



# Aktualności Medyczne

**Immunoterapia skojarzona**  
**Zaawansowany rak piersi –**  
**choroba, z którą da się żyć**

**Rekonstrukcja gruczołu**  
**piersiowego i układu chłonnego**

**Władza przemysłu**  
**farmaceutycznego**

**Prawidłowe oddychanie**  
**w prewencji, diagnostyce**  
**i leczeniu chorób**

**Makrobiotyka – naturalna kuchnia**  
**20 000 piersi w biegu!**

**Ciesz się życiem!**



## Medycyna stylu życia



Stara maksyma mówiąca, że lepiej zapobiegać niż leczyć powraca w nowej odsłonie – jako **medycyna stylu życia**. W ostatnich dziesięcioleciach następuje

powolne odchodzenie od paradygmatu tzw. medycyny naprawczej – wobec jej oczywistych ograniczeń, jatrogennego charakteru, nieporównanie niższej skuteczności i większej kosztochłonności – właśnie na rzecz medycyny stylu życia.

Ta rozwijająca się dynamicznie dziedzina stawia sobie za cel zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom i ich leczenie. Redukuje czynniki ryzyka najczęstszych schorzeń: nadciśnienia tętniczego, chorób serca i naczyń, otyłości, cukrzycy, depresji, bezsenności, nerwic, a także zawału serca, udaru mózgu, wreszcie nowotworów. Czyni to poprzez odpowiednie kształtowanie takich płaszczyzn życia człowieka jak odżywianie, stosunek do używek, aktywność fizyczna, radzenie sobie z emocjami i stresem, sen, badania kontrolne, umiejętność posługiwania się wsparciem społecznym.

Wiadomo już, że edukacja zdrowotna nie wspierana szerszymi działaniami oraz polityką społeczną i funkcjonowanie medycyny w jej tradycyjnym, niezmiennym kształcie nie zapewnią skutecznego

wdrażania medycyny stylu życia. Poza niwelowaniem nierówności społeczno-ekonomicznych jako jednego z głównych predyktorów stanu zdrowia i długości życia, potrzebna jest polityka zdrowotna dostarczająca skutecznych narzędzi korygujących styl życia Polaków oraz wzbudzanie świadomości roli zdrowego stylu życia wśród lekarzy. **Medycyna stylu życia powinna być rozumiana przez ludzi medycyny jako interdyscyplinarne podejście do związku stylu życia ze zdrowiem człowieka. Wyphywać ma z tego objęcie pacjenta kompleksową opieką uwzględniającą wszystkie aspekty jego życia. Profilaktyka zdrowotna i formy udowodnionego naukowo nefarmakologicznego leczenia chorób niezakaźnych powinny stanowić podstawową ścieżkę w postępowaniu medycznym.**

„Interwencje z zakresu medycyny stylu życia mają bardzo wysoką skuteczność zarówno w leczeniu, jak i prewencji chorób niezakaźnych. Skuteczność tych interwencji w wielu przypadkach nie tylko nie ustępuje, lecz także przewyższa leczenie farmakologiczne” – z recenzji książki *Medycyna Stylu Życia* (red. dr Daniel Śliż, prof. Artur Mamcarz, Warszawa 2018), dr hab. med. Tomasz Zdrojewski, prof. PAN, członek Komitetu Zdrowia Publicznego PAN, b. Doradca Prezydenta RP ds. zdrowia

Alicja Kałużny  
Redaktor Naczelna

# Spis treści

## NAUKA | WIEDZA | PRAKTYKA

- dr n. med. Andreas Hans Wasylewski  
Władza przemysłu farmaceutycznego 4
- prof. dr hab. n. med. Paweł Krawczyk  
Immunoterapia skojarzona 10
- dr n. med. Joanna Kufel-Grabowska  
Zaawansowany rak piersi – choroba, z którą da się żyć 17
- dr n. med. Daniel Maliszewski  
Rekonstrukcja gruczołu piersiowego i układu chłonnego  
w raku piersi 24
- lek. med. Elżbieta Dudzińska  
Prawidłowe oddychanie – niedoceniany czynnik  
w prewencji, diagnostyce i leczeniu chorób 42
- Bogusława Wójcik  
Makrobiotyka – naturalna kuchnia 56

## DLA PACJENTA

- Marzena Michalec  
20 000 piersi w biegu! 20
- Innocenta Dźwierzynska  
Mednavi – medyczna nawigacja w walce z rakiem 36
- Bogusława Wójcik  
Wzięłam sprawy w swoje ręce. Moja „przygoda” z rakiem 52

## AKTUALNOŚCI 32, 34, 39, 55



# Władza przemysłu farmaceutycznego



**dr n. med. Andreas Hans Wasylewski**

Drodzy Czytelnicy!

Obroty branży farmaceutycznej są znacznie wyższe niż średnia sprzedaż w innych branżach. Rynek leków onkologicznych jest jednym z tych, które odnotowują najwyższy wzrost. Branża onkologiczna kwitnie i cieszy się dwucyfrową roczną stopą wzrostu (15–20%). Tylko w ubiegłym roku zyski przemysłu farmaceutycznego ze sprzedaży leków przeciwnowotworowych po raz pierwszy przekroczyły 100 miliardów dolarów.

Nowe leki przeciwnowotworowe stawiają sobie za cel precyzyjne uderzenie w nowotwór. Niektóre substancje mogą eliminować czynniki wzrostu nowotworów, które wspierają rozprzestrzenianie się komórek rakowych. Inne spowalniają rozwój małych naczyń krwionośnych zaopatrujących rosnący guz w składniki odżywcze. Niestety wszystkie preparaty, które pojawiły się na rynku w ostatnich latach, są drogie. Spółki giełdowe takie jak Roche, Merck i Novartis, wiodący dostawcy leków przeciwnowotworowych, zawyżają ceny swoich produktów. Obecnie w Stanach Zjednoczonych kompleksowe leczenie jednego pacjenta onkologicznego kosztuje średnio około 100 000 dolarów rocznie.

Podczas gdy firmy oczekują wzrostu zysków, wśród lekarzy i pacjentów nasila się niepokój związany z rosnącymi kosztami leczenia i coraz bardziej realną perspektywą katastrofy społecznej.

Dwadzieścia lat temu koszt farmakoterapii nowotworów wynosił w USA średnio 500 dolarów na pacjenta miesięcznie. Dziś to już nawet ponad 10 000 dolarów. Tymczasem wskaźnik skuteczności leczenia w wielu obszarach prawie nie uległ poprawie.

Również w Niemczech firmy produkujące leki przeciwnowotworowe starają się uzyskać najwyższe możliwe ceny. Kraje takie jak Francja czy Wielka Brytania twardo negocjują z producentami obniżki, w przeciwnym razie preparaty nie będą tam refundowane lub będą refundowane jedynie częściowo.

Zatrważająco szybkemu wzrostowi kosztów leczenia nowotworów w Niemczech towarzyszy rosnąca liczba chorych na raka. Według aktualnych danych z Instytutu Roberta Kocha ryzyko zachorowania na raka u mężczyzn w ciągu ich życia wynosi 51%; dla kobiet jest to 43%. Tendencję wzrostową zachorowań potwierdza American Cancer Society, które szacuje, że do 2030 roku liczba diagnozowanych przypadków raka ulegnie podwojeniu, zaś liczba zgonów z powodu nowotworów wyniesie 13,2 miliona rocznie.

W Niemczech prawie 10% wydatków na opiekę zdrowotną przeznaczają na leczenie raka. Według Ministerstwa Zdrowia to ponad 15 miliardów euro rocznie. Kwoty te budzą kontrowersje i z punktu widzenia wielu ekspertów trudno je uzasadnić, ponieważ wiele bardzo drogich farmaceutyków nie leczy z choroby nowotworowej, a jedynie przedłuża życie o ledwie kilka tygodni lub miesięcy. Kasy chorych wydają już ponad jedną czwartą swojego budżetu





na leki specjalistyczne takie jak leki przeciwnowotworowe, które stanowią zaledwie dwa procent wszystkich przepisywanych leków.

Szacuje się, że obecnie testowanych jest około 400 kolejnych substancji przeciwnowotworowych. Fala nowo zatwierdzonych leków obciąży niemiecki system opieki zdrowotnej kolejnymi, dramatycznie wysokimi kosztami. Nowe środki wchodzą na rynek coraz szybciej; wiele jest dopuszczanych do obrotu w trybie przyspieszonym. Niemiecki system opieki zdrowotnej nie jest w stanie poradzić sobie z długoterminowym finansowaniem takich świadczeń. Dlatego społeczeństwo ma prawo wiedzieć, jak wygląda kalkulowanie kosztów przez przemysł farmaceutyczny.

W przeciwieństwie do innych krajów europejskich firmy farmaceutyczne w Niemczech mogą dyktować własne ceny, co w przypadku większości leków powoduje, że ceny w niemieckich aptekach są znacznie wyższe niż za granicą. W przypadku terapii onkologicznych wysokie ceny są całkowicie nieproporcjonalne do wyników terapii, a jednocześnie koncerny farmaceutyczne



przebijają się nawzajem rosnącą ilością nowych leków przeciwnowotworowych.

Ceny leków nie są przejrzyste, brakuje kontroli wydatków. Podjęta przez niemiecki rząd próba ograniczenia kosztów ustawą o reorganizacji rynku farmaceutycznego (Arzneimit-

telmarkt-Neuordnungsgesetz – AMNOG) i znalezieniu nowej równowagi między innowacyjnością a przystępnością cenową leków niewiele dała. Tylko IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) jako niezależny instytut naukowy Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA, najwyższego organu w systemie opieki zdrowotnej w Niemczech upoważnionego do podejmowania prawnie wiążących decyzji w kwestii świadczeń zdrowotnych) ocenił w ciągu pierwszych siedmiu lat swojego istnienia łącznie 214 nowych substancji czynnych. Bilans: w przypadku 124 (59%) nie wykazano przewagi nad analogicznymi dotychczasowymi terapiami.

W 2004 roku w czasopiśmie *Clinical Oncology* ukazał się artykuł, w którym dokonano przeglądu danych z badań klinicznych nad chemioterapią z ostatnich 20 lat pochodzących z Australii i Stanów Zjednoczonych. W sumie ocenie poddano dane pochodzące od poddanych chemioterapii 72 964 pacjentów z Australii i 154 971 pacjentów z USA. Nie sposób podważyć wiarygodności tak szeroko zakrojonej analizy.

Wynik analizy okazał się skrajnie rozczarowujący. Chociaż tylko u 2,3% pacjentów w Australii i 2,1% pacjentów w USA chemioterapia zapewniła pięcioletnie przeżycie, chorym na raka nadal zleca się przede wszystkim tę formę leczenia. Autorzy badania słusznie pytają, jak to możliwe, że terapia, która w ciągu ostatnich 20 lat w tak małym stopniu przyczyniła się do przeżycia pacjentów, odnosi takie sukcesy w statystykach sprzedaży.

Dzieje się tak dlatego, że aby wprowadzić swoje leki na rynek, przemysł farmaceutyczny podejmuje intensywne działania marketingowe. Ponad 90% wszystkich szkoleń i konferencji medycznych jest sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne. Przemysł farmaceutyczny wydaje na marketing około 50–55% dochodów ze sprzedaży, w porównaniu do zaledwie 15% przeznaczanych na badania naukowe. Dobrym przykładem marketingu farmaceutycznego jest preparat Avastin (przeciwciało monoklonalne be-wacyzumab), wyprodukowany przez szwajcarską firmę farmaceutyczną Roche i zarejestrowany jako lek przeciwnowotworowy w 2005 roku. Z czasem został zatwierdzony jako lek na pewne typy nowotworów, w końcu na raka piersi. Dziś jest to jeden z najdroższych i najlepiej sprzedających się farmaceutyków w walce z rakiem. Leczenie raka piersi preparatem Avastin



kosztuje rocznie około 20 razy więcej niż chemioterapia.

Podczas gdy Europejska Agencja Leków (European Medicines Agency, EMA) rozszerzyła stosowanie leku Avastin na raka piersi w czerwcu 2011 roku, amerykańska Agencja Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) wycofała zgodę na stosowa-

nie leku w raku piersi, ponieważ nie przynosił on pacjentkom korzyści (m.in. nie wydłużał przeżycia), natomiast z jego stosowaniem wiążą się znaczące działania niepożądane.

Różnice w podejściu do preparatu Avastin między Stanami Zjednoczonymi a Unią Europejską rodzą pewne pytania. Krótki rzut oka na skład eksperckiej komisji EMA, która podjęła decyzję o zatwierdzeniu leku w terapii raka piersi wystarczy, by odkryć bulwersujący fakt: sześciu z dziesięciu niezależnych ekspertów EMA ma bezpośrednie lub pośrednie kontakty firmą Roche, producentem Avastinu.

EMA została utworzona w 1995 roku w celu promocji i ochrony zdrowia ludzi oraz zwierząt poprzez ocenę bezpieczeństwa i skuteczności leków. Aby można było wprowadzić dany lek do obrotu, niezbędne jest zaopiniowanie go przez EMA, która stwierdza bezpieczeństwo i skuteczność preparatu oraz wydaje stosowne zezwolenie. Europejski Trybunał Obrachunkowy zarzucił EMA oczywisty konflikt interesów. Kilku pracowników EMA, a nawet jej dyrektor, przeniosło się do różnych firm farmaceutycznych.

Przemysł farmaceutyczny opłaca lekarzom budzące kontrowersje badania, szkolenia i podróże – z nadzieją na przepisywanie przez nich określonych leków. Każdego roku 15 000 przedstawicieli firm farmaceutycznych odwiedza niemieckie przychodnie i kliniki około 20 milionów razy.

W kwietniu 2016 roku uchwalono w Niemczech ustawę dotyczącą zwalczania korupcji w sektorze zdrowia, zawierającą takie kategorie wykroczeń jak prze-



kupstwo lub korupcja, za które grozi do pięciu lat więzienia. Konsekwencje prawne grożą nie tylko przekupionemu lekarzowi lub farmaceucie, ale także przedstawicielowi firmy farmaceutycznej.

W celu przeciwdziałania nieufności, krytycznym opiniom, a także doniesieniom o korupcji w przemyśle farmaceutycznym koncerny farmaceutyczne (w tym te największe: Bayer, Roche, GlaxoSmithKline, Novartis, Boehringer Ingelheim i Sanofi) w sposób widoczny zareagowały na zarządzenie o dobrowolnej samoregulacji przemysłu farmaceutycznego. Poprzez coroczną publikację danych liczbowych firmy chcą uwolnić się od podejrzeń o wywieranie wpływu na lekarzy.

54 firmy farmaceutyczne opublikowały po raz pierwszy w czerwcu 2016 roku dane, z których wynika, że przemysł farmaceutyczny w Niemczech wypłacił w tym roku lekarzom i szpitalom łącznie 575 milionów euro – na studia, dalsze kształcenie i honoraria za wykłady.

Poprzez spektakularne darowizny przemysł farmaceutyczny próbuje również wykorzystywać członków grup wsparcia i podopiecznych fundacji jako platformę reklamową dla swoich leków. Analiza przekazywanych darowizn pokazuje, że większość środków finansowych trafia tam, gdzie do leczenia konieczne są najdroższe leki.

Przemysł farmaceutyczny przedstawia siebie jako gwaranta zdrowia i długiego życia. Przedstawione fakty mówią raczej o niekontrolowanej przez nikogo władzy i chęci zysku za wszelką cenę. ■



# IMMUNOTERAPIA SKOJARZONA



## **prof. dr hab. n. med. Paweł Krawczyk**

Kierownik Pracowni Immunologii i Genetyki,  
Katedra i Klinika Pneumonologii,  
Onkologii i Alergologii,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wiele badań dowodzi wyższej skuteczności immunoterapii w porównaniu z tradycyjnie stosowaną chemioterapią u chorych na różne typy nowotworów. Między innymi

potwierdzono klinicznie wyższą skuteczność immunoterapii w porównaniu z chemioterapią w II linii leczenia – niezależnie od ekspresji PD-L1 na powierzchni komórek nowotworowych – w niedrobnokomórkowym raku płuca, a także w czerniaku, raku nerki, raku regionu głowy i szyi, rakach urotelialnych. Wyższej skuteczności immunoterapii w porównaniu z chemioterapią w I linii leczenia dowiedziono z kolei u wcześniej nieleczonych chorych na niedrobnokomórkowego rak płuca z wysoką ekspresją PD-L1 na komórkach nowotworowych. Należy przy tym pamiętać, że nie wszyscy chorzy odniosą korzyści z leczenia immunoterapią w monoterapii (brak wiarygodnego czynnika predykcyjnego).

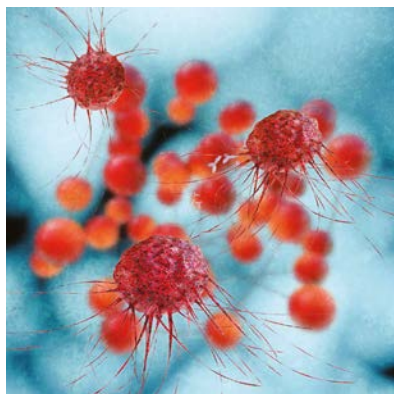
***Kliniczne dane sugerują synergistyczne działanie różnych strategii terapeutycznych, które – stosowane równocześnie z immunoterapią – mogą zwiększyć jej skuteczność.***

***Celem terapii skojarzonej jest wytworzenie sprzyjającego środowiska (mikrośrodowiska guza) optymalnego dla funkcjonowania limfocytów, mających atakować komórki nowotworowe oraz zmaksymalizowanie potencjału układu immunologicznego do eliminowania komórek nowotworowych.***

Obecnie możemy mówić o trzech podstawowych wariantach immunoterapii skojarzonej:

- połączeniu immunoterapii z chemioterapią i leczeniem antyangiogennym, czyli blokującym wzrost naczyń guza
- połączeniu kilku różnych immunoterapii blokujących kilka różnych immunologicznych punktów kontroli
- połączeniu immunoterapii i terapii ukierunkowanej molekularnie.

fotoliaxender – stock.adobe.com



### POŁĄCZENIE IMMUNOTERAPII Z CHEMIOTERAPIĄ I LECZENIEM ANTYANGIOGENNYM

Sama chemioterapia, mająca za zadanie niszczenie DNA komórek rakowych, działa na zmienione nowotworowo komórki na różne sposoby. Kiedy pod wpływem chemioterapii komórka nowotworowa ulega rozpadowi, uwolnione zostają jej białka, czyli neoantygeny. Układ immunologiczny rozpoznaje je i dzięki temu może silniej uderzyć w nowotwór.

Chemioterapia wpływa ponadto na blokowanie komórek odpowiedzialnych za tłumienie zbyt nasilonej odpowiedzi immunologicznej – limfocytów T regulatorowych, zwiększając natomiast aktywność komórek NK czy limfocytów T-cytotoksycznych.

Zmianie ulega środowisko guza i fenotyp komórek nowotworowych. Uwalniają się różne substancje oraz pojawiają się nowe cząsteczki na powierzchni komórek rakowych, w tym przede wszystkim:

- HMGB1 – *high mobility group box 1 protein* („see me”)
- ATP („find me”)
- następuje stymulacja wytwarzania interferonu gamma („kill me”)
- następuje ekspresja kalretikuliny (CRT, „eat me” – zaprezentuj swoje antygeny limfocytom).

Kalretikulina to najciekawsza z cząsteczek pojawiających się na powierzchni komórek nowotworowych, bo w razie jej nieobecności makrofagi nie są w stanie sfagocytować wrogiej komórki. Rolę kalretikuliny w indukcji odpowiedzi immunologicznej u chorych poddawanych immunoterapii można przedstawić następująco:

ekspresja cząsteczek związanych z uszkodzeniem komórki



rozpoznanie antygenów komórki nowotworowej



fagocytoza fragmentów komórki nowotworowej



prezentacja antygenów nowotworowych  
i stymulacja swoistej odpowiedzi immunologicznej.

Immunoterapia działa w tak zwanych „guzach gorących”, czyli mocno immunogennych, w obrębie których można zaobserwować bardzo dużo nacieków z komórek układu immunologicznego. Mamy również do czynienia z „guzami zimnymi” – czyli pozbawionymi nacieków z komórek immunologicznych – gdzie immunoterapia nie będzie miała znaczenia terapeutycznego. Po zastosowaniu leczenia chemioterapią guz z „zimnego” może stać się „guzem gorącym”, bardziej immunogennym, co spowodowane jest niszczeniem komórek nowotworowych przez cytostatyki. Idea łączenia chemioterapii z immunoterapią wydaje się zatem jak najbardziej zasadna.

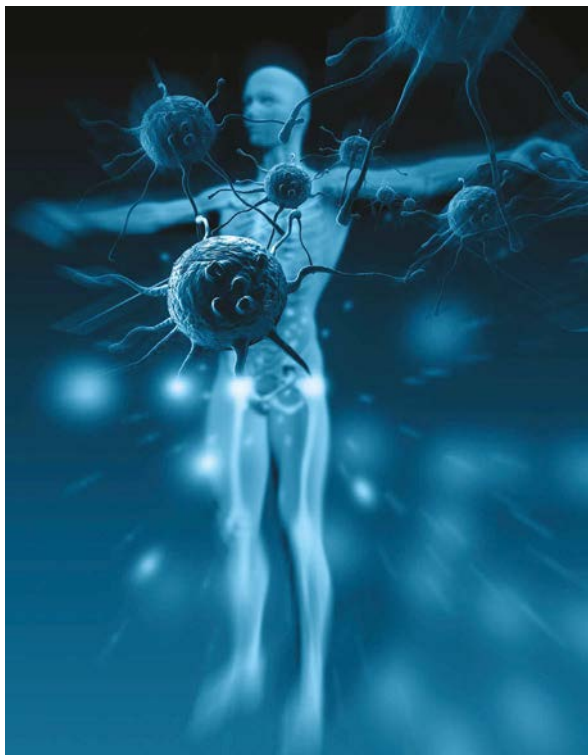
Jednocześnie jednak powszechnie wiadomo, że **leki cytostatyczne niszczą układ immunologiczny, hamując aktywność limfocytów, pobudzonych i proliferujących po zastosowaniu immunoterapii. Potencjalnie ogranicza to efekt terapeutyczny immunoterapii. Dlatego w skutecznym stosowaniu chemioimmunoterapii dawki cytostatyków mogłyby być niższe od tych wywołujących objawy toksyczności (m.in. niewydolność szpiku). Zdecydowanie warta rozważenia jest tak zwana chemioterapia metronomiczna** (niskie dawki chemioterapii stosowane stosunkowo często), która ogranicza toksyczność leczenia, jednocześnie zmniejszając wzrost guza i przeprogramowując mikrośrodowisko nowotworu (poprzez obniżenie liczby limfocytów T regulatorowych, a co za tym idzie, podwyższenie skuteczności pozostałych komórek układu immunologicznego). Jednak tego rodzaju modyfikacje dawek chemioterapii podawanej w skojarzeniu z immunoterapią powinny być przebadane w perspektywnych badaniach klinicznych.

Pierwsze badania kliniczne, w których łączono chemioterapię i immunoterapię u chorych na guzy łite wykazały, że odpowiedź na leczenie nie zależy od ekspresji PD-L1. Dzięki zaawansowanym badaniom III fazy nad chemioimmunoterapią w raku płuca zarejestrowano w Europie dwa schematy leczenia: połączenie pembrolizumabu z chemioterapią oraz połączenie atezolizumabu z chemioterapią i leczeniem antyangiogennym, czyli bewacyzumabem. Są one stosowane w Unii Europejskiej w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca (w Polsce te opcje terapeutyczne nie podlegają refundacji).

Badanie KEYNOTE-189 dotyczące skuteczności pembrolizumabu w połączeniu z chemioterapią (cisplatyna i pemetreksed) w stosunku do samej chemioterapii w I linii leczenia u chorych na zaawansowanego NDRP o typie innym niż płaskonabłonkowy wykazało przewagę chemioimmunoterapii. Niezależnie od ekspresji PD-L1 przeżycie 12-miesięczne odnotowano u 69% pacjentów po chemioimmunoterapii w porównaniu do 49-procentowego rocznego przeżycia u chorych poddanych samej chemioterapii.

To samo badanie wykazało, że ekspresja PD-L1 na powierzchni komórek nowotworowych ma znaczenie predykcyjne: im jest ona wyższa, tym skuteczność chemioterapii z pembrolizumabem jest większa. Niemniej jednak nawet chorzy bez ekspresji PD-L1 mogą odnieść korzyść z chemioimmunoterapii. Podobne wyniki, choć mniej spektakularne, dało badanie w raku płaskonabłonkowym płuca (należy przy tym pamiętać, że jest to jeden z najgorzej rokujących nowotworów płuca).

Ze względu na wyższe ryzyko poważnych działań niepożą-



danych w przypadku zastosowania chemioimmunoterapii, u chorych z nowotworem płuca oznaczana jest ekspresja PD-L1. Jej obecność na ponad 50% komórek nowotworowych stanowi podstawę do zastosowania w I linii leczenia pembrolizumabu w monoterapii. Terapia ta niesie o wiele niższe ryzyko (około 26-procentowe) wystąpienia poważnych działań niepożądanych. Jednak u pacjentów bez ekspresji PD-L1 warto rozważyć chemioimmunoterapię z użyciem pembrolizumabu, skuteczniejszą od samej chemioterapii. Niestety – jak już wspomniano – ta opcja terapeutyczna nie jest obecnie w Polsce refundowana.

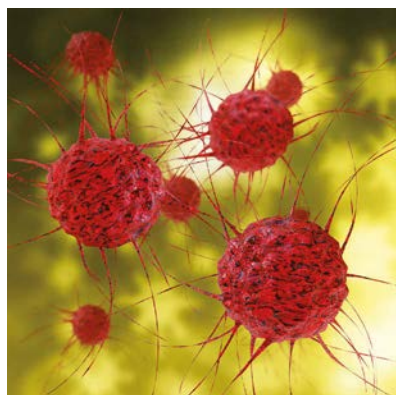
Jeśli chodzi o skuteczność zastosowania atezolizumabu z chemioterapią i przeciwciałem monoklonalnym bewacyzumabem, to jest ona istotnie wyższa od chemioterapii stosowanej w monoterapii (badanie IMPower-150). I tym razem znaczenie ma czynnik predykcyjny w postaci ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych, jednak u chorych bez ekspresji PD-L1 odpowiedź na tę formę leczenia skojarzonego także jest możliwa.

Badanie IMPower 150 udowodniło także, że chorzy z mutacją w genie EGFR odnoszą większą korzyść z terapii skojarzonej niż z samej chemioterapii, chociaż priorytetem leczenia u takich pacjentów powinna być zawsze terapia ukierunkowana molekularnie za pomocą jednego z inhibitorów kinazy tyrozynowej EGFR.

## **POŁĄCZENIE KILKU IMMUNOTERAPII BLOKUJĄCYCH RÓŻNE IMMUNOLOGICZNE PUNKTY KONTROLI**

Połączenie dwóch inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych, mianowicie inhibitora CTLA4 z inhibitorem PD-1 lub PD-L1, stanowi godną uwagi opcję leczenia niektórych chorób nowotworowych. Inhibitor CTLA4, jakim jest ipilimumab, działa obwodowo, na różne komórki, między innymi na limfocyty regulatorowe, natomiast inhibitory

PD-1 czy PD-L1 działają miejscowo, w obrębie guza oraz w węzłach chłonnych. Odpowiedź immunologiczna wzmacniana jest zatem dwutorowo: zarówno obwodowo, jak i w samym guzie.



Z doświadczeń w leczeniu zaawansowanego czerniaka wynika, że połączenie ipilimumabu z niwolumabem jest skuteczniejsze od samego niwolumabu i oczywiście znacznie skuteczniejsze od chemioterapii w zakresie wydłużenia przeżycia całkowitego, a także przeżycia wolnego od progresji. Jest to wyraźnie widoczne u pacjentów bez ekspresji PD-L1. Natomiast u chorych z jakąkolwiek ekspresją PD-L1 terapia skojarzona ipilimumabem i niwolumabem nie przynosi lepszych efektów terapeutycznych niż monoterapia niwolumabem. Monoterapia niwolumabem – wobec poważniejszych działań niepożądanych terapii skojarzonej – zawsze powinna być rozważana u tych chorych.

Jeżeli chodzi o mutacje w obrębie komórek nowotworowych, rak płuca i czerniak należą do nowotworów związanych z bardzo wysokim obciążeniem mutacyjnym, co przekłada się na dużą liczbę antygenów nowotworowych. Stąd na przykład palacze tytoniu odnoszą o wiele większą korzyść z immunoterapii niż osoby niepalące (osoby niepalące z kolei lepiej niż palacze reagują na terapie ukierunkowane molekularnie).

Wykazano wyższą skuteczność terapii ipilimumabem w połączeniu z niwolumabem w porównaniu z chemioterapią w I linii leczenia u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z dużym obciążeniem mutacjami zarówno w zakresie odpowiedzi na leczenie, jak i czasu wolnego od progresji i czasu trwania odpowiedzi (badanie CheckMate 227). Odpowiedź na terapię skojarzoną jest niezależna od ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych i od rozpoznania patomorfologicznego. Obecność mutacji w genie EGFR jest negatywnym czynnikiem predykcyjnym dla immunoterapii, co potwierdza większość badań. W tkankach nowotworowych chorych z mutacją genu EGFR obserwujemy bowiem:

- brak naciekania limfocytami T cytotoksycznymi
- brak lub niski odsetek limfocytów T cytotoksycznych z ekspresją cząsteczki PD-1
- niskie obciążenie guza mutacjami somatycznymi
- większe ryzyko progresji w przypadku stosowania immunoterapii w porównaniu do chemioterapii II linii.

Chorzy z mutacjami w genie EGFR bardzo rzadko odpowiadają na leczenie immunoterapią. Mutacje te to istotna przesłanka do wykluczenia możliwości stosowania u tych chorych immunoterapii i wskazanie do zastosowania terapii ukierunkowa-

nych molekularnie. Z kolei łączne zastosowanie obu metod leczenia związane jest z dużą toksycnością i nie przynosi zadawalających efektów klinicznych.

## **PODSUMOWANIE**

Chemioimmunoterapia jest już z powodzeniem stosowana w krajach UE i w USA u chorych na NDRP. Łączenie immunoterapii z leczeniem antyangiogennym i chemioterapią także posiada udowodnioną skuteczność kliniczną potwierdzoną rejestracjami w Unii Europejskiej i w Stanach Zjednoczonych, choć brakuje czynników predykcyjnych dla takiego leczenia.

Równie uzasadnione klinicznie jest kojarzenie dwóch różnych metod immunoterapii. To najdynamiczniej rozwijająca się kombinacja leczenia, choć nierozwiązany problem pozostaje kwestia nowych poważnych działań niepożądanych. Nie ma natomiast obecnie żadnych przesłanek, aby łączyć immunoterapię z terapiami ukierunkowanymi molekularnie ze względu na brak czynników predykcyjnych i konieczność przeprowadzenia większej liczby badań. ■



# Zaawansowany rak piersi – choroba, z którą da się żyć

**dr n. med.**

**Joanna Kufel-Grabowska**

Wielkopolskie Centrum Onkologii  
im. Marii Skłodowskiej-Curie  
w Poznaniu

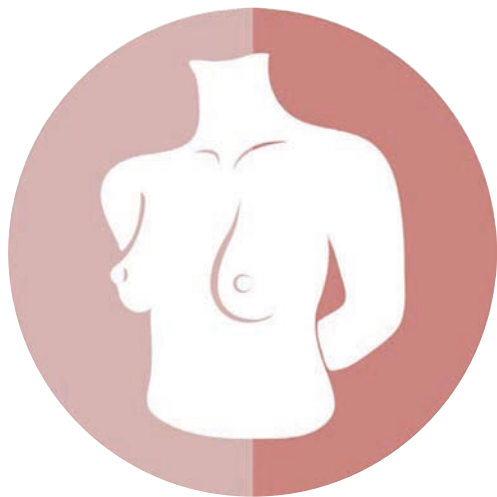


Rak piersi to najczęstszy nowotwór diagnozowany u kobiet na świecie, zajmuje drugie miejsce pod względem śmiertelności, ustępując jedynie rakowi płuca. Rokowanie chorych jest dość dobre, ale jest uzależnione między innymi od stopnia zaawansowania choroby w momencie rozpoznania, biologii nowotworu (raki hormonozależne, HER2-dodatnie, trójujemne), zastosowanego leczenia i stanu ogólnego chorych. Część pacjentek zgłasza się z chorobą w stopniu zaawansowanym, to znaczy z przerzutami do narządów odległych lub z chorobą miejscowo zaawansowaną, gdzie leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest niemożliwe. Średni czas przeżycia wynosi wówczas 3 lata, ale co czwarta chora przeżywa ponad 5 lat.

Rak HER2-dodatni należy do agresywnych podtypów biologicznych, ale dzięki wprowadzeniu do praktyki leków hamujących aktywność receptora HER2, rokowanie chorych uległo znacznej poprawie, a średni czas przeżycia chorych wynosi niejednokrotnie od kilku do kilkunastu lat.



Najgorsze rokowanie dotyczy chorych z przerzutowym rakiem trójujemnym (bez ekspresji receptora estrogenowego, progesteronowego i bez nadekspresji receptora HER2 lub amplifikacji jego genu), a średni czas przeżycia ledwie przekracza rok. W agresywnych podtypach biologicznych (HER2-dodatnim i trójujemnym) częściej diagnozowane są przerzuty w narządach



mięszkowych i mózgu, a w przypadku raka hormonozależnego w kościach i węzłach chłonnych.

Jak już wcześniej wspomniano, rak piersi to choroba o wielu obliczach, terapia uzależniona jest przede wszystkim od podtypu biologicznego, rozległości zmian przerzutowych, a także od stanu ogólnego chorej i jej woli. Inne leczenie wymagają pacjentki z kilkoma przerzutami do narządów odległych, czyli z chorobą oligometastyczną niż chore z masowym rozsiewem raka. W pierw-

szym przypadku możliwe jest uzyskanie nawet wieloletnich remisji, natomiast w drugim niejednokrotnie tylko zmniejszenie objawów choroby nowotworowej.

**Postęp w leczeniu raka piersi, zmiana stylu życia kobiet, poprawa świadomości społeczeństwa i wcześniejsze wykrywanie nowotworów mniej zaawansowanych doprowadziły do poprawy jakości i wydłużenia życia chorych. W niektórych sytuacjach rozsianego raka piersi możemy mówić o chorobie przewlekłej, gdyż powolny jej przebieg nie wymaga od lekarza intensywnego leczenia oraz nieznacznie tylko pogarsza jakość życia pacjentki.**

U chorych z hormonozależnym nowotworem chętnie stosowane jest leczenie hamujące działanie hormonów płciowych, które jest dobrze tolerowane, nie powoduje wyłysienia, wymaga niezbyt częstych (nawet co kilka miesięcy) wizyt lekarskich i tym samym umożliwia normalne funkcjonowanie w rodzinie i w społeczeństwie. Obecnie na wczesnym etapie choroby zaawansowanej do leczenia hormonalnego dołącza się inhibitory kinaz zależnych od cyklin (CDK4/6) – rybocyklib i palbocyklib. Ich stosowanie wydłuża czas do progresji choroby, czas do włączenia chemioterapii, a w niektórych sytuacjach czas całkowitego przeżycia.

W przypadku choroby o powolnym przebiegu, po wyczerpaniu możliwości terapii hormonalnej, możliwe jest włączenie chemioterapii metronomicznej. Niskie dawki cytostatyków podawanych codziennie lub co kilka dni poza

efektem cytotoksycznym mają efekt antyangiogeny i immunostymulujący, są także dość dobrze tolerowane.

U części chorych konieczne jest jednak zastosowanie standardowej chemioterapii, czyli leczenia bardziej toksycznego i wymagającego. Znając mechanizm działania leków, możemy jednak przewidzieć najczęstsze działania niepożądane i ordynować postępowanie, zapobiegające lub łagodzące ich skutek.

**Terapia choroby zaawansowanej powinna być oparta na wzajemnym dialogu lekarza z pacjentem. Poza wydłużeniem życia chorych, bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na poprawę jego jakości. Niekiedy pacjentki świadomie rezygnują z intensywnego leczenia, gdyż chcą uniknąć jego działań niepożądanych. W takiej sytuacji należy znaleźć inną, łagodniejszą alternatywę.**

Warto także zachęcać chore do zmiany stylu życia, podejmowania aktywności fizycznej i zdrowej diety, takie postępowanie nie tylko poprawia samopoczucie, ale także pozwala lepiej tolerować leczenie przeciwnowotworowe. **Życie z chorobą zaawansowaną może niekiedy trwać wiele lat, więc naprawdę warto dbać o jego jakość. ■**



# PONAD 20 000 PIERSI W BIEGU!



## Marzena Michalec

*„Pierwsza impreza biegowa odbyła się w Bielawie na Dolnym Śląsku w październiku 2014 roku, gdzie na starcie pojawiła się skromna grupa 60 osób. Wiedziałam, że chce organizować zawody, ale zależało mi, aby nie były to biegi dla samego biegu, ale aby niosły za sobą coś więcej. Rok później trafiłam do szpitala na operację. Bezpośredni kontakt z kwestią kobiecych nowotworów pochłonął mnie na tyle, że postanowiłam dzięki bieganiu właśnie w przystępny sposób mówić o profilaktyce i leczeniu. I tak narodził się pomysł, aby zorganizować biegi w intencji zdrowych piersi **Zawsze Pier(w)si**”.*

## Badanie przez bieganie i napędzanie do życia przez startowanie w zawodach!

Bieg Kobiet ANITA Zawsze Pier(w)si to cykl 8 imprez dedykowanych paniom, które odbywają się od kwietnia do października. W tym roku bierze w nich udział ponad 12 000 kobiet, a ideą przewodnią jest promocja profilaktyki raka piersi oraz wsparcie pań, które doświadczają bądź doświadczyły choroby. Już trzeci rok imprezę wspiera partner tytułarny, producent biustonoszy także dla Amazonek – Anita Since 1886.

O tym, jak ważna jest kwestia promocji podstawowych badań diagnostycznych w Polsce, świadczą



niechlubne statystyki i fakt, że wciąż grubo ponad 5 000 Polek umiera co roku na raka piersi.

W większości tych przypadków okazuje się, że zaważył zbyt późny czas wykrycia choroby. „Dlatego – podkreśla inicjatorka wydarzeń Marzena Michalec – w inicjatywie Bieg Kobiet ANITA Zawsze Pier(w)si jesteśmy zawsze pierwsi przed rakiem piersi! Właśnie o to się w tych zawodach ścigamy”.

Atmosfera, jaka panuje na tych pełnych pozytywnej energii imprezach, jest niepowtarzalna. Nie ma tu zaciętej rywalizacji, a wręcz przeciw-



nie: wzajemne wsparcie i solidarność kobiet. W biegach startują zarówno debutantki, jak i zawodniczki zaprawione już w biegowym boju. Wśród nich panie chorujące na raka piersi i takie, które mają chorobę już za sobą. W miasteczku biegowym uczestniczki mają okazje przebadać się, porozmawiać z lekarzami, Amazonkami i nasycić się fantastyczną atmosferą. To też pomaga, dodaje siły do walki z chorobą.

Całą „piersiową machinę” rozkręciła siłą swojej osobistej historii Marzena Michalec, prowadząca bloga kobietawbiegu.pl. Kilka lat temu, mimo młodego wieku, wykryła u siebie guza w piersi. Jak wspomina, nastął czas lęku i strachu o zdrowie i życie. „Moja historia zakończyła się szczęśliwie. To doświadczenie ukazało mi jednak, jak niewiele wiedziałam



wówczas o profilaktyce. W mojej rodzinie na raka piersi umarła moja babcia, a ciocia przeszła mastektomię. Nikt nigdy nie zwrócił mi uwagi, że rak piersi może być dziedziczny i choć w moim wypadku tak nie było, to podstawowej wiedzy kompletnie mi brakowało” – wspomina.

„Kobieta w biegu” postanowiła więc zaprosić inne kobiety na badanie przez bieganie. Efekt? 12000 pań biorących udział w wydarzeniu, a jeszcze więcej zainspirowanych, aby się badać. „Działamy przez cały rok, motywujemy kobiecą społeczność za pomocą Internetu i social media za-

chęcające do badań profilaktycznych” – podkreśla Marzena.

Inicjatywa wspiera także kobiety w potrzebie. – „W tym roku organizujemy zbiórkę dla Kasi Boodie, która przyjmuje obecnie nierefundowany lek o nazwie Kadcyła. Tylko jeden wlew to koszt ponad 25 000 złotych. Za pomocą pięknych, ręcznie malowanych przypinek w kształcie serca zawodniczki mogą wspierać leczenie Kasi. Do tej pory udało nam się zbierać blisko 25 000 złotych. A to jeszcze nie koniec” – zapewnia Marzena Michalec.

Ostatnia, finałowa impreza odbędzie się w Warszawie 13 października. Wciąż można włączyć się w inicjatywę i zapisać się na bieg przez stronę [kobietawbiegu.pl](http://kobietawbiegu.pl). Każda zawodniczka otrzymuje pakiet startowy wraz z cennymi upominkami. W stolicy uczestniczki przebiegną 5 kilometrów ulicami Mokotowa, a po przekroczeniu mety każda z nich otrzyma piękny medal. Rok



2020 rozpocznie się imprezą otwarcia we Wrocławiu w dniu 5 kwietnia. To jak do tej pory największe pod kątem ilości zawodniczek wydarzenie, bo startuje tam ponad 2 500 pań. Zapisy ruszają z początkiem grudnia przez stronę [kobietawbiegu.pl](http://kobietawbiegu.pl) (zakładka **WYDARZENIA**). Sukcesywnie

będzie się tam też pojawiać piersiowy rozkład biegów na kolejne edycje w Gdyni, Łodzi, Gliwicach, Świdnicy, Warszawie, Krakowie i Poznaniu.



Już teraz serdecznie zapraszamy w imieniu organizatorki i Fundacji w biegu. ■



# REKONSTRUKCJA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO I UKŁADU CHŁONNEGO W RAKU PIERSI

Rozmowa z **dr. n. med. Danielem Maliszewskim**

Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. J. Korczaka w Słupsku

Oddział Chirurgii Onkologicznej Szpitala  
Specjalistycznego w Kościerzynie

## Zacznijmy od podstaw: jak wygląda postępowanie chirurgiczne w raku piersi?

Wybór metody postępowania chirurgicznego zależy od wielu czynników: wielkości guza i stanu węzłów chłonnych, anatomii piersi i preferencji pacjentki. Obecnie najczęściej przeprowadza się zabiegi oszczędzające, czyli usuwa guz wraz z marginesem zdrowej tkanki. W krajach zachodniej Europy metodę tę stosuje się u 70% pacjentek z rakiem piersi. Jeśli z powodu wielkości guza niemożliwe jest zakwalifikowanie pacjentki do leczenia oszczędzającego, przeprowadzona zostaje mastektomia, która w 99% przypadków może być połączona z jednoczasową rekonstrukcją. **W Europie Zachodniej większość pacjentek kwalifikowanych**

**jest do leczenia onkoplastycznego, czyli leczenia oszczędzającego lub amputacji z jednoczasową rekonstrukcją. W naszym szpitalu staramy się, aby pacjentka otrzymała takie leczenie jak w najlepszych ośrodkach zachodnich, czyli aby wychodziła ze szpitala z zachowaną lub odbudowaną piersią.** Technicznie staramy się organizować wszystko w taki sposób, by chora na każdym etapie czuła komfort i nie doświadczyła psychicznej traumy związanej z utratą piersi. Obciążonej diagnozą i perspektywą długiego leczenia nowotworu pacjentce nie powinno się „dokładać” niepotrzebnego cierpienia.

**Jakie metody stosowane są przy jednoczasowej rekonstrukcji piersi?**



Najczęściej – w 99% przypadków – stosujemy wszczepy silikonowe: implant lub ekspander przygotowujący do wszczępienia implantu. Wyjątkowo rekonstruujemy pierś przy pomocy płata DIEP. Płat DIEP często stosujemy jako rekonstrukcję odroczoną po radioterapii gdy tkanki są zniszczone. Rekonstrukcja z wykorzystaniem tkanek własnych jest bardzo efektywna, przeszczepione tkanki dostosowują się do spadku lub przyrostu masy ciała. Jest to jednak operacja skomplikowana, wymagająca zastosowania technik mikrochirurgicznych.

Implant lub poprzedzający go ekspander wszczepiane są standartowo pod mięsień. Na mniej obciążającą dla organizmu i dającą bardzo dobry efekt wizualny rekonstrukcję polegającą na wszczępieniu implantu na mięsień pozwolić sobie mogą pacjentki jedynie prywatnie. Stawka oferowana przez NFZ nie pokrywa kosztów związanych z takim zabiegiem, choć jest on o wiele mniej obciążający dla pacjentki (nie trzeba odpreparowywać mięśnia), trwa krócej, blizna jest mniejsza, a rana szybciej się goi. Wymaga jednak zastosowania siatki biologicznej, kolagenowej (ADM) lub syntetycznej, które są kosztowne.

### **W Polsce wciąż dominują zabiegi bez przeprowadzanej jednocześnie rekonstrukcji.**

Tak nie powinno być, skończyły się czasy, gdy nie można było naświetlać implantu, a chemioterapię przedoperacyjną czy



**dr n. med. DANIEL MALISZEWSKI**

Specjalista chirurgii ogólnej, tytuł doktora nauk medycznych otrzymał za pracę z zakresu biologii raka piersi. Odbył 16 staży zagranicznych i uczestniczył w ponad 50 kursach międzynarodowych z zakresu chirurgii gruczołu piersiowego. Jeden z trzech Polaków posiadających europejski certyfikat EBSQ in Breast Surgery. Członek Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz American Society of Breast Surgeons. Zajmuje się chirurgią onkologiczną ze szczególnym uwzględnieniem raka piersi oraz łagodnych schorzeń gruczołu piersiowego, chirurgią rekonstrukcyjną oraz estetyczną gruczołu piersiowego, a także chirurgią obrzęku chłonnego z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych.

wielkość guza traktowano jako przeciwskazanie do rekonstrukcji. Obecnie jesteśmy w stanie zaproponować jednoczasową rekonstrukcję niemal wszystkim pacjentkom z wyjątkiem chorych na raka zapalnego i tych, u których wystąpiła progresja w trakcie chemioterapii.

### **Jako jedną z technik rekonstrukcji piersi wymienił Pan rekonstrukcję z użyciem płata DIEP. Na czym dokładnie polega ta metoda?**

Po intensywnym leczeniu onkologicznym, kiedy klatka piersiowa lub skóra pacjentki są zniszczone przez radioterapię, niezbędna jest rekonstrukcja piersi z użyciem tkanek własnych. NFZ refunduje, niestety niewystarczająco, rekonstrukcję przy użyciu płata DIEP pobieranego z brzucha. Płat skórno-podskórny pobierany jest wraz z naczyniami doprowadzającymi i odprowadzającymi krew, które przy użyciu technik mikrochirurgicznych zespalane są z naczyniami na klatce piersiowej. W szczególnych przypadkach pierś może zostać zrekonstruowana z użyciem płata LD pochodzącego z mięśnia najszerzego grzbietu oraz implantu. Mięsień pobrany z obszaru pleców pokrywa implant lub ekspander. Zabiegi z użyciem tkanek własnych są bezpieczne, ryzyko powikłań jest niewielkie. Można je wykonywać na przykład u pacjentek z cukrzycą czy palących papierosy.

**Istnieją zatem sposoby, by zapobiec fizycznemu i psychicznemu okaleczeniu kobiet z rakiem piersi. Odnoszę jednak**

**wrażenie, że chirurdzy onkologiczni najczęściej myślą wyłącznie o usunięciu zmienionych nowotworowo tkanek, kwestie estetyczne pozostawiając „na później” lub całkowicie je pomijając.**

Chirurdzy powinni zaplanować całość leczenia operacyjnego w taki sposób, aby wyrządzić jak najmniej szkody w zakresie estetyki piersi. Niestety, często jest zupełnie inaczej, choć dysponujemy już odpowiednimi technikami umożliwiającymi zachowanie dobrego wyglądu piersi pacjentki. **Bardzo ważne jest, by każda chirurgiczna interwencja w piersi rozpoczęła się przedyskutowaniem spodziewanego efektu estetycznego. Leczenie raka powinno stać na pierwszym miejscu, ale przy obecnych możliwościach chirurgii pacjentka nie musi już**



**wychodzić ze szpitala okaleczona. Aby móc uwzględnić w postępowaniu chirurgicznym kwestie estetyczne, zabieg musi być od początku, od pierwszego cięcia, dokładnie zaplanowany, w porozumieniu z pacjentką.**

W leczeniu onkoplastycznym korekcie powinny być poddawane również ubytki powstałe po wcześniejszym leczeniu chirurgicznym. W przypadku lokalizacji guza w widocznym miejscu, w dekolcie, po jego usunięciu z marginesem tkanek zdrowych pozostaje widoczny ubytek i blizna – staramy się nie robić blizn w dekolcie.

### **Czy dostrzega Pan różnice w dostępie do chirurgii rekonstrukcyjnej pacjentek w Polsce i w krajach zachodniej Europy?**

Dostęp do chirurgii rekonstrukcyjnej w Polsce stale się poprawia, choć nadal mamy do czynienia z niedoinwestowaniem jeśli chodzi o nowoczesny sprzęt na polskich oddziałach chirurgii. Jakość i możliwości systematycznie rosną. W Słupsku i Kościerzynie propagujemy najnowsze osiągnięcia chirurgii rekonstrukcyjnej gruczołu piersiowego, organizując między innymi cykliczne warsztaty dla chirurgów „Powikłania i dylematy w chirurgii gruczołu piersiowego”, których gościem specjalnym jest wybitny specjalista, chirurg dr Marek

Poniżej: przygotowanie i prezentacja implantu podczas operacji rekonstrukcji piersi w czasie warsztatów „Powikłania i dylematy w chirurgii gruczołu piersiowego”.



Zdjęcie po lewej: dr Marek Budner i dr Daniel Maliszewski wraz z zespołem i uczestnikami 4. warsztatów dla chirurgów „Powikłania i dylematy w chirurgii gruczołu piersiowego”.

Budner z kliniki w Bad Saarow w Niemczech. W dniach 6–7 września tego roku w Słupsku warsztaty odbyły się już po raz czwarty. Tym razem zoperowaliśmy pięć pacjentek z deformacją piersi spowodowaną powikłaniami po różnych zabiegach chirurgicznych, a także przeprowadziliśmy analizy i pomiary przedoperacyjne na dziesięciu pacjentkach po wcześniejszym leczeniu operacyjnym. W warsztatach wzięło udział kilkunastu chirurgów z całej Polski.

### **Za skuteczną metodę profilaktyki raka piersi u kobiet obciążonych mutacją genu BRCA1 i BRCA2 uznaje się profilaktyczną mastektomię. Jak ocenia Pan wycenę NFZ i praktyczne wdrażanie tego zabiegu w Polsce?**

Ośmielę się stwierdzić, że **refundacja profilaktycznej mastektomii to medialna wydmuszka. Wycena tego zabiegu, podobnie zresztą jak rekonstrukcji piersi w leczeniu onkologicznym, nie wystarcza nawet na dobrą odbudowę jednej piersi.** Mówiąc „dobrą”, mam na myśli rekonstrukcję z użyciem poprawiających estetykę dodatkowych materiałów w postaci siatki zastępującej mięsień. W NFZ-owskim budżecie możemy się zmieścić (z minusem finansowym dla szpitala) jedynie wtedy, gdy podczas rekonstrukcji obu piersi nie stosujemy żadnych dodatkowych materiałów poprawiających estetykę. Jeśli chcemy osiągnąć lepszy efekt estetyczny poprzez zastosowanie dodatkowych materiałów, przeprowadzić

można co najwyżej rekonstrukcję lub profilaktyczną mastektomię najpierw jednej, a w późniejszym terminie drugiej piersi. W tym wypadku nie ma oczywiście mowy o materiałach droższych, a poprawiających efekt finalny i dobre wymodelowanie piersi, nie mówiąc już o takich „fanaberiach” jak jednoczasowa symetryzacja (poprawa) drugiej piersi. Wycena NFZ jest zdecydowanie niewystarczająca, blokuje większość sensownych rozwiązań w przypadku zabiegów obustronnych. Dlatego tak mało jest w Polsce placówek, gdzie tego rodzaju zabiegi są wykonywane niekomercyjnie.

### **Poruszymy jeszcze jeden temat: rekonstrukcji układu chłonnego, niezwykle ważny dla pacjentek cierpiących z powodu obrzęku limfatycznego po leczeniu onkologicznym. Dzięki Panu od kilku miesięcy wykonywane są w Polsce operacje rekonstrukcji układu limfatycznego.**

Zespół słupskiego szpitala specjalistycznego zastosował metodę, którą operuje w Japonii prof. Takumi Yamamoto, dyrektor Międzynarodowego Centrum Leczenia Mikrochirurgicznego Obrzęku Chłonnego w Tokio. Rokrocznie przeprowadza się tam kilkaset rekonstrukcji węzłów chłonnych. Prof. Yamamoto przyjechał do Słupska, aby uczestniczyć w pionierskich rekonstrukcjach układu chłonnego. Pierwsze zabiegi przeprowadzaliśmy pod jego kierownictwem. Wszystkie przeszczepy wykonujemy

w ramach nowatorskiego Pomorskiego Programu Diagnostyki i Leczenia Obrzęku Chłonnego w Słupsku.

Nie ukrywam, że długo przygotowywałem się do przeprowadzania operacji leczenia obrzęku chłonnego, szkoliłem się u najlepszych zagranicznych mikrochirurgów. Tego rodzaju operacje wymagają od lekarza umiejętności z zakresu supermikrochirurgii – zespalaenia drobnych naczyń, również o średnicy poniżej pół milimetra. Od szpitala natomiast – zakupienia kosztownego sprzętu oraz finansowania takich operacji. Słupski szpital specjalistyczny zakupił między innymi mikroskop umożliwiający operacje w 17–20-krotnym powiększeniu i specjalny zestaw do diagnostyki układu chłonnego z użyciem zieleni indocyjanianowej, niezbędny do diagnostyki drożności dróg chłonnych.

### **Na czym polega zabieg rekonstrukcji układu chłonnego?**

Rekonstrukcje układu limfatycznego należą do trudnych zabiegów mikrochirurgicznych. Zasadniczo stosujemy w nich dwie podstawowe techniki. Pierwszą są wolne przeszczepy węzłów chłonnych (LNT). Pobieramy je laparoskopowo z sieci większej, z podbródka, okolic pachwiny, a następnie wszczepiamy w miejscu naj-



Prof Takumi Yamamoto i dr Daniel Maliszewski wraz z zespołem po pierwszej operacji rekonstrukcji układu chłonnego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Słupsku.

większego uszkodzenia układu chłonnego. Druga technika to anastomoza limfatyczno-żylna (LVA), polegająca na wykonaniu zespoleń pomiędzy naczyniami limfatycznymi a układem żylnym. W tym wypadku wykorzystujemy układ krwionośny do odprowadzania limfy, tworząc rodzaj „pomostów” między dwoma układami. Ponieważ zabiegi wymagają dużej precyzji i doświadczenia w zespalaeniu drobnych naczyń (czyli mniejszych niż milimetr), zabiegi wykonuje się pod mikroskopem, kontrolując jednocześnie drożność układu chłonnego przy pomocy specjalnego zestawu do diagnostyki z użyciem zieleni indocyjanianowej. Wybór techniki zabiegu zależy od stopnia uszkodzenia układu chłonnego. Mamy również możliwość przeszczepienia płata węzłów chłonnych pachwino-

wych powierzchniowych wraz z płatem pobieranym do rekonstrukcji piersi przy użyciu tkanek własnych – DIEP. Węzły chłonne pobierane są oczywiście w taki sposób, by nie wywołać obrzęku kończyn. Mamy zatem do czynienia z podwójną rekonstrukcją: i piersi, i usuwanych z powodu zajęcia przez nowotwór węzłów chłonnych. Operacji przeszczepienia węzłów chłonnych wraz z rekonstrukcją piersi do niedawna w Polsce nie przeprowadzano, choć na świecie wykonuje się ich już sporo: w Stanach Zjednoczonych kilka tysięcy rocznie, w Japonii – kilkaset. Pionierski zabieg tego rodzaju przeprowadzili w 2017 roku chirurdzy z Centrum Onkologii w Gliwicach, do tej pory wykonali ich około dwadzieścia.

### **Kto może zostać zakwalifikowany do chirurgicznej rekonstrukcji układu chłonnego?**

**Do chirurgicznej rekonstrukcji układu chłonnego mogą zostać zakwalifikowane osoby, które utraciły węzły chłonne w trakcie leczenia przeciwnowotworowego i u których po leczeniu chirurgicznym lub radioterapii wystąpił obrzęk chłonny.** Jest on częstym powikłaniem leczenia raka piersi, prostaty, czerniaka, nowotworów ginekologicznych i wielu innych. Pacjentom onkologicznym usuwa się węzły chłonne, gdyż układ limfatyczny jest jedną z dróg, którymi choroba nowotworowa rozprzestrzenia się w organizmie. Obrzęk chłonny może być niepożądanym skutkiem ubocznym leczenia

raka, ale może też wynikać z innych problemów zdrowotnych, także wrodzonych. Rekonstrukcji układu chłonnego mogą potrzebować na przykład chorzy z obrzękiem chłonnym po leczeniu ortopedycznym.

### **Ile operacji rekonstrukcji układu chłonnego Pan wykonał?**

Dotąd wykonaliśmy w ślupskim szpitalu dwanaście tego typu zabiegów w następujących wskazaniach: obrzęki pierwotne, obrzęki limfatyczne po leczeniu raka jajnika, neuroblastomy, raka szyjki macicy i w zdecydowanej większości – w raku piersi, gdzie bardzo często występuje uszkodzenie układu chłonnego. W kolejce do zabiegu przeszczepienia węzłów chłonnych i udrożnienia układu limfatycznego czeka już ponad sto osób. **Osób wymagających rekonstrukcji dróg chłonnych jest w Polsce – w mojej ocenie – nawet sto tysięcy.**

### **Dziękuję za rozmowę. ■**

*Rozmawiała Alicja Kałużny*

DR MAREK BUDNER, HELIOS KLINIKUM BAD SAAROW (NIEMCY),  
7 WRZEŚNIA 2019:

*Jest mi szczególnie miło gościć po raz kolejny w Słupsku. Jest tutaj zespół ludzi, który pracuje z dużą pasją i poświęceniem. A to jest **to, czego kobiety chore na raka piersi oczekują od nas – aby od momentu pierwszego kontaktu, aż do wyleczenia poświęcić im czas, odpowiedzieć na trudne pytania i rozwiązać ich lęki.** Słupski szpital to wiodąca placówka w Polsce. Doktor Maliszewski, oprócz standardowych operacji chirurgicznych w obrębie gruczołu piersiowego, opanował techniki mikrochirurgiczne. Robi przeszczepy węzłów chłonnych, które są nowością w klinikach europejskich. Przeszczepia też tkanki z podbrzusza w miejsce piersi, odtwarza piersi, gdy już wszystkie inne metody rekonstrukcyjne zawiodły, gdy piersi są zniszczone po naświetlaniach. Są tylko dwa takie ośrodki w Polsce – jeden jest w Gliwicach, drugi w Słupsku. Trzeba zrobić wszystko, aby po usunięciu raka piersz wyglądała tak samo jak przed operacją. Doktor Maliszewski robi to tak, że piersz po operacji wygląda jeszcze lepiej niż przed nią.*





Szkolenie dla lekarzy

# INTEGRACYJNE LECZENIE NOWOTWORÓW CZĘŚĆ I



## Organizowane przez

EANU – Europejską Akademię Medycyny Naturalnej i Środowiskowej w Berlinie



## Cel Szkolenia

Udostępnienie polskim lekarzom wszystkich specjalizacji aktualnej wiedzy na temat leczenia nowotworów metodami medycyny integracyjnej



## Wykładowcy

Cenieni polscy i niemieccy lekarze z uniwersyteckim i klinicznym doświadczeniem oraz szeroką wiedzą z dziedziny medycyny integracyjnej



## Termin i miejsce

27–28 marca 2020, Berlin

\*Szczegółowe informacje dotyczące miejsca organizacji szkolenia zostaną przesłane Uczestnikom pocztą elektroniczną



## Program szkolenia

27 marca (piątek)

15:00 – 16:30

Moduł pierwszy: Powstanie i rozwój choroby nowotworowej z punktu widzenia onkologii integracyjnej

17:00 – 18:30

Moduł drugi: Praktyczne podstawy onkologii integracyjnej

18:45 – 19:30

Moduł trzeci: Znaczenie hipertermii w leczeniu raka

20:00 – 23:00

Uroczysta kolacja dla Uczestników, Prelegentów i zaproszonych Gości

28 marca (sobota)

09:00 – 10:45

Moduł czwarty: Nowe terapie immunologiczne

11:00 – 12:45

Moduł piąty: Znaczenie odżywiania, ruchu i odprężenia w prewencji i leczeniu chorób nowotworowych

13:00 – 14:30

Moduł szósty: Aspekty prawne integracyjnego leczenia nowotworów w Polsce

14:30 – 15:00 Podsumowanie i zakończenie kursu, rozdanie Certyfikatów EANU

Cena kursu – 545,00 € (nie obejmuje kosztów wyżywienia i noclegu)

Kontakt i zgłoszenia:

**EANU - Europäische Akademie für  
Naturheilverfahren und Umweltmedizin**

Grottkauer Strasse 24, 12621 Berlin

tel. +48 728 867 595

+49 1606763902

e-mail [aktualnosci@eanu.de](mailto:aktualnosci@eanu.de)

### Przełom w diagnostyce nowotworów. Polski tomograf określi stopień złośliwości raka

Naukowcy z Zakładu Fizyki Jądrowej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie pod kierownictwem prof. Pawła Moskala oraz współpracujących lekarzy, zaprezentowali nowoczesny tomograf, który może jednocześnie zobrazować ogniska raka w całym ciele oraz określić stopień ich złośliwości bez potrzeby wykonywania biopsji - podaje Dziennik Polski. Urządzenie – pierwsze i jedyne na świecie - zostało zaprezentowane 1 października w laboratorium Zakładu Fizyki Jądrowej UJ i już niebawem zostanie oddane do dyspozycji krakowskich diagnostów. Urządzenie nazywane J-PET-em lub Jagiellońskim PET-em powstało po 10 latach intensywnych prac na bazie technologii opartej na 17 innowacyjnych rozwiązaniach

z różnych dziedzin: biologii, elektroniki, fizyki, medycyny, informatyki, inżynierii materiałowej.

Nowy tomograf jest kilkukrotnie tańszy od obecnie używanych urządzeń tego typu i waży jedynie 50 kg (dla porównania waga szpitalnych tomografów sięga nawet półtony). Jest to możliwe dzięki zastosowaniu polimerowych modułów w miejsce drogich i ciężkich modułów kryształowych. Prototyp składa się z 24 modułów, których liczbę można dowolnie zwiększać i zmniejszać, dostosowując w ten sposób wielkość urządzenia do tuszy pacjenta. Aparat jest niezwykle czuły: wykrywa zmiany chorobowe we wczesnym stadium, gdy nie są one jeszcze wyczuwalne lub widoczne.

Źródło: rynekzdrowia.pl, dziennikpolski24.pl



#### PROFILAKTYKA I ZDROWIE

### E-papierosy: bardziej niebezpieczne od tradycyjnych?

Badacze pod kierunkiem dr Pawany Sharma z University of Technology Sydney i Woolcock Institute of Medical Research wykazali, że wdychanie nikotyny zarówno z dymem, jak i wyziewami z nowych urządzeń podgrzewających tytoń jest toksyczne dla komórek płuc. Opublikowali wyniki eksperymentu, w którym wystawili na działanie trzech źródeł nikotyny (zwykłych i elektronicznych papierosów oraz IQOS-ów) ludzkie komórki nabłonka płuc oraz mięśni gładkich dróg oddechowych.

Okazało się, że wszystkie trzy metody dostarczania organizmowi nikotyny są toksyczne dla komórek ludzkiego organizmu i nie ma pomiędzy nimi większych różnic: papierosy zwykłe oraz urządzenia podgrzewające tytoń w równym stopniu wpływają na żywotność tych komórek, ponadto wszystkie wywołują stan zapalny.

„Tym, co już wiemy, jest fakt, że uszkodzenie komórek nabłonka i mięśni gładkich w płucach może doprowadzić do zniszczenia tkanek oraz śmiertelnych chorób takich jak przewlekła obturacyjna choroba płuc, rak czy zapalenie płuc. Zwiększa również ryzyko rozwoju astmy, więc nie powinniśmy zakładać, że te urządzenia są bezpieczniejszą opcją” – mówi dr Sharma.

Prof. Charlotta Pisinger, przewodnicząca European Respiratory Society's Tobacco Control Committee, jest podobnego zdania: „Te nowe urządzenia są sprzedawane jako produkujące 95% mniej toksycznych substancji, ponieważ tytoń jest w nich podgrzewany, a nie spalany. Jednakże pierwsze niezależne badania wykazują, że spalanie zachodzi i toksyczne oraz rakotwórcze składniki są uwalniane. Niektóre w ilościach mniejszych niż w konwencjonalnych papierosach, inne – w wyższych”. To, że dym powstający na skutek podgrzewania tytoniu nie jest wcale bezpieczny niż tradycyjny dym papierosowy, wykazał także zespół naukowców z University of Alabama („Pediatrics”, 2018): zawiera on te same szkodliwe substancje, co dym papierosowy, w porównywalnych ilościach, w tym rakotwórcze wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, tlenek węgla i nikotynę. Ponadto podczas wapowania uwalniane są rakotwórcze związki gliceryny i propylenu glikolowego.

Intensywne działania marketingowe związane z nowymi urządzeniami są kuszące dla palaczy, którzy chcą przestać palić i błędnie sądzą, że mogą się przestawić na inny, tym razem nieszkodliwy produkt tytoniowy. Ale nie tylko dla nich: ponad połowa osób sięgająca po e-papierosy i IQOS-y nie paliła wcześniej papierosów.

Wapowanie, czyli palenie e-papierosów, reklamowanych jako bezpieczna alternatywa dla palenia tytoniu, staje się coraz bardziej popularne. Powszechna dostępność e-papierosów na rynku może zatem spowodować wzrost, a nie spadek odsetka palaczy.

O szkodliwości wapowania przekonują się Amerykanie: w USA potwierdzono sześć zgonów oraz setki zachorowań na ciężką niewydolność płuc prowadzącą do trwałych uszkodzeń w układzie oddechowym. Przyczyną są e-papierosy.

Niewydolność układu oddechowego nie jest spowodowana infekcją, a tradycyjne metody leczenia okazują się nieskuteczne. Wielu chorych wymaga respiracji lub podawania tlenu. Podejrzewa się, że za poważne uszkodzenia układu oddechowego odpowiada octan witaminy E obecny w liquidach do e-papierosów. Po uszkodzonych, których problemów nie połączono z wapowaniem, może być o wiele więcej.

Amerykańskie Towarzystwo Medyczne wzywa do rezygnowania z e-papierosów. W San Francisco będą one sprzedawane tylko do końca roku, zaś w Nowym Jorku planuje się całkowity zakaz ich używania.

Nie ma wieloletnich badań na temat wpływu e-papierosów na występowanie nowotworów złośliwych, ale już udowodniono wpływ wielu substancji w nich zawartych na występowanie kilku rodzajów raka.

Najlepiej zatem nie palić. Jeśli jednak palisz i trudno ci zerwać z nałogiem, wybierz się do poradni antynikotynowej lub udaj się do lekarza pierwszego kontaktu, który w razie potrzeby skieruje cię do specjalisty.

Źródło: zdrowie.pap.pl, portal.abczdrowie.pl





# mednavi

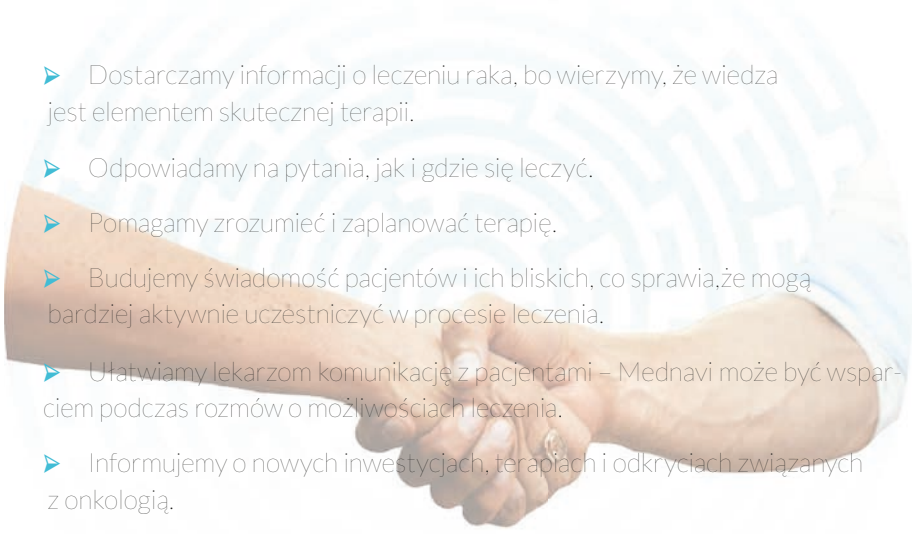
*MEDNAVI – Twoja medyczna nawigacja – to nowy serwis internetowy, który pokazuje, jak i gdzie można leczyć różne rodzaje nowotworów.*



- Możliwe ścieżki leczenia przedstawione są w formie przejrzystych schematów. Do każdego etapu leczenia przypisane są szpitale, które oferują dany rodzaj terapii.
- Schematy leczenia powstały we współpracy z polskimi lekarzami, ale uwzględniają także wytyczne europejskich onkologów, np. leki nierefundowane w Polsce.
- W serwisie można przeglądać także informacje o szpitalach z całej Polski (już 600 placówek ma tu swój opis), a dzięki filtrom łatwo wyszukać miejsca, gdzie można zrobić np. rezonans magnetyczny czy badanie PET na koszt NFZ.
- Eksperti odpowiadają na pytania zadawane przez chorych na raka i ich bliskich, m.in. o dietę w czasie chemioterapii czy konsekwencji radioterapii.
- Większość treści dostępna jest bezpłatnie. W wersji premium schematy leczenia stają się interaktywnym źródłem informacji. Serwis działa na wszystkich urządzeniach, także na smartfonach.
- W Mednavi możliwości leczenia pokazane są w formie ścieżek tworzących graficzny schemat. Każdy etap tej drogi łączy się z odpowiednimi placówkami. Mednavi – jak nawigacja – prowadzi pacjenta przez możliwości polskiego systemu zdrowia.
- Mednavi nie promuje żadnej firmy farmaceutycznej, leków onkologicznych, sprzętu czy placówek. Model biznesowy oparty na subskrypcjach pozwala na dostarczanie absolutnie obiektywnych informacji.



Mednavi wymyśliła **Innocenta Dźwierzyńska** po swojej operacji neurochirurgicznej. Musiała być pilnie operowana z powodu nerwiaka nerwu słuchowego. Od kolejnych lekarzy słyszała, że konsekwencją operacji będzie uszkodzenie nerwu twarzowego. Szukała informacji o innych metodach operacyjnych, lekarzach i szpitalach, w których takie metody są przez lekarzy stosowane. Gdy to się udało, pomyślała, że właśnie tego brakuje w internecie – zbiorczej informacji o wszystkich metodach leczenia konkretnego nowotworu i przypisanych do metod placówek.

- 
- ▶ Dostarczamy informacji o leczeniu raka, bo wierzymy, że wiedza jest elementem skutecznej terapii.
  - ▶ Odpowiadamy na pytania, jak i gdzie się leczyć.
  - ▶ Pomagamy zrozumieć i zaplanować terapię.
  - ▶ Budujemy świadomość pacjentów i ich bliskich, co sprawia, że mogą bardziej aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia.
  - ▶ Ułatwiamy lekarzom komunikację z pacjentami – Mednavi może być wsparciem podczas rozmów o możliwościach leczenia.
  - ▶ Informujemy o nowych inwestycjach, terapiach i odkryciach związanych z onkologią.

## MEDNAVI DLA ZALOGOWANYCH (wersja bezpłatna)

Przeglądaj ścieżki leczenia raka

Przeglądaj profile szpitali

Wyszukuj szpitale według różnych kryteriów

Czytaj porady ekspertów

Zapisuj ważne dla Ciebie treści  
w osobistej bibliotece



## MEDNAVI KWARTALNE/ROCZNE

obejmuje dodatkowo szczegółowe wyjaśnienia każdego etapu leczenia i pozwala sprawdzić, które szpitale oferują wybraną terapię.

### REDAKCJA „AKTUALNOŚCI MEDYCZNYCH” POLECA

*Na łamach naszego newslettera pisaliśmy niedawno o platformie Study Connect, interaktywnej wyszukiwarce badań klinicznych ([www.bmsstudyconnect.com/pl](http://www.bmsstudyconnect.com/pl)). Teraz prezentujemy kolejne pomocne narzędzie: serwis internetowy MEDNAVI, dostarczający możliwości dokładnego zorientowania się w dostępnych ścieżkach leczenia onkologicznego i – co kluczowe w chorobie nowotworowej – szybkiego działania. MEDNAVI stworzyła osoba, która sama, jako pacjent onkologiczny, przebiła się przez zawitości systemu opieki zdrowotnej w poszukiwaniu optymalnej opcji terapeutycznej.*



## Ina Dźwierzynska pomysłodawczyni Mednavi

W poniedziałek obudziłam się z mroczkami przed oczami. Myślałam, że to przez nerwy. Od miesięcy żyłam w strasliwym stresie – moja firma upadła, a ludzie, którzy ze mną pracowali nie dostali wynagrodzeń. Moje długi rosły. Czułam się winna i oszukana.

Ale problem ze wzrokiem to nie był efekt stresu. Po prześwietleniu głowy okazało się, że mam trudny do usunięcia nowotwór. Następnego dnia musiałam zdecydować, czy wybieram pilną operację, która sparaliżuje mi twarz, czy czekam ryzykując, że mój stan się

pogorszy. Byłam w renomowanym szpitalu w dużym mieście i nie mogłam uwierzyć, że radykalne cięcie to wszystko, co może mi zaoferować medycyna. Kolejne dni pamiętam jako rozpacz pomieszaną z mobilizacją, by znaleźć kogoś, kto powie, że niemożliwe jest możliwe. Przyjaciele i rodzina przetrząsali fora pacjenckie, serwisy medyczne,

rozmawiali ze wszystkimi znajomymi lekarzami. Wskazówka, by pojechać do Bydgoszczy, gdzie pracują wybitni neurochirurdzy, uratowała mnie przed

**Gdzie się leczyć i jakie terapie są dostępne? – takie pytania mają pacjenci. Wiem, bo gdy zachorowałam, też o to pytałam.**

trwałym uszkodzeniem. Niemożliwe w jednym miejscu okazało się możliwe w Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy. Czy nie wszyscy pacjenci zasługują na najlepsze możliwe leczenie? Co zrobić, by osoby chore mogły szybko znaleźć informacje, gdzie się leczyć i jakie metody terapii są dostępne?

O tym myślałam kilka dni po operacji mózgu. Tak narodził się pomysł Mednavi. Mednavi – Twoja Medyczna Nawigacja wskaże wam drogę wtedy, gdy jesteście najbardziej zagubieni. Ja też tego zagubienia doświadczyłam. Dlatego wiem, jak ważne jest wsparcie w wyprawie po zdrowie. ■

# Rak piersi? Rak prostaty? Uważaj na osteoporozę!

Okolo 15 tysięcy mężczyzn zapada rocznie na raka prostaty, okolo 16 tysięcy kobiet słyszy diagnozę: „rak piersi”. Znaczna część z nich wymaga terapii obniżającej wydzielanie hormonów płciowych. Choć często ratuje ona życie, ceną może być skutek uboczny w postaci osteoporozy wtórnej. Ryzyko jej wystąpienia podwyższają również glikokortykosteroidy (GKS).

Osteoporoza wtórna dotyczy 30% przypadków osteoporozy ogółem w populacji kobiet i aż 54% w populacji mężczyzn. Zdaniem reumatologów problem jest niedostrzegany – wiele osób nie otrzymuje koniecznego leczenia. W efekcie dochodzi do złamań, które prowadzą do trwałej niepełnosprawności, a także – śmierci.

## Hormony a kości – istotny związek

Przez całe życie kości ulegają procesom demineralizacji i mineralizacji. W okresie wzrostu mineralizacja przeważa nad procesem odwrotnym, w młodości procesy te wzajemnie się równoważą, a w trzeciej-czwartej dekadzie życia demineralizacja zaczyna stopniowo przeważać. Im lepszy zatem „stan wyjściowy” kości, tym są one mocniejsze na starość. Choć mamy genetycznie zaprogramowaną szczytową gęstość kości, może ona nie osiągnąć tego maksimum. Dzieje się tak na przykład wtedy, gdy w okresie dzieciństwa i dojrzewania nie zapewnimy sobie odpowiedniej ilości wapnia i witaminy D.

Hormony płciowe, takie jak testosteron czy estrogeny, mają ogromny wpływ na nasze kości. Gdy spada ich wydzielanie, kości stają się słabsze. U kobiet często dzieje się tak podczas menopauzy. Spadek produkcji estrogenów, na dodatek zachodzący gwałtow-





nie, w połączeniu z nieco odmienną niż u panów budową kości (ci mają je z biologicznych przyczyn mocniejsze) odpowiedzialny jest za większą skłonność do osteoporozy u kobiet niż u mężczyzn.

Z kolei mężczyźni dużo częściej chorują na osteoporozę wtórną, która rozwija się m.in. wskutek leczenia przeciwandrogenowego stosowanego w terapii raka prostaty. Na osteoporozę wtórną narażone są także kobiety, które z powodu raka piersi muszą przyjmować leki powodujące zahamowanie wydzielania estrogenów. Oczywiście nie każdy, kto stosuje leki hamujące wydzielanie hormonów płciowych, doświadczy skutków osteoporozy, warto jednak pamiętać, że tego rodzaju terapia wzmacnia ryzyko złamań kości.

### Rak hormonozależny a osteoporoza: co robić?

Nie u wszystkich osób leczonych hormonoterapią złamania wystąpią. Owszem, zdarzają się, ale nie na początku terapii. W ciągu czterech lat od diagnozy raka prostaty jeden na pięciu pacjentów leczonych lekami hamującymi wydzielanie androgenów (ADT) doznaje złamania kości. Im dłużej trwa terapia takimi lekami, tym ryzyko złamań jest wyższe. W podobnej sytuacji znajdują się kobiety poddawane hormonoterapii raka piersi.

Złamanie osteoporotyczne nie jest czymś błahym – trzeba pamiętać, że najczęściej dochodzi do niego w zaawansowanym wieku, a wtedy unieruchomienie na pewien czas może doprowadzić do trwałej niepełnosprawności, a czasem śmierci.

Z tego powodu, niezależnie od wieku, u chorych leczonych z powodu raka prostaty lub raka piersi należy dokonywać **oceny ryzyka złamania osteoporotycznego**, a jednym z jej elementów jest **badanie densytometryczne kości**. Prawidłowe badanie powinno być wykonane za pomocą odpowiedniego aparatu i musi obejmować bliższy odcinek końca kości udowej. Proponowane czasem komercyjnie badania kości nadgarstka nie są miarodajne.

Prawidłowy wynik densytometrii nie wyklucza jednak w stu procentach osteoporozy. Lekarz powinien zebrać dokładny wywiad, często także zlecić dodatkowe badania i dopiero na



tej podstawie wykluczyć lub potwierdzić chorobę.

**Zarówno u kobiet leczonych z powodu raka piersi, jak i mężczyzn poddawanych terapii raka prostaty należy jak najszybciej wykonywać konieczną diagnostykę w kierunku osteoporozy i w razie konieczności nie zwlekać z wdrożeniem odpowiedniego leczenia.**

### „Nie łam się”: co jeszcze możesz zrobić?

W osteoporozie najistotniejsze jest unikanie złamań. Każdy ma tu szerokie pole do działania – oprócz regularnego przyjmowania zleconych leków można sporo zrobić, by nie wylądować w szpitalu z paskudnym złamaniem.

W tym celu dobrze jest:

zadbać o otoczenie, które będzie chroniło przed upadkiem (dobre, jasne oświetlenie w domu, brak chodniczków, na których można się poślizgnąć, korzystanie z poręczy przy schodach, wygodne i przylegające do stopy obuwie itp.)

stosować urozmaiconą dietę bogatą w wapń

podejmować aktywność fizyczną stosownie do stanu zdrowia

nie pić alkoholu ani nie palić papierosów.

Materiały i wypowiedzi z konferencji „Osteomisja – misja ratunkowa dla kości” (Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji 11 września 2019)

Źródło: zdrowie.pap.pl





*Elżbieta Dudzińska*

## ***Prawidłowe oddychanie – – niedoceniany czynnik w prewencji, diagnostyce i leczeniu chorób***

Większość z nas nie zwraca uwagi na sposób, w jaki oddychamy. Proszę, poobserwuj własny oddech i zadaj sobie następujące pytania: czy oddycham przez nos, czy przez usta? czy często wzdycham? czy mój oddech jest ciężki i słyszalny? czy górna część klatki piersiowej porusza się w sposób widoczny? czy często mam zatkany nos? czy budzę się z uczuciem suchości w jamie ustnej? Jeśli na kilka pytań odpowiedziałeś twierdząco, może cię dotyczyć problem nadmiernego oddychania, a także jego konsekwencje.

Prawidłowy oddech w spoczynku jest cichy, spokojny, regularny, przeponowy – dolną częścią klatki piersiowej, tylko przez nos, w dzień i w nocy. Fizjologiczna liczba oddechów na minutę to 10–12, a średnia objętość oddechu to około 500 ml. Minutowa wymiana powietrza to zatem około 5–6 litrów.

O ile dla każdego jest oczywiste, że zjadanie dziesięciu posiłków dziennie jest niezdrowe, o tyle na pierwszy rzut oka idea nadmiernego oddychania może wydawać się dziwna. Paradoks polega na tym, że **im głębsze i częstsze oddechy, tym bardziej niedotleniony jest nasz organizm.**

W przeciwieństwie do ostrej hiperwentylacji przewlekła hiperwentylacja często pozostaje niezauważona. Wielu z nas może nieświadomie wdychać dwu-trzykrotnie więcej powietrza niż wymaga tego fizjologia, a jednocześnie nie łączyć tego faktu z różnymi dolegliwościami.

## Nadmierne oddychanie

Dlaczego niewłaściwe oddychanie wywiera wpływ na każdy aspekt zdrowia i ma swój udział przeróżnych dolegliwościach? Krótkotrwałe wdychanie i wydychanie zbyt dużej ilości powietrza nie jest groźne i nie prowadzi do trwałych zmian w organizmie. Inaczej sprawa wygląda, jeśli ktoś oddycha nieco szybciej i głębiej przez dłuższy czas, miesiące i lata. Płuca takiej osoby przyjmują regularnie zwiększoną ilość powietrza i w konsekwencji wydychane jest więcej dwutlenku węgla niż wymaga tego fizjologia. Wpływa to na poziom pH krwi, prowadzi do skurczu mięśni gładkich w naczyniach krwionośnych i drogach oddechowych, zaburza metabolizm i funkcjonowanie organizmu.

Przedłużone w czasie nadmierne oddychanie doprowadza do zmian biochemicznych i zwiększonej wrażliwości organizmu na poziom dwutlenku węgla, co stopniowo przyczynia się do rozwoju różnych schorzeń.

### Informacje o Autorce artykułu

**lek. med. Elżbieta Dudzińska**

[www.zdrowie4u.pl](http://www.zdrowie4u.pl)

Absolwentka podyplomowych studiów Medycyny Integralnej dla lekarzy na Uniwersytecie Arizona w USA, trener z zakresu technik redukcji stresu MBSR oraz trener technik oddechowych Metodą Buteyko.

Zajmuje się terapiami oddechowymi, udziela porad lekarskich w ramach konsultacji integralnych oraz prowadzi warsztaty i wykłady dotyczące profilaktyki i edukacji pro-zdrowotnej.



Łączenie szerokiego spektrum objawów i dolegliwości ze strony różnych układów i narządów z częstotliwością i głębokością oddychania na pierwszy rzut oka może wydać się niedorzeczne. Wszystko jednak staje się oczywiste, jeśli zrozumiemy fizjologię dostarczania tlenu do tkanek i komórek oraz rolę dwutlenku węgla, niezwykle ważnego dla naszej fizjologii.

Pod pojęciem dotlenienia organizmu większość z nas rozumie tylko objętość powietrza wciąganego do płuc, a nie to, co w rzeczywistości jest dotlenieniem organizmu, czyli ilość tlenu, uwolnionego przez krwinki czerwone, który otrzymują tkanki i komórki.

Normalny poziom wysycenia krwi tlenem u zdrowej osoby to 95–99%. Jednocześnie warto wiedzieć, że organizm nie wchłania całości tlenu, który wdychamy. Zdrowa osoba, wdychając 4–6 litrów powietrza na minutę, w spoczynku wydechą 75% tlenu pobranego podczas wdechu, a w trakcie intensywnego wysiłku – 25% tlenu. **Nie ma więc możliwości, by szybsze czy głębsze wdechy poprawiły natlenienie krwi, choć pozornie wydawałoby się, że im częściej i głębiej oddychamy, tym bardziej dotleniamy organizm. Paradoks polega na tym, że jest odwrotnie!**

Aby utrzymać pH krwi w koniecznym zakresie, organizm broni się przed nadmierną utratą dwutlenku węgla i uruchamia różne mechanizmy kompensacyjne, takie jak skurcz mięśni gładkich w drogach oddechowych i naczyniach krwionośnych oraz zwiększone wydzielanie śluzu w górnych i dolnych drogach oddechowych. Poziom dwutlenku węgla decyduje również, ile tlenu możemy zużyć, bo łatwość uwalniania tlenu do tkanek i komórek przez cząsteczki hemoglobiny jest zależna od poziomu CO<sub>2</sub>. Im niższy poziom CO<sub>2</sub>, tym hemoglobina mocniej wiąże cząsteczki tlenu i słabiej je uwalnia (Efekt Bohra, odkrycie z 1904 roku, fakt wspomniany w każdym podręczniku fizjologii człowieka).

Wpływa to negatywnie na dotlenienie i funkcjonowanie poszczególnych układów i narządów. U osób chorujących na astmę m.in. te mechanizmy powodują brak tchu, duszność, kaszel i niemożność zaczerpnięcia satysfakcjonującego wdechu. Nadmierne oddychanie u osób predysponowanych ma związek z napadami lęku i paniki, a u dzieci może się wiązać z nadmiernym pobudzeniem i bywa mylnie rozpoznawane i leczone jako ADHD i ADD.

### Przyczyny nadmiernego oddychania

Zmiana wzorca oddychania i idąca za nim przewlekła hiperwentylacja mogą być spowodowane bardzo różnymi przyczynami. Mogą stanowić zaburzenie czynnościowe albo

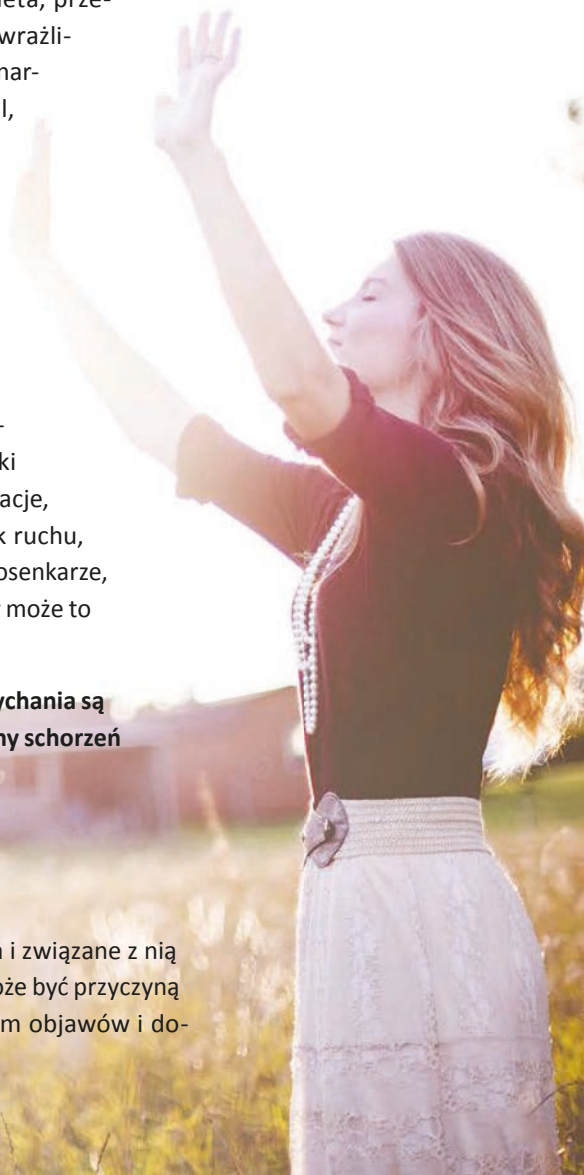
towarzyszyć zaburzeniom organicznym. Nadmierne oddychanie może pojawiać się pod wpływem:

- czynników psychicznych (stres, lęk, panika, cechy osobowości, np. perfekcjonizm, nadmierne ambicje, natręctwa, tłumione emocje, np. złość, nabyty nawyk, wzorce rodzinne, przekonania dotyczące oddychania, stres pourazowy, praca umysłowa wymagająca ciągłej koncentracji, długofalowa nuda, ból, postawa unikania związana z fobiami)
- czynników biochemicznych (alergie, dieta, przetworzona żywność, przejadanie się, nadwrażliwość receptorów na obniżone CO<sub>2</sub>, leki, narkotyki, aspiryna, opiaty, kofeina, alkohol, hormony, ćwiczenia fizyczne, przewlekłe stany podgorączkowe, temperatura, wilgotność, wysokość npm)
- czynników biomechanicznych (układ mięśniowo-szkieletowy: przeciążenia, niewłaściwe nawyki dotyczące postawy i ruchu, wady postawy, częste ruchy kończyn górnych, chroniczne oddychanie przez usta, czynniki kulturowe: „płaski brzuch”, obcisła odzież, wrodzone deformacje, unieruchomienie, np. pooperacyjne, brak ruchu, nadmierne mówienie, zawód: nurkowie, piosenkarze, muzycy, tancerze, pływacy). U danej osoby może to być jeden czynnik lub kombinacja wielu.

**Dokładny wywiad i badanie sposobu oddychania są konieczne, by zrozumieć objawy i przyczyny schorzeń danego pacjenta.**

### **Objawy i dolegliwości związane z nadmiernym oddychaniem**

Zbyt duża minutowa objętość oddechowa i związane z nią nieodpowiednie dotlenienie organizmu może być przyczyną lub czynnikiem nasilającym całe spektrum objawów i do-



legliwości w zależności od predyspozycji genetycznych, stopnia hiperwentylacji i stanu zdrowia. Mimo że przewlekła hiperwentylacja sama w sobie nie jest chorobą, to jest w stanie powodować objawy, które są identyczne jak w przypadku choroby organicznej. Nadmierne oddychanie zostało nazwane przez jednego z badaczy (Magarian, 1982) „diagnozą błagającą o rozpoznanie”. Pomimo licznych już badań i publikacji zwykle nie wchodzi ono w zakres zainteresowań środowiska medycznego. Innymi słowy, jeśli pacjent nie ma organicznej lub czynnościowej choroby płuc, nie zwraca się uwagi na wzorec oddychania i nie łączy się przewlekłej hiperwentylacji z szerokim spektrum objawów.



- *Objawy psychiczno-neurologiczne:* słaba koncentracja, pamięć, stany przedomdleniowe, napięcie, bóle głowy, gonitwa myśli, irytacja, zamglony umysł, nadmierny stres, napady paniki, problemy ze snem, chrapanie, bezdech, chroniczne zmęczenie, ogólne wyczerpanie.
- *Objawy ze strony układu krążenia:* przyspieszona, nieregularna akcja serca, zaburzenia rytmu, skurcze dodatkowe, wrażenie ucisku/bólu w klatce piersiowej, podwyższone ciśnienie. Ze strony układu oddechowego: zatłoczony nos, problemy z zatokami, brak powietrza, kaszel, chrapliwy oddech, częste ziewanie, chrapanie, bezdech nocny.
- *Objawy ze strony układu pokarmowego:* refluks, zespół jelita drażliwego, połykanie powietrza.

**Nadmierne oddychanie może mieć związek z występowaniem i przebiegiem różnych chorób.** Astma, nieżyt nosa, choroby zatok, przerost migdałków, nadciśnienie, chrapanie, bezdech nocny, płytki i przerywany sen, zespoły lękowe, napady paniki, nadmierny stres, depresja, zespół przewlekłego zmęczenia, nadciśnienie, zaburzenia rytmu serca, alergie, impotencja to tylko niektóre z chorób mających związek z przewlekłą hiperwentylacją.

**Konsekwencje nadmiernego oddychania u dzieci** są bardziej dramatyczne, bo często nieodwracalne. Oddychanie przez usta u dzieci negatywnie wpływa na rozwój intelektualny, przyczynia się do niewłaściwego rozwoju twarzoczaszki, małej i wąskiej żuchwy, wad zgryzu, przerostów migdałków, zwężenia górnych dróg oddechowych, aż po występowanie bezdechu nie tylko w dzieciństwie, ale i w życiu dorosłym. Niewłaściwe oddychanie u dzieci wiąże się z nadmiernym pobudzeniem i wielu przypadkach z mylną diagnozą ADHD i ADD, ponieważ objawy pobudzenia, których dziecko doświadcza, są konsekwencją gorszego dotlenienia mózgu w odpowiedzi na nadmierną wentylację. Wg badań ok. 55–58% dzieci oddycha przez usta.

## Oddychanie i stres

W dalekiej przeszłości stres wiązał się zawsze z intensywnym wysiłkiem fizycznym, walką lub ucieczką. Uruchamiany wtedy sposób szybszego oddychania przez usta, górną częścią klatki piersiowej zapewniał nam przewagę. Stresory się zmieniły, wysiłek fizyczny zniknął, ale mechanizm pozostał. W Nacierający drapieźnik zmienił się w szefa, kredyt, ambicje, teściową etc. Spowodowane stresem oddychanie nieadekwatne do potrzeb metabolicznych, z którym mamy do czynienia w XXI w. wiąże się z szeregiem niekorzystnych zmian fizycznych oraz biochemicznych wywołujących różne objawy ze strony organizmu. Przy nadmiernym oddychaniu przez pewien okres dochodzi do zmiany wrażliwości chemoreceptorów na CO<sub>2</sub> w ośrodku oddechowym i nasz mózg wysyła bodźce do mięśni oddechowych i przepony przy niższych poziomach CO<sub>2</sub>, co sprawia, że nawet gdy powód hiperwentylacji zniknie (np. przejściowy stres), to utrwalony nawyk nadmiernego oddychania trwa dalej.

## Normalizacja oddychania w leczeniu astmy

Optymalizacja sposobu oddychania jest czynnikiem, który może być bardzo pomocny w leczeniu astmy i w zwiększaniu skuteczności terapii. Pogłębione oddychanie to naturalny odruch u chorujących na astmę w odpowiedzi na uczucie duszności, głód powietrza i trudność w zaczerpnięciu satysfakcjonującego oddechu.

Badania pokazują, że osoby chorujące na astmę wymieniają dwu-trzykrotnie więcej powietrza na minutę niż osoby oddychające prawidłowo. Wdychanie i wydychanie zwiększonej ilości powietrza, często przez usta, powoduje skurcz oskrzeli, nasila stan zapalny w odpowiedzi na wdychane przez usta suche i chłodne powietrze, a w rezultacie nasila skurcz oskrzeli i głód powietrza. Brak korekty nadmiernego oddychania sprawia, że w wielu przypadkach, mimo stosowania dobrej farmakoterapii, przebieg astmy się zaostrza lub jest trudny do kontrolowania. Aby przerwać to błędne koło i skutecznie



kontrolować astmę ważna jest normalizacja objętości oddechowej oraz nauka oddychania tylko przez nos, w dzień i w nocy.

Przeprowadzone badania kliniczne (opublikowano ich 19) potwierdziły skuteczność normalizacji oddychania. W ciągu 3 miesięcy zmniejsza się potrzeba stosowania leków doraźnych do 90% i leków prewencyjnych do 50%.

W 2014 roku Światowa Inicjatywa na Rzecz Zwalczenia Astmy (GINA, The Global Initiative for Asthma), która opracowuje ogólnoświatowe wytyczne rozpoznawania i leczenia tej choroby, przyznała ćwiczeniom oddechowym wg Metody Buteyko, jako metodzie komplementarnej w leczeniu astmy, poziom ewidencji naukowej „A”, najwyższy stopień, jaki GINA przyznaje naukowo potwierdzonym terapiom.

### Normalizacja oddychania w leczeniu chrapania i bezdechu nocnego

Większość osób mających problem z chrapaniem i/lub bezdechem nocnym zwykle oddycha w sposób nadmierny, wymieniając zdecydowanie większą objętość powietrza niż wymaga tego fizjologia. Nadmierne oddychanie i oddychanie przez usta są czynnikami mającymi znaczący udział w obu dolegliwościach. Osoby chrapiące i cierpiące na bezdech nocny doświadczają wielu różnych objawów: przerywany i nieregularny sen, potrzeba udania się do toalety w ciągu nocy, zmęczenie i senność w ciągu dnia, budzenie się rano zmęczonym, z zatkanym nosem i suchością w jamie ustnej. Eliminacja nadmiernego oddychania redukuje ilość epizodów bezdechu i chrapania oraz znacząco wpływa na poprawę samopoczucia i jakość funkcjonowania w ciągu dnia. Przywrócenie prawidłowej objętości oddechowej oraz oddychanie tylko przez nos to warunki konieczne, niezależnie od innych terapii, aby pomóc sobie w leczeniu tych dolegliwości. Ćwiczenia oddechowe w terapii Metodą Buteyko zmniejszają objętość oddechową i uczą oddychania przez nos w dzień i w nocy, co sprawia, że są bardzo sku-





teczną terapią komplementarną w leczeniu chrapania i bezdechu nocnego. Reedukacja oddechowa chroni przed konsekwencjami związanymi z bezdechem nocnym (nadciśnienie, zaburzenia rytmu serca, udary) lub zmniejsza skalę już zaistniałych dolegliwości.

## Terapia – przywrócenie fizjologicznego wzorca oddychania

Jeśli przez miesiąc lub dłużej oddychamy w sposób nadmierny, to powrót do prawidłowego, fizjologicznego oddychania wymaga nieco wysiłku i determinacji, tak jak przy każdej zmianie utrwalonego nawyku.

Jak już wspomniano, oddychając przez pewien czas w sposób nadmierny, doprowadzamy do zmiany wrażliwości chemoreceptorów na CO<sub>2</sub> w ośrodku oddechowym. Nasz mózg wysyła wtedy bodźce do mięśni oddechowych i przepony przy niższych poziomach CO<sub>2</sub>, co sprawia, że nadal nadmiernie oddychamy.

Zmiana nawyku jest możliwa przez praktykowanie odpowiednio dobranych ćwiczeń oddechowych, które są stosunkowo łatwe do wdrożenia. Niektóre można praktykować podczas rutynowych czynności, bez poświęcania dodatkowego czasu. Ich celem jest przywrócenie fizjologicznego wzorca oddychania, adekwatnego do potrzeb metabolicznych i stanu organizmu w danym momencie. We wszystkich przypadkach normalizacja wrażliwości

chemoreceptorów na dwutlenek węgla poprzez ćwiczenia oddechowe powinna być w centrum terapeutycznych interwencji. Jednocześnie normalizacja oddychania wymaga wielokierunkowego podejścia. Przyczyny przewlekłej hiperwentylacji są różne u różnych osób. W wielu przypadkach jest to kombinacja czynników psychicznych i fizycznych, dlatego w leczeniu niewłaściwego wzorca oddychania należy brać pod uwagę różne podejścia terapeutyczne, ukierunkowane zarówno na objawy, jak i leżącą głębiej przyczynę. Mogą to być np. techniki redukcji stresu, różne techniki relaksacyjne, psychoterapia, zmiana nawyków żywieniowych, mobilizacja ruchowa i ćwiczenia fizyczne.



Często zmiany funkcjonalne (niewłaściwe oddychanie) powodują strukturalne modyfikacje w układzie oddechowym. Jeśli wzorzec oddychania był zaburzony przez dłuższy czas, to konieczna jest normalizacja funkcji mięśni i stawów związanych z oddychaniem, aby móc skutecznie przywrócić prawidłowe oddychanie.

## Terapia według Metody Buteyko

Terapia Metodą Buteyko składa się z odpowiednio dobranych ćwiczeń oddechowych i specjalnie opracowanych zaleceń, których celem jest redukcja nadmiernego oddychania (chronicznej hiperwentylacji), przywrócenie prawidłowego, fizjologicznego sposobu oddychania, a dzięki temu pozytywny wpływ na zdrowie i leczenie wielu chorób.

Metoda Buteyko jest łatwa i bardzo efektywna. Już po 10–14 dniach prostych ćwiczeń zredukowanego oddychania obserwuje się widoczne rezultaty, zmniejszenie lub ustąpienie niektórych objawów.

Założenia terapii są pozornie bardzo proste: normalizacja objętości oddechowej, spokojne oddychanie tylko przez nos (24 godziny na dobę, co oznacza również oddychanie przez nos podczas snu), oddychanie przeponowe i prawidłowa postawa (tylko przy prawidłowo wyprostowanej postawie oddychanie przez nos uruchamia w pełni przeponę). Niektórzy, po lekturze książek opisujących metodę, są w stanie wprowadzić zmiany samodzielnie. Większość osób wymaga jednak specjalistycznego wsparcia, najpierw w diagnozie sposobu oddychania oraz przyczyn nadmiernego oddychania, następnie w doborze odpowiednich ćwiczeń i terapii ukierunkowanej na źródło problemu.

Ważne jest również wspieranie motywacji i monitorowanie zmiany nawyku. Przeprogramowanie wrażliwości chemoreceptorów w mózgu, w ośrodku oddechowym, jest procesem stopniowym, wymagającym cierpliwości i kolejnego wprowadzania różnych ćwiczeń. Dotyczy to szczególnie osób cierpiących na różne schorzenia, w tym na astmę, zaburzenia snu, chrapanie i bezdech nocny.

## Podsumowanie

Kluczem do znaczącej poprawy dotlenienia organizmu nie jest branie dużych oddechów, a wręcz przeciwnie: zredukowanie objętości oddechowej, oddech przeponowy i oddychanie tylko przez nos, w dzień i w nocy. Oddech powinien być cichy, spokojny, regularny, z delikatnymi ruchami dolnej części klatki piersiowej (oddech przeponowy). Objętość oddechową możemy zmniejszyć na dwa sposoby: wdychając i wydychając wolniej taką

samą objętością powietrza, jak przy oddechu nawykowym, lub zmniejszając ilość powietrza, którą wdychamy przez nos. Ważne jest również, aby zadbać o dobrą postawę i wyprostowane plecy, bo tylko wtedy uda nam się w trakcie oddychania w pełni uruchomić przeponę. Prawidłowe oddychanie to warunek konieczny do tego, by cieszyć się pełnią zdrowia oraz pomóc sobie w leczeniu różnych dolegliwości. Prawidłowa dieta i aktywność fizyczna nie są w stanie zrekompensować negatywnego wpływu nadmiernego oddychania na zdrowie! ■



## Wzięłam sprawy w swoje ręce. Moja "przygoda" z rakiem



*Bogusława Wójcik*

Moją historię dedykuję wszystkim, którym zależy na tym, aby w ich życiu gościł spokój, zdrowie, harmonia, a którzy jednocześnie doświadczają niepokoju wynikającego z bezsilności wobec ogromu cierpienia i choroby. Każdy z nas może opowiedzieć własną historię swojego życia i zdrowia, na którą składa się to, gdzie byliśmy, w jakim punkcie jesteśmy i do-  
kąd zmierzamy.

Pozwólcie, że przedstawię Wam moją historię i podzielę się tym, czego doświadczyłam i co odkryłam, a dzięki czemu cieszę się dobrym zdrowiem i wspaniałym życiem, w którym gości radość.

***To, co jemy, to, co robimy  
to połowa sukcesu.  
Druga połowa to nasza głowa.***

„Przygodę” z rakiem przeżyłam pięć lat temu. Diagnoza powaliła mnie na kolana... RAK PIERSI z przerzutami do węzłów chłonnych, IV stopień zaawansowania... W moim

sercu pojawił strach, ból, złość, rozpacz, bezsilność. Nasuwało się pytanie: co dalej, w jakim kierunku pójść? Kompletny mętlik w głowie i zagubienie, których zapewne doświadcza każdy po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej, paraliżowały mnie, uniemożliwiały ustosunkowanie się do choroby i podjęcie samodzielnej, wolnej decyzji co do leczenia. Tę emocjonalną torturę „zafundowała” mi nasza służba zdrowia. Z życzliwością i troską zarządzano moim życiem i ciałem, wiedząc z góry, co dla mnie jest najlepsze i nie licząc się zupełnie z moim zdaniem. Nikt mnie o nic nie zapytał, niczego nie wytłuma-

czył – jakbym była przedmiotem... Gdy pozwoliłam sobie na włączenie się do dyskusji w poszukiwaniu najlepszej dla mnie opcji terapeutycznej, uprzejmość się skończyła, a zakręlowała ironia i arogancja. A kiedy wypowiedziałam swoje zastrzeżenia i obawy, użyto najstarszej na świecie broni do łamania przeciwnika: strachu. Powiedziano mi bez ogródek: „Zostało Pani trzy miesiące życia, jeśli nie weźmie pani chemii i radioterapii”. To największa krzywda, jaką można wyrządzić pacjentowi: odebrać mu nadzieję.

Wybrałam te trzy miesiące życia. Tyle czasu powinno wystarczyć na spełnienie mojego ostatniego marzenia, którego jeszcze nie udało mi się zrealizować. Niestety, nie takiej odpowiedzi oczekiwali lekarze z konsylium rozpatrującego mój przypadek. Podejmując decyzję o rezygnacji z chemioterapii i naświetlań, nie mogłam liczyć na wsparcie naszej służby zdrowia, w której – w moim odczuciu – nie ma człowieka, lecz tylko procedury, ścieżki postępowania i pieniądze, które można na człowieku zaoszczędzić lub zarobić.

***Kładź nacisk na pozytywne myśli, które leczą twoje ciało i umysł.***

Postanowiłam wziąć sprawy w swoje ręce, a właściwie powierzyć je Bogu – niech pokieruje moim sercem i rozumem tak, bym podejmowała słuszne decyzje. Podałam się finansowanemu przez NFZ radykalnemu leczeniu chirurgicznemu (podczas operacji usunięto mi również zajęte przez nowotwór węzły chłonne). Oddałam się w ręce świetnego specjalisty, do którego trafiłam po długich poszukiwaniach i któremu zaufałam. Ten wspianiały człowiek zgodził się pobrać podczas operacji próbki guza – co nie jest łatwą procedurą, jeśli mają nadawać się do dalszej diagnostyki – aby moi bliscy mogli zawieźć je do Niemiec. Tam, w oparciu o wycinki guza, przygotowano dla mnie szczepionkę przeciwnowotworową, a przy okazji wykonano



testy wrażliwości na chemioterapię. Udało mi się także znaleźć w Polsce lekarza, który poprowadził leczenie tamoxifenem (wskazanym w przypadku mojego nowotworu), lecz w niższych, dających mniej skutków ubocznych dawkach. Jednocześnie intensywnie pracowałam nad psychiką (przepowiednie lekarzy o czekającej mnie rychłej i nieuchronnej śmierci wywołały we mnie ogromną traumę), radykalnie zmieniłam sposób odżywiania i jeszcze bardziej cieszyłam się życiem.

Obserwując swój organizm i oswajając chorobę, odkryłam, że optymalnym sposobem odżywiania jest w moim przypadku makrobiotyka. Choć początki był ciężkie, teraz sama wspieram kilka chorych osób we wprowadzaniu dobrych nawyków żywieniowych (podnosząc je także na duchu) i prowadzę w moim domu warsztaty z makrobiotyki. „Przygoda” z rakiem ostatecznie zaowocowała podniesieniem jakości mojego życia, duchowym wzrostem i nową pasją, którą jest zdrowe żywienie oparte na makrobiotyce.

Mam 54 lata, mogę z całą pewnością stwierdzić, że radość i dbałość o zdrowie są najważniejszymi zasadami w moim życiu. Dziękuję Bogu za to doświadczenie, które zmieniło mój sposób postrzegania świata i rzeczy i postawiło na mojej drodze wspaniałych i empatycznych ludzi z wielkim sercem.

Z serca dziękuję tym, którzy mnie wspierali na mojej drodze do zdrowia: mojej córce Madzi za oddanie, opiekę i wsparcie; moim bliskim i przyjaciółom za pomoc i życzliwość; dr. W. – człowiekowi wielkiego serca – za przywrócenie Wiary i Nadziei, za wspaniałe leczenie; Bożenie Schleicher, dzięki której poznałam zasady makrobiotyki antynowotworowej. W końcu najważniejszej osobie – mojemu narzeczonemu, który poznał mnie, gdy zmagalam się z chorobą. Uczucie i troska, którymi mnie otoczył, umożliwiło mi całkowitą akceptację mojego ciała, wzmocniło moją wiarę i dodawało sił. Ostatnia myśl: kluczem do pozytywnych zmian w naszym życiu jest samoakceptacja, uczmy się miłości do siebie. ■

## Prawdziwe oblicze kukurydzy

*Kukurydza – podstawowy pokarm Majów, Azteków i Inków. Plemię Indian Hopi po dziś dzień odżywia się wyłącznie kukurydzą i dynią. Kukurydza uprawiana w sposób naturalny zawiera bardzo dużo przeciwnowotworowego selenu, a poza nim m.in. witaminy D, E, K, witaminy z grupy B, a także magnez, potas, wapń, cynk, jod i żelazo. Stanowi również cenne źródło luteiny i zeaksantyny oraz błonnika. Niech kukurydza, zapewniająca nam optymalną ilość energii i składników odżywczych, często gości na naszych stołach.*

### Kotleciki z polenty

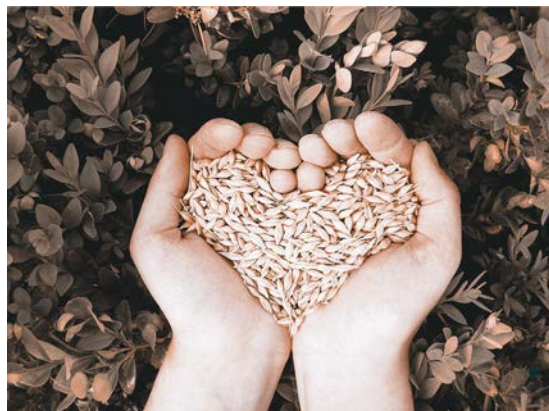
#### Składniki:

- 1 szklanka kaszki kukurydzianej
- 5–6 szklanek wody
- sól kłodawska
- pieprz
- kurkuma
- estragon
- sos sojowy shoyu



Do 2 szklanek zimnej wody dodajemy – mieszając – szklankę kaszki kukurydzianej. Wymieszaną z wodą kaszkę wlewamy do 3–4 szklanek gotującej wody, solimy. Po zagotowaniu zmniejszamy ogień i stale mieszając, gotujemy około 15–20 minut. Po tym czasie wylewamy kaszkę na blachę do pieczenia (warstwa kaszki powinna wynosić ok. 2 cm) i pozostawiamy do ostygnięcia. Następnie kaszkę kroimy w niewielkie prostokąty i marynujemy pieprzem, kurkumą, estragonem i sosem sojowym shoyu. Po około 10 minutach kotlety wkładamy do piekarnika i zapiekamy na papierze do pieczenia przez ok 20 minut lub smażymy na patelni na dobrze rozgrzanym oleju. Podajemy z pikantnym sosem, na przykład chrzanowym i dobrą surówką. Smacznego – Bogusława Wójcik. ■

# Makrobiotyka – naturalna kuchnia



*Bogusława Wójcik*

Makrobiotyka to naturalny sposób odżywiania, zrównoważony energetycznie i wspomagający siły witalne, oparty na pokarmach nieprzetworzonych, pochodzących z naturalnych i lokalnych upraw. Jakość

i komfort życia zależy od tego, co jemy – makrobiotyka pokazuje to w sposób nie budzący wątpliwości. Osoby odżywiające się zgodnie z zasadami makrobiotyki są między innymi bardziej odporne na infekcje i dzięki diecie mogą pokonać wiele dolegliwości, a obserwując zachodzące w przyrodzie zmiany, osiągnąć równowagę i cieszyć się długim życiem. Makrobiotyka może również wesprzeć organizm w walce z chorobą nowotworową. Jako jedna z form terapii przez jedzenie, skupia się jednak raczej na profilaktyce niż na przywracaniu zdrowia. Jej celem jest zachowanie dobrego zdrowia dzięki odżywianiu.

## Oto główne korzyści płynące z diety makrobiotycznej:

- ☛ wzmocnienie naturalnej odporności
- ☛ lepsze trawienie i wydalanie
- ☛ poprawa krążenia i oczyszczenie krwi
- ☛ sprawne działanie układu nerwowego i mózgu, jasność umysłu
- ☛ lepsza praca gruczołów wydzielania wewnętrznego
- ☛ większa wytrzymałość fizyczna, większa odporność psychiczna



## Przyjmuje się, że standardowa dieta makrobiotyczna obejmuje:

- ☛ pełne ziarna zbóż i kasze: 40-60%
- ☛ warzywa: 25-30% (w tym warzywa strączkowe i kiszone – 3-5%)
- ☛ warzywa morskie (wodorosty) i dziko rosnące (w tym grzyby): 3-5%
- ☛ zupy: 5-15% codziennego pożywienia
- ☛ nasiona i orzechy: małe ilości – 3-5%
- ☛ naturalne słodkości: małe ilości – do 5%
- ☛ napoje: tylko naturalne herbaty i kawy zbożowe, naturalnie fermentowane napoje, świeża woda dobrej jakości itd.
- ☛ przyprawy: naturalnie przetworzone, świeże zioła, rzadziej susz
- ☛ produkty zwierzęce: rzadko – ryby, owoce morza, drób i jaja z naturalnych hodowli (obecność produktów mięsnych w diecie może być ważna dla osób mających kłopoty z radykalnym zaprzestaniem spożywania mięsa)

Choć makrobiotyczny sposób odżywiania nie jest wegetarianizmem, twórca współczesnej makrobiotyki Georges Ohsawa następująco skomentował kwestię spożywania mięsa: *Jesteśmy dziećmi naszej roślinnej matki*. Jeszcze radykalniej wypowiedział się w sprawie spożywania mleka i nabiału, z którego makrobiotycy rezygnują: *uwielbienie dla mleka i nabiału jest jednym z wielkich przesądów współczesności, a także: w przyrodzie żadne stworzenie po okresie ząbkowania nie jest karmione i uzależnione od mleka matki, tym bardziej mleka pochodzącego od stworzenia innego gatunku*.

Jedną z elementarnych zasad diety makrobiotycznej jest przyrządzenie potraw z produktów dostępnych w strefie klimatycznej, w której żyjemy. Jadłospis jest dostosowany do panującej pory roku. W makrobiotyce nie ma miejsca dla produktów mrożonych, poddanych procesom pasteryzacji, konserwacji ani też dla gotowych półproduktów, poddanych obróbce termicznej. Posiłki przyrządzane są na wiele sposobów: gotowane, blanszowane, pieczone, smażone (nigdy w naczyniach z teflonu lub aluminium ani w kuchence mikrofalowej).



Kuchnia makrobiotyczna nie opiera się na tradycyjnej piramidzie żywieniowej. Nie ma w niej podziału produktów żywnościowych na dostarczające białka, węglowodanów czy tłuszczów. Obowiązuje natomiast podział na produkty ochładzające (*yin*) i ogrzewające (*yang*) oraz łączenie ich w zbalansowane posiłki.

Oto przykłady produktów zrównoważonych, bardzo ogrzewających (*yang*) i bardzo ochładzających (*yin*):

### Produkty spożywcze zrównoważone:

- ☛ całe ziarna zbóż
- ☛ produkty strączkowe
- ☛ warzywa korzeniowe i naziemne
- ☛ warzywa morskie (wodorosty, glony)
- ☛ warzywa liściowe
- ☛ nierafinowany olej roślinny
- ☛ woda źródłana i studzienna
- ☛ niearomatyzowane oraz niestymulujące gatunki herbat, a także inne napoje
- ☛ nasiona i orzechy
- ☛ owoce z umiarkowanej strefy klimatycznej
- ☛ sód ryżowy, jęczmienny i inne naturalne środki słodzące produkowane ze zboża.



### Produkty spożywcze bardzo ogrzewające:

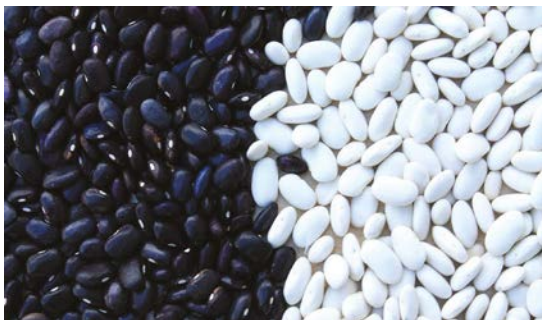
- ☛ sól
- ☛ jaja
- ☛ mięso, sery
- ☛ drób, ryby, zwierzęta morskie.

## Produkty spożywcze bardzo ochładzające

- biały ryż, biała mąka, artykuły mrożone i konserwowane
- owoce i warzywa tropikalne
- mleko, śmietana, jogurty i lody
- niektóre przyprawy, np. kolendra, mięta
- napoje aromatyzowane i stymulujące (kawa, czarna herbata)
- miód, cukier i inne rafinowane środki słodzące
- alkohol.

Odżywianie się produktami zrównoważonymi objawia się pełnią zdrowia i doskonałym samopoczuciem. Dlatego mimowolnie solimy ogórki czy pomidory: intuicyjnie wyczuwamy ich niezrównoważony potencjał (nadmiar wody powoduje, że sa *yin*), który równoważymy, soląc potrawę.

Posiłki spożywane są w momencie odczuwania głodu, mniej więcej 3 razy dziennie, najlepiej o stałych porach. Makrobiotyicy starają się jeść w ciszy i spokoju, powoli i dokładnie przeżuwać. Ostatni posiłek musi być spożyty około trzy godziny przed snem.



Czas przywracania równowagi organizmu jest sprawą bardzo indywidualną. Niektórym wystarczą 2–3 miesiące, by wyraźnie odczuli dobroczynny wpływ diety makrobiotycznej na stan zdrowia i samopoczucie, innym potrzeba będzie pół roku albo więcej. Przytoczmy na koniec słowa twórcy współczesnej makrobiotyki Georgesa Ohsawy: *Moja rada natomiast jest taka, abyśmy wszystkie zmiany wprowadzali powoli i z rozmysłem. Rozważając zagadnienie, co możemy, a czego nie należy spożywać, nie powinniśmy zapomnieć o najważniejszej zasadzie makrobiotycznej, że jakość zawsze pozostaje pod przemożnym wpływem ilości. To my dzień po dniu, podczas każdego posiłku decydujemy, czy chcemy być zdrowi, czy chorzy. Zrównoważone energetycznie makrobiotyczne odżywianie zapewnia nam zdrowie na wszystkich płaszczyznach funkcjonowania człowieka. Życzę Wam jak najwięcej tej normalności w naturalności, a także mądrości, cierpliwości i konsekwencji w zmienianiu życia, by było przede wszystkim zdrowe, proste i lepsze.* ■



# Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin

[www.eanu.de](http://www.eanu.de)

INTEGRACYJNE LECZENIE RAKA

Kwartalnik „Aktualności Medyczne” oraz newsletter E.A.N.U. dostępne są w wersji online na [www.aktualnosci-medyczne.pl](http://www.aktualnosci-medyczne.pl). Jesteście Państwo zainteresowani otrzymywaniem naszego bezpłatnego czasopisma? Zapraszamy do zamawiania go drogą e-mailową.



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



Kwartalnik „Aktualności Medyczne” 14 (nr 3/2019)

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

**ZESPÓŁ REDAKCYJNY:** dr med. Andreas Hans Wasylewski, Alicja Kałużny, Joanna Reczyńska, Danilo Geritz

**REDAKCJA I SKŁAD:** Alicja Kałużny

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

ISSN 2450-9590

