

# Metastazující karcinom štítné žlázy u muže středního věku – komplexní paliativní péče

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D., MUDr. Věra Havlénová, Jana Kirschová, Mgr. Helena Hájková, Mgr. Radka Alexandrová

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad  
Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Karcinom štítné žlázy je z pohledu onkologické léčby řešen na poli chirurgie, endokrinologie a nukleární medicíny, ve většině onkologických center není pro toto onemocnění připravena komplexní logistika. To může být jeden z důvodů, proč se v klinické praxi setkáváme s případy, jako je popsáná kazuistika 58-letého muže s recidivující folikulární formou nádoru. Spinální metastatické šíření karcinomu štítné žlázy s útlakem v oblasti horní hrudní míchy u něj způsobilo během 1 měsíce kompletní ochrnutí dolních končetin, inkontinenci, neuropatické (dolní končetiny) a viscerální bolesti (těžká zácpa). Do popředí klinického stavu se postupně dostala psycho-sociální a spirituální bolest, úzkost, strach ze závislosti a také umírání.

Kvalita života nemocného byla narušena nejen symptomy pokročilého onemocnění, ale více nedostatečnou komplexností nabízené péče. Nejedná se o jednotlivá pracoviště, která jistě provedla svůj kvalitní a standardní výkon. V neprospěch nemocného hrála spíše diskontinuita péče. Článek se snaží poukázat na nedostatečnou připravenost našeho zdravotně-sociálního systému celou situaci v tomto modelu řešit.

**Klíčová slova:** folikulární karcinom štítné žlázy, holistický model nemoci, mobilní specializovaná paliativní péče, komunitní péče.

## Thyroid carcinoma in holistic palliative care

Thyroid carcinoma is treated on the platform of surgery, endocrinology and nuclear medicine. The complex oncology centres have are no logistic processes prepared for it. This could be one of reasons why a holistic model of disease is not practically used and it can affect patient's quality of life and goals of care.

The article points out the troubles in daily clinical care which have main reasons in discontinuity of care and shows difficulties with application of holistic treatment.

**Key words:** thyroid carcinoma, holistic disease model, home specialized palliative care, community care.

## Úvod (3)

Nádory štítné žlázy jsou poměrně vzácné, vyskytují se s incidencí 36 – 60 případů na 1 milion obyvatel, a mezi zhoubnými nádory zaujímají 0,5 – 1 % (3). Přesto patří u mladších lidí (ve věku do 45 let) mezi 5 nejčastějších karcinomů a počet těchto nádorů stále narůstá. Zhoubné onemocnění štítné žlázy postihuje dvakrát častěji ženy než muže. Rizikovým faktorem je předchozí radiační zátěž (např. stavy po ozařování krku, větší je jejich výskyt v oblastech, kde došlo k jaderným katastrofám apod.), výskyt v rodině, jiná onemocnění štítné žlázy, nedostatek jódu a hormonální vlivy.

Karcinomy štítné žlázy představují nehomogenní skupinu nádorů, jejich jednotlivé formy se liší nejen histologicky, ale především biologickým chováním. Vyžadují odlišné léčebné postupy a mají i různou prognózu – od nádorů s velmi příznivým průběhem a dobře ovlivnitelných terapií, které jsou nejčastější, až po vzácné typy s vysokou agresivitou. Karcinomy štítné žlázy rozdělujeme na diferencované (papilární a folikulární), nediferencované (anaplastický) a medulární karcinom štítné žlázy. Ve štítné žláze

se mohou vyskytnout nádory z lymfatické tkáně (lymfomy) nebo metastázy jiných malignit a vzácně sarkomy.

Folikulární karcinom tvoří 5 – 18 % nádorů štítné žlázy, častěji se vyskytuje u starších osob. Projevuje se jako tuhý rostoucí uzel v oblasti štítné žlázy, v pokročilejším stadiu jsou hmatné uzlinové metastázy na krku, méně časté jsou vzdálené metastázy v kostech, plicích nebo játrech. Funkce štítné žlázy nebývá změněna.

Podle klinických studií je u papilárního karcinomu 40-leté přežití u více než 85 % případů, u folikulárního 46 % a medulárního 25 % (Němec a spol. 1994). Zásadní je vhodně zvolená terapie, která kombinuje chirurgické odstranění štítné žlázy, léčbu radiojodem a hormonální supresi léčbu.

V případě metastatického postižení je pro prognózu zásadní jeho lokalizace. Pokud není možná kurativní, ani paliativní onkologická (chirurgická, zevní ozáření, radiojod) terapie, další vývoj onemocnění je výrazně ovlivněn nastavením, organizací paliativní péče. V poměrech českého zdravotnictví přitom zásadní roli hraje primární péče.

Paliat. med. liec. boles., 2009, 2(3): 125–128

## Kazuistika

*Publikováno se souhlasem pacienta.*

Začátkem srpna 2009 byl odeslán k hospitalizaci v rajhradském hospici zástupcem jeho praktické lékařky 58-letý muž, bez žádosti k přijetí či alespoň předchozího telefonického upozornění. Byl přijat s ohledem na závažnost stavu a nemožnost pobytu v domácím prostředí při akceleraci bolestí a imobilizačním syndromu.

## Anamnéza:

■ adenokarcinom štítné žlázy, stav po thyreoidektomií a krční disekci 6/08 (histologicky folikulární karcinom, T4N1b), stav po terapii radiojodem opakovaně, poslední 7/09, dle poslední PET (4/09) reziduum primárního tumoru, 7/09 zjištěna diseminace tumoru (pacient hospitalizován poté, co se u něj rozvinula během několika dnů středně těžká paraparesa dolních končetin) – metastatické postižení Th2 obratle (osteolýza Th2, ložisko s prominencí do páteřního kanálu, šířící se foraminálně i paravertebrálně, není indikována ortopedická intervence), následně

paliativní radioterapie na oblast Th1-3 (8 Gy, Masarykův onkologický ústav, Brno),

- indikován paliativní postup dle Ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Brno a Masarykova onkologického ústavu Brno (zde provedeno zevní ozáření metastatického páteřního procesu, bohužel klinicky bez pozitivního efektu), kortikoterapie, analgetická terapie.

Další diagnózy: před 10 lety zánět žlučníku komplikovaný pankreatitidou, stav po cholecystektomii, v mládí otřes mozku a vasoneuróza horních končetin, asi 3 roky sledován na urologii pro hypertrofii prostaty, stav po operaci karpálního tunelu vpravo v roce 1983, stav po operaci obou ramen, autohavárie 1994 s frakturou C7 a. a.

PA – pracoval jako horník, také hlídač v uranovém dole, nyní ve starobním důchodu, zároveň pobírá nemocenské dávky, SA – rozvedený, má děti – nestýkají se, občas se spojí telefonicky, má přítelkyni; zná svůj zdravotní stav, nemá zájem o duchovní službu, do budoucna uvažuje o propuštění do domácí péče – zajistit podmínky (pečovatelská služba, pomůcky, kdo bude zajišťovat péči doma?), abusus neguje, alergií udává pouze na obyčejnou náplast, poslední medikace: xatral, tramadol, paralen, letrox, fortectin, mydocalm, algifen, quamatel, dolmina.

### Objektivní nález při přijetí začátkem srpna 2009

58-letý muž, bez ikteru, klid. dušnosti, cyanosy, klidný, snaží se spolupracovat, pomůže rukama při přesunu na lůžko, v lůžku schopen se otočit, těžká paresa obou dolních končetin, senzitivita zachována, potíže s obštipací, inkontinence moči, kardiopulmonálně kompenzován, TK 130/80.

Hlava, krk: na krku jizva po TE, uzliny nehm., zornice izokor, reag., není mening., jazyk plazí středem, hrudník: dýchání alv.b.v.f., ozvy ohraničené, bez šelestů, břicho: mírně nad niveau, klidné, palpač. nebolestivé, hepar ani lien nehmátám, peristaltika přítomna, dolní končetiny: těžká paraparesa dolních končetin, bez známek hluboké žilní trombosy, periferní pulzace hmatné, dolní končetiny bez otoků, známek zánětu.

### Průběh hospitalizace

#### 2. týden

Pacient s generalizací i lokální recidivou tumoru štítné žlázy, paliativní onkologická péče. Bolesti kontrolované, imobilní v lůžku, inkontinentní dvojitě, rozšířena antidepressivní terapie, nyní se již jeví trochu klidnější, bolesti neguje.

Res: doprovázení ve fázi zlomu onemocnění, zajištění klidného a pokud možno bezbolestného průběhu onemocnění.

Psycholog: Pacient je lucidní, orientovaný, komunikativní bez problémů. O svém onemocnění byl informován průběžně, u nás sděleny informace o nemožnosti vyléčení a postupy paliativní péče. Pacient informace přijal, reaguje plaktivě, ovšem zcela přiměřeně situaci. Hlavním přáním je být doma – zemřít doma mezi svými, vzhledem k ochrnutí to pravděpodobně nebude organizačně možné – není aktuálně podpora ze strany rodiny. Hlavním tématem je nyní komunikace s ostatními – jak mluvit se známými, přítelkyní, dcerou z druhého manželství. V tuto chvíli je důležitý prostor pro otevřenou komunikaci. Fáze II.–III. dle Kubler-Rossově.

#### 3. týden

Pacient dnes vcelku dobře naladěný. V aktivitě jej udržuje řešení přesunu do domácího prostředí. Po snížení dávky gabapentinu zmírnění útlumu a rozmazaného vidění. Ke zhoršení bolestí nedošlo. Zůstaneme proto u nižší dávky. Současná terapie plně kompenzuje algický syndrom – oxycontin 2x 20 mg tbl., gabapentin 3x 100 mg, trazodon 75 mg večer.

Pacient ve stabilizované fázi nemoci, v průběhu fáze zlomu. Na nastavené terapii bez potíží, bez bolestí. Po snížení dávky gabapentinu se bolesti neobjevily, nežádoucí účinky jsou mírnější. Dnes proběhl společný rozhovor s pacientem a družkou za přítomnosti psychologičky ohledně eventuálního návratu domů za 3–4 týdny. Zatím domluveny nejbližší kroky. Družka pracuje na úpravách domku. Stráví některý den v hospici, aby viděla, jakou ošetrovatelskou péčí je nutno zvládnout. Poté vyzkoušíme propustku na kratší dobu. Podle toho se rozhodneme dál.

Psycholog: s pacientem a jeho družkou jsme řešili možnost pobytu v domácím prostředí. Mezi partnery je napětí, kdy pacient se cítí odmítán, reaguje naštvaně, velmi obtížně zvládá situaci, kdy je odkázán na činnost druhých. Partnerka si potřebuje vyzkoušet nároky péče a zjistit možnosti, zda pobyt doma bude vůbec reálný. Pacient je s danou situací celkově nespokojený, chtěl by domů. V tuto chvíli se vědomě ovládá, z projevu ovšem zřejmá zlost, což je přirozený způsob vyrovnávání se s nemocí.

#### 4. týden

Pac. na nastavené terapii t.č. stabilizovaný. Bez bolestí či jiných potíží, jen dochází k pozvolné progresi parézy DKK již téměř do plegie. Je rozhodnut, že se ještě dostane domů a usiluje

o to, jak jen je to možné. Organizačně je to ale náročnější. Neuvědomuje si dostatečně důsledky a náročnost péče o svou osobu.

Pacient se 5 dnů před propuštěním se svojí družkou v hospici oženil. 29. 9. 2009 propuštěn na svoji žádost domů, předtím stav nemocného prodiskutován s praktickým lékařem, protože pacient bydlí mimo dostupný region našeho domácího hospice, navržena přes praktického lékaře regionální agentura home care. Manželka poučena o ošetrovatelské péči, souhlasí, z hospice zapůjčeny potřebné pomůcky.

Farmakologická léčba při propuštění: Oxycontin 20 mg á 12 hod 1–0–1, Fortectin 4 mg 1–0–1, Helicid 20 mg 0–1–0, Dogmatil 1–0–1, Letrox 100 ug 2–0–0, Neurontin 100 mg 1–1–1, Trittico 75 mg 0–0–1, laxativa – lactulosa 1 lžice 2–3x denně, supp. glycerini obden, dostatek tekutin, MgSO4 roztok 30 ml ob den. Denně 2x 300 kcal formou sippingu.

### 2. hospitalizace

Příjem 13. 10. 2009: pacienta jsem dnes z důvodu snahy publikovat jeho případ v literatuře kontaktoval telefonicky, ihned na začátku rozhovoru mně oslovil, že má velké obtíže se stolicí a také bolesti žeber a břicha a jestli jej co nejdříve můžeme přijmout. Nabídl jsem mu, že dnes mám službu a je to možné na jednolůžkový pokoj – pacient tuto variantu ihned přijal, poté jsem ještě krátce hovořil s jeho manželkou, která se sama vyjádřila, že zajistí převoz po domluvě s praktickým lékařem.

Pacient sám odpoledne volal znovu, že PL není ochoten nic aktuálně zajišťovat bez vypsání nové žádosti a že on sám si zaplatí sanitku, jestli mu ji můžeme zajistit. Zajištěno, pacient ve stejný den odpoledne přijat na lůžko DLBsh Rajhrad.

### Stav při přijetí:

58-letý muž, bez ikteru, klid. dušnosti, cyanosy, neklidný, úzkostný, s kachektizací a pokročilou svalovou atrofizací, má zácpu, vybaveno větší množství měkké, hnědé stolice p.r., neurologicky pac. s paraplegií Dkk, poruchou citivosti, inkontinence dvojitě. TK 130/80, puls 75', na krku jizva po TE, uzliny nehm., zornice izokor, reagují, není meningeální, jazyk plazí středem, dýchání alveolární, bez vedlejších fenomenů, ozvy ohraničené, oslabena břicho mírně nad niveau, bez zn. ascitu, prohmatné, nebolestivé při jemné palpaci, citlivé nicméně difusně při hluboké palpaci, bez zřetelné resistance, snad až na levé hypogastrium, H+L nehm., tapotment bilat. negativní, plegie dolních končetin, atrofizace svalů, bez zánětu či

otoků, puls hmatné do periferie, pacient udává křečovitě bolesti v epigastriu.

Z vyšetření a rozhovoru s nemocným je zřejmé, že v popředí byla jeho úzkost a nemožnost se vyrovnat se situací, kdy je závislý na okolí, také pravděpodobně ne zcela funkční prostředí domácí péče a medicínsky těžká zácpa. Před 4 dny mu byla stolice vyrobena na chirurgii, protože prý „praktický lékař odmítl tento výkon doma provést“. Z našeho pohledu nyní budeme řešit nastalé symptomy, stolice aktuálně vyrobena a do péče přidán prothiaden, triticco odejmuto, v dosavadní dávce nebylo dostatečně účinné, dále pohovor s rodinou, psychologická podpora. Pacient aktuálně zůstává na lůžku DLBSH Rajhrad.

## Diskuse

V předchorobí od poloviny července byl pacient hospitalizován na sektorové neurologii, poté interním oddělení, poté ortopedické klinice, odkud byl koncem července propuštěn. Praktický lékař nemocného nebyl o propuštění telefonicky vyrozuměn, nemocný byl jen částečně mobilní, družka v tu dobu v zahraničí, praktický lékař na dovolené, přítomen pouze jeho zástupce, bolesti nebyly řešeny, ani zácpa. Nemocný byl až v hospici plně informován na svoji žádost o rozsahu svého onemocnění, důvodech obtíží, které byly cca do týdne adekvátně zaléčeny tak, že bolest z VAS (vizuální analogová škála) 6–7 byla zmírněna na VAS 0–2.

Možná se zeptáte, proč uvádím tento „běžný“ případ. Odpovídám, že právě proto, že je „běžný“. Sám jsem si kladl v průběhu obou pobytů nemocného u nás v hospici řadu otázek – jak by probíhala tato fáze jeho života:

- pokud by byl již od počátku sledován z hlediska celkového stavu nejen praktickým lékařem, ale také specialistou, a to v úzké vzájemné spolupráci;
- pokud by byl plně informován o rizicích, vyplývajících z metastatického postižení horní hrudní páteře, tedy i o tom, že ochrnutí může postupovat;
- pokud by na tyto rozhovory byla pozvána jeho rodina – v tomto směru mohl významnou roli sehrát jeho praktický lékař;
- pokud by existoval dostupný model podpory péče v domácím prostředí, který by umožnil řešit nejen symptomy fyzické, ale také psychické, komplikace sociální a v neposlední řadě pomohl nemocnému se životní bilancí a tedy i oblastí spirituální.

Nemocný se vrátil do hospice, dnes – v době kdy píše tento článek – se jeho stav již přesunul

do terminální fáze nemoci. Rozvíjející se slabost horních končetin ukazuje na možnost růstu nádoru kranálně v páteřním kanálu, je zřetelná výrazná nechuť k jídlu, slabost svalová na horních končetinách je dána i ztrátou svalové hmoty, jsou více a častěji bolesti, nyní více viscerální. Je nicméně také zřejmá nižší tolerance k obtížím, je velmi neklidný s ohledem na vývoj své zdravotní, ale i sociální situace. Bohužel není pravděpodobné, že by se ještě vrátil domů, partnerka – nyní již manželka – má sama zdravotní problémy a není další rodinný pečovateli. Přesto jsem přesvědčen, že tomuto „dramatickému“ (alespoň z pohledu pacienta) vývoji bylo možno předejít, a to právě lepší organizací péče v době akutní fáze obtíží a v neposlední řadě i pokud by nabídka služeb domácí zdravotní i sociální podpory mohla být vstřícnější.

## Závěr

Jedním z možných řešení péče o křehké nevléčitelně nemocné je model **Mobilní specializované paliativní péče (MSPP)**. Ta ovšem u problematiky tak měnlivé nesmí zůstat osamocena. To je také důvodem, proč zvláště ve Velké Británii a nyní i dalších nejen evropských zemích je více uplatňován model „komunitní péče“. Jeho základním principem je propojení (osobní kontakt, spolupráce, předávání nemocného, snaha o sjednocení komunikace) sítě ambulantních i lůžkových poskytovatelů akutní a následné péče v regionu v úrovni komunikační a kompetenční. Tento model nejlépe reflektuje nejen potřebnost péče a její ekonomickou návratnost, ale především potřeby nemocných a jejich blízkých (2, 4, 5).

Základním principem je existence specializovaných koordinátorů péče, především v sesterské rovině. Zdravotní sestra má za úkol základní diagnostiku i management symptomů a komplikací v péči o klienta v jeho přirozeném prostředí – **komunitě** (domov či náhradní sociální prostředí, v Anglii sem ale patří i konziliární činnost v regionální nemocnici). Jejím úkolem je pomoci zvýšit kvalitu života nemocného a snížit počet rehospitalizací pomocí edukace a podpory nemocného a jeho blízkých. Jedná se například o lepší porozumění diagnóze, obtížím, management případných komplikací v mnohdy pouze telefonické spolupráci se specialistou lékařem, dietním opatřením, možnostem života s nemocí – také tedy lepší přizpůsobení a spolupráce nemocného.

Samozřejmostí je velmi úzká spolupráce s praktickým lékařem a specialistou, u kterého je pacient v péči. V případě rizika akutních kom-

plikací se připravují dopředu scénáře jejich řešení ve spolupráci s nemocným a jeho blízkými a při nepoměru mezi možnostmi zajištění péče v přirozeném prostředí a kvalitou života nemocného se řešením stává lůžková paliativní péče, ne vždy nutně specializovaného charakteru. I v zařízení například typu LDN (zhoršení mobility, nutná bazální úprava terapie, přechodná respirační infekce apod.) totiž působí dále výše uvedená zdravotní sestra a i zde je stejně jako u praktického lékaře kontaktní osobou pro spolupráci se specialistou. Tento model samozřejmě předpokládá spolupráci mezi zdravotníky a také vstřícnost zdravotní pojišťovny.

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP (dále ČSPM) na základě zadání Ministerstva zdravotnictví České republiky předložila v květnu 2009 základní kritéria, která považuje za nezbytná pro kvalitní poskytování domácí paliativní péče v prostředí českého zdravotnictví. S ohledem na vývoj paliativní péče v ČR a zesilující zájem o problematiku neonkologické paliativní péče, usiluje ČSPM ČLS JEP o prosazení modelu, který umožňuje flexibilně zhodnotit potřeby nevléčitelně nemocného a jeho blízkých a reflektovat je v návaznosti na kvalitu života nemocného a efektivitu péče. Dotýkáme se tak samozřejmě i ekonomických parametrů, se snahou o redukci nadbytečných výkonů, polypragmázie, či transportů nebo hospitalizací. Na druhé straně nás významně zajímá otázka kvalitní diagnostiky u lůžka pacienta, symptomové léčby, zajištění péče mimo základní pracovní dobu či psychosociální a spirituální poradenství, z části nesené i lékařsko-ošetrovatelským týmem.

*Indikační kritéria* mobilní specializované paliativní péče musí obsahovat:

- Nevléčitelný charakter onemocnění, kauzální léčba ukončena.
- Omezenou životní prognózu (3 měsíce, v případě delšího přežití nutná spolupráce s revizním lékařem ZP a s ohledem na performance status možné pokračování úhrady).
- Pacient si přeje péči v domácím prostředí a jsou vhodné podmínky poskytování péče – důležitá je spolupráce rodiny nemocného.
- Celkový stav – performance status, za indikační kritériem se považuje dosažený performance status 60% a nižší.

*Organizační kritéria:*

- MSPP je formou odborné lékařské a ošetrovatelské péče, určené pacientům, kteří komplexností svých potřeb přesahují možnosti praktického lékaře a standardní

domáci zdravotní ošetrovateľské péče (home care).

- U časti pokročile nevléčiteľne nemocných pacientů je možné dostatečnou péči zajišťit součinností praktického lékaře a stávajících služeb home care s příležitostnou ambulancí kontrolou nebo konzultací lékaře specialisty v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti.
- MSPP provádí multidisciplinární tým s jasně definovaným zastoupením medicínské, psychologické, sociální a spirituální složky. 24/24, 7/7 dostupnost sestry a také lékaře s kvalifikovanými vstupy dle potřeb nemocného a fáze onemocnění. Tým využívá informací a spolupráce PL, ale preskripci symptomové léčby vede samostatně, stejně jako rozhoduje o charakteru a intenzitě návštěvní služby. Pečlivá dokumentace rozsahu péče je nutností.
- Předání pacienta praktickým lékařem do péče MSPP má charakter předání do péče odborné ambulance (dispenzarizace).

- Tým MSPP s registrujícím PL spolupracuje a pravidelně ho informuje o vývoji klinického stavu pacienta.
- Jednotliví členové základního týmu jsou vázáni nejméně úvazkem 0,5.
- Návaznost sesterských kódů na specializovaný lékařský výkon, včetně indikace – nezbytná podmínka zajištění indikované péče s ohledem na principy našeho zdravotního systému a kompetence sester.
- Garance odborné společnosti – multidisciplinarita včetně personálního a technického vybavení musí být garantována ČSPM.
- Zajištění podpory rodiny týmem i v období úmrtí a po smrti pacienta – péče o pozůstalé.

Závěrem chci zdůraznit, že cílem České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP je prosadit konziliární a podpůrné týmy, které ať v původním, či náhradním sociálním prostředí, nebo i regionálních zařízeních akutní či následné péče, budou působit jak v přímé tak poradenské specializované paliativní péči. Právě model doplňu-

jící se a propojené kurativní a paliativní péče je navíc vstřícným řešením pro období fáze zlomu jak onkologických, tak neonkologických nevléčitelných onemocnění – ze strany zdravotního systému i společnosti.

## Literatura

1. Vorlíček J, Adam Z a kol. Paliativní medicína. 2. vydání. Grada Publishing, Praha 2005: 480.
2. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. Paliativní medicína pro praxi. Galén, Praha 2007, ISBN 978-80-7262-505-5: 362.
3. www.linkos.cz – oficiální stránky České onkologické společnosti ČLS JEP.
4. Morrison R, Meier D. Geriatric Palliative Care. Oxford University Press, U.S.A. 2003: 430.
5. Watson M, Lucas C, Hoy A. Adult palliative care Guyance. Second edition, London 2006: 348.

### MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

*Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa Rajhrad*  
Jiráskova 47, 664 61 Brno  
kabelka@seznam.cz



## Tlačová správa

### II. Fórum onkologických pacientov

**V dňoch 29. – 30. októbra 2009 zorganizovala Liga proti rakovine II. Fórum onkologických pacientov v City Hotel Bratislava. Zúčastnili sa ho onkologickí pacienti zo všetkých regiónov Slovenska, odborníci – z onkológie, psychológie, či sociálneho poradenstva, ako aj zástupcovia rôznych inštitúcií.**

Podujatie sa uskutočnilo pod záštitou Európskej asociácie Líg proti rakovine (ECL), Slovenskej lekárskej spoločnosti, Slovenskej onkologickej spoločnosti a v spolupráci s kanceláriou WHO v Bratislave. Cieľom II. ročníka tohto projektu bolo nadviazať na úspešný I. ročník (konal sa v roku 2006) a opäť vytvoriť priestor na osobný dialóg medzi onkologickými pacientmi, lekármi a zástupcami zdravotníckych či iných inštitúcií.

Pacienti prostredníctvom programu získali priamo od odborníkov informácie o najnovších trendoch v starostlivosti o pacienta v oblastiach geriatrickej onkológie, klinického skúšania, alternatívnej a komplementárnej medicíny, pohybovej aktivity a únavy, psychosociálnej pomoci, ale aj o *Linke pomoci* – informačnej a poradenskej službe LPR, o hepatitíde či význame očkovania proti HPV.

Jednotlivé témy prednášok i diskusie objasňovali prístupy v lekárskej starostlivosti s ohľadom na vek pacientov a tým aj odlišnosti aplikovaných liečebných protokolov. Za veľmi potrebné sa považovalo osvetlenie rôznych alternatívnych a komplementárnych spôsobov liečby v onkológii, aby nedochádzalo k zneužívaniu neinformovaného

pacienta. V rámci integratívnej onkológie boli predstavené nové metódy i techniky zlepšujúce pohybovú aktivitu a následne odbúravanie znepríjemňujúcich stavov, ako je depresia, nespavosť, nezájum o život, nechutenstvo. Zvláštna pozornosť sa venovala stále diskutovanému problému komunikácie s lekárom a nedostatku informácií.

Výsledkom II. Fóra onkologických pacientov bolo vypracovanie rezolúcie, ktorá bola plénom schválená. Jej hlavnou myšlienkou je na Slovensku vytvoriť integrovaný *Národný onkologický plán*, aby sa podľa požiadaviek Komisie EÚ a WHO upriamila pozornosť vlád členských štátov EÚ na potrebu zlepšenia súčasnej situácie smerom k informovanosti, prevencii, liečbe, rehabilitácii a výskumu. Rezolúcia bude zaslaná LPR na kompetentné inštitúcie (Úrad vlády SR, MZ SR, MPSVaR, Slovenskú onkologickú spoločnosť, Slovenskú lekársku spoločnosť, a pod.) a jej znenie sa nachádza aj na [www.lpr.sk](http://www.lpr.sk).

Celkovo sa II. Fóra onkologických pacientov zúčastnilo 212 pacientov z celého Slovenska. Náklady na ubytovanie a stravovanie hradila v plnom rozsahu LPR z darov fyzických a právnických osôb a z asignácie 2 % dane z príjmu.

Ing. Mgr. Martina Myjavcová  
Liga proti rakovine  
myjavcova@lpr.sk

