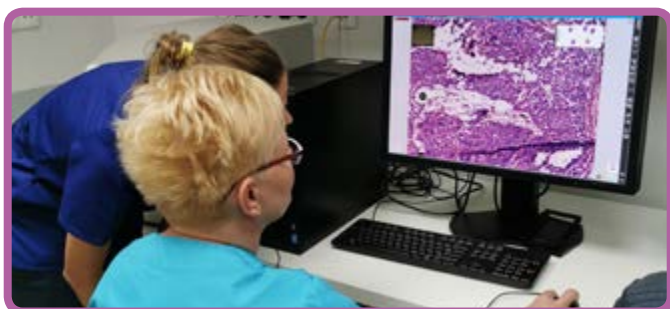




## Europejski Dzień Walki z **Rakiem** **Piersi**

15 października



 **Nowa Pracownia Histopatologii**  
Śródoperacyjnej

 **Wręczenie certyfikatu**  
akredytacji dla KCO



# Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice



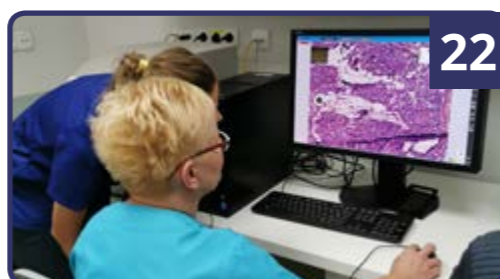
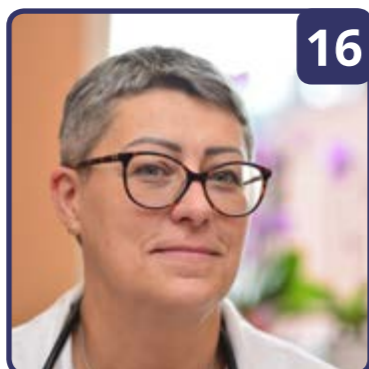
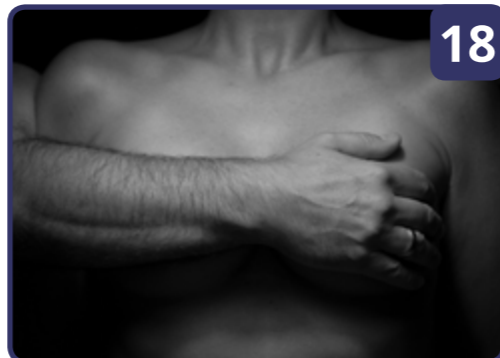
## Aktualności

- 4. Wręczenie certyfikatu akredytacji KCO
- 6. Certyfikat jakości ISO
- 8. Bezpieczeństwo Pacjenta
- 10. Dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia



## Twój szpital

- 12. Brest Cancer Unit „Mamma” w KCO
- 14. Zaproszenie na cykliczne warsztaty dla Pacjentów onkologicznych i ich Rodzin
- 15. Zbadaj świadomie swoje zdrowie
- 16. Nowe opcje terapeutyczne w leczeniu chorych na zaawansowanego raka piersi - palpocyklil i rybocyklil. Dr n. med *Izolda Mrochen-Domin*
- 18. „BrestFit. Kobiety biust. Męska sprawa” – lek med. *Krzysztof Zembrzycki*
- 22. Nowa Pracownia Histopatologii Śródoperacyjnej
- 24. Nowotwory zarodkowe (germinalne) cz.2 Rodzaje terapii – lek. med. *Bartosz Wilk*
- 26. Rak trzonu macicy, cz.1 Objawy – lek. med. *Paweł Stróżyński*



## Ciało i umysł

- 30. Rak nosogardła – dr n. med. *Robert Kwiatkowski*
- 32. Międzynarodowy Dzień Osób Starszych
- 33. Oncogeriatrya. Problemy nadchodzącej przyszłości – lek. med. *Adriana Stryczyńska-Mirocha*
- 35. Problem bólu u pacjentów w wieku podeszłym – lek med. *Adriana Stryczyńska-Mirocha*



- 36. Wszystko będzie dobrze, czyli empatia w pigułce
- 38. Biblioteczka pacjenta KCO

## Szanowni Państwo!

Oddajemy w Państwa ręce kolejny numer magazynu Katowickiego Centrum Onkologii. Na czterdziestu stronach postaramy się omówić najważniejsze wydarzenia z życia naszej placówki, a także przybliżyć zagadnienia z zakresu dostępnych dla pacjentów metod diagnostyki oraz terapii.

Nasze Centrum w tym roku odnowiło europejski certyfikat zarządzania jakością ISO 9001:2015. Jest to dokument poświadczający, że nasz szpital spełnia wymagania dotyczące wysokiego stopnia bezpieczeństwa pacjentów oraz ciągłego rozwoju i udoskonalania metod zarządzania i pracy naszej placówki. Dodatkowo na łamach tego numeru przedstawiamy relację z wręczenia certyfikatu akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Jest to kolejny dowód poświadczający wysoką jakość świadczonych przez nas usług zdrowotnych oraz daje leczonym przez nas pacjentom pewność, że w naszym szpitalu zawsze otrzymają należną im pomoc.

W dziale Twój Szpital, z okazji 15 października, na który to dzień przypada Europejski Dzień Walki z Rakiem Piersi, omawiamy szeroko zagadnienie tego nowotworu. Rak piersi jest drugim najczęściej występującym oraz najgroźniejszym, zaraz po raku płuc, nowotworem, który rocznie dotyka ponad 15 tys. osób. Dlatego tak ważna jest odpowiednia profilaktyka oraz wykonywane cyklicznie badania diagnostyczne. Specjalnie dla pacjentek Katowickiego Centrum Onkologii przygotowany został cykl warsztatów profilaktycznych, na którym nasz wysoko wykwalifikowany personel przekazuje pełny zakres informacji dotyczących tego schorzenia oraz praktycznych porad, jak sobie z nim radzić w codziennym życiu. O przebiegu dotychczasowych warsztatów mogą się Państwo zapoznać z szerokiej relacji dr n. med. Izolda Mrochen-Domin, która także w jednym z naszych artykułów pisze o nowoczesnych metodach walki z tą chorobą.

Na kolejnych stronach przedstawiamy zasady funkcjonowania naszej Pracowni Histopatologii Śródoperacyjnej. Nie każdy z nas zdaje sobie sprawę, jak ważne jest to badanie i jak duże ma znaczenie dla ostatecznej diagnozy i rozpoznania choroby nowotworowej, od której zależy wybór dalszego postępowania terapeutycznego. Ginekolog - lek med. Paweł Stróżyński w swoim artykule opisuje zagrożenia związane z nowotworem trzonu macicy, zaś dr n. med. Robert Kwiatkowski omawia problem raka nosogardła z uwzględnieniem dostępnych metod diagnostyki oraz leczenia.

Na październik przypada również Międzynarodowy Dzień Osób Starszych. Z tej okazji piszemy szerzej o problemach seniorów. Lek med. Adriana Stryczyńska-Mirocha pisze o zagadnieniu oncogeriatryi, która ze względu na zjawisko starzenia się społeczeństwa, będzie stawać się coraz istotniejszym obszarem działań polskiej medycyny oraz o sposobach leczenia bólu u osób starszych.

Mamy nadzieję, że każdy z naszych czytelników znajdzie w tym magazynie coś interesującego dla siebie, a nasze artykuły pomogą zadbać o własne zdrowie. Życzymy miłej lektury.



Redaktor Naczelna:  
**Barbara Zembrzycka**

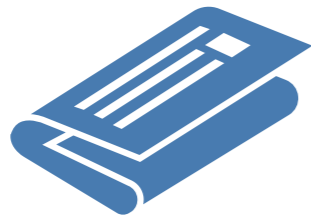


**Redakcja:**

Wydawca: **Katowickie Centrum Onkologii ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice**  
 Opracowanie: **IRONteam Sp. z o.o.**  
 Grafika i DTP: **Piotr Zgorzelski**  
 Druk: **TOP DRUK Sp. z o.o. sp. k. w Łomży ul. Nowogrodzka 151A**  
 Nakład: **3 000 egz.**  
 E-mail: **magazyn@kco.katowice.pl**  
 Strona internetowa: **www.kco.katowice.pl**



\* Fot | Zbigniew Sawicz



# Wręczenie certyfikatu



\* Fot | Zbigniew Sawicz

**W** dniu 16 kwietnia 2019 r. odbyła się uroczystość wręczenia Certyfikatu Akredytacyjnego Ministra Zdrowia Katowickiemu Centrum Onkologii. Oficjalnego wręczenia Certyfikatu dokonał Zastępca Dyrektora Centrum Monitorowania Jakości, Pan Michał Bedlicki, który zaznaczył, że przyznanie akredytacji szpitalowi potwierdza wysoką jakość świadczonych usług, ale że ta wysoka jakość nie byłaby możliwa do osiągnięcia, gdyby nie ogromne zaangażowanie personelu - lekarzy i pielęgniarek, którzy z najwyższym poświęceniem pełnią swoją misję.

Jakub Chelstowski, Marszałek Województwa Śląskiego pogratulował całemu zespołowi szpitala uzyskanego certyfikatu. Podkreślił także, że Katowickie Centrum Onkologii to ważna placówka medyczna na mapie województwa śląskiego.

Gratulacje na ręce Włodzimierza Migacza, dyrektora naczelnego KCO i całego zespołu złożył także Dariusz Starzycki, Wicemarszałek Województwa Śląskiego sprawujący pieczęć m.in. nad rozwojem zdrowia w województwie śląskim. Wicemarszałek Dariusz Starzycki podkreślił, iż certyfikat akredytacyjny to nie tylko wysoka jakość, ale i lepsze warunki finansowe dla szpitala.

W uroczystości wzięli udział: Zastępca Dyrektora Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Pan Michał Bedlicki, Marszałek Województwa Śląskiego Pan Jakub Chelstowski, Wicemarszałek Województwa Śląskiego Pan Dariusz Starzycki, Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Pani Barbara Daniel, Skarbnik Województwa Pani Elżbieta Stolorz – Krzisz, Przewodnicząca Rady Społecznej szpitala Pani Bożena Siedlecka. Swoją obecnością zaszczytili nas również pozostali Członkowie Rady Społecznej. Zaproszeni goście złożyli na ręce Dyrektora Migacza życzenia dalszej pomysłowości i rozwoju szpitala.

Podczas uroczystości Pan Dyrektor podziękował wszystkim pracownikom szpitala za zaangażowanie i trud włożony w przygotowania placówki do akredytacji. W sposób szczególnie podziękował swoim najbliższym współpracownikom: Dyrektorowi ds. Lecznictwa Panu lek med. Witoldowi Nowakowi, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Pani Marzenie Ciastek, Pełnomocnikom Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym: lek med. Zbigniewowi Wiąkowski oraz lek med. Mirosławowi Urbańskiemu. Pełnomocnikom Dyrektora ds. Akredytacji oraz Zarządzania Jakością, Panom dr n med. Januszowi Piotrowskiemu oraz Panu lek med. Krzysztofowi Zembrzyckiemu za szczególny wkład i zaangażowanie w proces akredytacyjny.



\* Fot | Zbigniew Sawicz

W wyniku dokonanej oceny punktowej jednostka otrzymała 81% możliwej do uzyskania liczby punktów w zakresie standardów akredytacyjnych. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, do udzielenia akredytacji niezbędne jest uzyskanie co najmniej 75% punktów. Przyznana akredytacja dowodzi wysokiej jakości świadczeń medycznych gwarantującej poczucie bezpieczeństwa pacjentów. Wpisuje się również w misję Katowickiego Centrum Onkologii: Twój szpital Pacjencie, Twój szpital Pracownikowi.

# akredytacji KCO



\* Fot | Zbigniew Sawicz



\* Fot | Zbigniew Sawicz



\* Fot | Zbigniew Sawicz



# CERTYFIKAT JAKOŚCI ISO



**K**atowickie Centrum Onkologii od 2002 roku posiada europejski certyfikat zarządzania jakością nadany przez Lloyd's Register Quality Assurance. W ramach działań projakościowych trwających od wielu lat, po raz kolejny odnowiono certyfikat w lipcu 2019 roku. Dokument poświadcza, że szpital spełnia wymagania europejskiej normy ISO 9001:2015 dotyczącej zarządzania jakością na obszarach usług medycznych w zakresie opieki zdrowotnej stacjonarnej, ambulatoryjnej i profilaktyki. Wymagania normy spowodowały w pierwszej kolejności identyfikację procesów i procedur realizowanych w KCO zgodnie z dobrą praktyką, wymogami prawnymi i wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia, następnie wszystkie procesy i procedury opisano i przez kolejne lata nadzorowano ich realizację w sposób udokumentowany. Pozwoliło to podnieść bezpieczeństwo pacjentów i pracowników, utrzymać Certyfikat oraz wspierać rozwój KCO poprzez wymóg ciągłego doskonalenia.

Certyfikat przyznawany jest na trzy lata i sprawdzany co roku. System ten dopinguje więc placówkę do sukcesywnego podnoszenia jakości opieki medycznej. Obecnie Norma ISO 9001:2015 wymaga dodatkowo zarządzania ryzykiem w szerokim znaczeniu tego słowa a więc przewidywania wszelkich zagrożeń. Oznacza to zwiększenie nacisku na działania zapobiegawcze mające dać naszym pacjentom poczucie bezpieczeństwa i pewność, że wszystkie aspekty opieki i leczenia utrzymywane są na najwyższym poziomie. W ten sposób szpital realizuje swoją misję.

Mając na uwadze dobro pacjentów, Katowickie Centrum Onkologii prowadzi analizę oceny satysfakcji pacjenta.

Ankietowanie pozwala poznać opinie podopiecznych i ich rodzin na temat jakości usług medycznych świadczonych w naszym Szpitalu.

Współczesne myślenie o funkcjonowaniu zakładu opieki zdrowotnej musi uwzględniać problematykę bezpieczeństwa pacjenta. Szpital jest specyficzną instytucją o rozbudowanej strukturze organizacyjnej, gromadzącą w jednym miejscu ludzi chorych, personel sprawujący bezpośrednią i pośrednią opiekę nad pacjentem oraz odwiedzających. Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej stanowią, obok wyposażenia, infrastruktury oraz sytuacji finansowej, podstawowy walor jego struktury. Wielość i różnorodność złożonych zadań wymaga zatrudniania pracowników o wysokich kwalifikacjach, dobrze przygotowanych do sprawnej i właściwej realizacji obowiązków na stanowisku pracy.

Pełny proces opieki nad pacjentem cechować powinna świadoma orientacja na pacjenta i myślenie w kategoriach jego dobra. Wymaga to integrowania wszystkich komponentów procesów świadczenia usług i stałego wdrażania programów poprawy jakości. Pomocne w tym zakresie są zewnętrzne systemy oceny jakości świadczeń medycznych. Zarówno system akredytacji szpitali, jak i certyfikacja Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej (ISO, International Organization for Standardization) w swoich wymaganiach wyrażają troskę o pacjenta i personel zatrudniony w szpitalu, zapewniając właściwy poziom usługi. Niestety w ustawodawstwie polskim nie ma obowiązku dbałości o jakość świadczeń zdrowotnych i tylko nieliczne szpitale w Polsce podejmują trudne wyzwania dla ambitnych. Ich zainteresowanie problematyką jakości i zaangażowanie całego personelu udowadnia sens działań na rzecz obrony pacjenta przed zagrożeniami, które mogą wydarzyć się w czasie hospitalizacji.

## \* Misja KCO

Szpital realizuje misję "Twojego Szpitala", to znaczy Szpitala przyjaznego chorym, personelowi i najbliższemu otoczeniu. Stara się zapewnić nowoczesne usługi wielospecjalistyczne w oddziałach i w przychodniach KCO, których celem jest poprawa i utrzymanie stanu zdrowia społeczności, której służy.

## \* Wizja

Zapewnienie dostępności usług medycznych na najwyższym możliwym poziomie wynikającym z przekazywanych środków.



## \* Hasłem przewodnim realizowanej misji jest

**„Twój Szpital – Pacjencie, Twój Szpital – Pracowniku”**



## Certyfikat Zatwierdzenia

Zaświadcza się, że System Zarządzania Przedsiębiorstwa:

### Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 27, 40-074 Katowice, Polska

został zatwierdzony przez LRQA jako zgodny z następującymi normami:

ISO 9001:2015

P.G. Cornelissen - Area Manager North Europe

Wystawiony przez: Lloyd's Register (Polska) sp. z o.o.

w imieniu: Lloyd's Register Quality Assurance Limited

Niniejszy certyfikat jest ważny wyłącznie z załącznikiem do certyfikatu o tym samym numerze, w którym wymienione są odpowiednie lokalizacje.

Data wydania certyfikatu: 1 sierpień 2018

Data ważności: 11 lipiec 2020

Numer Identyfikacyjny Certyfikatu: 10114474

Data zatwierdzenia po raz pierwszy:

ISO 9001 – 12 lipiec 2002

Numer Zatwierdzenia: ISO 9001 – 0053446

### Zakres zatwierdzenia:

Usługi medyczne w zakresie: izby przyjęć, onkologii, radioterapii, dermatologii (dla dorosłych i dzieci), ginekologii onkologicznej, ginekologii i położnictwa (włącznie z neonatologią), anestezjologii, intensywnej terapii, medycyny wewnętrznej, pulmonologii, chirurgii krótkoterminowej, chirurgii onkologicznej i naczyń, fizjoterapii, opieki geriatrycznej oraz ambulatoryjnej, opieki specjalistycznej (AOS) i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), endoskopii, bronchoskopii oraz diagnostyki obrazowej; (tomografii komputerowej, mammografii, rezonansu magnetycznego, rentgenodiagnostyki, diagnostyki ultrasonograficznej) i diagnostyki laboratoryjnej.



Lloyd's Register Group Limited, its affiliates and subsidiaries, including Lloyd's Register Quality Assurance Limited (LRQA), and their respective officers, employees or agents are, individually and collectively, referred to in this clause as 'Lloyd's Register'. Lloyd's Register assumes no responsibility and shall not be liable to any person for any loss, damage or expense caused by reliance on the information or advice in this document or for any other person who has agreed a contract with the relevant Lloyd's Register entity for the provision of this information or advice and in that case any responsibility or liability is exclusively on the terms and conditions set out in that contract. Wystawiony przez: Lloyd's Register (Polska) sp. z o.o., al. Zwycięstwa 13A, 80-219 Gdańsk w imieniu Lloyd's Register Quality Assurance Limited, 1 Trinity Park, Bickenhill Lane, Birmingham B37 7ES, United Kingdom.

Page 1 of 3



\* Fot | Krzysztof Zembrzycki

**mgr Stanisław Iwańczak**

Absolwent Śląskiej Akademii medycznej Wydział Farmacji Oddział Analityki Medycznej rocznik 1989, diagnosta laboratoryjny.

W Katowickim Centrum Onkologii pracuję od 20 lat, pełniąc funkcje Zarządzającego Pracownią Diagnostyki Laboratoryjnej w latach 1999-2018 oraz Zastępcy Kierownika Laboratorium w okresie 2018-2019. Od 1.09.2019 zostałem powołany przez Włodzimierza Migacza Dyrektora Naczelnego KCO na stanowisko Pełnomocnika Dyrektora ds. Bezpieczeństwa Pacjentów.

Katowickie Centrum Onkologii od kilkunastu lat rozwija systemy zarządzania jakością, w roku 2018 uzyskało certyfikat akredytacyjny, wprowadza nowe technologie. Wszystkie podejmowane z inicjatywy dyrekcji szpitala działania przy dużym zaangażowaniu personelu sprawiają, że jakość opieki w szpitalu stoi na wysokim poziomie. Katowickie Centrum Onkologii w wielu obszarach opieki zdrowotnej jest pionierem i również w zakresie bezpieczeństwa pacjenta podejmuje takie wyzwania.

**Mówiąc o bezpieczeństwie pacjentów, naprawdę mówimy o tym, w jaki sposób szpitale chronią swoich pacjentów przed błędami, urazami, wypadkami i infekcjami.**

Chociaż opieka zdrowotna stała się bardziej skuteczna, stała się również bardziej złożona, z większym wykorzystaniem nowych technologii, leków i terapii. Leczymy starszych i chorych pacjentów, którzy często cierpią na poważne choroby współistniejące, wymagające coraz trudniejszych decyzji dotyczących priorytetów opieki zdrowotnej. Rosnąca presja ekonomiczna na systemy opieki zdrowotnej często prowadzi do przeciążenia środowisk opieki zdrowotnej. Z tego powodu bardzo ważne jest poszukiwanie sposobów zmniejszenia ryzyka. Szacunki pokazują, że 1 na 10 pacjentów zostaje poszkodowany podczas opieki szpitalnej. Szkody mogą być spowodowane szeregiem zdarzeń niepożądanych, a prawie 50% uważa się za możliwe do uniknięcia. Szkody dla pacjenta występują zarówno w poradniach lekarza rodzinnego, poradniach specjalistycznych, jak również w szpitalu. Do najczęstszych rodzajów błędów należą zdarzenia niepożądane związane z lekami, nieprawidłowa lub opóźniona diagnoza, zakażenia związane z opieką zdrowotną, błędy związane z identyfikacją pacjenta, odleżyny, upadki pacjentów, powikłania po operacji.

Dostrzeganie tych zagrożeń to pierwszy warunek budowy bezpieczniejszej opieki, drugi to system uczenia się na błędach, bardzo ważna jest kultura bezpieczeństwa w szpitalu, poradni, która zachęca do zgłaszania błędów, wyciągania wniosków oraz tworzy środowisko wolne od winy i kary, trzeci to odpowiedzialny personel znający zarówno zagrożenia, jak również skuteczne metody ich redukcji, zaangażowanie pacjenta w proces diagnostyki i leczenia to kolejny bardzo ważny element budowy bezpieczeństwa pacjenta, taką funkcję w wielu sytuacjach pełni najbliższa rodzina, opiekunowie pacjenta.

Jak ważnym wyzwaniem jest bezpieczeństwo pacjentów świadczy zaangażowanie Światowej Organizacji Zdrowia. Na siedemdziesiątym drugim Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju tego roku wskazała bezpieczeństwo pacjentów jako globalny priorytet zdrowotny, ustanawiając jednocześnie 17 września jako obchodzony co roku Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta. Katowickie Centrum Onkologii zgodnie z inicjatywą Światowej Organizacji Zdrowia zorganizowało obchody Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta w Katowickim Centrum Onkologii w dniu 17 września 2019.

**W ramach obchodów nastąpiło symboliczne otwarcie ŚWIATOWEGO DNIA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA**

w Katowickim Centrum Onkologii na Skwerze przy Wiktorii rzucającej wieniec.

Następnie w Sali Konferencyjnej Zakładu Radioterapii odbyło się spotkanie pracowników Szpitala, w czasie którego dr Janusz Pokorski wygłosił bardzo pasjonujący wykład „Bezpieczeństwo pacjenta w ujęciu holistycznym”. W spotkaniu brała udział również dr Joanna Pokorska, która razem z mężem Januszem Pokorskim od kilkunastu lat zajmuje się szeroko rozumianymi zagadnieniami bezpieczeństwa pacjenta z uwzględnieniem czynników ergonomicznych oraz czynników ludzkich. W drugiej części spotkania mgr Stanisław Iwańczak Pełnomocnik Dyrektora ds. Bezpieczeństwa Pacjentów przedstawił prezentację „Bezpieczeństwo pacjenta” z perspektywy pasjonatów bezpieczeństwa pacjenta w kraju i na świecie.

Uzupełnieniem obchodów I Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta w Katowickim Centrum Onkologii było spotkanie w dniu 20.09.2019 w Muzeum Medycyny i Farmacji, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego Wydziału Farmacji, Sosnowiec, ul. Ostrogórska 30. W ramach spotkania uczestnicy mieli możliwość oderwania się od teraźniejszości i przeniesienie się do tajemnego świata medycyny, farmacji, diagnostyki laboratoryjnej od XVIII do XX wieku. Warto dodać, że Katowickie Centrum Onkologii jest jednym z ofiarodawców muzealnych eksponatów, kilkanaście pochodzi z laboratorium szpitala.



# Bezpieczeństwo Pacjenta

Tekst | mgr Stanisław Iwańczak

**K**atowickie Centrum Onkologii prawdopodobnie jest pierwszym szpitalem w Polsce, który nadał zagadnieniom związanym z bezpieczeństwem pacjenta tak wysoki priorytet poprzez powołanie dedykowanego Pełnomocnika w tym zakresie.

Rolą Pełnomocnika ds. Bezpieczeństwa Pacjentów jest promowanie zagadnień bezpieczeństwa pacjentów poprzez szkolenie personelu, wdrażanie sprawdzonych na świecie metod zwiększających bezpieczeństwo pacjenta. Bardzo ważnym zadaniem jest koordynacja działań w zakresie bezpieczeństwa pacjenta z Pełnomocnikiem Dyrektora Systemów Zarządzania Jakością oraz Pełnomocnikiem ds. Akredytacji, działem epidemiologii oraz laboratorium. Kolejnym zadaniem jest wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań z wykorzystaniem nowych technologii. Dodatkowym obszarem pracy jest kontakt z pacjentami, których zaangażowanie jest uznawane za integralną część opieki zdrowotnej i kluczowy element ich bezpieczeństwa. W celu efektywnej pracy konieczny jest bezpośredni kontakt z wieloma osobami znającymi zarówno aspekt teoretyczny, jak i posiadającymi praktyczne umiejętności ich wdrożenia, a także stała łączność poprzez media społecznościowe z specjalistami z tego zakresu na świecie. Interdyscyplinarność zadań związanych z zagadnieniami bezpieczeństwa pacjenta wymaga doskonałej komunikacji, właściwego podziału zadań oraz wyraźnego określenia ról i obowiązków. Dlatego umiejętność rozmowy, słuchania to bardzo ważny element pracy osoby odpowiedzialnej za bezpieczeństwo pacjenta.

## Pełnomocnik Dyrektora ds. Bezpieczeństwa Pacjentów

to odpowiednik Patient Safety Officer lub Patient Safety Specialist, bardzo ważnej funkcji związanej z bezpieczeństwem pacjentów w szpitalach wielu krajów Europy i świata.

\* Fot | Zdjęcia opublikowane za zgodą Ministerstwa Zdrowia



# Dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia



**W** dniu 26.08.2019 roku KCO podpisało Umowę na realizację Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Przedmiotem umowy jest doposażenie zakładów radioterapii - wymiana aparatów HDR.

Ministerstwo prześle w ramach umowy środki publiczne w wysokości nieprzekraczającej kwoty 2 266 510zł. Szpital wyżej wymienioną kwotę musi wykorzystać w terminie nieprzekraczającym do 31.12.2019 r.

W dniu 16.09.2019 roku został ogłoszony przetarg nieograniczony na zakup i dostarczenie aparatu HDR oraz stacji planowania leczenia dla Zakładu Radioterapii Katowickiego Centrum Onkologii. Umowa przetargu przewiduje także przeprowadzenie szkolenia personelu Zakładu Radioterapii w zakresie wykorzystania nowego sprzętu.

## Aparaty HDR (High Dose Rate)

umożliwiają przeprowadzenie brachyterapii wysoką mocą dawki promieniowania. Do jej niezaprzeczalnych zalet należą m.in. skrócenie czasu leczenia przy jednoczesnym wzroście unieszkodliwionych komórek nowotworowych, a także zwiększenie precyzji, co pozwala na oszczędzenie zdrowych tkanek sąsiadujących oraz ochronę narządów krytycznych. Przekłada się to na komfort i bezpieczeństwo pacjenta, zwiększenie liczby możliwych do wykonania zabiegów tego typu w porównaniu do konwencjonalnych metod, a także duże oszczędności dla samego szpitala.



Stacja planowania leczenia to nowoczesne, specjalistyczne oprogramowanie umożliwiające w sposób precyzyjny i szczegółowy ustalenie kolejnych etapów terapii za pomocą promieniowania w zakładach radioterapii. Dzięki wykorzystywaniu specjalnie zaprogramowanego do tego celu systemu komputerowego możliwe staje się dokładne określenie miejsca napromieniowania tak, aby główna wiązka promieni trafiła bezpośrednio w przy jednoczesnym oszczędzeniu zdrowych tkanek będących w bezpośrednim sąsiedztwie guza. Wpływa to na zmniejszenie ryzyka powikłań oraz możliwych skutków ubocznych w dalszych etapach leczenia. Równie ważna jest uzyskiwana za jego pomocą precyzja w ustawieniu aparatu oraz kątu nachylenia napromienienia, co przekłada się na efektywność wykorzystywanych metod radioterapii. Koszty stacji planowania leczenia waha się w przedziale 400-500 tys. złotych.

Nowoczesny sprzęt do radioterapii trafi, oprócz Katowickiego Centrum Onkologii, także do 19 innych placówek w całym kraju, m.in. Białogostoku, Bydgoszczy, Gdańska, Gdyni, Lublina, Łodzi, czy Wrocławia.

## Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024

**Dofinansowanie Ministerstwa Zdrowia dla Katowickiego Centrum Onkologii zostało dokonane w ramach Narodowego Programu Zwalczenia chorób Nowotworowych. Program jest odpowiedzią na wciąż rosnącą liczbę przypadków zachorowań na nowotwory w naszym kraju, stając się przyczyną 30% zgonów u mężczyzn i 40% u kobiet w wieku średnim. Celem programu jest zahamowanie tego trendu, poprawa standardów w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów oraz dostępności do najbardziej skutecznych metod leczenia, a także usystematyzowanie oraz wdrażanie najnowszych rozwiązań i odkryć z dziedziny onkologii w standardowe programy leczenia. To wszystko ma się przełożyć na wyrównanie różnic do dostępności metod terapii onkologicznej na terenie całego kraju do jednolitego poziomu. W ramach tego programu realizowane są m.in. dofinansowania do wymiany lub zakupu nowej aparatury medycznej. Głównym celem na rok 2019 był zakup akceleratorów, stacji planowania leczenia, aparatów HDR, a także mammografów.**



# Brest Cancer Unit „Mamma” w KCO



## \* Metody leczenia raka piersi

**Chirurgiczne leczenie** raka piersi polega na wycięciu guza z odpowiednim marginesem zdrowej tkanki, przy zachowaniu mięszu gruczołu i skóry w takim stopniu, który nie pozwoli na nawrót choroby. Bardzo ważne jest zachowanie jak najlepszego efektu kosmetycznego zarówno po operacji oszczędzającej, jak i po pełnej mastektomii – co będzie miało wpływ na późniejsze samopoczucie i funkcjonowanie kobiety. Operacje chirurgiczne odpowiadają za wyleczenie 7 spośród 10 chorych. Im precyzyjniej i wcześniej zostanie wykonany zabieg, tym mniej jest powikłań i częstsze są pięcioletnie przeżycia.

**Chemioterapia**, to jedna z kolejnych metod leczenia raka piersi, która działa całościowo na organizm i ma najszerszy zasięg działania. Metoda ta u kobiet z nowotworem piersi zmniejsza ryzyko nawrotu choroby i powstania przerzutów. Ten typ leczenia ma doprowadzić do zniszczenia komórek nowotworowych obecnych w organizmie po operacji chirurgicznej, ale niewykrywalnych przy zastosowaniu badań diagnostycznych. Leczenie raka piersi za pomocą chemioterapii polega na stosowaniu leków przeciwnowotworowych, które niszczą komórki nowotworowe.

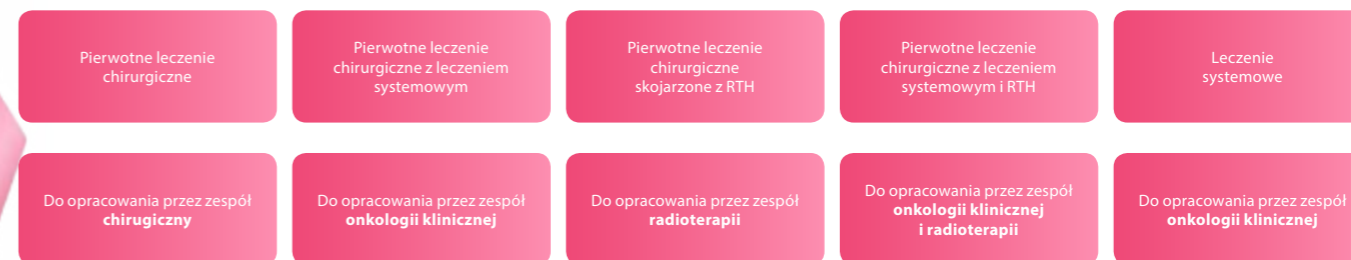
**Terapia celowana molekularnie** to forma leczenia nowotworów zaliczana do chemioterapii, choć używa się w niej leków, które nie są typowymi cytostatykami. Jest ona oparta na lekach planowanych molekularnie, czyli takich, które wykorzystują swoiste mechanizmy komórkowe, blokując te mechanizmy albo receptory komórek nowotworowych.

**Radioterapia** polega na zastosowaniu oddziaływania promieniowania jonizującego, a jej celem jest zmniejszenie ryzyka nawrotu nowotworu. Leczenie raka piersi może być stosowane samodzielnie lub w połączeniu z innymi metodami. Napromienianiu podlegać może cały gruczoł piersiowy albo – u niektórych chorych – także regionalne węzły chłonne.

**Hormonoterapia** (leczenie hormonalne raka sutka) jest stosowane u pacjentek, których komórki nowotworowe posiadają receptory hormonalne. Leczenie raka piersi za pomocą hormonoterapii ma prowadzić do zmniejszenia wpływu hormonów na wrażliwe komórki nowotworowe.



## Algorytm terapeutyczny postępowania z potwierdzonym histopatologicznie rakiem piersi



## \* Leczenie raka piersi w KCO składa się z kilku modułów.

Pierwszy to diagnostyka wstępna i pogłębiona, realizowana w Poradni Onkologicznej. Drugi to leczenie chirurgiczne, radioterapia, brachyterapia, leczenie systemowe oraz chirurgia rekonstrukcyjna i plastyczna.

Pacjentki objęte są skoordynowaną wielospecjalistyczną opieką na wysokim poziomie, realizowaną bez opóźnień i zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi.

Chore, u których w wyniku przeprowadzonej diagnostyki ustalono w badaniu histopatologicznym rozpoznanie choroby, kierowane są przez lekarza do Wielospecjalistycznej Komisji celem ustalenia dalszego leczenia.

**Konsylia lekarskie odbywają się w Zakładzie Radioterapii w każdy czwartek o godz. 13.00 i składają się z dwóch części:**

**Część I** - Po określeniu stopnia zaawansowania choroby przypadek każdej pacjentki jest omawiany przez zespół specjalistów (konsylium). Najczęstszym sposobem leczenia pierwotnego jest jednak leczenie chirurgiczne.

Komisja analizuje przebieg choroby i ustala zalecenia na podstawie obowiązującego w Breast Cancer Unit „MAMMA” algorytmu terapeutycznego (w tej fazie obrad pacjent nie uczestniczy).

**Część II** - Przedstawienie pacjentce ustaleń Komisji i planu leczenia. W razie wątpliwości ze strony chorej komisja przedstawia inny możliwy do zaakceptowania sposób postępowania z uwzględnieniem jego zalet i wad. Po uzyskaniu jednolitego stanowiska protokół terapeutyczny podpisują obecni członkowie Komisji i pacjent.

Po zabiegu chirurgicznym, lub leczeniu wstępnym – indukcyjnym, pacjentka zgłasza się ponownie na konsylium lekarskie BCU, które analizuje wynik badania histopatologicznego pooperacyjnego, lub efekty leczenia indukcyjnego. Każdy przypadek jest traktowany indywidualnie i w zależności od czynników prognostycznych, planowane jest dalsze leczenie uzupełniające. Może być to chemioterapia, hormonoterapia lub radioterapia.

Zawsze w decyzjach terapeutycznych brane są pod uwagę inne czynniki takie jak wiek chorej, choroby współistniejące, preferencje. Chore poddane terapii mają do dyspozycji leczenie ambulatoryjne lub stacjonarne.

Po leczeniu prowadzimy badania kontrolne mające na celu ocenę skuteczności leczenia, a także wykrycie wznowy lub kolejnego ogniska raka (w drugiej piersi).

## \* Zgłoszona przez lekarza pacjentka do Breast Cancer Unit „Mamma” w KCO ma:

1. gwarancję kompleksowej opieki medycznej, tj. zapewnienie diagnostyki, leczenia operacyjnego wraz z opieką pooperacyjną, leczenia farmakologicznego (hormonoterapia), leczenia chemioterapią oraz radioterapią, realizację programu zdrowotnego (lekowego) w zakresie nowotworów piersi, rehabilitacji, opiekę psychologiczną oraz opiekę paliatywną.
2. zapewnioną właściwą koordynację oraz nadzór nad realizacją świadczeń w ustalonych ramach czasowych;
3. zapewnione możliwości bezpośredniego dostępu do leczenia w KCO bez skierowania, na podstawie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILO) jeśli lekarz podejrzewa u pacjenta lub rozpoznaje nowotwór złośliwy piersi.
4. zapewnioną stałą współpracę i zaangażowanie interdyscyplinarnego zespołu ekspertów w planowaniu i realizacji leczenia.
5. zapewnione wysokiej jakości świadczeń z zakresu onkologii, chirurgii oraz radioterapii, które są realizowane na terenie KCO.
6. zapewnienie dostępu do rehabilitacji leczniczej po leczeniu choroby nowotworowej piersi.
7. zapewnienie monitorowania stanu pacjenta po zakończeniu procesu terapeutycznego i rehabilitacyjnego w Poradni Onkologicznej KCO.

W dniu 12.02.2014 roku, Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Naczelnego została powołana Komisja wielospecjalistyczna, działająca w ramach programu Breast Cancer Unit / „Mamma”, na podstawie porozumienia zawartego, w dniu 12.02.2014 r. w sprawie utworzenia Regionalnego Centrum Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi, akredytowanego przez Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne (SIS).

Breast Cancer Unit to wyspecjalizowana jednostka lekarzy specjalistów, stosująca specjalne procedury, które mają zapewnić pacjentkom z rakiem piersi kompleksową opiekę i wypracować indywidualny proces leczenia.

## \* W skład komisji wchodzi:

- lekarze onkolodzy kliniczni
- lekarze radioterapeuci
- lekarze chirurdzy onkologiczni
- lekarze radiolodzy
- lekarz patomorfolog

Pierwsze spotkanie Komisji odbyło się w dniu 27.02.2014 roku i od tego czasu konsylia lekarskie dla pacjentów z rakiem piersi odbywają się w Zakładzie Radioterapii w każdy czwartek o godzinie 13.00. Podczas konsylium pacjentki są informowane o wszystkich możliwych opcjach leczenia, by mogły brać świadomy udział w procesie leczenia.

W 2014 roku w ramach programu Breast Cancer Unit zostało objętych kompleksową opieką około 150 pacjentek, a w 2019 roku do września uczestniczyło w BCU 300 pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem piersi.

# Zaproszenie na cykliczne warsztaty dla Pacjentów onkologicznych i ich Rodzin

## Szanowni Państwo – Drodzy Pacjenci i ich Najbliżsi.

Październik to Miesiąc Świadomości/Profilaktyki Raka Piersi. Pomysł ten został zainicjowany w 1985 roku przez brytyjsko – szwedzki koncern farmaceutyczny Astra Zeneca.

Jednocześnie dzień 15 października obchodzimy Europejski Dzień Walki z Rakiem Piersi, którego oficjalnym symbolem jest różowa wstążka. Różowy kolor to symbol nadziei i wsparcia. Symbol ten znany jest na całym świecie.

W nawiązaniu do tych wydarzeń Pracownicy medycyńscy Katowickiego Centrum Onkologii wraz z Przyjaciółmi zaangażowanymi w poprawę jakości życia Pacjentów onkologicznych w trakcie terapii onkologicznych i po ich zakończeniu mają przyjemność zaprosić Pacjentki z rozpoznaniem rakiem piersi, ich Rodziny i Znajomych na kolejne spotkanie.

Spotkanie odbędzie się 11 października 2019r (piątek) w godzinach 15.00 do 17.30 w Sali Konferencyjnej Zakładu Radioterapii na pierwszym piętrze Katowickiego Centrum Onkologii przy ul Raciborskiej 27.

Tym razem w trakcie warsztatów poruszone zostaną ciekawe tematy dotyczące ciała i ducha.

Rozpoczniemy od ciekawego wykładu związanego z profilaktyką i leczeniem obrzęku chłonnego. Według publikowanych danych, pomimo coraz lepszych metod leczenia operacyjnego, aż co trzecia osoba poddana amputacji piersi może doświadczać obrzęku limfatycznego kończyny górnej po stronie operowanej.

Zatem skala problemu jest duża. Co warto wiedzieć, co należy zrobić, w jakim czasie i gdzie skierować się z pytaniem o pomoc w tej kwestii? Mamy nadzieję, że wykład ten pomoże odpowiedzieć na te i inne pytania Pacjentelek których ten problem dotyka.

W ślad za pierwszym wykładem drugi skoncentruje się na zaleczeniach, wadach, wskazaniach i przeciwwskazaniach kompresoterapii. Metoda ta jest ważnym elementem zmagania się z obrzękiem limfatycznym po operacjach onkologicznych. Podczas prezentacji uczestnicy dowiedzą się również jak właściwie należy dobrać protezy piersiowe.

Kolejnym punktem spotkania będzie omówienie popularnej choć niekoniecznie idealnej diety ketogenicznej, która jest często zalecana Pacjentom z chorobą onkologiczną. Czy na pewno jest do „dieta czyniąca cuda” i mająca istotne działanie lecznicze?

Polecamy również ostatni wykład o równowadze psychicznej w trakcie zmagania się z chorobą i konsekwencjami leczenia. O nasze emocje, naszego „ducha” należy intensywnie dbać nie mniej niż o ciało. Równowaga psychiczna i dobrostan emocjonalny odgrywa istotną rolę w pokonywaniu trudności dnia codziennego w chorobie i zdrowieniu.

W czasie spotkania będzie możliwość wymiany doświadczeń, skonfrontowania praktyki z teorią w trakcie dyskusji z prowadzącymi spotkanie.

**Będzie Nam miło Państwa gościć -  
Zapraszamy serdecznie!**

Jestem jej za to wdzięczna i mam nadzieję, że na następnych spotkaniach poszerzy ten temat. Kierując się już zdobytą wiedzą z tego spotkania, widzę postępy w sprawności fizycznej.

Oczekuję z niecierpliwością na następne spotkania, zapewne zostaną poszerzone o następne ważne tematy. Osobiście jestem bardzo zadowolona z tego spotkania i pragnę serdecznie podziękować organizatorowi tego pomysłu. To bardzo dobra inicjatywa wnosząca dużo dobrego dla osób pokrzywdzonych tą chorobą.

Każda inicjatywa podnosząca na duchu chorego jest bodźcem pozytywnym ratującym psychikę chorego, za co serdecznie dziękuję. Czekam z niecierpliwością na nowe spotkanie

**Z poważaniem Danuta z Rybnika**

## Warsztaty profilaktyczne okiem pacjentki

W czerwcu bieżącego roku byłam uczestnikiem spotkania dotyczącego problemów onkologicznych, a jako osoba po przebytej operacji raka piersi, tym bardziej byłam zainteresowana tym tematem.

Spotkanie obejmowało trzy bloki tematyczne, które w sposób przystępny i bardzo fachowy zostały nam przekazane. Poszerzyły wiedzę z zakresu prawidłowego odżywiania, jak również rozdane broszurki na ten temat okazały się bardzo cennym materiałem do prawidłowego postępowania po przebytej chorobie.

Mnie jednak najbardziej zainteresował temat poruszony przez Panią dr Engelmann dotyczący rehabilitacji po odbytej chorobie. Uważam że ten temat jest mało doceniany, a jest ważnym aspektem przywracającym osiągnięcie sprawności fizycznej chorego. Wykład Pani Doktor był dla mnie skarbnicą wiedzy jak postępować po chorobie.

Tekst | Redakcja KCO

# Zbadaj świadomie swoje zdrowie!

## Nasze warsztaty onkologiczne: III spotkanie dla chorych na raka piersi

Tematy:

1. Makijaż permanentny u pacjentek onkologicznych
2. Aktywność fizyczna jako wspomaganie leczenia onkologicznego
3. Prawda czy fałsz? Najpopularniejsze mity żywieniowe
4. Potrzeby i ich zaspokajanie
5. Pytania i dyskusja

**13 grudnia 2019r**  
od godz. 15:00 do godz. 17:30

**Katowickie Centrum Onkologii Sala Konferencyjna**  
w Zakładzie Radioterapii 1 piętro  
Ul Raciborska 27 40-074 Katowice Telefon kontaktowy 32 420 0 251 / 32 420 0 380



# Nowe opcje terapeutyczne w leczeniu chorych na zaawansowanego raka piersi – palbocyklib i rybocyklib.

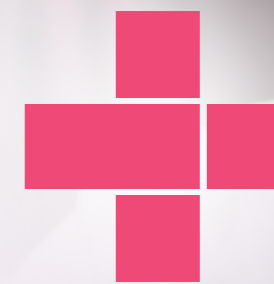
Dr n. med **Izolda Mrochen-Domin**

Specjalizacja: Choroby wewnętrzne, Specjalista medycyny ogólnej, Onkologia kliniczna

Dorobek naukowy:

- 1992 dyplom ukończenia Śląskiej Akademii Medycznej; Wydział Lekarski w Katowicach, studia w latach 1986-1992,
- 1998 dyplom pierwszego stopnia specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych,
- 2005r dyplom drugiego stopnia specjalizacji z zakresu onkologii klinicznej,

obrona pracy doktorskiej 31.08.2009r „Ocena toksyczności i skuteczności chemioterapii uzupełniającej u chorych na raka jajnika w III stopniu zaawansowania wg klasyfikacji FIGO. Porównanie chemioterapii zawierającej Paklitaksel z innymi schematami”.



## \* Rybocyklib

W badaniu MONALEESA 2 u chorych po menopauzie bez leczenia systemowego z powodu przerzutów porównano skuteczność rybocyklibu stosowanego z letrozolem z terapią samym letrozolem. W grupie leczonej wyłącznie letrozolem uzyskano medianę czasu wolnego od progresji choroby 14,7 m-ca, podczas gdy w grupie z rybocyklibem nie odnotowano progresji choroby. Odnotowano dłuższy czas trwania odpowiedzi w ramieniu rybocyklib i letrozol (26,7 miesiąca), w porównaniu z ramieniem placebo i letrozol (18,6 miesiąca). Ponadto w badaniu MONALEESA 2, w grupie pacjentek u których zastosowano rybocyklib i letrozol uzyskano trwalszą odpowiedź na leczenie i większą regresję choroby nowotworowej, po 8 tygodniowym zastosowaniu terapii.

Wyniki badań III fazy (oceniających skuteczność, bezpieczeństwo i przeciwwskazania) z palbocyklibem i rybocyklibem wykazały możliwość dołączenia do stosowanej od dawna terapii hormonalnej nowego leku, który powoduje wydłużenie czasu przeżycia wolnego od progresji choroby. Stanowi to istotny przełom w leczeniu zaawansowanego raka piersi estrogenowo dodatniego i HER 2 ujemnego.

W przypadku zastosowania inhibitorów CDK 4/6 odsetek odpowiedzi na leczenie był wyższy, przy akceptowalnej toksyczności leczenia.

Cały czas toczą się badania mające na celu identyfikację dodatkowych markerów odpowiedzi na leczenie z korzyścią dla wielu chorych.

Aktualnie prowadzone są badania z kolejnym lekiem – trzecim inhibitorem abemacyklibem oraz badania nad połączeniem inhibitorów CDK 4/6 z eksemestanem, inhibitorami mTOR oraz ewerolimusem. Oczekuje się też na wyniki badań zastosowania inhibitorów CD4/6 w leczeniu uzupełniającym czy np. przedoperacyjnym a nie tylko w chorobie zaawansowanej.

Onkolodzy mają nadzieję, że pacjentki z rakiem piersi o udookumentowanej ekspresji receptora estrogenowego będą mogły powszechnie korzystać z nowej terapii z zastosowaniem palbocyklibu lub rybocyklibu.

**Aby poznać szczegóły programu leczenia raka piersi odsyłam do stron Ministerstwa Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/choroby-onkologiczne> – szczegóły w pliku „Leczenie raka piersi”**

## \* Dlaczego warto zainteresować się palbocyklibem i rybocyklibem?

Odpowiedź jest prosta. Rak piersi jak większość innych chorób nowotworowych charakteryzuje się znaczną heterogennością i himerycznością co jest powodem utraty kontroli nad rozwojem choroby.

Ciągle poszukiwane są nowe leki antynowotworowe - z naciskiem na rozwój terapii celowanych, które mogą stać się skuteczne dla różnych podtypów molekularnych występujących w rakach piersi.

Palbocyklib i rybocyklib należą do inhibitorów kinaz CDK 4/6, które hamują cykl komórkowy i podział komórki nowotworowej - jej proliferację czyli namnażanie. Ograniczają rozwój guzów estrogenozależnych przez obniżenie stężenia estrogenów we krwi.

Są to leki doustne w postaci tabletek. Zalecaną dawkę leku pobiera się raz na dobę przez 21 dni z 7-dniową przerwą. Leczenie przebiega w warunkach domowych.

Stosowanie palbocyklibu i rybocyklibu wiąże się z różnymi objawami ubocznymi, do których należą: uszkodzenie odwracalne szpiku (najczęściej neutropenia), leukopenia (spadek liczby krwinek białych - występuje u 66,4% pacjentów), zmęczenie, anemia, zakażenia dróg oddechowych, nudności, zapalenia jamy ustnej, łysienie, biegunki, spadek liczby płytek krwi, podwyższenie stężenia enzymów wątrobowych ASPAT, ALAT, zaburzenia w obrazie EKG. Objawy te wycofują się po zmniejszeniu dawki leku i/lub odroczeniu terminu kontynuacji leczenia. Objawy uboczne powodujące konieczność przerwania terapii występują tylko u około 4% chorych.

## \* Palbocyklib

W badaniu PALOMA 2, w którym oceniono terapię skojarzoną palbocyklib z inhibitorem aromatazy (letrozolem) wykazano istotne wydłużenie przeżycia wolnego od progresji choroby w porównaniu ze stosowaniem placebo i letrozolu – było to odpowiednio w grupie dwulekowej 24,8 m-ca, a w monolekowej 14,5 m-ca. Mediana czasu obserwacji wynosiła 23 miesiące. Badanie jest kontynuowane w celu oceny całkowitego czasu przeżycia.

W badaniu PALOMA 3 połączenie palbocyklibu z fulvestrantem pozwoliło uzyskać czas wolny od progresji 9,5 m-ca, co stanowi znaczący postęp w porównaniu z leczeniem fulvestrantem, w przypadku którego było to 4,6 m-ca.

Nowotwór piersi mimo stałego postępu w badaniach diagnostycznych, leczeniu zabiegowym, a także pomimo stosowania innowacyjnych metod terapii, wciąż jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet na świecie oraz najczęstszą przyczyną zgonu. Stanowi ¼ wszystkich zachorowań na nowotwory u kobiet. Co roku rozpoznane raka piersi ustala się u 1,8 mln kobiet a u ponad 500 tysięcy jest on powodem zgonu. Zatem ciągle poszukuje się nowych metod leczenia by poprawić ten stan.

**Stosowanie terapii hormonalnej u pacjentek z rakiem piersi to jedna z opcji leczenia gdy w guzie stwierdza się ekspresję receptora estrogenowego i/lub progesteronowego. Rak piersi z dodatnim receptorem estrogenowym występuje najczęściej u kobiet w okresie menopauzy (60% wszystkich raków piersi).**

Do tej pory leczenie hormonalne z użyciem jednego leku było powszechnie stosowaną metodą terapii u chorych z rozpoznaniem rakiem piersi z dodatnimi receptorami estrogenowymi i HER 2 ujemnym. Leczenie to jest obciążone mniejszą toksycznością niż zastosowanie chemioterapii. Tego typu opcja terapeutyczna powoduje jednak nawrót choroby związany ze zmniejszeniem wrażliwości na leki i rozwinięciem swoistej oporności.

Po ocenie wyników badań PALOMA -1, 2, 3 oraz MONALEESA 2, 3, 7 ustalono, że połączenie hormonoterapii z inhibitorami CDK 4/6 w pierwszej linii zaawansowanego raka piersi u kobiet przed i po menopauzie z dodatnimi receptorami estrogenowymi i HER 2 ujemnym spowodowało opóźnienie włączenia leczenia następnej linii. Swoistym przełomem w leczeniu zaawansowanego raka piersi w naszym kraju było pojawienie się na wrześniowej liście refundacyjnej dwóch leków – Kisqali (rybocyklibu) i Ibrance (palbocyklibu).

Leki te stosuje się w skojarzeniu. Tak więc rybocyklib z inhibitorami aromatazy, a palbocyklib z inhibitorami aromatazy oraz z fulvestrantem u chorych z rakiem piersi gdy wynik receptorów estrogenowych jest dodatni a HER2 ujemny.

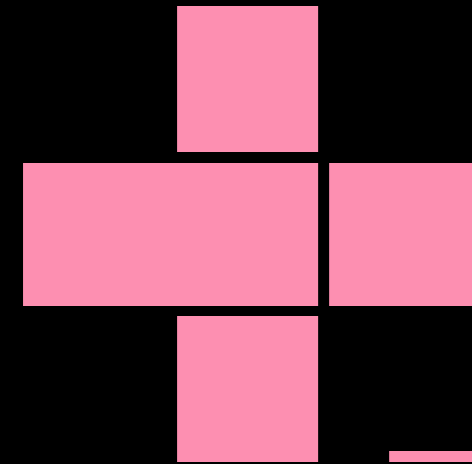
**Terapia nowymi środkami jest możliwa u chorych spełniających kryteria kwalifikacji zgodne z opublikowanymi na stronie Ministerstwa Zdrowia danymi dotyczącymi programu terapeutycznego leczenia raka piersi (załącznika B.9).**

Aby pacjentka mogła otrzymać lek musi ściśle spełniać wszystkie wymogi określone w programie.

### Piśmiennictwo:

- Breast Cancer Research and Treatment tom 174, nr 3 kwiecień 2019 ISSN: 0167-6806
- Dubiański R, Jagiello-Gruszczyńska A. i wsp.: Cyklin – dependent kinase 4/6 inhibitors in the treatment of advanced estrogen receptor – positive breast cancer. Oncol. Clin. Pract. 2016; 12: 209 -2014. DOI: 10.5603/OCP.2016.0017





Tekst | lek. med. Krzysztof Zembrzycki

# „BreastFit. Kobięcy biust. Męska sprawa”



Lek med.

**Krzysztof Zembrzycki**  
Specjalista ginekolog -położnik.



*Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W pierwszych latach swojej kariery pracował w Górniczym Zespole Opieki Zdrowotnej w Katowicach, przez rok na oddziale chirurgii ogólnej, w szpitalu górniczym w Murckach.*

*W 1987 roku podjął pracę w Oddziale Położnictwa i Ginekologii Szpitala im. Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach przy ulicy Raciborskiej (obecnie Katowickie Centrum Onkologii), w którym pracuje do dziś na stanowisku starszego asystenta. Swój czas pracy dzieli pomiędzy oddziałem Gin-Pol, a Pracownią USG, gdzie w chwili obecnej w większej części zajmuje się diagnostyką zmian nowotworowych, poszerzoną o diagnostykę histopatologiczną (biopsje).*

*Absolwent Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej w Katowicach „Zarządzanie i marketing w ochronie zdrowia”*

## \* Rak piersi (rak sutka)

Jeden z najczęściej występujących nowotworów złośliwych wśród kobiet w Europie (ok. 22% nowotworów). Każdego roku dotyka ponad 17 tys. osób w tym ok. 200 mężczyzn. W ostatniej dekadzie stał się drugim, zaraz po raku oskrzeli i płuc, najbardziej śmiertelnym nowotworem dotykającym Polek. W ostatnich latach wzrosła liczba rozpoznań tego nowotworu w Europie. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce.

- zachorowalność na raka piersi w czasie ostatnich 30 lat wzrosła ponad dwukrotnie,
- w czasie najbliższych 10 lat liczba kobiet, które zachorują przekroczy 20000 rocznie,
- aktualnie w Polsce z rakiem piersi zdiagnozowanym w ciągu ostatnich 5 lat żyje blisko 70000 kobiet.

## \* Ryzyko zachorowania

W piśmiennictwie wymienia się wiele czynników ryzyka zachorowania na raka piersi. Są to m.in.

- płeć żeńska,
- starszy wiek aczkolwiek zdarzają się zachorowania w grupie wiekowej 20-30 lat,
- czynniki genetyczne, w tym w szczególności zachorowania na raka piersi u krewnych 1. stopnia (np. u siostry) oraz potwierdzony zespół zwiększonego ryzyka zachorowania na raka piersi. Zespół ten jest związany z mutacjami genów tzw. BRCA1/2,
- przebyte łagodne zmiany rozrostowe piersi,
- wczesny wiek wystąpienia pierwszej miesiączki,

- późny wiek wystąpienia ostatniej miesiączki,
- bezdzietność,
- pierwszy poród w średnim wieku,
- stosowanie hormonalnej terapii zastępczej,
- otyłość, nieracjonalna dieta (nadmiar tkanki tłuszczowej zaburza równowagę hormonalną),
- częste spożywanie alkoholu,
- brak aktywności fizycznej.

Zdecydowana jednak większość przypadków raka piersi rozwija się u kobiet, u których nie stwierdza się wymienionych wyżej czynników ryzyka.

## \* Rozpoznanie raka piersi

Rak piersi powoduje charakterystyczne objawy, ułatwiające kobiecie i lekarzowi powzięcie podejrzenia tej choroby:

- wyczuwalny guz w piersi,
- zmiana wielkości, kształtu, obrysu i napięcia skóry piersi,
- wciągnięcie brodawki sutkowej (występujące nagle, tj. rozwijające się w ciągu, np. kilku tygodni),
- wciągnięcie skóry piersi i pojawienie się zmian w obrębie skóry piersi lub zmian w obrębie skóry brodawki (wgłębienia skóry, zaczerwienienia, usztywnienia itp.),
- krwisty wyciek z brodawki sutkowej.
- miejscowa bolesność

## \* Okiem Ginekologa KCO

Profilaktyka raka piersi sprowadza się głównie, oprócz eliminowania możliwych czynników ryzyka, do jak najwcześniejszego wykrycia zmiany nowotworowej. Dzięki wzrostowi świadomości zdrowotnej pacjentek oraz obowiązującym algorytmom postępowania w zakresie profilaktyki zdrowotnej coraz więcej pacjentek objętych jest różnymi programami profilaktycznymi np: Program profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia) program adresowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat, program profilaktyki raka piersi (mammografia) program adresowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat.

Pacjentki w wieku poniżej 50 lat mogą badać piersi u lekarza POZ, ginekologa (wizyty bez skierowania) i zwykle tak się dzieje. Badania są przeprowadzane co jakiś czas. Badanie piersi w gabinecie ginekologicznym jest badaniem rutynowym. Należy tu podkreślić znaczenie badania USG- jest ono jedynym badaniem obrazowym, które można wykonywać u kobiet pomiędzy 20-50 rokiem życia co 12 miesięcy, także w ciąży (u kobiet po 35 r.z. 2x). Badanie piersi najlepiej przeprowadzić w pierwszej połowie cyklu.

### **Istotnym czynnikiem wpływającym na rozpoznanie raka piersi są opóźnienia w diagnostyce związane z identyfikacją zagrożenia przez pacjentkę.**

Tutaj należy zaakcentować rolę samobadania wykonywanego regularnie co miesiąc przez pacjentkę (instrukcja od lekarza lub na stronach internetowych).

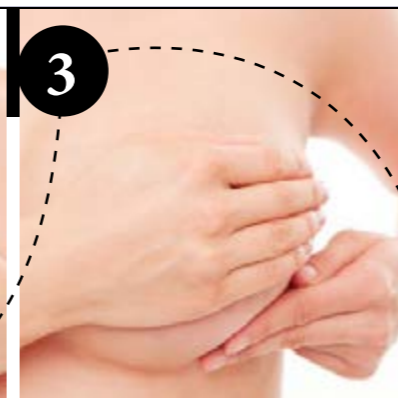
Kobiety często się zniechęcają ponieważ nie potrafią zinterpretować tego co wyczuwają w piersiach.



Istota badania polega jednak na tym, by sprawdzić tylko, czy jest tak samo jak miesiąc wcześniej, jeżeli nie, to należy udać się do lekarza i tu dodatkowo można do onkologa (także bez skierowania). Dalsze postępowanie to diagnostyka obrazowa; często już podczas wizyty- usg piersi lub skierowanie do pracowni USG lub/ i mammografii. W przypadku stwierdzenia zmiany podejrzanej pobiera się zwykle wycinki do badania histopatologicznego i w zależności od wyniku (ok. 10dni) ustala się dalsze postępowanie. W przypadku rozpoznania nowotworowego pacjentka jest kierowana na konsylium interdyscyplinarnego leczenia raka piersi gdzie ustalone jest optymalne leczenie.

### \* Podsumowując, profilaktyka to:

- Samodzielne badanie piersi przez pacjentkę - co miesiąc
- Badanie lekarskie raz w roku lub w razie wątpliwości
- Badanie usg piersi raz w roku lub w przypadku zalecenia przez lekarza
- Mammografia w ramach programu profilaktycznego lub w przypadku zalecenia przez lekarza. (w maju 2019 roku został uruchomiony w Pracowni Mammografii KCO najnowszy cyfrowy mammograf Giotto Class Tomosynthesis z opcjami biopsji stereotaktycznej, tomosyntezy i mammografii spektralnej). W uzasadnionych przypadkach rezonans magnetyczny.



KCO w ramach profilaktyki i opieki zdrowotnej oferuje pacjentkom kompleksową diagnostykę i opiekę.

### \* Pierwsze kroki należy skierować do:

- Poradni Profilaktyki Chorób Piersi,
- Poradni Ginekologicznej,
- Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
- Poradnia Chirurgii ogólnej,
- Poradnia Onkologiczna.

W następnej kolejności pacjentki będą kierowane do:

- diagnostyki obrazowej i ewentualnie histopatologicznej.

W zależności od rozpoznania możliwe jest dalsze kompleksowe (operacyjne lub zachowawcze) leczenie na tutejszych oddziałach. W 2019r. objęto kompleksową opieką 300 pacjentek z rozpoznaniem rakiem piersi. W KCO wykonuje się miesięcznie ok. 300 badań USG piersi, ok. 300 mammografii miesięcznie a do września b.r. 400 biopsji gruboigłowych.

Wielu tragedii udałooby się uniknąć, gdyby leczenie podjęto odpowiednio wcześniej, dlatego tak ważne obecnie jest szerokie informowanie oraz stopniowe poprawianie świadomości społecznej na temat raka sutka. Tu należy też wspomnieć o Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016–2024. W przypadku raka piersi najważniejsze działania powinny skupiać się na:

- motywowaniu kobiet do udziału w badaniach przesiewowych,
- promocji karmienia piersią,
- aktywnego trybu życia oraz zdrowego odżywiania,
- a także motywowaniu kobiet do niepalenia tytoniu i ograniczenia spożywania alkoholu.

Obserwuje się różne inicjatywy społeczne mające na celu działania edukacyjne, poprawiające świadomość a także wspierające osoby w potrzebie.



**Breast-Fit**  
KOBIECY BIUST, MĘSKA SPRAWA



## „BreastFit. Kobięcy biust. Męska sprawa”

Kampania „BreastFit. Kobięcy Biust. Męska sprawa” Głównym odbiorcą kampanii, wbrew dotychczasowej praktyce, jest nie kobieta, lecz mężczyzna – życiowy partner. Kampania zachęca mężczyzn do systematycznej kontroli oraz obserwacji piersi partnerki w celu wykrycia nieprawidłowości (guzków, zmian na skórze czy w kształcie piersi). Intencja organizatorów jest przełamanie pewnego rodzaju tabu oraz zwrócenie uwagi panów na problem, który być może nie dotyka ich bezpośrednio, ale ma także ogromny wpływ na ich życie.

Ważnym punktem kampanii jest wydawanie specjalnego kalendarza „Power of Community”. Dochód z jego sprzedaży przeznaczony jest na wsparcie pacjentek dotkniętych zaawansowaną postacią raka piersi. Co roku w akcji bierze udział dwunastu sportowców z całej Polski, których sylwetki są uwieczniane na kolejnych kartach kalendarza. Jak piszą sami organizatorzy o tym przedsięwzięciu: „Tegoroczna edycja kalendarza pokazuje, że to nie siła i wielkość mięśni decyduje o męskości, lecz czujność i odpowiedzialność za zdrowie bliskiej kobiety”.

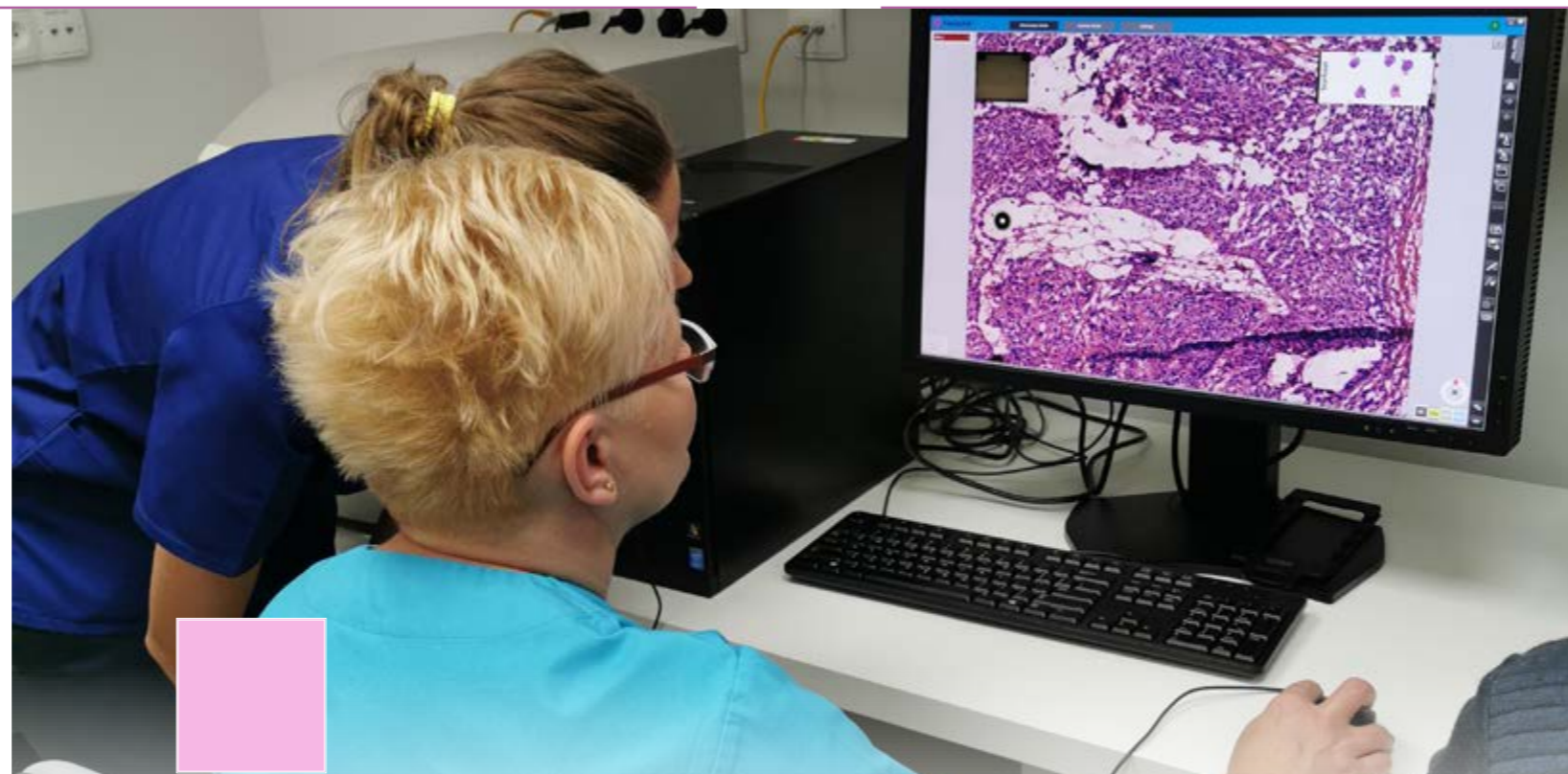
Kampania „BreastFit. Kobięcy biust. Męska sprawa” organizowana jest przez Fundację Onkocafe – Razem Lepiej. Jej powołanie poprzedziło utworzenie przez Annę Kupiecką grupy wsparcia dla osób dotkniętych chorobą nowotworową na portalu społecznościowym Facebook. Można było podzielić się na niej swoimi doświadczeniami z leczeniem i uzyskać pomoc i wsparcie w codziennych zmaganiach z nowotworem. Z tej inicjatywy w 2013 roku wyłoniła się znana już fundacja.

Głównymi celami inicjatorów przedsięwzięcia jest szerzenie wiedzy na temat chorób nowotworowych w społeczeństwie oraz przede wszystkim wsparcie pacjentów onkologicznych. Podejmowany jest szereg działań mających integrować środowisko chorych onkologicznie oraz ich bliskich. Organizowane są na terenie całego kraju kluby pacjentów, uczestnicy których mają szansę dzielić się dotychczasowymi doświadczeniami oraz wspierać osoby, które są dopiero na początku drogi w walce z nowotworem. Fundacja wspiera także organizację warsztatów, grup wsparcia, wyjazdów integracyjnych oraz zajęć rehabilitacyjnych. Dzięki podejmowanym działaniom w pomoc pacjentom onkologicznym włączani są wolontariusze wspierający chorych.

**P**od koniec sierpnia bieżącego roku zakończono w naszym szpitalu instalację wyposażenia nowej pracowni histopatologii, na które składają się:

- „Patolog” unikatowy w skali kraju zdalny system wizyjny pozwalający lekarzowi patomorfologowi na makroskopową ocenę materiału tkankowego i podjęcie decyzji, który fragment należy poddać szczegółowej ocenie mikroskopowej,
- kriostat – urządzenie służące do szybkiego mrożenia fragmentów tkankowych,
- zestaw do automatycznego barwienia preparatów histopatologicznych hematoksyliną i eozyną,
- skaner i komputer z dostępem do internetu dla telepatologii – służące do przekazywania zdigitalizowanych obrazów preparatów mikroskopowych na odległość.

*5 września pod baczny okiem Prof. dr hab. Dariusza Lange wykonaliśmy pierwsze badanie śródoperacyjne – zwane również „intra” to procedura patomorfologiczna polegająca na ocenie materiału tkankowego w trakcie trwającego zabiegu operacyjnego.*



## Nowa Pracownia Histopatologii Śródoperacyjnej

### \* Etapy badania

Pierwszym etapem badania śródoperacyjnego jest pobranie fragmentu tkanki, który następnie zostaje zamrożony w kriostatcie w temperaturze poniżej -20°C. Zamrożony materiał jest poddawany skrawaniu na cienkie przekroje grubości ok. 10 mikrometrów. Uzyskane z nich preparaty poddawane są barwieniu.

Wieloetapowy proces barwienia odbywa się w zautomatyzowanym urządzeniu, które gwarantuje powtarzalność i wysoką jakość preparatów. Obrazy wybarwionych preparatów w formie cyfrowej, dzięki specjalistycznemu oprogramowaniu są udostępniane on-line patologowi do oceny.

Szybka ocena preparatów mikroskopowych ma na celu ustalenie wstępnej diagnozy patomorfologicznej, a więc określenie charakteru zmiany potwierdzenie bądź wykluczenie złośliwości.

Wyniki badania śródoperacyjnego są niezwłocznie przekazywane lekarzowi przeprowadzającemu operację, który na ich podstawie podejmuje decyzję o dalszym jej przebiegu.

Opisana procedura powinna być wykonana w czasie 30 minut. Szybkość wykonania badania oraz prawidłowość diagnozy zależą od dobrej i ścisłej współpracy chirurga z doświadczonym patomorfologiem oraz zapewnienia miejsca wykonania badania śródoperacyjnego w sąsiedztwie bloku operacyjnego.

W określonych przypadkach klinicznych wykonanie śródoperacyjnej oceny patomorfologicznej, dokonywanej przy użyciu preparatów świeżo mrożonych, warunkuje dalsze postępowanie chirurgiczne i może, przynajmniej w części przypadków, uchronić pacjentów przed koniecznością wykonania kolejnego zabiegu operacyjnego. Skracając więc czas oczekiwania na, niezbędne zazwyczaj, leczenie uzupełniające.

**Reasumując:** Chirurg planuje i wykonuje operację, pracownik pracowni histopatologii przygotowuje preparaty, a patolog w kolejnym etapie ocenia śródoperacyjnie materiał tkankowy.

Ścisła współpraca między tymi specjalistami oraz dobra organizacja pracowni histopatologii śródoperacyjnej z wykorzystaniem najnowszych technologii wpływa na jakość wykonanej procedury i służy bezpieczeństwu i zdrowiu chorego.

### Badanie histopatologiczne

To wykonywana pod mikroskopem ocena materiału pobranego z ciała pacjenta w celu oceny charakteru schorzenia. Wyniki badania histopatologicznego umożliwiają wiarygodną i ostateczną diagnozę, dlatego są kluczowym elementem procesu rozpoznania choroby nowotworowej. Badanie to jest podstawą do wyboru indywidualnej ścieżki leczenia oraz rodzaj zastosowania najskuteczniejszej w danym przypadku metody: chirurgicznej, chemioterapii, radioterapii lub skojarzonej. Na dalszym etapie leczenia za jego pomocą określa się także skuteczność prowadzonych terapii poprzez ocenę rozwoju lub remisji nowotworu. Poza zagadnieniami z dziedziny onkologii badanie histopatologiczne ma zastosowanie również w przypadku schorzeń zapalnych i zwyrodnieniowych.

### Biopsja

Badanie diagnostyczne, w czasie którego od pacjenta pobiera się materiał do dalszych badań mikroskopowych. Wyróżnia się kilka rodzajów biopsji, w zależności od sposobu, miejsca i ilości pobranej tkanki, jednak do głównych zalicza się:

- biopsję aspiracyjną cienkoigłową
- biopsję gruboigłową
- biopsję chirurgiczną (otwartą) stosowaną najrzadziej, jedynie w przypadku, gdy pozostałe rodzaje biopsji nie dały jednoznacznych wyników

Biopsja jest uznawana powszechnie za badanie wyjątkowo bezpieczne, nieobarczone ryzykiem powikłań i niewymagającym żadnych większych przygotowań poza oznaczeniem grupy krwi.



# Nowotwory jąder cz. 2 zarodkowe (germinalne) Rodzaje terapii



**\* Lek. Bartosz Wilk** ukończył Wydział Lekarski na Uniwersytecie Jagiellońskim w 2004 roku. Uzyskał tytuł specjalisty z onkologii klinicznej w Klinice Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w 2011 roku. Szczególnie interesuje się nowotworami układu moczowo-płciowego.

**N**owotwory złośliwe jąder stanowią około 1,5% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn, są więc nowotworami względnie rzadkimi. Jednak jeśli przeanalizuje się zachorowania u młodych mężczyzn, w wieku 15-35 lat wówczas, są najczęstszymi nowotworami złośliwymi mężczyzn w tej grupie wiekowej. Są to jednocześnie nowotwory o najlepszym rokowaniu, znakomitą większość pacjentów można wyleczyć.

Pierwszym etapem leczenia jest wspomniana w pierwszej części artykułu (KCO 2(6)/ 2019) orchiektomia, czyli usunięcie całego jądra, co pozwala na ustalenie rozpoznania i może być definitywnym leczeniem, o ile nie ma wskazań do dalszych działań terapeutycznych. Istnieje możliwość wszczepienia protezy w miejsce po usuniętym jądrze celem przywrócenia normalnego wyglądu.

**\* Czym jest chemioterapia i kiedy ją się stosuje?**

Chemioterapia (leczenie systemowe) oznacza podawanie leków, które zabijają komórki nowotworowe poprzez uszkodzenie procesu ich podziału. Ponieważ większość zdrowych komórek organizmu dorosłego człowieka nie ulega aktywnym podziałom, to nie są one aż tak wrażliwe na uszkodzające działanie leków przeciwnowotworowych (cytotoksycznych). Jednak komórki szpiku kostnego, mieszków włosowych i błony śluzowej przewodu pokarmowego, z racji ciągłych podziałów komórkowych, są narażone na uszkodzenia. Działania niepożądane chemioterapii obejmują: utratę włosów, nudności i wymioty, niedokrwistość (zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi), zwiększone ryzyko infekcji (zmniejszenie ilości białych ciałek krwi), krwawienia (zmniejszenie ilości płytek krwi). Chemioterapię podaje się dożylnie w określonych odstępach czasowych zwanych cyklami chemioterapii. Cykl chemioterapii oznacza więc czas podania leków wraz z okresem regeneracji organizmu.

Chemioterapia w raku jądra jest niekiedy stosowana w pierwszym stopniu zaawansowania i jest podstawowym sposobem leczenia w razie stwierdzenia przerzutów nowotworowych. Chemioterapia uzupełniająca (adjuwantowa) jest leczeniem onkologicznym po zabiegu operacyjnym gdy nie stwierdza się przerzutów ale identyfikuje czynniki ryzyka nawrotu. Leczenie adjuwantowe zmniejsza prawdopodobieństwo nawrotu choroby nowotworowej i zwiększa szanse na trwałe wyleczenie.

**\* Leczenie chirurgiczne choroby przerzutowej**

Najczęstszą lokalizacją zmian przerzutowych są węzły chłonne przestrzeni zaotrzewnowej. W tej sytuacji chory leczony jest systemowo (chemioterapia). W przypadku nienasieniaków, po zakończonej chemioterapii wykonuje się badania obrazowe i ocenę markerów po czym usuwa się zmiany resztkowe o średnicy przekraczającej 1cm. Z kolei zmiany resztkowe po leczeniu nasieniaków przekraczające 3cm (mniejsze obserwuje się w badaniach obrazowych) ocenia się w badaniu PET-CT (pozytonowa emisyjna tomografia) jeżeli wykazują aktywność w tym badaniu, są usuwane chirurgicznie. Procedura ta nazywa się usunięciem węzłów chłonnych przestrzeni zaotrzewnowej i jest bezpieczną procedurą pod warunkiem wykonania jej przez doświadczony zespół chirurgiczny. Podobna strategia dotyczy zmian przerzutowych po chemioterapii zlokalizowanych w innych narządach np.: w płucach czy śródpiersiu.

**Ponieważ chorobowo zmienione komórki nowotworowe są bardziej podatne na uszkodzenia wywołane energią promienistą niż prawidłowe komórki, radioterapia znalazła zastosowanie jako jedna z metod leczenia raka.**



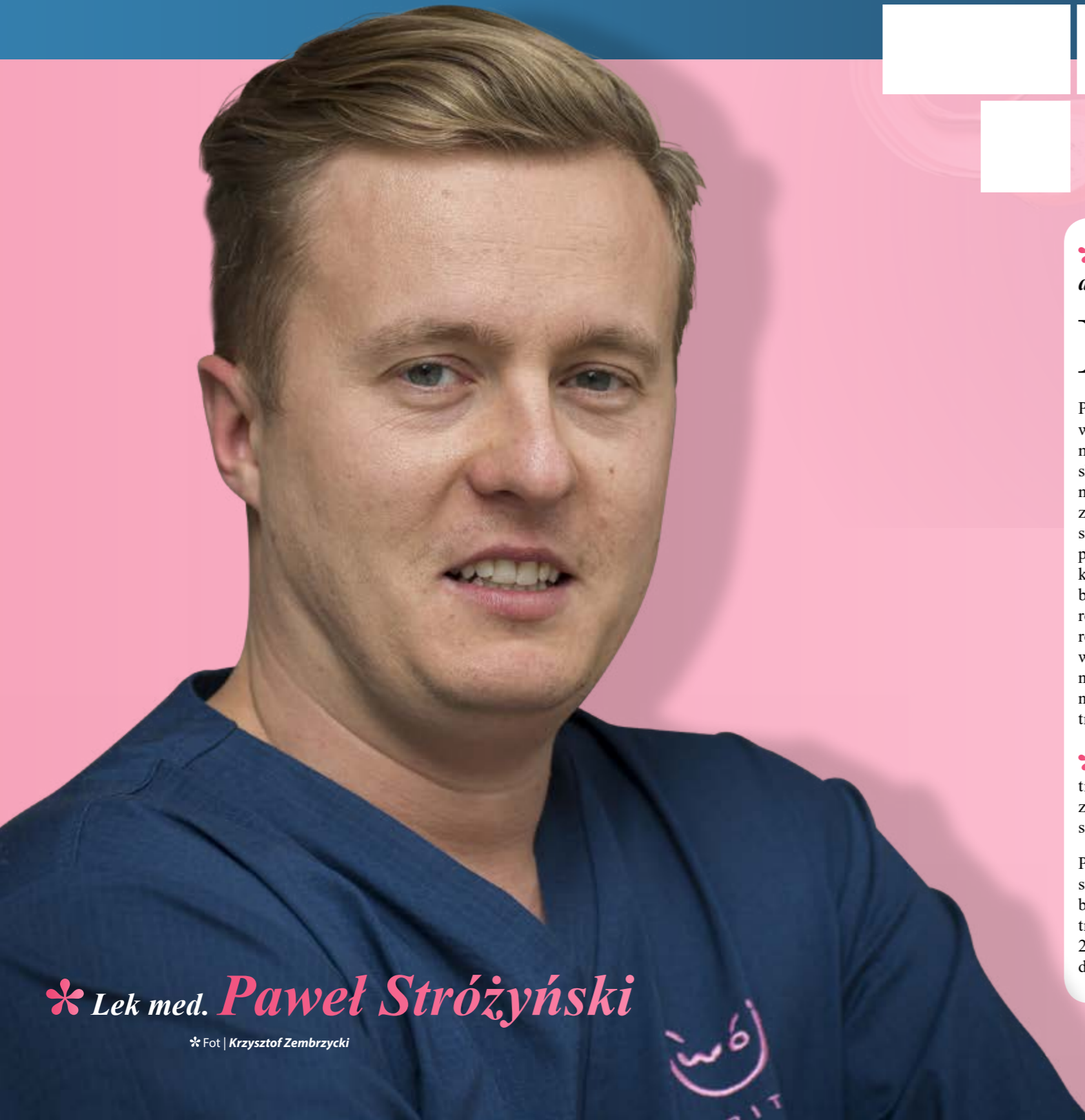
**Ponieważ radioterapia wiąże się z pewną toksycznością (zmniejszenie płodności, drugie nowotwory, późne powikłania sercowo-naczyniowe) decydując o jej zastosowaniu należy mieć to na uwadze.**

**\* Radioterapia czym jest i kiedy ma zastosowanie?**

Radioterapia polega na podaniu wysokoenergetycznych fotonów i/ lub elektronów w wybranym obszarze anatomicznym celem zniszczenia komórek nowotworowych. Ponieważ chorobowo zmienione komórki nowotworowe są bardziej podatne na uszkodzenia wywołane energią promienistą niż prawidłowe komórki, radioterapia znalazła zastosowanie jako jedna z metod leczenia raka. Nasieniaki jako nowotwory promieniowrażliwe mogą być leczone tą metodą w II (przerzutowe węzły chłonne przestrzeni zaotrzewnowej mniejsze niż 5cm) i niekiedy I stopniu zaawansowania (jako opcja leczenia uzupełniającego). W przypadku nienasieniaków radioterapia nie ma zastosowania. Ponieważ radioterapia wiąże się z pewną toksycznością (zmniejszenie płodności, drugie nowotwory, późne powikłania sercowo-naczyniowe) decydując o jej zastosowaniu należy mieć to na uwadze.

# Rak trzonu macicy,

## cz.1 Objawy



### \* Rak trzonu macicy - czy to aż tak duży problem?

**R**ak trzonu macicy jest to nowotwór złośliwy wywodzący się z błony śluzowej macicy, czyli tkanki wyściełającej jamę macicy.

Problem występowania raka trzonu macicy jest powszechny. Nowotwór ten jest drugim, po raku szyjki macicy najczęściej występującym nowotworem żeńskiego układu rozrodczego. Wg statystyk światowych nowotwór ten stanowi 4,8% wszystkich nowotworów złośliwych rozpoznawanych u kobiet, co czyni go szóstym, najczęstszym rakiem występującym w żeńskiej populacji na świecie. Choroba dotyczy kilkuset tysięcy kobiet w Europie, a każdego roku stwierdzanych jest blisko 88 000 nowych zachorowań w samej Unii Europejskiej. W przełożeniu na polskie statystyki w 2010 roku stwierdzono 5125 przypadków nowych zachorowań na raka trzonu macicy, co stanowi 7% wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet w Polsce. Statystycznie 1-2 kobiety na 100 zachoruje w swoim życiu na raka trzonu macicy.

\* **Czy to dużo?** - na to pytanie chyba nie trzeba odpowiadać. Niestety liczba zachorowań w zarówno w krajach rozwiniętych jak i rozwijających się sukcesywnie wzrasta.

Pomimo coraz lepszej diagnostyki i leczenia choroba stanowi siódmą co do częstości przyczynę zgonów kobiet w Europie Zachodniej. Umieralność na nowotwory trzonu macicy w Polsce stanowiła 1042 przypadki w 2010 roku i jest niestety nieco wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej.

### \* Czy jestem w grupie ryzyka raka trzonu macicy?

Rak endometrium w większości przypadków dotyczy pacjentek po 50 roku życia, czyli w okresie około i pomenopauzalnym. Chociaż na chorobę tę narażone są wszystkie kobiety, ryzyko występowania wzrasta z wiekiem, a do zachorowania najczęściej dochodzi po menopauzie. Nowotwór ten najczęściej występuje u kobiet mieszkających w krajach rozwiniętych. Istnieje wiele potwierdzonych licznymi badaniami czynników ryzyka wystąpienia raka trzonu macicy. Jednym z czynników ryzyka najsilniej predysponujących do choroby jest otyłość. Według danych American Institute for Cancer Research wzrost BMI o każde 5 [kg/m<sup>2</sup>] podnosi ryzyko aż o 50%! A więc otyłość jest czynnikiem ryzyka, na który możemy mieć wpływ.

Inne czynniki predysponujące do wystąpienia raka endometrium to: cukrzyca, występowanie raka endometrium w wywiadzie rodzinnym (zachorowanie krewnej pierwszego stopnia -matki, siostry lub córki- zwiększa ryzyko rozwoju raka endometrium), brak aktywności fizycznej, zespół policystycznych jajników, bezdzietność, niepłodność, długi okres miesiączkowania, obecność w wywiadzie raka sutka (piersi) lub jajnika u danej pacjentki (szczególnie u pacjentek leczonych hormonalnie Tamoxifenem - z powodu raka piersi. Również nadciśnienie tętnicze (sugeruje się, że nadciśnienie związane jest ze zwiększonym ryzykiem rozwoju raka endometrium, pomimo, że nie wyjaśniono dotąd mechanizmu odpowiedzialnego za ten możliwy związek).

Jednakże są poznane również czynniki zmniejszające ryzyko zachorowania na omawiany nowotwór. Mianowicie wczesna menopauza i późna menarche, wcześniejsze ciążę, aktywność fizyczna, właściwa dieta z dużą ilością owoców i warzyw. Również przyjmowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej w znaczący sposób obniża ryzyko zachorowania na raka endometrium.

\* Lek med. **Paweł Stróżyński**

\* Fot | Krzysztof Zembrzycki

## \* Lek med. **Paweł Stróżyński**

Absolwent Wydziału Lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Doktorant Wydziału Lekarskiego ŚUM. W roku 2017 złożył egzamin specjalizacyjny z najlepszym wynikiem krajowym za co otrzymał wyróżnienie z rąk Ministra Zdrowia. Swoje doświadczenie zawodowe zdobywał w cenionych ośrodkach ginekologiczno-położniczych. Wykładowca Katedry Zdrowia Kobiety Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Uczestnik i prelegent konferencji krajowych i międzynarodowych z zakresu ginekologii i położnictwa. Posiada liczne certyfikaty, ukończone kursy i szkolenia z zakresu ultrasonografii ginekologicznej, położniczej, badań prenatalnych, uroginekologii. Członek Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Od września 2013 roku pracuje na Oddziale Ginekologii i Położnictwa w Katowickim Centrum Onkologii.



\* Fot. | Krzysztof Zembrzycki

### \* **Zatem czy mogę zredukować ryzyko zachorowania na raka błony śluzowej trzonu macicy?**

Redukcja masy ciała do prawidłowego BMI oraz utrzymywanie aktywności fizycznej znacząco redukuje ryzyko wystąpienia raka endometrium. Ponadto unormowane wartości glikemii w przypadku pacjentek z rozpoznaną cukrzycą pozwalają na obniżenie tego ryzyka. Istotna jest również odpowiednia dieta.

### \* **Kiedy mogę podejrzewać u siebie raka trzonu macicy?**

Jakie objawy powinny mnie niepokoić? Niejednokrotnie pierwszym i jedynym objawem choroby jest nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych. Co się kryje pod pojęciem nieprawidłowego krwawienia? Jest to każde krwawienie w okresie menopauzalnym tj. 12 miesięcy od wystąpienia ostatniej miesiączki, a także obfite, nieregularne krwawienia w okresie okołomenopauzalnym. Oczywiście nie oznacza to, że każde krwawienie jest symptomem nowotworu, jednak w każdym przypadku należy go wykluczyć. Nie więcej niż 10% pacjentek z nieprawidłowymi krwawieniami ma diagnozowaną chorobę nowotworową. Szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentki obciążone czynnikami ryzyka oraz w okresie po menopauzie (wówczas w ok 20% stwierdzanych krwawień stwierdzany jest histopatologicznie nowotwór trzonu macicy). Podkreślenia wymaga fakt, że szybka i dobrze poprowadzona diagnostyka pozwala wykryć proces nowotworowy na wczesnym etapie zaawansowania, co pozwala dać szansę na całkowite wyleczenie.

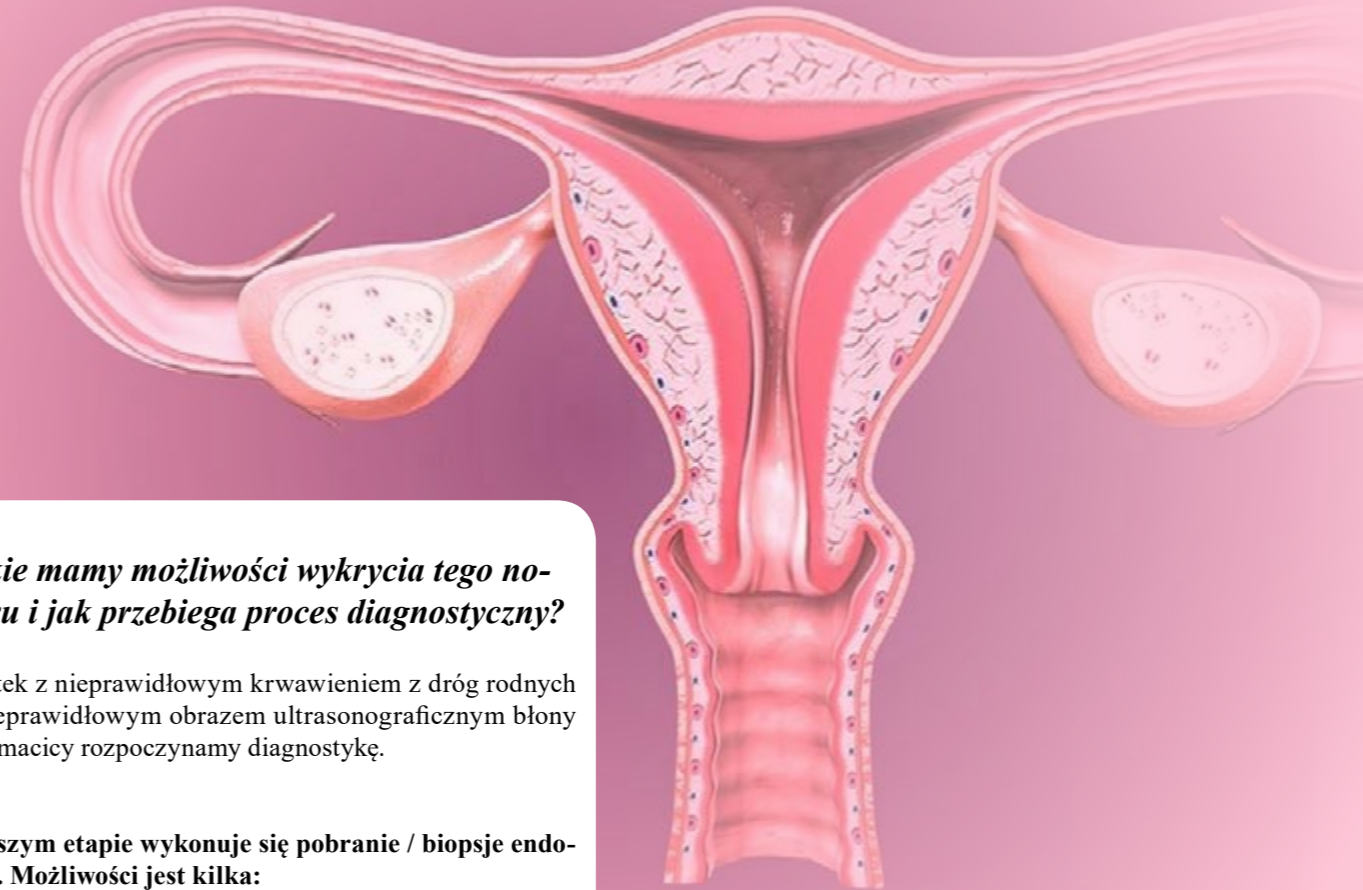
Dlatego stwierdzone krwawienie po menopauzie powinno stanowić sygnał ostrzegawczy i skłonić kobietę do zgłoszenia się niezwłocznie do lekarza ginekologa. W przypadku kobiet przed powstaniem, krwawienia z pochwy pomiędzy krwawieniami miesięczkowymi lub nietypowo obfite krwawienia miesięczkowe powinny także stanowić sygnał ostrzegawczy i skłonić kobietę do wizyty u lekarza.

W momencie rozpoznania około 75% kobiet ma chorobę ograniczoną do macicy (stadium I). W takich przypadkach rokowanie jest dobre, a wskaźnik przeżycia 5-letniego wynosi 90%.

Ponadto należy pamiętać, że często jedynym z początkowych objawów raka endometrium jest ból w podbrzuszu. Dlatego nie wolno również lekceważyć tego objawu.

Przypadki bardziej zaawansowanego raka trzonu macicy mogą objawiać się również ropno-krwistymi upływami, bólami podbrzusza i okolicy krzyżowej jak również obrzękami kończyn dolnych oraz utratą masy ciała i niedokrwistością.

Niemniej jednak ok 5% nowotworów może rozwijać się długo bezobjawowo. Dlatego niezwykle ważne są rutynowe wizyty i badanie ginekologiczne również z wykonywaniem badania ultrasonograficznego. Jednak należy dodać, że w przeciwieństwie do np. raka szyjki macicy, nie zaleca się systematycznych badań przesiewowych w kierunku raka endometrium u kobiet z grupy niskiego ryzyka populacji ogólnej (rekomendacje towarzystw onkologicznych, w tym Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej).



### \* **Jakie mamy możliwości wykrycia tego nowotworu i jak przebiega proces diagnostyczny?**

U pacjentek z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych oraz z nieprawidłowym obrazem ultrasonograficznym błony śluzowej macicy rozpoczynamy diagnostykę.

**W pierwszym etapie wykonuje się pobranie / biopsje endometrium. Możliwości jest kilka:**

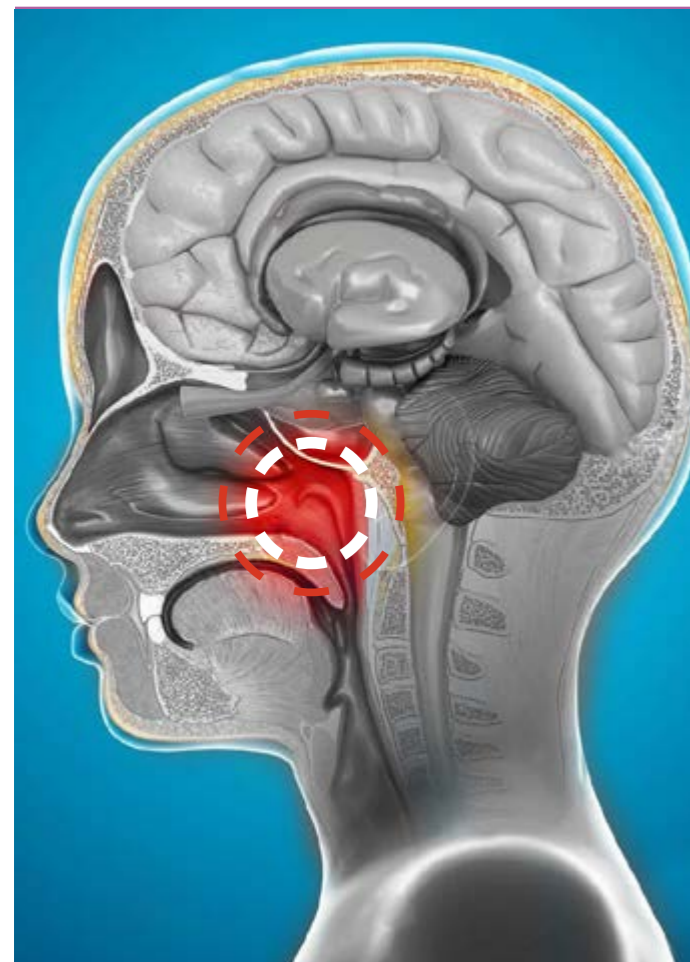
1. Można wykonać klasyczne wytyżeczkowanie diagnostyczne jamy macicy - zabieg odbywa się w znieczuleniu, jest bezbolesny a pobyt w Oddziale zazwyczaj odbywa się w ramach tzn procedury jednodniowej.
2. Pacjentka może mieć również wykonaną biopsję celowaną w trakcie histeroskopii - badanie polega na wprowadzeniu cienkiego urządzenia optycznego do jamy macicy celem wizualizacji błony śluzowej i pobraniu celowanym biopsji z miejsc podejrzanych. Zabieg zwykle wykonywany w znieczuleniu, jest małoinwazyjny, nieobciążający pacjentki (często możliwy do wykonania ambulatoryjnie, nawet bez konieczności znieczulenia)
3. Istnieje również możliwość wykonania w niektórych przypadkach biopsji aspiracyjnej ambulatoryjnie w gabinecie ginekologicznym przy pomocy specjalnej Pipelli.

Etiopatogenetycznie raka błony śluzowej trzonu macicy dzielimy na dwa typy:

- typ I – gruczolakorak endometrioidalny (80–90% wszystkich rozpoznanych),
- typ II – gruczolakorak nieendometrioidalny, do którego zalicza się raka surowiczego, raka jasnokomórkowego, guzy nieodróżniane oraz mieszane (malignant mixed Mullerian tumor, MMMT).

Dziedziczne występowanie raka endometrium (głównie typu I) dotyczy kobiet z zespołem Lyncha (dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością). Wynik patomorfologiczny opisujący raka endometrium dostarcza informacji o typie histopatologicznym (rak endometrioidalny/ nieendometrioidalny) oraz o stopniu zróżnicowania histopatologicznego.

Po uzyskaniu wyniku histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie raka trzonu macicy kolejnym krokiem w procesie diagnostycznym jest ocena zaawansowania procesu nowotworowego według Międzynarodowej Federacji Ginekologii i Położnictwa (FIGO). Jest to proces niezbędny do poprawnego zaplanowania leczenia dla poszczególnych przypadków klinicznych. Niezbędne postępowanie przedoperacyjne obejmuje: badanie ginekologiczne (w tym badanie kliniczne, we wziernikach, badanie dwuręczne z badaniem per rectum), badania obrazowe (ultrasonograficzne badanie jamy brzusznej, ultrasonograficzna ocena miednicy mniejszej przezpochwowo lub transrektalnie, RTG klatki piersiowej). Istotnym elementem zaplanowania leczenia jest ocena nacieku nowotworu na mięśniówkę trzonu macicy - co definiuje w znaczącym stopniu zakres w szczególności leczenia operacyjnego. Możliwości diagnostyczne obejmują wykonanie rezonansu magnetycznego miednicy mniejszej pacjentki, eksperyckie USG przezpochwowe lub śródoperacyjna ocena histopatologiczna.



# Rak nosogardła

## \* Leczenie

Chory z rakiem NG ograniczonym do nosowej części gardła, bez przerzutów do węzłów chłonnych powinni być leczeni samodzielną radioterapią.

Chorzy z chorobą miejscowo zaawansowaną powinni otrzymać skojarzone leczenie radio-chemioterapią. Dodanie chemioterapii zwiększa ilość wyleczeń miejscowych, regionalnych i zmniejsza prawdopodobieństwo rozsiewu choroby. W badaniu z porównującym samodzielną RT z CRT uzyskano 5-przeżycie całkowite 59% wobec 70% (6).

Natomiast badania z uzupełniającą chemioterapią po radykalnej radio-chemioterapii są niejednoznaczne: w jednej metaanalizie nie wykazano poprawy przeżycia (7) w innej dodanie chemioterapii po zakończeniu radykalnej CRT wiązało się z wydłużeniem czasu do progresji choroby.

Wstępna chemioterapia jest kolejną opcją terapeutyczną dla chorych na miejscowo zaawansowanego raka NG. Badanie u chorych w stopniu zaawansowania III-IV b z zajęciem węzłów chłonnych z wstępną chemioterapią wg schematu TPF z następową CRT wobec CRT wykazało poprawę 3-letnich przeżyć wolnych od choroby 80% vs 72%. Leczenie ze wstępną chemioterapią jest okupione zdecydowanie większą toksycznością – toksyczność 4 stopnia występowała u 18% chorych w grupie ze wstępną chemioterapią wobec 1% u chorych leczonych radio-chemioterapią. Objawy uboczne w 4 stopniu dotyczyły najczęściej układu krwiotwórczego: najczęściej występowała neutropenia i limfopenia.

Standardowo stosuje się zgodnie z rekomendacjami radioterapię z intensywną modulacją wiązki lub techniką dynamiczną w dawce całkowitej 66-70Gy w dawkach na obszar ogniska pierwotnego i zajętych przerzutowo węzłów chłonnych. Obszary elektywne o niskim ryzyku zajęcia otrzymują dawkę całkowitą 44-54Gy, obszary o pośrednim ryzyku zajęcia 59-63Gy we frakcjonowaniu 1,8-2Gy. Możemy stosować „malowanie dawki”, różnice w dawce o określonych obszarach np. podstawie czaszki i szyi. Takie postępowanie wyeliminowało lub bardzo zmniejszyło trudności jakie mieliśmy 15-20lat temu przy planowaniu obszaru wysokiej dawki w pobliżu np. okolicy nerwów wzrokowych. Nowoczesne techniki radioterapii pozwalają na podanie bardzo wysokich dawek w obszarach terapeutycznych z jednoczesnym oszczędzeniem narządów krytycznych. Jest to możliwe dzięki rozwojowi badań obrazowych, możliwej w systemie planowania leczenia fuzji różnych modalności, nowoczesnym systemom planowania leczenia i precyzyjnemu dostarczaniu dawki promieniowania i kontroli obrazowej ułożenia chorego przed i w trakcie leczenia, dozymetrycznej codziennej kontroli przyspieszaczy liniowych i wiązek danego chorego in vivo.

**R**ak nosowej części gardła jest rzadkim nowotworem, stanowi około 0.6% wszystkich nowotworów (1). Jego częstość występowania zmienia się w zależności od regionu, występuje endemicznie w Azji Południowo-Wschodniej i Wschodniej, Polinezji, Mikronezji, Afryce Północnej. Występuje 2-3 razy częściej u mężczyzn. Jest nowotworem regionu głowy i szyi o największym potencjale do rozsiewu choroby.

Ustalenie rozpoznania raka nosogardła powinno opierać się o badanie fizykalne, badanie gardła lusterkiem, fiberoskopem, badanie tomograficzne twarzoczaszki szyi i klatki piersiowej, badanie rezonansu magnetycznego twarzoczaszki i szyi, ewentualnie badanie PET/TK (2).

Infekcja wirusem Epstein-Barra jest czynnikiem etiologicznym rozwoju raka NG. Badanie obecności wirusa może być wykonywane z tkanki guza, jak i z krwi szczególnie w przypadkach raka nierogowaciejącego i nieodróżnianego (3-4). Badanie poziomu EBV DNA może służyć do rozpoznawania wznowy. U chorych z miejscowo zaawansowaną chorobą wysoki poziom EBV DNA w surowicy przed leczeniem i utrzymujący się po leczeniu jest związany z gorszym rokowaniem. Metaanaliza 13 badań klinicznych wykazała że wysoki poziom EBV DNA w surowicy jest związany z wyższą śmiertelnością i (HR 2,89;95CI,2,44-3,24;p<0,001) i występowaniem przerzutów odległych (HR 3,89; 95% CI:3.39-4.47) (5).

Infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego w rakach nosowej części gardła występuje sporadycznie.

Dzięki takiemu postępowaniu możliwa była poprawa wyleczeń miejscowych z jednoczesnym zmniejszeniem ilości powikłań. Niestety następstwa radykalnej radio-chemioterapii nadal są uciążliwe dla chorego. Utrata wagi ciała w trakcie leczenia, zmniejszenie produkcji śliny, suchość jamy ustnej, zaburzenia smaku i brak apetytu nadal są problemem dla chorych po radioterapii z powodu raka nosowej części gardła.

## \* W procesie leczenia bardzo ważne jest odżywianie chorego.

Większość chorych z nowotworami regionu głowy i szyi traci znacznie na wadze przed rozpoczęciem leczenia w wyniku choroby i związanych z nią trudności w jedzeniu, ale także często z powodu swoich złych nawyków zdrowotnych – paleniem papierosów i nadużywaniem alkoholu. Prawidłowe dożywianie jest niezwykle istotne w poprawie rezultatów leczenia i zmniejszeniu stopnia przejściowego i stałego wyniszczenia związanego z radioterapią na obszar gardła i jamy ustnej. Odżywianie- niezbędne jest ściśle monitorowanie stanu odżywienia u chorych ze spadkiem wagi ciała 5% w ciągu miesiąca lub 10% w przeciągu 6 miesięcy lub więcej, u chorych z nasilonymi trudnościami w przełykaniu spowodowanymi bólem. U takich chorych powinniśmy rozważyć założenie dodatkowej drogi odżywiania jak PEG (przezskórna endoskopowa gastrostomia) lub włączyć dożywianie pozajelitowe. Wszyscy chorzy powinni otrzymywać porady dietetyczne przed rozpoczęciem leczenia. Chorzy w trakcie radioterapii powinni być w trakcie cotygodniowych wizyt lekarskich oceniani co do utraty wagi ciała i otrzymywać dostosowane do sytuacji klinicznej zalecenia dietetyczne. Współistniejące z niedożywieniem odwodnienie może zaostrzać przebieg współistniejących schorzeń.

Radioterapia stosowana w regionie głowy i szyi powoduje suchość jamy ustnej spowodowaną dysfunkcją gruczołów ślinowych, co dramatycznie zwiększa ryzyko próchnicy i jej następstw jak stany zapalne zębów i przyzębia, martwicę kości żuchwy i szczęki. Radioterapia wpływa także negatywnie na strukturę zęba – powoduje demineralizację struktury zarówno zębów jak i kości, co w połączeniu ze zmienionym składem śliny potęguje ryzyko stanów zapalnych. Zmiany pojawiają się już po 3 miesiącach od zakończeniu RT. Chorzy przed leczeniem powinni być edukowani w zakresie higieny jamy ustnej i zębów. Zmniejszenie uczucia suchości w jamie ustnej możemy osiągnąć poprzez zwiększone nawadnianie, substytuty śliny (roztwory wapniowo-fosforanowe, żele zawierające lizozym), płyny do higieny jamy ustnej nie zawierające alkoholu. Stymulację gruczołów ślinowych możemy osiągnąć żując gumy bezcukrowe szczególnie zawierające xylitol. Zmniejszenie ryzyka próchnicy poprzez zmianę diety, płukanie jamy ustnej po jedzeniu, płukanie jamy ustnej roztworami z fluorem np. 1,1% żel NaF lub SNF2, roztwory wapniowo-fosforanowe, sanacja uzębienia przed radioterapią i unikanie ekstrakcji w okresie po ukończonej radioterapii przed kolejne kilka miesięcy zmniejsza ryzyko martwicy kości.

Chorzy po leczeniu wymagają kontroli. W pierwszym roku po ukończonej radioterapii powinni być poddani badaniu klinicznemu co 1-3miesiące (wywiad, badanie palpacyjne szyi, badanie laryngologiczne przy użyciu lusterka i fiberoskopu, w kolejnych latach badanie kliniczne powinno być wykonywane w 2 roku co 2-6miesiące, w latach 3-4-5 co 6 miesięcy, po 5 latach corocznie. Badanie obrazowe twarzoczaszki i szyi powinno być wykonane do 6 miesięcy od zakończenia radioterapii, badanie klatki piersiowej powinno być wykonywane szczególnie u palaczy corocznie. Badanie TSH powinno być wykonywane co 6-12 miesięcy.

Tekst | Dr n. med. Robert Kwiatkowski  
Zarządzający Zakładem Radioterapii w Katowickim  
Centrum Onkologii

### Bibliografia:

- 1-Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R i wsp. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer 2015;136:E-359-386.
- 2-Lewis JS, Chernock RD, Human papillomavirus and Epstein Barr virus in head and neck carcinomas: suggestions for the new WHO classification. Head and Neck Pathol. 2014;8:50-58
- 3-Banko AV, Lazarevic IB, Folie MM i wsp. Characterization of the variability of Epstein Barr virus genes in nasopharyngeal biopsies:potential predictors for carcinoma progression. PLoS One 2016;11:e0153498.
- 4-Gulley ML, Tang W. Laboratory assays for Epstein-Barr virus-related disease. J Mol Diagn 2008;10:279-292
- 5-Chan AT, Leung SF, Ngan RK i wsp. Overall survival after concurrent cisplatin-radiotherapy compared with radiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma. J Natl Cancer Inst 2005;97:536-539.
- 6-Wee J, Tan EH, Tai BC i wsp. Randomized trial of radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy followed by adjuvant chemotherapy in patients with American Joint Committee on Cancer/International Union against cancer stage III/IV nasopharyngeal cancer of the endemic variety. J Clin Oncol 2005;23:6730-6738
- 7-Chen L, Hu CS, Chen XZ i wsp. Concurrent chemoradiotherapy plus adjuvant chemotherapy versus concurrent chemotherapy alone in patient locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: a phase 3 multicentric randomized controlled trial. Lancet Oncol 2012;13:163-171





# Międzynarodowy Dzień Osób Starszych

Tekst | Adam Słowikowski  
IRONteam Sp. z o.o.

Tekst | Lek med. Adriana Stryczyńska-Mirocha  
Specjalizacje: Choroby Wewnętrzne I stopnia, Medycyna Paliatywna,  
Geriatra, Rehabilitacja medyczna, Onkologia kliniczna.

# Oncogeriatra Problemy nadchodzącej przyszłości



**P**ierwszy października jest datą, na którą przypada Międzynarodowy Dzień Osób Starszych. Dzień ten jest dobrą okazją, abyśmy zwrócili uwagę na potrzeby seniorów i senierek, o których możemy nie pamiętać na co dzień.

Międzynarodowy Dzień Osób Starszych został ustanowiony prawie 30 lat temu przez Zgromadzenie Ogólne ONZ. Święto to zostało powołane w celu walki ze stereotypami, które towarzyszą nam w myśleniu o osobach starszych. Często zapominani i spychani na margines społeczeństwa seniorzy są pozostawiani sami sobie bez opieki i wsparcia. Międzynarodowy Dzień Osób Starszych ma za zadanie propagowanie dostępu osób starszych do należytej ochrony zdrowia, zapobiegania niepełnosprawności, a także równego dostępu do świadczeń nie tylko ekonomicznych, ale także kulturowych.

W ostatnich latach coraz częściej zwracana jest uwaga na zagadnienie starzenia się społeczeństwa. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego\* w 2013 roku osoby w wieku powyżej 65 roku życia stanowiły 14,7% wszystkich Polaków. W 2050 roku ich udział w społeczeństwie ma wzrosnąć, w zależności od różnych prognoz, do 31-36%. Jest to ogromna różnica, która w wymierny sposób wpłynie na funkcjonowanie nas wszystkich i postawi m.in. przed publiczną służbą zdrowia nowe wyzwania i problemy do rozwiązania. Już obecnie w wielu placówkach w kraju wdrażane są programy profilaktyczne czy terapeutyczne przeznaczone dla osób powyżej 65 roku życia, które ze względu na podeszły wiek narażone są w większym stopniu na pewnego rodzaju schorzenia czy zaburzenia zdrowia.

Dlatego tak ważne jest już teraz odpowiednie zajęcie się sytuacją osób starszych. Na przestrzeni ostatnich lat powstało wiele fundacji oraz organizacji, które zajmują się w sposób całościowy oceną i poprawą różnych aspektów życia seniorów. Organizowane są badania i konferencje naukowe, uczestnicy których dyskutują o możliwych rozwiązaniach systemowych. Coraz bardziej popularne stają się Uniwersytety Trzeciego Wieku czy Kluby Seniora, które zachęcają właśnie osoby starsze do aktywizacji i włączenia się na nowych poziomach w życie społeczne, nie pozwalając na popadnięcie w zniechęcenie i marazm. Ich ramach często wydawane są magazyny i inne publikacje, w których można znaleźć wiele informacji na temat wydarzeń kulturalnych czy społecznych przeznaczonych z myślą o seniorach.

Fundacje i organizacje seniorów, w ramach których osoba starsze mogą znaleźć wsparcie, dowiedzieć się o możliwych formach aktywizacji czy należnych im przywilejach:

- Fundacja Aktywny Senior f-as.pl
- Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej – kigs.org.pl
- Polityka Senioralna – polityka.zaczyn.org
- Fundacja Projekt Starsi www.projektstarsi.pl
- Senior.pl – zycie.senior.pl

\* Główny Urząd Statystyczny, „Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050”

**W** okresie ostatniego ćwierćwiecza obserwujemy w Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców. Trwający proces starzenia się ludności Polski będący wynikiem korzystnego zjawiska, jakim jest wydłużanie się trwania życia, jest pogłębiany niskim poziomem dzietności. Zmiany te są jednocześnie zintensyfikowane przez zwiększoną emigrację młodych osób.

W końcu 2014 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln, w tym ponad 8,5 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (ponad 22%). W latach 1989-2014 liczba osób w starszym wieku wzrosła o ponad 2,9 mln, w tym największy wzrost – o 1 mln – odnotowano dla grupy 60-64-latków. Z opracowanej w 2014 roku prognozy ludności wynika, że w perspektywie do 2050 roku ogólna liczba ludności Polski zmniejszy się o ponad 4,5 mln, natomiast będzie wzrastać zarówno liczba, jak i odsetek osób w wieku 60 lat i więcej:

- w 2025 r. osób w wieku co najmniej 60 lat będzie ponad 10 mln i będą stanowili
- prawie 28% ludności kraju,
- w 2035 roku – 11,4 mln (32%), tj. prawie 1/3 populacji,
- w ostatnim roku prognozy (2050) ich udział wzrośnie do ponad 40% (13,7 mln osób w wieku co najmniej 60 lat).

Na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza u osób w wieku 60 lat i więcej nastąpił spadek udziału zgonów kardiologicznych – nie mniej nadal stanowią one ponad połowę wszystkich zgonów osób starszych. Drugą najczęstszą przyczyną zgonów są nowotwory, w tym nowotwory złośliwe.

Dane Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wskazują, że obecnie co drugi przypadek nowotworów złośliwych wykrywany jest u osób w wieku co najmniej 65 lat. O skali tego zjawiska może świadczyć liczba nowotworów złośliwych stwierdzona wśród osób starszych tylko w ciągu jednego roku; zgodnie z najnowszymi danymi KRN – w 2013 r. stwierdzono blisko 110 tys. takich przypadków, czyli o blisko połowę (48%) więcej niż w 2000 r. Spośród nowotworów najczęściej u osób starszych występuje nowotwory oskrzela i płuca oraz nowotwory jelita grubego.

Ważne jest, by przystępując do leczenia pacjenta w wieku podeszłym z chorobą nowotworową zdawać sobie sprawę, że mamy najczęściej do czynienia z pacjentem obciążonym wielochorobowością.

**Wraz z wiekiem poszerza się lista występujących chorób przewlekłych czy dolegliwości. Na 1 osobę z grupy 60-69 lat przypadało tylko 3,1 chorób przewlekłych czy dolegliwości, wśród siedemdziesięciolatków już 4,1, a wśród osób najstarszych – 4,5.**

W miarę starzenia się jesteśmy coraz bardziej schorowani. Wzrasta bowiem nie tylko odsetek osób ze schorzeniami przewlekłymi, ale również ich liczba, w większym stopniu dotyczy to kobiet.

Przed onkologiem podejmującym leczenie systemowe u pacjenta w wieku podeszłym stoi nie lada wyzwanie. Poza leczeniem przeciwnowotworowym musi on bowiem brać pod uwagę obciążenie schorzeniami towarzyszącymi oraz leczeniem objawów towarzyszących chorobie nowotworowej, jak: ból, nudności, biegunka, infekcje, zaburzenia snu czy depresja.

**Istotne jest dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych, a w szczególności zwrócenie uwagi na nową specjalizację w medycynie, jaką jest geriatryka onkologiczna. Specjalizacja ta podchodzi w sposób złożony i wielopłaszczyznowy do osób chorych na nowotwory i opiera się na 4 zasadach: zachowaniu autonomii chorego, odnoszeniu przez niego ewidentnej korzyści klinicznej w trakcie leczenia, nieszkodzeniu mu oraz sprawiedliwości w podejmowaniu decyzji.**

Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) pozwala na indywidualną ocenę każdego pacjenta i dobór odpowiedniej opcji terapeutycznej, biorąc pod uwagę jego wiek, schorzenia towarzyszące, rodzaje przyjmowanych leków, stan fizyczny oraz psychiczny. Celem onkologii geriatrycznej jest doprowadzenie do standaryzacji oceny geriatrycznej pacjentów powyżej 65 roku życia, a następnie opracowanie rekomendacji co do leczenia przeciwnowotworowego z uwzględnieniem wieku funkcjonalnego pacjenta. W doborze odpowiedniej opcji terapeutycznej, szczególnie u starszych pacjentów chorych onkologicznie, istotny jest wybór metody leczenia, która nie tylko znacznie wydłuży ich życie, ale również nie będzie wywoływać uciążliwych skutków ubocznych.

Ze względu na proces starzenia i jego zindywidualizowany przebieg oraz odmienny stopień dysfunkcji organizmu pacjentów w wieku podeszłym możemy wyodrębnić trzy grupy chorych.

Pierwszą grupę, pomimo zmniejszonych rezerw, stanowią pacjenci, którzy mogą być leczeni tak jak młodsze osoby. W drugiej grupie znajdują się chorzy z pewnymi ograniczeniami funkcjonalnymi, u których jest możliwe leczenie onkologiczne, ale stosowane schematy powinny być mniej agresywne, najczęściej jednolekowe, w przewadze o założeniu paliatywnym. Trzecią grupę stanowią chorzy ze znacznym ograniczeniem rezerw funkcjonalnych, często z tak zwanym zespołem kruchości, u których nie możemy zastosować leczenia chemioterapeutycznego.

Wobec nadchodzących zmian demograficznych oraz związaną z nimi zwiększoną zapadalnością na choroby nowotworowe, ważne jest dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do udzielania kompleksowej pomocy medycznej tej grupie pacjentów.

\* Fot | Monika Raszkievicz



Tekst | Lek. med. Adriana Stryczyńska-Mirocha  
Specjalizacje: Choroby Wewnętrzne I stopnia, Medycyna Paliatywna, Geriatria, Rehabilitacja medyczna, Onkologia kliniczna.



## Problem bólu u pacjentów w wieku podeszłym

**Przyczyną bólu nowotworowego jest u 70% chorych sam nowotwór, postępowanie diagnostyczne i/lub terapeutyczne, u pozostałych (5-20%) ma związek z chorobami współistniejącym lub jest konsekwencją zmian patologicznych wtórnych do choroby nowotworowej, a wynikających z wyniszczenia czy zniedołężnienia pacjenta.**

Jednym z objawów towarzyszących chorobie nowotworowej wymagającym intensywnego leczenia jest ból. Częstość występowania bólu u chorych w trakcie leczenia onkologicznego jest oceniana na około 40-50%, natomiast w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej dotyczy około 60-70% pacjentów. Ból u pacjentów z chorobą nowotworową jest najczęściej bólem mieszanym.

Wg Twycrossa 4/5 chorych ma równocześnie minimum dwa rodzaje bólu, a 1/3 więcej niż trzy. Patofizjologia bólu obejmuje dwa główne mechanizmy. Pierwszy związany jest z bezpośrednim drażnieniem receptorów bólowych (nocyceptorów) i powoduje ból receptorowy (somatyczny, trzewny). Drugi mechanizm jest spowodowany uszkodzeniem układu nerwowego i powoduje ból neuropatyczny.

Do najczęstszych cech bólu neuropatycznego opisywanych przez chorych należą: pieczenie, parzenie, mrowienie, swędzenie, skrzęcanie, rozrywanie, uczucie rażenia prądem. Często towarzyszą mu objawy hyperalgezji (zwiększona wrażliwość na bodźce bólowe) i allodynii (wywołanie bólu przez bodźce, które w normalnych warunkach go nie wywołują).

Jakość leczenia przeciwbólowego w dużej mierze zależy od właściwego zdiagnozowania bólu, zindywidualizowanego doboru leku przeciwbólowego, uwzględnienia działań ubocznych prowadzonego leczenia oraz przestrzegania zaleceń przez pacjenta.

Należy pamiętać, że ból nowotworowy ma najczęściej charakter mieszany-nocyceptywno-neuropatyczny co wymaga stosowania silnych leków przeciwbólowych, jak opioidy, które w większości kojarzy się z lekami adjuwantowymi (lekami przeciwpadaczkowymi, przeciwdepresyjnymi) celem potencjalizacji ich działania.

**Wybór silnego opioidu powinien być zindywidualizowany. Należy wziąć pod uwagę**

- wiek oraz wydolność narządową (wydolność wątroby i nerek), dotychczasową historię leczenia przeciwbólowego (obejmujące nietolerancje i uzależnienia),
- przewodzone leczenie przeciwnowotworowe (ryzyko potencjalnych interakcji lekowych).

Tekst | Lek. med. Adriana Stryczyńska-Mirocha

Specjalizacje: Choroby Wewnętrzne I stopnia, Medycyna Paliatywna, Geriatria, Rehabilitacja medyczna, Onkologia kliniczna.

Dorobek naukowy: Poza podanymi specjalizacjami, Studia podyplomowe UJ: „Medycyna bólu” (2012r), „Żywnienie w zdrowiu i chorobie” (2013r) „Żywnienie kliniczne” (2014r)

Od kilku lat ustawiczne szkolenie z zakresu medycyny chińskiej i naturoterapii

„Podstawy medycyny Chińskiej i akupunktury” Compleo Katowice (2 lata),

„Medycyna Chińska i Akupunktura” TCM w Krakowie (2,5 roku).

Jest autorem artykułów w czasopiśmie naukowych:

„Medycyna po Dyplomie”, „Geriatria”, „Ból”.

Zajmuje się szkoleniem dla lekarzy oraz pielęgniarek.

W trakcie pracy doktorskiej „Zależność pomiędzy beztluszczową masą ciała ocenianą metodą bioimpedancji elektrycznej oraz siłą mięśniową a ryzykiem miotoksyczności chemioterapii u pacjentów z nowotworem jelita grubego i płuc u pacjentów wieku podeszłym”.



**„Nie sposób pominąć ogromną ludzką potrzebę, aby być słuchanym, rozumianym i traktowanym poważnie. Nikt na tym świecie nie może swobodnie się rozwijać i doznać pełni życia, jeśli nie będzie miał poczucia, że jest rozumiany przynajmniej przez jedną osobę”- Paul Tournier.**

**W** życiu każdego człowieka jest wiele trudnych sytuacji, tragicznych przeżyć, bolesnych strat. Rozmowa na takie tematy jest trudna dla obu stron. Osoba chcąc udzielić wsparcia głowi się jakich słów użyć by nie urazić, nie rozdrapać rany czy nie nadepnąć na odcisk. Kiedy to nam przydarza się być w trudnej sytuacji – jak wytłumaczyć innym czego od nich oczekujemy? Często przecież sami nie znamy złotego środka.

Rozmowa z osobą chora na nowotwór jest dla wielu ludzi stresująca. Prawie każdy z nas spotkał w swoim otoczeniu kogoś kto choruje, kto zakończył etap leczenia, bądź kogoś kogo bliski walczy z nowotworem. Jak zacząć rozmowę? Jak sprawić aby empatia była wsparciem, nie zaś czerwoną płachtą na byka?

## Błędy w wyrażaniu empatii.



Często chcąc pokazać drugiej osobie nasze zaangażowanie, odczuwanie empatii i chęć udzielenia wsparcia, wpadamy w pułapkę. Słowa mają ogromną moc, a kiedy są nieodpowiednio użyte wywołują wiele zamieszania. Marshall Rosenberg stworzył książkę, której celem jest osiągnięcie porozumienia bez wyrażania krzywdy drugiej osobie. Wymienia błędy, którym nieświadomie poddajemy się bardzo często. Oto zaledwie kilka przykładów:

### Doradzanie:

✘ „Myślę, że powinnaś.”

### Pouczanie:

✘ „Z tego nic dobrego nie wyniknie. Musisz spojrzeć na to z innej strony...”

### Licytowanie:

✘ „To jeszcze nic! Posłuchaj co mnie się przytrafiło!”



# Wszystko będzie dobrze, czyli empatia w pigułce

### Pocieszanie:

✘ „Nie Twoja win. Zrobiłeś wszystko co mogłeś.”

### Litowanie się:

✘ „Oj Ty biedaku...”

### Ucinanie:

✘ „Głowa do góry. Będzie dobrze.”

### Opowieści:

✘ „To mi przypomina...”

### Poprawianie:

✘ „Nie, było inaczej niż mówisz.”

Tekst | Kaja Gryciak IRONteam Sp. z o.o.

## Jak okazać drugiej osobie wsparcie?

Oto kilka wskazówek, które pozwolą na lepsze porozumienie:

### ✓ **Stuchaj.**

Często osoba, z którą rozmawiamy sama mówi czego potrzebuje, bądź czego jej brak. Unikając kontroli nad rozmową, być może okaże się, że sam zaczynasz mówić o swoich potrzebach i dzielić się przemyśleniami. Ten, kto może zostać wysłuchany i ma możliwość wypowiedzenia się bez bycia ocenianym, zaczyna lepiej rozumieć siebie i swoje potrzeby.

### ✓ **Bądź sobą.**

Kiedy człowiek znajduje się w sytuacji nietypowej, takiej która wywołuje w nim stres, często zaczyna zachowywać się nienaturalnie. To z pewnością będzie zauważone przez drugą stronę. Im bliższa relacja tym szybciej się to stanie. Warto postarać się o bycie sobą. Oczywiście w miarę możliwości i adekwatnie do danej chwili. Strach jest uczuciem udzielającym się bardzo szybko. Podobnie jak radość.

### ✓ **Wspieraj.**

Osoba, która chcemy wesprzeć powinna być o tym przekonana. Nie warto robić niczego na siłę. Czasami wystarczy powiedzieć, że jesteśmy w razie potrzeby i służymy pomocą. Kiedy przyjdzie potrzeba, nie zaś kiedy my o tym zadecydujemy.

### ✓ **Jak świat światem**

Osoba chora na nowotwór również doświadcza świata tak jak my. Kiedy jesteśmy na coś chorzy nie chcemy tylko i wyłącznie rozmawiać o chorobie. Jeśli chcemy – z pewnością druga strona to zauważy, jednak będzie to prowokowane przez nią. Dlatego warto rozmawiać na każdy możliwy temat w jakim obie strony poczują się dobrze.

### ✓ **To nie szklana bańka**

Często chorzy skarżą się na traktowanie ich jakby byli ze szkła. Warto upewnić się, czy druga strona chce być stawiana w takiej pozycji. Wielu chorych chce być traktowanym jak przed chorobą, nie każdy znajdzie ukojenie w ciągłej trosce i podkreślaniu niemocy.

### ✓ **Po prostu...bądź**

„Czasami wystarczy po prostu być...” Zdarza się, że wszelkie słowa i zachowania są zbędne. Istotna jest obecność. W milczeniu też można czuć bliskość. O silne jaką niesie dotyk, uśmiech czy przytulenie nie trzeba przekonywać nikogo.

Ciężko nam sobie wyobrazić jak się czuje osoba chorująca na nowotwór. Dlatego czasami warto po prostu tego nie robić. Każdy chory ma inne potrzeby i znajduje ukojenie w innych zachowaniach i słowach. Dlatego słuchajmy empatycznie. Korzyści ze wspólnego porozumienia będą widoczne dla obu stron. W nas zanikną blokady przez kontaktem, a druga strona nie będzie traktowana szablonowo.

**C**horoba, niezależnie od jej rodzaju czy stopnia zaawansowania, wzbudza w każdym uzasadniony lęk. Często wynika on z niepewności oraz braku wiedzy o jej specyfice i dostępnych metodach leczenia. Na polskim rynku wydawniczym istnieje wiele pozycji poruszających te tematy. Niektóre z nich są zapisem osobistych doświadczeń autora z przebiegu choroby, która dotknęła jego lub kogoś z kręgu jego bliskich; inne natomiast to poradniki zawierające szereg praktycznych wskazówek, jak pacjenci sami mogą wesprzeć prowadzoną przez specjalistów terapię. W krótkich omówieniach postaramy się Państwu przybliżyć kilka publikacji związanych z tym tematem, które uznaliśmy za godne polecenia.



## Moje serce. Instrukcja obsługi

Autor Andrzej Krupienicz jest specjalistą z dziedziny chorób wewnętrznych oraz kardiologii. Opublikował pierwszą w Polsce monografię na temat stymulacji serca. W omawianej książce, wykorzystał swoje wieloletnie doświadczenie na tym polu. Książka skierowana jest nie do lekarzy, lecz pacjentów oraz ich bliskich. Przystępna forma anegdotycznych felietonów pozwala na bezproblemowe przyswojenie najważniejszych informacji o schorzeniach serca i naczyń krwionośnych. Nawet osoby, które nigdy wcześniej nie zetknęły się z tymi tematami, bez większych trudności zrozumieją omawiane tutaj zagadnienia. Czytelnicy dowiedzą się nie tylko wiele szczegółów na temat najnowszych metod terapii, ale także o profilaktyce oraz podstawowych zasadach zdrowego trybu życia, które uchronią nas przed rozwojem niechcianych chorób związanych z sercem.

\* Autor: Andrzej Krupienicz  
Wydawca: PZWL Wydawnictwo Lekarskie



# Biblioteczka pacjenta KCO



## Mózg odporny na stres

Stres jest zjawiskiem, które ma ogromny wpływ na nasze codzienne funkcjonowanie. Potrafi nie tylko stać się dokuczliwym uczuciem towarzyszącym nam w ciężkich momentach, ale w przewlekłej postaci wpływa negatywnie na wiele obszarów pracy naszych organizmów. Melanie Greenberg, w swojej bestsellerowej książce, która sprzedała się w milionach egzemplarzy na całym świecie, pokazuje, jak zacząć sobie z nim radzić. Nie jest to jednak tylko prosty poradnik. Autorka w sposób szczegółowy i wyczerpujący przedstawia czytelnikowi wszystkie aspekty w jakich stres wpływa na nas. Wyróżnia kilka podstawowych reakcji, którym poddają się ludzie w sytuacjach stresujących, dzięki czemu każdy z nas będzie w stanie odnaleźć siebie i dopasować jak najlepiej proponowane rozwiązania do naszego charakteru czy stylu prowadzonego życia. Dzięki podjęciu przedstawionych w książce ćwiczeń i rad uwolnimy się od destrukcyjnego wpływu stresu.

\* Autor: Melanie Greenberg  
Wydawca: Rebis – Dom Wydawniczy

## Nie daj się rakowi!

Wsparcie żywieniowe w chorobie nowotworowej

Specjaliści są zgodni, że w profilaktyce chorób nowotworowych, jak i w walce z nimi niezwykle ważny element stanowi odpowiednio dobrana dieta. Dobrze odżywiony organizm, nieobciążony toksynami i innymi szkodliwymi substancjami, dysponujemy całkowicie sprawnym systemem obrony przed niechcianymi zmianami. Książka jest dokładnym poradnikiem, jak i co jeść, aby zapewnić sobie jak najlepsze zdrowie. Pierwsza część zawiera analizę oraz opis profilaktyki żywieniowej, zawierając spis produktów i potraw, które zmniejszają ryzyko zachorowania na nowotwór, z wyczerpującym opisem wyjaśniającym ich działanie na poszczególne aspekty funkcjonowania ciała. Druga część została napisana z przeznaczeniem dla pacjentów onkologicznych, dotkniętych już chorobą, oraz ich bliskich. Zawarte w nim informacje pozwolą wzmocnić osłabiony walką z nowotworem organizm oraz pozwolą uniknąć wielu nieprzyjemnych efektów ubocznych w czasie prowadzonych terapii.



\* Autor: Maria Brzegowy, Magdalena Maciejewska-Cebulak, Katarzyna Turek  
Wydawca: Wydawnictwo M

## Rak skóry - jak zapobiegać i leczyć

Rak skóry staje się coraz poważniejszym problemem w krajach ze strefy klimatu umiarkowanego. W powszechnej świadomości ma to związek między innymi ze zwiększoną ekspozycją na promienie słoneczne. Jest to jednak tylko jeden z wielu aspektów, które mają wpływ na taki stan rzeczy. Autor w sposób kompleksowy omawia ten problem. Skupia się nie tylko na profilaktyce, ale także omawia najczęstsze objawy, które powinny nas zaalarmować i skłonić do wizyty u specjalisty. Czytelnicy znajdą w niej odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania dotyczące tej choroby. Przedstawiono dostępne metody terapii oraz wskazówki na temat prowadzonego trybu życia, które pomogą w przejściu przez ten niezwykle trudny etap każdemu pacjentowi. Autor poddał także analizie wszystkie prognozy epidemiologii raka skóry, w tym najbardziej jego złośliwe odmiany, a także rozwój nowoczesnych metod profilaktyki, diagnostyki oraz terapii w najbliższej przyszłości.



\* Autor: Smith Tom  
Wydawca: PZWL

# Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice



**Mammograf Giotto Class Tomosynthesis**  
**Pracownia Diagnostyki Obrazowej w Katowickim Centrum Onkologii**

Fot | *Zbigniew Sawicz*

TELEFONICZNA REJESTRACJA MEDYCZNA

# 32 420 0 420

ZADZWOŃ – NIE CZEKAJ W KOLEJCE

TOMOGRAF KOMPUTEROWY

REZONANS MAGNETYCZNY

MAMMOGRAFIA

RTG / USG

PORADNIE SPECJALISTYCZNE

PORADNIE ONKOLOGICZNE

PORADNIE LEKARZA POZ

ZAKŁAD RADIOTERAPII