ISSN-1732-2928

nr 15

AMAZONKI

marzec 2009 rok • gazeta bezpłatna
Gazeta „Amazonki" jest wydawana dzięki finansowemu wsparciu firmy Vipharm S.A.

Gazeta Stowarzyszenia „AMAZONKI" WARSZAWA-CENTRUM

AMAZONKI DLA ZDROWIA KOBIET

Motto na 2009 rok

Początek 2009 roku zaskoczył nas doniesieniami o światowym kryzysie, o jego wpływie na naszą gospodarkę jak również – i tak już nie na najlepszą – kondycję polskiej służby zdrowia. Zewsząd bombardują nas doniesienia o pogorszającym się, z miesiąca na miesiąc, stanie opieki zdrowotnej w Polsce i choć zdajemy sobie sprawę z ograniczeń wynikających z tego faktu – wiemy, że powinnyśmy otrzymywać więcej. I chcemy – a przede wszystkim potrzebujemy – więcej.

Prowadząc od lat stronę internetową, na której staramy się zamieszczać jak najwięcej informacji dotyczących profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji kobiet z rakiem piersi, zauważyłyśmy, że mimo jej bezsprzecznych wartości, nie jest ona w stanie odpowiedzieć na wszystkie pytania osób potrzebujących pomocy. Zaobserwowałyśmy, że istnieje dodatkowa potrzeba udzielania szczegółowych odpowiedzi przez konkretnych specjalistów.

Wychodząc naprzeciw temu zapotrzebowaniu od 1 kwietnia 2009 roku pragniemy uruchomić **Ośrodek Profesjonalnego Wsparcia**, w którym kobieta, szukająca pomocy i odpowiedzi na nurtujące ją pytania, będzie mogła uzyskać informacje od takich specjalistów jak: **lekarz onkolog, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant i prawnik**. Pomoc, wsparcie, informacja będzie dostępna bądź to w formie bezpośredniej, elektronicznej lub telefonicznej. Ośrodek Profesjonalnego Wsparcia będzie obejmował: **Centrum Pomocy Internetowej, Centrum Pomocy Telefonicznej** oraz da możliwość **bezpośredniego kontaktu z lekarzem, psychologiem i rehabilitantem**. Mamy nadzieję, że te formy kontaktu umożliwią każdej osobie dotarcie do określonych specjalistów, że będą wygodnymi i przyjaznymi dla wszystkich chorych, ich rodzin i bliskich, którzy w określonej sytuacji poszukują pomocy, wsparcia i informacji.

Wszystkie kontakty, adresy, telefony zamieścimy już pod koniec marca na naszej stronie **www.amazonki.com.pl**. Aktualnie jest ona modernizowana, tak by mogła sprostać nowym zadaniom i potrzebom naszego Ośrodka. Zarejestrowanie się na stronie pozwoli wszystkim zainteresowanym osobom otrzymywać najnowsze wiadomości w formie Newslettera, zaś na Forum Pacjenckim, będziemy wspierać się nawzajem, dzielić swoimi przeżyciami i doświadczeniami, a przede wszystkim mieć osobisty dostęp do specjalistów.

Ośrodek Profesjonalnego Wsparcia to – obok „Gabinetów z Różową Wstążką" – drugi ważny projekt, jaki będziemy realizować w tym roku. Główny cel, to skuteczne służenie wszystkim kobietom w myśl przesłania 2009 roku **Amazonki dla zdrowia kobiet**. Tak jak z roku na rok rozwijamy sieć gabinetów ginekologicznych z „Różową Wstążką", tak stosownie do potrzeb będziemy rozbudowywać Ośrodek Profesjonalnego Wsparcia, poszerzać zakres jego możliwości oraz zwiększać liczbę specjalistów.

Każdy może wspomóc ten projekt przekazując nam 1% swego podatku, który w całości przeznaczymy na rozwój Ośrodka Profesjonalnego Wsparcia.

Elżbieta Kozik

POMÓŻ - POMAGAĆ

Od 20 lat wspieramy kobiety z rakiem piersi

STOWARZYSZENIE „AMAZONKI" WARSZAWA CENTRUM

Przekaż naszej organizacji 1% swojego podatku

Darowiznę zadeklaruj w odpowiedniej pozycji swojego PIT-u na:

STOWARZYSZENIE „AMAZONKI" WARSZAWA-CENTRUM
KRS 0000023411

- PIT 28 poz. 135
- PIT 36 poz. 311
- PIT 36L poz. 107
- PIT 37 poz. 123
- PIT 38 poz. 59

Zapraszamy na naszą stronę www.amazonki.com.pl kontakt:
amazonki@free.ngo.pl, tel. 0501 948 848

Pierwsze spotkanie Zespołu do Spraw Kobiet w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, 18 grudnia 2008 r.

KANCELARIA PREZESA RADY MINISTRÓW
BIURO PEŁNOMOCNIKA RZĄDU DO SPRAW RÓWNEGO TRAKTOWANIA

Podziękowanie

dla

Pani Elżbiety KOZIK

za
wygłoszenie wykładu na temat:
Prezentacja doświadczeń organizacji pozarządowych
i ich rola w profilaktyce zdrowotnej
oraz za udział w spotkaniu
"Rola kobiet pełniących ważne funkcje w samorządzie terytorialnym w zakresie wczesnego wykrywania i profilaktyki nowotworów u kobiet"

w dniu 13 listopada 2008 roku

składają

Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Elżbieta Radziszewska
Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania

Warszawa, dnia 28 listopada 2008 roku

W WALCE O PRAWA CHORYCH NA NOWOTWORY

Szanowni Państwo,

29 listopada 2008 r. w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie odbyła się ogólnopolska debata ***„Rak piersi w Polsce. Między prawdą nauki a polityką czekania na cud”****. W spotkaniu wzięły udział Amazonki z całego kraju, przedstawiciele środowiska medycznego, decydentów i mediów. Podczas debaty wspólnie z zebranymi ekspertami wypracowaliśmy* ***Postulaty Polskich Amazonek****, które mają swoje odzwierciedlenie w* ***Rezolucji Parlamentu Europejskiego dotyczącej zwalczania nowotworów w rozszerzonej Unii Europejskiej****. Projekt rezolucji został podpisany także przez Polskę podczas spotkania Członków Parlamentu Europejskiego 10 kwietnia 2008 r. Według nas, Amazonek, kwestie zawarte w obu tych dokumentach to najważniejsze i najpilniejsze problemy do zmiany w leczeniu chorych na nowotwory. Wierzę, że poparcie dla naszych postulatów wyrażą Państwo poprzez konkretne działania na rzecz ich wdrożenia. Wspólnie mamy szansę!*

Z poważaniem

Elżbieta Kozik
Prezes Stowarzyszenia „Amazonki”
Warszawa – Centrum

Postulaty Polskich Amazonek zebrane podczas ogólnopolskiej debaty „Rak piersi w Polsce. Między prawdą nauki a polityką czekania na cud” zorganizowanej w Warszawie, 29 listopada 2008 roku

Jako uczestniczki ogólnopolskiej debaty **„Rak piersi w Polsce. Między prawdą nauki a polityką czekania na cud”**, zebrane w Warszawie 29 listopada 2008 r.,

domagamy się:

- wprowadzenia standardów wykrywania, leczenia i rehabilitacji raka piersi, które będą obowiązywać we wszystkich placówkach polskiej służby zdrowia;
- pracowni mammograficznych, które zapewniają wiarygodne wyniki i ich rzetelną analizę;
- leczenia na oddziałach, które będą prowadziły ten proces całościowo, z uwzględnieniem wszystkich form terapii (*Projekt Rezolucji, 10.04.08 r., podpunkt nr 21*);
- zwiększenia liczby onkologów i patologów w Polsce;
- równego dostępu do nowoczesnych terapii uwzględniających przełomowe leki, które w krajach zachodnich traktowane są jako standard w leczeniu chorych na raka piersi, bez względu na miejsce zamieszkania, wiek czy czas zachorowania pacjentki (*Projekt Rezolucji, 10.04.08r., podpunkt nr 25 oraz nr 30*);
- wprowadzenia refundacji zabiegów dotyczących korekty chirurgicznej drugiej piersi;
- wprowadzenia refundacji rękawów przeciwobrzękowych dla pacjentek po amputacji piersi;
- powołania Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Raka Piersi, w ramach którego wyodrębniono by lub utworzono specjalne wielospecjalistyczne ośrodki prowadzone przez wykwalifikowanych radiologów, onkologów i chirurgów, z dostępem do wykwalifikowanych patologów i innych specjalistów – zgodnie ze standardami europejskimi (*Projekt Rezolucji, 10.04.08 r., podpunkt nr 21*);
- skrócenia procedur dostępu do leczenia oraz zapewnienia ciągłości leczenia, także w przypadku jego zmiany (*Projekt Rezolucji, 10.04.08 r., podpunkt nr 31*);
- możliwości korzystania w trakcie leczenia z profesjonalnej pomocy psychologicznej i rehabilitacyjnej (*Projekt Rezolucji, 10.04.08r., podpunkt nr 21 oraz nr 37*).

Tylko w takich warunkach można skutecznie leczyć chorobę nowotworową w sposób przyjazny kobiecie.
Wierzymy, że uda nam się zrealizować wyżej wymienione postulaty, tak samo jak osiągnęłyśmy do tej pory:

- prawo do bezpłatnego, refundowanego protezowania kobiet po amputacji z możliwością wyboru protezy i bielizny;
- prawo do refundacji zabiegów odtwórczych piersi;
- możliwość rehabilitacji przyszpitalnej, prawo do 30. zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych tuż po zakończeniu leczenia;
- prawo do leczenia uzdrowiskowego (rehabilitacji) już po roku od zakończenia leczenia, a nie po upływie 5 lat, co ma ogromne znaczenie nie tylko ze względu na fizyczny aspekt schorzenia, ale i psychiczny.

Jest jednak jeszcze wiele do zrobienia. Dlatego też, nie przestaniemy walczyć o prawa kobiet chorych na raka piersi, o normalność i nową rzeczywistość. Wierzymy, że dzięki Państwa zaangażowaniu mamy szansę wdrożyć nasze postulaty w życie.

Polskie Amazonki

RAK PIERSI W POLSCE
Między prawdą nauki a polityką czekania na cud

doc. dr hab. Tadeusz Pieńkowski, onkolog
kierownik Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej
Centrum Onkologii w Warszawie

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 naszej kliniki coraz skuteczniej. Można przez wiele lat kontrolować tę chorobę i żyć pełnią życia. Moje pacjentki to na ogół osoby, które po przejściu rozpaczy, 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 otacza pustka. Jakby nie miały przyszłości, jakby ich czas skończył się w chwili zdiagnozowania choroby. Znajomi przestają dzwonić, w pracy nie są już traktowane, jak ludzie z przyszłością. 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 rak piersi nie jest zakaźny. Ale pojawia się pytanie: Jak z Nią rozmawiać? O czym? Przecież ONA MA RAKA.

Rozmawiam z Bliskimi Moich Pacjentek. Chcą wiedzieć. Wszystko. A ja nie powiem więcej, niż Ona pozwoli, nie powiem nikomu, kogo Ona nie zamierza informować. To przede wszystkim lekarska tajemnica, a też szacunek dla prywatności pacjentki, szacunek dla Jej autonomii.

Warunki, w jakich leczymy są trudne. Zatłoczone ambulatorium, pełna pacjentów i personelu klinika. Po jednej stronie białe fartuchy, po drugiej stronie pacjenci – oddzielni w swoich „cywilnych ubraniach", nie znają się za dobrze nawzajem, nie znają tych w białych fartuchach. Więc do lęku na początku dochodzi samotność.

Każdy lekarz ma indywidualnie wybrany dystans do swoich pacjentów. Dzięki temu prawo do wyboru lekarza jest tak naprawdę prawem do wyboru człowieka, a nie tylko wyboru fachowca wedle poziomu Jego fachowej wiedzy. Są lekarze, którzy płaczą razem z pacjentami, są tacy, którzy zachowują kamienną twarz. Ale nie wierzę w lekarzy obojętnych. Obojętni nie zostają lekarzami, a już z całą pewnością – nie zostają onkologami. Wkładając biały fartuch nie przestaje się być sobą. Czasem więc zapominamy, że dla pacjenta biały fartuch to mur, za którym nie ma człowieka – jest wyrocznia. Pacjenci narzekają na złą komunikację z lekarzami.

W drugą stronę też nie jest łatwo. Pacjentka zdenerwowana: nie zapamięta czegoś, nie zrozumie. Wychodzi ode mnie z gabinetu smutna, zdenerwowana, zagubiona.

Postawa chorego wobec choroby jest dla onkologa ważna, bo często pacjent uważa za swój obowiązek „walkę z rakiem". To bohaterstwo utrudnia radzenie sobie z uczuciami. Mówi się, że onkolog widzi w swojej pracy wiele cierpienia. I to jest prawda. Czy my jesteśmy przygotowani do pomocy cierpiącym?

W ciągu ostatnich kilkunastu lat wyniki leczenia uległy znacznej poprawie. Jest to bardzo dobra wiadomość dla kobiet na całym świecie. Zwiększenie wyleczeń związane jest z prowadzeniem intensywnych badań klinicznych, zwiększoną dostępnością badań przesiewowych i wprowadzeniem na szeroką skalę leczenia skojarzonego. Skuteczność leczenia raka piersi związana jest z postępem wiedzy o biologii tego nowotworu, z rozwiązaniami organizacyjnymi i z należytym finansowaniem leczenia.

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 karcinogeneza. 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 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 wchodzą komórki nowotworowe o różnych cechach biologicznych i komórki prawidłowe np: tkanka łączna i naczynia.

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

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

Na podstawie wyników powszechnie dostępnych badań immunohistochemicznych można wyodrębnić trzy różne podtypy raka. Raka z dodatnimi receptorami dla estrogenów lub progestagenów. Ten typ raka jest podatny na leczenie hormonalne. Raka, którego komórki zawierają nadmierną ilość receptora HER2. W tym typie raka piersi wysoką aktywnością charakteryzują się leki działające na szlak przewodzenia sygnałów zależny od receptora HER2. Trzecim podtypem jest rak, którego komórki nie zawierają receptorów hormonalnych i ilość receptorów HER2 jest prawidłowa. U chorych, u których rozpoznano raka zawierającego receptory dla estrogenów lub progestagenów istnieją wskazania do zastosowania leczenia hormonalnego. Powinno być ono stosowane zarówno w leczeniu uzupełniającym jak i w leczeniu choroby uogólnionej. Współcześnie stosowane leki hormonalne to inhibitory aromatazy (anastrozol, letrozolu, egzemestan), wybiórczy modyfikator receptorów dla estrogenów-tamoksyfen, agoniści przysadkowych hormonów tropowych (goserelina, leupropreina) i czysty, antyestrogen–fulwestrant. Leki te są wygodne i bezpieczne w stosowaniu. Możliwe jest ich podawanie nawet przez 5-10 lat.

Ze względu na złe rokowanie do czasu wprowadzenia trastuzumabu rozpoznanie raka piersi z nadmierną ekspresją receptora HER2 było tragiczną wiadomością. Udokumentowanie skuteczności leczenia trastuzumabem spowodowało szczęśliwą zmianę rokowania w tej grupie chorych. Trastuzumab wykazuje efekt synergistyczny lub addytywny z wieloma różnymi cytostatykami. Programy złożone z trastuzumabu i cytostatyków stanowią podstawę leczenia chorych na raka piersi, w którego komórkach stwierdzono nadmierne występowanie receptora HER2. Sukces trastuzumabu zainspirował badaczy do ukierunkowania prac na wynalezienie następnych podobnych leków. Innym przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciw receptorowi HER2 jest pertuzumab. Lekiem z grupy inhibitorów kinazy tyrozynowej jest lapatynib (Tyverb). Lek ten działa wewnątrzkomórkowo i powoduje zahamowanie przekazywania sygnałów zależnych od receptora HER2 i od receptora EGFR. W badaniach klinicznych znajduje się cały szereg innych leków skierowanych przeciwko różnym celom molekularnym.

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

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

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

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

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 piesi 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 występują jedynie u tych chorych, u których w węźle wartowniczym stwierdzono występowanie komórek raka piersi.

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

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. Galen, Amerykańska w San Antonio. W Polsce od 10 lat odbywa się regularnie Konferencja organizowana przez Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi w Falentach.

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 przed klinicznej. 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 zorganizowanie sprawnie działającego systemu propagowania skriningu, wysyłania zaproszeń oraz zorganizowania akredytowanych ośrodków badań, podlegających stałemu audytowi. Szczególnie istotne jest opracowanie i wyegzekwowanie przepisów dotyczących kontroli jakości aparatury i jakości obrazu mammograficznego. Kobiety, u których na podstawie wyniku badania przesiewowego ustalone zostanie podejrzenie raka piersi, muszą mieć zapewniony dostęp do odpowiednio wykwalifikowanych i wyposażonych ośrodków, w których zostanie przeprowadzona diagnostyka i w razie potrzeby skojarzone leczenie.

W Polsce realizowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia 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 jest chorobą wymagającą 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 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 Nothingham. Podobne placówki powstały w wielu krajach. Od końca lat 90 udowodniono, że wyniki leczenia uzyskiwane w takich palcówkach 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 pielęgniarska 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 zajmującą się problemami nowotworowymi, w tym rakiem piersi. Drugiego kwietnia 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 powinny jak najszybciej udostępniać 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 prezydencję 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 jedynie Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Centrum Onkologii w Warszawie spełnia większość kryteriów wymaganych przez EUSOMA.

Dotychczas nie zostały podjęte żadne działania zmierzające do utworzenia sieci ośrodków diagnozujących, leczących i pielęgnujących chorych na raka piersi.

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. Wyliczane 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 wyliczalna i przekłada się na bardzo konkretne kwoty stanowiące w konsekwencji nasze wspólne dobro. Zastosowanie odpowiednich do stopnia zaawansowania i biologii raka, metod leczenia ogranicza kalectwo i wydłuża życie. Należy, zatem zapytać zupełnie inaczej: Czy stać nas na to, by kilka tysięcy kobiet rocznie umierało z racji zbyt późnego rozpoczęcia skutecznego leczenia lub niewłaściwego prowadzenia pacjentek?

Dobrą 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 prze naszych pacjentów nie pomagają im w tym i tak niewyobrażalnie trudnym czasie życia.

Jak dotrzeć do sumień polityków? Jak sprawić, aby potrzeby chorych na raka tu u nas, gdzie 140 tysięcy nowych zachorowań rocznie za lat kilka się nieuchronnie 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 ?

Amazonki czekają na pielęgniarki

Mówi Elżbieta Kozik, prezes Stowarzyszenia Amazonki Warszawa-Centrum:
Środowisko kobiet po mastektomii jest silnie skonsolidowane, gotowe do podejmowania różnych inicjatyw. To w Polsce jedna z bardziej prężnych organizacji pacjenckich, która dobrze wie, czego potrzebują jej członkinie.

Pielęgniarki z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekostrukcyjnej Centrum Onkologii w Warszawie

Profilaktyka przy wsparciu pielęgniarek

Kobiety z rakiem piersi często korzystają z pomocy pielęgniarek – głównie na oddziałach, gdzie są leczone. Są to bardzo ważne kontakty, ale niewystarczające. Kilka lat temu warszawskie Amazonki postanowiły zaangażować się w profilaktykę raka piersi i skorzystać z fachowej pomocy pielęgniarek i położnych. Zaoferowałyśmy im przeszkolenie z palpacyjnego badania piersi. Kurs prowadzili Kanadyjczycy z fundacji Amberheart. Kilkudniowe szkolenie dawało pogłębioną wiedzę o raku piersi oraz doskonaliło praktyczne umiejętności. Licencję uzyskało 150 pielęgniarek i położnych. Do dziś korzystamy z ich umiejętności. Gdy robimy kampanie związane z profilaktyką raka piersi, zawsze zatrudniamy absolwentki Amberheart jako instruktorki.

Te 150 osób pracuje w całej Polsce; mam nadzieję, że nie tylko warszawskie stowarzyszenie Amazonek korzysta z ich wiedzy i umiejętności. W akcjach profilaktycznych organizowanych przez Stowarzyszenie „Amazonki" Warszawa-Centrum w przenośnych gabinetach w namiotach zaprzyjaźnione pielęgniarki instruują, jak prawidłowo wykonuje się samobadanie piersi; wiele kobiet może się tego nauczyć. Wykonywane regularnie samobadanie ma wielkie znaczenie profilaktyczne.

Od 2. lat nasza współpraca z pielęgniarkami i położnymi wchodzi na nowy poziom. Wspólnie z Wielką Kampanią Życia „Avon Kontra Rak Piersi" rozpoczęłyśmy projekt „Gabinety z różową wstążką". W ramach pilotażu w ubiegłym roku zaprosiłyśmy do współpracy 50 gabinetów ginekologicznych z całej Polski. W naszej siedzibie w Centrum Onkologii w Warszawie przeszkoliłyśmy pracujących tam lekarzy, położne i pielęgniarki z zakresu raka piersi i kontroli piersi. Szkolenie z wiedzy o raku piersi prowadzili lekarze z Centrum Onkologii, jak przekazywać informację „Pani ma raka piersi...." prowadziła psychoonkolog Mariola Kosowicz, a praktyczne zajęcia z palpacyjnego badania piersi – pielęgniarka mgr Barbara Jobda. Kurs miał dużo zajęć praktycznych, a technikę badania palpacyjnego medycy ćwiczyli nie tylko na fantomach, ale również na modelkach. Proszę mi wierzyć: lekarze mają duże opory przed wykonaniem tego badania! Pielęgniarkom i położnym przychodzi to znacznie łatwiej.

Satysfakcjonująca usługa dla wszystkich

Nie chodzi jednak o samą profilaktykę. Chcemy stworzyć nowy standard gabinetu ginekologicznego, w którym kobiety będą traktowane inaczej niż to się zwykle u nas odbywa. Szkolenia obejmują zajęcia z psychologiem. Medycy uczą się rozmowy z kobietą, u której wykryli objawy mogące wskazywać na problem. Jak rozmawiać, żeby pacjentkę nie przestraszyć, a jednak spowodować, żeby dokończyła diagnozy? Jak powinna wyglądać wizyta kobiety w przyjaznym gabinecie, jak ona chce być traktowana, jak należy się nią zająć?

Ten projekt pozwoli stworzyć sieć gabinetów, które wyróżniają się pozytywnie w świadomości pacjentek. Projekt pilotażowy podsumowała ankieta, zbierająca opinie i uwagi pacjentek nt. przebiegu wizyty. Czy odpowiednio się nimi zajęto, czy czuły się zadbane, czy uzyskały informacje, o jakie im chodziło? Na ankietę odpowiedziało kilkanaście tysięcy pacjentek – imponujące, jak wiele kobiet zostało przebadanych w ciągu roku w tych 50. gabinetach! A były to przecież wizyty profilaktyczne, niewymuszone np. dolegliwościami. Zadziałało dobre nagłośnienie, przemyślana logistyka i dobrze przygotowany gabinet. Kobieta przychodzi i ktoś się nią zajmuje. Recepcjonistka z uśmiechem zaprasza i informuje – stwarza dobry klimat. Z kobietą rozmawia najpierw położna, potem lekarz. Delikatnie i dyskretnie ma badane piersi, jest życzliwie. Pouczona przez położną, jak to robić samodzielnie, dostaje materiał edukacyjny ze szczegółową instrukcją.

Nie było krytycznych ankiet. To sukces, który pozwala negocjować ze sponsorem skalę rozszerzenia projektu. A wiadomo, że to wszystko kosztuje: przygotowanie gabinetów, szkolenia, oprawa, materiały, nagłośnienie. Ale nakłady nie idą na marne, tworzymy coś naprawdę dobrego. Zmieniamy standardy w Polsce. W 2008 r. działa już 150 „różowych" gabinetów, a w przyszłym może być i 300. Moim marzeniem jest włączenie do sieci wszystkich gabinetów ginekologicznych – żeby wszystkie kobiety otrzymały satysfakcjonującą usługę i umiały wcześnie wykryć zagrożenie.

To jest nowatorski i autorski pomysł Wielkiej Kampanii Życia i Amazonek. Pokazuje, że jeśli człowiek chce coś zrobić i wie,

jak – to zrobi! W sieci są gabinety wszelkiego typu: prywatne, państwowe, może przystąpić każdy. I myślę, że wszyscy ci, którzy tworzą z nami tę sieć, rozumieją, czego kobiety oczekują, żeby dobrze się czuć. Najwyraźniej dajemy im ważne w ich zawodzie umiejętności.

Breast Friend

Zastanawiam się też, jak środowisko pielęgniarek i położnych mocniej włączyć do pracy z pacjentkami. Jako pacjentki oczekujemy współdziałania i inicjatywy z ich strony. W USA czy w zachodniej Europie, gdy kobieta dowiaduje się, że ma raka piersi, jest przy niej cały zespół, który stara się złagodzić strach, przybliżyć formy leczenia, nastawić optymistycznie. Poza lekarzem i psychologiem zajmuje się nią pielęgniarka, która przejmuje rolę przewodnika, opiekuna, tzw. Breast Friend („przyjaciel od piersi").

U nas lekarz nie ma czasu, żeby rozmawiać z pacjentką, a poza tym nie ma zwyczaju. Tymczasem moment diagnozy jest dla kobiety najtrudniejszy. Od tych pierwszych chwil zależy, jak będzie współpracować podczas terapii. Jeśli usłyszy krótkie: „pani ma raka", jest przerażona i porażona, a to rzutuje na jej nastawienie. Tu rola pielęgniarek mogłaby być olbrzymia – ale nie mają inicjatywy! Chociaż z drugiej strony bywa różnie nawet w różnych szpitalach w Warszawie.

W jednym jest tak wiele pacjentek, że nie ma możliwości, żeby się nad każdą pochylić i potraktować ją jak człowieka w kryzysie, który potrzebuje wsparcia. Nie tylko lekarz – również pielęgniarka nie ma czasu na okazanie bardziej osobistego zainteresowania. Za to w innym, jak twierdzą nasze Ochotniczki, pielęgniarki dbają, żeby kobieta nie była zostawiona sama sobie, informują o możliwości spotkania z Ochotniczkami, aranżują kontakty. Pielęgniarki z jeszcze innego szpitala same dzwonią do nas, gdy widzą, że pacjentce jest potrzebna rozmowa. Takie gesty są bardzo cenne, bo znaczą, że pielęgniarka uwzględnia taką czynność w swojej procedurze i jest zainteresowana, żeby ulżyć tej kobiecie, wie, że to jej pomoże.

Pacjentka partnerką lekarza

W Polsce jest 186 klubów Amazonek i praktycznie każda kobieta może do nas dotrzeć i odbyć rozmowę, która ją przygotuje – o ile tylko o tym wie. Z naszych obserwacji wynika, że kobiety, które trafią do nas bezpośrednio po diagnozie – a jeszcze przed operacją, przechodzą terapię mniej dramatycznie, bardziej świadomie. Mówimy jej, co powinna wiedzieć, dokąd się udać, o co dopytać, co jest ważne; taka rozmowa czyni z niej partnerkę lekarza. Uczymy współdziałania z personelem medycznym, czasem przezwyciężamy złe nastawienie do lekarza. Staramy się nastawić pozytywnie, bo kiedy jest zrażona, trudniej przebiega leczenie. Swoją główną rolę widzimy w tym, żeby wesprzeć te kobiety. My mamy to wszystko za sobą i wiemy, czego im trzeba, żeby się poczuć mocniej w trakcie dramatycznej walki z chorobą. Czyli z jednej strony pracujemy w środowisku kobiet będących w trakcie terapii, ale z drugiej – chcemy wpłynąć na profesjonalistów, żeby zechcieli inaczej ukształtować swoje fachowe nawyki i standardy.

Jako przewodnicząca organizacji mam możliwość wypowiadania się na różnych forach. Chcę to wykorzystać, aby doprowadzić do zmian w systemie: aby nowo zdiagnozowaną pacjentką wszechstronnie zajmował się zespół i każdy jego członek: lekarz, pielęgniarka i psycholog – pracował z nią zgodnie ze swoimi kompetencjami. Wiem, że potrzebne są na to środki i prawdopodobnie większa ilość kadry. A może to w jakiejś części kwestia organizacji i zarządzania?

Do lekarza z Breast Friendem

W Polsce ruchy społeczne są tak prężne, że na naszych oczach zmieniają medycynę. Prowadzą kształcenie nie tylko pacjentów, ale i lekarzy i inny personel w zakresie komunikacji, uczą, jak rozmawiać z pacjentką. Chcę to podkreślić: ruch pacjencki jest też po to, żeby lekarz miał świadomość, że pacjent jest coraz lepiej przygotowany do swojej sytuacji i nie pozwoli się traktować z góry. Przywiązujemy dużą wagę do tego, żeby pacjent czuł się partnerem, edukujemy, jak rozmawiać z lekarzem, żeby nie wykorzystywał swojego przywileju wiedzy. Nie zmusimy lekarza do większej pieczołowitości w kontakcie, możemy za to wyedukować pacjentkę, żeby sama umiała to dla siebie wyegzekwować. Wystarczy, że zaopatrzymy ją w listę pytań, które zada lekarzowi!

Zresztą okazuje się, że wszędzie lekarze wykorzystują mimo woli swoją przewagę. Ale kiedy to sobie uświadomią (albo pacjenci im to uświadomią) – na ogół starają się to zmienić. Do lekarza dobrze jest przyjść z Breast Friendem, który będzie rozmawiał bez emocji, lub użyć dyktafonu (wymawiając się obawą, że w zdenerwowaniu można zapomnieć o czymś ważnym) – i już lekarz czuje się bardziej zobowiązany do liczenia się z rozmówczynią. Innym dobrym sposobem jest „dzienniczek pacjenta" prowadzony przez lekarza (albo dyktowany przez niego i podpisywany). Jest tam szczegółowa diagnoza, zalecenia, leczenie, zabiegi. To też dyscyplinuje lekarza. Upowszechnienie dzienniczka jest absolutnie w interesie chorych.

Chyba mnie nie spisują na straty

My, chorzy, i medycy – całe społeczeństwo – musimy się skonsolidować wokół sprawy dobrego, rzetelnego leczenia i tworzenia do niego warunków. Wtedy w razie niekorzystnej diagnozy mogę się czuć bezpieczniej, bo wiem, że zostanę potraktowana z najwyższą możliwą starannością, otoczona prawidłową opieką, a medycy zrobią to, co jest możliwe w danym momencie. Mnie na przykład otuchy po zabiegu dodała wizyta w zakładzie rehabilitacji. Tu poczułam nową nadzieję. Widzę, że zajmują się mną fachowo rehabilitantki, mają uśmiech i ciepłe podejście. I myślę sobie tak: „aha, skoro skacze nade mną tyle osób (i są na to pieniądze!); tu ktoś masuje, tu ktoś gimnastykuje, tu masaże wodne, instruktaż samomasażu, oddychania – to chyba nie spisują mnie na straty! Od razu rośnie w człowieku optymizm!"

W zakładzie rehabilitacji nie ma pielęgniarek. Muszę się zastanowić, czy słusznie – przecież miałyby co robić. Pielęgniarki pracują głównie w ambulatorium – kobieta po wyjściu z chirurgii potrzebuje jeszcze wielu zabiegów – i wykonują swoje zadania bardzo profesjonalnie i solidnie. Chociaż jest ich za mało i czasem trzeba pół dnia czekać na opatrunek, ściągnięcie chłonki, czy jakiś inny zabieg.

Plany: stały dyżur fachowców

Stowarzyszenie Amazonek chce przy oddziale rehabilitacji stworzyć ośrodek informacyjny ze stałym dyżurem fachowców, w tym pielęgniarek, gdzie kobieta potrzebująca konsultacji, czy porady mogłaby uzyskać doraźne profesjonalne wsparcie. Drogą telefoniczną, elektroniczną bądź osobiście mogłyby się zgłaszać same chore, ale także ich bliscy: mężowie w trosce o żony, dzieci w trosce o matki. Tu uzyskaliby informację i wskazówkę, gdzie się zwrócić ze swoim problemem i jak się zachować w danej sytuacji. Przy okazji ogłaszam konkurs na nazwę ośrodka: powinna być przyjazna i wpadająca w ucho, ponieważ będzie oznaczać grupę przyjaciół, gotową wesprzeć i poprowadzić chorą.

Już działa zalążek tego ośrodka: jest psycholog, są zajęcia z rehabilitacji ruchowej, jest codzienny dyżur Amazonek w biurze, jest telefon zaufania działający codziennie przez cały dzień. Są materiały edukacyjne i informacyjne, płyta z ćwiczeniami, poradnik i informator z potrzebnymi adresami itp. Na razie na tyle stać nas, ale jestem dobrej myśli.

Zastanawiam się, jak można doprowadzić do połączenia w jeden nurt społecznych inicjatyw z działaniami prowadzonymi w ramach państwowego systemu ochrony zdrowia. Gdybyśmy potrafili stworzyć i upowszechnić taki model zespołowego podejścia do pacjentki...! Ochotniczki Amazonki mają wielką determinację. Chętnie pokażą, ile można zrobić, ponieważ wiedzą, co jest potrzebne choremu.

Opracowała
Maria Domagała
Przedruk z „Magazynu Pielęgniarki i Położnej" nr 11/08

Promieniowanie oznacza współdziałanie

Z dr Jackiem Gałeckim, onkologiem radioterapeutą z Zakładu Teleradioterapii Centrum Onkologii w Warszawie – rozmawia Beata Kubiszyn-Puka

W Centrum Onkologii na warszawskim Ursynowie długowieczne żółwie, w terrarium na holu, niespiesznie towarzyszą pacjentom, oczekującym w kolejce na zabiegi radioterapii. Chorych jest tak wielu, że specjalistyczna aparatura wykorzystywana jest niemal przez całą dobę. To paradoks, że w Warszawie – rodzinnym mieście Marii Skłodowskiej-Curie, która odkryła promieniotwórczość, brakuje obecnie miejsc, by leczyć radioterapią coraz większe rzesze chorych, przybywających tu z całej Polski. Staramy się wyjaśnić, jakie są przyczyny tego zjawiska oraz czym jest radioterapia?

Skąd się wzięła radioterapia i na czym polega ta metoda leczenia raka?

Początki radioterapii datują się od czasu odkrycia przez genialnego fizyka niemieckiego Wilhelma Roentgena niewidzialnych promieni X i odkrycia radu, przez naszą wielką rodaczkę Marię Skłodowską-Curie, której imię nosi nasz Instytut. Radioterapia jak i inne dziedziny medycyny zmieniała się. Do lat 50. stosowano rentgenoterapię, do około lat 80. kobaltoterapię, a obecnie do leczenie chorych używamy bardzo skomplikowanych urządzeń tzw. przyspieszaczy liniowych, czyli akceleratorów.

Stosujemy radioterapię do leczenia chorych na różne nowotwory złośliwe, nie tylko na raka, który jest pewną odmianą tkanki nowotworowej. W tym dość złożonym procesie terapeutycznym, współdziałamy ze specjalistami z różnych dziedzin medycyny, w zależności od lokalizacji choroby nowotworowej.

Radioterapia może służyć jako jedna z metod, pomocna w ortopedii. Na przykład napromienianie nowo założonej endoprotezy, spowalnia rozplem komórek utrudniających funkcjonowanie przeszczepionych stawów, poprawiając w ten sposób efekty operacji. Jest to rzadko obecnie stosowana forma promieniolecznictwa w tzw. chorobach nienowotworowych, ale dość popularna np. w Niemczech.

Promienie są też wykorzystywane w kardiologii. Chcąc utrudnić szkodliwy proces zarastania naczyń wieńcowych chirurdzy wkładają stent, czyli specjalną sprężynkę, rozpychającą naczynia wieńcowe, a następnie radioterapeuci, przy pomocy napromieniania, powodują obumarcie warstwy śródbłonka naczyniowego, dzięki czemu leczenie kardiochirurgiczne jest bardziej skuteczne.

Czasami promienie wykorzystywane są też w konsumpcji, przy konserwowaniu środków spożywczych. Mogą więc służyć człowiekowi w wieloraki sposób.

Wspomniana tu polska Noblistka, mająca do czynienia z promieniotwórczością, zmarła jednak z powodu ciężkiej choroby krwi, co wskazywano jako dowód szkodliwości promieniowania. Czy istotnie jest ono szkodliwe?

I tak i nie. Słowo promieniotwórczość brzmi groźnie i tajemniczo, ale z promieniowaniem mamy do czynienia na każdym kroku. Jest to tzw. promieniowanie naturalne pochodzące z kosmosu i do chwili obecnej jest niegroźne, gdyż jest bardzo niewielkie.

Początkowo w medycynie stosowano promienie, nie mając jednak żadnych podstaw teoretycznych do takiego działania. Wiedzę zdobywano praktycznie poprzez obserwację skutków promieniolecznictwa, które w wielu przypadkach prowadziły do tragicznych konsekwencji. Myślę tu o powikłaniach zwłaszcza w erze rentgenoterapii.

Działanie promieni rentgena polegało głównie na tym, że oprócz spowolnienia wzrostu tkanki nowotworowej wywoływało olbrzymie powikłania w postaci masywnych zbliznowaceń, zwłóknień, owrzodzeń i martwic. Te odległe objawy uboczne, związane z rentgenoterapią, na wiele lat zakorzeniły się w społeczeństwie, ale także w środowisku medycznym i spowodowały lęk przed promieniolecznictwem.

A jak jest obecnie?

Obecnie jest zupełnie inaczej. Stosuje się inny rodzaj promieni tzw. radioterapię megawoltową, nie powodującą już takich uszkodzeń popromiennych. Poza tym, istnieje olbrzymia wiedza radiobiologiczna, mówiąca o oddziaływaniu promieni na tkanki, a kilkudziesięcioletnia praktyka stosowania radioterapii na całym świecie spowodowała, że jest ona główną dziedziną onkologii. Uważa się, że ponad połowa chorych na nowotwór złośliwy wcześniej czy później będzie wymagała radioterapii.

Zgodnie z postępem rozwoju nauki, jest to już zupełnie inna radioterapia, oparta o wyrafinowane systemy komputerowe. W Centrum Onkologii w Warszawie dysponujemy bardzo nowoczesną aparaturą, a do jej obsługi zatrudniony jest znakomity zespół fizyków, inżynierów i techników. Urządzenia te są całkowicie bezpieczne. Dla każdego pacjenta dobierane są najlepsze promienie i konstruowany jest tzw. indywidualny plan leczenia. Chodzi o to, aby wybrane promienie docierały tylko do nowotworu, a maksymalnie omijały zdrowe tkanki i narządy, co w coraz większej liczbie przypadków pozwala na wyleczenie.

Oczywiście leczenie choroby nowotworowej w obecnych czasach polega najczęściej na kojarzeniu kilku metod, najczęściej chirurgii, chemio- i radioterapii. Na międzynarodowych konferencjach m.in. ASTRO (American Society for Therapeutic Radiology And Oncology) i ESTRO (European Society for Therapeutic Radiology and Oncology) – wspólnie wypracowywane są zasady postępowania medycznego, które następnie adaptowane są na grunt krajowy. Pozwala to na przestrzeganie światowych standardów radioterapii nowotworów złośliwych.

Jakie są tendencje rozwoju tej dziedziny lecznictwa?

Świat, w mojej ocenie, idzie w kierunku ciągłej poprawy precyzji i bezpieczeństwa leczenia. Oto jak rozumiem ów postęp: na konferencjach medycznych prezentowany jest obecnie pogląd, że promieniem powinno się trafić chora tkankę z dokładnością do około 1–2 mm nawet wtedy, jeśli dana tkanka jest ruchoma, np. przy oddychaniu. Tworzone są już takie urządzenia, które pozwalają na podążanie promieni zgodnie z ruchem fizjologicznym narządów. Są to duże wyzwania dla fizyków i radioterapeutów wymagające coraz to doskonalszej aparatury m.in. tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, służących do planowania napromieniania.

Czy w warszawskim Centrum Onkologii zauważalny jest podobny trend?

Wprowadziliśmy ostatnio bardzo precyzyjne systemy do indywidualnego planowania radioterapii. Współuczestnicząc aktywnie w międzynarodowych konferencjach jesteśmy na bieżąco we wszystkich nowoczesnych światowych osiągnięciach. Muszę podkreślić, że w porównaniu z tym, co było kilkanaście lat temu, jest to ogromna różnica i postęp. Gdyby zastosować porównanie z dziedziny motoryzacji, to można powiedzieć, że przed laty do naszych dyspozycji był maluch, a teraz jest mercedes.

Nowoczesna aparatura, którą posiadamy pozwala na realizację tych, czasami bardzo pracochłonnych, procedur. Stworzenie bezpiecznego planu radioterapii wymaga jednak dużego nakładu pracy wielu specjalistów. Stąd też czas oczekiwania na skonstruowanie tak żmudnego, ale bezpiecznego planu leczenia, spełniającego wszystkie międzynarodowe procedury, jest dłuższy niż przed kilkoma laty.

Ile kosztują takie zabiegi?

Zbudowanie zakładu radioterapii i wyposażenie to olbrzymi wydatek, ale w zasadzie jednorazowy. Koszty aparatury liczone są w milionach złotych. Uważa się jednak, że po przeliczeniu na liczbę leczonych chorych praz wiele lat, jest to jedna z najbardziej opłacalnych i skutecznych metod leczenia w onkologii. Cena każdego zabiegu zależy od pracochłonności procedury i wynosi od kilku do kilkunastu tysięcy złotych. Koszty te są refundowane przez NFZ.

Obecnie największym problemem jest brak wykształconych ludzi, gdyż część specjalistów wyjechała z kraju, a wielu młodych fizyków, informatyków i lekarzy nie chce podjąć tej trudnej i długotrwałej specjalizacji.

Dlaczego jest ona trudna?

Wymaga wysokich umiejętności, których zdobywanie, w przypadku lekarza radioterapeuty, wynosi 5 lat. Tyle trwa specjalizacja, a kolejne lata to ciężka praca; młodzież nie garnie się na nią po studiach medycznych. Lekarzy radioterapeutów nie ma zbyt wielu, podobnie brakuje lekarzy anatomopatologów oraz radiologów.

Warto tu zwrócić uwagę, że wielką różnicą jest wykształcenie lekarzy specjalistów obecnie i niegdyś. To, co było kiedyś tylko zamysłem terapeutycznym, teraz dzieje się w rzeczywistości.

W radioterapii proces postępu jest bardzo przyspieszony, tu szczególnie widoczne jest zjawisko unowocześniania urządzeń elektronicznych i informatycznych. Wymaga to ustawicznego kształcenia. Zespół ludzi, pracujących w procesie leczenia tą metodą jest imponujący. Mamy zespół fizyków, inżynierów, informatyków, techników i czuwających nad wszystkim lekarzy radioterapeutów. Wszyscy ci ludzie pracują w zakładzie radioterapii, żeby pomóc pacjentowi wyzdrowieć.

I trzeba przyznać, że pracują bardzo sumiennie i ofiarnie, a aparatura wykorzystywana jest prawie przez całą dobę. Jakie konkretnie zabiegi otrzymują tu pacjenci?

Są dwa rodzaje radioterapii stosowanej w Centrum Onkologii. Jedną jest teleradioterapia, o której zastosowaniu mówimy wówczas, gdy źródło promieniowania znajduje się w pewnej odległości od pacjenta. Drugą metodą jest brachyterapia, podczas której w chorą tkankę wprowadzane są promieniotwórcze izotopy. W Zakładzie Radioterapii stosowane są różne techniki konformalne, które należy tu wymienić, dla porządku, np. IMRT, z intensywną modulacją wiązki czy IGRT– radioterapia sterowana obrazowaniem lub np. stereotaksja czyli podawanie wysokich dawek celowanych na guz mózgu i wiele innych, w zależności od sytuacji klinicznej.

Nazewnictwo, podobnie jak procedury, jest bardzo specjalistyczne, zapytam więc jak laik, w jaki sposób diagnozowane są chore miejsca?

Chory zakwalifikowany do radioterapii powinien mieć już wykonane wszystkie badania diagnostyczne (między innymi: mammografię, USG, TK, MR, PET), które lokalizują tkankę nowotworową. Często też u chorych po operacjach na podstawie ich opisu i informacji od chirurga i histopatologa jesteśmy w stanie określić obszar tkanek wymagających napromienia. W tej fazie przygotowania pacjenta do radioterapii najlepiej widać, jak bardzo ciekawa jest ta dziedzina medycyny i jak niezbędna jest tu integracja różnych jej działów. W naszym Instytucie onkolodzy z większym stażem podzielili się specjalnościami. I tak jedni doskonalą się w leczeniu nowotworów przełyku, inni piersi, jeszcze inni – narządów rodnych. Wówczas łatwiej im współpracować z lekarzami innych specjalności. Sądzę, że przyszłość rozwoju tej dziedziny nauki będzie polegała właśnie na współpracy, która jest bardzo kreatywnym działaniem, w przeciwieństwie do zamknięcia się w jednej specjalności.

Przygotowaniom do radioterapii służy tomografia komputerowa, podczas której wykonuje się co kilka milimetrów przekroje poprzeczne chorego, w które następnie lekarz radioterapeuta wrysowuje obszar do napromieniania i obszar, który należy ochronić.

A jak wygląda liczba zachorowań i liczba pacjentów w Centrum, korzystających z radioterapii?

Zakład Radioterapii w Centrum Onkologii działa od 1984 roku. Jego organizatorem był profesor Andrzej Hliniak. Pierwsze 10 lat, to okres działalności ambulatoryjnej, bez bazy szpitalnej. W tym czasie liczba chorych wzrosła od 1000. do 3000. Dalszy wzrost liczby napromienianych chorych nastąpił po uruchomieniu Klinik Narządowych i olbrzymiej bazy łóżkowej w roku 1994. Obecnie Zakład Radioterapii na Ursynowie pod względem liczby aparatury terapeutycznej, personelu medycznego i napromienianych chorych jest największym w Polsce i należy do większych w Europie. W ubiegłym roku napromienianych było około 7000 chorych. Największą grupę stanowią panie po operacjach piersi i operacjach narządów moczowo-płciowych. Dużą grupę stanowią chorzy na nowotwory dróg oddechowych, prostaty, jelit i tzw. terenu głowy i szyi.

Liczba zachorowań w niektórych przypadkach nowotworów wzrasta, ale możliwości terapeutycznych nie wystarcza, w stosunku do liczebności populacji. W Warszawie np. są dwa ośrodki radioterapii, a w porównywalnej co do liczby ludności stolicy Austrii, w Wiedniu – cztery razy tyle.

Wiem, że zawsze chęć stworzenia kolejnego ośrodka radioterapii w Warsza-

wie zgłaszał szpital na Szaserów. Ale nawet gdyby taki ośrodek powstał, to nadal byłoby mało. Nasz Zakład Radioterapii jest olbrzymi, ale za mały, by sprostać wszystkim potrzebom. Aparatura musi być kontrolowana, a procedury przestrzegane, aby chory był dobrze i bezpiecznie leczony. Wydaje się, że narasta potrzeba rozwoju radioterapii na terenie Warszawy i zbudowania odpowiedniej organizacji pracy kolejnych ośrodków.

Obecnie mam odczucie, że przeznaczane są olbrzymie nakłady na rozpoznawanie i diagnostykę, zresztą słusznie, na przykład zwiększa się liczba badań mammograficznych, ale nie idą za tym wystarczające dalsze działania, służące szybkiemu leczeniu tych wcześnie rozpoznanych nowotworów. Pojawia się pytanie: co dalej?

Zadają je także pacjenci, którzy dzięki rozwiniętej diagnostyce dowiadują się podczas badań profilaktycznych o chorobie i zostają sami z tą dramatyczną informacją… Pacjent nie wie, co począć? Kto i gdzie będzie go leczył? Kiedy to nastąpi, skoro kolejka oczekujących jest duża?

Otóż to, zoperować się można w ośrodkach prywatnych czy państwowych, ale pojawia się problem jak dalej się leczyć, bo takich ośrodków radioterapii, jak nasz, jest niewiele. My pracujemy intensywnie, ale nie możemy wyjść poza granice bezpieczeństwa. Musimy powiedzieć: stop, więcej już nie przyjmiemy, nie mamy możliwości technicznych. I stąd może pojawić się wrażenie, że tu, w zakładzie radioterapii jest wąskie gardło.

Jako Centrum Onkologii, wychwytujemy wszystkie trudne przypadki, zwłaszcza te, których lekarze boją się leczyć w kraju. Z naszych usług korzystają więc także pacjenci spoza Mazowsza, którzy, z różnych powodów, nie mogą korzystać z pomocy w regionalnych ośrodkach onkologicznych, a takich jest w Polsce 17. Pojawiają się też chorzy z innych krajów, m.in. z terenu Unii Europejskiej, ale i Europy wschodniej, co w końcu związane jest z otwartymi granicami i migracją ludności.

Czasami, gdy widzę, że czas oczekiwania w naszym Zakładzie Radioterapii jest za długi, proponuję inne ośrodki, gdzie czas oczekiwania jest krótszy, ale najczęściej pacjentka w tym wypadku po operacji piersi decyduje się czekać, gdyż najczęściej zdaje sobie sprawę, że Centrum Onkologii zapewnia najlepszą kompleksową opiekę, mimo niejednokrotnie trudnych warunków, zwłaszcza gabinetowych.

Jeśli chodzi o raka piersi, to wyraźnie widać mniejszą liczbę przypadków z późnym zaawansowaniem, a więcej rozpoznawanych w fazie wczesnej. Wydaje się, że badania profilaktyczne i świadomość społeczna wpłynęły bardzo znacznie w ciągu ostatnich 10. lat na tę sytuację. Mimo poprawy, w ostatnich latach, dostępu chorych do radioterapii w naszym kraju, okazuje się, że rosnące potrzeby nadal stanowią o aktualności problemu.

Czym jest rak, widziany pod mikroskopem?

Z punktu widzenia histopatologii jest to wytwór nienormalnych, atypowych komórek, które mają tendencję do inwazji, są większe, mają podzielone jądra komórkowe, przerastają tzw. błonę podstawną tam, gdzie się szerzą. Histopatolog określa więc, że nowotwór ma tendencję do inwazji, jeśli komórki wymykają się spod kontroli tych mechanizmów obronnych, które są w danym organie.

Na przykład, gdy zmienia się w piersi nabłonek gruczołowy przewodu mlekowego, to powstaje rak przewodowy. Rak zrazikowy rozpoznawany jest wówczas, gdy zmienione są komórki tzw. zrazików gruczołowych w piersi, gdy wykazują one cechy inwazji i zaczynają już przechodzić przez błonę komórkową. Gdy histopatolog określi, że mają one dużą zdolność do rozplemu, to wiemy, że nowotwór jest bardzo złośliwy, gdy małą, jest mało złośliwy.

W nowotworach piersi, gdy już znamy wynik badania histopatologicznego, wówczas sprawdzamy, czy obecne są w niej receptory steroidowe i Her2, co pozwoli ustalić właściwe tzw. celowane leczenie, na przykład tamoksyfenem, trastuzumabem lub też przy zastosowaniu chemioterapii.

Leczenie każdego nowotworu oparte jest na międzynarodowych protokołach, jednakże ostateczna decyzja indywidualna podejmowana jest podczas wspólnego omawiania przypadku danej chorej w gronie specjalistów, które tworzą: chirurg, chemio- i radioterapeuta. Ostatecznie propozycję leczenia ustala się na spotkaniu lekarza prowadzącego z chorą.

Na koniec osobiste pytanie: jak to się stało, że wybrał pan taką dziedzinę medycyny?

Działałem w kole onkologicznym podczas studiów i tak to jakoś poszło... A mówiąc poważnie: na pewno moje zainteresowanie radioterapią jest szczególne, bo – jak powtarza mój brat – nie spotkał osoby, która całe życie pracuje w jednym miejscu, jak ja. Był to dobry wybór specjalności, połączonej z zawodową pasją.

Tu zdarza się bardzo dużo ciekawych przypadków. Stąd są „wypustki" do różnych dziedzin medycyny, co daje poczucie zawodowego rozwoju. Człowiek nie może znać się na wszystkim, w miarę praktyki lekarskiej następuje zawężenie i coraz większa specjalizacja, po to, by można było śledzić szczegóły, które w medycynie determinują wiele zjawisk. Ich znajomość jest bardzo ważna, tym ważniejsza, im wyższa jest specjalizacja.

Jestem w Centrum Onkologii od 1984 r., gdy otwarto Zakład Radioterapii. Zanim to nastąpiło prof. Tadeusz Koszarowski ówczesny dyrektor Instytutu Onkologii na Wawelskiej i twórca budowy Centrum Onkologii na Ursynowie, wezwał grupę lekarzy (m.in.: doc. A. Hliniak, doc. I. Hliniak, dr D. Gajl, dr M. Wasilewski, dr Cz. Leszczyk, dr. J. Fijuth, dr K. Bujko – obecny kierownik Zakładu Radioterapii i ja) i zapytał czy zechcemy przejść na Ursynów, co było oczywiście pytaniem retorycznym i zwrotem grzecznościowym. Zorganizowaliśmy cały Zakład Radioterapii, wspierała nas znakomicie w tym przedsięwzięciu profesor fizyki B. Gwiazdowska. Mieliśmy do dyspozycji 2 bomby kobaltowe, 3 akceleratory. Nawiązaliśmy kontakty naukowe z całym światem. W 1997 r. nastąpił jednak kryzys, aparatura się psuła, co bardzo martwiło wszystkich na czele z prof. Hliniakiem, kierującym naszym zespołem. Ale to minęło i teraz jest znacznie lepiej.

A jakie zalecenia dla pacjentów mógłby nam pan przekazać?

Przede wszystkim chcę zwrócić uwagę, że nowotworów genetycznych jak się wydaje jest niedużo, a większość zachorowań jest wynikiem ułomnego przyzwyczajenia do różnych nałogów…

Palenia...?

Tak, ono jest bardzo groźne, a niestety palą już dzieci, i to na całym świecie. Na szczęście moda na niepalenie obowiązuje już w wielu środowiskach i upowszechnia się, co może mieć tylko pozytywny wpływ na zdrowie.

Ponadto niebezpieczna jest zła dieta, tryb życia, stres. Nie ukrywajmy, to codzienność pracuje na nasze choroby. Dlatego mam dla państwa jedno, najważniejsze zalecenie, żeby cieszyć się życiem. Należy o nie dbać, ale bez przesady, cieszyć się, że trwa... I nie przywiązywać się zanadto. A ponadto nie martwić się, nie wpadać w niepokój, ot po prostu, co jakiś czas zrobić sobie przegląd, a codziennie ruszać się na świeżym powietrzu, spacerować, choćby tak jak moja koleżanka, która powiedziała, że na spacer jeździ samochodem…

…cóż, trudno przedrzeć się do parku przez miejskie korki. Dziękuję za rozmowę.

Chemioterapia i skóra

Ewa Maria Wanke – kosmetolog
wieloletni prezes Polskiego Stowarzyszenia Kosmetycznego

W czasie chemioterapii i naświetlań skóra twarzy i całego ciała bardzo się zmienia. Pocieszające jest to, że po zakończeniu terapii

zwykle wraca do normy. Ale żeby po chorobie wyglądać ładniej i młodziej potrzebna jest właściwa pielęgnacja. Wysuszona, nadwrażliwa skóra stanowi dodatkowy kłopot podczas terapii, którego można uniknąć. Dużo nieporozumień wynika z przeświadczenia, ze nawilżanie skóry polega na dostarczaniu jej wody z zewnątrz. Samo spryskiwanie skóry mgiełką wody w aerozolu może najwyżej ją odświeżyć, ale nie nawilżyć. Zdrowa skóra, dzięki obecności tzw. płaszcza lipidowego na jej powierzchni, ma doskonałe zdolności zatrzymywania wody. Płaszcz lipidowy składa się z tłustej wydzieliny gruczołów łojowych i potowych, których funkcje, podczas kuracji antynowotworowej, są zakłócone działaniem rożnych leków. Wówczas parowanie wody z głębszych warstw skóry jest bardziej intensywne i prowadzi do nadmiernego jej wysuszenia. Nic tu nie pomoże moczenie się w wannie i spryskiwanie wodą. Należy stosować kosmetyki, które mają zdolności zatrzymywania wody w skórze, uszczelniania struktur międzykomórkowych, wiązania wody ze środowiska. Nad takimi kosmetykami pracują liczne laboratoria na świecie i ogromne rzesze kosmetologów, lekarzy i chemików. Najczęściej stosowanym i podstawowym zabiegiem pielęgnowania skóry jest mycie jej mydłem, przy czym sukces zależy od prawidłowego posługiwania się tym kosmetykiem. Większość kłopotów ze skórą spowodowana jest nie samym myciem, tylko drażniącym działaniem mydeł. Powierzchnia skóry ma odczyn kwaśny, mydła mają odczyn zasadowy, dzięki czemu mogą się pienić i usuwać brud, ale też niszczą płaszcz lipidowy. Zdrowa skóra ma dużą zdolność regeneracji i już po kilku godzinach po myciu mydłem powraca do normy. Skóra pod wpływem leków, nie ma takich zdolności, dlatego bezpieczniej jest używać specjalnych środków do mycia, tzw. detergentów syntetycznych. Nie niszczą kwasowości skóry i nie pozbawiają jej naturalnej ochrony. Ponieważ słowo „detergent" kojarzy się na ogół ze żrącym proszkiem do prania, nikt nie kupił by kosmetyku o nazwie „detergent do mycia", wymyślono więc dla tego wspaniałego kosmetyku nazwę „Syndet". Jeśli na opakowaniu kosmetyku do mycia widnieje napis, że jego pH jest neutralne, czyli lekko kwasowe, to oznacza, że kosmetyk jest obojętny dla skóry i nie powoduje niszczenia płaszcza lipidowego. Można też zastąpić mydło naturalnymi produktami. Otręby pszenne dodane do kąpieli usuwają zanieczyszczenia i mają działanie lecznicze. Do woreczka z gazy należy wsypać garść otrąb, zamknąć szczelnie i powiesić na kranie tak, aby lejąca się woda obmywała woreczek. Można tez po prostu wrzucić go do wanny z gorącą wodą, a temperaturę wyrównać po kilku minutach. Podobne działanie mają płatki owsiane, ryżowe i niektóre zioła. Kąpiel z dodatkiem oliwy lub gliceryny, choć mniej przyjemna, doskonale wygładza suchą, łuszczącą się skórę. Podczas naświetlań kąpiel w wannie nie jest wskazana. Lepszy jest szybki prysznic, ewentualnie przemycie tylko zdrowych miejsc na ciele gąbką umoczoną w wodzie z wywarem z otrąb przygotowanych tak, jak pisałam wyżej lub ze specjalnymi Syndetami. Zwykle można je kupić w każdej aptece, wystarczy spytać sprzedawcę. W aptekach można również zamówić wodę wapienną z olejem lnianym do mycia skóry twarzy. Potrzebna jest na nią recepta lekarza dermatologa. Warto wybrać się do dermatologa po taką receptę, bo jej realizacja kosztuje bardzo niewiele Woda wapienna używana do mycia twarzy nie powoduje wysuszenia skóry, lekko ją natłuszcza i zmiękcza. Polecam ją szczególnie wówczas, gdy na skórze wystąpiło już podrażnienie bądź rumień.

Po umyciu ciała i twarzy należy natłuścić i odżywić skórę kremem przeznaczonym do pielęgnacji skóry nadwrażliwej, tzw. dermokosmetykiem. Dermokosmetyki powstają w laboratoriach przy współpracy lekarzy, chemików i kosmetologów w sterylnych warunkach. Nie zawierają składników drażniących, zapachowych, które występując w innych kosmetykach mogą podrażniać skórę. Zawierają natomiast substancje przeciwzapalne, łagodzące, nawilżające, odpowiedzialne za dobrą tolerancję. Nie ma jednak kosmetyku, który z pewnością nie wywoła swędzenia, zaczerwienienia, drobnych krostek. Szczególnie wtedy, gdy skóra jest wyjałowiona, pozbawiona naturalnej osłony. W kosmetyku znajduje się zwykle kilkanaście różnych składników i każdy z nich może wywołać reakcję alergiczną. Nie znaczy to jednak, że krem nie jest dobry. Położony bezpośrednio na skórę po jej umyciu, może wywołać uczucie podrażnienia, lekkiego pieczenia. Ten sam krem nałożony na skórę po upływie godziny, kiedy już naturalne pH wróci do normy, będzie lepiej tolerowany. Podobną rolę spełnia tonik do twarzy, który zastosowany po umyciu przywraca jej naturalne pH. Tonik powinien być przeznaczony do skóry suchej i wrażliwej. Dermokosmetyki służące do mycia mają zwykle odpowiednią kwasowość i rzadko wywołują podrażnienia. Panuje przekonanie, że konserwanty zawarte w kosmetykach są przyczyną problemów. Trudno jednak sobie wyobrazić współczesny kosmetyk bez konserwantów. Kremy całkowicie ich pozbawione miałyby kilkudniowy termin ważności, ponieważ ze względu na swój skład, stanowią doskonałą pożywkę dla wszelkiego rodzaju grzybów i drobnoustrojów. Ilość środków konserwujących w dermokosmetykach została ściśle określona przez instytucje zajmujące się tym problemem, aby nie stanowiły zagrożenia .

Domowe sposoby pielęgnacji skóry mają swoich zwolenników i samodzielne zrobienie kremu nie jest skomplikowane. Trzeba jednak pamiętać, że trwałość takich kosmetyków to tylko kilka dni, po tym czasie mogą w nich zachodzić procesy rozkładu, które są szkodliwe dla skóry. Lepiej więc zaufać fachowcom i używać do pielęgnacji dermokosmetyków, które mają w swoim składzie substancje naprawiające uszkodzenia skóry powstałe podczas terapii. W doborze odpowiedniego dermokosmetyku pomocna może być kosmetyczka lub lekarz dermatolog. Nie trzeba sugerować się przy kupnie kosmetyku jego ceną, bo nie zawsze świadczy ona o jakości. Kosmetyki krajowej produkcji są zwykle tańsze od zagranicznych z różnych marketingowych powodów.

Jeszcze słów kilka na temat włosów. W czasie chemioterapii niestety wypadają. Mniej lub więcej, ale chemia bardzo osłabia cebulki włosowe. Nie niszczy ich zupełnie, więc po skończonej kuracji znowu odrastają. Żeby nowe włosy były mocne i zdrowe należy wzmocnić cebulki włosowe, pomóc im w odpoczynku podczas leczenia. Najlepszą, sprawdzoną metodą jest ogolenie skóry głowy, gdy tylko zacznie się pierwsze wypadanie włosów. Po zakończeniu chemioterapii, pierwsze włoski odrastają już po upływie miesiąca. Są delikatne, miękkie niczym u dziecka. Te włoski również należy zgolić. Zdaję sobie sprawę, że jest to bardzo trudne i wymaga odwagi, gdyż po tak długim czasie patrzenia w lustro na gołą skórę głowy, ten ciemny meszek bardzo cieszy. Niestety także on skazany jest na wypadnięcie. Pozostawienie go opóźnia tylko porost włosów właściwych, które tylko czekają, aż on się wykruszy. Po zgoleniu owego meszku, długo oczekiwane włosy wyrastają już po upływie tygodnia.

Czy nadal obowiązują mnie zasady profilaktyki przeciwobrzękowej?

mgr Krystyna Puto, rehabilitantka – Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii w Warszawie

Pytanie takie zadają pacjentki po leczeniu raka piersi, mówiąc: jestem już przecież 2, 3, 5 czy10 lat po operacji, więc nie ma takiej potrzeby!

Obrzęk limfatyczny jest najczęstszym późnym powikłaniem u chorych leczonych z powodu raka piersi. Częstość występowania waha się w granicach 30% - 50% i uzależniona jest od metody leczenia tj. rodzaju operacji i leczenia uzupełniającego, ale także czynników zewnętrznych, w tym postępowania pacjentki.

Zgodnie z zasadą: lepiej zapobiegać niż leczyć (a leczenie obrzęku jest procesem długotrwałym, uciążliwym i przynoszącym niezbyt zadowalające efekty), bardziej korzystne, bez względu na czas, który upłynął od operacji, jest stałe prowadzenie profilaktyki przeciwobrzękowej. Żeby w pełni zrozumieć, dlaczego obrzęk limfatyczny może (nie musi) powstać również wiele lat po operacji, trzeba sobie uświadomić, jaki jest mechanizm jego występowania.

W czasie operacji zostają usunięte węzły chłonne dołu pachowego po stronie operowanej piersi. Powoduje to niewydolność układu chłonnego, czyli utrudnienie w odpływie limfy z kończyny strony operowanej. Może to doprowadzić do stopniowego gromadzenia się chłonki, w rezultacie do obrzęku. Często spotykamy się z pytaniami, dlaczego obrzęk może powstać dopiero kilka lat po operacji? Z upływem kolejnych lat życia zmniejsza się wydolność naszego organizmu. Dotyczy to wszystkich układów, nie tylko chłonnego, ale krążenia, oddechowego, czy kostno-stawowego, a organizm to przecież jedna całość. Utrudnienia w prawidłowym funkcjonowaniu, które mógł wyrównać wcześniej, nie zawsze potrafi skompensować po kilku, czy kilkunastu latach.

Pamiętaj, że stosując ustalone i sprawdzone zasady profilaktyki, można uniknąć, lub w znacznym stopniu zmniejszyć, wielkość powstającego obrzęku. A jak to zrobić?

1. Przede wszystkim pomagamy chłonce w odpływie z kończyny strony operowanej, wykorzystując siłę ciężkości:
- **co jakiś czas rękę unosimy, rozluźniamy, idąc ulicą można „pozdrowić" znajomego, poprawić włosy czy apaszkę,**
- **oglądając telewizję czy czytając książkę, rękę opieramy na klinie, oparciu fotela, kanapy, itp.,**
- **w czasie snu (ważne: na plecach lub zdrowym boku) do podparcia wykorzystujemy klin, a w czasie podróży można użyć poduszki, wałka bądź zwiniętego koca. Istotne jest, by ręka po stronie operowanej była uniesiona, oparta i rozluźniona.**

2. Wspomagamy tzw. pompę mięśniową:
- **jednym z fizjologicznych mechanizmów przesuwających chłonkę, jest praca mięśni: ich skurcz powoduje jej przepływ w kierunku ujścia (specjalne zastawki wymuszają jeden kierunek ruchu),**
- **wykonujemy różne ruchy w poszczególnych stawach: zginanie i prostowanie palców, ruchy okrężne w nadgarstku, zginanie łokcia czy ruchy ramienia, najlepiej w pozycji ręki uniesionej.**

3. Wspomagamy przepływ chłonki, systematycznie wykonując automasaż, dwa razy dziennie (rano i wieczorem).

W trakcie automasażu kończyna jest uniesiona, oparta o ścianę lub na klinie i rozluźniona. Pamiętajmy, aby każdy ruch masażu rozpoczynać najpierw od łokcia, później od nadgarstka, powtarzając po trzy razy z każdej strony, kończąc na sąsiednich węzłach chłonnych, czyli na łopatce, na biodrze i przy pasze zdrowej kończyny.

Nie „przeszkadzamy" chłonce w odpływie z kończyny:

1. Nie uciskamy ręki, gdyż to powoduje pogorszenie przepływu chłonki:
- **nie nosimy na niej obcisłych rękawów, bransoletek a jeśli zegarek, to luźno zapięty,**
- **nie mierzymy na niej ciśnienia, a jeśli taka konieczność zachodzi (leczenie obustronne) robimy to aparatem nadgarstkowym,**
- **staramy się nie dopuścić do przerwania ciągłości naskórka (możliwości zanieczyszczenia i dalej stanów zapalnych),**
- **nie wykonujemy na niej zastrzyków, szczepień, nie pobieramy krwi, a jeśli zachodzi taka konieczność (leczenie obustronne) wykorzystujemy okolice nadgarstka,**
- **unikamy urazów w postaci ukąszenia przez owady, ukłucia, skaleczenia czy oparzenia, a jeśli do tego dojdzie, dezynfekujemy ogólnie dostępnymi środkami i zaklejamy plastrem z opatrunkiem.**

2. Nie należy przeciążać kończyny długotrwałą pracą fizyczną:
- **dłuższą, nawet lekką pracę przerywamy, rozluźniając rękę,**
- **nie nosimy w niej ciężarów, wykorzystując ją do pomocy, a jeśli to możliwe lepiej ciężar podzielić, żeby zdrowa ręka nie zareagowała bólem,**
- **prace domowe, jak pranie, prasowanie czy sprzątanie organizujemy tak, żeby móc je wykonywać etapami, w krótszym czasie,**
- **unikamy pracy tzw. izometrycznej, czyli napięcia bez zmiany długości mięśni np. (wykręcanie po praniu, odkręcanie słoika typu twist, trzymanie się uchwytu w autobusie czy tramwaju)**
- **w czasie długotrwałego prowadzenia samochodu staramy się zrobić przerwę, a krótki postój np. na światłach, wykorzystujemy na rozluźnienie ręki,**

3. Unikamy szarpnięć ręki strony operowanej (smycz psa, czy uchwyt w środkach lokomocji trzymamy zawsze zdrową kończyną).

4. Unikamy przegrzewania kończyny (solarium, gorące kąpiele, maści rozgrzewające czy przebywanie w otwartym słońcu, w godzinach największego nasłonecznienia).

5. Unikamy przyrostu wagi, gdyż otyłość sprzyja powstawaniu obrzęku.

6. Nosimy dobrze dobraną protezę i odpowiednią, nie uciskającą bieliznę.

Po zapoznaniu się z zasadami profilaktyki przeciwobrzękowej pamiętajmy, że najważniejszy jest umiar i rozsądek. Wiedząc, czego należy unikać, wszystkie czynności codzienne można zorganizować tak, by nie dopuścić do sytuacji niekorzystnych dla kończyny. Czynny tryb życia, gimnastyka, pływanie z jednej strony a pogoda ducha, życzliwość uśmiech z drugiej, zapewnią dobre samopoczucie, zdrowie i sprawność.

Nordic Walking - „magiczny” spacer po zdrowie

Trener Piotr Kowalski

Świat współczesny staje przed największym wyzwaniem w kwestii ochrony zdrowia, a zwłaszcza profilaktyki prozdrowotnej. Starzenie się coraz bardziej populacji, któremu towarzyszy pogorszenie poziomu aktywności fizycznej, stwarza problemy powszechnego podupadania na zdrowiu o rozmiarach epidemicznych.

Istnieje pięć powodów unikania aktywności fizycznej (wg American College of Sports Medicine):

- **Dyskomfort związany z wysiłkiem fizycznym**
- **Udogodnienia i modernizacja (np. samochody, windy, TV)**
- **Siedząca rekreacja (np. oglądanie TV lub surfowanie po Internecie)**
- **Choroby (np. nadciśnienie, cukrzyca oraz choroby serca)**
- **Kontuzje i urazy (np. naciągnięcie mięśni)**

Współczesny człowiek nie jest zmuszany do zbyt dużego wysiłku, jeśli chodzi o normalną, typową aktywność dnia codziennego. Zatem wszechobecny brak naturalnej aktywności fizycznej znajduje odzwierciedlenie w stale pogarszającym się stanie zdrowia i wyglądzie ludzkiego ciała, zwłaszcza, jeśli chodzi o coraz większą masę, wagę oraz poziom sprawności fizycznej i wytrzymałości.

Być może postępy w medycynie sprawią, że będziemy żyć dłużej, ale czy to dłuższe życie sprawi nam radość, jeżeli będziemy permanentnie chorzy z powodu zaniechania aktywności ruchowej i złych nawyków żywieniowych? Innymi słowy, na pewno nie będziemy mogli radować się z naszej długowieczności. Ludzie muszą poruszać się za pomocą swoich mięśni, mieć sprawny układ krążenia i mocne serce oraz zdrowe i pojemne płuca, a brak odpowiedniego i regularnego treningu powoduje, że osłabiamy ich kondycję. Czy jest, zatem możliwe, aby jednocześnie uzyskać ożywienie umysłu, poprawę nastroju, wytrzymałości, sprawności mięśni? To wszystko dostarczy nam na pewno Nordic Pole Walking czyli marsz po zdrowie, polegający na odpychaniu się od podłoża za pomocą specjalnie zaprojektowanych kijków wykonanych optymalnie z materiałów kompozytowych (włókna szklanego i węglowego w różnych proporcjach w zależności od rodzaju kijka i jego przeznaczenia) lub aluminiowych. Kijki posiadają unikalny system przypinania rąk do rękojeści, który umożliwia wykonywanie poprawnej techniki marszu.

Produkt o nazwie Nordic Walking został wypuszczony na rynek międzynarodowy w 1997 roku. Obecnie uprawia tę formę rekreacji ruchowej ponad 8 milionów ludzi na całym świecie!

Ten „magiczny” spacer po zdrowie śladem Finów, pionierów Nordic Pole Walking, łączy w sobie to wszystko, co najważniejsze w promowaniu zdrowia i szeroko rozumianej profilaktyki, a mianowicie wzmacnia układ sercowo-naczyniowy, zwiększa saturację krwi, obniża ciśnienie spoczynkowe, angażuje duże grupy mięśni całego ciała, uruchamia górny odcinek kręgosłupa i rozluźnia napięcia okolic szyjno-barkowych. Oprócz tego odciąża stawy i spala duże ilości kalorii w zależności od intensywności wbijania kijków, a przy tym jest stosunkowo niedrogi i łatwy w opanowaniu na poziomie podstawowym, choć dobre opanowanie Nordic Walking wcale nie jest łatwe i wymaga fachowego instruktażu, aby w pełni odnosić korzyści zdrowotne i nie wyrządzić sobie krzywdy. Jeśli do tego dodamy niezaprzeczalne walory towarzyskie podczas treningu w grupie, zalety ćwiczeń na świeżym powietrzu w bezpośrednim kontakcie z naturą podczas długich „uporządkowanych” marszów z wyprostowaną biomechanicznie sylwetką (dzięki prawidłowemu wykorzystywaniu kijków i uprzednio opanowanej pod okiem instruktora technice), to uzyskujemy skuteczny sposób na całoroczny trening prozdrowotny możliwy do odbycia w dowolnym terenie, nawet bezpośrednio w miejscu zamieszkania, bez konieczności poszukiwania centrów fitness, specjalistycznych klubów itp.

Podczas spacerów z kijkami, bezpośrednio odczuwalny wysiłek i związane z nim zmęczenie są prawie niezauważalne, choć w istocie serce bije w pożądanym rytmie treningowym (najlepiej kontrolowanym przez specjalny pulsometr), a umiarkowana intensywność umożliwia swobodne konwersacje bez zadyszki. Nie jest to bez znaczenia dla osób otyłych, pacjentów kardiologicznych, ortopedycznych i ludzi w podeszłym wieku. Można iść wolno, ale intensywnie pracować kończynami górnymi, zwiększając w ten sposób intensywność wysiłku i nadal skutecznie „pożerając” kalorie.

Nordic Pole Walking jest nie tylko przykładem idealnej aktywności prozdrowotnej, to przede wszystkim znakomity trening wytrzymałości, przynoszący korzyści już podczas niskiej intensywności marszu. Efekty zdrowotne, widoczne już po kilku treningach, obejmują:

- **Poprawę kondycji (sprawności tlenowej)**
- **Wzrost wydajności układu krążenia w zaopatrywaniu mięśni i organów w tlen**
- **Poprawę wydajności pracy serca i płuc**
- **Poprawę wydajności mięśni i lepsze wykorzystanie tlenu do produkcji ATP**
- **Obniżenie ciśnienia spoczynkowego krwi**
- **Poprawę tolerancji glukozy i redukcję na zapotrzebowanie insuliny**
- **Zwiększenie poziomu dobrego cholesterolu, LDL i obniżenie HDL**
- **Obniżenie poziomu tkanki tłuszczowej i ciężaru ciała**
- **Wzrost masy i rzeźby mięśniowej**
- **Zwiększenie codziennej aktywności ruchowej**

Nordic Pole Walking można uprawiać na 3. poziomach zaawansowania, zdrowotnym, fitness i sportowym. Każda osoba może dopasować sobie technikę i intensywność do swoich możliwości ruchowych, wyjściowego poziomu kondycji, wagi ciała i innych ograniczeń, wynikających z aktualnego stanu zdrowia. Nie bez znaczenia jest rodzaj sprzętu, czyli para kijków; te najwyższej, jakości, są tak skonstruowane, aby mogły je używać osoby o zróżnicowanych parametrach wagowych i wzrostowych, a więc i w różnym wieku.

Osoby w podeszłym wieku docenią bezpieczne dwa dodatkowe punkty podparcia, oraz skuteczne odciążenie stawów już podczas wolnego (ale jakże efektywnego) marszu zwłaszcza w terenie trudnym i śliskim, faktyczne korygowanie sylwetki (przy prawidłowo dobranych kijkach) oraz atrakcyjność związaną z uprawiania modnej, nowoczesnej i „kolorowej” aktywności fizycznej, co na pewno zwiększy ich motywację do trenowania Nordic Pole Walking na rzecz innych mniej dla nich odpowiednich. Osoby w średnim wieku będą się mogły szybko pozbyć nadwagi i w bezpieczny sposób powrócić do dawnej sprawności fizycznej, a młodzi i sprawni fizycznie entuzjaści solidnego wysiłku znajdą dla siebie wiele wyzwań związanych z treningiem na poziomie fitness i sportowym, wymagającym żelaznej kondycji. Dzieci i młodzież szkolna, jako najmłodsi adepci Nordic Walking, dzięki regularnym spacerom, ćwiczeniom gimnastycznym i zabawom z kijkami wyrobią w sobie prawidłową postawę podczas marszu, wzmocnią aparat kostno-stawowy, zyskają kondycję w mniej inwazyjny dla stawów sposób w porównaniu z tradycyjnym i nielubianym bieganiem i skakaniu podczas zajęć WF, a przede wszystkim nabędą zdrowych nawyków ruchowych na całe życie.

Zastosowanie kijków, jako dodatkowych przyborów uzupełniających program treningowy, polegający na energicznym marszu, spowodowało zwiększenie obciążenia układów krążenia i oddechowego i wzrost wydatku energetycznego, bez odczuwania większego wysiłku fizycznego. Ponadto, kijki powodują zaangażowanie dużych grup mięśniowych górnej połowy ciała oraz mięśni prostowników ramion. Te oczywiste korzyści, wynikające z regularnego uprawiania Nordic Walking, znajdują swoje zastosowanie zarówno w profilaktyce prozdrowotnej jak i w rehabilitacji ruchowej pacjentów ortopedycznych, kardiologicznych, z otyłością, cukrzycą, osteoporozą a także, na podstawie wielu badań naukowych, w grupie pacjentek onkologicznych, zwłaszcza po operacji częściowej lub radykalnej mastektomii.

Kobiety Amazonki, uprawiając Nordic Walking, i stosując je jako urozmaicenie swojego programu rehabilitacji ruchowej mogą z pewnością oczekiwać dużo wyraźniejszego zwiększenia się zakresu ruchu w stawie barkowym po stronie operowanej, zwiększenia wytrzymałości i siły mięśniowej górnej połowy ciała w porównaniu z osobami stosującymi tradycyjne formy fizjoterapii. Poniżej, streszczenie badania naukowego, przeprowadzonego przez grupę naukowców (Lisa K. Sprod, Scott N. Drum, Ann T. Bentz, Susan D. Carter, Carole M. Schneider) z Rocky Mountain Cancer Rehabilitation Institute, zatytułowanej „The Effects of Walking Poles on Shoulder Function in Breast Cancer Survivors" („Wpływ stosowania kijków Nordic Walking na funkcjonowanie stawu barkowego u kobiet po leczeniu raka piersi").

Leczenie nowotworu piersi często powoduje upośledzenie funkcji stawu barkowego, zwłaszcza ograniczenie zakresu ruchu oraz obniżenie sprawności mięśniowej, co może doprowadzić do obniżenia jakości życia. Celem tej pracy było określenie wpływu uprawiania Nordic Pole Walking na funkcjonowanie barku u kobiet po leczeniu raka piersi. Wcześniej pacjentki były leczone za pomocą jednej lub kombinacji następujących metod: mastektomia, terapia oszczędzająca, usunięcie węzłów chłonnych, chemioterapia lub radioterapia. Przydzielono je losowo do 2. grup, badawczej (6 osób) i kontrolnej (6 osób), i odbywały treningi pod okiem specjalisty rehabilitanta 2 razy w tygodniu, przez okres 8 tygodni. Grupa badawcza stosowała trening Nordic Walking, który był częścią treningu wytrzymałości tlenowej i trwał 20 minut, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej, która trening aerobiczny wykonywała bez kijków. Obie grupy brały udział w takim samym treningu oporowym. Testowanie odbyło się przed i po interwencji treningiem, w celu określenia wytrzymałości mięśniowej w górnej połowie ciała oraz zakresu ruchu w stawie barkowym. Wielokrotnie powtarzane pomiary i ich analiza wykazały znaczącą poprawę wytrzymałości mięśniowej mierzonej wyciskaniem na ławeczce (mięśnie klatki piersiowej), ściąganiem w dół drążka z obciążeniem (mięśnie grzbietu i naramienne) w grupie badawczej. Żadnej poprawy nie zaobserwowano w tym zakresie w grupie kontrolnej.

Wiele kobiet po leczeniu raka piersi, cierpi na ograniczenia ruchowe i obniżoną wytrzymałość mięśni górnej połowy ciała po leczeniu uzupełniającym. Upośledzenie barku, które utrudnia pozornie proste czynności, takie jak zdejmowanie rzeczy z półki, albo sięganie po nie z góry, często powoduje obniżenie jakości życia codziennego. Zatem, znalezienie takiej formy rehabilitacji, która usprawni funkcjonowanie barku jest sprawą najwyższej wagi dla kobiet z grupy Amazonek

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują, że uprawianie Nordic Pole Walking przez okres 8. tygodni znacząco poprawiło wytrzymałość mięśniową górnej połowy ciała, co w oczywisty sposób jest korzystne dla Amazonek, ułatwiając im wykonywanie codziennych czynności i odzyskanie przez nie samodzielności w życiu.

Kijki do chodzenia można łatwo stosować w różnorodnych sytuacjach, zwiększają one stabilność podczas marszu u osób, które potrzebują dodatkowego punktu podparcia, zwiększają wreszcie intensywność chodu. Uprawianie Nordic Pole Walking w szczególności przez Amazonki, jest bardziej korzystne niż stosowanie samego treningu aerobicznego i oporowego, gdyż wyraźnie poprawia sprawność barku. Wydaje się wielce prawdopodobne, że największe korzyści i najszybsze efekty w usprawnieniu wszystkich funkcji stawu barkowego przyniesie zastosowanie treningu Nordic Pole Walking w rehabilitacji tuż po zakończeniu leczenia. Kijki do chodzenia mogą być wygodnym i niedrogim dodatkiem do rehabilitacji z dalekosiężnymi pozytywnymi efektami.

www.walker.pl
www.nordicwalk.pl

Owoce i warzywa a choroby cywilizacyjne

dr n. med. Agnieszka Jarosz, Instytut Żywności i Żywienia

Jak podają liczne źródła, pierwszym pokarmem człowieka były najprawdopodobniej rośliny, a zwłaszcza - rzucające się w oczy - kolorowe i smakowite owoce. Około 8 000 lat temu zaczęto pierwsze uprawy, zadawalając się tylko tym, co podsuwała nam przyroda.

W dzisiejszych czasach dla większości społeczeństwa synonimem dobrego odżywiania są produkty mięsne, wędliny, tłuszcz albo ciasta, nie zaś owoce czy warzywa. Przeciętny Polak zjada rocznie około 50 kg owoców. W porównaniu z przeciętnym Hiszpanem, spożywającym ich około 120 kg rocznie, ta ilość, którą my spożywamy wydaje się niewielka. Nawet nasi zachodni sąsiedzi wypadają od nas lepiej, bo statystyczny Niemiec zjada przeciętnie około 115 kg owoców w ciągu roku. Według Światowej Organizacji Zdrowia owoce i warzywa powinno się jadać przynajmniej 5 razy dziennie, czyli do każdego posiłku. Dostarczają one szeregu ważnych składników takich jak: witamina C, beta-karoten, witaminy z grupy B, PP oraz wielu składników mineralnych: potasu, cynku, selenu. Kolejnym atutem owoców i warzyw jest obecność w nich błonnika pokarmowego.

W obliczu rosnącej liczby zachorowań na tzw. choroby cywilizacyjne rośnie zainteresowanie produktami pożądanymi dla ciała i ducha. Jednym ze skutków niewłaściwej diety jest wzmożona produkcja wolnych rodników – współodpowiedzialnych za powstawanie nowotworów, miażdżycy oraz procesów starzenia się. Uaktywnienie wolnych rodników powstaje pod wpływem nieprawidłowego odżywiania. Organizm broni się przed wolnymi rodnikami, produkując związki chemiczne, zwane antyoksydantami, które unieszkodliwiają i usuwają je z organizmu. Utrzymując równowagę tych związków, zachowujemy zdrowie.

Antyoksydantami są niektóre niezbędne składniki pożywienia. Należy do nich m. in. witamina A, beta-karoten i inne karotenoidy. Retinol (witamina A) występuje w produktach pochodzenia zwierzęcego (wątroba, żółtko, mleko), a także jako prowitamina A - zwana beta-karotenem, występuje w produktach roślinnych, w ciemnozielonych warzywach liściastych oraz w żółtych i pomarańczowych warzywach i owocach. Korzystniejszym źródłem witaminy A są produkty roślinne dostarczające beta-karotenu, takie jak: marchew, dynia, papryka, pomidory, kapusta, liście rzepy, brokuły, morele, brzoskwinie. W przeciwieństwie do masła i margaryny nie dostarczają dużej ilości tłuszczu, a także nie zawierają cholesterolu, w przeciwieństwie do żółtka i wątroby.

Kolejnym antyoksydantem jest witamina E, która korzystnie oddziałuje na procesy miażdżycowe, a tym samym choroby sercowo-naczyniowe. Obecna jest głównie w olejach, maśle, płatkach owsianych i soi. Zalety witaminy C – następnego istotnego antyoksydantu - są powszechnie znane. Jest to, bowiem najczęściej stosowany środek w leczeniu wszelkich przeziębień i infekcji układu oddechowego. Większość zwierząt, oprócz małp i świnek morskich, posiada zdolność syntetyzowania witaminy C przez organizm. Jak się okazuje również człowiek nie ma zdolności syntetyzowania tej witaminy. W związku z tym musi ją dostarczać organizmowi codziennie wraz z pożywieniem. Najlepszymi źródłami witaminy C są: natka pietruszki, papryka czerwona, brukselka, brokuły, szpinak, kapusta włoska, kapusta biała, a także owoce: czarna porzeczka, cytryna i pomarańcza.

Kluczowe znaczenie dla zdrowia, obok witamin, posiadają składniki mineralne, chociaż z pożywieniem przyjmowane są w małych ilościach. Wpływają one na procesy przemiany materii, wchodzą w skład niektórych enzymów i mają duży wpływ na układ odpornościowy organizmu, ale także neutralizują wolne rodniki. Spośród składników mineralnych warto zwrócić uwagę na cynk, selen i miedź. W ostatnich latach dużo mówi się o roli cynku, który korzystnie wpływa na ilość przeciwciał, a także hamuje wzrost bakterii chorobotwórczych. Dobrym źródłem są takie produkty jak: owoce cytrusowe (cytryny, pomarańcze, mandarynki), morele, brzoskwinie, chude mięso, drób, ryby, owoce morza oraz produkty zbożowe z mąki pełnoziarnistej i otręby pszenne. Podobne korzystne działanie przypisuje się selenowi. Możemy go znaleźć w roślinach strączkowych, produktach zbożowych, cytrusach, awokado, mięsie, rybach i produktach mlecznych. Działanie antyoksydacyjne przypisuje się również miedzi. Jest ona obecna w rybach, mięsie, orzechach, warzywach i owocach. Zawierają ją truskawki, morele, porzeczki, cytryny.

Inną grupą korzystnych dla zdrowia związków, które występują w warzywach i owocach są bioflawonoidy. One także wykazują działanie antyoksydacyjne. Przeciwdziałają szybkiemu rozkładowi witaminy C w organizmie, wzmacniając tym samym działanie skierowane przeciwko wolnym rodnikom. Zarówno wymienione witaminy, składniki mineralne, jak i bioflawonoidy mają istotny wpływ na hamowanie procesów nowotworowych oraz rozwój miażdżycy, ale również hamują procesy starzenia się organizmu.

Innym problemem współczesnej cywilizacji jest otyłość. Podstawą leczenia otyłości jest uzyskanie ujemnego bilansu energetycznego, co wiąże się ze zmniejszeniem ilości przyjmowanego pożywienia oraz zwiększeniem aktywności fizycznej. Leczenie dietetyczne musi być bezpieczne, tzn. musi pokrywać zapotrzebowanie na wszystkie niezbędne składniki pokarmowe. Dieta wymaga pewnych wyrzeczeń.

Jednak jej podstawą jest urozmaicenie, czyli wykorzystywanie wszystkich grup produktów: zbożowych, warzyw i owoców, produktów mlecznych i tych dostarczających pełnowartościowego białka. Jak się okazuje nadmiar kalorii w diecie sprzyja powstawaniu wolnych rodników. Zwłaszcza wszelkie nadmiary tłuszczów nasyconych, czyli tłuszczów pochodzenia zwierzęcego w formie pokarmu wysokoenergetycznego, są ze wszech miar niekorzystne. Wykazano, że restrykcje kaloryczne powodują hamowanie produkcji wolnych rodników wewnątrz organizmu i zapobiegają powstawaniu niekorzystnych zmian (miażdżycy, nowotworów). Elementem niezbędnym w tej terapii przeciwko wolnym rodnikom jest odpowiednia ilość witamin antyoksydacyjnych. Witamina E, C i beta-karoten zawarte w pożywieniu stanowią pierwszą linię obrony przed wolnymi rodnikami.

Kolejnym nieodzownym elementem odchudzania jest dostarczanie odpowiedniej ilości błonnika (25-30 g/dobę). Wspomaga on odchudzanie, zmniejszając uczucie głodu i regulując pracę przewodu pokarmowego. Uważa się także, że obecność pektyn w pożywieniu powoduje zwiększenie wydalania tłuszczu z kałem, bowiem pektyny prawdopodobnie wiążą sole i kwasy żółciowe, co utrudnia wchłanianie tłuszczu z pożywieniem. Wpływa to na obniżenie bilansu energetycznego.

Dodatni bilans energetyczny jest pierwotną przyczyną otyłości i cukrzycy typu 2. Błonnik wywiera istotny wpływ na metabolizm węglowodanów u osób chorych na cukrzycę. Uważa się, że włókno powoduje zwolnienie jelitowego wchłaniania glukozy, co ma wpływ na przebieg choroby i leczenie.

Ważnym aspektem zdrowotnym dla tej grupy chorych jest również obecność w warzywach i owocach witamin z grupy B, które są nieodzownym elementem w terapii cukrzycy.

Błonnikowi pokarmowemu przypisuje się obecnie bardzo duże znaczenie w profilaktyce wielu chorób. Poczynając od próchnicy zębów, na nowotworach jelita grubego kończąc. Najważniejszym obszarem oddziaływania błonnika jest okrężnica. Włókno pokarmowe wpływa m.in. na czas pasażu, rytm wypróżnień, rozwój pożądanej flory bakteryjnej jelita. Wielorakie działanie, jakie wywiera błonnik na funkcje przewodu pokarmowego, procesy trawienia i wchłaniania spowodowało, iż niedoborom błonnika w diecie przypisuje się powstawanie oraz rozwój niektórych chorób przewodu pokarmowego jak np.: stany zapalne uchyłków jelit, żylaki odbytu, zaparcia, polipy i nowotwory jelita grubego.

Dieta przeciętnego Polaka jest raczej uboga w owoce i warzywa. Wzbogacenie diety w produkty zawierające duże ilości błonnika pokarmowego, a jednocześnie witaminy i składniki mineralne wydaje się być jednym ze sposobów zapobiegania i leczenia wielu chorób m.in. miażdżycy, cukrzycy, chorób przewodu pokarmowego.

Z nadzieją i siłą

Jubileusz 10-lecia Wyszkowskich Amazonek

Wyszkowskie Amazonki od dziesięciu lat pomagają kobietom dotkniętym nowotworem piersi. Same, zmagając się z chorobą, wspomagają inne kobiety, by nie czuły się samotne, odrzucone, dodając im siły do walki z rakiem, przywracając nadzieję i pomagając odzyskać wiarę w kobiecość. W grudniu 2008 roku wyszkowskie Amazonki uroczyście świętowały Jubileusz 10-lecia Klubu. Spotkanie połączone z wieczerzą wigilijną zorganizowano w restauracji „Kasztelanka".

Amazonka oznacza kobietę jeżdżącą konno, ale żadna z nas nie posiada tej umiejętności. Według mitologii greckiej, Amazonki to wojownicze plemię kobiet, pozbywających się piersi, aby lepiej strzelać z łuku. Współczesna Amazonka to kobieta, która utraciła pierś z powodu nowotworu, ale mimo tego jest silna, sprawna i zorganizowana w walce z chorobą – tego wszystkiego uczy się w Stowarzyszeniu. Każda z nas przeszła długą drogę. *Przejdę przez ten świat tylko jeden raz. Dlatego cokolwiek mogę zrobić dobrego lub jakąkolwiek, komukolwiek wyświadczyć przysługę, niech uczynię to teraz. Niech tego nie odkładam, ani nie zaniedbuję, bo nie będę szedł tą drogą nigdy więcej* – Jadwiga Wawdejuk zacytowała słowa św. Pawła witając Amazonki i gości przybyłych na Jubileusz 10-lecia Klubu Amazonek w Wyszkowie.

Ludzie boją się raka. Ta choroba ma bardzo złą sławę. Mit raka jest okrutniejszy, niż realna prawda o tej chorobie. Tymczasem diagnoza nie jest i nie musi być wyrokiem. Każdą z nas ogarniała rozpacz, lęk, czasem gniew i poczucie krzywdy, kiedy podejmowałyśmy tę jakże trudną decyzję – pozbawienia się atrybutu kobiecości – piersi. Niestety jeszcze zbyt często społeczny lęk przed rakiem powoduje, że osoby chore otacza pustka. Jakby nie miały już przyszłości, jakby ich czas już się skończył.

Dwie historie

Choroba przyszła niespodziewanie – mówi **Jadwiga Wawdejuk**. Po usłyszeniu diagnozy miękkie nogi, nade mną lekarz, pielęgniarka, godzina odpoczynku na kozetce i powrót do domu. Pierwszy krok to telefon do Reni. Nie miałam z nią kontaktu od czterech lat, ale wiedziałam, że jest już po tym traumatycznym przeżyciu, po ciężkim leczeniu, ale żyje.

Jadwiga Wawdejuk (w środku) na Marszu Różowej Wstążki w Warszawie

Uspokoiła mnie. Była dla mnie pierwszą Ochotniczką, która pospieszyła z pomocą. Drugi krok to znalezienie szpitala i lekarza, który się z moim rakiem rozprawi z marszu. Nie mogłam czekać z dwóch powodów. Po pierwsze, na nowotwór umierał mój brat, po drugie miałam sześcioletnią córkę, którą musiałam wychować. To późne macierzyństwo było trudne, ale jakże zbawienne dla mojej choroby. Ola stała się swego rodzaju monetą przetargową w rozmowie z Bogiem. Najpierw była prośba – Boże, tylko pozwól mi ją zaprowadzić do pierwszej klasy, tylko daj, bym była przy niej w dniu pierwszej komunii, tylko daj doczekać jej pełnoletności. Z każdym rokiem wydłużałam czas, o który targowałam się z Bogiem. Ola jest już studentką II roku Uniwersytetu Warszawskiego. Od operacji minęło 14 lat. Dziękuję Bogu, Oli i wszystkim, którzy byli przy mnie przez ten cały czas.

Nazywam się **Iwona Koźliczak** i jestem jedną z was, jestem Amazonką. Jestem przede wszystkim matką, żoną, córką, a zawodowo położną. Praca daje mi niezwykłą satysfakcję poprzez uczestnictwo w cudzie narodzin. Dwa lata temu pojawiła się choroba. Przyjęłam ją ze spokojem dzięki ogromnej miłości ze strony rodziny i bliskich. Sił dodawała mi wiara w Boga. Moje życie zmieniło się całkowicie. Dziś cieszę się każdym dniem, chwilą, bo jest niepowtarzalna i nigdy taka sama się nie zdarzy. Choroba doświadcza człowieka, ale uczy szacunku i pokory, cierpliwości i ogromnego pragnienia życia – powiedziała Iwona. Razem z nią do wigilijnego stołu w Klubie Amazonek zasiadły trzy szczególnie bliskie jej kobiety – matka, ciocia i kuzynka. Wszystkie są Amazonkami.

Amazonki przyniosły nadzieję

Nie zawsze było łatwo powiedzieć – jestem Amazonką. Nie tak dawno kobiety chorowały, przechodziły leczenie i pozostawały osamotnione w swoim cierpieniu. Ludzie boją się raka, boją się też chorych na nowotwór. Niby wszyscy wiedzą, że rak piersi nie jest zakaźny, ale... Nierzadko słychać: „o czym z nią rozmawiać, przecież ona ma raka".

Przed dziesięciu laty trzeba było mieć wiele cywilnej odwagi, by publicznie ujawnić, że jest się chorym na raka. Wyszkowianki, mające odwagę pokazać swoją twarz, zachęcone przez kierownik Ośrodka Pomocy Społecznej Mariannę Ślubowską przyszły na spotkanie. Tak naprawdę to Ona jest sprawcą zorganizowania się wyszkowskich Amazonek, matką chrzestną naszego ruchu, doradcą i jego dobrym duchem. Jesienią 1998 roku zamieściła anons o spotkaniu kobiet po przebytej chorobie nowotworowej piersi i tak to się wszystko zaczęło.

Pierwszych rad Wyszkowskim Amazonkom udzieliły koleżanki z klubu w Centrum Onkologii w Warszawie. W grupie założycielskiej znalazła się między innymi Jadwiga Wawdejuk i niestety, nieżyjąca już, Teresa Smorczewska. Klub po raz pierwszy otworzył swoją siedzibę 8 grudnia 1998 roku w OPS-ie. Miałyśmy statut, cel, zadania i miejsce do realizacji – mówią Wyszkowskie Amazonki – tylko do siedziby naszego Klubu nie miałyśmy szczęścia. Zmieniałyśmy ją już cztery razy i końca wędrówki nie widać. Do realizacji naszych zadań potrzebujemy lokalu, który będzie się składał z dwóch pomieszczeń.

Nadzieją dla Amazonek i innych organizacji może być planowany nowy obiekt – Centrum Pomocy Społecznej, które zamierza wybudować miasto. Wspomniała o nim wiceburmistrz,Teresa Trzaska. Do Amazonek zwróciła się słowami: *Pokazujecie, że z trudnościami trzeba walczyć, pokonywać je, a przy tym wszystkim zachować radość życia*. Życzyła Amazonkom wytrwałości i równie pięknego kolejnego jubileuszu Klubu. Cieszę się, że przetrwałyście – powiedziała Marianna Ślubowska, podkreślając – To stowarzyszenie powstało z potrzeby i wyzwań czasu.

Wyszkowskie Amazonki otrzymały życzenia od koleżanek z Łomżyńskiego Stowarzyszenia. Życzenia złożyły także: dyrektor biblioteki, przewodnicząca Rady Powiatu Małgorzata Ślesik-Nasiadko oraz dyrektor Cechu Anna Lesiak.

Nie ma rzeczy niemożliwych – zaśpiewały Amazonki. Wzięły biały opłatek do ręki i zabrzmiała kolęda.

Konferencja Breast Cancer Global Congress 2008

W połowie października 2008 roku w Waszyngtonie miał miejsce, unikalny w takiej skali, kongres poświęcony walce z rakiem piersi. Jego ranga i waga związane były zarówno z organizatorami spotkania oraz liczbą i plejadą zaproszonych gości.

Breast Cancer Global Congress 2008, mógł się odbyć dzięki prywatno-publicznemu partnerstwu na polu walki z rakiem piersi. Instytucja rządowa i pozarządowa: biuro do spraw Edukacji i Kultury Departamentu Stanu USA oraz Avon Foundation podjęły ścisłą współpracę w zakresie podnoszenia świadomości społeczeństwa w sprawach zdrowotnych. „Tylko tego typu współpraca między sektorem publicznym i prywatnym dla dobra społecznego pozwoli sprostać wyzwaniom, jakie stawia przed nami wiek XXI" – podkreślała w wystąpieniu otwierającym kongres, Goli Ameri, przedstawicielka sekretarza stanu w biurze do spraw Edukacji i Kultury Departamentu Stanu USA.

W istocie temat współpracy, bez podziałów i granic, w walce ze wzrastającym zagrożeniem z powodu raka piersi stał się motywem przewodnim całego kongresu.

Wśród gości Breast Cancer Global Congress 2008, w liczbie około 150. osób z 40. krajów znaleźli się: przedstawiciele Departamenu Stanu USA, specjaliści-onkolodzy, pacjenci zrzeszeni w organizacjach pozarządowych oraz współpracownicy firmy Avon. Uczestnicy kongresu zamieszkali w znakomitym Westin Grand Hotel, usytuowanym w samym centrum Waszyngtonu, zaledwie parę kroków od najważniejszej arterii miasta, Pensylwania Avenue.

Uroczyste otwarcie obrad 14 października 2008 roku, miało miejsce w zabytkowej sali im. Benjamina Franklina, stanowiącej reprezentacyjną część budynku Departamentu Stanu USA, a zarazem główną siedzibę sekretarza Stanu. Ogromne wrażenie na uczestnikach pozostawiło spotkanie w miejscu, które dotychczas znano jedynie z telewizyjnych relacji spotkań dostojników najwyższego międzynarodowego szczebla.

Goście kongresu powitani zostali przez przedstawicieli obu współpracujących ze sobą instytucji. Ze strony Departamentu Stanu, pani Goli Ameri, zwróciła się do zgromadzonych w ciepłych słowach podziękowania za uczestnictwo w tak ważnym przedsięwzięciu. Podkreślała rangę problemu, jakim jest rozprzestrzeniająca się choroba raka piersi na świecie. W tym kontekście zwracała uwagę na zjawisko powstawania nowego tematycznego partnerstwa między różnymi instytucjami, które łączy wspólna chęć rozwiązywania trudnych problemów. „Tego typu połączone wysiłki pozwalają podzielać wiarę, że możemy znaleźć lek na chorobę, która dotyka każdej społeczności i niemal każdej rodziny" – zwracała uwagę pani Goli Ameri.

Sekretarz Stanu USA Goli Ameri otwiera Konferencję

Zabierając głos Prezydent firmy Avon, pani Elizabeth Smith akcentowała rolę i znaczenie programu prowadzonego wspólnie z Departamentem Stanu. „Jesteśmy dumni, że mogliśmy połączyć wysiłki z Departamentem Stanu USA i wspólnie stworzyć forum, w którym decydenci zdrowia, eksperci medyczni i reprezentanci programów poparli naszą inicjatywę „Avon kontra Rak Piersi", by razem szukać rozwiązania problemów związanych z podnoszeniem świadomości, wykrywaniem, leczeniem i zapobieganiem tej chorobie. W słowie końcowym pani Elizabeth Smith apelowała: „Jako motto tego spotkania pragnę byśmy uwierzyli, że jedynie wspólnym wysiłkiem możemy osiągnąć nasz cel i mamy nadzieję, iż każdy z tu obecnych wyjedzie stąd z nowymi pomysłami i nową nadzieją na świat bez raka piersi".

Zasadnicza część obrad toczyła się w następnym dniu w Centrum Konferencyjnym im. George'a Marshalla, usytuowanym również w budynku Departamentu Stanu. Piękna, nowocześnie wyposażona sala stwarzała doskonały klimat dla wysłuchania ważnych głosów podejmujących problematykę najgroźniejszej epidemii XXI wieku, czyli raka piersi.

Uwagi wstępne na temat publiczno-prywatnego partnerstwa w obliczu globalnych wyzwań wygłosiła asystentka Sekretarza Stanu do spraw Edukacji i Kultury, pani Goli Ameri oraz dr Mark Hurlbert, dyrektor Avon Foundation odpowiedzialny za akcję „Avon kontra rak piersi" na świecie. Oboje rozmówcy skupiali się na skali zagrożenia oraz możliwościach wdrożenia środków zaradczych mających na celu powstrzymanie nadciągającej epidemii i pomoc kobietom dotkniętych rakiem piersi na całym świecie.

Pierwszy wykład wygłosił doktor Joe B. Hartford, dyrektor Biura Spraw Międzynarodowych Narodowego Instytutu Raka w Waszyngtonie. Prelegent skupił się na dwóch, jego zdaniem, najistotniejszych zagadnieniach. Pierwszym są konsekwencje dla budżetów narodowych spowodowane stale wzrastającym obciążeniem wynikającym z zachorowalności na raka piersi. Kolejnym, możliwości wdrażania nowych strategii kontroli choroby. Szczególną rolę w tym zakresie dr Hartford upatruje w szerokim wykorzystaniu terapii molekularnych w leczeniu chorych.

Doktor Wendi A. Berg skupiła się na komentowaniu roli badań przesiewowych we wczesnym wykrywaniu raka piersi. Posługując się przykładami z różnych stron świata (Rosja, Chiny) wykazała, iż ich rola w dotychczasowej praktyce wydaje się niepodważalna. Żałować jedynie należy, że koszty wykonywania podobnych badań przy wprowadzaniu każdej nowej technologii są zbyt wygórowane – mówiła prelegentka. To jedna z najważniejszych przyczyn migracji technologii. Istnieje zatem pilna potrzeba ustanowienia standardów w tej dziedzinie. Jako przykład podawała dotychczasowe

zalecenia amerykańskich instytucji (American Cancer Society, ASCO, American Cancer Surgeons itp.). Są zaledwie trzypunktowe a ich regularne stosowanie wydaje się nie do przecenienia.

1. W wieku 40-49 lat obowiązkowo coroczna mammografia (choć American Cancer Institute dopuszcza co 1-2 lat).
2. Od 50. roku życia mammografia obowiązkowo raz w roku bez wyjątków
3. Żadnych formalnych ograniczeń wiekowych powyżej.

Dopełnieniem dwóch poprzednich wykładów było wystąpienie profesora Paula Gossa, dyrektora Kliniki Raka Piersi w Centralnym Szpitalu Onkologicznym w Massachusetts oraz doradcy medycznego Avon Foundation. Doktor Goss, z perspektywy lekarza i naukowca, mówił o opiece i leczeniu pacjentów w krajach rozwijających się na początku XXI wieku. Wystąpienie o tyleż pouczające co egzotyczne. W tym kontekście mieszkańcy Europy, mimo wielu niedociągnięć instytucjonalnej opieki zdrowotnej, mogli docenić jej zalety. Nie zwalnia to jednak mieszkańców krajów rozwiniętych z obowiązku krytycznego spojrzenia na narodowe systemy opieki zdrowotnej.

Tę część spotkania zamykał panel dyskusyjny, w którym wzięli udział prelegenci starający się odpowiadać na pytania słuchaczy, zarówno lekarzy, jak pacjentów. Ciekawym i wielce inspirującym pomysłem była propozycja przeprowadzenia zamkniętych dyskusji w grupach podzielonych według regionów. Podział taki służył głównie wyrównania poziomu dyskusji między przedstawicielami poszczególnych krajów, zmagających się z podobnymi problemami i zbliżonymi systemami prawnymi w obszarze polityki zdrowotnej.

Wyodrębniono cztery grupy:

-**Azja** (Chiny, Indie, Japonia, Filipiny oraz Tajwan),

-**Europa** (Albania, Czechy, Dania, Niemcy, Grecja, Węgry, Irlandia, Kosowo, Macedonia, Polska, Rumunia, Rosja, Serbia, Szwecja, Wielka Brytania)

-**Bliski Wschód i Afryka** (Kamerun, Egipt, Iran, Irak, Jordania, Oman, Arabia Saudyjska, Afryka Południowa, Syria, Tanzania)

-**Zachodnia Półkula** (Argentyna, Brazylia, Kanada, Chile, Kolumbia, Kostaryka, Salwador, Meksyk, Paragwaj, Stany Zjednoczone, Wenezuela).

Grupie dyskutantów z Europy przewodniczył profesor Goss. Naukowiec, onkolog i praktykujący lekarz, zajmujący się rolą estrogenów w patogenezie raka piersi, a ponadto wizytujący wiele europejskich klinik onkologicznych. Bardzo szybko znalazł nić porozumienia z mieszkankami Starego Kontynentu. Rozmowa toczyła się według zaproponowanego przez organizatorów scenariusza. Każdy z rozmówców został poproszony o krótkie opowiedzenie historii swojej choroby oraz w miarę klarowne scharakteryzowanie systemu opieki zdrowotnej w swoim kraju. Oczywiście w znanym sobie zakresie, czyli metodach wykrywania i sposobach leczenia choroby nowotworowej. Najciekawszym fragmentem panelu okazała się próba opisania metod docierania do chorych w poszczególnych krajach oraz monitorowania pacjentów. Bez mała od razu zarysowały się wyraźne różnice wynikające z poziomu nakładów skierowanych na politykę zdrowotną w danym kraju. Metoda screeningu, jakkolwiek najbardziej pożądana, wymaga sporych nakładów, na które często nie stać społeczeństwa o niskim dochodzie na obywatela. Natomiast wspólnym elementem okazała się chęć tworzenia organizacji pozarządowych i budowania liczącego się lobby skutecznego nie tylko w parlamentach narodowych, ale także na poziomie Parlamentu Europejskiego.

Wymiana doświadczeń na tak różnorodnym forum zawsze owocuje pogłębieniem wiedzy w interesującym zakresie. Często służy ona konfrontacji własnych przeżyć z ludźmi, zamieszkałymi w innych regionach i odmiennych warunkach gospodarczych. Wyniki takich porównań pozwalają wyciągać wnioski, czasami przywołując uśmiech zadowolenia, najczęściej jednak stymulują do podejmowania nowych wyzwań.

Takim wyzwaniem przyszłości wydaje się skierowanie uwagi na fakt, iż przedłużone życie z chorobą wraz z postępującym starzeniem się populacji, wymusza zastanowienie się nad zapewnieniem opieki ludziom schorowanym i często niesprawnym. Inaczej mówiąc przed Amazonkami, ale także innymi organizacjami pozarządowymi wyłania się potrzeba konstruowania filarów dla przyszłej opieki paliatywnej.

Grażyna Pawlak

Panel dyskusyjny przedstawicielek Europy

ZAAKCEPTOWAĆ TO, CO NIEUNIKNIONE... ŚMIERĆ

mgr Sylwia Świstak-Sawa, psycholog
Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii w Warszawie

Trzeba być świadomym własnej śmiertelności, aby dobrze przeżyć własne życie.

Heidegger

Rozważania o śmierci są trudne... Może dlatego, że nikt z nas nie lubi myśleć o tym, że kiedyś odejdzie. Jesteśmy tak przywiązani do życia, że często samo wyobrażenie sobie, że kiedyś odejdziemy napawa nas lękiem. Wolimy więc o śmierci nie myśleć, a już na pewno nie rozmawiać. Od zawsze śmierć wzbudzała emocje, ale w obecnych czasach mamy do czynienia z ucieczką od tematu śmierci. A przecież bez względu na czasy to zjawisko było, jest i będzie. Więc może zamiast udawać, że nas to nie dotyczy, przyjrzyjmy się temu przed czym tak się chowamy.

Zdarza się, że moi pacjenci pytają, jak ja myślę, czy lepiej zginąć w wypadku, szybko i bezboleśnie, czy czekać na swój koniec, nie wiedząc, kiedy nadejdzie. Odpowiadam zazwyczaj, że nie wiem jak jest lepiej. Wiem natomiast, że ci, którzy giną w wypadkach, nie mają już możliwości zrobienia w swoim życiu niczego, tak samo ich rodzina czy znajomi. Nie mają wpływu na nic. Osoby zdrowe, czy też obciążone chorobą mogą przygotować siebie i swoich bliskich na odejście. Nie mamy wpływu na to, kiedy przyjdzie śmierć, ale mamy wpływ na to, jak przeżyjemy własne życie do momentu jej nadejścia. Nie trzeba robić nic by umrzeć, ale by przeżyć życie i godnie je zakończyć „trzeba się napracować".

Od momentu narodzin, przez kolejne fazy rozwoju, etapy zdobywania nowych doświadczeń życiowych słyszymy, że ktoś umarł bo był stary, albo chory, albo zginął w wypadku. Zatrzymamy się na chwilę, pomyślimy jaka szkoda...i pobiegniemy dalej. Czy to znaczy, że nas to nie obchodzi, że nie jest nam smutno czy żal? Nie wiem, być może tak, ale bardziej skłaniałabym się do myślenia o tym, że taki sposób reagowania nie wynika ze znieczulicy, tylko z naszego egzystencjalnego lęku. Jeśli nie pochylam się nad tematem, jeśli w niego nie wchodzę, to mnie to nie dotyczy...Nic bardziej błędnego. Jeśli jakieś zjawisko jest obecne w świecie, w którym żyję, to dotyczy również mnie.

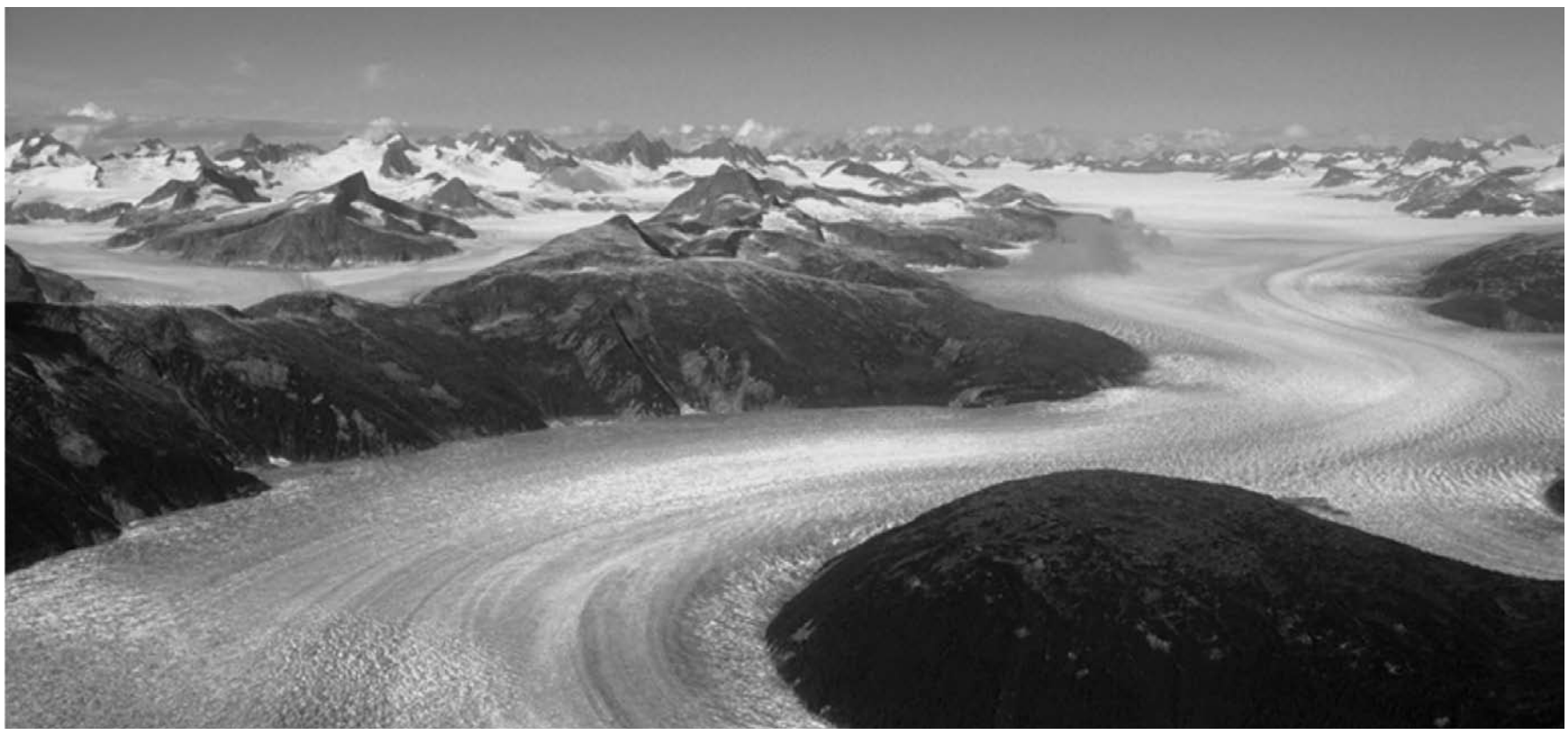
Lęk przed śmiercią zabiera nam energię na tu i teraz, gdy jeszcze żyjemy. Lęk ten jest wynikiem naszych przekonań na temat śmierci. Warto im się przyjrzeć, bo może się okazać, że to o czym ja myślę, nie przynosi mi żadnych korzyści. Czy wyobrażanie sobie cierpienia dziś, ukoi moje cierpienie w chwili wydarzenia?

Nie rozmawiając o śmierci chronimy siebie i swoich bliskich – niestety to tylko pozory. Nie mówiąc o tym, jak byśmy chcieli, by wyglądała nasza śmierć, kogo chcemy mieć przy sobie w chwili odejścia, zabieramy często sobie i bliskim możliwość bycia razem w tej ostatniej drodze. W konsekwencji umieramy samotnie z poczuciem, że coś nie tak, a nasi bliscy zostają z wątpliwościami i poczuciem pustki. Nam jest źle i im jest źle. Tak naprawdę nie o to chodzi. Rozmawiajmy. Podzielmy się ze swoimi bliskimi myślami na temat śmierci, a także emocjami, które ze sobą niesie. Nie obawiajmy się oceny czy niezrozumienia. Większość z nas czeka, aż ktoś pierwszy podejmie ten trudny temat.

Jest też druga strona – kiedy śmierć dotyczy nie nas, a kogoś kogo znamy. Wówczas zawsze towarzyszy nam uczucie straty, smutek, żal. Są to emocje jak najbardziej w porządku. Ale warto też się przyjrzeć, jak my myślimy w takich sytuacjach. Najczęściej skupiamy się na tym, że tej osoby już nie usłyszymy, nie zobaczymy, nie przytulimy się do niej. To wszystko prawda, ale w ten sposób pielęgnujemy w sobie smutek i poczucie straty. To, co możemy wówczas zrobić, to skupić swoje myśli wokół tego, co było nam dane poznać, zobaczyć czy przeżyć dzięki tej osobie. Jakie wartości bądź doświadczenie wniosła do naszego życia. Obejrzyjmy sobie w głowie film jej dotyczący i pomyślmy, czy mimo tego, że teraz jest nam smutno, warto było poznać tę osobę. Co dobrego wniosła w nasze życie... i pielęgnujmy te wspomnienia, a nie popadajmy w rozpacz, że to się więcej nie zdarzy.

Śmierć nie jest złem, a jedynie prawem obowiązującym cały rodzaj ludzki.

Seneka



Pani Magister – Danusia Sikorska

Odeszła od nas pozostawiając wiele ciepłych wspomnień i wspólnie przeżytych lat. Kiedyś w początkach mojej obecności w Klubie „Amazonek" siedziałam sama i obserwowałam grupę kobiet, które przed kilkoma dniami wróciły z wypoczynku i rehabilitacji nad morzem. Dzieliły się wrażeniami i wyraźnie cieszyły się z pięknego pobytu w kuracyjnej wiosce rybackiej – Sarbinowo.

Nad rozdyskutowaną grupką górowała nieprzeciętnej urody kobieta o śniadej cerze, ciemnych, błyszczących oczach i bujnej, posrebrzonej siwizną czuprynie. To była Danusia. Po chwili przysiadła się do mnie i tylko mnie chciała opowiedzieć swoje przeżycia. Mówiła o plaży, zachodach słońca, gimnastyce i wieczornych zabawach. Nie pomijała również części edukacyjnej, w której wykłady przybliżały słuchaczom wiedzę z różnych dziedzin wiedzy o zdrowiu i profilaktyce. W pewnym momencie roześmiała się i zapytała: *czy w przyszłym roku wybierzesz się z nami na taki turnus?* Zaskoczona bąkałam coś o swoim zdrowiu i dalszym leczeniu. Ale to pytanie przez dłuższy czas brzmiało w moich uszach i odpowiedź na nie stawała się coraz bardziej jednoznaczna. Kiedy po pół roku zapowiedziano następny wyjazd, byłam pewna – Jadę.

I tak Danusia wprowadziła mnie w dalsze tajniki grupowego wypoczynku. Pamiętam Jej ciepły uśmiech, gdy budziła mnie na poranną gimnastykę, ja z rannym wstawaniem zawsze miałam kłopoty. Przed śniadaniem biegłyśmy na plażę, aby zdążyć na ćwiczenia. Danusia była nadzwyczaj opiekuńcza i serdeczna. Z racji swego wykształcenia i wykonywanego zawodu, o zdrowiu i leczeniu wiedziała o wiele więcej niż każda z nas. Była magistrem farmacji. Dzieliła się z nami nie tylko swymi zapasami leków, ale po wielokroć rozmaitymi smakołykami, choćby wspomnieć fantastyczne cukierki, cudowne w smaku czekoladki, czy niezapomniane napoje.

Dwutygodniowy pobyt przemknął niczym jedna chwilka i tylko wspomnienia wspólnych zabaw, spacerów i wycieczek budziły nadzieję, że za rok w tej samej grupie spędzimy następne wakacje. Danusia potrafiła pięknie wypoczywać. Patrzyła na świat swoimi czarnymi oczyma i dostrzegała to, czego wiele z nas nawet nie podejrzewało. Kochała życie. Cieszyły ją unoszące się nad naszymi głowami różowe baloniki w czasie marszu „Różowej Wstążki". Zawsze podziwiała artystów śpiewających na naszych spotkaniach.

Pamiętam Danusię w jej czerwonej garsonce na uroczystościach świątecznych w naszym Klubie Amazonek. Była elegancka i wytworna, z gracją łamała się opłatkiem, dystyngowanie podawała rękę składając najlepsze życzenia imieninowe, a kiedy było trzeba wyciągała dłoń, by pomóc komuś wstać, gdy brakowało mu sił. Była dobrym duchem naszego Klubu. Czasem wracałyśmy razem do domu autobusem nr 195 mijając Park Łazienkowski, wspominała wówczas o spacerach z wnukami po tym ogrodzie. Z jej słów widać było, jak bardzo kocha synów swego jedynaka. Zbierała dla nich okolicznościowe monety emitowane przez NBP.

Pewnego razu, po badaniach okresowych, Danusia przyszła nieco zmieniona. Trzymała w ręku wyniki badań. – To nie są dobre wieści. Muszę z tego wyjść. Dadzą mi jakąś chemię. Ale na razie nie będę nic mówić dzieciom, nie chcę ich martwić – kilka razy powtarzała te zdania. Niestety choroba nie chciała ustąpić, my Amazonki martwiłyśmy się każdą następną informacją o stanie Jej zdrowia. W końcu Jej organizm nie był w stanie walczyć dalej. Danusia odeszła od nas 16 listopada 2008 roku. Niespełna dwa miesiące później 14 stycznia 2009 roku na wspólnej modlitwie pożegnałyśmy Danusię – członka naszej amazońskiej rodziny. Kaplica szpitalna zgromadziła wszystkich, którzy pragnęli, aby ta ostatnia podróż naszej Koleżanki była wspomagana myślami i modlitwą Jej najbliższych.

Danusiu! dzięki, że byłaś z nami.

Bożenna Sabiłło

Wspomnienia o mojej przyjaciółce Ani

Przyjaciel to ktoś, kto rozumie
Twoją przeszłość, wierzy w Twoją przyszłość
i akceptuje Ciebie takim, jakim jesteś.

Można powiedzieć, że nic nie dzieje się bez przyczyny. Byłam na turnusie sanatoryjnym w Ciechocinku z Amazonkami. Chodziłyśmy na terapię zbiorową i tam poznałam Zosię, która zaczęła trudny okres leczenia chemioterapią. Wspierałam Ją rozmową, bo wiedziałam, jak sama bardzo mocno przeżyłam utratę włosów.

Anię poznałam w dziwny sposób; stałam przy drzwiach w klubie toruńskich Amazonek, gdy podeszła do mnie w blond peruczce, uśmiechnięta dziewczyna szukająca Grażyny. Przedstawiła się: „Jestem Ania, koleżanka Zosi z Ciechocinka. Zosia prosiła, abym skontaktowała się z osobą, która bardzo jej pomogła". Okazało się, że chodzi właśnie o mnie, że Ania mnie poszukuje. Tak oto się poznałyśmy. Często śmiałyśmy się z tego, jaki świat jest mały. Spotkałyśmy się w Klubie, a potem był turnus rehabilitacyjny w Gościmiu, połączony ze spartakiadą, na którą pojechałyśmy z Amazonkami.

Wspominając Anię z tamtego okresu nasuwa się nieodparcie porównanie Jej do radosnego Amorka, bo już wtedy miała swoje, krótkie włosy, które kręciły się w niewyobrażalny sposób. To dar od samego Pana Boga za trud, kiedy na głowie nie było ani jednego włosa. Ten pobyt razem z Anią wspominamy z koleżankami jako coś pięknego, niepowtarzalnego i wyjątkowego. Nasz „piękny Amorek", obdarowany wyjątkowym głosem, urządzał nam wieczorne koncerty. Gdy już leżałyśmy w łóżkach, a Ania śpiewała, zasypiałyśmy spokojnym snem, bo dobry Anioł czuwał nad nami. Długo też rozmawiałyśmy. W Ani miałyśmy wspaniałą rozmówczynię, która często pomagała nam rozwiązać niejeden życiowy problem. Zawsze uważnie słuchała, niczego nie narzucała. Zawsze była taktowana i oszczędna w ocenie innych.

Udział i przeżycia związane ze spartakiadą scementowały naszą przyjaźń. Wkrótce przyszła następna spartakiada i kolejne niezapomniane chwile. Na tej właśnie spartakiadzie Ania dała się namówić na publiczny występ przy ognisku. Dziewczyny były wzruszone, a my szczęśliwe i dumne widząc jak wiele radości daje innym. Śpiew Ani poruszył głęboko Basię Gosieniecką, naszą wspaniałą psycholog o duszy anioła. I jak to wśród aniołów bywa Basia poprosiła Anię, aby zagrała i zaśpiewała z grupką dziewczyn na mszy dla Amazonek. Pośród śpiewających znalazłam się także ja, chociaż zawsze uważałam, że nie potrafię śpiewać. To właśnie Ania pozwoliła mi uwierzyć w siebie. Było to dla mnie bardzo osobiste przeżycie.

Wspominając Anię nie sposób pominąć naszych wspólnych zainteresowań. To miłość do biżuterii, w szczególności do dużych kamieni. Ania zaprowadziła mnie do plastyczki, która wykonała dla mnie kilka ozdób. Pozostały ozdoby i kamienie, które w Krynicy Morskiej na wspólnym wyjeździe wybrała dla mnie Ania.

Zostawiłaś mi Aniu tyle pięknych wspomnień… dziękuję

Amazonka
Grażyna Hincz

AKTUALNE INFORMACJE O STOWARZYSZENIU

Zarząd

Elżbieta Kozik	*- prezes Zarządu*	-	Kierownik sekcji Programowo-Ekonomicznej współpraca z zagranicą
Wiesława Kunicka	*- wiceprezes*	-	Odpowiedzialna za sprawy socjalne i kulturalne Klubu
Zofia Michalska	*- wiceprezes*	-	Koordynowanie pracy Ochotniczek
Elżbieta Wojciechowska	*- sekretarz*	-	Pełnomocnik Klubu ds. Mazowieckiej Unii Amazonek
Margerita Piątkiewicz	*- skarbnik*	-	Zbieranie składek członkowskich
Ewa Grabiec-Raczak	*- członek*	-	Kierownik Sekcji Dokumentacyjno- Historycznej Kronika
Krystyna Nader	*- członek*	-	Kierownik Sekcji Socjalno-Kulturalnej, Gospodyni Klubu
Elżbieta Samselska	*- przewodnicząca*	-	Komisja Rewizyjna
Albina Piekarniak	*- członek*		
Halina Rodziewicz	*- członek*	-	Kierownik Sekcji Rozwoju Bazy Członkowskiej

Praca Stowarzyszenia realizowana jest przez 6 problemowych sekcji

I. SEKCJA OCHOTNICZEK
II. SEKCJA PROGRAMOWO-EKONOMICZNA
III. SEKCJA DOKUMENTACYJNO-HISTORYCZNA
IV. SEKCJA SOCJALNO-KULTURALNA
V. SEKCJA WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ
VI. SEKCJA ROZWOJU BAZY CZŁONKOWSKIEJ

Telefony zaufania
0/664-75-70-50 - czynny codziennie od godz. 9.00 do 17.00
022/546-25-86 - czynny w środę od godz. 16.00 do 18.00

Nadzór Merytoryczny

Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie

Doradca Merytoryczny

dr. Hanna Tchórzewska

Profesjonaliści zatrudnieni przez Stowarzyszenie

mgr Krystyna Puto	- rehabilitantka
mgr Mariola Kosowicz	- psycholog
mgr Sylwia Świstak-Sawa	- psycholog
mgr Agnieszka Wałuszko	- psycholog

Instytucje i organizacje wspierające i współpracujące ze Stowarzyszeniem „Amazonki" Warszawa-Centrum

A New Therapy
Amgen
Amoena
Avon Cosmetics Polska
AstraZeneca
Bayer Schering Pharma
Fundusz Inicjatyw Obywatelskich
Fundacja TVN „Nie jesteś sam"
GlaxoSmithKline
Krajowy Depozyt Papierów Wartościowych
Laboratorium Kosmetyczne Dr Irena Eris S.A.
Media TV Plus Sp. z o.o.
Novartis Poland Sp. z o.o.
Polska Unia Onkologii
Roche Polska
Samsung
Sanofi-Aventis
„Twój Styl"
Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego
Vipharm S.A.
Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii
Indywidualni sponsorzy, osoby prawne i fizyczne

Współpraca międzynarodowa

Reach to Recovery International
American Cancer Society
European Cancer Patient Coalition (Europejska Koalicja Pacjentów z Chorobami Nowotworowymi)

Ochotniczki pracujące w Stowarzyszeniu

KASIŃSKA IRENA
KIBALENKO-NOWAK TERESA
KOLENDA BOŻENNA
KORCZAK ANNA
KUĆ JANINA
KUNICKA WIESŁAWA
LIPKA ANNA
LIPSKA ZOFIA
MACIEJOWSKA TERESA
MICHALSKA ZOFIA
MATUNIAK LUCYNA
NADER KRYSTYNA
PĘCONEK WANDA
PIĄTKIEWICZ MARGARITA
PIEKARNIK ALBINA
RODZIEWICZ HALINA
SABIŁŁO BOŻENNA
SWARCEWICZ-BALICKA REGINA
SZELĄGOWSKA MARIA
TOPOLSKA-GŁOWACKA JOLANTA
WOJCIECHOWSKA ELŻBIETA

Największe osiągnięcia Stowarzyszenia

1. Objęcie przez nasze Ochotniczki opieką pacjentek z rakiem piersi w 5. warszawskich szpitalach.
2. Zorganizowanie kompleksowej opieki lekarskiej nad członkiniami Stowarzyszenia.
3. Aktywne samopomocowe oddziaływanie na środowisko kobiet dotkniętych rakiem piersi.
4. Stale rozwijana i doskonalona działalność szkoleniowo-informacyjna.
5. Systematyczne i konsekwentne przełamywanie barier lęku przed rakiem przez edukowanie społeczeństwa.
6. Wybudowanie Centrum Edukacyjno-Terapeutycznego przy Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii.

Osoby szczególnie zasłużone dla Ruchu Amazonek

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

Siedzibą Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum
jest Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii
ul. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa

tel.022/ 546-28-97; fax 0/22 643-91-85.
www.amazonki.com.pl
amazonki@free.ngo.pl, amazonki@coi.waw.pl
Konto bankowe: 83 1020 1055 0000 9402 0016 6280
KRS 0000023411

O charakterze gazety
i treści artykułów decydują
członkinie Stowarzyszenia.
Wydawca: www.aleksandria-reklama.pl
Foto. str. 5,13,15,19,20
Ewa Grabiec-Raczak