

Nr 56
czerwiec 2008

inf.

BEZPŁATNY KWARTALNIK
ISSN 1509-6823

CZYTELNIA MBP

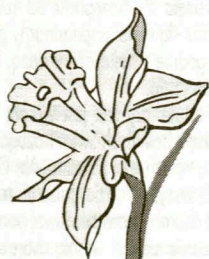
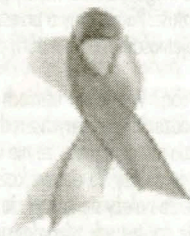
biuletyn onkologiczny

STOWARZYSZENIE KOBIEC Z PROBLEMEM ONKOLOGICZNYM
ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO KRS 0000082371

18-404 Łomża, Aleja Józefa Piłsudskiego 11a, pok. 410, tel. 086 47 33 263, konto: PKO BP o/Łomża, nr 33 1020 1332 0000 1102 0208 9514



XI Czerwcowe Dni Walki z Rakiem



Nasze łomżyńskie Amazonki przekazują w ręce wszystkich zainteresowanych i życzliwych mieszkańców miasta i regionu kolejny numer biuletynu. Co prawda nie jestem Amazonką, ale problemy Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży są mi bliskie, staram się w miarę możliwości wspierać jego działalność. Uczestnicząc w spotkaniach Amazonek staram się także uczyć od nich wytrwałości, pogody ducha i umiejętności cieszenia się każdym dniem.

Stowarzyszenie od lat wspiera kobiety chore na nowotwory i ich rodziny. Prowadzi szeroko zakrojone działania w zakresie profilaktyki nowotworowej. Gdyby nie łomżyńskie Amazonki na pewno wiele kobiet z naszego regionu nie zdecydowałoby się na badania profilaktyczne.

Kobiety jak to kobiety: jako żony, matki, babcie najpierw troszczą się o swoje rodziny, dopiero potem o siebie. Często o własnym zdrowiu przypominają sobie, gdy jest już późno. Czasem za późno. A przecież są tak potrzebne swoim rodzinom, przyjaciołom, zakładom pracy, naszemu społeczeństwu.

To nasze łomżyńskie Amazonki przełamały tabu milczenia na temat chorób nowotworowych, zaczęły propagować badania profilaktyczne. Nie wstydzily się mówić o sobie, swojej chorobie, licznych problemach. Pokazały, że być chorym na nowotwory, to jeszcze nie koniec świata, że można się leczyć, wspierać, działać, budować więzi, poszerzać wiedzę, a nawet wspólnie śmiać się i cieszyć.

Problem chorób nowotworowych to problem narastający, dotyka nie tylko starszych, ale także ludzi w młodym wieku. To problem większości polskich rodzin. Nikt nie może powiedzieć: mojej rodziny to nie dotyczy, to nie moja sprawa.

Walka z nowotworami, propagowanie zdrowego trybu życia i profilaktyka to zadanie nas wszystkich.

Nie uciekniemy przed tym problemem, nie da się "schować głowy w piasek". Tylko systematyczna troska o zdrowie swoje i najbliższych, a więc profilaktyka, może ograniczyć liczbę zachorowań. Tylko wczesne wykrycie nowotworu gwarantuje wyliczenie.

Taka prawdę opartą na własnych doświadczeniach głoszą nasze Amazonki. Wiedzą o tym, o czym powinien wiedzieć każdy człowiek, że pomagając innym, bardziej doświadczonym przez los, pomagamy także sobie.

Miesiąc czerwiec już od lat wszystkim przyjaciółom i sympatykom Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży – a więc i mnie także – kojarzy się z obchodami Czerwcowych Dni Walki z Rakiem. Ta impreza organizowana przez nasze Amazonki to swego rodzaju ukoronowanie całorocznej działalności. Jest to okazja do podsumowania pracy, podziękowania wszystkim, którzy wspierają Stowarzyszenie, ale także do chwili wspólnej refleksji i zabawy.

Zapraszam wszystkich do udziału w tej imprezie, do wspólnego świętowania. A jest co świętować. W październiku nasze Amazonki będą miały swoje 15 – lecie.

Namawiam wszystkie panie chore na nowotwory, aby podzieliły się swoimi doświadczeniami z członkiniami Stowarzyszenia, aby włączyły się, jak mogą, w jego działalność. Tak niewiele potrzeba, żeby tak wiele zdziałać.

A wszystkie łomżynianki, które tak jak ja cieszą się - dzięki Bogu - dobrym zdrowiem, zachęcam do życzliwości wobec naszych Amazonek. Nietatwa praca członkiń Stowarzyszenia to praca dla nas wszystkich, dla naszego miasta i całego regionu. Nietatwo w dzisiejszych czasach znaleźć ludzi, którzy chcą działać dla innych. Doceńmy to.

Z serdecznymi pozdrowieniami:
Bożena Zgrzywa



Rozwój leczenia chirurgicznego raka piersi

dr n. med. Sławomir Mazur specjalista chirurg-onkolog

Przez wiele stuleci jedynym sposobem leczenia raka piersi była amputacja. Wykonywano zabiegi rozległe i okaleczające. Do tamowania krwawienia stosowano przyżeganie, a wszystko to odbywało się bez znieczulenia. Postępowanie takie było wynikiem przekonania sformułowanego już w XVIII wieku, że rak piersi jest początkowo chorobą miejscową. Potem następują przerzuty do węzłów chłonnych. Potem – uogólnienie.

Już w XVI wieku Francois Guillemin zalecał usuwanie mięśnia piersiowego wraz z gruczołem, a w niewiele lat później Marcus Severinus poszerzył operację o usunięcie węzłów chłonnych pachowych. Przez stulecia uważano, że maksymalnie radykalne leczenie miejscowe gwarantuje najlepsze rokowanie.

Pod koniec XIX wieku symbolem radykalnej chirurgii raka piersi był Wiliam Halsted z Baltimore. Usuwał nie tylko gruczoł, mięsień piersiowy i zawartość dołu pachowego, ale stosując rozległe cięcia pozostawiał nie zagojona skórę. Mało kto dziś pamięta, że po klasycznej operacji Halsteda ziarninująca rana po mastektomii goiła się przez wiele miesięcy. Punktem zwrotnym w zmniejszeniu radykalności postępowania chirurgicznego było wprowadzenie przez Pateya w końcu lat 40. zmodyfikowanej mastektomii z pozostawieniem mięśnia piersiowego.

Kolejny punkt zwrotny to stwierdzenie przez Veronesiego w 1985 r., że w określonej grupie kobiet usunięcie części piersi (kwadrantektomia) i napromienianie daje takie same wyniki jak mastektomia. Powstało pojęcie BCT (breast conserving therapy), a więc leczenie oszczędzające gruczoł piersiowy. BCT jest wynikiem zmiany poglądu na istotę choroby oraz wynikiem rozwoju metod leczenia uzupełniającego. Leczenie oszczędzające polega na usunięciu guza w granicach zdrowych tkanek z minimalnym marginesem 10 mm, usunięciu węzłów chłonnych pachowych z osobnego cięcia, a następnie przeprowadza się napromienianie na gruczoł piersiowy, czasem dodatkowo połączone z leczeniem systemowym. Należy pamiętać, że jest to postępowanie zarezerwowane dla wczesnych postaci raka.

Chirurgiczne leczenie subklinicznego raka piersi, a więc zmian niewyczuwalnych w badaniu palpacyjnym, stało się możliwe dzięki ogromnemu postępowi metod diagnostycznych. Lata, kiedy wykrywanie raka ograniczone było do badania dotykiem, są zamierzchłą przeszłością. Postęp metod diagnostycznych to przede wszystkim wzrost

czułości i dokładności takich badań, jak mammografia i ultrasonografia, które umożliwiają precyzyjną lokalizację zmian subklinicznych.

Biopsja stereotaktyczna pod kontrolą mammografii zarówno konwencjonalna, bądź z użyciem mammatomu tzw. VAB, pozwala na rozpoznanie zmian subklinicznych. Leczenie postaci subklinicznych polega na wycięciu zmiany stwierdzonej badaniami obrazowymi, a następnie, w zależności od ostatecznego wyniku badania histopatologicznego, na poszerzeniu zakresu wycięcia lub pozostawieniu pacjentki w obserwacji. Istnieje nadal bardzo duża, przeważająca grupa chorych, u których leczenie chirurgiczne musi polegać na amputacji. U tych chorych skutki leczenia możemy zminimalizować poprzez wykonanie rekonstrukcji piersi.

Sposoby rekonstrukcji możemy podzielić na dwie zasadnicze grupy:

- z użyciem sztucznych wszczepów
- z wykorzystaniem tkanek własnych.

Pierwszy sposób polega na wszczepieniu implantu tzw. ekspandera pod mięsień piersiowy, a następnie wykonuje się rozprężenie tkanek dopełniając urządzenie roztworem fizjologicznej soli. Po uzyskaniu odpowiedniego rozciągnięcia tkanek wymienia się ekspander na odpowiedni rozmiar endoprotezy. Obecnie stosowane najnowsze ekspandery łączą w sobie obie te możliwości, co pozwala na zastąpienie ich jednym.

W przypadku rekonstrukcji tkankami własnymi wykorzystywane są najczęściej dwa płaty skórno-mięśniowe, tzw. płat LD i TRAM. Nazwy tych płatów pochodzą od mięśni, które wchodzi w ich skład. Płat LD oparty jest o unaczynienie idące od mięśnia najszerzego grzbietu, a płat TRAM wykorzystuje unaczynienie idące od mięśnia prostego brzucha.

Bardzo nowoczesnym sposobem leczenia radykalnego stosowanym jedynie w nielicznych ośrodkach jest tzw. skin sparing mastectomy, tj. usunięcie gruczołu i węzłów chłonnych z cięcia wokół otoczki z zaoszczędzeniem skóry. Podczas tej samej operacji wykonuje się rekonstrukcję, wykorzystując tkanki z okolicy podbrzusza i zaoszczędzoną skórę piersi. Tkanki z okolicy podbrzusza przemieszcza się na szypule mięśnia prostego brzucha lub wykonując mikrozepsolenia naczyniowe pod mikroskopem. Rekonstrukcja brodawki i otoczki wykonywana jest zazwyczaj w kolejnym etapie. Najczęściej jest to forma przeszczepu wykorzystująca tkanki przeciwległej brodawki.

Czy rak to wesółą choroba?

dr n. med. Andrzej UrbanKierownik ds. medycznych Dział Onkologiczny Sanofi-Aventis Sp. z o.o.

Motto: Zawsze może być lepiej, ale cieszymy się tym, co mamy... Markiz de Crassac

Kiedy zostałem poproszony przez panią Elżbietę Kozik do napisania tego artykułu poczułem się dziwnie zaniepokojony. Co ja człowiek z doświadczeniem lekarza onkologa, a obecnie reprezentujący firmę farmaceutyczną mogę mieć do powiedzenia? Odpowiedź przyszła wraz z pytaniem. Przecież mogę opowiedzieć o swoich doświadczeniach lekarskich z punktu widzenia tego, co robię.

Czy pamiętacie Panie chwile ze swojej przeszłości?

Na pewno niektóre są bardziej wyraźne, a niektóre zamazane, chciałoby się o nich zapomniać.

A czy pamiętacie Panie momenty, które były bardzo wyraźne i chciałoby się o nich zapomnieć?

6 lat temu, podczas popołudniowego dyżuru pojawiła się u mnie szalenię miła 68-letnia osoba na wózku. Nie mogła chodzić, gdyż rak piersi dał już przerzuty do kółca. Widziałem uśmiech na jej twarzy i jednocześnie cierpienie, jakiego przynosi ta choroba. Wówczas rozpoczęła się największa lekcja pokory, której doznałem. Zgodnie z najlepszą posiadaną przeze mnie wiedzą, podałem przybliżony czas przeżycia rodzinie, która wówczas towarzyszyła chorej, a nie był on zbyt długi. Chciałem pomóc pani Róży - tak miała na imię moja pacjentka - i umówiłem ją na kolejną wizytę krótko potem. Tym razem pojawiła się z córką - Danusią, która dzierżyła w ręce spory pakiet publikacji na temat różnych leków, które mogłyby mamie pomóc w tym stadium choroby. Przyznam, że zaraziła mnie wtedy entuzjazmem i ... tak rozpoczęliśmy wspólną terapię. Pani Róża terapię raka, a ja terapię mojej wiedzy medycznej. Po 3 miesiącach leczenia pani Róża wstała z wózka i przygotowała swojej rodzinie święta.

Spotykaliśmy się regularnie przez 3 lata. Okres ten wielokrotnie przekroczył czas, który podałem rodzinie podczas pierwszej wizyty. Wiem, że dzięki temu, że myliłem się, przez kilka lat w tym domu często było wesoło. Wiem, że ten czas, który spędziłem z panią Różą i jej córką nauczył mnie pokory.

Kolejne wspomnienie wiąże się ze znaną śląską zupą - żurem. Otóż leczyłem chorego na raka płuca, który - jak sam podkreślał - nosił nazwisko tej najznamienitszej śląskiej zupy. Człowiek to był niezwykle wesóły, sypał wicami (śląskimi kawalami) z rękawa. Przekonano tym, że nie zdaje sobie sprawy ze swojego niezwykle poważnego stanu zdrowia, utrzymywałem nasze spotkania w podobnie żartobliwym tonie. Jakież było moje zdumienie, gdy podczas jednego z nich ton gwałtownie się zmienił. W jednej sekundzie człowiek ten stał się poważnym osobnikiem,

który doskonale pod maską wesółości skrywał dogłębną wiedzę o swoim stanie. Przestał sypać dowcipami z rękawa, zaczął zadawać rzeczowej dokładne pytania o swoim zdrowiu. Po chwili znowu uśmiech zagościł na jego twarzy i na odchodne znowu usłyszałem dowcip. Wierzył, że coś się odmieni. Po raz kolejny myliłem się, sądząc, że ludzie nie zdają sobie sprawy ze stanu swojej choroby, kiedy się śmieją.

Kiedy patrzę na to z perspektywy czasu i przez cały szereg swoich późniejszych doświadczeń widzę, jak zmieniali się ludzie. Ale przede wszystkim, jak zmieniłem się ja pod ich wpływem. Wiedza się zmienia. Widać to najlepiej na przykładzie raka piersi. „To najbardziej oswojony nowotwór” - pozwolę sobie zacytować Susan Sontag.

Wiedza chorych i wiedza lekarzy.

Przykładem zmian niech będzie przypomnienie tego, jak bardzo w przeciągu ostatnich kilku lat zmieniło się leczenie chemioterapią wspomagającą.

W latach 80-tych do stałego użytku w chemioterapii weszły leki z grupy antrycyklin. Na przełomie XX i XXI wieku w leczeniu pojawił się nowoczesny chemioterapeutyk z grupy taksanów - docetaksel. Daje on dwukrotnie większe szanse na wyleczenie niż leki z grupy antrycyklin. I to daje też nadzieję na równym poziomie wszystkim chorym, niezależnie od dodatkowych badań: statusu receptorów HER jak i hormonalnych. Ten lek to nowa nadzieja dla chorych na raka piersi.

To również przykład, że nowoczesne leczenie jest w zasięgu ręki. Trzeba zmieniać tylko percepcję lekarzy i chorych. Na oczach nas wszystkich dokonał się postęp, z którego skorzystają zarówno ci chorzy, których można wyleczyć, jak i chorzy, którym można przedłużyć życie i poprawić jego jakość.

Kiedy leczyłem panią Różę ten lek nie był szeroko stosowany. Zdarzają się trudności do dzisiaj, choć poprawiła się dostępność do nowoczesnego leczenia. Może, gdyby ... Zostajemy czasem z takimi słowami, wspominamy przeszłość. Pamiętamy o przeszłości, aby poprawić przyszłość. Aby zgodnie z najlepszą wiedzą, umiejętnościami oraz naturą pomóc jak największej tym, którzy nas otaczają.

Zapytałem w tytule: czy rak jest wesółą chorobą? Widziałem uśmiech na twarzach ludzi, widziałem szczęście z kolejnych Świąt Bożego Narodzenia spędzonych z rodziną. Widziałem też ciężką walkę i ... wreszcie przegraną. Ale ci ludzie nauczyli mnie, że nie wolno się poddawać i tracić nadziei. Ci wszyscy ludzie nauczyli mnie, że należy się cieszyć każdą daną chwilą. Ze śmiech w sytuacji choroby nowotworowej pomaga. Ze należy się cieszyć, że dane nam było. Rak zdecydowanie nie jest wesółą chorobą, ale czy też rak zdecydowanie nie uczy cieszyć się i być wesółym?

Dziękuję Danusi, która nauczyła mnie, że nie wolno się poddawać.



POSTACI RUCHU AMAZONEK

Z Wiktorem Chmielarczykiem kierownikiem Samodzielnej Pracowni Edukacji Onkologicznej Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie rozmawia Grażyna Pawlak

Doktor Wiktor Chmielarczyk poza pracą w Centrum Onkologii przyjmuje pacjentów w gabinecie na wzgórzu św. Katarzyny w Warszawie. Tam narodził się i przybrał kształt ostateczny pomysł książki „Słowa, które leczy” wydanej w 2001 roku. „Tak się złożyło – pisze we wstępie do książki – że mój małeńki, internistyczny gabinetek mieści się pomiędzy kościołem a cementarzem, a więc w pewnym sensie w objęciach spraw ostatecznych. I z uwagi na jego skromne wyposażenie jestem siłą rzeczy zdany na słowo jako podstawową metodę leczenia”.

Od lat podkreśla swoje przywiązanie do przedwojennych mistrzów sztuki medycznej. Ich wzorem sięga do dawnych metod traktowania pacjenta w sposób komplementarny. Dla niego najważniejszy jest zawsze chory człowiek ze swoimi obsesjami, bólem i nadzieją. Towarzyszy Amazonkom w trudnym zmaganiu z rakiem. Jest z nimi także w poszukiwaniu nadziei, jaką jest doroczna pielgrzymka na Jasną Górę. Zawsze uśmiechnięty, gotów wysłuchać kolejnej historii chorego i wspomóc go. „Choroba jest klątką zbudowaną z lęku. Chory jest jej więźniem, pręty zbudowane są z naszych smutnych myśli” – pisze w swojej książce. Za rozbijanie tej klątki i pokazywanie innych perspektyw, pozostają wdzięczne nie tylko warszawskie Amazonki.

Kiedy na swojej drodze spotkał Pan Amazonki?

Moja droga do Pań Amazonek wiodła poprzez Polski Komitet Zwalczania Raka. Tam zetknąłem się Panią dr Krystyną Miką i Panem profesorem Zbigniewem Wrąnkowskim, którzy stopniowo wciągnęli mnie do pracy społecznej na rzecz chorych na nowotwory złośliwe. Swoją pracę w Polskim Komitecie Zwalczania Raka rozpocząłem na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia od wizyt domowych u chorych na nowotwory złośliwe. Wizyty były nieodpłatne i stanowiły dużą pomoc, szczególnie dla chorych w stanach zaawansowanych, gdyż nie działało wówczas jeszcze hospicjum stacjonarne.

Jedną z pierwszych moich wizyt była wizyta u chorej pielęgniarki umierającej na nowotwór złośliwy piersi. Dramat tej kobiety polegał na tym, że stosunkowo wcześniej stwierdziła u siebie guzek piersi, ale z lęku przed następstwami nie poddała się leczeniu. Pacjentka umierała w małym mieszkaniu na drugim piętrze w bloku. Każda wizyta u tej chorej była dla mnie nauką pokory i walką z przewidywaną beznadzieją. Ta umierająca chora nauczyła mnie, że nadzieja, którą daje nauka jest ograniczona. W czasie rozmów z nią zaczynałem odkrywać inne „obszary sensu”. Do tych obszarów nie sięgała już neopozytywistyczna wizja współczesnej nauki. Światło nadziei mogła odkryć filozofia, która w „widzialnym” widziała drogę do „niewidzialnego”. I wreszcie wiara, która poprzez refleksowanie „niewidzialnego” znajdowała inny wymiar sensu w „widzialnym”.

Samotność tej chorej, która nie tylko wynikała z jej depresji, ale i (choć przykro o tym pisać) z uciążliwego dla rodziny zapachu rozkładających się tkanek, budziła refleksję nad pytaniem: jak przezwyciężyć bezsens cierpienia w samotności? Tylko grupa (grupa wsparcia) mogła przezwyciężyć lęk przed samotnością i wyrokiem, tylko grupa miałaby szansę przełamać społeczny lęk przed wczesnym badaniem i leczeniem nowotworów złośliwych piersi. Panie Amazonki podjęły to historyczne wyzwanie ówczesnej rzeczywistości, korzystając, ale tylko częściowo, z wzorców ruchu Reach to Recovery. A my, jak mogliśmy, tak im pomagaliśmy

Jak ocenia Pan wówczas pomysł zrzeszania się kobiet po przebytych raku piersi w Kluby?

W sytuacji polityczno-społecznej przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych był to strzał w dziesiątkę. Trzeba pamiętać, że był to okres w którym bardzo intensywnie analizowano fenomen społecznej solidarności w jego różnorodnych aspektach, głównie jednak jako motoru przemian etycznych i ekonomicznych w kontekście diady jednostka-grupa. Na początku lat dziewięćdziesiątych podjąłem pracę w Hospicjum Stacjonarnym na Ursynowie. Z perspektywy pracy w tej instytucji istnienie Klubu było wręcz koniecznością. Przede wszystkim, aby dzięki pracy Amazonek Ochotniczek, ułatwiać podjęcie racjonalnej decyzji o obciążającym leczeniu onkologicznym osób dotkniętych tą chorobą.

Po drugiej, aby prowadzić działalność edukacyjną w społeczeństwie. Pamiętam, że tradycją było wówczas, aby przy rejestracji kolejnego klubu Amazonek organizować konferencję naukową dotyczącą epidemiologii, profilaktyki diagnozowania i leczenia chorób nowotworowych. Jeździliśmy po całej Polsce. Ogromne serce w tą działalność wkładał Pan profesor Zbigniew Wrąnkowski i Pani dr Krystyna Mika, a potem Pani dr Hanna Tchórzewska i jej zespół. Wiele spotkań i dyskusji prowadzonych w czasie i po tych konferencjach zaowocowało przyjaźniami trwającymi do dziś.

Co pańskim zdaniem jest istotą ruchu Amazonek?

Myszę że najważniejsze są dwie sprawy. Po pierwsze solidarność. Jan Paweł II określał fenomen solidarności manifestacją społecznej miłości, a każda choroba to, zgodnie z powiedzeniem wrocławskiego internisty profesora Antoniego Falkiewicza (1900-1977), wołanie o miłość.

Z drugiej strony tradycje historyczne. Kobiety w Polsce, w najtrudniejszych dla narodu momentach, zawsze znajdowały w sobie dość siły, aby stworzyć coś niepowtarzalnego, co budziło nadzieję, którą oświetlała drogę następnym pokoleniom. Królowa Jadwiga już w XIV wieku decyzją o założeniu Akademii Krakowskiej potrafiła pogodzić zantagonizowane nury narodowe i dynastyczne. Maria Skłodowska-Curie na przełomie XIX i XX wieku pokazała, jak wnieść się ponad skonfliktowane ambicje pozytywizmu i romantyzmu. A klub Warszawskich Amazonek w 2007 roku w ekstremalnie trudnej sytuacji finansowej Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie za pozyskane przez siebie fundusze buduje nowe skrzydło Instytutu z przeznaczeniem edukacyjnym!!! Historycznie udowodniono, że najbardziej optymalny społecznie sposób walki z przeciwnikiem, a epidemia

raka jest przeciwnikiem wyjątkowo wyrafinowanym, to edukacja, która prowadzi do „przemiany wewnętrznej” owocującej zmianą zachowania. To ona prowadzi do zmian społecznych i budowania społeczeństwa przyjaznego ludzkiej naturze. Harmonia pomiędzy ludzką naturą a kulturą owocuje z reguły zwycięstwem nad epidemią.

Jest Pan wspaniałym Przyjacielem Amazonek, towarzyszy im Pan w chwilach radości i smutku. Co według Pana jest siłą Amazonek, co ich słabością?

Siłą Amazonek jest to, że są, że zaistniały w najbardziej odpowiednim dla nich czasie, kiedy wyzwania rzeczywistości zewnętrznej mogły wyzwolić ich najwyższy potencjał. W tym kontekście słabością Amazonek będzie wszystko, co będzie prowadziło do ich niestnienia. Aczkolwiek główną przyczyną tej „słabości” będzie brak Amazonek, czyli... ich ostateczne zwycięstwo nad rakiem piersi. W ten sposób ich największa słabość stanie się ich największą siłą.

W jakim kierunku powinno zmierzać Stowarzyszenie Amazonek?

Nawiązuję w tym momencie do wypowiedzi dr Hanny Tchórzewskiej: „Edukacja zdrowych – to powinny robić powołane do tego inne organizacje – a pomoc chorym – to Wy, Amazonki”. Osobiście uważam, że Amazonki od lat prowadzą edukację społeczeństwa. Z jednej strony ogromną rolę w przełamaniu lęku przed chorobą nowotworową piersi odegrały te Amazonki, które publicznie, najczęściej w środkach masowego przekazu, pokazały swoją drogę od rozpacz do nadziei. Z drugiej strony, wiem to z bezpośrednich spotkań ze społeczeństwem, że Amazonki w wielu miejscach w Polsce prowadzą pracę organiczną, edukując lokalną społeczność. Ich świadectwo i wiara w zwycięstwo nad chorobą w czasie tych spotkań jest nie do przecenienia.

Ostatnio brałem udział w spotkaniu z młodzieżą w ramach akcji „Mam haka na raka”. Reakcją młodzieży na opowiadanie o chorobie kobiety Amazonki była wyjątkowo żywa. Młodzież wyczuwa prawdę i autentyczność, a prawdę o chorobie najlepiej zna ten, kto przeżył ją sam. Myślę, że nie do przecenienia jest mądrze kontynuowana praca Amazonek Ochotniczek. Ponadto otwiera się ogromna przestrzeń edukacji w bardzo trudnym obszarze profilaktyki wznowy. Wiązać na ten temat niewiele jest przekonywujących badań. Mamy więc bardzo dużo do zrobienia. W tym miejscu zawsze przychodzi mi do głowy myśl o dziwnym fenomenie ruchu Amazonek. Jak to się dzieje, że kiedy rozmawiam z pojedynczymi osobami, widzę słabą kobietę znekąną chorobą, często trudnościami domowymi, a kiedy widzę grupę, a przede wszystkim efekty jej pracy, to jestem zdumiony. Jaka tu moc!

Jak Pan ocenia ruch Amazonek w porównaniu z działalnością innych organizacji pacjentów?

Trudno mi tutaj o wypowiedź o charakterze porównawczym, gdyż zarówno specyfika jak i pewne warunkiowania ogólne uniemożliwiają jednolitą kategoryzację organizacji pacjentów, a bez niej nie ma uczciwego porównania. Spróbuję więc postawić pewną tezę. Wszystko, co dzieje się wśród organizacji pacjentów w Polsce w sposób bezpośredni lub pośredni nawiązuje do doświadczeń Ruchu Amazonek.

Jest Pan nie tylko lekarzem, ale przede wszystkim humanistą, pięknie i z wielką swobodą włada Pan słowem, skąd takie szerokie zainteresowania kulturą, fenomenalna wprost znajomość historii, literatury?

W tym pytaniu jest niestety wiele nieprawdy. My lekarze, którzy kończyliśmy Akademię Medyczną po drugiej wojnie światowej nie jesteśmy już humanistami. Humanistami byli lekarze, którzy kończyli studia medyczne przed 1945 rokiem. Wtedy wydział lekarski był częścią uniwersytetu. Niepowtarzalnej instytucji europejskiej założonej przez kościół katolicki. Nazwa „uniwersytet” pochodzi od łacińskiego słowa „Universitas” - zgodnie z łacińskim znaczeniem tego słowa - uniwersytet to wspólnota nauczycieli i uczniów. Uniwersytet dawał przedwojennym lekarzom wiedzę filozoficzną i teologiczną, które owocowały całościowym podejściem do tajemnicy osoby ludzkiej. Ułatwiała to budowanie z chorym dialogu nadziei w każdym momencie rozwoju choroby. Zajęcia z teorii poznania i logiki pozwalały lekarzom po skończeniu uniwersytetu na precyzyjne myślenie diagnostyczne, a także krytycyzm wobec prawdy naukowej, której ambiwalencja etyczna była znacznie łatwiej uchwytna - oczywiście z korzyścią dla pacjenta. Lekarz tak wykształcony nie leczył, narządu, tkanki, komórki czy DNA, ale leczył chorego człowieka. Wiedział również, że słowo „elita” pochodzi od łacińskiego „elitus” czyli wybrany, a kryteriami tego wyboru nie była marka samochodu, jaką jeździł pan doktor czy konto w banku, ale wyznawana przez niego wewnętrzna hierarchia wartości. Wartością podstawową było dobro chorego.

Heroizm polskich lekarzy w czasie drugiej wojny światowej (co drugi lekarz zginął!) był sprawdzianem tych wartości. Warto zaznaczyć, że w Zachodniej Europie wydziały lekarskie są wciąż wydziałami uniwersyteckimi. W porównaniu z naszymi kolegami „tamtych czasów” jesteśmy niestety... ćwierć-inteligentami. W moim życiu zawodowym miałem jednak szczęście zetknąć się choćby na krótko z lekarzami, których osobowość była formowana w warunkach uniwersyteckich. Taka wspaniała osobowość był profesor Tadeusz Koszarowski (1915-2002).

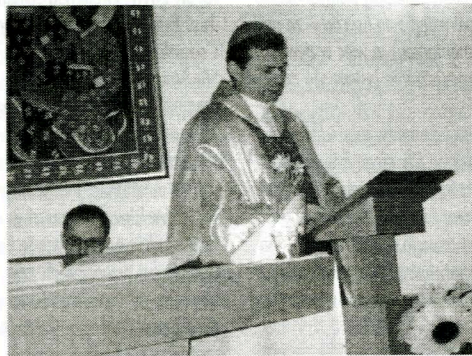
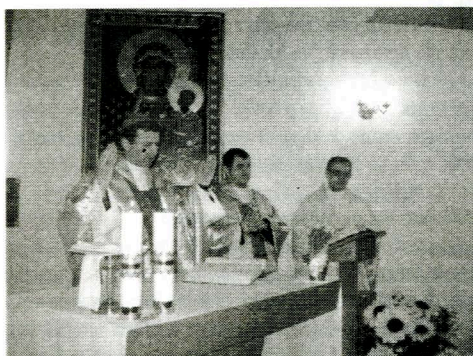
Ma Pan szczególne podejście do pacjenta - traktuje go Pan całościowo, zawsze podkreśla Pan wagę duchowej strony terapii. Z czego wynika ten stosunek do chorego?

Po pierwsze jestem człowiekiem wierzącym, dlatego przeżywam wewnętrzny bunt przed traktowaniem w myśl ideologii ściennej drugiego człowieka jako ewolutu materii.

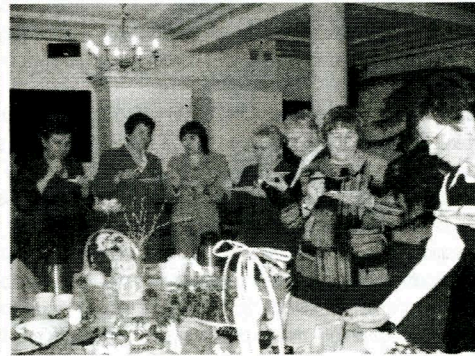
Po drugie wspólnie z kolegami lekarzami w Centrum Onkologii w Warszawie, wiodącą postacią jest tutaj dr Janusz Meder, staramy się w miarę możliwości propagować definicję humanistyczną onkologii zaproponowaną przez profesora Tadeusza Koszarowskiego, a definicja ta może zostać sprowadzona do stwierdzenia: Onkologia nie jest nauką o nowotworach, ale o chorym na nowotwór.



Spotkanie wielkanocne 31 marca 2008r. Centrum Katolickie im. Jana Pawła II



Msza św. w kaplicy Matki Boskiej Częstochowskiej



Przy wielkanocnym stole

Modlitwa wiernych

Msza Święta w intencji chorych na nowotwory i ich rodzin
Kaplica Matki Boskiej Częstochowskiej
Centrum Katolickie przy Parafii pw. Krzyża Świętego
Łomża, ul. Zawadzka 55

Modlitwa wiernych

1. Maryja jest Matką Kościoła, bowiem mocą wyboru samego Ojca Przedwiecznego i pod specjalnym działaniem Ducha miłości – dała życie ludzkie Synowi Bożemu, przez którego o od którego wszystko pochodzi.
Módlmy się za kobiety oczekujące dziecka, aby przyjęły je z dobrocią i obdarzyły miłością.
Ciebie prosimy - wysłuchaj nas, Panie.
2. Panie, Ty nam dałeś Maryję za Matkę. Przez Jej wstawienieństwo ześlij zdrowie chorym, pozwól Jej otoczyć miłością i przytulic do serca wszystkich, którzy dźwigają brzemię choroby.
Módlmy się za wszystkich cierpiących, a w szczególności za chore koleżanki ze Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym, aby zrozumiały, że cierpiąc pomagają dźwigać krzyż Jezusowi i niosły go z pokorą.
Ciebie prosimy - wysłuchaj nas, Panie.

3. Matko, która z miłością słuchasz modlitwy człowieka, spraw, aby kościół był wspólnotą zakorzenioną w codziennym życiu.

Udziel pomocy kapłanom w przewyżnianiu trudności w głoszeniu prawdy Syna Twojego.

Ciebie prosimy - wysłuchaj nas, Panie.

4. Im bardziej poświęcamy się Maryjki, tym bardziej, w sposób zupełny i całkowity należymy do Jezusa. W godzinie śmierci udziel nam swojej pomocy i otwórz bramy raju.
Módlmy się za zmarłych z naszych rodzin, za nasze zmarłe koleżanki, aby Pan dał im radość wieczną.
Ciebie prosimy - wysłuchaj nas, Panie.
5. Maryjo, nigdy nie słyszano, abyś opuściła tego, kto się do Ciebie ucieka i Twojej pomocy wzywa. Ty patrzyłaś na rany i mękę swojego Syna, który umarł za nasze grzechy. Bądź dla nas nieustającą pomocniczką w walce ze złem, abyśmy nikomu nie zadawali „razów”, które bardzo boją.
Módlmy się za nas zgromadzonych przy ołtarzu, abyśmy trwali mocni w wierze.
Ciebie prosimy - wysłuchaj nas, Panie.



XI Czerwcowe Dni Walki z Rakiem

4 czerwca 2008 (Środa)

godz. 18.00 - wystawa prac fotograficznych „Śladami Mistrzów”

godz. 18.30 - występ zespołu „Zorba”

sala widowiskowa ŁOK, Podlaski Urząd Wojewódzki

Łomża, ul. Nowa 2

Władza, wiedza i empatia

Kilkadziesiąt osób dziennie umiera, gdyż z braku onkologów i pieniędzy nie byli kompetentnie leczeni.

dr Barbara Czarska, filozof

Myszę o chorych na nowotwory, którzy zmarli, bo nie byli kompetentnie leczeni, gdyż w Polsce jest za mało onkologów. Myszę o tych, którzy za późno zostali zoperowani, nie dostali leków ratujących życie. Takich chorych na raka, którzy umierają, choć mogliby jeszcze długo żyć, jest dziennie kilkudziesięciu. Nikt nie obliczył, ilu. A może ich wymyśliłam? Ano – niestety – nie. Bardzo wielu pacjentów z nowotworem leczy się poza placówkami onkologicznymi, bo nie ma do nich dostępu. Ich szanse na prawidłowe leczenie systemowe z tego powodu są nikłe.

Kolejki strachu

W radioterapii sytuacja się ostatnio nieco poprawiła, ale tylko w ośrodkach specjalistycznych jest ona dostępna, a te są przeciążone. Zapraszam zainteresowanych około godzinydziesiątej do Centrum Onkologii w Warszawie. Proszę nie wchodzić wejściem głównym, lecz od strony, gdzie mieszczą się ambulatoria i rejestracja. Tłok, zdenerwowanie. Lekarze przyjmują dziennie 40-60 osób. Wszyscy są zestresowani, chcą być przyjęci natychmiast. Boją się czy nie mają raka, boją się, kiedy są chorzy, boją się, czy nie doszło do nawrotu choroby. Czekają i mają nie tylko poczucie straty czasu, ale też sponiewierania.

Nie ma możliwości innego zorganizowania pracy, bo brakuje pieniędzy na wynagrodzenia za pracę w systemie dwuzmianowym. Nie tylko dla lekarzy, sekretarek, pielęgniarek, ale także dla całego zaplecza diagnostycznego i zabiegowego, bez którego współczesna onkologia nie może być skuteczna. Wśród chorych na raka piersi w Polsce prawidłowe leczenie uzupełniające dostaje mniej więcej 20-30 procent pacjentów!

Sytuacja chorego jest nadto uzależniona od adresu. Na Śląsku jest lepszy dostęp do radioterapii, ale nie ma dostępu do chemioterapii, zwłaszcza do nowoczesnej. W mającym znakomite tradycje Instytucie Onkologii w Gliwicach nawet już się nikt nie stara starać, taką tam posiano skutecznie atmosferę totalnej niemożności.

Na początku lipca Amazonki wspierane przez samorząd zorganizowały debatę z pytaniem w tytule: czy Śląsk to dobry adres dla chorych na raka? No i wszyscy zgromadzeni - z panią dyrektorką śląskiego NFZ na czele - doszli do wniosku, że to jest dramatycznie zły adres. I dlatego napisano dramatyczny apel:

„Polska została nazwana na forum Parlamentu Europejskiego onkologicznym wyzutem sumienia Europy”.

Urzędnicy, odmawiając finansowania nowoczesnych metod leczenia, argumentują: „Przecież nigdzie nie starcza na wszystko dla wszystkich.” Ale między „niewystarczeniem dla wszystkich”, a leczeniem jedynie bardzo niewielkiej grupki potrzebujących jest przepaść. Nasze nieliczne, ale doskonale przygotowane do wykonywania zawodu środowisko lekarzy onkologów i pielęgniarek onkologicznych od lat prowadzi walkę o zmianę tego stanu rzeczy. Ośrodki onkologiczne, chcąc działać zgodnie z prawem i zasadami etyki, zadłużają się i ponoszą straty wynikające z leczenia wszystkich potrzebujących. Tak nie powinno być w czasach dynamicznego wzrostu dochodu narodowego.

Równać w górę

Nie tylko w tych najbardziej rozwiniętych krajach świata, ale także na Węgrzech, w Czechach i Słowacji poziom leczenia onkologicznego jest od naszego nieporównywalnie wyższy. To znaczy, że w postkomunistycznym kraju w Europie Środkowej jest to możliwe. Na śląskim spotkaniu nie było ani prezesa NFZ, mimo że obiecał, ani dyrektora Gliwickiego Centrum Onkologii, choć on przynajmniej przysłał list. Byli za to lekarze i dyrektorzy ośrodków ze Śląska, byli onkolodzy z innych regionów. To dobrze odzwierciedla sytuację. Lekarze upominający się zbyt natrętnie o leki są stawiani w stan oskarżenia o działanie w interesie concernów farmaceutycznych, które je produkują. Bezpiecznie jest siedzieć cicho i zwalczać winę na innych.

Bój o prawa pacjenta

I tu dochodzimy do kwestii, które się dzieją nie tylko w ponadlokalnym wymiarze. Kiedy koszty opieki zdrowotnej rosną, w sprawy związane z jej organizacją zaczyna przenikać ideologia biznesu.

Wiele państw odstępuje od modelu opiekuńczego. Na dłuższą metę prowadzi to do zastępowania profesorów medycyny na stanowiskach dyrektorów menadżerami jako takimi. Zmienia się język, co oznacza zmianę sposobu myślenia. Mówiąc prościej: urzędniczy żargon zastępuje głębsze przymyslenie i jak mówił w wykładzie 2002 roku na forum Europejskiej Federacji Medycyny Wewnętrznej prof. Theodore Marmor: „Miernota staje się cechą zarządzania opieką zdrowotną. Jakość jest wypierana przez troskę o ilość, skuteczność ustępuje pola wydajności, uczciwy, lekarski profesjonalizm jest traktowany jak posłannictwo. Morale ulega załamaniu, cynizm stał się powszedni”.

Tu z satysfakcją należy stwierdzić, że wykład ten w odróżnieniu od apelu śląskich Amazonek wywołał znaczącą dyskusję wśród lekarzy na całym świecie i doprowadził do powstania Karty fundamentalnych zasad i obowiązków zawodowych lekarzy. Już pierwsza publikacja projektu Karty w „The Lancet” sprawiła, że lekarze na całym świecie zaczęli eksponować wartości odrzucane czy lekceważone przez polityków, księgowych i prawników.

Co więcej, najważniejsze towarzystwa lekarskie zwracały uwagę swoich członków na konieczność eliminowania możliwości manipulowania lekarzami przez wymienione środowiska. Europejska Federacja Medycyny Wewnętrznej, Amerykańskie Kolegium Lekarzy i Amerykańska Rada Medycyny Wewnętrznej podjęły konsekwentną współpracę, co zaowocowało ustaleniem jasnych jednoznacznych zasad postępowania, którymi powinni kierować się lekarze w obronie interesów pacjenta.

Karta ma dziś fundamentalne znaczenie. Lekarze, w tym niewątpliwie także polscy, nie mogą liczyć, że politycy zajmujący się problemami zdrowia będą ich rzecznikami. Milcząca założeń, że istnieje społeczne poparcie dla ludzi profesjonalnie zabiegających o dobro pacjentów, jest nieprawdziwe. Przekazuje o tym tegoroczny strajk lekarzy i pielęgniarek. Konieczna jest debata publiczna inspirowana przez te środowiska.

Wzbudzić szacunek

Zgodnie z normami Karty każdy lekarz winien czuć się zobowiązany, by nie pozwolić na lekceważenie głosu swojego środowiska. To nie dziennikarz, nie pacjent, nie polityk, ale właśnie lekarz jest zobowiązany do zabiegania o dobro pacjenta wbrew administracyjnym naciskom. Jak zawzięcie? To zależy od poziomu jego zawodowego profesjonalizmu. Niech to ostatnie zdanie nikogo nie zdziwi. Profesjonalizm lekarski nie jest rzemiosłem. Jest on podstawą umowy między lekarzem a społeczeństwem.

Realizacja tej umowy wymaga, żeby interes pacjenta stawiał wyżej niż własny, a przy tym utrzymać wysoki poziom kompetencji i sprawności zawodowej. Stąd walka o pensję! To jest walka lekarzy o możliwość wywiązania się ze swoich podstawowych obowiązków. W skali społecznej zabieganie o status lekarza, szacunek dla zawodu i dobre warunki jego wykonywania to jest codzienny obowiązek każdego przedstawiciela tego zawodu. Kontrakt lekarza ze społecznością opiera się na publicznym zaufaniu do lekarzy. To zaufanie zależy od prawości każdego lekarza i od prawości całej grupy zawodowej. Dlatego też, dbając o system opieki zdrowotnej, trzeba się czynnie starać o eliminowanie dyskryminacji z jednej strony i tolerowanie protekcji z drugiej.

Empatia lekarza jest gwarancją dobra pacjentów poszczególnych. Dzisiaj to jednak nie wystarczy. I dlatego potrzeba działań wspólnych całej grupy zawodowej. Nie jest moją intencją nawoływanie, buntowanie, wzywanie do czynu. Byłam w lipcu w Katowicach. Zapamiętałam ten apel:

„Chorzy na raka umierają w cierpieniu i ciszy. Nie organizują protestów. Dlatego my – odpowiedzialni, zyczliwi i współczujący obywatele przemawiamy w ich imieniu”.

Decyzja o stworzeniu właściwego systemu finansowania współczesnych metod rozpoznawania i leczenia nowotworów w całej Polsce ma wymiar wielkiej odpowiedzialności politycznej i obywatelskiej. Ma też wymiar moralny. Uczestnicy dzisiejszej debaty podejmują zobowiązanie, iż każdy z nas w dostępnym dla niego sposób będzie działał na rzecz zapewnienia środków, które pozwolą na Śląsku i w całej Polsce leczyć choroby nowotworowe skutecznie i adekwatnie do postępu wiedzy medycznej.

Nie umiem leczyć. Pozostaje mi obowiązek pisania.

Przedruk z „Mecjal Tribune” 14/2007



Hormonoterapia raka piersi

dr Maria Górnaś

Terapia hormonalna jako leczenie uzupełniające dla chorych operowanych z powodu hormonowrażliwego raka piersi od lat jest standardem.

Leczenie to jest odpowiednie zarówno dla kobiet przed, jak i po menopauzie. Jedyne warunki, jakie bezwzględnie musi być spełnione przy kwalifikowaniu chorej do tego leczenia, to znalezienie tak zwanych receptorów hormonalnych w tkance nowotworowej. Dla tych, które czytają magazyn o tym po raz pierwszy, krótka informacja:

Większość rozpoznawanych raków piersi to guzy, których wzrost zależy od tak zwanych hormonów płciowych, przede wszystkim od estrogenów. Estrogeny przed menopauzą produkowane są w jajnikach, a gdy w czasie menopauzy funkcja jajników zaniknie, powstają w tkance tłuszczowej, mięśniach, wątrobie, a także w tkance guza nowotworowego. Warunkiem ich wpływu na rozmnażanie się komórek nowotworowych jest obecność receptorów, czyli specjalnych miejsc, do których hormony mogą się przyłączyć i uruchomić całą kaskadę reakcji, prowadzącą w końcowym efekcie do rozmnażania się komórek raka.

Aby zapobiec tym reakcjom, podaje się odpowiednie leki lub wykonuje operację. U kobiet przed menopauzą w niektórych przypadkach trzeba doprowadzić do zahamowania funkcji jajników. Można to zrobić drogą operacyjną, usuwając jajniki. Metoda ta jednak stopniowo jest eliminowana przez działanie farmakologiczne.

Istnieją substancje, które działając na przysadkę mózgową, hamują wytwarzanie hormonów przez jajniki. Leczenie jest dość wygodne, ponieważ lek, goserelinę, podaje się raz w miesiącu w postaci zastrzyku podskórnego. Bardzo ważną cechą odróżniającą stosowanie tego leku od operacji jest to, że jego działanie jest odwracalne. Zatrzymanie mieszczyki nie jest trwałe. Po odstawieniu leku chore mogą nadal mieszczykować. Dodatkowo można podawać chorej tamoksyfen. Lek ten jest powszechnie znanym antyestrogenem. Jego działanie polega na przyłączaniu się do receptorów hormonalnych i blokowaniu dostępu obecnym w organizmie kobiety estrogenom. Takie blokowanie pozwala, u bardzo wielu chorych przez długi czas, nie dopuszczać do rozmnażania komórek nowotworowych. Tamoksyfen od lat ma swoje uznanie miejsce w leczeniu chorych na raka piersi.

Do niedawna Tamoksyfen był jedynym lekiem stosowanym standardowo przez 5 lat po operacji. Używano go także, w ramach badań klinicznych, jako leku zmniejszającego ryzyko zachorowania na raka piersi u kobiet z tak zwanej grupy wysokiego ryzyka, czyli tych, w rodzinach których, rak piersi był częstą chorobą. Oprócz blokowania receptorów hormonalnych w komórkach raka piersi, tamoksyfen spowalnia proces osteoporozy. To jego działanie korzystne.

Niestety, ma on także szereg działań niepożądanych. Najpoważniejsze z nich, to powodowanie przerostu błony śluzowej macicy, a w skrajnych przypadkach powstanie raka trzonu macicy. Poza tym powodować może powikłania zakrzepowo-zatorowe, czyli na przykład powstawanie skrzepów krwi w naczyniach żylnych kończyn dolnych. Te skrzepy mogą, niesione z prądem krwi, spowodować zatkanie małych naczyń krwionośnych w płucach. Oczywiście korzyści płynące ze stosowania tamoksyfenu znacznie przewyższają zagrożenia i dlatego lek jest nadal powszechnie stosowany.

Jak wiadomo, badania nad poszukiwaniem nowych, bezpiecznych i skutecznych leków nadal trwają.

W ostatnich latach ugruntowała się pozycja jeszcze jednej grupy leków hormonalnych, które stosuje się u chorych na rak piersi. Te leki działają w inny sposób niż przedstawione wyżej. Hamują one ostatni etap powstawania estrogenów w organizmie kobiety, blokując enzym odpowiedzialny za proces tworzenia hormonu. Stąd ich nazwa „inhibitory aromatazy”. Leki te początkowo stosowano tylko do leczenia choroby zaawansowanej, czyli wtedy, gdy doszło do powstania przerzutów lub kiedy choroba powróciła w miejscu operacji. Leki te mogą być stosowane wyłącznie u chorych, których nowotwór ma receptory hormonalne.

Dzisiaj wiemy na pewno, że inhibitory aromatazy takie jak anastrozol i letrozol, są skuteczne u chorych po menopauzie. Wiemy także, że są skuteczne - a nawet skuteczniejsze niż tamoksyfen - u chorych na wczesną postać raka piersi. Oznacza to, że mogą i powinny być stosowane u chorych, które przeżyły operację i wymagają leczenia uzupełniającego.

Międzynarodowe grono ekspertów - które spotyka się co dwa lata w Szwajcarii w St. Gallen - ogłasza, po wnikliwej analizie wyników badań klinicznych, swoje rekomendacje powszechnie znane jako „Konsensus St. Gallen”. Zarówno eksperci z St. Gallen, jak i grono polskich specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej, w najnowszych opublikowanych w 2007 roku, zaleceniach diagnostyczno-terapeutycznych Polskiej Unii Onkologii, postulują, aby u chorych na hormonozależnego raka piersi stosować inhibitory aromatazy nie tylko w chorobie zaawansowanej, ale także w leczeniu uzupełniającym. Inhibitory aromatazy powinny być stosowane od początku zawsze wtedy, gdy istnieją przeciwwskazania do leczenia tamoksyfenem. Leczenie powinno wtedy trwać co najmniej pięć lat. Korzystne jest także zamienianie tamoksyfenu na inhibitor aromatazy po dwóch, trzech lub pięciu latach leczenia.

W opublikowanych wynikach badań klinicznych znajdujemy między innymi informację, że po 100 miesiącach obserwacji, ryzyko nawrotu raka piersi po leczeniu anastrozolem - w porównaniu z tamoksyfenem - jest mniejsze o 24%, a czas przeżycia bez nawrotu choroby dłuższy o 15%. Istotny bardzo jest fakt, że leczenie inhibitorami aromatazy nie zwiększa ryzyka zachorowania na raka trzonu macicy i może być stosowane u osób zagrożonych chorobą zakrzepowo-zatorową. Należy natomiast zachować ostrożność u kobiet ze stwierdzoną osteoporozą, ponieważ stosowanie tego leczenia może nasilić zarówno osteoporozę, jak i dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego.

O ile podawanie inhibitorów aromatazy po leczeniu tamoksyfenem, nie stanowi w Polsce żadnego problemu, o tyle podawanie go jako leczenia hormonalnego w tak zwanej pierwszej linii, napotyka na przeszkody formalne. Lista leków refundowanych opatrzona jest komentarzem, że inhibitory aromatazy mogą być finansowane ze środków publicznych tylko wtedy, gdy stosowane są po leczeniu tamoksyfenem. Zapis ten miał sens wtedy, gdy po raz pierwszy zarejestrowano inhibitory w leczeniu raka piersi. Dopuszczono wówczas leczenie inhibitorami aromatazy chorych na rozsianego raka piersi. Minęło jednak wiele lat i wskazania uległy znacznej zmianie.

Obecne zapisy refundacyjne uniemożliwiają podawanie inhibitorów aromatazy w pierwszej linii leczenia uzupełniającego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Jest to nie tylko niezgodne z zaleceniami Polskiej Unii Onkologii, zwłaszcza w odniesieniu do kobiet z grupy średniego i wysokiego ryzyka nawrotu choroby, ale nawet u tych osób, u których istnieją wyraźne przeciwwskazania do stosowania tamoksyfenu.

Leki

Jak zażywać leki?

Aż jedna czwarta szkodliwych dla zdrowia działań leków to konsekwencje nieodpowiedniego ich zażywania. Jakich zasad powinniśmy przestrzegać, aby przyjmowane leki pomagały, a nie szkodziły?

1. Poinformuj lekarza o współistniejących chorobach i lekach, które zażywasz.
2. Wypytaj o działanie leku i mogące się pojawić działania niepożądane.
3. Jeżeli masz trudność w zapamiętaniu jakiejś informacji - zapisz ją lub poproś o to lekarza.
4. Po wykupieniu leku dokładnie przeczytaj ulotkę. W razie jakichkolwiek wątpliwości poproś farmaceutę lub lekarza o wyjaśnienie.
5. Leki popijaj tylko i wyłącznie czystą wodą. Najlepiej - niegazowaną.
6. Przestrzegaj podanych w ulotce zaleceń dotyczących zażywania leku w stosunku do posiłku.
7. Jeżeli korzystasz z opieki kilku lekarzy, wybierz jednego z nich [najlepiej lekarza rodzinnego] na koordynatora leczenia. Z nim ustalaj wszelkie zagadnienia dotyczące przyjmowania leków.

8. Jeśli podczas zażywania leku pojawiają się niepokojące objawy, odstaw lek i skontaktuj się z lekarzem.

Czym nie popijać leków?

- * sokiem grejpfrutowym - zawiera on związek paraliżujący pracę enzymów trawiennych, skutkiem czego do organizmu może trafić nawet 10-krotnie większa dawka leku. W takim przypadku o groźne powikłania nie jest trudno.
- * mlekiem - zawarte w nim wapno wiąże lek w nierozpuszczalne związki, a więc takie, które się nie wchłaniają do organizmu. A jeżeli się nie wchłaniają - także nie leczą.
- * herbatą - jeżeli preparaty żelaza popijesz herbatą, zmniejszysz ich wchłanianie o 50%.
- * napojami alkoholowymi, w tym piwem.

Pamiętaj, aby:

- nie kupować leków z nieznanego źródła: na bazarach, w internecie,
- przed nabyciem leku upewnić się, że jest on dopuszczony do obrotu w Polsce,
- nie zażywać leku tylko dlatego, że pomógł na sąsiadzie lub jest reklamowany jako cudowny specyfik na wszystkie choroby.



Kamień milowy w leczeniu raka piersi

Informacja prasowa, Warszawa, 22 stycznia 2008 r.

W połowie grudnia 2007 roku w USA opublikowano przełomowe wyniki jednego z największych badań nad rakiem piersi, które zwiastują osiągnięcie punktu zwrotnego w leczeniu kobiet we wczesnym stadium raka piersi. Badanie przedstawia korzyści ze stosowania anastrozolu w porównaniu z tamoksyfenem.

Anastrozol lepiej zapobiega nawrotom choroby, nawet cztery lata po zakończeniu leczenia. Trwające 100 miesięcy (ponad 8 lat) badanie ATAC (Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination) to jedno z największych i najdłużej prowadzonych badań nad rakiem piersi. Najnowsze wyniki dostarczają kolejnych dowodów potwierdzających tezę o znaczącej wyższości anastrozolu nad tamoksyfenem w zmniejszaniu ryzyka nawrotów i wydłużeniu czasu przeżycia wolnego od choroby.

Badano kobiety po menopauzie z wczesnym rakiem piersi. Wyniki badań, opublikowane w prestiżowym czasopiśmie „The Lancet Oncology” wskazują, że nawet po blisko czterech latach od zakończenia leczenia, ryzyko nawrotu choroby w każdej postaci jest mniejsze w przypadku zastosowania leczenia anastrozolem niż tamoksyfenem. Lek AstraZeneca jest pierwszym inhibitorem aromatazy, dla którego wykazano wydłużenie efektu działania. Korzyści z przyjmowania leku są widoczne przez wiele lat po zakończeniu leczenia.

„Nowe wyniki badania ATAC wskazują na to, że stosowanie tamoksyfenu, a nie anastrozolu w leczeniu wczesnego raka piersi u kobiet po menopauzie nie znajduje dalszego uzasadnienia. Jeśli uda nam się zapobiec nawrotom, rak piersi nie będzie przyczyną śmierci kobiet”. – mówi profesor John Forbes ze Szpitala Newcastle Mater Misericordiae w Australii.

Anastrozol w sposób znaczący wydłuża czas do momentu wystąpienia nawrotów raka piersi u pacjentek z guzem hormonozależnym, co jest ważnym wskaźnikiem rokowniczym. Istotne jest zmniejszenie ryzyka nawrotu, ponieważ wystąpienie nawrotu wiąże się ze zwiększeniem ryzyka zgonu. Anastrozol jest jedynym inhibitorem aromatazy, który w porównaniu z tamoksyfenem wy-

kazuje znamienny wzrost czasu przeżycia wolnego od choroby, czasu do progresji, czasu do wystąpienia przerzutów odległych w tak długim okresie obserwacji.

Wyniki badania ATAC po 100-miesięcznym okresie obserwacji wskazują, że w porównaniu z tamoksyfenem, anastrozol:

- zmniejsza ryzyko nawrotów wszelkiego rodzaju o 24%
- wydłuża czas przeżycia wolnego od choroby (DFS) o 15%
- zmniejsza ryzyko wystąpienia przerzutów odległych o 16%
- zmniejsza częstość występowania raka drugiej piersi o 40%.

Obecnie w wielu krajach anastrozol zastępuje tamoksyfen w roli standardu leczenia. Dla krajów, w których praktyka jest odmienna, te najnowsze dane stanowią wielkie wyzwanie. Wyniki badań pokazują bowiem, że efekt ochronny anastrozolu jest obecny długo po zakończeniu leczenia, co stanowi niekwestionowany argument za rozpoczęciem terapii anastrozolem, jeśli chcemy zwiększyć szanse kobiet na życie wolne od choroby.

Badanie ATAC, w którym analizowano okres prawie dwa razy dłuższy niż w jakichkolwiek innych badaniach inhibitorów aromatazy, dostarcza dodatkowych informacji na temat profilu bezpieczeństwa anastrozolu w perspektywie długoterminowej. Okazuje się, że długotrwałe stosowanie anastrozolu nie zwiększa ryzyka działań niepożądanych.

„Dane długoterminowe dostarczają lekarzom ważnych informacji. Mogą oni być pewni, że anastrozol pozwoli ich pacjentkom czerpać korzyści z terapii, która jest skuteczna w długim okresie, dobrze tolerowana i posiada znany profil bezpieczeństwa. Uaktualnienie wyników badania ATAC po 100 miesiącach obserwacji wzmacnia pozycję anastrozolu, jako standardu leczenia wszystkich kobiet po menopauzie, u których stwierdzono wrażliwość na hormony nowotwór we wczesnym stadium zaawansowania. Niezależnie od ryzyka nawrotu choroby anastrozol pomaga kobietom żyć dłużej bez raka”. – powiedział prof. Anthony Howell z Christie Hospital w Wielkiej Brytanii.

ATAC: Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination. Więcej informacji na temat badania ATAC znajduje się pod adresem: www.ATAC100.com.



Co to jest endometrium?

Kobiety na ogół znają to słowo – endometrium. Często jednak nie wiedzą, jak i dlaczego powinny je kontrolować.

Gdzie się znajduje?

Wnętrze macicy jest niezaczepionej się warstwy błony śluzowej i to właśnie jest endometrium. W trakcie cyklu miesięczkowego u kobiety dochodzi do zmian w endometrium, które – po owulacji – przygotowuje się do zagnieżdżenia w komórki jajowej, czyli do ciąży.

Jeśli jednak ciąża nie zaistnieje, wówczas występuje krwawienia czyli miesiączka. Polega ona na złuszczeniu się warstwy endometrium. Po kilku dniach krwawienie zostaje zahamowane pod wpływem hormonów żeńskich [estrogenów] i cykl powtarza się od początku.

Jak się badać?

Najlepszą metodą zbadania endometrium jest USG śródmaciczne. Lekarz wkłada do pochwy niewielką głowicę USG i ogląda wnętrze macicy. W trakcie badania może oceni grubość błony śluzowej czyli endometrium.

U kobiet miesiączkujących endometrium nie powinno przekraczać grubości 10 – 12 mm, u kobiet niemiesiączkujących – 5 – 7 mm.

Ważna jest również ocena w trakcie badania USG jednorodności endometrium, obecność polipów, płynów w macicy itp. Niekiedy potrzebne jest [zwłaszcza u kobiet starszych] diagnostyczne wyłuszczenie macicy i wykonanie badania histopatologicznego pobranego materiału. Chodzi o wykluczenie nowotworu i stanu przednowotworowego błony śluzowej macicy. Warto to badanie wykonać, aby w porę zapobiec rozwojowi niebezpiecznej choroby.



GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Przychodnia Onkologiczna

Łomża, Szpital Wojewódzki,
al. Piłsudskiego 11, I piętro,
tel. (086) 47-33-375, 4733-392, 47-33-344,
47-33-383

czynna codziennie od 8.00 do 15.00.
Rejestracja 7.30–15.00, tel. 4733-375
we wtorki od 8.00 do 18.00

Oddział Onkologii i Chemioterapii – V piętro

Łomża, Szpital Wojewódzki,
al. Piłsudskiego 11, V piętro,
tel. (0-86) 47-33-345, 47-33-347,
47-33-377.

- ultrasonograficzne badanie gruczołów piersiowych (pracownia USG)
Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskiego 11, I piętro, tel. (086) 47-33-386 – czynna codziennie.

- biopsja cienkoigłowa (Zakład Patomorfologii)
Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskiego 11, tel. (086) 47-33-253 – czynny codziennie; wymaga skierowania, dla pacjentów onkologicznych – I piętro – środa, piątek;
- mammografia – wykonana ze skierowaniem od onkologa – Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskiego 11, I piętro, tel. rejestracja (086) 4733-598, tel. mammografia (086) 4733-540 – codziennie. – w soboty bez skierowania dla grupy wiekowej 50-69 lat.

Rehabilitacja

dla członkiń Stowarzyszenia

w każdy czwartek w godz. 17.00–19.00 w Dziale Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego w Łomży (II piętro).

Przychodnia

Rehabilitacji Leczniczej

Szpital Wojewódzki
Łomża, al. Piłsudskiego 11,
II piętro – codziennie od 7.00 do 17.00,
ze skierowaniem od lekarza;
rejestracja tel. (086) 4733-584 do godz.
10.00

lekarze – od 10.00 do 15.00,
tel. 4733-584.

we wtorki do godz. 18.00

Regionalny Ośrodek Onkologii w Białymstoku

ul. Ogrodowa 12, tel. (0-85) 66 46 711

Centrum Onkologii w Warszawie

ul. Roentgena 5, tel. (0-22) 54 62 000

Biuro Stowarzyszenia

czynne w godzinach:

10.00–13.00 – od poniedziałku do piątku
tel. 086 47-33-263

KALENDARIUM

Czerwiec

- 2 - godz. 17.00 - Spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzyszenia - Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, II piętro - sala konferencyjna
- 4 - koncert finałowy Czerwcowych Dni Walki z Rakiem
godz. 18.00 - wystawa prac fotograficznych „Śladami Mistrzów”
godz. 18.30 - występ zespołu „Zorba”
sala widowiskowa ŁOK, Podlaski Urząd Wojewódzki, Łomża, ul. Nowa 2
- 9 - godz. 18.00 - Msza św. w intencji chorych na nowotwory i ich rodzin - Kościół pw. Krzyża Św., ul. Zawadzka 55

Lipiec i Sierpień

- przerwa wakacyjna

Wrzesień

- 1 - godz. 17.00 – Spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzyszenia - Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, II piętro - sala konferencyjna

Październik

- obchody 15-lecia Stowarzyszenia

Cele Stowarzyszenia:

- 1) prowadzenie spotkań członków i sympatyków,
- 2) programowanie opieki nad chorymi w początkowej fazie choroby nowotworowej,
- 3) organizacje grup wsparcia i samopomocy,
- 4) prowadzenie rehabilitacji leczniczej i społecznej,
- 5) współdziałanie z instytucjami, stowarzyszeniami i fundacjami w kierunku profilaktyki i leczenia chorób onkologicznych,
- 6) redagowanie i wydawanie publikacji o tematyce dotyczącej stowarzyszenia i profilaktyki chorób nowotworowych,
- 7) gromadzenie środków umożliwiających realizację zadań statutowych,
- 8) prowadzenie działalności gospodarczej,
- 9) prowadzenie działalności charytatywnej,
- 10) współpracę z zespołem opieki paliatywnej nad terminalnie chorymi.

(§ 7. statutu Stowarzyszenia)

Biuletyn Informacyjny Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym Organizacja pożytku publicznego – KRS 0000082371

Redaguje zespół: Barbara Porwol, Bożena Zgrzywa, Barbara Czerna, Wiktor Chmielarczyk, Maria Górnaś, Sławomir Mazur
Adres redakcji: Łomża, Aleja Piłsudskiego 11a pokój 410, tel. (086) 47-33-263

Projekt: Tadeusz Babel • Zdjęcia - Helena Putkowska • Montaż elektroniczny – Sławomir Dubowski

Druk: Drukarnia Kamil Borkowski, tel. 086 216 31 03,

nakład 3000 egz.

Wszelkie prawa zastrzeżone.