

Wreszcie - po gorącym i suchym wakacyjnym miesiącu – doczekaliśmy się tak potrzebnego deszczu. Niestety, skończyły się również wakacje – dla wszystkich uczniów, tych młodszych i starszych. Większość dzieci cieszy się ze spotkania z rówieśnikami, z panią, z nowych zabaw, trochę mniej z czytania i pisania. Starsi uczniowie nie są już tak zadowoleni, ale, niestety, taka kolej losu – trzeba wrócić do zajęć i do pracy.

Po wakacyjnej przerwie również nasze Stowarzyszenie powraca do codziennej pracy. Będziemy dalej kontynuować nasze zadania, a przede wszystkim pomagać kobietom, które dotknęła choroba nowotworowa, kobietom, które w zaciszu gabinetu usłyszały okrutne słowa: Niestety – to rak. My to dobrze znamy i dobrze rozumiemy: każda z nas usłyszała kiedyś to samo, każda musiała przejść trudne leczenie, dać sobie jakoś z tym radę, chociaż tak było ciężko...I każdej z nas pomogła ta pomocna dłoń, te spokojne słowa: Trzymaj się! Nie daj się chorobie, masz dla kogo żyć, musisz mieć nadzieję.

Ja sama dziękuję Bogu za każdy przeżyty rok, który daje mi tyle radości. I każda kontrolna wizyta w Centrum Onkologii kończy się trochę drżeniem serca: Powinno być dobrze, już tyle lat jest w porządku, ale... Zawsze jest jakieś Ale. Zawsze jakaś – choćby niewielka możliwość, nie ma żadnej pewności na 100%. Więc...

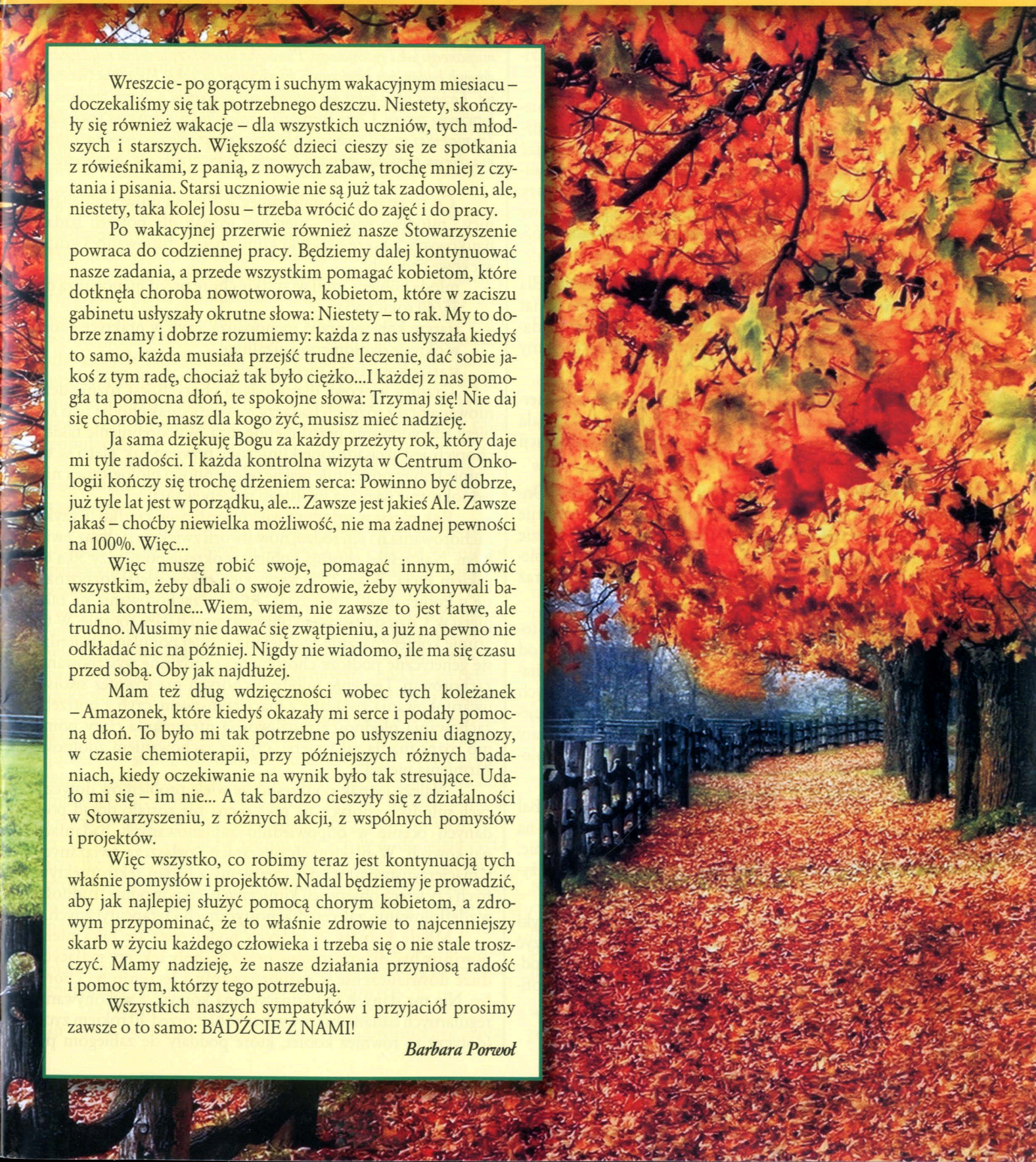
Więc muszę robić swoje, pomagać innym, mówić wszystkim, żeby dbali o swoje zdrowie, żeby wykonywali badania kontrolne...Wiem, wiem, nie zawsze to jest łatwe, ale trudno. Musimy nie dawać się zwątpieniu, a już na pewno nie odkładać nic na później. Nigdy nie wiadomo, ile ma się czasu przed sobą. Oby jak najdłużej.

Mam też dług wdzięczności wobec tych koleżanek – Amazołek, które kiedyś okazały mi serce i podały pomocną dłoń. To było mi tak potrzebne po usłyszeniu diagnozy, w czasie chemioterapii, przy późniejszych różnych badaniach, kiedy oczekiwanie na wynik było tak stresujące. Udało mi się – im nie... A tak bardzo cieszyły się z działalności w Stowarzyszeniu, z różnych akcji, z wspólnych pomysłów i projektów.

Więc wszystko, co robimy teraz jest kontynuacją tych właśnie pomysłów i projektów. Nadal będziemy je prowadzić, aby jak najlepiej służyć pomocą chorym kobietom, a zdrowym przypominać, że to właśnie zdrowie to najcenniejszy skarb w życiu każdego człowieka i trzeba się o nie stale troszczyć. Mamy nadzieję, że nasze działania przyniosą radość i pomoc tym, którzy tego potrzebują.

Wszystkich naszych sympatyków i przyjaciół prosimy zawsze o to samo: **BĄDŹCIE Z NAMI!**

Barbara Porwoł





I co dalej?

Dalej? Wracamy do naszej systematycznej pracy!

- codziennie czynne jest nasze biuro w Hotelu Pielęgniarek ul. Piłsudskiego 11A p. 410 w godzinach 10-13. W biurze dyżury pełnią członkinie Stowarzyszenia, można tam wpaść, wypić kawę, herbatę, porozmawiać o swoich problemach, przeczytać coś na temat choroby, leczenia. Będziemy też odwiedzać chore kobiety w domu i w szpitalu – jeśli tylko będzie taka chęć i potrzeba. Można też kontaktować się z nami telefonicznie: nr 86 473 32 63 (w godzinach pracy naszego biura) lub 882 098 947,
- zapraszamy na spotkania otwarte w każdy pierwszy poniedziałek miesiąca w sali konferencyjnej Szpitala Wojewódzkiego, ul. Piłsudskiego 11 godz. 17.00. Można porozmawiać o swoich doświadczeniach, problemach, będziemy organizować wspólne przedsięwzięcia, wspólne akcje. Dwa razy do roku odbywają się spotkania świąteczne [opłatkowe i wielkanocne] w Centrum Katolickim ul. Zawadzka 55, spotkania te połączone są ze mszą świętą,
- jesienią – jak co roku - zaczynamy spotkania i wykłady dla uczennic klas maturalnych w szkołach średnich na temat profilaktyki chorób nowotworowych i nauki samobadania piersi. Szkoły, które chciałyby wziąć udział prosimy o kontakt,
- członkinie Stowarzyszenia, które przeszły amputację piersi zapraszamy na rehabilitację w każdą środę do Szpitala Wojewódzkiego, ul. Piłsudskiego 11, poradnia rehabilitacji II piętro w godzinach 16-18,
- w listopadzie odbędzie się kolejny Dzień Otwarty w Onkologii. Zapraszamy wszystkie chętne panie, które nie wykonywały nigdy badań profilaktycznych [nie będzie potrzebne żadne skierowanie ani inny dokument], kobiety będą mogły skorzystać z wizyty u lekarza onkologa oraz – zgodnie z jego zaleceniem – z usg piersi,
- ukążą się kolejne numery Biuletynu informacyjnego Stowarzyszenia. Wydajemy 4 numery w ciągu roku już od ponad 20 lat. Biuletyn rozdajemy nieodpłatnie w szpitalu, w przychodniach, zakładach pracy, szkołach i innych miejscach, zależnie od potrzeb. W Biuletynie przekazujemy informacje o naszej działalności, artykuły na tematy onkologiczne, materiały dotyczące profilaktyki onkologicznej itp.,
- podczas karnawału zorganizujemy (po raz kolejny) Bal Przyjaciół Amazonki, z którego dochód przeznaczymy na nasze akcje i projekty. Wspaniała zabawa, super jedzenie, świetne towarzystwo – wszystko, czego można sobie życzyć,
- nadal organizować będziemy akcje dotyczące profilaktyki onkologicznej: Październik Miesiącem Szansy – Zdążyć przed rakiem oraz Czerwcowe Dni Walki z Rakiem. Podczas tych akcji zachęcamy do wykonywania badań profilaktycznych.

Pamiętajcie – to może uratować życie!

MŁODE KOBIETY CHORE NA RAKA PIERSI

Rzadko poruszany temat odrębności diagnostyki i leczenia raka piersi u młodych kobiet porusza dr n. med. Barbara Radecka, zastępca ordynatora Oddziału Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii.

Ośrodek, w którym pracuje, realizuje wszystkie standardowe technologie medyczne w leczeniu raka piersi zarówno w odniesieniu do leczenia miejscowego jak i systemowego. Placówka uczestniczy w wielu międzynarodowych badaniach klinicznych. Funkcjonuje tu także Poradnia Genetyczna. Leczenie raka piersi jest realizowane w oparciu o decyzje wielospecjalistycznego zespołu. Chore korzystają z rehabilitacji i wsparcia psychologa. Ten niewielki szpital, spełniający kryteria pełnoprofilowego ośrodka, zapewnia chorym przyjazne warunki leczenia. Pacjentki nie są tu anonimowe.

Co to znaczy „młode chore“? Nie ma uniwersalnej granicy „młodego wieku“, niemniej jednak dla potrzeb badań naukowych, a także praktyki klinicznej zdefiniowano 3 grupy wiekowe chorych:

- młode kobiety, czyli wszystkie chore przed menopauzą do 35/40 roku życia,
- starsze kobiety przed menopauzą, czyli w praktyce chore w okresie okołomenopauzalnym,
- starsze kobiety po menopauzie.

Granica wiekowa dla młodych chorych jest różnie definiowana przez różnych badaczy, zawsze jednak chodzi tu o kobiety zdecydowanie przed menopauzą. Wyodrębnienie takich chorych jest uzasadnione klinicznie, bowiem rak piersi w tej grupie kobiet prezentuje pewne odmienności biologiczne i niejednokrotnie wymaga swojego postępowania.

Rak piersi w młodym wieku występuje rzadko. Ryzyko zachorowania na ten rodzaj nowotworu zwiększa się wraz z wiekiem. Najczęściej chorują kobiety w okresie pomiędzy 50 a 69 rokiem życia. Tylko 2-5% wszystkich raków piersi rozpoznaje się u kobiet do 40 roku życia. Ryzyko zachorowania na raka piersi w 3. dziesiątce życia kobiety wynosi 0,04% rocznie. W tej grupie kobiet znacznie częściej niż w całej populacji stwierdza się genetyczne podłoże choroby oraz rodzinne występowanie zachorowań. Leczenie młodych chorych ma również swoiste uwarunkowania związane z macierzyństwem, czyli z potrzebą zachowania płodności, możliwością utrzymania ciąży pomimo rozpoznania raka piersi, czy też zachowaniem zdolności karmienia piersią.

Należy jednak podkreślić, że wiele problemów dotyczących młodych chorych na raka piersi nie zostało dotąd poddanych ocenie w odpowiednio zaplanowanych badaniach naukowych. W niektórych obszarach (zwłaszcza związanych z macierzyństwem) wiedzę czerpiemy z badań rektropsektywnych czy wręcz obserwacji klinicznych, co powoduje trudności w zdefiniowaniu zaleceń diagnostycznych i terapeutycznych.

Młode kobiety, u których podejrzewa się raka piersi powinny być diagnozowane przez zespoły lekarzy mających duże doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu tej choroby. Nie ma danych wskazujących na korzyść z wykonywania regularnych badań obrazowych u kobiet przed 40 rokiem życia (dotyczy to również kobiet, które poddały się zabiegom po-



większenia piersi). Badanie te są oczywiście wykonywane w tej grupie wiekowej w przypadku wskazań klinicznych. Przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych nie wpływa na możliwość wykonywania badań obrazowych.

Najbardziej wartościowe techniki obrazowania w tej populacji to ultrasonografia oraz rezonans magnetyczny. Mammografia, która jest uważana za najlepsze badanie do wykrywania raka piersi jest podstawowym narzędziem badań przesiewowych w grupie chorych po 40 roku życia. U kobiet młodszych gęsta struktura piersi uniemożliwia prawidłową interpretację badania. W tej grupie mammografia ma mniejszą swoistość, co w badaniach przesiewowych mogłoby też powodować wzrost odsetka wyników fałszywie dodatnich, narażając kobiety na niepotrzebny stres.

Obecność implantów wszczepionych podczas procedury powiększania piersi nie wpływa na ryzyko rozwoju raka, niemniej skuteczność mammografii jest mniejsza w tym przypadku, co może być przyczyną późniejszego rozpoznania raka piersi. Należy informować o tym kobiety planujące poddanie się zabiegom wszczepiania implantów.

Samobadanie to najtańsza i najbardziej dostępna metoda diagnostyczna, trwa 5 minut, a może pomóc uratować życie. Powinno być wykonywane regularnie przez wszystkie kobiety po 20 roku życia. Dzięki zainteresowaniu mediów problematyką raka piersi popularność samobadania systematycznie wzrasta. Cieszą nas, onkologów akcje edukacyjne prowadzone wśród młodzieży. Mamy nadzieję, że rośnie pokolenie kobiet, dla których samobadanie będzie nawykiem. Należy zalecać młodym kobietom samobadanie piersi i regularne badanie kliniczne prowadzone przez lekarza. **Te metody nadal wykrywają 1/3 nowotworów złośliwych gruczołu piersiowego w całej populacji!**

Natomiast w grupie kobiet do 35 roku życia (nie są one poddawane żadnym badaniom przesiewowym) w 80%, przy czym średnia wielkość guza to 2 cm.

Mimo względnie niewielkiego ryzyka rozwoju raka piersi u kobiet przed 40 rokiem życia, każda stwierdzona w badaniu palpacyjnym nieprawidłowość wymaga starannej diagnostyki zgodnie z zasadą „potrójnego rozpoznania”, tzn. że po badaniu przedmiotowym przeprowadzonym przez lekarza należy wykonać stosowne badanie obrazowe, a następnie zweryfikować zmianę w badaniu cyto- lub histopatologicznym, a więc pobrać ze zmiany materiał w drodze biopsji i poddać go ocenie mikroskopowej. Pozwala to na potwierdzenie 95% rozpoznania.

Jednym z celów takiego postępowania jest uniknięcie wycinania zmian niezłośliwych. Rak piersi u młodych kobiet prezentuje szereg odmienności biologicznych. W tej grupie wiekowej znacznie częściej niż w ogólnej populacji spotykamy mutacje genów: BRCA1, BRCA2, TP53. W ogólnej populacji rak związany w tymi uszkodzeniami genowymi występuje u ok. 5-10% chorych, w grupie chorych w 3. dekadzie życia u co trzeciej. Częściej występuje niski stopień histologicznego zróżnicowania, a tym samym wyższy stopień złośliwości. Częściej obecne są przerzuty do pachowych węzłów chłonnych, naciekanie naczyń krwionośnych i chłonnych, a także niekorzystne markery biologiczne jak wysoka ekspresja Ki67 oraz białka p53, czy potrójnie ujemny podtyp; rzadziej natomiast spotykamy obecność receptorów estrogenowych.

Leczenie młodych chorych na raka piersi nie powinno się różnić od leczenia innych chorych – powinno być zapla-

nowane i przeprowadzone w ramach wielospecjalistycznego zespołu. Z uwagi na szczególnie duże znaczenie estetycznego efektu leczenia młodych kobiet należy rozważyć między innymi możliwości leczenia oszczędzającego z wykorzystaniem technik onkoplastycznych (mastektomię z oszczędzeniem skóry, mastektomię z oszczędzeniem kompleksu otoczka-brodawka, jednoczesną rekonstrukcję piersi itp.).

Radioterapia młodych chorych na raka piersi opiera się na tych samych zasadach, jakie obowiązują u pozostałych chorych (zarówno w obrębie piersi, jak i dołu pachowego). Brak dowodów naukowych, aby młodym chorym proponować bardziej agresywne schematy leczenia systemowego niż chorym w innych grupach wiekowych. Niemniej jednak młode chore nigdy w zasadzie nie należą do grupy małego ryzyka, dlatego zawsze powinny zostać poddane co najmniej hormonoterapii.

Decyzja o wyborze sposobu leczenia systemowego młodych chorych na raka piersi powinna się opierać – podobnie jak w innych grupach wiekowych – na ocenie cech biologicznych nowotworu, stopnia zaawansowania choroby oraz chorób współistniejących.

Opieka paliatywna nad młodymi chorymi na raka piersi niesie szczególne wyzwania z uwagi na sytuację rodzinną – kobiety w tym wieku zazwyczaj mają małe dzieci, wieloprofilowego wsparcia wymaga więc cała rodzina. Leczenie onkologiczne wywołuje szereg objawów niepożądanych, a u młodych chorych spotykamy szczególne sytuacje kliniczne związane z macierzyństwem czy przedwczesną menopauzą.

Trzeba pamiętać, że często młode chore pozostają płodne w trakcie chemioterapii, pomimo nieregularności lub zatrzymania cyklu miesięcznego. Dlatego należy im zalecić stosowanie odpowiedniej, niehormonalnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia (np. środki mechaniczne). Nie należy stosować środków antykoncepcyjnych opartych na estrogenie i progestagenie (zwłaszcza u chorych na hormonozależnego raka piersi). Objawy menopauzy wywołanej chemioterapią można łagodzić stosując preparaty farmakologiczne, jednak należy zwrócić uwagę na możliwość oddziaływań pomiędzy lekami.

U młodych kobiet, u których wskutek leczenia przeciwnowotworowego doszło do indukcji (wzbudzenia) menopauzy, trzeba zalecić okresowe kontrolowanie gęstości kości, regularną aktywność fizyczną odpowiednio żywienie oraz – w uzasadnionych przypadkach – preparaty wapnia i witaminy D. Niezwykle ważne są zagadnienia związane z postrzeganiem przez chore własnej seksualności i kobiecości, aktywności płciowej oraz psychologicznej więzi z partnerem. W każdym z tych obszarów dostępne są efektywne sposoby interwencji (refundowane zabiegi rekonstrukcji czy protezowanie piersi, środki nawilżające pochwę, opieka psychologiczna).

Identyfikacja problemów i wdrożenie odpowiedniego postępowania na jak najwcześniejszym etapie leczenia pozwala na utrzymanie dobrej jakości życia w omawianym zakresie. Zachowanie płodności pomimo leczenia raka piersi to problem, który należy omówić z chorą (i jej partnerem) jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. Nie wprowadzono dobrych jednoznacznych standardów postępowania w celu zachowania płodności, co niesie możliwość zagrożeń dla młodych chorych pragnących poddać się takim procedurom.

Uznaną techniką zachowania płodności jest krioprezervacja oocytów [przerwanie ludzkich oocytów to szybko rozwijająca się, przełomowa technologia, w której jajeczka kobiece (oocyty) są ekstrahowane,



zamrażane i przechowywane. Kiedy kobieta gotowa jest na zajście w ciążę, jajeczka mogą być odmrożone, zapłodnione i umieszczone w macicy jako embriony], aczkolwiek nie opracowano dotąd właściwego sposobu niezbędnej do tego stymulacji jajników. Alternatywny sposób polega na pobraniu i krioprezerwacji [zamrażaniu] fragmentu jajnika; zabezpieczone tkanki można po leczeniu przeciwnowotworowym ponownie wszczepić do jajnika. Jest to jednak metoda eksperymentalna.

Leczenie raka piersi kobiet w ciąży jest zagadnieniem skomplikowanym, aczkolwiek zasady postępowania powinny być możliwie zbliżone do reguł leczenia chorych nieciążarnych. W ciąży można bezpiecznie wykonać operację – zarówno mastektomię, jak i leczenie oszczędzające, a także zastosować wiele schematów chemioterapii. Rozwiązanie należy zaplanować tak, aby od ostatniego cyklu chemioterapii upłynęło 2 do 3 tygodni.

W ciąży nie wolno natomiast stosować hormonoterapii, trastuzumabu i radioterapii – leczenie to należy opóźnić do

rozwiązania. Chore rozważające ciążę po zakończeniu leczenia raka piersi należy poinformować o możliwości wystąpienia nawrotu choroby nawet po kilku czy kilkunastu latach. Nie ma danych na temat optymalnego czasu do zajścia w ciążę po leczeniu, niemniej większość specjalistów zaleca 2 letni okres od rozpoznania choroby (zwłaszcza u chorych obarczonych większym ryzykiem nawrotu) oraz około 6 miesięcy od zakończenia chemioterapii.

Przebyte uprzednio leczenie z powodu raka piersi nie zwiększa ryzyka wystąpienia wad rozwojowych, natomiast zwraca się uwagę na większe ryzyko porodów przedwczesnych oraz małej wagi urodzeniowej. W związku z tym konieczne są dokładne kontrole ginekologiczne przez cały czas trwania ciąży.

Amazonki nr 24 – gazeta Stowarzyszenia Amazonki Warszawa Centrum

WIARA NIESIE ZE SOBĄ WYLECZENIE

Marita Rusin – lekarz chorób wewnętrznych, specjalista onkologii klinicznej i chemioterapii nowotworów. Członek Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Laureatka Plebiscytu Eskulap 2001 w kategorii lekarz specjalista w Wielkopolsce.

Współzałożycielka i opiekun merytoryczny Konińskiego Klubu Amazonek. Uhonorowana za swoją działalność Srebrnym Łukiem Amazonki. Od 2001 r. właściciel i kierownik Przychodni Onkologicznej Onko-Med w Koninie.

Jedna z trzech polskich laureatek Globalnego Programu Stypendialnego dla lekarzy specjalizujących się w zakresie raka piersi Fundacji Avon Foundation for Women. Swój staż odbywała w University California of Los Angeles, Olive View Medical Center, Sylmar, California w czerwcu 2014 pod kierownictwem dr Guity Rahbar.

- Tematem przewodnim październikowego numeru „Gazety Amazonki” jest aktywność fizyczna. Czy pani jako lekarzowi łatwiej motywować się do wysiłku fizycznego i ak namawia pani do niego pacjentów? Jak wygląda kwestia aktywności fizycznej u osób chorych na raka lub tych, które wychodzą z tej choroby, a szczególnie u Amazonek?

- To bardzo aktualny temat, szczególnie, że otyłość sprzyja zachorowaniom na niektóre nowotwory, np.: raka pęcherza moczowego, jelita, macicy, białaczki czy raka piersi u kobiet po menopauzie. Poza tym sprzyja nawrotom raka, zwłaszcza hormonozależnego, a więc i raka piersi. Oczywiście jest, że chorzy z nadwagą żyją krócej. Namawianie do aktywności fizycznej pacjentów onkologicznych powinno się więc zaczynać nawet w trakcie chemioterapii, mimo że wiąże się ona z ogólnym osłabieniem. Co ciekawe, podejście do aktywności fizycznej mocno zmienia się - zwłaszcza Amazonki od samego początku choroby dbają o formę. W mojej przychodni panie mają zapewnioną opiekę fizjoterapeuty i psychoonkologa. Sama od lat chodzę na fitness. Uwielbiam aerobik i zumbę. Ćwiczenie większym gromie zawsze mnie motywuje.

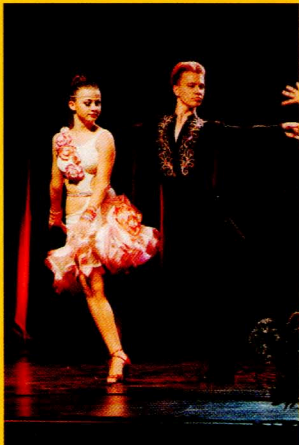
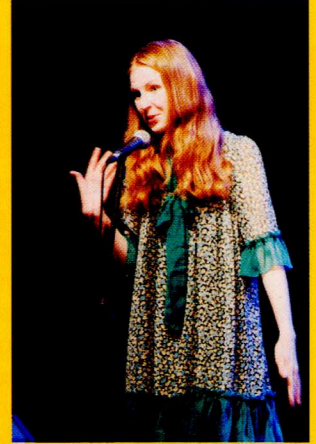
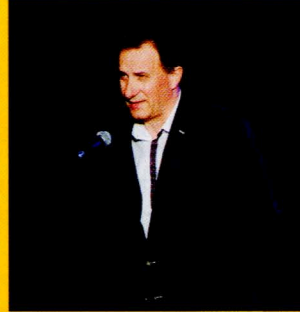
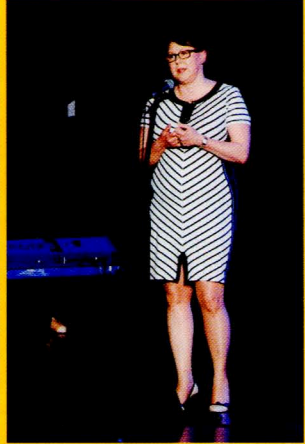
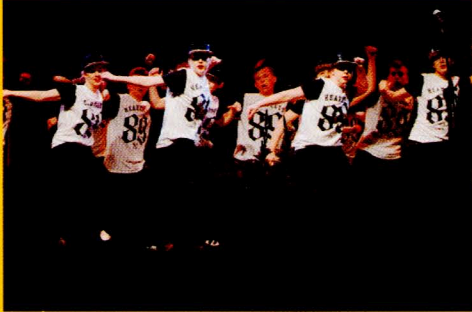
- Jest Pani współzałożycielką Klubu Amazonek w Koninie. Co skłoniło Panią do zaangażowania się w takie przedsięwzięcie? Jak wspomina Pani rozwój organizacji w ciągu ostatnich lat i z czego jest Pani najbardziej dumna?

- To nie ja zakładałam Koniński Klub Amazonek, ale byłam z nim związana prawie od początku istnienia. Wszystko zaczęło się od tego, że współpracująca ze mną od wielu lat pielęgniarka została przewodniczącą konińskiego Stowarzyszenia, więc znałam problemy Amazonek z pierwszej ręki, widziałam też, co robią dla innych. Zachęcałam firmy farmaceutyczne do wspierania Klubu, uczestniczyłam w wyjazdach integracyjnych Amazonek. Można powiedzieć, że razem dojrzewałyśmy. Zawsze powtarzam, że jestem dumna z „moich” dziewczyn. Nie dość, że same przeszły przez piekło choroby, to jeszcze chętnie pomagają nowym chorym, wspierają się nawzajem i co najważniejsze – potrafią cieszyć się życiem i zarażać tą radością innych, także zdrowych. Każdej grupie pacjentów onkologicznych życzę tak silnej grupy wsparcia, jaką są Amazonki. Współpraca z nimi to dla mnie prawdziwa przyjemność i zarazem wielki zaszczyt.

- Właśnie wróciła Pani z programu stażowego w USA organizowanego przez fundację Avon Foundation for Women. Co skłoniło panią do zgłoszenia się do programu?

- Pewnego dnia znajoma przesłała mi maila o programie firmy Avon dla onkologów. Spełniałam wymagania, więc postanowiłam spróbować. Leczę pacjentów z różnego rodzaju nowotworami, ale kobiety z rakiem piersi są mi najbliższe. Po pierwsze dlatego, że stanowią największą grupę wśród moich pacjentów. Po drugie, leczę je kompleksowo – od momentu diagnozy do rehabilitacji. W mojej przychodni przeprowadzamy USG piersi, biopsję, konsultację z chirurgiem onkologiem, chemioterapię, a potem monitorujemy pacjentki po leczeniu. Mamy oddział rehabilitacji, dziennego pobytu dla kobiet po mastektomii, zapewniamy pomoc psychoonkologa. Temat raka piersi jest mi więc szczególnie bliski. Było mi bardzo miło, że zostałam zakwalifikowana do szkolenia w międzyna-

CZERWCOWE DNI Z RAKIEM 2015





rodowym gronie świetnych lekarzy. Zwłaszcza, że jako jedyna byłam z prywatnej przychodni – pozostali lekarze pochodzili z dużych ośrodków i szpitali onkologicznych.

- Jaki był przebieg stażu?

- Wyjazd był naprawdę wspaniałym doświadczeniem. Trafiłam do University California of Los Angeles, Olivie View w Medical Center w Sylmar, gdzie ponad miesiąc pracowałam z lekarzami radiologami oceniając mammografie, rezonanse magnetyczne i usg piersi. Brałam udział w biopsjach piersi pod mammografem czy rezonansem. Uczestniczyłam w zebraniach lekarzy różnych specjalności, dotyczących planów terapii pacjentek z rakiem piersi. Pracowałam na oddziale chemioterapii, towarzyszyłam lekarzom w badaniach chorych, rozmowach z nimi. Omawiałam strategie i opcje leczenia z onkologami w University California of Los Angeles. Jeden dzień spędziłam w Cedar-Sinai – największym szpitalu w Los Angeles na oddziale chirurgii onkologicznej, gdzie obserwowałam sześć operacji (w tym 3 raka piersi) przeprowadzone przez dr Armando Guiliano.

- Jakie są Pani spostrzeżenia dotyczące terapii chorób nowotworowych w Polsce i USA? Jakie doświadczenia powinniśmy przejąć od Amerykanów?

- Miłym odkryciem było dla mnie to, że jeśli chodzi o wiedzę na temat sposobów terapii raka piersi, nie ustępujemy amerykańskim lekarzom, jednak standard leczenia jest zupełnie inny. Nas ograniczają przede wszystkim względy finansowe i lista leków refundowanych. Część leków mamy tylko w programach i tylko przy ściśle określonych wskazaniach. Marzeniem każdego polskiego onkologa jest tak szeroki dostęp do środków jak w USA. Zaskoczyła mnie bardzo pozytywnie, piastowana głównie przez kobiety, funkcja koordynatora. To swojego rodzaju opiekun” chorych, który zajmuje się każdym pacjentem od momentu rozpoznania choroby, w trakcie leczenia i rehabilitacji. Koordynator pomaga w załatwieniu wszystkich formalności, wspiera rodzinę i najbliższych, ale przede wszystkim pomaga choremu w pozornie prozaicznych kwestiach – załatwia perukę, lekarstwa, podpowiada, gdzie zgłosić się na kontrolę i jak złożyć podanie o rentę, tym samym bardzo go odciążając. Wszystkie koordynatorki pracują pod egidą firmy Avon i ich zaangażowanie jest nie do przecenienia. Myślę, że tego właśnie brakuje w Polsce. Nasi pacjenci trafiają do szpitala i czują się anonimowymi chorymi. Są zagubieni w swojej chorobie i muszą radzić sobie sami.

- Pracuje Pani z kobietami od kilkunastu lat – czy Polki zmieniły swoje podejście do zdrowia i co wydaje się Pani największym problemem, z jakim borykają się kobiety cierpiące na chorobę nowotworową w Polsce?

- Na szczęście młode kobiety są naprawdę bardzo świadome i często badają się profilaktycznie. Martwi nas, lekarzy, że kobiety po pięćdziesiątce niechętnie korzystają z proponowanych w ramach programów przesiewowych badań mammograficznych. W Ameryce corocznymi badaniami objęte są kobiety od 40 roku życia. Myślę, że naszym największym problemem jest stosunkowo długa droga od rozpoznania do leczenia. W Centrach Onkologicznych są kolejki, na zabieg czeka się zdecydowanie za długo. Niestety liczba chorych rośnie w większym tempie niż możliwości oddziałów chirurgii onkologicznej.

- Jak ocenia Pani poziom wiedzy w Polsce na temat chorób nowotworowych, a w szczególności raka piersi, wśród kobiet?

- Na szczęście za sprawą internetu, popularności kobiecych magazynów i zaangażowania celebrytek, a przede wszystkim ogromnej pracy Amazonek, rak przestaje być tematem tabu. Wiedza dotycząca niepokojących objawów, możliwości leczenia, badań genetycznych jest coraz wyższa zwłaszcza wśród młodych kobiet. To dobrze, bo niestety na raka zapadają coraz młodsze kobiety, a to dla nas ogromne wyzwanie. Pojechałam do USA między innymi dlatego, aby poznać metody leczenia młodych pacjentek. Marzy mi się, żeby w Polsce, podobnie jak w Stanach, portfel czy metryka nie były ograniczeniem w prowadzeniu terapii.

- Z jakimi najpopularniejszymi mitami na temat raka piersi spotyka się Pani?

- Mity, z którymi rozprawię się na co dzień to:
 - Każdy guz w piersi to rak.
Oczywiście, że nie. Większość to łagodne zmiany typu torbiel lub włókniak.
 - Mammografia daje 100% pewności wykrycia raka.
Niestety nie. Jest bardzo cennym badaniem w diagnostyce raka piersi, ale dużo zależy od samej budowy badanego gruczołu piersiowego. W 20% przypadków rak może zostać „przeoczony”.
 - Fiszby w staniku powodują raka.
Oczywiście, że nie.
 - Rak piersi może występować rodzinnie.
Owszem. Zwłaszcza jeśli w rodzinie zdarzył się przypadek zachorowania na raka u kobiety poniżej 50. roku życia, należy zrobić badanie genetyczne na obecność mutacji genu BRCA-1, 2.
 - Rak piersi dotyczy tylko kobiet.
Nieprawda. Mamy przypadki tego nowotworu także u mężczyzn (1%), dlatego każdy guzek powinien skłonić do wizyty u onkologa.
 - Rak piersi zawsze oznacza amputację piersi.
Nie. Coraz częściej proponuje się tzw. leczenie „oszczędzające”. Oczywiście zależy to od kilku czynników (wielkość guza w stosunku do piersi, umiejscowienie, mnogość zmian).
 - HTZ [Hormonalna terapia zastępcza] chroni przed zachorowaniem na raka piersi.
Nie. Niekontrolowana hormonoterapia zastępcza, zwłaszcza włączona bez badania piersi, może wręcz przyczynić się do rozwoju tego nowotworu. Natomiast nie jest mitem, że piersi należy badać samej raz w miesiącu. Zalecamy samobadanie po miesięczne lub raz w miesiącu u kobiet po menopauzie.

- Dlaczego wybrała pani specjalizację onkologa?

- Tak naprawdę była to decyzja podyktowana emocjami. Miałam specjalizację I stopnia z chorób wewnętrznych, kiedy moja mama zachorowała na raka piersi. Onkolodzy dawali jej 6 miesięcy życia. Byłam zrozpaczona i prawie z dnia na dzień podjęłam decyzję, że będę onkologiem, zwłaszcza że w Koninie nie było wówczas lekarza o tej specjalności. Miałam wsparcie dyrekcji szpitala i mojej mentorki dr Ośmielak. Robiłam specjalizację dojeżdżając do Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu. Miałam wokół siebie pomocnych, życzliwych ludzi, którzy zajmowali się moją mamą najlepiej jak mogłam sobie wyobrazić. Przeżyła z rakiem 4 lata...

- Jak pani radzi sobie z emocjami towarzyszącymi tej pracy?

- Czy radzę sobie z emocjami? Nie mnie oceniać, ale pewnie sobie nie radzę. Nie jestem cyborgiem, robotem zaprogramowanym na bycie zawsze miłą i uśmiechniętą panią doktor. Stale stoję przed dylematem, w jaki sposób powiedzieć pacjentowi, że jest chory na raka? Pocieszać go, czy może płakać razem



z nim? Bywam na siebie zła, kiedy do pracy przynoszę własne problemy, ale niby gdzie mam je zostawić? Staram się być profesjonalna, choć w mojej dziedzinie naprawę trudno zapamiętać nad emocjami. Przecież lekarz musi być empatyczny. Zdarza mi się płakać ukradkiem... głównie z bezsilności wobec choroby. Na szczęście częściej śmieję się z pacjentkami świętując zwycięstwo nad „gadem”. Tak naprawdę uwielbiam swoją pracę i nie widzę się w żadnej innej specjalizacji.

- Co jest dla Pani najtrudniejsze w pracy, a z czego jest Pani najbardziej dumna?

- Najtrudniejsze są momenty, kiedy choroba bierze górę, a ja i cała medycyna jesteśmy bezsilne. Żywy się ze swoimi pacjentkami, stajemy się rodziną, a po wspólnej walce przychodzi porażka. Oczywiście zawsze wchodzi w grę hospicjum

i opieka paliatywna, ale jednak trudno mi się z tym pogodzić. Najbardziej dumna jestem ze swoich pacjentów. To z reguły bardzo mili i sympatyczni ludzie. Doceniają fakt, że cała moja załoga pracuje z ogromnym oddaniem. W związku z tym, że jest to mała przychodnia, nikt tu nie jest anonimowy. Panuje bardzo rodzinna atmosfera. Wszystkich znamy po imieniu, a w trakcie chemioterapii pije się kawę, je ciastka, a zdarza się nawet, że śpiewa piosenki. Cieszę się, gdy pacjenci zgłaszają się na kontrolę i mają dobre wyniki. To ich zasługa. Zwyciężają dzięki dyscyplinie, a przede wszystkim pozytywnemu myśleniu.

Wiara niesie ze sobą wyleczenie.

Rozmawiała Anna Kasprzak - Avon

ODZYSKAĆ KOBIECOŚĆ

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Zapada na niego około 16 000 Polek rocznie. Niestety, wciąż często koniecznością staje się mastektomia – operacja ratująca życie, ale okaleczająca i ciało i duszę. Na pytania o dostępne metody rekonstrukcji piersi odpowiada dr n. med. Tadeusz Witwicki – specjalista w dziedzinie chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej i estetycznej. Ukończył szkolenia w Pekinie, Glasgow, Los Angeles i Gandawie, na których zdobył nowe doświadczenia i poznał innowacyjne rozwiązania w medycynie. Od ponad 20 lat prowadzi własną praktykę lekarską. Ekspert programu „Sekrety lekarzy” emitowanego aktualnie w TVN Style.

- 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 – Centrum Onkologii



GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Przychodnia Onkologiczna

Łomża, Szpital Wojewódzki,
al. Piłsudskiego 11, „I „piętro,
tel. 86 473 33 75, 473 33 92, 473 33 44,
473 33 83

czynna codziennie od 8.00 do 15.00.
Rejestracja 7.30–15.00, tel. 473 33 75
we wtorki od 8.00 do 18.00

Oddział Onkologii i Chemioterapii – V piętro

Łomża, Szpital Wojewódzki,
al. Piłsudskiego 11, V piętro,
tel. 86 473 33 45, 473 33 47, 473 33 77.

ultrasonograficzne badanie gruczołów pier-
siowych (pracownia USG)

Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskie-
go 11, I piętro, tel. (86) 47-33-386 – czynna
codziennie. 1 biopsja cienkoigłowa (Zakład
Patomorfologii)

Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskie-
go 11, tel. 86 473 32 53 – czynny codziennie;
wymaga skierowania, dla pacjentów onkolo-
gicznych – I piętro – środa, piątek; 1 mam-
mografia – wykonana ze skierowaniem od
onkologa – Szpital Wojewódzki – Łomża, al.
Piłsudskiego 11, I piętro, tel. rejestracja 86 473
35 98, tel. mammografia 86 473 35 40 – co-
dziennie.

– w soboty bez skierowania dla grupy wieko-
wej 50-69 lat.

Rehabilitacja dla członkiń Stowarzyszenia

w każdą środę w godz. 16.00–18.00 w Dzia-
le 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. 86 473 35 84 do godz. 10.00
lekarze – od 10.00 do 15.00,
tel. 473 35 84.

we wtorki do godz. 18.00

Regionalny Ośrodek Onkologii w Białymstoku

ul. Ogrodowa 12, tel. 85 664 67 11
Centrum Onkologii w Warszawie
ul. Roentgena 5, tel. 22 546 20 00

Biuro Stowarzyszenia

czynne w godzinach:
10.00–13.00 – od poniedziałku do piątku
tel. 86 473 32 63

WRZESIEŃ

- 4 • godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowa-
rzyszenia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala
konferencyjna, II piętro

PAŹDZIERNIK

- 5 • godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowa-
rzyszenia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala
konferencyjna, II piętro

LISTOPAD

- 1 • Wszystkich Świętych
2 • Dzień Zaduszny
• godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowa-
rzyszenia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala
konferencyjna, II piętro

Dzień Otwarty w Onkologii - dokładny termin będzie podany
w późniejszym terminie

GRUDZIEŃ

- 7 • spotkanie wigilijne członkiń i przyjaciół Stowarzyszenia – Cen-
trum Katolickie, Łomża, ul. Zawadzka 55:
• godz. 17.00 – Msza Św. - Kaplica pw. Matki Boskiej Częstochow-
skiej,
• godz. 17.45 – spotkanie opłatkowe – sala im. Św. Jana Pawła II.
25-26 • Boże Narodzenie
31 • Sylwester

Szanowni Państwo!

Serdecznie dziękujemy za dotychcza-
sowe finansowe wsparcie działalności na-
szego Stowarzyszenia. Mamy nadzieję, że
nie zawiodłyśmy Państwa zaufania. Nadal
będziemy realizować nasze cele statutowe,
przede wszystkim udzielać wszechstronnej
pomocy kobietom chorym na raka i konty-
nuować programy profilaktyki zdrowotnej.

Mamy nadzieję, że zdecydujecie się
Państwo przekazać Stowarzyszeniu Kobiet
z Problemem Onkologicznym w Łomży,
1% swojego podatku dochodowego za ubie-
gły rok.

Jest to możliwe, ponieważ nasza orga-
nizacja w roku 2004 postanowieniem Sądu
Rejonowego w Białymstoku otrzymała sta-
tus organizacji pożytku publicznego nr KRS
0000082371.

**Przekazany przez Państwa 1% po-
datku wykorzystamy na pomoc chorym
dotkniętym nowotworem.**

Należy podać nr **KRS 0000082371**.

Urząd skarbowy sam dokona przele-
wu kwoty na konto organizacji.

*Z wyrazami szacunku
Zarząd Stowarzyszenia*