

Z roku na rok wzrasta rozpowszechnienie terapii niekonwencjonalnych w leczeniu nowotworów. Związane jest to m.in. z coraz powszechniejszym dostępem do ogromnych zasobów danych internetowych, jak i z rosnącą świadomością i determinacją chorych oraz ich rodzin. Stosowane przez wielu chorych, równoległe z leczeniem standardowym, niekonwencjonalne strategie terapeutyczne mogą wpływać zarówno na jego skuteczność, jak i na łagodzenie efektów ubocznych. Terapie niekonwencjonalne, stosowane jako uzupełnienie leczenia standardowego – odpowiednio dobrana dieta, akupunktura, joga, medytacje, czy określone preparaty ziołowe, w istotnym stopniu poprawiają komfort życia chorych i ich nastawienie do walki z nowotworem. Niestety, wielu chorych stosuje leczenie niekonwencjonalne jako alternatywę dla medycyny klasycznej, a to bardzo często wiąże się z drastycznym pogorszeniem rokowania. Poza tym, szereg niekonwencjonalnych strategii terapeutycznych, a w szczególności niektóre preparaty ziołowe mogą wywoływać również poważne, zagrażające życiu objawy niepożądane, związane m.in. z toksycznym uszkodzeniem wątroby czy nerek. Od 1992 r. w ramach Narodowego Instytutu Zdrowia (NIH), w USA działa Biuro Medycyny Alternatywnej (OAM) zajmujące się zbieraniem danych dotyczących terapii niekonwencjonalnych. Szacuje się, że 99 proc. chorych onkologicznych słyszało o alternatywnych metodach leczniczych, a 83 proc. stosowało przynajmniej jedną niekonwencjonalną strategię leczniczą. Spośród chorych stosujących terapie niekonwencjonalne 1/3 uważa, że terapia alternatywna jest ich w stanie całkowicie uleczyć. Medycyna niekonwencjonalna jest najczęściej stosowana w przypadku zaawansowanej choroby, a stosujący ją chorzy są bardziej optymistyczni i mają zdecydowanie większe poczucie kontroli nad własnym położeniem. Co więcej, chorzy

Terapie niekonwencjonalne, alternatywne i uzupełniające w onkologii

– nadzieja czy przekleństwo?

Unconventional, alternative and complementary therapies in oncology: hope or curse?

Piotr J. Wysocki

Zakład Immunologii Nowotworów, Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

WSTĘP

Sposoby leczenia chorób nowotworowych podlegają ciągłym zmianom. Jest to wynikiem badań prowadzonych w specjalistycznych ośrodkach badawczych na całym świecie. Nowe odkrycia z zakresu epidemiologii, patogenezy oraz biologii procesów nowotworowych prowadzą do powstania kolejnych generacji leków, mających coraz skuteczniej zwalczać raka. Nowe leki przed dopuszczeniem do obrotu muszą zostać przetestowane zgodnie z ogólnie przyjętymi standardami światowymi. Wymagają one badań laboratoryjnych, testów w modelach zwierzęcych, a w końcu badań klinicznych na ściśle dobranych grupach chorych. Dopiero taka analiza nowych leków może doprowadzić do ich udostępnienia pacjentom.

Powyższe procedury nie dotyczą jednak coraz popularniejszych tzw. alternatywnych, niekonwencjonalnych czy uzupełniających metod leczenia nowotworów, które są szeroko dostępne na rynku. Alternatywne metody lecznicze to zabiegi, które mogą zastąpić medycynę konwencjonalną, a w związku z tym powinny podlegać naukowej weryfikacji w badaniach klinicznych. Z kolei

metody uzupełniające to dodatek do tradycyjnych terapii, a ich zadaniem jest m.in. łagodzenie niektórych objawów ubocznych leczenia oraz poprawa samopoczucia. Alternatywne metody lecznicze można scharakteryzować w następujący sposób: (I) cele ich stosowania zawarte są między kontrolą objawów choroby a całkowitym wyleczeniem, (II) mogą dotyczyć pojedynczego narządu, objawu lub chorego w całości, (III) środki o działaniu terapeutycznym mogą mieć prosty skład i być wytwarzane w domowym zakresie lub stanowić wysoko przetworzone substancje, wymagające użycia specjalistycznych linii produkcyjnych, (IV) ich stosowanie może wymagać różnego zaangażowania terapeuty, (V) ich skuteczność może być bardzo wysoka lub praktycznie żadna, a czasem metody te okazują się bardzo szkodliwe.

Alternatywne metody lecznicze od dawna są uznane za integralną część medycyny. W 1992 r. w ramach Narodowego Instytutu Zdrowia, w USA utworzono Biuro Medycyny Alternatywnej. Narodowa Biblioteka Medyczna USA w 1995 r. zwiększyła liczbę dostępnych słów kluczowych i włączyła do swoich

poddający się leczeniu alternatywnemu w większości czują się opuszczeni przez swoich lekarzy oraz nie są usatysfakcjonowani dotychczasowymi efektami leczenia standardowego.

Lekarze powinni mieć świadomość, że niekonwencjonalne metody lecznicze są bardzo rozpowszechnione wśród pacjentów i że niezbędna jest dyskusja z chorym na temat tego typu terapii. Dzięki temu chorzy będą mieli poczucie lepszej opieki, a lekarze całkowitą kontrolę nad odpowiednim leczeniem pacjentów.

Słowa kluczowe: medycyna niekonwencjonalna, alternatywna, uzupełniająca, nowotwory, onkologia.

baz danych czasopisma z zakresu medycyny alternatywnej. Wiele uniwersytetów w USA stworzyło katedry i zakłady, których zadaniem jest dogłębna ocena skuteczności i bezpieczeństwa terapii niekonwencjonalnych. Wiele uczelni medycznych w USA prowadzi również specjalistyczne kursy z zakresu alternatywnych metod leczniczych.

Ubezpieczalnie w USA mają w ofercie programy ubezpieczeniowe, które pokrywają koszty zabiegów wykonywanych przez terapeutów medycyny niekonwencjonalnej. W jednym z programów *Western Life Insurance Company* praktycy medycyny alternatywnej mogą być lekarzami pierwszego kontaktu. Sześć stanów wymaga od firm ubezpieczeniowych pokrywania kosztów zabiegów akupunktury, która jest dobrym przykładem terapii alternatywnej o udowodnionej skuteczności w zakresie zwalczania bólu czy leczenia uzależnień.

Biuro Medycyny Alternatywnej podzieliło terapie niekonwencjonalne na 7 kategorii: 1) dieta i odżywianie, 2) techniki psychofizyczne, 3) bioelektromagnetyka, 4) alternatywne systemy medyczne (medycyna historyczna i ludowa), 5) zabiegi farmakologiczne i biologiczne, 6) manualne metody lecznicze, 7) ziołolecznictwo.

DIETA I ODŻYWIANIE

Dieta przeciwnowotworowa stanowi jeden z najwcześniej stosowanych alternatywnych sposobów leczenia raka [1]. Wielu pacjentów korzysta z niekonwencjonalnych sposobów odżywiania. Powszechnie akceptowany jest fakt, że dieta obfitująca we włókno, warzywa, owoce oraz tzw. przeciwutleniacze, a eliminująca tłuszcz znacząco redukuje ryzyko rozwoju choroby nowotworowej [2–4]. Niektórzy propagatorzy medycyny niekonwencjonalnej posuwają się jednak znacznie dalej i przekonują, że stosując ściśle określone diety można osiągnąć całkowitą i długotrwałą remisję.

Najpopularniejsza aktualnie dieta, oparta na makrobiotykach, wywodzi się ze starożytnej Japonii. Dostarcza ona 50–60 proc. kalorii z pełnych ziaren, 25–30 proc. z warzyw, a resztę z fasoli, wodorostów oraz soi. Dieta ta nie zawiera mięsa i pewnych rodzajów warzyw, a główny nacisk kładzie na spożycie soi. Soja, w porównaniu do białek zwierzęcych, istotnie obniża poziomy cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL oraz trójglicerydów. Uważa się, że wpływ na gospodarkę lipidową może być głównym mechanizmem przeciwnowotworowego działania soi [5].

TECHNIKI PSYCHOTERAPEUTYCZNE

Do tej kategorii należą m.in. medytacja, joga, grupy wzajemnego wsparcia. W zmniejszaniu stresu oraz w kontroli specyficznych reakcji fizjologicznych skuteczne są techniki medytacyjne. Wielu zwolenników tej metody uważa, że może być ona skuteczna jako działanie profilaktyczne, a nawet jako sposób leczenia chorób nowotworowych. W badaniach opublikowanych w 1989 r. wykazano, że chore na raka piersi, które brały udział w cotygodniowych zajęciach w ramach tzw. grup wzajemnego wsparcia żyły 2-krotnie dłużej od chorych niepoddawanych tego rodzaju terapii [6].

BIOELEKTROMAGNETYKA

Dziedzina ta opiera się na teorii głoszącej, że pole elektromagnetyczne może w istotny sposób modulować funkcje komórek, tkanek i narządów w organizmie ludzkim. Zwolennicy metod bioelektromagnetycznych uważają, że pole magnetyczne, charakteryzujące się dużą przenikalnością może penetrować w głąb ciała ludzkiego i poprzez zmianę rozkładu dipoli elektrycznych naprawiać uszkodzone tkanki, włącznie z nowotworowymi. Skuteczność metod bioelektromagnetycznych nie została jednak do tej pory naukowo potwierdzona.

Unconventional therapies, Complementary/Alternative Medicine (CAM), are becoming more and more popular among cancer patients. The phenomenon is based on an easy access to the world wide web and to the increasing consciousness and determination of patients and their families. CAM approaches can modulate both the efficacy of the standard treatment and its adverse effects. Complementary treatment applied along with a classical therapy e. g. proper diet, acupuncture, yoga, meditation or some herbs can significantly improve patients' quality of life and their determination to fight cancer. However, patients treated solely with CAM as an alternative to the standard treatment have dramatically poorer prognoses. Moreover, several alternative approaches, mostly herbal drugs may induce life-threatening side effects such as a liver or kidney failure.

In 1992, the National Institutes of Health created the Office of Alternative Medicine which has been collecting information on every aspect of unconventional therapies. One assumes that around 99% of cancer patients have heard of CAM and of those, 83.3% have used at least one CAM approach. More than 30% of CAM-treated patients believe that they can be totally cured. The CAM is mostly used in the case of an advanced cancer, and such patients are more optimistic and have more control over their own situation. Moreover, patients receiving CAM treatment feel abandoned by their doctors and are not satisfied with outcomes of the standard treatment.

Oncologists must be aware that unconventional treatments are popular among the society and that they also have to discuss this aspect of therapy with their patients. As a result of such a discussion the patient will be convinced of a good and complete treatment applied by his doctor, and the doctor will have a total control over the whole therapy.

Key words: unconventional medicine, alternative, complementary, cancer, oncology.

Biuro Medycyny Alternatywnej finansuje programy badawcze, mające na celu weryfikację efektywności metod bioelektromagnetycznych w leczeniu raka. Badania na modelach zwierzęcych polegają na umieszczeniu elektrody dodatniej i ujemnej po przeciwnych stronach guza i wymuszaniu przepływu prądu w tkance nowotworowej. Metoda ta jest od kilkudziesięciu lat rozpowszechniona w Chinach.

MEDYCYNĄ TRADYCYJNA I LUDOWA

Metody lecznicze wykorzystywane przez medycynę tradycyjną opierają się na całkowicie odmiennej koncepcji niż zaakceptowana przez współczesną medycynę. Dwa najważniejsze niekonwencjonalne systemy lecznicze to tradycyjna medycyna chińska i hinduska Ayur Veda. Głównym elementem charakteryzującym chińską medycynę jest *chi* – siła życiowa, która przepływa przez kanały energetyczne *meridiany*. Leczenie poszczególnych schorzeń, w tym raka, dokonywane jest przez wzmocnienie i równowagę *chi*, co może zostać osiągnięte poprzez stosowanie takich ćwiczeń, jak *qi gong* i *tai chi*, zabiegi akupunktury i akupresury oraz stosowanie ziół leczniczych. W USA wielu chorych na nowotwory chętnie korzysta z różnych technik medycyny chińskiej jako terapii uzupełniającej.

Elementami charakterystycznymi dla Ayur Veda są joga i medytacja, których celem jest wzmocnienie relacji ciało-umysł, a przez to osiągnięcie zamierzonego efektu terapeutycznego.

TERAPIE FARMAKOLOGICZNE I BIOLOGICZNE

Jest to najbardziej kontrowersyjna dziedzina medycyny alternatywnej. Jednym ze znanych przykładów są antyneoplastony wynalezione przez dr. Stanisława Burzyńskiego, stosowane w jego klinice w Huston w Teksasie (USA) [7]. Badania mające na celu potwierdzenie istnienia antyneoplastonów, przeprowadzone przez niezależnych naukowców, zakończyły się niepowodzeniem [8].

Pomimo tego wyniki kliniczne uzyskane przez Burzyńskiego skłoniły Narodowy Instytut Rakowy w USA do przeprowadzenia prospektywnych badań na ograniczonej grupie dzieci z nowotworami mózgu. Program ten nie został jednak ukończony, z powodu zbyt małej liczby zakwalifikowanych chorych.

Kolejnym przykładem niekonwencjonalnej terapii farmakologicznej jest zastosowanie chrząstki rekina. Metodę tę opisał w 1992 r. I.W. Lane w książce zatytułowanej *Sharks Don't Get Cancer*. W badaniach *in vitro* i *in vivo* wykazano, że chrząstka rekina zawiera szereg białek o działaniu antyangiogennym [9]. Białka te jednak, z powodu dużej masy cząsteczkowej, nie przenikają ze światła przewodu pokarmowego do krwiobiegu i w konsekwencji ulegają rozkładowi w jelicie i wydaleniu z organizmu [10]. Jest to definitywny dowód na to, że powszechnie dostępne doustne preparaty chrząstki rekina oprócz efektu *placebo* nie wywierają efektu terapeutycznego.

Kolejnymi przykładami niekonwencjonalnych preparatów przeciwnowotworowych są chrząstki bydlęce oraz wyciągi z krowich tchawic – *Catrix*. W badaniach oceniających skuteczność tych preparatów wykazano, że wywierają one ponad 100 tys. razy słabszy efekt antyangiogenny niż kontrowersyjne chrząstki rekina [9].

Innym rodzajem terapii niekonwencjonalnej są tzw. terapie metaboliczne, których stosowanie jest zakazane w USA, a są powszechnie dostępne w Meksyku. Podstawą tej metody jest agresywna dieta, zawierająca znikome ilości sodu przy bardzo dużych stężeniach potasu; zawierająca megadawki określonych witamin czy mikroelementów. Terapie metaboliczne wiążą się z dużym ryzykiem wystąpienia poważnych zaburzeń metabolicznych oraz z toksycznymi uszkodzeniami wątroby lub mózgu.

Dostępne wyniki badań klinicznych oceniających skuteczność witamin w profilaktyce i terapii nowotworów nie są obiecujące. W leczeniu raka jelita grubego witamina C nie wykazywała przewagi nad *placebo*, zarówno w aspekcie przeżyć całkowitych, jak i czasu do progresji [11]. Beta-karoten i witamina E, charakteryzujące się silnym działaniem antyoksydacyjnym, nie zmniejszały ryzyka zachorowania na raka płuca wśród palaczy [12, 13]. Stosowanie antyoksydantów jest szczególnie problematyczne w przypadku chorych poddawanych równocześnie radioterapii, której efekt terapeutyczny jest związany z wytwarzaniem wolnych rodników tlenowych.

MANUALNE METODY LECZNICZE

Jednym z najpopularniejszych zabiegów zaliczanych do manualnych metod leczniczych jest tzw. dotyk terapeutyczny. W czasie zabiegu terapeuta przesuwa dłoń kilka centymetrów nad ciałem pacjenta i usuwa tzw. blokady w jego polu energetycznym. Zasady dotyku terapeutycznego są wykładane w większości szkół pielęgniarstwa w USA. Zabiegi te, mimo krytyki, są powszechnie wykonywane na świecie i cieszą się dużą popularnością wśród chorych. Metody manualne, podobnie jak wszelkiego rodzaju masaże, w dużym stopniu przyczyniają się do uspokojenia i zmniejszenia napięcia psychicznego chorego.

ZIOŁOLECZNICTWO

Tradycja leczenia różnego rodzaju schorzeń przy pomocy ziół sięga zamierzchłych czasów. Każdy region świata charakteryzuje się własnymi, unikalnymi zestawami ziół, stosowanymi w celu leczenia określonych chorób. Pomimo istnienia wielu rodzajów ziół podejrzewanych o działanie przeciwnowotworowe, tylko nieliczne zostały szeroko rozpowszechnione przez propagatorów terapii alternatywnych w onkologii.

Essiac jest jednym z najpopularniejszych przeciwnowotworowych preparatów ziołowych w Ameryce

Północnej. Jego sława wiąże się z działalnością kanadyjskiej pielęgniarki Rene Caisse, która w latach 20. ubiegłego wieku rozpowszechniła stosowany przez miejscowego znachora preparat przeciwnowotworowy. W skład Essiacu wchodzi 4 zioła: łopian (*Arctium lappa*), indyjska odmiana rabarbaru (*Rheum palmatum*), szczaw (*Rumex acetosella*) oraz wąż (*Ulmus fula*). Istnieje wiele odmian Essiacu, zawierających odmienne proporcje poszczególnych składników, co związane jest z niedostępnością przez Rene Caisse oryginalnej receptury. Badania przeprowadzone przez Narodowy Instytut Raka w Memorial Sloan-Kettering Cancer Center w USA w latach 1959 oraz 1973–76 nie wykazały żadnej aktywności przeciwnowotworowej tego preparatu. Istnieją jednak doniesienia, że Essiac może mieć pewne działanie w łagodzeniu objawów choroby i poprawie samopoczucia pacjentów [14].

Niektóre preparaty ziołowe pochodzące z Chin również są powszechnie uznawane za substancje o działaniu przeciwnowotworowym, pomimo braku naukowych dowodów potwierdzających ich skuteczność. Wiele jednak preparatów ziołowych stosowanych, np. jako herbaty ma ewidentne działanie sedatywne i tonizujące.

Popularnym w Europie preparatem ziołowym o potencjalnym działaniu przeciwnowotworowym jest wyciąg z jemioli – Iscador. W badaniach *in vitro* oraz *in vivo* w modelach zwierzęcych wykazano, że Iscador stymuluje układ odpornościowy oraz wywiera bezpośrednie działanie cytotoksyczne na komórki nowotworowe [15–19]. Uważa się, że działanie tego preparatu jest uwarunkowane występującymi w nim alkaloidami, viscotoksynami oraz lektynami. W badaniach klinicznych przeprowadzonych w Europie wykazano, że Iscador w istotny sposób poprawiał jakość życia (QOL) pacjentów [20–23]. Efekt ten związany był z wysokim poziomem betaendorfiny w surowicy krwi chorych otrzymują-

cych Iscador [24]. W randomizowanych badaniach III fazy, oceniających skuteczność terapii adjuwantowej z zastosowaniem Iscador M vs IFN-alfa (1 MU) vs IFN-gamma (0,2 mg) vs obserwacja u 800 chorych z czerniakiem złośliwym w stadium IIb i III, nie zaobserwowano różnic w całkowitym czasie przeżycia, ani w czasie do progresji pomiędzy poszczególnymi ramionami [25].

Pomimo powszechnego przekonania o braku szkodliwości substancji ziołowych, znanych jest szereg przypadków bardzo poważnych działań niepożądanych tych preparatów [26].

Popularność kontrowersyjnych metod leczenia raka oraz innych bardzo poważnych chorób rośnie z roku na rok, jest to zjawisko długotrwałe. A dużą rolę odgrywają tutaj lekarze pierwszego kontaktu.

Amerykańskie Towarzystwo Rakowe (ASC) przeprowadziło telefoniczną ankietę w 36 tys. amerykańskich gospodarstwach domowych, wśród ponad 5 tys. osób [27]. Wyniki ankiety wykazały, że niekonwencjonalne metody leczenia raka stosowało 9 proc. pacjentów (badania ogólnokrajowe). Odsetek chorych stosujących te metody w analogicznych badaniach przeprowadzonych na ograniczonych obszarach USA oscylował między 6 a 23 proc. Ankieta ASC wykazała liniową zależność między wyższym dochodem, czy lepszym wykształceniem a stosowaniem terapii niekonwencjonalnych.

W badaniach przeprowadzonych w M.D. Anderson Cancer Center Houston, USA oceniano rozpowszechnienie alternatywnych metod leczniczych wśród pacjentów ambulatoryjnych. Spośród 453 badanych chorych 99 proc. słyszało o alternatywnych metodach leczniczych, a 83 proc. stosowało przynajmniej jedną niekonwencjonalną strategię leczniczą. Terapie wykorzystujące modlitwę czy medytację (tzw. terapie duchowe) stosowało 80 proc.; zioła i witaminy – 62 proc., a terapie ruchowe/manualne – 60 proc. Wśród chorych, którzy zetknęli się z preparatami ziołowymi lub witaminowymi,

60 proc. stosowało witaminy (tu zaliczane były też melatonina, chrząstki rekina lub wołowa oraz preparaty homeopatyczne), a 38 proc. preparaty ziołowe. Wśród chorych, którzy zetknęli się z terapiami ruchowymi/manualnymi 33 proc. poddawało się masażom, 23 proc. chiropraktyce, 58 proc. regularnie wykonywało ćwiczenia fizyczne, 10 proc. uprawiało jogę, a 9 proc. *tai chi* [28].

Zgodnie z danymi literaturowymi, alternatywne metody lecznicze najczęściej stosują ludzie młodzi [29–31], kobiety [32], dobrze zarabiający [33], przeważnie z chłoniakami [34] lub nowotworami OUN [32, 33]. Powszechnie uważa się, że ponad 40 proc. chorych onkologicznych poddaje się terapiom niekonwencjonalnym. Od 60 do 80 proc. chorych łączy terapię konwencjonalną z medycyną alternatywną [32, 35, 36], jednak zdarza się, że pacjenci całkowicie rezygnują z leczenia metodami klasycznymi [37]. Nierzadko chorzy jednocześnie poddają się kilku różnym terapiom z zakresu medycyny alternatywnej [28]. Medycyna alternatywna przestaje być marginalnym elementem w tzw. medycynie ogólnej i w istotny sposób może wpływać na skuteczność terapii konwencjonalnych, dlatego też badanie podmiotowe chorego onkologicznego powinno uwzględniać zebranie informacji dotyczących terapii niekonwencjonalnych, co jest szczególnie istotne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do badań klinicznych.

Spośród chorych poddających się terapiom alternatywnym zdecydowaną większość stanowią pacjenci onkologiczni, upatrujący w tych metodach głównego źródła nadziei w walce z nowotworem [38]. Spośród nich 1/3 uważa, że terapia alternatywna jest ich w stanie całkowicie uleczyć [32, 34, 39, 40]. Medycyna niekonwencjonalna jest najczęściej stosowana w przypadku zaawansowanej choroby. Stosujący ją chorzy są bardziej optymistyczni [41, 42] i mają zdecydowanie większe poczucie kontroli nad własnym położeniem [34,

43]. W kilku badaniach wykazano, że chorzy, którzy stosują terapie alternatywne czują się opuszczeni przez swoich lekarzy [39, 40] i nie są usatysfakcjonowani efektami leczenia standardowego [39, 44]. Terapie alternatywne znacznie częściej są stosowane przez chorych w gorszym stanie ogólnym [33] oraz z większym nasileniem objawów choroby i efektów ubocznych chemioterapii (głównie nudności) [30, 41, 45].

Lekarze powinni być świadomi, jak ważna jest ich współpraca z pacjentem. Chorzy mają prawo konsultować się z lekarzem w sprawach dotyczących leczenia, nie tylko przy pomocy medycyny konwencjonalnej, ale również niezwyfikowanych, kontrowersyjnych, alternatywnych terapii przeciwnowotworowych.

Pacjent, który czuje się opuszczony przez lekarza natychmiast zwraca się w kierunku niekonwencjonalnej, alternatywnej opieki medycznej. Jeżeli lekarz chce poinformować pacjenta o braku możliwości dalszego leczenia w przypadku raka lub jakiegokolwiek innej choroby, jego obowiązkiem jest pozostanie przy chorym i próba pomocy mu w przystosowaniu się do fizycznego i emocjonalnego cierpienia.

Badania wykazują, że pacjenci praktycznie nie dyskutują ze swoimi lekarzami możliwości leczenia przy użyciu metod niekonwencjonalnych. Natomiast, kiedy dochodzi już do takiej rozmowy, chorzy są przekonani do tego rodzaju terapii. Chorzy musi mieć świadomość, że informacje na temat interesującej go niekonwencjonalnej metody leczenia uzyska od własnego lekarza.

Lekarz powinien uświadamiać pacjentowi różnice między alternatywnymi a uzupełniającymi metodami leczenia raka. Powinien poinformować chorego, że terapie te nie mogą zastępować medycyny klasycznej. Chorzy natomiast musi zrozumieć różnicę pomiędzy naukowo zweryfikowanymi (w ramach badań klinicznych) terapiami a metodami, które nigdy nie zostały zbadane, lub które w doświadczeniach okazały się być nieskuteczne lub zgoła szkodliwe.

Lekarze nie muszą być ekspertami we wszystkich dziedzinach medycyny alternatywnej, ale powinni wiedzieć, jak dotrzeć do informacji, które są im aktualnie potrzebne. Strony internetowe Amerykańskiego Towarzystwa Rakowego zawierają ogromną liczbę danych dotyczących alternatywnych i niekonwencjonalnych metod leczniczych.

Lekarze powinni zachęcać pacjentów do stosowania odpowiedniej diety jako elementu leczenia choroby nowotworowej. Należy im jednak uświadamiać, że dieta, wbrew opiniom propagatorów diet przeciwnowotworowych, nie jest w stanie wyleczyć raka, ale raczej wspomaga terapie konwencjonalne. Chorzy powinni brać aktywny udział w terapiach grupowych, w trakcie których dzielą się swoimi doświadczeniami i wzajemnie się motywują. Dla wielu chorych przeżycia związane z ich schorzeniem mają prywatny charakter. Mimo to pomaga im kontakt z ludźmi mającymi podobne problemy zdrowotne.

Medycyna niekonwencjonalna dla dużej grupy chorych stanowi jedyną obiecującą strategię terapeutyczną. Propagatorzy terapii alternatywnych, czerpiący z niej krociowe zyski, ku szą nieuleczalnie chorych wizją całkowitego wyleczenia, której poszukujący pomocy pacjenci praktycznie nie są w stanie zweryfikować. Dobry kontakt z chorym wzmacnia jego zaufanie do wiedzy i umiejętności lekarza oraz powoduje, że czuje się on bezpieczniej i bardziej komfortowo. Taka sytuacja z kolei pomaga lekarzowi w leczeniu pacjenta zgodnie z zasadami medycyny klasycznej i pozwala na skorzystanie z zalet niekonwencjonalnych metod uzupełniających.

Niezależnie od użytego określenia – medycyna alternatywna, niekonwencjonalna czy uzupełniająca, zainteresowanie nią będzie coraz większe.

PIŚMIENNICTWO

1. Cassileth BR. *After laetrile, what?* N Engl J Med 1982; 306: 1482-4.
2. Greenwald P, Clifford C, Psich S, et al. *New directions in dietary studies in*

- cancer: the National Cancer Institute. *Adv Exp Med Biol* 1995; 369: 229-39.
3. Kampman E, Verhoeven D, Sloots L, Van't Veer P. *Vegetable and animal products as determinants of colon cancer risk in Dutch men and women*. *Cancer Causes Control* 1995; 6: 225-34.
 4. Foerster SB, Kizer KW, Disogra LK, et al. *California's "5 a day-for better health" campaign: an innovative population-based effort to effect large scale dietary change*. *Am J Prevent Med* 1995; 1: 124-31.
 5. Anderson JW, Johnstone BM, Cook-Newell ME. *Meta-analysis of the effects of soy protein intake on serum lipids*. *N Engl J Med* 1995; 333: 276-82.
 6. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer H, Gotheil E. *Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*. *Lancet* 1989; 2: 888-91.
 7. Burzynski S, Kubove E. *Initial clinical study with antineoplaston A2 injections in cancer patients with five years' follow-up*. *Drugs Exp Clin Res* 1987; 13S: 1.
 8. Green S. *Antineoplastons: an unproved cancer therapy*. *JAMA* 1992; 267: 2924-8.
 9. Lee A, Langer R. *Shark cartilage contains inhibitors of tumor angiogenesis*. *Science* 1983; 221: 1185-7.
 10. American Cancer Society. *Shark cartilage/angiogenesis*. Atlanta: American Cancer Society, 1992; Report no. 8100.
 11. Moertel CG, Fleming TR, Creagan ET, et al. *High-dose vitamin C versus placebo in the treatment of patients with advanced cancer who have had no prior chemotherapy: A randomized double-blind comparison*. *N Engl J Med* 1985; 312: 137-41.
 12. Beta Carotene Cancer Prevention Study Group The Alpha-Tocopherol. *The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers*. *N Engl J Med* 1994; 330: 1029-35.
 13. Hennekens CH, Buring JE, Manson JE, et al. *Lack of effect of long-term supplementation with beta carotene on the incidence of malignant neoplasms and cardiovascular disease*. *N Engl J Med* 1996; 334: 1145-9.
 14. Kaegi E. *Unconventional therapies for cancer: 1. Essiac*. *CMAJ* 1998; 158: 897-902.
 15. Bussing A, Suzart K, Bergmann J, et al. *Induction of apoptosis in human lymphocytes treated with *Viscum album L.* is mediated by the mistletoe lectins*. *Cancer Lett* 1996; 99 (1): 59-72.
 16. Beuth J, Ko HL, Gabius HJ, et al. *Behavior of lymphocyte subsets and expression of activation markers in response to immunotherapy with galactoside-specific lectin from mistletoe in breast cancer patients*. *Clin Invest* 1992; 70 (8): 658-61.
 17. Beuth J, Ko HL, Tunggal L, et al. *Immunoprotective activity of the galactoside-specific mistletoe lectin in cortisone-treated BALB/c-mice*. *In Vivo* 1994; 8 (6): 989-92.
 18. Beuth J, Ko HL, Tunggal L, et al. *Thymocyte proliferation and maturation in response to galactoside-specific mistletoe lectin-1*. *In Vivo* 1993; 7 (5): 407-10.
 19. Gabius HJ, Gabius S, Joshi SS, et al. *From ill-defined extracts to the immunomodulatory lectin: will there be a reason for oncological application of mistletoe?* *Planta Med* 1994; 60 (1): 2-7.
 20. Lenartz D, Stoffel B, Menzel J, et al. *Immunoprotective activity of the galactoside-specific lectin from mistletoe after tumor destructive therapy in glioma patients*. *Anticancer Res* 1996; 16 (6B): 3799-802.
 21. Friess H, Begler HG, Kunz J, et al. *Treatment of advanced pancreatic cancer with mistletoe: results of a pilot trial*. *Anticancer Res* 1996; 16 (2): 915-20.
 22. Kleijnen J, Knipschild P. *Mistletoe treatment for cancer: review of controlled trials in humans*. *Phytomedicine* 1994; 1: 255-60.
 23. Kjaer M. *Mistletoe (Iscador) therapy in stage IV renal adenocarcinoma: a phase II study in patients with measurable lung metastases*. *Acta Oncol* 1989; 28 (4): 489-94.
 24. Heiny BM, Albrecht V, Beuth J. *Correlation of immune cell activities and beta-endorphin release in breast carcinoma patients treated with galactose-specific lectin standardized mistletoe extract*. *Anticancer Res* 1998; 18 (1B): 583-6.
 25. Kleeberg UR, Suci S, Brocker EB, et al. *Final results of the EORTC 18871/DKG 80-1 randomised phase III trial. rIFN-alpha2b versus rIFN-gamma versus ISCADOR M versus observation after surgery in melanoma patients with either high-risk primary (thickness >3 mm) or regional lymph node metastasis*. *Eur J Cancer* 2004; 3: 390-402.
 26. Ernst E. *Harmless herbs? A review of the recent literature*. *Am J Med* 1998; 104: 170-8.
 27. www.cancer.org/alt_therapy/overviews/altphys.html (referencja 4).
 28. Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, et al. *Complementary/Alternative Medicine Use in a Comprehensive Cancer Center and the Implications for Oncology*. *J Clin Oncol* 2000; 18: 2505-14.
 29. Fisher P, Ward A. *Complementary medicine in Europe*. *Br Med J* 1994; 309: 107-11.
 30. Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, et al. *Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer*. *JAMA* 1999; 340: 1773-1739.
 31. Adler SR, Foskett JR. *Disclosing complementary and alternative medicine use in the medical encounter: a qualitative study in women with breast cancer*. *J Fam Pract* 1999; 48: 453-8.
 32. Lerner IJ, Kennedy BJ. *The prevalence of questionable methods of cancer treatment in the United States*. *CA Cancer J Clin* 1992; 42: 181-91.
 33. Verhoef MJ, Hagen N, Pelletier G, et al. *Alternative therapy use in neurologic diseases*. *Neurology* 1999; 52: 617-22.
 34. Downer SM, Cody MM, McCluskey P, et al. *Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment*. *Br Med J* 1994; 309: 86-9.
 35. Grothey A, Duppe J, Hasenburg A, et al. *Use of alternative medicine in oncology*. *Dtsch Med Wochenschr* 1998; 123: 923-9.
 36. Crocetti E, Crotti N, Feltrin A, et al. *The use of complementary therapies by breast cancer patients attending conventional treatment*. *Eur J Cancer* 1999; 34: 324-8.
 37. McGinnis LS. *Alternative therapies, 1990 An overview*. *Cancer* 1991; 67: 1788-93.
 38. Nekolaichuk CL, Bruera E. *On the nature of hope in palliative care*. *J Palliat Care* 1998; 14: 36-42.
 39. Cassileth BR, Lusk EF, Strouse TB, et al. *Contemporary unorthodox treatments in cancer medicine: a study of patients, treatments, and practitioners*. *Ann Intern Med* 1984; 101: 105-12.
 40. Mottonen M, Uhari M. *Use of micronutrients and alternative drugs by children with acute lymphoblastic leukemia*. *Med Pediatr Oncol* 1997; 28: 205-8.
 41. Munstedt K, Kirsch K, Milch W, et al. *Unconventional cancer therapy: survey of patients with gynecological malignancy*. *Arch Gynecol Obstet* 1996; 258: 81-8.
 42. Oneschuk D, Fennell L, Hanson J, et al. *The use of complementary medications by cancer patients attending an outpatient pain and symptom clinic*. *J Palliat Care* 1998; 14: 21-6.
 43. Weis J, Bartsch H, Hennies F, et al. *Complementary medicine in cancer patients: Demand, patients' attitude, and psychological belief*. *Onkologie* 1998; 21: 144-9.
 44. Begbie SD, Kerestes ZL, Bell DR. *Patterns of alternative medicine use by cancer patients*. *Med J Aust* 1996; 165: 545-8.
 45. Obrist R, von Meiss M, Obrecht JP. *The use of paramedical treatment methods by cancer patients: an inquiry on 101 ambulatory patients*. *Dtsch Med Wochenschr* 1986; 111: 283-7.

ADRES DO KORESPONDENCJI

dr n. med. **Piotr Wysocki**

Zakład Immunologii Nowotworów

Akademia Medyczna

Wielkopolskie Centrum Onkologii

ul. Garbary 15

61-866 Poznań

e-mail: pwysoccki@plusnet.pl

Autor jest stypendystą Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej