



ROK 2005 POŚWIĘCAMY PRAWOM PACJENTA I EDUKACJI

KURTYNA W GÓRĘ

Kochane Koleżanki, Drodzy Czytelnicy, pamiętacie zapewne Państwo, ile emocji wzbudziło ukazanie się Kalendarza „Amazonki” 2005. Środowisko wrzało, były głosy za i przeciw z przewagą opinii – czemu ma służyć ta demonstracja. Mówiłyście, że wręcz to szkodzi naszemu wizerunkowi. Natomiast ja, wychodząc z założenia, że choroba może być tylko zrozumiana i akceptowana, gdy problem jest poznany, jawny i bez niedomówień przedstawiany, do kalendarza miałam stosunek pozytywny. Nie było tylko okazji o tym porozmawiać.

Dopiero oglądając serial „To nie jest koniec świata” wyprodukowany przez telewizję polską TVP 2, który jest zapisem codziennych zmagania kobiet z chorobą nowotworową piersi, odkryłam nowe aspekty związane z naszą chorobą, z prawem do mówienia o niej w sposób realistyczny, nie oszczędzając słuchacza, widza i samej siebie. Uznałam, że jest to kolejny krok w edukacji dotyczącej praw pacjenta, praw do rzetelnej informacji a stąd wynikającego prawa do społecznej akceptacji. Oczywiście spróbuję wyjaśnić jak to rozumiem.

Każda z nas dobrze pamięta uczucia związane z diagnozą – „Pani ma raka piersi”- to słowa porażające, wywołujące obezwładniającą złość, poczucie bezsilności, bezradności i utraty kontroli nad własnym życiem. Potem przychodzi myśl: to już koniec.

W takim momencie każda kobieta potrzebuje wsparcia, jakim są rzetelne informacje dotyczące choroby – jej istoty, przebiegu i zagrożeń z nią związanych. Pragniemy wiedzieć, co dalej – jakie są sposoby leczenia, jakie szanse na powrót do zdrowia. Wszystkie informacje powinny być podane w sposób uczciwy, prawdziwy i możliwy do udźwignięcia przez chorą.

Dlatego, z wielkim wzruszeniem, ale i zazdrością obejrzałam pilotażowy odcinek serialu dokumentalnego „To nie jest koniec świata”. Jeszcze tak niedawno temu, nikt nie miałby odwagi wyprodukować podobnego filmu. Widzowie nie byli gotowi na tak realistyczny przekaz i pewnie nie byłoby wśród nich zrozumienia istoty rzeczy.

Stąd moja zazdrość, bo 10 lat temu w okresie mojej walki z chorobą, informacje zawarte w tym filmie byłyby z całą pewnością pomocne i pozytywne.

Zmagania kobiet z rakiem piersi, to temat wielu artykułów, filmów i książek. Serial „To nie jest koniec świata”, opowiadający historie dziewięciu dotkniętych chorobą kobiet niemal od początku, daje zwielokrotniony obraz tej walki.

Bohaterki w naturalny sposób, niczego nie ukrywając, niczego nie ubarwiając, krok po kroku pokazują swoje przeżycia. Towarzyszymy im we wszystkich stadiach leczenia, w życiu codziennym i w spotkaniach z lekarzami. Tak kompleksowy obraz dramatu związanego z chorobą – poczynając od diagnozy, poprzez leczenie chirurgiczne, chemioterapię i radioterapię – jest rzeczą absolutnie niespotykaną. Cenny jest także przekaz wzlotów i zwątpień bohaterek. **Na oczach widza rozgrywa się trudna i skomplikowana walka, walka o życie, o istnienie, o odzyskanie „normalności”.**

Dokument ten, to niezwykle realistyczne świadectwo zmagania ze słabością ciała i duszy. Autorki miały odwagę pokazać wszystkie stadia choroby. Trudno powiedzieć, co w tej chorobie jest najgorsze.

Już w VI wieku przed Chrystusem filozof chiński Konfucjusz, twierdził, że „lepiej zapalić niewielkie światełko, niż przeklinać wielką ciemność.” Ten dokument jest światełkiem. Zdjęcia z bloku operacyjnego ilustrujące odejmowanie piersi, wykonywanie szwów po mastektomii, badanie materiału pooperacyjnego, wyłuskiwanie węzłów chłonnych to rzetelny dokument, który według mnie ucłowiecza chorobę.

Myślę, że dzisiejsze społeczeństwo, a tym samym i dzisiejsze kobiety, są w stanie udźwignąć takie informacje i w razie potrzeby należy je wykorzystać.

Film ten to niewielkie światełko w ciemności mówiące: tak, istnieje bardzo groźna choroba, jaką jest rak piersi, owszem, jest kłopotliwa w leczeniu, wymaga zaangażowania i wysiłku chorej, ale najczęściej kończy się sukcesem.

Ten edukacyjny aspekt serialu jest bardzo istotny. Odczuwając akceptację dla choroby oraz słabości z niej wynikających, mając świadomość, że kobieta ma prawo chorować i nie jest to rzecz wstydliva, chora czuje się bezpieczniej. Z tej perspektywy serial ma wymiar niekonwencjonalnej walki o prawa pacjenta.

Po pierwsze istotą serialu, jest pokazanie, im mniej społecznego lęku, tym więcej szans dla chorych, aby zdiagnozować swoją chorobę w takim stadium, że jest jeszcze czas na wyleczenie.

Po drugie, serial i jego przesłanie – chroni chorą przed odrzuceniem i brakiem tolerancji.

I to właśnie jest nowy aspekt praw pacjenta.

Nie ustając w wysiłkach budzenia świadomości społecznej, aktualnie współorganizujemy seminaria dla dziennikarzy radiowych, telewizyjnych i prasowych, pt. Etyczne Przesłanie Informacji Medialnej dla Ludzi Chorych na Raka

Pierwsze seminarium dla dziennikarzy radiowych odbyło się 30 sierpnia, ogłosiliśmy na nim Wielki Medialny Konkurs pt. „Rzecznik Chorych na Raka”. Regulamin konkursu zamieszczamy na stronach naszej gazety. Spodziewamy się wielu artykułów, audycji radiowych i telewizyjnych popularyzujących wiedzę o raku piersi jak również o innych schorzeniach onkologicznych.

Serial „To nie jest koniec świata” jest wartościowym obrazem, wyrażającym stosunek autorek do choroby i jej przezwyciężania. Moim zdaniem film zasługuje na miano „Rzecznika Chorych na Raka Piersi”.

Autentyczność przekazu, będącego świadectwem niezwykłych wysiłków, jest unikalną wartością tego filmu.

Kalendarz „AMAZONKI” jest wołaniem o społeczną akceptację i z tej perspektywy jest również rzecznikiem naszego interesu, naszych praw,

Kurtyna w górę, „Lepiej zapalić niewielkie światełko, niż przeklinać wielką ciemność”.

OGŁASZAMY WIELKI KONKURS MEDIALNY pt. „RZECZNIK CHORYCH NA RAKA”

Struktura organizacji konkursu

Regulamin konkursu

1. Temat konkursu: „RZECZNIK CHORYCH NA RAKA”
2. Organizatorzy konkursu
Amazonki, Rada Etyki Mediów,
Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi
3. Mecenas konkursu
• Roche Polska
4. Uczestnicy
• dziennikarze prasowi, telewizyjni, radiowi
– publicystyka w środkach masowego przekazu
(media ogólnopolskie i regionalne), rzecznicy NFZ
5. Czas trwania
• ogłoszenie konkursu – 30 sierpnia 2005 r.,
na szkoleniu dla dziennikarzy
• nadsyłanie prac – do 29 listopada 2005 r.
• rozwiązanie konkursu – 12 grudnia 2005 r.
6. Zasady konkursu
• **kryteria formalne**
– do konkursu przyjmowane są prace spełniające
warunki określone dla każdej kategorii
długość pracy:
prasa – min. 0,5 strony A4,
radio – min. 5 minut, TV – min. 2 minuty
zgodność z tematem:
obrona praw pacjentów chorych na raka
termin ukazania się artykułu /emisji programu:
od 1 stycznia 2005r. Do 29 listopada 2005r.
– autor pracy wyraża zgodę na jej powielanie
– każdy uczestnik może przesłać dowolną liczbę prac
– procedura oceniania:
każdy z jurorów typuje 3 prace w każdej
z 4 kategorii (prasa, radio, TV, inicjatywa
medialna lub wystąpienie rzecznika NFZ)
i przyznaje im punkty w skali 1-5, każda praca
musi otrzymać inną liczbę punktów

• kryteria merytoryczne

- dobór tematu
- sposób przedstawienia problematyki
- przesłanie społeczne i etyczne w materiale

7. Nagrody

- nagrody przyznawane są w czterech kategoriach (prasa, radio, TV, inicjatywa rzecznika NFZ)
- w każdej z czterech kategorii (o ile będą zgłoszenia) zostanie przyznana jedna nagroda główna i dwa wyróżnienia

8. Jury

- skład jury ustalą Amazonki wraz z zaangażowanymi w prace seminarium z dziennikarzami i lekarzami
- obrady
– członkowie jury spotkają się dwukrotnie; na zebraniu organizacyjnym, podczas którego zapoznają się z regulaminem konkursu, oraz na obradach jury
- przekazanie prac
– do 30 listopada 2005 r. jurorzy otrzymają prace konkursowe wraz z formularzem do głosowania
– jurorzy odeślą formularze organizatorom do 10 grudnia 2005 r.

9. Ogłoszenie wyników

- wyniki konkursu zostaną ogłoszone podczas WIGILII AMAZONEK 14 grudnia 2005 r.

10. Biuro konkursu

- biuro konkursu mieści się w siedzibie PRIMUM Public Relations Sp. z o.o.
ul. Widok 8, 00-023 Warszawa

UWAGA!

ORGANIZATORZY ZASTRZEGAJĄ SOBIE MOŻLIWOŚĆ PRYZNANIA NAGRODY SPECJALNEJ

Z A P R O S Z E N I E

Szanowni Państwo!

Od wielu lat informacja medialna odgrywa szczególną rolę w życiu ludzi chorych na raka, w życiu ich rodzin i przyjaciół. Niejednokrotnie media stają w naszej obronie i stąd właśnie pogłębiają się między nami więzi. Państwa działalność – dosłownie – ratuje życie, poczucie wartości, osobistą godność pacjentów. Chcąc pogłębić tę więź merytorycznie i nadać jej dodatkowy – moralny – wymiar, jako najdłużej działająca organizacja polskich pacjentów postanowiłyśmy podjąć nową inicjatywę – spotkania dziennikarzy z pacjentami i lekarzami na wspólnym seminarium:

ETYCZNE PRZESŁANIE INFORMACJI MEDIALNEJ DLA LUDZI CHORYCH NA RAKA

WARSZAWSKI KLUB KOBIET PO MASTEKTOMII
POLSKIE TOWARZYSTWO DO BADAŃ NAD RAKIEM PIERSI
oraz RADA ETYKI RADIA PUBLICZNEGO

zapraszają serdecznie do udziału w cyklu seminariów
**dla dziennikarzy:
radiowych, telewizyjnych, prasowych i rzeczników NFZ**

Pierwsze z tego cyklu seminarium dla dziennikarzy radiowych, odbyło się
w CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUCIE im. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE,
30 sierpnia 2005

Jakie są podstawowe założenia Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN)?

W jaki sposób uchwalenie programu może wpłynąć na podwojenie wyleczalności raka w Polsce?

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii



Główne cele NPZChN to:

- Zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory o około 10%
- Zmniejszenie zachorowań na nowotwory:
 - Tytoniozależne (o 10-20%)
 - Raka żołądka (o 30%)
 - Raka piersi i jelita grubego (o 50%)
- Poprawa w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, a w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego – w oparciu o aktywne populacyjne badania przesiewowe (skrining) i gruczołu krokowego
- Poprawa dostępności do najbardziej skutecznych metod radykalnego leczenia skojarzonego chorych na nowotwory we wczesnych stopniach zaawansowania i opieki nad chorymi na nowotwory zaawansowane
- Poprawa jakości nauczania onkologii w akademiach medycznych oraz w ustawicznym szkoleniu lekarzy
- Poprawa zaopatrzenia w sprzęt niezbędny we wczesnej diagnostyce i w radioterapii nowotworów
- Opracowanie i egzekwowanie stosowania sprawdzonych standardów diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory
- Poprawa systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w kraju i w poszczególnych jego regionach

- **Poprawa skuteczności leczenia chorych na nowotwory w Polsce do poziomu osiąganego w krajach Europy Zachodniej i Północnej (wyleczenie około 40% mężczyzn i 50% kobiet we wszystkich stopniach zaawansowania)**

Realizacja NPZChN pozwoli, aby z obecnych 20% zgłaszających się we wczesnym stadium choroby nowotworowej zwiększyć tę liczbę do około 80% – tak jak ma to miejsce w USA, Kanadzie i niektórych krajach Europy Zachodniej, gdzie właśnie z tego powodu wyniki leczenia są dwukrotnie lepsze niż w Polsce.

Rocznie w Polsce zachorowuje 120 tys. ludzi, a umiera z tego powodu – ponad 85tys.

Co najmniej połowa z nich mogłaby przeżyć, gdyby odpowiednio wcześniej zostało rozpoczęte właściwe leczenie.

Wdrożenie NPZChN da pewność realizowania podjętych działań nieprzerwanie i konsekwentnie przez najbliższe 10 lat. Dotychczas był to problem nie do rozwiązania. Wiele inicjatyw, niejednokrotnie świetnych, przepadało, bo zostały nieoczekiwanie przerwane lub po prostu brakowało pieniędzy na ich kontynuację. Program z gwarancją, co najmniej 250 mln złotych na każdy rok, ma szanse być konkretnie realizowany. Tylko w taki sposób możemy podwoić

liczbę wyleczonych. NPZChN stawia nie tylko na nieograniczoną dostępność do badań przesiewowych, ale przede wszystkim na **zapewnienie ich właściwej jakości**. Jedynie te ośrodki, które spełnią określone przez Polską Unię Onkologii kryteria jakościowe, otrzymają pieniądze na prowadzenie takich badań.

Polska jest obecnie na przedostatnim 22 miejscu w Europie, jeżeli chodzi o skuteczność walki z chorobami nowotworowymi. Mimo, że w Centrum Onkologii i niektórych regionalnych ośrodkach onkologicznych wyniki leczenia są porównywalne z analogicznymi w ośrodkach Europy Zachodniej to średnia krajowa jest ciągle dwukrotnie niższa. Związane jest to z tym, że około 60% pacjentów leczonych jest poza siecią regionalnych ośrodków onkologicznych. Nadal jednak utrudniona jest dostępność do specjalistów, a kolejki do zabiegów operacyjnych, radioterapii i kompleksowego leczenia skojarzonego, w tym procedur wysokospecjalistycznych i wysokokosztowych – wydłużają się coraz bardziej.

Wierzymy, że podpisana przez Prezydenta RP w dn. 25 lipca 2005r. ustawa o Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych stanowić będzie przełom w polskiej onkologii, a przede wszystkim przełom w życiu pacjentów chorych na raka.



**WIELKA KAMPANIA ŻYCIA
AVON KONTRA RAK PIERSI**

oraz

AMAZONKI WARSZAWA – CENTRUM



Zapraszają

na niezwykły spacer ulicami Warszawy i spotkanie
z historycznymi oraz mitycznymi postaciami wielkich kobiet

Spotykamy się 8 października o godz. 13.00 pod Pomnikiem Kopernika
Tworzymy Korowód Różowej Wstążki

Idziemy przez: Nowy Świat, Rondo De Gaulle'a,
Pl. Trzech Krzyży, Al. Ujazdowskie, Piękną,
Górnośląską do Parku Agrykola

Przewidywane atrakcje:

- Karuzela
- Występy cyrkowe
- Badania USG piersi
- Konkursy z nagrodami
- O godz. 15.00 symboliczne obwiązanie Zamku Ujazdowskiego Różową Wstążką

Tu naprawdę trzeba być!

Specyficzne problemy kobiet niepełnosprawnych w Polsce

Dostęp do informacji

Kluby Kobiet po Mastektomii zwane obecnie Klubami Amazonek powstały w celu niesienia wszechstronnej pomocy i wsparcia kobietom dotkniętym rakiem piersi.

Jedną z istotnych form tej pomocy jest dostarczanie im jak najszerszych informacji na temat sposobu współpracy z lekarzami w walce z chorobą, sposobów postępowania i racjonalnego zachowania w czasie trudnego, często bardzo obciążającego, a nie rzadko okaleczającego leczenia oraz aktywnego udziału w rehabilitacji umożliwiającej powrót do pełnej sprawności.

Głównym źródłem tych informacji dla chorych kobiet są tzw. Ochotniczki – Amazonki, odwiedzające pacjentki z rakiem piersi w szpitalach, gdzie poddawane są one leczeniu – przeważnie chirurgicznemu, chemio- i radioterapii oraz wstępnej rehabilitacji. Kluby Amazonek wyposażają swoje Ochotniczki w materiały informacyjne i instruktażowe, jak broszury, ulotki i gazety. Uzupełnieniem przekazywanych w ten sposób informacji jest bezpośrednia rozmowa, w czasie której Ochotniczka ma możliwość przekazania również słów wsparcia i otuchy popartych własnym przykładem – kobiety, która pokonała raka i żyje, a nawet pomaga innym zwyciężyć chorobę.

Bardzo ważne są w tym momencie, także wskazówki dotyczące dalszego postępowania po przebytej operacji, zachowanie w czasie chemio- czy radioterapii, konieczność pełnej rehabilitacji w wyspecjalizowanej placówce Służby Zdrowia, a także pewnych ograniczeniach i ewentualnych zagrożeniach w przypadku zlekceważenia otrzymanych wskazówek i rad.

Te informacje udzielane chorym kobietom w szpitalach bezpośrednio po – często bardzo obciążających psychicznie i fizycznie – zabiegach, muszą być przekazywane bardzo umiejętnie i taktownie, by – nie strasząc – zmotywować do racjonalnego, odpowiedzialnego postępowania.

Dlatego Ochotniczki – to osoby bardzo starannie przygotowywane przez swoje Kluby Amazonek do pełnienia tej funkcji.

Po opuszczeniu szpitala chora kobieta kierowana jest na poszpitalną rehabilitację do Zakładu Rehabilitacji. Tam ma możliwość uzyskania dalszych informacji o istocie i przebiegu choroby, konieczności systematycznej kontroli swego stanu zdrowia, stałej samoobserwacji i szybkiego reagowania na każdy niepokojący sygnał. Informacje te uczą szacunku do po-

ważnej choroby, jaką jest rak, pomagając jednocześnie pokonać strach, niejednokrotnie paraliżujący i uniemożliwiający rozsądne postępowanie, a także utrudniający normalne życie.

W Zakładzie Rehabilitacji pacjentka poddawana różnym zabiegom rehabilitacyjnym ma również możliwość kontaktu z Ochotniczką pełniącą dyżur w Zakładzie i uzyskanie odpowiedzi na dręczące ją pytanie i wątpliwości oraz porady i wsparcia. Często kontakt ten obejmuje także rodzinę chorej kobiety – męża czy dzieci – którzy również szukają informacji i wiadomości dotyczących sytuacji, w jakiej znalazła się bliska im osoba.

Ważną rolę informacyjną odgrywa także telefon zaufania działający w Klubie. Korzystają z niego często osoby świeżo porażone dia-

się w przypadku takiego zagrożenia. Nie można pominąć tu znaczenia w przekazywaniu informacji „Gazety Amazonek” – wydawanej przez Klub. Staramy się zamieszczać w niej artykuły szerzące rzetelną wiedzę o raku, głównie o raku piersi, metodach i postępowaniu w terapii i diagnozowaniu, sposobach zapobiegania i minimalizowania ubocznych skutków leczenia i choroby. Można też znaleźć tu informacje o naszej działalności oraz o możliwościach nawiązywania kontaktu z Amazonkami. Klub organizuje systematycznie rozmaite konferencje informacyjno-szkoleniowe dla swoich członków, na których wygłaszane są ciekawe wykłady i pogadanki oraz prowadzone interesujące dyskusje z udziałem i pod kierunkiem lekarzy onkologów.

Trudno nie wspomnieć w tym miejscu o wciąż rosnącej roli mediów: telewizji, radia, prasy codziennej i kolorowych pism kobiecych – w szerzeniu wiedzy o raku piersi.

Dziennikarze wykazują wciąż rosnące zainteresowanie tą problematyką i przedstawiają ją w coraz atrakcyjniejszych formach z coraz większym profesjonalizmem.

Datuje się to od momentu, gdy nasza nieżyjąca już Koleżanka Bożena Krawczyk, przełamując barierę wstydu i obaw przed reakcją opinii publicznej – zdecydowała się ujawnić swoje nazwisko i pokazać twarz w renomowanym piśmie kobiecym, jakim kilkanaście lat temu był „Twój Styl”.

Dziś, coraz więcej kobiet mających za sobą doświadczenie przebytej choroby, godzi się mówić o tym otwarcie. Ogromne znaczenie ma również postawa znanych osób ze świata kultury, polityki czy biznesu przyznających się publicznie do choroby. Ich świadectwa ukazujące się w środkach masowego przekazu wraz z wiedzą o chorobie i informacjami z nią związanymi docierają do najodleglejszych zakątków kraju, do wsi i miasteczek – wszędzie, gdzie inaczej dotrzeć bardzo trudno.

Podsumowując, należy jednak stwierdzić, że mimo naszych starań i niewątpliwych osiągnięć w szerzeniu wiedzy na temat raka piersi oraz odczuwalnych skutków tych działań – wciąż istnieje potrzeba rozszerzenia i pogłębiania tej pracy.

Wciąż za dużo kobiet zgłasza się do lekarza z zaawansowaną chorobą. Wciąż są kobiety, które po diagnozie nie poddają się leczeniu ze strachu lub z przekonania, że „i tak nie warto”. Wciąż słyszymy o przypadkach kobiet, które po diagnozie zwracają się o ratunek do bioenergoterapeuty lub poddają się zabiegom medycyny niekonwencjonalnej, co prowadzi przeważnie do tragicznego finału.

Stąd nasze przeświadczenie, że nie możemy ustawać w wysiłkach na rzecz rozszerzenia i doskonalenia naszej działalności popularyzatorskiej, informacyjnej i edukacyjnej.

Szczególnie pilna jest potrzeba dotarcia z natychmiastową, wszechstronną informacją oraz pomocą psychologiczną i wsparciem do kobiet świeżo zdiagnozowanych, by skłonić je do jak najszybszego poddania się terapii w wyspecjalizowanej placówce Służby Zdrowia oraz nie dopuścić do ich psychicznego załamania.

Zofia Michalska

Ważną rolę informacyjną odgrywa telefon zaufania

☎ 22 546 25 86

gnozą, niedowierzające jeszcze, że to ich dotyczy, że to nie pomyłka. Tu ogromną rolę odgrywa spokój, rzeczowość i kompetencja Amazonki dyżurującej przy telefonie. Bardzo istotne są tu informacje i wskazówki dotyczące dalszego postępowania, ewentualnych sposobów, zweryfikowanie lub potwierdzenie diagnozy; placówek, do których należy się zgłosić z takim orzeczeniem; uświadomienie, że taka diagnoza – to jeszcze nie wyrok, ale zobowiązanie do szybkiego i skutecznego działania. Z telefonu zaufania również korzystają rodziny chorych osób. Szukają wskazówek jak postępować, co można zrobić, by pomóc chorej w zaistniałej sytuacji. Nie rzadko, im także potrzeba wsparcia i słów otuchy i umocnienia, że jest nadzieja, że nie wszystko stracone, że jeszcze może być dobrze.

Często również dzwonią osoby z tzw. „grup podwyższonego ryzyka” prosząc o radę, jak zachować

My, Amazonki doświadczone przebyciem rakiem piersi doceniaamy wagę wczesnego wykrywania choroby i natychmiastowego, prawidłowego reagowania na wszelkie niepokojące objawy. Wiemy, że przebyta choroba nie jest „szczępienką” uodparniającą nas na przyszłość, że w każdej chwili grożą nam przerzuty, czy wznowa procesu chorobowego. Dlatego wciąż zachęcamy do samobadania piersi oraz systematycznych badań kontrolnych mammografii i USG.

Propagowaniu takich pożądanych zachowań służą różne imprezy masowe, jak marsze, festyny czy biegi, w czasie których możemy nagłaśniać ważne informacje i publicznie zachęcać do stosowania ich w praktyce. Jest też wtedy okazja do ogłaszania adresów punktów konsultacyjnych oraz placówek Służby Zdrowia, gdzie można bezpłatnie wykonać konieczne badania.

Nasza Kryisia

Z Panią mgr Krystyną Puto rozmawiają Zofia Michalska i Wiesława Dąbrowska



W. D.: Nasza Kryisia? Każda Amazonka w Polsce wie, o kogo chodzi. To oczywiście p. mgr Krystyna Puto, fizjoterapeutka, która była świadkiem powstania pierwszego Klubu Amazonek w Polsce, następnie narodzin Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki”. Od zarańca naszych dziejów towarzyszy twórczo wszelkim naszym poczynaniom i zawsze jest z nami.

Od połowy lat dziewięćdziesiątych jest Doradcą Federacji w zakresie rehabilitacji kobiet po leczeniu raka piersi, szkoli kandydatki na ochotniczki I i II stopnia, przekazuje swoją wiedzę i doświadczenie na kursach i szkoleniach profesjonalistom – rehabilitantom zatrudnionym w Klubach na terenie całego kraju, zmierzającym do uzyskania Certyfikatu Federacji upoważniającego daną osobę do podjęcia pracy w każdym naszym Klubie. Pani mgr Puto pracuje w Centrum Onkologii od czasu powstania Zakładu Rehabilitacji na Ursynowie.

Jest mężatką, ma dwoje dzieci (syna i córkę). Mąż także pracuje w Centrum Onkologii, ale dorosłe już dzieci wybrały inne dziedziny aktywności zawodowej – nie ma zatem Klanu Puto w Centrum Onkologii.

Jest za to Kryisia, zawsze uśmiechnięta, zawsze skora do pomocy, ciągle bardzo młoda, zgrabna, zręczna i powabna.

A jak to się stało, że tak wcześnie związałaś się z Amazonkami?

K. P.: Życiem rządzą przypadki! Dziwnym zbiegiem okoliczności trafiłam w ramiona p. dr Krystyny A. Miki, która właśnie tworzyła dzieło swego życia – Zakład Rehabilitacji w Centrum Onkologii. Zatrudniła mnie jako rehabilitantkę. Równocześnie dr Mika powoływała do życia nieznaną w Polsce organizację pacjentów – pierwszy Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki”. Ówczesne warunki wymagały, żeby za działalność i pobyt osób nie będących pracownikami Centrum Onkologii – odpowiedzialność przyjął wybrany pracownik Centrum Onkologii. Klub, obok przewodniczącej wybranej spośród kobiet po leczeniu raka piersi, otrzymał kierownika, którym był pracownik C. O. Opiekunem merytorycznym odpowiedzialnym za program była dr Mika, pierwszym kierownikiem od-

powiedzialnym za działalność Klubu została p. mgr Małgorzata Procter – najbliższy współpracownik dr Miki. Klub działał pod patronatem wówczas Obywatelskiego (dziś Polskiego) Komitetu Zwalczenia Raka z p. prof. Zbigniewem Wronkowskim na czele.

Od 1989 roku po ciężkiej chorobie przeszedłam na okresową rentę rehabilitacyjną i wówczas dr Mika zaproponowała mi stanowisko Kierownika Klubu – praca w godzinach popołudniowych, w określone dni tygodnia. Zorganizowałam sobie odpowiednią opiekę nad dwójką moich małych dzieci i podjęłam się tej roli – którą sprawuję do dziś.

Kierownik, w tamtych czasach, był odpowiedzialny za wszystko – za bezpieczeństwo, za lokal i jego wyposażenie, za przebieg spotkań. Do mnie należało przygotowanie np. kawy czy herbaty, zmywałam naczynia, załatwiałam wszystkie sprawy administracyjne – obsługiwałam Klub. A był to okres kształtowania się nie tylko ideologii ale również form działania Klubu – zdobywano sprzęt rehabilitacyjny, naczynia do herbaty i dużo innych niezbędnych drobiazgów. Ruszyła gimnastyka „podtrzymująca” efekty sprawności uzyskanej przez pacjentki w czasie usprawniania w Zakładzie Rehabilitacji.

Dr Mika znała wzorce zachodnie (Reach to Recovery) ale w Polsce trzeba było działać inaczej – odmienne były i potrzeby i możliwości. Rozumiała to bardzo dobrze i mozolnie wypracowywała koncepcję Ruchu Amazonek i formy działania.

Z. M.: No właśnie. Obie byłyśmy przy powstawaniu tej koncepcji. Jak dzisiaj, z perspektywy blisko 20 lat, oceniasz ten pomysł?

K. P.: Powstanie tego pierwszego Klubu – to strzał w 10-tkę! Cała późniejsza rzeczywistość o tym świadczy. Amazonki są prekursorem organizacji pozarządowych typu „non profit”. Pierwszy pomysł Pani Doktor Miki polegał na przyciągnięciu do klubu osób w pewien sposób wyselekcjonowanych.

Tworzyła silną grupę Ochotniczek – i jak dobrze pamiętasz – na początku wszystkie byłyście Ochotniczkami. Jednakże specyfika polska wymagała szerszego grona. Obok postaw samopomocowych w stosunku do koleżanek po operacji pojawiła się szybko potrzeba lansowana przez KPZR wychodzenia z działaniami informacyjnymi do kobiet zdrowych – wczesne wykrywanie zagrożenia i inne formy profilaktyki. Potrzebna była szersza grupa działaczek. Życie potwierdziło tę potrzebę. Obecnie ta sfera stanowi, jak sądzę, ponad 50% działań wszystkich Klubów w Polsce. Dzisiaj są to dwie równoległe linie – zapisane już w pierwszym Statucie Federacji. Dr Mika rozumiała potrzebę jednoczenia wysiłków i integracji w tym zakresie.

Z. M.: A jak widzisz rolę naszego Klubu w tym dziele?

K. P.: Klub Warszawa-Centrum był od początku w zupełnie innej sytuacji niż pozostałe. Dr Mika bardzo dbała, żeby każdy Klub miał oparcie w jakiejś palcówce medycznej, która sprawowałaby nadzór merytoryczny. Tak jest zresztą do dzisiaj i jest to słuszne i konieczne. Klub warszawski miał jednak znakomite zaplecze profesjonalne, oparcie w Zakładzie Rehabilitacji – troskliwą i profesjonalną opiekę samej Guru. Inne kluby, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, musiały podjąć rolę rehabilitacji podstawowej,

wstępnej zastępując Służbę Zdrowia w tym zakresie.

Klub warszawski nigdy takiej potrzeby nie miał. U nas szybko zatrudniono dwóch rehabilitantów: mnie i mgr Grażynę Grodzicką-Gorzałkowską. Obie „doświciłyśmy” Was przez wiele lat. Klub warszawski pierwszy podjął wyzwanie szkoleniowo-informacyjne społeczeństwa, które dzisiaj osiąga wyszukane formy: koncertów, prestiżowych festynów, marszów, biegów i innych. Tu się to wszystko zaczęło i bardzo skutecznie rozprzestrzeniło na cały kraj. To piękny efekt.

W. D.: A jakie widzisz błędy w przeszłości i teraz?

K. P.: W błędach przeszłości sama musiałam brać udział, więc je nie bardzo jasno widzę. Chętniej mówiłabym o potrzebach obecnych.

Moim zdaniem Klub dzisiaj w takim „rozmiarze” i zakresie działania zbliża się do pewnego rodzaju przedsiębiorstwa – z dyrekcją i odpowiedzialnością finansową.

Zarząd – to wyodrębniona, częściowo wyobcowana – grupa osób, która ma bardzo dużo pracy i bardzo mało czasu na kontakty integracyjne. Nie wszystkie członkinie Klubu to rozumieją, dla nich wszystko robi się samo, nie widzą pracy i wysiłków Zarządu. Jednocześnie wiem, jak trudno nakłonić je do jakiegokolwiek działania. Uwagi krytyczne są bardzo wartościowe – jeżeli towarzyszy im koncepcja efektywnej współpracy zmierzającej do poprawy stanu rzeczy.

Biorę udział w comiesięcznych zebraniach – i taką mam właśnie refleksję. Gdyby Zarząd miał większą pomoc ze strony grupy, miał by więcej czasu na koleżeńskie kontakty z klubowiczami, a przede wszystkim na zajęcia rehabilitacyjne.

Moją ogromną troską jest fakt, że członkinie Zarządu nie chodzą na gimnastykę. Nigdy nie mogą zdążyć na określoną godzinę, bo zawsze ktoś im wejdzie w drogę.

Z. M.: Może dlatego część z nas chodzi ćwiczyć na Politechnikę do p. mgr Zdzisławy Pilicz. Tam idziemy wyłącznie na ćwiczenia. Co byś zaproponowała w tej sytuacji?

K. P.: Mam kilka wniosków. Najpierw z mojej dziedziny.

1. Jest luka w gimnastyce – między ukończeniem ćwiczeń w Zakładzie Rehabilitacji a możliwością rozpoczęcia gimnastyki podtrzymującej w Klubie (średnio okres 1 roku). Te pacjentki są zostawione same sobie ze szkodą dla procesu ich rehabilitacji, a poza tym często tracimy ciekawych i wartościowych potencjalnych członków Klubu. Pomyślcie o tym!
2. Grupy obecnie ćwiczące są niejednolite. Część osób potrzebuje innych ćwiczeń i innego tempa. Dobrze byłoby podzielić uczestniczki wg tych kryteriów.
3. Zamarła, w jakimś stopniu, akcja kulturalno-oświatowa, szczególnie istotna dla osób samotnych. Zarząd nie jest w stanie już się tym zająć. Trzeba znaleźć w zespole kilka osób, które ożywiłyby tę akcję, intensyfikowania działalności biblioteki itp.

To są sprawy, moim zdaniem, możliwe do zrealizowania.

Dziękujemy Ci, Krysiu, za interesującą rozmowę i ciekawe propozycje. Znasz nas dobrze, a w życzliwość Twoją nie wątpimy.

POGŁĘBIAMY WIEDZĘ O RAKU PIERSI

NIE MA PROSTYCH PYTAŃ W SPRAWIE RAKA PIERSI

Doc. dr hab. med. Tadeusz Pieńkowski

Kierownik Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej

Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

W ciągu ostatnich kilkunastu lat w wielu krajach rozwiniętych uzyskano spadek współczynników umieralności z powodu raka piersi. Efekt ten uzyskano przy stale rosnącej zapadalności. W Polsce od 2000 roku współczynniki umieralności z powodu raka piersi ustabilizowały się i wykazują tendencje spadkową.

Uzyskanie obniżenia ryzyka zgonu z powodu raka przy stale rosnącej zapadalności na taką skalę jest ogromnym sukcesem, niespotykanym dotąd w dziejach onkologii. Stało się to możliwe dzięki zastosowaniu w praktyce klinicznej zdobyczy nauk podstawowych, wprowadzeniu badań przesiewowych i co niezwykle istotne: objęcie leczeniem skojarzonym większości chorych.

Zmienia się sposób chorowania na raka. U dużej części chorych leczenie może się obyć bez konieczności wykonywania okaleczającego zabiegu mastektomii. Chore, u których wykonano amputację mają możliwość wykonania zabiegów rekonstrukcyjnych. Rehabilitacja psychiczna i fizyczna stała się integralną częścią leczenia. Chore na raka piersi pomimo okaleczenia, konieczności leczenia i lęku przed nawrotem choroby mogą prowadzić aktywne życie. Obniżeniu ulega społeczny lęk przed rakiem piersi.

To ważne: im mniej społeczno lęku, tym więcej chorych diagnozuje swoją chorobę w takim stadium, że ich szanse na wyleczenie są znaczne.

Wprowadzenie na skalę populacji mammograficznych badań przesiewowych spowodowało zmianę w strukturze chorych podejmujących leczenie. Rozpoznanie raka we wczesnej, najlepiej bezobjawowej jeszcze fazie jest istotnym czynnikiem mającym wpływ na wyniki leczenia. Podstawowym czynnikiem rokowniczym jest bowiem wielkość guza pierwotnego i stan regionalnych pachowych węzłów. U kobiet objętych systemem badań przesiewowych w przypadku rozpoznania raka w dużej części przypadków guz pierwotny ma wymiary nie przekraczające 2 cm, a u większości chorych nie stwierdza się przerzutów w regionalnych pachowych węzłach chłonnych. W populacjach, w których prowadzone są na właściwą skalę badania przesiewowe ryzyko zgonu z powodu raka piersi ulega obniżeniu o około 30%. Istnieje szansa, że w najbliższym czasie w Polsce rozpoczniemy porządne

badania przesiewowe w skali całej populacji. Ich sukces zależy tu w dużej mierze od świadomej działalności mediów.

Zasadniczym zmianom uległy zasady rozpoznawania raka piersi. Klasyfikacja wydarzeń – niepokojące dolegliwości lub objawy, badanie przedmiotowe, badania dodatkowe, ustalenie rozpoznania nie jest już jedynym scenariuszem. Coraz częściej podejrzenie raka piersi ustalane jest przez radiologa na podstawie badania mammograficznego lub ultrasonograficznego wtedy, kiedy chora nie odczuwa jeszcze żadnych dolegliwości. Lekarz klinicysta nie stwierdza żadnych odchyśleń od stanu prawidłowego. Rozpoznanie ustalane jest na podstawie próbki pobranej z okolicy, w której radiolog stwierdził niepokojące objawy. Biopsja wykonywana jest pod kontrolą obrazu, co umożliwia precyzyjne pobranie próbki z właściwego miejsca. Na podstawie badania mikroskopowego stawiane jest nie tylko rozpoznanie raka, ale również oceniany jest cały szereg jego cech mających znaczenie prognostyczne i predykcyjne.

Chirurgia nadal pozostaje podstawową metodą miejscowego leczenia chorych na raka piersi. W końcu XIX wieku wprowadzono do praktyki klinicznej radykalną mastektomię. Operacja ta umożliwiła uzyskanie długotrwałych remisji i znacznie zmniejszyła ryzyko wystąpienia wznowy miejscowej. W przypadku wykonywania tego typu leczenia usuwane są również regionalne pachowe węzły chłonne. Efektem niepożądanym tej operacji jest poważne okaleczenie spowodowane utratą piersi. Istotnym powikłaniem jest również możliwość wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny górnej po stronie operowanej. Utrudnia to kobiecie normalne funkcjonowanie społeczne, obniża jej samopoczucie.

Obecnie możliwe jest chirurgiczne leczenie oszczędzające. U chorych na wczesny raka piersi zabieg operacyjny może być ograniczony jedynie do usunięcia zmiany pierwotnej w granicach tkanek zdrowych. Usuwane są również pachowe regionalne węzły chłonne. Pozostawiona zostaje wówczas większa część piersi. Integralną częścią takiego postępowania jest przeprowadzenie leczenia promieniami pozostawionej części gruczołu piersiowego. W randomizowanych kontrolowanych badaniach klinicznych

wykazano, że takie postępowanie umożliwia uzyskanie przeżyć nie różniących się od przeżyć uzyskiwanych po przeprowadzeniu radykalnej mastektomii.

Warunkiem bezpiecznego przeprowadzenia takiego leczenia jest przestrzeganie ustalonych wskazań. Optymalne przeprowadzenie go możliwe jest jedynie, gdy zapewnione jest stałe, precyzyjnie ustalone współdziałanie lekarzy różnych specjalizacji. Onkologia jest pracą zespołową. Leczenie oszczędzające na szeroką skalę wprowadzone zostało w początkach lat osiemdziesiątych. W początku lat dziewięćdziesiątych do praktyki klinicznej wprowadzono zabieg umożliwiający uniknięcie u części chorych usuwania regionalnych pachowych węzłów chłonnych. U chorych na wczesny raka piersi możliwe jest odnalezienie węzła chłonnego wartowniczego, czyli węzła, który jest pierwszym węzłem, do którego dokonuje się spływ chłonki z guza pierwotnego. Po usunięciu tego węzła jest on poddany badaniu mikroskopowemu. Udowodniono, że stan tego węzła jest reprezentatywny dla pozostałych węzłów chłonnych pachy. W przypadku, gdy nie stwierdza się w nim przerzutu, można odstąpić od usuwania węzłów chłonnych pachy. Ewentualną korzyścią dla chorych jest uniknięcie usuwania niezmiennych przerzutowo węzłów chłonnych z okolicy pachy.

Radioterapia, którą wspomniano powyżej, jest integralną częścią leczenia oszczędzającego i przy zachowaniu obecnie obowiązujących wysokich standardów, jest metodą bezpieczną. Współczesne planowanie i prowadzenie leczenia umożliwia bowiem dokonanie osłony narządów krytycznych, a w szczególności serca. Prowadzone są badania zmierzające do ustalenia wskazań do napromieniania części gruczołu piersiowego. Czyli po ograniczeniu zakresu operacji do niezbędnego minimum pojawia się najprawdopodobniej możliwość ograniczenia objętości napromienianych tkanek. Postęp, który dokonał się w leczeniu miejscowym umożliwił ograniczenie zakresu tego leczenia do niezbędnego minimum i co zatem idzie ograniczenie kalectwa.

Główną przyczyną zgonów u chorych po radykalnym leczeniu raka piersi są przerzuty odległe. Rak piersi u dużej części chorych w momencie rozpoznania jest chorobą

faktycznie uogólnioną. Oznacza to, że w chwili podejmowania leczenia radykalnego istnieją mikroprzerzuty w narządach odległych. Progresa tych mikro ognisk do klinicznie manifestujących się przerzutów jest zatem najważniejszą przyczyną niepowodzenia leczenia. Stwierdzenie, że wczesny rak piersi u dużej części chorych jest chorobą uogólnioną stanowi dużą zdobycz nauki. Udowodnienie tego faktu wpłynęło na codzienną praktykę kliniczną i przyczyniło się do poprawy wyników leczenia chorych na raka piersi. Obecnie istniejące możliwości diagnostyczne uniemożliwiają rozpoznanie tych mikroognisk. Jednak na podstawie analizy czynników prognostycznych można ocenić prawdopodobieństwo ich występowania. Najważniejsze czynniki prognostyczne oceniane są przez patologa na podstawie badania mikroskopowego usuniętego guza pierwotnego. Zgodnie ze stanem współczesnej wiedzy większość chorych na inwazyjnego raka piersi ma wskazania do systemowego leczenia uzupełniającego. Termin ten dotyczy leczenia systemowego prowadzonego u chorych, u których wykonano radykalne leczenie miejscowe. Celem tego leczenia jest zniszczenie mikroprzerzutów, czyli w konsekwencji niedopuszczenie do rozwoju przerzutów klinicznie manifestujących się.

W początkach lat siedemdziesiątych wykazano skuteczność tego leczenia na modelu zwierzęcym. Miłowymi krokami na drodze rozwoju onkologii były przeprowadzone na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych randomizowane badania kliniczne, w których wykazano, że stosowanie systemowego leczenia uzupełniającego powoduje wydłużenia życia chorych.

Przy rozważaniach różnych metod leczenia trzeba zawsze uwzględnić:

- Podstawy teoretyczne
- Leki o zdefiniowanych mechanizmach działania
- Leki bezpieczne
- Znane czynniki predykcyjne
- Badania kliniczne i meta analizy

Początkiem nowoczesnej ery w leczeniu uzupełniającym było odkrycie predykcyjnego znaczenia receptorów estrogenów dla leczenia hormonalnego. Odkrycie to stanowiło również pierwszy sygnał wprowadzania biologii molekularnej do codziennej praktyki klinicznej.

U chorych z dodatnimi receptorami dla estrogenów lub progestagenów najczęściej stosowane są zarówno chemio- jak i hormonoterapia uzupełniająca. Hormonoterapia pozostaje od wielu lat klasyczną metodą leczenia chorych na raka piersi. Badania dotyczące tego zagadnienia koncentrują się wokół poszukiwania nowych metod. W 2004 roku ukazały się kolejne opracowania dotyczące szczegółowych problemów związanych z badaniem ATAC (Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination Adjuvant Breast Cancer Trial). W badaniu poświęconym jakości życia chorych leczonych w tym badaniu potwierdzono, że istnieją różnice w profilu toksyczności pomiędzy chorymi leczonymi tamoksyfenem, anastrozolem i chorymi otrzymującymi oba te leki. W czasie trwania leczenia jakość życia chorych ulegała poprawie. Zdaniem autorów różnice w profilu toksyczności anastrozolu i tamoksyfenu powinna wpływać na decyzje o stosowaniu tych leków. Do badania ATAC włączane były chore, u których uprzednio wykonano radykalne leczenie miejscowe – mastektomię, lub leczenie oszczędzające. Przeprowadzono analizę rodzaju leczenia miejscowego u chorych włączonych do badania ATAC w ośrodkach brytyjskich i amerykańskich. Mastektomię wykonano u 51% spośród 2222 chorych włączonych do badania w Stanach Zjednoczonych i u 24% spośród 3228 chorych włączonych w Wielkiej Brytanii. W analizie jednoczynnikowej wykonanie mastektomii korelowało z większą wielkością guza pierwotnego, przerzutami w pachowych węzłach chłonnych, dużym stopniem złośliwości nowotworu, starszym wiekiem i chemioterapią uzupełniającą. Analiza wieloczynnikowa wymienionych powyżej czynników wykazała, że zamieszkiwanie w Stanach Zjednoczonych (w porównaniu do Wielkiej Brytanii) jest niezależnym czynnikiem związanym z rodzajem leczenia chirurgicznego u chorych na raka pier-

si. Obserwacje te mogą stanowić element w dyskusji na temat różnic w rozpowszechnieniu leczenia oszczędzającego pomiędzy różnymi ośrodkami. Zróżnicowanie takie występuje także w obrębie naszego kraju.

Tamoksyfen należy do grupy leków określanych jako selektywne modyfikatory receptora dla estrogenów (ang. SERM). Oprócz tamoksyfenu do tej grupy leków należy toremifen.

W końcu 2004 roku opublikowano wyniki randomizowanego badania, w którym porównano skuteczność i toksyczność tamoksyfenu i toremifenu w leczeniu uzupełniającym. Badanie przeprowadzono na grupie 1035 pacjentów, mediana obserwacji wynosiła 5,5 lat, dodatni receptor dla estrogenów stwierdzono u 75% badanych chorych. Mediana czasu wolnego od choroby i mediana czasu przeżycia całkowitego u chorych leczonych tamoksyfenem i toremifenem nie różniły się od siebie. W grupie chorych otrzymujących tamoksyfen 5 lat bez progresji choroby przeżyło 69%, a w grupie otrzymującej toremifen 72%. Pięcioletnie przeżycie całkowite u chorych leczonych tamoksyfenem wynosiło 81%, a u leczonych toremifenem 85%. Toksyczności, w tym częstość występowania raka trzonu macicy, była w obu ramionach taka sama.

W minionych latach w niektórych badaniach przedklinicznych wskazano na możliwość wpływu stosowania tamoksyfenu w skojarzeniu z radioterapią na wyniki leczenia. Harris i współpracownicy przeprowadzili retrospektywną analizę wyników leczenia chorych na raka piersi, u których wykonano leczenie oszczędzające i przeprowadzono leczenie tamoksyfenem. U 174 chorych tamoksyfen podawano w trakcie napromieniania i kontynuowano jego stosowanie po zakończeniu naświetlań. U 104 chorych leczenie tamoksyfenem rozpoczęto po zakończeniu radioterapii. Mediana obserwacji wynosiła 8,6 lat. Sposób podawania tamoksyfenu nie wpływał

na odsetek wznów miejscowych, przeżycie bezobjawowe i całkowite. W analizie chorych leczonych w ramach trialu SWOG 8897 również nie stwierdzono zależności pomiędzy sekwencją podawania tamoksyfenu, w stosunku do radioterapii, a wynikami leczenia.

Nową grupą leków stosowanych w hormonoterapii raka piersi są preparaty będące czystymi antagonistami receptora dla estrogenów. Pierwszym lekiem z tej grupy jest fulwestrant. W grupie chorych na uogólnionego raka piersi będących po menopauzie, u których w komórkach raka wykazano obecność receptorów dla estrogenów lub progestagenów wykazano, że fulwestrant ma skuteczność taką jak tamoksyfen. W innym randomizowanym badaniu wykazano, że wyniki leczenia anastrozolem i fulwestranem nie różnią się od siebie.

Jak zatem widać hormonoterapia jest przedmiotem ciągłych badań i wieloletnich obserwacji. Taki jest los wszystkich metod leczenia w onkologii. Odległe bowiem skutki leczenia raka piersi stały się bardzo istotne w sytuacji, kiedy nasze pacjentki żyją coraz dłużej.

Zgodnie ze współcześnie obowiązującą teorią spektrum wczesny rak piersi w części przypadków jest chorobą jedynie miejscową. Dotyczy to szczególnie chorych na raka rozpoznanego za pomocą systemu badań przesiewowych w fazie przed klinicznej. W znacznie większej części chorych szczególnie u tych chorych, u których rak rozpoznany został na podstawie objawów klinicznych, jest to choroba faktycznie uogólniona wymagająca oprócz leczenia miejscowego leczenia systemowego. Wyniki leczenia uzupełniającego zależą od czasu, jaki upłynął od leczenia pierwotnego i od sposobu zaplanowania leczenia systemowego, czyli od optymalnego kojarzenia metod.

W końcu lat osiemdziesiątych XX wieku odkryto prognostyczne znaczenie stopnia ekspresji receptora HER-2. Wykazano, że nadmier-

na ilość receptora HER-2, którą stwierdza się u około 20% chorych związana jest z gorszym rokowaniem. Odkrycie to zapoczątkowało badania, których zwieńczeniem było wprowadzenie do praktyki klinicznej przeciwciała monoklonalnego blokującego czynność tego receptora.

Herceptyna jest pierwszym lekiem wprowadzonym do leczenia chorych na raka piersi w sposób zaplanowany. Ma zdefiniowany molekularny punkt uchwytu i określony czynnik predykcyjny, którym jest nadmierna ekspresja receptora HER-2. Dodatkowo lek ten wykazuje efekt synergistyczny z wieloma klasycznymi cytostatykami. Wprowadzenie tego leku spowodowało wydłużenie życia chorych na uogólnionego raka piersi, u których w komórkach raka stwierdzono nadmierną ekspresję receptora HER-2. Dziś istnieją już podstawy, by uważać, że są wskazania do stosowania Herceptyny w leczeniu tej grupy chorych od razu po zabiegu chirurgicznym. Jak wykazały badania kliniczne zmniejsza to znacząco ryzyko nawrotu choroby i ryzyko zgonu. W takim jednak wskazaniu lek nie jest jeszcze zarejestrowany.

Diagnoza RAK PIERSI nie jest już wyrokiem.

Zaczyna być postrzegany jako choroba przewlekła, którą można skutecznie przez długi okres kontrolować. Znaczną zasługę w popularyzowaniu tego budującego faktu mają nasze pacjentki i ich organizacje z Amazonkami na czele. To one świadczą o sukcesach onkologii występując publicznie. Ciągłe jeszcze wymaga to cywilnej odwagi, bo rak pozostaje w społecznej świadomości chorobą stygmatyzującą. W tej sprawie wszyscy mamy jeszcze bardzo dużo do zrobienia.

Klinika nasza deklaruje chęć współpracy i współdziałania z Amazonkami. Stale też współpracujemy z mediami, ponieważ zdajemy sobie sprawę z tego jak wielką rolę w leczeniu raka odgrywa stan społecznej wiedzy i wyobraźni.

Nowoczesne testy genetyczne w walce z rakiem

Lek. med. Michał Wojtyczka
Instytut Badań DNA

Temat profilaktyki raka piersi związany był dotychczas prawie w całości z kwestią propagowania badań USG i badań mammograficznych. To niezwykle ważne i popularne badania, o których zawsze należy pamiętać, jednak ich podstawowa cecha to wykrywanie raka **PO** jego wystąpieniu. Nauka w coraz większym stopniu wprowadza obecnie do profilaktyki antyrakowej nowoczesne metody związane z diagnostyką genetyczną. Pozwalają one na wykrycie już samej predyspozycji do zachorowania na raka, czyli pomagają przewidzieć, czy konkretna osoba ma zapisane w genach wysokie ryzyko zachorowania na raka (np. 80% w przypadku raka piersi). Jest to informacja bezcenna, umożliwi bowiem podjęcie działań zapobiegawczych jeszcze **PRZED** zachorowaniem.

Do powstania raka prowadzą uszkodzenia w genach, tzw. mutacje. Uszkodzenie genu może być wywołane mutacjami spontanicznymi, a więc nabytymi w ciągu życia wskutek wadliwego me-

chanizmu powielania genów jak i czynnikami zewnętrznymi (np. dym tytoniowy lub inne czynniki rakotwórcze). Jednak niektóre typy mutacji mogą być przekazywane potomstwu przez jednego z rodziców i być obecne w organizmie płodu już od samego początku.

Już od dawna starano się wyodrębnić kobiety szczególnie zagrożone rakiem piersi i im właśnie proponowano rozszerzone programy wykrywania i profilaktyki. Podstawowym kryterium była obecność zachorowań na raka w rodzinie. Jest to jednak kryterium niewystarczająco precyzyjne. Za część zachorowań na raka piersi odpowiadają uszkodzenia w genach, które są dziedziczone po rodzicach. Dzięki osiągnięciom współczesnej genetyki można dziś te uszkodzenia wykrywać właściwie zaraz po urodzeniu.

Wystąpienie mutacji w genach BRCA1/BRCA2 (Breast Cancer – rak piersi) zwiększa u kobiet ryzyko zachorowania na raka piersi aż do ok. 80% przed siedemdziesiątym rokiem życia, a na raka

jajników do ok. 40%. Szacuje się, że nosicielkami uszkodzeń w genach, powodujących skłonność do raka piersi i raka jajnika, może być nawet 200 tysięcy Polek!

Badane uszkodzenia genetyczne są dziedziczne i mogą być przeniesione na dzieci. Podstawowe zasady genetyki mówią, że dziecko dziedziczy jedną kopię genu od matki, a drugą od ojca. Oznacza to, że jeśli jedno z rodziców jest nosicielem mutacji, to dziecko ma 50% ryzyka, że to uszkodzenie genetyczne odziedziczy. Także właśnie dlatego tak ważne jest odpowiednio wczesne wykrycie uszkodzenia genu. Może to uratować życie również naszym bliskim.

Kobiety, które już zachorowały powinny koniecznie poddać się badaniu genów BRCA. Coraz więcej klinik onkologicznych na świecie uwzględnia wyniki testu genetycznego przy opracowywaniu programu leczenia i szacowania ryzyka nawrotu choroby. Również jeśli badanie stwierdzi występowanie mutacji genetycznej u kobiety, która już zachorowała,

należy przebadac jej dzieci i (ewentualnie) wnuki, aby sprawdzic, czy one takze nie odziedziczyly wysokiego ryzyka i czy nie powinny zostac objete programem profilaktyki.

Samo stwierdzenie zmian genetycznych nie oznacza stwierdzenia choroby nowotworowej, jest natomiast sygnalem, ze dana osoba ma bardzo duze genetyczne ryzyko zachorowania i powinna podjac odpowiednie dzialania zapobiegawcze. Dzieki tym dzialaniom bedzie mogla uniknac zachorowania, lub w najgorszym przypadku wykryc chorobe we wczesnym, wyleczalnym stadium.

Istnieje szereg lekow, ktorych przyjmowanie moze zalecic onkolog po stwierdzeniu wystapienia mutacji tak, aby zminimalizowac ryzyko zachorowania. Naleza do nich miedzy innymi antyestrogeny oraz leki wplywajace na obnizenie poziomu przysadzkowych hormonow plciowych. Ponadto juz samo stosowanie niesterydowych lekow przeciwpalnych i preparatow obnizajacych poziom cholesterolu z grupy statyn, moze byc waznym dzialaniem zapobiegawczym, obnizajacym ryzyko zachorowania na raka piersi.

Kilkuletnie badania prowadzone w nowoczesnym laboratorium genetycznym Instytutu Badań DNA zawocowaly opracowaniem wyjatkowego testu wykrywajacego wrodzo-

ne predyspozycje do zachorowania na raka piersi i raka jajnikow. Do analizy genow stosowane sa nowoczesne urzadzenia wykorzystujace swiatlo lasera. Instytut Badań DNA prowadzi szeroko zakrojone prace naukowo-badawcze zwiazane z inzynieria genetyczna oraz diagnostyka genetyczna.

Do przeprowadzenia testu nie jest potrzebne pobieranie krwi. Wystarczy zwykly wymaz z wewnetrznej strony policzka. Testy umozliwiaja jednoczesne poszukiwanie az 13 mutacji, nie tylko w genie BRCA1, ale rowniez w genie BRCA2. Jest to duzy postep w stosunku do badanych dotychczas 3-5 mutacji. Dzieki temu wieksza jest poprawnosc diagnozy obciazenia genetycznego i zastosowanych zalecen profilaktyki.

Z badan genetycznych korzystaja przede wszystkim osoby, w rodzinach ktorych zdarzaly sie przypadki raka piersi i raka jajnikow. Jednak nie tylko one. W wyniku badan przeprowadzonych w 54 ośrodkach na swiecie, w ktorych wzieto udzial 5 tys. kobiet ze zmutowanymi genami BRCA stwierdzono, ze te z kobiet, ktore stosowaly doustne srodki antykoncepcyjne przed 30-stym rokiem zycia, mialy o 33 proc. wyzsze ryzyko zachorowania na raka piersi. Tak wiec podwyzszenie 80-procentowego ryzyka wynikajacego z posiadania mutacji w genie BRCA1

o dodatkowe 33-procentowe ryzyko (sa to niezalezne czynniki ryzyka, ktore nie sumuja sie do 100%) zwiazane z przyjmowaniem przez nosicielke mutacji hormonalnych srodkow antykoncepcyjnych powoduje niemal pewne zachorowanie na raka piersi. Chyba ze mutacja bedzie wykryta i zostanie podjeta odpowiednia profilaktyka. Ginekolodzy, uwzgledniajac wyniki tych badan przy wyborze metody antykoncepcji dla pacjentek, ochronia przed rakiem miliony kobiet na swiecie.

Rowniez stosowanie hormonalnych srodkow w terapii zastepczej w okresie menopauzy podnosi ryzyko zachorowania u kobiet, ktore sa nosicielkami mutacji BRCA. Kobiety przyjmujace lub planujace przyjmowanie takich srodkow powinny sie przebadac. Idealem z punktu widzenia profilaktyki byloby, gdyby testom poddala sie kazda kobieta.

Sam test jest bardzo prosty do przeprowadzenia. Pacjentce pobiera sie specjalna paleczka wymaz z jamy ustnej. Przed badaniem nawet nie trzeba byc na czczo. Wystarczy godzinę wcześniej powstrzymać się od jedzenia, nie pić i nie myć zębów. Wymaz pobierze pielęgniarka. Pacjentka będzie jeszcze poproszona o wypełnienie ankiety, dotyczącej zachorowań na raka w rodzinie. Te dane, jak również sam wynik badania genetycznego będą później ana-

lizowane przez lekarza. Po wykonaniu testu pacjentka uzyska wszelkie potrzebne informacje, dopasowywane dla niej indywidualnie, dotyczące dalszego postępowania.

Testy genetyczne można wykonać w następujących placówkach w Warszawie:

ENEL-MED

ul. Gilarska 86c, tel. 51-89-300

Centrum Medyczne Damiana

ul. Wałbrzyska 46, tel. 566-22-22

ALFA-LEK

Lecznica Profesorsko-Ordynatorska, ul. Nowy Świat 58a, tel. 826-26-59

Poradnia Chorób Sutka

ul. Niekłańska 4/24, tel. 672-78-57

VIVAMED

ul. Trocka 10, tel. 679-28-83

Lecznica Lekarzy Specjalistów TERAPIA,

ul. Widok 10, tel. 828-10-00

MEDICOR

ul. Łazienkowska 14, 00-449 Warszawa, tel. 627-11-00

MEDIKUS

u. Dembowzkiego 2, tel. 643-67-25

Centrum Zdrowia Ursynów

ul. Gandhi 11, tel. 544-26-00

„AC-PG HPV“ Gabinet lekarski

ul. Mangalia 1/8, tel. 842-99-99

Kilka słów o lekach...

Dr n. farm. Agnieszka Szelejewska-Woźniakowska, Vipfarm SA

Drogie Amazonki,

Z miesiąca na miesiąc stajecie się coraz bardziej wyróżniającą się grupą wśród organizacji pacjentów, mówiącą o prawach pacjenta nie tylko w Polsce, ale i na forum Europy. Świadomość praw pacjenta to równocześnie poszerzenie wiedzy o prawie dostępu do leków i profilaktyce.

We wczesnym raku piersi metody leczenia to operacja chirurgiczna, radioterapia, chemioterapia a następnie jeśli jest taka potrzeba wieloletnia hormonoterapia. Obecnie zgodnie z zaleceniami ASCO (Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne) w leczeniu hormonalnym obowiązuje indywidualne podejście do pacjentki. W doborze odpowiedniej terapii (inhibitory aromatazy czy tamoksyfen) bierze się pod uwagę wielkość guza, status receptorowy, okres w jakim znajduje się pacjentka (przed i po menopauzie) oraz ryzyko wystąpienia określonych działań niepożądanych. Po wyborze odpowiedniej substancji czynnej, którą pacjentka ma być leczona lekarz może przepisać lek oryginalny albo jeśli taki został opracowany i zarejestrowany jego tańszy odpowiednik - lek generyczny.

Co powinniśmy wiedzieć na temat leków generycznych, które stanowią 80% udziału w polskim rynku farmaceutycznym (oznacza to, że na 10 sprzedawanych w aptekach leków, 8 to leki generyczne). Tutaj potrzebnych jest kilka definicji.

1. Co to jest lek generyczny?

Lek generyczny to tańszy odpowiednik leku oryginalnego. Zgodnie z dyrektywą prawa farmaceutycznego UE lek generyczny posiada taką samą substancję czynną, taką samą postać farmaceutyczną (postać farmaceutyczna to np. tabletki, iniekcja, syrop) jak lek oryginalny, róż-

nica polega na innym składzie substancji pomocniczych i np. innym kolorze i kształcie tabletki. By zarejestrować lek odpowiednik, trzeba wykazać równoważność farmaceutyczną i równoważność biologiczną (w klinicznym badaniu biorównoważności), co oznacza te same efekty pod względem skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leku.

2. Jakość i skuteczność leków generycznych

Leki generyczne zawierają taką samą substancję czynną, spełniają takie same standardy jakości zarówno substancji czynnej jak i postaci leku, stosują się do tych samych surowych przepisów UE dotyczących produkcji i działań niepożądanych jak leki referencyjne. Stąd są równie skuteczne i bezpieczne.

3. Lek generyczny w Unii Europejskiej

Europejskie Stowarzyszenie Wytwórców Leków Generycznych (EGA) to oficjalne stowarzyszenie reprezentujące europejski generyczny przemysł farmaceutyczny. Przemysł ten dostarcza milionom Europejczyków leki wysokiej jakości po przystępnych cenach i stymuluje konkurencyjność. Efektywne kosztowo leki generyczne umozliwiają pacjentom w UE i systemom ochrony zdrowia zaoszczędzenie ponad 13 miliardów Euro rocznie. W ten sposób EGA pomaga zagwarantować pacjentom dostęp do niezbędnych leków a systemom ochrony zdrowia pilnie potrzebne srodki w budzecie na zakup produktow nowych i rzeczywiscie innowacyjnych. Szacuje się, że każdy dodatkowy rok opóźnienia rejestracji leku generycznego kosztuje pacjentów i podatników aż 100 milionów Euro. Koszty leków różnią się w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej, ale we wszystkich krajach, w wyniku opisanej wyżej sytuacji, wymaga się od osób zarządzających bu-

dżetami ochrony zdrowia zmniejszenia stopnia refundacji i ograniczenia dostępności drogiej leków. Pacjenci płacą za leki coraz więcej, a w wielu przypadkach po prostu z nich rezygnują. Z danych EGA wynika, że w USA preferuje się w pierwszej kolejności przepisanie leku generycznego. W przeciwnym razie ubezpieczenie nie zwróci kosztów leczenia.

4. Onkologiczny lek generyczny w Polsce

Jeśli chodzi o leki onkologiczne to jest to jedna z droższych grup terapeutycznych. Prace badawcze nad lekiem generycznym w Polsce jako kraju UE są obecnie o wiele trudniejsze, z uwagi na wprowadzenie wielu patentów i zablokowań rejestracyjnych w całej UE. Takich obostrzeń nie ma w USA i być może dlatego ten kraj przoduje obecnie w liczbie zarówno nowych oryginalnych jak i generycznych leków. Nie bójmy się polskich leków onkologicznych. W większości przypadków są to leki nowej generacji. Po wejściu naszego kraju do UE obowiązują bardzo surowe przepisy rejestracyjne i nie ma możliwości, aby wkraść się na rynek lek nie spełniający wymagań jakości i bezpieczeństwa.

Na jednej z międzynarodowych konferencji onkologicznych ESEC 2005 podano, że wkrótce liczba zachorowań na choroby nowotworowe w Europie przekroczy liczbę 3 000 000 (53% przypadków zachorowań dotyczy mężczyzn a 47% - kobiet). Dane te są motorem do dalszych prac badawczych nad nowymi lekami onkologicznymi. Aby pomagać pacjentom rynek leków generycznych w Polsce powinien się dalej rozwijać, gdyż dzięki temu tworzy się konkurencja, co prowadzi do obniżania cen leków dla pacjenta, zaś lekarzowi daje możliwość leczenia większej liczby chorych.

Przeciwciała monoklonalne jako przykład terapii celowanej w leczeniu nowotworów litych

Lek. med. Iwona Głogowska, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej
Centrum Onkologii w Warszawie

Komórki nowotworowe posiadają niebezpieczną zdolność do nieograniczonej liczby podziałów. Wynika to z ich charakterystycznych właściwości odróżniających je od komórek zdrowych. Wśród tych szczególnych cech należy wymienić: własną produkcję i wykorzystywanie czynników wzrostu, brak wrażliwości na sygnały blokujące wzrost, nieograniczony potencjał namnażania, unikanie apoptozy czyli naturalnej śmierci komórki, utrzymującą się angiogenezę (nowotworzenie naczyń krwionośnych), naciekanie tkanek i rozsiew. Leki cytostatyczne wykorzystują różne mechanizmy działania przeciwnowotworowego oparte na wiedzy o kinetyce tj. o fazach cyklu podziału i dojrzewania komórek. Cytostatyki wpływają niespecyficznie na wszystkie komórki w organizmie, co jest zależne głównie od dynamiki ich wzrostu.

Idealny lek przeciwnowotworowy powinien być cząsteczką, która rozpoznaje i wybiórczo „atakuję” komórki raka nie wpływając znacząco na zdrowe tkanki. Wobec tego, lek taki powinien trafiać w wybrane miejsca bądź właściwości komórki (nazywane „celami”), które muszą być przedtem dokładnie poznane i określone, a także możliwe do zidentyfikowania prostymi testami. Leki spełniające te warunki określa się mianem **terapii celowanej**, a efekt jej działania i odpowiedź kliniczna w guzach z potwierdzoną ekspresją danego „celu” powinna być znacząca, gdy „cel” zostanie zablokowany. Jednocześnie u pacjentów, u których komórki nowotworu nie wykazują ekspresji danego „celu”, obserwuje się minimalną odpowiedź bądź jej brak.

W ciągu ostatnich lat powstało wiele definicji **terapii celowanej**. Początkowo w USA rozważano nazwanie tym mianem leków, do których zastosowania konieczne jest wykonanie specjalnych testów potwierdzających zasadność terapii przed zakwalifikowaniem do niej pacjenta np. potwierdzenie nadekspresji receptora HER-2 przed kwalifikacją do leczenia Herceptyną. Kolejna definicja, akceptowana przez większość naukowców i onkologów, określa mianem terapii celowanej leki o ściśle ukierunkowanych, specyficznych mechanizmach, działające na poznane, dokładnie określone miejsca i drogi biologicznego przewodnictwa komórek. Trafiając, na wzór zdalnie sterowanych pocisków, w konkretne miejsca i szlaki metaboliczne komórki nowotworowej blokują jej aktywność i wzrost, co powoduje regresję nowotworu. Zgodnie z tą definicją, przykładem terapii celowanej może być hormonoterapia w raku piersi i prostaty czy leki blokujące mechanizmy rozprzestrzeniania się nowotworu np. inaktywujące enzymy i białka ułatwiające inwazję, blokujące nowotworzenie naczyń, nasilające apoptozę czyli śmierć komórki nowotworowej.

Wielu naukowców uznaje **przeciwciała przeciwnowotworowe**, które potrafią odszukać komórkę nowotworową rozpoznawaną jako obce białko nazywane antygenem i blokować jej aktywność, za kolejny rodzaj terapii celowanej. Układ immunologiczny człowieka potrafi rozpoznać wiele obcych białek i skierować przeciw nim przeciwciała tak, że różne rodzaje przeciwciał mogą blokować różne antygeny.

W odróżnieniu od nich, przeciwciała przeciwnowotworowe, są homogenne tzn. zbudowane z jednakowych łańcuchów i skierowane przeciw określonemu antygenowi, którym jest specyficzna konfiguracja białka nowotworowego. Takie przeciwciała nazywa się monoklonalnymi. Przeciwciała monoklonalne stają się jedną z ważniejszych strategii w onkologii klinicznej.

Technikę otrzymywania **przeciwciał monoklonalnych** wynaleziono w latach 80-tych XX wieku. Opierała się ona na podstawowej wiedzy o tym, że w układzie immunologicznym funkcjonują limfocyty B i T potrafiące rozpoznać każde obce białko jako antygen, przeciw któremu kierują naturalne przeciwciała. Klasyfikacja metoda produkcji przeciwciał monoklonalnych polega na tym, że wstrzykuje się myszy antygen, aby pobudzić jej układ immunologiczny do produkcji przeciwciał, a następnie izoluje się z krwi myszy limfocyty B zaszczerpione tym antygenem. Jednocześnie pobiera się komórki ze szpiku człowieka chorego na nowotwór i łączy je z limfocytami mysimi. Dochodzi wówczas do stworzenia dużej liczby tzw. hybryd rozpoznających nowotworowy antygen. Niestety, mysie przeciwciała w krótkim czasie rozpoznawane są jako obcy antygen, przeciw którym organizm człowieka wytwarza reakcję immunologiczną niszczącą je. Za pomocą inżynierii genetycznej udało się zastąpić coraz większe fragmenty mysich przeciwciał fragmentami cząsteczek przeciwciał ludzkich i tak powstały stosowane dziś **humanizowane przeciwciała monoklonalne**, dobrze tolerowane przez układ immunologiczny człowieka.

Przeciwciała monoklonalne skierowane są przeciw komórkowemu czynnikowi wzrostu lub ich receptorom. Dane przeciwciała dopasowuje się do antygeny jak klucz do zamka, blokując w ten sposób działanie danego czynnika, co w znaczący sposób zmniejsza aktywność komórki nowotworowej.

Specjalny rodzaj przeciwciał monoklonalnych to tzw. przeciwciała skoniugowane, które są nośnikami dla radioizotopów bądź substancji cytostycznych.

Należy podkreślić, że przeciwciała monoklonalne są aktywne tylko w guzach, które posiadają na powierzchni komórek miejsca wiążące te przeciwciała. Nie wszystkie nowotwory wykazują taką aktywność. Bardzo dobrym przykładem jest tu rak piersi. Okazuje się, że 25-30% wszystkich raków piersi posiada wysoką aktywność genu nazwanego genem HER-2, określaną jako amplifikacja genu (wykrywalną w mikroskopie elektronowym testem FISH). Produktem aktywności genu jest białko HER-2, którego nadmierną ilość na powierzchni komórki nazywaną nadekspresją HER-2, możemy wykryć prostym testem immunohistochemicznym. Z obecnością amplifikacji genu HER-2, a co za tym idzie nadekspresją receptora HER-2 wiąże się większa zdolność komórki nowotworowej do podziałów i wzrostu, a w konsekwencji – większa agresja nowotworu i gorsze rokowanie. W 1998 roku zarejestrowano po raz pierwszy w USA przeciwciała monoklonalne aktywne w nowotworach litych. Trastuzumab

(Herceptyna) – humanizowane przeciwciała monoklonalne przeciw receptorowi HER-2 zostało zaakceptowane do leczenia uogólnionego raka piersi. Zastosowanie Herceptyny w skojarzeniu z cytostatykami aktywnymi w raku piersi wzmacnia działanie cytostatyków i znacznie poprawia wyniki leczenia w grupie chorych z nadekspresją HER-2. Wyniki ostatnio opublikowanych badań klinicznych wskazują, że zastosowanie trastuzumabu z chemioterapią w leczeniu uzupełniającym tj. pooperacyjnym raka piersi, którego komórki wykazują nadekspresją HER-2, znacząco wpływa na wydłużenie czasu bez nawrotu choroby i czasu całkowitego przeżycia w tej grupie chorych.

Receptor HER-2 jest jednym z czterech receptorów należących do rodziny HER. Drugim dokładnie przebadanym receptorem tej rodziny jest receptor HER-1, częściej określany jako EGFR. Wysoką ekspresję EGFR stwierdza się w wielu nowotworach np. rakach głowy i szyi, płucu, jelita grubego, jajnika, nerki, piersi. Przeciwciała monoklonalne przeciw EGFR – cetuximab (Erbix) wykazało wysoką skuteczność w leczeniu uogólnionych postaci raka jelita grubego wykazujących nadekspresję EGFR i w 2004 zostało po raz pierwszy zarejestrowane do leczenia tej choroby w skojarzeniu z irinotekaniem lub w przypadkach niepowodzenia po leczeniu irinotekaniem bądź jego nietolerancji. Trwają intensywne badania kliniczne z zastosowaniem Erbituxu w innych nowotworach litych.

Duże nadzieje wiąże onkolodzy z kolejnym przeciwciałem. Bevacizumab (Avastin) skierowany jest przeciw naczyniowo-śródbłonkowemu czynnikowi wzrostu (VEGF), blokując w ten sposób sygnał do powstawania naczyń krwionośnych wokół guza. Komórka nowotworowa pozbawiona sieci naczyń obumiera. Potwierdzono wysoką skuteczność Avastinu w leczeniu uogólnionego raka jelita grubego w skojarzeniu z chemioterapią 5-fluorouracylem, a prowadzone badania kliniczne wskazują także na jego aktywność w raku nerki, niedrobnokomórkowego raka płuca czy piersi.

Przeciwciała monoklonalne, chociaż nie wykazują działań niepożądanych typowych dla cytostatyków, nie są całkiem pozbawione objawów ubocznych. Najczęstszymi powikłaniami związanymi z podawaniem przeciwciał przeciw receptorom rodziny HER są reakcje nadwrażliwości (gorączka, dreszcze, pokrzywka), a przed ich podaniem potrzebna jest czasem premedykacja. Ze stosowaniem Avastinu mogą się wiązać krwawienia, zakrzepica i wzrost ciśnienia tętniczego krwi.

Doświadczenia w otrzymywaniu i zastosowaniu przeciwciał monoklonalnych przekraczają 10 lat, a mimo to, nadal istnieje potrzeba prowadzenia badań klinicznych z nowymi preparatami jak i w nowych wskazaniach dla znanych już leków. Jest to intensywnie rozwijający się dział onkologii, ale dla wielu chorych już teraz dokonał się przełom w leczeniu nowotworów. Stałe badania nad procesami zachodzącymi w komórkach i rozwój biotechnologii zmieniają obraz współczesnej medycyny.

„Twoje Pierwsze USG Piersi” 2005

Dlaczego młode kobiety powinny badać swoje piersi?

W roku 2005 firma Avon w ramach Wielkiej Kampanii Życia – Avon Kontra Rak Piersi oraz Amazonki Warszawa-Centrum będą kontynuować ogólnopolską akcję „Twoje Pierwsze USG Piersi”.

Od 15 września do 15 grudnia w całej Polsce kobiety w wieku 20-45 lat będą mogły wykonać badanie USG piersi płacąc za nie jedynie 10 zł. Avon dofinansuje 20 000 takich badań, dając tym samym kobietom szansę sprawdzenia stanu zdrowia pod kątem zmian chorobowych w piersiach.

Wszelkie informacje o akcji oraz zakontraktowanych ośrodkach zdrowia są dostępne od 1 września pod bezpłatnym numerem infolinii AMOENA 0-800 20 66 74 w godz. 9.00 – 16.00 oraz na stronie internetowej www.avon.com.pl

Partnerami akcji są Warszawski Klub Kobiet Po Mastektomii „Amazonki” oraz Polski Komitet Zwalczenia Raka.

Patroni medialni akcji:

AMS, AVANTI, COSMOPOLITAN, DZIECKO, DZIEN DOBRY, ELLE, GALA, GAZETA STUDENCKA, IMPERIUM TV, POLSKIE RADIO PR 1, KOBIETY.PL, MARIE CLAIRE, NAJ, OLIVIA, ONET.PL, PORADNIK DOMOWY, PRZYJACIÓŁKA, SUKCES, SAMO ZDROWIE, TVP3, WYSOKIE OBCASY, VITA, ZDROWIE, ZWIERCIAŁO.

Zeszłoroczna edycja tego programu przyniosła następujące efekty:

1. Przebadano 9823 kobiety w ciągu miesiąca.
2. U 1275 z nich (13%) wykryto zmiany w piersiach, z czego:

- 476 zmian w przedziale wiekowym 20-30 lat, co daje 37% ogólnej ilości zmian
- 799 zmian w przedziale wiekowym 30-40 lat, co daje 63 % ogólnej ilości zmian.

Dodatkowo przeprowadzone przez Avon badania opinii publicznej wykazały, iż z całkowitej liczby kobiet, które wiedziały o akcji:

- 26 % nie skorzystało z badań z powodu braku czasu
- 19% stwierdziło, że nie musi, gdyż są zdrowe.

Powyższe dane wskazują na ogromną potrzebę tego rodzaju edukacji wśród kobiet oraz konieczność umożliwienia im dostępu do badań.

Dlatego też firma Avon zdecydowała się kontynuować program w roku 2005.

Dlaczego USG piersi jest tak ważne?

Walkę z rakiem trzeba rozpoczynać jeszcze zanim on zaatakuje. Problem szybkiego wzrostu zachorowalności na raka zaczyna się już od 30 roku życia. Wiemy, że rak rozwija się średnio 20 lat, a więc walkę z nim musimy zacząć już w młodości. Obecnie rak piersi jest najczęstszym zabójcą kobiet w wieku 40-55 lat. Jeśli walczymy z chorobą dopiero wtedy, kiedy się już ujawni, mamy mniejszą szansę na uratowanie życia, zdrowia i urody.

Profilaktykę należy więc zaczynać jak najwcześniej. Mimo że mammografia jest najlepszą metodą wykrywania raka piersi, nie ma ona szerszego zastosowania u młodych kobiet z dwóch powodów:

1. „gęstość” piersi młodych kobiet, czyli dużo tkanki gruczołowej, w której mammografia nie może wykryć wczesnego raka;
2. napromienienie, które powinniśmy ograniczyć zwłaszcza u młodych kobiet. W tej sytuacji badanie ultrasonograficzne piersi (USG) jest najlepszą i bezpieczną metodą oceny piersi.

Badanie USG piersi jest niezbędne, żeby wykryć tzw. mastopatię (dysplazję) piersi, która występuje już od okresu pokwitania a jest efektem zaburzeń hormonalnych u dziewcząt i kobiet. Badania Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka wykazały, że 62% dorosłych kobiet ma takie zmiany. Wiele kobiet ma nawet duże zmiany (torbiele, gruczolakowłókniaki i inne), lecz nie wie o tym. **USG piersi łatwo wykryje te zmiany i zapobiegnie ewentualnym komplikacjom.** Badanie USG jest nieocenione w przypadku, gdy kobiety stosują hormonalne zapobieganie ciąży. Trzeba je stosować regularnie co 6-12 miesięcy w czasie stosowania hormonalnych środków antykoncepcyjnych.



AMOENA BALANCE – nakładki wyrównujące dla doskonałej symetrii po operacji oszczędzającej lub po rekonstrukcji piersi



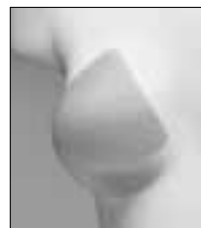
Jeśli przechodziłaś operację oszczędzającą lub jesteś po rekonstrukcji, możesz zauważyć, że piersi nie są całkowicie równe. Aby zapewnić Ci symetrię i równowagę ciała i abyś mogła czuć się dobrze w obcisłych ubraniach, Amoena stworzyła częściowe protezy piersi.

Nakładka Amoena zbudowana jest z miękkiego silikonu, łagodnie układa się do ciała pomagając skorygować wszystkie nierówności kształtu i rozmiaru. Dzięki swojej miękkości potrafi wyrównać kształt piersi, doskonale wypełniając miseczkę biustonosza.

- Miękki silikon przylega łagodnie do piersi
- Delikatne krawędzie łączą się delikatnie ciałem
- Wyrównuje wszystkie nierówności kształtu i rozmiaru
- Dostępna w szerokiej gamie rozmiarów, kształtów i grubości, daje każdej kobiecie pełną satysfakcję
- Może być używana po rekonstrukcji piersi
- Odpowiednia również dla kobiet z nierównomiernym rozwojem piersi

Balance – nakładka górna *

Balance – nakładka górna jest ukształtowana anatomicznie, wyrównując nierówności górnej części piersi.

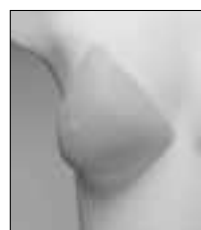


Balance – nakładka dolna *

Balance – nakładka dolna ukształtowana anatomicznie, dopasowując się do dolnej części piersi.

Balance Delta *

Ta miękka i tolerowana przez skórę trójkątna nakładka, otula delikatnie pierś nie uciskając jej. Jest dostępna w trzech rozmiarach, może być noszona na prawej lub lewej piersi w miseczce biustonosza.



Balance Extra Soft

Owalna nakładka wyrównująca może być noszona na prawej lub lewej piersi. Bezpiecznie otula pierś. Miękki materiał z cienkimi brzegami sprawia, że nakładka delikatnie łączy się z ciałem. Dostępna w 5 różnych rozmiarach.

* dostępna również jako Concat

Nagroda Zaufania „Złoty OTIS” 2004

Wielka Gala Laureatów Nagrody Zaufania „Złoty OTIS” 2004 odbyła się 10 maja 2005. Klub Kobiety po Mastektomii „Amazonki” Warszawa-Centrum został laureatem tej prestiżowej nagrody.

Kapituła miała na celu, aby Nagroda wyróżnionym organizacjom, dała jak najwięcej pożytku i pomogła im gromadzić środki na szlachetne cele, które realizują w codziennej pracy.

W trakcie uroczystości wręczenia statuetek „Złoty OTIS 2004”, odbyła się aukcja rzeźby „Wenus Amazonek 2005” autorstwa Włodzimierza Pytkowskiego. W wyniku licytacji, rzeźbę zdobyła Fundacja Polsat, która uroczystie podarowała ją Klubowi.

Środki zgromadzone z aukcji, Amazonki przeznaczają na rozbudowę Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii w Warszawie. W wyniku rozbudowy powstanie Ośrodek Edukacyjno – Terapeutyczny dla pacjentów onkologicznych, gdzie również Amazonki znajdą miejsce dla swoich działań.

„Wenus Amazonek 2005” będzie patronką rozbudowy Zakładu Rehabilitacji.

W ten sposób w dniu 10 maja 2005 r. zapoczątkowane zostało tworzenie funduszu inwesty-

cyjnego na rozbudowę Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii.

Tak jak z każdym rokiem wzrasta liczba zachorowań na nowotwory złośliwe, tak rośnie zapotrzebowanie na rehabilitację pacjentów onkologicznych. Rehabilitacja stanowi nieodłączną część leczenia onkologicznego, dając chorym nadzieję i szansę na powrót do normalnego życia. Rozbudowując bazę rehabilitacyjną zwiększamy tę szansę.

Motto Gali Laureatów to: „Pomóż, bo możesz. Zróbmy to wspólnie”

Wszystkie firmy oraz osoby, które zechcą wesprzeć projekt mogą nawiązać bezpośredni kontakt z Klubem względnie zasilić konto:

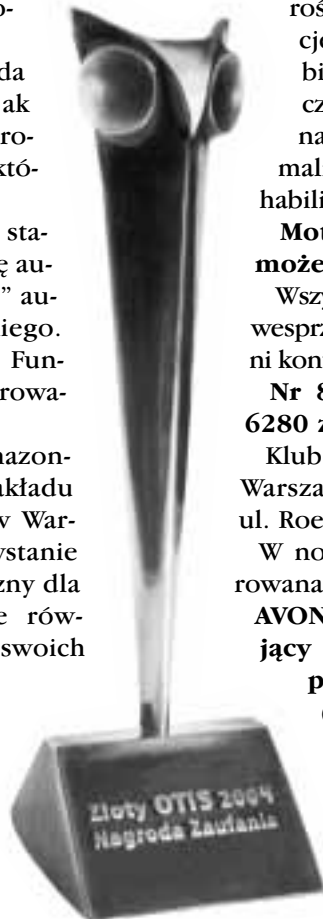
Nr 83 10 20 1055 0000 9402 0016 6280 z dopiskiem – Rozbudowa

Klub Kobiety po Mastektomii „Amazonki” Warszawa-Centrum, 02-781 Warszawa, ul. Roentgena 5

W nowo powstały obiekt zostanie wmurowana tablica darczyńców.

AVON jako długoletni partner wspierający w Polsce walkę z rakiem piersi, przekazał jako pierwszy 100.000 zł (sto tysięcy) na rozbudowę Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii.

Telefony kontaktowe: 5462586, 8411476, 0501948848, mail: amazonki@free.ngo.pl



Era ważnych konferencji

Ostatnie półrocze obfitowało w ważne zadania w skali krajowej, które w różny sposób łączyły się pośrednio lub bezpośrednio z nami. Wspomnę tu tylko o tych, w których brałyśmy udział, nie zachowując chronologii tych wydarzeń.

Szef Kancelarii
Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej
Jolanta Szymanek-Deresz

Zaprasza

Panią Elżbietę Kozik
na uroczyste podpisanie ustawy
o ustanowieniu programu wieloletniego
„Narodowy program zwalczania chorób
nowotworowych”

W dniu 25 lipca 2005 roku o godzinie 11³⁰
Pałac Prezydencki
Krakowskie Przedmieście 48/50

Podpisanie tego programu – to wynik wieloletnich zabiegów Polskiej Unii Onkologii, środowiska lekarskiego i wsparcia organizacji społecznych, m. in. Amazonek. Do ukoronowania wieloletnich działań (patrz str. 3) przyczynił się także Pan premier Marek Belka

● W dniach 9-10 kwietnia nasze koleżanki Elżbieta Kozik i Elżbieta Wojciechowska wzięły udział w warsztatach szkoleniowych, w wyniku których powstały postulaty i propozycje zmian do Narodowego Planu Rozwoju wypracowane przez organizacje pozarządowe w obszarze ochrony zdrowia. Była to bardzo poważna i trudna praca. 16 maja odbyło się spotkanie przedstawicieli organizacji pozarządowych działających na rzecz osób chorych i niepełnosprawnych z prof. Jerzym Hausnerem. Pan profesor podziękował za aktywny udział w pracach nad NPR i obiecał uwzględnić zgłoszone propozycje w final-

nej wersji Programu. Jednocześnie wskazał, że słaba obecność problematyki ochrony zdrowia w NPR wynika w dużej mierze z niewielkiej aktywności w tej sprawie Ministerstwa Zdrowia. Tym bardziej wartościowy był nasz udział w tych pracach.

Pan min. Leszek Sikorski zaprosił naszą organizację do udziału w przygotowaniu strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007-2013.

● W dniach 1-2 kwietnia 2005 roku w warszawskim hotelu InterContinental odbyła się sesja naukowa zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej oraz Roche Polska. Już tytuł konferencji – „Leczenie na miarę wyzwań” – sygnalizował kierunek z jakim przychodzi się mierzyć współczesnej medycynie. W czasie dwudniowego spotkania poruszono najbardziej ważne problemy z jakimi zmagają się onkologia.

Przed przejściem do szczegółowych zagadnień zarysowana została obecna sytuacja w jakiej znalazła się Polska Onkologia (dr Janusz Meder). Generalnym przesłaniem konferencji stało się zaprezentowanie najnowocześniejszych metod leczenia i profilaktyki w zakresie onkologii. W sposób najmocniejszy, by nie powiedzieć dramatyczny, zabrzmiała kwestia braku wystarczających środków na wdrażanie najbardziej skutecznych metod leczenia.

W trakcie sesji poświęconej leczeniu raka piersi wygłoszono cztery referaty merytoryczne:

1. Patomorfologiczne czynniki prognostyczne i predykcyjne w raku piersi (prof. Włodzimierz Olszewski)
2. Leczenie systemowe chorych na raka piersi z nadmierną ekspresją receptora HER2 (dr Tadeusz Pieńkowski)
3. Prezentacja przypadków klinicznych (dr Izabela Lemańska, dr Renata Sienkiewicz-Kozłowska)
4. Treatment of Breast Cancer – Perspectives from the UK (prof. David Miles).

Sesję zamykał referat z pogranicza prawa, filozofii i medycyny – Prawo Pacjenta do prawdy: racje i emo-

cje. Dwugłos w sprawie – (dr Barbara Czerska, dr Grażyna Pawlak).

● W dniach 14-16 kwietnia pod auspicjami EUSOMA (European Society of Mastology) odbyła się w Falentach pod Warszawą IV Międzynarodowa Konferencja „Diagnostyka i leczenie raka piersi” z udziałem wybitnych osobistości z kraju i z zagranicy. Klub nasz miał tam swoją konferencję prasową. Udział wzięły koleżanki: Elżbieta Kozik, Wiesława Dąbrowska-Kiełek, Wiesława Kunicka, Zofia Michalska i Elżbieta Wojciechowska.

● 12 czerwca w Centrum Multimedialnym na Foksal w Warszawie odbyła się Interdyscyplinarna Akcja Prozdrowotna „Twoje zdrowie w Twoich rękach” w ramach MEDYCINA ALTERMED – EXPO 2005. Obejmowała ona wystawę, prelekcje i prezentacje, wykłady specjalistów na temat zdrowego stylu życia i profilaktyki wielu chorób, bezpłatne konsultacje i badania diagnostyczne, degustacje produktów i zdrowych potraw „diety śródziemnomorskiej”. O profilaktyce raka piersi mówił, jak zawsze interesująco, dr n. med. Wiktor Chmielarczyk. Miałyśmy też stoisko informacyjne z wydawnictwami, obsługiwane przez dwie zmiany koleżanek. Kilka naszych klubowiczek wzięło udział w tej imprezie w charakterze uczestniczek. Akcja dobrze zorganizowana, potrzebna Warszawiakom.

● 13th Reach to Recovery International Breast Cancer Support Conference, Ateny, 1-4 czerwca 2005 r.

Na kolejnej, światowej konferencji Reach to Recovery ze strony Polski były Koleżanki Krystyna Wechmann i Danuta Dobrska – przewodnicząca i wiceprzewodnicząca naszej Federacji. Przedstawicielkę naszego Klubu na tej konferencji nie było. Wspominam tu jednak o niej ze względu na jej szczególną wagę. Omówienia tej niezwykle ciekawej konferencji oraz konferencji w Mediolanie (28-29 maja 2005 r.) znajdziemy w relacjach polskich uczestniczek zawartych w „Naszym Życiu” nr 36 z czerwca 2005 r.

„Ustka – i życie jest piękne”

Ustka to małe, senne miasteczko, które wyraźnie ożywia się w sezonie letnim. Na początku sezonu przyjechaliśmy do pensjonatu „Tęcza” położonego tuż przy deptaku, a więc do plaży było nie więcej niż 50 m.

Pan doktor już w niedzielę z szybkością karabinu maszynowego przepisał nam zabiegi, głównie hydroterapię. Rehabilitacja w basenie była super! Gorąco polecam.

Lipiec rozpoczął się serią upałów, więc od razu, po kolacji udałyśmy się na plażę i molo podziwiać zachód słońca.

Nasz słoneczny dzień rozpoczął się gimnastyką na plaży, którą jak co roku prowadziła Ala Kolasa. Morze szumiało wspaniale, piasek nie chciał się układać równo pod stopami, co trochę przeszkadzało przy wykonywaniu niektórych ćwiczeń, szczególnie tych wymagających utrzymania równowagi. Ale co to dla nas. Po tygodniu byliśmy wspaniałymi jaskółkami i żadne podłoże nie było nam straszne. Nawet teraz gdy piszę ten tekst odruchowo, wciągam brzuch i napinam pupę, ale morze nie szumi. „Życie jest piękne” – pamiętacie koleżanki?

Część z nas wybrała się na wycieczkę statkiem, który wypływał z portu w morze. Fale były spore, pogoda za-

częła się załamywać, z daleka widać było zbierające się nad Ustką chmury, zanosilo się na burzę, ale zdążyliśmy przed nią.

Zostałyśmy zaproszone przez koszaliński Klub „Amazonek” do wzięcia udziału w spartakiadzie województwa zachodniopomorskiego. Zawodniczki zgłosiły swój udział dość szybko. Niezrównana Zdzisia przez jeden dzień usiłowała nauczyć koleżanki wymaganych ćwiczeń i opanowania niektórych konkurencji. Najtrudniejszy był tzw. Bieg „po kopercie”. Cztery koleżanki:

Małgosia, Gośka, Zośka i Ewa niestrudzenie ćwiczyły. Ale to nie wszystko! W tajemnicy przed resztą grupy Małgosia przez cały dzień szyła kostiumy, krótkie spódniczki z czerwonymi falbankami. To trzeba było zobaczyć. Byłyśmy oczywiście najbarwniejszą drużyną sportową! Spartakiada rozpoczęła się od powitań i przemówień. W pamięci utkwiło mi jedno zdanie powiedziane przez burmistrza Koszalina, które brzmiało mniej więcej tak: „województwo zachodniopomorskie trochę się powiększyło skoro Warszawa też do niego należy”. Ela w naszym imieniu podziękowała za zaproszenie i wręczyła drobne upominki Amazonkom z Koszalina. Konkurencje, w których startowały zawodniczki okazały

się zupełnie różne od tych, które były dotychczas. Niestety nie było wcześniejszych treningów, ale 4 diwy z zapałem i pełne poświęcenia usiłowały np. wcelować kółkiem na tarczę z patykami albo zrzucić piramidę z prawdziwych drewnianych, a więc ciężkich klocków. Zdzisia zaangażowała się do tego stopnia w udzielaniu rad i dopingowaniu zawodniczek, że zupełnie zapomniała o swojej kuli. Rzut kaloszem był absolutnym ewenementem na tego rodzaju zawodach. Najpierw spróbowała Pani Poseł, ale Amazonki okazały się bardziej wysportowane. Męczącą konkurencją było zbieranie woreczków z zawiązanymi oczami poruszając się na kolanach. Upał przekraczał 30 stopni w cieniu. Nie było czym oddychać, a co dopiero startować w sportowych konkurencjach! Dla zmęczonych, ale zadowolonych zawodniczek oraz publiczności została przywieziona przez wojsko prawdziwa grochówka z kielbasą.

Któregoś dnia przyjechała do nas pani Iwona z firmy Avon, żeby nakręcić krótki film o nas i pokazać go na konferencji prasowej nt. akcji „Twoje pierwsze USG piersi”. Eli Kozik udało się „złapać” kilka dziewcząt, poszłyśmy na plażę pełną ludzi. Ala za-

częła prowadzić gimnastykę, operator filmował, ludzie byli zaciekawieni, przyglądali się nam – myślę, że życzliwie. Następnie Ela udzieliła wywiadu na nasz temat, poruszając również sprawę rozbudowy Zakładu Rehabilitacji.

Jeżeli myślicie, że w Ustce zajmowałyśmy się jedynie ciałem, to jesteście w błędzie. Któregoś wieczoru przyjechał teatr ze Słupska i wystawił na deptaku spektakl „Romeo i Julia” Szekspira. Nie możemy też zapomnieć o IV festiwalu sztucznych ogni. Miliony spadających w rytm muzyki gwiazd pozostawiły niezatarłe wspomnienia. A, że byliśmy rano trochę niewyspane – nie szkodzi. Coś dla ducha odbywało się również w kościele. Ksiądz – salezjanin, po wieczornej mszy świętej prowadził rekolekcje. Były też różne wycieczki – np. do piekarni. Odbył się również spacer po Ustce oraz wycieczka do Słupska. W miejscowym kinie spędziłyśmy niezapomniane chwile oglądając film pt. „Karol – człowiek, który został papieżem”.

Miałyśmy też własne uroczystości: imieniny Eli Kozik oraz 50-te urodziny Ewy Nowak.

Wróciłyśmy całe, zdrowo i w komplecie do Warszawy, więc pamiętajcie: wdech, wydech i... ŻYCIE JEST PIĘKNE!
Ewa Grabiec-Raczak



W Sarbinowie...

Wspomnienie z pobytu w Ośrodku wczasowo-rehabilitacyjnym „Jagoda”

Najpiękniejszym okresem odpoczynku i odprężenia w starciu z bardzo groźną chorobą, gdzie każdy dzień się liczy, jest wiosna, która daje nadzieję.

W tym roku nasze Amazonki wyjazdy rehabilitacyjne podzieliły na dwa turnusy, a mianowicie w Sarbinowie i Ustce.

Mniejsza grupa Amazonek skorzystała z zaproszenia Koleżanek z Piasieczna, które organizowały wyjazd do Sarbinowa. One objęły nas całkowitą opieką, zarówno przyjacielską jak i koleżeńską.

Są to koleżanki, które wprowadzają w dzień powszedni tyle radości i uśmiechu, że potrafimy zapomnieć o naszych kłopotach zdrowotnych.

Nie muszę zachwalać położenia Sarbinowa, bliskość morza (40 m),

spokojne i przyjazne miasteczko, sprzyja wspaniałemu odpoczynkowi.

Ośrodek „Jagoda”, którym zarządzają dwie Panie (siostry) Jagoda i Zenia, dysponuje dwuosobowymi pokojami z łazienką, stołówką, kawiarnią, salą gimnastyczną, telewizyjną, boiskiem sportowym (siatkówka, koszykówka), a nawet kortem tenisowym.

Okazuje się, że można prowadzić taką placówkę z doskonałym wycuciem smaku, wspaniałą organizacją dnia, a przede wszystkim super wyżywieniem, delikatnością i profesjonalizmem obsługi. Na uwagę zasługuje higiena przestrzegana na każdym kroku.

Cieszymy się, że możemy w takim ośrodku przebywać.

Człowiek zdrowy może każdy

dzień zaplanować, jednak w naszym przypadku choroba nie wybiera dnia ani godziny, musimy nauczyć się z tym żyć nie myśląc o przeszłości.

Pobyt w Ośrodku jest naszą radością. Wspólne spotkania, muzyka i tańce dobrze zorganizowane uspokajają i nie pozwalają myśleć o naszym okaleczeniu.

Nie jesteśmy tu po raz pierwszy i obserwujemy coraz większe zrozumienie naszych potrzeb i chęć profesjonalnej odpowiedzi na nie.

Na myśl przychodzi idea dr Krystyny A. Miki, która w pierwszym okresie wprowadzenia powszechnej rehabilitacji dla kobiet po leczeniu raka piersi wybrała na rehabilitację sanatoryjną 3 określone ośrodki (Iwo-

nicz Zdrój, Ciechocinek „Pomorzanka” i Konstancin Jeziorna) szkoląc ich personel i określając ścisły program rehabilitacji. Skutki były ze wszech miar zadowalające. Rozwijający się „wolny rynek” zburzył tę równowagę – dzisiaj mamy dziesiątki propozycji, dzisiaj wszyscy są specjalistami. Czy rzeczywiście?

Ale do „Jagody” w Sarbinowie możecie Koleżanki jeździć spokojnie!
Danuta Sikorska



Dziękuję....

Bylaam ochotniczką Amazonką i dziękuję Bogu i życzliwym ludziom i za to, że znalazłam się w tym gronie. To dziękowanie może trudne do przyjęcia, bo łączy się z przebytą chorobą, ale cierpienie ma wpływ na moją postawę wobec siebie i drugiego człowieka.

Mieszkałam niedaleko od ul. Wawelskiej i szpitala im. Marii Skłodowskiej – Curie. Widziałam jak go budowano. Potem często zatrzymywałam się w niewielkim ogródku, bo tam cicho i można było uczyć się. Ze smutkiem patrzyłam na spacerujących lub wyglądających przez okno chorych. W moim pojęciu i przy ówczesnym sposobie leczenia – większość zegnała ten świat. Było mi ich żal i jednocześnie miałam pretensję do rządzących tym światem, że jest wielu uczonych, którzy może szybciej i skuteczniej prowadziliby badania, jak zwyciężyć tę chorobę, ale wciąż zbyt mało dawano pieniędzy na ratowanie ludzkiego życia i kulturę. Wtedy miałam 16 lat, ale trzeba było czekać aż 70 lat na to, by w niektórych przypadkach zwyciężyć raka. Dzięki Bogu za łaskę oświecenia dla uczonych, którzy się do tego przyczynili.

Bardzo bałam się tej choroby i myślałam, że jeżeli jest to dziedziczna skłonność to może mnie to ominie, bo moje babcie i dziadkowie tego nie doświadczyli. Okazało się, że moje nadzieje zawiodły, bo trafiłam na oddział onkologiczny. Miałam tylko małą zmarszczkę na lewej piersi. Wydawało mi się, że to skutek baraszkowania z moim czteroletnim wnukiem. Łokciem trafił w to miejsce i zabolowało. Patrzyłam na to miejsce z pewnym drżeniem, ale nie zwracałam na nie uwagi lekarza, ot wszystko z wiekiem marszczy się. Nieprawda.

Byłam z pielgrzymką w Lourdes. Wspaniałe przeżycie na miejscu cudownych uzdrowień. To był rok 1989. Patrzyłam na wielu chorych z całego świata, którzy z wielkim zaangażowaniem i ufnością modlili się o łaski, każdy w swoim języku, ale wszyscy razem śpiewali Ave Maryja. Byliśmy w tym jednością. Wyjechałam stamtąd z prośbą o dalszą opiekę i prowadzenie.

Po powrocie z Lourdes znalazłam się w Ciechocinku, aby kąpiele solankowe poprawiły moją fizyczną kondycję. Niestety, z tego wypoczynku i leczenia nie skorzystałam, gdyż przypadkowo wszedłam do gabinetu dr Rzepeckiej, która – zamiast skierowania na kąpiele – zobaczywszy moją zmarszczkę na piersi, poleciła natychmiast zgłosić się do Centrum Onkologii w Warszawie. Rozplakałam się. Cała radość wspaniałej podróży i bycia w Lourdes zamieniła się w wielki żal, smutek i co teraz będzie? Jak będzie wyglądało moje życie? Był piątek i powiedziałam, że w niedzielę dzieci mnie stąd zabiorą, a dr Rzepecka odpowiedziała, że sprawa jest na wagę złota i ona dziś pojechałaby, nie za dwa dni. Posłuchałam się i w poniedziałek znalazłam się w szpitalu.

Wynik był potwierdzający i rada: operacja radykalna.

W swoim bólu zamknęłam się na cztery spusty. Nie chciałam o tym z nikim rozmawiać i słuchać różnego rodzaju pocieszeń. Ja wiem swoje. Jestem wdową, mam syna kończącego studia, jestem mu potrzebna, zrobię wszystko, aby poprawić swój stan zdrowia i wrócić do pracy. Muszę pomóc swojemu dziecku. Byłam gotowa stracić i drugą pierś, byleby ratować przyszłość, ale dr Wojciech Kołakowski powiedział: nie spieszmy się i miał rację. We mnie odżyła nadzieja wywieziona z Lourdes, że Matka Boża czuwa i prowadzi mnie. Wszystkie swoje obawy, co do mojej kondycji powieźdlałam anesteziologowi i z zaufaniem i nadzieją poszłam na zabieg. Obudziłam się szczęśliwa, że żyję, słyszę, co dzieje się, a przy mnie miłe pielęgniarki p. Jadzia i p. Basia. One czuwały i pomagały mi wracać do zdrowia. Mówiły, że niedługo wszystko będzie funkcjonować w normie, a w ubraniu nie będzie różnicy w wyglądzie. Długo byłam w szpitalu, ok. 6 tygodni. Przy wypisie pytałam, jak ma wyglądać moje życie teraz? Odpowiedź była krótka. Żyć jak przed operacją, ale nie przemęczać się, szczególnie stronę operowaną oszczędzać, spacerować, jeść dużo warzyw i owoców, mało tłuszczów, szczególnie zwierzęcych. Czułam się względnie dobrze i samodzielnie dawałam sobie radę. Kiedy uzupełniłam swój strój, poprawił mi się humor, że nie będę zwracać na siebie uwagi. Po 6 tygodniach pobytu w szpitalu i przystosowywania się do nowej sprawności, poszłam do pracy. Cieszyłam się, że wróciłam na swoje stanowisko, a otoczenie przyjęło mnie z życzliwością i jeszcze długo pracowałam, a wciąż byłam pod kontrolą i opieką onkologa.

Nadal jednak unikałam wszelkich rozmów na temat raka. Unikałam ulubionego miejsca na Wawelskiej. Po około dwóch latach dobrego fizycznego zdrowia, bo duch mój nadal był słaby, pojechałam do Ciechocinka do p. dr Rzepeckiej podziękować jej za rozpoznanie i skierowanie na właściwe leczenie. Chciałam pokazać się, jaka jestem zdrowa i sprawna. To było w sanatorium „Pomorzanka”, gdzie nasze Amazonki jeździły na rehabilitację, a pani dr nami opiekowała się. Wtedy właśnie dowiedziałam się o klubie Amazonek i poznałam nasze założycielki klubu ś. p. Bożenę Krawczyk, Zosię Michalską oraz Zdziszę Piliczową. One akurat były na turnusie rehabilitacyjnym w „Pomorzance”. Był rok 1991. To one właśnie zaprosiły mnie na zebranie sprawozdawcze – wyborcze klubu w październiku w Centrum Onkologii w Warszawie. Dostałam telefony i adresy – obiecałam, że przyjdę i słowa – jak zawsze – dotrzymałam.

Poznałam wtedy p. dr Krystynę Mikę, główną osobę, założycielkę klubu Amazonek. Ten wieczór zrobił



Pierwsze szkolenie Amazonek 1992 r. Druga od lewej – autorka.

na mnie ogromne wrażenie. Zobaczyłam grono kobiet zadbanych, wesółych, po prostu zdrowych i życzliwych. Pomyślałam, trzeba tu zostać, tu jest życie. I stało się. Wybrałyśmy nowe koleżanki do pracy, w zarządzie klubu oraz wynikała sprawa nowych ochotniczek do pracy, wspierającej przy łóżku chore przed i po operacji. Wtedy siedziała obok mnie ś.p. Irena Wręga, polonistka z jednego z liceów warszawskich, i ona spytała: a może ty poszłaś z mną na Wawelską, bo ja tam chodzę, a z Włoch byłoby ci blisko. Zgodziłam się. Tęgo mi było trzeba, aby pokonać mój lęk. Przez pierwszy okres ochotniczka bez specjalnego szkolenia pod opieką koleżanki i podobno nieźle dawałam sobie radę.

Na wiosnę 1992 było wielkie międzynarodowe spotkanie Amazonek w Warszawie, w którym p. dr K. Mika i mnie posłała. Serdecznie jej za to dziękuję. Tam poznałam siłę tego ruchu i sens istnienia w nim. Tam też przeszłam odpowiednie szkolenie dla ochotniczek, a prowadziła je dr Małgorzata Adamczak z Poznania. Przyjęłam je z całą powagą i odpowiedzialnością za słowa wsparcia i nadziei skierowane do chorych i tak zostałam prawdziwą ochotniczką. Jestem z tego i dziś zadowolona, bo ta praca pomogła mi zrozumieć siebie i innych w skomplikowanej sytuacji diagnozy choroby na raka, jak i życia po zabiegu. Byłam 8 lat ochotniczką na Wawelskiej, na Mochnackiego i na telefon w szpitalu na Banacha. Nie chodziłam tam sama, a na zmianę ze ś.p. Danusią Poćwierz, ś.p. Ireną Wręgą i ś.p. Urszulą Stolarczyk. Wtedy czułam, że żyję, że jestem potrzebna. W kontaktach z chorymi często miałam pewność, że wzajemnie siebie potrzebujemy, o czym świadczył uśmiech czy uścisk ręki. To dodawało siły, oczywiście z Bożą pomocą, bo o to modliłam się, starałam się przekazywać prawdę i nadzieję na lepsze jutro, bo w tym nasza siła. Musimy chcieć być sprawne i potrzebne. Kochać, bo nas też kochają, takimi jakimi jesteśmy. Najtrudniej było rozmawiać z chorymi lekarkami i mężczyznami też po mastektomii i też lekarzem. Dzielili nas duży dystans wiedzy, ale dni powszednie są podobne i z uśmiechem powiedziałam, jak radzimy sobie z tym upośledzeniem.

Rozmowę często zaczynałam od stwierdzenia, że nie zabieram głosu na temat leczenia i takich rad nie mam prawa udzielać, ale nasze życie codzienne też jest ciekawe w nowej sytuacji fizycznej i psychicznej. Pomagałyśmy sobie wzajemnie. Nie zawsze rozmowy były łatwe. Czasem byłam wręcz odrzucona. Przykro było usłyszeć: nie chcę o tym rozmawiać lub dziękuję, ja wszystko wiem. Nic nie przekazywałam wbrew woli.

Już nie jestem czynną ochotniczką i tego mi brak. Czuję się nie na swoim miejscu. Mimo mojego wieku, chęci i myśli są sprzed 10 – 15 lat i to moja wada. Wciąż chciałabym być czynna. Ale są nowe koleżanki – młodsze i sprawniejsze niż ja teraz, trzeba im dać szansę dzielenia się dobrem z potrzebującymi wsparcia. Dziękuję Bogu za dar bycia ochotniczką Amazonką.

Tu poznałam niezwykłych ludzi, którzy swoją wiedzę i czas poświęcają tym, którzy tego oczekują i szukają. Szczególnie bliskie są mi założycielki tego ruchu: dr K. A. Mika, ś. p. Bożena Krawczyk, Zosia Michalska, Zdzisia Pilicz, Wiesia Dąbrowska – Kielek oraz cały obecny nasz Zarząd i zespół osób współpracujących. Zawsze wracam do korzeni, bo im zawdzięczam to, że tu odzyskałam równowagę psychiczną i nadzieję. Zespół ludzi, który pracuje dla naszego wspólnego dobra. Oni pomagają nam Amazonkom przejść trudną drogę powrotu do dobrej sprawności i fizycznej i psychicznej.

Cieszę się na nasze spotkania Amazonek z całej Polski na spartakiadach i w Częstochowie. To okazja do bliższego poznania się. Jak serdeczne więzy łączą mnie z zielonogórskimi Amazonkami, gdzie przewodniczącą była Julita Zawadzka, czy Krystyną Wechmann, Małgorzatą Adamczak z Poznania i wielu innymi, z którymi witamy się radosne: Jak dobrze, że jesteś z nami! To bardzo nas łączy, a nasza sprawność daje nadzieję, że można pokonać tę straszną chorobę i żyć jak pełnosprawni.

Dziękuję za wszystkie dobra, które od was wszystkich otrzymałam dla ciała i duszy. Zachowajmy we wdzięcznej pamięci to, co udało się nam znaleźć w tym gronie i przekazywać nadzieję i uśmiech cierpiącym i sobie wzajemnie. Zostaję z Wami na zawsze.

Anna Wrotek

„Odrobina dobra, okazana drugiemu człowiekowi, lepsza jest, niż cała miłość do ludzkości”

Richard Demel

To, że chorujemy na nowotwór nie powinno być ani wstydem, ani karą. Informowanie o tym drugich osób powinno wynikać z potrzeby serca i chęci szukania pomocy. Łatwiej jest chorować, gdy się ma przy sobie życzliwe osoby, mogące służyć pomocą i wsparciem. Każda z nas powinna powiedzieć drugiej, której może zaufać tyle, ile potrzebuje.

Na pewno nasi bliscy powinni wiedzieć o naszych problemach i potrzebach, bo niedomówienia i domysły nie sprzyjają zdrowieniu. Musimy mówić o swoich oczekiwaniach, by inni wiedzieli, jak mają się zachowywać. Nie obawiamy się swoich i obcych reakcji. Pamiętajmy jednak, że z choroby i z chorego człowieka nie wolna robić sensacji

dnia, wieczoru. Zawsze jest to osobisty dramat, z którym każda z nas w skrytości ducha musi uporać się sama.

Spróbujmy więc żyć trochę inaczej: prościej, skromniej, bardziej po ludzku, normalnie. Tak na miarę człowieka, człowieka słabego, ponieważ jest on wart takich samych starań, jak dzieci, starcy, chorzy i bezradni. Posiadając mniej zajdźmy dalej. Naszym bogactwem nadal niech będzie uśmiech, przyjazny gest, pogodne słowo, gdyż ono buduje i wzmacnia na nowo.

Anna Dąbrowska

Z „Biuletynu informacyjnego” nr 44 Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży

Trudny moment

Każdy człowiek w momencie diagnozy – rak – przede wszystkim martwi się o swoje zdrowie i życie. Później, w miarę poznawania swojej choroby i jej przebiegu, chce żyć tak dobrze, jak jest to tylko możliwe. Często choroba staje się przewlekłą i trudną nie tylko dla samego pacjenta. Z własnego doświadczenia wiemy już, że wtedy duży wpływ na jakość naszego życia w leczeniu i właściwym prowadzeniu pacjenta, ma praca współgrającego ze sobą zespołu odpowiedzialnych i dających poczucie bezpieczeństwa ludzi: lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, rehabilitantów, przyjaciół i bliskich.

W trudnych momentach życia musimy się wzajemnie wspierać. Diagnoza, operacja, obciążające leczenie wymusza różnego rodzaju zachowania.

Nasza organizacja jest nie tylko po to, abyśmy sobie pomagały. Chcemy również pokazać innym, że tę chorobę można pokonać, a skutki leczenia zminimalizować i odnaleźć się na

nowo w życiu. Mamy za sobą doświadczenia związane z rakiem. Jesteśmy przez to silniejsze, bardziej dynamiczne. Walcząc z własną chorobą mimo wszystko potrafimy pomagać i umiemy służyć innym. Nasza wypracowana, sprawdzona metoda struktury organizacyjnej jest w stanie zapewnić szybką i niezbędną pomoc merytoryczną każdej trafiającej do nas kobiecie.

Od lat nasze ochotniczki udzielają emocjonalnego i praktycznego wsparcia. Pomagają odnaleźć motywację do powrotu do zdrowia, także psychofizycznego. Integrują środowisko, uczulają na zagrożenia chorobą nowotworową, uświadamiają jak ważna jest profilaktyka nie tylko w przypadku raka piersi.

Pomagając innym, pomagamy sobie!

Anna Dąbrowska

Z „Biuletynu informacyjnego” nr 44 Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży

Rekonstrukcja piersi. Mity i rzeczywistość

Od operacji minęły prawie dwa lata. Przez cały czas niezmiennie towarzyszyło mi pytanie, czy powinnam podjąć działania zmierzające do rekonstrukcji piersi? Za każdym razem jednak pojawiał się lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia. Towarzyszy on chyba każdej chorej zmagającej się z nowotworem piersi. Podczas choroby obserwujemy nasz organizm jak nigdy dotąd. Wstyd przyznać, jak niewiele czasu poświęcałyśmy mu wcześniej. Wszelkie sygnały płynące z organizmu traktowałyśmy jako kłopotliwą dolegliwość. Ba, nawet skłonne byłyśmy mieć do niego pretensje o wyraźny dyskomfort, na jaki nas naraża. Zdrowie, urodę, sprawność uważamy za coś oczywistego, nad czym nie warto się zastanawiać. Niemal każdy w latach szkolnych poznał słynne strofy Jana z Czarnolasu „Szlachetne zdrowie, nikt się nie dowie, jako smakujesz, aż się zepsujesz”. Dla większości młodych ludzi choroba to jednak abstrakcja, przecież to ich nie dotyczy, chorzy to inny świat, a oni nie zamierzają tam zaglądać, ani tym bardziej do niego się przenosić.

I nagle ustalony porządek świata zawirował, otworzyła się przepaść, na horyzoncie zamajaczył kres. Jestem chora, w dodatku poważnie, mogę nawet umrzeć. Nic nie jest ważne, rozpoczęte dzieła, zaawansowane prace, cudowne plany odpłynęły w siną dal. Trzeba działać szybko i radykalnie. Poświęcić pierś, by ratować życie, chwilowo zapomnieć o bujnych włosach, alabastrowej cerze i – zdałoby się – niewyczerpanej dotąd energii. Wszystko na jednej szali o dwóch obliczach: życie lub śmierć. Wybrałam to pierwsze. Nie znałam jeszcze pięknego hymnu Amazonek, a już intuicyjnie postępowałam wedle jego słów:

„nie ma rzeczy, nie ma rzeczy niemożliwych, wszystkich ludzi uszczęśliwię, tylko proszę daj mi Panie skrawek nieba”.

Dla tego skrawka nieba warto było przejść przez kolejne operacje, chemię, bunt obolałego ciała, by docenić urodę świata i odnaleźć piękne strony ludzkiej natury. Po wielu miesiącach, zrazu nieśmiało, zaczęła pojawiać się myśl, że może warto się odważyć i pozwolić ręką lekarzy odbudować naruszoną harmonię ciała. Uwolnić się od ograniczeń stroju, dyskomfortu toalety, niepokoju przed nieopatrzonym uszkodzeniem protezy. W rozmowach z Koleżankami coraz śmiejle powracałam do tematu rekonstrukcji. Przejrzałam dostępne materiały poświęcone temu zagadnieniu. Uśpiłam drzemiacę w głowie demony lęku i postanowiłam kolejny raz zaufać wiedzy i talentom lekarzy.

Spotkanie z doktorem Sławomirem Mazurem napełniło mnie spokojem i upewniło w słuszności podjętej decyzji. Rozważyliśmy wszelkie za i przeciw. Tych pierwszych było zdecydowanie więcej. Pojawiły się zadania, terminy, badania i – jak zawsze – podszycie niepokojem oczekiwanie na wyniki. W końcu pozytywna kwalifikacja i oczekiwanie na miejsce w szpitalu. Pewnego dnia zadzwonił telefon: to była właśnie ta wiadomość. Mam się pojawić na – znanym niemalże każdej warszawskiej Amazonce – piątym piętrze Centrum Onkologii. Mimo że wiadomość nadeszła w trakcie poważnego zawodowego spotkania i znacznie zaburzyła jego rytm, była najważniejsza, przynosiła bowiem zapowiedź dawno oczekiwaną zmianę.

W pierwszych dniach maja ponownie znalazłam się w Centrum. Jakże inny był to powrót do znanych już sal, ludzi i tej niesamowitej atmosfery wypełniającej owo miejsce. Jest to wyczuwalne wręcz napięcie przesycone lękiem, nadzieją, bólem i goryczą przemieszana z niewiarygodnym szczęściem. Wszystko to tworzy szczególny klimat swoistego porozumienia między pacjentkami. Większość z nich jest lub wkrótce stanie się Amazonkami, z całym bagażem literackich odniesień

tej nazwy. Są zdeterminowane, pełne woli walki i nadziei w zwycięstwo. W każdej drzemią ich wielkie poprzedniczki: Hipolita, Antiope czy Talestris. W sąsiadujących salach obok siebie leżą młode, piękne dziewczyny i kobiety na twarzach których czas pozostawił już swój ślad. Wszystkie jednoczy wielka niepewność i jeszcze większa nadzieja. Tutaj rządzą dobre ręce doświadczonych lekarzy. Oni są Guru, ich wiedza, kompetencja, niekłamana życzliwość, stają się dla pacjentów najlepszym pokarmem. Jakże często ich uśmiech i serdeczne słowo dodają choremu skrzydeł, zachęcają do większego wysiłku i wiary w siebie. I jeszcze dobre Anioły naszego snu, pielęgniarki, dyskretne, ciepłe, zawsze obecne tam, gdzie są najbardziej potrzebne. To one budzą nas, czuwają, gdy jest źle, dotykają naszych obolałych miejsc przynosząc im ulgę.

W takim miejscu przyszło mi zmagać się z kolejnym wyzwaniem, jakim jest rekonstrukcja piersi. Podobnie jak poprzednia, i ta operacja jest poważną ingerencją chirurgiczną w organizm. Jednak jakże inne towarzyszy jej nastawienie psychiczne. Tu przeważa wiara w to, iż powoli wychodzimy z zakłętego kręgu choroby. Niebagatelną rolę odgrywa też wiedza o korektach piersi, jakim poddają się tysiące kobiet z powodów estetycznych. Do szpitala przyszedłam z niezwykle pozytywnym nastawieniem i – z niewiadomych powodów – z głębokim przekonaniem, że jest to zabieg stosunkowo łagodny. W moim przypadku, ze względów medycznych można było jedynie zastosować wszczepienie ekspandera. Jakże głębokie spotkało mnie zaskoczenie, gdy po obudzeniu poczułam niewiarygodny ból w każdej niemal cząsteczce ciała. Przy najmniejszym nawet ruchu wyraźnie czułam bolesne napięcie mięśni. Dotychczas nie zdawałam sobie sprawy z tego, jak rozległym i głęboko powiązanym systemem zakończeń nerwowych oplecione jest nasze ciało. Ból czułam przy poruszaniu

dłonią, stopą, nie mówiąc już o próbach, choćby lekkiego, podniesienia się. Najmniejsza zmiana pozycji była torturą, zaś wyjście do łazienki przysparzało przeżyć trudnych do opisu. Natychmiast w głowie zapaliło się ostrzegawcze światełko, czy aby wszystko w porządku, a może coś poszło nie tak? I co ja najlepszego narobiłam! Nieco uspokojenia przyniosła pierwsza – po obudzeniu – wizyta lekarza. Otóż pacjenci mają mocno zróżnicowany próg bólu i każda ingerencja chirurgiczna, szczególnie powiązana z rozciąganiem, niesie ze sobą ryzyko jego wystąpienia. Różnice występują jedynie w jego natężeniu. Może się on utrzymywać nawet do tygodnia, oczywiście z każdym dniem będzie się zmniejszał. W pierwszym dniu po operacji ta informacja niosła ze sobą treści tak odległe, jak mgławicowe galaktyki. Cierpiałam jak potężny pień, widmo czystych mąk przybierało całkiem realne kształty. Cały czas towarzyszyła mi myśl, że mam to poniekąd na własne życzenie. Jedynym jaśniejszym promykiem były wizyty siostry przynoszącej przeciwbólowy „ketonal”, nazwany przez nas „viagrą” lub „tabletkami szczęścia” ze względu na ich niebieski kolor. Rzeczywiście, po paru dniach ból wyraźnie się zmniejszył, by po tygodniu bez mała całkowicie ustąpić.

I tym razem Guru miał rację, odtąd mogło być tylko lepiej. Komfort życia związany z rezygnacją z protezy stał się nieporównanie większy, od chwilowego dyskomfortu spowodowanego kolejnymi uzupełnieniami płynu w ekspanderze. Mam za sobą pierwsze upalne dni, podczas których nie wystąpiły żadne uczulenia, pierwsze wakacje bez ograniczeń stroju. Przede wszystkim jednak ciało ponownie odzyskało właściwy kształt i harmonię. Nie buntuje się kręgosłup, ulgę odczuwa nadwyrężony bark, a oczy z satysfakcją dostrzegają to, czego wcześniej nie zauważały.

Grażyna Pawlak

Pogodzone z losem

Mgr Mariola Kosowicz
Psychoonkolog

Na chorobę, a szczególnie chorobę nowotworową, nikt nie jest przygotowany. Chorują zawsze inni. Aż nagle w naszym życiu wydarza się coś, czego nie oczekiwaliśmy, nie spodziewaliśmy się. Każda choroba budzi lęk. Antoni Kępiński w „Lęku” pisał: *Człowiek w chorobie boi się śmierci, bólu, cierpienia, zniepełnienia, utraty pozycji życiowej, etycznej, zawodowej, towarzyskiej. Boi się też o swój prestiż, jak zachowa się w chwilach cierpienia i obliczu śmierci. Choroba stawia go w obliczu tajemnicy swojego ciała, nie wie on, co się z nim dzieje, jakie jeszcze niespodzianki ze strony ciała mają go spotkać, ciało staje się nieposłuszne, groźne, tajemnicze.*

W chorobie nowotworowej ten lęk jest szczególnie silny. Towarzyszy jej obawa przed cierpieniem i niepewność jutra, poczucie zagrożenia podstawowych wartości i dążeń życiowych. Lęk wzmagają mity o nowotworach. Już samo słowo „nowotwór” czy „rak” wywołuje negatywne emocje. Przekonanie o nieuchronności cierpienia, a w konsekwencji śmierci, paraliżuje większość ludzi, bez względu na wykształcenie czy pozycję społeczną. Często wiedza o chorobach nowotworowych jest ogólnikowa i fragmentaryczna, pochodzi z gazet, filmów, opowiadań innych ludzi. Zawiera w sobie wiele luk i przekłamań. Jeszcze dzisiaj zdarza się usłyszeć pytanie, czy przez podanie ręki choremu onkologicznie można się zarazić! To wszystko może prowadzić do tego, że chory będzie błędnie postrzegał siebie, swoją sytuację i siły, jakie w nim drzemają, a także możliwości, jakie daje dzisiejsza medycyna.

Wiele psychologicznych skutków choroby nowotworowej można zrozumieć, patrząc przez pryzmat reakcji na utratę (lub groźbę takiej utraty w przyszłości) ważnych wartości, na których człowiek budował swoje dotychczasowe życie. Choroba nowotworowa ma specyficzną dynamikę i wymaga od chorego i osób mu towarzyszących umiejętności radzenia sobie w zmieniającej się wciąż sytuacji. Elisabeth Kubler-Ross wyróżniła pięć faz choroby, które mogą towarzyszyć niektórym chorym onkologicznie.

Pierwszą reakcją po rozpoznaniu nowotworu jest szok. Człowiek nagle zostaje wyrwany ze swojego względnie bezpiecznego świata i staje twarzą w twarz z natłokiem zagrażających informacji. Nie mogą poradzić sobie z tą sytuacją, odrzuca prawdę – **wchodzi w fazę zaprzeczania:** *Zawsze byłem zdrowy, to musi być pomyłka. Tyle planów i rozpoczętych spraw, to niemożli-*

we. Chory często szuka kolejnego lekarza, bo ma nadzieję, że usłyszy inną diagnozę. Zaprzeczenie jest formą obrony, daje czas na ochłonięcie po przeżytych wstrząsach.

Kiedy już człowiek zaczyna dopuszczać do swojej świadomości, co się stało, pojawia się **faza buntu i gniewu.** Dominującymi emocjami są wtedy złość, żal i zazdrość. Chorzy w tym okresie nie panują nad wybuchami złości, ich relacje emocjonalne są często nieadekwatne do sytuacji. Porównują się z innymi ludźmi i zazdroszczą im: *Patrzę na ludzi idących ulicą, są zdrowi i szczęśliwi. A ja?*

Gdy mija złość, zaczyna się **faza pertraktowania.** Pacjent próbuje negocjować odroczenie lub złagodzenie wyroku z Bogiem, z losem, ze sobą. Postanawia poprawę: *Boże, jeżeli pozwolisz mi wyzdrowieć, będę dobrym człowiekiem, już nigdy nie zachowam się tak źle wobec moich bliskich.* Pojawia się chęć odkupienia swoich faktycznych i wyimaginowanych win z przeszłości.

Po fazie pertraktowania nadchodzi **faza depresji**, choć tak naprawdę nastroj depresyjny towarzyszy już wcześniejszym etapom. Chory, poddany leczeniu, czuje się słabszy, bezzużyteczny, mało wartościowy, okaleczony. Jest smutny, wycofuje się z aktywności, często płacze, ma zaburzenia snu, ogarnia go natłok myśli pełnych lęku.

I wreszcie następuje **faza pogodzenia się z losem.** Pacjent potrafi już zaakceptować swój stan. Zaczyna podejmować działania zmierzające do pokonania wyzwań, jakie stawia przed nim choroba. W tej fazie niektórzy pacjenci potrafią prze wartościować swoje dotychczasowe życie, dokonują zmian, na które niekiedy nie mogli się zdecydować od lat: *Dzięki chorobie odzyskałszy z mężem bliskość, którą gdzieś w drodze życia zagubiliśmy, Dzięki chorobie nauczyłam się mówić „nie” ludziom, którym wcześniej nie umiałam się przeciwstawić, a którzy niszczyli mnie, moje życie, moją rodzinę.* Niektórzy pacjenci pozornie godzą się z losem, pod maską akceptacji kryjąc swój lęk i ból emocjonalny.

Znajomość poszczególnych faz pomaga zrozumieć chorego i jego zachowania. U osób doświadczających chorób przewlekłych (a taką jest choroba nowotworowa) obserwuje się obok zaprzeczania i wypierania także inne mechanizmy obronne: ucieczkę, racjonalizację, odreagowanie, dystansowanie się, fatalizm, nasilenie uczuć religijnych, zachowania kompulsywne. Ludzie różnie radzą sobie z chorobą i wynikającymi z niej trudnościami. Stosowane przez nich środki zaradcze zależą od tego, jak radzili sobie

w dotychczasowym życiu, zanim zachorowali. Czasem choroba może uruchomić zupełnie nowe strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Spotkać można pacjentów poszukujących wsparcia, pomocy, chcących uczyć się nowych dla siebie sposobów redukcji stresu. Inni natomiast biernie oczekują rozwiązania trudności.

Każdy chory onkologicznie może stanąć przed kilkoma problemami. Pierwszy z nich dotyczy tego, jak zaakceptować swoje ciało, które w wyniku choroby i zabiegów często się zmienia. W początkowym okresie po operacji, która okalecza, pacjent boi się i nie chce oglądać swojego ciała. Mówi o nim jak o czymś obcym, nieznanym, zagrażającym. Jeżeli ten stan przedłuża się, chory zaczyna żyć w ciągłym zaprzeczeniu i nieakceptowaniu siebie. Takie nastawienie nie pozwala mu zaakceptować stanu, w jakim się znalazł, i podjąć zdrowych dla siebie działań. Czasami godzi się ze zmianami, ale okazuje się, że zgoda jest pozorna.

Niektórzy chorzy przyjmują taką oto postawę: *Nie martwię się swoim wyglądem, najważniejsze, że żyję, i tak na siebie nie patrzę.* W przełamaniu lęku przed swoim ciałem pomaga choremu postawa ludzi zdrowych – ich ciepło, akceptacja. Ważne, by nie unikali oni tematu choroby, ale i nie atakowali nim na siłę. Pomoc zwalczyć ów lęk może również rozmowa z osobą chorą, która przeszła ten etap pomyślnie. Ale najważniejsze w zaprzyjaźnieniu się na nowo ze sobą, ze swoim ciałem jest to, by chory dał sobie czas, by był cierpliwy. Spójne, akceptujące myślenie o sobie daje szansę na lepszą adaptację do nowej sytuacji i uwalnia chorego od poczucia stygmatyzacji.

Jak zweryfikować i zaakceptować swoje obecne możliwości – to jeszcze jeden problem chorych. Nim ujawniła się choroba, wielu z nich żyło szybko, intensywnie – i nagle muszą zwolnić. Często postrzegają to jako karę. Uważają, że o ich wartości stanowi ilość przepracowanych godzin, rola zawodowa itp. Nierzadko u chorych pojawiają się zaburzenia w sferze seksualnej, które wynikają z rodzaju leczenia, ze stresu, a także z obawy, że nie zostaną zaakceptowani przez partnera. Wolny czas zaczyna męczyć, nagle jest go za dużo na rozmyślanie, zbyt mało jest natomiast bodźców stymulujących do działania. Często sam chory odmawia jakiegokolwiek aktywności, zamykając się w swoim „wirtualnym” świecie lęku. Niejednokrotnie powstaje problem pewnej zależności, trudnej do zaakceptowania przez osoby ceniące niezależność: *Zawsze to ja zajmowałam*

się wszystkim w domu, nad wszystkim musiałam panować, a dzisiaj sama potrzebuję pomocy. Łatwiej pomagać innym, aniżeli prosić o pomoc. Nie chcę być ciężarem dla rodziny.

Inny problem osób chorych onkologicznie wiąże się z tym, jak zaakceptować leczenie i radzić sobie ze skutkami ubocznymi. Lęk przed chemioterapią, radioterapią czy hormonoterapią jest bardzo silny. Pacjenci słuchają innych przerażonych chorych, szukają informacji o skutkach ubocznych i oczekują pojawienia się większości z nich. Niestety, siła sugestii w takiej sytuacji może być ogromna i zagrażająca. Pacjenci potrafią wymiotować, zanim zostaną poddani chemioterapii. Reagują mdłościami na kolor przypominający kroplówkę, nie mogą spać, popadają w depresję. Niektórzy przerywają leczenie. Oczywiście skutki uboczne mogą się pojawiać, leczenie onkologiczne nie jest bowiem proste i łatwe. Dlatego należy przygotować chorego na ewentualne komplikacje, ale w sposób możliwy dla niego do przyjęcia. Warto również uświadomić pacjentowi, czym jest dla niego leczenie: wrogiem czy sprzymierzeńcem w powrocie do zdrowia.

Po leczeniu wraca się do życia w zdrowiu z pytaniem: *Jak długo?, Czy choroba wróci?* Niektórzy ludzie wracają do poprzedniego tempa, inni zwalniają, żyją bardziej świadomie. Są też tacy, którzy każdego dnia żyją tym, co było – jakby czas zatrzymał się na chorobie. A czas można stracić lub zyskać niezależnie od choroby. Przecież każdego dnia – bez względu na chorobę – umieramy lub rodzimy się w sensie duchowym i emocjonalnym.

Zbyt często oskarżamy zdarzenia albo ludzi o swoje cierpienie, nie zdając sobie sprawy, że to nie ludzie czy choroba nas przerażają i ograniczają, lecz nasze przekonanie na ich temat. Jeżeli jesteśmy przekonani, że musimy cierpieć w chorobie, że nie mamy powodu do radości, że świat jest niesprawiedliwy, że nie damy sobie rady – to sami sobie wyrządzamy krzywdę. Tak bardzo skupiamy się na swoich żalach i lękach, iż nie zauważymy, że jest piękny dzień, że wokół nas są bliscy i że w tej sytuacji radzimy sobie najlepiej, jak potrafimy. Swoim sposobem myślenia możemy zbudować sobie wewnętrzne więzienie, wyznaczające granice naszych możliwości, szczęścia lub świata. A przecież każdy może świadomie budować sobie szczęśliwe życie. Życie, w którym będą i piękne, i trudne chwile, w którym czasem będziemy się bali, płakali, a czasem śmiali...



Autorka z siostrą na spacerze – port Ustka

Moje lato z Amazonkami

Już po raz czwarty spędziłam dwa tygodnie letniego wypoczynku w gronie Amazonek – będąc siostrą jednej z nich.

Pierwszy raz był to kiluosobowy pobyt w Postolowie w Bieszczadach, a następne dwa – to wycieczki zagraniczne do Włoch i do Paryża. Wreszcie w tym roku uczestniczyłam w 14-dniowym turnusie rehabilitacyjnym w sanatorium „Tęcza” w Ustce.

Muszę stwierdzić, że wszystkie te wyjazdy wywarły ogromny wpływ na moją filozofię życiową, zmieniły w istotny sposób podejście do życia oraz spojrzenie na problemy zdrowia i choroby.

Pobyt w Ustce był bardzo udany. Sprawiała to nie tylko zupełnie wyjątkowa pogoda (14 dni nieustannego słońca) lecz także warunki zakwaterowania (w bezpośrednim sąsiedztwie plaży), bardzo dobre wyżywienie oraz możliwość korzystania na miejscu z wielu różnych zabiegów. Dodatkową atrakcją były kilkudniowe pokazy ogni sztucznych, prezentowane przez renomowane firmy zagraniczne, na oglądanie których niejedna z Pań poświęciła znaczną część nocy.

Dla mnie pobyt ten oznaczał kolejną okazję do obserwacji i refleksji na temat postawy życiowej Amazonek. Wiem już teraz napewno, że osoba „naznaczona” chorobą, czasem po jednym lub kilku nawrotach, może cieszyć się życiem, odczuwając nawet pełniej jego smak.

Amazonki potrafią czerpać radość z każdego nowego doznania, z pięknej pogody, ciekawego widoku, z udanych zakupów, ze śpiewu, tańca czy spaceru.

Dla nich nie jest to zwykła codzienność, traktują to jako podarunek losu, którego za nic nie chcą zmarnować. I nie polega to na patetycznych deklaracjach. One po prostu potrafią się cieszyć i bawić, jak nikt.

Amazonki są pozbawione małostkowości. Potrafiły bardzo szybko przechodzić do porządku dziennego nad niewielkimi niedogodnościami czy niedociągnięciami organizacyjnymi kierownictwa sanatorium (usuwanymi bardzo szybko i sprawnie przez Przewodniczącą Klubu) nie dopuszczając, aby pozbawiły one zadowolenia z pobytu.

Wśród uczestniczek turnusu były osoby starsze i młodsze, w lepszym i gorszym stanie zdrowia, czasami nękane przez dotkliwie dolegliwości. Niejednokrotnie obserwowałam wzajemne zrozumienie i życzliwość, wsparcie i pomoc w razie potrzeby i to nie tylko w formie wymiany uśmiechów przy spotkaniu na zabiegach, na plaży, czy w mieście.

W czasie wieczorku tanecznego, zorganizowanego w miejscowej kawiarni na początku pobytu, do zabawy, tańca i śpiewu wciągnięte zostały nawet najstarsze panie, a wdzięk i swoboda bawiących się mogłaby być przykładem dla wielu młodych i zdrowych obojga płci.

Niezapomnianym przeżyciem dla mnie był udział w spartakiadzie zorganizowanej przez Koszaliński Klub Amazonek, z okazji 10-lecia jego istnienia.

Nasza, warszawsko-wyszowska 4-osobowa drużyna, ubrana w dowcipne, bajecznie kolorowe kostiumy, uszyte własnoręcznie wg. własnego pomysłu, uczestniczyła – prezentując bojową postawę – w wielu oryginalnych dyscyplinach zręcznościowych podobnie, jak pozostałych kilkanaście ekip.

Duże wrażenie zrobił na mnie udział w tej uroczystości przedstawicieli władz i mediów oraz ich deklaracje współpracy i wyrażone uznanie – także dla całego Ruchu Amazonek.

Pełna, świeżych jeszcze, wrażeń nie waham się stwierdzić, że kolejne pobyty wypoczynkowe w gronie Amazonek sprawiły, że należąc do grupy tzw. podwyższonego ryzyka, pozbyłam się paraliżującego strachu przed zachorowaniem na raka piersi.

Wiem, że diagnoza, którą mogę także usłyszeć, nie będzie dla mnie oznaczała „końca świata” i wyłączenia z normalnego życia.

Przykład moich przyjaciółek Amazonek pozwala mi ze spokojem chodzić na kolejne badania profilaktyczne, z przekonaniem i wiarą, że dobre życie jest możliwe nawet i w chorobie.

Małgorzata Sosnowska

R E C E N Z J E

Przegląd prasy

Jak rozmawiać z pacjentem, jak przekazywać diagnozę, szczególnie tę bardzo trudną (rak, SM itp.)? Temat ten porusza Paweł Walewski w nr 14 „POLITYKI”. Zastanawia się czy to cynizm lekarzy, brak przygotowania akademickiego czy nie docenianie przez medycynę stanu psychicznego pacjenta, jego nastawienia do przyjęcia trudnej diagnozy a później terapii, powoduje, że tak często (na szczęście nie zawsze) jest tyle niezadowolonych z kontaktów z lekarzami. Od samopoczucia i dobrego nastawienia zależy powodzenie terapii. Spokojne przekazanie diagnozy i uczucie wsparcia ze strony lekarza, wzmacnia psychicznie pacjenta i to stymuluje układ odpornościowy do tworzenia linii obrony przed „wrogiem” czyli chorobą. Leka-

rze bardzo nie lubią, gdy zarzuca im się gruboskórność, brak wrażliwości i empatii. Rozumiem ich, duża ilość pacjentek a co za tym, brak czasu na rozmowę. Tu nie chodzi o czas a formę, bo nawet podczas prywatnej wizyty, płatnej, też nie zawsze jest dobrze. Lekarze bronią się, że jak tu rozmawiać z pacjentką, jeśli duża część z nich ma średniowieczną wiedzę na temat choroby i trzeba je przekonywać żeby w ogóle dały się leczyć.

Zbigniew Wojtasiński w tygodniku „WPROST” pisze jak ważna jest szybka, prawidłowa diagnoza w przypadku nowotworów układu chłonnego. Często się zdarza, że pacjent jest początkowo leczony jak w zwykłej infekcji antybiotykami lub lekami przeciwpalnymi, dopiero bardziej szczegóło-

we badania dają prawdziwą diagnozę. Liczba pacjentów chorych na chłoniaki zwiększa się o 5 proc. rocznie, dotyczy to głównie osób w wieku 20-40 lat. Dzięki postępowi w onkologii, dziś można uratować 70-80 proc. chorych a przy wczesnym rozpoznaniu skuteczność terapii sięga 95 proc.

Zapasy z czerniakiem – to tytuł artykułu Michała Henzlera z „POLITYKI”. Opisuje problemy 300 pacjentów chorych na czerniaka, uczestniczących w testowaniu szczepionki, która powstrzymuje rozwój choroby, zmniejszanie guzów, a u 16 proc. ich całkowity zanik. Jak to bywa w naszym kraju w pewnym momencie zabrakło pieniędzy. Nie wiadomo kto ma dalej finansować Ministerstwo Nauki, Zdrowia czy NFZ. Każdy umywa ręce.

Szczepionka jest tańsza od proponowanej chorym alternatywnie chemii (mniej skutecznej). Tak to chorzy, którym dano nadzieję, zaczynają przegrywać w przepychankach urzędników.

Z kolei „ŻYCIE WARSZAWY” 8 czerwca 2005 informuje nas o tym, że w szpitalu na ul. Szaserów zainstalowano bardzo nowoczesny tomograf. W kilka sekund można zbadać człowieka od stóp po czubek głowy. Przydatny jest w nagłych przypadkach gdy pacjent jest nieprzytomny. Nieoceniony w chorobach serca, zastępuje kornografię, zdaje egzamin również w onkologii. Lekarz może rozpoznać raka we wczesnym etapie rozwoju, jak też sprawdzić skuteczność zastosowanej terapii.

Elżbieta Wojciechowska

Czas cudów

Zwykle pojawiają się nagle. Informacja o nich dochodzi do nas przez reklamę lub zaufanego znajomego. Cecha szczególna: pomagają ma wszystko. Stają się hitem sezonu. W następnym sezonie pojawiają się nowe, niezwykle leki.

Rekiny miały nie chorować na raka. Taka była umowa. Kłopot w tym, że – jak się zdaje – rekinów o tym nie poinformowano.

Ten stary gatunek zwierząt (ewolucyjnie dorównujący wiekiem nawet dinozaurom) uchodził do niedawna za nieprawdopodobnie wręcz zdrowy. Nikt nigdy nie widział rekina chorego na przypadłości tak groźne jak na przykład nowotwór.

Wysnuto z tego wniosek, że musi to być związane z jakąś niezwykle cechą ich układu odpornościowego. Przyjrano się krążącym w ich krwi przeciwciałom. Były o połowę mniejsze od ludzkich. „Dzięki temu, że są tak małe, mogą lepiej penetrować tkanki i przeciwdziałać ich rakowaceniu” – osądzono.

Zanim jednak ktokolwiek zabrał się na poważnie do naukowych badań zdrowia rekinów, powstało kilka obrotowych firm, które zajęły się masową eksterminacją tych zwierząt. Z ich wątroby robiono rodzaj tranu, z chrząstki zaś produkowano specyfik, który miał wszechstronnie dobroczynne działanie. W ulotce czytamy o wspomaganie leczenia raka, osteoporozy, zapalenia i zwyrodnienia stawów, łuszczycy. Zalecany jest przy leczeniu ran, owrzodzeń, egzem, zmian degeneracyjnych siatkówki. Preparat wspomaga porost włosów i paznokci.

Producenci preparatu powołują się na badania z 1983 roku wykonane przez dwóch (niewymienionych z nazwiska) badaczy ze znanego Massachusetts Institute of Technology, udowadniające, że chrząstka rekina zawiera substancję, która powstrzymuje rozwój sieci naczyń krwionośnych dostarczających substancje odżywcze nowotworom. Badania te potwierdził ponoć niejaki Carl Luer, biochemik z Sarasoty.

Doktor Prudden zauważył z kolei, że mukopolisacharydy zawarte w chrząstce rekina nie tylko stymulują odporność, lecz także zapobiegają stanom zapalnym. Natomiast doktor Serge Orlov, specjalista w zakresie zapaleń stawów, po upewnieniu się, że wyciąg z chrząstki rekina jest nietoksyczny, zastosował ten lek w przypadku kilku pacjentów cierpiących na choroby chroniczne i uzyskał bardzo dobre wyniki.

Chyba trudno się dziwić, że ów specyfik sprzedaje się świetnie, przysparzając swym producentom krociowych zysków. Sprzedaje się tak, mimo że już ze trzy lata temu ogłoszono wyniki oficjalnych badań, które jednoznacznie pokazały, że rekiny chorują na różnego typu nowotwory – nawet na nowotwory owej słynnej chrząstki. Badania prowadzili naukowcy dwóch znanych ośrodków – John Hopkins University i George Washington University w USA. Stwierdzili u tych zwierząt blisko 40 różnego rodzaju nowotworów.

Argument zaś, że białka zawarte w rekinie chrząstce hamują powstawanie nowych naczyń krwionośnych, którymi odżywia się nowotwór, zbiły badania wykazujące, że podobne właściwości ma chrząstka ludzka, kurza i jeszcze kilka innych. Czy myślicie, że badania te zostały w jakikolwiek sposób nagłośnione? A komu by na tym zależało?

Drogie mleko

Preparat wciąż się świetnie sprzedaje, ulotki nadal przedstawiają rekiny jako te, co się nowotworom nie kłaniają. Bo najważniejszy jest marketing. On to bowiem kreuje różnego rodzaju sezonowe mody na cudowne specyfiki. Głosi wyższość jednych witamin nad innymi i niezwykle właściwości tajemniczych dla krwi, mikroelementów, balsamów, płynów do wcierania i popijania.

Pożywką dla wyrastających jak grzyby po deszczu kolejnych specyfików są zwykle nie do końca sprawdzone informacje (jak było w przypadku rekina), wstępne wyniki jakichś badań czy po prostu głęboka wiara w skuteczność leku. Na tej żyznej glebie rodzą się takie specyfiki jak ten – ostatnio bardzo modny, a będący po prostu ekstraktem z krowiego mleka – który pomaga na stany zmęczenia, astmę, cukrzycę, alergię, łuszczycę, toczeń, chorobę Alzheimera i raka. Krawaty wiąże i usuwa ciążę.

Jedno opakowanie – okazja! – 250 złotych. Co miesiąc producentowi udaje się sprzedać (drogą akwizycji) blisko 60 opakowań.

Na głowę APAP

Według danych Federacji Konsumentów (<http://www.federacja-konsumentow.org.pl/>) reklama medykamentów kieruje się 62 procent Polaków, którzy chorują na jakąś przewlekłą chorobę, i około 80 procent ludzi, którzy uskarżają się na co najmniej jedną dolegliwość. Sprzedaż leków bez recepty rośnie po każdorazowej emisji reklamy.

Aptekarki – w przeprowadzonej przez nas w kilkunastu aptekach w Polsce miniankiecie – przyznają, że ludzie przychodzą z gazetą w rękę i proszą o lek, który jest tam reklamowany. Najgorsze jest to, że nie wiedzą, co kupują.

Na ból głowy podobno najlepszy jest APAP, a na ból zębów Paracetamol.

– Gdyby ten człowiek czuł się jeszcze przeziębiony i w domu żona podała mu coldrex, bo tak poleciła sąsiadka, to sytuacja staje się niebezpieczna – mówi w rozmowie przeprowadzonej dla Federacji Konsumentów doktor Wojciech Masełbas, specjalista farmakologii klinicznej. – I Paracetamol, i APAP, i Coldrex, choć różnią się nazwami handlowymi, zawierają tę samą substancję czynną – paracetamol. Założmy teraz, że każda z przyjętych pigułek zawiera 500 miligramów paracetamolu, zatem naraz człowiek ten przyjmuje 1,5 grama tej substancji. Jeśli kurację tę powtórzy cztery razy w ciągu doby, to mamy już 6 gramów, czyli maksymalną dzienną dawkę dla paracetamolu. Aż strach pomyśleć, gdyby pacjenta tego zaczęło łamać w krzyżu i leczyłby się na to Codiparem (który także zawiera paracetamol).

Nie da się manipulować zapadalnością na choroby, jak zatem zwiększyć zyski ze sprzedaży leków? Trzeba sprawić, by brało je więcej osób. Kolejne kampanie reklamowe promują „nowy” rewelacyjny specyfik, który od tego z poprzedniego sezonu różni się jedynie nazwą lub sposobem podania: kapsułki przeobrażają się w krople lub czopki, dzięki czemu lek niemal cudownie zmienia właściwości.

Pół biedy, gdy reklama jakiegoś specyfiku podawana jest w sposób bezpośredni. Coraz częściej zdarza się jednak, że dociera do nas pocztą pantoflową – jedna pani poleca drugiej

pani i tak to się rozchodzi. Dotyczy to zarówno standardowych leków bez recepty, jak i cudownych specyfików o nieustalonym pochodzeniu i składzie. Mechanizm ten wykorzystuje reklama z panią Goździkową polecającą lek na ból głowy. W aptekach przyznają, że Goździkowa cieszy się naprawdę sporym autorytetem wśród Polaków.

Łzy skały

Przykładem takiej akcji marketingowej był – niezwykle swego czasu popularny – preparat mumio, którego imieniem nazwał się dziś jeden z kabaretów. Preparat ów rozchodził się między znajomymi i sąsiadkami „na zasadzie Goździkowej” i tym sposobem zawojował Polskę. Czym był? „Ten cudowny skarb swoją nazwę zawdzięcza starożytnym Grekom. W ich języku oznacza „ochraniające, oczyszczające ciało” – czytamy w ulotce (okazuje się, że mumio ma wciąż sporą grupę wyznawców). Dalej dowiadujemy się, że pochodzi z unikatowych nacieków skalnych o właściwościach leczniczych. Mumio występuje niezmiernie rzadko. Spotkać je można jedynie w niedostępnych górskich jaskiniach, grotach i szczelinach gór Ałtaju, Pamiru, Kaukazu oraz na terenie południowej Syberii. Z tych wyjątkowych, trudno dostępnych miejsc emanuje ogromna energia i niepojęta dla nas siła, którą góry oddają nam w postaci zagadkowej substancji – mumio. Od tysięcy lat pomaga ona ludziom odzyskać utracone siły i wzmocnić organizm. Naukowcy wciąż nie znają pochodzenia mumio. Dawniej wierzono, że są to łzy skał. Współczesne badania wykazały ponoć, że ta góraska substancja zawiera nie tylko składniki mineralne, lecz także wiele organicznych elementów, jak jad pszczeły, żywica czy ziołowe olejki eteryczne...

Potrzeba cudu

Podobną karierę zrobiły i inne cudowne specyfiki: preparat profesora Tołpy (podparcie się autorytetem profesorskim przynosi naprawdę niezwykle efekty), vilcacora – peruwiański specyfik roślinny na wszystkie choroby świata, słynny amol, l-karnityna i preparaty z chromu na odchudzanie. To gwiazdy jednego, góra dwóch sezonów. Brak cudownych uzdrowień i spektakularnych cudów nuży wkrótce gawieź, która zwraca się szybko ku nowemu cudowi medycyny. No cóż, mamy potrzebę cudów. Dlatego wierzymy, że witamina A, E czy C jest lekiem na całe zło, i szybko wypieramy z pamięci głosy naukowców, którzy demaskują te cudowne właściwości. Wiara czyni cuda. Dlatego nie dziwią doniesienia o przypadkach uleczenia nawet poważnych chorób z pomocą tajemniczych specyfików. Często bowiem równie ważne jak skład danego farmaceutyku jest przekonanie pacjenta o jego skuteczności. Zdarza się, że efekt placebo związany z połknięciem żółtej czy zielonej tabletki działa skuteczniej od niejednego uznanego medykamentu.

Dlatego nie myślę, że ten artykuł skłoni kogoś do porzucenia wiary w cuda. Wiara bowiem ma jeszcze to do siebie, że jest niewrażliwa na racjonalne argumenty. Co więc mi pozostaje? Wierzyć w państwa rozsądek.

PS Dziś na topie jest wyciąg z pestek grejpfruta. Słyszałam od znajomego lekarza, że pomaga prawie na wszystko ;-)

Olga Woźniak
„Przekrój” nr 25 z 16.06.2005 r.

Ilustrowane Kalendarium

Ważniejsze wydarzenia z okresu od 16 marca do 31 sierpnia 2005 r.

16.03 – Środa. Konferencja prasowa Honorowej Nagrody Zaufania „ZŁOTY OTIS” 2004, na której dowiedzieliśmy się, że Klub Amazonek Warszawa – Centrum został laureatem tej nagrody. Równocześnie przedstawiono rzeźbę „Wenus Amazonek”, która będzie przedmiotem sprzedaży na specjalnej aukcji. Kopię tej rzeźby otrzymaliśmy w prezencie. Stanie w holu w Centrum Onkologii (szersze informacje wewnątrz numeru).

23.03 – Środa. Wielkanocny „Koncert nadziei” w Centrum Onkologii dedykowany ludziom chorym na raka i wszystkim osobom związanym z pacjentami onkologicznymi. Był to już szósty spektakl muzyczno-literacki w wykonaniu znakomitych artystów. Wystąpili: Michał Bajor, Ewa Błaszczyk, Ewa Kabsa, Aneta Kabsa, Danuta Stankiewicz. Koncert prowadził Ryszard Rembiszewski. Patronat P. U. O.

01.04 – Piątek. Nasze Koleżanki: Zofia Michalska, Wiesława Kunicka, Elżbieta Wojciechowska wysłuchały w Poznaniu wykładu p. prof. Jana Lubińskiego ze Szczecina o istocie badań genetycznych.

02.04 – Sobota. Ten sam „zespół” uczestniczył w zebraniu sprawozdawczo-wyobrczym Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki” w Poznaniu. Wybrano nowy Zarząd na następne 4 lata, w składzie:

- kol. Krystyna Wechmann, Poznań – prezes
- kol. Danuta Dobrska, Łódź – wiceprezes
- kol. Łucja Werblińska, Poznań – wiceprezes
- kol. Małgorzata Kaczmarek, Gdańsk – sekretarz
- kol. Grażyna Korzeniowska, Kraków – skarbnik
- kol. Elżbieta Kozik, Warszawa – członek
- kol. Magdalena Salomon, Wrocław – członek

01–03.04 – Piątek – Niedziela. Nasza przewodnicząca Elżbieta Kozik była w Moskwie na zaproszenie rosyjskich Amazonek. W spotkaniu, oprócz Rosjanek, wzięły udział przedstawicielki Ukrainy, Białorusi i Czech. Było to zatem spotkanie międzynarodowe.

06.04 – Środa. Zebranie informacyjne zostało wzbogacone o interesujący wykład p. mgr Agnieszki Jarosz nt. żywienia. Autorce serdecznie dziękujemy.

13.04 – Środa. Imieniny marcowo-kwietniowe. Duża ilość solenizantek. Samych Krystyn i Bożenek było ponad 10. Stół wytworny, wspaniałe wyroby własne...



Smacznego

14–16.04 – Czwartek-Sobota. IV Konferencja „Diagnostyka i leczenie raka piersi” w Falentach pod Warszawą. Wielu gości zagranicznych, wybitni profesorowie polscy. Amazonki miały swoją konferencję prasową. Z ramienia Klubu udział wzięły koleżanki: E. Kozik, W. Kunicka, Z. Michalska, W. Dąbrowska-Kiełek, E. Wojciechowska.

27.04 – Środa. Zebranie Sprawozdawczo-wyobrcze w naszym Klubie przebiegało w atmosferze skupienia i rzeczowej dyskusji. Jednogłośnie absolutorium dla ustępującego Zarządu. Przy wyborze nowego Zarządu dopływ „świeżej krwi” oceniamy bardzo wysoko. Nowy skład Zarządu – patrz ostatnia strona gazety.



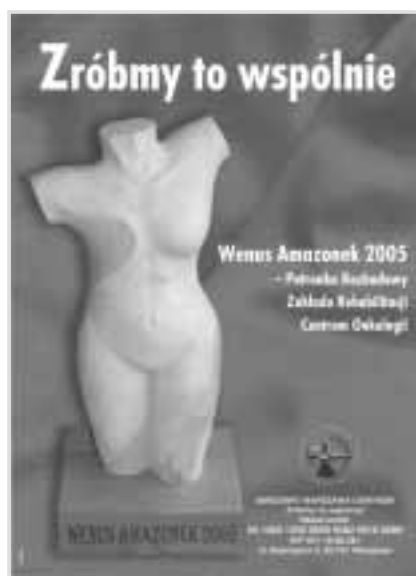
Sala obrad

04.05 – Środa. Zebranie informacyjne, na którym nowo-wybrany Zarząd przedstawił plan pracy do końca bieżącego roku przyjęty z aplauzem.

10.05 – Wtorek. Kapituła Honorowej Nagrody Zaufania „Złoty OTIS” wręczyła nam tę prestiżową nagrodę z pięknymi życzeniami dalszych osiągnięć. Następnie odbyła się aukcja rzeźby „Wenus Amazonek”, bankiet i powrót do Klubu łącznie z piękną rzeźbą i uzyskaną kwotą z jej sprzedaży (obszerniejsze omówienie wewnątrz numeru).

16.05 – Poniedziałek. Zebranie Sprawozdawczo-wyobrcze PKZR. Liczny i czynny udział naszych Klubowiczek. Ponownie na Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka wybrano p. Prof. Zbigniewa Wronkowskiego.

25.05 – Środa. Oglądaliśmy projekty plakatu naszego Klubu „Zróbmy to wspólnie”. Wybór był trudny.



A oto plakat z naszą Wenus

28–29.05 – Sobota – Niedziela. Kol. Ela Kozik w Mediolanie. Szkolenie w Rzecznictwie Pacjentów Onkologicznych – Masterclass in Cancer Patent Advocacy (patrz „Nasze Życie” Nr. 36, czerwiec 2005, str. 16-17).

03–04.06 – Piątek – Sobota. Kolejna Konferencja Reach to Recovery w Atenach (czytaj j. w.).

04.06 – Sobota. Polska Unia Onkologii zaprosiła nas na koncert niezwyklej artystki, obdarzonej urodą, pięknym głosem, talentem muzycznym i literackim oraz kulturą sceniczną. Pani AIDA wystąpiła w Centrum Onkologii z p. Januszem Tyłmanem przy fortepianie. Koncert dedykowany był chorym i ludziom wspierającym idee walki z rakiem.

06.06 – Poniedziałek. Kol. Elżbieta Kozik u Pana ministra Marka Balickiego. Wspólnie z prezes Federacji kol. Krystyną Wechmann orędowny o dostęp do nowoczesnych leków dla wszystkich pacjentów. Temat spotkania: „Założenia zmian w systemie refundacji leków”.

07.06 – Wtorek. Kol. Elżbieta Kozik wystąpiła z referatem: „Problemy kobiet po leczeniu raka piersi” przyjętym z ogromnym zainteresowaniem na Konferencji „System informacji dla osób niepełnosprawnych” w ramach Krajowych Dni Informacyjnych (K. D. I.). W konferencji udział wzięli: Pani Izabela Jaruga-Nowacka – wicepremier Rządu RP, Pan Leszek Stanisław Zieliński – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Polityki Społecznej i pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, goście zagraniczni, specjaliści polscy.

09.06 – Czwartek. Kol. Zofia Michalska uczestniczyła w Konferencji prasowej Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi, która odbyła się w Centrum Onkologii pod kierunkiem doc. Tadeusza Pieńkowskiego. Tematem konferencji była, niezrozumiała z lekarskiego punktu widzenia, postawa NFZ w zakresie refundacji leków dla chorych onkologicznych. Problem bardzo ważny i poważny, ciągle budzący niepokój lekarzy i pacjentów. Do dzisiaj do końca nierozwiązany, chociaż odnotować możemy pewne sukcesy.

12.06 – Niedziela. Udział naszego Klubu w imprezie MEDYCINA ALTERMED – EXPO 2005 w Centrum Multimedialnym Foksal (obszerniejsze informacje wewnątrz numeru).

od 13.06 – przez całe 6 tygodni przeżywałyśmy remont w Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii. Czas trudny, dezorganizujący pracę Klubu.

23.06 – Czwartek. Kol. Elżbieta Kozik wzięła udział w „Śniadaniu Prasowym”, na którym omawiane były prawa pacjenta. Klub nasz złożył na piśmie akces do Instytutu Praw Pacjenta, którego prezesem został Ks. Arkadiusz Nowak.

27.06 – Poniedziałek. Z tryumfem wysłałyśmy ostatnie dokumenty dot. realizacji programu „Twoje pierwsze USG piersi” w roku bieżącym (obszerniejsze informacje wewnątrz numeru).

30.06 – Czwartek. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) zorganizował Konferencję podsumowującą projekt: „Dobre Praktyki”, przewidziany do realizacji przez organizacje pozarządowe działające na rzecz rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Z ramienia Klubu w Konferencji udział wzięły koleżanki Wiesława Dąbrowska, Elżbieta Wojciechowska.

03.07 – Niedziela. Wczesnym rankiem sprzed Sali Kongresowej PKiN wyjechałyśmy na dwutygodniowy turnus rehabilitacyjny do Ustki. Wbrew planom nie był to wyłącznie czas wypoczynku.

04.07 – Poniedziałek. Konferencja prasowa u doc. T. Pieńkowskiego dot. leków refundowanych. Z ramienia Klubu udział wzięły koleżanki W. Kunicka, M. Szelągowska.

06.07 – Środa. Powitałyśmy w Ustce z radością naszego gościa p. Iwonę Gniedziejko-Płucienik z firmy AVON wraz z ekipą filmową, która pracowała nad krótkometrażówką o Amazonkach. Świetnie bawiłyśmy się tego dnia.

08.07 – Piątek. Ustka – szalejemy na imieninach naszej przewodniczącej.



Parkiet w Sanatorium „Tęcza”

09.07 – Sobota. Klub w Koszalinie obchodził X-lecie swego istnienia. Postanowiłyśmy obchodzić ten miły jubileusz razem z Nimi. Wypełniony po brzegi autokar razem z „drużyną zawodniczek” na Spartakiadę Środowiska Zachodnio-Pomorskiego dowiózł nas na 5 minut przed rozpoczęciem uroczystości. Było bardzo miło. Dziękujemy Koszaliniankom za okolicz-

nościowe pamiątki. Było nam dobrze z Wami. Życzymy dalszych sukcesów.



My w Koszalinie

12.07 – Wtorek. Firma AVON zgodnie z planem zorganizowała Konferencję prasową w ramach programu „Twoje pierwsze USG piersi”. Pokazano migawkę filmową tydzień wcześniej nakręconą w Ustce. Wykład miał p. dr Wiktor Chmielarczyk. Z ramienia Klubu udział w tej Konferencji wzięły koleżanki Wiesława Kunicka, Emilia Salwarowska.

12.07 – Wtorek. Spotkanie u Ministra Zdrowia w sprawie roli i zadań Narodowego Funduszu Zdrowia. Z ramienia Klubu udział wzięły koleżanki Maria Szelągowska i Danuta Sikorska.

17.07 – Niedziela. Całe, zdrowe, opalone, zgrabne i zręczne (gimnastyka codzienna na plaży i w basenie) wróciłyśmy do Warszawy, jeszcze przed wieczornym szczytem niedzielnym. ▽



Ustka. Pożegnanie z morzem w dzień wyjazdu

25.07 – Poniedziałek. Nasza przewodnicząca Elżbieta Kozik była świadkiem podpisania w Pałacu Prezydenckim Ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego pt.: „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (szersze omówienie wewnątrz numeru).

18.08 – Czwartek. Kol. Elżbieta Kozik brała udział w konferencji prasowej dot. 11 odcinkowego serialu pt.: „To nie jest koniec świata”, który będzie emitowany w TVP 2. Planujemy wspólne obejrzenie tej wypowiedzi filmowej, dyskusję oraz wnioski.

19.08 – Piątek. Odeszła od Nas nasza Koleżanka Elżbieta Mańska – członek Komisji Rewizyjnej poprzedniej kadencji Zarządu. Na cmentarzu w Łodzi żegnała ją liczna grupa naszych członkiń. Zawsze będziemy o Niej pamiętać.

19.08 – Piątek. Zebranie organizacyjne dot. konkursu „Rzecznik chorych na raka” oraz ustalenie programu seminariów dla dziennikarzy telewizyjnych, radiowych, prasowych, dla rzeczników NFZ. W zebraniu udział wzięła kol. Elżbieta Kozik (warunki konkursu wewnątrz numeru).

24.08 – Środa. Pierwsze posiedzenie Zarządu – po przerwie urlopowej – w nowym składzie. Spiętrzenie bieżących problemów – za mało rąk do pracy. Nastrój był jednak optymistyczny.

30.08 – Wtorek. Seminarium szkoleniowe dla Dziennikarzy Radiowych oraz publiczne ogłoszenie warunków konkursu pt.: „Rzecznik Chorych na Raka”. Seminarium prowadziła dr Barbara Czerska. Z ramienia Klubu uczestniczyły koleżanki: Elżbieta Kozik, Zofia Michalska, Wiesława Dąbrowska, Wiesława Kunicka, Elżbieta Wojciechowska.



Gazeta Stowarzyszenia
„AMAZONKI”
WARSZAWA-CENTRUM

AMAZONKI

O charakterze gazety
i treści artykułów decydują
członkinie

Klubu „AMAZONKI”
Warszawa-Centrum

Siedzibą Warszawskiego Klubu „Amazonki” jest
Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii,
ul. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa,
tel. (0 22) 546-28-97; fax (0 22) 643-91-85.
<http://amazonki.com.pl>, e-mail: amazonki@free.ngo.pl
Konto bankowe: 83 1020 1055 0000 9402 0016 6280

Skład i łamanie:
Studio „Karolina”
tel. (0 22) 436 04 88

AKTUALNE INFORMACJE O KLUBIE

Stan na 31 sierpnia, 2005 r.

~ 200 członkiń

Zarząd



Elżbieta Kozik	– <i>Prezes Zarządu</i>	– Kierownik Sekcji Programowo-Ekonomicznej
Zofia Michalska	– <i>Wiceprezes</i>	– Koordynowanie pracy Ochotniczek
Wiesława Kunicka	– <i>Wiceprezes</i>	– Odpowiedzialna za sprawy socjalno-kulturalne Klubu
Elżbieta Wojciechowska	– <i>Sekretarz</i>	– Pełnomocnik Klubu d/s Mazowieckiej Unii Wojewódzkiej
Margerita Piątkiewicz	– <i>Skarbnik</i>	– Zbieranie składek członkowskich
Ewa Raczak	– <i>Członek</i>	– Kierownik Sekcji Dokumentacyjno-Historycznej, Kronikarka
Maria Szelałowska	– <i>Członek</i>	– Kierownik Sekcji, Socjalno-Kulturalnej, Gospodyni Klubu,

Komisja Rewizyjna:

Elżbieta Samselska – przewodnicząca
Wiesława Dąbrowska-Kiełek
Halina Rodziewicz

Praca w Klubie realizowana jest przez 4 problemowe sekcje:

- I. SEKCJA OCHOTNICZEK
- II. SEKCJA PROGRAMOWO-EKONOMICZNA
- III. SEKCJA DOKUMENTACYJNO-HISTORYCZNA
- IV. SEKCJA SOCJALNO-KULTURALNA

Telefon zaufania czynny w każdą środę w godz. 16⁰⁰-18⁰⁰

546-25-86

Nadzór merytoryczny

Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie

Zarząd Główny Polskiego Komitetu Zwalczania Raka

Profesjoniści zatrudnieni w Klubie

Mgr Krystyna Puto	– rehabilitantka
Mgr Teresa Wysocka-Bobryk	– psycholog
Mgr Mariola Kosowicz	– psycholog
Dr med. Sławomir Mazur	– lekarz onkolog
Dr med. Beata Jagielska	– lekarz internista

Współpraca z mediami

Telewizja – radio – prasa – film

Instytucje i organizacje wspierające i współpracujące z Klubem

Urząd Miasta Stołecznego Warszawy
Polski Komitet Zwalczania Raka
Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii
Polska Unia Onkologii
AVON Cosmetics Polska
Amoena – a Coloplast company
Novartis Poland
Roche Poland
Schering AG S.A.
Vipharm S.A.

Indywidualni sponsorzy, osoby prawne i fizyczne

Współpraca międzynarodowa

Reach to Recovery International

Europa Donna

European Cancer Patient Coalition (Europejska Koalicja Pacjentów z Chorobami Nowotworowymi)

Ochotniczki od lat pracujące w Klubie

BOGDANOWICZ ELŻBIETA
BOKINIEC IRENA
FLORKOWSKA JOANNA
GŁOWACKA KRYSZYNA
GODLEWSKA ZOFIA
KIBALENKO-NOWAK TERESA
KOZAKIEWICZ EWELINA
KULA KRYSZYNA
KUNICKA WIESŁAWA
LIPKA ANNA
LIPKA ZOFIA
MACIEJOWSKA TERESA
MATUNIAK LUCYNA
MICHALSKA ZOFIA
NADER KRYSZYNA
PAWLIK BARBARA
PĘCONEK WANDA
PIEKARNIAK ALBINA
RODZIEWICZ HALINA
SABIŁŁO BOŻENNA
SALWAROWSKA EMILIA
SWARCEWICZ-BALICKA REGINA
SZCZAWIŃSKA ŁUCJA
SZELAŁOWSKA MARIA
SZWAJKAJZER ANNA
TOPOLSKA-GŁOWACKA JOLANTA
WOJCIECHOWSKA ELŻBIETA

Największe osiągnięcia Klubu

1. Objęcie profesjonalną opieką Ochotniczek wszystkich pacjentek poddanych leczeniu raka piersi w warszawskich szpitalach.
2. Zorganizowanie kompleksowej opieki lekarskiej nad członkami Klubu.
3. Aktywne samopomocowe oddziaływanie na środowisko kobiet dotkniętych rakiem piersi.
4. Stale rozwijana i doskonalona działalność szkoleniowo-informacyjna.
5. Systematyczne i konsekwentne przełamywanie barier lęku przed rakiem poprzez edukowanie społeczeństwa.

Osoby szczególnie zasłużone dla Ruchu Amazonek

Dr Krystyna A. Mika
Prof. dr hab. Zbigniew Wronkowski