

inf. biuletyn onkologiczny

BEZPŁATNY KWARTALNIK
ISSN 1509-6823

STOWARZYSZENIE KOBIEC Z PROBLEMEM ONKOLOGICZNYM
ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO KRS 000082371

18-404 Łomża, Aleja Józefa Piłsudskiego 11A, pok. 410, tel. 86 47 33 263, kom. 882 098 947, konto: PKO BP nr 33 1020 1332 0000 1102 0208 9514

*„Myśl pozytywnie i uśmiechaj się szeroko,
Możesz być szczęśliwy nawet z rakiem!”*

*Magda Prokopowicz
założyła fundację Rak n Roll w 2009 roku*

Przeczytałam te słowa w internecie. Wiele osób mogłoby powiedzieć: To jakiś kiepski żart. Dotyka Cię tak straszna choroba, nie wiesz, co będzie z Tobą i to ma przynosić uśmiech? Z tym masz być szczęśliwy? Z taką chorobą nie można być ani wesołym, ani szczęśliwym. Trudne operacje, ciężkie leczenie, zmiany w wyglądzie – dla kobiety bardzo nieprzyjemne, niejasne perspektywy na przyszłość... I co?

Tymczasem słowa te napisała młoda kobieta, która w wieku 27 lat zachorowała na raka piersi.

W trakcie leczenia, pewnie z wielkiej miłości, bo niezgodnie z zasadami medycznymi – zaszła w ciążę. Lekarze zalecali usunięcie ciąży i kontynuację leczenia, lub rezygnację z chemioterapii. Dzięki swemu uporowi oraz wsparciu męża, w końcu znaleźli lekarza, który im pomógł. Udało się pogodzić ciążę i leczenie raka, chociaż straciła obie piersi w trzecim miesiącu ciąży. Kiedy jej synek przyszedł na świat, postanowiła pomagać kobietom w podobnej sytuacji i założyła fundację. Przez 8 lat walczyła z chorobą. Zmarła w roku 2012.

Największa liczba kobiet chorujących na raka to nadal panie w wieku 50-70 lat, ale coraz częściej choroba ta dotyka młode osoby. Gdy zachorowałam onkolodzy kiwali nade mną głowami: No tak, 34 lata i już nowotwór... A obecnie chorują młode kobiety, które nie ukończyły 30 lat, często młode mężatki, młode matki. Albo podczas badań młodej kobiety w ciąży okazuje się, że oprócz szczęśliwej nowiny trzeba jej jeszcze oznajmić, że dotknęła ją ta trudna choroba. Ale również 20 lat temu nie przyszło nikomu do głowy, że będą onkolodzy specjalizujący się w leczeniu kobiet w ciąży. Że będzie tyle nowych leków i sposobów leczenia. Że nawet osobie w trudnym etapie nowotworu, przy nawrotach choroby można pomóc – ile się tylko da, że trzeba robić, ile tylko można, aby poprawić jakość życia chorych na raka i że zawsze trzeba żyć z nadzieją.

Wbrew temu, że w środkach masowego przekazu okazjonalnie przedstawia się problematykę nowotworową, choroba ta rozwija się i co roku atakuje coraz większą ilość osób, i kobiet, i mężczyzn. Teoretycznie powinno być teraz lepiej z uzyskaniem pomocy specjalistów onkologów, ale nadal trudno dostać się do poradni, szczególnie w ośrodkach w dużych miastach. W Centrum Onkologii codziennie przelewają się tłumy ludzi, setki wyczekują długo pod drzwiami poradni. Wszyscy potrzebują fachowej porady, leczenia, ale potrzebują też pomocnej dłoni.

Pamiętaj, jeśli walczysz z nowotworem - kto nie zrozumie Cię lepiej niż kobieta, która sama przeszła to wszystko: trudną diagnozę, bolesne leczenie, wypadanie włosów, naświetlania... Wśród kobiet, które zmagają się z rakiem znajdziesz zrozumienie, współczucie i pomocną dłoń. Czekamy na Ciebie! Bądź z nami!

Barbara Porwoł



PROBLEM LECZENIA ZAAWANSOWANEGO RAKA PIERSI W POLSCE

Między nowoczesną onkologią a czekaniem na cud

Kobiety boją się raka piersi

Ta choroba ma bardzo złą sławę. Mit raka jest okrutniejszy niż realna prawda o tej chorobie. Tymczasem diagnoza nie jest wyrokiem. Leczymy pacjentki coraz skuteczniej. Można przez wiele lat kontrolować tę chorobę i żyć pełnią życia. Moje pacjentki to na ogół osoby, które po przejściu rozpaczliwej, wszechogarniającego lęku, czasem gniewu, czasem poczucia krzywdy uświadamiają sobie, że trzeba podjąć leczenie i potraktować je jako zadanie. Poczucie odpowiedzialności, obowiązkowość i przywiązanie do życia stanowi o tym, że dobrze się z nimi współpracuje.

Niestety, ciągle jeszcze zbyt często społeczny lęk przed rakiem powoduje, że osoby chore **ZGŁASZAJĄ SIĘ ZBYT PÓŹNO**. Oznacza to, że zaczynamy leczenie na etapie, kiedy choroba jest już zaawansowana.

Ale czy można się nie bać? Chora na raka jest często traktowana tak, jakby nie miała przyszłości, jakby Jej czas skończył się w chwili zdiagnozowania choroby. Współczucie należne choremu, w przypadku chorych na raka zastępowane jest przez lęk. Ludzie bojąc się raka, boją się też chorych na raka. Niby wszyscy wiedzą świetnie, że raka piersi nie jest zakaźny. Ale pojawia się pytanie: Jak z Nią rozmawiać? O czym? Przecież ONA MA RAKA.

Więc pierwsza zasada, która jest znana, ale powtarzać to trzeba, jest taka: **BADAJ SWOJE PIERSI!** Zgłoś się do lekarza, jeśli cokolwiek cię niepokoi. Ogromny jest też lęk przed nawrotem choroby u pacjentek, które już były leczone. Ale nadal obowiązuje ta sama zasada: **ZGŁOŚ SIĘ DO LEKARZA, JEŚLI CIĘ COKOLWIEK NIEPOKOI!** Rak piersi to choroba przewlekła i na każdym etapie trzeba i można ją leczyć. Jak najdłużej trzeba się starać chorobę kontrolować i normalnie żyć. To bardzo ważne.

Biologia raka piersi

Od bardzo dawna nowotwory złośliwe rozpoznawano jako zaburzenie prawidłowego wzrostu komórek. Ostatnia dekada przyniosła poznanie molekularnych czynników działających na poziomie komórek i tkanek, z którymi związana jest genetyka [pochodzenie] nowotworu. Powstanie nowotworu jest długotrwałym, dynamicznym, wieloetapowym procesem. W jego przebiegu początkowo mamy do czynienia jedynie ze zmianami genetycznymi, następnie pojawiają się zmiany fenotypowe. Komórki nowotworowe stają się niepodatne na wpływ endogennych [mających źródło wewnątrz] czynników regulujących. Nie oznacza to, że stają się absolutnie autonomiczne. W części przypadków komórki nowotworowe stają się nadwrażliwe na fizjologiczne czynniki stymulujące do podziału komórek. Komórki raka piersi mogą też zachować wrażliwość na endogenne

działanie estrogenów. Niezwykle istotne stało się zrozumienie, że rak to coś więcej niż pojedyncze komórki. Guz nowotworowy jest bowiem złożoną strukturą, w skład której wchodzi komórki nowotworowe o różnych cechach biologicznych i komórki prawidłowe np. tkanka łączna i naczynia.

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

Zarówno w leczeniu uzupełniającym, jak i choroby uogólnionej biologia raka powinna decydować o stosowaniu poszczególnych metod leczenia.

W ciągu ostatniego dziesięciolecia pojawiły się leki działające wybiórczo na molekularne struktury zlokalizowane w obrębie komórki nowotworowej. Rak piersi był pierwszym nowotworem litym [nowotworem nieinwazyjnym, który rośnie wolno], w którego leczeniu zastosowano takie substancje. W 1998 r. do użytku klinicznego wprowadzono przeciwciało monoklonalne – **trastuzumab [Herceptyna]**. Lek ten blokuje receptor HER2. Nadmierne występowanie receptora HER2 związane jest z agresywnym wzrostem guza i ze złym rokowaniem.

Na podstawie wyników powszechnie dostępnych badań immunohistochemicznych [wykrywających różne substancje antygenowe w mikroskopowych skrawkach stosowana w histopatologii] można wyodrębnić trzy różne podtypy raka.

- rak z dodatnimi receptorami dla estrogenów lub progesteronów. Ten typ raka jest podatny na leczenie hormonalne.
- rak, którego komórki zawierają nadmierną ilość receptora HER2. W tym typie raka piersi wysoką aktywnością charakteryzują się leki działające na szlak przewodzenia sygnałów zależny od receptora HER2
- rak, którego komórki nie zawierają receptorów hormonalnych i ilość receptorów HER2 jest prawidłowa.

U chorych, u których rozpoznano raka zawierającego receptory dla estrogenów lub progesteronów istnieją wskazania do zastosowania leczenia hormonalnego. Powinno być ono stosowane zarówno w leczeniu uzupełniającym jak i w leczeniu choroby uogólnionej. Współcześnie stosowane leki hormonalne to inhibitory aromatazy (**anastrozol, letrozolu, egzemestan**), wybiórczy modyfikator receptorów dla estrogenów – **tamoksyfen**, agonści przysadkowych hormonów tropowych (**goserelina, leuproreina**) i czysty, antyestrogen – **fulwestrant**. Leki te są wygodne i bezpieczne w stosowaniu. Możliwe jest ich podawanie nawet przez 5-10 lat.

Ze względu na złe rokowanie do czasu wprowadzenia **trastuzumabu** rozpoznanie raka piersi z nadmierną ekspresją receptora HER2 było tragiczną wiadomością. Udokumentowanie skuteczności leczenia trastuzumabem spowodowało



szczęśliwą zmianę rokowania w tej grupie chorych. **Trastuzumab** wykazuje efekt synergistyczny [współdziałający z innymi i wzmacniający ich działanie] lub addytywny [powstały w wyniku sumowania] z wieloma różnymi cytostatykami. Programy złożone z trastuzumabu i cytostatyków stanowią podstawę leczenia chorych na raka piersi, w którego komórkach stwierdzono nadmierne występowanie receptora HER2. Sukces trastuzumabu zainspirował badaczy do ukierunkowania prac na wynalezienie następnych podobnych leków. Innym przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciw receptorowi HER2 jest **pertuzumab**. Lekiem z grupy inhibitorów kinazy tyrozynowej jest **lapatynib** (Tykerb). Lek ten działa wewnątrzkomórkowo i powoduje zahamowanie przekazywania sygnałów zależnych od receptora HER2 i od receptora EGFR. W badaniach klinicznych znajduje się cały szereg innych leków skierowanych przeciwko różnym celom molekularnym.

Dzisiaj zabiegamy w Polsce o refundację Pertuzumabu, który podawany z trastuzumabem daje znakomite rezultaty w leczeniu zaawansowanego raka piersi. Mamy wielką nadzieję na to, że lek, który jest dostępny w całej niemal Europie będzie też już niedługo dostępny dla polskich pacjentek.

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

Niezwykle istotny dla chorych jest sposób prowadzenia leczenia i postać leku. W ciągu ostatnich 10 lat wprowadzono aktywne i bezpieczne doustne postacie cytostatyków: kapecytabinę (Xeloda) i winorelbinę (Navelbina). Leczenie doustne może być prowadzone w domu. Chorzy unikają wszystkich czynności związanych z podawaniem dożylnym leku. Podawanie leczenia doustnie, czyli leczenie raka piersi podobnie jak leczy się większość innych chorób „odczarowuje” tę chorobę i zmniejsza społeczny lęk przed rakiem.

Zdobyte biologii molekularnej spowodowały opracowanie i udostępnienie testów oceniających rokowanie oraz pozwalających przewidywać skuteczność chemioterapii i leczenia hormonalnego. W Stanach Zjednoczonych opracowano analizujący ekspresję 21 genów test Oncotype DX. Badacze holenderscy opracowali w oparciu o analizę ekspresji 70 genów test MammaPrint. Test ten pozwala bardzo precyzyjnie wyodrębnić grupy chorych o różnym rokowaniu.

W większości przypadków proces rozwoju raka jest zjawiskiem przewlekłym, o wieloletnim przebiegu. Od powstania pierwszej komórki nowotworowej do powstania zmiany pierwotnej która może być wykryta badaniem przedmiotowym upływa 5-7 lat. Od blisko 100 lat znana jest zależność pomiędzy pierwotnym zaawansowaniem raka piersi a wynikami leczenia.

W przypadku zmian pierwotnych poniżej 2 cm i braku przerzutów w pachowych

węzłach chłonnych leczenie jest niezwykle skuteczne i ponad 90% chorych przeżywa bez nawrotu raka ponad 10 lat. **Sposób rozpoznania raka piersi jest czynnikiem rokowniczym.** W przypadku raków bezobjawowych, nie wykrywalnych klinicznie, rokowanie jest lepsze niż u chorych na kliniczną już postać nowotworu. Na tych biologicznych przesłankach oparte są badania przesiewowe, czyli populacyjne badania kobiet, u których nie stwierdza się objawów raka piersi. **Systematyczne wykonywanie mammografii pozwala na rozpoznanie raka piersi we wczesnej bezobjawowej fazie.** Tak wczesne rozpoznanie i podjęcie właściwego, zgodnego ze współczesnymi standardami leczenia stwarza możliwość wyleczenia.

Leczenie miejscowe raka piersi, czyli chirurgia i radioterapia podobnie jak leczenie systemowe znacznie zmieniło się w ciągu ostatnich lat. Mastektomia nie jest jedyną operacją możliwą do wykonania u chorych na raka piersi. W przypadku wczesnych postaci choroby możliwe jest przeprowadzenie leczenia polegającego na usunięciu jedynie zmiany pierwotnej w granicach tkanek zdrowych.

Również można w wielu przypadkach uniknąć usuwania całego układu chłonnego pachy. Wykazano, że przerzuty raka drogami chłonnymi dokonują się w pierwszym rzędzie do tzw. węzła wartowniczego. Udowodniono również, że stan tego węzła jest reprezentatywny dla pozostałych węzłów chłonnych pachy. Tak, więc w przypadku braku klinicznych cech przerzutów do pachowych węzłów chłonnych celowe jest dokonanie identyfikacji węzła wartowniczego. Po jego usunięciu i wykonaniu badania mikroskopowego następuje decyzja o dalszym leczeniu. W przypadku, gdy węzeł wartowniczy jest wolny od przerzutów brak jest wskazań do usuwania układu chłonnego pachy. Wskazania, do limfandektomii [usunięcia węzłów pachy] występują jedynie u tych chorych, u których w węzle wartowniczym stwierdzono występowanie komórek raka piersi.

Zmieniają się również koncepcje dotyczące stosowania radioterapii w leczeniu radykalnym raka piersi. Klasycznie napromienianie całej piersi jest wskazane u wszystkich chorych poddanych leczeniu oszczędzającemu. Leczenie takie trwa kilka tygodni. Prowadzone obecnie badania kliniczne wskazują, że podobnie jak w przypadku chirurgii istnieje możliwość leczenia ograniczonego, czyli napromieniania jedynie samej łoży po usuniętym uprzednio guzie. Niezwy-





kle interesującą możliwością jest radioterapia, śródoperacyjna. Radioterapia wówczas polega na podaniu jednej frakcji.

Organizacja

Od dłuższego czasu obserwujemy tendencję do wyodrębnienia, **senologii**, czyli nauki o raku piersi jako odrębnej dyscypliny medycznej. Od końca lat 70-tych zaczęły powstawać Towarzystwa Naukowe, których celem statutowym jest badanie wszelkich zagadnień związanych z powstawaniem, diagnozowaniem i leczeniem raka piersi. Do najbardziej znanych należy: Europejskie Towarzystwo Mastologiczne (EUSOMA), Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne (SIS). W Polsce od kilku lat działa Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi. Duże znaczenie ma wymiana doświadczeń naukowych dokonywana w czasie regularnych kongresów i zjazdów poświęconych jedynie problemom raka piersi. Do najbardziej znanych należy: Europejska Konferencja w St. Gallen, Amerykańska w San Antonio. W Polsce od lat odbywa się regularnie Konferencja organizowana przez Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem.

Badania naukowe wykazały, że chociaż w dużej części przypadków rak piersi może być chorobą pierwotnie uogólnioną, to **ogromne znaczenie dla rokowania ma wczesne rozpoznanie raka najlepiej w fazie przedklinicznej**. Istnieje zatem pilna konieczność prowadzenia skutecznie badań przesiewowych oraz zapewnienia chorym, u których rozpoznano raka skojarzonego leczenia polegającego zarówno na stosowaniu metod miejscowych jak i systemowego leczenia uzupełniającego.

Prawidłowe zorganizowanie i przeprowadzenie badań przesiewowych wymaga zaangażowania w skali całego państwa, szeregu różnych agend rządowych, organizacji samorządowych i społecznych. Najistotniejsze jest nadal organizowanie sprawnie działającego systemu propagowania skriningu [*badania przesiewowych, które przeprowadza się wśród osób nieposiadających objawów choroby, w celu jej wykrycia i wczesnego leczenia, dla zapobieżenia poważnym następstwom choroby w przyszłości*], wysyłania zaproszeń oraz zorganizowania akredytowanych ośrodków badań podlegających stałemu audytowi. Szczególnie istotne jest egzekwowanie przepisów dotyczących kontroli jakości aparatury i jakości obrazu mammograficznego. W Polsce realizowany jest program badań przesiewowych, w ramach którego wszystkie kobiety pomiędzy 50 a 70 rokiem życia, bez objawów raka piersi, co dwa lata mają wykonywane badania mammograficzne. Ustanowiony został w Polsce system kontroli jakości i system rozsyłania zaproszeń. **Należy dołożyć wszelkich starań, żeby Panie zgłaszały się na badania konsekwentnie co dwa lata**. Mammografia powinna być modna, choć to nie tylko moda - to mądrość.

Rak piersi na każdym etapie choroby wymaga stosowania leczenia skojarzonego, to znaczy polegającego na wykonaniu odpowiednich zabiegów chirurgicznych, leczenia promieniami jonizującymi oraz przeprowadzenia systemowego leczenia uzupełniającego, którego charakter zależy od mikroskopowych i molekularnych cech guza. Tak złożony charakter podejmowanych decyzji implikuje [*pociąga za sobą*] powstawanie wyodrębnionych klinik skupiających lekarzy różnych specjalności, zajmujących się jedynie rakiem piersi.

Pionierską w skali świata placówką tego typu była klinika zorganizowana przez prof. Rogera Blamey w Nottingham. Podobne placówki powstały w wielu krajach. Od końca lat 90 udowodniono, że wyniki leczenia uzyskiwane w takich placówkach są znacznie lepsze niż wyniki uzyskiwane przez podobnej klasy specjalistów w ramach różnych komórek organizacyjnych. Ideę tworzenia narządowych klinik raka piersi we wszystkich krajach świata zapoczątkowało Europejskie Towarzystwo Mastologiczne. Opracowane zostały kryteria, jakie powinna spełniać taka placówka i system akredytacji.

Zwrócono również uwagę na odrębności dotyczące pielęgnowania kobiet chorych na raka piersi. W wielu rozwiniętych krajach powstała odrębna specjalizacja pielęgnarska dotycząca tego zagadnienia. Pielęgniarki zajmujące się chorymi na raka piersi przechodzą odpowiednie szkolenie dotyczące zarówno opieki około operacyjnej, pielęgnacji wymaganej w czasie napromieniania oraz leczenia systemowego.

Ze względu na wagę społeczną problemu w Parlamencie Europejskim w Brukseli powstała grupa zajmująca się problemami nowotworowymi, w tym rakiem piersi.

2.04.2008 r. Parlament Europejski przyjął rezolucję w sprawie zwalczania nowotworów w poszerzonej Unii. Zgodnie z tą, podpisana także przez Polskę rezolucją, kraje członkowskie zobligowane są do ustalenia programu badań przesiewowych, zapewnienia wszystkim chorym jednakowego dostępu do świadczeń medycznych na odpowiednio wysokim światowych poziomie. Zgodnie z podjętymi uchwałami kraje członkowskie



ks. Andrzej Godlewski i ks. Tomasz Cbludziński odprawiają mszę



Wanda I czytanie



powinny jak najszybciej udostępnić pacjentom innowacyjne leki przeciwnowotworowe i tworzyć udogodnienia w celu uzyskiwania zezwolenia na ich obrót, wreszcie - tworzenia mechanizmów refundacyjnych. Rezolucja Parlamentu Europejskiego nakłada na kraje członkowskie obowiązek zorganizowania do roku 2016 sieci specjalistycznych ośrodków diagnostyki i leczenia raka piersi. W konkluzji Parlament popiera prezydentkę słoweńską Unii Europejskiej, która uznała walkę z nowotworami za jeden z priorytetów.

W Polsce niestety o wynikach leczenia w zbyt dużym stopniu decyduje adres zamieszkania. W chwili obecnej w Polsce istnieją 2 OŚRODKI PEŁNOPROFILOWE LECZENIA RAKA PIERSI – Breast Cancer Units akredytowane przez Światowe towarzystwo Senologiczne: w Szczecinie i w Kielcach. Problemem jest to, że wymagają one zupełnie innego sposobu finansowania. Dotychczas nie zostały podjęte żadne sensowne, systematyczne działania w tym kierunku, które zmierzałyby do utworzenia sieci takich właśnie ośrodków diagnozujących, leczących i pielęgnujących chorych na raka piersi. Akredytacja nie jest tu fanaberią. To jedyna gwarancja monitorowania przez niezależny od polskiego płatnika ośrodek jakości działania takiej placówki. Efektywność tak zorganizowanego przedsięwzięcia jest znacząco wyższa od sumy działania różnych specjalistów nawet w jednym szpitalu. Polskie towarzystwo do badań nad Rakiem Piersi od lat zabiega o ustawowe rozwiązanie tej kwestii.

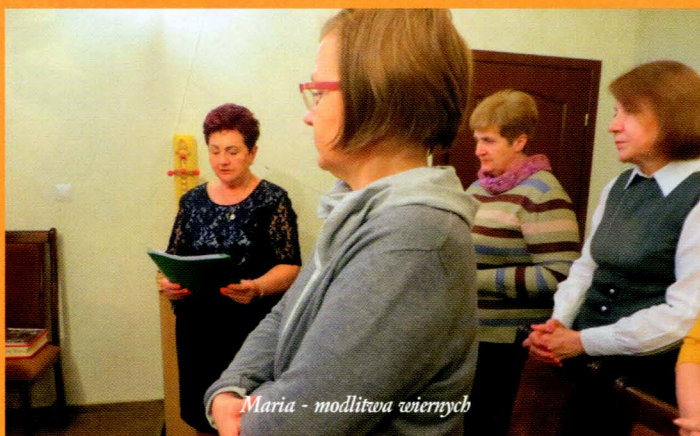
Pieniądze

Chciałbym zacząć przewrotnie od przypomnienia pierwszych scen powieści Piotruś Pan. Ojciec rodziny wylicza tam koszty wychowania nowego dziecka. Okazuje się, że koszty te są niezwykle wysokie, natomiast wydarzenie to nie niesie za sobą żadnych dających się wyrazić liczbowo korzyści.

Podobnie jak ów ojciec rodziny postępuje NFZ. Wyluczane są koszty opieki leczenia onkologicznego. Wszystkie procedury są niezwykle drogie, na zastosowanie wielu nowoczesnych metod „nas nie stać”. Tymczasem w Polsce żyje ok. 60 tysięcy kobiet, u których rozpoznano kiedyś raka piersi. Większość jest czynna zawodowo, lub otrzymuje wypracowane świadczenia emerytalne. Nie są one, zatem obciążeniem dla systemu rent i zasiłków. Obecnie większość chorych leczonych z powodu raka piersi chce pracować i dla większości z nich jest to możliwe. Rak piersi jest chorobą przewlekłą, której leczenie nie powoduje konieczności długotrwałej hospitalizacji, ani nie wyłącza chorych z życia zawodowego, społecznego czy rodzinnego. Praca wykonywana w każdej z tych dziedzin jest wliczalna i przekłada się na bardzo konkretne kwoty stanowiące w konsekwencji nasze wspólne dobro. Zastosowanie odpowiednich do stopnia zaawansowania i biologii raka, metod leczenia ogranicza kalektwo i wydłuża życie.

Należy, zatem zapytać zupełnie inaczej: Czy stać nas na to, by kilka tysięcy kobiet rocznie umierało z racji zbyt póź-

Spotkanie wielkanocne • kwiecień 2017



Maria - modlitwa wiernych



koleżanki słuchają modlitwy



dzielenie się jajkiem



5 rozmowy przy kawie



nego rozpoczęcia skutecznego leczenia lub niewłaściwego prowadzenia pacjentek?

Dobłą wiadomością dla wszystkich, których dotknęło nieszczęście w postaci raka piersi jest to, że prowadzone są intensywne prace badawcze zmierzające do powstania nowych leków. Kształtuje się nowe podejście do choroby. Postępy nauk podstawowych - szczególnie biologii molekularnej, lepsze zrozumienie mechanizmów powstawania i szerzenia się nowotworów, przekłada się na poprawę skuteczności leczenia i zmniejszenie jego toksyczności oraz uciążliwości. Wiedza na temat biologii raka piersi przełożyła się również na rozwiązania organizacyjne, czyli wdrożenia programu badań przesiewowych i powstawania klinik narządowych.

Między stanem światowej wiedzy i europejskimi standardami zapisanymi w dokumentach podpisanych także przez Polskę, a naszą codziennością istnieją budzące wielką troskę dysproporcje. Każdego dnia poczekalnie w Centrum Onkologii w Warszawie, Gliwicach, Krakowie – we wszystkich naszych ośrodkach onkologicznych przepełnione są ponad miarę. Lęk, cierpienie i napięcie psychiczne, przeżywane przez naszych pacjentów nie pomagają im w tym i tak niewyobrażalnie trudnym czasie życia. Pakiet onkologiczny nie rozwiązał tej kwestii. Trudno nawet mówić, że był działaniem pozornym, ponieważ przyniósł realne zagrożenie wielu chorym na raka, a przede wszystkim – pogorszył sytuację chorych na zaawansowanego raka - raka piersi.

Jak dotrzeć do sumień polityków? Jak sprawić, aby potrzeby chorych na raka tu u nas, gdzie 160 tysięcy nowych zachorowań rocznie nieuchronnie się podwoi, znalazły się na początku listy społecznych potrzeb, nie zaś tkwiły tam, gdzie dotąd: na szarym końcu, gdzie zapisuje się sprawy do załatwienia niemożliwe lub oczekujące na cud?

Dzisiejsza onkologia leczy chorych na zaawansowanego raka piersi. Przedłuża ich życie, poprawia jego jakość, daje czas upływający w stanie zdrowia uwarunkowanego – wolny od uciążliwych objawów choroby. To są korzyści, które można przeliczyć na pieniądze. Ale przede wszystkim trzeba pamiętać, że w onkologii prowadzi się rachunki w kilku walutach. Pieniądze są ważne. Ale liczyć trzeba też ludzkie cierpienie, lęk – po prostu życie. Jest ono lepsze, jeśli wzbogaca je społeczna empatia i nadzieja.

prof. dr n. med Tadeusz Pienkowski, onkolog kliniczny, chirurg

Ukończył Wydział I Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Od 2011 roku jest profesorem nadzwyczajnym w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) jest specjalistą onkologiem z 30 letnim doświadczeniem. Wieloletni Kierownik Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. Obecnie pełni obowiązki Kierownika Kliniki Onkologii CMKP w Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku. Redaktor i autor kilku rozdziałów w monografii dotyczącej leczenia raka piersi pod tytułem „Leczenie ogólnoustrojowe raka piersi”. Profesor Pienkowski jest wykładowcą i kierownikiem naukowym kursów organizowanych przez CMKP dla lekarzy specjalizujących się w onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej i radioterapii. Wykłada również dla lekarzy podstawowej opieki medycznej i opieki paliatywnej a także dla pielęgniarek onkologicznych i studentów. Jego główne zainteresowania naukowe dotyczą leczenia systemowego chorych na raka piersi i organizacji skojarzonego leczenia tej choroby.

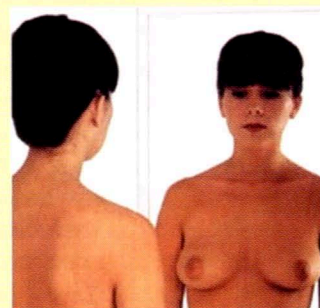
Prezes – Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi
Członek międzynarodowych i krajowych organizacji naukowych

Samobadanie piersi jest podstawowym, niezwykle ważnym elementem w procesie wczesnego wykrywania raka piersi, czyli wykrywania choroby wtedy, kiedy jej stan zaawansowania stwarza duże szanse wyleczenia. Samobadanie piersi składa się z dwóch etapów: oglądania stanu piersi oraz badania dotykowego - palpacji. Kobieta powinna prowadzić badanie w ciepłym miejscu, gdzie można się skupić i zachować prywatność, najlepiej wieczorem, np. przed kąpielą lub udanym się na spoczynek.

Poniżej opisano poszczególne etapy samobadania piersi.

Oglądanie stanu piersi - pozycja stojąca

1. W celu przeprowadzenia oględzin stanu piersi kobieta powinna rozebrać się do pasa i stanąć przed lustrem. Najpierw należy dokładnie obejrzeć piersi sprawdzając czy nie ma zmian w ich wyglądzie, kształcie, wielkości, kolorze brodawek, a także czy nie pojawiły się ewentualne wypryski lub zmiany koloru, dołki i wciągnięcia skóry. Należy także porównać ze sobą wielkość obu brodawek. W trakcie badania należy również pamiętać o obejrzeniu górnej części piersi dochodzącej do pachy.



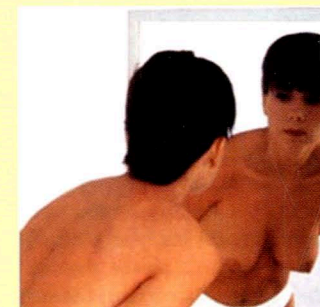
2. Oględzin biustu należy dokonać także z profilu. W tym celu należy spleść ręce z tyłu głowy i obrócić się tak, by dobrze obejrzeć biust z jednego a następnie z drugiego boku.



3. W dalszej fazie badania należy oprzeć dłonie na biodrach i naciskać je tak mocno, aby odczuwalne było napinanie się odpowiednich mięśni klatki piersiowej. W takim stanie należy dokładnie obejrzeć piersi czy nie są widoczne żadne zmiany.



4. Następnie pochylając się do przodu należy obejrzeć piersi i sprawdzić, czy nie są widoczne zagłębienia lub pofałdowania skóry, zmiany w kształcie piersi lub wciągnięcia brodawek.





Samobadanie piersi

Badanie dotykowe - pozycja stojąca i leżąca

1. W celu rozpoczęcia badania należy położyć się wygodnie na plecach i podłożyć prawą rękę pod głowę. Dzięki takiemu ułożeniu część piersi przesunie się w kierunku mostka, dając lepszy dostęp do całego gruczołu co ułatwi przeprowadzenie badania palpacyjnego. Kobiety o dużym biuście powinny podłożyć poduszkę pod lewy bark.



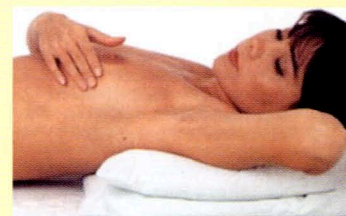
2. Badanie prawej piersi wykonuje się lewą ręką. Piersć należy mocno uciskać dłoń, stosując jeden ze niżej przedstawionych sposobów przemieszczania dłoni po całym obszarze piersi. Badanie należy przeprowadzić bardzo dokładnie, nie pomijając żadnego fragmentu gruczołu. W trakcie badania dłoń należy trzymać równoległe do powierzchni skóry i dotykać piersć całą powierzchnią dłoni, a nie tylko końcem palców.



3. Rak piersi może dawać przerzuty do węzłów chłonnych pachy i okolicy nadobojczykowej. Węzły te można również wykryć i ocenić ich stan przez badanie dotykowe. Dlatego należy sprawdzić pachę, a następnie dołki nadobojczykowe czy nie ma tam guzków, tj. powiększonych węzłów chłonnych.



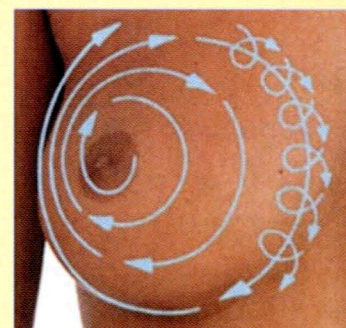
4. Po zakończeniu badania prawej piersi należy powtórzyć całą procedurę dla lewej piersi. Należy więc podłożyć lewą rękę pod głowę a następnie prawą dłońią zbadać lewą pierś w podobny sposób jak to opisano powyżej. Badanie należy wykonać bardzo dokładnie nie pomijając żadnej z wymienionych wcześniej czynności.



Sposoby badania piersi

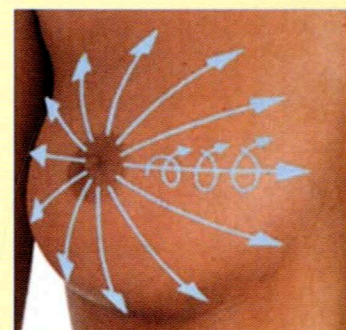
Ruchy w kształcie koncentrycznych okręgów

- badanie rozpoczyna się od zatoczenia największego koła po obwodzie piersi, wykonując przy tym małe kółka prostopadłe do kierunku ruchu, i przesuując się ruchem spiralnym zgodnie z ruchem wskazówek zegara aż do brodawki. W ten sposób zbadany zostanie cały gruczoł piersiowy.



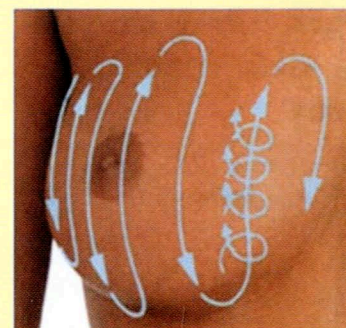
Ruchy promieniaste

- należy podzielić pierś podobnie do tarczy zegara i przesuwać dłoń od brodawki w kierunku godziny 12, a następnie 1, 2, 3 itd., zataczając niewielkie koła aż zostanie zbadana cała pierś.



Ruchy góra - dół

- w celu badania, pierś dzieli się na wąskie pionowe paski, a następnie kieruje się ruch ręki na przemian do góry i do dołu zataczając małe koła. W ten sposób bada się dokładnie całą pierś.



rakpiersi.pl



GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Przychodnia Onkologiczna

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11, „I „piętro,
tel. 86 473 33 75, 86 473 33 92,
86 473 33 44, 86 473 33 83
czynna codziennie od 8.00 do 15.00.
tel. rejestracja 86 473 33 75 w godz. 7.30–15.00,
we wtorki od 8.00 do 18.00

Oddział Onkologii i Chemioterapii – V piętro

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11, V piętro,
tel. 86 473 33 45, 86 473 33 47, 86 473 33 77.
ultrasonograficzne badanie gruczołów pier-
sionych (pracownia USG)
Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11, I piętro,
tel. 86 473 33 86 – czynna codziennie. I biop-
sia cienkoigłowa (Zakład Patomorfologii)

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11,
tel. 86 473 32 53 – czynny codziennie; wy-
maga skierowania, dla pacjentów onkolo-
gicznych – I piętro – środa, piątek; I 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 – codziennie.

Rehabilitacja dla członkiń Stowarzyszenia

w każdą środę w godz. 16.00–18.00 w Dzia-
le Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego
w Łomży (II piętro).

Psycholog

Monika Jermacz, kom. 507 659 781

Przychodnia Rehabilitacji Leczniczej

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11,
II piętro – codziennie od 7.00 do 17.00,
ze skierowaniem od lekarza;
tel. rejestracja 86 473 35 84 do godz. 10.00
lekarze – od 10.00 do 15.00,
tel. 86 473 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

CZERWIEC

5 – godz. 17.00 - spotkanie otwarte członkiń i przyjaciół Stowarzysze-
nia –Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala kon-
ferencyjna, II piętro

Czerwcowe Dni Walki z Rakiem

Spotkania i wywiady – terminy do ustalenia

LIPIEC i SIERPIEŃ

Przerwa wakacyjna

WRZESIEŃ

4 – godz. 17.00 - spotkanie otwarte członkiń i przyjaciół Stowarzysze-
nia –Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala kon-
ferencyjna, II piętro

1%
podatku

Szanowni Państwo!

Serdecznie dziękujemy za dotychczasowe finansowe wsparcie działalności naszego Stowarzyszenia. Mamy nadzieję, że nie zawiodłyśmy Państwa zaufania. Nadal będziemy realizować nasze cele statutowe, przede wszystkim udzielać wszechstronnej pomocy kobietom chorym na raka i kontynuować programy profilaktyki zdrowotnej.

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

Jest to możliwe, ponieważ nasza organizacja w roku 2004 postanowieniem Sądu Rejonowego w Białymstoku otrzymała status organizacji pożytku publicznego nr KRS 0000082371.

Przekazany przez Państwa 1% podatku wykorzystamy na pomoc chorym dotkniętym nowotworem.

Należy podać nr KRS 0000082371.

Urząd skarbowy sam dokona przelewu kwoty na konto organizacji.

*Z wyrazami szacunku
Zarząd Stowarzyszenia*

