

Rak karmiony niewiedzą. Polska rzeczywistość to wciąż chińskie ziółka, sok z buraka i skrajne, prowadzące do śmierci, niedożywienie

Internet obfituje w proste i przyjemne przepisy leczenia raka dietą, nawet w zaawansowanych stadiach choroby. Koci pazur ma uzdrawiać dzięki unikalnym alkaloidom, grzyby reishi za pomocą polisacharydów, a algi to moc spiruliny. Są i "leki" z warzywniaka, choćby wyciąg z buraka czy pestek moreli. Dietetyk z Centrum Onkologii odczarowuje mity.

Z jednej strony próby "leczenia dietą", opartą na suplementach, pestkach i tajemniczych ziołach z Dalekiego Wschodu. Z drugiej eliminowanie z jadłospisu niezbędnych składników odżywczych i brak pomysłu, czym je zastąpić. Zdezorientowani pacjenci, często milczący lekarze i pole do popisu dla szarlatanów. Ocenia się, że 30% pacjentów trafia do szpitala niedożywionych, a z tej grupy 75% pogłębia niedożywienie. Wielu można przedłużyć życie i poprawić jego jakość, choćby egzekwując obowiązujące już niemal od roku prawo i doceniając rolę żywienia klinicznego i dietetyki w leczeniu - przekonuje Aleksandra Kapała z Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Eliza Dolecka: Skuteczna dieta na raka powinna zawierać...

Aleksandra Kapała: Po pierwsze nie ma "diety leczącej raka". Właściwe żywienie wspomaga leczenie onkologiczne, ale nigdy nie może go zastąpić! Zastanawia mnie ta dysproporcja, dlaczego osoba, która zadaje dziesiątki pytań co do skutków przyjmowania chemioterapii w kontekście objawów ubocznych (i słusznie!), bez obaw łyka suplementy, zioła i inne "cudowne" leki, nie pytając ani o skład, ani o dowody na ich działanie.

Pół biedy, kiedy pacjenci sięgają po antynowotworowe produkty spożywcze jak brokuły, soki, orzechy. Oczywiście i one mogą spowodować dolegliwości i skutki odmienne od zamierzonych, jednak zdecydowanie "nie otrują". Bywa jednak, że chory w ogóle nie wie, co przyjmuje. Sięga na przykład po chińskie zioła, których sprzedawca zasłania się "tajemnicą handlową", a przecież niewykluczone, że poszczególne składniki mogą powodować istotne efekty uboczne.

Bo wierzy, że to tylko "ziołka", więc nie zaszkodzą? Niejeden pacjent ufa, że skoro nie zrezygnował z klasycznego leczenia, to dodatkowe wsparcie może tylko pomóc.

A.K.: Zioła, pestki roślin bywają niebezpieczne choćby ze względu na interakcje z lekami. Niektóre,

nawet obojętne na co dzień, w trakcie chemioterapii przeszkadzają w leczeniu - mogą wpływać na funkcje nerek, wątroby, płytek krwi. Wspomniana wcześniej amigdalina jest metabolizowana m.in. do cyjanków. Nie udowodniono jej "zabójczego" wpływu na komórki nowotworowe, za to może mieć wpływ toksyczny na zdrowe komórki nerek, czy wątroby, szpiku. Na ponad 200 badań dotyczących amigdaliny, żadne nie spełniało kryteriów dobrze zaplanowanego badania, które miałyby rzeczywistą wartość naukową.

Sprzedawcy "cudownych" leków także powołują się na badania, używają medycznej terminologii. Sugerują, że "spisek onkologów" i "cynizm firm farmaceutycznych" nie pozwala chorym wracać do zdrowia. Vilcacora czeka na rejestrację w Instytucie Leków...

A.K.: Chciałam podkreślić, że onkolodzy, pracownicy firm farmaceutycznych także umierają na raka. Koci pazur, czyli czepota puszysta czeka na rejestrację już ponad 20 lat i końca nie widać, a normalnie taka procedura wg Instytutu Leków zajmuje 210 dni. Po tym czasie Instytut zwraca dokumentację do uzupełnienia i można złożyć wniosek o rejestrację ponownie. Zawsze można wówczas powiedzieć "czekamy na rejestrację". Brak wiarygodnych dowodów, niespełnienie wymogów formalnych, takich, jakie obowiązują wszystkie środki lecznicze sprawia, że koci pazur w Polsce jest jedynie suplementem diety. Z drugiej strony stanowczo odpieram zarzut, że medycyna konwencjonalna lekceważy leki pochodzenia naturalnego! Sporo chemioterapeutyków pochodzi ze świata roślinnego jak choćby paclitaxel, który pochodzi z cisu, albo winkrystyna - z barwinka, to podstawowe leki używane w wielu schematach chemioterapii. Po prostu te substancje udowodniły swoje działanie antynowotworowe w rzetelnym procesie naukowej weryfikacji. Brak prawnych uregulowań, umożliwiających skuteczne ściganie za nieprawdziwe informacje, albo nawoływania do przerywania terapii konwencjonalnej, brak całościowych, rozsądnych programów edukacyjnych w zakresie żywienia - to wszystko sprawia, że jest luka, którą zapełniają fanatycy, albo oszuści. Szczęśliwie, zdecydowana większość pacjentów onkologicznych, z którymi mam kontakt, stosuje się do zaleceń lekarzy. Moja praca polega między innymi na tym, by odsetek łatwowiernych, zdezorientowanych był jeszcze mniejszy.

A cudowne uzdrowienia? Świadczenia "ocalonych"? Wszystko "fałszywki"? Przecież są dostępne oficjalne wspomnienia, zdjęcia, wyniki...

A.K.: Uzdrowienia... Wśród tych pacjentów wolnych od raka i wierzących, że pomogła im medycyna alternatywna, są w większości tacy, którzy korzystali z medycyny konwencjonalnej. Nawet, jeśli przzerwali cykl leczenia, przyjęte leki czy napromienianie, przebyta operacja zrobiły już swoje. Często też cudowne ozdrowienie to po prostu remisja choroby, a później niestety jej nawrót, o którym nikt już nie wspomina. Wreszcie nie każdy guz to zaraz rak. Więc wyleczenie z guza, to czasem de facto zniknięcie zmiany łagodnej, albo zapalnej. Niezwykle rzadko zdarzają się także spontaniczne remisje choroby, obserwowane np. w przypadku czerniaka, albo raka nerki. Pacjenci dający świadectwo niejednokrotnie posługują się tą terminologią dość swobodnie. Niekoniecznie w złej wierze, ale mogą

Nawet pacjenci, którzy znają te fakty, czasem po prostu chcą się łudzić. Świadome dorosłe dzieci stają przed dylematem, co robić z chorym rodzicem, który ślepo wierzy w jakieś suplementy, nawet zapewnia, że po aloesie z pektynami naprawdę poczuł się lepiej. Wygląda zdrowiej, lepiej znosi dolegliwości... Trudno ubezwłasnowolnić dorosłego człowieka, tylko dlatego, że jest chory, wyśmiewać coś, co "działa".

A.K.: Kwestia psychiki jest niezmiernie ważna. Niezaprzeczalnie. Bezpieczne rozwiązanie jest jedno: zapytać lekarza. Najlepiej prowadzącego onkologa. Czasem pacjenci się wstydzą. Wówczas można zapytać innego, kompetentnego lekarza, ale mając świadomość, że musi mieć pełną informację na temat stanu pacjenta. Nie zapominajmy, że są metody alternatywne, które lekarze akceptują. Można pić napar z pokrzywy jako źródło żelaza i innych mikroelementów, wspierać się naparem z jagód przy biegunce, albo siemieniem lnianym przy zapaleniu śluzówki przewodu pokarmowego. Suplementacja w tabletkach też bywa pomocna, ale trzeba wiedzieć, kiedy można ją stosować, a kiedy nie. Pamiętajmy, że nie ma wskazań do suplementacji witamin czy pierwiastków poza stanami ich udowodnionego niedoboru! Nadmiar witaminy A może prowadzić do uszkodzenia wątroby, a jodu do rozwoju nadczynności tarczycy, szczególnie u osób w wieku podeszłym. Nawet zwykłe produkty o działaniu antynowotworowym: orzechy, brokuły, olej lniany mogą spowodować niestrawność lub biegunkę jeśli jest ich w diecie za dużo. Nie ma sensu zwiększanie porcji! Wszystko musi być zbilansowane.

Jak pacjent ma to bilansować? Lekarz mu nie pomoże w układaniu każdego jadłospisu, a wiedza, że potrzeba tyle i tyle gramów czy mikrogramów jakiegoś składnika odżywczego to realnie niewiedza...

A.K.: Nikt o zdrowych zmysłach nie będzie oczekiwał od pacjenta onkologicznego, by samodzielnie układał swój jadłospis. To powinien zrobić dietetyk i/lub lekarz zajmujący się żywieniem klinicznym. Powoli zaczynamy to w Polsce realizować. Taki jadłospis musi być dla pacjenta czytelny, jasny. Niemal każdy ma w domu wagę, więc podanie masy produktu np. ryżu (nie ilości konkretnego składnika np. Wit.C) wystarczy. Czasem stosujemy też przeliczniki na szklanki, łyżki, etc. Dietetyka to potężna wiedza. Jeśli umiemy z niej korzystać, naprawdę wiele można. Jeśli pacjent jest wegetarianinem, nie ma sensu przestawiać go na mięso. Nie można jednak zarazem nie zaopatrzyć go w białko. Wracając do domu, pacjent wyleczony z choroby nowotworowej, musi wiedzieć, co ma zrobić dalej. Niedobory w ilości i jakości kalorii są dla pacjenta onkologicznego zgubne, prowadzą do powikłań, ze śmiercią włącznie.

Jak taki jadłospis dla chorego powstaje? Można go ściągnąć z internetu?

A.K.: Wyłącznie indywidualnie! Jadłospis dla każdego, to jadłospis dla nikogo. Pacjent, poza tym, że

cierpi na chorobę nowotworową, ma wiele cech wpływających na optymalną dietę. Istotna jest płeć, w przypadku kobiety to czy jest przed menopauzą, czy po, wiek, schorzenia współistniejące, choćby cukrzyca, choroby nerek i wątroby, a także główne dolegliwości: ból, wymioty, zaparcia, biegunki. Ważny jest oczywiście rodzaj choroby nowotworowej, jak i stopień zaawansowania, stosowane leczenie i jego etap. Inaczej będzie żywiony ktoś, kto zaczyna walkę z chorobą i ktoś na końcu drogi, wycieńczony samym schorzeniem i leczeniem. Niestety często się zdarza, że dopiero wtedy pacjent do nas trafia...

W pewnym sensie ma szczęście, jeśli w ogóle trafia. Wielu pacjentów nie dlatego szuka "diety na raka" w internecie, że nie ufa lekarzom, ale dlatego, że innej drogi uzyskania informacji nie zna...

A.K. Nieprawda, wiele jest do zrobienia w zakresie prawnym, jednak od stycznia 2012 roku mamy przełom: obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia o konieczności oceny stanu odżywienia pacjenta (karta NRS 2002). Na każdym oddziale - uwaga - na każdym oddziale szpitalnym jest obowiązek wypełnienia karty stanu odżywienia pacjenta. Karta nie musi być wypełniana jedynie w oddziałach hospitalizacji jednodniowej i SOR, bo te spełniają specyficzną rolę. Karta NRS 2002 jest prosta, punktowa, nie zabiera dużo czasu, by odpowiedzieć na zawarte w niej pytania. Jeśli wynik jest równy, bądź większy niż 3 punkty, należy skierować pacjenta na konsultację do zespołu żywieniowego lub i/lub poradni dietetycznej. Zgodnie z projektem rozporządzenia taki zespół powinien być w każdym szpitalu, np. w Centrum Onkologii w Warszawie jest od sierpnia 2012. MZ ostatecznie rozporządzenie w sprawie powstawania Zespołów Żywieniowych odłożyło na rok 2013. ZŻ składa się z lekarza, dietetyka, farmakologa klinicznego, wykwalifikowanej pielęgniarki i ewentualnie pracownika socjalnego. Jest zobowiązany zaproponować choremu pomoc w zakresie poprawy stanu odżywienia. Każdy pacjent ma prawo poprosić o ocenę stanu odżywienia.

Czy ocena dotyczy także pacjentów jeszcze w dobrej formie, z wagą w normie, etc.?

A.K.: Jak najbardziej! NRS 2002 trzeba wykonać u każdego chorego, bez względu na wyjściową masę ciała. NRS 2002 jest skalą wykrywającą niedożywienie i ryzyko jego rozwoju. Trzeba także myśleć perspektywicznie: co z tym pacjentem będzie się działo dalej. Jeśli np. właśnie wchodzi w 16-tygodniowy schemat radioterapii, to wiem, co będzie dalej, jak go zaopatrzyć, najskuteczniej chronić, nim dojdzie do wyniszczenia organizmu. Gdy już dochodzi do skrajnego wyczerpania, jesteśmy bezsilni, niezależnie od metod odżywiania, a pewne procesy metaboliczne są już nieodwracalne! Trzeba działać wcześniej - na etapie prekacheksji (przed wyniszczeniem) - i tu otwiera się nieskończone pole do działania dla poradni dietetycznych. Właściwa dieta jest zalecana na każdym etapie leczenia! - w przeciwieństwie do żywienia do- czy pozajelitowego, które ma swoje ścisłe wskazania i większość naszych chorych nie będzie go nigdy potrzebowało.

Jeśli pacjent zakończył hospitalizację, objęty jest jedynie opieką ambulatoryjną - kto zajmuje się jego dietą?

A.K.: Niestety, w Polsce brakuje poradni dietetycznych, nawet przy szpitalach onkologicznych, nie mówiąc już o innych. Żadna porada dietetyka nie jest kontraktowana przez NFZ, więc dla szpitala to strata. Dietetycy są zwalniani ze szpitali. Zatem - w szpitalu, tam gdzie istnieje zespół żywieniowy pomoc jest, a potem pojawiają się trudności. Jeśli pacjent wymaga specjalistycznej procedury, np. żywienia dojelitowego, nie ma problemu. Jest konsultowany przez specjalistów, a procedura refundowana. Jeśli nie wymaga żywienia sztucznego, poradę dietetyczną uzyska w prywatnych poradniach dietetycznych - za własne pieniądze. Najlepiej, by znalazł dyplomowanego dietetyka lub lekarza zajmującego się żywieniem klinicznym.

A co z pacjentami w najgorszym stanie? Specjaliści od żywienia pozajelitowego alarmują, że Polacy nie otrzymują należytej pomocy, co prowadzi do śmierci wielu chorych

A.K.: Tak, to prawda, że na żywienie pozajelitowe w warunkach domowych oczekuje wielu chorych, a średni czas oczekiwania to 4 tygodnie. Jednak żywienie pozajelitowe w onkologii to bardzo wąska grupa wskazań, kosztowna, trudna i obciążona największym odsetkiem powikłań. Wskazana tylko w przypadku całkowitej niewydolności jelit (niedrożności, ciężkiego zapalenia lub w przebiegu schematów chemioterapii do przeszczepienia szpiku). W większości przypadków możemy pomóc stosując właściwą interwencję dietetyczną, doustne, medyczne diety płynne i żywienie dojelitowe. Jest zdecydowanie bezpieczniejsze dla chorego, bardziej fizjologiczne i tańsze. Istotne, by specjaliści wkraczali na czas. W zakresie żywienia w onkologii wciąż raczkujemy, mamy jakieś 20 lat zapóźnień w stosunku do innych krajów Europy, USA i Australii. Są zaniedbania, ale i pierwsze wyraźne zmiany na lepsze. Choćby to rozporządzenie i coraz poważniejsze traktowanie wytycznych ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism). Właściwe żywienie to nie tylko poprawa wyników leczenia pacjenta onkologicznego, ale i zdecydowanie niższe koszty dla budżetu państwa.

Lek. med. Aleksandra Kapała, specjalistka chorób wewnętrznych i absolwentka dietetyki z Oddziału Chemioterapii Diennej i Szpitalnego Zespołu Żywieniowego, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Więcej na ten temat: [Facebook - dietoterapia w onkologii](#) lub [Dietetyka medyczna](#) - strony prowadzone przez doktor Aleksandrę Kapałę