

# HEMATOLOGIA poradnik pacjenta

wydanie III, uzupełnione



ORGANIZACJA  
POŻYTKU  
PUBLICZNEGO  
KRS 0000504682



<b>CZĘŚĆ I. Nowotwory krwi</b>	<b>5</b>
Jak powstaje nowotwór krwi?	6
Przyczyny nowotworów krwi	6
Rodzaje nowotworów krwi	7
Jakie badania są wykonywane, aby rozpoznać nowotwór krwi?	7
Leczenie nowotworów krwi	8
Najczęstsze nowotwory krwi	10
<b>CZĘŚĆ II. Wywiad</b>	<b>30</b>
Sytuacja pacjentów hematoonkologicznych w Polsce.	
Wywiad ze specjalistą chorób wewnętrznych i hematologii profesorem Grzegorzem Basakiem	31
<b>CZĘŚĆ III. Życie z nowotworem</b>	<b>43</b>
Diagnoza	44
Reakcje emocjonalne po usłyszeniu diagnozy	45
Leczenie hematoonkologiczne	46
Depresja	52
Pozytywny przykład potrzebny od zaraz	53
<b>CZĘŚĆ IV. Zasady prawidłowego żywienia w hematoonkologii</b>	<b>55</b>
Dieta jako wsparcie w procesie leczenia pacjentów onkologicznych	56
Poradnictwo dietetyczne	56
Wpływ choroby nowotworowej na stan odżywienia pacjenta	57
Leczenie wyniszczenia nowotworowego	58
Metody leczenia nowotworów krwi i ogólne zalecenia żywieniowe	60
Zalecenia żywieniowe w trakcie chemioterapii	61
Zalecenia żywieniowe w trakcie radioterapii	62
Wskazówki żywieniowe w wybranych dolegliwościach występujących u chorych leczonych onkologicznie (chirurgia, chemio – i radioterapia)	64
Zalecenia żywieniowe po zakończeniu leczenia onkologicznego	76
Przykładowy jadłospis po zakończeniu leczenia onkologicznego	80
Rola żywienia medycznego w chorobie nowotworowej	98
<b>CZĘŚĆ IV. Materiały wideo</b>	<b>102</b>

# PRZEDMOWA

Szanowni Państwo,  
jako była pacjentka onkologiczna doskonale rozumiem, jak czuje się pacjent na początku leczenia. Wiem, co oznacza strach związany z samą diagnozą, ale także pamiętam, jakie obawy towarzyszą pacjentowi na każdym etapie leczenia. Z własnego doświadczenia wiem, że w tym niełatwym okresie życia, podczas zmagania się z chorobą, pomocny jest przewodnik, który nie pozwoli zagubić się pacjentowi w chaosie informacji i emocji. Dlatego w 2014 roku założyłam Fundację OnkoCafe – Razem Lepiej, która pomaga pacjentom onkologicznym i ich bliskim już od chwili postawienia diagnozy. Organizujemy spotkania, warsztaty, grupy wsparcia, rehabilitacje, oferujemy pomoc specjalistów. Realizujemy kampanie edukacyjne. Jako pacjentka i prezes Fundacji wychodzę z założenia, że pacjent dobrze poinformowany, to pacjent lepiej leczący się. W związku z tym zaprosiłam do stworzenia tego poradnika takich specjalistów jak: lekarz, psychoonkolog i dietetyk, aby nam, pacjentom, leczyło się lepiej.



Anna Kupiecka  
prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej

ORGANIZACJA  
POŻYTKU  
PUBLICZNEGO  
KRS 0000504682



Każde z działań fundacji możemy prowadzić dzięki wsparciu naszych Darczyńców. Wpłać darowiznę. Pomóż nam pomagać.

# SŁOWO WSTĘPU

Poradnik dla pacjentów dotkniętych nowotworami krwi pod tytułem „Hematologia” to opracowanie, które ma szansę realnie zmienić komfort życia z chorobą. Jak troskliwy opiekun otula zdezorientowanego, przestraszonego i często bezradnego chorego szalem kluczowych informacji, które nie tylko merytorycznie wyjaśniają przyczyny, rodzaje nowotworów krwi, ale również bardzo przystępnie prowadzą czytelnika przez proces diagnozy i leczenia. Eksperci zaproszeni przez Fundację OnkoCafe oraz firmę Janssen w prosty i bardzo przyjazny sposób budują świadomość pacjenta i jego właściwe postawy w tej zupełnie nowej życiowej sytuacji. Oswajanie choroby nie jest łatwe. Kluczową rolę w tym procesie odgrywa wiedza na temat problemów, z którymi przyjdzie nam się zmierzyć w trakcie choroby i terapii oraz przewidywalność pewnych sytuacji i stanów. Poradnik kompleksowo prezentuje podstawowe dolegliwości i podpowiada, jak sobie z nimi radzić. Dostarcza garści praktycznych wskazówek na temat diety pacjenta w trakcie i po zakończonym leczeniu.

Badanie opinii pacjentów hematologicznych w Polsce przeprowadzone przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego we współpracy z Fundacją Urszuli Jaworskiej na grupie ponad 400 chorych jednoznacznie potwierdza, że wciąż co czwarty pacjent niewiele wie na temat swojej choroby, jej przebiegu i procesu leczenia. Niech ten przewodnik stanie się latarnią dla wszystkich zagubionych w chorobie. Niech uczyni ich codzienność, być może nie piękniejszą, ale na pewno jaśniejszą.



dr Małgorzata Gałązka-Sobotka  
Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia  
Uczelnia Łazarskiego  
Wiceprzewodnicząca Rady NFZ

# CZĘŚĆ I NOWOTWORY KRWI

dr Anna Świeboda-Sadlej



dr Anna Świeboda-Sadlej.

Absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie. Specjalistka chorób wewnętrznych, hematologii i onkologii klinicznej. Wieloletnia pracowniczka Kliniki Hematologii i Onkologii Uniwersytetu Warszawskiego, obecnie zatrudniona w Szpitalu Onkologicznym Magodent grupy LUXMED. Zajmuje się konsultacjami i leczeniem systemowym nowotworów hematoonkologicznych. Jest autorem i współautorem wielu publikacji z dziedziny hematologii i onkologii.

Nowotwory krwi to nowotwory, które atakują system krwionośny oraz samą krew, szpik kostny i układ limfatyczny. Szpik kostny produkuje białe i czerwone krwinki oraz płytki krwi. Białe krwinki (leukocyty) chronią organizm przed wirusami i bakteriami. Czerwone krwinki (erytrocyty) transportują tlen z płuc do organów ciała. Płytki krwi (trombocyty) z kolei odgrywają istotną rolę w procesie krzepnięcia krwi. Wszystkie te rodzaje krwinek powstają z komórek macierzystych w szpiku kostnym i tam dojrzewają. Do krwi przedostają się jedynie dojrzałe komórki.

## JAK POWSTAJE NOWOTWÓR KRWI?

Nowotwór rozwija się, gdy komórki zaczynają rozrastać się w niekontrolowany sposób. Zdrowe komórki w naszym organizmie rosną, dzielą się, dojrzewają i obumierają. Komórki nowotworowe nie przestają rosnąć i nie obumierają. Ich liczba w organizmie stale narasta. Chore komórki krążą we krwi i osiadają w narządach całego organizmu (wątroba, śledziona, węzły chłonne), powodując ich powiększanie, a następnie powolne uszkodzanie. W szpiku kostnym komórki nowotworowe wypierają komórki zdrowe, dlatego dochodzi do niedoboru krwinek czerwonych (anemii) lub płytkowych (małopłytkowości). Komórki nowotworowe powstają w wyniku uszkodzenia ich DNA (czyli kwasu dezoksyrybonukleinowego). Na ogół organizm jest zdolny do naprawy uszkodzeń w DNA. W komórkach nowotworowych DNA nie może być naprawione czego konsekwencją jest niekontrolowane namnażanie się tychże komórek.

## PRZYCZYNY NOWOTWORÓW KRWI

W większości przypadków nie można znaleźć konkretnej przyczyny rozwoju nowotworu krwi. Przyjmuje się, że czynnikami przyczyniającymi się do powstania choroby mogą być:

- niektóre wirusy,
- predyspozycje genetyczne: ryzyko rozwoju nowotworu jest znacznie podwyższone u osób z niektórymi chorobami wrodzonymi, np. zespołem Downa,
- promieniowanie jonizujące,
- środki chemiczne,
- ciężkie zakażenia.

## RODZAJE NOWOTWORÓW KRWI

W zależności od miejsca powstania nowotwory krwi dzielą się na dwie duże grupy:

- nowotwory układu krwiotwórczego wywodzące się ze szpiku kostnego – białaczki (np. ostra białaczka szpikowa, przewlekła białaczka szpikowa), czerwienica prawdziwa, nadpłytkowość samoistna, osteomielifibroza, zespoły mielodysplastyczne,
- nowotwory limfoidalne, wywodzące się z układu chłonnego – chłoniaki, w tym ziarnica złośliwa, szpiczak plazmocytowy, przewlekła białaczka limfocytowa.

## JAKIE BADANIA SĄ WYKONYWANE, ABY ROZPOZNAĆ NOWOTWÓR KRWI?

U pacjenta z podejrzeniem nowotworu krwi pierwszym badaniem jest zwykle morfologia z rozmazem mikroskopowym i podstawowe badania biochemiczne.

Zwykle konieczne są badania specjalistyczne, do których należą:

- biopsja szpiku kostnego. Istnieją dwa rodzaje tego badania Biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja. Jeśli chodzi o biopsję aspiracyjną, to podczas niej pobierany jest szpik kostny poprzez nakłucie kości talerza biodrowego lub mostka i zaaspirowanie (wciągnięcie) do strzykawki płynnego szpiku. Szpik wygląda podobnie do krwi. Po pobraniu wykonuje się tzw. rozmazy, tzn. szpik rozprowadza się na szkiełkach mikroskopowych, które się następnie barwi i ogląda pod mikroskopem. Trepanobiopsja natomiast polega na pobraniu niewielkiej próbki kości, zawierającej szpik kostny, przeważnie z kości biodrowej. Zabieg wykonuje się w znieczuleniu miejscowym. Badanie daje pełniejszy obraz niż biopsja aspiracyjna. Po badaniu może pojawić się krwawienie lub krwiak w miejscu nakłucia igłą,
- badanie immunofenotypu – bada się obecność antygenów powierzchniowych charakterystycznych dla danego rodzaju choroby. Na podstawie tego badania rozróżnia się poszczególne nowotwory i ustala ich typy,
- badanie cytogenetyczne – jest to badanie genów i chromosomów. Badanie

Ponad 50% wszystkich chorych na nowotwory krwi stanowią osoby w wieku powyżej 65 lat. Ostre białaczki i niektóre chłoniaki mogą wystąpić w każdym wieku, także u dzieci.

zmian w materiale genetycznym może przyczynić się do ustalenia, czy dana komórka jest komórką prawidłową, czy nowotworową,

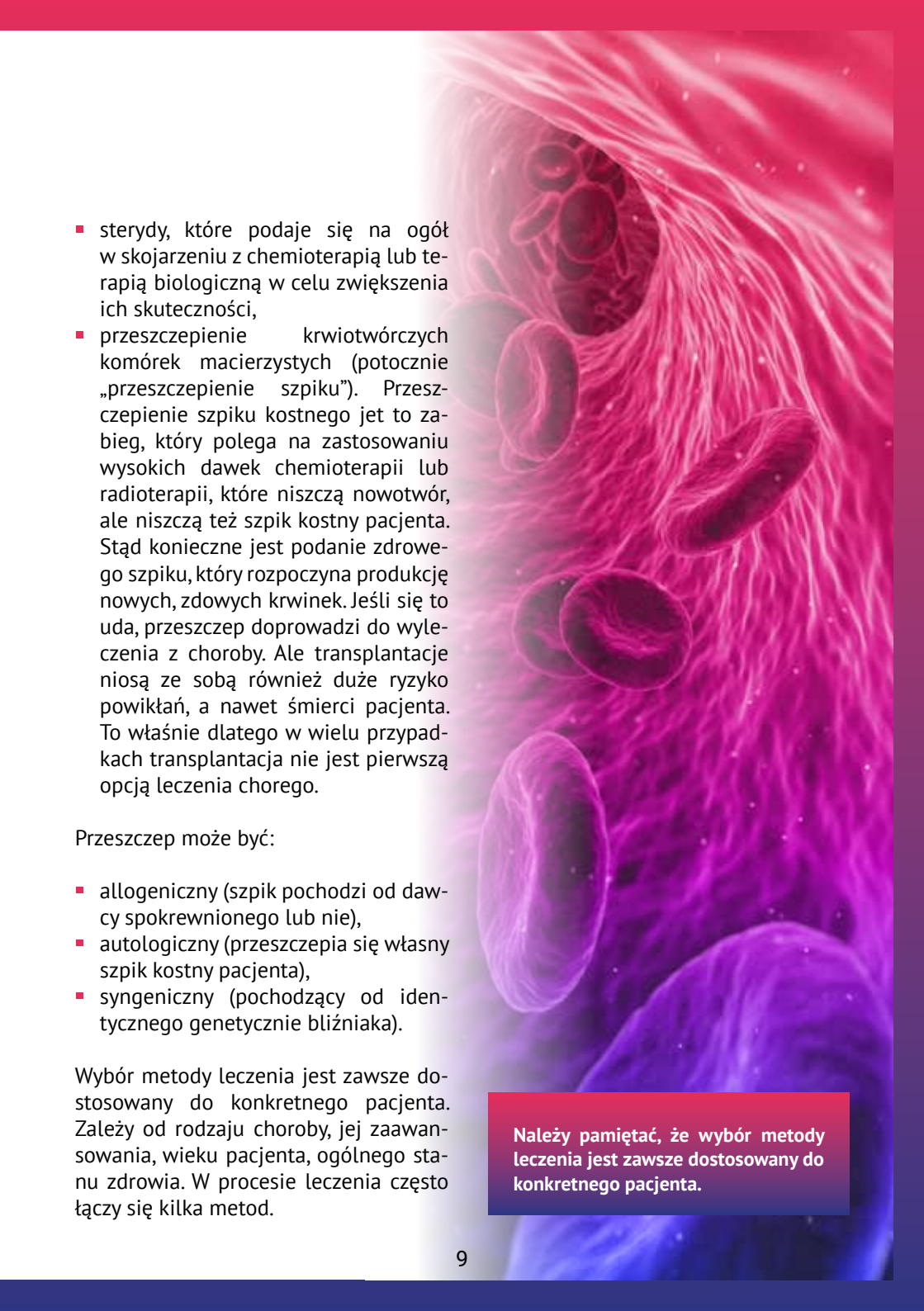
- badanie molekularne – wykrywa obecność mutacji genetycznych, pozwala diagnozować choroby uwarunkowane takimi mutacjami i stosować leki działające wybiórczo na te zaburzenia,
- badanie histopatologiczne węzła chłonnego, konieczne w diagnostyce chłoniaków,
- badania obrazowe – w zależności od rodzaju nowotworu, może być konieczne wykonanie badania USG, tomografii komputerowej lub PET-CT.

## LECZENIE NOWOTWORÓW KRWI

Leczenie zależy od rodzaju nowotworu, wieku pacjenta i ogólnego stanu jego zdrowia. Możliwości leczenia obejmują:

- pozostawanie pod obserwacją, ponieważ w niektórych chorobach, w początkowych stadiach leczenie nie jest konieczne,
- stosowanie chemioterapii, co oznacza leczenie za pomocą jednego lub kilku różnych leków zwanych cytostatykami. Leki te wstrzymują podział i rozmnażanie się komórek nowotworowych. Niektóre cytostatyki podawane są doustnie, inne przez wlew dożylny. Cytostatyki atakują nie tylko komórki nowotworowe, ale oddziałują też na komórki zdrowe organizmu. To oznacza, że chemioterapia może mieć skutki uboczne, np. zahamowanie czynności szpiku kostnego i w konsekwencji anemią, małopłytkowość lub neutropenię (spadek liczby dojrzałych krwinek białych), nudności, wymioty, wypadanie włosów, biegunkę czy owrzodzenie jamy ustnej,
- stosowanie leków ukierunkowanych molekularnie, tzw. „celowanych”, np. przeciwciał monoklonalnych. Terapia celowana jest to metoda wykorzystująca leki działające wybiórczo na specyficzne zaburzenia genetyczne będące przyczyną danego nowotworu. Zastosowanie leku celowanego molekularnie wymaga określenia, czy u danego pacjenta występuje zaburzenie, na które działa lek (tzw. cel molekularny). Niezbędne jest wykorzystanie do tego badań molekularnych. Tutaj działania niepożądane są zwykle mniejsze niż w czasie stosowania klasycznej chemioterapii, ale za to innego rodzaju. Najczęściej stosowanymi lekami ukierunkowanymi molekularnie są przeciwciała monoklonalne oraz inhibitory kinaz (rodzaj enzymu),
- stosowanie radioterapii,



- 
- A microscopic view of red blood cells, showing their characteristic biconcave disc shape. The cells are arranged in a somewhat disorganized manner, with some appearing in the foreground and others receding into the background. The lighting is dramatic, with a strong red/pink hue, highlighting the texture of the cell membranes and the central indentation.
- sterydy, które podaje się na ogół w skojarzeniu z chemioterapią lub terapią biologiczną w celu zwiększenia ich skuteczności,
  - przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych (potocznie „przeszczepienie szpiku”). Przeszczepienie szpiku kostnego jest to zabieg, który polega na zastosowaniu wysokich dawek chemioterapii lub radioterapii, które niszczą nowotwór, ale niszczą też szpik kostny pacjenta. Stąd konieczne jest podanie zdrowego szpiku, który rozpoczyna produkcję nowych, zdrowych krwinek. Jeśli się to uda, przeszczep doprowadzi do wyleczenia z choroby. Ale transplantacje niosą ze sobą również duże ryzyko powikłań, a nawet śmierci pacjenta. To właśnie dlatego w wielu przypadkach transplantacja nie jest pierwszą opcją leczenia chorego.

Przeszczep może być:

- allogeniczny (szpik pochodzi od dawcy spokrewnionego lub nie),
- autologiczny (przeszczepia się własny szpik kostny pacjenta),
- syngeniczny (pochodzący od identycznego genetycznie bliźniaka).

Wybór metody leczenia jest zawsze dostosowany do konkretnego pacjenta. Zależy od rodzaju choroby, jej zaawansowania, wieku pacjenta, ogólnego stanu zdrowia. W procesie leczenia często łączy się kilka metod.

**Należy pamiętać, że wybór metody leczenia jest zawsze dostosowany do konkretnego pacjenta.**

# NAJCZĘSTSZE NOWOTWORY KRWI

## Białaczki

Białaczki dzielą się na ostre i przewlekłe oraz szpikowe i limfoidalne: białaczki są tak nazywane w zależności od rodzaju zaatakowanych krwinek białych.

Białaczki szpikowe to choroby nowotworowe szpiku i krwi wywodzące się z komórek, które normalnie w szpiku wytwarzają krwinki czerwone, krwinki płytkowe i część krwinek białych (granulocyty i monocyty).

Białaczki limfoidalne (limfoblastyczna i limfocytowa) to choroby nowotworowe szpiku, krwi i węzłów chłonnych wywodzące się z komórek wytwarzających rodzaj krwinek białych zwanych limfocytami.

Wyróżniamy więc cztery główne rodzaje białaczek:

- ostrą białaczkę szpikową,
- ostrą białaczkę limfoblastyczną,
- przewlekłą białaczkę szpikową,
- przewlekłą białaczkę limfocytową.

## Ostre białaczki

Ostra białaczka jest chorobą nowotworową powstającą i rozwijającą się w szpiku kostnym. Rozrostowi ulega jedna z grup krwinek białych lub rzadziej innych komórek szpiku. Komórki te szybko namnażają się w szpiku kostnym i wypierają inne krwinki – stąd niedokrwistość i małopłytkowość już na początku choroby. Krwinki białe są nieprawidłowe i nie zapewniają odporności.

Ostre białaczki rozwijają się nagle, w ciągu dni lub tygodni. Stan pacjenta szybko się pogarsza, co staje się przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala.

Charakterystyczne objawy to:

- podatność na infekcje,

- gorączka,
- poty,
- osłabienie, szybkie męczenie się,
- krwawienia z nosa i dziąseł,
- wybroczyny, siniaki na skórze,
- bóle kości,
- często powiększenie śledziony, przerost dziąseł,
- duże odchylenia w morfologii.

## Rozpoznanie

Podejrzenie ostrej białaczki można postawić na podstawie nieprawidłowego wyniku morfologii krwi obwodowej:

- liczba krwinek białych jest często znacznie podwyższona,
- liczba krwinek białych może być też prawidłowa lub nawet obniżona, jeśli komórki białaczkowe namnażają się w szpiku i nie przechodzą do krwi,
- w rozmazach krwinek białych pojawiają się komórki młode, tzw. blasty, których normalnie nie ma we krwi,
- liczba płytek jest zwykle obniżona.


Potwierdzenie rozpoznania i ustalenie typu choroby jest możliwe po pobraniu szpiku kostnego. Z pobranego szpiku wykonuje się następujące badania:

- mielogram – o polega na ocenie udziału procentowego poszczególnych komórek szpiku i pozwala na rozpoznanie ostrej białaczki bez ustalenia jej typu,
- badanie immunofenotypu – na podstawie tego badania rozróżnia się typ białaczki (szpikowa czy limfoblastyczna) oraz jej podtyp,
- cytogenetyczne – określone nieprawidłowości chromosomów wpływają na rokowanie i dobór leczenia,
- molekularne – wykrywają obecność mutacji genetycznych, których obecność również ma wpływ na rokowanie.

## Leczenie

Ze względu na szybki rozwój ostrych białaczek wymagają natychmiastowego le-

**Ostre białaczki limfoblastyczne występują głównie u dzieci. Na ostrą białaczkę szpikową chorują przede wszystkim dorośli.**



czenia. Standardowym postępowaniem jest chemioterapia w warunkach szpitalnych. Jej celem jest uzyskanie remisji, czyli cofnięcia się choroby. Terapia jest długotrwała i przebiega w kilku cyklach. Część pacjentów jest kierowanych do przeszczepienia szpiku.

### Przewlekłe białaczki

Znaczna część chorych początkowo nie ma żadnych objawów choroby i często białaczka zostaje wykryta przypadkowo. Pierwszą oznaką choroby mogą być nieprawidłowe wyniki badań krwi.

### Przewlekła białaczka limfocytowa (PBL)

Jest ona najczęściej spotykanym u dorosłych nowotworem krwi. Jest to choroba ludzi starszych, średnia wieku w momencie rozpoznania wynosi około 72 lat.

W schorzeniu tym dochodzi do namnożenia w organizmie niedojrzałych limfocytów, najczęściej B. Gromadzą się one w węzłach chłonnych, śledzionie, szpiku kostnym, uniemożliwiając zdrowym komórkom rozwój i funkcjonowanie. W wyniku braku prawidłowych limfocytów B dochodzi do zaburzeń odporności i zwiększonej podatności na infekcje. Choroba rozwija się zwykle powoli i jest chorobą przewlekłą, ale u niektórych pacjentów może stać się bardziej

**W większości przypadków pacjenci w czasie leczenia mogą nadal pracować i utrzymywać normalną aktywność.**

agresywna. Często nie ma objawów podmiotowych i przedmiotowych, a do rozpoznania dochodzi w trakcie rutynowego badania krwi. U niektórych osób natychmiast dochodzi do wystąpienia objawów, podczas gdy u innych objawy występują po jakimś czasie od zachorowania.

### **Rozpoznanie i objawy PBL**

- obfite pocenie nocne,
- duży spadek wagi,
- stany gorączkowe niezwiązane z infekcją,
- zmęczenie,
- częste zakażenia,
- powiększenie węzłów chłonnych i śledziony,
- w morfologii charakterystyczne jest podwyższenie liczby krwinek białych, głównie limfocytów.

Po wykonaniu wszystkich niezbędnych badań dodatkowych można stwierdzić, jaki jest stopień zaawansowania białaczki, czyli na jakim etapie znajduje się choroba. Na tej podstawie lekarz zleca odpowiednie leczenie

Stopień zaawansowania ustala się na podstawie:

- liczby krwinek białych, czerwonych i płytek krwi,
- powiększenia lub nie węzłów chłonnych i śledziony,
- zajęcia lub nie innych narządów, np. szpiku kostnego, wątroby.

Etap wczesny to etap bezobjawowy – stwierdza się jedynie podwyższoną liczbę limfocytów we krwi. Etap późny charakteryzuje się całym szeregiem objawów opisanych powyżej połączonych z anemią i niską liczbą płytek krwi.

### **Leczenie**

U każdego pacjenta przewlekła białaczka limfocytowa różni się pod względem objawów i rokowania. W większości przypadków choroba jest nieuleczalna, a celem leczenia jest łagodzenie objawów i spowolnienie postępu choroby. Zdarza się, że lekarze poddają pacjenta jedynie, tzw. strategii „obserwacji i wyczekiwania”. W tym czasie lekarz monitoruje objawy pacjenta oraz zleca regularne badania krwi, aby

w razie konieczności wdrożyć odpowiednie leczenie. Może dziwić i niepokoić pacjenta, że po stwierdzeniu u niego choroby nowotworowej lekarz nie rozpoczyna leczenia tylko zaleca kontrolę za 2-3 miesiące. Wiadomo jednak dziś, że rozpoczynanie leczenia w bardzo wczesnym okresie choroby nie daje korzyści, natomiast mogą pojawić się objawy uboczne zastosowanych leków.

Wśród chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową jest grupa tzw. wysokiego ryzyka. Chorzy na PBL z delecją fragmentu krótkiego ramienia chromosomu 17 (del17p) w komórkach nowotworowych mają najgorsze rokowanie. Wykazują oni oporność lub jedynie krótkotrwałą odpowiedź na typowe leczenie chemoimmunoterapią. Konieczna jest u nich zmiana leczenia na nowe leki o innym mechanizmie działania, które stwarzają szansę na uzyskanie odpowiedzi i wydłużenie czasu przeżycia. Dlatego niezbędne jest oznaczenie obecności tej źle rokującej mutacji u każdego chorego na PBL, a zwłaszcza takiego, który ma wskazania do rozpoczęcia kolejnej linii leczenia.

wprowadzenie leków celowanych znacznie zwiększyło możliwości leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej, zarówno na początku choroby, jak i w przypadkach opornych i nawrotowych

Wskazania do rozpoczęcia leczenia:

- pojawienie się objawów ogólnych – potów, chudnięcia, gorączki,
- szybki wzrost liczby krwinek białych,
- szybkie powiększanie się węzłów chłonnych i śledziony,
- spadek liczby krwinek czerwonych i płytek krwi poniżej określonych wartości.

Stosowane metody leczenia:

- chemioterapia,
- leki hormonalne, tzw. sterydy,
- leki celowane, np. przeciwciała monoklonalne, inhibitory kinazy tyrozynowej.
- u młodszych chorych z szybciej rozwijającą się chorobą można rozważyć przeszczepienie szpiku, które jest jedyną metodą zdolną wyleczyć tę chorobę.

Trzeba zauważyć, że wprowadzenie leków celowanych znacznie zwiększyło możliwości leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej, zarówno na początku choroby, jak i w przypadkach opornych i nawrotowych,

## Przewlekła białaczka szpikowa (PBS)

W przewlekłej białaczce szpikowej nowotworowemu namnażaniu ulegają krwinki białe z linii granulocytarnej. Szpik kostny produkuje zbyt dużo komórek mieloidalnych, znajdujących się na różnych etapach dojrzewania. Nadmierne wytwarzanie niedojrzałych komórek w szpiku kostnym prowadzi do zahamowania powstawania krwinek czerwonych i płytkowych i w konsekwencji do anemii i krwawień.

Przyczyną przewlekłej białaczki szpikowej jest szczególne zaburzenie genetyczne, prowadzące do powstania tzw. chromosomu Filadelfia. Choroba nie jest częsta. Częstość przewlekłej białaczki szpikowej rośnie z wiekiem. Chorują głównie osoby po 50 roku życia. Choroba często początkowo jest bezobjawowa, a tym samym może pozostawać nierozpoznana. Do postawienia diagnozy często dochodzi przypadkowo, w trakcie okresowych badań kontrolnych.

### Rozpoznanie i objawy PBS

- bóle głowy,
- zmęczenie,
- utrata wagi,
- nocne poty,
- gorączka,
- bóle brzucha związane z powiększeniem śledziony,
- błądź skóry,
- wzrost liczby leukocytów we krwi,
- pojawienie się nieprawidłowych, niedojrzałych komórek w rozmazie krwi obwodowej.

Naturalny przebieg choroby dzieli się na 3 fazy:

- przewlekłą – obecna jest duża liczba krwinek białych i powiększona śledziona,
- przyspieszoną – choroba ulega stopniowemu zaostrzeniu,
- blastyczną – choroba zaostrza się do tego stopnia, że przybiera postać ostrej białaczki.

## Rozpoznanie

- badanie krwi: morfologia – charakterystyczna jest zwiększona, często znacznie, liczba krwinek białych, rozmaz krwinek białych – obecne są młodsze formy krwinek białych, które normalnie nie występują w krwi obwodowej, badanie molekularne – wykrycie genu BCR-ABL stanowi obok badania cytogenetycznego podstawę rozpoznania choroby,
- punkcja szpiku z badaniem cytogenetycznym – wykrycie chromosomu Filadelfia
- USG jamy brzusznej: – ocena wielkości śledziony i wątroby.

## Leczenie

Nowoczesne leczenie polega na przyjmowaniu tabletek leku celowanego, który zabija chore komórki, a oszczędza zdrowe. Przyjmowanie leków celowanych w większości przypadków powoduje wydłużenie i poprawienie jakości życia. Przewlekła białaczka szpikowa przemieniła się z choroby zagrażającej życiu w chorobę dobrze kontrolowaną (przewlektą). Powikłania leczenia to przeważnie dolegliwości żołądkowo-jelitowe, spadek wartości morfologii, obrzęki obwodowe, często wokół oczu, óle kości i stawów, wysypka, podrażnienie wątroby. Tylko w niektórych przypadkach rozwija się oporność na te leki i wówczas lekarz przepisuje pacjentowi leki tzw. drugiej generacji, również w postaci tabletek. Jeśli żaden z tych leków nie działa skutecznie lub jeśli pacjent znajduje się w fazie przyspieszonej lub fazie blastycznej swojej choroby, stosowana jest chemioterapia dożylna. Część pacjentów jest kierowana do zabiegu przeszczepienia szpiku.

## Chłoniaki złośliwe

Chłoniaki to nowotworowe rozrosty układu chłonnego. Istnieje kilkadziesiąt rodzajów chłoniaków, które różnią się stopniem zagrożenia dla chorego. Bardzo ważne jest określenie rodzaju chłoniaka, gdyż od tego zależy rodzaj i czas trwania leczenia. Chłoniaki dzielą się na dwie duże grupy: ziarnicę złośliwą, czyli chłoniak Hodgkina oraz chłoniak nieziarniczny (nie-Hodgkina). Podział chłoniaków nieziarnicznych jest dosyć skomplikowany. Wyróżnia się chłoniaki o mniejszej i większej złośliwości, chłoniaki typu B i T. Ziarnica złośliwa jest głównie chorobą młodych ludzi (szczyt zachorowania (20-30 r.ż.)). Na chłoniaki nieziarniczne najczęściej chorują osoby w starszym wieku.



## Objawy

Najczęstszym objawem chłoniaków są powiększone, niebolesne węzły chłonne szyjne, pachowe, pachwinowe lub w innych lokalizacjach. Węzły mogą być twarde i tworzyć pakiety. Może być również powiększona wątroba i śledziona. Towarzyszyć im mogą stany podgorączkowe lub gorączka, pojawiające się w różnych porach dnia, osłabienie, zlewne poty nocne, chudnięcie, swędzenie skóry. Często jednak chorzy nie mają objawów ogólnych i czują się zupełnie dobrze.

## Rozpoznanie

Do ustalenia rozpoznania potrzebne jest badanie mikroskopowe zmienionego węzła chłonnego. Podejrzany węzeł należy pobrać chirurgicznie do badania histopatologicznego. Z węzła tego wykonuje się także badanie immunofenotypowe w celu ustalenia rodzaju chłoniaka.

Po ustaleniu rozpoznania ważne jest ustalenie stopnia zaawansowania choroby. Dlatego zwykle wykonywane są:

- badania krwi,
- tomografia komputerowa,
- w niektórych przypadkach badanie PET-CT,
- czasem badanie szpiku kostnego.

## Leczenie

Leczenie zależy od rodzaju i stopnia zaawansowania chłoniaka, a także od wieku i stanu pacjenta.

Metody leczenia chłoniaków:

- chemioterapia,
- leki celowane – mogą być dołączane do chemioterapii lub stosowane samodzielnie zarówno w pierwszym leczeniu, jak i postaciach nawrotowych, mają zastosowanie w takich typach chłoniaków, jak chłoniak DLBCL, grudkowy, czy też płaszczca
- radioterapia,
- przeszczepienie komórek macierzystych.

W chłoniakach o mniejszej złośliwości chemioterapia nie wyleczy całkowicie choroby, może jedynie zmniejszyć uciążliwość objawów. Przebieg choroby jest tutaj długi. Chłoniaki o dużej złośliwości przebiegają dużo szybciej, rozpoznaje się je głównie w okresie uogólnionym, rozsianym. Jeśli jednak zastosuje się chemioterapię, to istnieje szansa na całkowite wyleczenie.

## Szpiczak plazmocytowy

Szpiczak jest jednym z chłoniaków niezłośliwych. Choroba ta dotyczy zazwyczaj osób starszych. Nie jest znany żaden pojedynczy czynnik powodujący zachorowanie. W Polsce notuje się ok. 1500 nowych zachorowań na szpiczaka rocznie. W szpiku ulegają rozrostowi komórki plazmatyczne. Zdrowe komórki plazmatyczne tworzą część układu odpornościowego – wytwarzają przeciwciała (immunoglobuliny) pomagające w walce z infekcją. Nieprawidłowe komórki plazmatyczne uwalniają tylko jeden typ przeciwciał, który nie spełnia żadnych użytecznych funkcji. Jest to przeciwciało monoklonalne – tzw. białko M.

Konsekwencją jest:

- niszczenie kości,
- naciekanie szpiku kostnego, co powoduje zmniejszenie liczby erytrocytów, krwinek białych i płytek we krwi,
- zwiększona lepkość krwi,
- zahamowanie wytwarzania prawidłowych przeciwciał,
- uszkodzenie nerek przez białko M.

W zależności od rodzaju białka monoklonalnego wytwarzanego przez szpiczaka wyróżnia się szpiczaka IgG, IgA, IgD, IgE, IgM, chorobę łańcuchów lekkich, w tych przypadkach w moczu obecne są łańcuchy lekkie immunoglobulin, tzw. białko Bence-Jones'a. Rodzaj rozpoznawanego szpiczaka zwykle nie ma wpływu na leczenie, ale może mieć wpływ na sposób, w jaki choroba oddziałuje na pacjenta.

## Objawy

- bóle i złamania kości,
- jeśli uszkodzenie kości nie stanowi problemu, odczuwane objawy mogą być niewielkie i choroba może pozostać nierozpoznana,

- osłabienie i zmęczenie,
- częste infekcje,
- objawy zespołu nadlepkkości (zależne od obecności białka M), bóle i zawroty głowy, senność, krwawienia.

Inne powikłania:

- niewydolność nerek,
- wysokie stężenie wapnia we krwi,
- anemia,
- zaburzenia odporności.

## Rozpoznanie

Wszyscy pacjenci, u których podejrzewa się szpiczaka mnogiego powinni mieć wykonaną morfologię, badania biochemiczne, w tym stężenie kreatyniny, mocznika, wapnia, ocenę białek w surowicy i w moczu.

Do badań specjalistycznych należą:

- oznaczenie rodzaju i ilości białka monoklonalnego we krwi i moczu (tzw. immunofiksacja),
- biopsja szpiku kostnego, która pozwala na ustalenie odsetka komórek nowotworowych w szpiku, a badanie cytogenetyczne szpiku pozwala na określenie parametrów dobrze i źle rokujących,
- badania kości pod kątem zmian typowych dla szpiczaka. Są to badania radiologiczne (RTG), rezonans magnetyczny (MR), tomografia komputerowa (CT) lub, w niektórych przypadkach, badanie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET).

## Leczenie

Pomimo, iż w chwili obecnej szpiczak mnogi pozostaje nadal chorobą nieuleczalną, istnieje wiele sposobów terapii. Rozwój medycyny przyczynia się do poprawy rokowania w tej chorobie. Dzięki temu przez długie lata po rozpoznaniu

**U pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia stosuje się chemioterapię, terapie biologiczne i sterydy.**

**W przypadkach bezobjawowych można rozważyć obserwację pacjenta.**

pacjenci mogą prowadzić normalny tryb życia. Leczenie jest zalecane u pacjentów z objawową postacią choroby.

Metody leczenia:

- chemioterapia,
- leki biologiczne,
- sterydy,
- autologiczne przeszczepienie komórek krwiotwórczych.

Rodzaj zastosowanej terapii zależy od wieku i stanu biologicznego pacjenta. Na wstępie określa się, czy pacjent kwalifikuje się do autologicznego przeszczepienia komórek macierzystych szpiku. Wprowadzenie tej procedury do leczenia znacząco wydłuża przeżycie chorych, podobnie, jak zastosowanie nowych leków, tzw. leków biologicznych. Część z nich jest refundowana w Polsce. To pacjenci poniżej 65 roku życia będący w dobrym stanie ogólnym są kandydatami do autotransplantacji szpiku. Pacjent kwalifikowany do tej procedury otrzymuje wstępne leczenie indukcyjne wysokodawkową chemioterapią i lekiem biologicznym, a następnie wykonywany jest zabieg przeszczepienia. Może to być przeszczepienie tandemowe, czyli podwójne. Oznacza to, że planowo wykonuje się drugi przeszczep po 3-6 miesiącach po pierwszym. Po zabiegu pacjenci pozostają w obserwacji. Bada się u nich, w określonych odstępach czasu, poziom białka monoklonalnego we krwi i moczu.

Do terapii biologicznych zaliczamy leki przeciwnowotworowe, które działają inaczej niż chemioterapia. Leki te oddziałują na mechanizmy wewnątrz komórek szpiczakowych oraz oddziałują na środowisko, w którym znajdują się te komórki.

Wyróżnia się 3 grupy tych leków:

- leki immunomodulujące – wpływają na układ immunologiczny, hamują tworzenie naczyń w guzie szpiczakowym, przez co zmniejsza się dopływ tlenu i substancji odżywczych. Rozwój szpiczaka zostaje w ten sposób zahamowany. Są stosowane w postaci tabletek doustnie,
- inhibitory proteosomu – hamują procesy enzymatyczne w komórkach plazmatycznych powodując ich obumieranie,
- przeciwciała monoklonalne – atakują komórki szpiczakowe nie niszcząc przy tym komórek zdrowych.

Obecnie uważa się, że schematy chemioterapii powinny składać się z co najmniej jednego leku biologicznego, do którego dołącza się bardzo aktywne w tej chorobie leki sterydowe i ewentualnie klasyczne cytostatyki. Leki biologiczne mają zastosowanie na różnych etapach choroby, zarówno na jej początku, jak i w leczeniu nawrotów.

Leczenie wspomagające w szpiczaku to:

- leczenie zmian kostnych: – radioterapia zmian kostnych w przypadku zniszczenia kości, zagrażającego złamania, ucisku na nerwy lub rdzeń kręgowy oraz przyjmowanie leków (bisfosfonianów) hamujących dalszą destrukcję kości.
- leczenie bólu – efektywna kontrola bólu jest bardzo ważna dla jakości życia pacjentów. Leczenie powinno zapobiegać wystąpieniu bólu, a nie być reakcją na już istniejący ból. Zastosowanie mają ogólnie dostępne środki przeciwbólowe, jak i leki narkotyczne. W pewnych bardziej poważnych przypadkach, takich jak zagrażające złamanie kości lub ucisk nerwu w następstwie złamania trzonu kręgu konieczna jest zlokalizowana radioterapia lub leczenie operacyjne.
- uszkodzenie nerek – może być spowodowane obecnością białka Bence-Jones'a w moczu, hiperkalcemią, stosowaniem niektórych leków. Metody zmniejszenia ryzyka uszkodzenia nerek to przyjmowanie dużej ilości płynów – ok. 3 litrów/dobę, unikanie niesterydowych leków przeciwzapalnych, u niektórych pacjentów konieczna jest dializoterapia.
- leczenie anemii – czyli niedoboru krwinek czerwonych. Może być przyczyną znacznego osłabienia. W jej zwalczaniu stosowane są przetoczenia krwi i erytropoetyna.

W Polsce na rzadkie nowotwory krwi cierpi kilka tysięcy osób. Zgodnie z przyjętymi standardami nowotwór uznaje się za rzadki, jeśli występuje rzadziej niż u 6 osób na 100 tys. mieszkańców. Objawy nowotworów rzadkich są często niespecyficzne, co sprawia, że są one późno diagnozowane. U połowy chorych schorzenie jest wykrywane przypadkowo podczas rutynowych badań morfologii krwi obwodowej. Do rzadkich nowotworów krwi należą nowotwory mieloproliferacyjne. Charakteryzują się one niekontrolowanym namnażaniem jednej lub więcej linii krwiotwórczych: granulocytowej, czerwonokrwinkowej, płytkotwórczej lub komórek tłuszcznych. Powo-

duże to nadmiar granulocytów, krwinek czerwonych i/lub płytek we krwi obwodowej. Często występuje powiększenie wątroby i śledziony. Nowotwory mieloproliferacyjne mogą ulegać stopniowej progresji, która polega na włóknieniu szpiku lub transformacji w ostrą białaczkę.

Do nowotworów mieloproliferacyjnych należą następujące jednostki:

- przewlekła białaczka szpikowa (opisana w rozdziale „Przewlekłe białaczki”
- przewlekła białaczka neutrofilowa,
- pierwotna mielofibroza,
- nadpłytkowość samoistna,
- przewlekła białaczka eozynofilowa,
- mastocytoza.

W przewlekłej białaczce szpikowej występuje specyficzne zaburzenie genetyczne – obecność chromosomu Filadelfia. W pozostałych nowotworach mieloproliferacyjnych chromosom Filadelfia nie występuje.

## Czerwienica

Czerwienica, zwana potocznie nadkrwistością, oznacza zbyt duży poziom krwinek czerwonych we krwi. Powoduje to zwiększoną lepkość krwi, która może stać się przyczyną poważnych powikłań. Wyróżnia się 3 rodzaje czerwienicy: prawdziwą, wtórną, rzekomą.

### Objawy

- bóle i zawroty głowy,
- szum w uszach,
- zaburzenia widzenia,
- zaczerwienienie skóry twarzy, rąk, stóp,
- świąd skóry, który nasila się po gorącej kąpielii,
- nadciśnienie tętnicze,
- objawy choroby wrzodowej,
- skłonność do tworzenia się zakrzepów i zatorów, zawału serca, udaru mózgu,
- uczucie pełności w jamie brzusznej spowodowane powiększeniem wątroby i/lub śledziony.

## Rozpoznanie

- wywiad dotyczący chorób towarzyszących w celu wykluczenia wtórnych przyczyn czerwienicy,
- morfologia krwi i badania biochemiczne,
- trepanobiopsja szpiku kostnego,
- badania cytogenetyczne i molekularne,
- badania obrazowe: USG jamy brzusznej w celu oceny wielkości wątroby i śledziony.

## Leczenie czerwienicy prawdziwej

- upusty krwi, procedura polega na upuszczeniu jednorazowo 200-300 ml krwi w celu obniżenia parametrów czerwonych krwinek. W razie potrzeby upusty powtarza się co 2-3 dni,
- leki przeciwplatekcyjne, np. aspiryna, zalecane u wszystkich chorych, u których nie ma przeciwwskazań,
- przede wszystkim podawana doustnie, chemioterapia, stosowana u pacjentów, którzy nie tolerują upustów krwi lub u których doszło do znacznego powiększenia śledziony,
- lek „celowany”, w przypadku przekształcenia się czerwienicy w mielofibrozę.

## Czerwienica prawdziwa

Czerwienica prawdziwa to choroba nowotworowa należąca do chorób mieloproliferacyjnych. Polega na niekontrolowanym i postępującym wzroście liczby krwinek czerwonych, a także, w początkowym okresie, często krwinek białych i płytek krwi. Może dochodzić do powiększenia wątroby i śledziony.

Część chorych początkowo nie ma żadnych objawów choroby i często zostaje ona wykryta przypadkowo. U części pacjentów pierwszym objawem jest zakrzepica, niedokrwienie palców rąk, krwawienie z nosa lub przewodu pokarmowego. Czerwienica prawdziwa nie jest chorobą agresywną, ale u niewielkiego procenta pacjentów może się ona przekształcić w ostrą białaczkę lub zwłóknienie szpiku (mielofibrozę).

## Czerwienica wtórna

Rozwija się w przebiegu różnych chorób i stanów, w których dochodzi do zwiększonej produkcji erytropoetyny (hormonu pobudzającego produkcję krwinek czerwonych) i są to:

- choroby nerek,
- choroby płuc i serca,
- niektóre nowotwory, np. rak nerki,
- długotrwałe przyjmowanie sterydów,
- przebywanie w wysokich górach,
- przewlekłe palenie tytoniu.

Leczenie polega na leczeniu choroby podstawowej.

## Czerwienica rzekoma

Spowodowana jest utratą dużej ilości płynów. Dochodzi wtedy do zagęszczenia krwi.

### Przyczyny:

- przegrzanie organizmu,
- gorączka,
- biegunka,
- wymioty,
- wpływ leków moczopędnych,
- znaczna otyłość.

### Rozpoznanie:

- wywiad dotyczący chorób towarzyszących w celu wykluczenia wtórnych przyczyn czerwienicy,
- morfologia krwi i badania biochemiczne,
- trepanobiopsja szpiku kostnego,
- badania cytogenetyczne i molekularne,
- badania obrazowe: USG jamy brzusznej w celu oceny wielkości wątroby i śledziony.



## Leczenie:

- upusty krwi – procedura polega na upuszczeniu jednorazowo 200-300 ml krwi w celu obniżenia parametrów czerwonych krwinek. W razie potrzeby upusty powtarza się co 2-3 dni,
- leki przeciwplatekcyjne, np. aspiryna są zalecane u wszystkich chorych, u których nie ma przeciwwskazań
- chemioterapia – stosowana u pacjentów, którzy nie tolerują upustów krwi lub u których doszło do znacznego powiększenia śledziony., najczęściej stosuje się leki doustne.
- Lek tzw. „celowany” w przypadku przekształcenia się czerwienicy w mielofibrozę.

## Pierwotna mielofibroza

Pierwotna mielofibroza (PMF) jest najrzadszym spośród klasycznych nowotworów mieloproliferacyjnych. Zapadalność stanowi 0,5-1,5/100 tys. mieszkańców. Mediana wieku w chwili rozpoznania wynosi 65 lat. U około 17% pacjentów chorobę diagnozuje się w wieku poniżej 50 lat. Mielofibroza charakteryzuje się włóknieniem szpiku kostnego, co prowadzi do jego niewydolności. Konsekwencją jest anemia, małopłytkowość i znaczne powiększenie śledziony, która przejmując funkcje szpiku kostnego. Ogniska tworzenia szpiku (tzw. hematopoezy pozaszpikowej) mogą również powstawać w innych narządach, często w wątrobie.

## Objawy:

We wczesnej fazie: może nie być objawów klinicznych w morfologii występuje zwiększenie liczby krwinek białych i płytek, brak lub niewielka niedokrwistość. Śledziona ma prawidłowe wymiary.

Wraz z postępem włóknienia szpiku pojawiają się objawy ogólne:

- uczucie zmęczenia,
- spadek masy ciała,
- poty nocne,
- bóle w lewej połowie brzucha związane z powiększeniem śledziony,
- bóle kostno-stawowe,

- świąd skóry
- w morfologii stwierdza się spadek liczby krwinek, zwłaszcza czerwonych i płytek, występuje znaczne powiększenie śledziony i wątroby.

**UWAGA! U 15-30% chorych nie występują żadne objawy, a rozpoznanie PMF ustala się na skutek poszukiwania przyczyny powiększenia śledziony, wątroby czy nieprawidłowych wyników morfologii krwi.**

Splenomegalia (powiększenie śledziony) jest jednym z najbardziej typowych objawów przedmiotowych w PMF. Dotyczy ponad 90% chorych. W zaawansowanych fazach śledziona ma bardzo duże rozmiary, może sięgać do spojenia tonowego. Może to powodować bóle w lewej połowie brzucha, szybkie uczucie sytości po jedzeniu, uczucie rozpierania w jamie brzusznej, nudności, czy zmianę rytmu wypróżnień. Hepatomegalia (powiększenie wątroby) występuje u 40-70% chorych. Może dochodzić do zakrzepicy żył wątrobowych, rozwoju wodobrzusza i żyłaków przetyku. U części chorych stwierdza się objawy wynikające z małopłytkowości, w tym skazę krwotoczną (wybroczyny na skórze i błonach śluzowych) oraz krwawienia. U około 10-15% chorych występują powikłania zakrzepowe. W fazie schyłkowej mielofibroza może przechodzić w ostrą białaczkę.

### Rozpoznanie:

- w morfologii krwi obwodowej stwierdza się: niedokrwistość, prawidłową, zwiększoną lub zmniejszoną liczbę krwinek białych, na początku choroby zwiększoną, a w późniejszych fazach zmniejszoną liczbę płytek krwi,
- w rozmazie obecne są młode formy krwinek czerwonych – tzw. erytroblasty oraz krwinki w kształcie „kropki łoż”.
- biopsja szpiku kostnego: trudno uzyskuje się materiał szpiku (aspirat) do badań z powodu włóknienia (tzw. punkcja sucha). Konieczne jest wykonanie trepanobiopsji, która wykazuje włóknienie szpiku i stanowi podstawę rozpoznania mielofibrozy.
- badania molekularne: pozwalają na wykrycie mutacji typowych dla mielofibrozy. Są to mutacje genu JAK2, MPL i CARL. Jedynie 10-15% pacjentów nie ma żadnych mutacji. Należy wykonać badanie molekularne na obecność genu BCR-ABL w celu wykluczenia przewlekłej białaczki szpikowej.

### Leczenie:

Leczenie zależy od stopnia zaawansowania choroby, dominujących objawów, wieku

chorego i choroób towarzyszących. Chorzy poniżej 70 roku bez poważnych chorób przewlekłych są kandydatami do przeszczepienia allogenicznych komórek macierzystych (tzw. przeszczepienie szpiku). Jest to jedyna metoda leczenia stwarzająca szansę na całkowite wyleczenie. Ze względu jednak na zaawansowany wiek chorych w chwili rozpoznania, stan ogólny, brak zgodnego dawcy do przeszczepienia kwalifikuje się jedynie 5-10% pacjentów. Zabieg powoduje duży odsetek powikłań śmiertelnych. Z tych względów decyzję o przeszczepieniu odkłada się do czasu progresji choroby.

Chorzy bez objawów klinicznych nie wymagają leczenia, W przypadku objawów wynikających z powiększenia śledziony stosowana jest chemioterapia, najczęściej dostna lub leki immunomodulujące. W przypadku niedokrwistości lub małopłytkowości podawane są leki hormonalne: androgeny lub glikokortykosteroidy. Może być konieczne przetaczanie koncentratów krwinek czerwonych lub płytkowych. Ponadto zarówno w leczeniu przewlekłym, jak i jako przygotowanie do przeszczepienia szpiku wykorzystuje się nowy lek tzw. „celowany”, który hamuje aktywność specyficznych enzyków – kinaz tyrozynowych JAK. W mielofibrozie występują zaburzenia przewodzenia sygnałów przez te kinazy. Zastosowanie tego leku prowadzi do zmniejszenia rozmiarów śledziony i łagodzenia objawów ogólnych, takich jak świąd skóry i poty nocne, powoduje także wydłużenie przeżycia chorych. U chorych ze znacznie powiększoną śledzioną i brakiem reakcji na leczenie w rzadkich przypadkach rozważa się chirurgiczne usunięcie śledziony lub radioterapię śledziony. W przypadku przejścia choroby w ostrą białaczkę prowadzi się leczenie jak w ostrej białaczce.

## Nadpłytkowość samoistna

Nadpłytkowość samoistna charakteryzuje się znacznie zwiększoną produkcją płytek krwi, które dodatkowo mogą nieprawidłowo funkcjonować. Jest to choroba rzadka, zapadalność wynosi ok. 1,5/100 tys. mieszkańców.

### Objawy

Najczęściej występują objawy związane z zaburzeniami krążenia w małych naczyniach i są to:

- bóle i zawroty głowy,
- parestezje (mrowienie i drętwienie),

- uczucie pieczenia dłoni i stóp,
- napady padaczkowe,
- zaburzenia psychiczne,
- zaburzenia widzenia,
- owrzodzenia skóry,
- bolesny rumień kończyn (tzw. erytromelalgia)
- powikłania zakrzepowe i krwotoczne,
- powiększenie śledziony,

UWAGA! Nadpłytkowość samoistna może przez wiele lat przebiegać bezobjawowo. U ok. 50% pacjentów w chwili rozpoznania nie występują objawy kliniczne. W wielu przypadkach nadpłytkowość wykrywa się przypadkowo w morfologii wykonanej z innych powodów.

### **Rozpoznanie:**

- Morfologia krwi obwodowej: podwyższona liczba płytek krwi, często również białych krwinek,
- Biopsja szpiku kostnego: zwiększony odsetek komórek linii płytkotwórczej ze zwiększoną liczbą dużych megakariocytów, czyli komórek produkujących płytki krwi,
- Badania molekularne: u większości chorych występują mutacje genu JAK2, MPL lub CARL,
- Wykluczenie innych nowotworów mieloproliferacyjnych, w których przebiegu często dochodzi do zwiększenia liczby płytek, zwłaszcza pierwotnej mielofibrozy, Należy wykonać badanie molekularne na obecność genu BCR-ABL w celu wykluczenia przewlekłej białaczki szpikowej,
- Wykluczenie nadpłytkowości odczynowych występujących najczęściej w:
  - przebiegu infekcji i stanów zapalnych
  - niedoborze żelaza,
  - nowotworach niehematologicznych,
  - po usunięciu śledziony,
  - w chorobie alkoholowej,
  - w wyniku krwotoku,
  - po niektórych lekach, jak np. sterydy.
- USG jamy brzusznej służy ocenie wielkości śledziony i wątroby

## Leczenie

Całkowite wyleczenie nadpłytkowości samoistnej nie jest możliwe. Celem leczenia jest przede wszystkim zmniejszenie ryzyka powikłań zakrzepowych. Stąd wszyscy chorzy powinni otrzymywać małą dawkę kwasu acetylosalicylowego (aspiryny), o ile nie ma przeciwwskazań. Nie ma jedno-znacznych dowodów na bezpośredni związek pomiędzy liczbą płytek a ryzykiem zakrzepowo-zatorowym.

Leczenie obniżające poziom płytek krwi jest stosowane u pacjentów ze zwiększonym ryzykiem powikłań zakrzepowych, na które składa się wiek, obecność mutacji, palenie tytoniu, współistnienie cukrzycy lub nadciśnienia tętniczego. Stosuje się zwykle leki doustne. Ważne jest też leczenie uzupełniające: normalizacja ciśnienia tętniczego, poziomu lipidów i cukru u pacjentów z cukrzycą, zaprzestanie palenia papierosów. U niewielkiego odsetka pacjentów może dochodzić do transformacji w ostrą białaczkę lub mielofibrozę. Prowadzi się wówczas leczenie typowe dla tych chorób.

A photograph of a woman with short dark hair and glasses, wearing a pink hospital gown, sitting in a hospital bed. She is holding a white coffee cup with a purple sleeve. The background is a plain, light-colored wall. The text is overlaid on the left side of the image.

# CZĘŚĆ II SYTUACJA PACJENTÓW HEMATOONKOLICZNYCH W POLSCE

# WYWIAD ZE SPECJALISTĄ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I HEMATOLOGII PROFESOREM GRZEGORZEM BASAKIEM



prof. dr hab. med. Grzegorz W. Basak – lekarz, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (od 2018), przewodniczący Grupy ds. Powikłań Europejskiego Towarzystwa ds. Przeszczepiania Krwi i Szpiku (EBMT).

W 2003r. ukończył z wyróżnieniem I Wydział Lekarski WUM. W 2005r. uzyskał stopień doktora nauk medycznych z wyróżnieniem na podstawie badań nad eksperymentalną immunoterapią nowotworów (Zakład Immunologii, Centrum Biostruktury WUM). Odbił staże podoktorskie w Temple University (2003, Filadelfia, USA) i w University of California, San Diego (2007-2008) w zakresie eksperymentalnej hematologii i badań nad komórkami macierzystymi. W 2011r. uzyskał specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych, w 2014r. w zakresie hematologii (pierwsza lokata), a w 2017 r. w zakresie transplantologii klinicznej.

Zdobywca m.in. stypendium START Fundacji na rzecz Nauki Polskiej, stypendium dla wybitnych młodych naukowców MNiSW (2012-2015). Członek Rady Młodych Naukowców przy MNiSW (2012-2013). Sekretarz Grupy Roboczej ds. Powikłań i Jakości Życia EBMT (2011-2017). W 2012 r. uzyskał stopień doktora habilitowanego na podstawie rozprawy dotyczącej mobilizacji komórek krwiotwórczych. Stypendysta programu Top500 Innovators MNiSW w zakresie zarządzania badaniami naukowymi i komercjalizacji (Cambridge i Oxford, UK, 2015). Zwycięzca konkursu “Supertalenty w medycynie roku 2016” Pulsu Medycyny. Członek rad naukowych Narodowego Instytutu Leków oraz Instytutu Biotechnologii i Antybiotyków (od 2016). Od stycznia 2019 – profesor tytularny. Obecnie główny nurt zainteresowań klinicznych i naukowych to zagadnienia związane z przeszczepianiem komórek krwiotwórczych, immunoterapią nowotworów, oraz rola mikrobiomu jelitowego w hematologii. Współzałożyciel spółki Saventic Health zajmującej się innowacyjnymi rozwiązaniami z zakresu sztucznej inteligencji w medycynie (2018).

## **Czy da się zdefiniować współczesnych pacjentów hematologicznych? Czy zmienił się w jakiś sposób na przestrzeni lat?**

To dość filozoficzne pytanie. Nie jestem aż tak stary, żeby móc porównać obecną sytuację ze stanem sprzed wielu lat. Zacząłem pracę w 2005 roku i myślę, że w ostatnich latach świadomość chorych wzrosła. Obecnie posiadają oni większy dostęp do informacji, chociażby dzięki Internetowi i „doktorowi Google”. W tym miejscu pragnę zaznaczyć, że Internet może być bardzo dobrym miejscem do szukania wiedzy, pod warunkiem, że wie się, gdzie jej szukać. Jeśli nie ma się tej wiedzy, szybko może okazać się, że jesteśmy karmieni mylnymi informacjami. Podobnie sprawa wygląda w przypadku for pacjenckich. Z jednej strony zapewniają one wymianę informacji i wzajemną pomoc, z drugiej zaś obciążone są ryzykiem otrzymania błędnych wiadomości, które wynikają z niezrozumienia sytuacji. Niejednokrotnie może okazać się, że zamiast informacji, dających uczucie pewności, chory wyciągnie z takiego forum informacje mylące, które wpędzą go w uczucie niepewności, rozdrażnienia i nieufności.

## **Czy to prawda, że chorują coraz młodsi pacjenci?**

Nie powiedziałbym, że chorują młodsi pacjenci. Epidemiologia nie zmieniła się w tej kwestii jakoś dramatycznie. Jednak z pewnością pacjenci są częściej diagnozowani. Nasz system ochrony zdrowia, ze wszystkimi swoimi zaletami i wadami, może pochwalić się coraz lepszą diagnostyką i coraz większą dostępnością różnych metod diagnostycznych, łącznie z metodami molekularnymi. Dużo zmieniło się też w kontekście dostępu do terapii i leków, które niegdyś dostępne były w bardzo ograniczonej ilości. Można powiedzieć, że kiedyś rozpoznanie choroby wiązało się z bardzo złą prognozą i ogólną beznadzieją. Dziś mamy dużo więcej możliwości, żeby te choroby leczyć. Niestety, równolegle mamy do czynienia z sytuacją, w której na świecie jest coraz więcej zarejestrowanych i refundowanych leków, natomiast nie są one refundowane w Polsce. Coraz częściej lekarz staje przed następującym dylematem: czy powiedzieć choremu, że jest dostępna terapia, która mogłaby mu pomóc, a której szpital mu nie zapewni, bo nie ma na to pieniędzy, czy po prostu przemilczeć tę sprawę?

## **Co się w takiej sytuacji praktykuje? Co jest lepsze?**

Różni lekarze praktykują różne rozwiązania, ale ja jestem za udzieleniem pacjen-



towi takiej informacji. Coraz częściej zdarza się, że pacjenci kupują leki za własne pieniądze i mają je podawane w warunkach szpitalnych. Kilka lat temu został również uruchomiony Ratunkowy Dostęp do Terapii Lekowych, czyli tzw. RDTL. Jest to mechanizm, który pomaga pacjentom w sytuacjach niestandardowych, czyli właśnie wtedy, kiedy potrzebny im lek nie jest refundowany. Na szczęście obecnie udaje się pozyskać te nierefundowane terapie dla wielu pacjentów. Wciąż pozostaje jednak to trudne odium, związane z tym, że lekarz powiedział pacjentowi o tym, że jest pewien lek, który może mu pomóc, ale nie może mu tego leku podać. W związku z tym pacjent często sprzedaje dom, samochód i cały cenny dobytek, by kupić sobie leczenie. A musimy pamiętać, że to leczenie nie zawsze jest długotrwale skuteczne i nie zawsze przynosi oczekiwane skutki. Pacjent, który leczy się za własne pieniądze z pewnością podchodzi do leczenia inaczej niż pacjent, który leczy się za pieniądze państwowe. Często oczekuje gwarancji, której nikt nie może mu udzielić. Również lekarze nie są odpowiednio przygotowani do rozmów z takimi pacjentami. Nie wiedzą, w jaki sposób rozmawiać, by nie dawać fałszywej nadziei. Nie wiedzą, na jakim etapie wkraczać z informacją o tych metodach leczenia, żeby ich słowa nie zostały odebrane jako forma wymuszenia czegoś na pacjencie. To bardzo ważne, aby pacjent miał taką wiedzę dostarczoną w odpowiedniej formie. Tym bardziej, że w większości przypadków nie jest zadowolony z otrzymanej informacji, ponieważ wie, że i tak nie może sobie pozwolić na leczenie, które nie jest w Polsce refundowane.

**Bardzo dużo mówimy o komunikacji na płaszczyźnie lekarz-pacjent. A czego by pan oczekiwał od swoich pacjentów? Jakiego przygotowania, jakiego rodzaju współpracy?**

Osobiście oczekiwałbym bezpośredniej komunikacji, bez przemilczeń i niezadanych pytań, które człowieka dręczą. Chciałbym, żeby pacjent pytał mnie wprost o to, co chce wiedzieć, a nie szukał odpowiedzi w Internecie. Mam nadzieję, że jeśli już takie pytania padną, to pacjent uzyska odpowiednią odpowiedź. Warto, aby pacjent, przed rozmową z lekarzem, spisał sobie listę kluczowych pytań. Z doświadczenia wiem, że podczas takiej rozmowy pacjent może mieć problem z wysłuchaniem i zapamiętaniem wszystkich informacji, dlatego dobrze by było, gdyby pojawił się z kimś z bliskim, kto w razie potrzeby pomoże mu usystematyzować uzyskane informacje.

Na Zachodzie bardzo dużą uwagę zwraca się obecnie na wspólne podejmowanie decyzji, czyli tzw. shared decision making. W większości przypadków bardzo dobrze sprawdza się to nawet w trudnych sytuacjach, co pozwala uniknąć niepotrzebne-

go stresu i wypracować wspólne rozwiązanie. Oczywiście nie można oczekiwać od każdego jakichś wyjątkowych zdolności negocjacyjnych. Nadrzędnym celem jest tu osiągnięcie porozumienia dwóch stron. My jako lekarze powinniśmy nie tylko przekazać pacjentowi określone informacje, ale również być w stanie wsłuchać się w jego odbiór. Choć dużo mówi się o komunikacji na płaszczyźnie lekarz-pacjent, to moim zdaniem ta kwestia wciąż leży. Tymczasem, proces wciągania pacjenta i jego rodziny w proces podejmowania decyzji jest naprawdę ważny, bo coraz częściej mamy do czynienia z chorymi, którzy mają własne zdanie, a niekiedy są nawet bardziej roszczeniowi. Wszystko to sprawia, że w przypadku niepowodzenia wzrasta ryzyko pojawienia się wzajemnych nieporozumień, dlatego tak ważne dla utrzymania spójności przekazu jest, aby w proces decyzyjny zaangażowani byli również najbliżsi. Oczywiście tylko wtedy, kiedy chory wyraża taką wolę.

### **Czy takie trudne sytuacje rozładowywałoby się lepiej, gdyby było więcej psychoonkologów?**

Tak, zdecydowanie potrzebujemy większej liczby psychoonkologów, którzy byłiby dostępni zarówno bezpośrednio dla chorych, jak również w zespołach złożonych z lekarza, pacjenta i psychoonkologa, do których, w zależności od potrzeb danego pacjenta, można dodawać dodatkowych specjalistów. Członkowie takich zespołów powinni pracować razem i zapewniać sobie wzajemny dostęp do pełni informacji. Na chwilę obecną ciężko stwierdzić, na ile lekarze rekomendują swoim pacjentom spotkania z psychoonkologiem. Są lekarze, którzy to robią, ale są też lekarze, którzy tego nie robią. Zresztą badania naukowe już jakiś czas temu udowodniły, że lekarze są najbardziej konserwatywną grupą zawodową. Wynika to z sytuacji, z którymi mamy na co dzień styczność, z systemu edukacji, ale również z przekonania o swojej nieomyślności, z pewnego mitu, który od lat funkcjonuje. W związku z tym tak samo jak mamy problemy z leczeniem bólu czy problemy z leczeniem żywieniowym, tak mamy problemy z leczeniem psychologicznym. To wszystko ma swój wspólny mianownik w postaci odpowiednio szerokiego spojrzenia. Niestety w edukacji medycznej wciąż zwraca się zbyt wiele uwagi na lunetowe spojrzenie na chorobę, zamiast na umacnianie myślenia otwartego człowieka, który myśli o chorym w taki sposób, w jaki myślałby o samym sobie w danej sytuacji.

### **Czy konsultacje pacjentów z innymi specjalistami to dobry pomysł?**

Osobiście nie mam nic przeciwko temu, żeby pacjenci, którzy mają jakieś wątpliwo-

ści w kwestii leczenia – a zwłaszcza ci, którzy są w ciężkiej sytuacji i którym mówimy, że nie jesteśmy w stanie im pomóc – korzystali z konsultacji z innymi specjalistami. Sam nawet takich innych ekspertów polecam, bo chciałbym żeby moi pacjenci mogli usłyszeć ostateczną opinię również z ust innych ludzi, a co za tym idzie – żeby nabrali pewnego przekonania i poczucia o swojej chorobie. Epizodycznie zdarza się jednak, że taki specjalista coś nowego wymyśli i umieści to na swojej pisemnej konsultacji. Mądry lekarz prowadzący powinien przynajmniej wziąć pod uwagę taką opinię, a czasami nawet zmodyfikować swoje pierwotne postępowanie, zgodnie z opinią eksperta, która wydaje się być trafna, a zgodnie z którą chce postępować pacjent. Dlatego uważam, że możliwość korzystania z takich konsultacji jest jak najbardziej korzystna. Natomiast kluczowa w tym wszystkim jest także kwestia wzajemnego zaufania na linii lekarz-pacjent. A to, czy się to zaufanie ma zależeć od szeregu czynników. Przeciąganie momentu rozpoczęcia leczenia w połączeniu z potrzebą skonsultowania się z dziesięcioma różnymi specjalistami może okazać się zgubne w skutkach – nie tylko ze względu na to, że wydłuża czas, ale także dlatego, że lekarze często udzielają odpowiedzi, które są ze sobą rozbieżne. Wszystko dlatego, że leczenie najczęściej przedstawia wiele możliwych opcji. A pacjent chciałby wiedzieć sytuację czarno-białą, choć życie czarno-białe nie jest. Prawdziwą sztuką, opartą na znajomości przypadku chorego, własnym doświadczeniu i dostępności poszczególnych leków, jest dobranie właściwego dla danego pacjenta leczenia. Zbyt szeroka wiedza może postawić pacjenta w sytuacji braku decyzji wewnętrznej i zagubienia, które często kończy się odmową leczenia w ogóle. Albo pójdziem w kierunku leczenia alternatywnego albo pójdziem w kierunku leczenia alternatywnego?

W ostatnich latach obserwuję rosnący problem z młodymi dorosłymi, czyli z reprezentacją współczesnych dziewiętnasto – i dwudziestolatków. Wszyscy są doskonale wyedukowani, mają nieograniczony dostęp do Internetu, bardzo wysoką samoświadomość, a także wysokie poczucie własnej wartości. I właśnie ci młodzi dorośli, w sytuacji, która wymaga konfrontacji z chorobą nowotworową i określonym leczeniem, totalnie się z tym leczeniem nie godzą. Występują wśród nich gigantyczne problemy emocjonalne i komunikacyjne. Można stwierdzić, że ci młodzi dorośli są doskonale wyedukowani, ale emocjonalnie bardzo niedojrzali.

### **Czy pacjentki hematoonkologiczne mogą planować ciążę?**

Wiele zależy tu od samej choroby. Natomiast czy mogą planować ciążę? Nie ma jednoznacznych wytycznych, które mówiłyby, że mają nie planować. Jednak trzeba

wziąć tu pod uwagę szereg czynników. Czy po zastosowanym leczeniu będzie można zajść w ciążę? Czy, nawet jeśli leczenie jest toksyczne dla jajników i czynności hormonalnych, można zajść w ciążę wskutek metod wspomaganego rozrodu? Czy kobieta przygotowała się do zajścia w ciążę jeszcze przed rozpoczęciem agresywnego leczenia? Trzeba też uwzględnić tu naturę choroby – czy jest przewlekła czy ostra? Czy to choroba wyleczalna czy niewyleczalna? Myślę, że tutaj trzeba myśleć szeroko, zwłaszcza o dziecku, które ma wskutek tego powstać. Ciąża nie powinna być tylko wypełnieniem potrzeby posiadania potomstwa. Trzeba pomyśleć też o tym, że to dziecko trzeba wychować. Jednak przy próbie udzielenia odpowiedzi na to pytanie, należy pamiętać o podstawowej kwestii – każdy przypadek jest indywidualny i powinien być indywidualnie omawiany przez pacjentkę i jej lekarza prowadzącego.

### **W takim razie na co powinna zwrócić uwagę kobieta, która planuje macierzyństwo po przebytej chorobie hematoonkologicznej?**

Przede wszystkim powinna zwrócić uwagę na prawdopodobieństwo nawrotu choroby bądź na prawdopodobieństwo jej wyleczenia. Po terapiach, które dają dużą szansę na wyleczenie, tradycyjnie przyjmuje się margines dwóch lat, podczas których należałoby wstrzymać się z planowaniem potomstwa. Z jednej strony dlatego, że organizm musi mieć czas na regenerację, z drugiej zaś dlatego, że większość nawrotów występuje na dość wczesnym etapie. Oznacza to, że po okresie dwóch lat prawdopodobieństwo nawrotu choroby w przypadku przeszczepów zdecydowanie maleje, a w pozostałych przypadkach po prostu maleje. Oczywiście zawsze należy uwzględnić szereg innych czynników, ponieważ każdy przypadek jest indywidualny. A czy kobieta po przebytej chorobie powinna obawiać się o to, że jej dziecko również będzie chore? Na szczęście większość chorób hematoonkologicznych nie jest dziedziczna. Oczywiście są takie choroby, w przypadku których prawdopodobieństwo zachorowania u rodziny nieco się zwiększa, ale wciąż wykazują one niskie prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę hematoonkologiczną u dziecka. W związku z tym lęk przed tym, że dziecko odziedziczy chorobę, nie powinien być przeciwskazaniem do posiadania potomstwa. Mutacje, które doprowadzają do nowotworów, odbywają się w komórkach, które nie służą do przekazywania genów, dlatego zarówno plemniki, jak i komórki jajowe nie są obciążone mutacjami nowotworowymi. Mogą być obciążone innymi zmianami, które zwiększają ryzyko zachorowania, ale nie mutacjami nowotworowymi. Choroba hematoonkologiczna to choroba genetyczna, ale nie dziedziczna.

## **Jak wygląda kwestia antykoncepcji przy chorobie hematoonkologicznej?**

Nie będę wspominał tu o barierowych metodach antykoncepcji, ponieważ nie są one przeciwwskazane. Natomiast w przypadku antykoncepcji hormonalnej trzeba omówić sprawę z lekarzem prowadzącym, a najlepiej z zespołem lekarzy w składzie ginekolog, hematolog, onkolog, który powinien wspólnie podjąć decyzję o jej ewentualnym wprowadzeniu. Trzeba brać tu pod uwagę niebezpieczeństwo epizodów zatorowo-zakrzepowych, które jest podwyższone u pacjentów z chorobami nowotworowymi układu krwiotwórczego, a które antykoncepcja hormonalna może dodatkowo zwiększać. Trzeba również uwzględnić interakcje lekowe, a także toksyczność względem różnych narządów, która może mieć tutaj miejsce. Co ciekawe, zdarzają się sytuacje, w których leczenie hormonalne jest wskazane. Stosuje się je chociażby w celu zahamowania krwawienia miesięcznego u pacjentek z małopłytkowością w przebiegu choroby nowotworowej. W takich sytuacjach hormonalna forma antykoncepcji bywa jak najbardziej wskazana. Najlepiej byłoby, gdyby pacjentki hematoonkologiczne znajdowały się pod opieką ginekologa-onkologa. Bardzo przydatne może okazać się także wykonanie dodatkowych badań, np. dotyczących zwiększonej podatności krwi na krzepnięcie. W przypadku stwierdzenia takiej przypadłości u pacjentki, antykoncepcja hormonalna może nie być wskazana.

## **Pacjenci hematoonkologiczni dość często zmagają się z silnym bólem. Czy tak musi być? Jak mogą sobie pomóc?**

To oczywiście zależy od tego, z czego ten ból wynika, bo najlepiej jest od razu myśleć o leczeniu przyczyny. Natomiast nie można zapominać o leczeniu samego bólu. Ból to nie jest coś, co się powinno odczuwać w chorobie nowotworowej. Ból może wskazywać, że pojawiła się choroba nowotworowa, ale kiedy już o tym wiemy, to cierpienie nie ma najmniejszego sensu. Tutaj trzeba żądać skutecznego leczenia bólu od lekarza prowadzącego. Mamy drabinę analgetyczną i jasne wytyczne, jak leczyć ból i w większości przypadków lekarze potrafią sobie z tym problemem u pacjentów poradzić. Zdarzają się jednak takie sytuacje, kiedy lekarz nie potrafi już ulżyć pacjentowi w cierpieniu – wówczas pacjent może uzyskać pomoc w specjalistycznych poradniach leczenia bólu. Takie poradnie często oferują większą ekspertyzę w nowoczesnych lekach i metodach przeciwbólowych, a nie tylko w tych tradycyjnie dostępnych w szpitalach. Dostępne opcje udowadniają, że w większości przypadków można pomóc pacjentom w walce z przewlekłym bólem. Jeżeli wynika on z choroby, to naturalnie należy możliwie najskuteczniej leczyć chorobę. Leczenie objawowe

sprawiłoby, że ból będzie nasilać się zawsze wtedy, kiedy choroba będzie się nasilać.

### **O czym powinien pamiętać chory na przewlekłą białaczkę, przyjmując nowe leki?**

O przyjmowaniu nowych leków, o regularności ich przyjmowania, o przestrzeganiu zaleceń lekarskich. O tym, że te leki mimo wszystko nie są pozbawione działań niepożądanych czy toksycznych, tak jak chemioterapia. Nie są to najczęściej działania ostre, tak jak po chemioterapii, ale mogą być równie intensywne i równie niebezpieczne. Za przykład mogą posłużyć tu zaburzenia morfologii krwi, które sprawiają, że trzeba regularnie monitorować morfologię krwi. W przypadku przewlekłej białaczki limfocytowej nie zawsze trzeba się przerażać, jeżeli wzrośnie liczba krwinek białych, dlatego że zdarza się to w początkowych fazach leczenia i nie świadczy o jego skuteczności. Trzeba monitorować płytki krwi, żeby nie spadły nadmiernie, ale trzeba też uważać na całokształt swojego zdrowia. Wszystkie nieprzewidziane zmiany w swoim ciele trzeba skrzętnie odnotowywać i na nie reagować. Pacjent powinien też wiedzieć, że ma do czynienia z leczeniem przewlekłym. Nawet jeśli stan pacjenta się poprawia, to dalej musi on te leki – systematycznie i zgodnie z zaleceniami lekarza – przyjmować. Gwałtowne przerwanie leczenia najprawdopodobniej przyniosłoby ze sobą bardzo duże ryzyko progresji choroby.

### **A jak może pan porównać bezpieczeństwo tych nowych leków do konwencjonalnej immunochemioterapii?**

Na pewno są bezpieczniejsze, jeśli chodzi np. o ibrutinib i venetoclax. Zmniejszają bezpośrednio toksyczność hematologiczną, czyli ryzyko, że spadnie morfologia krwi. Niosą ze sobą również mniejsze ryzyko neutropenii, czyli spadku liczby granulocytów obojętnochłonnych, a także mniejsze ryzyko wystąpienia ostrych infekcji zaraz po zastosowanym leczeniu. Ryzyko infekcyjne dotyczy raczej chorób wirusowych, które zależne są od limfocytów, niż ostrych infekcji bakteryjnych. Co więcej, tradycyjna immunochemioterapia związana jest chociażby z podaniem rituximabu z kilkugodzinnym wlewem, a co za tym idzie z możliwościami nietolerancji i złej reakcji na ten lek. Zdecydowanie rzadziej zdarza się to w przypadku ibrutinibu. Z kolei w przypadku leczenia venetoclaxem, a zwłaszcza na początku leczenia, trzeba uważać na tzw. zespół rozpadu guza, czyli paradoksalnie na zbyt dużą skuteczność tego leku, skutkującą gwałtownym rozpadem komórek białaczkowych i zatruciem organizmu. Wystąpienie takiego zespołu rozpadu guza może okazać się w skutkach podobne do sepsy, jeśli chory nie jest odpowiednio przygotowany do leczenia.

## **A czy standardy leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL) w Europie są identyczne? Jaki jest dostęp do nowych form terapii w tej chorobie?**

W naszym kraju mamy dostęp do nowych leków i nowych ciał monoklonalnych. Te nowe leki dostępne są w Polsce tylko w formie tzw. programów lekowych, co stanowi główną różnicę w porównaniu z innymi krajami, a zwłaszcza z krajami Europy Zachodniej. Innymi słowy, nowe formy terapii PBL są w Polsce dostępne są w ściśle określonych wskazaniach, które są często bardzo wąskie, tak jak w próbach klinicznych. Sprawia to, że jeśli sytuacja pacjenta trochę się różni od tych wyśrubowanych wskazań, to już nie można w jego przypadku tego leku zastosować. Dlatego w obecnej sytuacji najbardziej cierpią pacjenci chorzy na oporną na chemioterapię przewlekłą białaczkę limfocytową, którzy nie mają określonych mutacji w szpiku czy we krwi. Nie można u nich zastosować ani ibrutinibu, ani venetoclaxu, dlatego, że nie posiadają tej mutacji, która warunkuje chemiooporność.

## **Czy te leki powinny być dostępne dla wszystkich pacjentów, niezależnie od mutacji?**

Oczywiście, tak by było lepiej. Idealistycznie myśląc, fajnie byłoby mieć wszystko dla każdego i mądrze tym wszystkim zarządzać. Natomiast ze względów finansowych jest to ograniczone do grupy pacjentów obarczonych największym ryzykiem. Stanowi to główną różnicę pomiędzy Polską a innymi krajami europejskimi. Tak samo jest w przypadku nowych przeciwciał monoklonalnych – mamy ściśle rozliczane programy lekowe, dostępne w określonych ośrodkach, co również powoduje, że grupy chorych, którzy je dostaną są zdecydowanie węższe niż potencjalna grupa odbiorców.

## **Co wniosło wprowadzenie ibrutinibu do leczenia? Jakich efektów leczenia można się spodziewać?**

Wprowadzenie ibrutininu sprawiło, że chorzy, którym dotąd nie można było już pomóc, mogą jeszcze przez wiele lat żyć. Pacjenci z białaczką oporną lub nawrotową, która wykształciła sobie mechanizmy odporności na chemioterapię, nadal w większości przypadków zyskują remisję swojej choroby i wieloletnie przeżycie. Należy oczekiwać, że z czasem pojawią się kolejne leki, dzięki którym chorzy będą mogli korzystać z kolejnych nowych terapii. Bo różnica jest naprawdę znacząca – albo mamy czym leczyć, albo nie mamy.

## **Co pan sądzi o roli żywienia w trakcie leczenia onkologicznego? Czy zdrowa dieta przekłada się na efektywność leczenia?**

W trakcie leczenia onkologicznego, które z założenia jest leczeniem toksycznym, warto dokładniej przyjrzeć się swojej diecie, wyeliminować złe nawyki i poważnie rozważyć wprowadzenie korzystnych zwyczajów żywieniowych. Takie uporządkowanie codziennej diety może korzystnie wpłynąć na przyswajalność terapii onkologicznej, a także skrócić czas występowania niepożądanych objawów, takich jak nudności, wymioty, biegunki czy ogólny stan osłabienia. Nie są to jednak działania, które należałoby podejmować na własną rękę. W celu ułożenia odpowiedniej dla swoich potrzeb diety, pacjent powinien zwrócić się do dietetyka lub przynajmniej omówić temat ze swoim lekarzem.

## **Czy pacjenci hematologiczni mogą być aktywnizowani ruchowo i korzystać z rehabilitacji?**

Umiarkowana aktywność fizyczna może mieć korzystny wpływ na pacjentów hematologicznych. Należy jednak pamiętać, aby aktywnizować się w sposób umiarkowany, a najlepiej pod kierunkiem rehabilitanta, który znajduje się w kontakcie z lekarzem prowadzącym pacjenta. Pacjent nie powinien dopuścić do sytuacji zasiedzenia się i ograniczenia ruchu do minimum. Nawet najprostsze ćwiczenia są w stanie zdziałać wiele dobrego. Zdecydowanie odradzam jednak nadmierne forsowanie się. Nadmierny wysiłek fizyczny może dodatkowo osłabić organizm, który i tak jest już nadwyrężony z powodu zastosowania agresywnego leczenia.

## **Jaką rolę odgrywa rodzina pacjenta w obliczu choroby?**

Ogromną. Bo diagnoza, która dotyczy jednego członka rodziny rzuca się cieniem również na jego bliskich. Choroba nowotworowa dotyka nie tylko pacjenta, ale również jego najbliższych, którzy wraz z nim stawiają czoła tej sytuacji. To właśnie rodzina bardzo często stanowi pomost pomiędzy lekarzem i pacjentem – pomaga usprawnić przebieg komunikacji i czujnie pilnuje spraw, których pacjent mógłby nie być w stanie udźwignąć samodzielnie. Właśnie dlatego uważam, że lekarze powinni opiekować się nie tylko swoimi pacjentami, ale również wspierać ich bliskich, chociażby poprzez zapewnienie im regularnego dostępu do informacji na temat zdrowia bliskiego im pacjenta.



## **Jaką rolę odgrywają organizacje pacjenckie w przebiegu leczenia hematologicznego?**

Według mnie organizacje pacjenckie odgrywają tu dość kluczową rolę. Powiedziałbym nawet, że w ostatnich latach ich pozycja coraz wyraźniej się umacnia – chociażby z tego powodu, że wzmacnia się również świadomość pacjentów. Jako reprezentant środowiska medycznego bardzo doceniam możliwość współpracy z organizacjami pacjenckimi i cieszę się, że w coraz bardziej zdecydowany sposób reprezentują interesy pacjentów hematologicznych. Bo tylko dojrzały i otwarty dialog pomiędzy przedstawicielami środowiska medycznego i organizacji pacjenckich jest w stanie przyczynić się do wypracowania właściwego kierunku rozwoju leczenia chorób hematologicznych.

**Serdecznie dziękuję za rozmowę.**



# CZĘŚĆ III

# ŻYCIE Z NOWOTWOREM

mgr Adrianna Sobol



mgr Adrianna Sobol – psycholog, psychoonkolog, psychotraumatolog.

Magister Psychologii o specjalności klinicznej Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie. Właścicielka Centrum Wsparcia Psychologicznego Ineo. Członek Zarządu Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej. Pracuje na stanowisku psychoonkologa w Szpitalu Onkologicznym Magodent w Warszawie. Prowadzi bloga dla firmy Braster. Współtworzy audycję radiową „O raku przy kawie” w Radio Polska Live. Prowadzi liczne szkolenia i wykłady.

W ostatnim czasie coraz więcej mówi się o chorobach hematologicznych. Na każdym kroku słyszymy „rak”. Pomimo częstotliwości występowania tej choroby, wciąż uciekamy od informacji na temat profilaktyki czy badań przesiewowych. Swój lęk przed zachorowaniem maskujemy życzeniowym myśleniem – „to mnie nie dotyczy”. Niestety taka postawa nie sprzyja zdobywaniu wiedzy i daje przestrzeń do formułowania nieprawdziwych twierdzeń oraz mitów na temat choroby nowotworowej takich, jak: „chemia zabija”, „wszystkie białaczki są nieuleczalne”, „lepiej nie leczyć raka, bo się uzłośliwi”, „ktoś, kto raz oddał szpik, musi go oddawać systematycznie do końca życia”. Należy jednak pamiętać, że rak to nie wyrok – rak to wyzwanie. Wyzwanie nie tylko dla samego pacjenta, ale dla całej rodziny.

## DIAGNOZA

Pierwsze objawy choroby mogą być banalne: częstsze przeziębienia, osłabienie, senność. Dlatego chorzy po poznaniu diagnozy są wstrząśnięci, a „ta choroba” jest ostatnią, o której myśleli. Zanim zdołają „oswoić” diagnozę, dostają informację o konieczności nagłego leczenia. Te okoliczności konfrontują pacjenta z największym lękiem, tym o własne życie. Szok i lęk związany z zagrożeniem życia, wyrwanie z bezpiecznego świata, może na długi czas zaburzyć dotychczasowe funkcjonowanie.

Trzeba pamiętać, że każdy z nas jest inny, w związku z tym reakcje na informacje o chorobie również są indywidualne. Nie ma gotowego szablonu dobrych i złych reakcji. Najważniejsze, aby w tym trudnym czasie, pozwolić sobie na wyrażenie emocji! Pacjenci, którzy dają sobie prawo na ujście tych emocji, często łatwiej przechodzą do działania, czyli rozpoczęcia leczenia.

Chory potrzebuje kogoś, kto wysłucha i uszanuje takie reakcje emocjonalne, jak płacz, złość, czy potrzebę pacjenta, aby zostać z tym sam.

Bycie wspierającym to czasem po prostu bycie przy tej osobie. Otarcie łzy, danie przestrzeni do rozmowy na temat choroby i obaw z tym związanych, a także, w razie potrzeby, pomoc w organizacji psychologicznego wsparcia.

# REAKCJE EMOCJONALNE PO USŁYSZENIU DIAGNOZY

W myśleniu o chorobie nowotworowej ogromną rolę odgrywa wyobraźnia, która niestety w tym przypadku nie jest naszym najlepszym doradcą. Wyobrażenie choroby i jej leczenia może uruchomić negatywne przewidywanie przyszłości, której towarzyszy uczucie porażki i beznadziei. A przyszłość w zdecydowanej większości przypadków jest zupełnie inna.

Emocje, które może odczuwać pacjent:

- **lęk** – pojawia się jako pierwszy i utrzymuje się najdłużej. Jest odpowiedzią na zagrożenie i zachwianie dotychczasowej równowagi życiowej,
- **gniew** – reakcja uczuciowa na przeszkodę. Pojawienie się nieprzewidywalnych trudności. Gniew może być kierowany na „niesprawiedliwość” losu, na inne osoby, a także na samego siebie, kiedy pacjent upatruje, w swoim postępowaniu, stylu życia jakie prowadził, przyczynę zachorowania,
- **przygnębienie** – jest odpowiedzią na uczucie straty, wartości, jaką jest „zdrowie”. Jest sygnałem przeżywania żałoby po sobie zdrowym.

Przed konsultacją z lekarzem specjalistą zanotuj sobie wszystkie pytania na kartce, aby w trakcie wizyty pod wpływem emocji nic Ci nie umknęło. Do gabinetu lekarskiego wejdź z bliską Ci osobą, która również będzie starała się zapamiętać/zanotować wszystkie ważne informacje dotyczące zaleceń lekarskich i przebiegu leczenia. Pamiętaj, masz prawo do informacji! Pytaj się tak długo, aż wszystko stanie się dla Ciebie zrozumiałe.

Po usłyszeniu diagnozy lub informacji o wznowie choroby, chory może, ale nie musi, przejść przez poszczególne emocjonalne etapy chorowania, takie, jak:

Etap szoku – Pacjent jest w szoku, nie może uwierzyć w diagnozę. Uruchamiają się mechanizmy obronne takie, jak: ucieczka, rezygnacja z leczenia lub udawanie, że diagnoza nie została postawiona. Zauważalne są zmiany zachowania, zaburzenia snu i łaknienia.

Etap złości – Pacjent buntuje się przed rozpoznaniem choroby. Pojawia się szukanie

winnego swojej choroby. Podejmuje próbę znalezienia odpowiedzi, „dlaczego ja?”. Złość może być kierowana na przypadkowe osoby.

Etap układów i pertraktacji – jest to czas targowania się z losem, mający na celu „przywrócenie” zdrowia.

Etap depresji – stan, w którym dominuje rozpacz i uczucie bezradności. Pacjent czuje się niezdolny do wykonywania swoich codziennych obowiązków. Chory może skarżyć się na zaburzenia snu.

Etap akceptacji – czas pogodzenia się z sytuacją, w której znalazł się pacjent. Towarzyszy temu uspokojenie, wyciszenie. Lepsze zrozumienie siebie, swoich emocji, może w znaczący sposób pomóc w poradzeniu sobie w zmaganiach z chorobą.

## LECZENIE HEMATOONKOLOGICZNE

Czas od rozpoczęcia diagnostyki do momentu, w którym konkretna diagnoza jest postawiona, to bardzo trudny etap w życiu każdego pacjenta. Jest on jak „trzęsienie ziemi”. Wprawdzie pacjent spodziewał się tej diagnozy, jednak ta pewność i jej realność bywa bardzo trudna do zaakceptowania.

Chory jest w tak dużym stresie, że może mieć trudność w zrozumieniu i zapamiętaniu wszystkich informacji dotyczących leczenia przekazywanych na pierwszym spotkaniu z lekarzem prowadzącym.

Dobry kontakt z lekarzem prowadzącym wpływa na motywację pacjenta do całego procesu leczenia, co ma ogromne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych, w których leczeniu stosowanie się do zaleceń lekarskich ma wpływ na efektywność i skuteczność terapii. Zaufanie do lekarza to najlepsza droga do wzajemnego zrozumienia, współuczestniczenia pacjenta w procesie leczenia, oraz jego współpracy i stosowania się do zaleceń medycznych. Pacjent, który ma wszystkie potrzebne informacje odnośnie swojej choroby i rodzaju leczenia reaguje mniejszym lękiem i oporem. Zwiększa się też jego wiara w pozytywny efekt terapii i zaangażowanie.

# SKUTKI UBOCZNE LECZENIA I UTRATA WŁOSÓW

Leczenie hematoonkologiczne przeważnie jest wieloetapowe. Może składać się z chemioterapii, radioterapii, czy przeszczepu szpiku. Zastosowane leczenie i związane z tym skutki uboczne wiążą się z odczuciem niepokoju i strachu przed nieznanym. Obawy, które odczuwa chory wynikają z dotychczasowych obserwacji skutków leczenia wśród rodziny, znajomych, a także informacji uzyskiwanych z mediów. Chory jest przerażony długą listą skutków ubocznych leczenia, o których dowiaduje się, wyrażając zgodę na rozpoczęcie leczenia. Bardzo ważne w tej sytuacji jest wsparcie informacyjne i emocjonalne. Pomocna może okazać się konsultacja u psychoonkologa, który przeprowadzi psychoedukację z zakresu leczenia onkologicznego, udzieli wsparcia i przygotuje na ewentualne skutki uboczne. Skorzystanie z pomocy specjalisty może pomóc w obniżeniu napięcia i lęku, co bezpośrednio przekłada się na jakość życia.

Trudnym do zaakceptowania objawem ubocznym jest wypadanie włosów, które ma ogromne znaczenie dla większości chorych. Reakcje emocjonalne są uzależnione od płci, wieku, miejsca zamieszkania, czy postawy rodziny. Kobiety obawiają się utraty urody i odrzucenia partnera, mężczyźni bowiem myślą o stracie tożsamości i indywidualnego stylu.

Przełomowy jest moment, gdy na grzebieniu, na poduszce lub pod prysznicem zostaje znaczna ich ilość. Niestety w takiej sytuacji informacja, że włosy odrosną, to niewielkie pocieszenie dla chorych. Należy jednak pamiętać, że utrata włosów to proces, który pozwala na odpowiednią reakcję, a tym samym na minimalizowanie emocjonalnych konsekwencji tej sytuacji.

Praktyczne wskazówki:

- Gdy włosy zaczynają stopniowo wypadać, warto na tym etapie warto podciąć włosy. Będzie to możliwość oswojenia się z nowym wizerunkiem. Jednak, gdy intensywność wypadania włosów wzrośnie, nie należy przedłużać tego momentu i najlepiej włosy zgolić w domu przez bliską osobę, u fryzjera, bądź w zakładzie perukarskim, jeśli takie usługi oferuje. Pozwoli to również uniknąć splątywania się włosów, szczególnie długich.

- Proces wypadania włosów bywa nieprzyjemny, bolesny. Choć decyzja o obcięciu się na tyso nie należy do najłatwiejszych, jednak jej podjęcie często niweluje dyskomfort zarówno fizyczny, jak i psychiczny.
- Skórę włosów warto nawilżać np. olejkiem rycynowym przez cały okres leczenia, a także, jak włosy zaczną odrastać. Można również stosować kosmetyki, by wspomóc wzrost włosów, jednak z rozsądkiem w kwestii wyboru marek.
- Zanim wypadną Ci włosy zadбай o to, żeby dobrać dla siebie odpowiednią perukę, chustę, bądź turban. Znajdź profesjonalny, rekomendowany salon perukarski, w którym poczujesz się bezpiecznie. Specjaliści w tym zakresie pomogą Ci dobrać nową fryzurę. Nie śpiesz się z wyborem i zaufaj sobie. Ważne, by peruka podniosła Twój komfort. Przy obecnej ilości dostępnych baz i modeli, warto przyjść z dobrym samopoczuciem i dobrać fryzurę w której poczujemy się dobrze. Opinią innych można się wspomóc, ale nie kierować.
- Pamiętaj, tyśa głowa już nikogo nie szokuje!
- Nie wstydz się emocji związanych z utratą włosów. Daj sobie czas na oswojenie się z nową sytuacją.

Zgodnie z aktualnym stanem prawnym NFZ podstawą do uzyskania dofinansowania do środka pomocniczego, którym jest peruka, jest posiadanie zlecenia na zaopatrzenie w wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym. Zlecenie musi zostać wypełnione przez lekarza odpowiedniej specjalności i potwierdzone w oddziale NFZ przez pacjenta, osobę reprezentującą pacjenta lub drogą pocztową. Zlecenia są potwierdzane we właściwych Oddziałach Wojewódzkich NFZ.

Dobór peruki należy rozpocząć od znalezienia profesjonalnego oraz rekomendowanego salonu perukarskiego, w którym należy poczuć się bezpiecznie, a specjaliści w tym zakresie pomogą w dobraniu nowej fryzury. Do salonu perukarskiego warto wybrać się z kimś bliskim. W wybraniu peruki nie jest wskazany pośpiech. Najważniejsze, by w nowej fryzurze dobrze się czuć. Na zakup peruki nie trzeba decydować się przy pierwszej wizycie w salonie perukarskim.

Perukę można dobrać tak, że będzie taka sama, bądź bardzo zbliżona do fryzury sprzed choroby. Jest to również niepowtarzalna możliwość, żeby „zaszaleć” ze swoim wizerunkiem. Należy pamiętać, że peruki są wyrobami medycznymi i może nie być możliwości wymiany modelu, ani zamiany na inny kolor.



ul. Targowa 12  
03-731 Warszawa  
☎ 22 871 94 22  
✉ warszawa@rokoko.com.pl

ul. Roentgena 3  
02-781 Warszawa  
☎ 22 871 94 23  
✉ warszawa@rokoko.com.pl

ul. Szlak 24  
31-153 Kraków  
☎ 12 630 04 26  
✉ krakow@rokoko.com.pl

ul. Pereca 23b  
53-443 Wrocław  
☎ 71 308 74 28  
✉ wroclaw@rokoko.com.pl

ul. Bolesławiecka 1 (wejście od ul. Legnickiej 44)  
53-614 Wrocław  
☎ 71 308 74 29  
✉ wroclaw2@rokoko.com.pl

ul. Dębinki 7d lok. 4  
80-211 Gdańsk  
☎ 58 309 54 30  
✉ gdansk@rokoko.com.pl

ul. Garbary 6  
61-867 Poznań  
☎ 61 649 44 27  
✉ poznan@rokoko.com.pl

ul. Pomorska 1 a  
85-046 Bydgoszcz  
☎ 52 300 24 32  
✉ bydgoszcz@rokoko.com.pl

ul. pl. Rostka 3  
40-074 Katowice  
☎ 32 708 70 33  
✉ katowice@rokoko.com.pl

ul. Piasta 10  
15-044 Białystok  
☎ 85 555 55 35  
✉ bialystok@rokoko.com.pl

**ROKOKO**  
HAIR COMPANY

[www.rokoko.com.pl](http://www.rokoko.com.pl)

- ▶ peruki syntetyczne
- ▶ peruki naturalne
- ▶ turbany
- ▶ kosmetyki i akcesoria
- ▶ zamówienia indywidualne
- ▶ systemy włosów



W zależności od rodzaju peruki, czy jest wykonana z włosów naturalnych, czy syntetycznych, istnieje możliwość zmiany we fryzurze. Peruki z włosów syntetycznych mają gotowe fryzury i mogą być podcinane tylko odrobinę, jeśli np. grzywka wpada do oczu. Jednak peruki z włosów naturalnych mogą być strzyżone zgodnie z potrzebą, jednak do długości pozwalającej zakryć bazę. Oba te rodzaje są dostępne „od ręki” w profesjonalnych sklepach perukarskich. Jest też możliwość wykonania zamówienia indywidualnego, ale to wiąże się z czasem oczekiwania.

Salony perukarskie są przeważnie wyposażone lub współpracują z salonami fryzjerskimi i, jeśli zaistnieje taka potrzeba, mogą pomóc w podcięciu, lub ułożeniu nowej fryzury według indywidualnych potrzeb.

Cena peruk zależy nie tylko od rodzaju włosów, ale również od wykonania, czyli bazy, na jakiej znajdują się włosy. Większość pacjentek obawia się, że w peruce nie będą wyglądały naturalnie, jednak dobra jakość wykonania peruk sprawia, że peruki wyglądają bardzo naturalnie i trudno je odróżnić od dobrze przystrzyżonych włosów. Elementy techniczne takie, jak np. mikroskóra, czy linia rozmyta, zwiększają ich naturalność.

**Oprócz odpowiedniego dobrania nowej fryzury, następnym krokiem jest pielęgnacja peruki! Dlatego przy zakupie należy uzyskać informacje o sposobach pielęgnacji, poprosić o pomoc w doborze odpowiednich kosmetyków i akcesoriów.**

Poza peruką zaleca się zakup bawełnianej, bezszwowej czapeczki, która może być przydatna, gdy będą ciepłe dni i będzie zbyt gorąco w peruce lub w chłodne noce, gdy może być zimno w głowę. Są również dostępne ocieplacze pod perukę. Innym rozwiązaniem są fantazyjnie upinane na głowie turbany i chusty. Jest to świetna alternatywa dla peruk. Wyglądają niezwykle stylowo i są bardzo wygodne.

Konfrontacja z leczeniem hematoonkologicznym i skutkami ubocznymi leczenia, to czas pracy nad samoakceptacją, a także nauka koncentracji na innych zasobach. Przecież utrata włosów nie wpływa na osobowość. Sytuacja kryzysowa może spowodować odkrycie w sobie innych wartości, czy cechy charakteru. Diagnoza i leczenie to tylko etap w życiu, a utrata włosów to przejściowy skutek uboczny. Włosy po zakończonym leczeniu odrastają i rosną w bardzo szybkim tempie, a jedyne co, może zaskoczyć, to ich inna struktura. Z włosów prostych mogą zrobić się kręcone. Zazwyczaj po dłuższym czasie włosy wracają do swojego dawnego wyglądu.



SecondHair Systems® to unikalne uzupełnienie tworzone na indywidualne zamówienie. Każde jest inne, zaczynając od rodzaju i kształtu bazy, poprzez rodzaj włosów, ich gęstość i długość, po kolor i dowolną fryzurę, nawet bardzo krótką. Spersonalizowanie potrzeb naszych Klientów to gwarancja perfekcyjnego dopasowania oraz atrakcyjnego i naturalnego efektu końcowego.

Montaż uzupełnienia jest niezwykle prosty, a mocowanie precyzyjne i stabilne. Włosy nie przesuną się nawet podczas aktywnego spędzania czasu. Jeśli właśnie tego szukasz - zapraszamy.

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

# DEPRESJA

Na każdym etapie leczenia bardzo ważne jest monitorowanie stanu psychicznego pacjenta i wychwycenie symptomów świadczących o depresji, co umożliwi natychmiastową reakcję. Rozwijający się zespół depresyjny może niekorzystnie wpływać na przebieg całej terapii.

Objawy depresji:

- zaburzenia snu,
- zaburzenia koncentracji,
- utrata zainteresowań,
- zwolnienie dotychczasowego rytmu działania,
- spowolnienie,
- pesymistyczne myśli,
- wycofywanie się z relacji towarzyskich, często również zawodowych.

Jeśli wymienione objawy utrzymują się powyżej 3 tygodni, należy zgłosić się do psychologa i/lub lekarza psychiatry oraz poinformować o tym swojego lekarza prowadzącego.

Na to, aby chory mógł przyjąć diagnozę do wiadomości potrzeba czasu. Pacjent weryfikuje stereotyp choroby. Zadaje sobie, bliskim i lekarzowi pytanie o istotę choroby. Niestety nie każdą sytuację można racjonalnie wytłumaczyć. W tym momencie pacjent dokonuje podziału swojego życia na okres przed chorobą i po zachorowaniu. Przyszłość postrzega jako niepewną, przeszłość – idealizuje. W poukładaniu emocji związanych z diagnozą potrzebny jest adekwatny obraz choroby.

Sposób myślenia o chorobie zależy przede wszystkim od:

- posiadanych wiadomości,
- osobistych doświadczeń,
- kontaktu z osobami chorymi.

Warto zaznaczyć, że zdrowienie zaczyna się od małych rzeczy. Rozpoczęcie leczenia jest jednym z nich, a wola walki potęguje działanie medykamentów.

## POZYTYWNY PRZYKŁAD POTRZEBNY OD ZARAZ

Czasem najlepszym wsparciem jest rozmowa z innym pacjentem, który ma podobne doświadczenia już za sobą. Taka osoba może udzielić cennych wskazówek oraz pokazać, że chorobę można pokonać. Pozytywny przykład odgrywa bezcenną rolę w znalezieniu motywacji do leczenia, a także jest wzmocnieniem emocjonalnym. W trakcie leczenia i po jego zakończeniu warto skorzystać z pomocy stowarzyszeń i fundacji onkologicznych, które oprócz szerzenia wiedzy o tej grupie chorób, dysponują pomocą psychologiczną, ale przede wszystkim podopieczni tych organizacji pokazują, że „z tym” można normalnie żyć.

Diagnoza choroby onkologicznej jest diagnozą dla całej rodziny. Szczera rozmowa z najbliższymi może zapewnić pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, a przede wszystkim, pokazać, że nie jest się w chorobie osamotnionym. Świadomość, że ma się na kogo liczyć to wielki zasób, pomagający w rozwiązywaniu różnych problemów i trudności, niekoniecznie tych związanych z chorobą. Z drugiej strony, wsparcie najbliższych, towarzyszenie osobie zmagającej się z chorobą, może być umocnieniem relacji rodzinnej, przyjacielskiej, czy partnerskiej. Solidnym fundamentem, który będzie procentował również po zakończonym leczeniu.

Pacjent i jego najbliżsi popełniają bardzo często ten sam błąd – zakładają maski, przyjmują postawę nieprzejmowania się, a każde zdanie kwitują tą samą formułą: „wszystko będzie dobrze”. Mamy tutaj do czynienia z myśleniem życzeniowym. Taka formuła niestety nie rozwiązuje problemu, jedynie ucina komunikację. Każda ze stron nadal zostaje ze swoimi myślami, lękami bez otrzymania wsparcia. Złość, żal do bliskiej osoby może powodować uczucie osamotnienia. Należy zastanowić się, czy zarówno pacjent, jak i osoba bliska, na pewno jasno i konkretnie wyrażają swoje oczekiwania i potrzeby. Klarowne komunikaty pozwalają na wzajemne lepsze zrozumienie i jednocześnie oszczędzają mnóstwo niepotrzebnych nerwów.

Pamiętaj:

- Osoby patrzące z dystansu na sytuację mogą znaleźć inne możliwości radzenia sobie z chorobą.

- Mów, czego potrzebujesz.
- Angażuj rodzinę, przydziel im konkretne zadania.
- Nigdy nie myśl, że kogoś obciążasz lub wykorzystujesz. Dzisiaj ktoś tobie pomaga, jutro ty pomożesz komuś.
- Nie wstydz się swojej choroby. Podchodź do procesu chorowania z misją. Na swojej drodze spotykasz osoby, które kiedyś mogą mierzyć się z taką samą chorobą, jak ty. Twoja szczerą postawą i otwarte mówienie o chorobie, o tym, jak sobie z nią radzisz, jakie napotykaś problemy, może stać się wskazówką dla takich osób. Może im pomóc zaadaptować się do nowej sytuacji.

Psycholog może być pomocny dla bliskich w:

- zrozumieniu i akceptacji rozpoznania i leczenia,
- sięgnięciu do doświadczeń w radzeniu sobie w innych sytuacjach trudnych,
- uświadomieniu długoterminowości działań,
- poradeniu sobie z własnymi, trudnymi emocjami.

## **Choroba to wyzwanie – wiele zabiera, ale może też wiele dać.**

Choroba pojawia się nagle i niespodziewanie, weryfikując każdy aspekt życia pacjenta. Tak więc diagnoza nie tylko wiąże się z odczuwanym zagrożeniem życia, ale także powoduje zmiany w hierarchii wartości. Symboliczny znak „stop” w postaci choroby może być pierwszym krokiem do zastanowienia się nad jakością życia i możliwością wprowadzenia zmian. To też czas na naukę zadbania o siebie, przyjrzenie się własnym marzeniom i pragnieniom. Warto wstąpić się we własne potrzeby, bo ich realizacja daje poczucie równowagi, spokoju i szczęścia.

**Nie zapominaj o dobrej relacji samego ze sobą. Zrób coś tylko dla siebie!**

# CZĘŚĆ IV

## ZASADY PRAWIDŁOWEGO ŻYWIENIA W HEMATOONKOLOGII

dr Marta Dąbrowska-Bender



dr Marta Dąbrowska-Bender

Absolwentka Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM. Zajmuje się edukacją i poradnictwem dietetycznym pacjentów onkologicznych (dietetyk w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie – Klinika Onkologii), jest też dietetykiem w Poradni Nefrologiczno – Transplantacyjnej w Warszawie, gdzie konsultuje i monitoruje stan odżywienia oraz sposób odżywiania się pacjentów po przeszczepieniu wątroby/nerki oraz chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. Ponadto jest asystentem w Zakładzie Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, gdzie oprócz realizacji zajęć dydaktycznych, prowadzi prace naukowo – badawcze w zakresie subiektywnej oceny jakości życia w chorobach przewlekłych. Autorka i współautorką wielu prac naukowych oraz członka Polskiego Towarzystwa Dietetyki.

Sposób żywienia jest jednym z najważniejszych aspektów stylu życia dla każdego człowieka, szczególnego zaś znaczenia nabiera w okresie choroby. Dotyczy to również chorób nowotworowych, zwłaszcza, że ich przebieg ma najczęściej charakter przewlekły.

## DIETA JAKO WSPARCIE W PROCESIE LECZENIA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Prawidłowe żywienie jest jednym z elementów wspomagających proces leczenia przeciwnowotworowego. Należy pamiętać, że wyleczenie tej choroby za pomocą samej diety nie jest możliwe. Jednakże odpowiednio zbilansowana i zaplanowana dieta może poprawić kondycję wyniszczonego przez nowotwór organizmu, złagodzić skutki uboczne choroby lub zastosowanego leczenia onkologicznego. W związku z powyższym nie ma uniwersalnej diety, optymalnej dla każdego onkologicznego pacjenta. Konieczne jest dostosowanie sposobu żywienia do indywidualnych potrzeb chorego, uwzględniając jego stan kliniczny, stopień i rodzaj niedożywienia, występowanie chorób współistniejących, wiek, płeć oraz predyspozycje organizmu do aktywności fizycznej.

## PORADNICTWO DIETETYCZNE

To pierwszy krok interwencji żywieniowej możliwy do zastosowania prawie u wszystkich chorych. Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN) – zasadność i skuteczność stosowania poradnictwa dietetycznego u chorych onkologicznych ma stopień wiarygodności dowodów naukowych.



Uważa się, że:

- pawidłowo zaplanowana porada dietetyczna to najbezpieczniejszy dla chorego, najprostszy i najtańszy sposób na utrzymanie i/lub poprawę stanu odżywienia;
- poradnictwo żywieniowe powinno być adresowane do chorych na wszystkich etapach leczenia onkologicznego, tzn. od momentu rozpoznania choroby poprzez okres aktywnego leczenia bez względu na stosowaną metodę terapii, w okresie rekonwalescencji, w profilaktyce wtórnej, w opiece paliatywnej;
- istotne jest objęcie opieką chorych po zakończonym leczeniu onkologicznym, wolnych od nowotworu lub w okresie dłuższej remisji, ale rozwijających głębokie niedożywienie z powodu istotnego naruszenia anatomii i/lub fizjologii przewodu pokarmowego.

Zalecenia dietetyczne zawsze muszą pokryć zapotrzebowanie chorego na podstawowe składniki diety, tj. białko, węglowodany, tłuszcze, witaminy i minerały oraz wodę.

Zapotrzebowanie na energię i niektóre składniki odżywcze w czasie choroby nowotworowej może zwiększyć się nawet o 20% w stosunku do osoby zdrowej, tej samej płci, w tym samym wieku i o umiarkowanej aktywności fizycznej. Jest to efekt nasilonego metabolizmu związanego z obecnością choroby nowotworowej i mobilizacją układu odpornościowego do walki z chorobą.

Ponadto regularna aktywność fizyczna odgrywa ważną rolę wspomagającą leczenie i rehabilitację pacjentów onkologicznych. Ma pozytywny wpływ na stan emocjonalny osób chorych, zmniejsza ryzyko depresji i minimalizuje uczucie niepokoju.

## WPŁYW CHOROBY NOWOTWOROWEJ NA STAN ODŻYWIENIA PACJENTA

Zespół wyniszczenia nowotworowego (kacheksja) charakteryzuje się gwałtowną utratą masy ciała (tłuszczowej i beztłuszczowej), postępującym niedożywieniem, osłabieniem, zaburzeniem łaknienia, upośledzeniem funkcji układu odpornościowego oraz czynności narządów wewnętrznych. Wyniszczenie może się pojawić we wczesnym stadium choroby i dawać pierwsze objawy rozwijającego się nowotworu. Ponadto wyniszczenie nowotworowe pociąga ze sobą szereg poważnych dla organizmu chorego

człowieka konsekwencji, które mogą być bezpośrednią przyczyną powikłań, a nawet zgonu. Wśród najczęściej występujących skutków wyniszczenia wymienia się: ubytek masy ciała i niedożywienie, utrata masy mięśniowej, obniżenie stężenia białek, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, obniżenie odporności komórkowej, rozwój niedokrwistości, liczne zmiany narządowe (krążeniowe, oddechowe, pokarmowe, nerwowe), trudności w gojeniu się ran, obniżenie sprawności fizycznej, pogorszenie tolerancji prowadzonego leczenia onkologicznego, wydłużenie czasu hospitalizacji, depresję oraz pogorszenie szeroko rozumianej jakości życia chorego.

## LECZENIE WYNISZCZENIA NOWOTWOROWEGO

Leczenie jest kompleksowe i obejmuje podjęcie interwencji farmakologicznej, dietetycznej, rehabilitacyjnej i psychologicznej. Ponadto ma ono na celu zwiększenie masy ciała chorego oraz usunięcie objawów, które mają istotne znaczenie w nasilaniu zmian o charakterze wyniszczenia (tzn. zapobieganie biegunkom, zaparciom, nudnościom, wymiotom, zwalczanie bólu). W zakresie leczenia żywieniowego należy dążyć do zachowania naturalnej, doustnej drogi przyjmowania posiłków dopóki będzie to możliwe. W ostateczności, jeśli wymaga tego stan chorego, należy rozważyć żywienie drogą dojelitową lub w bardzo szczególnych przypadkach pozajelitową. Są to diety opracowywane indywidualnie dla każdego chorego przez zespół leczenia żywieniowego składający się z lekarza, farmaceuty, pielęgniarki i dietetyka.

Ponadto każdy pacjent, u którego rozpoznano niedożywienie, a także chory, u którego przewiduje się okres głodzenia dłuższy niż 5–7 dni bezwzględnie wymaga leczenia żywieniowego. Natomiast u chorych wyniszczonych nie czekamy 5–7 dni, lecz staramy się zapewnić wsparcie żywieniowe jak najszybciej.

Prawidłowa interwencja żywieniowa powinna składać się z następujących etapów:

- ocena stanu odżywienia i rodzaju zaburzeń,
- oceny wskazań do leczenia i zapotrzebowania na składniki odżywcze,
- wyboru drogi interwencji (przewodu pokarmowego, czyli dojelitowa, dożylna lub mieszana),
- przygotowania programu żywienia,

- podaży składników odżywczych (białko, tłuszcze, węglowodany, elektrolity, pierwiastki śladowe, witaminy i woda),
- monitorowania przebiegu leczenia i jego wyników.

Żywnienie dojelitowe wskazane jest u chorych, którzy nie mogą przyjmować drogą doustną pokarmu w ilości zapewniającej pokrycie ich potrzeb. Równocześnie muszą być zachowane podstawowe funkcje przewodu pokarmowego, takie jak trawienie, perystaltyka jelit i wchłanianie.

Ponadto żywienie dojelitowe obejmuje następujące drogi podaży:

- droga doustna (podaż odpowiednio zbilansowanej diety kuchennej pod kontrolą wykwalifikowanego dietetyka),
- podaż przemysłowych płynnych diet doustnych,
- żywienie do żołądka (przy użyciu zgłębnika lub przetoki odżywczej, czyli gastrostomii),
- żywienie do jelita cienkiego (przy użyciu zgłębnika lub przetoki odżywczej, czyli jejunostomii).

O wyborze drogi żywienia decyduje zespół leczenia żywieniowego, szczególnie lekarz specjalizujący się w leczeniu żywieniowym pozajelitowym i dojelitowym.

Natomiast u chorych, u których istnieją

wskazania do leczenia żywieniowego, a którym nie można zapewnić odpowiedniej ilości kalorii (minimum 60% dziennego zapotrzebowania) drogą dojelitową, należy rozważyć połączone żywienie pozajelitowe i dojelitowe.

Żywnienie pozajelitowe polega na dostarczaniu wszystkich niezbędnych do życia składników odżywczych, normalnie wchłanianych z przewodu pokarmowego, bezpośrednio do układu krwionośnego – z pominięciem przewodu pokarmowego. Wskazania do długoterminowego pozajelitowego żywienia pojawiają się, gdy u chorego rozwija się niewydolność jelit. Jest to sytuacja, w której przewód pokarmowy nie może przetworzyć ilości pokarmu pozwalającej zapewnić właściwy stan odżywienia.

## **METODY LECZENIA NOWOTWORÓW KRWI I OGÓLNE ZALECENIA ŻYWIENIOWE**

Wiele osób chorujących na nowotwory krwi poddawanych jest chemioterapii, (która wykorzystuje leki do niszczenia komórek nowotworowych) lub jednoczesnej chemio – i radioterapii. Natomiast niektóre osoby chorujące na nowotwory krwi, np. białaczkę otrzymują przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych. Leczenie to jest stosowane po radioterapii skierowanej na cały organizm, większej dawce chemioterapii lub obu wymienionych metodach.

Niestety radykalne metody leczenia przeciwnowotworowego (szczególnie chemio – i radioterapia), oprócz niszczenia komórek nowotworowych, uszkadzają także zdrowe komórki.

Efekty uboczne terapii onkologicznej dotyczą głównie narządów, w których komórki dzielą się intensywnie (tj. błona śluzowa układu pokarmowego – częste owrzodzenia, zaburzenia odczuwania smaku, wymioty, zaparcia, biegunki; komórki szpiku kostnego – częste występowanie anemii, niska liczba białych krwinek oraz płytek krwi; komórki mieszków włosowych – intensywne wypadanie włosów). Natomiast zabiegi chirurgiczne polegające na całkowitym lub częściowym usunięciu narządu, przyspieszają metabolizm organizmu.

## ZALECENIA ŻYWIENIOWE W TRAKCIE CHEMIOTERAPII

- Dieta powinna być wysokoenergetyczna, wysokobiałkowa i jednocześnie łatwostrawna (odpowiednio zbilansowana).
- Powinna zawierać produkty ze wszystkich grup spożywczych (warzywa, owoce, produkty pełnoziarniste, chude mięso i drób, ryby, jaja, chude mleko i jego przetwory, nasiona roślin strączkowych, jeśli są dobrze tolerowane przez chorego).
- Należy zwiększyć liczbę posiłków w ciągu dnia (do 6–8), równocześnie zmniejszając ich objętość.
- Potrawy powinny być urozmaicone, jak również powinny atrakcyjnie wyglądać i mieć miły zapach.
- Posiłki należy komponować z produktów jak najwyższej jakości oraz jak najmniej przetworzonych.
- Nie ma przeciwwskazań do spożywania warzyw, czy owoców na surowo, jeśli nie powoduje to żadnych objawów lub dolegliwości. Jeśli jednak nie jest to możliwe z uwagi na umiejscowienie nowotworu w obrębie przewodu pokarmowego, bądź występowania owrzodzeń w jamie ustnej lub biegunek – owoce i warzywa należy podawać w postaci gotowanej, przecieranej (jako soki, galaretki i kisiele – domowej roboty).
- Zwiększenie spożycia warzyw i owoców (dokładnie umyte i obrane ze skóry) może nieco uzupełniać deficyty witamin i składników mineralnych, traconych przy występowaniu wymiotów czy biegunek.
- Nasiona roślin strączkowych należy eliminować z diety wówczas, gdy nasilają niekorzystne objawy, jeśli są dobrze tolerowane można stosować niewielkie ich ilości.
- Należy zadbać o odpowiednią podaż pełnowartościowego, łatwo przyswajalnego białka (tj. chude mleko i przetwory mleczne, fermentowane i naturalne przetwory mleczne, chude mięso drobiowe – indyk czy kura, mięso z królika, ryby morskie, niewielka ilość jaj gotowanych na miękko, mleko sojowe lub serki tofu itp.), które ułatwi odbudowywanie zniszczonych przy okazji chemioterapii zdrowych komórek organizmu.
- Należy wyeliminować smażenie zastępując je gotowaniem w wodzie i na parze, pieczeniem w pergaminie lub w naczyniu żaroodpornym.
- Z kolei zaburzenia odczuwania smaku można łagodzić poprzez podawanie choremu produktów kwaśnych.



- W przypadku odczuwania metalicznego posmaku w ustach po spożyciu posiłków, należy zachęcać pacjenta do częstego płukania ust i mycia zębów po każdym posiłku.
- Do potraw, które wydają się gorzkie można dodać niewielką ilość miodu naturalnego, suszonych (bez dodatku cukru) lub świeżych, dojrzałych owoców (najlepiej obranych ze skóry).
- Mięso chude drobiowe i ryby można doprawić sokiem owocowym (świeżo wyciśniętym – np. z cytryny, pomarańczy itp.) lub świeżo przygotowanym sosem sojowym.
- Na 2 godziny przed planowanym zabiegiem chemioterapii i tuż po nim nie należy spożywać pokarmu.
- Nie wolno pić alkoholu w trakcie chemioterapii.

## ZALECENIA ŻYWIENIOWE W TRAKCIE RADIOTERAPII

Dieta powinna być lekkostrawna, wykluczająca potrawy ciężkostrawne, tłuste, surowe mleko i jego przetwory (sery pleśniowe typu Brie oraz Camembert, Roquefort, Gorgonzola itp.), surowe warzywa i owoce, napoje kolorowe i gazowane, soki, ostre przyprawy (jest to szczególnie ważne w przypadku naświetlania brzucha i okolic miednicy). Jednocześnie należy zwiększyć ilość spożywanych posiłków do (5–6) podawanych w małych porcjach.

Źródłem tłuszczu w diecie powinny być oliwa z oliwek, olej rzepakowy bezerukowy,



lniany (tłoczone na zimno i przechowywane w ciemnych, szklanych butelkach), ryby morskie, chude mięso drobiowe bez skóry itp. Natomiast źródłem pełnowartościowego białka powinny być produkty zalecane w leczeniu chemioterapią. Jeżeli mleko lub przetwory mleczne są źle tolerowane, należy unikać ich w trakcie leczenia, a spróbować włączyć je ponownie do diety po zakończeniu radioterapii (można je śmiało zastąpić produktami bezlaktozowymi lub sojowymi – mleko sojowe, serki tofu).

Z kolei źródłem energii powinny być węglowodany złożone pochodzące z pełnoziarnistych produktów zbożowych, warzyw, nasion roślin strączkowych (jeśli są dobrze tolerowane), ziemniaków. Należy starać się zwiększyć ilość spożywanych warzyw, podawanych w takiej postaci, w jakiej będzie tolerował chory – gotowane, przecierane, w postaci soków, sałatek, surówek. Dietę należy wzbogacić w owoce, zwłaszcza zawierające dużo witaminy C, takie jak: czarne porzeczki, truskawki, poziomki, pomarańcze, kiwi, czerwone i białe porzeczki, cytryny, agrest, maliny. W sytuacji gdy mięso jest źle tolerowane przez chorego, należy je ugotować, zmiksować i dodawać do potraw. Natomiast podaż płynów powinna wynosić od 2 do 2,5 l w ciągu dnia. Należy je podawać godzinę po posiłkach i pomiędzy nimi, aby nie powodować szybkiego nasycenia i uczucia pełności w żołądku.

Do diety można włączyć orzechy, nasiona słonecznika lub dyni, jednak tylko wtedy jeśli są dobrze tolerowane przez chorego. Ponadto z diety należy wyeliminować produkty mocno solone, marynowane, wędzone, smażone, alkohol, kawę naturalną, napoje kolorowe i gazowane, słodczyce, margaryny utwardzane oraz produkty tłuste. Mniej więcej 2 godziny przed naświetlaniem i bezpośrednio po nim nie należy spożywać pokarmów.

# WSKAZÓWKI ŻYWIENIOWE W WYBRANYCH DOLEGLIWOŚCIACH WYSTĘPUJĄCYCH U CHORYCH LECZONYCH ONKOLOGICZNIE (CHIRURGIA, CHEMIO – I RADIOTERAPIA)

## Brak apetytu i jadłowstręt

- Całodzienną rację pokarmową należy podzielić na 5–6 niewielkich objętościowo posiłków (czasami zaleca się do 7 małych porcji – zależy to od stanu odżywienia chorego).
- Warto przygotować jedzenie i podzielić je na małe porcje, gotowe do spożycia w każdej chwili, kiedy chory ma na to ochotę.
- Należy używać mniejszej zastawy stołowej, tzn. talerzy i sztućców.
- Posiłki powinny być kolorowe, apetycznie podane, przyrządzane na bieżąco (świeże) z dodatkiem świeżych lub suszonych ziół/przypraw – tolerowanych przez chorego. Należy wyeliminować gotowe mieszanki przypraw: takie jak vegeta, przyprawa do kurczaka itp.
- Na pół godziny przed posiłkiem należy wypijać wodę niegazowaną lub gotowaną (schłodzoną) z sokiem ze świeżo wyciśniętej cytryny lub limonki (jeśli nie ma stanów zapalnych i owrzodzeń w obrębie przewodu pokarmowego), nie popijać w trakcie jedzenia.
- Warto urozmaicać posiłki – wprowadzać nowe potrawy i nowe sposoby przyrządzania, od czasu do czasu korzystać z oferty restauracji).
- Jeść ulubione produkty i dania (wykluczając ciężkostrawne, smażone, tłuste, nadmiernie słodkie i słone).
- Można wzbogacić posiłki specjalnymi odżywkami dla osób chorych na nowotwory w postaci płynów do picia lub proszku, który można dodawać do potraw.
- Niezalecane są potrawy ciężkostrawne, wzdymające, smażone w tradycyjny sposób.
- Spożywać pełnowartościowe posiłki (wykorzystywać produkty o wysokiej wartości odżywczej – chude mięso, jaja, ryby, jaja, fermentowane przetwory mleczne, warzywa i owoce, kasze, makarony, oleje roślinne tłoczone na zimno, świeże masło (małe ilości) – wybierać produkty tolerowane przez organizm chorego!



- Źródłem białka w diecie powinien być: drób bez skóry (indyk, kurczak), chuda cielęcina, królik, ryby – gotowane w wodzie, na parze lub pieczone w pergaminie.
- Niezalecane są słodczyce i przekąski (np. chipsy, paluszki, krakersy itp.). Wyjątkiem jest gorzka czekolada (kakao powyżej 55%) – źródło żelaza i manganu (jeśli jest dobrze tolerowana). Ponadto zamiast słodczych zaleca się słodkie i kwaśne owoce: banany, gruszki, czarne lub czerwone porzeczki, maliny, winogrona, suszone owoce, papaja itp. (należy kontrolować ich spożycie ze względu na zawartość cukrów prostych – fruktozy).
- Niezalecane są wszystkie kolorowe napoje (gazowane i niegazowane) – np. coca – cola, pepsi, fanta itp.
- Ponadto posiłki powinny być spożywane powoli, w ciszy i spokoju.
- Przed jedzeniem należy przewietrzyć pomieszczenie, w którym spożywa się posiłki, aby pozbyć się mieszanki różnych zapachów, zniechęcających do jedzenia.
- Wskazany jest spacer na świeżym powietrzu przed posiłkiem (jeśli pozwala na to stan zdrowia).
- Ważne jest estetyczne przygotowanie stołu przed posiłkiem (sposób nakrycia, zastawa stołowa).
- Warto jeść przy stole wspólnie z bliskimi, jeśli tylko pozwala na to stan zdrowia;
- Jeśli brak apetytu przedłuża się, należy skonsultować się ze swoim lekarzem prowadzącym.



## Zaburzenia odczuwania smaku i zapachu

- Należy myć zęby po każdym posiłku (jeśli nie ma stanów zapalnych błony śluzowej, płukać jamę ustną gotowymi preparatami przystosowanymi do jej higieny).
- Pić więcej płynów w ciągu dnia – głównie niegazowaną wodę mineralną z dodatkiem świeżo wyciskanych soków owocowych lub warzywnych (z cytryny, limonki, imbiru, buraka, żurawiny), z dodatkiem świeżych listków mięty.
- Zaburzenia odczuwania smaku można łagodzić poprzez podawanie choremu produktów kwaśnych (m.in. kwaśnych owoców, kwaszonej kapusty i ogórków)
- Sporadycznie pić pepsi lub coca-colę (neutralizuje metaliczny posmak w jamie ustnej).
- Żuć gumę miętową (bezcukrową) między posiłkami lub ssać sporadycznie ziołowe landrynki (z melisą, miętą, lipą, szalwią, tymiankiem itp.).
- Nieprzyjemny smak w ustach można neutralizować mrożonymi owocami – truskawkami, malinami, wiśniami, czarnymi jagodami, czarnymi porzeczkami, itp. (można je ssać podobnie jak cukierki, jeśli nie ma stanów zapalnych w jamie ustnej). Mogą to być również świeże, umyte i obrane ze skóry owoce.
- Do gotowych potraw dodawać świeże zioła lub przyprawy, tymianek, majeranek, cząber, czosnek niedźwiedzi w liściach, rozmaryn, miętę, bazylię, lubczyk, itp. które zmieniają smak potrawy.
- Do nabiątu, koktajli i deserów dodawać miód naturalny.
- Unikać jedzenia gorących i zimnych posiłków (posiłki powinny być letnie lub w temperaturze pokojowej).
- Sztucce metalowe można zastąpić sztuczkami plastikowymi, ceramicznymi lub drewnianymi (neutralizują nieprzyjemny smak w ustach).

## Nadmierna utrata masy ciała

- Całodzienną rację pokarmową należy podzielić na 5–8 posiłków podawanych w mniejszych ilościach (lecz częściej) i o stałych porach dnia.
- Posiłki muszą być lekkostrawne, tzn. gotowane w wodzie, na parze lub pieczone w pergaminie (w niskiej temperaturze – poniżej 100°C lub maksymalnie do 150°C).
- Posiłki powinny być kolorowe, apetycznie podane i spożywane w spokoju.
- Zalecane są produkty zbożowe: płatki owsiane, ryż pełnoziarnisty (również biały), kasza jaglana, gryczana.

- Płyny należy wypijać pomiędzy posiłkami, a nie w trakcie jedzenia. Na 30 minut przed posiłkiem wypić szklankę wody mineralnej niegazowanej ze świeżo wyciśniętą cytryną lub limonką (świeżym imbirem).
- Można zwiększać kaloryczność posiłków poprzez dodawanie do potraw drobnych kasz i makaronów, ryżu, ziemniaków, zmielonych nasion i orzechów, gotowanych warzyw, olejów roślinnych wysokiej jakości (tłoczonych na zimno), świeżego masła oraz śmietany (maksymalnie do 18% tłuszczu).
- Kaloryczność zup i sosów można zwiększać poprzez dodawanie świeżych jaj, jogurtów naturalnych (do 3-4% tłuszczu), śmietany (do 18% tłuszczu), pełnego mleka (do 3,8% tłuszczu) oraz mielonych orzechów.
- Desery warto wzbogacać twarożkami naturalnymi, mielonymi orzechami lub nasionami, suszonymi owocami (bez dodatku cukru) oraz miodem naturalnym.
- Niezalecane są potrawy tłuste, smażone, wędzone, marynowane, peklowane, z dużą ilością soli, zupy i sosy z dodatkiem zasmażki (ciężkostrawne, długo zalegają w żołądku, a spożywane przez chorego mogą wywołać dolegliwości przewodu pokarmowego).
- Posiłki i zakupy należy planować z wyprzedzeniem.
- Przed posiłkiem warto chodzić na spacer, aby pobudzić apetyt.
- Przed spożyciem posiłku warto przewietrzyć mieszkanie lub jeść go na tarasie (np. w gronie najbliższych lub przyjaciół).
- Jeżeli stosowanie prawidłowo zbilansowanej diety sprawia, że waga wolno przybywa, należy rozważyć z lekarzem uzupełnienie tradycyjnej diety gotowymi dietami przemysłowymi.

## Zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała

- Należy spożywać 4–5 posiłków dziennie o małej objętości i o regularnych porach dnia.
- Jedzenie do uczucia pierwszej sytości, bez dokładek i podjadania.
- Każdy dzień rozpoczynać pełnowartościowym śniadaniem.
- Kolację spożywać najpóźniej 3 godziny przed snem.
- Nie jeść między posiłkami.
- Wyeliminować z diety produkty o dużej zawartości tłuszczu (szczególnie zwierzęcego), cukru i sodu (soli kuchennej).
- Zwiększyć spożycie świeżych warzyw (lub mrożonych).
- Owoce jeść w ciągu dnia – do dwóch porcji (częściej wybierać owoce kwaśne, mają mniej cukrów prostych – fruktozy).

- Pić przynajmniej 2l płynów w ciągu dnia – bezkalorycznych lub niskokalorycznych.
- Pamiętać o regularnej aktywności fizycznej dopasowanej do aktualnego stanu zdrowia.

## Problemy z połykaniem

- Niezalecane są potrawy ostre, drażniące i kwaśne (np. owoce cytrusowe).
- Zaleca się jogurty naturalne (ze świeżo zmiksowanymi, słodkimi owocami) lub naturalne serki homogenizowane (bez dodatku sztucznych barwników i konserwantów).
- Posiłki muszą być bardzo dobrze rozdrobnione, półpłynne lub płynne – co ułatwi choremu połykanie.
- Zalecane są naturalne biszkopty, herbatniki, suchary i pieczywo jasne namoczone w mleku, słabej herbacie, koktajlu mlecznym lub w musie owocowym.
- Posiłki w formie miksowanej i papkowatej powinny być spożywane do momentu ustąpienia bólu. Ponadto do miksowanej zupy obiadowej konieczne trzeba dodać kawałek chudego i jasnego mięsa, kaszę, ziemniaki lub drobny makaron (również mielone orzechy lub nasiona).
- Posiłki należy gotować na parze lub w wodzie.

### Ponadto zalecane są:

- koktajle mleczne (wykonane samodzielnie),
- musy bananowe, jabłkowe lub z innych miękkich owoców, które chory toleruje (świeże, pieczone),
- twarożki naturalne z dodatkiem naturalnego miodu,
- ziemniaki gotowane (tłuczone, puree z dodatkiem świeżego masła),
- kisiele, budynie i galaretki (domowej roboty),
- jajecznica przygotowana na parze (lekko ścięta) lub jajka na miękko,
- płatki zbożowe i otręby dobrze rozdrobnione (nieprzetworzone),
- warzywa gotowane, podawane w postaci puree,
- chude gatunki mięsa w postaci pulpetów lub dobrze rozdrobnione kawałki chudego, jasnego mięsa (indyk, kurczak, sporadycznie cielęcina i młoda wołowina, królik),
- ryby gotowane na parze, w wodzie lub pieczone w pergaminie.

## Uczucie suchości w ustach

- Należy wypijać więcej płynów około 2–3 litrów dziennie (jeśli nie ma ograniczeń ilościowych). Zaleca się wodę mineralną i źródlaną niegazowaną lub zwykłą przygotowaną i ostudzoną.
- Potrawy powinny być półpłynne lub papkowate (ze zwiększoną ilością wody), m.in. twarożki, koktajle mleczne, budynie i kisiele własnej produkcji, soki warzywne i owocowe, musy owocowe rozcieńczone z wodą, warzywa i owoce duszone podane w postaci puree.
- Do gotowych potraw (w tym surówek i sałatek) należy dodawać tłuszcze roślinne tłoczone na zimno (m.in. oliwę z oliwek, olej rzepakowy, olej lniany, sojowy, z pestek dyni itp.). Tłuszcz działa nawilżająco, odżywczo i ochronnie na błonę śluzową przewodu pokarmowego.
- Oprócz wody należy pić słabą herbatę (np. zieloną, czerwoną), herbaty owocowe (naturalnie aromatyzowane) i napary ziołowe (melisa, rumianek, lipa). Spożywanie ziół należy konsultować z lekarzem prowadzącym!
- Nie zaleca się posiłków suchych i o ostrych krawędziach (np. suchary, skórka z pieczywa, pieczywo gruboziarniste, płatki zbożowe, otręby). Natomiast ziemniaki, bataty, drobne makarony i kasze (np. manna, jaglana, kukurydziana, ryżowa) powinny być podawane z sosami przygotowanymi samodzielnie w domu, np. z bułionem z włośzczyzny (jeżeli jest taka potrzeba, należy je dokładnie rozdrobnić).
- Należy jeść nabiał (mleko i przetwory mleczne do 2% tłuszczu, sporadycznie więcej ni 3% tłuszczu). Zawarty w nich tłuszcz działa nawilżająco i regenerująco na błonę śluzową przewodu pokarmowego.
- Zalecane jest żucie gumy, co stymuluje wydzielanie śliny (najlepiej bez dodatku sztucznych substancji słodzących). Można ssać kostkę lodu, mrożone owoce, cukierki ziołowe, np. z szalwią, melisą, tymiankiem itp.
- Ponadto można płukać jamę ustną naparem z rumianku, pokrzywy lub siemienia lnianego w celu przyniesienia ulgi (dodatkowa ochrona dla błony śluzowej przewodu pokarmowego). Napar z szalwii może nasilać uczucie suchości w ustach.
- Płukać jamę ustną olejami roślinnymi (wysokiej jakości) tłoczonymi na zimno i przechowywanymi w ciemnych, szklanych butelkach (np. oliwa z oliwek, olej lniany, olej rzepakowy).
- Można zastosować wyciąg z alg morskich (w formie tabletki) lub innych roślin, które mają silne właściwości nawilżające (np. porost islandzki). Taką decyzję warto skonsultować z lekarzem prowadzącym.



## Problemy z gryzieniem

- Konsystencja posiłków musi być dobrana indywidualnie do potrzeb chorego i stanu jego zdrowia (papkowata, półpłynna lub płynna).
- Jeżeli pacjent toleruje wszystkie pokarmy, nie ma potrzeby ich wykluczania z diety.
- Zalecane jest dłuższe gotowanie, mikrowanie, podawanie potraw w postaci papkowatej, półpłynnej i płynnej (po rozcieńczeniu).
- Jeżeli jedzenie sprawia wiele trudności, należy z lekarzem rozważyć inną metodę żywienia.

## Nadżerki i owrzodzenia

### błony śluzowej przewodu

### pokarmowego (jama ustna,

### gardło, przełyk, żołądek,

### jelita)

- Należy zwiększyć liczbę spożywanych posiłków, jednocześnie zmniejszając ich objętość.
- W diecie chorego powinno znaleźć się pełnowartościowe białko pochodzące z chudego i jasnego mięsa (drób, ryby), jaj, chudego mleka i przetworów mlecznych (twarożki naturalne, kefir, naturalny jogurt).

- Należy unikać zbyt gorących i zimnych potraw i napojów (posiłki i napoje powinny mieć temperaturę pokojową).
- Posiłki i potrawy powinny być miękkie, łatwe do pogryzienia i połknięcia, bez szorstkich i chropowatych krawędzi (tj. skórka chleba, suche kasze gruboziarniste, pieczywo gruboziarniste, płatki zbożowe, otręby, smażone mięso, smażone frytki, suche pieczywo, grzanki itp.).
- Konsystencja posiłków musi być dobrana indywidualnie do potrzeb chorego i stanu jego zdrowia (papkowata, półpłynna lub płynna).
- Do gotowych potraw (w tym surówek i sałatek) warto dodawać tłuszcze roślinne tłoczone na zimno (m.in. oliwę z oliwek, olej rzepakowy, olej lniany, sojowy, z pestek dyni itp.). Tłuszcz działa nawilżająco, odżywczo i ochronnie na błonę śluzową przewodu pokarmowego.
- Raz dziennie pić zmielone siemię lniane (2 łyżeczki siemienia zalać wrzątkiem i pić letnie).
- Należy unikać spożywania produktów i potraw działających drażniąco na błonę śluzową żołądka (m.in. kawa, alkohol, soki i owoce cytrusowe, owoce pestkowe, ostre przyprawy, ostre sosy oraz mocno solone kwaśne produkty i potrawy).
- Pić przynajmniej 2,5 l płynów dziennie (o temperaturze pokojowej, pite przez rurkę).
- Aby nie eliminować całkowicie owoców i warzyw będących źródłem wielu cennych witamin i składników pokarmowych, można je miksować i rozcieńczać z wodą lub dodawać do przetworów mlecznych (należy wybierać owoce słodkie o gładkiej konsystencji bez pestek, np. banana, awokado). Natomiast owoce pestkowe przecierać przez gęste sito.
- Awokado dodawać do dań głównych, deserów i koktajli. Owoc ten jest bogatym źródłem kwasów tłuszczowych omega-9. Działa odżywczo, nawilżająco, osłaniająco i regeneracyjne na błonę śluzową całego przewodu pokarmowego.
- Działanie łagodzące mogą mieć napary z ziół o działaniu przeciwzapalnym i ściągającym (np. szalwia, kora dębu) oraz osłaniającym (np. mielone siemię lniane).
- Płukać jamę ustną olejami roślinnymi (wysokiej jakości) tłoczonymi na zimno i przechowywanymi w ciemnych, szklanych butelkach (np. oliwa z oliwek, olej lniany, olej rzepakowy).
- Obowiązuje całkowity zakaz spożywania alkoholu i palenia papierosów. Zdarza się, że dietę należy wzbogacić kompleksami witaminowymi (witaminy z grupy B, witamina PP, witamina C) – po uprzedniej konsultacji z lekarzem lub dietetykiem!
- Jeśli wyżej wymienione wskazówki nie przyniosą rezultatów, a objawy leczenia onkologicznego będą się nasilać, należy pilnie skonsultować się ze swoim lekarzem onkologiem!

## Nudności i wymioty

- W planowaniu wsparcia żywieniowego należy uwzględnić aktualny stan pacjenta, zgłaszane przez niego dolegliwości oraz produkty tolerowane i źle akceptowane przez chorego.
- Posiłki należy jeść powoli i w spokoju. Jednocześnie należy unikać potraw tłustych, smażonych, przetworzonych, słodkich oraz o intensywnym zapachu.
- Zaleca się picie naparu ze świeżego imbiru z dodatkiem cytryny i miodu naturalnego oraz jedzenie migdałów (mogą one łagodzić mdłości). Ewentualnie można włączyć do diety niewielkie ilości kwaszonej kapusty (jeśli jest dobrze tolerowana).
- Przed posiłkiem zaleca się spacer na świeżym powietrzu oraz przewietrzenie mieszkania w celu pozbycia się intensywnych zapachów drażniących chorego.
- Po posiłku zaleca się odpoczynek w pozycji siedzącej.
- Zaleca się ssanie kostki lodu, mrożonych owoców lub cukierków ziołowych, np. z szalwią, melisą, tymiankiem itp.
- W przypadku biegunki i/lub wymiotów należy pamiętać o odpowiednim nawodnieniu, by nie doprowadzić do odwodnienia organizmu (biegunki i wymioty powodują straty wody i elektrolitów).
- Zaleca się częste picie (jednorazowo w małych ilościach) wody mineralnej niegazowanej oraz słabych naparów z herbaty. Unikaj napojów gazowanych, nadmiernie słodkich i kolorowych.
- Posiłki muszą być świeże, kolorowe o niedużej objętości (4-6 posiłków dziennie). Ponadto powinny być podawane temperaturze pokojowej (potrawy gorące mogą nasilać nudności).
- Po chemioterapii, w pierwszej kolejności zaleca się picie wody niegazowanej małymi łyżkami. Następnie jeżeli pacjent czuje się dobrze, może zjeść lekkostrawny obiad w dobrze wywietrzonym pomieszczeniu (bez zapachów kuchennych, gdyż u niektórych osób wywołują mdłości).
- Jeśli mdłości pojawiają się rano, przed wstaniem z łóżka można zjeść kawałek bułki pszennej lub biszkopta czy sucharka i popić niegazowaną wodą mineralną.



## Uczucie szybkiego nasycenia

Należy:

- jeść często (5-6 razy dziennie) posiłki o niedużej objętości,
- pić między posiłkami (unikąć przyjmowania płynów w trakcie jedzenia posiłków),
- unikać produktów i potraw tłustych (sery żółte pełnotłuste i tłuste, topione, tłusty nabiał itp.), smażonych (frytki, tłuste mięso, placki ziemniaczane itp.), słodczy (ciasta, ciasteczka, czekolady, torty itp.) oraz kolorowych, słodkich i gazowanych napojów,
- ograniczyć spożycie jaj gotowanych na twardo (zastąpić je jajecznicą przygotowaną na parze lub jajkami gotowanymi na miękko),
- tłuste mleko i przetwory mleczne zastąpić chudym nabiałem (twaróg, kefir, mleko zsiadłe, jogurt naturalny itp.),
- unikać produktów i potraw tłustych (tłuste mięso i wędliny, sery żółte pełnotłuste i tłuste, topione, tłusty nabiał itp.), smażonych (frytki, tłuste mięso, placki ziemniaczane itp.), marynowanych, peklowanych, wędzonych z dużą ilością soli,
- unikać nasion z roślin strączkowych (soja, fasola, soczewica, ciecierzycy, groch, bób), warzyw kapustnych (brokuł, kalafior, kapusta, jarmuż, brukselka), cebulowych (por, czosnek, cebula) i grzybów, gdyż są one ciężkostrawne i mogą powodować uczucie pełności, nadmierne gromadzenie się gazów w jelitach oraz ból brzucha,
- unikać potraw wzmagających perystaltykę jelit (pieczywo gruboziarniste, kasze gruboziarniste, płatki zbożowe i otręby, potrawy słone i słodkie, mocna kawa i herbata, owoce cytrusowe, nasiona i orzechy).

## Biegunki

- Jeśli stan zdrowia pozwala, należy jeść regularne posiłki w ciągu dnia (4-5). Przyjmowane potrawy i płyny powinny być w temperaturze pokojowej.
- Unikać potraw bogatych w błonnik pokarmowy, pobudzających skurcze jelit (pieczywo pełnoziarniste i gruboziarniste, produkty zbożowe (płatki zbożowe i otręby), świeże warzywa i owoce, orzechy i nasiona oraz suszone owoce – np. suszone śliwki).
- W przypadku intensywnych biegunek należy jeść kleik ryżowy oraz gotowaną marchew (puree lub z dodatkiem wody).

- Należy pamiętać o odpowiednim nawodnieniu, by nie doprowadzić do odwodnienia organizmu (biegunki powodują straty wody i elektrolitów, np. potasu).
- Zaleca się częste picie (jednorazowo w małych ilościach) wody mineralnej niegazowanej oraz słabych naparów z herbaty. Unikaj napojów gazowanych, nadmiernie słodkich i kolorowych.
- Surowe warzywa i owoce trzeba zastąpić gotowanymi lub duszonymi. Włączyć do diety pasteryzowane przeciera owocowe lub warzywnoowocowe.
- Pić napar z czarnych jagód lub jeść je w postaci surowej.
- W czasie trwania biegunki wykluczyć należy z diety warzywa cebulowe oraz wzdymające kapustne oraz nasiona roślin strączkowych.
- Wyeliminować z diety ostre przyprawy i sosy.
- Wyeliminować żywność zawierającą sztuczne substancje słodzące (m.in. sorbitol, aspartam), ponieważ mają one działanie przeczyszczające.
- Unikać słodczy, mocnej kawy i herbaty oraz alkoholu i papierosów.
- Nie wolno podawać potraw pieczonych, tłustych lub mocno przyprawionych (działają drażniąco i mogą powodować biegunki oraz bolesne skurcze jelit).
- Unikać tłustego mleka i produktów mlecznych, gdyż mogą nasilać biegunkę.
- Należy zwiększyć spożycie produktów bogatych w potas (banany, pomidory, ziemniaki, awokado, soki przecierowe z brzoskwiń lub moreli).
- Jeśli wyżej wymienione wskazówki nie przyniosą rezultatów, a biegunka będzie się nasilać, należy pilnie skonsultować się ze swoim lekarzem onkologiem!

## Zaparcia

- Ilość błonnika pokarmowego w diecie należy zwiększać stopniowo, aby nie spowodować biegunki. Konieczna jest większa podaż płynów bezkalorycznych (woda mineralna) lub niskokalorycznych (świeże soki owocowo-warzywne itp.).
- Ważne jest regularne przyjmowanie posiłków (4-5), najlepiej o stałej porze dnia.
- Należy zwiększyć podaż płynów do 2,5–3 litra dziennie (herbatki owocowe naturalnie aromatyzowane, herbaty ziołowe, sok pomidorowy, sok z buraków, sok pomarańczowy, kefir, zsiadłe mleko, woda mineralna niegazowana itp.).
- Siemię lniane mielone – zalewać wrzątkiem i pić ostudzone.
- Włączyć do diety suszone owoce (bez dodatku cukru) oraz orzechy i nasiona.
- W jadłospisie powinny znaleźć się produkty zbożowe z pełnego przemiału (m.in. gruboziarniste kasze, ryż pełnoziarnisty, mąki pełnoziarniste i razowe, pełnoziarnisty makaron i pieczywo, płatki zbożowe i otręby).

- Do gotowych potraw (w tym surówek i sałatek) dodawać oleje roślinne (wysokiej jakości), tłoczone na zimno (m.in. oliwa z oliwek, olej rzepakowy, lniany) – wspomagają proces wypróżniania).
- Należy zwiększyć spożycie świeżych warzyw (do 5 porcji) i owoców (do 3 porcji).
- Należy wyeliminować spożywanie produktów spowalniających pracę jelit (jasne pieczywo i mąki, pieczywo cukiernicze, drobne kasze i jasny makaron, wyroby garmazeryjne na bazie jasnej mąki, tłuste mięso i wędliny, tłusty biały, potrawy smażone, słodczyce itp.).
- Pić kompoty przygotowane na bazie suszonych lub mrożonych śliwek (bez dodatku cukru i substancji konserwujących).
- Zaleca się wypijanie szklanki niegazowanej wody mineralnej lub szklanki soku owocowego z jedną łyżką laktozy – cukru mlekowego, albo szklanki wody mineralnej niegazowanej z dodatkiem soku śliwkowego, kefiru i soku jabłkowego z dwoma łyżkami laktozy (laktoza wpływa korzystnie na mikroflorę jelita grubego, co pomaga likwidować zaburzenia czynnościowe).
- Pamiętać o regularnej aktywności fizycznej dostosowanej do stanu zdrowia (wspomaga ona prawidłową perystaltykę jelit).
- W zaporciach wskazane są probiotyki. Jednak zanim chory po nie sięgnie, musi skonsultować się z lekarzem.



# ZALECENIA ŻYWIENIOWE PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

## Składniki żywności zwiększające ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe – profilaktyka pierwotna i wtórna

**Aflatoksyny** są mykotoksynami wytwarzanymi przez grzyby, rozwijającymi się najczęściej na ziarnach zbóż, nasionach roślin strączkowych i orzechach, przechowywanych w ciepłych i wilgotnych pomieszczeniach.

**Heterocykliczne** aminy i wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne – mogą powstawać w czasie wędzenia, przedłużonego grillowania lub smażenia w wysokich temperaturach produktów bogatych w białko, np. mięsa wołowego, wieprzowego, ryb. W celu minimalizacji ilości powstających podczas obróbki termicznej w/w substancji karcinogennych należy wybierać odpowiednie techniki przyrządzania potraw z mięsa i ryb – zamiast smażyć lub grillować – gotować, dusić i piec w naczyniach żaroodpornych, pergaminie lub specjalnie do tego celu przeznaczonych urządzeniach/naczyniach.

**N-nitrozwiązki, azotany i azotyny** – azotany to związki, które występują w warzywach kumulujących je z przenawożonej azotanowymi nawozami gleby. Są także stosowane do konserwowania żywności, głównie mięsa, wędlin, serów i piwa. Jednak ich nadmiar w diecie, wynikający z wysokiego spożycia peklowanego, mocno solonego i wędzonego pożywienia może mieć silne działanie rakotwórcze.

**Nadmiar nasyconych kwasów tłuszczowych (głównie pochodzenia zwierzęcego) oraz cholesterolu w diecie** – prawdopodobnie może to mieć związek z dużą ilością zawartego w nim tłuszczu. Bierze się także pod uwagę znaczenie związków chemicznych o działaniu karcinogennym powstającym w procesie przygotowywania go do spożycia. Ponadto wiele badań wskazuje, że również nadmierne spożycie czerwonego mięsa może zwiększać ryzyko zachorowań na raka jelita grubego.

**Nadmiar soli kuchennej w diecie** – jest bezpośrednią przyczyną rozwoju nowotworów złośliwych. Jednak działa ona pośrednio, gdyż nadmiar sodu w diecie uszkadza śluzówkę żołądka, przyczyniając się do rozwoju zanikowego zapalenia żołądka, które jest jednym z etapów transformacji nowotworowej.

**Alkohol** – spożywany w nadmiarze ma cytotoksyczny wpływ na komórki organizmu. W efekcie może je uszkadzać w nieodwracalny sposób (w tym ich materiał genetyczny) oraz zaburzać mechanizmy ich naprawy.

## Rekomendacje zapobiegające rozwojowi nowotworów

Eksperti ze Światowego Instytutu Badań nad Rakiem (World Cancer Research Fund) oraz Amerykańskiego Instytutu Badań nad Rakiem (American Institute for Cancer Research) w raporcie opublikowanym w 2007 r. przedstawili 10 rekomendacji dotyczących żywienia, masy ciała, aktywności fizycznej i stylu życia. Są one zgodne z Europejskim Kodeksem Walki z Rakiem z 2003 r. (opublikowanym w Polsce w 2007 r.).

- Utrzymuj prawidłową masę ciała, wystrzegaj się nadwagi i otyłości.
- Bądź aktywny fizycznie każdego dnia.
- Unikaj spożywania słodzonych napojów, ogranicz konsumpcję żywności wysokoenergetycznej.
- Spożywaj więcej żywności pochodzenia roślinnego – warzyw, owoców, produktów zbożowych pełnoziarnistych i nasion roślin strączkowych.
- Ogranicz konsumpcję czerwonego mięsa i unikaj mięsa przetworzonego.
- Nie pal tytoniu, ogranicz spożycie alkoholu.
- Ogranicz spożycie soli kuchennej, unikaj spleśniałych ziaren zbóż i nasion roślin strączkowych.
- Nie zażywaj suplementów diety – nie chronią przed nowotworami złośliwymi.
- Karmienie piersią zmniejsza ryzyko raka zarówno u matki, jak i u dziecka.
- Osoby zdrowe powinny brać udział w badaniach przesiewowych w kierunku nowotworów, osoby ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową (w trakcie remisji lub wyleczone) powinny otrzymywać zalecenia żywieniowe.

Odpowiednie zalecenia dotyczące prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej mają istotne znaczenie dla osób chorych na nowotwory złośliwe, zarówno przed terapią, w jej trakcie, jak i po leczeniu chirurgicznym oraz w czasie i po przebyciu chemio – lub radioterapii.

## Praktyczne wskazówki żywieniowe po zakończeniu leczenia onkologicznego

Prawidłowo zbilansowana dieta ma znaczenie nie tylko w profilaktyce i leczeniu chorób nowotworowych, ale także po jej wyleczeniu. Wówczas szczególnego ich znaczenia nabiera zapobieganie wznowie przebytej choroby nowotworowej.

- Spożywaj regularnie od 4 do 5 posiłków w ciągu dnia. Przerwy pomiędzy posiłkami nie mogą być dłuższe niż 3 – 4 godziny.
- Zadbaj o prawidłową masę ciała (samokontrola lub z udziałem dietetyka).
- Wartość energetyczna diety powinna być zaplanowana indywidualnie przez dietetyka. Posiłki muszą być urozmaicone i powinny składać się ze wszystkich grup produktów spożywczych (warzywa, owoce, produkty zbożowe, chude mięso i drób, ryby, jaja, nasiona roślin strączkowych i oleje roślinne). Organizm potrzebuje różnych składników odżywczych do regeneracji tkanek i narządów.
- Jedz codziennie warzywa i owoce (wybieraj kwaśniejsze, z mniejszą ilością cukru – fruktozy). Spożywaj je na surowo (myj i obieraj ze skóry), w postaci przecierów lub soków owocowo-warzywnych, ewentualnie mrożone, gotowane na parze lub zapiekane delikatnie w piekarniku.
- Spożywaj produkty będące źródłem pełnowartościowego białka, tj. chude sery twarogowe, fermentowane przetwory mleczne (kefir, zsiadłe mleko) – do 2% tłuszczu, chude mięso i drób, ryby, jaja oraz nasiona roślin strączkowych (jeśli są dobrze tolerowane).
- Pamiętaj o regularnym spożyciu produktów zbożowych (węglowodany złożone), których dobrym źródłem są: pełnoziarniste pieczywo, kasze gruboziarniste (np. gryczana), ryż (brązowy, czerwony, czarny), makarony pełnoziarniste i zboża rzekome (bezglutenowe), tj. amarantus (szarłat), komosa ryżowa (quinoa), szatwia hiszpańska (chia), teff (miłka abisyńska).
- Nie spożywaj znacznych ilości tłuszczu zwierzęcego (masło, smalec, słonina) i roślinnego (oleje rafinowane, oleje uwodornione lub częściowo uwodornione – margaryny; olej słonecznikowy, kukurydziany, sojowy, z pestek winogron, z pestek dyni, sezamowy, z zarodków pszennych, krokoszowy, amarantusowy – bogate źródło kwasów omega-6, które w nadmiarze wywołują stany zapalne).
- Źródłem tłuszczu w prawidłowo zbilansowanej diecie powinny być: ryby morskie oraz skorupiaki, chude mięso i drób, orzechy i nasiona oraz oleje roślinne, tj. olej rzepakowy bezerukowy, oliwa z oliwek, kokosowy (używany sporadycznie) – do delikat-

nej obróbki termicznej. Natomiast pozostałe tłuszcze roślinne wyłącznie do potraw podawanych na zimno (olej lniany, z wiesiołka).

- Ogranicz spożycie czerwonego mięsa, tj. wołowiny, cielęciny, koniny, wieprzowiny itp. (do jednej porcji w miesiącu).
- Każdego dnia dbaj o odpowiednie nawodnienie organizmu. Wypijaj przynajmniej 2 litry płynów bezkalorycznych lub niskokalorycznych na dobę (jeśli nie ma innych założeń).
- Ogranicz w diecie ilość dodawanej soli kuchennej do potraw (1 łyżeczka na dzień – 5g). Pamiętaj, że sód występuje naturalnie we wszystkich nieprzetworzonych produktach spożywczych. Unikaj dosalania gotowych potraw!
- Ogranicz spożycie cukrów prostych (cukier buraczany, trzcinowy, cukierki, ciasta, torty, ciasteczka, czekolady itp.). Zastąp sztuczne środki słodzące (aspartam, acesulfam K) naturalnymi, tj. stewia suszona (rozdrobnione listki) lub ksylitolem (cukier brzozy).  
▪ Zmniejsz spożycie wędlin (szczególnie wędzonych, peklowanych, marynowanych, grillowanych, konserwowanych), serów żółtych (konserwowanych). Wyklucz z diety konserwy rybne, mięsne i warzywne, gotowe zupy, sosy, gotowe mieszanki przyprawowe, kupne buliony warzywne oraz kostki rosółowe.
- Unikaj żywności spleśniałej, źle przechowywanej (źródło rakotwórczych aflatoksyn). Nie jedz żywności po zebraniu pleśni z powierzchni czy odkrojeniu zepsutego kawałka!
- Zalecane techniki kulinarne, to: gotowanie na parze lub w niewielkiej ilości wody pod przykryciem, duszenie bez obsmażania, zmodyfikowane grillowanie (na specjalnej patelni), pieczenie w piekarniku w pergaminie lub naczyniu żaroodpornym – maksymalnie w temperaturze do 150°C (zalecane są również niższe temperatury, np. do 100°C).
- Niewskazane techniki kulinarne, to: smażenie kontaktowe, smażenie w głębokim tłuszczu, obsmażanie, tradycyjne grillowanie, pieczenie w bardzo dużej temperaturze bez użycia pergaminu lub naczynia żaroodpornego.
- Unikaj nadmiaru alkoholu i nie pal papierosów.
- Unikaj żywności wysokoprzetworzonej z dodatkiem sztucznych substancji konserwujących, zagęszczających, barwiących i poprawiających smak.
- Nie stosuj na własną rękę suplementów diety (witamin i minerałów) oraz drażniących środków przeczyszczających (w przypadku zaparc). Większość suplementów diety nie ma działania terapeutycznego, jak również nie posiada badań klinicznych w zakresie profilu ich bezpieczeństwa. Zanim podejmiesz taką decyzję, skonsultuj ją z lekarzem!
- Pamiętaj o regularnej aktywności fizycznej (30 minut każdego dnia), dopasowanej do indywidualnych potrzeb (predispozycji) i stanu zdrowia Twojego organizmu.

# PRZYKŁADOWY JADŁOSPIS PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

## PROPOZYCJA I ŚNIADANIE I Jajecznica przygotowana na parze z pomidorami i szpinakiem:

- 4 jaja przepiórcze
- 1 garść świeżego szpinaku
- 1 łyżeczka szczypiorku
- 3 pomidory koktajlowe
- 2 cienkie kromki chleba pełnoziarnistego
- 1 płaska łyżka przecieranych pomidorów z ziołami do smarowania pieczywa

Miskę szklaną lub metalową postaw na naczyniu z wrzącą wodą. Następnie wybij do niej umyte jaja, dodaj opłukany szpinak, łyżeczkę szczypiorku i pokrojone w kostkę pomidory koktajlowe bez skóry. Mieszaj do momentu, aż jajecznica zacznie się delikatnie ścinać.

Sałatka z cykorii, pomarańczy, imbiru i orzechów włoskich:

- 4 listki cykorii (zielona lub fioletowa)
- 6 małych cząstek pomarańczy
- sok z limonki do skropienia
- 1 łyżeczka oleju lnianego
- 1 łyżeczka posiekanych orzechów laskowych (do posypania)
- Imbir świeży, tarty (do smaku)

Granat – 1 mała sztuka

Herbata zielona bez cukru – szklanka 250 ml



## ŚNIADANIE II

Płatki owsiane z jogurtem, bananem i borówkami (posypane tartymi migdałami):

- łyżki płatków owsianych
- płatki zalej gorącą wodą i odstaw na 10 minut do zmięknienia
- 125 ml jogurtu naturalnego (do 2% tłuszczu)
- ½ średniego banana
- 2 łyżki borówek amerykańskich
- 1 łyżka posiekanych migdałów (do posypania)

Kanapki z tuńczykiem, pomidorem i rukolą:

- 2 cienkie kromki chleba gryczanego
- 1 garść rukoli
- 2 plasterki świeżego pomidora
- 1 łyżeczka chrzanu do smarowania pieczywa
- 2 łyżki tuńczyka w oliwie z oliwek (tuńczyk ze stoika w sosie własnym lub w oliwie z oliwek)

Sok z żurawiny i jabłek – szklanka 250 ml

## OBIAD

Krem z brokułów (posypyany świeżym koperkiem) – 300 ml:

- włoszczyzna (marchew, seler korzeń, por, pietruszka korzeń)
- 80 g brokuł (świeże lub mrożone)
- 2 łyżki jogurtu naturalnego (do 2% tłuszczu)
- grzanki z 1 średniej kromki chleba orkiszowego
- chleb pokrój w kostkę i podsusz w piekarniku lub na patelni teflonowej – bez dodatku tłuszczu
- 1 łyżka świeżego koperku (do posypania)
- odrobina pieprzu i soli morskiej (do smaku)

Warzywa ugotuj w wodzie, bez dodatku mięsa oraz kostki bulionowej. Następnie ugotowany wywar ostudź i zmiksuj, na końcu dodaj dwie 2 łyżki jogurtu naturalnego. Krem przed podaniem posyp świeżym koperkiem.

Pomiędzy zupą a drugim daniem zrób godzinę przerwy.

Polędwiczka z indyka marynowana w żurawinie:

- 100 g świeżej polędwicy z indyka
- 80 g żurawiny (świeża lub mrożona) – rozgnieć i obtóż nią polędwicę
- 1 łyżka oleju rzepakowego lub oliwy z oliwek
- 1 łyżka świeżego lub suszonego tymianku (do posypania)
- odrobina pieprzu i soli (wedle uznania)
- komosa ryżowa czarna
- 5-6 łyżek ugotowanej komosy ryżowej

Przed ugotowaniem komosy, zalej ją zimną wodą i odstaw na 15-20 minut. Następnie odsącz ją z wody i optucz na drobnym sitku pod bieżącą wodą. Czystą komosę zalej zimną wodą w proporcji 1:2. Postaw ją na ogniu i doprowadź do wrzenia. Mieszaj ją od czasu do czasu i gotuj na małym ogniu przez 15-20 minut pod przykryciem. Po ugotowaniu, odstaw garnek, nie zdejmując pokrywki na 5-7 minut. Po tym czasie komosa będzie gotowa do jedzenia.

Szparagi zielone – 2 sztuki (ugotowane na parze)

Sałatka z różnych zielonych warzyw:

- 1 garść zielonych warzyw (szpinak, endywia, botwina, rukola)
- 1 łyżka posiekanych świeżych ziół, na przykład: tymianek, estragon (wedle uznania)
- sok z cytryny
- 1 ząbek czosnku (wyciśnięty przez praskę)
- 1 łyżeczka oleju lnianego – 5 g

Woda mineralna niegazowana ze świeżo wyciśniętym sokiem z cytryny i plasterkiem świeżego imbiru – szklanka 250 ml.

Pomiędzy obiadem a podwieczorkiem, wypij powoli szklankę (250 ml) wody z plasterkiem limonki.

## **PODWIECZOREK**

Sałatka z nasion amarantusa oraz bukietem świeżych warzyw:

- 6-7 łyżek ugotowanych nasion amarantusa
- ½ świeżego zielonego ogórka
- 1 łyżka szczypiorku

- 1 mały pomidor
- ½ papryki czerwonej
- 1 łyżka zielonej natki pietruszki
- 1-2 ząbki czosnku (wyciśnięty przez praskę)
- 2 łyżki oliwy z oliwek – 20 g
- sok wyciśnięty z ćwiartki cytryny
- odrobina soli i pieprzu kolorowego świeżo zmielonego

Nasiona amarantusa opłukaj na drobnym sitku pod bieżącą wodą, po czym gotuj na małym ogniu przez około 15 minut. Odcedź na sitku o małych oczkach. Następnie umyj warzywa i pokrój je na małe kawałki. Na końcu wszystkie składniki razem ze sobą wymieszaj.

Napar z melisy, bez cukru – szklanka 250 ml.

## **KOLACJA**

Kanapki z serem białym, świeżym ogórkiem, rzodkiewką i awokado:

- 2 kromki chleba razowego z dynią
- 2 cienkie plastry sera białego chudego lub półtłustego
- 2 plasterki dojrzałego awokado do smarowania pieczywa
- 1 średni ogórek
- 3-4 rzodkiewki
- 1 łyżeczka świeżego koperku (do posypania)

Koktajl z kefiru i świeżych malin:

- 1 niepełna szklanka kefiru naturalnego (do 2% tłuszczu)
- ½ szklanki świeżych lub mrożonych malin
- 3 łyżki czarnych porzeczek

Owoce opłukaj pod bieżącą wodą, następnie dodaj do kefiru i razem wszystko zmiksuj.

Woda mineralna niegazowana z plasterkiem limonki – szklanka 250 ml.

## PROPOZYCJA II

### ŚNIADANIE I Omlet z amarantusa, malin i borówek:

- 3 jaja przepiórcze
- 2 łyżki mleka migdałowego
- 3 łyżki amarantusa ekspandowanego
- 1 łyżka mąki gryczanej
- 1 łyżeczka oliwy z oliwek
- 3 łyżki borówek amerykańskich lub czarnych jagód (świeże lub mrożone)
- 3 łyżki malin (świeże lub mrożone)
- ½ banana

Połącz ze sobą jaja, mleko migdałowe, mąkę gryczaną, amarantus, oliwę i banana rozdrobnionego blenderem. Przygotowaną masę wylej na rozgrzaną patelnię teflonową (przystosowaną do smażenia bez tłuszczu) i podgrzewaj omlet około 2 minut. Następnie na wierzch połóż (umyte i osuszone) borówki oraz maliny. Omlet złóż na pół i przez najbliższe 4 minuty obsmażaj go delikatnie z obu stron.

Sok wielowarzywny:

- 2 małe pomidory malinowe (220 g)
- 1 średnia marchew
- 1 łodyga selera naciowego
- 1 garść rukwi wodnej
- ½ szklanki świeżego soku pomidorowego
- pieprz kolorowy (do smaku)
- 1 łyżka świeżej natki pietruszki

Pomidory i marchew umyj i obierz ze skóry. Następnie wrzuć przygotowane warzywa razem z selerem naciowym (umytym), rukwią, pietruszką, sokiem pomidorowym do wysokiej miski i zmiksuj wszystko blenderem na puree. Na koniec dodaj świeżo zmielonym pieprzem i przelej sok do szklanki.

### ŚNIADANIE II

Płatki żytnie z mlekiem zsiadłym, orzechami laskowymi, świeżą papają i czarną porzeczką:

- 2 łyżki płatków żytnich

- 1 łyżka czarnych porzeczek (świeże lub mrożone)
- ½ szklanki świeżej papai (pokroić w kostkę)
- 1 łyżeczka otrąb owsianych
- ½ szklanki mleka zsiadłego (1,5% tłuszczu)
- 1 łyżka posiekanych orzechów laskowych
- cynamon mielony (do posypania)

Płatki żytnie zalej 2 łyżkami gorącej wody i odstaw na 5-10 minut. Następnie wymieszaj je z otrębami owsianymi i mlekiem zsiadłym. Na wierzch połóż pokrojoną papaję, dodaj posiekane orzechy laskowe i posyp całość cynamonem.

Woda mineralna niegazowana z plasterkiem limonki – szklanka 250 ml.

## **OBIAD**

Zupa pomidorowa z kaszą jaglaną i natką pietruszki – 300 ml:

- 1 szklanka warzywnego wywaru (w tym 100 g włoszczyzny: marchew, pietruszka, seler, por oraz 250 ml wody)
- 1 łyżka płatków jaglanych
- 2 średnie pomidory (świeżo przecierane lub pomidory przecierane ze słoika)
- 1 ząbek czosnku
- 1 łyżka jogurtu naturalnego (do 2% tłuszczu)
- 4 listki świeżej bazylii (do dekoracji)
- pieprz kolorowy do smaku
- 1 łyżka świeżej natki pietruszki

Przygotuj wywar z włoszczyzny, następnie dodaj rozdrobnione blenderem pomidory (bez skórki), czosnek wyciśnięty przez praszkę, 1 łyżkę płatków jaglanych i wszystko razem gotuj na wolnym ogniu przez 5 minut. Do ugotowanej zupy (zestaw ją z ognia lub płyty) dodaj 1 łyżkę jogurtu naturalnego, pieprz, natkę pietruszki i wszystko razem wymieszaj. Na koniec udekoruj zupę listkami świeżej bazylii.

Pomiędzy zupą a drugim daniem zrób godzinę przerwy.

Tagliatelle orkiszowe ze szparagami i pesto z awokado:

- 80 g ugotowanego makaronu pełnoziarnistego z orkiszu (wstążki) – niepełna miseczką
- zielone szparagi (4 sztuki)

- 6 pomidorków koktajlowych
- 1 łyżka świeżego tymianku
- pieprz biały (do smaku)
- 1 łyżka świeżo startego parmezanu

Składniki na pesto:

- ½ dojrzałego awokado
- 10 listków rukoli
- 1 łyżka pestek dyni
- 2 łyżki świeżej natki z pietruszki
- 2 ząbki czosnku (wyciśnięty przez prasę)
- 1 łyżka oliwy z oliwek
- 2 łyżki świeżego soku z cytryny
- szczypta soli morskiej
- pieprz kolorowy

Makaron orkiszowy wrzuc na wrzącą wodę i gotuj około 6 minut. Po odcedzeniu, optucz go dokładnie pod bieżącą, zimną wodą i pozostaw na durszlaku. Składniki na pesto wrzuc do wysokiej miski i zmiksuj wszystko razem blenderem na jednolitą masę. Szparagi umyj i za pomocą ostrej obieraczki, pokrój je na cienkie, długie wstążki, następnie gotuj na parze przez około 4 minuty. Uparowane szparagi wymieszaj z pesto i przekrojonymi na pół pomidorkami. Na płaski talerz połóż osuszony makaron, zaś na wierzch wymieszane szparagi z pesto i pomidorami. Posyp całość świeżo startym parmezanem, pieprzem i posiekanym, świeżym tymiankiem.

Napar z rumianku – szklanka 250 ml.

Pomiędzy obiadem a podwieczorkiem wypij powoli szklankę (250 ml) wody mineralnej niegazowanej ze świeżo wyciśniętym sokiem z cytryny i plasterkiem imbiru.

## **PODWIECZOREK**

Surówka z selera naciowego i ciecierzycy z dodatkiem gruszki i świeżej żurawiny:

- 2 łydgi selera naciowego
- 1 łyżka ugotowanej ciecierzycy
- 1 łyżka żurawiny (świeża lub mrożona, bez dodatku cukru)
- ½ słodkiej gruszki
- pieprz biały (do smaku)

- 1 łyżeczka świeżego koperku
- 1 łyżka soku z cytryny (do skropienia)

Seler naciowy umyj i pokrój w cienkie krążki. Gruszkę obrać i pokroić w grubą kostkę. Następnie seler, ugotowaną ciecierzycę, koperek, gruszkę i żurawinę wymieszaj razem, a na koniec całość skrop cytryną i posyp pieprzem.

Herbatka z hibiskusa – szklanka 250 ml.

## KOLACJA

Krewetki tygrysie z ryżem pełnoziarnistym, rozszponką i awokado:

- 5 krewetek tygrysich (kup delikatnie obgotowane)
- 6 łyżek ugotowanego ryżu czerwonego pełnoziarnistego (5 łyżek suchego)
- 2 ząbki czosnku
- ½ czerwonej papryki
- ½ awokado
- 6 średnich krążków cukinii
- 1 garść rozszponki
- ½ średniej cebuli fioletowej (posiekana w drobną kostkę)
- 1½ łyżki półtłustego creme fraiche (ewentualnie serek ricotta)
- 1 łyżka oleju rzepakowego (tłoczony na zimno)
- 1 łyżka soku z cytryny
- 1 łyżka świeżej natki z pietruszki
- pieprz kolorowy

Ryż ugotuj zgodnie z informacją na opakowaniu. Olej rozgrzej na patelni teflonowej i podduś delikatnie cebulę (posiekaną w kostkę). Następnie dodaj czosnek wyciśnięty przez praszkę, krewetki, krążki cukinii i mieszając duś wszystko razem przez około 5 minut. Awokado umyj i obierz ze skóry, pokrój w kostkę i wrzuć do głębokiej miski. Dodaj pokrojoną w kostkę paprykę, sok z cytryny, creme fraiche, szczyptę soli i pieprz – wszystko razem wymieszaj i wrzuć na patelnię. Na płaski talerz połóż ugotowany ryż, optukaną i osuszoną rozszponkę, zaś na wierzch połączone składniki z patelni. Na koniec posyp całość świeżą natką z pietruszki i jedz na ciepło.

Herbatka z melisy – szklanka 250 ml.

## PROPOZYCJA III

### **Śniadanie I Płatki owsiane z jogurtem naturalnym, jabłkiem i cynamonem:**

- płatki owsiane – 1 łyżka
- jogurt naturalny (do 2% tłuszczu – ½ szklanki)
- jabłko – 1 mała sztuka (ze skórą, umyte)
- kanapka z rzodkiewką, szczypiorkiem i suszonym oregano (lub świeżą bazylią)
- chleb razowy – 1 kromka (bez dodatku słodki jęczmiennego)
- ser twarogowy – 1 łyżka (chudy lub półtłusty wymieszany z 1 łyżeczką jogurtu naturalnego)
- rzodkiewka – 5-6 sztuk
- posiekany szczypiorek
- oliwa z oliwek – 1 łyżeczka

Szklanka wody mineralnej niegazowanej ze świeżo wyciśniętym sokiem z cytryny.

### **Śniadanie II**

Kanapka z chudą kiełbasą i pomidorem:

- chleb typu graham – 1 kromka
- chuda kiełbasa np. krakowska – 2 cienkie plasterki
- pomidor – 1 mały
- awokado (dojrzałe, miękkie) – 2 plasterki (zamiennik masła/margaryny)

Szklanka kefiru/mleka zsiadłego do 2% tłuszczu. Pomiędzy posiłkami pij wodę mineralną niegazowaną.

### **Obiad**

Zupa jarzynowa z ziemniakami, suszonym tymiankiem (zabielona jogurtem):

- włoszczyzna (świeża lub mrożona) – 120 g (marchew, pietruszka, por, seler)
- ziemniak – 1 średni
- 2 różyczki kalafiora
- 1 łyżeczka pietruszki świeżej
- jogurt naturalny lub mleko do 2% tłuszczu (do zabielenia zupy)



Dorsz z tymiankiem i cytryną:

- dorsz, filet – 100 g
- sok z cytryny do skropienia (świeżo wyciskany)
- ziemniaki gotowane, posypane świeżym koperkiem/natką z pietruszki
- ziemniaki – 1 średni

Surówka z tartej marchewki:

- marchewka – 1 średnia
- ocet winny do skropienia
- oliwa z oliwek lub olej rzepakowy (tłoczone na zimno/w ciemnej butelce) – do skropienia

Szklanka wody mineralnej niegazowanej ze świeżo wyiskaną cytryną i listkami mięty lub słaby napar z suszonych malin (bez cukru).

### **Podwieczorek**

Sałátka z sera białego, pomidora, cebuli czerwonej i bazylią:

- ser twarogowy chudy lub półtłusty – 1 cienki plaster
- pomidor – 1 mała sztuka
- cebula fioletowa – 2 krążki
- koperek świeży – 1 łyżeczka
- oliwa z oliwek lub 1 łyżeczka jogurtu naturalnego (ewentualnie olej lniany)

1 krążek chleba ryżowego (np. wypiekany z ryżu brązowego, kaszy jaglanej, gryczanej itp.).

Szklanka naparu z melisy, bez cukru. Pomiędzy posiłkami pij wodę mineralną niegazowaną (np. ze świeżo wyciskany sokiem z limonki).

### **Kolacja**

Tuńczyk z sałatą lodową, rukolą i koperkiem:

- tuńczyk – 1 łyżka rozdrobnionego tuńczyka w sosie własnym lub oliwie z oliwek
- sałata lodowa – kilka listków
- rukola – kilka listków
- olej rzepakowy – 1 łyżeczka (jeśli tuńczyk jest w sosie własnym)
- koperek świeży – 1 łyżeczka
- kromka razowego lub pełnoziarnistego chleba

Koktajl malinowo – bananowy z nasionami chia:

- kefir do 2% tłuszczu – ½ szklanki (ew. ½ kubka)
- maliny świeże – 8 sztuk
- banan dojrzały – ½ średniej sztuki
- nasiona chia (szatwia hiszpańska) – 1 łyżeczka (wszystko razem zblendować)

Szklanka wody mineralnej niegazowanej np. z dodatkiem świeżego imbiru i listkami mięty.

## PROPOZYCJA IV

### ŚNIADANIE I Płatki gryczane z jogurtem naturalnym, malinami i miodem

- 3 łyżki płatków gryczanych
- 1 łyżka otrąb pszennych
- garść malin, świeżych lub mrożonych
- ½ szklanki jogurtu naturalnego (do 2% tłuszczu)
- 1 łyżeczka naturalnego miodu
- 1 łyżka posiekanych orzechów włoskich lub laskowych

Kanapki z indykiem marynowanym w ziołach

- 2 kromki chleba razowego (np. Ze słonecznikiem itp.)
- 2 krążki dojrzałego awokado
- 1 łyżeczka oliwy z oliwek (ew. olej lniany, gotowy Humus) do skropienia pieczywa – zamiast masła lub margaryny
- 2 plasterki pieczeni z indyka
- 4 listki cykorii (fioletowa lub zielona)

Herbata z hibiskusa, bez cukru – szklanka 250 ml.

### ŚNIADANIE II

Kanapki z twarogiem i świeżymi warzywami

- 2 kromki chleba typu Graham
- Mała garść kiełków (np. lucerna, słonecznik itp.)
- 2 czubate łyżki sera twarogowego półtłustego
- ½ łyżeczki masła (82% tłuszczu)

- 2 grube plasterki świeżego pomidora
- 1 łyżka posiekanego szczypiorku
- 1 łyżeczka natki pietruszki (do posypania kanapek)

Koktajl z banana i awokado

- ½ dojrzałego awokado
- 1 mały banan
- 1 sztuka orzecha włoskiego
- 5 – 6 sztuk mrożonych truskawek
- 2 łyżki soku z cytryny
- 150 g kefiru naturalnego (2% tłuszczu)
- ½ łyżeczki otrąb owsianych

Wszystkie składniki zmiksuj razem do uzyskania jednolitej masy.

## **OBIAD**

Krem z dyni i świeżą natką pietruszki – 300 ml

- 5 łyżek startej na grubej tarce włoszczyzny (marchew, pietruszka korzeń, seler korzeń, por)
- 80 g dyni (świeża lub mrożona)
- zioła świeże lub suszone (wedle uznania)
- 1 płaska łyżka jogurtu naturalnego typu Greckiego (lub 18% śmietanka)
- 1 łyżeczka natki pietruszki (do posypania)
- grzanki z 1 średniej kromki chleba typu Graham

Pomiędzy zupą a drugim daniem zrób godzinę przerwy.

Łosoś atlantycki dziki w sosie jogurtowo – czosnkowym

- 120 g świeżego fileta z dzikiego łososia atlantyckiego

Piec w naczyniu żaroodpornym, zapiekać w pergaminie lub gotować na parze.

Sos jogurtowo – czosnkowy:

- 2 łyżki jogurtu naturalnego (2% tłuszczu) lub typu greckiego
- 1 łyżeczka soku z cytryny
- 2 – 3 ząbki czosnku

- 1 łyżeczka świeżego lub suszonego rozmarynu
- świeżo zmielony pieprz kolorowy (do smaku)
- odrobina soli morskiej

Kasza orkiszowa 5 – 6 łyżek ugotowanej kaszy (lub inny rodzaj kaszy).

Salatka z roszonek, pomidorów i awokado:

- 1 garść roszonek
- ½ dojrzałego awokado (pokrojone w kostkę)
- 3 pomidorki koktajlowe (pokrojone w ćwiartki)
- ½ pomarańczy do wyciśnięcia
- świeżo zmielony pieprz kolorowy (do smaku)
- 1 łyżeczka pestek słonecznika, dyni lub orzeszki pinii

Świeży lub pasteryzowany sok z aronii i jabłka, bez cukru – szklanka 250 ml.

## **PODWIECZOREK**

Jabłka zapiekane z płatkami owsianymi, migdałami i cynamonem:

- 4 łyżki płatków owsianych górskich. Płatki zalej gorącą wodą i odstaw na 10 minut pod przykryciem do zmięknienia
- 1 średnie jabłko. Jabłko upiecz w piekarniku lub uduś w rondelku na małym ogniu, następnie dodaj je do płatków
- 5 łyżek kefiru lub jogurtu typu greckiego – polej całość po przestudzeniu
- 1 łyżka tartych migdałów

Napar z melisy i świeżej mięty – szklanka 250 ml.

## **KOLACJA**

Cukinia nadziewana serem, polędwicą z indyka i suszonymi pomidorami:

- 1 mała cukinia
- 100 g sera ricotta
- 50 g świeżej polędwicy z indyka
- 3 – 4 suszone pomidory (przed pokrojeniem namoczyć je w ciepłej wodzie i odstawić na 10-15 min.)
- kilka listków świeżej bazylii

- 3 ząbki czosnku (wycisnąć przez prasę)
- pieprz kolorowy świeżo zmielony lub ziołowy (do smaku)
- niewielka ilość soli morskiej (do smaku)
- 1 łyżka oliwy z oliwek lub oleju rzepakowego (tłoczone na zimno)

Polędwicę pokroić w kostkę i zamarynować świeżymi lub suszonymi ziołami, następnie podduścić ją na patelni teflonowej (na małym ogniu) z dodatkiem wody i oleju rzepakowego. Gotowe i schłodzone mięso połączyć z pozostałymi składnikami farszu.

Cukinię umyć i wydrążyć skrop oliwą i utóż w naczyniu żaroodpornym. Do głębokiej miski wrzucić ser, ostudzoną polędwicę z indyka, pokrojone pomidory, poszarpane listki bazylii, wyciśnięty czosnek, pieprz, odrobinę soli oraz oliwę z oliwek. Wszystkie składniki połącz ze sobą i włóż do przygotowanych wgłębień cukinii. Następnie wstaw ją do piekarnika i zapiekaj przez 25 minut w temperaturze 160°C, np. w folii aluminiowej, pergaminie lub naczyniu żaroodpornym z pokrywką.

Mix świeżych sałat z sokiem z cytryny i oliwą:

- 1 garść świeżych, wymieszanych ze sobą warzyw (roszponka, cykoria fioletowa lub zielona, rukola)
- sok z cytryny (do skropienia)
- 1 łyżeczka oliwy z oliwek lub oleju rzepakowego (tłoczone na zimno)

Sałatę umyć i odsączyć z wody. Następnie skrop ją cytryną, dodaj oliwę i wszystko razem wymieszaj.

Woda mineralna niegazowana z plasterkiem limonki – szklanka 250 ml.

## PROPOZYCJA V

### ŚNIADANIE I Kanapka z kozim serem i świeżymi ziołami

- 1 kromka chleba razowego (np. czysty, bez dodatków)
- ½ bułki typu Graham
- 4 plasterki miękkiego awokado
- 3 plasterki sera koziego
- 1 ogórek gruntowy (świeży) lub kiszony

- ½ spiczastej papryki czerwonej
- 3 plasterki czerwonej cebuli
- 1 łyżka świeżego tymianku/koperku/rzeżuchy

Jabłko – 1 średnia sztuka

Granita cytrusowa:

- 150 ml wody mineralnej/źródlanej niegazowanej lub przegotowanej
- 150 ml świeżego soku z pomarańczy i cytryny (1 duża pomarańcza i 1 mała cytryna)
- 1 łyżeczka świeżego, startego imbiru
- 3 – 4 kostki lodu

Wszystkie składniki razem zblendować.

## **ŚNIADANIE II**

Salatka z tuńczyka i świeżych warzyw:

- 3 – 4 łyżki tuńczyka w sosie własnym lub w oliwie z oliwek (ze stoika)
- 1 garść roszponki
- 1 pomidor (bez skórki) lub 5 suszonych
- 6 kostek sera feta sałatkowego (np. z mleka krowiego, koziego lub owczego)
- 1 łyżka oleju lnianego
- 1 łyżka natki pietruszki
- ćwiartka dojrzałego awokado
- pieprz kolorowy mielony
- 3 – 4 łyżki ugotowanego ryżu brązowego lub czerwonego (ew. pęczak i inne)

Wszystkie składniki wrzuc do głębokiej miski i razem wymieszaj.

Szklanka naparu z zielonej herbaty – 250 ml.

## **OBIAD**

Chłodnik z ogórka i świeżej mięty – 300 ml:

- 1 średni, świeży ogórek
- 1 łyżka oleju rzepakowego tłoczonego na zimno

- 1 średnia cebula czerwona (drobno posiekana)
- 250 ml wywaru warzywnego (w tym 100 g włoszczyzny: marchew, pietruszka, seler, por oraz 250 ml wody)
- 1 garść świeżej mięty
- szczypta soli morskiej
- pieprz kolorowy, zmielony (do smaku)
- 2 łyżki jogurtu naturalnego (do 2% tłuszczu)
- 1 łyżeczka świeżego koperku

Cebulę drobno posiekaną podduś z olejem na patelni (na małym ogniu). Następnie wlej wywar warzywny, wrzuć kilka listków posiekanej, świeżej mięty oraz pieprz i sól. Całość gotuj na wolnym ogniu przez 10 minut. Warzywa z włoszczyzną i ugotowaną cebulą zmiksuj blenderem na gładką masę i odstaw do wystygnięcia. Do chłodnego, zmiksowanego wywaru dodaj starty świeży ogórek lub kiszony, jogurt naturalny oraz pozostałe, posiekane listki mięty. Całość wymieszaj i posyp koperkiem.

#### Cielęcina duszona z żurawiną

- 120 g surowej cielęciny
- 1 łyżka świeżego, posiekanego tymianku
- 2 – 3 ząbki czosnku
- 3 łyżki żurawiny (świeża lub mrożona, bez dodatku cukru)
- pieprz kolorowy świeżo zmielony do smaku
- słodka papryka do smaku
- 1 łyżeczka oleju rzepakowego tłoczonego na zimno lub tłuszczu kokosowego (rafinowanego)
- 1 łyżka startego parmezanu

Zamarynowaną w ziołach cielęcinę (pokrojoną w kostkę) gotuj na parze lub podduś w garnku teflonowym (po przykryciu) z odrobiną wody i tłuszczu kokosowego, rafinowanego (około 20-25 minut). Po 10 minutach dodaj żurawinę, czosnek oraz zioła. Po zestawieniu cielęciny z ognia, dodaj łyżkę parmezanu.

Kasza gryczana: 5 – 6 łyżek ugotowanej kaszy.

Fasolka szparagowa zielona cięta lub cała mrożona – 1 duża garść fasoli ugotowana na parze.

1 szklanka wody mineralnej niegazowanej z plasterkiem cytryny, świeżym imbirem i listkiem mięty – 250 ml.

## **PODWIECZOREK**

Grahamka z pastą z ciecierzycy, szczypiorkiem i kwaszonym ogórkiem:

- ½ bułki typu Graham
- 1 łyżka pasty z ciecierzycy (lub kupny Humus)
- 1 łyżka posiekanego szczypiorku
- 1 łyżeczka natki z pietruszki
- 1 ogórek gruntowy kiszony

Koktajl jagodowo – bananowy

- 100 g czarnych jagód (mrożone lub świeże)
- ½ dojrzałego banana
- 150 ml mleka pasteryzowanego (2%)
- 1 czubata łyżka półtłustego twarogu
- 4 kostki lodu

Jeżyny optucz pod bieżącą wodą i osusz. Owoce (jeżyna, banan) zmiksuj razem z so-kiem z cytryny, pokruszoną wanilią, mlekiem, twarożkiem i kostkami lodu.

## **KOLACJA**

Naleśniki ze szpinakiem

- 1 łyżka mąki gryczanej
- 1 łyżka mąki pszennej
- 2 łyżki mleka (do 2% tłuszczu)
- 1 łyżka przegotowanej wody
- 2 przepiórcze jaja lub 1 jajo kurze
- 3 – 4 łyżki serka ricotta
- 3 krążki cebuli
- 2 garście świeżego szpinaku
- 4 ząbki czosnku (wyciśnięty przez praszkę)
- 4 suszone pomidory (przed użyciem namocz je w ciepłej wodzie)

Usmaż naleśniki na patelni teflonowej, bez tłuszczu lub z odrobiną tłuszczu ko-



kosowego rafinowanego. Szpinak, cebulę i pomidory posiekaj drobno i podduś na wolnym ogniu (około 5 minut) z odrobiną oleju rzepakowego. Następnie dodaj ser i wszystko razem wymieszaj (farsz odstaw do ostygnięcia). Gotowe naleśniki z nadzieniem można podgrzać w piekarniku lub na patelni teflonowej bez dodatku tłuszczu.

1 szklanka naparu z hibiskusa – 250 ml.

# ROLA ŻYWIENIA MEDYCZNEGO W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

Jednym z podstawowych warunków prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka jest zbilansowana dieta, dostarczająca wszystkich niezbędnych składników odżywczych, takich jak białka, węglowodany, tłuszcze, witaminy, pierwiastki śladowe i elektrolity. Można je znaleźć w produktach pełnoziarnistych, w mięsie, mleku i jego przetworach, a także w warzywach i owocach. W przypadku choroby nowotworowej część z tych produktów może być słabiej tolerowana przez pacjentów na pewnych etapach leczenia, a także może nie pokryć w pełni zapotrzebowania na składniki odżywcze. Pacjenci onkologiczni są szczególnie narażeni na niedożywienie. Bardzo istotne jest przyjrzenie się i weryfikacja sposobu odżywiania chorego, które ma ogromne, często niedoceniane, znaczenie dla przebiegu procesu leczenia.

Osoby z chorobą nowotworową bardzo często tracą na wadze. Niestety, brak apetytu niejednokrotnie postrzegany jest jako naturalny element choroby, nie wymagający interwencji z zewnątrz. W rzeczywistości brak łaknienia to następstwo zmian zachodzących w organizmie dotkniętym chorobą. Wszystko to może prowadzić do zmniejszenia ilości przyjmowanych pokarmów i powstawania niedoborów żywieniowych. Taki stan to wyraźny sygnał, że należy szybko zareagować, ponieważ spadek masy ciała może się wiązać niejednokrotnie z ryzykiem zmian w rytmie leczenia (przeprowadzenie operacji czy zastosowanie chemio – czy radioterapii), jak również sprawia, że pacjenci częściej narażeni są m.in. na infekcje i powikłania pooperacyjne.

## Przyczyny zaburzeń stanu odżywienia w chorobie onkologicznej

Nieprawidłowy stan odżywienia występuje u 30-85% chorych onkologicznie. Niewątpliwie ma na to wpływ zarówno rodzaj i umiejscowienie nowotworu, przebieg choroby, stopień złośliwości jak i sposób leczenia. Zmiany metaboliczne zachodzące w organizmie pacjenta z chorobą nowotworową, prowadzą do upośledzenia przemiany białek, tłuszczów, węglowodanów i składników mineralnych. Dochodzi do zwiększonego zapotrzebowania na substancje odżywcze a zwłaszcza białka.

Wysoko-energetyczny 306 kcal

Trzy formuły smakowe:

Największa ilość białka (18 g) w najmniejszej objętości\*

Opracowany z pacjentami

Najmniejsza objętość 125 ml\*

\*Na podstawie tego typu produktów dostępnych na rynku polskim, 2019  
Nutridrink Protein 125 ml to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego w niedożywieniu związanym z chorobą. Stosować pod nadzorem lekarza.  
NUTRICIA Polska Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa

Dodatkowo samo leczenie (chemio- i radioterapia) może również prowadzić do zaburzeń stanu odżywienia. Ich przyczyn należy upatrywać w obniżonym łaknieniu, wymiotach, biegunkach, zmianach odczuwania smaku i zapachu, które mogą utrudniać przygotowywanie i spożywanie posiłków.

## Zapotrzebowanie na składniki odżywcze

Wg rekomendacji podaż białka powinna wynosić 1-1,5 g/kg m.c./dobę, natomiast u chorych z cechami wyniszczenia 2-3 g/kg m.c./dobę\* przy podaży energii nawet do 35-45 kcal/kg m.c./dobę. Dodatkowo do organizmu należy dostarczać wszystkich niezbędnych składników odżywczych (tj. aminokwasów, węglowodanów, tłuszczu, elektrolitów, pierwiastków śladowych, witamin), które powinny być podawane w ilościach pokrywających zapotrzebowanie dobowe chorego.

\* - przy uwzględnieniu stopnia wydolności wątroby i nerek

## Żywnie medyczne

Żywnie medyczne jest metodą wspierania leczenia przeciwnowotworowego, którą stosuje się w przypadkach, kiedy chory nie jest w stanie dostarczyć do organizmu składników odżywczych, spożywając jedynie tradycyjne posiłki. Wspomaganie żywieniowe ułatwia leczenie pacjenta, poprawia jego samopoczucie, zmniejsza niepożądane następstwa i dodaje sił do walki z chorobą – wszystko to ma istotne znaczenie w procesie zdrowienia chorego.

Rekomendowaną i najwygodniejszą, a do tego najmniej inwazyjną formą żywienia medycznego jest metoda żywienia doustnego. Z myślą o pacjentach chorych onkologicznie opracowany został Nutridrink Protein 125 ml. Jest to wysokokaloryczny i wysokobiałkowy preparat odżywczy przeznaczony do picia.

Chory może stosować go między posiłkami jako uzupełnienie normalnych posiłków. Żeby wzmocnić organizm i dostarczyć mu potrzebnych substancji, należy przyjmować 2 butelki Nutridrink Protein 125 ml dziennie przez minimum 14 dni. Preparat jest dostępny bez recepty, w aptekach tradycyjnych i internetowych, z dostawą do domu.

Zalety doustnych, specjalistycznych preparatów odżywczych:

- produkty gotowe do spożycia,
- skoncentrowane źródło kalorii i składników odżywczych w małej objętości,
- brak składników potencjalnie szkodliwych: gluten, cholesterol, puryny,
- możliwość dostosowania preparatu do wymagań żywieniowych,
- preparaty pakowane w atmosferze jałowej.


## Źródła:

1. Kłęk S. i wsp. NOWOTWORY Journal of Oncology 2015, volume 65, number 4, 320–337
2. Kłęk S., Jarosz J., Jassem J., Kapala A., Krawczyk J., Krzakowski M., Misiak M., Szczepanek K., Polskie Rekomendacje Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego w Onkologii – część II: żywienie dróg przewodu pokarmowego (żywienie dojelitowe), Onkologia w praktyce klinicznej; 2013
3. Baldwin C., Parsons T., Logan S. Dietary advice for illness-related malnutrition in adults. Cochrane Database of Syst. Rev.; 2001
4. Milne A.C., Pooter J., Vivanti A., Avanel A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database Syst. Rev.; 2009
5. Podstawy leczenia klinicznego. Sobotka L. (red.). PZWL, Warszawa; 2007
6. Chechlińska M., Rola cytokin w procesach nowotworzenia, NOWOTWORY Journal of Oncology nr 6, 2003
7. Podstawy żywienia klinicznego, Sobotka L. (red.) Scientifica, Kraków; 2013

# Dorsz w sosie mango



## Składniki:

- filet dorsza świeży lub mrożony, 400 g
- masło, 2 łyżeczki
- sok wyciśnięty z połówki cytryny
- mango, ½ szt.
- koncentrat pomidorowy, kopiała łyżeczka
- czerwona cebula, 1 mała szt.
- czosnek, 1 ząbek
- olej rzepakowy, 2 łyżki
- ½ x  Nutridrink Protein 125 ml o smaku brzoskwinia-mango
- sok wyciśnięty z połówki pomarańczy
- sól, czarny pieprz do smaku
- ryż brązowy, filizanka

## Przygotowanie:

Dorsza obficie skropić sokiem z cytryny i doprawić solą i pieprzem. Zostawić na 20 minut w lodówce. Następnie posiekać cebulę i czosnek. Na patelni rozgrzać olej i dodać cebulę i czosnek. Smażyć 5 minut cały czas mieszając. Po tym czasie dodać koncentrat pomidorowy, wymieszać go dokładnie z całą zawartością patelni i zmniejszyć gaz. Mango obrać i pokroić w kostkę. Dodać na patelnię wraz z sokiem wyciśniętym z pomarańczy i dokładnie wymieszać. W takiej formie dusić jeszcze 5 minut. Następnie zawartość patelni przelać do wysokiego naczynia, dodać Nutridrink Protein i zmiksować blenderem na gładki sos. Na drugiej patelni roztopić masło i na gorący tłuszcz położyć dorsza. Smażyć obustronnie po 7 minut (aż ryba będzie usmażona w środku). W międzyczasie ugotować ryż na sytko. Usmażoną rybę podawać na ryżu polaną sosem z mango.

W przypadku konieczności zastosowania diety łatwo strawnej można pominąć dodatek cebuli i czosnku, a paprykę można zamienić na marchewkę startą na tarce z grubymi oczkami.

*Przepis autorstwa mgr inż. Ewy Ceborskiej-Scheiterbauer, specjalisty dietetyka, prowadzącej Poradnię Dietetyczną Food&Diet*

## MATERIAŁY WIDEO

### AKTYWIZACJA FIZYCZNA W TRAKCIE LECZENIA

#### Wprowadzenie



### AKTYWIZACJA FIZYCZNA W TRAKCIE LECZENIA

#### Ćwiczenia na łóżku



**AKTYWIZACJA FIZYCZNA  
W TRAKCIE LECZENIA**

**Ćwiczenia na schodach**



**AKTYWIZACJA FIZYCZNA  
W TRAKCIE LECZENIA**

**Ćwiczenia na macie**



## MATERIAŁY WIDEO

### AKTYWIZACJA FIZYCZNA W TRAKCIE LECZENIA

#### Ćwiczenia na krześle



### PORADY DIETETYCZNE

#### Sałatka





## PORADY DIETETYCZNE

### Śniadanie



## PORADY DIETETYCZNE

### Obiad



## O fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej

Fundatorką i pomysłodawczynią utworzenia Fundacji „OnkoCafe – Razem Lepiej” jest Anna Kupiecka, która w 2010 roku zachorowała na nowotwór piersi, a w 2012 roku na portalu społecznościowym Facebook założyła grupę wzajemnego wsparcia pod nazwą Fakraczki. Na niej osoby dotknięte chorobą nowotworową dzielą się swoimi doświadczeniami zdobytymi w procesie leczenia.

Od 2014 roku Fundacja organizuje spotkania oraz warsztaty edukacyjne i terapii zajęciowej dla pacjentów w trakcie i po zakończonym leczeniu. Udziela wsparcia psychologicznego pacjentom i ich bliskim. Organizuje kampanie społeczne z zakresu przeciwdziałania nowotworom, zdrowego stylu życia oraz wsparcia pacjentów onkologicznych mające na celu zmianę postrzegania choroby nowotworowej w społeczeństwie. Prowadzi szkolenia dla personelu medycznego z zakresu praw pacjenta i psychoonkologii oraz wykłady dla pracowników firm z zakresu zdrowego stylu życia i przeciwdziałania nowotworom. Prowadzi autorską audycję radiową „O raku przy kawie” w Radio Polska Live. Szeregi fundacji zrzeszają wolontariuszy i specjalistów, którzy aktywnie działając, z oddaniem reagują na potrzeby pacjentów.

ORGANIZACJA  
POŻYTKU  
PUBLICZNEGO  
KRS 0000504682



Każde z naszych działań możemy prowadzić dzięki wsparciu naszych Darczyńców. Wpłać darowiznę. Pomóż nam pomagać.

Materiał powstał dzięki wsparciu firmy:



Patroni:



Partnerzy:



Przydatne strony:

[alivia.org.pl](http://alivia.org.pl)

[fundacjacarita.pl](http://fundacjacarita.pl)

[hematoonkologia.com.pl](http://hematoonkologia.com.pl)

[janssen4patients.com/pl](http://janssen4patients.com/pl)

[hematoonkologia.pl](http://hematoonkologia.pl)

[szpiczak.org](http://szpiczak.org)

Autorzy poradnika:

dr Anna Świeboda-Sadlej

mgr Adrianna Sobol

dr Marta Dąbrowska-Bender

Wydanie III uzupełnione, 2019 r.

Nakład 1000 szt.



ORGANIZACJA  
POŻYTKU  
PUBLICZNEGO  
KRS 0000504682



Fundacja OnkoCafe – Razem Lepiej  
ul. Ludwika Narbutta 65/71 pok.114  
02-524 Warszawa

tel. 537 888 789  
biuro@onkocafe.pl

numer KRS 0000504682 | NIP 5213669451 | regon 147181772

Numer konta Fundacji  
PKO BP 59 1020 1068 0000 1002 0253 2166

[onkocafe.pl](http://onkocafe.pl) | [badajbiust.pl](http://badajbiust.pl) | [breastfit.onkocafe.pl](http://breastfit.onkocafe.pl)  
[prostatahistoria.pl](http://prostatahistoria.pl) | [mundurniezbroja.pl](http://mundurniezbroja.pl)

