
PORADNIK DLA CHORYCH NA CZERNIAKA

w III i IV stadium zaawansowania



Poradnik powstał przy wsparciu



Pierre Fabre
Médicament

Warszawa 2023

SPIS TREŚCI

Wstęp

I. Co to jest czerniak? 7

1. Jak i dlaczego powstaje czerniak? 8
2. Epidemiologia czerniaka w Polsce. Czynniki ryzyka 9
3. Jak szybko rośnie i rozprzestrzenia się czerniak? 10

II. Właśnie zdiagnozowano u mnie czerniaka zaawansowanego.

Co dalej? 13

1. Rozpoznanie 14
2. Określenie stadium zaawansowania czerniaka 17
3. Mutacje w czerniaku 19
4. Określenie stopnia zaawansowania 19
5. Postępowanie po skutecznym leczeniu operacyjnym 23
6. Postępowanie w czerniaku w stadium zaawansowanym (czerniak niekwalifikujący się do leczenia chirurgicznego w stadium III i czerniak z przerzutami odległymi) 24
7. Ośrodki leczenia czerniaka w Polsce 27
8. Badania kliniczne 29
9. Fakty i mity o czerniaku 30

III. Jestem w trakcie leczenia zaawansowanego czerniaka. Co dalej? 37

1. Leczenie przynosi efekty 38
2. Leczenie nie przynosi efektów 39
3. Możliwe działania niepożądane po leczeniu 39

IV. Jestem po leczeniu czerniaka. Co dalej? 47

1. Kiedy można uznać, że jestem zdrowa/y? 48
2. Wizyty kontrolne 49
3. Profilaktyka wtórna i ochrona skóry przed promieniowaniem UV 50

V. Mój bliski ma czerniaka. Co dalej?	53
1. Sposoby radzenia sobie z lękiem.....	56
2. Jak wspierać osobę chorą?.....	57
3. Jak rozmawiać z dziećmi?	58
4. Jak zadbać o bliskość i intymność w związku?.....	59
5. Bliski silny moją siłą – czyli jak osoba wspierająca może zadbać o siebie?	60
VI. Leczenie bólu	63
1. Czym jest ból?.....	64
2. Rodzaje bólu.....	65
3. Kiedy prosić o pomoc?	66
4. Jak przygotować się do wizyty w poradni leczenia bólu?.....	67
5. Jakie są możliwości leczenia bólu?.....	68
6. Jak leczyć ból przebijający?.....	70
7. Jakie są możliwości zabiegowego leczenia bólu?.....	71
VII. Rehabilitacja	73
VIII. Dieta i styl życia	79
1. Dieta dla osób chorych na czerniaka	81
2. Co w przypadku, gdy zwykła dieta nie wystarczy?	85
IX. Ważne aspekty społeczne związane z chorobą	89
1. Organizacja pracy zawodowej w trakcie choroby. Jakie mam prawa?.....	91
2. Pomoc socjalna	97
X. Mój organizator	105

Drogie Pacjentki, Drodzy Pacjenci,

oddajemy w Państwa ręce *Poradnik dla chorych na czerniaka w III i IV stadium zaawansowania*.

Przygotowując niniejsze opracowanie staraliśmy się, aby była to kompleksowa publikacja, pełna sprawdzonej i rzetelnej wiedzy, podanej w przystępny sposób. Mamy nadzieję, że treści opracowane przez ekspertów okażą się wsparciem w codziennym funkcjonowaniu z chorobą, dostarczając zarówno chorym na czerniaka, jak i ich bliskim, odpowiedzi na pytania dotyczące rozpoznania, leczenia i życia z tym nowotworem.

Mam zdiagnozowanego czerniaka – co dalej? To pytanie, które zadaje sobie wielu pacjentów. Rozdziały poradnika przybliżają poszczególne etapy choroby – od rozpoznania, przez leczenie, aż po radzenie sobie z bólem i innymi dolegliwościami, a także omawiają zagadnienia dotyczące rehabilitacji czy diety. Liczę, że przedstawione informacje i konkretne wskazówki pomogą w radzeniu sobie z chorobą, a tym samym przyczynią się do podniesienia jakości Państwa życia.

Publikacja ta stanowi także źródło wiedzy dla opiekunów i bliskich pacjentów z czerniakiem, przybliżając zagadnienia dotyczące właściwej komunikacji z chorym, udzielania wsparcia, ale też intymności w związku i radzenia sobie ze stresem.

Szczerze zachęcam do lektury Poradnika. Nie mam wątpliwości, że to cenne narzędzie zawierające zbiór kompleksowych odpowiedzi na trudne i ważne pytania dotyczące życia ze zdiagnozowanym czerniakiem.


Prof. dr hab. n. med.
Piotr Rutkowski



ROZDZIAŁ I

Co to jest czerniak?

prof. dr hab. n. med. **Grażyna Kamińska-Winciorek**
kierownik Zespołu ds. Raka i Czerniaka Skóry,
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach



Czerniak to nowotwór złośliwy skóry. Wywodzi się z melanocytów – komórek wytwarzających barwnik zwany melaniną. Melanina sprawia, że skóra ciemnieje w kontakcie z promieniowaniem ultrafioletowym, czyli np. w efekcie ekspozycji na naturalne promieniowanie słoneczne czy promieniowanie stosowane w solarium. Czerniaki najczęściej pojawiają się na skórze, ale mogą wystąpić także w obrębie śluzówek jamy ustnej, nosa czy też w gałce ocznej. W Polsce umieralność na tę chorobę jest o 20% wyższa niż w Europie, przy o 50% mniejszej częstości zachorowań. Jedną z przyczyn jest późna wykrywalność oraz brak wiedzy na temat profilaktyki czerniaka. Co roku wzrasta również zapadalność na czerniaka wśród młodzieży i młodych dorosłych. W Polsce czerniaki są nowotworami o największej dynamice wzrostu zachorowań.

1. JAK I DLACZEGO POWSTAJE CZERNIAK?

Jak zostało wspomniane wcześniej, czerniak wywodzi się z komórek barwnikowych skóry (melanocytów). Pod wpływem długotrwałej ekspozycji na słońce może dojść do przemiany fizjologicznych komórek w nowotworowe. Czerniak najczęściej rozwija się jako plama przypominająca znamię, ale od samego początku może być guzkiem, który wzrasta w krótkim czasie. Początkowo płaska zmiana prezentuje niewielkie wymiary, ale dość szybko powiększa się i nacieka w głębsze warstwy skóry. Ten rodzaj złośliwego nowotworu skóry dość często daje przerzuty do węzłów chłonnych, kości i płuc.

Czerniaki dzielą się na grupy związane z nadmiernym, kumulacyjnym uszkodzeniem skóry przez promieniowanie ultrafioletowe oraz niskim i incydentalnym stopniem powyższego uszkodzenia. Do czerniaków pojawiających się w obszarach skóry nie narażonych na działanie promieniowania ultrafioletowego zaliczają się czerniaki: spitzoidalny, akralny, śluzówkowy, rozwijający się w obrębie znamienia wrodzonego oraz błękitnego, jak również czerniak guzkowy.

Czerniaki najczęściej występują w obrębie kończyn i na tułowie (głównie na plecach i karku), rzadziej na skórze twarzy. Czerniak może pojawić się również w obrębie owłosionej skóry głowy, a także śluzówek jamy ustnej oraz okolic narządów płciowych i odbytu.

Czerniak może być nową zmianą na skórze, lub też powstać w obrębie już istniejącego, uprzednio łagodnego znamienia melanocytowego, pod wpływem naturalnego promieniowania ultrafioletowego (promienie słoneczne) lub sztucznego promieniowania ultrafioletowego emitowanego w solariach.

2. EPIDEMIOLOGIA CZERNIAKA W POLSCE. CZYNNIKI RYZYKA

W Polsce co roku odnotowuje się nawet około 50000 przypadków nowych zachorowań na nowotwory skóry, w tym około 4000 stanowią zachorowania na czerniaki. Około 1300-1400 czerniaków wykrywanych jest w stadium zaawansowanym regionalnie lub przerzutowym. Liczba czerniaków podwaja się co 10 lat.

Czerniak skóry może rozwinąć się u każdego. Polacy z powodu jasnej karnacji skóry, o tzw. fototypie I lub II, są w dużym stopniu narażeni na jego rozwój. Niski fototyp skóry cechuje bowiem skłonność do oparzeń słonecznych, a także brak lub słabą zdolność do wytwarzania opalenizny.


Dlatego też niski fototyp skóry i narażenie na oparzenia słoneczne stanowią najważniejszy czynnik rozwoju czerniaka. Stały i znaczący wzrost (300% w ciągu ostatnich 20 lat) liczby zachorowań potwierdza, iż nasza populacja znajduje się w grupie wysokiego ryzyka. Zagrożenie zachorowaniem na czerniaka wzrasta u osób:

- o jasnej karnacji, rudych lub blond włosach, niebieskich oczach, licznych piegach,
- z dużą liczbą znamion melanocytowych,
- z zespołem znamion melanocytowych atypowych, które doznały oparzeń słonecznych, szczególnie w dzieciństwie,
- narażonych zarówno na intensywne i krótkotrwałe ekspozycje słoneczne, jak również na przewlekłe działanie promieniowania ultrafioletowego,
- źle tolerujących słońce, opalających się z dużą trudnością lub wcale,
- u których w rodzinie występowały przypadki czerniaka lub innych nowotworów skóry,
- korzystających z łóżek samoopalających, tzw. solariów.

3. JAK SZYBKO ROŚNIE I ROZPRZESTRZENIA SIĘ CZERNIAK?

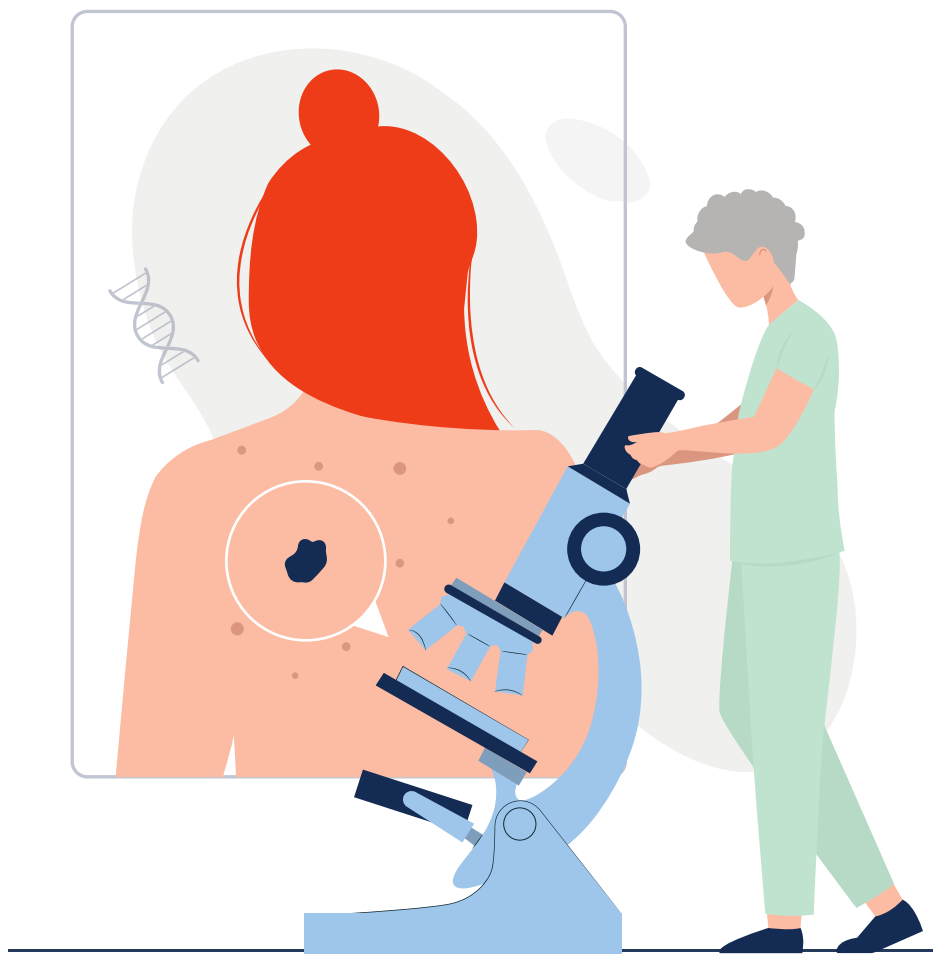
Około 90% wszystkich czerniaków rozpoznawanych jest jako pierwotne ognisko bez obecnych przerzutów. Czerniak w tzw. stopniu in situ nie przekracza błony podstawnej naskórka i cechuje go 100% wyleczalność. Naciekanie przez atypowe melanocyty w głąb skóry z przekroczeniem błony podstawnej naskórka definiuje miejscowy inwazyjny charakter nowotworu. Inwazyjne postaci czerniaka dzieli się pod względem patomorfologicznym na: powierzchownie szerzący się czerniak, czerniak guzkowy, złośliwą plamę soczewicowatą oraz akralny czerniak lentiginalny.

Wybrane podtypy patomorfologiczne cechuje typ wzrostu, m.in. czerniak szerzący się powierzchownie, początkowo wyglądający jak plama, rozpo-



czyna się od wewnątrzskórkowej fazy wzrostu poziomego lub promienistego. Z kolei inwazyjny czerniak guzkowy wykazuje pionową fazę wzrostu i cechuje go agresywny i dynamiczny wzrost z tworzeniem wczesnych i licznych przerzutów. Wycięcie chirurgiczne czerniaka we wczesnym etapie jego zaawansowania pozwala na wyleczenie prawie 100% chorych. Dlatego tak ważne jest szybkie i prawidłowe rozpoznanie tego złośliwego nowotworu.

Warto wiedzieć, że nie tylko rozmiar czerniaka, który widzimy na skórze, jest istotny. Bardzo ważne jest określenie jego grubości oraz głębokości naciekania w aspekcie histopatologicznym. Oznacza to konieczność zmierzenia grubości nacieku nowotworu z określeniem głębokości penetrowania w głąb skóry z zajęciem naczyń krwionośnych i limfatycznych oraz tkanki podskórnej. Około dwóch trzecich przerzutów czerniaka jest pierwotnie ograniczonych do obszaru drenażu regionalnych węzłów chłonnych. Przerzuty odległe mają złe rokowanie u nieleczonych pacjentów, chociaż istnieją znaczne różnice w zależności od zaawansowania nowotworu, które można klinicznie określić na podstawie liczby zajętych narządów oraz obecności m.in. przerzutów do mózgu.



ROZDZIAŁ II

**Właśnie zdiagnozowano u mnie
czerniaka zaawansowanego.
Co dalej?**

dr n. med. **Monika Dudzisz-Śledź**

członek zespołu Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków,
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie



1. ROZPOZNANIE

Czerniak może rozwijać się zarówno na podłożu istniejącego już znamienia barwnikowego, jak również jako zupełnie nowa zmiana, czyli bez istniejącego wcześniej znamienia.

W diagnostyce pewne znaczenie ma wywiad chorobowy, który dostarcza informacji na temat: obecnych zmian w obrębie skóry, pojawienia się nowych zmian barwnikowych, występowania świądu w obrębie zmian skórnych, przebytych oparzeń słonecznych, korzystania z solarium, chorób współistniejących oraz wcześniej przebytych, leczenia immunosupresyjnego, zakażenia wirusem upośledzenia odporności (HIV). Należy uwzględnić również wywiad rodzinny. W grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na czerniaka znajdują się osoby z obniżoną odpornością, na przykład z niektórymi chorobami hematologicznymi, chorzy w stanie immunosupresji z powodu stosowanych leków lub w przebiegu infekcji HIV, osoby z czerniakiem w wywiadzie lub w rodzinie, a także intensywnie opalające się.

W celu wstępnej oceny zmian skórnych wykorzystuje się system ABCDE, przedstawiony na Ryc. 1. Należy podkreślić jednak, że nie jest to system doskonały i w przypadku podejrzanych zmian skórnych należy zawsze zwrócić się do lekarza.

Ryc. 1. System ABCDE



Zwyczajny pieprzyk może zmienić się w czerniaka w ciągu kilku miesięcy, kolejne kilka miesięcy to jego rozwój w głąb skóry.

Zmiany skórne podejrzane w kierunku czerniaka powinny być wycinane w całości i w całości przekazane do badania histopatologicznego. Nie wykonuje się biopsji cienkoigłowej ani biopsji wycinającej polegającej na usunięciu części zmiany, jeśli możliwe jest usunięcie zmiany w całości. Zabieg wycięcia zmiany pierwotnej określany jest mianem biopsji wycinającej. Pozwala ona na potwierdzenie rozpoznania czerniaka na podstawie badania patologicznego oraz uzyskanie informacji o najważniejszych czynnikach rokowniczych. Informacje te są bardzo ważne dla planowania dalszego postępowania.

Nie jest zalecane usuwanie znamion, które nie są podejrzane.

Biopsja wycinająca jest prostym zabiegiem chirurgicznym, zwykle wykonywanym w znieczuleniu miejscowym, w warunkach ambulatoryjnych. Podejrzaną zmianę wycina się z marginesem bocznym 1-3 mm niezmięnionej skóry. Cięcie skórne, z wyjątkiem lokalizacji w obrębie twarzy, powinno być zgodne z długą osią ciała. Usunięta tkanka jest poddawana specjalnym procedurom, które pozwalają na jej obejrzenie pod mikroskopem. Patolog na podstawie obrazu spod mikroskopu ustala rozpoznanie oraz ocenia zaawansowanie zmiany zgodnie z kryteriami oceny cechy T w klasyfikacji TNM. Wynik przygotowany jest w oparciu o obowiązujące standardy i zawiera informacje niezbędne dla ustalenia dalszego postępowania. Patolog przygotowuje wynik takiego badania w formie pisemnej. Wynik ten zawiera informacje o tym, czy jest to zmiana nowotworowa i, jeśli zostanie potwierdzona, opisuje także rodzaj nowotworu oraz jego cechy stwierdzone w badaniu histopatologicznym.

Wynik badania przygotowany przez patomorfologa jest wydawany pacjentowi przez lekarza prowadzącego, na przykład chirurga lub dermatologa, a następnie omawiany. W zależności od wyniku ustalane jest dalsze postępowanie. U części pacjentów, u których zmiana jest bardzo mało zaawansowana, leczenie jest zakończone na tym etapie, a chory pozostaje pod kontrolą specjalisty. Jednak u wielu chorych po ustaleniu rozpoznania na podstawie wyniku patologicznego, konieczne jest wykonanie drugiego zabiegu, polegającego na wycięciu blizny oraz pobraniu wężła chłonnego, do którego spływa chłonka z okolicy zmiany. Węzeł ten nazywany jest węzłem wartowniczym, a procedura jego pobrania do badania patomorfologicznego – biopsją węzła wartowniczego. Zabieg wykonywany jest w warunkach szpitalnych.

Jeżeli u chorego, w chwili rozpoznania czerniaka, stwierdza się powiększone węzły chłonne w badaniu pacjenta lub w badaniach dodatkowych, nie ma potrzeby wykonywania biopsji węzła wartowniczego. Jeśli to możliwe, wykonywana jest wówczas biopsja powiększonych węzłów chłonnych. W przypadku stwierdzenia przerzutu w węzle wartowniczym lub w powiększonych węzłach regionalnych przeprowadzana jest limfadenektomia, polegająca na wycięciu węzłów chłonnych. W sytuacji małego przerzutu w węzle wartowniczym lekarz często odstępuje od wykonania tego zabiegu.

2. OKREŚLENIE STADIUM ZAAWANSOWANIA CZERNIAKA

Warto wiedzieć, że nie tylko rozmiar czerniaka, który widzimy na skórze, jest istotny. Bardzo ważne jest określenie, czy czerniak urósł w głąb skóry, przebił się przez naskórek i skórę właściwą (która ma ok. 1 mm) i dotarł do naczyń krwionośnych i limfatycznych. Komórki nowotworowe docierają naczyniami najpierw do węzłów chłonnych, które są najbliższym miejscem, gdzie pojawił się czerniak. Węzły chłonne przez jakiś czas zatrzymują wewnątrz siebie komórki nowotworowe, ale po kolejnych kilku miesiącach ta bariera może być złamana i komórki nowotworowe przedostają się do całego organizmu. Agresywność czerniaka polega na tym, że kiedy komórki czerniaka przedostaną się do krwioobiegu, bardzo szybko zajmują kolejne organy, w tym wątrobę, płuca czy mózg.

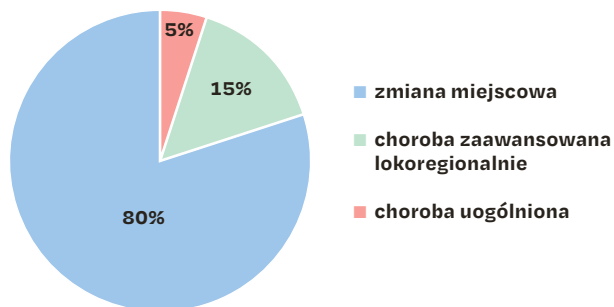
Ocena stopnia zaawansowania choroby prowadzona jest w oparciu o wynik badania histopatologicznego wykonanego przez patomorfologa oraz na podstawie badania fizykalnego pacjenta i badań dodatkowych tzw. obrazowych. Badania obrazowe to najczęściej tomografia komputerowa, a w dalszej kolejności rezonans magnetyczny. W niektórych przypadkach wystarczające są zdjęcia rentgenowskie, np. klatki piersiowej oraz ultrasonografia, np. węzłów chłonnych czy jamy brzusznej. Lekarz prowadzący podejmuje decyzję o rodzaju badań obrazowych w zależności od sytuacji klinicznej.

Ocena stopnia zaawansowania choroby jest niezbędna dla podjęcia dalszych decyzji diagnostyczno-terapeutycznych i jest prowadzona według klasyfikacji międzynarodowej. Klasyfikacja ta opiera się na wspólnych ogólnych zasadach, stosowanych do oceny zaawansowania dla wszystkich nowotworów złośliwych i zostanie omówiona w dalszej części tekstu. Jest to klasyfikacja TNM, która na bieżąco, co kilka lat jest aktualizowana. Skrót TNM wywodzi się od charakterystyki samego nowotworu.

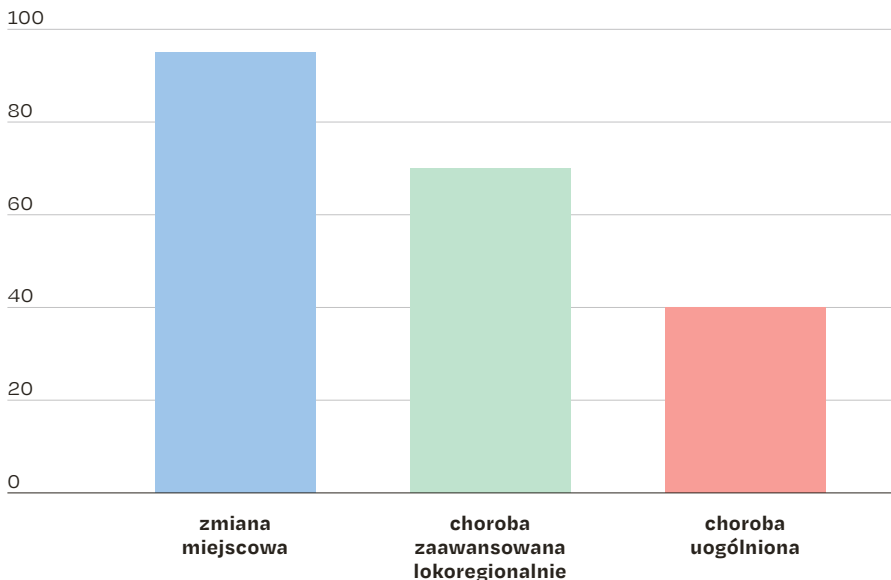
Stopień zaawansowania nowotworu w momencie rozpoznania jest najważniejszym czynnikiem wpływającym na przebieg choroby, czyli jest istotnym czynnikiem rokowniczym, dlatego tak ważne jest wczesne rozpoznanie.

Czerniak jest rozpoznawany w stadium:

- zmiany miejscowej u 80% chorych,
- zaawansowania regionalnego u 15% pacjentów,
- w stadium uogólnienia u 5% chorych.

Ryc. 2. **Zaawansowanie choroby w momencie rozpoznania****Wskaźniki 5-letniego przeżycia w tych grupach wynoszą odpowiednio:**

- 70-95% u chorych na czerniaka będącego zmianą miejscową,
- 30-70% u chorych na chorobę zaawansowaną regionalnie,
- 20-40% w przypadku choroby uogólnionej.

Ryc. 3. **Najwyższe wskaźniki przeżyć 5-letnich w zależności od zaawansowania choroby przy rozpoznaniu**

3. MUTACJE W CZERNIAKU

U chorych na czerniaka konieczne jest wykonanie badania molekularnego pod kątem stwierdzenia pewnych zaburzeń molekularnych, przede wszystkim w genie kodującym białko BRAF, zwanych mutacjami. Mutacje w genie *BRAF*, odpowiedzialnym za produkcję białka pełniącego funkcję przekaźnikową w szlaku przekazywania sygnałów w komórce, występują u około 50% chorych na czerniaka. Szlak ten odpowiada za kontrolę wzrostu i mnożenia się komórek. Obecność mutacji w genie *BRAF* prowadzi do nadmiernego dzielenia się komórek i rozwoju nowotworu. Występowanie tych zaburzeń związane jest z nieco odmiennym przebiegiem choroby oraz wrażliwością na leki, określane mianem inhibitorów BRAF i MEK, należących do leków ukierunkowanych molekularnie, czyli działających na określone zaburzenia w komórce. U chorych z mutacją w genie *BRAF* leki te mogą być stosowane z uwagi na ich skuteczność – prowadzą do przerwania szlaku przekazywania sygnałów i w ten sposób spowalniają mnożenie się komórek nowotworowych. U chorych bez wspomnianych mutacji leki te są nieskuteczne i ich stosowanie jest nieuzasadnione.

W czerniaku stwierdzane są również inne, rzadziej występujące mutacje, takie jak mutacje w obrębie genu *NRAS*. Leki stosowane u chorych z tymi mutacjami pozostają jak na razie w fazie badań klinicznych i nie znajdują zastosowania w codziennej praktyce.

U chorych na czerniaki błon śluzowych mogą być stwierdzane mutacje w obrębie genu *KIT*. W takim przypadku możliwe jest zastosowanie leczenia ukierunkowanego molekularnie, jednak w Polsce nie jest ono refundowane.

4. OKREŚLENIE STOPNIA ZAAWANSOWANIA

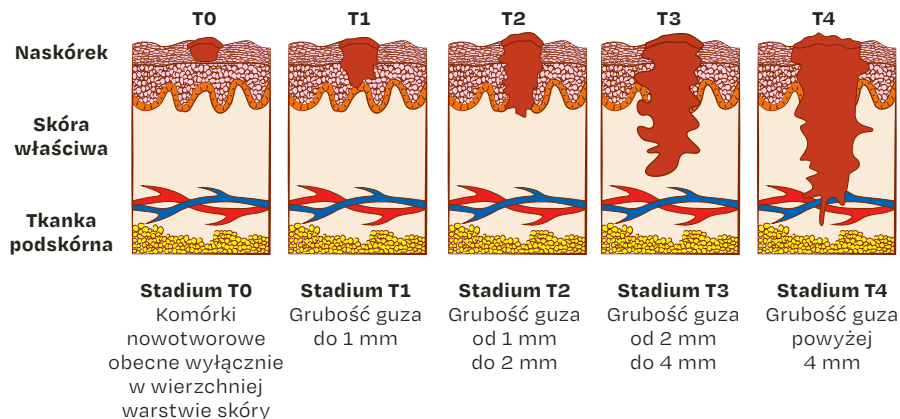
Przed podjęciem dalszych decyzji terapeutycznych przeprowadzana jest ocena stopnia zaawansowania nowotworu skóry. Jest ona prowadzona według klasyfikacji międzynarodowej, która opiera się na wspólnych, ogólnych zasadach dla wszystkich nowotworów złośliwych. Jest to klasyfikacja TNM. Skrót TNM wywodzi się od charakterystyki nowotworu:

- **cecha T** (skrót od ang. *tumor* – guz) określa wielkość guza, jego wybrane charakterystyczne cechy, np. obecność lub brak owrzodzenia na powierzchni guza, jego stosunek do otaczających tkanek, np. naciekanie kości. W przypadku czerniaka ocenia się, czy występuje na jego powierzchni owrzodzenie (widoczne w badaniu pod

mikroskopem), czy nie – jeśli owrzodzenie nie występuje, wówczas stosowany jest symbol „a”, a jeżeli występuje – symbol „b”;

- **cecha N** (skrót od ang. *node* – węzeł chłonny) określa ilość węzłów chłonnych, w których obecne są przerzuty, a także ich wielkość (mikroprzerzuty zwykle określane symbolem „a”, makroprzerzuty – symbolem „b”) i wygląd (na przykład przechodzenie poza torebkę węzła chłonного), a także, w przypadku czerniaka, obecność ognisk satelitarnych (ogniska czerniaka występujące w odległości do 2 cm od brzegu ogniska pierwotnego) i przerzutów in-transit (ogniska występujące w większej odległości niż 2 cm od nowotworu pierwotnego) określanych jako cecha „c”;
- **cecha M** (skrót od ang. *metastases* – przerzuty) określa brak lub obecność przerzutów odległych, czyli ognisk nowotworu znajdujących się odległe w stosunku do nowotworu pierwotnego, np. w wątrobie, płucach, mózgu, odległych węzłach chłonnych, tkance podskórnej.

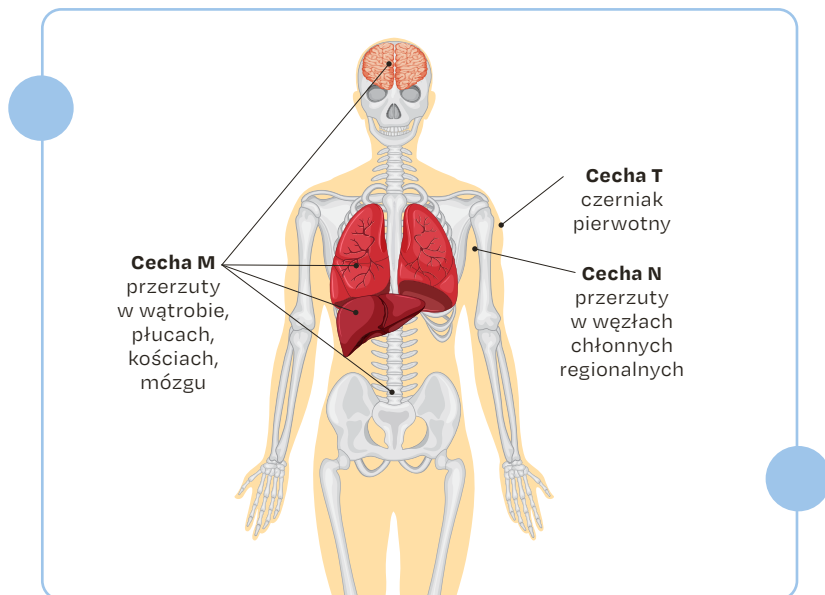
Ryc. 4. Zaawansowanie czerniaka – ocena cechy T



Przykład

Czerniak w stopniu zaawansowania T3aN2aM0 to czerniak o grubości > 2,0 mm do 4,0 mm, bez owrzodzenia, z mikroprzerzutami do 2 lub 3 węzłów chłonnych, bez przerzutów do narządów odległych.

Ryc. 5. **Cechy czerniaka oceniane w klasyfikacji TNM**



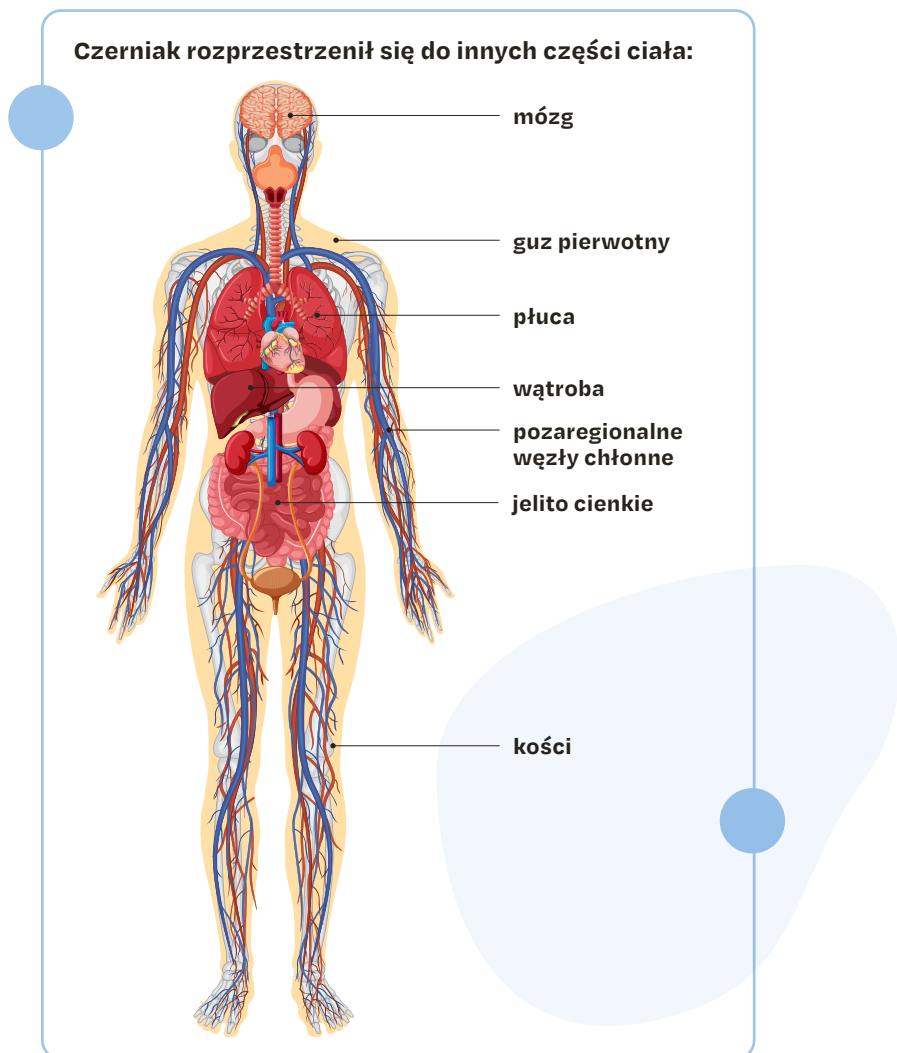
Na podstawie oceny cech T, N i M określone jest zaawansowanie choroby, czyli jej stadium.

Stadia zaawansowania czerniaka przedstawiają się następująco:

- **stadium 0** – komórki nowotworowe znajdują się wyłącznie w wierzchniej warstwie skóry i nie dotarły do głębiej położonych tkanek;
- **stadium I** – czerniak o grubości poniżej 1 mm z owrzodzeniem lub czerniak o grubości od 0,8 mm do 2 mm bez owrzodzenia;
- **stadium II** – czerniak o grubości ponad 1 mm z owrzodzeniem lub powyżej 2 mm niezależnie od tego, czy występuje owrzodzenie czy nie, czerniak nie rozprzestrzenił się do pobliskich węzłów chłonnych ani do odległych części ciała;
- **stadium III** – komórki czerniaka rozprzestrzeniły się do sąsiadujących tkanek, czyli do co najmniej jednego okolicznego węzła chłonnego lub do skóry i tkanki podskórnej okolicy pierwotnego nowotworu, ale nie do węzłów chłonnych;

- **stadium IV** – komórki czerniaka rozprzestrzeniły się do innych narządów, w tym do węzłów chłonnych lub obszarów skóry znajdujących się daleko od pierwotnego nowotworu, co przedstawiono na poniższej rycinie.

Ryc. 6. **Czerniak w stadium IV zaawansowania**



5. POSTĘPOWANIE PO SKUTECZNYM LECZENIU OPERACYJNYM

Cechą nowotworów złośliwych, takich jak m.in. czerniak, jest skłonność do nawracania po miesiącach albo latach od początkowego leczenia. Dlatego każdy pacjent z tym nowotworem powinien regularnie (początkowo co 3 miesiące, później rzadziej) odwiedzać swojego lekarza, aby kontrolować, czy nie doszło do nawrotu choroby.

U znacznej grupy chorych po skutecznym leczeniu chirurgicznym czerniaka, w tym u chorych po tak zwanym radykalnym wycięciu przerzutu/przerzutów, możliwe jest zastosowanie leczenia uzupełniającego. Leczenie pooperacyjne, czyli uzupełniające, ma na celu zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby pod postacią wznowy miejscowej i/lub przerzutów odległych. Obecnie może być ono stosowane u chorych po wycięciu czerniaka z przerzutami do węzłów chłonnych oraz u chorych po radykalnym wycięciu przerzutu/przerzutów czerniaka. Leczenie takie stosowane jest przez okres do 12 miesięcy, a ostateczny czas jego trwania zależy od jego tolerancji i skuteczności. Jest to leczenie obecnie refundowane w Polsce w ramach tzw. programu lekowego NFZ. Opcją postępowania u chorych po wycięciu czerniaka pozostaje obserwacja, zwłaszcza w przypadku przeciwwskazań do zastosowania leczenia uzupełniającego oraz u chorych, którzy na takie leczenie się nie decydują. Aktualnie również u niektórych chorych w II stadium zaawansowania choroby, czyli bez przerzutów do węzłów chłonnych, zarejestrowane zostało leczenie uzupełniające, które na chwilę obecną w Polsce nie jest refundowane.

Decyzję o zastosowaniu leczenia pooperacyjnego podejmuje lekarz w porozumieniu z pacjentem po omówieniu możliwych korzyści (zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby, wydłużenie czasu życia) oraz ryzyka (potencjalne działania niepożądane, konieczność zgłaszania się na wizyty celem leczenia).

W leczeniu uzupełniającym zastosowanie znajdują immunoterapia jednolekowa (niwolumab lub pembrolizumab) oraz leki ukierunkowane molekularnie – tzw. inhibitory BRAF i MEK (stosowane wyłącznie u chorych ze stwierdzoną mutacją w genie *BRAF*). O wyborze leczenia decyduje lekarz w porozumieniu z pacjentem.

Leki stosowane w leczeniu uzupełniającym:

- inhibitory BRAF i MEK: dabrafenib z trametynibem,
- immunoterapia: niwolumab, pembrolizumab.

W przypadku wznowy miejscowej lub przerzutów in transit, podstawową metodą leczenia jest leczenie chirurgiczne. Nie zawsze jednak jest możliwe usunięcie wszystkich zmian. Do rozważenia pozostaje wówczas zastosowanie lokoregionalnej chemioterapii lub leczenia onkologicznego w ramach programu lekowego NFZ.

Leczenie za pomocą lokoregionalnej chemioterapii polega na podaniu dużych dawek leków przeciwnowotworowych do miejsca objętego zmianami nowotworowymi. Zazwyczaj ma ono zastosowanie w przypadku zmian zlokalizowanych na kończynie. Przykładem takiego leczenia jest izolowana perfuzja pozaustrojowa kończyny w hipertermii z melfalanem (HIPL), która przeprowadzana jest wyłącznie w doświadczonych ośrodkach posiadających odpowiednie wyposażenie. Melfalan jest lekiem o działaniu przeciwnowotworowym. Istnieje ponadto forma leczenia miejscowego polegająca na nastrzykiwaniu zmian chorobowych na skórze specjalnym preparatem T-VEC, będącym formą immunoterapii opartej na pochodnej wirusa opryszczki. Terapia z wykorzystaniem tego leku nie jest jednak w Polsce refundowana.

6. POSTĘPOWANIE W CZERNIAKU W STADIUM ZAAWANSOWANYM (czerniak niekwalifikujący się do leczenia chirurgicznego w stadium III i czerniak z przerzutami odległymi)

U części chorych na czerniaka, w chwili rozpoznania choroba nie kwalifikuje się do radykalnego (skutecznego) leczenia za pomocą metod chirurgicznych lub dochodzi do jej nawrotu. Dotyczy to między innymi sytuacji, gdy zmiana pierwotna lub nawrotowa jest zbyt rozległa lub występują przerzuty odległe. Leczenie będzie polegało wówczas na wykorzystaniu innych metod leczenia miejscowego omówionych w poprzednim rozdziale (T-VEC, HILP) oraz na zastosowaniu tzw. leczenia systemowego, czyli immunoterapii lub inhibitorów BRAF i MEK. Rzadko w tego typu sytuacjach zastosowanie znajduje podawana systemowo chemioterapia. W leczeniu czerniaka stosowana jest także radioterapia. W niektórych sytuacjach, w chorobie zaawansowanej miejscowo lub z przerzutami, możliwe jest skuteczne leczenie operacyjne.

Warto zwrócić uwagę, że w przypadku obecności zmian niekwalifikujących się do leczenia chirurgicznego zlokalizowanych na kończynie, nie wykonuje się jej amputacji. Zastosowanie znajdują wówczas wyżej wspomniane metody leczenia.

Leczenie choroby zaawansowanej stosowane jest dopóki: wykazuje skuteczność, pacjent wyraża chęć jego kontynuacji, nie występują nasilone działania niepożądane wymagające zakończenia leczenia.

U około połowy chorych na czerniaki można zastosować leki ukierunkowane molekularnie, czyli inhibitory BRAF i MEK. Dotyczy to pacjentów, u których w nowotworze występują charakterystyczne zmiany na poziomie materiału genetycznego, a konkretnie zaburzenia typu mutacji w genie kodującym białko BRAF. W przypadku braku tych zaburzeń leki ukierunkowane molekularnie nie są skuteczne, wobec czego nie są stosowane.

Poniżej znajduje się lista nowoczesnych leków stosowanych w leczeniu systemowym czerniaka w stadium zaawansowanym.

Leki stosowane w chorobie nieoperacyjnej lub z przerzutami:

- **inhibitory BRAF i MEK:** enkorafenib z binimetynibem, dabrafenib z trametynibem, wemurafenib z kobimetynibem;
- **immunoterapia:** niwolumab, pembrolizumab, niwolumab z ipilimumabem, niwolumab z relatlimabem.

Immunoterapia polega na podawaniu przeciwciał, które pobudzają układ immunologiczny do walki z nowotworem. Leczenie to podawane jest doustnie w postaci wlewów, które trwają zwykle 30-60 minut, w zależności od leku, w określonych odstępach czasu, na przykład niwolumab podaje się w dawce 240 mg co 2 tygodnie lub w dawce 480 mg co 4 tygodnie, pembrolizumab w dawce 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni. Niwolumab może być stosowany w dawce 1 mg na kilogram masy ciała w skojarzeniu z ipilimumabem w dawce 3 mg na kilogram masy ciała. Taka terapia skojarzona jest możliwa wyłącznie u chorych, którzy wcześniej nie otrzymywali leczenia systemowego z powodu choroby zaawansowanej lub z przerzutami. Nową zarejestrowaną do leczenia chorych opcją w immunoterapii jest połączenie niwolumabu z relatlimabem.

Inhibitory BRAF i MEK to tabletki przyjmowane doustnie w określonych dawkach, które mogą być modyfikowane w zależności od potrzeby, tj. w przypadku działań niepożądanych.

Dostępne schematy leczenia z zastosowaniem inhibitorów BRAF i MEK są następujące:

- **enkorafenib** (1 raz dziennie 450 mg doustnie), z **binimetynibem** (2 razy dziennie 45 mg doustnie),
- **dabrafenib** (2 razy dziennie 150 mg doustnie), z **trametynibem** (2 mg raz dziennie doustnie),
- **wemurafenib** (2 razy dziennie 960 mg doustnie), z **kobimetynibem** (60 mg raz dziennie doustnie).

W niektórych przypadkach, po zakończeniu danego leczenia z powodu jego nieskuteczności lub złej tolerancji, możliwe jest zastosowanie kolejnego, np. jeśli chory ma stwierdzoną mutację w genie *BRAF* i rozpoczął leczenie immunoterapią, to po wystąpieniu progresji choroby może otrzymać terapię anti-BRAF i MEK, o ile ze względu na sytuację zdrowotną jest to możliwe. Jeśli chory na czerniaka z mutacją w genie *BRAF* rozpoczął leczenie od terapii anti-BRAF i MEK, wówczas w przypadku progresji choroby może otrzymać immunoterapię jednolekową, a w przypadku dalszej progresji ewentualnie ponownie otrzymać leki anti-BRAF i MEK. Kombinacje leków z grupy inhibitorów BRAF i MEK nieznacznie różnią się działaniami niepożądanymi. W wybranych przypadkach złej tolerancji inhibitorów BRAF i MEK istnieje możliwość zmiany na inne leki z tej samej grupy.

W niektórych sytuacjach w chorobie zaawansowanej zastosowanie znajduje radioterapia jako leczenie wspomagające. Polega ona na zastosowaniu promieniowania elektromagnetycznego, które niszczy komórki nowotworowe. Często jest to zabieg wykonywany kilkakrotnie. W leczeniu czerniaka metoda ta ma jednak ograniczone zastosowanie. W chorobie zaawansowanej wykorzystywana jest w przypadku przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, bolesnych przerzutów w kościach, krwawienia z guza, progresji niektórych ognisk chorobowych. Możliwe jest zastosowanie radioterapii w postaci tak zwanej radioterapii stereotaktycznej lub radiochirurgii, ukierunkowanych na konkretne ognisko lub ogniska chorobowe, co zmniejsza ryzyko powikłań ze strony otaczających tkanek. Obie te metody polegają na podaniu bardzo dużych dawek promieniowania w postaci jednej lub kilku frakcji.

7. OŚRODKI LECZENIA CZERNIAKA W POLSCE

Aktualnie dostępne leczenie chorych na czerniaka ze środków publicznych opisuje program lekowy B.59. W leczeniu uzupełniającym finansowane są: dabrafenib z trametynibem u chorych z mutacją *BRAF*, pembrolizumab oraz niwolumab.

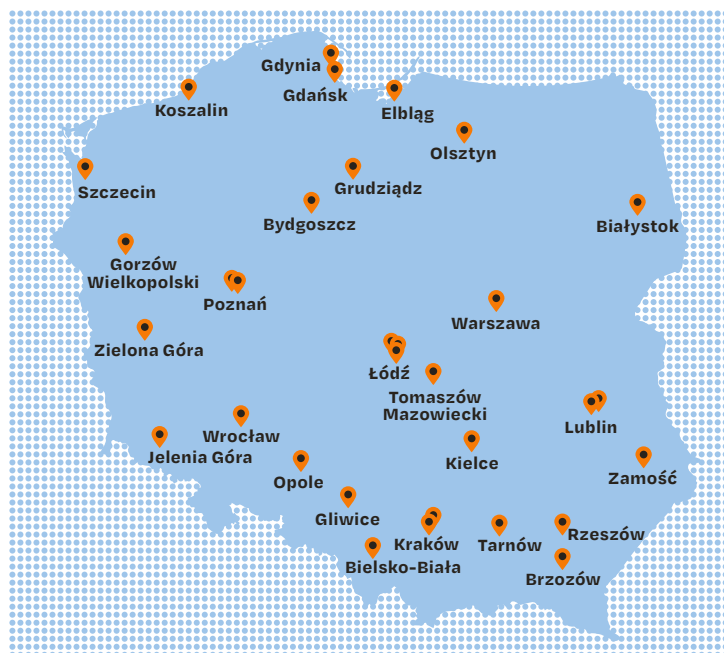
W leczeniu choroby nieresekcyjnej lub z przerzutami dostępny jest program B.59 z zastosowaniem: pembrolizumbu, niwolumabu, niwolumabu z ipilimumabem, enkorafenibu z binimetynibem, wemurafenibu z kobimetynibem oraz dabrafenibu z trametynibem (trzy ostatnie wyłącznie u chorych z mutacją *BRAF*).

Treść programów lekowych aktualizowana jest co 2 miesiące i udostępniana na stronie Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych> w załączniku programy lekowe. Obecnie programy lekowe leczenia chorych na czerniaki skóry i błon śluzowych zostały ujęte w załączniku B.59 do Obwieszczenia Ministra Zdrowia.

Dla każdego z leków stosowanych w ramach programów lekowych doprecyzowane zostały kryteria włączenia, czyli warunki, jakie muszą być spełnione, aby leczenie można było rozpocząć, badania i procedury wymagane do rozpoczęcia leczenia, zasady kontrolowania skuteczności i bezpieczeństwa leczenia, schemat dawkowania leków oraz kryteria warunkujące zakończenie leczenia.

Programy lekowe realizowane są w ośrodkach, które podpisały kontrakt na ich realizację z Narodowym Funduszem Zdrowia. W przypadku leczenia czerniaka jest to obecnie ponad 30 ośrodków. Ich lista znajduje się na stronie Akademii Czerniaka www.akademiaczerniaka.org w zakładce „Leczenie – lista ośrodków realizujących program leczenia czerniaków” i jest na bieżąco aktualizowana. Jest również dostępna na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia: <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/ProgramyLekowe>.

Ryc. 7. Ośrodki leczenia czerniaka w Polsce



Aktualna lista
ośrodków
leczących
czerniaka
w Polsce

Warto zorientować się, który z ośrodków jest położony najbliżej miejsca zamieszkania, aby zminimalizować trudności związane z dojazdem w trakcie leczenia. Program lekowy obowiązuje w tej samej wersji we wszystkich realizujących go ośrodkach i jeżeli pacjent spełnia kryteria włączenia, powinien zostać do niego włączony. Ostateczną decyzję o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmuje lekarz prowadzący, onkolog mający doświadczenie w leczeniu immunoterapią, w porozumieniu z chorym, który musi wyrazić świadomą zgodę na leczenie, by móc je rozpocząć. Pacjent powinien zostać poinformowany o schemacie leczenia, planowanych wizytach i badaniach, planowanej ocenie skuteczności i tolerancji leczenia oraz o potencjalnych działaniach niepożądanych i zasadach postępowania w przypadku ich wystąpienia.

Informacje o chorobie, poszczególnych lekach stosowanych w leczeniu czerniaka oraz poradniki o leczeniu immunoterapią i o leczeniu ukierunkowanym molekularnie, są dostępne dla pacjentów w wersji elektronicznej

na stronach internetowych, np. Akademii Czerniaka, „Głosu Pacjenta Onkologicznego” lub programu edukacji onkologicznej przygotowanego w ramach działalności Fundacji „Tam i z powrotem”.

Diagnostyka i leczenie chorych na czerniaka zostały szczegółowo opisane w wytycznych polskich, europejskich (ESMO, Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej) oraz amerykańskich (NCCN, Narodowa Sieć Ośrodków Wielospecjalistycznych, ASCO, Amerykańskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej). Wytyczne NCCN obejmują nie tylko zalecenia dla lekarzy, lecz także informatory dla pacjentów (<https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/melanoma-patient.pdf>).

Opracowane zostały również międzynarodowe wytyczne leczenia czerniaka u dzieci i młodzieży. Wszystkie wytyczne, w tym polskie, są regularnie aktualizowane i powstają w wyniku dyskusji wielu specjalistów, opartej na najnowszych danych naukowych oraz wynikach badań klinicznych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo stosowania nowych leków.

8. BADANIA KLINICZNE

Postęp, jaki dokonał się w zakresie leczenia, zwłaszcza leczenia systemowego, chorych na czerniaki, jest bardzo duży. W wyniku stosowania nowoczesnych terapii przeżycia chorych na tę chorobę są istotnie dłuższe niż w przeszłości. Wciąż jednak poszukiwane są nowe terapie, które przyniosą jeszcze lepsze efekty w tym zakresie. Prowadzone są również badania nad czynnikami predykcyjnymi odpowiedzi na leczenie celem ustalenia, którzy chorzy mogą odnieść korzyść z konkretnej terapii.

Badania kliniczne prowadzone są zarówno w leczeniu okołoperacyjnym, tj. przed operacją celem zmniejszenia zakresu nowotworu i/lub po operacji celem zmniejszenia ryzyka wznowy, jak również w chorobie z przerzutami odległymi. Badania kliniczne stanowią wartościową opcję zwłaszcza w przypadku wyczerpania dotychczasowych możliwości leczenia i, zgodnie z wytycznymi polskimi oraz ogólnosiwiatowymi, są rekomendowanym sposobem postępowania.

Informacje na temat badań klinicznych prowadzonych w poszczególnych chorobach, w tym w czerniaku, można znaleźć na stronach: <https://clinicaltrials.gov/> oraz <https://pacjentwbadaniach.abm.gov.pl/>. Dostępne są tam szczegółowe informacje o badaniu, kryteriach udziału, stosowanym sposobie leczenia, a także lista ośrodków prowadzących konkretne badanie.

9. FAKTY I MITY O CZERNIAKU

FAKT:

Czerniak to nowotwór złośliwy.

Czerniak jest złośliwym nowotworem skóry. Charakteryzuje się bowiem agresywnym wzrostem oraz wczesnymi i licznymi przerzutami. Wycięcie czerniaka, kiedy choroba nie jest jeszcze zaawansowana, pozwala na wyleczenie prawie 100% chorych, dlatego bardzo ważne jest jego szybkie i prawidłowe rozpoznanie. Czerniak rozwija się w ciągu pewnego czasu, więc przy prawidłowej kontroli skóry możliwe jest jego wyleczenie.

FAKT:

Czerniakowi można zapobiegać.

Zasady zapobiegania czerniakowi są proste i dostępne dla każdego. Kluczowe jest, aby nie dopuszczać do oparzenia skóry spowodowanego promieniowaniem UV. W tym celu należy ograniczyć ekspozycję na słońce, przebywając na zewnątrz smarować całe ciało kremem z odpowiednio wysokim filtrem UV, zakładać nakrycia głowy i okulary z filtrem UV. Nie należy też korzystać z solariów – tam ryzyko oparzenia skóry i powstałych w jego wyniku zmian w skórze znacznie wzrasta. Solarium i opalanie szkodzą!

FAKT:

Polacy mają zwiększone ryzyko zachorowania na czerniaka.

Jasna karnacja, jaką posiadają Polacy, jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na czerniaka. Stały i znaczący wzrost liczby zachorowań (300% w ciągu ostatnich 20 lat) potwierdza, iż znajdujemy się w grupie wysokiego ryzyka.

MIT:

Nie trzeba nakładać kremu z filtrem w pochmurne dni.

W pochmurne dni 80% promieni słonecznych UV może nadal docierać do skóry i stanowić zagrożenie podobnie jak w dni słoneczne.

MIT:**Można bezpiecznie usunąć znamię podczas golenia.**

Usuwanie znamion zawsze powinno być wykonywane przez specjalistę. Samodzielne usuwanie prawdopodobnie będzie niecałkowite i element potencjalnego nowotworu może pozostać w skórze lub też struktury pozostałe w skórze mogą ewoluować w czerniaka. W przyszłości, pozostałości znamienia mogłyby stwarzać trudność podczas oceny z powodu tkanki bliznowatej. Kosmetyczne usuwanie znamion poprzez golenie jest niebezpieczne z dokładnie tych samych powodów.

MIT:**Czerniaka nie można wyleczyć.**

Wcześnie wykryty czerniak jest w pełni wyleczalny. Należy jednak pamiętać, że czerniak jest najgroźniejszym typem nowotworu skóry ze względu na szybki i dynamiczny rozwój. W początkowym etapie, odpowiednio wcześnie zauważony, wymaga najczęściej prostej interwencji chirurgicznej i monitorowania zmian na skórze. Zdiagnozowany w późniejszym etapie wymaga leczenia kompleksowego, skojarzonego i wielospecjalistycznego, ale obecnie również w tym stadium możliwe jest uzyskanie długotrwałego przeżycia lub wyleczenie. Częste i szybkie przerzuty do węzłów chłonnych oraz innych narządów, często odległych od początkowej zmiany na skórze, powodują konieczność elastycznego dopasowania terapii do postępujących zmian chorobowych oraz stosowania różnorodnych metod leczenia, jak immunoterapia czy terapie celowane.

MIT:**Na czerniaka chorują tylko osoby w starszym wieku.**

Na czerniaka można zachorować w każdym wieku. Chorują głównie osoby dorosłe, aczkolwiek chorobę coraz częściej stwierdza się u młodych dorosłych. Jest to związane przede wszystkim ze: stylem życia, w tym z ekspozycją na promieniowanie UV, korzystaniem z solariumów, jak również z indywidualnymi predyspozycjami, czyli jasną karnacją, dużą liczbą znamion barwnikowych oraz występowaniem tej choroby w rodzinie.

MIT:**Nowotwory skóry nie są niebezpieczne.**

Niestety, zarówno czerniak, jak też inne, tak zwane niebarwnikowe nowotwory skóry (np. rak podstawnokomórkowy, rak kolczystokomórkowy), mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia. Spośród wszystkich nowotworów skóry czerniak najczęściej rozwija się do postaci zaawansowanych i daje przerzuty odległe.

MIT:**Mam ciemną karnację, czerniak mi nie grozi.**

Nie tylko rodzaj karnacji decyduje o możliwości zachorowania na czerniaka. Warto wiedzieć, że zagrożenie zachorowaniem wzrasta u osób:

- o jasnej karnacji, rudych lub blond włosach, niebieskich oczach, licznych piegach,
- o dużej liczbie znamion barwnikowych, znamion w miejscach drażnienia,
- które doznały oparzeń słonecznych, szczególnie w dzieciństwie,
- słabo tolerujących słońce, opalających się z dużym trudem lub w ogóle,
- przebywających w pełnym słońcu powyżej godziny dziennie,
- u których w rodzinie występowały przypadki czerniaka lub innych nowotworów skóry,
- korzystających z solarium.

MIT:**Makijaż zapewnia wystarczającą ochronę przeciwsłoneczną twarzy.**

Większość kosmetyków do makijażu nie ma zalecanego wskaźnika ochrony SPF wynoszącego co najmniej 30. Nawet jeżeli kosmetyki te cechują się odpowiednim wskaźnikiem zapewniającym taką ochronę, to stosowane są w ciągu dnia zaledwie 1-2 razy, a produkty ochronne powinny być aplikowane co dwie godziny.

MIT:**Czerniak ma czarny kolor.**

Nie każdy czerniak jest czarny! Zdarzają się też czerniaki jasnobrązowe, niebieskie, stalowe, czerwone, często z niejednorodnym rozkładem barwnika. Warto znać system ABCDE czerniaka, który pozwoli określić, czy dane znamię jest podejrzane i wymaga konsultacji u specjalisty.

- A** – asymetria, np. znamię „wylewające” się na jedną stronę
- B** – brzegi poszarpane, nierównomierne, posiadające zgrubienia
- C** – czerwony, czarny, niejednolity kolor
- D** – duży rozmiar, wielkość zmiany powyżej 6 mm
- E** – ewolucja, czyli postępujące zmiany zachodzące w znamieniu

Wszystkie znamiona, narośla, pieprzyki, które kwalifikują się do jednego z punktów ABCDE lub budzą niepokój, powinny zostać zbadane przez lekarza dermatologa lub chirurga onkologa i, w przypadku jakichkolwiek wątpliwości, wycięte. Badanie przeprowadzane u specjalisty jest szybkie, bezbolesne i nieinwazyjne. Lekarz ogląda skórę za pomocą dermoskopu (inaczej dermatoskopu), który wychwytyuje wszelkie atypowe zmiany.

MIT:**Czerniak może rozwinąć się tylko na skórze.**

Czerniaki najczęściej pojawiają się na skórze, ale mogą wystąpić także w obrębie ust, nosa, gałki ocznej czy pod paznokciem. Gdzie szukać czerniaka? Czerniaki najczęściej występują na skórze nóg, z przodu i z tyłu, oraz na plecach i karku. Czerniak może również pojawić się na skórze głowy, między włosami. Może też rozwinąć się w miejscach, które w niewielkim stopniu są narażone na kontakt z promieniami UV – nawet na pośladkach czy wargach sromowych.

Czerniak może być nowym znamieniem na skórze, ale też może powstać z już istniejącego, zdrowego znamienia pod wpływem słońca lub światła UV stosowanego w solariach.

MIT:**Profilaktyka czerniaka jest bardzo trudna.**

Czerniaki są najłatwiejszymi do zdiagnozowania nowotworami, ponieważ rozwijają się na powierzchni skóry. Podczas przeglądania się w lustrze warto przy okazji troskliwie obejrzeć wszelkie podejrzone zmiany na swoim ciele. Profilaktyka czerniaka polega na stałej, uważnej kontroli całej skóry i, w przypadku zaobserwowania nowych zmian lub zmiany już istniejących, wizyty u dermatologa lub chirurga onkologa. Specjalista, po wykonaniu badania z użyciem dermatoskopu, w sposób jednoznaczny może wykluczyć ryzyko choroby lub przy pomocy prostego zabiegu chirurgicznego usunąć podejrzone zmiany.

MIT:**Czerniak może rozwinąć się wyłącznie na skutek wieloletniego narażenia na promieniowanie słoneczne.**

Rozwój czerniaka wiąże się z okresową ekspozycją na słońce w dzieciństwie i przez całe życie. Już jedno oparzenie słoneczne w młodym wieku może zwiększyć ryzyko zachorowania na czerniaka. Z kolei pięć lub więcej oparzeń słonecznych doznanych w wieku od 15 do 20 lat zwiększa to ryzyko aż o 80%.

MIT:**Dzięki solarium można uzyskać bezpieczną opaleniznę.**

Solarium nie pozwala na uzyskanie bezpiecznej opalenizny. Korzystanie z niego przed 35. rokiem życia zwiększa ryzyko zachorowania na czerniaka o 75%. Solarium może emitować od 10 do 15 razy więcej promieniowania UV niż słońce w szczytowym momencie.

MIT:**Opalenizna może uchronić przed czerniakiem.**


Zmiana koloru skóry w reakcji na ekspozycję na słońce jest oznaką jej uszkodzenia. Dlatego nie istnieje bezpieczna opalenizna. Zamiast opalania skóry można używać balsamu brązującego lub bronzera.

MIT:**Korzystanie z kremów ochronnych całkowicie niweluje ryzyko zachorowania na czerniaka.**

Ochrona przeciwsłoneczna jest ważna i należy stosować preparaty z filtrem przeciwsłonecznym o szerokim spektrum działania z SPF co najmniej 30. Preparaty te powinny być aplikowane co dwie godziny. Jednak sam krem przeciwsłoneczny nie wystarczy, aby zapewnić skuteczną ochronę. Należy unikać bezpośredniego narażenia na światło słoneczne w godzinach między 11 a 16, starając się przebywać w cieniu, a także, zawsze gdy jest to możliwe, nosić kapelusz z szerokim rondem i okulary przeciwsłoneczne z filtrem UV.

MIT:**Ekspozycja na słońce jest konieczna, aby zapewnić organizmowi odpowiednią ilość witaminy D3.**

W skórze powstaje aktywna postać witaminy D pod wpływem słońca. Ekspozycja na słońce zwiększa jednak ryzyko wystąpienia czerniaka. Witaminę D3 można natomiast przyjmować w postaci preparatów doustnych lub w pokarmach zawierających jej duże ilości.





ROZDZIAŁ III

**Jestem w trakcie leczenia
zaawansowanego czerniaka.
Co dalej?**

dr n. med. **Monika Dudzisz-Śledź**

członek zespołu Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków,
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

1. LECZENIE PRZYNOSI EFEKTY

Leczenie systemowe czerniaka prowadzone jest zwykle do czasu, dopóki jest skuteczne i dobrze tolerowane. O skuteczności leczenia decyduje lekarz w oparciu o wyniki badania fizykalnego oraz badań obrazowych i laboratoryjnych. Lekarz regularnie zleca badania obrazowe oraz badania laboratoryjne (które wykonywane są zgodnie z wymogami programu lekowego NFZ, a także gdy istnieje potrzeba), dodatkowe niezbędne badania, które pozwalają na ocenę skuteczności leczenia. Również ocena stanu i samopoczucia pacjenta stanowi istotną wskazówkę.

Ocena skuteczności przeprowadzana jest według szczegółowych wytycznych, znanych jako kryteria RECIST (ocena skuteczności leczenia u chorych na nowotwory lite). Dla jej przeprowadzenia niezbędne jest wykonanie badań obrazowych przed rozpoczęciem leczenia, a następnie ich powtarzanie w regularnych odstępach czasu, np. co 3–4 miesiące. W zależności od liczby i lokalizacji zmian chorobowych, lekarz wybiera kilka zmian spełniających określone kryteria, które są mierzone według określonych zasad, a ich wymiary sumowane. Pozostałe zmiany, jeśli istnieją, są także obserwowane w kolejnych badaniach. Jeśli suma wymiarów wybranych zmian zwiększy się o co najmniej 20% (minimum 5 mm), to mówimy o progresji choroby, jeśli zmniejszy się o co najmniej 30% – o odpowiedzi częściowej na leczenie. Jeżeli znikną wszystkie zmiany, wówczas mówimy o całkowitej odpowiedzi na leczenie. Pojawienie się nowej zmiany chorobowej zawsze świadczy o progresji choroby. U chorych

leczonych immunoterapią, w przypadku jej skuteczności określonej zapisami programu lekowego NFZ, możliwe jest przerwanie terapii z opcją powrotu do leczenia w przypadku wystąpienia potrzeby. Leczenie choroby przerzutowej jest prowadzone w wyspecjalizowanych ośrodkach z wielospecjalistycznymi zespołami, doświadczonymi w doborze terapii i postępowaniu w powikłaniach leczenia (które zwłaszcza w przypadku immunoterapii może mieć nieprzewidywalny przebieg).

2. LECZENIE NIE PRZYNOŚI EFEKTÓW

Jeżeli leczenie nie przynosi efektów, co oznacza progresję choroby, to:

- w przypadku chorych na czerniaki z obecnością mutacji *BRAF*, którzy wcześniej otrzymywali immunoterapię (niwolumab lub pembrolizumab lub niwolumab z ipilimumabem), możliwe jest leczenie anty-*BRAF* i anty-*MEK*, zaś u chorych leczonych lekami anty-*BRAF* i anty-*MEK* możliwe jest leczenie immunoterapią (niwolumab lub pembrolizumab);
- u chorych bez obecnej mutacji *BRAF*, do rozważenia, w zależności od sytuacji klinicznej, pozostają: udział w badaniach klinicznych (jeśli są dostępne), radioterapia, chemioterapia, leczenie miejscowe, leczenie wspomagające.

3. MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE PO LECZENIU

W trakcie procesu leczenia, pacjent i lekarz powinni regularnie oceniać tolerancję stosowanej terapii. Pacjent powinien na bieżąco zgłaszać wszystkie działania niepożądane lekarzowi, zarówno wymienione w tym materiale poniżej, jak i te, które nie zostały tutaj wymienione. Należy również zgłaszać nasilenie wcześniej obserwowanych objawów i dolegliwości.

Działania niepożądane w trakcie immunoterapii oraz leczenia inhibitorami *BRAF* i *MEK* różnią się. Ich znajomość pozwala na ich wczesne rozpoznanie oraz wdrożenie właściwego postępowania.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE – INHIBITORY *BRAF* I *MEK*

Większość chorych dobrze toleruje terapię inhibitorami *BRAF* i *MEK*. U części osób dochodzi jednak do wystąpienia działań niepożądanych. W zależności od ich rodzaju, nasilenia i czasu, lekarz może zalecić czasowe przerwanie stosowania jednego lub obu leków, zmniejszenie ich dawek

i/lub częstości przyjmowania, odstawienie jednego lub obu leków. W niektórych przypadkach, możliwa jest również zmiana na inne leki z tej grupy. Zwykle odpowiednia modyfikacja leczenia pozwala na ustąpienie działań niepożądanych lub zmniejszenie ich nasilenia, co umożliwia kontynuację terapii.

Poniżej opisano najczęściej występujące działania niepożądane inhibitorów BRAF i MEK.

- **Zmiany skórne**, które mogą objawiać się suchością i/lub świądem skóry (najczęściej w ciągu pierwszych miesięcy terapii), zaczerwienieniem, łuszczeniem się, zmianami trądzikopodobnymi lub zwiększoną wrażliwością na promieniowanie słoneczne. W ciągu pierwszych tygodni leczenia może pojawić się osutka skórna, która zwykle ma postać zaczerwienienia, zmian grudkowych lub grudkowokrostkowych, czasem swędzących oraz złuszczających się. Następstwem suchości skóry mogą być jej pęknięcia. Zmiany skórne mogą pojawiać się na powierzchniach dłoniowych rąk oraz podszewkowych stóp, jako tzw. zespół dłoniowo-podeszwy. Ponadto mogą występować zmiany w obrębie paznokci (zwiększona łamliwość, zmiany grubości oraz ciemne linie). W wyniku nadwrażliwości na promieniowanie świetlne, czyli tzw. fototoksyczności, polegającej na zwiększonej wrażliwości komórek skóry na promieniowanie świetlne, tj. promienie UVA i UVB, może dochodzić do silnych oparzeń objawiających się rumieniem, obrzękiem, a niekiedy także powstawaniem pęcherzy.
- **Gorączka**, czyli stan, w którym temperatura ciała wynosi powyżej 38°C, jest dość częstym działaniem niepożądanym, pojawiającym się w trakcie terapii inhibitorami BRAF i MEK. Występuje najczęściej na początku leczenia. Należy jednak pamiętać, że gorączka może być również wywołana przez czynniki infekcyjne.
- **Nudności**, czyli nieprzyjemne uczucie polegające na odczuwaniu potrzeby wymiotowania. Towarzyszyć im mogą zawroty głowy. Nudności mogą wyprzedzać **wymioty**, które polegają na zwracaniu treści pokarmowej. Zamiast wymiotów mogą pojawiać się też same odruchy wymiotne, będące nieefektywną potrzebą zwracania pokarmu przy pustym żołądku.
- **Oslabienie oraz uczucie zmęczenia** to najczęściej występujące objawy u chorych na nowotwory. Mogą być spowodowane chorobą

i/lub być skutkiem stosowanego leczenia. Charakterystyczne są przede wszystkim: apatia, osłabienie fizyczne i niechęć do różnych aktywności, którym może towarzyszyć spowolnienie rytmu życia oraz większa niż dotychczas potrzeba odpoczynku i snu. W zmęczeniu i osłabieniu, które są powikłaniem terapii onkologicznych, odpoczynek nie zawsze jest pomocny.

- **Biegunka** jest szczególnie dokuczliwym objawem, który polega na zwiększeniu częstotliwości i/lub objętości wypróżnień. Wypróżnienia mogą stać się luźniejsze i/lub bardziej wodniste.
- **Utrata włosów** związana ze stosowaniem inhibitorów BRAF i MEK jest stopniowa i rzadko prowadzi do całkowitego wyłysienia. Zmiany mogą dotyczyć również koloru i struktury włosów, które mogą stać się np. cienkie lub kręcone.
- **Utrata masy ciała**, czyli spadek wagi określony w kilogramach oraz **utrata apetytu**, czyli utrata chęci spożywania pokarmów. Utrata masy ciała może wynikać zarówno ze zmniejszenia ilości i jakości spożywanych pokarmów, jak również z działania innych leków oraz samej choroby nowotworowej. Może ona być również skutkiem wymiotów. **Utrata apetytu** natomiast może mieć związek z nudnościami, złym ogólnym samopoczuciem i zmęczeniem, a także stanami zapalnymi w jamie ustnej.
- **Powikłania oczne** występują rzadko, jednak mogą mieć poważny charakter i prowadzić do trwałego pogorszenia wzroku.
- **Hiperglikemia**, czyli podwyższone stężenie glukozy we krwi, które może wystąpić zarówno w związku z innymi lekami stosowanymi w leczeniu choroby nowotworowej, jak również z indywidualnymi predyspozycjami pacjenta do wystąpienia cukrzycy.
- **Niewydolność serca i zaburzenia rytmu serca** to działania niepożądane, które mogą niekiedy występować w trakcie terapii inhibitorami BRAF i MEK. U niektórych chorych dochodzi do pogorszenia funkcji serca objawiającego się spadkiem tzw. frakcji wyrzutowej serca, warunkującej jego pracę i wydolność. Sam spadek frakcji wyrzutowej obserwowany w trakcie leczenia tymi lekami nie zawsze prowadzi do niewydolności serca. Zaburzenia rytmu obserwowane są częściej u chorych przyjmujących leki z powodu innych chorób, pacjentów z wcześniej rozpoznanymi zaburzeniami rytmu serca oraz u osób ze zbyt niskim stężeniem magnezu i potasu we krwi.

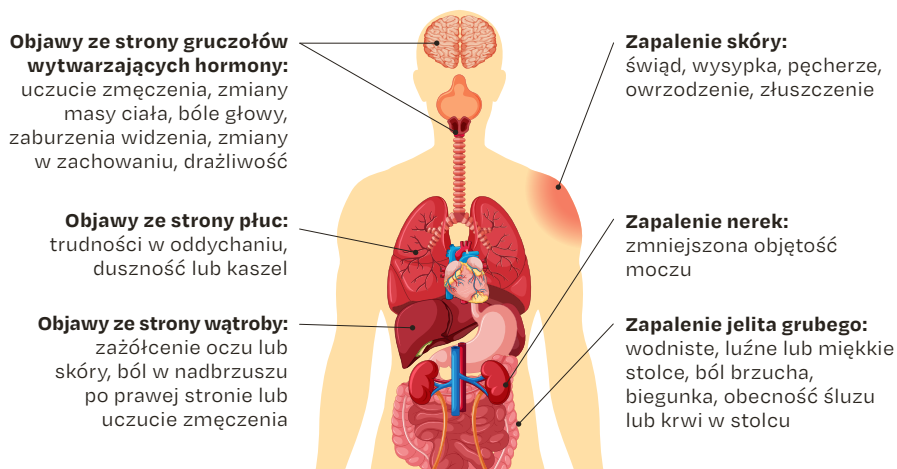
- **Nadciśnienie tętnicze** jest definiowane jako ciśnienie tętnicze skurczowe ≥ 140 mm Hg i/lub rozkurczowe ciśnienie tętnicze ≥ 90 mm Hg. Bardzo często występuje u chorych leczonych inhibitorami BRAF i MEK, jest również jednym z najczęstszych powikłań stosowania trametyny. Zwykle pojawia się po kilku tygodniach lub miesiącach od rozpoczęcia terapii. W większości przypadków nadciśnienie tętnicze nie daje żadnych objawów. W związku z rozwojem nadciśnienia, u niektórych chorych mogą pojawiać się niespecyficzne objawy, takie jak: bóle i zawroty głowy, wzmożona potliwość, bezsenność, zaczerwienienie twarzy i uderzenia gorąca, uczucie kołatania serca, pogorszenie sprawności psychicznej i fizycznej.
- **Powikłania ze strony płuc** obserwowane są stosunkowo często, ale ich charakter może być różny. Mogą występować zarówno zapalenia płuc, jak i inne zmiany o charakterze śródmiąższowym, które zwykle przebiegają z postępującą dusznością w czasie wysiłku, osłabieniem, przewlekającym się kaszlem oraz zwykle obustronnymi zmianami w obrazie radiologicznym płuc.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE – IMMUNOTERAPIA

Działania niepożądane związane z immunoterapią są odmienne od tych, które powoduje chemioterapia, terapia ukierunkowana molekularnie czy radioterapia. Ze względu na ich immunologiczne podłoże bardzo ważne jest ich wczesne rozpoznanie i wdrożenie odpowiedniego postępowania. Działania niepożądane immunoterapii w stopniu umiarkowanym i ciężkim mogą prowadzić do poważnego pogorszenia funkcji różnych narządów oraz wywierać niekorzystny wpływ na jakość życia chorych. W niektórych przypadkach mogą one mieć nieodwracalny charakter, a niekiedy mogą prowadzić do śmierci. W związku z tym ich znajomość jest bardzo ważna.

- **Zmiany skórne** i w obrębie błon śluzowych mogą objawiać się suchością i/lub świądem skóry, zaczerwienieniem, wzmożonym łuszczeniem się naskórka, zmianami trądzikopodobnymi, bielactwem (białe plamy na skórze w różnych okolicach ciała), zwiększoną wrażliwością na promieniowanie słoneczne, zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej, łysieniem. Bardzo rzadko może dojść do poważnych powikłań skórnych.

- **Zaburzenia funkcji gruczołów wydzielania wewnętrznego.** Najczęściej jest to niedoczynność tarczycy, rzadziej występuje nadczynność tego gruczołu, która zwykle przechodzi następnie w niedoczynność. Zaburzenia ze strony innych gruczołów wydzielania wewnętrznego, takie jak niedoczynność przysadki czy niewydolność nadnerczy występują rzadziej. Niekiedy może rozwinąć się cukrzyca.
- **Biegunka**, która może występować również w przebiegu zapalenia jelita grubego, mogącego mieć związek z immunoterapią.
- **Choroby płuc** są często obserwowanymi w praktyce klinicznej powikłaniami immunoterapii. Najczęściej dochodzi do zapalenia płuc, związanego z mechanizmem immunologicznym działania immunoterapii. Powikłania ze strony płuc objawiają się: kaszlem, uczuciem przewlekłego zmęczenia, postępującą dusznością wysiłkową a następnie spoczynkową oraz zmianami w obrazie radiologicznym płuc.
- **Zapalenie wątroby** najczęściej ujawnia się po ok. 6-12 tygodniach stosowania immunoterapii, ale może wystąpić w dowolnym momencie. Objawia się wzrostem aktywności parametrów wątrobowych, a niekiedy żółtaczką, czyli żółtym zabarwieniem oczu i skóry, na skutek wzrostu stężenia bilirubiny we krwi.
- **Zaburzenia ze strony oczu** to rzadkie działania niepożądane immunoterapii, mogą one jednak być szczególnie dokuczliwe i poważne.
- **Niewydolność serca i zaburzenia rytmu serca** to wyjątkowo rzadko obserwowane powikłanie immunoterapii, najczęściej spowodowane zapaleniem mięśnia sercowego, wynikającego z immunologicznego mechanizmu działania immunoterapii.
- **Do innych działań niepożądanych immunoterapii, które występują rzadko, ale trzeba o nich pamiętać, należą:**
 - objawy neurologiczne (np. osłabienie siły mięśni, drętwienie, trudności w oddychaniu),
 - objawy reumatologiczne o charakterze łagodnego lub umiarkowanego bólu mięśni lub stawów,
 - uszkodzenie nerek.

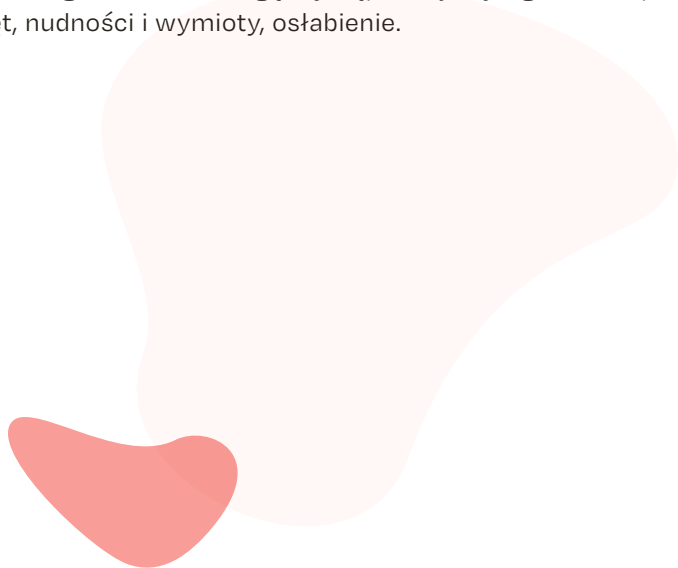
Ryc. 8. **Możliwe działania niepożądane w trakcie immunoterapii**

Wszystkie działania niepożądane – zarówno wymienione w tym materiale, jak i nie wymienione, należy zgłaszać lekarzowi podczas wizyty. Należy powiadamiać o wszystkich nowych objawach i dolegliwościach oraz nasileniu wcześniej obserwowanych. Powyżej opisano najczęściej występujące działania niepożądane immunoterapii. Bardzo ważne jest ich wczesne rozpoznanie, aby zahamować ich dalszy rozwój poprzez wdrożenie właściwego postępowania. Postępowanie może, w zależności od stopnia nasilenia toksyczności, polegać na kontynuacji leczenia i dalszej kontroli, wstrzymaniu immunoterapii i dalszej kontroli, wstrzymaniu immunoterapii i wdrożeniu leczenia hamującego aktywność układu immunologicznego, np. za pomocą kortykosteroidów. W niektórych sytuacjach chory musi pozostać w szpitalu celem leczenia powikłań immunoterapii. Często konieczne jest wykonanie wielu badań, aby wykluczyć inne przyczyny obserwowanych objawów czy dolegliwości.

Pacjenci oraz ich opiekunowie powinni otrzymać aktualne informacje na temat immunoterapii, mechanizmu jej działania, potencjalnych działań niepożądanych oraz związanych z nimi objawów. Działania niepożądane immunoterapii mogą wystąpić w każdej chwili leczenia oraz nawet do roku po jego zakończeniu. Wystąpienie jednego działania niepożądanego nie wyklucza wystąpienia innego.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE – RADIOTERAPIA

Skutki uboczne związane z radioterapią wynikają głównie z napromienienia sąsiadujących okolic. Należą do nich przede wszystkim zmiany o charakterze odczynu popromiennego w obrębie napromienianej okolicy, również ze strony narządów wewnętrznych, na przykład: zmiany popromienne w obrębie skóry, płuc, zapalenie jelit, zapalenie żołądka, uszkodzenie mięśnia sercowego. Ponadto mogą wystąpić objawy ogólne, na przykład: jadłowstręt, nudności i wymioty, osłabienie.





ROZDZIAŁ IV

Jestem po leczeniu czerniaka. Co dalej?

dr n. med. **Monika Dudzisz-Śledź**

członek zespołu Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków,
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

1. KIEDY MOŻNA UZNAĆ, ŻE JESTEM ZDROWA/Y?

W zależności od zaawansowania choroby leczenie trwa albo do 12 miesięcy (leczenie uzupełniające), albo dopóki jest skuteczne, nie występują działania niepożądane uniemożliwiające jego kontynuację ani inne przeciwwskazania i pacjent chce je kontynuować (w chorobie zaawansowanej lub z przerzutami).

W chorobie zaawansowanej leczenie może więc trwać bardzo długo, w zależności od sytuacji klinicznej. Aktualnie w leczeniu immunoterapią choroby zaawansowanej, czyli niekwalifikującej się do radykalnego leczenia chirurgicznego, możliwe jest zawieszenie terapii do czasu ewentualnej progresji choroby, po spełnieniu określonych warunków zapisanych w programie lekowym. Do leczenia można powrócić, jeżeli choroba zacznie dalej postępować i chory nadal spełnia kryteria leczenia w programie. U części chorych po zastosowanym leczeniu uzyskuje się odpowiedź całkowitą na leczenie, co oznacza, że wszystkie zmiany chorobowe ustępują (znikają). U takiej osoby w badaniu fizykalnym oraz w badaniach obrazowych nie stwierdza się żadnych zmian nowotworowych. U niektórych osób zmiany zmniejszają się lub pozostają stabilne. Leczenie nie jest kontynuowane w przypadku istotnego zwiększenia się zmian, czyli progresji choroby.

Po tzw. radykalnym leczeniu czerniaka ryzyko wznowy choroby jest największe w ciągu pierwszych lat po leczeniu. Ryzyko nawrotu czerniaka jest zależne od stopnia jego zaawansowania. Częstotliwość i rodzaj badań kontrolnych oraz czas trwania obserwacji uzależnione są od indywidualnego ryzyka nawrotu choroby, w zależności od wyjściowego stopnia jej

zaawansowania. Największe ryzyko nawrotu choroby istnieje w ciągu pierwszych 2-3 lat po leczeniu. W tym właśnie okresie wizyty kontrolne powinny być częstsze, przede wszystkim celem wykrycia potencjalnej wznowy w stadium pozwalającym na jej radykalne wycięcie.

2. WIZYTY KONTROLNE

Chorzy w trakcie i po leczeniu czerniaka wymagają regularnych kontroli. Dotyczy to nie tylko choroby przebytej, ale również pod kątem wystąpienia nowego czerniaka. Ryzyko wystąpienia czerniaka u osoby, która już z tego powodu chorowała, jest zwiększone.

Zarówno chorzy po leczeniu uzupełniającym, jak i chorzy pozostający w obserwacji po leczeniu chirurgicznym wymagają dalszych kontroli. Ich częstotliwość ustalana jest zgodnie z obowiązującymi schematami diagnostyki i kontroli czerniaka w Polsce. Wczesne czerniaki, po wycięciu ogniska pierwotnego bez przerzutów do węzłów chłonnych, wymagają oceny całego ciała oraz okolicy blizny co 6-12 miesięcy przez pierwsze 5 lat, a następnie raz w roku. W przypadku czerniaków zaawansowanych miejscowo, po wycięciu ogniska pierwotnego bez przerzutów do węzłów chłonnych, kontrole są częstsze – obejmują wizyty co 3-6 miesięcy przez pierwsze dwa lata, następnie co 6-12 miesięcy do 5 lat i raz w roku po upływie 5 lat, jeśli istnieją wskazania kliniczne. Po wycięciu przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych lub wznowy miejscowej, ognisk satelitarnych czy przerzutów lokoregionalnych, kontrola skóry powinna być przeprowadzana co 3-4 miesiące przez kolejne 3 lata, następnie raz w roku po upływie 5 lat. U pacjentów w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na czerniaka, częstotliwość badania dermatologicznego oraz dermatoskopowego wyznaczana jest indywidualnie od 2 do 5 razy w roku – w zależności od fototypu skóry, obciążeń genetycznych, stosowanej terapii oraz przebytego leczenia.

3. PROFILAKTYKA WTÓRNA I OCHRONA SKÓRY PRZED PROMIENIOWANIEM UV

Kluczem do skutecznej walki z czerniakiem jest profilaktyka zarówno pierwotna, jak i wtórna. Profilaktyka czerniaka polega na stałej, uważnej kontroli całej skóry i, w przypadku zaobserwowania nowych zmian lub zmiany wyglądu już istniejących, wizyty u dermatologa lub chirurga onkologa. Specjalista, po przeprowadzeniu badania z użyciem dermatoskopu, w sposób jednoznaczny może wykluczyć ryzyko choroby lub przy pomocy prostego zabiegu chirurgicznego usunąć podejrzaną zmianę.

Podstawowe zasady ochrony skóry są niezwykle proste do wprowadzenia – należy pamiętać o:

- rozsądnym korzystaniu ze słońca – zaleca się, w miarę możliwości, unikanie ekspozycji na promieniowanie słoneczne w godzinach 11.00-16.00, a także używanie kremów z odpowiednio wysokim filtrem UV, noszenie okularów przeciwsłonecznych z filtrem UV, koszulki (najlepiej z długim rękawem) i nakrycia głowy (kapelusz z szerokim rondem celem osłonięcia uszu i twarzy);
- unikaniu solarium;
- regularnej samoobserwacji skóry (co 1–2 miesiące);
- kontroli znamion u lekarza dermatologa lub chirurga onkologa (raz w roku w razie potrzeby), a także natychmiastowym kontakcie ze specjalistą w przypadku pojawienia się podejrzaną zmianę.



Czerniak to nowotwór, który można rozpoznać gołym okiem, ponieważ zwykle rozwija się na powierzchni. W jego właściwym rozpoznaniu pomoc może system ABCDE, który opisuje charakterystyczne cechy czerniaka. Są to:

- **Asymetria** – znamię wylewające się na jedną stronę;
- **Brzegi poszarpane** – znamię, którego brzegi nie są gładkie, które nie jest okrągłe/owalne;
- **Czerwony, czarny**, niejednolity kolor znamienia;
- **Duży rozmiar** – znamię o wielkości powyżej 6 mm;
- **Ewolucja** – znamię, które zmieniło się w krótkim czasie, powiększa się, unosi nad powierzchnię skóry, swędzi, pęka, piecze, wokół którego powstało kilka nowych znamion.

Warto stosować powyższe zasady przez cały rok. Co ważne, zasady te obowiązują wszystkich bez wyjątku, na każdym etapie życia, zarówno dzieci, jak i dorosłych, w tym osoby w dojrzałym wieku.




ROZDZIAŁ V

Mój bliski ma czerniaka. Co dalej?

dr n. med. **Mariola Kosowicz**

kierownik Poradni Psychoonkologii, Narodowy Instytut Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie



[...] „wytrzymać z chorym” – to jedna z tych spraw, które możemy dla niego zrobić. Abyśmy w tej sytuacji nie ponieśli szkody, ważne jest, że wciąż będziemy mieli w pamięci, iż ktoś wścieka się nie na nas, ale wściekły jest na chorobę, na swoją skończoność czy ograniczoność, na swoje lęki, na to, iż zdany jest na pastwę losu. Moc i energia, które tu się ujawniają, pomagają mu pokonać ten trudny etap życia.

Cicely Saunders „I Was Sick and You Visited Me”

Człowiek z istoty rzeczy dąży do utrzymania homeostazy psychofizycznej, dzięki której czuje się silny, sprawny, szczęśliwy i zdolny do realizacji swoich planów. Ludzie są różni, każdy ma swoje nawyki, role społeczne, które ułatwiają codzienne funkcjonowanie. W podobny sposób działa również system rodzinny. Każda rodzina ma swoje rytuały, podziały ról, sposób komunikacji, wzajemnego wsparcia i wszystko to stanowi podstawy jej funkcjonowania. Choroba onkologiczna jednego z członków rodziny narusza równowagę całego systemu rodzinnego. Nie tylko osoba chora potrzebuje czasu, aby oswoić się z zaistniałą sytuacją uruchamia różnego rodzaju mechanizmy obronne, czuje się zagubiona, zła, bezradna; podobne uczucia towarzyszą również jej bliskim. Na swój sposób choruje cały system rodziny. Każda jednostka, każdy członek rodziny funkcjonuje w dynamicznej interakcji z pozostałymi jej członkami w kontekście zdarzeń zachodzących w rodzinie. Nierzadko choroba wymusza zmianę dotychczasowego układu ról, gdzie osoba chora staje się słabsza, wymaga opieki i przejęcia jej codziennych obowiązków. Dla niektórych rodzin podjęcie się nowych zadań, wynikających z choroby osoby bliskiej, może okazać się bardzo trudne i w konsekwencji – prowadzić do destabilizacji rodziny.

Dużym wyzwaniem dla wielu rodzin jest komunikacja, która w zderzeniu z poważnym problemem, jakim jest choroba osoby bliskiej, nabiera intensywności i uwypukla wszystkie dysfunkcje. Dlatego wielu znawców tematu podkreśla, że systemy rodzinne nie zawodzą z powodu złych intencji ich członków, lecz z powodu złego przepływu informacji, niepełnej lub niesprawnej komunikacji oraz narastających negatywnych sprzężeń zwrotnych. Niemniej jednak uświadomienie sobie problemów i dążenie do poprawy obszaru komunikacji prowadzi do bardziej konstruktywnego rozwiązania sytuacji trudnych, buduje poczucie wspólnoty i scala członków rodziny.

Na co się przygotować w związku z chorobą osoby bliskiej?

- Przede wszystkim warto sobie uświadomić, że choroba i leczenie to proces bardzo dynamiczny, wymagający od osób bliskich uważności na zmieniające się emocje i potrzeby osoby chorej, jak również swoje własne.
- Szok, niedowierzanie, obezwładniający lęk, chęć wyparcia sytuacji to emocje, które mogą towarzyszyć osobie chorej i osobom bliskim, szczególnie w pierwszych dniach po usłyszeniu diagnozy.
- Warto pamiętać, że choroba osoby bliskiej to poważne wyzwanie natury psychicznej, fizycznej i logistycznej dla wszystkich członków rodziny i wszyscy potrzebują czasu, żeby zaadaptować się do nowej rzeczywistości.
- Osoba chora, jak również osoby najbliższe, mogą przechodzić przez różne etapy adaptacyjne – od złości, rozpacz, zniechęcenia do poczucia siły i zaangażowania w proces leczenia, a czasami nawet pozytywnego przewartościowania swojego życia.
- Im większy stres spowodowany chorobą, tym większe prawdopodobieństwo chęci ucieczki od rzeczywistości w postaci wyparcia, zaprzeczenia, racjonalizacji, myślenia życzeniowego. Nie mogąc poradzić sobie z obciążeniem psychicznym mózg uruchamia mechanizmy obronne i w ten sposób wytwarza pewien dystans, barierę, która odgradza od nieprzyjemnych uczuć. Niestety częste stosowanie mechanizmów obronnych, zwłaszcza na poziomie nieświadomym, prowadzi do utrwalenia zachowań unikowych, nieadaptacyjnych, np. osoba chora unika zaangażowania się w proces leczenia, nie chce nic wiedzieć o swoim stanie, stoi obok tego, co się w życiu wydarza. W konsekwencji może to prowadzić do depresji, zaburzeń psychosomatycznych, rozdrażnienia, zaprzestania leczenia.

1. SPOSOBY RADZENIA SOBIE Z LĘKIEM

Nawet jeżeli nie wszystko zależy od nas, dopóki sądzimy, że jesteśmy u steru – czujemy się dobrze.

Kiedy doświadczamy sytuacji trudnej, nasz mózg otrzymuje informacje o zagrożeniu i uruchamia biologiczną reakcję „walcz albo uciekaj”. Dobra wiadomość jest taka, że dzięki temu zawsze jesteśmy chronieni, natomiast zła, że przy braku redukcji zagrożenia nasz organizm wchodzi w stan przewlekłego stresu, a cała nasza percepcja skupia się na niebezpieczeństwie i generuje silny lęk. Choć w potocznym myśleniu naprzemiennie korzystamy z określenia strach i lęk, to warto pamiętać, że strach jest uczuciem zupełnie dla nas naturalnym – pojawia się w obliczu realnego zagrożenia i mobilizuje nas do podjęcia działań, które są w zasięgu naszych możliwości. Natomiast lęk ma charakter irracjonalny i zalewa nasz umysł negatywnymi wyobrażeniami o zagrożeniach, których jeszcze nie ma, co wprowadza przewlekły stan niepokoju. Lęk jest mistrzem hipnotyzowania i zawęża pole percepcji. W lęku nieustannie przeglądamy wszystkie jego przerażające możliwości utwierdzając się w przekonaniu, że mamy powód do ciągłego poczucia zagrożenia. W lęku reagujemy automatycznie, nie biorąc pod uwagę tych możliwości, które racjonalnie tłumaczą daną sytuację. Dlatego warto pamiętać o poniższych sugestjach dotyczących naszych emocji, myśli i działań.

- Nie ma złych emocji. Każda, nawet ta najtrudniejsza, jest dla nas informacją o tym, co się dzieje w naszym życiu i w jaki sposób interpretujemy to, co nas spotyka. Sami kształtujemy to, jak się czujemy, chociaż najczęściej zrzucamy odpowiedzialność za nasze emocje, zachowania na czynniki zewnętrzne. Jednak z biologicznego punktu widzenia większość naszych emocji i podejmowanych zachowań wynika z tego, jak myślimy.
- Ważnym elementem interpretacji rzeczywistości jest wiedza, która pobudza naszą wyobraźnię i narzuca interpretację. Dlatego nie należy zdobywać wiedzy o chorobie z internetu lub rozmów z innymi osobami chorymi. Dla zachowania równowagi psychicznej potrzebujemy rzetelnej wiedzy, najlepiej od lekarza lub ze sprawdzonych źródeł – fundacje, poradniki.
- Pułapką dla naszego myślenia jest samospełniające się proroctwo. Jeżeli pielęgnujemy w sobie myślenie, że nic dobrego już nas nie

- czeka, to najprawdopodobniej zawęży się pole percepcji i selektywna uwaga skupia się na tych aspektach naszego życia, które będą potwierdzały to, czego najbardziej nie chcemy, czego się obawiamy.
- Mózg nie znosi próżni poznawczej, dlatego stale poszukuje odpowiedzi na różne zagadnienia, szczególnie te zagrażające. Kiedy otoczenie nie dostarcza mu informacji uwalniających od niepokoju, to sam zaczyna tworzyć lęki, obawy i poczucie zagrożenia. Tak ważna jest więc umiejętność odróżniania realnego zagrożenia od wytworzonego przez umysł. Autoryzacja swoich myśli pozwala odzyskać jasność umysłu i żyć bardziej świadomie. Dlatego kiedy odczuwamy silne emocje niepokoju, warto zadać sobie pytanie, o czym teraz myślimy i czy ten sposób myślenia przynosi nam i innym osobom jakąkolwiek korzyść.
 - Każda emocja wpływa znacząco na podejmowane przez nas działania. Tłumiąc trudne emocje, staramy się za wszelką cenę udawać przed sobą i innymi, że nic się nie dzieje, choć tak naprawdę cierpiemy. Prędzej czy później będziemy musieli odreagować napięcie, ale niestety nie zawsze w odpowiedni sposób dla siebie i innych osób. Lęk zabiera nam te chwile, które boimy się stracić.

2. JAK WSPIERAĆ OSOBĘ CHORĄ?

Pomagać, to przede wszystkim nie szkodzić.

- Należy pamiętać, że osoba chora nie traci swojej podmiotowości i może nie chcieć, aby inni decydowali o tym, co ma robić, jak myśleć, co jeść, itp. Uprzedmiotowanie osoby chorej ma negatywny wpływ na jej stan psychiczny.
- Wsparcie to sztuka uważności, słuchania potrzeb drugiej osoby i szacunku.
- Szanujmy potrzeby pacjenta, również potrzebę bycia w samotności.
- Pozwólmy wypłakać się choremu i wyrazić swoje wszystkie emocje, np. złość lub lęk. Nie uciszajmy na siłę. Nie projektujmy na chorego swoich emocji i oczekiwań. Nie mówmy za osobę chorą, co ona czuje.
- Nie pocieszajmy na siłę. Uczciwie powiedzmy, że nie wiemy, co moglibyśmy zrobić dla osoby chorej i dajmy jej przestrzeń, żeby mogła powiedzieć, czego od nas oczekuje.
- Kiedy osoba chora nie chce naszego wsparcia, to nie używajmy manipulacji „to dla twojego dobra”, nie straszmy „to źle się skończy”.

- Warto uświadomić sobie, w jakich relacjach byliśmy z osobą chorą przed jej chorobą. Nie zawsze nasze relacje mogły być bliskie i pełne zaufania, dlatego oczekiwanie, że choroba nagle to zmieni, może być powodem do pojawienia się napięć, żalu i poczucia odrzucenia. Czasami potrzeba czasu, żeby odbudować więź i odważyć się na szczerą rozmowę.
- Nie zakładajmy, że tzw. silny mąż, silna żona, silne dziecko są samowystarczalni i nie potrzebują naszej pomocy. Są w życiu sytuacje, które każdego człowieka, bez względu na jego odporność psychiczną, mogą złamać.
- Uzgodnij z osobą chorą, że będziecie informować się o tym, co w waszej relacji jest trudne.
- Kiedy osoba chora chce rozmawiać na tematy trudne, to nie zmieniaj tematu i nie pocieszaj na siłę „wszystko będzie dobrze”. Niewypowiedziane myśli, szczególnie te trudne nie znikają, a wręcz odwrotnie – wypełniają głowę osoby chorej i wpływają na jej kondycję psychofizyczną.
- Pozwól osobie bliskiej uporządkować sprawy formalne – materialne, prawne – i nie przyjmuj tego jako zwiastuna złych wydarzeń.

3. JAK ROZMAWIAĆ Z DZIEĆMI?

Dzieci widzą i czują więcej, niż czasami byśmy chcieli.

- Choroba osoby bliskiej to ważne przeżycie również dla dzieci, szczególnie w sytuacji, kiedy osoba chora się zmienia, jest w szpitalu, częściej leży w łóżku i nie ma siły uczestniczyć w życiu dziecka z takim samym zaangażowaniem, jak przed chorobą.
- Dzieci czytają nasze emocje i kiedy ich nie rozumieją, zaczynają demonstrować swój stan emocjonalny poprzez różne zachowania, m.in. krzyk i płacz. Obserwuje się również: rozdrażnienie, ucieczkę w wirtualny świat, zaburzenia snu, problemy z jedzeniem.
- Dzieci czują się bezpieczne, kiedy rozumieją, co się wokół nich dzieje. Dlatego mają prawo wiedzieć, że ktoś bliski choruje.
- Informacje o chorobie osoby bliskiej należy dostosować do wieku i możliwości intelektualnych dziecka. Nawet małe dzieci potrzebują informacji na temat tego, co się dzieje w systemie rodzinnym.

- Tłumaczymy swoje emocje: „*Jest mi teraz smutno i nie ma w tym nic złego*”.
- Uprzedźmy dzieci, żeby nie szukały informacji o chorobie w Internecie: „*Jeżeli chcesz coś wiedzieć o chorobie taty, to zapytaj mnie. Każdy choruje inaczej i w Internecie nie będzie opisu choroby taty, tylko innych osób i to wprowadzi w twojej głowie niepotrzebne zamieszanie*”.
- Nie uciekajmy od pytań dziecka, nawet tych bardzo trudnych. Każde pytanie dziecka wskazuje na to, co dzieje się w jego głowie i emocjach.
- Nie obarczajmy dzieci problemami ponad ich siły. Starsze rodzeństwo może zająć się młodszym bratem lub siostrą, ale nie może stać się ich rodzicem.
- Pozwólmy, żeby dzieci miały swój świat i pomimo choroby osoby bliskiej mogły realizować swoje pasje.
- Uważajmy na stan psychiczny dziecka i nie zakładajmy, że w sytuacji, w której znalazła się rodzina, jest czymś naturalnym, że dziecko jest bardzo smutne, unika rówieśników, ma gorsze stopnie w szkole, itp. Kiedy ten stan utrzymuje się przez dwa, trzy tygodnie, to poszukajmy pomocy u psychologa lub psychiatry dziecięcego.
- Porozmawiajmy z nauczycielem w szkole, przedszkolu o sytuacji, w której obecnie funkcjonuje dziecko.
- Znajdźmy czas na wspólne chwile z dzieckiem.

4. JAK ZADBAĆ O BLISKOŚĆ I INTYMNOŚĆ W ZWIĄZKU?

Seksualność to najbardziej delikatna sfera ludzkiego rozwoju. I chociaż kryje wiele tajemnic, jedno jest pewne – człowiek jest istotą seksualną przez całe swoje życie. Od momentu poczęcia do późnej starości.

Bogdan Wojciszke „Psychologia miłości”

Choroba może zakłócić relacje intymne w związku, ale nie musi ich wykluczać. Dla wielu ludzi intymność to wyjątkowe spotkanie z drugą osobą, poczucie bezpieczeństwa i atrakcyjności. Wiele badań wskazuje, że osoby chore na raka bardzo chciałyby wrócić do intymności w związku, ale obawiają się, że nie są już atrakcyjne, że ograniczenia, które może wprowadzać choroba, wykluczają realizację ich potrzeb. Natomiast osoby bliskie, nie chcąc urazić chorego współmałżonka, nie podejmują tego tematu. W ten sposób obydwie strony czekają na znak od siebie nawzajem, tworząc niezamierzony dystans i skazując temat bliskości na wykluczenie.

Dlatego warto wziąć po uwagę kilka sugestii, o których piszemy poniżej.

- Warto pamiętać, że obszar seksualności może być postrzegany jako zaspokojenie własnych potrzeb fizycznych, jak również jako przeżycie dwojga ludzi, dla których intymne spotkanie jest wynikiem dojrzałej miłości, zaufania i chęci obdarowania drugiego człowieka sobą.
- Ekspresja seksualna może obejmować różne obszary – dotyk, pocałunek, przytulenie, głęboki kontakt wzrokowy. Ważne, aby pamiętać, że w rzeczywistości tylko niewielka część seksualności związana jest z narządami płciowymi, większość odbywa się w naszych głowach.
- Dlatego podstawą porozumienia w każdym temacie, również intymności, jest otwarta komunikacja. Nie czekajmy, że osoba chora rozpocznie sama ten temat. Dla wielu osób wejście w rolę pacjenta może ograniczać prawo do realizacji potrzeb, które przed chorobą stanowiły ważny element życia. Rozpoczynając rozmowę na temat bliskości, intymności, powrotu do pożycia seksualnego, należy zadbać o odpowiednie miejsce i czas. Warto też uświadomić sobie, czy przed chorobą temat bliskości i intymności był poruszany w związku. Jeżeli był to temat pomijany, to tym bardziej należy zadbać o komfort takiej rozmowy i delikatność. Każdy z nas potrzebuje zapewnienia, że jego partner nadal jest zainteresowany intymnością.
- Budowanie bliskości poprzez dobrą komunikację, wsparcie, szukanie obszarów, które łączą, może w rzeczywistości wzmocnić więzi i doprowadzić do nowych sposobów wyrażania intymności i seksualności.
- Powinniśmy zdawać sobie sprawę, że u schyłku życia fizyczna intymność i chęć wyrażania się seksualnie nie są przerywane przez proces chorobowy lub jego leczenie. Czym bardziej zaawansowana choroba, tym bardziej ekspresja seksualna zmienia się i obejmuje inne obszary – przytulenie, pocałunek, dotyk dłoni i głęboki kontakt wzrokowy. Wszystko to stanowi ważny element jakości życia.

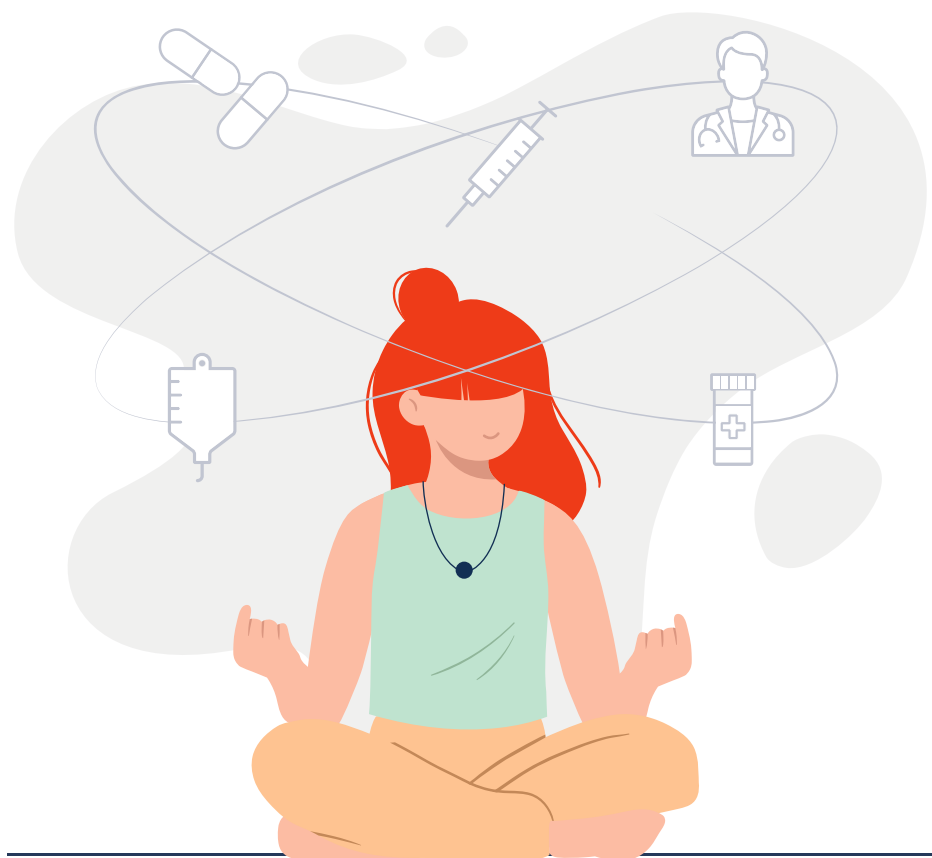
5. BLISKI SILNY MOJĄ SIŁĄ – CZYLI JAK OSOBA WSPIERAJĄCA MOŻE ZADBAĆ O SIEBIE?

Aby zadbać o innych, zacznij od zadbania o siebie.

- Osoba wspierająca ma prawo do swoich emocji, obaw i ograniczeń. Robienie czegoś wbrew sobie nie przynosi korzyści ani osobie

wspierającej, ani osobie chorej. Nie da się ukryć zmęczenia, rozdrażnienia, smutku, lęku. Nasze ciało, wyraz twarzy, tembr głosu ujawniają to, co przeżywamy.

- Wsparcie to często długi proces i wymaga zadbania o higienę psychofizyczną oraz akceptacji swoich ograniczeń. Nie możemy dzielić się z innymi zasobami, których nam samym brakuje.
- Trzymaj się swojej normalnej rutyny tak bardzo, jak to możliwe – jedz śniadanie, uprawiaj sport, pracuj, spotykaj się ze znajomymi. Zmęczony opiekun nie pomaga, a wręcz odwrotnie – wywołuje u osoby chorej poczucie winy.
- Zaakceptuj, że będą trudniejsze chwile i wtedy jeszcze bardziej bądź uważna/y na swój stan psychofizyczny.
- Nie przyjmuj do siebie wszystkiego, co osoba chora mówi lub robi. Jednak, kiedy chory zaczyna przekraczać Twoje granice, powiedz, co czujesz i dlaczego nie chcesz takich zachowań: „*Wiem, że jest ci ciężko i nie radzisz sobie z emocjami, ale kiedy mówisz do mnie takim tonem, to jest mi przykro*”. Choroba nie daje prawa do ranienia.
- Nie zostawaj sam/a ze swoimi problemami. Naucz się prosić o pomoc. Nadmierny stres może prowadzić do poważnych problemów natury psychicznej, np. depresji. Osoby nadmiernie zestresowane często mają problem z dostrzeżeniem czegoś dobrego, i nawet gdy im coś wychodzi, nie potrafią tego docenić, walczą dalej niepewne swojej sytuacji. Długotrwały stres niszczy neurony w mózgu, szczególnie w części odpowiedzialnej za emocje i pamięć.
- Nie uciekaj od myślenia o sprawach, które należałoby omówić z osobą chorą, np. prawnych, finansowych.
- Szukaj powodów do uśmiechu i nie trać czasu na rozmyślania o odległej przyszłości.
- Założenie, że zawsze musimy sobie radzić sami, wynika bardziej z utartych przekonań, że i tak nikt nam nie pomoże, nikt nie wie, co czujemy i nie ma prostej recepty na nasze problemy. Kiedy jednak czujesz, że sam/a nie dasz rady, to szukaj fachowej pomocy psychologicznej i/lub psychiatrycznej. Rozmowa z psychologiem może pozwolić nazwać to, co czujemy i spojrzeć na problem wielowymiarowo.



ROZDZIAŁ VI

Leczenie bólu

dr hab. n. med. **Jarosław Woron**

kierownik Zakładu Farmakologii Klinicznej
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

lek. med. **Beata Stypuła-Ciuba**

Klinika Diagnostyki Onkologicznej, Kardiologii i Medycyny Paliatywnej,
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

1. CZYM JEST BÓL?

Ból jest jednym z najczęstszych objawów choroby nowotworowej, który może pojawić się na każdym etapie jej zaawansowania. Często nasilenie dolegliwości bólowych jest powodem diagnostyki onkologicznej. Zależnie od etapu, na jakim aktualnie znajduje się chory, ból dotyczy nawet około 60% pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego oraz około 33% chorych po zakończeniu leczenia.

Według definicji Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (IASP, International Association for the Study of Pain) ból jest nieprzyjemnym doznaniem zmysłowym i doświadczeniem emocjonalnym, spowodowanym przez aktualnie istniejące lub potencjalne uszkodzenie tkanek, względnie opisywanym w kategoriach tego uszkodzenia. Ból ma zawsze charakter subiektywny.

Dolegliwości bólowe może spowodować sama choroba nowotworowa poprzez rozrost guza i jego ucisk na inne narządy, ale także leczenie onkologiczne: operacyjne, radioterapia i chemioterapia, bądź niepowodzenie tego leczenia, na przykład progresja. Ból mogą nasilać obie te sytuacje jednocześnie. W praktyce, zaostrzenie bólu może być związane z przyjmowaniem leków stosowanych w chorobach współwystępujących, dlatego tak ważne jest, aby pacjent mógł zawsze skonsultować stosowaną farmakoterapię z lekarzem prowadzącym. Szczególną uwagę należy zwrócić w sytuacji, gdy pacjent oprócz bólu ma wskazania do stosowania leków przeciwdepresyjnych, nasennych, uspokajających i przeciwlękowych,

a także stosowanych w leczeniu alergii. U każdego pacjenta można dobrać skuteczną i bezpieczną farmakoterapię, tak aby nie stwarzać ryzyka nieoptymalnej kontroli bólu.

Podziału bólu można dokonać ze względu na czas trwania:

- **ból ostry** – trwa do 3 miesięcy,
- **ból przewlekły** – utrzymujący się powyżej 3 miesięcy,
- **ból przetrwały** – jeżeli objawy utrzymują się przez dłuższy okres pomimo wygojenia się tkanek.

2. RODZAJE BÓLU

Pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową często skarży się na kilka i więcej rodzajów bólu. Z punktu widzenia patofizjologii wyróżniamy ból receptorowy, spowodowany przez stymulację nocyceptorów, ból neuropatyczny, do którego dochodzi w wyniku uszkodzenia układu nerwowego oraz ból psychogeny, któremu nie towarzyszy uszkodzenie tkanek, ale odnoszony jest przez chorego do takiego uszkodzenia, a także ból nocyplastyczny, który jest konsekwencją uszkodzenia struktur nerwowych odpowiedzialnych za percepcję bólu.

Ból receptorowy powstaje w wyniku mechanicznego lub chemicznego drażnienia receptorów (nocyceptorów) poprzez mediatory stanu zapalnego gromadzące się wokół uszkodzonych tkanek.

Wyróżniamy następujące rodzaje bólu o charakterze receptorowym:

- **ból somatyczny** – stały, dobrze zlokalizowany, łatwy do opisania,
- **ból kostny** – zlokalizowany, nasilający się przy poruszaniu i dotyku, narastający nocą,
- **ból trzewny** – rozlany, głęboki, trudny do zlokalizowania, rzutowany, często towarzyszący bólowi o charakterze kolkowym.

Bardzo istotne jest prawidłowe zdiagnozowanie rodzaju bólu, gdyż od tego zależy dalsze postępowanie i skuteczność terapii przeciwbólowej. Ponadto należy wyodrębnić ból podstawowy, utrzymujący się stale oraz epizody bólu przebijającego.

Ból podstawowy jest bólem ciągłym, stałym, zwanym też bólem tła. To ból utrzymujący się ponad 12 godzin w ciągu doby. Leczenie podstawowego bólu nowotworowego zależy od stopnia jego nasilenia i wymaga

postępowania farmakologicznego zgodnie ze standardami WHO. Schemat ten został nazwany drabiną analgetyczną (drabina leczenia bólu) i jest światowym standardem leczenia przeciwbólowego zarówno bólu pochodzenia nowotworowego, jak i nienowotworowego.

Ból przebijający (epizodyczny) dotyczy ponad połowy chorych na nowotwory. Jest to przejściowy wzrost natężenia bólu, obserwowany u chorych z dobrze leczonym bólem podstawowym, najczęściej przy zastosowaniu analgetyków opioidowych. Natężenie bólu przebijającego przewyższa zdecydowanie natężenie bólu podstawowego. Cechuje go szybki wzrost nasilenia bólu (od 3 do 15 minut) oraz krótki czas trwania epizodu (najczęściej około 45-60 minut). Ból przebijający występuje kilka razy na dobę – średnio 3-4 epizody. Pacjenci z rozpoznaniem bólu przebijającego funkcjonują zdecydowanie gorzej, ponieważ zarówno ich doznania bólowe są bardzo dokuczliwe, jak i lęk przed pojawieniem się kolejnego epizodu pogarszają ich jakość życia. Nieprawidłowo leczony ból przebijający utrudnia także proces terapeutyczny, gdyż chorzy często niekontrolowanie podwyższają dawki stosowanych leków, nadużywają leków nasennych oraz szukają alternatywnych sposobów uzyskania ulgi.

3. KIEDY PROSIĆ O POMOC?

O pomoc należy poprosić, gdy dolegliwości bólowe utrzymują się przez dłuższy czas, ból staje się dokuczliwy i nie ustępuje po zastosowaniu leków z grupy dostępnych bez recepty, przyjmowanych nie dłużej niż 7-10 dni. Należy wówczas zgłosić się do lekarza prowadzącego i poprosić o wdrożenie terapii przeciwbólowej. W przypadku braku ustąpienia bólu po zastosowanym leczeniu, lekarz powinien wydać e-skierowanie do poradni leczenia bólu. W większości ośrodków onkologicznych oraz szpitali specjalistycznych funkcjonują placówki, które zajmują się leczeniem bólu przewlekłego zarówno u chorego na nowotwór, jak i bólu nie związanego z chorobą nowotworową.

Niezdiagnozowany i nieprawidłowo leczony ból może prowadzić do pojawienia się kolejnych objawów, takich jak: lęk, depresja, zaburzenia snu, a w konsekwencji wpłynąć na pogorszenie jakości życia chorego. Nieprawidłowo i nieskutecznie leczony ból prowadzi do chronifikacji i niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie pacjenta chorego na nowotwór.

Dlatego tak ważne jest, żeby skutecznie leczyć ból.

4. JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO WIZYTY W PORADNI LECZENIA BÓLU?

Do wizyty w poradni leczenia bólu należy się odpowiednio przygotować. Pierwsza wizyta w poradni zwykle zajmuje więcej czasu, może trwać nawet około godziny. Aby lekarz mógł zastosować skuteczne leczenie, musi zapoznać się z całą dokumentacją medyczną chorego. Jeśli pacjent leczy się w innym ośrodku, powinien zabrać ze sobą karty informacyjne z przebytego leczenia, nie tylko onkologicznego. Warto przygotować listę wszystkich przyjmowanych leków, suplementów diety, a także leków medycyny alternatywnej. Nie należy zapominać o stosowanych lekach bez recepty.

W czasie wizyty lekarz zbiera wywiad od pacjenta, prowadzi badanie podmiotowe i przedmiotowe. Celem badania podmiotowego jest określenie miejsca występowania dolegliwości bólowych, charakteru i rodzaju bólu, jego natężenia oraz czynników nasilających i łagodzących objawy, a także ustalenie, jaka była odpowiedź na dotychczas stosowane leczenie.

Do oceny natężenia bólu służą skale – numeryczna NRS (Numerical Rating Scale) lub wizualna skala analogowa VAS (Visual Analog Scale), ewentualnie skala słowna. Lekarz poprosi, aby pacjent ocenił swój ból, posługując się jedną ze skal.

Lekarz zapyta także o apetyt, sen, zaburzenia oddawania moczu i stolca oraz inne możliwe problemy zdrowotne. Będzie także prosił o informacje dotyczące działań niepożądanych, które wystąpiły w trakcie przyjmowania leków w przeszłości.

**Prawidłowo przeprowadzona ocena
sprzyja postawieniu prawidłowej diagnozy,
umożliwiając skuteczne leczenie dolegliwości bólowych.**

W leczeniu bólu przewlekłego niezwykle istotny jest dobór właściwego leku dla konkretnego pacjenta. Musi on uwzględniać rodzaj bólu, patomechanizm jego powstawania, a także ryzyko związane z potencjalnymi działaniami niepożądanymi stosowanej farmakoterapii.

5. JAKIE SĄ MOŻLIWOŚCI LECZENIA BÓLU?

W postępowaniu przeciwbólowym dostępne są metody farmakologiczne oraz nefarmakologiczne.

Leczenie farmakologiczne polega na postępowaniu zgodnie z drabiną WHO, należy w tym uwzględnić mechanizm powstawania bólu, jego lokalizację oraz parametry farmakologiczne stosowanych leków. Takie postępowanie powoduje poprawę skuteczności leczenia oraz zmniejsza ryzyko występowania powikłań, które mogą pojawić się w trakcie leczenia.

Na pierwszym stopniu drabiny analgetycznej znajdują się leki nieopioioidowe przeciwbólowe (paracetamol, metamizol, niesteroidowe leki przeciwzapalne). Stosujemy je, gdy chory skarży się na ból o małym lub umiarkowanym natężeniu (NRS 1-4). Leki te powinny być dobierane indywidualnie, w dostosowanej do pacjenta dawce i częstotliwości stosowania. Nie należy stosować paracetamolu, jeśli ból ma charakter zapalny i/lub trzewny, ponieważ w takim przypadku może dochodzić do jego chronifikacji. W przypadku braku efektu przeciwbólowego (NRS>4) należy włączyć leki z drugiego stopnia drabiny analgetycznej – słabe opioidy (tramadol, dihydrokodeina) lub silne opioidy (morfina, oksykodon) w niskich dawkach. Leki z tego stopnia należy kojarzyć z lekami z pierwszego stopnia drabiny analgetycznej. Nie zaleca się aktualnie stosowania kodeiny z uwagi na trudno przewidywalny początek działania leku oraz możliwość niestabilności efektu analgetycznego. Gdy pacjent skarży się na silny ból (powyżej 6 w skali NRS), należy zastosować silny opioid. Najwłaściwszym sposobem dobrania odpowiedniej dawki opioиду jest jego wymiarczkowanie, czyli dostosowanie dawki leku do rzeczywistego zapotrzebowania na efekt analgetyczny. Przy doborze preparatu należy uwzględnić charakter bólu.

W Polsce dostępne są: morfina, buprenorfina, fentanyl, oksykodon, preparaty skojarzone oksykodonu z naloksonem, tapentadol, metadon.

Zastosowanie leków opiodowych w terapii powoduje redukcję dolegliwości bólowych, ale ich stosowanie wiąże się z możliwością wystąpienia wielu działań niepożądanych: nudności i wymiotów, zaburzeń perystaltyki przewodu pokarmowego, z czym wiążą się trudności w oddawaniu stolca, wzmożonej senności, nadmiernej potliwości, świądu. W przypadku wystąpienia takich działań niepożądanych opiodów stosowane są cztery strategie postępowania: zmniejszenie dawki opioidu podawanego systemowo, leczenie objawowe występujących działań niepożądanych, zmiana drogi podania opioidu oraz rotacja (zamiana) opiodów.

Decyzję o rozpoczęciu leczenia opioidowymi lekami przeciwbólowymi podejmuje lekarz we współpracy z pacjentem i jego rodziną. Chory przed podjęciem terapii musi zostać poinformowany o korzyściach oraz problemach wynikających ze stosowania tego leczenia i powinien je zaakceptować. Decyzja o wprowadzeniu do terapii silnego opioidu podejmowana jest indywidualnie dla każdego chorego z uwzględnieniem stanu ogólnego pacjenta, wieku, współistniejących schorzeń, wydolności narządów oraz natężenia dolegliwości bólowych. Dawka leku jest dostosowywana. Należy uwzględnić preferencje chorego co do leku oraz sposobu jego podania, nie naruszając jednak zasad doboru leków analgetycznych.

Na każdym stopniu drabiny analgetycznej można dołączyć leki adjuwantowe, czyli wspomagające. Są to leki: nasenne, uspokajające, przeciwdepresyjne, przeciwwymiotne, przeciwdrgawkowe, ułatwiające defekację, glikokortykosteroidy, bisfosfoniany, denosumab oraz leki miejscowo przeciwzapalne. Koanalgetyki są szczególnie przydatne w leczeniu bólu z komponentą neuropatyczną bólu kostnego. Jako leki adjuwantowe traktowane są także leki spazmolityczne (rozkurczowe). Należy zwracać uwagę lekarzowi prowadzącemu, jeżeli po włączeniu leków nasennych lub przeciwdepresyjnych dojdzie do nasilenia bólu lub zmiany jego charakteru.

Ból neuropatyczny wymaga odrębnego leczenia. Leczenie tego rodzaju bólu oparte jest głównie na farmakoterapii lekami przeciwbólowymi, które wykazują skuteczność w tym rodzaju bólu. Mogą one należeć do różnych grup terapeutycznych. Często konieczne jest włączenie leków dodatkowych, które wspierają terapię – przeciwdepresyjnych i przeciwpadaczkowych, których wybór musi być indywidualny. Inne grupy leków obejmują te stosowane miejscowo: lignokainę, kapsaicynę, doksepinę, gabapentynę, ambroksol oraz leki podawane systemowo: dekstrometorfan, ketaminę. Należy jednak pamiętać, że ze względu na różne mechanizmy powstawania bólu neuropatycznego, o ostatecznym doborze leczenia farmakologicznego decyduje prowadzący terapię lekarz specjalista. O wszystkich stosowanych przez pacjenta lekach musi być każdorazowo informowany każdy lekarz, który leczy pacjenta z powodu chorób współistniejących z chorobą nowotworową.

W uzasadnionych przypadkach, jako element terapii multimodalnej w leczeniu objawów występujących u chorego na nowotwór, w tym w leczeniu bólu, mogą być stosowane kannabinoidy. Ich wybór, droga podania i dawkowanie muszą być dobierane indywidualnie. Nie należy samodzielnie stosować olejków CBD dostępnych bez recepty, rejestrowanych jako suplementy diety.

6. JAK LECZYĆ BÓL PRZEBIJAJĄCY?

Osiągnięcie skutecznego efektu terapeutycznego zależy od prawidłowego rozpoznania przyczyny i rodzaju bólu przebijającego. W praktyce wiadomo, że mechanizm powstawania bólu przebijającego może się zdecydowanie różnić od przyczyn wywołujących ból podstawowy.

Dlatego terapia bólu przebijającego wymaga indywidualnego dostosowania dla każdego pacjenta zarówno w aspekcie wyboru leku, jak i stosowanej dawki. Zastosowana terapia powinna uwzględniać wszystkie cechy bólu przebijającego: natężenie, czas trwania, szybkość narastania oraz liczbę epizodów bólu przebijającego, które występują w ciągu doby. Pacjenci często samodzielnie sięgają po różne analgetyki w poszukiwaniu ulgi. Niektórzy chorzy wspomagają się metodami niefarmakologicznymi, takimi jak: masaż, odpoczynek, rehabilitacja, jednak ich skuteczność jest ograniczona.

W przypadku pojawienia się bólu o charakterze kolkowym oraz spastycznym można włączyć leki o działaniu spazmolitycznym, np. drotawerynę lub o działaniu analgetyczno-spazmolitycznym, np. metamizol. Nie zaleca się u pacjentów przyjmujących analgetyki opioidowe stosowania preparatów zawierających jako składnik czynny butylobromek hioscyny z uwagi na możliwość nasilania zaburzeń oddawania stolca, co wynika wprost z mechanizmu działania tego leku.

Często popełnianym błędem jest stosowanie dostępnych bez recepty analgetyków nieopiodowych lub dołączanie ich do już przyjmowanych leków, dotyczy to także kodeiny, która nie powinna być stosowana w leczeniu bólu.

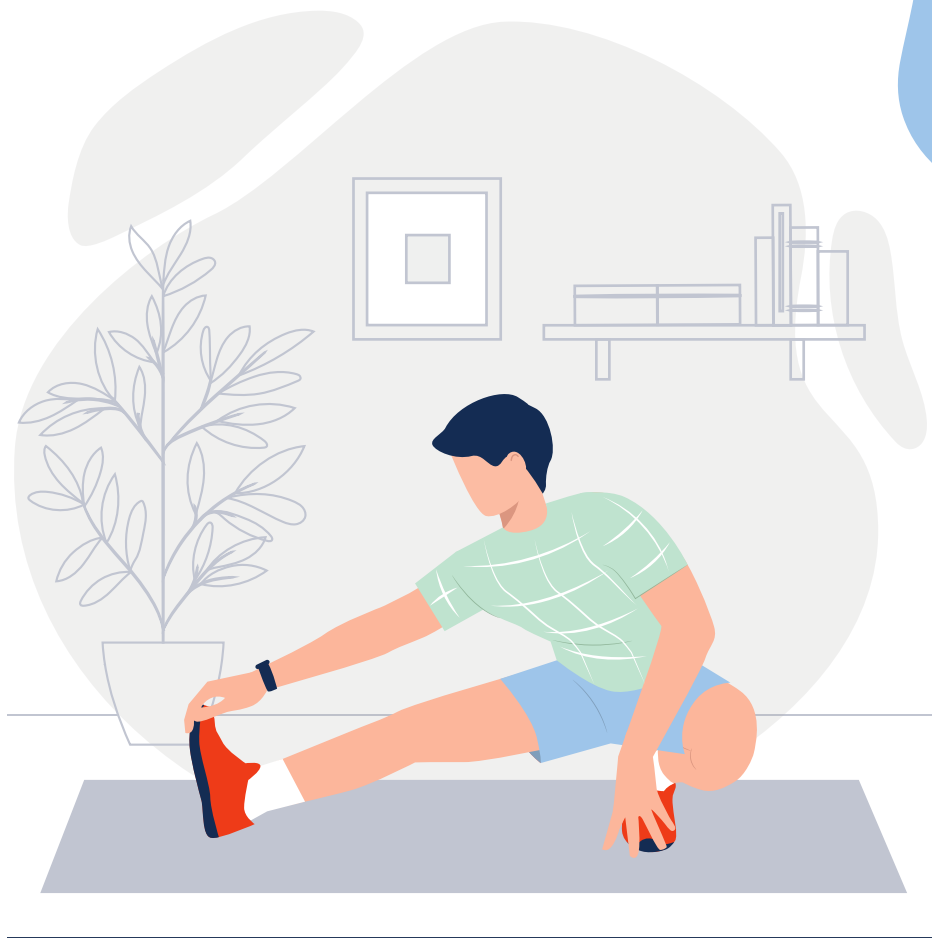
Terapia bólu przebijającego powinna opierać się na doborze analgetyku o profilu farmakokinetycznym dostosowanym do charakterystyki bólu. Powinien to być lek z grupy silnych opioidów. Wybór preparatu powinien być zależny od sytuacji klinicznej, preferencji pacjenta oraz dostosowania profilu farmakokinetycznego leku opioidowego do charakterystyki bólu przebijającego. W leczeniu bólu przebijającego skuteczne są preparaty szybko i krótko działające. W Polsce najczęściej stosowana jest morfina w postaci tabletek o natychmiastowym uwalnianiu. Dostępny jest preparat

zawierający 20 mg siarczanu morfiny. Niestety po podaniu doustnym początek działania występuje dopiero po 30-40 minutach, co nie jest czasem optymalnym z powodu rozbieżności pomiędzy charakterystyką bólu przebijającego i charakterystyką profilu działania morfiny. W leczeniu bólu przebijającego wskazane są przezśluzówkowe preparaty fentanylu podawane donosowo, podpoliczkowo lub podjęzykowo. Szczególnie w przypadku bólu trzewnego należy rozważyć także preparaty oksykodonu o natychmiastowym uwalnianiu (IR).

7. JAKIE SĄ MOŻLIWOŚCI ZABIEGOWEGO LECZENIA BÓLU?

Nie wszystkich chorych z bólem nowotworowym o silnym natężeniu udaje się skutecznie leczyć postępowaniem wyłącznie farmakologicznym. U tych pacjentów wykorzystywane są metody niefarmakologiczne: radioterapia, chirurgia, rehabilitacja, fizjoterapia i psychoterapia. W bólu kostnym, spowodowanym przerzutami, skuteczna jest radioterapia, która u wielu chorych istotnie wpływa na zmniejszenie natężenia bólu, a efekt analgetyczny utrzymuje się przez wiele miesięcy. U części chorych można zastosować techniki zabiegowe, w tym operacje ortopedyczne, unieruchomienie chirurgiczne (stabilizacja, wertebroplastyka) w przypadku patologicznych złamań trzonów kręków, blokady splotów nerwowych i nerwów obwodowych, nerolizy układu współczulnego i podanie analgetyków drogą dokanałową (podpajęczynówkową lub zewnątrzoponową).


Leczenie bólu przewlekłego opiera się na posługiwaniu się algorytmem trójstopniowej drabiny analgetycznej WHO. Zalecana jest jednak indywidualizacja terapii dostosowana do potrzeb chorego, uwzględniająca jego aktualny stan kliniczny oraz objawy. Skuteczne leczenie przeciwbólowe jest możliwe dzięki współpracy specjalistów z wielu dziedzin: lekarzy, pielęgniarek, psychologów, rehabilitantów oraz osób udzielających wsparcia duchowego.



ROZDZIAŁ VII

Rehabilitacja

dr n. kult. fiz. **Hanna Tchórzewska-Korba**
kierownik Zakładu Rehabilitacji,
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie



Czy pacjenci leczeni z powodu czerniaka wymagają usprawniania? I tak, i nie. Jeśli ubytek w skórze, gdzie wycięty został czerniak (zmiana z marginesem tkanki zdrowej) jest duży – może być potrzebne usprawnianie związane z ubytkiem tkanki.

Usunięcie dużej zmiany na grzbiecie będzie wymagało, w pierwszym okresie po operacji – do zdjęcia szwów, ćwiczeń wyprostnych grzbietu (nienapinania skóry wokół tworzącej się blizny). Po okresie 3-4 tygodni, po wygojeniu się rany i powstaniu blizny, należy rozpocząć ćwiczenia – zgięcia w przód, rozciągania tkanek grzbietu. Należy poprzez terapię manualną doprowadzić do uruchomienia blizny, czyli odklejenia jej od podłoża i uelastycznienia okolicy pooperacyjnej.

ZMIANA W POWŁOKACH PRZEDNIEJ CZĘŚCI TUŁOWIA

Po operacyjnym usunięciu czerniaka, w zależności od wielkości wytworzonej blizny, może być potrzeba jej uruchomienia, a także uruchomienia sąsiednich stawów, jeśli operacja wpłynęła na ich zakres ruchu. Stosuje się np. ćwiczenia poprawy zakresu ruchu w stawach obręczy barkowej po usunięciu zmiany na klatce piersiowej.

Usunięcie zmiany z tkanek kończyny górnej lub dolnej może powodować ograniczenie ruchomości w najbliższych temu miejscu stawach. Wymaga to wprowadzenia ćwiczeń czynnych w odciążeniu, ćwiczeń czynnych wolnych lub ćwiczeń czynnych z dawkowanym oporem kończyn górnych lub dolnych.

W przypadku kontroli stanu węzłów chłonnych – procedura węzła wartowniczego – nie spodziewamy się powikłań w postaci obrzęku wtórnego

limfatycznego kończyn górnych lub dolnych. Można zalecić wzmożoną kontrolę objętości kończyny po stronie, gdzie przeprowadzano procedurę węzła wartowniczego.

W sytuacji kiedy wykonuje się limfadenektomię pachową lub pachwinową, konieczne jest wprowadzenie ćwiczeń i zachowań prozdrowotnych w ramach profilaktyki przeciwobrzękowej kończyny po stronie, gdzie usunięto węzły chłonne.

Obrzęk chłonny jest to nadmierne gromadzenie się płynu w przestrzeniach międzykomórkowych. Rozwija się on wtedy, gdy zdolność transportowania limfy z określonego obszaru jest niewystarczająca w stosunku do produkowania jej w danej okolicy. Wtórny obrzęk limfatyczny powstaje w wyniku zablokowania dróg limfatycznych z powodu różnych czynników, takich jak:

- limfadenektomia (usunięcie węzłów chłonnych pachowych lub pachwinowych),
- wskaźnik masy ciała (BMI) mówiący o otyłości lub nadwadze,
- zapalenie tkanki łącznej w okolicy operacyjnej,
- radioterapia okolicy węzłów chłonnych,
- obrzęk subkliniczny.

Mogą to być również inne czynniki, takie jak: pomiar ciśnienia, podróże samolotem, wysokie temperatury, mierzenie ciśnienia na kończynie górnej, gdzie usunięte zostały węzły. Intensywne ćwiczenia mają pomniejsze znaczenie w profilaktyce obrzęku.

O obrzęku mówimy gdy dojdzie do powiększenia obwodu kończyny czy uczucia jej ciężkości.

Wyróżniamy cztery stopnie obrzęku:

- **Stopień I utajony** – obrzęk subkliniczny jest w ciągu dnia niewidoczny, a po uniesieniu kończyny ustępuje. Jest to subiektywna ocena pacjenta dotycząca ciężaru i przeciążenia kończyny po stronie operowanej. Stan taki wynika ze zmniejszonej objętości transportu chłonki.
- **Stopień II** – gromadzenie się płynu bogatobiałkowego poza naczyniami chłonnymi kończyny. Obrzęk jest widoczny, konsystencja ciała ciastowata, bez zmian koloru skóry.
- **Stopień III** – obrzęk twardy; rozpoczęcie włóknienia tkanki podskórnej. Niekiedy towarzyszy mu zmiana koloru skóry, często występujący stan zapalny tkanki podskórnej; zwiększenie obwodów kończyny.

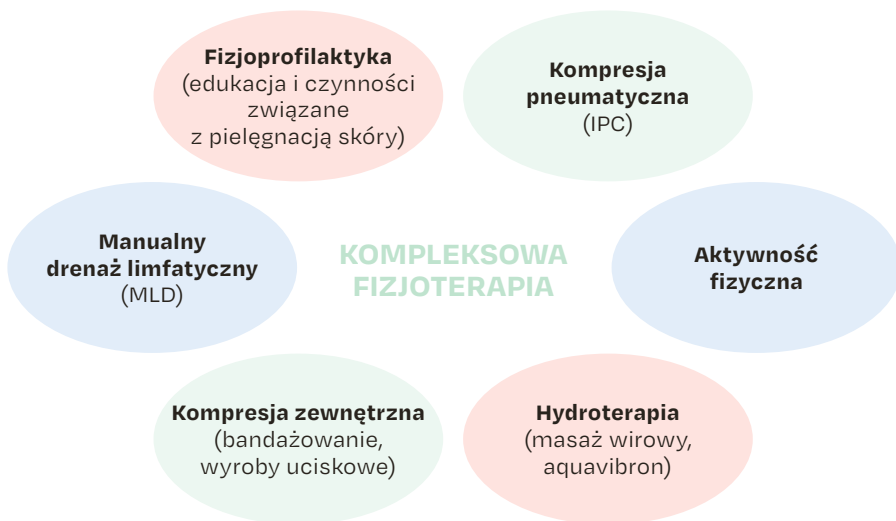
- **Stopień IV** – gromadzenie się płynu bogatobiałkowego w przestrzeniach poza naczyniami, znaczne powiększenie objętości kończyny, twarda konsystencja, zwłóknienia, pogrubienie skóry, zmiany skórne – np. grzybica; słoniowaczna.

Żeby nie dopuścić do wystąpienia obrzęku, zaleca się pacjentom przede wszystkim aktywność fizyczną o umiarkowanym stopniu natężenia (np. nordic walking, ćwiczenia czynne kończyn górnych), profilaktyczny automasaż kończyny po stronie usuniętych węzłów chłonnych; profilaktyczny rękaw lub pończochę o I stopniu ucisku (nie jest to jednoznaczne z profilaktyką przeciwzakrzepową lub żyłakami).

Według wszystkich badaczy, poza działaniami profilaktycznymi, konieczne jest wdrożenie terapii przy najwcześniejszym widocznym obrzęku.

Terapia przeciwobrzękowa jest kompleksowym działaniem mającym na celu zmniejszenie obwodów obrzękniętej kończyny, zmianę konsystencji z twardej na miękką, poprawę elastyczności tkanek oraz utrzymanie ruchomości w stawach kończyny zajętej obrzękiem.

Ryc. 9. **Kompleksowa terapia przeciwobrzękowa**

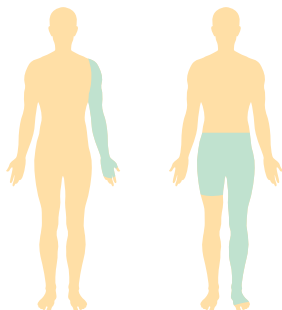


W ramach fizjoterapii pacjentów z obrzękami stosowana jest kompleksowa zachowawcza terapia obrzęku – drenaż limfatyczny z kompresją lub bez, kinezyterapia (czyli ćwiczenia fizyczne) w połączeniu z różnymi formami masażu (masaż podwodny, masaż pneumatyczny czy masaż aquavibron).

Ważną rolę odgrywa współpraca pacjenta z odpowiednią placówką fizjoterapii, która realizuje program pracy z pacjentami z obrzękiem. Aktywność pacjenta w terapii jest bardzo ważna. Poza cyklicznymi zajęciami zmniejszającymi wymiary obrzęku lub mającymi na celu utrzymanie stabilnych wymiarów, pacjent powinien, według instruktażu, wykonywać ćwiczenia oraz używać odpowiednich materiałów podtrzymujących proces terapii (np. materiałów drenujących w trakcie odpoczynku nocnego).

Pacjenci z obrzękiem kończyny górnej czy kończyny dolnej, po zakończeniu rehabilitacji powinni otrzymać wniosek na materiał uciskowy – rękaw lub nogawicę, w zależności od potrzeby. Materiały te w Polsce są refundowane po odbyciu terapii. Jeżeli pomiary kończyny obrzękniętej pozwalają na dobór wyrobu uciskowego standardowego – dobiera się taki. Jeśli pomiary wskazują na brak możliwości doboru wyrobu standardowego – wykonuje się produkt na zamówienie. Refundacja przysługuje co sześć miesięcy dla pacjentów leczonych w ramach NFZ.

Ryc. 10. Materiały uciskowe – rękaw i nogawica



Pacjenci leczeni z powodu wystąpienia czerniaka na skórze nie powinni zaniedbywać aktywności fizycznej. Według standardów powinna to być aktywność na poziomie średnim, np. wykonywanie ok. 7000 kroków dziennie. W obecnym standardzie leczenia chorych na zaawansowanego czerniaka terapia przynosi bardzo dobre skutki. Połączenie leczenia z aktywnością fizyczną dostosowaną do pacjenta oraz wsparciem psychoonkologicznym umożliwia poprawę jakości życia tej grupy pacjentów onkologicznych.




ROZDZIAŁ VIII

Dieta i styl życia

dr n. med. Aleksandra Kapała

kierownik Kliniki Diagnostyki Onkologicznej, Kardiologii i Medycyny Paliatywnej,
kierownik Działu Żywienia Klinicznego, Narodowy Instytut Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie



Niedożywienie u chorych na czerniaka występuje rzadko (<10%) i dotyczy głównie chorych z zaawansowaną postacią choroby. Zdecydowanie częściej spotykamy się z problemem nadwagi i otyłości, który odzwierciedla nasilenie tego problemu w polskiej populacji. Badania CBOS z 2019 r. wskazują, że 59% dorosłych Polaków ma nadmierną masę ciała (38% ma nadwagę, 21% – otyłość). Według raportu WHO z 2016 r. w Polsce nadwaga (BMI 25-29,9 kg/m²) u kobiet występuje w ok. 28%, u mężczyzn w ok. 41%, zaś otyłość (BMI>30 kg/m²) odpowiednio dla płci w ok. 22% i ok. 24%.

Bazując na zaleceniach towarzystw naukowych (ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, POLSPEN – Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu) dotyczących żywienia klinicznego pacjentów z chorobą nowotworową, zaleca się utrzymywanie prawidłowej masy ciała (BMI 18,5-24,9 kg/m²) i włączenie regularnej aktywności fizycznej – minimum 150 minut w tygodniu. Aktywność fizyczną można podzielić na sesje 5 razy w tygodniu po 30 minut, złożone z wysiłku aerobowego i ćwiczeń oporowych, z osiągnięciem submaksymalnego poziomu tętna w trakcie wysiłku.

Kluczowe w profilaktyce, prewencji wtórnej, jak i w aktywnej terapii wszystkich nowotworów złośliwych jest rzucenie palenia tytoniu. Nikotynizm skraca życie, zwiększa częstość powikłań chirurgicznych i infekcyjnych, zwiększa koszty leczenia.

W praktycznym ujęciu warto wiedzieć, ile potrzebujemy białka i energii na dobę. W przypadku, gdy nasza waga jest zbyt niska bądź prawidłowa, obliczenia prowadzimy kierując się aktualną masą ciała, na przykład:

Osoba o wadze 50 kg i wzroście 155 cm, BMI: 20,8 kg/m² (norma)

Zapotrzebowanie dla **AKTUALNEJ** masy ciała:

energia: 50 kg x 30 kcal = 1500 kcal na dobę,

białko: 50 kg x 1,0 – 1,5 g białka = 50-75 g białka na dobę.

W przypadku osób z nadwagą i otyłością obliczenia prowadzimy dla należytej masy ciała, czyli dla takiej, jaka być powinna. Dla osoby o wzroście 155 cm prawidłowa masa ciała mieści się w granicach 50-58 kg, z uwzględnieniem różnic dotyczących wieku i płci.

Osoba o wadze 80 kg i 155 cm wzrostu, BMI 33,3 kg/m² (otyłość)

Zapotrzebowanie dla **NALEŻNEJ** masy ciała:

energia: 55 kg x 25 kcal = 1375 kcal na dobę,

białko: 55 kg x 1,5 g białka = 82,5 g białka na dobę.

W obliczeniach istotne jest również uwzględnienie aktywności fizycznej. W przypadku osób w pełni sprawnych, leczonych w trybie ambulatoryjnym, aktywnych fizycznie, przyjmujemy 30 kcal na kg masy ciała. W przypadku osób starszych, prowadzących fotelowo-siedzący tryb życia bądź chorych obłożnie, przyjmujemy 25 kcal na kg masy ciała.

1. DIETA DLA OSÓB CHORYCH NA CZERNIAKA

Dotychczas nie sformułowano specyficznych zaleceń żywieniowych dla chorych na czerniaka. Jednakże dla pacjentów odżywiających się doustnie bez przeszkód, rekomenduje się dietę śródziemnomorską, bogatą w warzywa, owoce, orzechy, produkty pełnoziarniste, warzywa strączkowe, oliwę z oliwek oraz ryby i owoce morza. Można się również odwołać do „New American Plate” („nowy amerykański rozkład posiłków na talerzu”), według American Institute for Cancer Research, który zakłada, że 2/3 na talerzu powinny stanowić produkty roślinne, w tym pełne ziarna, orzechy i warzywa strączkowe, a 1/3 to źródła białka z niską zawartością tłuszczów (ryby, drób). Zaleca się redukcję spożycia czerwonego mięsa do 300-500 g na tydzień. Szczególnie należy ograniczyć mięso czerwone w formie przetworzonej (wyroby wędliniarskie).

Bez względu na to, czy wybierzemy model żywienia typowy dla basenu Morza Śródziemnego, czy model amerykański, warto mieć na uwadze, aby nasza dieta była bogata w produkty o udowodnionym potencjale zmniejsza-

jącym ryzyko zachorowania na nowotwór złośliwy, do których należą związki zebrane w tabeli 1. (Shanmugam, Muthu K., et al. „Cancer prevention and therapy through the modulation of transcription factors by bioactive natural compounds.” Seminars in cancer biology. Vol. 40. Academic Press, 2016).

Tabela 1. **Wybrane związki antyoksydacyjne i ich potencjał antynowotworowy**

KLASA ZWIĄZKÓW	PRZYKŁADY ZWIĄZKÓW	ŹRÓDŁA	AKTYWNOŚĆ ANTYNOWOTWOROWA
Karotenoidy	α-karoten, β-karoten, likopen, β-kryptoksantina, luteina, astaksantina	żółto-pomarańczowe oraz ciemnozielone warzywa i owoce, szczególnie marchew, pomidory, dynia	aktywność antyoksydacyjna, modulacja metabolizmu kancerogenów, inhibicja komórkowej proliferacji, inhibicja ekspresji onkogenów, modulacja układu immunologicznego, hamowanie promocji guza
Polifenole	kwasy fenolowe, kwas hydroksycynamonowy (kurkumina) katechiny, flawony, resweratrol	winogrona, zielona herbata, cynamon, kurkuma, truskawki i owoce czerwone, borówki	hamowanie tworzenia adduktów DNA, inhibicja proliferacji komórkowej, indukcja apoptozy, modulacja układu immunologicznego
Organiczne związki siarki	siarczek diallilu, disiarczek diallilu	czosnek i cebule, warzywa krzyżowe (różne rodzaje kapusty, rzodkwie, brokuły, kalafiory)	wzrost aktywności enzymów II fazy, inhibicja proliferacji komórkowej, zmiana metabolizmu hormonów steroidowych, inhibicja aktywności dekarboksylazy ornityny
Fitoestrogeny	izoflawony (genisteina, daidzeina), lignany	nasiona soi, w szczególności produkty sojowe fermentowane	wpływ na metabolizm estrogenów, spadek aktywności kinazy tyrozynowej, indukcja apoptozy
Terpeny	monoterpeny (limonen), seskwiterpeny (farnesol)	cytrusy, herbata z lipy	wzrost aktywności enzymów II fazy, indukcja apoptozy
Glukozynolany, izotiocyjaniany, indole	sulforafan, indolo-3-karbinol, izotiocyjanian fenylotetylu	warzywa krzyżowe (różne rodzaje kapusty, rzodkwie, brokuły, kalafiory)	wzrost aktywności enzymów II fazy, indukcja apoptozy, inhibicja adhezji oraz inwazji komórkowej

Relatywnie prosty trik do zastosowania w codziennej diecie, to reguła 5 kolorów. 5 różnych grup kolorystycznych w świecie roślinnym reprezentuje liczne prozdrowotne składniki niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania ludzkiego organizmu, w większości wymienione w tabeli 1. Jeśli sięgamy po nie regularnie, możemy mieć pewność, że bez skomplikowanych obliczeń dostarczymy organizmowi witamin rozpuszczalnych w wodzie, niektórych pierwiastków śladowych i innych związków bioaktywnych.

Starajmy się, aby każdego dnia na naszym talerzu pojawiły się owoce i warzywa z 5 grup kolorystycznych:

- **zielone:** wszelkie warzywa zielonoliściaste: kapusty, sałaty, szpinak, jarmuż; zielone jabłka, zielona papryka, cukinia i wiele innych,
- **żółto-pomarańczowe:** marchew, pomarańcze, papryka, mango, jabłka, gruszki, dynia,
- **czerwone:** większość owoców jagodowych, papryka, jabłka, pomidory,
- **fioletowe:** rzodkiewki, bakłażany, buraki, czarna porzeczka, jagody, borówki, ciemne winogrona,
- **białe:** czosnek, cebule, pory.

Dorosły człowiek powinien zjadać przynajmniej 500 g warzyw na dobę i 2 niewielkie porcje owoców. Cel ten jest bardzo prosty do osiągnięcia przy sięganiu do różnych grup kolorystycznych produktów roślinnych. Jeśli na przykład w skali doby zjemy: 1 niewielkie jabłko i pół szklanki borówek, 1 pomidor, porcję sałaty z różnych liści z dodatkiem marchwi, cebuli i ziół, pół papryki czerwonej i 2-3 rzodkiewki, to spełniłmy zasady diety 5 kolorów.

Ważne jest nie tylko, jakie produkty wybieramy, ale również jakie produkty należy ograniczyć i jakie nawyki żywieniowe eliminować.

Warto stosować się do poniższych zaleceń:

- Ogranicz spożycie węglowodanów prostych, tłuszczów nasyconych oraz kwasów nienasyconych z rodziny omega-6. Nadmiar tych produktów to nadmiar energii prowadzący do nadwagi i otyłości. Dodatkowo mają one prozapalny potencjał. W tej grupie znajdziemy takie produkty jak: słodczyce, słodkie napoje, cukier biały, wypieki z wysokoprzetworzonej mąki pszennej (ciasta, białe chleby i bułki). Tłuszcze, które powinny być ograniczane, to: masło, smalec, olej słonecznikowy, dyniowy, kukurydziany, arachidowy,

orzechy arachidowe. Tłuszcze zalecane to: oliwa z oliwek, olej rzepakowy, olej lniany, awokado, migdały, orzechy włoskie.

- Kontroluj niedobory! Zadbaj o prawidłową podaż błonnika. To niezbędna odżywka dla twojej mikroflory jelitowej – potrzebujemy 25-40 g błonnika na dobę. W prosty sposób osiągniesz ten cel jedząc codziennie 2 kromki chleba pełnoziarnistego i pół szklanki dowolnej kaszy. Zapytaj swojego lekarza, czy zasadne jest w twoim wypadku wykonanie badań w kierunku niedoboru żelaza, cynku, witaminy D i innych witamin. W przypadku rozpoznania niedoboru, włącz suplementację według zaleceń lekarskich.
- Zwracaj uwagę na źródło pochodzenia żywności (hodowle i uprawy naturalne vs przemysłowe), o ile to możliwe postaw na uprawy ekologiczne.
- Przyjrzyj się sposobowi obróbki żywności: grillowanie, smażenie, wędzenie są niezalecane. Wybieraj produkty świeże, nieprzetworzone, bez dodatków konserwujących, wpływających na smak lub konsystencję. Wybieraj produkty gotowane lub duszone. Jedz proste posiłki – przyjmij zasadę: „*Nie jem niczego, co ma w składzie powyżej pięciu składników*”. Czytaj etykiety produktów spożywczych.
- Zwróć uwagę na sposób przechowywania żywności – żywność zepsuta, zanieczyszczona pleśnią, produkty wielokrotnie odgrzewane są groźne dla zdrowia.
- Uważaj na spożycie alkoholu. Każda redukcja spożycia alkoholu to dobry krok w kierunku zdrowia. Nie przekraczaj 10-12 g etanolu na dobę, co odpowiada porcji piwa 330 ml lub kieliszkiwina 150 ml.
- Staraj się nie objadać wieczorem. Jedz pożywne śniadania, staraj się zjadać 4 niewielkie posiłki dziennie: śniadanie, II śniadanie, lunch, lekka kolacja. Uważaj na przekąski dostarczające nadmiernej energii: chipsy, orzechy, owoce suszone, słodczyce, słodkie napoje, soki przecierowe, nektary owocowe.
- Nie stosuj na własną rękę suplementów diety, witamin, ziół. Niektóre produkty, jak sok z grejpfruta, granata, żeń-szeń mogą wchodzić w groźne interakcje lekowe. W razie wątpliwości pytaj lekarza lub dietetyka klinicznego.

2. CO W PRZYPADKU, GDY ZWYKŁA DIETA NIE WYSTARCZY?

W przypadku chorych z zaawansowanym czerniakiem (choroba przerzutowa), stan odżywienia może się gwałtownie pogorszyć, a także mogą pojawić się różne objawy ze strony przewodu pokarmowego utrudniające przyjmowanie posiłków. Do problemów najczęściej zgłaszanych przez chorych należą biegunki i jadłowstręt, ponadto chorzy skarżą się na nudności, wymioty, zaparcia. Nieopanowane i niewłaściwie leczone biegunki są niekiedy przyczyną redukcji dawki leków, zatem warto sprawdzić, czy pacjent odżywia się prawidłowo. W tabeli 2. zebrano podstawowe porady dietetyczne w zależności od zgłaszanych dolegliwości.

Niezamierzona utrata masy ciała (>5%) to sygnał, że należy rozpocząć interwencję żywieniową. Dietetyk kliniczny wyda stosowne zalecenia dotyczące diety oraz dobrać adekwatne suplementy (FSMP – food for special medical purpose). Od tego momentu zalecenia przybierają charakter indywidualny i bazują na wiodących objawach, typie stosowanego leczenia, dostępnych danych antropometrycznych i biochemicznych oraz biorą pod uwagę choroby współistniejące, np. cukrzycę czy zaburzoną funkcję nerek lub wątroby.

Produkty typu FSMP to kompletne (lub nie) źródło pożywienia o znanym, precyzyjnie określonym składzie. Najczęściej proponujemy produkty z podwyższoną zawartością białka (>25% składu) bądź tłuszczów (>30% składu). Gama tych produktów jest obecnie bardzo szeroka i uwzględnia różne wymagania pacjenta związane z chorobą bądź prowadzonym leczeniem (cukrzyca, uszkodzona funkcja nerek, wątroby, trzustki, systemu odpornościowego czy zaburzone możliwości wchłaniania i inne). Wskazówki dietetyka klinicznego gwarantują właściwy wybór FSMP.

W przypadku gdy zindywidualizowaną dietą, wspartą FSMP, nie udaje się zaspokoić w ponad 60% dobowego zapotrzebowania na energię i białko, należy rozważyć wskazania do żywienia sztucznego. W pierwszej kolejności zawsze rozważamy zasadność żywienia do przewodu pokarmowego przy użyciu diet przemysłowych (specjalne diety medyczne o kontrolowanym składzie). Jeśli wsparcie żywieniowe potrzebne jest na krótko (do 30 dni), wystarczy założyć zgłębnik nosowo-żołądkowy bądź nosowo-jelitowy. W przypadkach wymagających żywienia powyżej miesiąca, zakładamy dostępy do żywienia zazwyczaj drogą endoskopową. Najczęściej to przezskórna endoskopowa gastrostomia, czyli PEG (percutaneous endoscopic

gastrostomy). W szczególnych przypadkach używamy dostępu dojelitowego – mikrojejunostomii wytworzonej drogą chirurgiczną bądź endoskopową. Diety przemysłowe podawane do dostępu do przewodu pokarmowego mają różny skład i wartość odżywczą. W zdecydowanej większości sięgamy po diety o składzie standardowym, wysokobiałkowe i/lub wysokoenergetyczne. Warto pamiętać, że również diety dojelitowe oferowane są dla różnych grup pacjentów i uwzględniają różne wymagania związane z chorobą.

W sytuacji gdy przewód pokarmowy nie jest dostępny, np. z powodu niedrożności czy ciężkiego zapalenia błony śluzowej, albo gdy żywienie dojelitowe nie jest tolerowane, albo jest niewystarczające, zaleca się żywienie drogą żył (żywienie pozajelitowe). Może ono być prowadzone drogą żył obwodowych (krótko, do 10 dni), bądź drogą żył centralnych – bezterminowo. W tej formie leczenia żywieniowego dostarczamy do krwioobiegu glukozę, aminokwasy, emulsje tłuszczowe, witaminy, pierwiastki śladowe, elektrolity i wodę w ilościach adekwatnych do bieżącego zapotrzebowania, wyników badań i sytuacji klinicznej. Żywienie pozajelitowe prowadzi lekarz. Sama procedura wymaga szczegółowego nadzoru pod kątem groźnych powikłań, takich jak: zakażenia odcewnikowe, zakrzepica, zespół ponownego odżywienia, zaburzenia glikemii, gospodarki wodno-elektrolitowej czy kwasowo-zasadowej.

Niekiedy, w zależności od indywidualnej sytuacji pacjenta, łączymy metody żywienia tak, aby pokryć zapotrzebowanie dobowe na białko i energię.

Tabela 2. Porada dietetyczna a dolegliwości pacjentów onkologicznych

DOLEGLIWOŚCI	PORADA DIETETYCZNA
Jadłowstręt, uczucie wczesnej sytości	<ul style="list-style-type: none"> • posiłki o małej objętości, podawane często, 6-8 razy dziennie • posiłki częściowo rozdrobnione, zmiksowane, gładkie, miękkie (m.in. zupy krem, musy, pasty, galaretki, kisiele, koktajle, puree z warzyw i owoców, miękkie pulpety w sosie) • napoje podawane pomiędzy posiłkami • wzbogacanie posiłków – dodawanie do nich produktów naturalnych o wysokiej gęstości energetycznej (masło, czekolada, oliwa z oliwek, awokado, zmielone orzechy i inne) • uzupełnienie luki białkowo-energetycznej przez żywność specjalnego przeznaczenia medycznego (FSMP)
Biegunka	<ul style="list-style-type: none"> • uzupełnienie płynów zawierających elektrolity i garbniki: mocny napar czarnej herbaty, napar z czarnych jagód, kakao na wodzie, osolony bulion warzywny, kisiel z siemienia lnianego, woda mineralizowana (ubogomagnezowa), doustne roztwory elektrolitów (ORS) • wprowadzenie diety łatwostrawnej, bazującej na produktach zapierających: biały ryż, gotowane ziemniaki, marchew, dynia, mąka ziemniaczana, niedojrzałe banany, pieczone jabłka, suchary, czerstwe pieczywo pszenne, jaja na twardo, galarety, chude gotowane mięso, czarne jagody • wykluczenie z diety produktów surowych, zimnych, bogatych w błonnik i sorbitol, zawierających kofeinę, produktów smażonych i ciężkostrawnych, wykluczenie naturalnych słodzików (ksylitol, erytrol, stewia) i ostrych przypraw • dieta bezlaktozowa: eliminacja nabiału zwierzęcego zawierającego laktozę (mleko, jogurty, kefir, twaróg, sery) lub zastąpienie go produktami zwierzęcymi bezlaktozowymi i pochodzenia roślinnego (produkty sojowe, owsiane, ryżowe)
Zaparcia	<ul style="list-style-type: none"> • farmakologiczne uregulowanie zaparcí • włączenie płynów o działaniu przeczyszczającym (np. ciepłe kompoty z gruszek lub śliwek, ciepła herbata z dodatkiem ksylitolu, woda bogata w magnez, kawa naturalna) • włączenie do diety produktów będących dobrym źródłem błonnika (po uregulowaniu rytmu stolca), kiszzonek, mlecznych produktów fermentowanych, produktów zawierających sorbitol
Nudności i wymioty	<ul style="list-style-type: none"> • uzupełnienie płynów, woda albo herbata z dodatkiem imbiru, woda mineralna lekko gazowana • wykluczenie z diety produktów nasilających nudności, takich jak: produkty o wysokiej zawartości błonnika, pełnoziarniste produkty zbożowe, warzywa kapustne i cebulowate, nasiona roślin strączkowych, mięta • posiłki schłodzone, o niezbyt intensywnym zapachu • dieta bazująca na produktach łatwostrawnych, podawanych w małej objętości do 250 ml, często 6-8 razy dziennie • modyfikacja konsystencji diety – od przetartej do płynnej • spożywanie posiłków w wywietrzonych pomieszczeniach lub w miarę możliwości na świeżym powietrzu • utrzymywanie pozycji pionowej po posiłkach, unikanie zbyt szybkiego kładzenia się




ROZDZIAŁ IX

Ważne aspekty społeczne związane z chorobą

Monika Szawłowska

pracownik socjalny, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie



W związku z rosnącym postępem medycyny i jej skutecznością, zaawansowane etapy czerniaka przyjmują postać stanów przewlekłych, w których chory stosując się do zaleceń lekarskich, dzięki nowoczesnym formom leczenia, ma szansę na prowadzenie satysfakcjonującego i wartościowego życia. Jego wydłużanie się sprzyja podtrzymywaniu aktywności zawodowej i realizowaniu się w różnych rolach społecznych. Przewidywalność w sferze ekonomicznej jest ważna dla procesu leczenia i podejmowanych decyzji życiowych, dlatego wiedza na temat obowiązującego systemu zabezpieczenia socjalnego i świadomość dostępnych uprawnień wpływa uspokajająco i stabilizująco.

Zintegrowane wsparcie, zarówno środowiskowe, jak i przy udziale specjalistów zdrowia psychicznego, pomaga kierować uwagę na mocne strony i zasoby osobiste pacjenta, które bywają przesłaniane przez niepokój, stres i sytuacje kryzysowe. W pracy naukowej dotyczącej radzenia sobie w sytuacjach chorób przewlekłych prof. Michał Ziarko zauważa: „Można sądzić, że dla osób przewlekle chorych większym problemem jest nieumiejętność korzystania z istniejących zasobów niż ich brak” („Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej”, Wydawnictwo Wydziału Nauk Społecznych UAM, Poznań 2014, s. 280). Dlatego za tak istotne dla zachowania jakości życia uważa się chęć i mobilizację do kontynuowania, w miarę możliwości, dotychczasowych zwyczajów, gdyż nieproporcjonalna koncentracja na właściwościach choroby i na tym, jakie zmiany wywołuje ona w życiu, działa hamująco na wypełnianie ról społecznych (M. Ziarko, op. cit.). Przyjęcie szerszej perspektywy życiowej niż jedynie rola chorego,

pozwała nie stracić z pola widzenia pozostałych, przenikających się sfer życia, umożliwia planowanie przyszłości i, w miarę możliwości, wykonywanie pracy zawodowej.

W polskim systemie nie obowiązują osobne rozwiązania w sprawach świadczeń socjalnych czy organizacji pracy dla osób chorujących na nowotwory (czerniaka). Stosuje się natomiast zasady odnoszące się do chorób przewlekłych z uwzględnieniem specyfiki ich przebiegu oraz indywidualnego znaczenia dla życia danego człowieka. Jeżeli zatem schorzenie i jego skutki wywołują istotny wpływ (ograniczający) na funkcjonowanie życiowe, w tym wykonywanie pracy zawodowej i/lub powodują konieczność korzystania z pomocy i opieki innych osób, to stan taki określany jest mianem **niepełnosprawności**, co zgodnie z definicją ustawową rozumie się jako „*trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy*” (ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych; Dz.U.2023.100).

Istotne jest formalne potwierdzenie statusu niepełnosprawności w postępowaniu prowadzonym przez powiatowe lub miejskie zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, gdyż dopiero wtedy daje to możliwość korzystania z uprawnień, m.in. w środowisku pracy zarówno osobom, którym wydano orzeczenie, jak i pracodawcom. Istnienie niepełnosprawności **nie oznacza zakazu wykonywania pracy** a wręcz przeciwnie – praca osób z niepełnosprawnością przynosi korzyści zarówno osobiste (poczucie godności i sensu, przynależności, stabilizacja sytuacji finansowej), jak i społeczne (wykorzystanie ludzkiego potencjału, wzrost PKB). Pożądane są zatem wszelkie działania wspierające aktywność i wyrównujące szanse życiowe osób z niepełnosprawnością wraz z równoległym promowaniem systemu zachęt dla pracodawców i przedsiębiorców zatrudniających osoby ze szczególnymi potrzebami.

1. ORGANIZACJA PRACY ZAWODOWEJ W TRAKCIE CHOROBY. JAKIE MAM PRAWA?

W planowaniu i organizacji pracy zasadnicze znaczenie będzie miał stan zdrowia pacjenta. Rozmowa z lekarzem, pełna informacja pozwalająca choć w przybliżeniu określić czas i rodzaj terapii, daje choremu perspektywę życiową. Udział w zadaniach jest zależny zarówno od stopnia zaangażowania

sowania i dotkliwości choroby, jak i dostępu do wsparcia ze strony otoczenia naturalnego, rodzinnego oraz przyjaznego środowiska pracy. Idealną wydawałaby się perspektywa rozmowy z pracodawcą o nowych okolicznościach i wspólne ustalenia w zakresie organizacji pracy w nowych warunkach. Należy jednak zaznaczyć, iż dane o sytuacji zdrowotnej podlegają ochronie, dlatego pacjent będący pracownikiem nie ma obowiązku udzielania pracodawcy informacji na temat swojego stanu zdrowia.

Aby środowisko pracy mogło być miejscem budowania poczucia własnej wartości i prawidłowych relacji międzyludzkich, powinno spełniać zasady organizacji pracy i traktowania pracowników oparte na wartościach, z których najważniejsze to:

- przejrzyste reguły postępowania zapewniające przewidywalność,
- podział obowiązków oparty na sprawiedliwych i merytorycznych kryteriach,
- lojalność i współodpowiedzialność w stosunkach między pracownikami,
- dbałość o przyjazne warunki fizyczne i materialne pracy,
- zauważanie i nagradzanie podejmowanych wysiłków i starań pracowników,
- wzajemność pomocy w sytuacjach trudnych i wymagających wsparcia,
- uprzejmość i życzliwość, otwartość na różnorodność, umiejętność współdziałania z nimi.

(Beata Jakimiuk, „Środowisko pracy jako obszar budowania poczucia własnej wartości i relacji z innymi”, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio J Paedagogia-Psychologia”, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2016, s. 43–54).

W konieczności godzenia różnych ról przydatne mogą okazać się elastyczne formy zatrudnienia, tj.:

- praca zdalna,
- hybrydowa,
- w niepełnym wymiarze etatu.

Rozwiązania ułatwiające wykonywanie pracy przez osoby ze schorzeniami przewlekłymi dostępne są wtedy, gdy jest orzeczona niepełnosprawność. Obowiązują od dnia przedstawienia pracodawcy orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność.

Tabela 3. **Kryteria orzekania o niepełnosprawności i uprawnienia osób pracujących**

	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W STOPNIU LEKKIM	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W STOPNIU UMIARKOWANYM	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W STOPNIU ZNA CZNYM
Kryteria	Naruszona sprawność organizmu, która powoduje w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną; Ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.	Naruszona sprawność organizmu, która powoduje niezdolność do pracy albo zdolność do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymaga czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.	Naruszona sprawność organizmu, która powoduje niezdolność do pracy albo zdolność do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej. Konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w pełnieniu ról społecznych lub w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. <u>Niezdolność do samodzielnej egzystencji</u> oznacza zaś naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim: samoobsługę, poruszanie się i komunikację.
Czas pracy	Nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo. Osoba nie może być zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych. <i>Nie dotyczy to osób zatrudnionych przy pilnowaniu oraz gdy na wniosek osoby zatrudnionej lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników lub w razie jego braku lekarz sprawujący opiekę nad tą osobą wyrazi na to zgodę.</i>	Nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. Osoba nie może być zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych z zachowaniem prawa do pełnego wynagrodzenia. <i>Nie dotyczy to osób zatrudnionych przy pilnowaniu oraz gdy na wniosek osoby zatrudnionej lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników lub w razie jego braku lekarz sprawujący opiekę nad tą osobą wyrazi na to zgodę.</i>	Nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. Osoba nie może być zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych z zachowaniem prawa do pełnego wynagrodzenia. <i>Nie dotyczy to osób zatrudnionych przy pilnowaniu oraz gdy na wniosek osoby zatrudnionej lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników lub w razie jego braku lekarz sprawujący opiekę nad tą osobą wyrazi na to zgodę.</i>
Dodatkowa przerwa	Prawo do dodatkowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek. Czas przerwy wynosi 15 minut i jest wliczony do czasu pracy.	Prawo do dodatkowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek. Czas przerwy wynosi 15 minut i jest wliczony do czasu pracy.	Prawo do dodatkowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek. Czas przerwy wynosi 15 minut i jest wliczony do czasu pracy.

Dodatkowy urlop	Nie dotyczy.	<p>Prawo do dodatkowego urlopu wypoczynkowego w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym.</p> <p>Prawo do pierwszego urlopu dodatkowego osoba ta nabywa po przepracowaniu jednego roku po dniu orzeczenia u niej jednego ze stopni niepełnosprawności.</p> <p><i>Urlop dodatkowy nie przysługuje osobie uprawnionej do urlopu wypoczynkowego w wymiarze przekraczającym 26 dni roboczych lub do urlopu dodatkowego na podstawie odrębnych przepisów, chyba że jest krótszy niż 10 dni.</i></p>	<p>Prawo do dodatkowego urlopu wypoczynkowego w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym.</p> <p>Prawo do pierwszego urlopu dodatkowego osoba ta nabywa po przepracowaniu jednego roku po dniu orzeczenia u niej jednego ze stopni niepełnosprawności.</p> <p><i>Urlop dodatkowy nie przysługuje osobie uprawnionej do urlopu wypoczynkowego w wymiarze przekraczającym 26 dni roboczych lub do urlopu dodatkowego na podstawie odrębnych przepisów, chyba że jest krótszy niż 10 dni.</i></p>
Zwolnienia od pracy z zachowaniem wynagrodzenia	Nie dotyczy.	<p>Prawo do zwolnienia z zachowaniem wynagrodzenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, nie częściej niż raz w roku (na wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się ta osoba), • w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także w celu uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy. <p><i>Wynagrodzenie za czas zwolnień od pracy na czas turnusu oblicza się jak ekwiwalent pieniężny za urlop wypoczynkowy. (Łączny czas zwolnienia wraz z urlopem dodatkowym nie może przekraczać 21 dni.)</i></p>	<p>Prawo do zwolnienia z zachowaniem wynagrodzenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, nie częściej niż raz w roku (na wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się ta osoba), • w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także w celu uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy. <p><i>Wynagrodzenie za czas turnusu oblicza się jak ekwiwalent pieniężny za urlop wypoczynkowy. (Łączny czas zwolnienia wraz z urlopem dodatkowym nie może przekraczać 21 dni.)</i></p>

Obowiązki pracodawcy:

- Zapewnienie niezbędnych, racjonalnych usprawnień dla osoby niepełnosprawnej, pozostającej z nim w stosunku pracy, uczestniczącej w procesie rekrutacji lub odbywającej szkolenie, staż, przygotowanie zawodowe albo praktyki zawodowe lub absolwenckie.
- Dokonywanie miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych PFRON (zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn 40,65% przeciętnego wynagrodzenia i liczby pracowników, odpowiadającej różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wskaźnika od 2 do 6%.

Uprawnienia pracodawcy:

- Miesięczne dofinansowanie z PFRON do wynagrodzenia pracownika niepełnosprawnego.
- Zwrot:
 - miesięcznych kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy;
 - kosztów szkolenia tych pracowników – w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem, a także czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy;
 - zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia;jeśli przez okres co najmniej 36 miesięcy zatrudni osobę niepełnosprawną, zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotna albo poszukująca pracy, niepozostającą w zatrudnieniu.

Uprawnienia osób bezrobotnych z niepełnosprawnością:

Osoba bezrobotna z niepełnosprawnością, zarejestrowana w urzędzie pracy jako poszukująca pracy, niepozostająca w zatrudnieniu, ma możliwość korzystania ze:

- szkoleń,
- staży,
- prac interwencyjnych,
- przygotowania zawodowego dorosłych,
- badań lekarskich lub psychologicznych wymaganych do zatrudnienia,
- zwrotu kosztów dojazdu w celu odbywania stażu,

- studiów podyplomowych,
- bonu na zasiedlenie,
- bonu szkoleniowego,
- bonu stażowego.

Uprawnienia dla osób z niepełnosprawnością, prowadzących działalność gospodarczą lub rolniczą:

- Możliwość otrzymania środków z PFRON na:
 - podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na podjęcie działalności w formie spółdzielni socjalnej na jednego członka założyciela spółdzielni oraz na jednego członka przystępującego do spółdzielni socjalnej po jej założeniu, w wysokości nie wyższej niż sześciokrotność przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku zobowiązania do prowadzenia działalności gospodarczej, rolniczej lub członkostwa w spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy;
 - dofinansowanie do wysokości 50% oprocentowania kredytu bankowego zaciągniętego na kontynuowanie tej działalności.
- Refundacja składki na ubezpieczenia społeczne:
 - rolnikowi – wypadkowe, chorobowe, macierzyńskie oraz emerytalno-rentowe niepełnosprawnemu rolnikowi lub rolnikowi zobowiązanemu do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika (pod warunkiem opłacenia tych składek w całości najpóźniej w dniu złożenia wniosku),
 - osobie wykonującej działalność gospodarczą – obowiązkowe składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w wysokości:
 - 100% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – w przypadku osób zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności;
 - 60% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – w przypadku osób zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności;
 - 30% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – w przypadku osób zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności.

Inne formy wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami:

- możliwość uczestniczenia w warsztatach terapii zajęciowej oraz turnusach rehabilitacyjnych;
- dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby;
- ulgi w podatkach, zniżki w komunikacji, zwolnienie z opłat radiowo-telewizyjnych (abonamentu);
- usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne, świadczone przez instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki;
- świadczenia z pomocy społecznej.

Ważne! Osoby z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, zainteresowane podjęciem pracy, jeśli utraciły zdolność do wykonywania dotychczasowej lub nie zdołały nabyć kwalifikacji z powodu choroby, mogą zgłosić swój udział w programie Rehabilitacji Kompleksowej (realizowany przez PFRON). Ponadto działania aktywizujące i wspierające osoby z niepełnosprawnościami na rynku pracy są prowadzone przez niektóre organizacje pozarządowe, np. Stowarzyszenie Centrum „Integracja” i Centrum Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych „Razem” przy Fundacji „Hej Koniku”.

2. POMOC SOCJALNA

Powrót do pracy po leczeniu i wystąpieniu niepełnosprawności nie zawsze jest możliwy w szybkim czasie. Może to prowadzić do niepewności dochodów. Obowiązujący w Polsce system zabezpieczenia społecznego (systemy ubezpieczeń społecznych i pomoc społeczna) pozwala na zapewnienie poczucie bezpieczeństwa także wtedy, gdy np. dojdzie do spadku sił czy zaostrzenia choroby. Dla osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego czy innych zakładach emerytalno-rentowych (np. służby mundurowe) w związku z ich stanem zdrowia przewidziane są świadczenia, takie jak zasiłki, renty, dodatki. Szczegółowe zasady ich przyznawania regulują: ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2022.615) oraz ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2023.901).

Tabela 4. Wykaz świadczeń z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

ŚWIADCZENIE	ZUS	KRUS
Wynagrodzenie chorobowe	Dla pracownika wykonującego pracę nakładczą albo odbywającego służbę zastępczą, za czas niezdolności do pracy, która trwa łącznie do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego (a jeżeli ukończył 50. rok życia – łącznie do 14 dni), przysługuje prawo do wynagrodzenia chorobowego wypłacanego przez pracodawcę z jego środków.	Nie dotyczy.
Zasiłek chorobowy	<p>1. Dla ubezpieczonego przez okres trwania niezdolności do pracy, nie dłużej niż przez okres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 182 dni, • 270 dni – w przypadku gdy niezdolność do pracy jest spowodowana gruźlicą lub przypada w trakcie ciąży. <p><i>Do jednego okresu zasiłkowego (182 lub 270 dni) wlicza się niezależnie od przyczyny niezdolności do pracy, okresy poprzedniej niezdolności do pracy, jeżeli przerwa w tej niezdolności nie przekroczyła 60 dni i nie wlicza się okresów niezdolności do pracy przypadających przed przerwą nie dłuższą niż 60 dni, jeżeli po przerwie niezdolność do pracy wystąpiła w trakcie ciąży.</i></p> <p>2. Po ustaniu ubezpieczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nie dłużej niż przez 91 dni (nie dotyczy to niezdolności do pracy powstałej wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów oraz niezdolności spowodowanej gruźlicą lub występującej w trakcie ciąży). <p>Dla ubezpieczonego (rolnika, jego małżonka, domownika), który wskutek choroby jest niezdolny do pracy nieprzerwanie co najmniej przez 30 dni, nie dłużej jednak niż przez 180 dni. Jeżeli po wyczerpaniu 180-dniowego okresu zasiłkowego ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy, a w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji rokuje odzyskanie zdolności do pracy, okres zasiłkowy przedłuża się na czas niezbędny do jej przywrócenia, nie dłużej niż o dalsze 360 dni. Od osób objętych ubezpieczeniem wypadkowym, chorobowym i macierzyńskim na wniosek (dobrowolnie), wymaga się nieprzerwanego okresu ubezpieczenia społecznego rolników przez co najmniej rok, bezpośrednio przed wystąpieniem czasowej niezdolności do pracy.</p>	Dla ubezpieczonego (rolnika, jego małżonka, domownika), który wskutek choroby jest niezdolny do pracy nieprzerwanie co najmniej przez 30 dni, nie dłużej jednak niż przez 180 dni. Jeżeli po wyczerpaniu 180-dniowego okresu zasiłkowego ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy, a w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji rokuje odzyskanie zdolności do pracy, okres zasiłkowy przedłuża się na czas niezbędny do jej przywrócenia, nie dłużej niż o dalsze 360 dni. Od osób objętych ubezpieczeniem wypadkowym, chorobowym i macierzyńskim na wniosek (dobrowolnie), wymaga się nieprzerwanego okresu ubezpieczenia społecznego rolników przez co najmniej rok, bezpośrednio przed wystąpieniem czasowej niezdolności do pracy.

<p>Świadczenie rehabilitacyjne</p>	<p>Po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego, jeśli istnieje niezdolność do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie jest przyznawane do czasu przywrócenia zdolności do pracy, najdłużej na 12 miesięcy. Może ono być przyznane jednorazowo lub w częściach na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS (przez pierwsze 3 miesiące obowiązuje ochrona pracownika przed wypowiedzeniem umowy o pracę przez pracodawcę).</p>	<p>Nie dotyczy.</p>
<p>Renta z tytułu niezdolności do pracy</p>	<p>Przy orzeczeniu niezdolności do pracy; przy odpowiednim do wieku stażu ubezpieczenia (okres składkowy i nieskładkowy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rok – niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 lat; • 2 lata – niezdolność do pracy powstała między 20. a 22. rokiem życia; • 3 lata – niezdolność do pracy powstała między 22. a 25. rokiem życia; • 4 lata – niezdolność do pracy powstała między 25. a 30. rokiem życia; • 5 lat – niezdolność do pracy powstała po ukończeniu 30 lat, przy czym okres ten musi przypadać w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem zgłoszenia wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy (ten wymóg nie obowiązuje, jeśli spełnione są łącznie następujące warunki: <ul style="list-style-type: none"> a) całkowita niezdolność do pracy; b) 20-letni staż ubezpieczeniowy – dla kobiet lub 25-letni staż ubezpieczeniowy – dla mężczyzn); • niezdolność do pracy powstała w czasie okresów składkowych lub nieskładkowych wskazanych w ustawie emerytalnej, albo w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów (ten wymóg nie obowiązuje, jeśli spełnione są łącznie następujące warunki: <ul style="list-style-type: none"> a) całkowita niezdolność do pracy; b) 20-letni staż ubezpieczeniowy – dla kobiet lub 25-letni staż ubezpieczeniowy – dla mężczyzn). 	<p>Dla ubezpieczonego (rolnika, domownika), który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trwał lub okresowo całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym; • całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym powstała w okresie podlegania ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu lub w okresach wymienio-nych poniżej w pkt. 1 i 2, lub nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów; • podleganie ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu przez wymagany okres wynoszący co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> a) rok – jeżeli całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym powstała w wieku do 20 lat; b) 2 lata – jeżeli niezdolność ta powstała w wieku powyżej 20 lat do 22 lat; c) 3 lata – jeżeli niezdolność ta powstała w wieku powyżej 22 lat do 25 lat; d) 4 lata – jeżeli niezdolność ta powstała w wieku powyżej 25 lat do 30 lat, e) 5 lat – jeżeli niezdolność ta powstała w wieku powyżej 30 lat, przy czym wymagane 5 lat powinno przypadać w okresie ostatnich 10 lat przed złożeniem wniosku o przyznanie renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy.

Renta socjalna	<p>Przysługuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> osobom pełnoletnim; jeśli niezdolność do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu powstała przed ukończeniem 18. roku życia, w trakcie nauki (także podczas wakacji lub urlopu dziekańskiego), w szkole lub w szkole wyższej przed ukończeniem 25 lat, w trakcie kształcenia w szkole doktorskiej, studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej. 	Nie dotyczy (sprawy rent socjalnych osób spełniających kryteria rozpoznaje ZUS).
Dodatki	<p>Dodatek pielęgnacyjny do renty lub emerytury (dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, nie pobierających zasiłku pielęgnacyjnego wypłacanego przez gminę).</p> <p>Świadczenie uzupełniające, tzw. 500+ (dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, spełniających kryterium dochodowe przy otrzymywanych świadczeniach finansowanych z budżetu publicznego nie wyższych niż 2157,80 zł brutto).</p>	<p>Dodatek pielęgnacyjny do renty lub emerytury (dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, nie pobierających zasiłku pielęgnacyjnego wypłacanego przez gminę).</p> <p>Świadczenie uzupełniające, tzw. 500+ (dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, spełniających kryterium dochodowe przy otrzymywanych świadczeniach finansowanych z budżetu publicznego nie wyższych niż 2157,80 zł brutto).</p>

W szczególnych sytuacjach życiowych, takich jak:

- sieroctwo,
- bezdomność,
- bezrobocie,
- niepełnosprawność,
- długotrwała lub ciężka choroba,
- przemoc domowa,
- potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi,
- potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,
- trudności w integracji cudzoziemców,
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- alkoholizm lub narkomania,
- zdarzenie losowe i sytuacji kryzysowa,
- klęska żywiołowa lub ekologiczna,

możliwe jest objęcie pomocą społeczną. Jest ona realizowana przez miejskie lub gminne ośrodki pomocy społecznej. Ich zadania to:

- wspieranie osób i rodzin w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwianie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka;
- zapobieganie sytuacjom trudnym przez podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem.

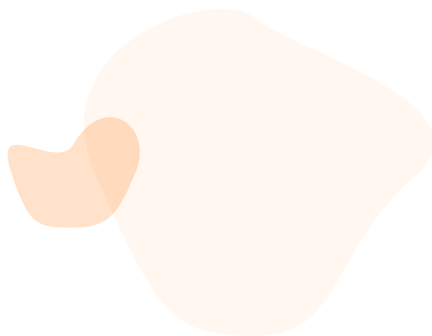


Tabela 5. Świadczenia z pomocy społecznej i świadczenia rodzinne

REALIZACJA	ŚWIADCZENIA	
	PIENIĘŻNE	NIEPIENIĘŻNE
Ośrodki pomocy społecznej	<ul style="list-style-type: none"> • zasiłek stały (dla osób niezdolnych do pracy w oparciu o kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej 776 zł i dla osoby w rodzinie 600 zł – stan na dzień 31.01.2023 r.); • zasiłek okresowy (w oparciu o kryterium dochodowe); • zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy (na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, ogrzewania, w tym opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu); • zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie; • pomoc na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki. 	<ul style="list-style-type: none"> • praca socjalna • bilet kredytowany • składki na ubezpieczenie zdrowotne • składki na ubezpieczenia społeczne • pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie • sprawienie pogrzebu • poradnictwo specjalistyczne • interwencja kryzysowa • schronienie • posiłek, dotacje do posiłków sprzedawanych w barach mlecznych • niezbędne ubranie • usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy • specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia • mieszkanie chronione • pobyt i usługi w domu pomocy społecznej • pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie – w formie rzeczowej dla osób usamodzielnianych

<p>Gminy (możliwe za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej)</p>	<p>Świadczenia rodzinne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) świadczenia opiekuńcze: <ul style="list-style-type: none"> • zasiłek pielęgnacyjny dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności; • świadczenie pielęgnacyjne dla osoby sprawującej stałą opiekę nad osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub w związku ze znacznie ograniczoną możliwością jej egzystencji, jeśli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 18. roku życia lub w trakcie nauki nie później niż do ukończenia 25. roku życia; • specjalny zasiłek opiekuńczy dla osoby sprawującej stałą opiekę nad osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub w związku ze znacznie ograniczoną możliwością jej egzystencji; 2) zasiłek dla opiekuna jako świadczenie będące realizacją wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 grudnia 2013 r., sygn. akt K 27/13; 3) zasiłek rodzinny z dodatkami; 4) jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka; 5) świadczenie rodzicielskie. 	
---	--	--

Inne rodzaje pomocy o charakterze materialnym:

- **W środowisku pracy.** Zapomogi lub/i refinansowanie poniesionych wydatków w związku z leczeniem i rehabilitacją (np. związki zawodowe czy Zakładowe Fundusze Świadczeń Socjalnych) dla pracowników, a także byłych pracowników (rencistów i emerytów). Zasady przyznawania określone są w wewnętrznych regulaminach.
- **Odszkodowania z ubezpieczeń.** Odszkodowania w związku z wystąpieniem zdarzeń takich jak choroba, pobyt w szpitalu, leczenie itd. Realizowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe na podstawie np. grupowych ubezpieczeń na wypadek choroby czy na życie, zawieranych w miejscach pracy lub indywidualnie, ubezpieczeń do produktów i usług bankowych (np. w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego raty są opłacane przez ubezpieczyciela).
- **Subkonta fundacji i stowarzyszeń** w postaci organizowanych zbiórek czy 1% podatku dochodowego od osób fizycznych.
- **Pomoc lokalna** kościołów, związków wyznaniowych, organizacji działających w środowiskach.



ROZDZIAŁ X

Mój organizator



SŁOWNICZEK

A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 25 lines.





Moje wizyty:

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



Dowiedz się więcej na:

www.akademiaczerniaka.org

www.zus.pl

www.krus.gov.pl

www.pfron.pl

www.samorzad.gov.pl

www.rehabilitacjakompleksowa.pfron.org.pl

www.intergracja.org.pl

www.hejkoniku.org.pl

Projekt graficzny: Grzegorz Foryszewski

Ilustracje: Sylwia Bis, Freepik

Wszystkie informacje zawarte w poradniku zostały opracowane wg danych aktualnych na listopad 2023.

**Akademia
Czerniaka**



**Pierre Fabre
Médicament**