nr 30

AMAZONKI

Październik 2017 ▪ gazeta bezpłatna

„Gazeta Amazonki" jest wydawana dzięki finansowemu wsparciu Vipharm s.A. Z LEKARZAMI DLA PACJENTÓW Pfizer Roche

Gazeta Stowarzyszenia „AMAZONKI" WARSZAWA-CENTRUM

Motto na 2017 rok:

Milcząc rozmyślać należy, mówiąc uczyć, a działając cel osiągać.

Aforyzm chiński

Jubileusz - czas podsumowań i planów

Jubileusz, to czas wspomnień i refleksji na temat tego co było, co już za nami, a także wytyczania planów na przyszłość. 30 lat, które minęło od momentu powstania naszego Stowarzyszenia, pierwszego klubu kobiet z rakiem piersi w Polsce, to czas nieustającego postępu w rozwoju onkologii i leczeniu raka piersi, ale także zmian, jakie zaszły w nas samych – pacjentkach.

Trzy dekady temu nasze Koleżanki rozpoczęły pracę nad wspieraniem kobiet z rakiem piersi, pojawiły się na szpitalnych oddziałach i wywalczyły na nich stałe miejsce dla Ochotniczek. Dokonały coming outu, pokazały społeczeństwu, że rak piersi to choroba taka jak inne, że nie trzeba się jej wstydzić. Uświadomiły jak ważna jest samoedukacja na temat choroby, rehabilitacja i społeczny obowiązek działań profilaktycznych.

Dziś my staramy się twórczo kontynuować ich pracę wytyczając kolejne zadania, które staramy się realizować. Chcemy, aby rak piersi był chorobą leczoną innowacyjnie, najnowocześniejszymi lekami, przez wielodyscyplinarny zespół. Naszym marzeniem jest, aby w Polsce powstało jak najwięcej ośrodków kompleksowego leczenia raka piersi. W dobie, kiedy choroby nowotworowe to choroby przewlekłe, staramy się zapewnić opiekę kobiecie na każdym etapie terapii, a zawłaszcza w nawrocie. Organizujemy konferencje, warsztaty publikujemy poradniki i inne wydawnictwa z zakresu wiedzy o raku piersi.

Amazonki są uważane za awangardę organizacji pacjentów onkologicznych. Swoim doświadczeniem, wiedzą na temat ich funkcjonowania dzielimy się z innymi, którzy chcą pomagać chorym na nowotwory w Polsce. Włączamy się także czynnie jako Stowarzyszenie, czy poprzez Federację Stowarzyszeń „Amazonki", w działania ogólnopolskie na rzecz stanowienie dobrego prawa w sektorze ochrony zdrowia w naszym kraju.

Dlatego przez następne lata najważniejsza będzie dla nas edukacja zarówno społeczeństwa, nas samych jak i pacjentek. Zdobyta wiedza na temat nowotworów piersi, ich biologii, sposobów leczenia i rehabilitacji pozwoliła uwierzyć kobietom, że rak piersi to nie koniec ich życia. Chcemy, żeby stał się dla nich chorobą przewlekłą, z którą żyje się aktywnie długie lata. To już się od jakiegoś czasu dzieje i zawdzięczamy to właśnie Amazonkom, które od 30 lat. niosą profesjonalną pomoc pacjentkom po leczeniu raka piersi i ich bliskim.

Zamierzamy kontynuować zarówno wydawanie poradników, książek, a przede wszystkim naszej „Gazety AMAZONKI", która stanowi źródło wiedzy dla wszystkich, którzy jej potrzebują i jest także znana w środowisku medycznym. Pragniemy aktywnie działać na rzecz profilaktyki raka piersi, np. kampania „#befirst bądź o krok przed rakiem" dla uczniów szkół ponadpodstawowych spotkała się z ogromnym pozytywnym odzewem, a jej atutem było to, że oprócz Amazonek w spotkaniach wzięli udział onkolodzy. Warto byłoby tego rodzaju działania kontynuować.

Jednym z najważniejszych zadań na przyszłe lata będzie wspieranie kobiet zmagających się z nawrotem raka piesi. Zaczęłyśmy parę lat temu poruszać ten temat i kontynuujemy go dzięki współpracy z innymi organizacjami pacjentów oraz mediami. Pragniemy także w czasie, kiedy choroba powraca – tak jak na jej początku – służyć pomocą i wsparciem pacjentkom, ponieważ doskonale wiemy, jak ogromne znaczenie w walce z rakiem ma obecność innych osób – bliskich i zaufanych, i co ważne profesjonalnie przygotowanych do niesienia pomocy. Myślimy o różnego rodzaju warsztatach, spotkaniach, które w trakcie leczenia onkologicznego pozwalają oderwać się od codzienności, a czasami są wspaniałą inspiracją do twórczego działania, do rozwoju osobowości.

Współpracując z innymi organizacjami pozarządowymi będziemy dążyły do poprawy dostępności do refundowanych leków oraz nowoczesnego leczenia.

Nasze działania nie byłyby możliwe bez wsparcia wielu ludzi, instytucji, a także mediów, dzięki którym docieramy do tak wielkiej liczby osób, co pozwala zmieniać

podejście społeczeństwa do chorób nowotworowych, pacjenta onkologicznego oraz prowadzenie profilaktyki raka piersi. Dziękujemy Wam za to, że jesteście z nami.

Pragnę podziękować naszym Koleżankom, zwłaszcza tym, które od początku są z nami i stoją na straży naszych wartości, a przede wszystkim założycielce ruchu Amazonek – Zosi Michalskiej, a także tym, które przez ostatnie lata czynnie działają jako członkinie Zarządu, Ochotniczki oraz wykonują inne zadania na rzecz Stowarzyszenia i wspierania kobiet z rakiem piersi.

Zdrowie jest dla nas najcenniejszą wartością, dlatego z okazji Jubileuszu Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum dziękując wszystkim, życzę dużo zdrowia.

Ewa Grabiec-Raczak
prezes Zarządu Stowarzyszenia
„Amazonki" Warszawa-Centrum

Drogie koleżanki Amazonki!

Oddajemy dziś do rąk czytelników 30. numer naszej „Gazety Amazonki". Numer Jubileuszowy, wydany z okazji 30. rocznicy powstania pierwszego Klubu Kobiet po Mastektomii w Polsce. Zmusza to do refleksji, wspomnień, podsumowań i wniosków, a także do przywołania z pamięci osób i okoliczności, które towarzyszyły temu wydarzeniu, odgrywając w nim znaczną rolę, jak i w dalszym rozwoju naszej organizacji.

Taką osobą, której należy się nasza pamięć, szacunek i uznanie, jest niewątpliwie doktor Krystyna Mika – ówczesny kierownik Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii i jego organizatorka. Bez jej wizji, inicjatywy, energii i determinacji nie byłoby nas – Amazonek. Napisałam kiedyś, że omawiając historię naszego Ruchu nie sposób pominąć osoby dr Krystyny Miki. Rola, jaką odegrała Pani Doktor w tym dziele jest nie do przecenienia. Pani Doktor była animatorką „Amazonek". Powołała je do życia i wspierała na początkowych etapach ich rozwoju. Była inicjatorką, wsparciem, dobrym duchem i koordynatorem. Z całą odpowiedzialnością należy stwierdzić, że bez dr Miki, nie byłoby nas, nie byłoby Ruchu Amazonek w Polsce. Ona udzielała nam schronienia, rozpinała nad nami ochronny parasol, Ona zjednywała nam sprzymierzeńców, wykorzystując swoją pozycję, autorytet zawodowy i urok osobisty. Bez jej zaangażowania, serca, życzliwości i mądrości pewnie niewiele by się nam udało.

Mam nadzieję, że jej imię zawsze będzie znane i szanowane przez Polskie Amazonki i, że jej zasług i znaczenia dla naszego Ruchu nikt nigdy nie zakwestionuje. A jednak dziś przeciętnej Amazonce z klubu gdzieś w Polsce niewiele mówi jej nazwisko, niektóre w ogóle go nie znają. Stwierdzam to ze smutkiem i zażenowaniem, bo sama nie czuję się bez winy. Nawet w moim macierzystym, warszawskim klubie często zdarza się, że młode stażem Amazonki nie słyszały o dr Mice. Są kobiety, które przeszły rehabilitację w naszym Zakładzie Rehabilitacji na Ursynowie, a nie wiedzą, że twórcą pierwszego programu rehabilitacji kobiet po mastektomii w Polsce była dr Mika.

Na początku lat 80. ubiegłego wieku wróciła właśnie z zagranicznego stażu i zdała sobie sprawę, jak wielka jest różnica jakościowa w opiece nad kobietą po mastektomii (bo wtedy taki był standard leczenia – operacje oszczędzające były rzadkością) w Polsce i na Zachodzie. U nas po ciężkiej, okaleczającej operacji zostawiano kobietę bez dalszej pomocy, polecając jej cieszyć się uratowanym życiem. Nie uzyskiwała nawet podstawowych wiadomości, jak sobie dalej radzić, nie wiedziała o niebezpieczeństwie obrzęku, nie słyszała o protezach piersi i ich znaczeniu nie tylko wizerunkowym, ale zdrowotnym.

Dr Mika postanowiła zmienić tę sytuację. Sprawą zainteresowała profesorów Tadeusza Koszarowskiego i Andrzeja Kułakowskiego, uzyskując akceptację dla swojej inicjatywy. Zatrudniła panią mgr Zdzisławę Pilicz – instruktorkę WF z Ogniska TKKF przy Politechnice Warszawskiej. Opracowała program i w październiku 1982 r. uruchomiła pierwszą w Polsce grupę gimnastyki rehabilitacyjnej dla kobiet po mastektomii. Grupa ta, po pięciu latach, stała się jądrem pierwszego klubu Amazonek. Powstał on 7 stycznia 1987 r. pod patronatem Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii i Zarządu Głównego Obywatelskiego (wtedy jeszcze) Komitetu Zwalczania Raka.

Utworzyło go, za namową dr Miki, kilka uczestniczek wspomnianej grupy gimnastycznej, tzw. „Grupy z Polnej" (od nazwy ulicy przy której działała). Wśród pierwszych członkiń Klubu Amazonek były m.in.: Elżbieta Jaworska, Bożena Krawczyk i ja. Zrozumiałyśmy już, że potrzebujemy częstego kontaktu, wzajemnego wsparcia, przyjaźni i akceptacji. Dr Mika udostępniła nam na spotkania pokój wypoczynku Zakładu Rehabilitacji, a panie rehabilitantki Małgosia Procner i Krysia Puto, na jej prośbę otoczyły nas życzliwością, opieką i troską. Spotykałyśmy się we środy. W otaczającej nas atmosferze przyjaźni, ciepła i zrozumienia odzyskiwałyśmy pewność siebie, nabierałyśmy optymizmu, budziła się w nas nadzieja, że może jednak udało się wygrać z chorobą, że to może nie był jeszcze „koniec świata".

Zofia Michalska

DROGIE MI, WARSZAWSKIE AMAZONKI!

Z Wami zaczynałam to dzieło, które dzisiaj możemy nazwać Ruchem Amazonek w Polsce. Czas wyrzeźbił już nasz wizerunek w mojej ocenie pozytywny i piękny. Możemy być dumne z istnienia i działania Amazonek w Polsce.

15 lat, to dużo czasu, to duża część życia, szczególnie cenna dla Amazonek, zarówno z punktu widzenia osobistego jak i wspaniałej, konstruktywnej działalności.

Rocznice są zawsze okazją do wspomnień. Tu, w tym gronie, nie muszę przypominać, jak to się wszystko zaczęło. Klub Warszawski przez 5 lat działał samodzielnie, jako jedyny w Polsce. Od 1991 roku zaczęły powstawać kluby w innych miastach i tak od 15 lat konsekwentnie Amazonki przyczyniają się do szerzenia oświaty onkologicznej, do podnoszenia świadomości społecznej i wiedzy o raku piersi, o profilaktyce, o ukojeniu umysłu i serca kobiet, które przeszły przez te trudne doświadczenia.

Na początku nie było łatwo. Musiałyśmy przekonać Służbę Zdrowia do swego programu, musiałyśmy znaleźć kadry i środki na jego realizację.

Pracujemy według dewizy:

POMAGAM INNYM – POMAGAM SOBIE!

Jest to generalna zasada wszystkich organizacji samopomocowych, ale w naszym przypadku miała ona wyjątkowy, głęboko ludzki sens. Niepowtarzalne piękno ofiarowania swojej pomocy przez kobiety mocno doświadczone przez los. Przyznać się Wam muszę, że w 1987 roku – kiedy razem z trzema pacjentkami (Elżbietą Jaworską, Bożeną Krawczyk, Zofią Michalską) zakładałyśmy pierwszy Klub w Warszawie – nikt, oprócz nas, nie wierzył w powodzenie tego przedsięwzięcia.

Zwyciężyła jednak **wiara** w słuszność sprawy, **nadzieja** – że świat medyczny to zrozumie i zaakceptuje, i nade wszystko **miłość**, którą miałyście w sercach próbując pomóc chorej kobiecie.

Tak powstał pierwszy punkt naszego programu – sercem pisany! Do dzisiaj Ochotniczki stanowią ,,sól ziemi" naszej organizacji, główną i najcenniejszą grupę w naszych Klubach.

BYĆ OCHOTNICZKĄ – TO BRZMI DUMNIE!

I organizatorzy szkolenia, i wykładowcy, i uczestniczki wkładają w to dzieło bardzo dużo wysiłku, zaangażowania i serca – właśnie serca.

Dziękuję Wam, drogie Ochotniczki za Waszą postawę i za Waszą pracę. Bez Was rzeczywistość szpitalna wielu kobiet byłaby trudniejsza i smutniejsza – to Wy niesiecie do szpitali światło nadziei poprzez swój pozytywny przykład, Wy koicie pierwszy, silny ból.

CHWAŁA WAM ZA TO!

Drugim bardzo ważnym punktem było zadbanie o nas same – rehabilitacja psychofizyczna członkiń.

Z mozołem tworzyłyśmy bazę materialną niezbędną do prowadzenia zajęć, a sprzęt, uzyskiwany przez Amazonki w ciągu lat z dotacji Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, do dzisiaj służy wszystkim kobietom, które tego rodzaju pomocy potrzebują, nie tylko członkiniom Klubu Warszawa – Centrum. To bardzo piękna postawa.

I wreszcie wspomnieć należy o trzecim, podstawowym zadaniu Amazonek – o udziale we wszystkich działaniach mających na celu wczesne wykrycie zagrożenia – o profilaktyce.

Wasze doświadczenia upoważniają Was do zwracania uwagi na konieczność kontrolowania piersi przez całe dorosłe życie. I choć profilaktyką zajmują się wykwalifikowane służby medyczne i różne organizacje – udział Amazonek w tych akcjach jest nie do przecenienia – Wy uwierzytelniacie, na co inni tylko wskazują. Jesteście niezastąpione.

Wiem, że umiecie się świetnie bawić, że umiecie razem odpoczywać, stowarzyszać się na wycieczkach i wyjazdach, pielgrzymować. Wiem, że lubicie być razem.

To dla mnie wielka radość. Z małej iskierki wykrzesanej w Warszawie 15 lat temu powstał wspaniały płomień ukierunkowanej i sprawnie zorganizowanej działalności na rzecz osób potrzebujących wsparcia psychofizycznego, na rzecz podnoszenia zdrowotności polskich kobiet.

Wierzę, że ten płomień nigdy nie zgaśnie, że właśnie Wy będziecie pielęgnować ten kaganek i dbać będziecie o jego jasny i czysty płomień.

Dzisiaj w szeregach Amazonek w Polsce jest już kilka tysięcy kobiet. Dbajcie nadal, tak jak to czyniłyście dotychczas, o terytorialny rozwój Klubów, o utrzymanie linii ideologicznej, o wielkie wspólne dobro.

W tej akcji będę zawsze z Wami. Wy tu, w Warszawie, możecie także z satysfakcją myśleć o sobie, jako współtwórcach Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii ,,Amazonki" – włożyłyście w jej rozwój dużo serca i bardzo dużo ciężkiej pracy. Jesteście też współautorkami wizerunku Federacji na forum międzynarodowym.

Macie prawo czuć się współmedalistkami prestiżowego odznaczenia Światowej Organizacji Reach to Recovery wręczonego mi na X Konferencji w Lublanie w 1998 roku.

Życzę Wam utrzymania tej dobrze wybranej linii działania, życzę Wam hartu ducha, serca, ciepła i wytrwałości na tej drodze.

Bądźcie zawsze wierne sobie!

Krystyna A. Mika

„Gazeta AMAZONKI" nr 1, luty 2002 r.

Filozofia Amazonek

Ten, kto odsłania siebie, przychodzi sobie z pomocą.

Platon

Porządek myślenia

Myślenie o człowieku przenika zawsze aura wartości. Intuicja koncentruje naszą myśl wokół ludzkiej godności czy wolności i każe szukać ludzkiego „miejsca zadomowienia" – czyli *ethosu*. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji związanych z utratą tego miejsca, takich jak na przykład choroba. Choroba i okaleczenie to są sprawy cielesne. W ludzkim doświadczeniu zmieniają się one jednak. Cierpienie ciała przeistacza się w różnorodne uczucia. Przemiany uczuć wpływają na stosunek człowieka do samego siebie i do innych.

Na moje myślenie o człowieku wielki wpływ miało spotkanie Amazonek. Nie jestem jedną z nich. Nie łączy mnie z nimi – na razie – wspólnota doświadczonego cierpienia. A jednak spotkanie z nimi i wieloletnie doświadczanie ich *ethosu* osadziło moje myślenie o człowieku w przestrzeni nadziei i wspólnoty. Jest to przestrzeń nieczęsto spotykana. Duchem i ciałem służą sobie wzajemnie. Jakby powiedział ksiądz profesor Tischner: „Pielgrzymują według nadziei". To pielgrzymowanie oznacza wybór: podjęcie swojej teraźniejszości wbrew lękom moim i Twoim.

Widziałam wiele kobiet, które po raz pierwszy wchodziły do tego pokoju. Zrozpaczone, zapłakane, z zadyszką. Z twarzami jak zastygłe maski. Z pospiesznym lękiem, który wstydzi się samego siebie. Wchodziły tu, bo dowiedziały się, że mają raka piersi i nie wiedziały dokąd teraz iść.

Porządek spotkania

Nie ma niczego, co może mnie uratować, oprócz twarzy drugiego człowieka. Ich twarze mają szczególny wyraz – one znają prawdę mojego przeżycia. Moja prawda jest w nich odwzorowana. Aż do czasu tego spotkania inni ludzie byli absolutnie inni. Z nimi spotykam się jakbym zajmowała swoje miejsce w ciągu liczb.

To pierwszy akt: nasze przed – rozumienie.

Rozmaicie wygląda rzeczywistość cierpiących ludzi. Kiedy moje ciało staje się źródłem cierpienia i lęku mogę tracić wiarę w sens całego otaczającego mnie świata. Bo przecież to ja nadaję otoczeniu sens i znaczenie, to ja je porządkuję, dzielę, nazywam. A co mnie nadaje sens? Kiedy tonę w bólu, paraliżuje mnie lęk, zły los odstrasza ode mnie innych?

One mówią o sobie, a ja czuję, że mówią o mnie. Każda z twarzy w tym pokoju nie znaczy niczego i niczego nie narzuca. Ale każda z nich jest otwartą drogą do drugiego człowieka, a może nawet dużo, dużo dalej. Kiedy już wiem jak kruche jest „nie zabijaj", najważniejsze staje się „nie kłam". I od tego zaczyna się nasza rozmowa: ona żyje. Była chora, cierpiała. Żyje. To jest jej prawda dla mnie. Na początku rozmowy podarowała mi świat. Z powrotem mogę być w świecie. Jej twarz jest tak otwarta, że i ja mogę pokazać swoją. Czuję, że poprzez chorobę znalazłam swoje nowe miejsce. Znalazłam się w przestrzeni nadziei.

Porządek wspólnoty

Spotkanie, które zaczyna się w ciasnym pokoju przenosi się w coraz większą przestrzeń przyjaźni z tymi, które znają się już osobiście. Potem dochodzi wspólnota z wieloma nieznanymi, a jednak bliskimi.

Na początku jest to wspólnota wartości w warstwie biologicznej. Prawo do zachowania własnego życia, a potem troska o życie innych – takich jak ja.

Bardzo szybko pojawia się emocjonalna warstwa wartości: jestem rozumiana i rozumiem. Jestem akceptowana i lubiana, więc lubię i akceptuję. Znajduję swoje miejsce: mogę być liderem, mogę mieć swoje zadania, mogę kogoś bardziej lubić, a kogoś nie lubić wcale.

Nawet tam, gdzie pojawią się negatywne emocje wspólnota się nie rozpada, bo istnieje wspólnota celu i poczucie wspólnego losu. Stanowią one jakby ogniska, wokół których organizują się uczucia wspólnoty. Dlatego dominuje tu nastawienie „do" a nie „od". Emocjonalna warstwa wartości konstytuujących wspólnotę jest bardzo ważna, ponieważ zależy od mojej i twojej indywidualności, od mojego i twojego doświadczenia. Dzięki temu we wspólnocie pozostajemy sobą.

Dochodzi też trzecia warstwa, najbardziej kolektywna: wartości społeczno-kulturowe. To wyobrażenia o celach i o aspiracjach, planowanie siebie w przyszłości. W tej warstwie systemu wartości kumuluje się wysiłek wkładany w to, by dorównać ideałom i własnemu wyobrażeniu dobra. W tej warstwie najbardziej liczą się opinie wybranej wspólnoty. Tak rozumiana struktura wartości nie jest hierarchiczna. Warstwy wartości są równoległe. Dla zrozumienia wspólnoty Amazonek ważne jest pojęcie ich szczególnego nastawienia na wartości. Najbardziej indywidualna i intymna zarazem wartość życia znajdzie swoje rozwinięcie w zbiorowym demonstrowaniu emocji – przywiązania do wartości związanych z życiem, ale także w zbiorowej modlitwie czy pielgrzymce. Amazonki mają dwa rodzaje znaków: naturalne, którym przypisują swoiste treści (wiosenny żonkil – symbol nadziei) i wypracowane symbole takie jak różowa wstążka czy łuczniczka (symbolizujące wspólnotę nadziei i wzajemnej pomocy w obliczu choroby).

Kiedy patrzy się na korowód wesołych, zadowolonych kobiet maszerujących ulicami miasta, to nie odnosi się wrażenia, że łączą je choroba, lęk i cierpienie.

Co je zatem w istocie tak mocno łączy? One same mówią, że zostały wybrane. One czynią się wybrankami, ponieważ potrafią ze swojej choroby uczynić dar dla tych, którzy go najbardziej potrzebują – dar nadziei dla chorych na raka. Dzięki temu stają się wolne i zarażają tą wolnością innych.

Amazonki to spotkanie
najtrudniejszego doświadczenia
z najgłębszą nadzieją.

dr Barbara Czerska
filozof

„Gazeta AMAZONKI" nr 9, marzec 2006 r.

Długa droga Amazonek od strachu i osamotnienia do radości i dumy

Niemal całe życie towarzyszą mi sprawy związane z rakiem. Mając 15 lat chodziłem w nocy do apteki po morfinę dla umierającego na raka ojca. Później moja ciotka ginęła z powodu raka piersi. I tak niemal cała rodzina od strony ojca odchodziła na nieuleczalną wówczas chorobę o złowrogim brzmieniu „rak".

Później, już w Instytucie Onkologii zobaczyłem, że raka można wyleczyć. W latach pięćdziesiątych XX wieku wyleczony już był co piąty pacjent. Ale była też druga strona medalu. Cztery osoby z pięciu, które zachorowały na nowotwór złośliwy, otrzymywały w ambulatorium Instytutu Onkologii przy ul. Wawelskiej 15 „wyrok śmierci". Był on realizowany w formie skierowania: „dalsza opieka lekarza rejonowego" lub skierowania do jednego z trzech „oddziałów dla przewlekle chorych na nowotwory" na Mazowszu tj. w Wyrozębach, Żyrardowie lub „Królikarni" w Warszawie (gdzie zresztą pracowałem na pół etatu poza Instytutem Onkologii). Piszę o tych sprawach dlatego, aby zobrazować zmianę sytuacji i atmosfery dotyczącej raka, która nastąpiła w ciągu aktywności zawodowej jednego człowieka.

Wspaniała atmosfera i zaangażowanie polskich onkologów w walkę z rakiem była niezwykła. Kontynuowano znakomite tradycje i doświadczenia polskich lekarzy i społeczeństwa z czasów II Rzeczypospolitej. Plakaty Koła Pań Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka z lat dwudziestych XX. wieku informujące, że „wcześnie rozpoznany rak jest uleczalny" nadal są aktualne, a telefon zaufania i aktywność Koła Pań mogły być pierwowzorem dla Amazonek.

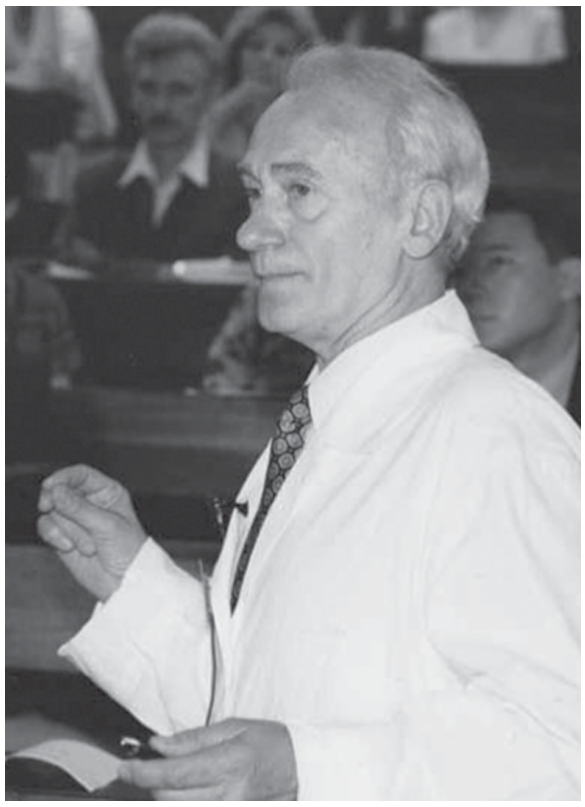
Wszystkie programy walki z rakiem w Polsce (1924, 1952, 1976 i 2005) miały wpisane dwa zadania:

1) Edukacja społeczeństwa.
2) Zmiana postaw i zachowań społeczeństwa i chorych.

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych ubiegłego wieku co czwarta kobieta z rakiem piersi miała szansę na wyleczenie. Przełom nastąpił w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Trzeci program zwalczania raka w Polsce (Program Rządowy PR-6 i Centralny Program Badawczo-Rozwojowy 11,5-C.P.B.R-11,5), był realizowany w latach 1976-1990. Spowodował znaczną poprawę wyleczalności nowotworów złośliwych w Polsce. Realizowano dobre plany (osobą wiodącą był prof. Tadeusz Koszarowski) i były pieniądze na ich realizację. Mimo różnic politycznych i ekonomicznych, Polska była postrzegana na świecie jako kraj niemal wzorowy w walce z rakiem. Realizowano równocześnie wiele zadań, które odmieniły polską onkologię. Rozwijano wszystkie dziedziny w zakresie zwalczania raka i budowano również bazę, czyli sieć onkologiczną, w tym Centrum Onkologii na Ursynowie w Warszawie. Te działania spowodowały zmianę postaw i zachowań społeczeństwa w stosunku do chorych na raka i chorych na nowotwory. Szybko podwyższała się szansa wyleczenia raka piersi z ok. 25% w latach sześćdziesiątych XX wieku do ponad 75% w pierwszej dekadzie XXI wieku.

Lata osiemdziesiąte ubiegłego wieku szczególnie sprzyjały inicjatywom obywatelskim. Powstaniu i rozwojowi ruchu Amazonek pomogły ukazujące się w mediach informacje o znanych kobietach, które publicznie przyznały się do tego, że miały raka piersi. Informacje o tym, że znana aktorka Ingrid Bergman, Julia Child (królowa kuchni i autorka książek kucharskich w USA), Betty Ford (pierwsza dama USA) i wiele innych sławnych kobiet na świecie poinformowało opinię publiczną, że chorowały na raka piersi, były wówczas szokujące. Szczególne wrażenie zrobiło zdjęcie na okładce „The New York Times" obnażonej klatki piersiowej pięknej modelki Matuschki, która pokazała jak wygląda kobieta po dwóch mastektomiach. Te przemiany w mentalności chorych i społeczeństwa spowodowały, że zaczęto używać słowa rak piersi (nie sutka), a z materiałów oświatowo-zdrowotnych zniknęły rysunki, których miejsce zajęły zdjęcia kobiet (ulotki, książki, filmy itp.).

Tadeusz Lucjan Gronowski, "Rak może być wyleczony. Lecz się! Nie zwlekaj!", 1929



Potrzeba racjonalnego podejścia do „choroby zwanej rakiem" dojrzewała zarówno u chorych, jak i u ich rodzin, a zwłaszcza w środowisku medycznym. O tym myślały i rozmawiały Panie, które spotkały się w 1982 roku (dr Krystyna Mika, mgr Zdzisława Pilicz i Elżbieta Jaworska) i osoby, które w 1984 roku reaktywowały Polski Komitet Zwalczania Raka. Głównym animatorem powstania klubu Amazonek w Warszawie była dr Krystyna Mika, której determinacja i energia zapewniły wspaniały początek tego ruchu. Rozwój i sukcesy Amazonki zawdzięczają korzystnej zmianie sytuacji w świadomości społeczeństwa, poprawie w wykrywaniu, leczeniu i szansach na wyleczenie z raka piersi, ale przede wszystkim temu, że mają znakomite liderki. Pani Elżbieta Kozik jest najlepszym tego przykładem.

Tylko, co z nazwą tego ruchu? Może wystarczą „Amazonki" jako dzielne, mądre, wzbogacone chorobą i leczeniem kobiety? Bo przecież coraz mniej jest mastektomii, a wkrótce będzie to rzadkość.

W imieniu całego Polskiego Komitetu Zwalczania Raka i swoim własnym życzę Amazonkom długiego życia bez stresu i chorób oraz wzbogacenie każdego dnia, tygodnia, roku, wspaniałą, twórczą inicjatywą i dumą z dobrze spełnionego życia.

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Wronkowski

„Gazeta AMAZONKI" nr 21, wrzesień 2012 r.

Prof. Tadeusz Koszarowski - wspomnienie

17 sierpnia 2002 r. w wieku 87 lat zmarł prof. Tadeusz Koszarowski, znany nam przede wszystkim jako długoletni ordynator Instytutu Onkologii. Pełnił tę funkcję w latach 1972-1986. Wcześniej, od roku 1952 był zastępcą ordynatora, a od roku 1948 przez 25 lat kierował kliniką chirurgii Instytutu przy ul. Wawelskiej. Jego związki z Instytutem Radowym datują się od roku 1941, kiedy to 2 lata po ukończeniu studiów medycznych, rozpoczął pracę jako chirurg onkolog, z początku tylko popołudniami, a następnie na pełnym etacie (wcześniej pracował w Szpitalu Wolskim). Było to jeszcze w czasach, gdy Instytutem kierował jego pierwszy dyrektor, prof. Franciszek Łukaszczyk (1932-1956), który wsławił się m.in. tym, że wyniósł we własnym plecaku z Powstania Warszawskiego resztki uratowanego przed Niemcami radu, którego 1 gram ofiarowała Instytutowi przy ul. Wawelskiej osobiście Maria Skłodowska-Curie. Prof. Łukaszczyk zapłacił życiem za to bohaterstwo, zmarł w 1956 roku na chorobę popromienną (podobnie jak Maria Skłodowska). Prof. Koszarowski twierdził zawsze, że w 1932 r. podczas pamiętnej uroczystości otwarcia Instytutu Radowego i przekazania Polsce pierwszego grama radu – został „namaszczony" przez Naszą Wielką Rodaczkę i niejako „pasowany" na lekarza onkologa (był wtedy rok przed maturą).

Profesor Tadeusz Koszarowski sformułował następującą definicję onkologii:

> *Onkologia jest to nauka o etiologii, patologii, epidemiologii, zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu nowotworów złośliwych, skojarzonym leczeniu chorych na raka, opiece nad nieuleczalnie chorymi oraz organizacji walki z rakiem.*

Stała się ona podstawą wyodrębnienia onkologii jako samodzielnej dyscypliny medycznej oraz utworzenia Programu Zwalczania Nowotworów realizowanego od roku 1975 pod Jego kierunkiem. Został On bowiem mianowany Krajowym Konsultantem ds. Onkologii. Był to program oparty na skojarzeniu fizyki i medycyny. Zaowocowało to powstaniem radioterapii – pierwszej naukowo udowodnionej i skutecznej zachowawczej, niekaleczącej operacyjnie, metody leczenia raka. Spowodowało to dalej poszerzenie leczenia o chemioterapię, a następnie uzupełnienie tego rehabilitacją – jak pisał sam prof. Koszarowski w artykule „Na początku był Dar" [Centrum Onkologii–Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (1932-2002)].

Był osobą wiodącą w organizowaniu i realizowaniu walki z rakiem w Polsce i nie tylko. W roku 1960 na Zjeździe Lekarzy w Tokio przedstawił swoją wizję organizacji systemu zwalczania raka, który został tam zaakceptowany, a następnie przyjęty przez Światową Organizację Zdrowia.

Prof. Koszarowski był też inicjatorem budowy Centrum Onkologii w Warszawie na Ursynowie. Rozpoczęła się ona 19 lipca 1977 r. położeniem kamienia węgielnego. 16 lipca 1984 r. nastąpiło otwarcie części pomieszczeń i nadanie placówce imienia Marii Skłodowskiej-Curie. Za zakończenie budowy można uznać rok 2000, kiedy to w hallu Instytutu wmurowano tablicę pamiątkową. Uroczystość ta połączona była z jubileuszem 85. urodzin profesora.

Przez cały czas trwania prac budowlanych profesor był Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia ds. Budowy Centrum Onkologii. Swoje wysiłki i zmagania z władzami, tej swoistej „drogi przez mękę", „najdłuższej budowy nowoczesnej Europy" opisał w książce „Dać świadectwo prawdzie". Wielki autorytet profesora działał nawet na prominentów i decydentów komunistycznych, otwierając mu drzwi do ich gabinetów i przekonując o słuszności sprawy, o którą walczył. Trzeba przyznać, że profesor z niezwykłą odwagą „daje świadectwo prawdzie" i lojalnie oddaje sprawiedliwość najwyższym osobistościom Polski Ludowej, które udzielały mu pomocy w walce o środki na budowę. Ale przede wszystkim profesor Koszarowski był lekarzem, dla którego pacjent był najważniejszy. Nad nimi pochylał się zawsze z troską i uwagą, jemu nigdy nie skąpił swego drogocennego czasu i serca. Człowiek – Instytucja, Człowiek – Ordynator, który zawsze zauważał swoich współpracowników. Wychowawca, Nauczyciel, Mistrz – co podkreślali jego uczniowie i wychowankowie w licznych, wzruszających wypowiedziach w czasie pięknej uroczystości pożegnania, jaką urządzili mu współpracownicy w hallu części naukowo-dydaktycznej Centrum Onkologii na Ursynowie (podjęto zobowiązanie, że sala wykładowa będzie nosić imię profesora). Człowiek szanujący ludzi i ich pracę. Człowiek, który nie wahał się schylić, by podnieść z ziemi papierek, koło którego kilkanaście osób przeszło udając, że go nie zauważa. On nie bał się, że „spadnie mu korona z głowy".

Na zakończenie uroczystości pożegnalnej, przed modlitwą, nad trumną zabrał głos nasz ksiądz kapelan, który powiedział kilka znamiennych słów: *Nie czas teraz pytać Boga, dlaczego zabrał nam Tego Człowieka, ale należy dziękować Bogu, że nam Go w ogóle dał!*

Dla nas Amazonek, Profesor Koszarowski – to człowiek, który pierwszy zrozumiał potrzebę i wagę rehabilitacji kobiet po mastektomii, który zatrudnił w Instytucie Onkologii dr Krystynę Mikę, który zlecił Jej zaprojektowanie i zorganizowanie Zakładu Rehabilitacji według Jej własnej wizji, który wreszcie popierał i pomagał realizować opracowany przez dr Mikę program rehabilitacji kobiet po mastektomii.

To nasz Przyjaciel, który zawsze odpowiadał na zaproszenie na nasze uroczystości swoją obecnością, który jednak na 15.lecie naszego Klubu nie był już w stanie przybyć osobiście (choć zgodził się na uczestnictwo w Komitecie Honorowym obchodów), ale własnoręcznie napisał do nas list.

Zofia Michalska

„Gazeta AMAZONKI" nr 2, październik 2002 r.

Skutki Narodowego Programu zobaczymy za kilka lat

Z prof. dr hab. n. med. Maciejem Krzakowskim, onkologiem rozmawiają Anna Koprowicz i Jolanta Lenartowicz

Niezależne raporty podkreślają, że zanotowano pewną poprawę w wynikach leczenia chorób nowotworowych w Polsce. To wielce pozytywna wiadomość, czy Pan profesor podziela ten optymizm?

Poprawa wyników, pięcioletnich wskaźników wyleczeń w krajach europejskich, została opublikowana w tym i ubiegłym roku przez czasopismo „Lancet Oncology". Jest to seria artykułów, które sukcesywnie podsumowują wyniki badań epidemiologicznych, podjętych kilka dekad wcześniej. Ten raport proszę traktować, jako pewien etap, który obejmuje okres do 2000 roku. Poprawa wskaźników wyleczalności została wyraźnie stwierdzona w grupie najważniejszych nowotworów. Na przykład w raku piersi w Polsce, wyniki wyleczeń poprawiły się, w stosunku do poprzednich dekad. Są jednak wciąż gorsze w porównaniu z większością krajów zachodnich. To samo można zauważyć w raku jelita grubego, gruczołu krokowego, nawet w raku płuca. Należy jednak pamiętać, że wyniki, o których mówimy, nigdy nie obejmują całej populacji danego państwa. To są wyniki badań prowadzonych w kilku wybranych ośrodkach. W Polsce na przykład są to trzy rejestry: mazowiecki, małopolski i świętokrzyski. Nie jest jednak pewne, czy są one reprezentatywne w skali całego kraju.

Różnice regionalne?

Tak. Kiedyś była to zasada wschód–zachód. Dawniej mówiło się, że na zachodzie Polski jest więcej nowotworów, ale są lepsze wyniki leczenia. Zachód, czyli obecne województwa: Zachodniopomorskie, Wielkopolskie, Dolnośląskie, Lubuskie. Natomiast w tej chwili troszkę się to wszystko skomplikowało. Powinno się mówić tu o dwóch rzeczach. Owszem, istnieją różnice, a nawet biegunowość. Są województwa bardzo dobre i bardzo złe. Z czego to wynika? Po pierwsze, są wyraźne różnice w dostępie do diagnostyki. Na przykład dystrybucja aparatury do tomografii komputerowej. Są na mapie Polski województwa, w których jest aż gęsto, aż ciemno od punktów wskazujących miejsca wyposażone w odpowiednią aparaturę. Istnieją też województwa, gdzie z tym jest o wiele gorzej. Drugą przyczyną są ogromne różnice, które pojawiły się w zakresie leczenia nowotworów. Pomiędzy województwami zróżnicowany jest poziom kontraktowania tak zwanych świadczeń. Jeżeli mówimy o farmakologicznym leczeniu w onkologii, przede wszystkim o stosowaniu chemioterapii, czy leczeniu systemowym, to takie zestawienie, które półtora roku temu sobie zrobiłem wskazuje na istotne różnice. A całe zestawienie przygotowałem na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ale co robić, Panie profesorze, żeby tych różnic nie było? To jest niesprawiedliwość społeczna.

Tak, to jest niesprawiedliwość społeczna. Trzeba się zastanowić nad przyczynami takich różnic. Według mnie jest ich wiele. Najpowszechniejszą jest nieumiejętność porozumiewania się między świadczeniodawcą, a płatnikiem. Tu trzeba się po ludzku dogadać. Inną przyczyną mogą być też dysproporcje w przydziałach środków finansowych. Są województwa bogatsze i biedniejsze. Trudno mi oceniać, na ile głębokie są te różnice. Trzeci powód jest chyba najmniej istotny, ale nie bez znaczenia. Na poziom finansowania i na dostępność leczenia wpływa potencjał intelektualny i kreatywność onkologów w poszczególnych województwach. Jeżeli jest to województwo, które ma silny intelektualnie i organizacyjnie ośrodek, gdzie dodatkowo funkcjonuje onkologia akademicka, to wtedy jest łatwiej. Chociaż oczywiście reguły nie ma.

Myślę, że wpływ na dostępność ma rozsądna struktura sieci onkologicznych w województwie. Są tu trzy możliwości. Jedna to zbyt daleko posunięta centralizacja. Gdy mamy jeden ośrodek referencyjny w stolicy województwa i minimum ośrodków peryferyjnych, lub ich całkowity brak. To jest jeden model – zły. Drugi – to przeciwny biegun. Jest ośrodek referencyjny, wojewódzki i mnóstwo mniejszych lub większych ośrodków rozrzuconych po województwie. Mnóstwo, to znaczy za dużo. Za dużo byle jakich, działających w sposób niekontrolowany. Oczywiście jest także model pośredni, gdzie znajduje się silny ośrodek centralny, emanujący wiedzą, pomysłami, ściśle współpracujący z ośrodkami powiatowymi, których jest rozsądna liczba.

Wejście Polski do Unii Europejskiej wyraźnie odmieniło sposób patrzenia na choroby nowotworowe. Chcąc, nie chcąc musimy porównywać, ustalać swoje miejsce w europejskim szyku. Nie tworzy się przez to obraz dla nas korzystny. Potwierdzają się znaczne rozbieżności w wykrywaniu i leczeniu raka. Czego głównie dotyczą?

One są znaczne, ale nie zawsze bardzo duże. Na przykład w raku płuca u nas ten wskaźnik jest lepszy niż średnia europejska. Ale w obszarze takich nowotworów, jak rak szyjki macicy to, co u nas się dzieje można ująć jednym słowem – kompromitacja. O najważniejszych przyczynach była już mowa: niedostateczne finansowanie i zła organizacja. Ale jest jeszcze jeden powód. Polscy lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, mają wciąż zbyt słabą znajomość zagadnień onkologicznych. Działają ponadto w systemie, który nie sprzyja i nie faworyzuje działań edukacyjnych. Kolejny problem – to poziom wiedzy lekarzy specjalistów. Tu też wiele należałoby poprawić. To są przyczyny ogólne. Oczywiście, w odniesieniu do niektórych nowotworów, występują również przyczyny specyficzne. Na przykład, w przypadku raka szyjki macicy, taką przyczyną specyficzną jest fatalna organizacja badań profilaktycznych. Bo jeśli badaniom screening'owym podlega mniej niż połowa kobiet, które potencjalnie powinny być objęte programem, to jest nieporozumienie. Ogromna suma pieniędzy, pięćdziesiąt procent nakładów przepada, idzie na coś innego. To samo jest w przypadku badań przesiewowych w kierunku raka piersi. (...)

Jaka przyszłość czeka polską onkologię?

Dobra, na pewno! Ja jestem optymistą. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych jest. Należy to zaliczyć do sukcesów. Po drugie, mam nadzieję, że będzie on ewoluował, czyli będzie dostosowywany do różnych, zmiennych często sytuacji. Jego skutki zobaczymy nie wcześniej niż za kilka lat. Ale na pewno zobaczymy skutki pozytywne, bo takie są na całym świecie. Jeśli chodzi o leki. Gdy kraj się wzbogaci, do leków będzie większa dostępność, to nie ulega wątpliwości. Będzie większa konkurencja, co też w sumie przyniesie pozytywne skutki. Jak można być pesymistą? Bez sensu. (...)

„Gazeta AMAZONKI" nr 14, październik 2014 r.

RAK PIERSI W POLSCE

(...) Rak piersi jest chorobą heterogenną. Na podstawie badań molekularnych można rozróżnić 5-7 podtypów raka piersi. Każdy z tych podtypów charakteryzuje się odmiennymi cechami biologicznymi, rokowaniem i podatnością na poszczególne metody leczenia.

Zarówno w leczeniu uzupełniającym, jak i choroby uogólnionej, biologia raka powinna decydować o stosowaniu poszczególnych metod leczenia. W ciągu ostatniego dziesięciolecia pojawiły się leki działające wybiórczo na molekularne struktury zlokalizowane w obrębie komórki nowotworowej. Rak piersi był pierwszym nowotworem litym, w którego leczeniu zastosowano takie substancje. W 1998 r. do użytku klinicznego wprowadzono przeciwciało monoklonalne – trastuzumab (Herceptyna). Lek ten blokuje receptor HER2. Nadmierne występowanie receptora HER2 związane jest z agresywnym wzrostem guza i ze złym rokowaniem.

Na podstawie wyników powszechnie dostępnych badań immunohistochemicznych można wyodrębnić trzy różne podtypy raka. Raka z dodatnimi receptorami dla estrogenów lub progestagenów. Ten typ raka jest podatny na leczenie hormonalne. Raka, którego komórki zawierają nadmierną ilość receptora HER2. W tym typie raka piersi wysoką aktywnością charakteryzują się leki działające na szlak przewodzenia sygnałów zależny od receptora HER2. Trzecim podtypem jest rak, którego komórki nie zawierają receptorów hormonalnych i ilość receptorów HER2 jest prawidłowa. U chorych, u których rozpoznano raka zawierającego receptory dla estrogenów lub progestagenów istnieją wskazania do zastosowania leczenia hormonalnego. Powinno być ono stosowane zarówno w leczeniu uzupełniającym jak i w leczeniu choroby uogólnionej. Współcześnie stosowane leki hormonalne to inhibitory aromatazy (anastrozol, letrozolu, egzemestan), wybiórczy modyfikator receptorów dla estrogenów – tamoksyfen, agoniści przysadkowych hormonów tropowych (goserelina, leupropreina) i czysty, antyestrogen – fulwestrant. Leki te są wygodne i bezpieczne w stosowaniu. Możliwe jest ich podawanie nawet przez 5-10 lat. Ze względu na złe rokowanie do czasu wprowadzenia trastuzumabu rozpoznanie raka piersi z nadmierną ekspresją receptora HER2 było tragiczną wiadomością. Udokumentowanie skuteczności leczenia trastuzumabem spowodowało szczęśliwą zmianę rokowania w tej grupie chorych. Trastuzumab wykazuje efekt synergistyczny lub addytywny z wieloma różnymi cytostatykami. Programy złożone z trastuzumabu i cytostatyków stanowią podstawę leczenia chorych na raka piersi, w którego komórkach stwierdzono nadmierne występowanie receptora HER2. Sukces trastuzumabu zainspirował badaczy do ukierunkowania prac na wynalezienie następnych podobnych leków. Innym przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciw receptorowi HER2 jest pertuzumab. Lekiem z grupy inhibitorów kinazy tyrozynowej jest lapatynib (Tyverb). Lek ten działa wewnątrzkomórkowo i powoduje zahamowanie przekazywania sygnałów zależnych od receptora HER2 i od receptora EGFR. W badaniach klinicznych znajduje się cały szereg innych leków skierowanych przeciwko różnym celom molekularnym.

Komórki nowotworowe wytwarzają różnorodne czynniki wzrostu, które stymulują prawidłowe komórki śródbłonkowe do wytwarzania naczyń. Uważa się, że podstawową substancją stymulującą wzrost naczyń krwionośnych jest czynnik wzrostu śródbłonka naczyń (VEGF). Wysoki poziom, VEGF jest złym czynnikiem rokowniczym. Opracowano przeciwciało, monoklonalne bewacyzumab (Avastin) skierowane przeciwko VEGF. W badaniach klinicznych wykazano, że zastosowanie tego leku u chorych z prawidłową zawartością receptora HER2 łącznie z paklitakselem w leczeniu pierwszego nawrotu raka piersi powoduje zwolnienie przebiegu choroby i wydłużenie czasu do kolejnej progresji. W badaniach klinicznych znajduje się cały szereg innych leków hamujących na różnych etapach angiogenezę nowotworową.

Zdobycze nauk podstawowych potwierdzone badaniami klinicznymi umożliwiają bardziej precyzyjne stosowanie klasycznych, od dawna znanych leków cytostatycznych. Skuteczność leczenia doksorubicyną zależy od amplifikacji genu topoizomerazy 2alfa (TOPO2A). Cisplatyna wydaje się być aktywna szczególnie u chorych będących nosicielkami mutacji genu BRCA1.

Niezwykle istotny dla chorych jest sposób prowadzenia leczenia i postać leku. W ciągu ostatnich 10 lat wprowadzono aktywne i bezpieczne doustne postacie cytostatyków: kapecytabinę (Xeloda) i winorelbinę (Navelbina). Leczenie doustne może być prowadzone w domu. Chorzy unikają wszystkich czynności związanych z podawaniem dożylnym leku. Podawanie leczenia doustnie, czyli leczenie raka piersi podobnie jak leczy się większość innych chorób „odczarowywuje" tę chorobę i zmniejsza społeczny lęk przed rakiem. Zdobycze biologii molekularnej spowodowały opracowanie i udostępnienie testów oceniających rokowanie oraz pozwalających przewidywać skuteczność chemioterapii i leczenia hormonalnego. W Stanach Zjednoczonych opracowano analizujący ekspresję 21 genów test Oncotype DX. Badacze holenderscy opracowali w oparciu o analizę ekspresji 70 genów test MammaPrint. Test ten pozwala bardzo precyzyjnie wyodrębnić grupy chorych o różnym rokowaniu. (...)

(...) Leczenie miejscowe raka piersi, czyli chirurgia i radioterapia podobnie jak leczenie systemowe znacznie zmieniło się w ciągu ostatnich lat. Mastektomia nie jest jedyną operacją możliwą do wykonania u chorych na raka piersi. W przypadku wczesnych postaci choroby możliwe jest przeprowadzenie leczenia polegającego na usunięciu jedynie zmiany pierwotnej w granicach tkanek zdrowych. Również można w wielu przypadkach uniknąć usuwania całego układu chłonnego pachy. Wykazano, że przerzuty raka drogami chłonnymi dokonują się w pierwszym rzędzie do tzw. węzła wartowniczego. Udowodniono również, że stan tego węzła jest reprezentatywny dla pozostałych węzłów chłonnych pachy. Tak, więc w przypadku braku klinicznych cech przerzutów do pachowych węzłów chłonnych celowe jest dokonanie identyfikacji węzła wartowniczego. Po jego usunięciu i wykonaniu badania mikroskopowego następuje decyzja o dalszym leczeniu. W przypadku, gdy węzeł wartowniczy jest wolny od przerzutów, brak jest wskazań do usuwania układu chłonnego pachy. Wskazania do limfandektomii występują jedynie u tych chorych, u których w węźle wartowniczym stwierdzono występowanie komórek raka piersi.

Zmieniają się również koncepcje dotyczące stosowania radioterapii w leczeniu radykalnym raka piersi. Klasycznie napromienianie całej piersi jest wskazane u wszystkich chorych poddanych leczeniu oszczędzającemu. Leczenie takie trwa kilka tygodni. Prowadzone obecnie badania kliniczne wskazują, że podobnie jak w przypadku chirurgii istnieje możliwość leczenia ograniczonego, czyli napromieniania jedynie samej loży po usuniętym uprzednio guzie. Niezwykle interesującą możliwością jest radioterapia śródoperacyjna. Radioterapia wówczas polega na podaniu jednej frakcji. (...)

prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski
Dyrektor Medyczny
Centrum Onkologii w Radomiu

Fragment artykułu „RAK PIERSI. Między prawdą nauki a polityką czekania na cud." – „Gazeta AMAZONKI" nr 15, marzec 2009 r.

Ryzykowne geny

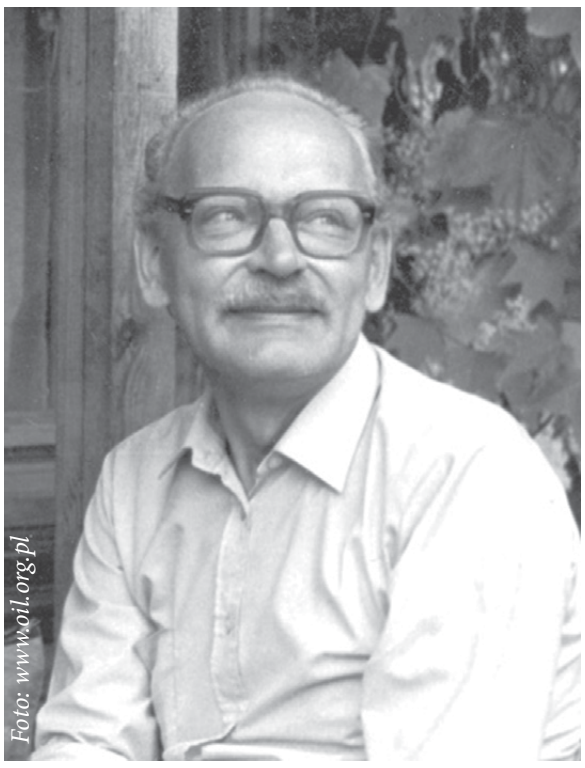


Foto: www.oil.org.pl

Z prof. dr. hab. Janem Steffenem przewodniczącym Rady Naukowej Centrum Onkologii w Warszawie rozmawia Eliza Wasilewska

E. W.: Jak często zachorowania na nowotwory mają podłoże dziedziczne?

Prof. J. S.: Silne predyspozycje dziedziczne występują u około 5-20% krewnych osób, które zachorowały na nowotwór. Skutkiem takich predyspozycji są rodzinne zachorowania na jeden lub kilka typów nowotworów, np. na raka piersi lub raka piersi i raka jajników. Nie można natomiast, dla rozpoznania tych predyspozycji, po prostu sumować zachorowań na wszystkie nowotwory wśród krewnych. Jeżeli np. w rodzinie wystąpiły równolegle zachorowania na raka płuc, żołądka i szyjki macicy – to nie mają one zazwyczaj ze sobą nic wspólnego, ponieważ ich przyczyny są różne i związane głównie z tzw. stylem życia.

E. W.: Czyli jeżeli na przykład mama, ciocia i babcia miały raka piersi, to i ja jestem w grupie ryzyka?

Prof. J. S.: Tak, jeżeli wszystkie osoby, które zachorowały, łączyła więź wspólnego pokrewieństwa. Nie można więc sumować zachorowań krewnych ojca i krewnych matki. Istotne znaczenie ma też wiek najwcześniejszego zachorowania. Na przykład prawdopodobieństwo zachorowania bliskich krewnych kobiet, u których rak piersi wykryto przed 40. rokiem życia, jest około cztero – sześciokrotnie wyższe niż u kobiet z rodzin, w których w tak młodym wieku nie było zachorowań na ten nowotwór.

E. W.: Jeżeli ktoś podejrzewa, że jest w grupie ryzyka zachorowania, to co powinien zrobić?

Prof. J. S.: Po pierwsze zgłosić się do genetycznej poradni onkologicznej (istnieją w większości dużych szpitali onkologicznych w każdym województwie) i wypełnić ankietę, w której powinny się znaleźć dokładne dane o liczbie i czasie wystąpień zachorowań na nowotwory w rodzinie. Na tej podstawie onkolog-genetyk określa poziom ryzyka zachorowania. Jeżeli jest ono znacznie zwiększone, proponuje przystąpienie do programu opieki prowadzonego przez poradnię, w ramach którego, co roku wykonywane są bezpłatne badania mammograficzne i/lub USG piersi oraz badania ginekologiczne. Może też zaproponować badania nosicielstwa niektórych znanych genów silnych predyspozycji, np. w przypadku zachorowania na raka piersi – mutacji genu BRCA1.

E. W.: Czy jeżeli się okaże, że kobieta jest nosicielką mutacji tego genu, oznacza to wyrok?

Prof. J. S.: Jeżeli nosicielstwo mutacji genu BRCA1 rozpoznaje się u zdrowej kobiety z rodziny, w której wystąpiło wcześniej kilka zachorowań na raka piersi lub jajnika, to ryzyko zachorowania może sięgać 80%. Jednak mutacje genu BRCA1 występują jedynie w około 20 proc. rodzin z licznymi zachorowaniami na raka piersi i u 40-50% kobiet z rodzin z kilku zachorowaniami na raka piersi i jajnika. Ujemny wynik badania genu BRCA1 nie oznacza więc braku ryzyka zachorowania! Ponadto mutacje genu BRCA1 występują u kilku procent kobiet chorych na raka jajnika lub raka piersi z rodzin, w których nie było wcześniej zachorowań. Oszacowanie poziomu ryzyka zdrowej kobiety z takiej rodziny, nosicielki mutacji genu BRCA1, jest znacznie trudniejsze. Dlatego w ocenie ryzyka kierujemy się głównie informacjami o wcześniejszych zachorowaniach w rodzinie, a badania nosicielstwa mutacji genów predyspozycji uzupełniają tę ocenę tylko w części przypadków.

E. W.: Czy badane są predyspozycje genetyczne w przypadku innych nowotworów?

Prof. J. S.: Tak, lecz tylko w przypadku nowotworów, przy których rodzinom ryzyka możemy oferować badania umożliwiające wczesne wykrycie zmian, co bardzo zwiększa szans trwałego wyleczenia, lub też ustalić działania profilaktyczne. W kilku ośrodkach w Polsce, w tym w warszawskim Centrum Onkologii, funkcjonują programy opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania, m. in. na raka jelita grubego i trzonu macicy. W ramach tych programów prowadzi się także badania nosicielstwa mutacji genów warunkujących silne predyspozycje do tych nowotworów. Od wielu lat w kilku ośrodkach w Polsce prowadzi się też badania nosicielstwa mutacji genu Ret w rodzinach, w których ktoś zachorował na rdzeniastego raka tarczycy. Wykrycie nosicielstwa mutacji tego genu u krewnych chorych na ten nowotwór jest bowiem bezwzględnym wskazaniem do prewencyjnego usunięcia tarczycy.

Dziękuję za rozmowę
Eliza Wasilewska

„Gazeta AMAZONKI" nr 7, kwiecień 2004 r.

Amazonki z naszego Stowarzyszenia uczą kobiety samobadania piersi

Przerzuty nowotworowe do kości – częsty problem w onkologii

Zmiany kostne mogą powstawać na drodze trzech mechanizmów. Guz może produkować substancje chemiczne, które pobudzają tzw. komórki kościogubne, a te z kolei powodują ogniskowe uszkodzenia w obrębie kości. Same komórki nowotworowe mają także zdolność migracji z guza, drogą krwi, do kości. Tam, po osiedleniu się, wydzielają substancje chemiczne niszczące kości. Może również dochodzić do namnażania się komórek raka, które osiedliły się w kości i zastępowania tkanki kostnej depozytami z komórek nowotworowych. Mechanizm molekularny przerzutów do kości poznano już bardzo dokładnie.

Ten skomplikowany proces jest zapisany w genach komórek nowotworowych. Na skutek niszczenia kości może dochodzić do osłabienia ich wytrzymałości i odwapnienia. Zwykle towarzyszy temu ból. U części chorych rośnie poziom wapnia we krwi, co może dawać szereg nieprzyjemnych, a nawet groźnych dla życia objawów (w tym neurologicznych) oraz zaburzeń pracy serca. Zmienione kości często ulegają samoistnym, trudno gojącym się złamaniom, które mogą wymagać leczenia operacyjnego. W przypadku podejrzenia przerzutów do kości wykonuje się scyntygrafię, która pozwala ocenić cały układ kostny w trakcie jednego badania. Następnie wybrane kości są prześwietlane. W trudnych diagnostycznie przypadkach można uzyskać ostateczne rozpoznanie drogą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Przydatna może być ocena poziomu enzymu (zwanego fosfatazą alkaliczną) oraz wapnia we krwi.

Przerzuty do kości mogą być z powodzeniem leczone szeregiem metod, które pozwalają znacznie lub całkowicie usunąć dolegliwości, zapobiec złamaniom, opóźnić pojawianie się nowych ognisk kostnych. Niektórych chorych poddaje się chemioterapii bądź hormonoterapii w celu usunięcia z organizmu komórek nowotworowych. W wybranych przypadkach stosuje się leczenie miejscowe obejmujące napromienianie kości, chirurgiczne stabilizowanie kości lub odtwarzanie zniszczonych fragmentów. Możliwe jest także podawanie substancji radioaktywnych, które z krwią docierają do uszkodzonych kości, napromieniając je jakby od środka.

Istotne jest właściwe leczenie bólu, który jest zazwyczaj stałym objawem zajęcia kości przez nowotwór. W leczeniu przerzutów do kości szczególną rolę odgrywają bisfosfoniany. Jest to grupa kilku leków, które hamują proces niszczenia kości i pobudzają komórki kościotwórcze do naprawy uszkodzeń kostnych. Leki te korygują poziom wapnia we krwi, nie dopuszczając do jego nadmiaru określonego mianem hiperkalcemii. Szczególna pozycja bisfosfonianów wynika z udokumentowanej, wysokiej skuteczności, umiarkowanej toksyczności oraz szerokiej dostępności na rynku. Preparaty są w pełni refundowane, a ich stosowanie nie pociąga ze sobą konieczności współfinansowania leczenia przez pacjentów. Leki dożylne z tej grupy są do chwili obecnej najlepiej poznanymi bisfosfonianów, przebadanymi na grupie kilku tysięcy chorych w szeregu badań klinicznych, w tym badaniach Hortobagyi oraz Liptona. Badania te uważane są za jedne z najważniejszych w dziedzinie leczenia przerzutów do kości. Wykazano w nich nie tylko korzystne oddziaływanie leków na zmiany kostne, ale także znaczną poprawę jakości życia chorych oraz coraz lepszą kontrolę negatywnych objawów spowodowanych przerzutami do kości.

Ostatnio szeroko dyskutowaną i badaną kwestią jest możliwość zapobiegania przerzutom do kości przez profilaktyczne zastosowanie bisfosfonianów u kobiet z rakiem piersi w grupie wysokiego ryzyka. Objawy uboczne tych leków mają umiarkowane nasilenie i przemijający charakter. Do najczęstszych należy odczyn po podaniu leku, który może utrzymywać się od kilku do kilkudziesięciu godzin i oznaczać: podwyższenie temperatury ciała o 1-2 st. C, objawy grypopodobne, ból i zaczerwienienie w miejscu podania, bóle kostno-stawowe, ból głowy. Może dojść do obniżenia poziomu wapnia, fosforu oraz limfocytów we krwi. Rzadziej występują mdłości i wymioty oraz spadek poziomu magnezu. Inne objawy, takie jak zaburzenie pracy nerek, pojawiają się niezwykle rzadko. Przerwanie terapii z powodu nasilonych objawów ubocznych zdarza się sporadycznie.

Przedłużony wlew leku, odpowiednie jego rozpuszczenie oraz okresowa kontrola poziomu wapnia, fosforu, mocznika i kreatyniny u chorego pozwalają na bezpieczne leczenie. Na rynku pojawił się lek nowej generacji bisfosfonianów o podobnym oddziaływaniu na przerzuty do kości. Lek ten wykazuje jednak wyższą skuteczność w niektórych nowotworach (rak piersi, płuc nerki, gruczołu krokowego) niż dotychczas stosowane bisfosfoniany. Przypuszcza się, że może również pomagać w leczeniu całego procesu nowotworowego, nie tylko przerzutów do kości. Potrzeba jednak dalszych badań, aby udowodnić tę hipotezę. Stosowanie bisfosfonianów jest bardzo dobrą metodą w walce z przerzutami do kości. Powinny być zastosowane jak najwcześniej, gdyż nie tylko leczą obecne ogniska choroby w kościach, ale opóźniają proces dalszego przerzutowania. Tego typu terapia poprawia także komfort codziennego życia chorego.

Przerzuty nowotworowe do kości występują bardzo często w przebiegu zaawansowanej choroby nowotworowej. Ich częstość wiąże się z typem nowotworu. W przypadku raka piersi i gruczołu krokowego występują u prawie dwóch trzecich chorych. Nieco rzadziej przerzuty do kości są zauważalne u chorych na raka tarczycy, płuc czy nerki (wykrywane u 30 %).

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Krzemieniecki
Kierownik Kliniki Onkologii
Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

„Gazeta AMAZONKI" nr 17, marzec 2010 r.

Wybory to codzienność naszego życia

W czasie ostatnich dziesięcioleci we współczesnej medycynie, a zwłaszcza diagnostyce onkologicznej, zanotowano ogromny postęp, umożliwiający wykrywanie wielu nowotworów we wczesnej, jeszcze przedklinicznej fazie. Pozwala to w przypadku pewnych nowotworów (np. piersi, nerki, kości) na radykalne leczenie miejscowe z zaoszczędzeniem narządu.

Zanim przejdę do dalszych rozważań chciałabym sprecyzować termin leczenie radykalne. **Według powszechnego rozumienia radykalne, znaczy jak najbardziej rozległe miejscowo, zwykle wiążące się z usunięciem objętego nowotworem narządu. Tymczasem w onkologii radykalne, znaczy leczenie z intencją wyleczenia. Wobec tego na przykład w wybranych przypadkach wczesnego raka piersi radykalnym postępowaniem może być zarówno mastektomia, jak i leczenie oszczędzające**. I tutaj właśnie wkraczamy w obszar wyboru. W dalszych rozważaniach ograniczę się do problemu wyborów w leczeniu raka piersi.

W tradycyjnej medycynie jeszcze przed kilkoma dekadami chirurg lub onkolog występował w roli decydenta, i to on wybierał sposób leczenia wg jego oceny najlepszy dla danego pacjenta. Nota bene z takim podejściem można się jeszcze spotkać poza ośrodkami wiodącymi, gdzie chirurg podejmuje decyzje i kobiecie po 60. roku życia w ogóle nie proponuje leczenia z zaoszczędzeniem piersi; tymczasem najstarsza leczona oszczędzająco w naszym ośrodku kobieta miała 85 lat.

Obecnie we wczesnej fazie nowotworu chirurg lub onkolog powinien występować w roli informatora i doradcy, a nie decydenta. To pacjentka powinna dokonać tego wyboru sama. Podstawowy problem jednak tkwi w tym, że znaczna część naszych pacjentek jest do tej sytuacji kompletnie nieprzygotowana. Kobietom wydaje się, że mają zbyt mało informacji, aby dokonać świadomego wyboru. W rzeczywistości te informacje, które przekazuje lekarz są w zupełności wystarczające i w pełni odpowiadają wiedzy, jaką w danym przypadku dysponuje również lekarz. Zaproponowanie pacjentce dokonania wyboru leczenia oznacza, że na podstawie posiadanych danych (z badań obrazowych, oceny klinicznej i histopatologicznej) możliwe są dwa sposoby leczenia radykalnego – oszczędzające i okaleczające – o podobnym przewidywanym wyniku końcowym. Żaden z nich nie daje jednak – niestety – gwarancji wyleczenia, bo jest to niemożliwe.

Prześledźmy proces decyzyjny w przypadku wczesnego raka piersi. Lekarz po ocenie wszystkich dostępnych danych informuje pacjentkę, że może ona zdecydować, czy chce podjąć próbę leczenia z zaoszczędzeniem piersi, czy też poddać się mastektomii. Lekarz podkreśla, że w przypadku wyboru leczenia oszczędzającego ostateczna decyzja o jego kontynuowaniu będzie zależała od wyniku wstępnej operacji (wycięcia guza i oceny węzła wartowniczego). Po wyniku badania mikroskopowego wstępnej operacji może się okazać, że:

- **żadne dalsze postępowanie chirurgiczne nie jest konieczne,**
- **można kontynuować leczenie oszczędzające, ale niezbędne jest poszerzenie marginesów lub usunięcie pozostałych węzłów chłonnych dołu pachowego,**
- **w celu zapewnienia radykalnego leczenia konieczne jest wykonanie mastektomii, pomimo wstępnych badań wskazujących na możliwość leczenia z zaoszczędzeniem piersi.**

Poinformowana o tym postępowaniu pacjentka może oczywiście od razu zdecydować, że nie chce zachować piersi i wybrać mastektomię. Pacjentka rozważająca wybór leczenia oszczędzającego musi być poinformowana o powyżej przedstawionych opcjach i zaakceptować ewentualną konieczność powtórnej interwencji chirurgicznej. Podobnie jak kobieta, która zdecyduje się na mastektomię powinna zaakceptować fakt, że końcowy wynik badania mikroskopowego może odbiegać od wyniku badań obrazowych i przyjąć wiążące się z mastektomią kalectwo.

Kolejnym problemem w sytuacji wyboru jest obawa pacjentek, że dokonany przez nie wybór będzie „zły" i rak wróci. Ale tego przecież lekarz także nie wie! Wznowy miejscowe raka (czyli powrót nowotworu w obrębie pozostawionej piersi lub ścianie klatki piersiowej) i przerzuty odległe zdarzają się z taką samą częstością po leczeniu oszczędzającym i po mastektomii. W obydwu przypadkach postępowaniem zmniejszającym częstość wznów miejscowych jest radioterapia. W leczeniu oszczędzającym jest niezbędną częścią leczenia, po mastektomii jest stosowana jako terapia uzupełniająca u chorych o zwiększonym ryzyku wznowy. Kolejną rzeczą, jaką musi zaakceptować kobieta decydująca się na leczenie oszczędzające, jest konieczność radioterapii, co wiąże się z przedłużonym (w porównaniu z mastektomią o 4-6 tygodni) leczeniem miejscowym.

W sytuacji propozycji wyboru leczenia miejscowego pacjentce towarzyszy lęk. Jest to zarówno obawa przed ewentualną powtórną operacją, konsekwencjami wyboru, jak i lęk wiążący się z samą chorobą i wynikiem jej leczenia. Można zmniejszyć poziom tego lęku rozmawiając o swych obawach z kimś bliskim, konsultując się z psychoonkologiem lub lekarzem prowadzącym. Jednak ostatecznie warto samodzielnie dokonać tego wyboru.

Z mojej wieloletniej praktyki wynika, że większość chorych niechętnie podchodzi do propozycji wyboru terapii, a przecież wybory w naszym życiu to codzienność, zarówno w sprawach wielkich jak i małych. Codziennie na przykład decydujemy czy zjemy wartościowe posiłki czy też na szybko szkodzące nam „fast foody". Każda kobieta zapalająca papierosa podejmuje decyzję o dobrowolnej składce na „zakup raka płuca" w przyszłości. Po prostu wielu wyborów w życiu dokonujemy bezrefleksyjnie. W przypadku propozycji wyboru sposobu leczenia często po raz pierwszy w życiu stajemy wobec ważnego świadomego zadania.

Warto do tego zadania podejść świadomie i zaakceptować konsekwencje.

dr n. med. Monika Nagadowska
Centrum Onkologii w Warszawie

„Gazeta AMAZONKI" nr 18, październik 2010 r.

Znaczenie hormonoterapii u chorych na raka piersi

Konferencja „Kobiety Kobietom". Dr Maria Górnaś (w środku) i nasze Koleżanki: Elżbieta Kozik, Halina Rodziewicz

Leczenie hormonalne u chorych na raka piersi, którego komórki zawierają receptory dla estrogenów i progesteronu ma kluczowe znaczenie. Od kilku lat przybywa danych naukowych potwierdzających wartość tej metody, a niejednokrotnie jej przewagę nad chemioterapią. Ocenia się, że raki piersi z tzw. dodatnimi receptorami hormonalnymi (ER i PR), bez nadekspresji receptora HER2 i niskim indeksem Ki67 mogą być wręcz niewrażliwe na chemioterapię.

We wszystkich publikacjach opisujących standardy postępowania z chorymi na raka piersi zarówno w Europie jak i w USA znajdują się zalecenia, aby leki hormonalne stosować we wszystkich stopniach zaawansowania choroby.

Od czasu pogłębienia wiedzy na temat biologicznych cech nowotworów hormonozależność lub jej brak jest najważniejszym wskazaniem do wyboru metody leczenia. Rodzaj leków zależy przede wszystkim od stanu hormonalnego chorych: przed-, okołoczy pomenopauzalnego. Dla kobiet przed menopauzą lekiem z wyboru jest *tamoksyfen*. Dla osób bardzo młodych, zwłaszcza tych poniżej 35 roku życia i u tych, u których stosowana chemioterapia nie spowodowała zahamowania miesiączki, można dodatkowo podawać lek blokujący funkcję jajników, chociaż zwolenników tej metody wydaje się być obecnie nieco mniej.

Chorym, które w czasie leczenia tamoksyfenem w ciągu pięciu lat przestały miesiączkować, można zaproponować leczenie inhibitorem aromatazy (IA) takim jak letrozol czy anastrozol. Tym zaś, które nadal miesiączkują, lub nie ma pewności, że weszły w stan menopauzy warto nadal podawać tamoksyfen. Hormonoterapia trwająca dłużej niż pięć lat jest wskazana zwłaszcza u kobiet z wyższym ryzykiem nawrotu choroby (np. zajęte węzły chłonne). Chore po menopauzie mogą być poddane hormonoterapii na wiele sposobów. Tamoksyfen może być podawany przez 2, 3, 5 lub 10 lat. Po krótszych okresach stosowania tamoksyfenu można zmienić go na inhibitor aromatazy na pięć lat. Nie ma dotychczas dowodów na korzyści z podawania IA przez czas dłuższy.

Inhibitory Aromatazy mogą być także podawane w pierwszej linii leczenia po operacji przez 2-3 lata, a następnie zamieniane na tamoksyfen. Korzyść z takiego postępowania odnoszą przede wszystkim chore obarczone wyższym ryzykiem nawrotu choroby.

Pojawiły się doniesienia świadczące o tym, że skuteczniejsze jest stosowanie IA u chorych z dodatnim receptorem estrogenowym i ujemnym progesteronowym.

Zaobserwowano także przewagę letrozol np. Lametty nad *tamoksyfenem* u chorych na raka zrazikowego.

W leczeniu zaawansowanego raka piersi zaobserwowano przewagę IA (zwłaszcza letrozolu) nad tamoksyfenem w przypadku zarówno choroby miejscowo zaawansowanej, jak i przerzutowej.

Bardzo pozytywną cechą terapii hormonalnej w przypadkach zaawansowanego raka piersi jest dość długie utrzymywanie się odpowiedzi na leczenie, a w przypadku postępu choroby po wielomiesięcznej, czy wieloletniej kuracji możliwość zmiany na inny lek hormonalny. Można podawać egzemestan po anastrozolu lub letrozolu, czy fulwestrant np. Faslodex po niepowodzeniu leczenia innym lekiem antyestrogenowym.

Uzyskanie korzyści klinicznej z hormonoterapii pierwszego rzutu najczęściej pozwala na wdrożenie leczenia drugiego rzutu z perspektywą dobrej odpowiedzi – zwolnienia procesu nowotworowego. Stosowanie hormonoterapii w różnych sekwencjach bardzo często pozwala na uniknięcie lub opóźnienie konieczności wkroczenia z chemioterapią, leczeniem bardziej obciążającym i obarczonym w większym stopniu działaniami niepożądanymi.

dr n. med. Maria Górnaś
kierownik Pododdziału Chemioterapii
w Oddziale Chirurgii Onkologicznej
Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rodziny
w Warszawie

„Gazeta AMAZONKI" nr 25, październik 2014 r.

HIPERTERMIA

Europejskie Centrum Zdrowia Otwock

Dr n. med. Andrzej Radkowski, dyrektor medyczny ds. radioterapii Affidea Polska. Konsultant w Europejskim Centrum Zdrowia Otwock.

Hipertermia w wielu krajach na świecie uważana jest za czwartą podstawową metodę leczenia raka. Pierwsze wykorzystanie ciepła w leczeniu raka prawdopodobnie miało miejsce około 5000 lat temu, co czyni hipertermię jedną z najstarszych znanych metod leczenia nowotworów. Te pierwsze metody leczenia obejmowały podwyższenie temperatury całego ciała. Ale, przy użyciu ciepła jako samodzielnej metody, wyleczenie nowotworu jest tylko prawdopodobne wtedy, gdy osiąga się bardzo wysokie temperatury w małej objętości, jest to tzw. termoablacja. Przy niższych temperaturach stosowanych w hipertermii (zazwyczaj do około 43°C) samodzielne wyleczenie nowotworu nie jest możliwe.

W związku z tym, hipertermię często uważa się za leczenie doświadczalne, bez przyszłości w klinicznej terapii raka. To jest niestety błędne myślenie, gdyż jak pokazują wyniki nowych badań, hipertermia w połączeniu z innymi tzw. tradycyjnymi terapiami (chemioterapią i radioterapią) umożliwia znaczną poprawę wyników leczenia. W rzeczywistości, hipertermia jest prawdopodobnie jedną z najbardziej skutecznych metod uwrażliwiających komórki nowotworowe na promieniowanie jonizujące. Praktycznie podwaja skuteczność leczenia napromienianiem.

Metody hipertermii można podzielić na miejscowe ogrzewanie, lokoregionalne i całego ciała oraz ze względu na różne zakresy tempertur na prowadzące do bezpośredniej ablacji (T>55°C, tylko dla lokalnego ogrzewania) lub do uwrażliwienia tkanek w trakcie radioterapii i/lub chemioterapii. Osiągnięcie równomiernego rozkładu temperatury 39-42°C na całe ciało uzyskuje się dzięki stosunkowo prostym technikom ogrzewania, ale prawdziwym wyzwaniem jest równomierne ogrzanie tkanek w miejscowej hipertermii i lokoregionalnej.

Większość urządzeń do hipertermii miejscowej i lokoregionalnej wykorzystuje anteny dla częstotliwości radiowych (RF) lub mikrofalowych (MW) promieniowania elektromagnetycznego. Głęboko położone guzy są ogrzewane z fazowanych układów anten MW/RF. Stosowane są częstotliwości 70–150 MHz do ogrzewania nowotworu z dużym marginesem wokół tkanek zdrowych. W nowych urządzeniach dąży się do zwiększania zarówno częstotliwości fal, jak i liczby anten w celu zmniejszenia wielkości obszaru ogrzewanego, a tym samym uzyskania bardziej selektywnego ogrzewania nowotworu.

Pomiary temperatury są wykonywane przy minimalnej liczbie inwazyjnych sond temperatury, które są obecnie coraz częściej zastępowane przez nieinwazyjne pomiary temperatury za pomocą rezonansu magnetycznego lub podobnych technik, które tworzą obrazy 3D rozkładu temperatury. Urządzenia nowej generacji do hipertermii są zdolne do zapewnienia dobrej kontroli rozkładu pochłoniętej energii cieplnej w tkankach, analogicznie do rozkładu dawki promieniowania jonizującego w radioterapii. Dobrze kontrolowany rozkład dawki jest niezbędny do osiągnięcia optymalnych wyników klinicznych. Komputerowe systemy planowania leczenia hipertermią są dziś wykorzystywane do planowania rozkładu dawki przed leczeniem, szybkiej zmiany rozkładu i dostosowania adaptacyjnego w trakcie leczenia oraz rekonstrukcji rzeczywistego rozkładu dawki cieplnej po leczeniu.

Metoda leczenia hipertermią stale się rozwija. Nowe doniesienia pochodzą z:

- **biologii** – np. powstają nowe dziedziny badawcze, takie jak termoradiobiologia, termoimmunonologia,
- **fizyki medycznej** – np. nieinwazyjna termometria, systemy planowania leczenia hipertermią,
- **techniki** – np. nowy osprzęt do hipertermii z modulowaną intensywnością i hipertermii nakierowanej obrazem,
- **farmakologii.**

Kluczowe pytania dotyczące szerszego wprowadzenia hipertermii w Polsce to:

1. Dlaczego, mimo udokumentowanych podstaw termoradiobiologicznych, kliniczne wdrożenie hipertermii następuje tak wolno?

2. Dlaczego hipertermii nie udaje się uzyskać lepszej integracji z nowoczesnymi technikami radioterapii we wdrażanych protokołach klinicznych?

3. Dlaczego, mimo udokumentowanych możliwości poprawy wyników leczenia u chorych na raka szyjki macicy, wznowy miejscowej raka piersi, czy chorych na raka płuca metoda nie jest wdrażana, a często napotyka na opory ze strony prominentnych onkologów?

Prawdopodobnie najtrudniej jest przeprowadzić skoordynowane działania przy aktywnym udziale wszystkich zainteresowanych stron. Mankamentem hipertermii, pomimo że jest metodą bezbolesną, jest długi czas ogrzewania (około 60 minut), szczególnie odczuwany w sytuacji ośrodków radioterapii, które muszą sprostać leczeniu dużej liczby chorych. Dla ośrodków onkologicznych istotne są również niedobory finansowe, które pozwoliłyby na wymianę sprzętu na bardziej nowoczesny i skuteczny.

Obecnie urządzenia do hipertermii miejscowej stosowane są w dziewięciu ośrodkach klinicznych w Polsce, z których najnowocześniejsze znajduje się w Szpitalu Klinicznym Europejskie Centrum Zdrowia Otwock. Od grudnia 2015 chorzy kierowani są na leczenie w sposób skojarzony, po konsultacjach zespołu wielospecjalistycznego. Głównie są to chore na raka piersi, które po wielu próbach leczenia chemioterapią i/lub radioterapią otrzymują wiadomość, że nie ma już przed nimi szansy na dalsze skuteczne leczenie przyczynowe.

„Gazeta AMAZONKI" nr 28, kwiecień 2016 r.

Co warto wiedzieć o zaawansowanym raku piersi

Dr n. med. Elżbieta Senkus-Konefka – specjalista onkologii klinicznej i radioterapii onkologicznej w Katedrze i Klinice Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Jest członkiem międzynarodowego zespołu eksperckiego ds. rozsianego raka piersi. Specjalizuje się w zachowawczym leczeniu raka piersi i raka gruczołu krokowego.

● **Pani Doktor, co warto wiedzieć o zaawansowanym raku piersi?**

U ok. 30-40% pacjentek leczonych pierwotnie we wczesnym stadium raka piersi nastąpi nawrót tej choroby. Na szczęście pojawiają się nowe terapie w zaawansowanym raku piersi, a choroba – choć nieuleczalna, staje się przewlekle leczoną. Dlatego kobiety leczone z powodu raka piersi powinny posiadać choćby podstawową wiedzę o zaawansowanym raku piersi, o tym jakie są jego rodzaje, jak można go nowocześnie leczyć i jak wykorzystać czas na życie, nawet w zaawansowanej chorobie.

● **Kiedy mówimy o zaawansowanym, rozsianym raku piersi?**

Przede wszystkim pojęcie zaawansowanego raka piersi jest mało precyzyjne. Generalnie raki dzielimy na wczesne, miejscowo zaawansowane i rozsiane. Jeśli chodzi o raki zaawansowane to najczęściej obejmują one nowotwory miejscowo zaawansowane, czyli takie które objęły całą pierś i przez to nie kwalifikują się do leczenia operacyjnego, ale w których nie ma przerzutów rozległych. Natomiast nowotwór rozsiany to taki, w którym są już przerzuty do organów odległych. Najczęściej do płuc, wątroby, mózgu i kości.

● **Czy zdarza się, że nowotwór pierwotnie wykryty jest od razu zaawansowany?**

Niestety tak. Zdarza się to u ok. 5-6% pacjentek.

● **Czy rak piersi u młodych kobiet rokuje gorzej?**

Rak piersi u młodych kobiet jest często wykrywany w bardziej zaawansowanym stadium, co wynika m.in. z faktu, że kobiety w tej grupie wiekowej nie są objęte badaniami przesiewowymi. U młodych pacjentek występują też gorsze rokowania. Mechanizm tego zjawiska nie jest jeszcze do końca poznany, ale tak wskazują potwierdzone dane.

● **O jakim typie nowotworu mówimy w przypadku nawrotu?**

Nawrót może nastąpić w każdym typie nowotworu. Najgorzej rokują raki potrójnie ujemne i to w tej populacji jest najwięcej nawrotów. Na szczęście wśród ogółu rozpoznawanych raków piersi jest to niewielki odsetek, również wśród chorych z zaawansowanym nowotworem raki potrójnie ujemne są stosunkowo rzadkie. Najwięcej jest chorych z rakiem hormonozależnym, HER2-ujemnym, ponieważ „wyjściowo" stanowią one ok. 70% wszystkich nowotworów piersi. Rokowania u pacjentek z tym typem nowotworu są względnie dobre. Mediana przeżycia sięga nawet 5 lat i wciąż pojawiają się nowe metody leczenia tego typu nowotworu piersi, choć podstawą jest wciąż hormonoterapia. Występują też gorsze rokowania. Mechanizm tego zjawiska nie jest jeszcze do końca poznany, ale tak wskazują potwierdzone dane.

● **Dzięki postępowi medycyny rak piersi staje się chorobą przewlekłą, innowacyjne leki pozwalają żyć dłużej, jakie pojawiają się nowe możliwości leczenia zaawansowanego raka piersi?**

Na szczęście, w zaawansowanym hormonozależnym, HER2-ujemnym raku piersi pojawiają się nowe obiecujące metody leczenia. Jedną z nich jest *palbociclib*, czyli lek celowany, przełamujący hormonooporność. Jest on pierwszym inhibitorem kinaz zależnych od cyklin (CKD), który przejmuje kontrolę nad cyklem komórkowym i blokuje wzrost komórek nowotworowych, opóźniając w ten sposób progresję choroby. Wyniki badań klinicznych, na podstawie których lek został zarejestrowany w Stanach Zjednoczonych, potwierdziły jego wyższość nad obecnie stosowanymi lekami, co na pewno zmieni filozofię leczenia. *Palbociclib* w skojarzeniu z terapią hormonalną prawie dwukrotnie przedłużył czas przeżycia wolnego od progresji wśród kobiet chorych na hormonozależnego, HER2-ujemnego rozsianego raka piersi. Europa czeka na jego rejestrację i dostępność.

● **Co jest ważne przy leczeniu pacjentek z nawrotem?**

Najważniejsza jest kompleksowość. Oczywiście, leczenie przeciwnowotworowe opiera się głównie na niszczeniu samego nowotworu, ale trzeba też pamiętać o niwelowaniu dolegliwości i zmniejszaniu ich nasilenia. W zależności od typu działań niepożądanych i lokalizacji przerzutów istnieją różne problemy. Najczęstszą lokalizacją przerzutów przy raku piersi są kości i są one źródłem bardzo dużych dolegliwości,

trzeba w tym przypadku podawać preparaty, które modyfikują metabolizm kostny i opóźniają powstawanie powikłań kostnych. W przypadku takich powikłań mówimy o bólach i złamaniach, co wiąże się np. z koniecznością stosowania radioterapii. Potrzebna jest bardzo dobra opieka objawowa, aby umiejętnie radzić sobie z wszelkimi działaniami niepożądanymi terapii występującymi u chorych.

● **Czyli celem leczenia zaawansowanego raka piersi jest poprawa jakości życia?**

Zdecydowanie tak! Celem leczenia jest utrzymanie lub poprawa jakości życia i jego wydłużenie. Chodzi o to, aby ten cel był osiągnięty jak najmniejszym kosztem dla kobiety, czyli tak, aby jak najdłużej mogła ona żyć normalnie – pracować, zajmować się domem, dziećmi i robić wszystko to, co jest dla niej ważne. Zmiana filozofii leczenia raka piersi sprawia, że poszukuje się coraz nowocześniejszych terapii. Poszukuje się metod, które są nie tylko skuteczne, ale także mniej toksyczne i mniej absorbujące dla pacjentki. I to na szczęście się udaje.

● **Jak najlepiej wykorzystać czas na życie?**

To bardzo trudne pytanie. Zależy od wielu czynników: światopoglądu, przekonań, stopnia wsparcia ze strony najbliższych. Warto znaleźć równowagę w relacjach z rodziną, uporządkować sytuację finansową. Warto podjąć leczenie nawet wtedy, gdy ma ono skutki uboczne. Oczywiście leczenie nie może być za wszelką cenę i nie może być gorsze od choroby. Z drugiej strony, należy w miarę możliwości cieszyć się życiem, aby mieć z niego jak najwięcej, nie odkładać rzeczy, które chce się zrobić. Moja filozofia jest taka: jeśli mam pacjentkę z zaawansowanym nowotworem, której nie jestem w stanie wyleczyć, a ona chce pojechać na wycieczkę, o której zawsze marzyła – to niech pojedzie, jeśli chce odwiedzić wnuki – to niech je odwiedzi, nawet jeśli ten wyjazd spowodowuje skrócenie jej życia o kilka tygodni. Utrzymanie odpowiedniej jakości życia jest tego warte.

Dziękuję za rozmowę
Adriana Misiewicz

„Gazeta AMAZONKI" nr 29, październik 2016 r.

Ośrodek marzeń

Breast Cancer Unit w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie

Kobiety w Polsce najczęściej chorują na raka piersi, płuca i jelita grubego. Obserwowane od wielu lat tendencje wzrostu zachorowań i niewielki spadek zgonów kobiet z rakiem piersi są pierwszym objawem skuteczności profilaktyki wtórnej. **Poprawa wskaźników skuteczności leczenia zależy od kompleksowości działania.**

Po raz pierwszy dyskutowano o celowości tworzenia multidyscyplinarnych jednostek diagnostycznych i terapeutycznych na pierwszej konferencji EBCC1 (Early Breast Cancer Conference) we Florencji w 1998 r. W 2003 r. I Rezolucja Parlamentu Europejskiego potwierdziła potrzebę tworzenia Wielodyscyplinarnych Komisji do spraw Leczenia Raka Piersi tzw. Breast Cancer Units (BCU). W 2006 r. **II Rezolucja Europarlamentu zaleciła państwom członkowskim zapewnienie funkcjonowania jednostek zajmujących się kompleksowo nowotworami piersi do 2016 r.**

BCU muszą spełnić następujące podstawowe wymogi: zapewnić kompleksową opiekę na wszystkich etapach choroby (od rozpoznania, ustalenia stopnia zaawansowania, leczenia onkologicznego, rehabilitacji, po badania kontrolne po zakończeniu aktywnego leczenia, czy zapewnienie opieki w stanie terminalnym). Jeden BCU powinien objąć opieką około 500 tys. mieszkańców, diagnozować minimum 150 przypadków raka piersi rocznie oraz organizować cotygodniowe multidyscyplinarne spotkania, na których omawiane będą wszystkie opcje terapeutyczne dla co najmniej 90% pacjentek leczonych w ośrodku. W skład komisji wielodyscyplinarnej wchodzą: radiolog, patomorfolog, chirurg onkolog, chirurg plastyk, onkolog kliniczny, radioterapeuta, wykwalifikowana pielęgniarka. Do podstawowych standardów jakościowych dla specjalistycznego ośrodka BCU należą także: utworzenie i aktualizowanie algorytmów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz tworzenie bazy danych umożliwiającej przeprowadzanie audytów i kontroli jakości świadczonych usług.

Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne SIS (Senologic International Society) opracowało program akredytacyjny APBC (Accreditation Program for Breast Centers/Units) zawierający listę warunków, jakie musi spełnić ośrodek ubiegający się o certyfikację. Program ten cechuje powszechność i jednolitość. **Powszechność oznacza, że każda pacjentka niezależnie od miejsca zamieszkania powinna mieć dostęp do wysokiej jakości diagnostyki i leczenia raka piersi. Jednolitość oznacza, że od wszystkich ośrodków BCU wymaga się takich samych wskaźników jakości.**

Zachodniopomorskie Centrum Onkologii (ZCO) w Szczecinie jest największym ośrodkiem onkologicznym na terenie województwa. Wychodząc naprzeciw zaleceniom Europarlamentu utworzyło we wrześniu 2010 r. Breast Cancer Unit, analizując wcześniej wymogi narzucane przez program akredytacyjny APBC. Po 3 latach działalności przystąpiono do audytu.

Warunki, jakie powinna spełnić Pracownia Radiodiagnostyki wg programu SIS to: wykonywanie co najmniej 2000 i opisywanie około 1000 mammografii rocznie lub 5000 badań w ramach programów przesiewowych przez radiologa, uczestniczenie w posiedzeniach BCU, stałych szkoleniach. W Pracowni RTG powinna być możliwość przeprowadzenia badania klinicznego, wykonania oprócz mammografii biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, biopsji gruboigłowej pod kontrolą różnych technik obrazowania.

Jakość wyników badań mammograficznych i biopsji należy monitorować. Czas oczekiwania na wynik mammografii nie powinien być dłuższy niż 5 dni. Radiolodzy wchodzący w skład Breast Teamu spełniają należne wymogi programu akredytacyjnego. W Zachodniopomorskim Centrum Onkologii Pracownia Radiodiagnostyki jest dobrze wyposażona w nowoczesny sprzęt. Posiada 2 mammografy cyfrowe, 2 aparaty cyfrowe USG, cyfrowy aparat USG z zestawem do biopsji mammotomicznej, mobilny aparat USG, aparat RTG do biopsji stereotaktycznej piersi pod kontrolą RTG, przyłóżkowy aparat do RTG, system cyfrowej radiografii pośredniej, zestaw do radiofluoroskopii, 64-rzędowy tomograf komputerowy, 1,5-teslowy aparat do rezonansu magnetycznego oraz mammobus, który realizuje badania skryningowe na terenie województwa.

Wymogi programu akredytacyjnego SIS dla Pracowni Patomorfologii są następujące: patomorfolog musi rozpoznawać minimum 150 przypadków pierwotnych raka piersi rocznie (w ZCO ocenia ponad 500), wykonywać badania immunohistochemiczne – minimum status receptorów estrogenowego, progesteronowego i HER2 (w ZCO dodatkowo indeks Ki 67 oznaczający wskaźnik proliferacji), oceniać histologicznie stan węzłów chłonnych zarówno w procedurze biopsji węzła chłonnego wartowniczego, jak i limfadenektomii pachowej. Raport badania patomorfologicznego powinien zawierać dane demograficzne pacjentki, szczegółowy makroskopowy opis wycinka tkanek, szczegółowy opis mikroskopowy z uwzględnieniem cechy naciekania i *in situ*, wymiary, stopień złośliwości histologicznej oraz marginesy chirurgiczne. SIS zaleca korzystanie z szablonu protokołu badania wycinków wszystkich raków inwazyjnych, w tym raka DCIS (ductal carcinoma in situ) z mikronaciekaniem wg CAP (College of American Pathologist). Pracownia Patomorfologiczna pracując dla BCU dzięki zmianom organizacyjnym osiągnęła znaczną poprawę jakości wyników, np. czas oczekiwania na wynik badania biopsji gruboigłowej (ocena typu histologicznego raka, stopień złośliwości histologicznej oraz wyników badania immunohistochemicznego oceniającego stan receptorów ER, PR, HER2, Ki 67) do 5 dni w 2012 r. dotyczył 58% pacjentek, w 2013 r. 92%.

Chirurgia Onkologiczna wg programu akredytacyjnego SIS ma zapewnić realizację procedury biopsji węzła chłonnego wartowniczego, chirurgii onkoplastycznej i rekonstrukcyjnej. Chirurg będący członkiem Breast Teamu musi leczyć nie mniej niż 50 przypadków rocznie (w ZCO chirurg operuje ponad trzykrotnie więcej), przyjmować w poradni diagnostycznej raz w tygodniu, okresowo szkolić się z zakresu komunikacji i poradnictwa. Chirurg wykonujący biopsję węzła chłonnego wartowniczego powinien być przeszkolony i poddawany ocenie. Kolejne wymogi: odsetek braku lokalizacji węzła chłonnego wartowniczego mniejszy niż 5%, ilość pobranych węzłów chłonnych w procedurze limfadenektomii większa niż 10 w ponad 90% przypadków. Wszystkie kobiety operowane powinny być zbadane przez chirurga jeden raz w roku (min. 90% pacjentek).

Zaleca się ponadto konieczność przekazania rozpoznania w bezpośredniej rozmowie z pacjentką w czasie do 5 dni od wyniku biopsji grubo igłowej. Rozpoznanie histologiczne powinno być znane w 90% przypadków przed operacją (oznacza to, że liczba biopsji chirurgicznych powinna być mniejsza niż 10%). W przypadku operowania zmian niepalpacyjnych, w trakcie operacji należy wykonać radiogram wycinka. Pacjentki z małym guzem powinny mieć przeprowadzony zabieg oszczędzający (70-80% przypadków). Mastektomia jest zarezerwowana dla pacjentek preferujących ten zakres operacji, dotyczy również kobiet z dużym guzem i wysokim ryzykiem nawrotu choroby. Wszystkie chore powinny być poinformowane o możliwości wykonania rekonstrukcji jednoczasowej lub odroczonej. 90% kobiet nie powinno czekać dłużej niż 2 tygodnie na operację. 90% pacjentek z rakiem piersi powinno mieć jedną operację w celu usunięcia guza. Ponad 80% pacjentek z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi powinno mieć zaproponowane leczenie skojarzone.

Onkolog kliniczny poświęca minimum 40% czasu pracy na leczenie pacjentek z rakiem piersi. Minimum 10% pacjentek należy złożyć propozycje udziału w badaniach klinicznych.

Radioterapeuta poświęca minimum 30% czasu pracy dla pacjentek z rakiem piersi. Oddział Radioterapii powinien być wyposażony w 2 akceleratory (w ZCO jest 5 przyspieszaczy liniowych w jednej sieci z modulacją intensywności dawki oraz możliwość bramkowania oddechowego) oraz symulator CT.

SIS w programie akredytacyjnym zaleca włączenie do Breast Teamu innych specjalistów: genetyka (ZCO ściśle współpracuje z Zakładem Genetyki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego), psychoonkologa, specjalistę medycyny paliatywnej, fizjoterapeutę.

Psycholodzy zatrudnieni w naszym ośrodku mają odrębną ofertę dla pacjentek z rakiem piersi. **Mają one pierwszy kontakt z psychologiem przed spotkaniem ze specjalistami na Komisji BCU**, gdzie przedstawiane są opcje postępowania terapeutycznego celem pierwszej próby „oswojenia" rozpoznania. Opieka psychologiczna jest możliwa na każdym etapie leczenia, w formie spotkań grupowych, warsztatów lub terapii indywidualnej.

Opieka Paliatywna w ZCO jest świadczona w warunkach ambulatoryjnych lub Hospicjum Domowego. Obejmuje ona opiekę lekarską, pielęgniarską, fizjoterapeutyczną i psychologiczną.

Rehabilitacja pacjentek z rakiem piersi odbywa się na trzech etapach: rehabilitacji szpitalnej, poszpitalnej i w okresie późniejszym. Rehabilitacja szpitalna dotyczy pacjentek już w pierwszej dobie pooperacyjnej, podczas spotkania z fizjoterapeutą, który przekazuje wstępne instrukcje dotyczące zakresu ruchów i ćwiczeń wykonywanych w łóżku. Od kolejnej doby do końca hospitalizacji pacjentki ćwiczą na sali gimnastycznej w Oddziale Chirurgii Onkologicznej. Rehabilitacja poszpitalna dotyczy pacjentek, które opuszczają szpital ze skierowaniem na rehabilitację. W ciągu trzech tygodni lekarz specjalista rehabilitacji podejmuje decyzję o wskazaniach, zakresie i rodzaju ćwiczeń. Późna rehabilitacja dotyczy grupy pacjentek po zakończonym aktywnym leczeniu onkologicznym, u których doszło do opóźnionych powikłań.

Breast Cancer Unit w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii umożliwia młodym pacjentkom (przed 35. rokiem życia), które mają dobre czynniki rokownicze, zachowanie płodności. Onkofertility jest możliwe dzięki współpracy z Kliniką Medycyny Rozrodu i Ginekologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego.

W ofercie kompleksowej opieki nad pacjentką z rakiem piersi znajduje się także możliwość uczestniczenia w zajęciach Szkoły Onkologicznej dla Pacjentów i Ich Rodzin. Szkoła ta powstała z myślą o wszystkich pacjentach leczonych w naszym ośrodku. Multidyscyplinarne wsparcie pacjentów i ich rodzin ze strony nie tylko specjalistów medyków (chirurga onkologa, chirurga plastyka, onkologa klinicznego, radioterapeuty, specjalisty rehabilitacji, medycyny paliatywnej, genetyka, stomatologa, ginekologa), ale również psychologa, dietetyka, kosmetologa, pracownika Urzędu Skarbowego i innych czynią pacjentów współodpowiedzialnymi za stateczny efekt terapeutyczny. Zajęcia odbywają się w dwóch edycjach rocznie (wiosennej i jesiennej) i mają formę: wykładów, warsztatów, spotkań z ciekawymi ludźmi, pokazów i rozmów kuluarowych. Ewaluacja tematyki poruszanej na zajęciach przez uczestników i ocena wykładów pozwala reagować na potrzeby pacjentów i zmiany harmonogramu zajęć.

Breast Cancer Unit w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie 14 października 2013 r. uzyskał certyfikację Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego na okres 5 lat, potwierdzając wysoką jakość i kompleksowość opieki nad pacjentami z rakiem piersi.

dr n. med. Małgorzata Talerczyk
zastępca dyrektora ds. lecznictwa
Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii

„Gazeta AMAZONKI" nr 24, kwiecień 2014 r.

„Cudze chwalicie, swego nie znacie!”

Możliwości zastosowania terapii komórkami macierzystymi

Autoprzeszczepy tkanki tłuszczowej stosuje się od lat w operacjach estetycznych, ortopedycznych, neurochirurgicznych i innych – do regeneracji tkanek. Już w 1883 r. Vincenz Czerny wykorzystał tkankę tłuszczową do próby odtworzenia piersi. W ostatnich latach notuje się wzrost zainteresowania nowymi metodami wykorzystywania tkanki tłuszczowej dla celów regeneracyjnych. Szczególną uwagę zwrócono na powiązanie przeszczepów komórek tłuszczowych z natychmiastowym przeszczepieniem komórek macierzystych rezydujących w tkance tłuszczowej. Przeszczep autogennych komórek macierzystych w znaczący sposób intensyfikuje akceptację adipocytów (komórek tłuszczowych).

W większości ośrodków zajmujących się przeszczepami tkanki tłuszczowej celem wzbogacenia ich komórkami macierzystymi wykorzystuje się komercyjne separatory. Są to drogie urządzenia, a koszt jednego zestawu enzymów do separacji to ok. 2000 euro. W Centrum Onkologii w Warszawie w ramach programu naukowo-badawczego wdrożono metodę pozyskiwania autogennych komórek macierzystych z tkanki tłuszczowej. Komórki rezydujące w tłuszczu izolowane są metodą trawienia enzymatycznego oraz separacji w gradiencie gęstości. Przygotowane do przeszczepu komórki macierzyste dostarczane są po ok. 4 godzinach od pobrania tkanki tłuszczowej ze stosownym certyfikatem określającym ilość komórek do przeszczepu, jak również z określoną żywotnością komórek. Pozwala to na wdrożenie przeszczepiania autologicznych komórek macierzystych wraz z lipotransferem w celu regeneracji tkanek po leczeniu oszczędzającym, mastektomii i radioterapii oraz do korekcji wyników estetycznych wcześniejszych rekonstrukcji piersi zarówno tkankami własnymi jak i implantami.

W przypadku przeszczepiania autologicznej tkanki tłuszczowej bez dodatku komórek macierzystych obserwowana jest znaczna resorpcja przeszczepionego tłuszczu oraz częste lokalne przejściowe odczyny zapalne manifestujące się zaczerwienieniem i podwyższeniem temperatury powłok ciała. Od czasu, gdy do przeszczepionej tkanki tłuszczowej dodawane były autologiczne komórki macierzyste objawy te nie były praktycznie obserwowane.

Poza faktem znikomej resorpcji przeszczepionej tkanki tłuszczowej bardzo interesującym i ważnym faktem jest to, że przeszczepy wzbogacone komórkami macierzystymi w spektakularny sposób pozwalają na regenerację obszarów tkankowych poddanych wcześniejszej radioterapii. Obserwuje się znaczącą poprawę elastyczności tkanki podskórnej, uruchomienie sztywnych, nieruchomych blizn oraz lepsze ukrwienie skóry z częściowym cofnięciem się przebarwień po uprzedniej radioterapii.

U kilku chorych, u których uruchomiono sztywną bliznę okolicy pachowej będącą wynikiem napromieniania stwierdza zmniejszenie obrzęku limfatycznego ręki. Wyjaśnić to można tym, iż komórki macierzyste tkanki tłuszczowej posiadają szereg istotnych właściwości dla gojenia i przebudowy tkanek. Komórki te są zdolne do różnicowania się w różne rodzaje tkanek zależnie od bodźców ze strony otoczenia, w tym w komórki tłuszczowe. Mogą one również inicjować lokalne powstawanie naczyń krwionośnych.

Bardzo przydatną cechą ADSC jest ich regulacyjna rola w stosunku do elementów układu odpornościowego, między innymi efekt przeciwzapalny i hamowanie odpowiedzi typu „biorca przeciwko przeszczepowi”. Przeszczepianie autologicznych komórek macierzystych pacjenta izolowanych z tkanki tłuszczowej powinno przeciwdziałać odczynom zapalnym w okolicy wszczepiania tkanki tłuszczowej, przeciwdziałać resorpcji tłuszczu, stymulować lokalną przebudowę uszkodzonych tkanek i indukować szybszy rozwój naczyń krwionośnych.

Ten fenomen biologiczny komórek macierzystych jest również wykorzystywany w innych dziedzinach medycznych w celu regeneracji lub korekty tkanek bądź leczenia uszkodzeń tkanek. Tak też w chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej wykorzystuje się je do przeszczepiania tkanki tłuszczowej, stymulacji lokalnego gojenia ran i wgajania przeszczepów, w chirurgii naczyniowej do odtwarzania lokalnego unaczynienia (w przypadku troficznego owrzodzenia podudzi, zanikowego zapalenia naczyń), w ortopedii do odtwarzania ubytków kości i ścięgien, regeneracji powierzchni stawowych, w chirurgii szczękowej do regeneracji ubytków zębodołowych, leczenia paradontozy, w implantologii, w chirurgii ogólnej i gastroenterologii w leczeniu przetok odbytu, w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelit, w kardiochirurgii w leczeniu zawału serca, w neurochirurgii w terapii po udarze mózgu, leczenia uszkodzeń rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych.

Opisana przeze mnie procedura została zaakceptowana przez Odwoławczą Komisję Bioetyczną Ministerstwa Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej i uznana jest za bezpieczną i nowoczesną metodę leczenia. Moim pragnieniem jest to, aby urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia dostrzegli innowacyjność tej metody i podjęli decyzję o refinansowaniu takiego leczenia.

dr n. med. Sławomir Mazur

„Gazeta AMAZONKI” nr 22, marzec 2013 r.

Dr Sławomir Mazur jest naszym przyjacielem– służy doświadczeniem, wspiera, pomaga

ODZYSKAĆ KOBIECOŚĆ

Rozmowa z dr n. med. Tadeusz Witwickim, specjalistą w dziedzinie chirurgii rekonstrukcyjnej i estetycznej.

Ostatnim etapem powrotu do zdrowia powinna być rekonstrukcja piersi, niestety tylko niewielki odsetek kobiet (ok. 10%) decyduje się na nią. Z czego to wynika Panie Doktorze?

Przyczyn jest kilka. Nie wszystkie kobiety czują potrzebę odtworzenia piersi. Część pań nie ma wystarczających informacji na ten temat. Te, które nie mogą pogodzić się z utratą piersi, często obawiają się bólu i konsekwencji związanych z zabiegiem jej odtworzenia. Część obawia się, że zabieg rekonstrukcji może pogorszyć rokowania, co nie jest prawdą. Przekazanie chorej informacji o takiej możliwości oraz kompleksowej wiedzy na temat dostępnych sposobów rekonstrukcji piersi powinno być nieodłącznym elementem procesu leczenia każdej pacjentki.

Jakie są metody rekonstrukcji piersi?

Do niedawna w Polsce stosowano głównie dwie metody rekonstrukcji piersi: przy użyciu implantu (endoprotezy) lub przeszczepionego płata skórno-mięśniowego pacjentki. W przypadku tych metod operację odtwórczą można przeprowadzić od razu po mastektomii lub odwlec w czasie do momentu, gdy całkowicie zakończone zostanie leczenie onkologiczne. Nową metodą rekonstrukcji odroczonej jest BRAVA AFT – technika polegająca na odtworzeniu piersi za pomocą przeszczepu własnej tkanki tłuszczowej i Systemu BRAVA. Metodę można stosować nie tylko w celu odtworzenia piersi po mastektomii – całkowitej lub częściowej, ale również w celu powiększenia lub korygowania wad piersi (np. asymetrii, piersi tubularnych) i klatki piersiowej. Metoda BRAVA AFT jest od kilku lat stosowana z sukcesem w krajach o najwyższym poziomie usług medycznych, takich jak Stany Zjednoczone i kraje Europy Zachodniej. Technika ta jest już też stosowana przez lekarzy w Polsce.

Na czym polega metoda BRAVA AFT?

To połączenie zabiegu przeszczepu własnego tłuszczu do piersi ze stosowaniem Systemu BRAVA przed i po zabiegu przeszczepu tłuszczu. BRAVA to zewnętrzny ekspander przypominający biustonosz, składający się z pary półsztywnych miseczek. Wytwarzanie podciśnienia w miseczkach urządzenia powoduje delikatne zasysanie piersi. Efektem jest rozciągnięcie tkanki piersi oraz powstanie miejsca dla podawanego w dalszym etapie rekonstrukcji tłuszczu. Rozciąganie skóry jest bardzo wskazane, by móc odbudować piersi. W miejsce powstałe w wyniku rozciągnięcia tkanek, po zakończonej kuracji można wstrzyknąć około 150-300 ml tłuszczu. Autogenna tkanka tłuszczowa podawana jest cienkimi kaniulami, bez konieczności dodatkowych cięć, nie pozostawiając na skórze blizn.

Którą z metod poleciłby Pan swojej pacjentce?

Nie ma jednej uniwersalnej metody rekonstrukcji piersi dla wszystkich pacjentek. Wybór zależy od wskazań medycznych oraz osobistych preferencji kobiety. Konieczne jest więc indywidualne podejście do każdej z pań. Specjalista wspólnie z pacjentką powinien ustalić, która z metod będzie najodpowiedniejsza w jej sytuacji. Metoda BRAVA AFT jest zdecydowanie najmniej inwazyjna ze wspomnianych metod, np. pacjentka, która ma zabieg w piątek, może w poniedziałek iść już do pracy. Wymaga jednak dyscypliny w noszeniu Systemu BRAVA – 6 tygodni przed zabiegiem i 4 tygodnie po zabiegu, 10 godzin na dobę, zazwyczaj w nocy. Ponadto odbudowa piersi wymaga kilku zabiegów. Oprócz małej inwazyjności, dodatkową zaletą tej metody jest fakt, że odtworzona pierś jest naturalna, a w miejscu pobrania dokonujemy liposukcji, poprawiającej sylwetkę. Przeszczepiony tłuszcz staje się integralną częścią ciała pacjentki. Oznacza to, że jeśli przytyje to, jej nowa pierś zwiększy się, a jeśli schudnie – pierś zmaleje. Rekonstrukcja piersi endoprotezą lub płatem skórno-mięśniowym jest szybsza – dokonywana w jednym lub dwóch etapach – ale jest to już poważniejsza operacja, która stanowi większe obciążenie dla organizmu.

„Gazeta AMAZONKI” nr 26, kwiecień 2016 r.

Fot. Katarzyna Piwecka

Przeciwciała monoklonalne i leki biopodobne

Dr n. med. Piotr Tokajuk z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, z Oddziału Onkologii Klinicznej Kliniki Onkologii Białostockiego Centrum Onkologii wyjaśnia czym są przeciwciała monoklonalne i leki biopodobne.

W onkologii żyjemy obecnie w erze przeciwciał monoklonalnych (monoklonalnych – tj. wyprodukowanych przez jeden klon komórek). Wiele z nowoczesnych leków przeciwnowotworowych jest przeciwciałami lub wykorzystuje ich unikalne właściwości i strukturę.

W terapii nowotworów złośliwych **wykorzystuje się podstawowe własności przeciwciał, tj. przede wszystkim ich zdolność do wysoce swoistego wiązania określonego antygenu** (antygenami są w tym przypadku różnego rodzaju białka, obecne w komórce nowotworowej). Mechanizm działania przeciwciał monoklonalnych, wykorzystywanych w terapii chorych na nowotwory złośliwe jest oczywiście dość złożony. Mogą one m. in. w specyficzny sposób wiązać się z czynnikami wzrostu lub określonymi receptorami zlokalizowanymi na powierzchni komórek nowotworowych, hamując ich funkcje. Przykładowo, przeciwciało o nazwie *bewacyzumab* wiąże się z czynnikiem wzrostu śródbłonka naczyń (który jest określany skrótem VEGF), wywierając działanie hamujące na tworzenie się nowych naczyń krwionośnych w guzie nowotworowym. Z kolei *trastuzumab* wiąże się z receptorem HER-2, obecnym w zwiększonej ilości na powierzchni komórek niektórych nowotworów złośliwych, hamując ich namnażanie i wzrost guza nowotworowego. Wprowadzenie tych przeciwciał do praktyki klinicznej stanowiło znaczący postęp w leczeniu chorych na różne nowotwory złośliwe.

Dołączenie *trastuzumabu* do standardowej chemioterapii uzupełniającej w leczeniu chorych na wczesnego raka piersi z nadekspresją (czyli zwiększoną ilością) receptora HER-2 na powierzchni komórek nowotworowych przełożyło się na istotne zmniejszenie o połowę ryzyka nawrotu choroby nowotworowej oraz zmniejszenie o ok. 30% śmiertelności tych chorych. Ponadto, stosowanie *bewacyzumabu* i *trastuzumabu* w skojarzeniu ze standardową chemioterapią może wiązać się z istotnym wydłużeniem czasu całkowitego przeżycia chorych na zaawansowanego raka piersi, raka jelita grubego, niedrobnokomórkowego raka płuca, raka jajnika, czy też raka szyjki macicy.

Przeciwciała są białkami, bardzo dużymi cząsteczkami o niezwykle złożonej, trójwymiarowej strukturze. Wielkość i złożoność cząsteczki przeciwciał, czy też ogólniej mówiąc – leków biologicznych – determinuje podstawowe różnice pomiędzy nimi i lekami produkowanymi w drodze syntezy chemicznej.

Tabela 1. *Podstawowe różnice pomiędzy lekami biologicznymi i lekami produkowanymi w drodze syntezy chemicznej*

Leki syntetyczne	Leki biologiczne
Produkowane na drodze syntezy chemicznej	Produkowane przez żywe organizmy
Ściśle zdefiniowana struktura cząsteczki	Heterogenna, złożona struktura cząsteczki, niekiedy mieszanina cząsteczek o zbliżonej budowie
Budowa cząsteczki łatwa do scharakteryzowania	Budowa cząsteczki trudna do scharakteryzowania, wymaga zaawansowanych metod analitycznych
Względnie stabilna cząsteczka	Duża różnorodność, niekiedy cząsteczka leku niestabilna, o wysokiej wrażliwości na czynniki zewnętrzne
Zazwyczaj niska immunogenność	Możliwa wysoka immunogenność
Zwykle podawane doustnie	Zwykle podawane dożylnie
Zwykle przepisywane przez lekarza ogólnego	Zwykle przepisywane przez lekarza specjalistę

Leki biologiczne są obecnie najczęściej produkowane przez organizmy żywe – prokariotyczne (np. komórki bakterii *Escherichia coli*) lub eukariotyczne (np. komórki jajnika chomika chińskiego, CHO – *chinese hamster ovary cell line*). Po wyprodukowaniu w rybosomie cząsteczka danego białka (np. przeciwciała) podlegać może jeszcze wewnątrz komórki tzw. potranslacyjnej modyfikacji. Dochodzi do tego w niepowtarzalny, unikalny dla danej linii komórkowej sposób. **Cząsteczki białek (w tym także przeciwciał) ulegają modyfikacji w tak rozmaity sposób, iż właściwie niemożliwe jest uzyskanie dwóch linii komórkowych, które są w stanie produkować identyczną cząsteczkę białka (identyczną nie tylko w zakresie sekwencji aminokwasów, ale też w zakresie potranslacyjnej modyfikacji).** Procesy potranslacyjnej modyfikacji są o tyle istotne, że mogą one wpływać na farmakokinetykę i immunogenność danego leku o strukturze białkowej (czyli np. przeciwciała).

Wyprodukowanie przeciwciała monoklonalnego wymaga **w pierwszym etapie stworzenia hodowli komórkowej**, w której zachodzić będzie ekspresja określonego genu i synteza cząsteczki białka, które znajduje się w sferze naszego zainteresowania. **Oryginalna, niezmienna i niepowtarzalna główna linia komórkowa stanowi podstawę do produkcji leku biologicznego.**

Drugim etapem jest fermentacja. Początkowo próbka hodowli komórkowej jest namnażana w fiolkach o niewielkiej objętości (rzędu mililitrów), następnie komórki są stopniowo przenoszone do fermentatorów (zwanych bioreaktorami) o coraz większej objętości. Musi być to dokonywane stopniowo. Nie jest bowiem możliwe bezpośrednie umieszczenie hodowli zawierającej około jednego miliona komórek w bioreaktorze o objętości dochodzącej nierzadko do kilkunastu tysięcy litrów. Przed przeniesieniem do bioreaktora o większej objętości hodowla musi osiągnąć określoną liczbę i „gęstość" komórek. Żywe komórki są bowiem niezwykle

delikatne i kapryśne, wymagają stworzenia im optymalnych warunków do życia i prawidłowego funkcjonowania, jeżeli zginą, produkcja określonego białka nie będzie oczywiście możliwa. Hodowla komórek wymaga zatem dostarczania im odpowiednich składników odżywczych oraz ścisłej kontroli m. in. takich parametrów jak stężenie tlenu i dwutlenku węgla, równowagi kwasowo-zasadowej, pH, ciśnienia i temperatury.

Ostatni etap polega na oczyszczeniu i wyodrębnieniu interesującego nas produktu – cząsteczki przeciwciała – z hodowli komórkowej. Proces produkcji określonej ilości leku biologicznego (np. przeciwciała monoklonalnego) zajmuje zwykle około 6-8 tygodni.

Produkcja przeciwciał monoklonalnych jest ściśle nadzorowanym i regulowanym procesem, podlegającym nieustannej ewaluacji i raportowaniu. Proces produkcji obejmuje setki, a nawet tysiące punktów kontrolnych. Wszelkie, nawet nieznaczne, zmiany dokonywane w procesie produkcji przeciwciał monoklonalnych muszą być raportowane i musi być oceniany ich ewentualny wpływ na strukturę cząsteczki leku.

Stąd też wynikają wymogi stawiane biosymilarom – biopodobnym lekom biologicznym. **Biosymilary są kopiami oryginalnych leków biologicznych, których czas ochrony patentowej upłynął.** Leki biopodobne mają być z założenia stosowane w tych samych dawkach oraz schematach leczenia i w leczeniu tych samych schorzeń jak preparaty oryginalne. **Struktura ich cząsteczki jest maksymalnie zbliżona do leków oryginalnych, lecz nie są one całkowicie identyczne. Wynika to ze wspomnianej wyżej niepowtarzalności i unikalności procesu ich produkcji.** Biosymilary powinny mieć identyczne z oryginalnym lekiem biologicznym właściwości fizykochemiczne, farmakokinetyczne i farmakodynamiczne. Ekwiwalentność (porównywalność) w zakresie tych parametrów należy wykazać w badaniach przedklinicznych lub we wstępnych fazach badań klinicznych, podobnie jak w przypadku leków generycznych, które są dokładnymi kopiami leków uzyskiwanych w drodze syntezy chemicznej.

Jednakże, struktura cząsteczki biopodobnego leku biologicznego nie jest całkowicie identyczna w porównaniu z lekiem oryginalnym, jest jedynie maksymalnie do niej zbliżona. Dlatego też, **w przypadku biosymilarów konieczne jest wykazanie ekwiwalentności w stosunku do oryginalnych leków biologicznych również w zakresie podstawowych parametrów klinicznych w ramach porównawczych badań klinicznych III fazy, przeprowadzonych w wybranych grupach chorych.** Najczęściej ocenianymi parametrami jest odsetek obiektywnych odpowiedzi na leczenie, odsetek uzyskiwanych patologicznych całkowitych remisji, czy też czas przeżycia wolny od progresji choroby i czas całkowitego przeżycia chorych. Dopiero wykazanie ekwiwalentności w zakresie tych parametrów przesądza o możliwości uzyskania przez lek biopodobny wskazań rejestracyjnych identycznych ze wskazaniami oryginalnego leku biologicznego.

W praktyce klinicznej może dojść do sytuacji, w której w trakcie leczenia danego pacjenta preparatem oryginalnym dochodzi do podjęcia decyzji o jego zamianie na lek biopodobny (biosymilar). Teoretycznie można sobie także wyobrazić sytuację, w której dochodzi do zastąpienia jednego biosymilaru innym lekiem biopodobnym lub zamiany biosymilaru na lek oryginalny. Wydaje się, iż należy poddać poważnej rozwadze zastąpienie leku oryginalnego (referencyjnego) lekiem biopodobnym w czasie trwania terapii u danego pacjenta. **Zamiana leku biologicznego na inny lek biopodobny jest decyzją merytoryczną i wymaga uwzględnienia wszystkich czynników wpływających zarówno na skuteczność jak i bezpieczeństwo terapii.** W związku z tym w ręce lekarza powinno się złożyć decyzję, czy dany lek jest zastępowalny i który produkt w przypadku danego pacjenta będzie bezpieczny i skuteczny. Decyzja w tym zakresie powinna być podjęta w porozumieniu z pielęgniarką i farmaceutą oraz danym pacjentem. **Chory powinien zostać poinformowany o zamiarze zastosowania lub zmianie leczenia na lek biopodobny, wskazane jest również, aby wyraził on pisemną i świadomą zgodę na dokonanie takiej zamiany.**

Z kolei tzw. automatyczna substytucja, tj. praktyka zamiany leku biologicznego na lek biopodobny w punktach dystrybucji leków bez wiedzy i udziału lekarza nie jest wskazana i tego rodzaju postępowanie nie jest zalecane. **Należy unikać automatycznej substytucji ze względu na trudną do przewidzenia immunogenność leków biologicznych w dłuższym okresie obserwacji.** Tym niemniej, wprowadzenie szczegółowych przepisów prawnych regulujących kwestię zamienności/zastępowalności oraz automatycznej substytucji leków biopodobnych pozostawiono w Unii Europejskiej w gestii państw członkowskich. Tego rodzaju przepisy nie zostały dotychczas w Polsce wprowadzone. Wydaje się, iż wprowadzenie tych regulacji w najbliższej przyszłości będzie niezbędne.

Istotne jest również, aby **w momencie rozpoczęcia terapii lekiem biologicznym, w tym także lekiem biopodobnym, nazwa handlowa tego leku została wyraźnie odnotowana (wymieniona) w historii choroby danego pacjenta. Umożliwia to bowiem właściwą identyfikację leku, który otrzymał pacjent, w sytuacji wystąpienia działań niepożądanych** związanych z prowadzonym leczeniem. Identyfikacja i raportowanie działań niepożądanych należy w takich przypadkach do obowiązków zarówno lekarza, jak i pielęgniarki, przy czym mogą one być również zgłoszone przez samego pacjenta.

dr n. med. Piotr Tokajuk
Oddział Onkologii Klinicznej Kliniki
Onkologii Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku

Amazonki podczas dnia Różowej Wstążki, 10 czerwca 2016 r.

„Gazeta AMAZONKI" nr 30, październik 2017 r.

Obrzęk limfatyczny – profilaktyka i leczenie

Usunięcie węzłów chłonnych dołu pachowego jest nieodłączną formą operacyjnego leczenia raka piersi. Z tego powodu dochodzi do utrudnionego przepływu chłonki, a co za tym idzie do wystąpienia **obrzęku limfatycznego. Jest to proces nagromadzania się chłonki w tkance podskórnej wynikający z niewydolności układu limfatycznego**. U około jednej czwartej kobiet operowanych z powodu raka piersi rozwija się w różnym czasie od operacji obrzęk limfatyczny kończyny strony operowanej. Ryzyko wystąpienia obrzęku wzrasta wraz z zastosowaniem dodatkowych form leczenia. Radioterapia i radiochemioterapia wyraźnie zwiększają ryzyko wystąpienia tego powikłania. Wiąże się to z wtórnymi zapaleniami i zwłóknieniem tkanek oraz utrudnieniem wytworzenia się obocznego odpływu. Prawidłowy przepływ chłonki warunkują między innymi ruchy części ciała, ruchy oddechowe klatki piersiowej, działanie tłoczni brzusznej, czynność ssąca serca i tętnienie naczyń tętniczych oraz czynność przepony.

Do czynników wzmagających przepływ chłonki i sprzyjającym powstawaniu obrzęków należą:

- **wzrost ciśnienia tętniczego (pojemnościowa niewydolność przepływu chłonki),**
- **wzrost ciśnienia żylnego (hemodynamiczna niewydolność przepływu),**
- **zwiększona przepuszczalność naczyń krwionośnych włosowatych (podwyższona ciepłota, zmniejszony dopływ tlenu do tkanek),**
- **wzmożona czynność narządu ruchu, nadmierny wysiłek mięśniowy (obrzęk powysiłkowy).**

Na powstanie obrzęku może mieć również wpływ ograniczenie aktywności ruchowej kończyny, co powoduje ograniczenie oddziaływania „pompy mięśniowej" na przepływ krwi żylnej i chłonki. Ważne jest również to, że nadmierne obciążenie kończyny wysiłkiem fizycznym może doprowadzić do obrzęku limfatycznego. Czynnikiem sprzyjającym jest również otyłość. Dlatego też odpowiedni sposób odżywiania i styl życia mają wpływ na stan zdrowia.

Obrzęk kończyny po operacyjnym leczeniu raka piersi sprawdza się się wg testu Kułakowskiego i Miki. W teście tym bierze się pod uwagę 2 czynniki: obwód kończyny oraz konsystencję obrzęku. Pomiar obwodu kończyny wykonuje się za pomocą taśmy w 3 punktach: 10 cm powyżej nadkłykcia bocznego kości ramiennej, 10 cm poniżej nadkłykcia bocznego kości ramiennej, w części środkowej śródręcza z wyłączeniem kciuka. Przyjmuje się, że **różnica w obwodzie między kończyną zdrową a po stronie operowanej ok. 2-3 cm świadczy o niewielkim obrzęku, 3-5 cm o średnim obrzęku, a powyżej 5 cm o ciężkim. Konsystencję obrzęku określa się jako obrzęk „miękki", „twardy"**. Te parametry oraz ocena zakresu ruchów i siły mięśniowej kończyny strony operowanej wyrażone punktowo stanowią o sprawności kończyny po operacyjnym leczeniu raka piersi. Wszystkie pacjentki powinny być nauczone automasażu.

Poprawne wykonanie automasażu zależy od dokładnego przeszkolenia osoby wykonującej masaż, jak również od przestrzegania następujących zasad:

- **przed przystąpieniem do automasażu należy dokładnie umyć ręce oraz kończynę, która ma być masowana**
- **w celu niepodrażnienia skóry kończyny masowanej należy używać olejku lub kremu do masażu. W niektórych wypadkach można stosować talk**
- **masowaną kończynę ułożyć w sposób pozwalający na jej rozluźnienie, np. na klinie lub oprzeć na ścianie w pozycji do góry**
- **wszystkie ruchy automasażu wykonuje się wzdłuż naczyń limfatycznych, w kierunku dosiebnym (tj. ku klatce piersiowej)**
- **masaż nie powinien wywoływać bólu**
- **czas wykonywania masażu wynosi 10 minut**
- **każdy chwyt masażu powinien być powtórzony od 5 do 10 razy**
- **automasaż powinno się wykonywać rano i wieczorem każdego dnia**
- **przy wykonywaniu masażu należy omijać miejsca objęte napromieniowaniem w czasie jego trwania i około miesiąca po zakończeniu**
- **w przypadku wystąpienia zmian na skórze masowanej kończyny należy skonsultować się z lekarzem.**

W czasie odpoczynku i snu zaleca się układanie kończyny w wybranych pozycjach:

- układając rękę na klinie w leżeniu tyłem (na plecach)
- na klinie lub kocu w leżeniu na boku strony nieoperowanej.

Systematycznie należy wykonywać ćwiczenia fizyczne, szczególnie w sektorze ruchu od kąta 90 stopni do 180 stopni. Można dla urozmaicenia ćwiczeń zastosować obciążenie w postaci woreczków (25 dag) dla każdej kończyny. W czasie ćwiczeń należy stosować również ćwiczenia oddechowe, które między innymi wytwarzając ujemne ciśnienie w klatce piersiowej mogą zasysać chłonkę z kończyny strony operowanej.

Stosując zasady profilaktyki obrzęku limfatycznego należy unikać:

- **przeciążenia kończyny długotrwałą pracą fizyczną, zwłaszcza pracą izometryczną o małej amplitudzie zakresu ruchu, np. długotrwałe prowadzenie samochodu czy prasowanie**
- **wykonywania wkłuć dożylnych w kończynę strony operowanej**
- **opalania na słońcu i w solarium**
- **przegrzewania kończyny (gorące kąpiele, stosowanie maści rozgrzewających)**
- **ucisku kończyny – noszenia zbyt ciasnej odzieży, uciskającego zegarka, pomiaru ciśnienia krwi**
- **urazów w obrębie kończyny, jak skaleczenia, oparzenia, zakłucia, ukąszenia owadów**
- **zmiany wagi ciała (otyłość sprzyja wytwarzaniu się obrzęku)**
- **noszenia źle dobranej protezy piersi i ciasnego stanika.**

W razie zmiany zabarwienia skóry w wyniku urazu należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

W wypadku wystąpienia obrzęku limfatycznego należy zastosować kompleksową fizjoterapię obrzęku, w której podstawowe znaczenie mają odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne połączone z mechanicznym oddziaływaniem na kończynę, powodując drenaż zalegającej chłonki. Jest kilka metod oddziaływania na obrzęk spowodowany zastojem chłonki w przebiegu leczenia raka piersi. (...)

Do metod stosowanych i zalecanych przez Centrum Onkologii należą ćwiczenia fizyczne połączone z różnymi formami masażu dobieranymi indywidualnie dla danej pacjentki biorąc pod uwagę wielkość obrzęku, okres jego występowania i jego konsystencję. (...)

dr Hanna Tchórzewska-Korba
kierownik Zakładu Rehabilitacji
Centrum Onkologii w Warszawie

Skrót z artykułu – „Gazeta AMAZONKI" nr 3, marzec 2003 r.

TERAPIA TAŃCEM I RUCHEM

Piszę ten tekst z przyjemnością. Nie tylko dlatego, że terapia tańcem i ruchem jest moim zawodem i wielką pasją. Piszę go z przyjemnością, ponieważ pomysłodawczyniami powstania tego artykułu są wspaniałe kobiety ze zdjęcia poniżej. Są to członkinie grupy, którą prowadzę w Stowarzyszeniu Amazonek. Moim zadaniem jest odpowiedzieć na pytanie, jaki jest cel terapii tańcem i ruchem. Może właśnie taki – żeby na pewnym etapie drogi życia mieć odwagę pokazać się i głośno powiedzieć – jestem. Z moimi słabościami, moimi zwycięstwami, moimi lepszymi i gorszymi dniami, z moim ciałem, które czasem boli, a innym razem wygina się niczym u tancerki tańca brzucha. Z moimi lękami i z moją nadzieją. I że nie jestem sama, że jest ktoś, kto trzyma w kręgu moją dłoń, kto jest ciekawy kroków mojego tańca, kto uważnie i z szacunkiem masuje moje plecy, albo stara się oddychać w moim rytmie.

Terapia tańcem i ruchem – nazywana też choreoterapią – to metoda, która w procesie terapeutycznym wykorzystuje wzajemne oddziaływanie emocji i sposobu, w jaki się poruszamy. I nie jest to nic odkrywczego. Wiemy przecież, że kiedy jesteśmy smutni zwieszamy głowę i kulimy nasze ramiona. Kiedy coś nam się uda zdajemy się rosnąć i pewnie stawiamy kroki. Ubrani w gorset zasad i oczekiwań innych nie zawsze jednak pozwalamy sobie na wyrażanie tego, co dzieje się naprawdę w naszym sercu i myślach. I wszystko to, co nie wypowiedziane odkłada się jak ciężar w naszym ciele, powodując napięcia i brak równowagi. A przecież czasem zwykłe tupnięcie nogami pomaga poczuć ulgę i rozładować emocje...

Kiedy mówię o tańcu, często słyszę w odpowiedzi – nie umiem, nie mam poczucia rytmu, nie dam rady. W terapii tańcem i ruchem nie ma ruchu brzydkiego ani pięknego. Ruch jest, jaki jest – w tym dniu, w tej chwili. Nie ma tu miejsca na ocenę. Nie uczymy się określonej techniki. Uczymy się wsłuchania w swoje potrzeby i w swoje ciało, które – jeśli mu zaufamy – zatańczy swój taniec. Może być źródłem przyjemności, a także formą relaksacji. W płynnym ruchu całego ciała rozluźniają się mięśnie, pogłębia oddech, wraz z przyspieszoną cyrkulacją rozpraszają się tzw. hormony stresu. Poruszanie się do określonego rytmu wspiera lepszą koordynację, a tym samym poczucie większej kontroli nad ciałem. Czujemy się zdrowsi i mimo zmęczenia mocniejsi.

tak, że fizyczny stan pozwala tylko na ruch dłoni. Nie ma to znaczenia. Ważniejsze jest by poruszać się w zgodzie ze sobą – po to, by wyrazić swoje emocje, zaakceptować je i dać im ujście. Uczymy się też wsłuchiwać w innych. W ich rytm, figury, kroki. Kiedy poruszamy się w jednym rytmie doświadczamy poczucia, akceptacji i harmonii.

Każda z osób w grupie wspiera i jest wspierana. I każda jest jednocześnie członkiem grupy i prowadzącą. Na spotkania nie przychodzę z gotowym planem. Robimy to, co w tej właśnie chwili jest potrzebne. Zdarza się więc, że siedzimy na krzesłach i przez godzinę rozmawiamy. Albo tańczymy bez przerwy nie mówiąc ani słowa. Czasem jesteśmy w kręgu, albo wystarcza, że jesteśmy razem na jednej sali. Czasem ruch jest tak intensywny, że pulsują całe ciała, innym razem leżymy na podłodze i wygrzewamy się na wyobrażonym sobie słońcu.

W terapii tańcem i ruchem szukamy w ruchu swobody i płynności. Taki taniec sam w sobie działa terapeutycznie. Jest

Naszym spotkaniom towarzyszą często tańce w wykonywane w kręgu. Jest w nich miejsce na zabawę, skupienie, medytację. Tańcem żegnamy osoby, które odeszły, celebrujemy ważne zdarzenia. Stały się rodzajem rytuału, który koi i daje odpoczynek od codzienności. Tańce w kręgu pochodzą z różnych kultur i mają określoną choreografię. Szybko okazuje się jednak, że ustalone kroki nie są potrzebne. Włączamy muzykę i wspólny taniec tworzy się na naszych oczach.

Terapia tańcem i ruchem rozwija spontaniczność i kreatywność. Należy do nurtu arterapii, a więc terapii przez sztukę. I chętnie sztukę na naszych spotkaniach uprawiamy. Budujemy ruchome obrazy, tworzymy musical, wchodzimy w Nowy Rok na dwadzieścia różnych sposobów (a właściwie kroków). Jest na naszych spotkaniach miejsce na bliskość, stawienie czoła lękom, radość z ruchu i smak wspólnego tworzenia. Ich celem jest świadome wzmocnienie się, ale pozwalamy sobie często na oderwanie się od tego co na zewnątrz. Po to, by zebrać siły i odzyskać energię.

Katarzyna Dańska-Janowska
Certyfikowana terapeutka tańcem
i ruchem, tancerka
www.terapia-tancem.pl

„Gazeta AMAZONKI" nr 16, październik 2009 r.

Jak odżywiać się w czasie terapii i po jej zakończeniu?

Jak odżywiać się podczas chemioterapii oraz w przypadku najczęściej występujących działań ubocznych?

ZASADY OGÓLNE ŻYWIENIA PODCZAS CHEMIOTERAPII

Zasady ogólne:

- Odpowiednia podaż płynów – 2-2,5 l/d
- Pokarmy i napoje o temperaturze pokojowej
- Posiłki o niewielkiej objętości; 5-6 w ciągu dnia
- Unikanie picia większych ilości płynów bezpośrednio po posiłkach
- Zwiększona podaż energii i białka
- Unikanie potraw ciężkostrawnych
- Niekiedy bez mleka słodkiego (szczególnie podczas leczenia z udziałem kapecytabiny)
- Unikanie soku grejpfrutowego
- Posiłki kolorowe i urozmaicone

ŻYWIENIE W KONKRETNYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH – NA CO ZWRACAĆ UWAGĘ?

Zasady żywienia w razie nudności/wymiotów indukowanych leczeniem przeciwnowotworowym	
WSKAZANE: - częste picie niewielkich ilości płynów - posiłki lekkostrawne o temperaturze pokojowej - szczególnie polecane: kisiele, pieczywo ryżowe, zupa marchwiowa, pieczone banany, kaszka kukurydziana, chrupki kukurydziane, dodatek imbiru i bazylii	**PRZECIWWSKAZANE:** - jednorazowo duża ilość płynów/pokarmów - posiłki ciężkostrawne, zimne lub gorące - przeciwwskazane: smażone, pikantne, kwaśne, surowe, działające drażniąco na błonę śluzową przewodu pokarmowego

Zasady żywienia w przypadku biegunki indukowanej leczeniem przeciwnowotworowym	
WSKAZANE: - wstępne nawodnienie płynami nawadniającymi dostępnymi komercyjnie lub w sposób „domowy": 0,9 g NaCl + 4 g sacharozy + 200 ml wody - pokarmy bogate w skrobię i rozpuszczalne frakcje błonnika pokarmowego: kisiele, kleiki z ryżu, wafle ryżowe, kasze kukurydziane, suchary bezglutenowe, krakersy, zupy przecierane, zupa marchwiowa, gotowana marchew i inne warzywa korzeniowe, pieczone jabłka, banany, pro- i prebiotyki	**PRZECIWWSKAZANE:** **Unikać mleka!!!**

Zasady żywienia w innych wybranych objawach:

- zapalenie błony śluzowej jamy ustnej i przełyku – odpowiednia konsystencja i temperatura pożywienia, unikanie produktów ostrych, kwaśnych, drażniących, twardych; pomocne siemię lniane;
- zaparcia – zwiększenie ilości płynów (min. 2,5 l/d), otręby pszenne (rozpoczynać od niewielkiej ilości np. 1 łyżka dziennie), pieczywo pełnoziarniste, grube kasze, świeże i suszone owoce, surówki, jogurty, kefiry (tylko) świeże; Uwaga – produkty zawierające duże ilości nierozpuszczalnych frakcji błonnika pokarmowego są ciężkostrawne;
- zmiany skórne, zespół „ręka-stopa" – zwiększenie podaży cynku i witamin z grupy B: ryby, pestki dyni i słonecznika, kasze.

Jak odżywiać się podczas radioterapii?

ZASADY OGÓLNE ŻYWIENIA PODCZAS RADIOTERAPII

- Decydujące znaczenie ma obszar napromieniany, zastosowana dawka promieniowania i sposób jej frakcjonowania
- Odpowiednia podaż płynów (~2,5 l/d)
- Zwiększona podaż energii i białka
- Unikanie pokarmów ciężkostrawnych i drażniących
- Posiłki kolorowe i urozmaicone
- Niekiedy modyfikacja konsystencji (w razie uszkodzenia błon śluzowych)
- W przypadku napromieniania obszaru miednicy mniejszej – czasowa eliminacja mleka i glutenu

Jak odżywiać się podczas hormonoterapii?

ZASADY ŻYWIENIA PODCZAS HORMONOTERAPII

- Większe spożycie produktów bogatych w wapń i wit. D: sery żółte i białe, twarogi, jogurty, kefiry, mleko, ryby morskie
- Umiarkowane spożycie białka
- Unikanie nadmiaru cukru, soli i tłuszczu
- Unikanie soku grejpfrutowego
- Wsparcie żywieniowe

Jak odżywiać się po zakończeniu terapii?

ZASADY ŻYWIENIA PO ZAKOŃCZENIU TERAPII

Ogólne zasady prawidłowego żywienia:

- Utrzymywanie należnej masy ciała
- Unikanie nadmiaru tłuszczu, cholesterolu, soli, cukru, żywności typu „fast-food", napojów gazowanych
- Odpowiednia ilość białka, wit. D, wapnia – produktów mlecznych, ryb morskich, produktów zbożowych – pełnoziarnistych, świeżych warzyw, owoców, soków
- Umiarkowana aktywność fizyczna
- Przebywanie na świeżym powietrzu

Podsumowanie – co warto zapamiętać…

- Właściwe odżywianie jest niezwykle ważne na każdym etapie choroby nowotworowej.
- Stan odżywienia ma istotny wpływ na jakość życia, tolerancję leczenia, chorobowość i śmiertelność chorych na nowotwory.
- Niekiedy w przebiegu choroby bądź leczenia, odpowiednie żywienie staje się trudne i wymaga zastosowania wsparcia żywieniowego – elementu leczenia wspomagającego.
- Właściwe odżywianie może zmniejszyć umieralność z powodu chorób cywilizacyjnych u osób, które otrzymały w przeszłości leczenie przeciwnowotworowe.

dr n. med. Joanna Krawczyk
Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych
Warszawski Uniwersytet Medyczny

„Gazeta AMAZONKI" nr 23, październik 2013 r.

MIĘDZY ZWĄTPIENIEM A ZWIERZENIEM – jak się odnaleźć w sytuacji nawrotu choroby?

Nie zmieniaj się, aby być kochanym, rozwijaj się, ponieważ jesteś kochany.

D. Augsburger

Niezależnie od tego, czy po pierwszym leczeniu raka – po okresie remisji – żyjemy we względnym spokoju, czy też pełni obaw, diagnoza stwierdzająca nawrót choroby zawsze jest bolesnym zaskoczeniem. Znowu przeżywamy wstrząs, a potem ogromny żal. Doświadczamy głębokiego poczucia niesprawiedliwości: „Dlaczego to znowu mnie spotyka? Czy nie zasłużyłam na odrobinę spokoju, po tym wszystkim, co już przeszłam?!"

Obok tych przytłaczających myśli pojawia się gniew, możesz poczuć się oszukana i wprowadzona w błąd. Dlaczego?

Ponieważ pamiętasz, jak wiele wysiłku i hartu ducha wymagało od Ciebie to, aby nauczyć się radzić sobie z chorobą, gdy pierwszy raz się z nią zmierzyłaś. Jak dzień po dniu pokonywałaś swoją słabość i niewiarę, uczyłaś się oswajać lęk, ufać lekarzom i leczeniu. Jak nauczyłaś się słuchać swojego ciała i pomagać mu w chwilach złego samopoczucia. Może nawet stałaś się bardziej otwarta w rozmowach z rodziną i przyjaciółmi – odważyłaś się mówić o swoich uczuciach i potrzebach? Być może poszukałaś też wsparcia i dobrych wskazówek u swoich koleżanek – Amazonek i wzorując się na nich zmieniłaś coś w swoim życiu, mając nadzieję, że pomoże Ci to odzyskać trwałe zdrowie?

Jeśli postępowałaś w ten sposób, a mimo to rak powrócił, możesz zareagować zwątpieniem i negacją: „Przecież tak bardzo się starałam, myślałam, że robię wszystko co należy. Czy moje wysiłki miały jakiś sens?" Możesz obwiniać siebie, myśląc: „Zawiodłam... co robiłam źle?", lub doświadczając zagubienia i bezradności: „Co mam teraz robić? Czy znajdę siły, aby znowu podjąć walkę z chorobą?"

To naturalne i zrozumiałe, że doświadczasz takich uczuć. One są „w porządku", bo wyrażają Twoją wewnętrzną prawdę. Przyzwolenie sobie na ich przeżywanie i wyrażanie jest ważną częścią procesu emocjonalnego uzdrawiania się po doznanym szoku. Nie pozwól sobie tylko „ugrzęznąć" w skrywanym bólu i zamartwianiu się: rozmawiaj o nim z bliskimi ludźmi, pozwól sobie na przeżycie smutku i rozczarowania, złość na niesprawiedliwość losu, odczuwanie niepewności i lęku. Po cóż byłyby łzy, jeżeli nie po to, by oczyszczać nas z żalu: po cóż byłby gniew, gdyby nie mobilizował naszych sił, aby podjąć nowe wyzwanie?

Równie ważne jest, abyś wiedziała, że nawrót choroby nie jest Twoją winą. Nie oznacza, że robiłaś coś źle. Nie oznacza również, że cele, które sobie wyznaczyłaś i stosowane przez Ciebie metody zmierzania ku ich osiągnieciu, są błędne lub bezwartościowe. Przeciwnie – Twoje cele są właściwe i nadal warte zaangażowania, a Twój wysiłek nie poszedł na marne. Wiele osiągnęłaś: stawiłaś czoło chorobie i własnej słabości, nauczyłaś się radzić sobie ze złym samopoczuciem i stresem, a także tego, jak odnawiać swoją energię i dbać o siebie. Nauczyłaś się odróżniać to, co jest ważne dla Ciebie i wartościowe, od tego co miałkie i niewarte starania. Twoja dbałość o dobrą kondycję organizmu, wysiłek umysłu i ducha, aby nie „zatapiać się" w jałowym negatywizmie, ale z dnia na dzień pokonywać trudności, szukać wsparcia i otuchy, modlić się o opiekę i siłę, poszukiwać znaczenia swych doświadczeń, sensu i wartości swojego życia – te wszystkie działania są dobre i właściwe. **One pracują dla Ciebie – dla Twojego zdrowia – tu i teraz, i dla Twojej przyszłości.**

To Ty jesteś osobą, która decyduje, jakie znaczenie przypisujesz swoim doświadczeniom. Rozważ mądre słowa poety: „Dokonując na zawsze wyboru, każdej chwili wybierać muszę."

Co oznaczają te słowa? Być może wyrażają odwieczną prawdę, że życie ciągle stawia przed nami trudne pytania, zmusza do określania swoich wartości i poszukiwania własnej drogi.

Aby sprostać swoim wyborom potrzeba nam zawierzenia i wytrwałości. Nawet, jeśli teraz odczuwasz zwątpienie, to fakt, że mimo lęku pokonujesz kolejne trudne dni, że zauważasz czyjś uśmiech i słońce za oknem, że umiesz poprosić o wsparcie i pomoc – **to wszystko dowodzi Twojej siły, którą odnajdujesz jako odpowiedź na swój wybór.**

Doświadczenie pełni swojego człowieczeństwa bywa bardzo trudne, zwłaszcza w chwilach kryzysowych. Jednak to właśnie pokonywanie kryzysów może nas wewnętrznie umacniać. Może pogłębiać nasze współczucie, zrozumienie i miłość – do otaczających nas ludzi i do siebie samych. Każdy z nas po wielekroć upadał i podnosił się po bolesnym upadku takie doświadczenia są udziałem nas wszystkich!

Korzystając z dobrych wskazówek, staraj się być w kontakcie z tym, co odczuwasz jako dobre dla siebie i prawdziwie pomocne. Staraj się uniknąć pułapki nadmiernego skupiania się na chorobie i zagrożeniu. Odpowiedzią na to bywa czasem jałowe zamartwianie się, blokujące zdolność do działania, bądź odwrotnie, poddawanie swego ciała bezwzględnej i twardej dyscyplinie, kompulsywna walka z każdym przejawem „słabości", podszyte niechęcia i dezaprobatą zmienianie się „na siłę". Takie strategie rodzą nowy stres, zużywają bardzo wiele energii, utrudniają równocześnie jej odbudowanie. Nie pomagają Ci również w uleczeniu Twego serca.

Pomoże Ci raczej uświadomienie sobie, że **Twój organizm ma wrodzoną wiedzę o zdrowiu**, o prawidłowym przebiegu procesów, które składają się na biologiczne trwanie i rozwój, oczyszczanie się i naprawianie szkód, walkę z mikrobami i nieprawidłowo rosnącymi bądź uszkodzonymi komórkami. Organizm „wie", co mu jest potrzebne do przywrócenia sobie równowagi i jak do niej doprowadzić. Postaraj się go słuchać i pomagać mu w przeprowadzeniu procesów naprawy. W jaki sposób?

Dając mu to, czego potrzebuje: zdrowego jedzenia, snu i odpoczynku w ciągu dnia, potrzebnej dawki aktywności – ruchu, dotleniających i przywracających rześkość spacerów. Wprowadź też i rozwijaj takie zajęcia, które przynoszą Ci radość, poprawiają Ci nastrój, utwierdzają Cię w poczuciu swojej skuteczności. **W takich chwilach, wolnych od poczucia obowiązku, presji i przymusu, Twój organizm naprawdę się regeneruje i mobilizuje siły.** Badania nad efektami relaksu i swobodnej, dającej radość aktywności wykazały, że układ odpornościowy jest wtedy znacznie bardziej skuteczny – nawet o 25%! – niż w stanie zwykłego, neutralnego, a tym bardziej – stresującego działania.

Przeczytaj jeszcze raz motto tego artykułu – i zaufaj tej głębokiej prawdzie, **że droga do dobrych zmian w Twoim życiu prowadzi poprzez akceptację, pełną akceptację siebie, taką jaką jesteś naprawdę !** Udręka poczucia winy i ciągłe rozpamiętywanie własnej niedoskonałości – nie są prawdziwą pokorą; surowość wobec siebie; perfekcjonizm i nieuznawanie własnych ograniczeń – nie są prawdziwą siłą. Zamiast trzymać się tych pozorów, zwróć się ku źródłom rzeczywistych zasobów. **Zwróć się do wewnątrz, i odnajdź w swoim sercu zdolność do kochania.** (...)

Psycholog kliniczny
mgr Teresa Wysocka-Bobryk

„Gazeta AMAZONKI" nr 5, kwiecień 2004 r.

POGODZONE Z LOSEM

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.

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 drzemią, 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 wyróżnia 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 mogąc poradzić sobie z tą sytuacją, odrzuca prawdę – wchodzi w fazę zaprzeczania: *Zawsze byłem zdrowy, to musi być pomyłka. Tyle planów i rozpoczętych spraw, to niemożliwe*. Chory często szuka kolejnego lekarza, bo ma nadzieję, że usłyszy inną diagnozę. Zaprzeczenie jest formą obrony, daje czas na ochłonięcie po przeżytym wstrząsie.

Kiedy już człowiek zaczyna dopuszczać do swojej świadomości, co się stało, pojawia się **faza buntu i gniewu**. Dominującymi emocjami są wtedy złoć, 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: *Patrzą 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 nastrój depresyjny towarzyszy już wcześniejszym etapom. Chory, poddany leczeniu, czuje się słabszy, bezużyteczny, małowartościowy, 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 przewartościować swoje dotychczasowe życie, dokonują zmian, na które niekiedy nie mogli się zdecydować od lat: Dzięki chorobie odzyskaliśmy 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. 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. Pomóc 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. (...)

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...

dr n. med. Mariola Kosowicz
kierownik Poradni Psychoonkologii
COI w Warszawie

„Gazeta AMAZONKI" nr 8, październik 2005 r.

„Nie śmierci się boimy, lecz myśli o śmierci."

Seneka

Foto. Tomasz Karolak

Mgr Danuta Longić, psycholog z Poradni Psychoonkolgii Centrum Onkologii na warszawskim Ursynowie porusza trudne tematy śmierci i umierania.

(...) Postawa wobec śmierci, którą niesie współczesny świat jest pełna niepokoju, lęku i strachu – to postawa wypierania śmierci ze świadomości. W dzisiejszych czasach ludzie uciekają od świadomego procesu umierania, nie chcą cierpieć, przez co nasiliła się potrzeba szybkiej śmierci.

Kilka lat temu na pytanie zadane Polakom przez CBOS: *Jak chciałbyś umrzeć?*, aż 71 proc. naszych rodaków odpowiedziało, że w sposób niespodziewany. Tylko co piąty z nas uważa, że śmierć jest czymś, na co powinniśmy się przygotować. 59 proc. chciałoby zakończyć życie we śnie. Tymczasem taka śmierć, choć nadal się zdarza, jest bardzo rzadka. W XXI wieku większość z nas umiera wskutek chorób przewlekłych, w szpitalach, w otoczeniu sprzętu podtrzymującego w nas życie.

Pytania o to, który sposób umierania jest lepszy, zadają również moi pacjenci. Pytają, co moim zdaniem jest lepsze, czy szybka bezbolesna śmierć w wypadku, czy oczekiwanie na nią aż nadejdzie. Odpowiadając na tak zadane pytanie, najczęściej mówię, że nie wiem, co jest lepsze, ale wiem, że śmierć nagła to śmierć, która kończy wszystko i zamyka możliwość zrobienia czegokolwiek zarówno osobie, która umiera, jak i jej bliskim. Już nie mają wpływu na nic. Natomiast, gdy mamy do czynienia z sytuacją choroby przewlekłej, to mamy możliwość przygotowania siebie i naszych bliskich na rozstanie.

Wnioski po rozmowach z moimi pacjentami na temat godnego umierania, często są takie, że do czegoś takiego jesteśmy kompletnie nieprzygotowani, zarówno w sensie fizycznym, jak i duchowym. **Jeśli przez całe życie boimy się śmierci i unikamy myślenia o niej to, gdy w końcu się z nią spotykamy, cierpimy bardziej, niż to potrzebne – i my sami, i nasi bliscy.**

Nie mamy wpływu na to, kiedy umrzemy, ale mamy wpływ na to, w jaki sposób przeżyjemy nasze życie aż do momentu jego zakończenia. Kiedyś jedna z moich pacjentek stwierdziła, że – *nie trzeba się wysilać, nic nie trzeba robić, aby umrzeć, ale trzeba się napracować, aby dobrze żyć i umrzeć godnie*.

Trudno jest uwierzyć we własną śmierć. Pomimo tego, że każdy dojrzały człowiek jest świadomy ludzkiej śmiertelności, nie chce w to uwierzyć. *Non mortem timemus, sed cogitationem mortis* – nie śmierci się boimy, lecz myśli o śmierci, mówi łacińska sentencja. Lęk przed śmiercią zabiera nam energię i siłę do życia, osłabia naszą nadzieję. Współczesny człowiek, często nie radzi sobie ze zjawiskiem śmierci, ukrywa problem gdzieś w zapomnianej przestrzeni, najniższej szufladce świadomości i zamyka ją na klucz. Kiedy jednak przychodzi moment jej otwarcia, nie wie jak się zachować, nie wie, co czuć.

Bronnie Ware pielęgniarka z Australii, na podstawie przeprowadzonych rozmów z osobami, którym zostało ostatnie kilka miesięcy życia, napisała książkę „The Top Five Regrets of the Dying". Pani Ware przez okres od 3 do 12 tygodni rozmawiała z chorymi, aby pomóc im złagodzić ból i przygotować do śmierci. We wnioskach autorka napisała, że ludzie niesamowicie dojrzewają, gdy stawiają czoła swojej śmiertelności. Pojawia się klarowność i jasność tego, co w życiu naprawdę jest ważne. Pacjenci byli targani całym spektrum najróżniejszych emocji – zaprzeczenia, złości, strachu, akceptacji.

To pięć najczęściej pojawiających się tematów w odpowiedzi na pytanie zadane przez Bronnie Ware: **„Czego najbardziej żałujesz w obliczu zbliżającej się śmierci?"**

1. Żałuję, że nie miałem więcej odwagi żyć życiem prawdziwym dla mnie, a nie życiem, którego oczekiwali ode mnie inni.

Od wielu lat współpracuję z klubami Amazonek. Podczas rozmów z kobietami słyszę, że przez wiele lat, zanim zachorowały, żyły tylko po to, aby zaspokajać potrzeby i oczekiwania innych. Często mówią, że tak były skoncentrowane na innych, że tak naprawdę nie znały swoich potrzeb, nie wiedziały czego pragną, nie potrafiły powiedzieć o czym marzą. Dzisiaj są to kobiety świadome siebie i swoich potrzeb. Wiedzą, na czym im zależy i do tego dążą. One same decydują o swoim życiu i dokonują wyboru, którą drogą podążają.

2. Żałuję, że pracowałem tak ciężko.

Praca to temat ważny w życiu współczesnego człowieka, temat szczególnie ważny w życiu mężczyzny. *Bez pracy nie ma kołaczy, praca uszlachetnia* – to często powtarzane słowa przez mężczyzn. Przecież praca jest drogą w zdobywaniu środków do funkcjonowania i lepszego życia. Ważne jest pytanie o efektywność i mądre planowanie swoich zajęć. Jeżeli odpowiedź brzmi, że mogę lepiej zaplanować swój czas, to należy to szybko zrobić, póki jeszcze go mamy.

3. Żałuję, że nie miałem odwagi wyrażać swoich uczuć.

Kiedy rozmawiałeś o miłości z kimś, kogo kochasz? Kiedy pozwoliłeś sobie na przytulenie ukochanej/ukochanego? Dlaczego, z jakiegoś powodu nie robisz tego? Dlaczego ukrywasz swoje uczucia? Dlaczego udajesz kogoś, kim nie jesteś? Jeżeli masz z tym problem, jeżeli tłumisz, co czujesz naprawdę, zmień to, a poczujesz się lepiej. Doświadczysz nowej jakości życia. Odkryjesz, że bycie szczerym wobec siebie, może być drogą do pełniejszego i szczęśliwszego życia.

4. Żałuję, że nie pozostałem w kontakcie ze swoimi przyjaciółmi.

„Czas". Okazało się, że moje znajome Amazonki odkryły „nowe pojęcie liczenia czasu". Przed zachorowaniem nie miały czasu na nic, były zabiegane i zapracowane. Czasu wystarczało im tylko na pracę i zaspokajanie potrzeb innych. Doświadczenie choroby sprawiło, że dokonały zmian w swoim życiu – zmieniły priorytety. Teraz mają czas na spotkania, wspólne wyjazdy, wyjścia do kina i teatru. Mają czas na przyjaźnie i mówią, że nie zmieniłyby tego stanu rzeczy. Ważne jest, aby dbać o relacje i aby być blisko z tymi, których kochasz i są dla ciebie ważni.

5. Żałuję, że nie pozwoliłem sobie być szczęśliwym.

Co to znaczy być szczęśliwym? Czas, o którym mamy świadomość, że jest ograniczony, sprzyja rozważaniom na temat szczęścia. Już samo chorowanie sprawia, że człowiek zastanawia się nad swoim życiem. Zastanawia się jak ono przebiegało, ile osiągnąłem, czy spełniłem marzenia, czego nie udało mi się osiągnąć, czy zdążę jeszcze… być szczęśliwym. Nie czekaj aż świat się zmieni. Nie uzależniaj swojego szczęścia od innych ludzi, od innych okoliczności. Daj sobie prawo do odrobiny szczęścia, bo każdy człowiek ma do tego prawo. Po prosto żyj już teraz i bądź szczęśliwy/szczęśliwa. (...)

„Gazeta AMAZONKI" nr 27, październik 2015 r.

Facet w staniku

Karol siedział na łóżku w sypialni trzymając w ręku biały biustonosz. Bawił się, wkładając i wyjmując z kieszonki protezę piersi.
– Jest fajna w dotyku i pasuje do tego schowka w staniku – powiedział do żony uśmiechając się.
– Kochany, jak chcesz ponosić, to kup sobie własny.
Anna zabrała biustonosz z protezą i poszła się ubierać. Na dwudziestą wybierali się do teatru.

Anna ma 45 lat, mastektomię przeszła 7 lat temu. Początki były straszne. Miała przekonanie, że wraz piersią odcięto jej całą kobiecość. Oczywiście cieszyła się z wygranej z chorobą, ale gdy euforia opadła, myślała już tylko o tym, że nie jest kobietą. Uciekała od męża, uciekała z sypialni, uciekała od rozmów „o tym". Mówi, że nie wie, co by było, gdyby nie upór męża. Karol nie dał za wygraną, cierpliwie tłumaczył, mówił, prosił. Wszystko po to, by Ania uwierzyła, że dla niego jest dalej tą samą kobietą, w której się zakochał. Za radą psychologa nie przekonywał żony, że nic się nie zmieniło – bo przecież zmieniło się wiele, ale że są w stanie sobie z tym poradzić. Akceptacja ze strony Karola sprawiła, że Ania zaczęła wierzyć i akceptować siebie z „tym", a raczej bez tego... Obecnie Anna nawet nie myśli o rekonstrukcji, bo jak twierdzi, nie będzie zabierać Karolowi ulubionej zabawki, a tak naprawdę, nie ma już takiej potrzeby. Przecież wiadomo, że jest kobietą.

Basia miała 42 lata, gdy usłyszała diagnozę. Początkowo koncentrowała się wyłącznie na tym, żeby zwyciężyć chorobę i nie myślała o odjętej piersi. Podczas naszych sesji Basia zawsze omijała temat swojego męża, unikała odpowiedzi na pytania o niego. Poznałam go na warsztatach Simontonowskich. Zapamiętałam go, bo nie chciał pracować i dezorganizował każde ćwiczenie, nie chcąc w nich uczestniczyć. Przyszedł na warsztaty po wielodniowych namowach Basi wyłącznie dlatego, żeby żona przestała w końcu go nagabywać. Czy Marek nie chciał wesprzeć żony? Do końca nie wiadomo. Być może nie umiał, a może bał się. Nigdy jednak nie uczynił nawet maleńkiego kroku, by to zmienić, nie chciał spróbować. W efekcie Basia została bez wsparcia ze strony najbliższej osoby i utwierdziła się w przekonaniu o swojej bezwartościowości jako kobiety. Poradziła sobie, ale o ile łatwiej by jej było, gdyby jej facet zachował się jak facet?

Wsparcie najbliższych w obliczu choroby jest jak transfuzja krwi – ratuje życie i nie można jej niczym zastąpić. W przypadku Amazonek, kiedy „choruje" symbol, główny atut naszej kobiecości, wsparcie mężczyzny – męża, partnera, brata, ojca – jest szczególnie istotne. Oczywiście nie daję sobie prawa na monopolizowanie tego, co dla kobiet jest tym atutem, a co nie jest, myślę jedynie o tej „statystycznej większości", dla której piersi są takim atutem. To wynika z moich rozmów z pacjentkami.

Sposób, w jaki zachowa się ważny w naszym życiu mężczyzna, jest kluczem do dobrego funkcjonowania w czasie choroby i po jej zakończeniu. Niepewność i bezradność, jaką czują kobiety w zetknięciu z diagnozą, potęguje fakt poczucia okaleczenia, utraty cząstki siebie, utraty kobiecości. Kobiety często unikają rozmów na temat tej utraty, sądząc, że w ten właśnie magiczny sposób ochronią swojego partnera i siebie przed stresem, smutkiem czy cierpieniem. Często też boją się jego reakcji na informację o stracie piersi. Efekt jest zwykle taki sam – jak w czeskim filmie, nikt nie wie, o co chodzi. Narasta strach, mnożą się nieporozumienia, a bezradna kobieta ma wrażenie, że mąż jej już nie kocha, bo straciła pierś. Właśnie wtedy mężczyzna powinien „włożyć stanik" i pomóc najlepiej jak potrafi. A jeśli nie potrafi albo się boi, niech o tym powie – wszystko jest lepsze od milczenia, ucieczki i udawania, że problemu nie ma, albo czekania aż sprawa rozejdzie się po kościach.

Wsparcie jest potrzebne w każdym momencie, na każdym etapie leczenia, niezależnie od tego, czy operacja jest radykalna, czy oszczędzająca. Wsparcia potrzebuje każda kobieta, która dowie się, że jest chora.

Psycholog
mgr Agnieszka Waluszko

„Gazeta AMAZONKI" nr 19, marzec 2011 r.

Czy istnieją zależności między wzrostem nowotworu, a stanem psychicznym pacjenta?

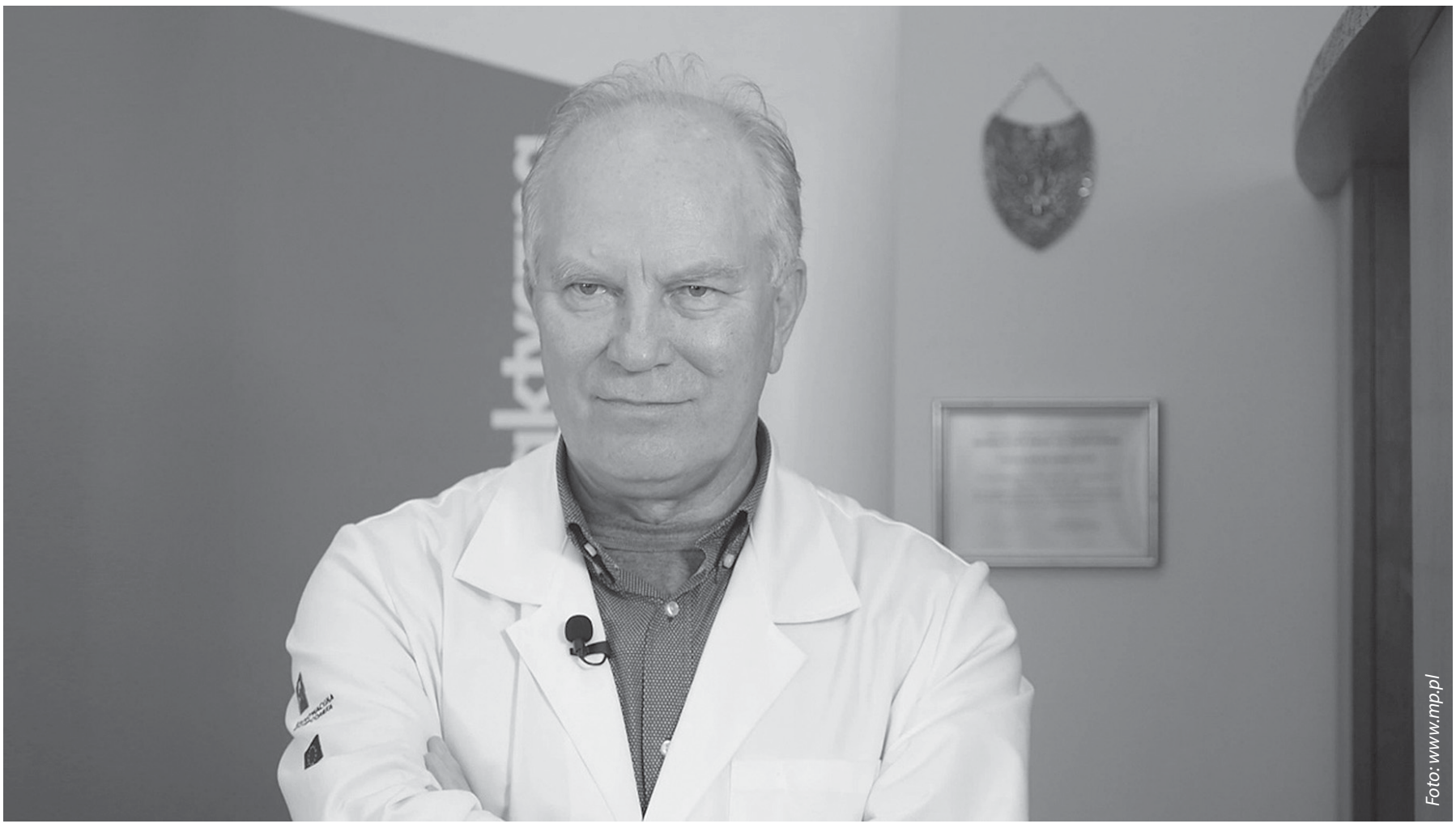
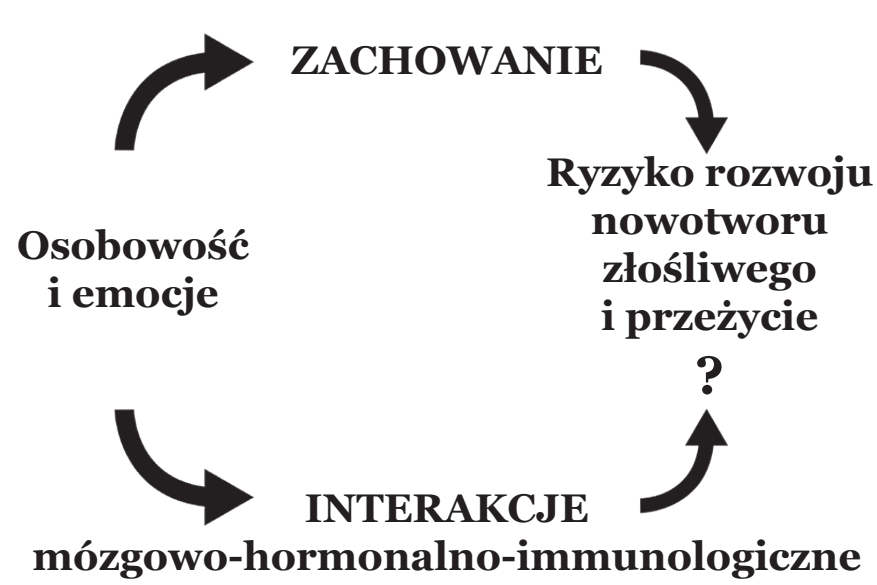


Foto: www.mp.pl

Od lat zadajemy sobie to pytanie. Niewątpliwie, jednym z czynników współdecydującym o możliwości wzrostu i rozprzestrzeniania się nowotworu jest funkcja układu odpornościowego. Do dziś nie jest ustalone, czy rozwój nowotworu poprzedzony jest przez dysfunkcję układu immunologicznego, czy też zniesienie aktywności przeciwnowotworowej układu odpornościowego spowodowane jest przez sam nowotwór.



Znając złożoność powstawania procesu nowotworowego, jak też jego rozwój, oraz ogromne zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi rodzajami nowotworów nie możemy stwierdzić, czy uszkodzenie systemu odpornościowego ma charakter pierwotny, czy też wtórny. Naturalne przypadki samowyleczenia choroby nowotworowej odnotowywane są niesłychanie rzadko i głównie w nowotworach nazywanych immunogennymi, takimi jak rak nerki oraz czerniak, co wskazuje dużą zależność wzrostu nowotworu od stanu systemu immunologicznego.

Układ odpornościowy dysponuje możliwościami rozpoznawania oraz niszczenia komórek nieprawidłowych, w tym nowotworowych, poprzez aktywność komórek prezentujących antygen (APC – antygen presenting cells), komórek cytotoksycznych CTLs (cytotoxic T lymphocytes), naturalnych komórek zabijających (NK – natural killer cells), jak też poprzez produkcję przeciwciał skierowanych przeciw określonym antygenom.

W wyżej wymienionych reakcjach systemu odpornościowego w komunikacji pomiędzy jego komórkami czynny udział biorą cytokiny, wydzielane przez komórki tego układu. Ich rolą jest koordynowanie funkcji poszczególnych komórek układu immunologicznego w procesie rozpoznawania jak i niszczenia np. komórek nowotworowych. Jednakże funkcja tego układu zależna może być również od funkcji narządów układu hormonalnego np. tarczycy czy nadnerczy, które poprzez swą aktywność mogą oddziaływać hamująco.

Przypuszcza się, iż pacjent poddany działaniu silnego, długotrwałego stresu jest bardziej narażony na rozwój chorób nowotworowych właśnie poprzez negatywny wpływ hormonów kory nadnercza na czynność układu odpornościowego.

Można powiedzieć, iż o ile rola układu odpornościowego w założonym procesie rozwoju nowotworu jest dla nas oczywista, to jednak nadal nie w pełni rozumiemy udział zarówno komórek tego systemu, jak i ich produktów, tak w procesie inicjacji nowotworu, jak też jego bogatej symptomatologii klinicznej. Nie ma więc dotychczas na postawione w tytule pytanie jednoznacznej odpowiedzi.

prof. dr hab. n. med. Cezary Szczylik
Kierownik Kliniki Onkologii CSK WAM w Warszawie

„Gazeta AMAZONKI" nr 6, wrzesień 2004 r.

Ars curandi – refleksja nad sztuką leczenia

Kochany Młody Przyjacielu – Koleżanko i Kolego Lekarzu, chcemy podzielić się z Tobą naszym odkryciem, którego dokonaliśmy na korytarzu Zakładu Teleradioterapii Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Otóż, **życie lekarza składa się z trzech okresów**. Przy czym trzeci, który polega na traktowaniu swojego zawodu jako uprawianie sztuki, nie u każdego z nas ma miejsce.

Pierwsza faza – teoretyczna, to naturalnie zdobywanie wiedzy. Obserwowanie i przeżywanie, dzięki obecnym w naszym mózgu neuronom lustrzanym, które łączą obraz z przeżyciem. Greckie słowo *Teoria* w dziwny i tajemniczy sposób nawiązuje do tej odkrytej niedawno funkcji naszych neuronów. Termin *Teoria* składa się z dwóch greckich słów *Thea* – widok, widzenie, wizja oraz *orao* – widzieć, patrzeć. Teoria, jest więc widzeniem wzmocnionym intencją oglądającego. Jest wejściem w przedmiot oglądany i „stopieniem" się z nim w jedność.

Druga faza – praktyczna, to okres podejmowania decyzji w oparciu o teorię. Nasza decyzja jest zawsze indywidualna, związana z naszym wewnętrznym jej przeżywaniem. Nawet, gdy posługujemy się gotowym standardem (procedurą) musimy akceptować ukryty kod etyczny, który się w nim (w niej) znajduje.

Trzecia faza – to faza twórcza. Lekarze, którzy ją osiągnęli są artystami, którzy wznieśli się ponad profesjonalizm. Profesjonalista szuka zarobku, a artysta piękna.

Aby osiągnąć trzecią fazę – *ars curandi* i uzyskać tytuł *Doctorus Magnus* (*magnus*, łac.- wielki), trzeba wypracować w sobie kilka cech:

1. **Zdolność twórczego myślenia i odkrywania ukrytego piękna w każdym chorym.**
2. **Znać swój fach, aby to piękno mogło stać się bardziej widzialne poprzez zerwanie zasłony cierpienia.**
3. **Zobaczyć i odkryć całość – choroby w chorym z jej wszystkimi uwarunkowaniami widzialnymi i niewidzialnymi.**

Lekarz artysta w kontakcie z chorym wychodzi poza sekcję wykonywaną na żywym chorym poprzez CZYSTĄ LOGIKĘ. Tym samym chce odtworzyć piękno całego chorego nie tylko przez poszukiwanie przyczyny, ale przez odkrycie całościowego fenomenu w jego istocie i czynnikach, które go konstytuują. Taka twórcza praca z konkretnym chorym powoduje, że lekarz odkrywa niepowtarzalne piękno struktury wewnętrznej każdego człowieka, które przekracza jego ciało i psychikę. W takim akcie twórczym lekarz jest, co najmniej takim samym lub większym beneficjantem niż pacjent.

Wszystko to, co napisaliśmy dla Ciebie zawiera się w jednej myśli twórcy onkologii humanistycznej profesora Tadeusza Koszarowskiego (1915-2002): *Medycyna pozbawiona elementów idealistycznych nawet jakoś metafizycznych jest czymś banalnym.*

Wiktor Chmielarczyk i Bogusław Lindner
Centrum Onkologii-Instytutu
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

„Gazeta AMAZONKI" nr 11, kwiecień 2007 r.

Doktor Wiktor Chmielarczyk z naszymi koleżankami na Pielgrzymce na Jasną Górę

Przychodzi baba do lekarza...

Pacjent: *Jest taka sprawa, panie doktorze.*
Lekarz: *Panie Tadeuszu, ten wynik jest całkiem dobry.*
Pacjent: *Jeden wynik.*
Lekarz: *Wyniki, może wyniki… Ja… Bo tu mamy iiiii… morfologię, i mamy, i mamy miażdżycę, mamy cukrzycę tu ocenioną. Nie ma cukrzycy pan.*
Pacjent: *No dobrze.*
Lekarz: *Nie ma pan jakichś na przykład anemii.*
Pacjent: *Panie doktorze, tak przerwę. To może być w głowie, miażdżyca.*
Lekarz: *Mooooże być, tak, no może być.*

To prawdziwa rozmowa lekarza z pacjentem, jedna z kilkudziesięciu analizowanych przez Karolinę Stefaniak w książce „Władza i tożsamość w komunikacji lekarz – pacjent", która może być interesująca zarówno dla lekarzy, jak i socjologów medycyny, psychologów, psychoterapeutów. Jednak jest to książka napisana przez lingwistkę i analizująca komunikację lekarz – pacjent metodami typowymi dla językoznawstwa, więc prawdopodobnie niewielu czytelników – pacjentów po nią sięgnie. Muszę od razu dodać, że wszystkie strony eksperymentu - lekarze jak i pacjenci zgodzili się, by ich konsultacje były nagrywane i potem analizowane, a i tak rozmowy te wyglądały tak, jak zawsze. Lekarz mówi, pacjent milczy i od czasu do czasu próbuje się dowiedzieć, co go dręczy.

Jak pisze autorka, relacja między lekarzem a pacjentem jest zawsze asymetryczna na korzyść lekarza i jest relacją. (Władza ta rzecz jasna jest symboliczna i przejawia się w języku.) Oczywiście. Tak się właśnie czujemy. Lekarz kontroluje nie tylko nasz organizm, ale i nasze zachowania – czy dobrze spełniamy jego polecenia. W dodatku władczym tonem wydaje nam polecenia, kiedy mamy przyjść na badania i nawet nie pyta, czy mamy wtedy czas. Ostatnio jako niepokorna pacjentka zwróciłam uwagę panu doktorowi, który zapisał mnie na cztery badania, że będę musiała wziąć cztery dni urlopu, ale nawet nie mrugnął okiem.

Myślę, że dla lekarzy najciekawsza będzie ta część badawcza, w której autorka analizuje nagrania wizyt u lekarza. Niejeden z lekarzy ze zdumieniem zauważy, że tak właśnie prowadzi rozmowy z pacjentami. Karolina Stefaniak pokazuje, że komunikacja zależna jest od wieku pacjenta, od płci i od tego, czy konsultacja przebiega w publicznej, czy prywatnej przychodni. Według autorki, **to kobiety są jako pacjentki bardziej aktywne od mężczyzn, zadają więcej pytań, częściej same stawiają sobie diagnozę**. Różnie też przebiega komunikacja lekarz – pacjent w sytuacjach, gdy lekarz jest kobietą, a pacjent mężczyzną, gdy lekarz jest mężczyzną, a pacjent kobietą, jeszcze inaczej, gdy w interakcje wchodzą osoby tej samej płci. Autorka wyliczyła dokładnie, porównując konsultacje pacjentek z lekarzami, że kobiety jednak pytają – no i w ogóle coś mówią. Podczas wizyty lekarskiej typu kobieta – kobieta wszystkie w badaniach przekroczyły magiczną liczbę tysiąca wyrazów, podczas gdy konsultacje prowadzone przez lekarzy-mężczyzn, nieważne, czy z pacjentką czy z pacjentem nie przekraczają 1000 wyrazów. I znowu okazuje się, że to kobiety wzięły swój los pacjentki we własne ręce.

dr Anna Mazurkiewicz
socjolog, dziennikarka

„Gazeta AMAZONKI" nr 20, październik 2011 r.

Pacjenci nie znają i nie rozumieją swoich praw

Jako lekarz często jestem pierwszą osobą, która informuje chorego, jakie ma uprawnienia. Na przykład, że może przeczytać własną dokumentację medyczną. Okazuje się, że pacjenci nie znają swoich praw lub nich nie rozumieją. Tymczasem, zgodnie z międzynarodowymi kodeksami, należą one do podstawowych praw człowieka, a w Polsce są umieszczone w różnych ustawach i przepisach wykonawczych. W 1998 roku ówczesny minister zdrowia zalecił publiczne udostępnienie tzw. Karty Praw Pacjenta. Niczego to jednak nie zmieniło. Po pierwsze z powodu niskiej świadomości prawnej Polaków. Po drugie specyficznej relacji między lekarzem a pacjentem.

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że w stosunku do pracownika ochrony zdrowia pacjent jest zawsze stroną słabszą: nie w pełni sprawny, uzależniony od tych, którzy sprawują nad nim opiekę medyczną, zdany na ich wiedzę i umiejętności. W tym układzie personel zawsze wie lepiej, czego pacjenci potrzebują, a nawet czego oczekują. Lekarz przekazuje im informacje wybiórczo, cenzurując je, oczywiście w imię dobra chorego. I to Polakom odpowiada. Poważają i cenią takiego lekarza, który bez dyskusji podejmuje arbitralne decyzje z wyżyn swojej medycznej wiedzy. W krajach anglosaskich natomiast ten paternalistyczny typ stosunków jest źle oceniany i bardzo niepopularny.

W Polsce nie do pomyślenia jest również oczywista na Zachodzie sytuacja, kiedy to po wysłuchaniu propozycji leczenia pacjent mówi: *Dziękuję, ale chcę zasięgnąć jeszcze innej opinii. Czy mógłby mi pan doktor polecić lekarzy tej specjalności ?* (pomijam tu możliwą do przewidzenia negatywną reakcję znacznej części polskich lekarzy). Pacjent sporadycznie zadaje pytania o inne metody leczenia. A przecież medycyna zmieniła się na tyle, że prócz sytuacji nagłych zagrożeń życia zazwyczaj jest kilka możliwości.

Zilustruję to przykładem ze swojej dziedziny. Jak wiadomo, w przypadku wczesnego raka piersi o niskim stopniu zaawansowania nie zawsze trzeba amputować pierś. Aby ustalić, czy nie ma przeciwskazań do leczenia z zaoszczędzeniem gruczołu piersiowego, konieczne są dodatkowe badania. Jeżeli ich wyniki pozwalają na wybór: amputacja czy leczenie, proponuję, by dokonała go pacjentka. W tym momencie spotykam się zazwyczaj z pełnym niezrozumienia zdziwieniem: *Jak to? Przecież nie jestem lekarzem i nie wiem, co jest lepsze.* Przyznanie chorej prawa do decyzji sprawia, że zaczyna ona wątpić w autorytet lekarza (*„Może nie jest dobry, skoro nie wie, jak mnie leczyć?"*).

Jestem przekonana, że ta relacja lekarz – pacjent się zmieni, choć nie od razu. Myślę, że takie czasopisma jak „Zdrowie" mają do odegrania ważną rolę w upowszechnianiu praw pacjenta.

dr n. med. Monika Nagadowska, chirurg onkolog
Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie

„Gazeta AMAZONKI" nr 4, październik 2003 r.

Z Wiesławą Dąbrowską-Kiełek

pierwszym Sekretarzem Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii

„Amazonki" rozmawiają: Zofia Michalska i Elżbieta Kozik

E. K.: Dziesięć lat temu kiedy przyszłam do klubu po raz pierwszy, właśnie Wiesia przykuła moją uwagę i wzbudziła wielkie zainteresowanie. Nie mogłam oderwać od Niej oczu, zafascynowała mnie tym jak traktuje pracę w Klubie, kim jest i co robi dla dobra i na rzecz Ruchu Amazonek w Polsce. Z każdym dniem odkrywałam Jej niezwykłość, kreatywność jak również wszechstronne uzdolnienia. Wszystkie swoje talenty pożytkowała dla dobra ogólnego. Niezastąpiona w pomysłach, niezmordowana w budowaniu pożytecznych projektów w tym również profilaktycznych kampanii, a nade wszystko posiadająca niezwykłe zdolności realizowania tego, co zostało zaplanowane. Wiesia to Ikona Ruchu Amazonek, to autentyczne potwierdzenie, że „nie ma rzeczy niemożliwych", bo dla Niej takie nie istnieją. Dobrze jest spotkać kogoś takiego na swojej drodze.

Z. M.: Jesteś już w naszym Ruchu całe 15. lat. I nie ma w tym nic niezwykłego. Jest bardzo dużo koleżanek z tak dużym stażem w każdym Klubie. Ale niezwykłe jest to, że przyszłaś do Klubu niemal bezpośrednio ze szpitala. A były to czasy, kiedy kobiety ukrywały swoją chorobę, a o „Amazonkach" jeszcze nikt nie słyszał. Co Cię zmotywowało do przyjścia do Klubu i tak czynnego włączenia się w nurt działań?

W. D-K.: Trudno wymienić jeden motyw. Zawsze pociągało mnie nieznane i np.: w pracy zawodowej chętnie wiązałam się z nowymi dziedzinami działalności. Jest też faktem, że zawsze miałam dodatkowe funkcje: gospodyni klasowej, przewodniczącej samorządu szkolnego, członka Rady Zakładowej, członka różnych komisji. Taka osobowość, może pomogła mi tak szybko związać się z ideą Amazonek, ale nie była motywem głównym. Sądzę, że przygnała mnie tu nadzieja. Tak – nadzieja, że dowiem się czegoś ważnego i twórczego, że znajdę tu oparcie i pomoc. I nie pomyliłam się. Z warszawskim klubem Amazonek zetknęłam się, jak wiecie, 5. lat przed zachorowaniem. Był to kontakt bardzo pouczający i optymistyczny. Mimo tego w momencie operacji wiedziałam o raku tylko tyle, że zabija. Jego niszczącą siłę nosiłam od lat w moim sercu. Straciłam Ojca w ciągu 6. tygodni. Ciągle nie mogłam uwierzyć i zaakceptować tego, co się stało. Teraz musiałam rozliczyć się ze swoim rakiem. I tu wymienić musze rolę rehabilitacji, samej idei rehabilitowania kobiet po leczeniu raka piersi i osobiście dr Krystyny A. Miki. Rozpoczęcie ze mną rehabilitacji na korytarzu Kliniki przy Wawelskiej już drugiego dnia po operacji przez dr Hannę Tchórzewską, dało mi iskierkę nadziei, że może mam szansę – przecież inwestują we mnie. Rozmowy z dr Krystyną Miką i mgr Małgorzata Procner sprzed pięciu lat. Kontakt z kobietami, które przeszły przez tę Golgotę ukierunkował moje dalsze kroki. Jak po ożywczą wodę pognałam do CO i tu znalazłam to, czego potrzebowałam. Cudowny nastrój walki o sprawność, o przyszłość, o szybkie dojcie do formy i powrót do normalnego życia. Mimo bólu fizycznego, często fatalnego samopoczucia w Zakładzie Rehabilitacji odzyskiwało się siły, zdrowie – bo wiodła nadzieja, że to wszystko minie! To wsparcie ze strony profesjonalistów i fizjoterapeutów, ich uśmiech, opiekuńczość, wyrozumiałość są nie do przecenienia. Rehabilitacja jest najlepszym etapem leczenia nie tylko dlatego, że wieńczy dzieło, ale przede wszystkim dlatego, że daje nadzieję na dalsze, normalne życie. Sądzę, że to był mój motyw główny, obok wielu innych czynników.

Z. M.: No tak, ale zaczęłaś od razu działać?

W. D-K.: Dr Krystyna A. Mika bardzo pomogła mi wejść w meritum. Od razu zaangażowała mnie do cotygodniowych dyskusji. Doktor Mika wybierała sobie ludzi do współpracy. Ja czuję się osobą przez Nią wybraną. Była połowa roku 1992, zaraz po ogólnopolskim szkoleniu Ochotniczek prowadzonym przez International Reach to Recovery w Warszawie. Pierwsze dyskusje na temat potrzeby stworzenia organizacji wszechpolskiej odbywały się w klubie, przy pełnym składzie członkiń, których wówczas było 25–30. Później powstał zespół „gabinetowy": Ty – Zosiu, Bożenna Krawczyk, Marta Jankowska, Łucja Jacoszek, ja oraz profesjonaliści: mgr Małgorzata Procner, mgr Krystyna Puto i ówczesny nasz psycholog mgr Maria Rudzińska-Grażyńska. Doraźnie bywało wiele innych osób. Bardzo miło wspominam ten czas. Zanim doszło do zebrania założycielskiego Federacji 16 lutego 1993 roku my wykonałyśmy już szereg prac. Doktor Mika pasowała mnie od razu na sekretarza, bo przekazywała mi dokumenty pod opiekę, polecała przeprowadzanie różnych analiz. Jak pamiętam i Klub Warszawski i Federacja przez szereg lat nie miały osobowości prawnej. Działalność toczyła się pod patronatem Polskiego Komitetu Zwalczania Raka. To nie był przypadek, ale przemyślana, wypracowana idea– słuszna i dobra na tamtym etapie. Po wyborze Zarządu Federacji zostałam powołana przez Komitet na stanowisko sekretarza Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki", tworząc w ten sposób zalążek Biura Federacji. Pani doktor Krystyna A. Mika została mianowana Koordynatorem i w ten sposób oba te stanowiska łączyły Komitet z Federacją. Naszym głównym księgowym była księgowa Polskiego Komitetu Zwalczania Raka. Tak przetrwałyśmy przez szereg lat, aż do roku 1998, czyli przez cały okres mojego sekretarzowania.

E. K.: Tak wiele czasu poświęciłaś Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki". Znasz dobrze problematyką. Co sadzisz o przyszłości Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki"?

W. D-K.: Myślę, że czekają ją po raz kolejny zmiany organizacyjne. Nie mam gotowej koncepcji tych zmian i nie czują się do tego upoważniona. Obecnie uczestniczę biernie w życiu Federacji, ale wiem, co się dzieje. Federacja Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki" rozrosła się, dobija do rozmiaru molocha. Życie uczy, że molochy są mało mobilne, że do sprawnej działalności lepsze są mniejsze organizacje. Jestem tego zdania, co Ty (patrz poprzedni nr „Gazety"), ale nie wiem, jak to zrobić? Jestem zwolenniczką zjednoczonej Europy i popierać będę zjednoczoną Federację Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki". Podziały zawsze tworzą niebezpieczeństwo rywalizacji, co jest zaprzeczeniem samej idei Amazonek. Sądzę jednak, że po blisko 20. latach istnienia Ruchu, po wrośnięciu Klubów w społeczności lokalne, po zrozumieniu idei

przez media dochowałyśmy się mądrych, dojrzałych działaczek, które to niebezpieczeństwo oddalą. Życzę sobie i nam wszystkim Zjednoczonej, solidarnej Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki", wolnej od partykularnych interesów.

E. K.: A powiedz nam jeszcze, co robisz, żeby się nie wypalić?

W. D-K.: Zawsze byłam osobą czynną, nigdy się nie nudziłam. Sama mówię sobie, że mam dobre pomysły, świetne plany i kiepską realizację. Zawsze z czymś nie nadążam. I to może chroni mnie przed wypaleniem. Teraz mam „urlop klubowy" ze względu na moje życie rodzinne i bardzo za Wami tęsknię. Brakuje mi Was, waszej ˝życzliwości, zapału i sposobu rozwiazywania problemów (chwytać byka za rogi). Nie myślę o trwałej rozłące z klubem. Sądzę, że jeżeli wierzymy w słuszność tego, co mówimy i widzimy pozytywne rezultaty naszej pracy – wypalenie zwalnia tempo. Ale istnieją przecież inne obiektywne przyczyny. Jedną z nich jest Czas, przez duże „C". To on rzeźbi codziennie moją twarz, tak dalece skutecznie, że rano spoglądając w lustro widzę obcą, nieznaną mi osobę, która… nie podoba mi się. Powoli dobiera się też do mózgu. I to będzie ten czynnik, który wyeliminuje mnie z gry.

E. K.: Wiesiu dziś ze względu na Twoje rodzinne zobowiązania mamy utrudniony kontakt, ale nawet krótka rozmowa telefoniczna, wymiana poglądów, jest jak zawsze uskrzydlająca, stanowi motor do dalszych działań, nadaje sens naszym wysiłkom. Wracaj do nas jak najszybciej. Czekamy.

„Gazeta AMAZONKI" nr 10, październik 2006 r.

Z Hanną Tchórzewską

kierownikiem Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii rozmawia Elżbieta Kozik

Dr Hanna Tchórzewska Specjalista II st. rehabilitacji ruchowej, kierownik Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii, wykładowca na Wydziale Rehabilitacji AWF w Warszawie. Od 1990 roku członek-założyciel, a obecnie przewodnicząca Rady Fundacji Hospicjum Onkologicznego w Warszawie. Członek Zarządu Polskiej Unii Onkologii i Zarządu Europejskiego Ruchu Kobiet do Walki z Rakiem Piersi „Europa Donna – Polska". Od lat dr Hanna Tchórzewska współpracuje z klubami Amazonek wspierając je swoja wiedzą, doświadczeniem i życzliwością. Czynnie włącza się w prowadzone przez Amazonki akcje na rzec z walki z chorobami nowotworowymi. Jest Patronem oraz doradcą merytorycznym Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum.

Haniu, jak to się zaczęło, kiedy na swojej drodze spotkałaś Amazonki?

Kiedy zaczęłam pracować w Centrum Onkologii poznałam cele ruchów pacjentów. W czasie zawiązywania pierwszego klubu – i później zaprzyjaźniłam się z jego członkiniami. Zwłaszcza bliska mi była Hanna Maksymowicz.

Jaki miałaś stosunek do zrzeszania się kobiet po leczeniu raka piersi w Kluby?

W pierwszym okresie przede wszystkim obawiałam się sytuacji progresji nowotworu u choć jednej Amazonki w tak nielicznej grupie, zżytych, bliskich sobie kobiet, zmagających się z tą samą chorobą. I właściwie mogę powiedzieć, że nie popierałam tego ruchu – emocjonalnie i subiektywnie. Obiektywnie – z racji swoich zawodowych obowiązków – brałam udział w pierwszym w Polsce szkoleniu grupy chorych na te nowotwory. Nie myślałam, że szkolenia i kontakty z psychologami, mogą nauczyć pacjentki radzenia sobie w trudnej sytuacji nawrotu choroby u jednej z nich.

Czy dziś postrzegasz Amazonki tak jak na początku, jeśli nie, to co miało wpływ na zmianę odbioru ich wizerunku?

Rozwój Ruchu przerósł moje wyobrażenia – zresztą pewnie i wielu innych, życzliwych Wam ludzi. Myślę, że największy wpływ na zmianę mojego spojrzenia na te zagadnienia miał mój własny rozwój zawodowy i emocjonalny, jak również przykłady Was, nie załamujących się po stracie koleżanek.

Co jest Twoim zdaniem istotą Ruchu Amazonek w Polsce i na czym w następnych latach powinna skupić się nasza organizacja?

Według mnie Ruch powinien zająć się jeszcze bardziej pomocą innym kobietom. Na tyle się otwierać, żeby nowe pacjentki, które chciałyby przystąpić do Klubu nie czuły się jak „niepotrzebne" na pierwszych spotkaniach. Jest wiele miejsc w Polsce, gdzie jest trudno zdobyć nawet podstawowe informacje o tym, co robić po chorobie i jak dalej żyć z jej konsekwencjami. Ruch powinien nawiązać kontakty z kobietami na wsiach i w małych miejscowościach, gdzie nawet broszury nie docierają. Edukacja zdrowych to powinny robić powołane do tego inne organizacje – a pomoc w chorobie to Wy. Należy docierać do kobiet po operacji piersi we wszystkich szpitalach, ale Ochotniczkami powinny być kobiety o wyjątkowych predyspozycjach, specjalnie przeszkolone, mądre – nie „wszystko wiedzące", z charyzmą i ciepłem. Na wielu szkoleniach dla lekarzy rodzinnych podkreślam Waszą rolę w ruchu samopomocy. Wierzę głęboko, że w takiej formie, jak dziś, zataczając coraz większe kręgi obejmiecie całą Polskę, i pokażecie te ż innym chorym na nowotwory, że można, trzeba i należy przeżyć jak najlepiej dany nam czas.

„Gazeta AMAZONKI" nr 12, październik 2007 r.

Wigilia w Klubie Warszawskich Amazonek
oraz podziękowanie dla sponsorów i budowniczych Centrum Edukacyjno-Terapeutycznego

Nie ma nic piękniejszego, jak zostać zaskoczonym przez miłość. A dzisiaj, kiedy za chwilę będziemy dzielić się opłatkiem, tak naprawdę, będziemy dzielić się miłością. Wtedy każdy z nas zrozumie, że nie jest tylko przypadkowym i pozbawionym życia ewolutem materii. Każdy z nas jest chciany, niezbędny i kochany. I w tym wymiarze jego życie ma konkretny sens. Profesor Tadeusz Koszarowski w akcie erekcyjnym Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie napisał, że w tym budynku dla dobra chorego człowieka będzie łączyć się głęboka wiedza, bezgraniczna ofiarność i miłość. Ten głęboki przekaz, choć zakopany pod fundamentami Centrum, wciąż działa. Dowodem na to jest ofiarność twórców, sponsorów i budowniczych Centrum Edukacyjno-Terapeutycznego, które wraz jego pomysłodawczynią i główną sprawczynią, Panią Elżbietą Kozik Amazonką, wpisuje się w ten strumień ludzkiej solidarności, który otwiera bramy życia, nadając mu nowy sens.

Dzisiaj obchodzimy wraz z Paniami Amazonkami i przyjaciółmi Klubu Święto Wigilii. Dwa tysiące lat temu odwieczne „dziś" Boga dotknęło ulotnego i trwającego mgnienie chwili „dziś" każdego z nas. Wielki Bóg stał się mały i bezbronny. Z miłości do nas uznał, że w tym znaku lepiej poznamy jego czyste intencje i nie będziemy się Go bać. A więc nie bójmy się Go. W historii Europy, Ci którzy się Go nie bali nie stracili niczego, a przeciwnie pokazali nam życie wolne, piękne i wielkie. W tym miejscu nie sposób nie wspomnieć Jana Pawła II. A to Centrum Edukacyjno-Terapeutyczne zbudowane dzięki determinacji Warszawskiego Stowarzyszenia Amazonek, choć nas już nie będzie i zostaną tylko pamiątkowe tablice z nazwiskami fundatorów i budowniczych, służyło będzie nowym wyzwaniom onkologii. Moim zdaniem będą one polegały w dużej mierze właśnie na odpowiednim wykorzystaniu edukacji onkologicznej. Działalność edukacyjna będzie polegała przede wszystkim na ustawicznym tłumaczeniu coraz bardziej hermetycznego języka współczesnej nauki, na język przyjazny i zrozumiały dla każdego konkretnego pacjenta, który będzie musiał zmierzyć się z chorobą nowotworową, epidemią naszych czasów.

Jeszcze raz dziękuję Pani Elżbiecie Kozik i Klubowi Amazonek za zaproszenie na tę uroczystość i możliwość przekazania słów podziękowania dla tych wszystkich, którzy przyczynili się do powstania tej niepowtarzalnej placówki.

dr n. med. Wiktor Chmielarczyk

„Gazeta AMAZONKI" nr 13, marzec 2008 r.

Sponsorzy Centrum Edukacyjno-Terapeutycznego pod tablicą upamiętniającą darczyńców.

KALENDARIUM 2013-2017

24 kwietnia 2013 r.

Coroczna Konferencja Unii Mazowieckiej, pod hasłem „Wiedzieć to znaczy zwyciężyć"

Na Konferencji zorganizowanej przy udziale Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych wysłuchałyśmy m.in. wykładów na temat postępu diagnostyczno-terapeutycznego w ginekologii onkologicznej oraz dlaczego warto uczestniczyć w populacyjnych programach przesiewowych.

19-20 kwietnia, 13-14 września 2013 r.

Szkolenie liderów organizacji i stowarzyszeń pacjentów.

W kwietniu i wrześniu tego roku uczestniczyłyśmy w warsztatach zorganizowanych przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Szkolenie było przeznaczone dla liderów organizacji, a jego celem było nauczanie efektywnego dochodzenia i egzekwowania praw pacjentów. Warsztaty prowadzone przez psycholog Katarzynę Korpolewską oraz Karolinę Makuch okazały się nie lada wyzwaniem. Dwudziestoosobowa grupa miała okazję zmierzyć się z wieloma zadaniami praktycznymi, które były oceniane przez dwie profesjonalistki. Projekt okazał się wspaniałą okazją, do integracji, bliższego poznania przedstawicieli organizacji pacjentów działających w obszarze opieki zdrowotnej.

Dr Katarzyna Korpolewska z Amazonkami uczestniczącymi w warsztatach.

29 listopada 2013 r.

I Ogólnopolski Kongres Amazonek – „Zaawansowany rak piersi"

W Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie odbyło się historyczne, z perspektywy naszego Stowarzyszenia, wydarzenie: I Ogólnopolski Kongres Amazonek – „Zaawansowany rak piersi", pod hasłem „Nigdy nie rezygnujmy z nadziei". Na tak ważnej imprezie nie mogło zabraknąć Amazonek reprezentujących kluby z całej Polski. Podczas serii wykładów, specjaliści z dziedziny medycyny, psychologii oraz filozofii zmierzyli się z bardzo trudnym tematem, jakim jest zaawansowany rak piersi. Niezwykłym zakończeniem był przygotowany specjalnie na Kongres spektakl „Kobieta zakryta milczeniem" wg scenariusza i w reżyserii Katarzyny Korpolewskiej.

W pierwszym rzędzie: Prezydentowa J. Kwaśniewska, K. Kofta - pisarka, dr H. Tchórzewska-Korba. Fot. dr S. Mazur

10 lutego 2014 r.

Gala Św. Kamila

W Galerii Porczyńskich w Warszawie odbyła się uroczysta Gala wręczenia Nagród Św. Kamila. W kategorii „Pracownicy służby zdrowia z pasją realizujący swoją misję dla dobra chorych i cierpiących" nagrodę otrzymał od lat wspierający Amazonki dr n. med. Sławomir Mazur. Jak podkreślono w laudacji tegoroczny laur Św. Kamila, to nagroda: „Dla lekarza onkologa, dobrego i szlachetnego Człowieka, który nigdy nie poddał się w walce o życie i zdrowie pacjenta. Za dary troski, nadziei i serca, szacunek i życzliwość bezwarunkowo ofiarowane pacjentom."

E. Grabiec-Raczak, dr S. Mazur, W. Kunicka, G. Haber

14 maja 2014 r.

Zebranie sprawozdawczo-wyborcze

Podczas zebrania wybrano nowy Zarząd Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum z Ewą Grabiec-Raczak jako prezes na czele. Podziękowano ustępującemu Zarządowi za dotychczasową pracę – Eli Kozik za wieloletnie sprawowanie funkcji prezesa i kierowanie Stowarzyszeniem, a Zosi Michalskiej dotychczasowej wiceprezes za czuwanie nad pracą Ochotniczek. Nowa prezes podkreśliła, że liczy na wsparcie i zaangażowanie zarówno Zarządu jak i pozostałych koleżanek ze Stowarzyszenia, bo tylko razem możemy kontynuować pracę naszych poprzedniczek i realizować kolejne cele.

Nasi goście z Azerbejdżanu.

14 sierpnia 2014 r.

Wizyta gości z Azerbejdżanu

Gościłyśmy przedstawicieli organizacji NGO z Azerbejdżanu. W miłej atmosferze opowiedziałyśmy o swojej działalności, strukturze, planach na przyszłość. Dr Hanna Tchórzewska-Korba mówiła o rehabilitacji kobiet po leczeniu raka piersi w naszym kraju, a my o tym, co robimy przy łóżku chorej. Przedstawiłyśmy także działania, jakie podejmujemy na rzecz profilaktyki raka piersi i kobiet leczonych z powodu tego nowotworu.

13 września 2014 r.

Jubileusz XX lecia Federacji Stowarzyszeń „Amazonki"

13 września na poznańskiej Malcie Amazonki hucznie obchodziły 20. rocznicę powstania Federacji. Honorowy Patronat nad Galą Jubileuszową „Solidarne w Chorobie" objęła Małżonka Prezydenta RP, Pani Anna Komorowska. Mottem działań i obchodów Jubileuszu była NADZIEJA I RADOŚĆ.

Nasza, warszawska jubileuszowa reprezentacja z prezes i wiceprezes Federacji.

październik 2014 r.

Akcja „Gabinety z Różową Wstążką"

Wspólnie z Wielką Kampanią Życia „Avon kontra Rak Piersi" przeprowadziłyśmy już siódmą edycję akcji „Gabinety z Różową Wstążką". Kampania miała na celu uświadomienie kobietom, jak istotną rolę w walce z rakiem odgrywa profilaktyka i regularne wykonywanie badań. Działania w ramach kampanii nie tylko zwiększają świadomość polskiego społeczeństwa na temat choroby, ale również oferują kobietom możliwość wykonania USG piersi. Program „Gabinety z Różową Wstążką" umożliwiał poddanie się temu badaniu w wybranych placówkach w całej Polsce. W 2014 r. przebadanych zostało 4000 kobiet, część z nich została skierowana do dalszej diagnostyki.

Akcja „Zadbaj o siebie" w Warszawie. Na zdjęciu w środku Amazonka – Alicja Kolasa.

październik 2014 r.

Akcja „Zadbaj o siebie. Modna, piękna i zdrowa"

Stowarzyszenie „Amazonki" Warszawa – Centrum i marka odzieżowa QUIOSQUe rozpoczęły współpracę w ramach kampanii społeczna „Zadbaj o siebie. Modna, piękna i zdrowa", której celem jest zwrócenie uwagi kobiet na ich zdrowie, zachęcenie do poświęcenia czasu sobie, a w szczególności do wykonania badań profilaktycznych. Inspirując się Różową Wstążką – symbolem walki z rakiem piersi – projektantki QUIOSQUe stworzyły wyjątkowe T-shirty. Były one dostępne w salonach QUIOSQUe w październiku - międzynarodowym miesiącu walki z rakiem piersi. Aby przekonać Polki do regularnego wykonywania samobadania piersi, marka QUIOSQUe wykonała specjalną ulotkę. Prowadząc akcję w 12 salonach, w 10 miastach mogłyśmy nie tylko rozdawać ulotki, ale również w trakcie krótkiej rozmowy z klientką zapytać ją i zachęcić do samobadania piersi i zwrócić jej uwagę na konieczność wykonywania innych badań profilaktycznych.

25 listopada 2014 r.

Konferencja „Problemy intymne kobiet po leczeniu raka"

Program Konferencji obejmował 10 prelekcji prowadzonych przez specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Dr n. med. Andrzej Marszałek wprowadził nas w świat badań genetycznych raka piersi, a mgr rehabilitacji Anna Rosa poruszyła intymne kwestie nietrzymania moczu u kobiet. Ginekolog – Beata Sterlińska-Tulimowska omówiła najczęściej występujące infekcje ginekologiczne, dr Jacek Tulimowski wyjaśnił zasady zachowania bezpieczeństwa przy stosowania środków antykoncepcyjnych i hormonalnej terapii zastępczej.

Dr Bogdan Lindner przedstawił od strony medycznej problemy życia seksualnego kobiet po leczeniu onkologicznym, a psychoonkolog – dr n. med. Mariola Kosowicz mówiła o zmianach, jakie w sferze intymnej niesie ze sobą choroba nowotworowa i jej terapia. Dr Wojciech Kolawa zaprezentował najnowsze osiągnięcia medycyny z zakresie zabezpieczenia płodności u kobiet leczonych z powodu chorób nowotworowych. Barbara Jobda – prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych i współorganizatorka konferencji pokazała prawdę o nas samych w prezentacji „O czym nie mówimy naszym lekarzom". Prezentacje spotkały się z zainteresowaniem publiczności. Padały liczne pytania, na które prelegenci udzielali wyczerpujących odpowiedzi.

Zosia Michalska, mgr Małgorzata Procner i Ewa Grabiec-Raczak.

10 grudnia 2014 r.

Spotkanie opłatkowe i Dzień Wolontariusza

Nasze coroczne Spotkanie Opłatkowe w 2014 r. połączone było ze świętowaniem przez nas Dnia Wolontariusza i wręczeniem przez Zosię Michalską – przewodniczącą Kapituły Honorowej Odznaki

Łuków, odznaczeń Amazonek. „Złoty Łuk" otrzymała Pani mgr Małgorzata Procner – fizjoterapeutka, która w latach osiemdziesiątych, wspólnie z dr Krystyną Miką, wprowadziła do życia społecznego w Polsce nazwę i program organizacji Amazonek. Jej też zawdzięczmy logo polskich Amazonek – Łuk. „Rubinowym Łukiem" została odznaczona Krysia Nader, wieloletnia Ochotniczka, członkini Zarządu przez dwie kadencje, osoba niezwykle życzliwa i bardzo aktywna.

4 lutego 2015 r.

By Amazonka była Amazing

Z okazji „Światowego Dnia Walki z Rakiem" w „Hard Rock Cafe" odbył się charytatywny koncert „ALL IS ONE" na rzecz Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum. Impreza odbyła się w ramach akcji „By Amazonka Była Amazing" i uświetniła zakończenie pierwszej edycji tego projektu. Nasza koleżanka Albina była główną bohaterką wydarzenia, zorganizowanego również po to, aby zachęcić kobiety do częstszych i regularnych badań profilaktycznych w kierunku nowotworów.

Krystyna Laskowska, Małgorzata Rosa, Albina Radzikowska – pełna radości uczestniczka metamorfoz projektu „By Amazonka była Amazing" – Ewa Grabiec-Raczak, Irena Opłoczyńska Finał I edycji projektu „By Amazonka była Amazing" w klubie „Hard Rock Cafe".

4 lutego 2015 r.

Spotkanie premier Ewy Kopacz z mazowieckimi Amazonkami

W Światowym Dniu Walki z Rakiem premier Ewa Kopacz spotkała się z mazowieckimi Amazonkami. Odwiedziła Jabłonnę, której mieszkanki w wieku od 50. do 69. lat, mogły wykonać w mamobusie bezpłatne badanie mammograficzne w ramach NPZChN. Pani Premier podziękowała Ochotniczkom za poświęcanie swojego wolnego czasu na dodawanie otuchy pacjentkom dotkniętym nowotworami.

Irena Rakowska, Elżbieta Samselska, premier Ewa Kopacz, Małgorzata Rosa, Irena Opłoczyńska. Foto. Maciej Śmiarowski

23 lutego 2015 r.

„Zrób rakowi wspak – profilaktyka raka piersi"

W ramach wspólnej akcji Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa -Centrum i Aresztu Śledczego na warszawskim Grochowie od 23 lutego br. skazane kobiety, odbywające karę pozbawienia wolności uczestniczą w zajęciach z zakresu profilaktyki raka piersi. Spotkania prowadzą wolontariuszki z naszego Stowarzyszenia.

Warsztaty realizowane w ramach programu readaptacji społecznej „Zrób rakowi wspak – profilaktyka raka piersi" są formą treningu pomagającego nabyć umiejętności samobadania piersi i zachęcającego osadzone kobiety do aktywnego działania na rzecz własnego zdrowia. Projekt dedykowany jest wszystkim kobietom przebywającym w warunkach izolacji penitencjarnej, bez względu na wiek uczestniczek. Realizacja programu służy niwelowaniu deficytów dotyczących umiejętności zrozumienia potrzeby dbania o swoje ciało i zdrowie, samokontroli oraz regularnego badania. Ma także ukształtować właściwą postawę osadzonych wobec zdrowia i pomóc w zrozumieniu, jak ważne jest ich własne życie. Skazane mają możliwość poszerzenia wiedzy dotyczącej profilaktyki raka piersi, nauki samobadania oraz wykrycia ewentualnych guzów piersi na specjalnym fantomie. Podczas spotkań uczestniczki mają także możliwość uzyskania odpowiedzi na nurtujące je pytania. Akcja była kontynuowana w kolejnych miesiącach.

11 marca 2015 r.

90. urodziny Zdzisi Pilicz

Tego dnia świętowałyśmy imieniny „zimowych solenizantek", ale najważniejszą osobą była Zdzisława Pilicz, która skończyła 90. lat. Zdzisia jest absolwentką Akademii Wychowania Fizycznego i prowadziła zajęcia WF ze studentami Politechniki. Jako pierwsza osoba w Polsce rozpoczęła też ćwiczenia z kobietami po leczeniu raka piersi, które odbywały się w sali gimnastycznej Politechniki Warszawskiej.

Życzenia dla naszej Jubilatki

26 kwietnia 2015 r.

HUBERTUS EXPO

Podczas targów HUBERTUS EXPO 2015, na które zostałyśmy zaproszone przez Dianę Serafin-Piotrowską mogłyśmy czynnie włączyć się do akcji „Rok Różowych Łowów", ucząc samobadania piersi, rozdając ulotki i zabierając głos na temat profilaktyki tej choroby. Dorota Durbas-Nowak, pomysłodawczyni akcji i autorka bloga Jagermeisterin – Kobieca strona łowiectwa, zachęcała do wsparcia działań naszej organizacji, a przede wszystkim do badań profilaktycznych.

Ewa Grabiec-Raczak, Wiesława Kunicka i Małgosia Rosa na Hubertus Expo 2015

23 maja 2015 r.

Dni Ursynowa

Tradycyjnie, już po raz dwudziesty, Ursynów obchodził swoje święto – Dni Ursynowa 2015. Był to wielki, rodzinny piknik z miasteczkiem promocyjnym oraz programem artystycznym na dwóch scenach. My, jak co roku udzielałyśmy porad i uczyłyśmy samobadania piersi.

Ewa Wróblewska, Ela Kucharska, Marianna Reguła, Nina Sienkiewicz

9 czerwca 2015 r.

90. rocznica wmurowania kamienia węgielnego pod Instytut Radowy w Warszawie

Uczestniczyłyśmy w uroczystości zorganizowanej z okazji 90. rocznicy wmurowania kamienia węgielnego i aktu erekcyjnego pod Instytut Radowy w Warszawie. Miał to być drugi na świecie, po paryskim – założonym w 1914 roku – ośrodek, w którym leczeni są chorzy na raka. Instytut powstał z inicjatywy Marii Skłodowskiej-Curie, która już w 1923 roku powiedziała: *Mojem najgorętszem życzeniem jest powstanie Instytutu Radowego w Warszawie*. Ośrodek wzniesiono ze składek społeczeństwa. Był to „dar narodowy" dla wielkiej uczonej. Podczas uroczystości młodzież z 38. Gimnazjum im. Marii Skłodowskiej-Curie przygotowała inscenizację tego wydarzenia pt. „Zobaczymy, jak było kiedyś". Dyrekcja Centrum Onkologii oraz zaproszeni goście złożyli kwiaty przy pomniku naszej wybitnej rodaczki.

Ewa Grabiec-Raczak, dr Sławomir Mazur, Zosia Michalska, Ela Wojciechowska

13 czerwca 2015 r.

Marsz Różowej Wstążki – Avon Walk

To było przede wszystkim święto przyjaciółek, którymi symbolicznie nazwałyśmy nasze piersi – bo są z nami na co dzień i trzeba o nie dbać. Było także wiele atrakcji! Taniec, zabawa, dużo różu! Spotkania z gwiazdami, koncert Kayah, strefa dla mężczyzn, oaza fit, atrakcje dla dzieci, bezpłatne badania USG, konkurs, a w nim do wygrania samochód. Avon Walk to zwieńczenie całorocznych działań w ramach kampanii „Avon kontra Rak Piersi" i szczytny cel: uświadamianie kobietom, jak ważna w walce z rakiem piersi jest profilaktyka.

Marsz Różowej Wstążki – Avon Walk

13 października 2015 r.

Konferencja w Ambasadzie Brytyjskiej „Medycyna personalizowana"

W siedzibie Ambasady Brytyjskiej w Warszawie odbyła się konferencja poświęcona medycynie personalizowanej i diagnostyce molekularnej jako filarów nowoczesnej onkologii. Goście honorowi konferencji – prof. Rory Shaw, dyrektor ds. medycznych w Healthcare UK i dr Wojciech Niedźwiedź, szef grupy badawczej na Wydziale Onkologii Instytutu Medycyny Molekularnej Uniwersytetu w Oxford, przedstawili dobre praktyki stosowane w Wielkiej Brytanii w zakresie dostępu do medycyny personalizowanej. Polscy eksperci zastanawiali się, czy sprawdzone brytyjskie rozwiązania mogą znaleźć zastosowanie w polskim systemie opieki onkologicznej. W konferencji uczestniczyły Wiesława Kunicka i Ewa Grabiec-Raczak.

26 listopada 2015 r.

Konferencja Amazonek Unii Mazowieckiej „Poszerzamy HERyzonty"

Wykłady na tegorocznej konferencji dotyczyły nowoczesnych terapii w leczeniu raka piersi, nowości w chirurgii raka piersi, a także objawów niepożądanych w chemioterapii i nawrotów w chorobie nowotworowej. Podczas konferencji nasze koleżanki w roli modelek zaprezentowały kolekcję firmy Amoena, a pani Karolina pokazała nam, że „zawsze można dobrze wyglądać". Było to owocne spotkanie Amazonek Unii Mazowieckiej, wyraziłyśmy więc nadzieję, że uda nam się jeszcze zobaczyć w podobnych okolicznościach, aby pogłębić naszą wiedzę i wymienić doświadczenia. Dziękujemy serdecznie wszystkim prelegentom za wspaniałe wystąpienia i koleżankom, że spędziły ten czas z nami.

Pokaz strojów firmy Amoena, Konferencja Amazonek Unii Mazowieckiej.

5 kwietnia 2016 r.

V Forum Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych (PKPO) już po raz piąty zainicjowała publiczną debatę, dotyczącą sytuacji pacjentów onkologicznych w systemie ochrony zdrowia. W Warszawie odbyło się V Forum Pacjentów Onkologicznych, podczas którego w gronie przedstawicieli organizacji pacjentów, ekspertów i decydentów poszuki-

wano rozwiązań aktualnych problemów chorych na nowotwory w Polsce. Debacie przyświecało pytanie „Czy polscy pacjenci znaleźli się w trójkącie bermudzkim onkologii w zakresie diagnostyki, dostępności nowoczesnych terapii i badań klinicznych?" Wręczono nagrody pierwszej edycji Konkursu „Jaskółki Nadziei" przyznawane za wsparcie, niesienie nadziei oraz tworzenie dobrych wzorów i praktyk wśród polskich pacjentów onkologicznych.

Uczestnicy V Forum PKPO

7-8 maja 2016 r.

XIX Międzynarodowy Kongres SIS BREAST HEALTHCARE

W Warszawie odbył się XIX Międzynarodowy Kongres SIS BREAST HEALTHCARE „Diagnostyka i leczenie raka piersi". Organizatorem kongresu było Senologic International Society (SIS) oraz Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi prowadzone przez Pana Profesora Tadeusza Pieńkowskiego. Wykłady i warsztaty przedstawiły najnowsze doniesienia i osiągnięcia z zakresu kompleksowego leczenia nowotworów piersi, w tym chirurgii onkologicznej, chemioterapii i radioterapii oraz aspekty związane z późniejszą opieką nad chorymi i poprawą standardu ich życia. Ostatni dzień dotyczył rehabilitacji zarówno fizycznej jak i psychologicznej pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi. Bardzo ciekawą prezentację przedstawiła dr Hanna Tchórzewska-Korba.

XIX Międzynarodowy Kongres SIS BREAST HEALTHCARE – w środku: dr Hanna Tchórzewska-Korba, prof. dr hab. Tadeusz Pieńkowski, dr Barbara Czerska, Ewa Grabiec-Raczak i Bianka Mirska

18 maja 2016 r.

XX Jubileuszowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych

XX Jubileuszowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych to nie tylko wykłady, warsztaty, ale także podziękowania, wyróżnienia dla zasłużonych i Przyjaciół PSPO, gratulacje od gości, adresy od zaproszonych nieobecnych oraz bardzo serdeczne spotkania pielęgniarek onkologicznych z różnych stron Polski.

XX Ogólnopolska Konferencja została zainaugurowana przemówieniem Pani prezes mgr Barbary Jobdy oraz wykładami: mgr Marzeny Pyk oraz profesora Zbigniewa Szawarskiego.

Ala Kolasa i Ewa Grabiec-Raczak z prezes PSPO Barbarą Jobdą (w środku)

9 czerwca 2016 r.

#befirst – bądź o krok przed rakiem

Zakończony w czerwcu projekt edukacyjny był skierowany do uczniów szkół średnich z województwa mazowieckiego. Za pośrednictwem akcji, Stowarzyszenie „Amazonki" Warszawa-Centrum, przy wsparciu AVON, organizatora kampanii AVON kontra Rak Piersi, zachęcało młode kobiety, aby jak najwcześniej podjęły działania mające na celu wyeliminowanie zagrożenia rakiem piersi, aby były „o krok" przed nim dzięki edukacji i profilaktyce. Akcja miała na celu zapewnienie dostępu do edukacji na temat raka piersi młodym osobom, co pozwala na podejście do choroby nowotworowej bez uprzedzeń i strachu. Jej zamierzeniem było także pokazanie, jak pomóc sobie i najbliższym, gdy w przyszłości dotknie nas choroba nowotworowa. Szkolenia były prowadzone przez specjalistów – lekarzy onkologów i pielęgniarkę onkologiczną oraz Ochotniczki z naszego Stowarzyszenia.

#befirst – bądź o krok przed rakiem, laureaci konkursu ze „Szparagami": Natalią Szymaniec i Karoliną Pielesiak (w środku)

16-22 lipca 2016 r.

Warsztaty „Artystyczny Świat Amazonek" w Wągrowcu

Wśród form wsparcia psychoonkologicznego powszechne i cieszące się zainteresowaniem pacjentów są warsztaty, które często mają charakter terapii zajęciowej. W pracy z osobami chorującymi na nowotwory bardzo dobrze sprawdza się arteterapia czy terapia poprzez sztukę. Uczestnicząc w zajęciach plastycznych pacjenci mogą lepiej poznać siebie, pracują nad swoimi emocjami, równocześnie mając możliwość twórczego rozwoju. Nowy projekt Federacji Stowarzyszeń „Amazonki" propaguje tę formę terapii wśród kobiet leczonych z powodu raka piersi. W takich warsztatach wzięłyśmy udział w Wągrowcu wykonując własnoręcznie biżuterię i malując obrazy, co dało nam ogromną satysfakcję.

Grupa Amazonek uczestniczących w warsztatach biżuterii w Wągrowcu wraz z instruktorką – Aleksandrą Rudnicką, prezentuje swoje prace na wernisażu

8 marca 2017 r.

Spotkanie z Pierwszą Damą

Z inicjatywy Pierwszej Damy, Agaty Kornhauser-Dudy, w Dniu Kobiet w Pałacu Prezydenckim odbyło się spotkanie „Gdy kobieca wrażliwość budzi siłę", którego współorganizatorem była Fundacja Żyjmy Zdrowo. W dyskusji dotyczącej wsparcia kobiet chorych na raka piersi udział wzięli partnerzy kampanii „Wykorzystaj czas na życie" oraz zaproszeni goście – lekarze, specjaliści z zakresu psychologii, onkologii, a także panie zmagające się z chorobą nowotworową. Przybyłych gości wraz z małżonką przywitał Prezydent RP Andrzej Duda, który złożył paniom życzenia z okazji Dnia Kobiet.

Uczestnicy debaty rozmawiali o szczególnym znaczeniu wsparcia dla osób walczących z nowotworem, zarówno ze strony najbliższych, jak i organizacji niosących pomoc chorym

10 czerwca 2017 r.

Dzień Różowej Wstążki

W Dniu Różowej Wstążki, spotkaliśmy się na Bulwarach Wiślanych w Warszawie, aby wspólnie pokazać swoje wsparcie dla kobiet po leczeniu raka piersi. W tym roku, po raz kolejny promowałyśmy działania na rzecz profilaktyki i leczenia raka piersi.

Krysia Nader, Ela Kucharska, Ewa Wróblewska i Krysia Laskowska uczą samobadania piersi

2-16 września 2017 r.

Turnus rehabilitacyjny w Sarbinowie

Tego roku zmieniłyśmy termin naszego wyjazdu na turnus rehabilitacyjny i zamiast w czerwcu wybrałyśmy się we wrześniu licząc na polską złotą jesień. Miejsce wypadu to jak zwykle nasz zaprzyjaźniony ośrodek Jawor w Sarbinowie. Niestety pogoda nie dopisała do końca, jak całe lato tego roku. Ale cóż nie narzekałyśmy. Mimo wszystko maszerowałyśmy wzdłuż morza wdychając jod i jednocześnie patrząc w niebo czy nie spadnie deszcz. Na szczęście nie było silnych wiatrów. Rekompensatą były wspaniałe zabiegi, gimnastyka, masaże no i oczywiście basen. Wielką atrakcją był też basen na zewnątrz ośrodka z podgrzewaną wodą. Dyrekcja zadbała o wieczory organizując koncerty, pogadanki w kawiarni ośrodka. Brak pogody ma też zalety. Wymusza to spotykania się w grupkach w pokojach co sprzyja integracji. W dobrych humorach wróciłyśmy do domów myśląc o następnym wyjeździe.

Ala Kolasa, spacer nad morzem, Turnus Rehabilitacyjny w Sarbinowie

7 października 2016 r.

XX. lecie Częstochowskich Amazonek, pielgrzymka na Jasną Górę

Pierwsza Dama, Agata Kornhauser-Duda wzięła udział w obchodach Jubileuszu XX. lecia Stowarzyszenia Częstochowskich Amazonek oraz finale kampanii „Jest jak jest – Sprawna ja", w ramach corocznej Pielgrzymki Amazonek na Jasną Górę, która odbywa się tradycyjnie w pierwszą sobotę października. Podczas uroczystego wieczoru w Filharmonii Częstochowskiej odznaczeniami Bursztynowego Łuku Amazonek i statuetkami „Serce za Serce" uhonorowani zostali przyjaciele Amazonek – osoby, które od wielu lat wspierają działania stowarzyszenia i zrzeszonych w nim kobiet. Odznaczeniem tym, rok temu została wyróżniona również Pani Prezydentowa. Agata Kornhauser-Duda przyjęła też w tym roku na prośbę Amazonek tytuł Ambasadorki Walki z Rakiem Piersi w Polsce.

Pierwsza Dama, Agata Kornhauser-Duda z Amazonkami na uroczystej Gali

Opracowała
Ewa Grabiec-Raczak

AKTUALNE INFORMACJE O STOWARZYSZENIU

Zarząd Stowarzyszenia

Ewa Grabiec- Raczak
prezes

Wiesława Kunicka
wiceprezes

Halina Rodziewicz
wiceprezes

Elżbieta Samselska
sekretarz

Margarita Piątkiewicz
skarbnik

Małgorzata Rosa
członek Zarządu

Ewa Wróblewska
członek Zarządu

Komisja Rewizyjna:
Alicja Kolasa, Elżbieta Kucharska, Irena Rakowska

Telefon Zaufania

664-75-70-50 – czynny pon.- pt., godz. 10.00-17.00

Najważniejsze inicjatywy Stowarzyszenia

1. Objęcie przez nasze Ochotniczki opieką pacjentek z rakiem piersi w pięciu warszawskich szpitalach.
2. Zorganizowanie kompleksowej opieki lekarskiej nad członkiniami Stowarzyszenia.
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.
6. Wybudowanie Centrum Edukacyjno-Terapeutycznego przy Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii.
7. Powołanie Poradni Amazonki, udzielającej konsultacji telefonicznych i osobistych wszystkim chorym na raka.
8. Utworzenie Biblioteki „Amazonki chorym na raka" w Centrum Onkologii w Warszawie przy ul. W. K. Roentgena 5.
9. Realizowanie kampanii społecznych i grantów edukacyjnych: „Rehabilitacja kobiet po leczeniu raka piersi", „Gabinety z Różową Wstążką", *#befirst – bądź o krok przed rakiem* i wielu innych.

Centrum Pomocy Telefonicznej

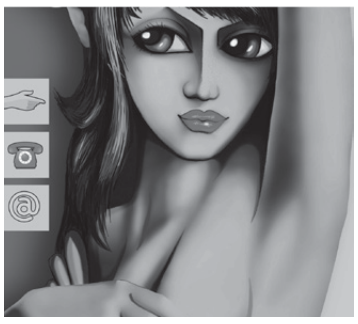
Bezpłatna Infolinia, lekarz onkolog tel. 800 49 34 94,
pon. – czw., godz. 16.00-22.00
Rehabilitant tel. 22 546 26 33 lub 22 546 25 86, wt. godz. 14.00-18.00
Pielęgniarka tel. 22 713 86 02 lub 602 61 00 29, pon. godz. 10.00-18.00
Ekspert od problemów z włosami: Izabela Szymczak, tel. 609 822 872
pon., godz. 20.00-22.00
Psycholog: Agnieszka Waluszko, tel. 574 479 249
pon., godz. 13.00-15.00
Ochotniczka tel. 664 757 050, pon. – pt., godz. 9.00-17.00
Biuro Amazonki tel. 22 546 28 97, pon. – pt., godz. 10.00-13.00

Osoby szczególnie zasłużone dla Ruchu Amazonek

dr Krystyna A. Mika
prof. dr hab. Zbigniew Wronkowski

Ochotniczki pracujące w Stowarzyszeniu

Alicja Chrzanowska
Ewa Grabiec-Raczak
Marta Jędrych-Gryboś
Irena Kasińska
Leokadia Katra
Anna Korczak
Elżbieta Kucharska
Janina Kuć
Wiesława Kunicka
Anna Lipka
Zofia Lipska
Teresa Maciejowska
Zofia Michalska
Bianka Mirska
Krystyna Nader
Anna Oleksiewicz
Irena Opłoczyńska
Wanda Pęconek
Margarita Piątkiewicz
Albina Radzikowska
Irena Rakowska
Marianna Reguła
Halina Rodziewicz
Małgorzata Rosa
Elżbieta Samselska
Krystyna Sikorska-Krajewska
Janina Sienkiewicz
Regina Swarcewicz-Balicka
Maria Szelągowska
Marianna Szymanek
Mirosława Tubiak
Elżbieta Wojciechowska
Ewa Wróblewska



PORADNIA AMAZONKI

NASI SPECJALIŚCI
CZEKAJĄ NA WASZE PYTANIA

W Poradni Amazonki na terenie Centrum Onkologii przyjmują:

Rehabilitanci: dr Hanna Tchórzewska-Korba – specjalista II stopnia – wt., godz. 14.00-18.00, pok. nr 9

Rehabilitacja ruchowa: mgr Krystyna Puto – śr., godz.14.30-15.15, duża sala gimnastyczna

Rehabilitacja ruchowa: mgr Justyna Krzyż-Grodecka – wt . i czw. w godz.14.30-15.15, duża sala gimnastyczna

Radca prawny: adw. Alicja Lachowska – czw., godz. 11.00-13:00, biuro Stowarzyszenia

Psycholog: mgr Agnieszka Waluszko – przyjmuje w środy w godz. 13.00-15.00, pok. nr 3

Dyżury Ochotniczek z Ochotniczką możesz porozmawiać o wszystkim – wt. i śr., godz. 10.00-13.00

Biuro Amazonki – pon.- pt., godz.10.00-13.00

„Gazeta Amazonki" w Internecie

Wiekszość numerów „Gazety Amazonki„ możesz przeczytać na naszej stronie **www.amazonki.com.pl**

Redakcja:
Ewa Grabiec-Raczak, Aleksandra Rudnicka

Współpraca:
Członkinie Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum

Foto: Ewa Grabiec-Raczak

Fot. członkiń Zarządu i str. 1: Edyta Paduch

Siedzibą Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centum
jest Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii,
ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
tel. 22 546-28-97, biuro czynne pon.-pt., godz.10.00-13.00
e-mail: amazonki@coi.waw.pl
www.facebook.com.pl/AmazonkiWarszawa
www.amazonki.com.pl

Konto bankowe
83 1020 1055 0000 9402 0016 6280
KRS 0000023411

Nakład: 2000 egz.

Wydawca
aleksandria@zigzag.pl