaleźć w nowej rzeczywistości, przeżyć żalobę po sobie zdrowym, zbudować nową tożsamość. W trakcie leczenia chory mierzy się ze skutkami ubocznymi i kryzysami. Choroba nowotworowa to dzisiaj często choroba przewlekła. Podczas stabilizacji pojawia się zespół zmęczenia leczeniem, potrzeba zmiany. A wraz z upragnioną wiadomością: „Jest pani/pan zdrowa/zdrowy”, pojawia się pytanie: „Gdzie teraz jestem, jak wrócić do życia?”. Są też pacjenci, którzy mają zaostrożenie choroby i nie można już kontynuować leczenia...

Gdzie szukać psychoonkologa?

Dostępny jest w większości szpitali na oddziałach onkologii. Warto zapytać o możliwość konsultacji z psychoonkologiem swojego lekarza prowadzącego, pielęgniarki czy pani w rejestracji. Bezpłatne konsultacje świadczą też organizacje pacjenckie, jest również sektor prywatny.

A jeśli chory nie ma ochoty na taką pomoc?

Zdarza się, że chorzy mówią: „Po co mi psychoonkolog, choroby mi przecież nie zabierze”. Inni są przestraszeni, nie chcą mówić o intymnych sprawach. Niemniej zawsze warto ich do tego zachęcać, nigdy – zmuszać. Zachęcałabym też rodzinę, żeby skorzystała z takiej formy pomocy. To może być rodzaj pośredniego wpływu na chorego, lepszego zaopiekowania się nim, obniżenia napięcia i lęku. Źródłem wsparcia są także organizacje pacjenckie – tworzone przez nie

poradniki, filmy edukacyjne, treści zawarte w kampaniach.

Jako psychoonkolożka pracująca na oddziale zawsze zaglądam do sali, przedstawiam się chorym i rozmawiam z nimi na swobodne tematy niezwiązane z chorobą. To oczyszcza atmosferę, przekłada się, głównie u mężczyzn, na rozluźnienie napięcia i chęć do kolejnych rozmów.

Równie dużego wsparcia wymagają bliscy chorego...

Im także należy się opieka. Tym osobom towarzyszą takie same emocje jak pacjentom, ale opiekunów często nie dostrzegamy, bo uważamy, że muszą sobie sami dawać radę. Bo to nie oni są chorzy. A to nieprawda, oni współchorują z pacjentem. Często są cichymi bohaterami. To na nich spada opieka i organizacja leczenia. Rodziny powinny korzystać ze wsparcia psychoonkologów, żeby mieć wiedzę, bo mierzą się z ogromnymi kryzysami. Ich rola jest bardzo trudna i obciążająca pod każdym względem. Trzeba mieć narzędzia, żeby wiedzieć, jak rozmawiać z pacjentem, jak mu towarzyszyć. Opiekun ma prawo do wypoczynku, zadbania o siebie, prośbienia o pomoc innych, aby dzielić się obowiązkami nad pacjentem. Opiekunowie nie mogą zagłaskiwać chorego, bo on potrzebuje autonomii i nie toleruje sztuczności. Czasem opiekun musi stawiać granice pacjentowi. Ważna jest równowaga w tych relacjach.

Czy zrozumienie planu leczenia i dobra komunikacja pacjenta z lekarzem ułatwiają leczenie?

Bez wątpienia. Pacjent dobrze poinformowany skutecznie się leczy, co udowodniło wiele badań. Musi rozumieć zalecenia medyczne i cele terapeutyczne – wtedy się do nich stosuje. Przekłada się to na lepszą współpracę, zaangażowanie i motywację pacjenta. W leczeniu choroby nowotworowej ważne jest zaufanie do lekarza prowadzącego – zmniejsza lęk, chory nie szuka informacji w niesprawdzonych źródłach, ma poczucie bezpieczeństwa, jest spokojny. Zaopiekowany pacjent ma niższy poziom napięcia, mniejsze skutki uboczne leczenia, lepiej je znosi. Jeśli pacjenci nie stosują się do zaleceń, to jest kwestia błędnej komunikacji medycznej, która nierzadko wynika z wypalenia zawodowego lekarzy (braki kadrowe w Polsce), nadmiernej ilości pracy

„Walka z rakiem” to określenie destrukcyjne. Z psychologicznego punktu widzenia walka jest zawsze niszcząca. Lepiej, aby pacjenci myśleli, że mogą się leczyć, że ta choroba jest jak każda inna. Nie mówimy przecież o walce z cukrzycą, którą leczymy do końca życia.

i przeciążenia nią, a czasem z braku osobistej empatii lekarza.

Niektóre słowa i określenia mogą działać destrukcyjnie...

Takim określeniem jest „walka z rakiem”. Z psychologicznego punktu widzenia walka jest zawsze spalająca, niszcząca, ktoś musi przegrać. Lepiej, aby pacjenci myśleli, że mogą się leczyć, że ta choroba jest jak każda inna. Nie mówimy przecież o walce z cukrzycą, którą leczymy do końca życia.

Niektórzy pacjenci mówią: „Trzeba zabić tego dziada”. Nie narzucam niczego, każdy mówi o swojej drodze, jak chce. Niektórzy czują, że muszą przestać walczyć – muszą się zaprzyjaźnić. Choroby nigdy się nie akceptuje, więc trzeba się nauczyć z nią żyć. Pracując od 15 lat na oddziałach onkologii, wiem, jak bardzo się to przekłada na większy spokój w chorowaniu. Czego nie mówić? Nie bawmy się w onkologów amatorów, nie zarzucajmy pacjenta cudownymi radami, nie mówmy, że wiemy, co chory czuje, skoro nigdy przez tę sytuację nie przeszliśmy. Fałszywe pocieszanie: „Będzie dobrze, dasz radę, kto jak nie ty”, często zabiera pacjentowi przestrzeń na to, żeby mógł być sobą i powiedzieć: „Boję się, to jest trudne, nie chcę być dzielny”. Pacjenci potrzebują autentyczności i odwagi, a odwaga wiąże się z tym, żeby umieć pozwolić sobie rozmawiać na tematy trudne.

Dlaczego nie umiemy cieszyć się życiem przed chorobą, a później chcemy nadrobić zaległości?

Nazywamy to przejściem na drugą stronę mocy. Choroba zmienia postrzeganie siebie, innych, wartości, priorytety. Myślimy: kiedy jak nie teraz? Ciągłe coś się odkładało na potem, a tak naprawdę życie jest tu i teraz. Chorzy poszukują swojej prawdy i dlatego podejmują różnego rodzaju decyzje, ale też są bardziej uważni na swoje potrzeby, więc zaczynają je realizować.

rozmawiała
Dorota Szadkowska



Kobiety, badajmy się!

Od lat angażuje się pani w propagowanie profilaktyki onkologicznej. Jaka idea przyświeca pani w podejmowaniu związanych z tym aktywności?

Dokoła mnie chorują bliscy mi ludzie. Towarzyszyłam przy odchodzeniu przyjaciółom i członkom mojej rodziny. Jestem osobą publiczną i uważam, że mam obowiązek dzielić się moimi przeżyciami, ku przestrodze, pokrzepieniu, dla wiedzy, zwrócenia uwagi na ważność tematu. Film „Tatarak”, który został zrealizowany po odejściu mojego męża, był hołdem dla niego, ale także historią o naszej wspólnocie ludzkiej w obliczu choroby, śmierci i ku pokrzepieniu. Jestem za to bardzo wdzięczna Andrzejowi Wajdzie, że zechciał się tym zająć, o tym opowiedzieć. A ja... jeżeli mogę cokolwiek zrobić, ulżyć, sprawić, aby ludzie się badali, zwrócili uwagę na swoje zdrowie, to to robię. Tyle. Zresztą jestem ciągle proszona o zabranie głosu na ten temat. Odpowiadam na te prośby.

Już wcześniej, wiele lat temu, prof. Eugeniusz Butruk – wybitny gastroenterolog, pionier w propagowaniu w Polsce kolonoskopii jako badania przesiewowego w kierunku raka jelita grubego, zaprosił mnie do grona osób, które miałyby mówić o tym badaniu i profilaktyce w przestrzeni publicznej.

Czy ma pani bezpośrednie przykłady na to, że pani zaangażowanie w namawianie ludzi do badań przynosi skutek?

Wydaje mi się, że tak, to działa. Ostrzegam moje koleżanki i kolegów w teatrze, zachęcam do badań, pilnuję, żeby to robili. I oni to robią. Tłumacząc, jakie są skutki zaniedbań.

Kiedy rozgląda się pani wokół siebie, w teatrze, wśród znajomych, czy widzi pani, że ludzie dbają o swoje zdrowie? Badają się, zmieniają styl życia, rzucają palenie?

Wiele się zmieniło przez ostatnie 10-15 lat, znacząco wzrosła świadomość. Dzisiaj wszyscy moi znajomi, aktorzy, regularnie po 40. roku życia robią badanie jelita grubego (kolonoskopię), ponieważ wiadomo, że rak tego narządu jest częsty, a kolonoskopia pozwala zapobiec zachorowaniu, wykryć podejrzaną zmianę na bardzo wczesnym etapie. Kobiety robią badania piersi – mammografię, USG. Tak, bardzo się to ostatnio zmieniło. Świadomość wzrosła. W mniejszych miejscowościach ludzie również, wydaje mi się, bardziej dbają o siebie, korzystają z zaproszeń na badania profilaktyczne. Jeszcze 15-20 lat temu wykonywanie takich badań nie było tematem tak aktualnym czy publicznym jak dzisiaj. Ale choć wiele się zmieniło na lepsze, to wciąż obserwuję, że kobiety dbają o wszystkich dookoła, a zapominają o sobie, wykonanie badań odkładają na później.

Dlaczego?

Bo taką mamy naturę. My, kobiety, troszczymy się o dzieci, o mężów, o kota, o psa, a badanie siebie stale odsuwamy w czasie. „A ja to zbadam się jakoś przy okazji”, wciąż słyszę podobne wymówki.

Na czym polega, pani zdaniem, wspieranie bliskiej osoby chorej na raka? Jak to robić?

Przede wszystkim towarzyszyć. Robić wszystko, żeby pomóc. Samotność w chorobie nowotworowej postrzegam jako jedną z najbardziej traumatycznych rzeczy w życiu. Kiedy zachorował Jurek Stuhr, jego żona Basia rzuciła wszystko i zaczęła żyć wyłącznie dla niego. Jurek chorował przez długie lata. Opieka Basi z pewnością wydłużyła mu życie. Ale też Jurek absolutnie wierzył, że się wyleczy, że będzie żył i pracował. Wcześniej wyszedł cało z dwóch zawałów i udaru mózgu. Potem zachorował na raka, po czym nastąpiła długa przerwa, przez lata



Krystyna Janda
aktorka, reżyserka,
prozaiczka, felietonistka,
współzałożycielka
i prezeska
Fundacji Krystyny Jandy
na rzecz Kultury, dyrektorka
artystyczna teatrów: Polonia
i Och-Teatr w Warszawie,
laureatka licznych nagród

był w remisji. Badał się regularnie, wyniki miał bardzo dobre, a potem nastąpił nagły nawrót. Podobnie było z moją matką. Wszystko wyglądało świetnie, po czym rak zaczął postępować i ostatecznie zmarła z jego powodu.

Patrząc na te trzy osoby, o których tutaj mówię, jednego jestem pewna: psychika ma ogromne znaczenie. Dlatego wsparcie, mądre towarzyszenie choremu, jest tak samo ważne jak leki. Mądre wspieranie – stabilność emocjonalna i przede wszystkim dobro chorego. Tu nie ma miejsca na rozpacz i biadolenie. Zdarza się, że bliscy ludzie „cierpią” bardziej niż chorzy, użalają się nad sobą. Znam taki przypadek, kobieta z poczuciem krzywdy spowodowanej chorobą męża, zameczająca go swoim współczuciem. To trudne sytuacje.

Natomiast racjonalizm, spokój, mądrość, nadzieja, wiara w to, że będzie dobrze, niewątpliwie przedłuża życie. Obserwowałam Zuzię Łapicką, która gdy dostała diagnozę choroby i usłyszała informację od onkologa, że czeka ją pół roku życia, ma zatłwić swoje sprawy i się żegnać, zmieniła lekarza, wyjechała z Warszawy leczyć się na Śląsku. Moim zdaniem ta decyzja i powrót nadziei na dłuższy czas bardzo jej pomogły. Przez cały czas choroby była aktywna. Bez przerwy gdzieś jeździła, odwiedzała przyjaciół. Znosiła trudy związane z chorobą, które nie pozwalały jej wyjść z domu do południa, ale cały czas celebrowała życie jak tylko mogła i sprawiała sobie przyjemności. Spotykała się z ludźmi, chodziła na premiery teatralne, kinowe. Przeżyła od diagnozy jeszcze cztery i pół roku. W tym czasie trzy razy wyjechałyśmy jeszcze na wakacje. Umarła z walizką spakowaną do Paryża.

Tak samo było z Jurkiem Stuhrem, do ostatniego dnia grał, kiedy właściwie już nie mógł ani chodzić, ani siedzieć.

Z moim mężem było, niestety, inaczej. O chorobie dowiedzieliśmy się nagle, zaledwie pół roku po ostatnim badaniu: w styczniu wszystko wyglądało pięknie, a w lipcu okazało się, że w płucach ma guzy. Niczego nie zaniedbaliśmy. Dlatego diagnoza była dla nas szokiem. Wszystko trwało bardzo krótko – choroba rozwinęła się błyskawicznie, nowotwór był silnie złośliwy i rok później mąż już nie żył.

Wyobrażam sobie, jak trwa pani przy mężu niczym dąb Bartek, o który mógł się oprzeć w tamtym czasie. Co w takich trudnych momentach było ważne dla was obojga?

Przez ostatni rok jego życia robiłam wszystko to, co mogłam dla niego zrobić. Towarzy-

szylałam mu w możliwie najwłaściwszy sposób. Sytuacja była trudna także z tego względu, że był człowiekiem bardzo niezależnym, dumnym. Nienawidził obnażania bolesnej intymności. Kiedy zachorował, wszedł w rodzaj odosobnienia, prosił o pomoc wyłącznie w drobnych rzeczach. Uważał, że choroba odebrała mu godność. Mój mąż od pewnego momentu po prostu chciał umrzeć. Wiedziałam to, a przede wszystkim widziałam. Stał z miesiąca na miesiąc, gościł na naszych oczach i potrzebował całkowitej opieki. Kiedy jego stan, jego cierpienie przestały być sprawami osobistymi, a stały się publiczne, mąż po prostu kategorycznie powiedział życiu: dość.

Organizowałam wszystko, co trzeba było, żeby mu ulżyć w cierpieniu. Mąż natomiast nie chciał, żebym zajmowała się nim w sprawach codziennych, jak np. zabiegi higieniczne – pomagała mu pielęgniarka. Stan bezradności doprowadził go do zupełnego obrażenia się na życie. To, co wtedy było dla mnie ważne, a dla niego może najważniejsze, to to, że patrzył na mnie, uśmiechał się, a w jego oczach czytałam: „Nie martwię się o siebie, bo wiem, że sobie dasz radę”.

Chciałoby się w takiej sytuacji zawołać: „walczyć”.

Ale ja wiedziałam, że nie mogę mu tego mówić. To była sytuacja tragiczna, on nie chciał walczyć. Któregoś dnia powiedział do mnie: „Żeby to się jak najszybciej skończyło”. Od dnia, kiedy usłyszał, że ma nowotwór złośliwy w trzecim stadium zaawansowania, nie miał wiary w to, że wyzdrowieje.

Odwiedzali nas przyjaciele, znajomi, którzy przeszli chorobę nowotworową. Mówili mu, że teraz może żyć tylko inaczej. A on patrzył na nich, słuchał i odpowiadał: „Dziękuję, możecie już pójść”.

Uczestniczyliśmy w jego odchodzeniu wspólnie – ja, dzieci, moja matka, cały dom. Mąż był praktycznie cały czas z nami, mniej był w szpitalu, więcej w domu. Na tydzień przed śmiercią przewiozłam go ze szpitala, bo chciał umrzeć w domu. Do końca byliśmy wszyscy razem.

Druga część rozmowy z Krystyną Jandą ukaże się w kolejnym wydaniu.



Zadbaj o siebie, odhacz ostatnio zrobione badania

Proste badanie krwi czy moczu może pokazać, że w naszym organizmie dzieje się coś złego. Nawet jedna kropla krwi może ocalić życie.

Oprócz okresowego sprawdzenia podstawowych parametrów krwi czy moczu niezwykle ważne jest zgłaszanie się na profilaktyczne badania przesiewowe. Jeśli już dawno nie wykonywałeś/wykonywałaś badań profilaktycznych, mamy dla ciebie ściągę, co warto sprawdzić. Nawet połowę z tych badań możesz wykonać przy jednej wizycie.

Bez względu na płeć:

- ☐ poziom cukru we krwi na czczo;
- ☐ morfologia krwi z rozmazem;
- ☐ OB, czyli odczyn opadania krwinek czerwonych, jest markerem stanu zapalnego;
- ☐ pomiar stężenia kwasu moczowego we krwi;
- ☐ badania hormonów tarczycy – podstawowe badania to oznaczenie poziomu TSH;
- ☐ lipidogram (w jego skład wchodzi badanie poziomu cholesterolu oraz triglicerydów);
- ☐ stan wątroby, czyli badanie aminotransferazy alaninowej (ALT) i aminotransferazy asparaginianowej (ASPAT);
- ☐ stan nerek, czyli badanie poziomu filtracji kłębuszkowej – eGFR;
- ☐ oznaczenie poziomu aktywnej metabolicznie witaminy D w osoczu krwi – 25(OH);
- ☐ D-dimery – badanie ważne z punktu widzenia możliwości powstania powikłań zatorowo-zakrzepowych;
- ☐ ogólne badanie moczu;
- ☐ poziom kreatyniny w moczu;
- ☐ badanie na krew utajoną w kale;
- ☐ pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie;
- ☐ obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI);
- ☐ pomiar ciśnienia tętniczego i tętna;
- ☐ USG jamy brzusznej;
- ☐ EKG serca;
- ☐ kolonoskopia;
- ☐ badanie okulistyczne;
- ☐ wizyta stomatologiczna.

Mężczyźni dodatkowo:

- ☐ Po 50. roku życia każdy mężczyzna powinien raz do roku poddawać się badaniu urologicznemu. W jego skład wchodzi badanie prostaty palcem przez odbyt i oznaczanie we krwi poziomu tzw. PSA (białka produkowanego przez prostatę, którego poziom podwyższa się w przebiegu jej chorób). Gdy w rodzinie ktoś chorował na raka prostaty, badania te należy regularnie wykonywać już od 40. roku życia.
- ☐ Po 50. roku życia każdy mężczyzna powinien przynajmniej raz mieć wykonane badanie USG, podczas którego lekarz oceni nie tylko stan prostaty, ale również pęcherza moczowego i nerek.
- ☐ badanie jąder.

Kobiety dodatkowo:

- ☐ USG lub mammografia piersi;
- ☐ USG jajników i macicy;
- ☐ cytologia pod kątem oceny stanu nabłonka szyjki macicy;
- ☐ badanie densytometryczne (określające zagrożenie osteoporozą);
- ☐ badania żeńskich hormonów płciowych: w okresie okołomenopauzalnym, m.in. FSH;
- ☐ badanie poziomu żelaza i ferrytyny: markerów niedokrwistości z niedoboru żelaza – przypadłości częstej u kobiet, zwłaszcza obficie miesiączkujących.

opracowała Margit Kossobudzka