nr 31

AMAZONKI

Październik 2018 ▪ gazeta bezpłatna

„Gazeta Amazonki" jest wydawana dzięki finansowemu wsparciu

Vipharm s.A. Z LEKARZAMI DLA PACJENTÓW

Gazeta Stowarzyszenia „AMAZONKI" WARSZAWA-CENTRUM

Sensem życia jest znaleźć swój dar. Celem życia jest oddanie tego daru innym.

Pablo Picasso

Sądzę, że większość z was wie, kim są „Amazonki". Ale dla porządku – jest to stowarzyszenie kobiet, które powstało po to, by wspierać te z nas, które zachorowały na raka piersi. Znam wiele takich kobiet, a piszę o tym, ponieważ chcę nawiązać do pewnej uroczystości, w której niedawno wzięłam udział. Okazją była 30. rocznica powstania Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum. W towarzystwie warszawskich Amazonek czułam moc, siłę psychiczną, gotowość do wspierania koleżanek, waleczność, pewność siebie. Każda z tych kobiet była, a właściwie jest chora, ponieważ rak to choroba przewlekła, można ją zaleczyć, czasem wyciszyć na długo, ale chorą jest się zawsze. Mimo to wokół widziałam kobiety uśmiechnięte, dumne z siebie i przyjaciółek, eleganckie, szczęśliwe... Między innymi dlatego, że poznałam to środowisko i podziwiam wszystkie Amazonki, czułam, że muszę, że chcę wam o nich napisać. Kobiety naprawdę mają moc.

Te kilka słów redaktor Iwony Kmity, które zacytowałam, pokazuje jak jesteśmy postrzegane przez osoby z zewnątrz, które trochę lepiej nas poznały. O uroczystości 30-lecia napisała ze swadą Ola Rudnicka, honorowa członkini naszego Stowarzyszenia, która mimo, że sama nie zachorowała na raka piersi poznała nas bardzo dobrze i jest jedną z nas.

A czy my same postrzegamy siebie tak, jak widzą nas inni? Każde doświadczenie, nawet tak ciężkie jak zmaganie z nowotworem, może czemuś służyć czemuś, co jest w nas, w środku. Amazonki to kobiety, które wyszły po chorobie wzmocnione i dlatego mogą dzielić się wiedzą i doświadczeniem z innymi. Praca wolontariuszek-Ochotniczek jest bardzo wymagająca, ale niezwykle ważna dla pacjentek. Co zrobić, aby po latach nie stracić motywacji, jak czerpać z życia mimo tak trudnego doświadczenia? Przeczytajcie artykuł „Zdrowie zaczyna się w głowie", może odpowiedzieć na wiele nurtujących Was pytań.

Dla nas, Amazonek, jedną z fundamentalnych spraw jest edukacja. Koniecznie zwróćcie uwagę na, jak zwykle świetny, artykuł profesora Tadeusza Pieńkowskiego o leczeniu przed- i pooperacyjnym, porównaniu tych metod i ich skuteczności w niszczeniu mikroprzerzutów raka, które mogą potencjalnie przerodzić się w duże zagrożenie dla naszego zdrowia.

W dalszej części dotyczącej medycyny zwracam Waszą uwagę na gliwicki *Breast Cancer Unit*, na który spojrzymy oczami pielęgniarki. Temat powraca jak przysłowiowy bumerang, ponieważ każda z nas chciałaby być leczona w takim ośrodku.

Przeczytajcie artykuł Barbary Jobdy, pielęgniarki onkologicznej, która omawia często kontrowersyjny, ale bardzo ważny, temat schładzania skóry głowy podczas chemioterapii.

Nie zapominamy również o praktycznym zastosowaniu środków wspomagających leczenie lub niwelujących jego przykre skutki uboczne, o czym mówi dr Beata Mikuła.

Warto wiedzieć także o tym, że współczesna onkologia może zaoferować spersonalizowany tok leczenia – dostosowany do cech danego nowotworu. Lekarze zyskali dostęp do testów wielogenowych, które pomagają zaplanować optymalne dla danego chorego leczenie, o czym w swoim artykule informuje nas dyrektor Europejskiego Centrum Zdrowia Aldona Roguska.

Nie bardzo lubię słowo „dieta", bo od razu kojarzy mi się z za małą ilością jedzenia, ale artykuł dr Michała Mularczyka „Dieta na przełomie lata i jesieni" bardzo mi się spodobał. Przeczytałam go z dużym zainteresowaniem, ponieważ zachęca nie tylko do zdrowego żywienia, ale i robienia przetworów, a gotować lubię. Większość z Was również, więc rzućcie na niego okiem.

Ewa Grabiec-Raczak z odznaczeniem „Pro Masovia", którym uhonorowano Stowarzyszenie.

Na kolejnych stronach gazety kierujemy uwagę na jakże istotny obecnie temat, a mianowicie RODO. Skrót ten stał się ostatnio bardzo modny i czasami budził panikę. W artykule „RODO w praktyce" inż. Piotr Dradrach wyjaśnia, że nowe przepisy pomogą nam chronić naszą prywatność w zmieniającym się świecie, gdzie przepływ informacji jest coraz szybszy i coraz trudniejszy do kontrolowania.

Z tą tematyką wiąże się także artykuł „Niebezpieczne maile" dr hab. inż. Piotra Deli, w którym autor zwraca uwagę na część zagrożeń płynących z Internetu, a polegających na wyłudzaniu informacji poprzez przysyłanie fałszywych wiadomości.

W „Gazecie" nie mogło zabraknąć informacji o naszych amazońskich kampaniach – BreastFit fundacji OnkoCafe, profilaktycznych – #RóżoweLato, piknikach, spotkaniach, o nas samych. Wzięłyśmy udział w projektach zorganizowanych przez Federację Stowarzyszeń Amazonki „Artystyczny Świat Amazonek" oraz w „Onkoprzestrzeni kreatywnej" projekcie realizowanym przez PKPO oraz Fundację Twórczość i Dokumentacja. Świetne wydarzenia, podczas których poprzez tworzenie niebanalnych rzeczy zdobywałyśmy nie tylko nowe umiejętności i doświadczenie, ale wspaniale się integrowałyśmy.

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

Jubileusz 30-lecia Stowarzyszenia „Amazonki” Warszawa-Centrum

23 października 2017 r. pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Agaty Kornhauser-Dudy hucznie świętowałyśmy Jubileusz 30-lecia naszej działalności. Była to okazja, aby okolicznościową grafiką autorstwa Andrzeja Pągowskiego nagrodzić szczególnie zasłużone osoby ze środowiska medycznego oraz naszych partnerów i przyjaciół. 30-letnia działalność Stowarzyszenia „Amazonki” Warszawa-Centrum została uhonorowana przez Urząd Marszałkowski i Urząd Miasta medalem „Pro Masovia”, a prezes Zarządu Ewa Grabiec-Raczak i wiceprezes Zarządu Wiesława Kunicka otrzymały odznaczenie „Zasłużony dla Warszawy”. Nagrodzono także pracę Ochotniczek naszego Stowarzyszenia.

Uroczystość odbyła się **w Teatrze Kamienica w Warszawie,** a rozpoczęło ją odśpiewanie hymnu Amazonek. **Galę jubileuszową poprowadziły redaktor Iwona Schymalla i prezes Ewa Grabiec-Raczak,** która przedstawiła historię organizacji, jej aktualne działania i plany na przyszłość. Podczas uroczystości wręczono przyjaciołom Bursztynowe Łuki, a Kryształowymi i Rubinowymi Łukami zostały odznaczone szczególnie zasłużone dla Stowarzyszenia członkinie: **Halina Rodziewicz, Elżbieta Samselska i Ewa Wróblewska.** Słowa specjalnych podziękowań skierowano do **Zosi Michalskiej,** założycielki i ikony ruchu Amazonek oraz do **Wiesi Dąbrowskiej-Kiełek,** doradczyni Zarządu Stowarzyszenia i twórczyni jego wydawnictw, a także do **Elżbiety Kozik,** wieloletniej prezes Stowarzyszenia „Amazonki” Warszawa-Centrum oraz **Krystyny Wechmann,** prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”.

Szczególnie wzruszającym momentem uroczystości była chwila ciszy i zadumy, dedykowana tym Amazonkom, które odeszły. Jubileuszowym uroczystościom towarzyszyła prezentacja specjalnie przygotowanego z tej okazji **filmu o Amazonkach**. Był też czas na gratulacje i życzenia dla jubilatek. Wśród gości pojawiły się osoby szczególnie zasłużone dla polskiej onkologii, m.in. **prof. Andrzej Kułakowski,** które swoją obecnością uświetniły uroczystość. Z okazji Jubileuszu został wydany **okolicznościowy album** opracowany ze szczególną starannością przez Wiesławę Dąbrowską-Kiełek oraz ukazał się *nomen omen* 30, **jubileuszowy numer „Gazety Amazonki”,** zawierający najciekawsze i najważniejsze artykuły z dotychczas wydanych numerów. Jubileuszowe uroczystości zakończyły się poczęstunkiem z tradycyjną lampką szampana i pysznym tortem przygotowanym przez firmę Grycan. Po uczcie dla ciała goście zostali zaproszeni na ucztę dla ducha – monodram „W obronie jaskiniowca” w wykonaniu właściciela Teatru „Kamienica” – **Emiliana Kamińskiego.**

Redaktor Iwona Schymalla i prezes Ewa Grabiec-Raczak – prowadzące Jubileuszową Galę.

Właściwie tymi kilkoma zdaniami w reporterskim stylu mogłabym zakończyć relację z uroczystości Jubileuszu 30-lecia Stowarzyszenia „Amazonki” Warszawa-Centrum, ponieważ nie sposób słowami oddać emocje, którymi wypełniona była sala Teatru Kamienica w ten szczególny wieczór. Może choć trochę pokazują je załączone zdjęcia.

Chciałabym jednak podzielić się swoimi refleksjami oraz tymi zasłyszanymi od innych, które towarzyszyły nam, gościom podczas tej uroczystości. Oczywiście poza pochwałami dotyczącymi **sprawnej organizacji i okazałości Jubileuszowej Gali** wszyscy byli wdzięczni za możliwość **spotkania się w gronie osób, dla których problemy**

Dr Hanna Tchórzewska-Korba dziękuje w imieniu przyjaciół Amazonek.

Pamiątkowe grafiki otrzymały zasłużone Amazonki: Zofia Michalska, Wiesława Dąbrowska-Kiełek, Elżbieta Kozik i Krystyna Wechmann.

Jubileusz zaszczycił obecnością prof. Andrzej Kułakowski; obok dr Hanna Tchórzewska-Korba.

kobiet z rakiem piersi są bliskie. Dotyczy to zarówno pacjentek, ich rodzin, personelu medycznego oraz szerokiego grona partnerów i przyjaciół od lat wspierającego Stowarzyszenie. Takie uroczystości uświadamiają nam **wspólny cel, jakim jest poprawa życia kobiet z rakiem piersi w Polsce.** Wszyscy przypominają sobie, że gdyby nie te kilka kobiet, które przy wsparciu specjalistów 30. lat temu założyły Klub „Amazonki", nie powstałby **wielki amazoński ruch, dziś liczący 200 organizacji i 26 tys. członkiń.** To dzięki ich odwadze, kobiety z rakiem piersi dokonały „wyjścia z szafy", zorganizowały się i pokazały innym chorym, jak można żyć z tym nowotworem, pełnić nadal role rodzinne i społeczne, być atrakcyjnymi kobietami.

Jako polonistka, osoba pisząca, dla której słowa i ich znaczenie mają ogromną wartość, chcę też przypomnieć, że to właśnie dzięki powstałemu przed 30. laty klubowi zrzeszającemu kobiety z rakiem piersi **słowo *Amazonka* weszło do słownika języka polskiego w nowym znaczeniu.**

Prezes Ewa Grabiec-Raczak odpala race na jubileuszowym torcie.

Przed laty zarezerwowane było ono dla było członkiń klubów/stowarzyszeń i nalegałam, aby w tym znaczeniu było ono pisane wielką literą, jak nazwy własne przysługujące jednostkom, czyli kobietom z rakiem piersi zrzeszonym w klubach, a nie wszystkim chorym z tym nowotworem. Z biegiem lat, kiedy o działalności Amazonek stało się głośno, zaczęto tą nazwą określać wszystkie kobiety z rakiem piersi w Polsce, również te nie będące członkiniami amazońskich stowarzyszeń. Jak zwykle rzeczywistość przerosła nasze wyobrażenia. Słowo amazonka weszło do powszechnego słownictwa w nowym znaczeniu nazwy pospolitej. Mimo tego, wbrew ortografii, nadal **będę nalegała, aby pisać je wielką literą – Amazonka – po to, aby zwrócić uwagę na kobiety z rakiem piersi,** które są wśród nas i potrzebują naszego wsparcia, choć są tak dzielne i wspaniałe.

Aleksandra Rudnicka
Honorowa Amazonka
współredaktor „Gazety Amazonki"

Na uroczystość przybyły koleżanki Amazonki z całej Polski.

Leczenie raka piersi w neoadjuwancie

Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski, onkolog specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu chorych z rakiem piersi. Prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi, były Prezydent Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego. Dyrektor medyczny Radomskiego Centrum Onkologii. Prof. Tadeusz Pieńkowski wyjaśnia jaka jest rola leczenia przedoperacyjnego w raku piersi i u których chorych daje ono korzyści.

Nowotwór posiada unikalną cechę, której nie posiadają inne choroby, czyli wytwarza substancję, która stymuluje wzrost naczyń. Dzięki temu jest on odżywiony i dotleniony i może dalej powiększać się. Dodatkowo zyskuje, swojego rodzaju „autostradę", szerząc się wszędzie tam, gdzie dochodzi krew. Do takiego procesu dochodzi wcześnie, zanim nowotwór może być rozpoznany, ponieważ bez tych naczyń ma tylko kilka milimetrów. Nowotwór nie jest homogenną strukturą, która składa się z takich samych komórek. Posiada on bardzo różne komórki – ma naczynia, tkankę tłuszczową, kolagen. W ogólnej masie nowotworu, komórki, które mają zdolność wnikania do naczyń, stanowią zdecydowaną mniejszość i kiedy nawet wnikną do naczyń, to zwykle mechanizmy odpornościowe człowieka niszczą większość tych komórek. Poza tym, nie wszystkie z nich, posiadają zdolność wydostania się i dotarcia, np. do wątroby czy kości. Kiedy rozpoznamy nowotwór, nie wiemy, czy to zjawisko nazywane angiogenezą już zaszło. Co prawda, można oznaczyć we krwi, czy są komórki nowotworowe lub DNA nowotworowe. Jednak ta wiedza nie mówi nam, jakiego rodzaju są to komórki – czy zginą, czy mają zdolność do osiedlenia się w innych narządach.

Przerzuty nowotworowe

Biopsja i operacja nie powodują zjawisk, które sprzyjają szerzeniu się przerzutów. Po usunięciu zmiany w piersi i węzłach chłonnych, kalkulujemy ryzyko wystąpienia przerzutów. To ryzyko jest pochodną dwóch rodzajów czynników. Jeden to jest wielkość i lokalizacja zmian, drugi to kryteria biologiczne. Po operacji leczymy nie chorobę, ale ryzyko jej nawrotu. Obecnie leczy się wszystkie osoby, u których to ryzyko nawrotu raka wynosi co najmniej 10%. Leczenie uzupełniające ma na celu zniszczenie tych mikroprzerzutów, które wystąpiły przed leczeniem miejscowym. Zagadką jest ujawnianie się przerzutów nowotworowych po wielu latach od leczenia. Nie wiadomo, dlaczego konkretna komórka była tak długo w uśpieniu i co ją uaktywniło.

U kogo wskazane jest systemowe leczenie uzupełniające

Ogromnym problemem są dwa zjawiska. Po pierwsze zidentyfikowanie osób, których nie trzeba leczyć, które są radyklanie wyleczone po zabiegu chirurgicznym z ewentualnym dodatkiem radioterapii. Po drugie ustalenie wskazań do leczenia i dostosowanie tego leczenia do cech genetycznych i biologicznych nowotworu. Leczenie trwa kilka miesięcy, a jego pozytywne skutki utrzymują się kilkadziesiąt lat, co oznacza, że efektywność takiej terapii jest bardzo duża. Wyniki badań klinicznych dokumentują, że 20 lat od zakończenia leczenia, żyje więcej osób, od tych, które w ogóle nie podjęły leczenia.

W przypadku leczenia hormonalnego istnieje tendencja do wydłużania tej terapii do 10 lat. Nie ma obecnie jednoznacznej opinii, kogo należy leczyć dłużej, decyzja zależy to od zaawansowania nowotworu, stanu klinicznego i psychicznego pacjentki. Trzeba pamiętać, że chemioterapia i leczenie hormonalne wiążą się z toksycznością, nie tylko związaną z aktualnie prowadzonym leczeniem, ale również z odległymi działaniami niepożądanymi, takimi jak: potencjalne uszkodzenia serca, wtórne nowotwory czy ryzyko uszkodzeń innych narządów. Ryzyko tych powikłań jest mniejsze niż potencjalne korzyści.

W krajach, gdzie nie są prowadzone badania przesiewowe u większości osób nowotwór jest wykrywany, kiedy jest duży i ryzyko nawrotu wynosi co najmniej 30%, zaś ryzyko powikłań wielonarządowych po kilku latach od rozpoczęcia leczenia to 2%. Nie ma wątpliwości, że należy takie chore leczyć. W kraju, gdzie prowadzi się badania przesiewowe raka piersi, mamy do czynienia z małymi nowotworami bez przerzutów do węzłów chłonnych. Tym samym rokowania chorych są dobre, ryzyko nawrotu wynosi ok. 7-10%, zaś ryzyko toksyczności się nie zmienia. Ten balans korzyści i ryzyka wygląda wtedy inaczej.

Rak się boi noża

Leczenie chirurgiczne jest podstawową metodą leczenia chorych na raka piersi. Istnieją dwa podstawowe sposoby takiego leczenia. Jednym z nich jest mastektomia – czyli usunięcie guza wraz z piersią i pokrywającą go skórą, oraz zabieg polegający na usunięciu guza wraz z fragmentem piersi. W obu przypadkach jest niezwykle ważne, aby operacja była radykalna, czyli żeby linie cięć chirurgicznych były wolne od komórek nowotworowych. Tradycyjnie węzły chłonne pachy były usuwane w trakcie mastektomii. W ostatnich latach zakres operacji w obrębie pachy został znacznie ograniczony. Po uprzednim oznakowaniu usuwany jest jeden lub dwa czy trzy węzły i u większości chorych nie ma wskazań do interwencji chirurgicznej w obrębie pachy. U chorych na wczesne postacie raka wyniki leczenia uzyskiwane za pomocą mastektomii i leczenia oszczędzającego są takie same. U chorych leczonych z pozostawieniem piersi istnieją wskazania do przeprowadzenia radioterapii. Leczenie promieniami wskazane jest w nielicznych przypadkach chorych, u których wykonano mastektomię. U wszystkich chorych, u których wykonano mastektomię można wykonać rekonstrukcję.

W większym zaawansowaniu raka leczenie oszczędzające może być przeprowadzone po wstępnej chemioterapii. Jeżeli guz jest duży lub jego proporcja do piersi jest niekorzystna po wstępnej chemioterapii istnieje możliwość wykonania leczenia oszczędzającego. Leczenie chirurgiczne jest przeciwwskazane u chorych z dużymi guzami, z owrzodzeniem, naciekiem skóry piersi. W tych przypadkach zawsze leczenie należy rozpocząć od chemioterapii. Po zmniejszeniu zmian w obrębie piersi należy wykonać zabieg operacyjny. Zakres operacji zależy od pierwotnego zakresu zmian i od reakcji na leczenie. Skojarzenie leczenia systemowego i miejscowego przynosi największą korzyść w takiej sytuacji. Leczy się guz oraz potencjalnie istniejące przerzuty. Kiedy okazało się, że takie leczenie można bezpiecznie przeprowadzić i nie powoduje ono problemów z gojeniem rany i powikłań pooperacyjnych, zaczęto myśleć także nad wczesnym leczeniem przerzutów.

Leczenie oszczędzające

Leczenie oszczędzające, czyli z zachowaniem narządu posiada ogromne zalety, ponieważ odległe skutki mastektomii są dużo poważniejsze niż leczenia oszczędzającego. Poza jednym guzem, który rozpoznajemy i który może mieć tylko kilkanaście milimetrów, istnieją inne, które są poniżej progu detekcji dla badań obrazowych. Jeżeli nie usuwamy całej piersi, konieczna jest radioterapia. Radioterapia współcześnie stosowana jest bezpieczna, jej odległe konsekwencje są daleko mniejsze niż kiedyś. Nie dlatego, że są inne fotony, ale są one lepiej stosowane. Techniki obliczeniowe sposobu napromieniania powodują, że leczenie jest znacznie bardziej precyzyjne. Dawki, które otrzymują płuco czy serce są znacznie mniejsze. Trzeba podkreślić, że osoby, które palą papierosy i są naświetlane, mają dużo większe ryzyko raka płuca. Osoby palące mają też gorszą jakość drobnych naczyń, co ma znaczenie przy rekonstrukcji piersi.

Inny problem pojawia się w sytuacji kobiet, które guz mają na tyle duży, że leczenie oszczędzające jest niemożliwe, ponieważ potencjalny efekt estetyczny nie będzie korzystny. Stąd pojawił się pomysł, aby zmniejszyć guz lekami i dopiero po tym przystąpić do leczenia oszczędzającego. Zanim zostanie wstrzyknięte cokolwiek lub podana tabletka, należy w okolicy zmiany wszczepić znaczniki, które są widoczne podczas badań obrazowych, albo zastosować archaiczną metodę wytatuowania kropek na skórze w pozycji leżącej. Wszelkie doświadczenia, które zebraliśmy, mówią, że jeśli nawet nie widzi się nowotworu po tym leczeniu, to usunięcie obszaru zajętego pierwotnie przez raka ma znaczenie dla wydłużania życia.

Biopsja węzła wartowniczego

Przez dziesiątki lat trwało przekonanie o tym, że jeżeli mamy pierś podzieloną na umowne części, to guz z danej lokalizacji szerzy się w to, czy inne miejsce. Po latach badań okazało się, że ponad 90% wszystkich przerzutów dokonuje się do pachowych węzłów chłonnych. Węzeł wartowniczy jest pierwszym węzłem, do którego spływa chłonka z okolicy wkłucia nowotworowego. Jest on zidentyfikowany przez podanie izotopu i barwnika. Między podaniem izotopu a operacją musi być co najwyżej 24 godziny. Jeżeli ten czas jest dłuższy, to izotop się rozkłada i tego odczytu nie będzie. W trakcie operacji podaje się w okolice zmiany nowotworowej barwnik. Chirurg identyfikuje zatem poszukiwany węzeł na podstawie odczytu stężenia izotopu i błękitnego wybarwienia Jeżeli w usuniętym węźle (węzłach) nie ma przerzutów lub jest jeden, to kończy się zabieg. Można rozważać napromienianie tej partii lub odstąpienie od czynności. Przy leczeniu neoadjuwantowym biopsja węzła wartowniczego może być wykonana po leczeniu chemią.

Zaletą leczenia przedoperacyjnego jest możliwość wykonania leczenia oszczędzającego u znacznie większej liczby kobiet niż pierwotnie to wynika z zaawansowania choroby. Nie powoduje ono również kłopotów z gojeniem ran. Leczenie neoadjuwantowe niszczy oczywiście mikroogniska, ale analizując wszystkie badania, nie wykazano, aby miało to wpływ na przeżycie. Kobiety leczone chemioterapią, przed czy po operacji, mają jednakowe rokowania.

Kogo leczyć neoadjuwantowo, czyli przedoperacyjnie?

Wskazanie do leczenia przedoperacyjnego mają wszystkie pacjentki, u których wykonanie pierwotne operacji jest przeciwwskazane ze względu na znaczne zaawansowanie miejscowe lub występowanie przerzutów odległych.

Również chore, u których myślimy o wykonaniu leczenia oszczędzającego, ale ze względu na wielkość zmian nie możemy go przeprowadzić, mają wskazania do takiego leczenia. W większości przypadków leczenie neoadjuwantowe można rozważać u chorych z guzem pierwotnym powyżej 2 cm w największym wymiarze. Uważa się, że osoby chore na raka z nadmierną ekspresją receptora HER2 odniosą większą korzyść z zastosowania takiego leczenia. Pacjentki te przed operacją powinny otrzymać *trastuzumab* skojarzony z chemioterapią. Z danych światowych wynika, że skuteczność podnosi dodanie do *trastuzumabu* drugiego przeciwciała *pertuzumabu*. Polski system nie przewiduje refundowania terapii tym lekiem w leczeniu neoadjuwantowym. Natomiast terapia *trastuzumabem* jest refundowana w Polsce.

Uważa się, że optymalny czas podania chemioterapii przed operacją jest taki sam, jak po operacji, czyli 6 kursów. W przypadku stosowania chemioterapii i *trastuzumabu*, leczenie *trastuzumabem* powinno trwać łącznie rok.

Chore, u których guz ma ponad 2 cm i jest to rak z nadmierna ekspresją receptora HER2, mają wskazania do leczenia neoadjuwantowego.

Druga grupa to chore z wysokim poziomem receptora estrogenowego. Szansę na uzyskanie odpowiedzi na leczenie hormonalne rosną istotnie, gdy ekspresję tego receptora stwierdza się w co najmniej 20% komórek raka. Jeżeli dodatkowo nie stwierdza się nadmiernej ekspresji receptora HER – stopień złośliwości nowotworu wynosi 1 lub 2, zaś Ki67 – stopień namnażania komórek nowotworowych jest niski, to na te raki działają dobrze leki hormonalne. Musza być podawane przynajmniej przez 3 miesiące, aby osiągnąć poziom terapeutyczny.

Czy nie lepiej operować bez leczenia w neoadjuwancie?

Oczywiście, jeżeli operacja jest możliwa, zapewnia ona dwie rzeczy: szybko usuwa się masę nowotworu i można go zbadać w całości, w postaci niezmienionej przez leki. Wtedy decyzję o leczeniu można podejmować, mając więcej informacji. Kolejne problemy to: jak długo leczyć, kiedy to leczenie zmieniać i kiedy jest optymalny czas na wykonanie operacji. Akademicka odpowiedź mówi, że należy operować, kiedy guz jest najmniejszy. Tylko trudno określić ten moment. Przy leczeniu przedoperacyjnym dużą rolę odgrywa współpraca z pacjentką, która może określić, np. czy guz jest bardziej miękki lub czy się przemieścił. Na tej podstawie można się dowiedzieć, czy nowotwór się zmienia. Lekarz powinien palpacyjnie badać pacjentkę, gdyż mammografia czy USG nie oddaje w sposób pełny tego, co się dzieje z nowotworem. Rzadko się zdarza progresja w trakcie leczenia, ale może do niej dojść. Wtedy trzeba jak najszybciej zmienić leczenie, a nie wykonywać operację. Na pewno pacjentka musi zgłosić lekarzowi zmianę, np. że pierś stała się bardziej obrzęknięta. Niekorzystna sytuacja jest wtedy, kiedy lekarz bada pacjentkę przed leczeniem chemicznym, a później dopiero po nim, nie wykonując badań w trakcie.

Jak postępować, gdy są przerzuty?

W przypadku chorych na pierwotnie uogólnionego raka piersi, czyli w sytuacji, w której przerzuty są obecne w chwili rozpoznania raka, istnieją wskazania do leczenia systemowego. Jego rodzaj zależy od zaawansowania choroby, cech biologicznych raka i stanu ogólnego chorej. Jeżeli występują jedynie ograniczone przerzuty do kości, usunięcie zmiany w piersi może przynieść dodatkowe korzyści. Jeżeli natomiast występują przerzuty w innych narządach, to usuwanie piersi nie daje dodatkowej korzyści.

Szanse na remisję

Po wstępnym systemowym leczeniu neoadjuwantowym u wszystkich chorych wskazane jest leczenie chirurgiczne. Zaniechanie tego leczenia niekorzystnie wpływa na rokowanie. Po leczeniu neoadjuwantowym prawdopodobieństwo uzyskania całkowitej patologicznej remisji w obrębie piersi i w węzłach chłonnych wynosi 40%. Jest to najkorzystniejsza sytuacja. Także kiedy w badaniu mikroskopowym jest opisane, że komórkowość jest ograniczona i są cechy uszkodzenia przez leki, jest to dobra sytuacja.

PODSUMOWANIE

Podsumowując, leczenie przed- i pooperacyjne posiadają punkt wspólny – tj. niszczenie mikroprzerzutów raka, które mogą potencjalnie istnieć w chwili rozpoznania. W tym zakresie obie metody są jednakowo skuteczne. Przeżycie po leczeniu przed- i pooperacyjnym jest takie samo. Rodzaj leczenia zależy od cech biologicznych nowotworu.

Leczenie przedoperacyjne powinno być monitorowane, aby zauważyć ewentualną progresję. Po leczeniu neoadjuwantowym konieczne jest leczenie chirurgiczne. Ma ono znaczenie dla dalszego przeżycia chorych. Biopsja węzła wartowniczego może być wykonana przed chemioterapią lub po jej zakończeniu. Wszystkie osoby leczone w sposób oszczędzający mają wskazania do napromieniania piersi.

Breast Nursetki

Joanna Urbaniak, magister pielęgniarstwa ze specjalizacją pielęgniarstwa onkologicznego. Od 7 lat pracuje jako pielęgniarka w Centrum Onkologii – Instytucie w Gliwicach w Klinice Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej, rok temu przekształconej w III Klinikę Radioterapii i Chemioterapii. Joanna Urbaniak przedstawia pracę kompleksowego ośrodka leczenia raka piersi i kluczową rolę jaką odgrywają w koordynacji pracy tej placówki pielęgniarki chorób piersi (*Breast Nurse*).

Rak piersi to najczęściej występujący nowotwór u kobiet na świecie i najczęstsza nowotworowa przyczyna zgonów. **W Polsce, na każde 100 tysięcy kobiet na raka piersi zachoruje 40 kobiet. Aż 80 procent z nich można wyleczyć! Trzeba tylko działać skutecznie.**

Jakie są przyczyny rak piersi i jak najlepiej go leczyć?

Powszechnie wiadomo, że są dwa główne czynniki ryzyka rozwoju raka piersi. To wiek – ryzyko rośnie z latami, i czynnik dziedziczny – u co dziesiątej chorej **skłonność do raka jest zapisana w genach (BRCA1, BRCA2 i innych niedawno odkrytych).**

Rodzajów nowotworów piersi jest tak wiele, że leczenie niemal zawsze ma charakter wielodyscyplinarny. **Wymaga to indywidualnego podejścia i kompleksowej opieki, do której potrzeba specjalistów wielu dziedzin.** Konieczna jest więc koordynacja pracy interdyscyplinarnych zespołów, zwłaszcza że leczenie jest procesem rozłożonym w czasie i wielofazowym.

Od dawna poszukiwano optymalnego sposobu organizacji systemu leczenia raka piersi. Począwszy od małych ośrodków onkologicznych, które w przeszłości łączyły oddziały chirurgii onkologicznej, chemioterapii i radioterapii, aż po duże, wieloprofilowe i wszechstronne centra onkologiczne, w których funkcjonowały wyspecjalizowane oddziały narządowe.

Obecnie dąży się do modelu, w którym na potrzeby leczenia najczęstszych nowotworów (w tym raka piersi) tworzone są jednostki wielodyscyplinarne. Jednym z modeli jest *Breast Unit*.

Czym jest Breast Unit?

Kiedy zostaje postawiona diagnoza „rak piersi", trzeba działać szybko i precyzyjnie. Wybór optymalnej metody leczenia zależy od stopnia zaawansowania oraz typu danego guza. **Choroba nowotworowa piersi wymaga leczenia kompleksowego, dobrze skoordynowanego w czasie i prowadzonego z udziałem najbardziej doświadczonych specjalistów. Aby leczenie było szybkie i skuteczne musi być spełnione wiele warunków:**

- trzeba zapewnić dostęp do lekarzy wielu specjalności równocześnie (i to zarówno w dziedzinach onkologicznych jak i poza onkologicznych);
- niezbędne jest uwzględnienie profilaktyki, skryningu i rozpoznawania nowotworów;
- zarówno decyzje jak i wdrażanie procedur diagnostycznych i terapeutycznych muszą następować szybko;
- konieczne jest przestrzeganie ustalonych standardów postępowania;
- pacjent musi uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji;
- procedura wymaga certyfikacji, audytu zewnętrznego i kontroli jakości;
- powinny być stworzone możliwości testowania nowych technologii medycznych w ramach rutynowej opieki nad chorymi;
- nieodzowne jest otwarcie na potrzeby „rzadkich i trudnych" populacji chorych (w raku piersi to np.: chore w ciąży, kobiety przed prokreacją, kobiety po 80. roku życia);
- wreszcie konieczna jest opieka nad chorymi po leczeniu.

Sprostać temu wyzwaniu może jedynie doskonale zorganizowany, wykorzystujący multidyscyplinarną wiedzę i pracujący ze sobą na co dzień zespół specjalistów. To właśnie jest *Breast Unit*.

Kluczowa rola Breast Nurse

Ważnym członkiem zespołu *Breast Unit* jest pielęgniarka chorób piersi (*Breast Nurse*). Wg wytycznych Europejskiego Towarzystwa Chorób Piersi (EUSOMA) stanowisko to wymaga: fachowej wiedzy w zakresie nowotworowych i nienowotworowych schorzeń piersi, a także metod diagnostyki i leczenia w tym kompetencji w zakresie procedur pielęgniarskich, dotyczących opieki nad chorymi oraz perfekcyjnej znajomości organizacji systemu opieki w jednostce.

Mówiąc kolokwialnie – wykwalifikowana pielęgniarka chorób piersi powinna „znać piersi na wylot". Począwszy od budowy anatomicznej klatki piersiowej i samego gruczołu, przez jego fizjologię, aż po choroby i to nie tylko nowotworowe. Musi być także na bieżąco z metodami leczenia, skutkami ubocznymi chemio- i radioterapii i bezbłędnie pokierować badaniami kontrolnymi po zakończeniu leczenia. Ma być też ekspertem od diagnostyki. Musi nie tylko nauczyć samobadania, ale też znać wszystkie metody diagnostyczne i trafnie rozpoznawać objawy kliniczne w postaci wczesnej i zaawansowanej. Na wylot powinna też znać obowiązujące w jednostce procedury i organizację pracy z pacjentem.

Dopiero ta rozległa wiedza pozwala na koordynowanie pracy *Breast Unit*, co jest podstawą sprawnego funkcjonowania. **To także warunek poprowadzenia pacjenta przez kolejne etapy jego działania.**

Dzięki zaangażowaniu pielęgniarek chorób piersi system nie tylko działa efektywnie, ale – co niemniej ważne – pacjent czuje się dużo bardziej komfortowo.

Badania i obserwacje sugerują, że interwencje pielęgniarki chorób piersi niosą ze sobą mnóstwo korzyści w obszarze psychiki osoby chorej:

- zmniejszenie stresu, uciążliwego lęku i depresji,
- poprawa samopoczucia fizycznego i społecznego,
- wyraźny spadek poziomu niepewności w okresie do 6 miesięcy po diagnozie, wpływający na znaczącą poprawę stanu zdrowia.

Badania wykazały wręcz, że interwencja „twarzą w twarz" pielęgniarki chorób piersi nierzadko, z powodzeniem zastępuje pracę psychologa. Nie mówiąc już o wpływie na poziom zadowolenia z leczenia.

Gliwicki Breast Unit

W latach 70. ubiegłego wieku W Centrum Onkologii w Gliwicach powstał tzw. Komitet Sutkowy (dziś powiedzielibyśmy Komitet Piersiowy), następnie Zespół Nowotworów Sutka – system multidyscyplinarnego, konsyliarnego podejmowania decyzji dotyczących chorych na raka piersi.

Od 2012 roku w Centrum Chorób Piersi – pracuje się wg formuły *Breast Unit*. Kierownikiem Centrum jest dr n. med. Michał Jarząb, a w skład zespołu wchodzi 30 onkologów różnych specjalności, takich jak: onkolodzy kliniczni, specjaliści chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, patomorfolodzy, specjaliści medycyny nuklearnej czy genetyki klinicznej.

W Gliwickim *Breast Unit* opiekę na chorymi sprawują również: pielęgniarki chorób piersi, rehabilitanci medyczni, psychologowie kliniczni, fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni, technicy radiodiagnostyki, radioterapii i wolontariusze.

Gliwickie Breast Nursetki

Jednym z podstawowych zadań pielęgniarki chorób piersi w gliwickim Centrum Onkologii jest pomoc chorym w poruszaniu się po złożonym systemie działania *Breast Unit*. Nikt, tak jak one nie rozszyfruje fachowych zapisów ze skierowań. Nikt, tak jak one nie przeprowadzi przez zawiłe korytarze, najkrótszą drogą od jednego do drugiego gabinetu. W Centrum Onkologii – Instytucie w Gliwicach, *Breast Nursetkom* pomagają w tym wolontariusze.

W niektórych jednostkach pielęgniarki pracują także jako koordynatorzy diagnostyki i leczenia onkologicznego, planując badania i leczenie. To wszystko dzięki rozległej wiedzy ze specjalizacji, doświadczeniu wielu lat pracy w Centrum, szkoleniom, obejmującym różne aspekty i formy leczenia onkologicznego, a także omawiającym stadia choroby od rozpoznania aż po wyleczenie lub... kres życia.

W dotychczasowej pracy naszego zespołu niezwykle ważnym elementem systemu jest **współpraca pielęgniarek chorób piersi z interdyscyplinarnym zespołem wsparcia** – psychologami, psychiatrami, terapeutami oraz pracownikami socjalnymi.

Młode pacjentki pod specjalnym nadzorem

W naszej, gliwickiej jednostce wzięliśmy na cel raka piersi u kobiet między 30. a 35. rokiem życia. Z analizy, przeprowadzonej przez zespół lekarzy Instytutu wynika, że jest to grupa chorych o wyraźnie gorszym rokowaniu. **Leczenie tych pacjentek wymaga zastosowania indywidualnego, kompleksowego programu leczniczego.** Właśnie im dedykujemy system, nad którym pracowaliśmy przez kilka ostatnich lat. System, którego założeniem jest maksymalizacja szansy na wyleczenie, przy równoczesnej minimalizacji negatywnych skutków terapii.

Młode pacjentki leczone przez Wielodyscyplinarny Zespół „Nowotwory Piersi", jak nazywa się ten *Breast Unit*, korzystają z najnowocześniejszych metod diagnostycznych: obrazowo-czynnościowych badań piersi (fuzja TK, NMR, PET), biopsji gruboigłowych, czy chemioterapii monitorowanej zrobotyzowanym badaniem USG, powtarzanym przy każdym cyklu.

Z kolei **leczenie chirurgiczne i rekonstrukcyjne ma na celu uzyskanie nie tylko rzetelnej skuteczności, ale i najlepszego efektu kosmetycznego.** U młodych kobiet ma to olbrzymie znaczenie dla jakości życia po leczeniu – spełniania się w rodzinie, satysfakcji seksualnej i funkcjonowania w społeczeństwie.

Każda chora ma możliwość skorzystania w Instytucie z pomocy psychologicznej, konsultacji specjalisty ginekologa-położnika czy porady endokrynologa.

U tych, którzy wymagają intensywnego leczenia onkologicznego, np. **agresywnej chemioterapii, terapia prowadzona jest w warunkach dziennego szpitala.** Tak, by ograniczyć czas spędzany przez pacjentkę w murach Instytutu i pozwolić jak najwięcej czasu spędzać z bliskimi w domu.

Jak to działa w praktyce

W ramach *Breast Unitu*, w przypadku podejrzenia o nowotwór, **cała diagnostyka zmian w piersi i w regionalnych węzłach chłonnych wykonywana jest już podczas pierwszej wizyty.** Dzięki temu, od badania do rozpoznania histopatologicznego i określenia zaawansowania choroby upłynie około tygodnia!

Kolejna wizyta to już decyzje dotyczące strategii leczenia, w tym kwalifikacja do odpowiedniego zabiegu chirurgicznego czy przedoperacyjnego leczenia systemowego (chemioterapii, hormonoterapii, leczenia ukierunkowanego molekularnie). **Podejmuje je interdyscyplinarny zespół, złożony z chirurga onkologa, onkologa klinicznego oraz specjalisty radioterapii onkologicznej, przy świadomym udziale pacjentki.** W razie potrzeby wyniki badań dodatkowych konsultowane są również z patologami i radiologami, specjalizującymi się w rozpoznawaniu chorób piersi. Chore i ich rodziny z obciążającym wywiadem rodzinnym mają zapewniony dostęp do Poradni Genetycznej. Dopełnieniem leczenia jest opieka psychoonkologa i dietetyka. W razie potrzeby pacjentki są również kierowane do specjalistów w zakresie rehabilitacji, zachowania płodności czy opieki paliatywnej.

Od rozpoznania do leczenia – w 2 tygodnie!

Ogromnym atutem działania w systemie Breast Unit jest ograniczenie czasu od diagnozy do rozpoczęcia leczenia – do maksymalnie dwóch tygodni. Za dotrzymanie tego terminu odpowiada koordynator pacjenta. To jego rolą jest odpowiednie zaplanowanie wszystkich badań i przeprowadzenie rejestracji.

Dwa razy w tygodniu zbiera się konsylium – zespół składający się z: onkologa, chirurga, radiologa, radioterapeuty, patomorfologa, koordynatora pacjentów i stażysty. Podczas tych spotkań lekarze wymieniają się informacjami i uwagami, i podejmują decyzję w sprawie leczenia.

Po konsylium pacjentki zakwalifikowane do leczenia chirurgicznego zostają zaproszone na indywidualną rozmowę z chirurgiem. Szczególną opieką obejmujemy chore, które przed operacją czeka chemioterapia (czyli leczenie neoadiuwantowe). Pacjentki zakwalifikowane do tej grupy spotykają się wspólnie z onkologiem w kameralnej sali konferencyjnej, gdzie chemioterapeuta wyjaśnia, na czym polega leczenie. To bardzo trudny moment dla chorych, dlatego lekarz w bardzo empatyczny choć konkretny sposób stara się wytłumaczyć, jak „to" będzie wyglądało i czego można się spodziewać. **Na cierpliwie wyjaśnienie wszelkich wątpliwości będzie jeszcze czas podczas indywidualnego spotkania, służącego omówieniu szczegółów leczenia.**

Jak uczynić chemię nie tak straszną

Jedną z wielu przykrości związanych z przyjmowaniem chemii jest oczywiście utrata włosów. W naszym ośrodku chorzy mogą skorzystać z urządzenia, które to ogranicza. Metoda polega na zastosowaniu specjalnego systemu chłodzącego. Można ją zresztą stosować podczas leczenia niemal wszystkich typów raka, poza nowotworami krwi, szpiku kostnego i ośrodkowego układu nerwowego. Specjalna aparatura pompuje płyn chłodzący do silikonowych czepków. Płyn chłodzący ma temperaturę -4°C. Taka wartość pozwala uzyskać optymalną skuteczność w zapobieganiu wypadania włosów. Jest ona bardzo wysoka – w niektórych przypadkach sięga aż 90%, co oznacza, że jedynie 10% włosów zostaje utracona podczas chemii.

Warto też wspomnieć, że **wszystkim osobom rozpoczynającym chemioterapię proponuje się wszczepienie portu naczyniowego** – czyli podskórnego, stałego dostępu do żylnych naczyń krwionośnych.

Kwalifikacja do zabiegu

Kwalifikację chorych do zabiegu przeprowadza chirurg onkolog, na podstawie badania klinicznego. Wtedy wstępnie ustala stopień zaawansowania, ocenia wyniki mammografii, rozpoznania z biopsji cienkoigłowej, badania histopatologicznego wyciętego guza, czy jego wycinka. Nasi chirurdzy, z Oddziału Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, specjalizują się w rekonstrukcjach piersi z tkanek własnych.

Zabezpieczenie płodności

Dodatkowo, w naszym ośrodku pacjentki są też informowane o możliwościach zabezpieczenia płodności i krokach, jakie należy w tym celu podjąć. **Procedura ta nie jest w Polsce refundowana, ale umożliwiamy pacjentce szczegółowe zapoznanie z tematem, podczas bezpłatnej konsultacji w prywatnej klinice.**

TEST ONCOTYPE

oncotypeDX®
Breast Recurrence Score

Aldona Roguska – dyrektor ds. Operacyjnych Szpitala, Europejskiego Centrum Zdrowia Otwock, przedstawia korzyści, jakie daje zastosowanie testów wielogenowych w diagnostyce chorych z rakiem piersi w doborze najlepszej dla nich terapii.

Pod potocznym pojęciem „rak" kryje się szeroki katalog różnych schorzeń. Nawet w ramach tej samej jednostki chorobowej występuje wiele odmian i podtypów danego nowotworu. Różnią się one przebiegiem, agresywnością, wrażliwością na leczenie oraz rokowaniem. Ostatnie lata przyniosły przełom. **Dzięki postępowi w diagnostyce oraz lepszemu poznaniu biologii nowotworów**, współczesna onkologia może zaoferować spersonalizowany tok leczenia – dostosowany do cech danego nowotworu. **Lekarze zyskali dostęp do testów wielogenowych**, które zastosowane u odpowiednio wyselekcjonowanych grup pacjentów stanowią cenne narzędzie diagnostyczne. **Pomagają zaplanować optymalne dla danego chorego leczenie oraz ocenić prawdopodobieństwo nawrotu choroby.**

Test Oncotype DX dla pacjentek z rakiem piersi

Podczas tegorocznego spotkania ASCO w Chicago przedstawiono wyniki badania klinicznego TAILORx, które dotyczyło zastosowania testu wielogenowego Oncotype DX Breast Recurrence Score. Do badania włączono 10 273 pacjentek z rakiem piersi bez przerzutów w węzłach chłonnych, z ekspresją receptora estrogenowego i bez ekspresji receptora HER2. W oparciu o test Oncotype DX chore o pośrednim ryzyku nawrotu nowotworu zostały w sposób losowy przydzielone do ramienia badania, w którym zastosowano wyłącznie hormonoterapię lub do ramienia w którym pacjentkom poddawano chemioterapię razem z hormonoterapią. **Stwierdzono, że w badanej grupie chorych samodzielna hormonoterapia jest nie mniej skuteczna niż chemioterapia połączona z hormonoterapią.** Światowe media szybko obiegła informacja, że dzięki wynikom przełomowego badania możliwe jest bezpieczne uniknięcie chemioterapii w przypadku aż 70% pacjentek, u których rozpoznano najczęstszą postać raka piersi.

Dokonanie tego odkrycia, przebadanie w krótkim czasie tak dużej grupy pacjentek było możliwe dzięki zastosowaniu **21-genowego testu Oncotype DX, który jest dostępny także w Polsce. Chore z rakiem piersi spełniające określone kryteria, mogą wykonać go w Europejskim Centrum Zdrowia Otwock.**

Podstawową metodą leczenia chorych na raka piersi jest postępowanie chirurgiczne. Inne metody terapii, które stosuje się przed lub po operacji, określa się mianem leczenia uzupełniającego. **W kwalifikacji do uzupełniającego leczenia systemowego lekarze kierują się tzw. czynnikami prognostycznymi i predykcyjnymi – „drogowskazami" wskazującymi kogo i jak należy leczyć.**

U pacjentek, których nowotwór cechuje się obecnością receptorów hormonalnych bez receptorów HER2 oraz z cechami kliniczno-patologicznymi wskazującymi na agresywny przebieg choroby stosuje się chemioterapię. U chorych z obecnością czynników przemawiających za łagodnym przebiegiem choroby – hormonoterapią. **Najbardziej problematyczna z uwagi na decyzję o zaplanowaniu terapii jest tzw. pośrednia grupa. To właśnie ona może być głównym beneficjentem testu Oncotype DX.**

Więcej informacji o testach na stronie Europejskiego Centrum Zdrowia Otwock ***www.ecz-otwock.pl*** *oraz na* ***www.oncotypedx.pl***

Oncotype DX Breast Recurrence Score to test diagnostyczny mierzący aktywność grupy genów w komórkach raka piersi. Na podstawie analizy ekspresji 21 genów test wyróżnia 3 grupy rokownicze: o niskim, pośrednim i wysokim ryzyku nawrotu. Wynik badania może pomóc lekarzom w podjęciu decyzji dotyczących optymalnego leczenia pacjentek we wczesnym stadium inwazyjnego raka piersi wykazującego aktywność receptorów estrogenowych (ER+), bez ekspresji receptorów czynnika wzrostu naskórka (HER2-ujemnego). Test Oncotype DX określa w tym wypadku prawdopodobieństwo korzystnego wpływu na leczenie zastosowania chemioterapii w skojarzeniu z terapią hormonalną.

Do testu wykorzystuje się tkankę wyciętą w trakcie operacji i nie wymaga on dodatkowego zabiegu chirurgicznego. Wynik badania – nazywany punktacją rekurencji – zawiera się w przedziale liczb od 0 do 100. Im mniejszy wynik – tym mniejsza szansa, że chory odniesie korzyść terapeutyczną z zastosowania chemioterapii. Im wyższy wynik – tym większa szansa, że chemioterapia przyniesie zamierzony efekt.

Oncotype DX jest rekomendowany przez Instytut Zdrowia oraz Opieki w Wielkiej Brytanii (NICE) i jest uwzględniony w większości międzynarodowych wytycznych dotyczących leczenia raka piersi.

Zdrowie zaczyna się w głowie, czyli jak być dla siebie wystarczająco dobrym

Adrianna Sobol, magister psychologii klinicznej. Pracuje jako psycho-onkolog w Szpitalu Onkologicznym Magodent w Warszawie. Jest członkiem Zarządu Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej. Stworzyła platformę szkoleniową online „Wszystko zaczyna się w głowie". Współtwórczyni audycji radiowej „O raku przy kawie". Występuje jako ekspert w programach telewizyjnych, współtworzy akcje i kampanie społeczne. Prowadzi szkolenia i warsztaty. Adrianna Sobol wyjaśnia na czym polega zdrowy egoizm i dlaczego należy się troszczyć o siebie.

Przed każdą kobietą na każdym etapie życia stoi dużo wyzwań. Są to wyzwania narzucone przez życie i te, które wyznaczamy sobie same. **W codziennej gonitwie, realizując siebie w sferze zawodowej i prywatnej, budujemy kariery, rodziny, spełniamy marzenia.** Tworzymy nowe życie, wychowujemy dzieci, wnuki. Cieszymy się i wzruszamy. Odnosimy sukcesy i znamy smak porażki. Każdego dnia staczamy małe i wielkie bitwy o siebie, szczęście czy lepszy byt. W tym biegu przez życie czasem nawet nie zauważamy, że już brakuje nam tchu, bo wciąż jest wiele życiowych punktów do zrealizowania. **W tym ciągłym biegu bardzo łatwo jest przegapić siebie, własne potrzeby, marzenia, a nawet zdrowie.**

Mam wpływ na swoje zdrowie

Chyba wszystkie się zgodzimy, że **zdrowie ma wartość bezcenną!** Zdrowie to fundament każdego naszego działania, nasza siła napędowa. Choć zdrowie dla każdego z nas jest tak ważne, jednak rzadko o nie tak naprawdę dbamy. **Zakładamy, że zdrowie się po prostu ma lub nie. Nie patrzymy na siebie całościowo, holistycznie.** Dodatkowo nie zdajemy sobie sprawy, że na to jak się czujemy, mamy duży wpływ! Czas skończyć z tym błędnym podejściem! Pora o siebie zadbać. Nadszedł czas, żeby być szczerą wobec siebie i przyjrzeć się swojemu zdrowiu. Usiądź wygodnie, weź kartkę papieru, wsłuchaj się w siebie, a swoje wnioski zanotuj. **Zaczynamy lekcję zdrowia!**

Twój zdrowotny audyt

Gdybym zadała Ci pytanie – ***Czy czujesz się zdrowo?***, to co bym usłyszała? Domyślam się, że to trudne pytanie, więc zadam Ci inne – ***Czy jesteś dla siebie wystarczająco dobra?*** Brzmi inaczej, jednak wciąż pytam Cię o zdrowie.

My kobiety mamy niezwykłą umiejętność dbania o innych. Właściwie jesteśmy w tym mistrzyniami. Zawsze jest ktoś lub coś, czym musimy się bezzwłocznie zająć, zaopiekować i tym samym spychamy siebie na dalszy plan. Dlatego, jeśli zastanawiasz się, co właściwe oznacza bycie dla siebie wystarczająco dobrym, to już Ci wyjaśniam. **Bycie dla siebie dobrym, to po prostu uważność na własne potrzeby! To niezgoda na to, aby z siebie rezygnować!** Chcąc uszczęśliwić innych, pamiętaj o bardzo ważnej lekcji życiowej – najpierw załóż „maskę tlenową" sobie, a później martw się o resztę, bo inaczej nie pomożesz nikomu – łącznie ze sobą. Dokładnie tak, jak tego uczą stewardessy podróżnych w samolocie.

Mam do Ciebie kolejne pytanie – ***Co ostatnio dla siebie zrobiłaś?*** Ostatnio, to nie oznacza rok czy kilka miesięcy temu? Co zrobiłaś dla siebie w zeszłym tygodniu? Dodam tylko, że **mam tu na myśli zrobienie dla siebie jakieś przyjemności. Przyjemności tylko dla siebie**, nie dlatego, że powinnam lub tak wypada.

Niestety kolejną przypadłością kobiet jest to, że zbyt często mówimy – później! Później pojadę na wakacje, później znajdę czas na teatr, kino czy spotkanie ze znajomymi, później kupię sobie coś ładnego. Ciągle jest to później, tylko czy nasze plany znajdują w końcu swój finał? **Krótkie ćwiczenie – napisz na kartce papieru cztery przyjemności, które zrobisz dla siebie w tym miesiącu.** Mam nadzieję, że nie odłożysz tego na później.

Mówiąc o zdrowiu nie możemy zapomnieć o jego najważniejszej składowej – **nauce zdrowego egoizmu!** Egoizm. Możecie pomyśleć – ***Ale tak nie wypada, to niestosowne?!*** Od dziecka jesteśmy uczone, aby być skromnym, ustępować, troszczyć i pomagać innym. To bardzo ważne wartości, jednak jest w nich pułapka. Nagle się okazuje, że w różnych przestrzeniach życiowych nie potrafimy postawić granic, nie mówimy „Nie". Przez to często czujemy się zmęczone, a czasem nawet wykorzystane.

Mówiąc o zdrowym egoizmie, mam na myśli umiejętność zatroszczenia się sama o siebie! Czekanie, aż inni się domyślą, jakie są nasze potrzeby nie jest najlepszym rozwiązaniem. W końcu może okazać się, że nasi bliscy nie domyślili się wcale, a w konsekwencji czujemy smutek i rozczarowanie. Aby uniknąć tego stanu, naucz się głośno nazywać swoje myśli, uczucia. Zacznij jasno i wyraźnie komunikować swoje pragnienia i potrzeby, zobaczysz z jaką korzyścią to przełoży się na Twoje życie.

I nie zapomnij o bardzo ważnej lekcji życiowej: **podstawą zdrowia jest miłość do samego siebie!** Jeśli będziemy same siebie darzyć dobrym uczuciem, automatycznie będziemy o siebie dbać, nigdy nie przegapimy siebie, swoich marzeń i potrzeb, ale przede wszystkim nie przegapimy swojego zdrowia oraz dobrego samopoczucia!

Zdrowie zaczyna się w głowie!

Zdrowie zdecydowanie zaczyna się w głowie! To tam odwołując się do wiedzy, zebranych informacji, a także emocji, codziennie podejmujesz decyzje, które wpływają na Twoje zdrowie. Zaczynając od tego co jesz, z kim się spotykasz, jaki masz nastrój, ile i jak odpoczywasz, jak radzisz sobie ze stresem, czy uprawiasz sport, stosujesz się do zaleceń profilaktyki przeciwnowotworowej, a także czy wykonujesz badania przesiewowe? W życiu wszystko jest ważne, a chcąc zadbać o zdrowie nie należy pomijać żadnego z jego elementów.

Niezależnie czy jesteś zdrowa, w trakcie leczenia onkologicznego czy po jego zakończeniu, zawsze jest dobry moment, żeby o siebie zadbać! Uśmiechnij się do siebie, wsłuchaj się w swoje ciało i myśli, odczytaj, co chcesz sama sobie powiedzieć. Nie bój się swoich łez, one często przynoszą ulgę. Pozwól sobie na poukładanie emocji. Możesz to zrobić sama, przy pomocy bliskich czy profesjonalnego wsparcia psychologicznego. **Przede wszystkim naucz się być dla siebie dobra, bo to właśnie od tego zaczyna się zdrowie!**

Schładzanie skóry głowy podczas chemioterapii jako metoda zapobiegania wypadaniu włosów

Barbara Jobda, pielęgniarka onkologiczna. Współzałożycielka oraz aktualna prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych. Od ponad 30 lat pracuje w Centrum Onkologii-Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Inicjatorka powołania specjalizacji z pielęgniarstwa onkologicznego oraz współautorka programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek w tej dziedzinie. Główne zainteresowania zawodowe to: opieka nad pacjentami poddanymi chemioterapii i radioterapii oraz profilaktyka nowotworów, szczególnie raka piersi i szyjki macicy. Od wielu lat współpracuje i wspiera organizacje pacjentów onkologicznych. Barbara Jobda opisuje, co dzieje się z włosami podczas chemioterapii oraz rozważa plusy i minusy schładzania skóry głowy, metody mającej uchronić przed wypadaniem włosów w wyniku zastosowania chemioterapii.

Utrata włosów w trakcie leczenia dotyczy średnio 65% pacjentów leczonych z powodu nowotworu. Może być silnym przeżyciem emocjonalnym zwłaszcza dla kobiet, jako jeden z najbardziej rzucających się w oczy skutków ubocznych leczenia. Negatywnie wpływa na akceptację swojego wyglądu oraz obniża poczucie własnej wartości. **Powoduje poczucie bycia innym w oczach ludzi oraz widoczność choroby dla świata zewnętrznego.**

Utrata włosów wiąże się także z fizycznymi problemami spowodowanymi koniecznością noszenia peruki czy nakrycia głowy, takimi jak pocenie się skóry głowy czy świąd. Wywołuje to dyskomfort objawiający się irytacją, ciągłym napięciem i niepokojem.

Łysienie może skłonić niektórych pacjentów, w szczególności kobiety, do całkowitej odmowy poddania się leczeniu. W ankietach prowadzonych wśród pacjentów na ten temat wskazują oni, że z perspektywy czasu wypadanie włosów było dla wielu najgorszym skutkiem ubocznym chemioterapii.

Jak leczenie przeciwnowotworowe wpływa na włosy

Podstawowym mechanizmem działania leków cytotoksycznych jest zahamowanie podziałów komórkowych. Leki te działają destrukcyjnie nie tylko na komórki nowotworowe, ale na wszystkie szybko dzielące się komórki w ustroju, do których należą komórki macierzy włosa mieszczące się w podskórnym mieszku włosowym. Około 85% wszystkich komórek macierzy włosa znajduje się w ciągłej fazie podziału, co normalnie prowadzi do wzrostu włosów. **Leki cytotoksyczne niszczą DNA komórek macierzy, co skutkuje wadliwymi podziałami tych komórek lub ich zanikiem.** Wadliwe podziały powodują zmiany w budulcu włosów – keratynie, dlatego ich łodygi stają się łamliwe, pękają i wypadają. Blokada podziałów komórek macierzy powoduje brak odnowy łodygi prowadzący do uśpienia komórek pod skórą (wyłysienie).

Różne leki działają na różne fazy cyklu podziału komórkowego, np. **inhibitory mitozy** – taxany, powodują rozpad kluczowych produktów fazy podziału tzw. mikrotubul, bez których nie powstaną dwie komórki potomne, a jeśli nie ma podziału, to nie ma wzrostu włosów. **Antymetabolity** – wyłączają enzymy niezbędne do odtworzenia 50% ubytku DNA, jaki ma miejsce przy każdym podziale komórkowym. **Antybiotyki przeciwnowotworowe** – niszczą DNA komórek macierzy włosa, co blokuje jakikolwiek podział. Leki przeciwnowotworowe rzadko stosowane są pojedynczo, **skuteczne leczenie wymaga zwykle terapii skojarzonej, czyli opartej na zastosowaniu kilku różnych preparatów łącznie, co nasila efekty niepożądane, w tym wypadanie włosów.**

Powodem utraty włosów jest także jeden z objawów samego nowotworu i jego leczenia, jakim jest **niedokrwistość.** Powoduje ona deficyt tlenu na skutek, którego brakuje w mitochondriach energii koniecznej do podziału komórek macierzy.

Kiedy się rozpoczyna i jak przebiega proces wypadania włosów

Włosy zaczynają wypadać zwykle pod koniec 2 tygodnia od podjęcia leczenia, przy czym ich utrata może następować stopniowo i być rozciągnięta w czasie lub może do niej dojść bardzo gwałtownie – włosy wypadają wtedy niemal „garściami". **W niektórych przypadkach pacjent kładzie się spać z włosami, a budzi bez nich.** Proces wypadania włosów nie jest czasowo jednoznaczny z długością okresu poddawania pacjenta leczeniu – **utrata owłosienia może następować jeszcze w ciągu najbliższego miesiąca od zakończenia terapii.**

Zazwyczaj łysienie spowodowane chorobami nowotworowymi i chemioterapią nie ogranicza się tylko do samej głowy, ale obejmuje również inne obszary ciała. Chorzy tracą również brwi, rzęsy, włosy w okolicy pach czy owłosienie łonowe. Utrata włosów może mieć różnoraki przebieg w zależności od intensywności i rodzaju zastosowanego leczenia, ale także od indywidualnych predyspozycji osoby poddanej terapii – czasem dochodzi do całkowitego wyłysienia, w innych przypadkach zaś jedynie do przerzedzenia się włosów.

Całkowite wyłysienie powodują: taksany (głowa łącznie z brwiami, rzęsami i pozostałymi owłosionymi częściami ciała), **antybiotyki antracyklinowe** (prawie zawsze całkowite wyłysienie skóry głowy i czasem także brwi i rzęsy), **cyklofosfamid** (podany dożylnie powoduje relatywnie często częściowe lub całkowite wyłysienie, podany doustnie zwykle powoduje przerzedzenie owłosienia), **etopozyd** (zwłaszcza podany dożylnie u części chorych może spowodować całkowite wyłysienie). Połączenie pochodnych platyny z gemcytabiną i pozostałe leki znacznie rzadziej powodują całkowitą utratę włosów.

Wyłysienie jest zjawiskiem przejściowym, a włosy zaczynają samoistnie odrastać po około 5 tygodniach. Jest to proces powolny i długotrwały, włosy rosną bowiem zaledwie około 6 milimetrów miesięcznie. Warto przy

tym zaznaczyć, że **odrastające włosy mogą się znacząco różnić od tych z przed terapii.** Włosy dotychczas proste mogą nagle stać się kręcone, ich odcień może zmienić się na znacznie jaśniejszy, a nieraz niemal siwy, gdyż melanocyty – komórki odpowiedzialne za tworzenie barwnika, również wymagają czasu, by prawidłowo odnowić się po chorobie.

Czy wypadaniu włosów można zapobiec?

Na przestrzeni ostatnich lat podejmowano wiele prób z różnymi preparatami doustnymi, czy aplikowanymi na skórę głowy, a także zabiegami miejscowymi stosowanymi podczas podawania leków cytostycznych, jak np. nakładanie opasek uciskowych na głowę, stosowanie pulsujących pól elektrostatycznych, czy wreszcie ze schładzanie skóry głowy. **Żadna z tych metod nie jest w stanie skutecznie uchronić przed wypadaniem włosów osoby poddawanej leczeniu przeciwnowotworowemu. Dlatego duże znaczenie ma przygotowanie pacjenta i uświadomienie go o potencjalnych objawach ubocznych podczas trwania terapii.**

Dobrze jest zapoznać chorego z tymi metodami pielęgnacji włosów, które mogą zmniejszyć ilość utraconych włosów lub wpłynąć pozytywnie na ich stan. Główną zasadą jest unikanie wszelkich agresywnych zabiegów fryzjerskich takich jak: prostowanie, farbowanie, trwała ondulacja, suszenie suszarką, używanie lokówek i lakierów, a także zbyt częste mycie, ponieważ wpływają one negatywnie na strukturę włosa. Zalecane jest ostrożne szczotkowanie oraz używanie kosmetyków do włosów delikatnych. **Równie ostrożnie należy postępować podczas pielęgnacji odrastających włosów po leczeniu,** ponieważ są one osłabione i przez to podatne na uszkodzenia i wypadanie.

Bardzo dobrym rozwiązaniem jest zmniejszenie szoku spowodowanego wypadaniem włosów przez znaczne skrócenie fryzury, albo ogolenie głowy na początku terapii. Krótsze włosy trudniej wypadają, wymagają rzadszego mycia, szczotkowania i zabiegów stylizujących, które dodatkowo niepotrzebnie by je naprężały i osłabiały. Oprócz tego krótko przystrzyżone włosy będą optycznie wydawać się gęstsze. **Ogolenie głowy ma także pewien aspekt psychologiczny – chory nie będzie codziennie rano stawał przed smutnym faktem znajdowania garściami wypadających włosów na poduszce lub po każdorazowym szczotkowaniu. Warto też pomyśleć z wyprzedzeniem o peruce lub innym twarzowy nakryciu głowy.** Ich noszenie może w pozytywny sposób wpłynąć na samopoczucie i wizerunek.

Przydatne pacjentowi będą również adresy stron i forów internetowych, gdzie może znaleźć wiele cennych informacji zamieszczanych przez osoby, które również zmagały się z tym problemem. W szczególnie trudnych przypadkach należy zapewnić choremu opiekę psychologiczną, która pomoże w zaakceptowaniu pojawiających się zmian w wyglądzie i samopoczuciu.

Schładzanie skóry głowy jako metoda zapobiegania utracie włosów

Schładzanie głowy za pomocą różnych metod stosowano w niektórych krajach Europy i Kanadzie już 30 lat temu. Początkowo eksperymentowano z workami z lodem, później stosowano czepki żelowe. Metody te były często nieprzyjemne dla pacjentów, a dodatkowo nie uzyskiwano pożądanych rezultatów. Były one poza tym mało praktyczne i związane z dużym nakładem pracy. **Od około 10 lat pierwsze zautomatyzowane systemy umożliwiają równomierne chłodzenie skóry głowy.** Te stosowane obecnie, dzięki kontroli za pomocą czujników, dopasowują chłodzenie do indywidualnych potrzeb pacjenta. Urządzenia te za pomocą specjalnego chłodziwa obniżają temperaturę skóry głowy. Uzyskuje się to dzięki zakładanemu na głowę pacjentki specjalnie skonstruowanemu czepkowi, w którym krąży płyn o temperaturze -5°C. Powoduje to miejscowe obkurczenie naczyń krwionośnych w powierzchniowej warstwie skóry głowy, redukując przepływ krwi w tym obszarze. Dzięki temu utrudniony jest dostęp chemioterapeutyku do wrażliwych na jego działanie cebulek włosów, a tym samym znacznie zmniejsza się jego destrukcyjny wpływ na komórki macierzy włosa. **Można w ten sposób zredukować wypadanie włosów od 50 do 80%. Efekt uzależniony jest od rodzaju zastosowanego leczenia, właściwego doboru czepka, rodzaju i kondycji włosów, a także ich właściwej pielęgnacji.** Czas schładzania jest różny i zależy od rodzaju leków, które pacjent otrzymuje.

Na przestrzeni ostatnich lat przeprowadzono kilka badań dotyczących różnych aspektów stosowania systemu chłodzenia skóry głowy podczas chemioterapii takich jak: zależność uzyskiwanego efektu od rodzaju leków, temperatury i czasu chłodzenia, rodzaju używanych czepków, występowania powikłań czy zagrożeń. **Z badań tych wynika, że schładzanie głowy podczas podawania leków przeciwnowotworowych może zmniejszać niekorzystny efekt, jakim jest utrata włosów. Metoda wymaga jednak dalszych badań, choćby w kierunku optymalnej temperatury i czasu chłodzenia, a także ewentualnych powikłań, zwłaszcza niebezpieczeństwa przetrwania komórek nowotworowych w skórze głowy.**

Przeciwwskazania do zastosowania schładzania głowy podczas chemioterapii

Metody tej nie można stosować u wszystkich pacjentów. Każdy przypadek powinien być traktowany indywidualnie i konsultowany z onkologiem. Istnieje szereg przeciwwskazań do zastosowania tej metody. Nie stosuje się jej u dzieci, w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego, nowotworów skóry głowy i czaszki, raków dających przerzuty do skóry głowy i czaszki, a także: choroby zimnych aglutynin, alergii na zimno, skłonności do przeziębień i chorób zatok, zmian skórnych na skórze głowy, podczas chemioterapii w celu ablacji szpiku kostnego oraz napromieniania głowy.

Każdy pacjent decydujący się na zastosowanie schładzania głowy powinien otrzymać pełną informację dotyczącą:

– **ile czasu to zajmie i jak należy przygotować się do zabiegu.** Procedura schładzania rozpoczyna się około 30-45 minut przed podaniem leku i trwa do 2 godzin po zakończeniu wlewu. Wszystko, czego możesz potrzebować w tym czasie (np. koce, ciepłe napoje) przygotuj sobie w zasięgu ręki, ponieważ w trakcie zabiegu możliwa będzie tylko jedna krótka przerwa;

– **gdzie zabieg będzie się odbywał i jaki będzie jego przebieg.** Zwykle odbywa się w sali chorych, zabieg rozpoczyna się od dokładnego zmoczenia włosów i założenia czepka, który musi bardzo ściśle przylegać do głowy – dlatego musisz być przygotowana na pewien dyskomfort. Po wyłączeniu urządzenia nie zdejmuj od razu czepka – odczekaj 5-10 minut aż roztopi się lód, który jest na włosach;

– **jakie mogą wystąpić powikłania.** Możesz odczuwać dotkliwe zimno, silny ucisk, bóle i zawroty głowy, lekkie zamroczenie;

– **jaki efekt może ostatecznie uzyskać.** Zapytaj o to swojego lekarza, jeśli otrzymujesz leki, np. z grupy taxanów czy antracyklin uzyskany efekt może cię rozczarować;

– **jak pielęgnować włosy.** Bardzo ważnym elementem skuteczności tej metody jest przestrzeganie wytycznych dotyczących pielęgnacji włosów przed, w trakcie i po chemioterapii. Wytyczne te znajdują się w ulotce, którą powinnaś otrzymać.

Wypowiedź pacjentki, która zdecydowała się na poddanie zabiegowi schładzania głowy podczas chemioterapii:

Opiszę swoje wrażenia po zastosowaniu czepka chłodzącego. Założono mi go pół godziny przed wlewem, siedział na głowie podczas chemii i jeszcze półtorej godziny po (…) Powiem tak: ponieważ to chłodziwo ma -5°C, w głowę jest bardzo zimno, dodatkowo cały ten silikon musi jak najściślej przylegać do głowy. Jest więc duży ucisk na nią, a cała „konstrukcja" sporo waży. Wszystkie te czynniki spowodowały u mnie gigantyczny ból głowy i bardzo mi się w niej kręciło, do tego stopnia, że nie mogłam nią nawet ruszać. Tak więc nie wytrzymałam do końca procedury i zdjęłam czepek. Pod koniec sesji było mi dodatkowo bardzo zimno i miałam dreszcze, chociaż w pokoju było gorąco. Drugi raz już sobie tego na głowę nie założę ze względu na ten koszmarny ból i zawroty głowy. Dodatkowe 2 godziny siedzenia na oddziale też robią swoje. Od dziewczyny, która też się ze mną chłodziła (8. raz i dała radę, więc jak zwykle wszystko zależy od indywidualnej reakcji każdej pacjentki) dowiedziałam się, że sam czepek to pół sukcesu, bo żeby wyciągnąć maksimum korzyści z niego trzeba jeszcze o te włosięta odpowiednio dbać (…) Jak dla mnie minusów o wiele więcej niż jeden plus w postaci zachowanych włosów. Ale jak jest możliwość, to polecam raz przetestować, może będziecie miały inne odczucia. Wiem, że niektóre panie walczą o czepek zębami i pazurami, chociaż efekt na ich głowach ja uznałabym za niezadowalający.

Profilaktyka i wspomaganie leczenia zmian zapalnych w jamie ustnej u pacjentów onkologicznych

Rozmowa z lekarzem medycyny Beatą Mikułą, otolaryngologiem z Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, współzałożycielką, a od 2003 roku Przewodniczącą Wrocławskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych.

● **Dlaczego zmiany zapalne w obrębie jamy ustnej i towarzyszące temu ból i suchość, stanowią poważny problem w leczeniu pacjentów onkologicznych?**

Leczenie onkologiczne, obejmujące chemioterapię, leki terapii celowanych oraz radioterapię powoduje ubocznie zmiany w strukturze komórek śluzówki jamy ustnej, prowadzące do suchości i stanów zapalnych. Dodatkowo na stan śluzówki wpływa wiek, zmiany hormonalne, choroby współistniejące czy stosowane leki. Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej występuje u 40% pacjentów po leczeniu cytostatykami i u 70% chorych w terapiach celowanych. Uszkodzenie śluzówki powoduje suchość i stan zapalny oraz tworzy wrota do zakażeń grzybicznych, bakteryjnych i wirusowych. Stopień uszkodzenia śluzówki i obecność zakażenia rzutuje na nasilenie się dolegliwości bólowych, które uniemożliwiają normalne funkcjonowanie, powodują zaburzenia przełykania i mówienia. Pacjenci wiążą ból i zmiany w jamie ustnej z bezsennością i depresją. Stany zapalne, infekcje i ból w jamie ustnej powodują również ograniczenie lub uniemożliwienie przyjmowania pokarmów w postaci stałej i płynnej, prowadzą do postępującego wyniszczenia. **Wyniki badań wskazują na związek pomiędzy stopniem nasilenia zapalenia błony śluzowej jamy ustnej a śmiertelnością pacjentów onkologicznych.** Takie powikłania ograniczają przebieg leczenia onkologicznego, gdyż powodują konieczność przerw w podaniu cytostatyków czy radioterapii, wymuszają podanie dodatkowych leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, antybiotyków i leków przeciwbólowych. Zatem zapalenia błony śluzowej jamy ustnej poprzez powikłania i leczenie jakie wywołuje, przyczynia się do skrócenia czasu wolnego od choroby nowotworowej.

● **W jaki sposób można przeciwdziałać lub łagodzić zmiany zapalne i ból w jamie ustnej u pacjentów onkologicznych?**

Do leczenia onkologicznego można się przygotować, minimalizując jego skutki w zakresie jamy ustnej. Profilaktyka obejmuje nawodnienie, prawidłowe odżywianie, odpowiednią dietę. Konieczne jest leczenie próchnicy, dopasowanie protez. Bardzo ważne jest zrezygnowanie z papierosów i alkoholu. Nawet jeśli przed rozpoczęciem terapii pacjent nie odczuwał dolegliwości jamy ustnej, mogą one pojawić się w trakcie lub po zakończeniu leczenia onkologicznego. Na przykład po podaniu cytostatyków lub inhibitorów kinazy tyrozynowej zmiany w jamie ustnej nasilają się w ciągu 7-14 dni od podania leku. Ważne jest zatem, aby na kolejnej wizycie zgłosić lekarzowi wszelkie objawy, jak utrudnione przełykanie, obrzęk, ból czy suchość w jamie ustnej.

● **Jakie preparaty poleca Pani pacjentom poradni w Centrum Onkologii?**

W ramach profilaktyki, przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego warto wdrożyć odpowiednie zabezpieczenie dla śluzówki jamy ustnej. Produktem, który dedykowany jest do pacjentów onkologicznych jest wyrób medyczny *Fomukal* w postaci płynu do płukania jamy ustnej. ***Fomukal* to roztwór jonów wapniowo-fosforanowych, które są naturalnym składnikiem śliny i które działają na poziomie wewnątrzkomórkowym, uzupełniając poziomy tych jonów w komórkach śluzówki. Jony te uczestniczą w procesach przeciwbólowych, regeneracyjnych i przeciwzapalnych w jamie ustnej.** Wyniki badań oraz moje doświadczenie pokazują, że zastosowanie *Fomukalu* u pacjentów onkologicznych zmniejsza suchość jamy ustnej, ułatwia połykanie, zmniejsza zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe w zakresie jamy ustnej.

● **Na czym polega wyjątkowość *Fomukalu*?**

Fomukal ma szerokie zastosowanie od profilaktyki, poprzez łagodzenie suchości do opóźnienia występowania odczynów popromiennych, łagodniejszego ich przebiegu. U pacjentów onkologicznych obserwuję przyśpieszenie gojenia zmian zapalnych w jamie ustnej, zarówno bakteryjnych, jak i grzybiczych. *Fomukal* jest bardzo dobrze tolerowany przez pacjentów i nie koliduje z prowadzonym leczeniem onkologicznym. Wprost przeciwnie – ułatwia przeprowadzenie leczenia łagodząc dolegliwości bólowe, a pozytywny efekt odczuwany jest szybko, już po 2 minutach od zastosowania. Jeśli pacjent ma problemy z płukaniem jamy ustnej, na przykład jest to pacjent leżący, *Fomukal* można aplikować przy pomocy atomizera. W zależności od potrzeb i długości zastosowania *Fomukal* można nabyć w pojedynczym opakowaniu 450 ml lub podwójnym opakowaniu 900 ml, wyłącznie w aptekach. Wyjątkową cechą *Fomukalu* jest możliwość długotrwałego zastosowania. Nie ma ograniczeń czasowych, preparat skuteczny jest tak długo, jak długo jest stosowany. Jednocześnie częstość stosowania w ciągu doby można zwiększać i zmniejszać w zależności od potrzeb.

● **Na czym polega przewaga *Fomukalu* w stosunku do innych konkurencyjnych preparatów na rynku?**

Fomukal cechuje bardzo dobra tolerancja, pacjenci nie zgłaszają żadnych objawów

ubocznych nawet w przypadku długotrwałego stosowania. Przewagą *Fomukalu* nad produktami konkurencyjnymi, innymi płynami lub płukankami jest jego skład. *Fomukal* zawiera jony wapniowe i fosforanowe, a pozbawiony jest konserwantów, barwników, substancji drażniących czy przeciwwskazanych. Niektóre inne preparaty zawierają alkohol czy mentol, co powoduje szereg nieprzyjemnych objawów, takich jak pieczenie czy wręcz ból. Ponadto często w składzie zwykłych płynów znajdują się substancje uczulające, których nie powinien stosować pacjent ze stanem zapalnym. Zwykłe płyny do płukania jamy ustnej często zawierają cukier lub substancje słodzące, których nie powinno się stosować u pacjentów z grzybicą. Zdarza się, że smak czy konsystencja preparatu jest powodem złej tolerancji, czego nie obserwuje się przy płukaniu *Fomukalem*.

● **Jak stosować *Fomukal*, aby leczenie było skuteczne?**

Fomukal jest jedną z metod profilaktyki i wspomagania leczenia zapalenia błony śluzowej jamy ustnej i należy go stosować codziennie, około 2-10 razy na dobę, w zależności od rodzaju i rozległości zmian lub według zaleceń lekarza czy pielęgniarki. **Skuteczność *Fomukalu* we wspomaganiu leczenia zmian zapalnych i suchości w jamie ustnej zależy od prawidłowego jego stosowania i częstości płukań w ciągu dobry.** Przy większych, bardziej dokuczliwych zmianach należy płukać częściej, 5-10 razy, a w przypadku zmian łagodniejszych rzadziej, na przykład 2-4 razy/dobę.

Dieta na przełomie lata i jesieni

Dr Michał Mularczyk, absolwent Warszawskiej Akademii Medycznej. W Centrum Badawczym Współczesnej Terapii kieruje sekcją zajmującą się wpływem czynników cywilizacyjnych na rozwój chorób układu krążenia. Jest szefem Katedry ds. Edukacji Społecznej Na Rzecz Zdrowia w Polskiej Akademii Zdrowia. Ma bogate doświadczenie w leczeniu stanów nagłych, które zdobywał m.in. w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA i Wojskowym Instytucie Medycznym. Dr Mularczyk radzi, jak powinna wyglądać nasza dieta na przełomie lata i jesieni, które owoce i warzywa mają szczególnie silne działanie przeciwnowotworowe.

Zbliża się moja ulubiona pora roku, jeżeli chodzi o żywienie. **Mamy mnóstwo naszych polskich sezonowych warzyw i owoców. Wszystkie owoce proponuję zjadać na surowo – wtedy zachowują najwięcej wartości odżywczych.** A jak coś nam zostanie – warto zamrozić (np. jagody). Jedzenie jagodzianek, pierogów czy knedli z owocami, gdy są one dostępne świeże, jest w większości przypadków metabolicznie nieuzasadnione (poza nielicznymi wyjątkami). **Co do warzyw, to część warto zjadać surowe (sałata, papryka – zawierają dość dużo witaminy C), a część ugotowane (dyniowate zawierające karotenoidy, które lepiej są przyswajalne po podgrzaniu i w obecności tłuszczu).** Te gotowane można zawekować jesienią, a otwarte zimą zadowolą zarówno nasze nosy jak i podniebienia… A w długie zimowe wieczory także nas dobrze rozgrzeją i odżywią...

Dostępne teraz brokuły zawierają bardzo ważny związek chemiczny – sulforafan (trzeba go „aktywować" poprzez delikatne zgniatanie różyczek i odstawienie na co najmniej 30 min). **Jest to substancja mało odporna na wysokie temperatury, ale o silnym działaniu przeciwnowotworowym.** Aby nie zniszczyć sulforafanu – powinno się je gotować nie dłużej niż 2 minuty, albo krótko blanszować. W celu zwiększenia siły działania przeciwnowotworowego powinno się je serwować z sosem musztardowym lub z surowymi kiełkami brokułów (w dużym uproszczeniu: zawierają enzym zwiększający siłę działania sulforafanu).

Mniejsze ilości sulforafanu możemy znaleźć w brukselce, kabaczku, kalafiorze, jarmużu i kalarepie. Warto jeść te warzywa co najmniej 5 razy w tygodniu, żeby przed zimą wykończyć jak największą liczbę potencjalnie niebezpiecznych komórek nowotworowych (które i tak cały czas w nas powstają). Dlaczego? Bo zimą płuca są wystawiane na ekstremalne warunki i łatwiej je uszkodzić (różnego rodzaju infekcje).

Niestety zimą jemy dużą ilość gotowych półproduktów wzbogaconych przez producentów w beta-karoten, który w nadmiarze (a jest dodawany do prawie każdego przetworu) ułatwia wystąpienie nowotworów płuc. Beta-karoten jest używany jako barwnik, a oficjalnie z etykiety dowiemy się, że zawiera szczególnie dużo prowitaminy A – i zrobiono tak dla naszego zdrowia... **Dlaczego nadmiar beta-karotenu jest szkodliwy? Bo zaburza naturalne proporcje między wszystkimi karotenami.** Takie dysproporcje powodują zmniejszenie przyswajania pozostałych karotenoidów (na zasadzie konkurencji) i zmniejszenie ich siły działania. **Dlatego warto wspomnieć o alfa-karotenie, który chroni nasze płuca przed wystąpieniem nowotworów. Można go znaleźć w marchwi, brokułach, zielonej fasoli, szpinaku, dyni, mandarynkach, pomidorach i zielonym groszku.**

Razem z naszymi przyjaciółmi i naszymi dziećmi co roku robimy sobie **„wekujące weekendy".** Jedziemy na targ, kupujemy warzywa bogate w karoteny i mnóstwo słoików. Następnie całą sobotę i niedzielę gotujemy i wekujemy warzywa. Dzieciaki nam w tym pomagają i potem (późną jesienią i w zimą) chętnie zjadają to, co same zrobiły.

Jakich przypraw warto używać?

Imbir i kurkuma mają właściwości rozgrzewające i przeciwnowotworowe. Świetnie pasują do przetworów warzywnych i sosów. W chłodne dni imbir watro dodawać do herbaty. **Z kolei kozieradka, rozmaryn i bazylia, ułatwiają relaks i mogą poprawić koncentrację i pamięć**.

Grzyby mają nie tylko walory smakowe

Wiele osób boi się grzybów. Bać powinno się tych trujących… **A grzyby jadalne, oprócz walorów smakowych, zawierają konieczne dla zdrowia mikroelementy, wcale nie takie małe (jak się sądzi) ilości białka i sporo witamin z grupy B.** Największy wysyp grzybów na ogół występuje od połowy września do połowy października (podgrzybki, maślaki, opieńki). Dobrze przyrządzone są nie tylko świetnym dodatkiem, ale mogą też być daniem głównym. Suszone są nieodzownym składnikiem bigosu i wielu innych potraw.

UWAGA – cukry a nowotwory…

Jesień obfituje w owoce (bogate w węglowodany). Nie będę się rozpisywał na temat mechanizmów biochemicznych (za mało miejsca). To, że nadmiar cukrów stymuluje rozwój nowotworów już od jakiegoś czasu nie budzi żadnych wątpliwości. Ale coraz więcej naukowców twierdzi, że szczególnym cukrem jest fruktoza **(podobno zdrowy cukier owocowy), która jest „superpaliwem" dla podziałów komórkowych i wzrostu komórek nowotworowych oraz ułatwia ekspansję choroby. Na razie jest to dobrze widoczne w przypadku raka piersi, trzustki i wątroby.**

Smacznego i zdrowego gotowania życzę…

www.BezKalorii.pl | www.CBWT.eu

Amazonki w królewskim Krakowie

Kraków nazywany jest metropolią Europy Środka, jego dziedzictwo stanowi jeden z największych skarbów narodowych. W tym kręgu kulturowym od 27 lat działa Krakowskie Towarzystwo „Amazonki", będące jedyną organizacją pożytku publicznego zajmującą się wyłącznie problemem nowotworów piersi.

Zasadniczym przedmiotem działalności statutowej krakowskich Amazonek, prowadzonej *pro publico bono*, jest **niesienie pomocy w zakresie wsparcia psychofizycznego kobietom dotkniętym chorobą raka piersi.** Obejmuje ono rehabilitację, ułatwiającą powrót do pełnego zdrowia, prelekcje prozdrowotne, organizowanie akcji profilaktycznych na rzecz wczesnego wykrywania nowotworów piersi, wyjazdy i imprezy integracyjne oraz rozpowszechnianie materiałów edukacyjno-informacyjnych.

Dwa lata temu Krakowskie Towarzystwo „Amazonki" obchodziło Jubileusz 25-lecia. Srebrna rocznica stała się okazją do podsumowań dorobku i zaprezentowania dotychczasowych osiągnięć. Wszystkie wydarzenia dokumentują obszerne, bogato ilustrowane kroniki klubu Amazonek. **Od czasu powstania Krakowskiego Towarzystwa „Amazonki" przez kolejne 24 lata funkcję prezesa pełniła Grażyna Korzeniowska.** Niestety nie dane było jej doczekać Jubileuszu – odeszła na zawsze w lipcu 2015 roku. Działalność w stowarzyszeniu stanowiła sens jej życia, misję. Przewodniczyła również Unii Małopolskiej oraz zasiadała w zarządzie Federacji Stowarzyszeń „Amazonki". **W październiku 2015 roku – w związku ze śmiercią Grażyny Korzeniowskiej – wybrany został nowy zarząd działający do chwili obecnej, którego prezesem jest Maria Borowiecka.**

Nasza aktywność obejmuje uczestnictwo w grupowych **zajęciach rehabilitacyjnych** prowadzonych przez wykwalifikowanego rehabilitanta. **Krakowskie Ochotniczki** – panie po przebytym raku piersi, przeszkolone przez Federację – u**dzielają wsparcia kobietom przebywającym w szpitalach,** głównie na Oddziale Chirurgii Centrum Onkologii w Krakowie. Ich pomoc polega na uświadamianiu chorych na temat postępowania w leczeniu pooperacyjnym, przebiegu rehabilitacji, stosowania odpowiedniej diety, itp. Pacjentki otrzymują także niezbędny komplet materiałów informacyjno-edukacyjnych. Chore niezwykle doceniają taki rodzaj pomocy, mając poczucie większego bezpieczeństwa i braku osamotnienia w walce z chorobą, a także dostępu do szerszej wiedzy na jej temat. **Ochotniczki służą swoją merytoryczną poradą także podczas 2,5 godzinnego dyżuru w klubie Amazonek,** działającym każdego dnia (poza weekendem). Codzienna pomoc kobietom chorym na raka piersi polega na informacji udzielanej osobiście lub telefonicznie zainteresowanym osobom (chorym, bądź ich rodzinom). **Panie, które „oswoją się" z własną chorobą i zakończą leczenie uzupełniające zapraszamy do wstąpienia do naszego klubu.** Z pomocy Ochotniczek – zarówno w szpitalach, jak i w klubie – korzystają także kobiety z innych regionów Polski (Podkarpacie, Świętokrzyskie, Opolskie, Lubelskie), które operowane są w Krakowie.

W okresie wiosenno-letnim i jesiennym **odbywamy marsze z kijkami *nordic-walking***. Ponadto organizujemy **wyjazdy na turnusy rehabilitacyjne,** które przynoszą zbawienne skutki dla poprawy naszej kondycji psychofizycznej. Poprzez wspólne ćwiczenia na świeżym powietrzu, rozmowy z koleżankami, wymianę doświadczeń nawiązane zostają przyjaźnie, zapomina się o troskach dnia codziennego. Od ubiegłego roku **nową formą rehabilitacji stały się rejsy po Wiśle na smoczych łodziach.**

Dbamy również o edukację prozdrowotną. Raz w miesiącu organizujemy wykłady lekarzy specjalistów, dietetyków, przedstawicieli firm farmaceutycznych, którzy dzielą się z nami najnowszymi osiągnięciami w leczeniu chorób nowotworowych, stosowania odpowiedniej diety, suplementów, jak również – co bardzo ważne dla kobiet – prezentują nowoczesne wzory specjalnej bielizny, odzieży czy fryzur.

Od 1996 roku Krakowskie Towarzystwo „Amazonki" współpracuje z Gminą i Miastem Kraków przy realizacji programu profilaktyki i promocji zdrowia, realizując działania skierowane do wszystkich zdrowych i będących po operacjach kobiet z Krakowa i województwa małopolskiego.

Swoją działalność Krakowskie Towarzystwo „Amazonki" propaguje także na zewnątrz **uczestnicząc w różnorakich przedsięwzięciach,** np.: w corocznym Forum na rzecz Pacjenta Onkologicznego organizowanym przez „Unicorn", w Dniu Otwartym „Polimedu" dla pacjentów po operacjach nowotworowych, w cyklicznych spotkaniach „Porozmawiajmy o zdrowiu", w akcji „Jedźmy razem na badania po zdrowie" wraz z Komitetem Zwalczania Raka i MPK Kraków.

Towarzystwo współpracuje także z lokalnymi mediami. Wywiady z krakowskimi Amazonkami były publikowane w „Dzienniku Polskim", Gościu Niedzielnym". TVP3 Kraków kilkakrotnie gościła w krakowskim klubie, nagrywając programy z cyklu Rak piersi, emitowane w Magazynie Medycznym, oraz w domu jednej z Amazonek, przygotowując reportaż dla Magazynu Rodzinnego.

Krakowskie stowarzyszenie jest liderem Małopolskiej Unii Klubów „Amazonek", w skład której wchodzą kluby: z Brzeszcz, Krzeszowic, Brzeska, Chrzanowa, Oświęcimia, Nowego Targu, Nowego Sącza, Tarnowa i Dębicy. Współpraca z nimi polega na wymianie doświadczeń, organizacji wspólnych spartakiad, spotkań, np. z cyklu „Poszerzamy HERyzonty", „Gala Kobiety dla Kobiet",„ Zdrowy nawyk, zdrowe piersi". Jednoczą nas również coroczne, ogólnopolskie pielgrzymki na Jasną Górę oraz wspólne wieczory wigilijne czy spotkania wielkanocne.

Działalność Towarzystwa na bieżąco prezentowana jest na stronie *www.amazonki.krakow.pl* oraz na Facebooku Amazonki Kraków. Siedziba Klubu Krakowskiego Towarzystwa „Amazonki" mieści się przy ul. Garncarskiej 9 w Krakowie, w budynku Instytutu Onkologii. Serdecznie zapraszamy do odwiedzenia nas osobiście lub naszej strony internetowej!

Maria Borowiecka
prezes Krakowskiego Towarzystwa „Amazonki"

Krakowskie Amazonki; pośrodku, w dolnym rzędzie prezes Krakowskiego Towarzystwa – Maria Borowiecka oraz prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki" – Krystyna Wechmann.

Dotąd niewidzialne – dziś na wielkim ekranie!

Wieczór, wielki ekran, wypełniona sala kinowa – na pozór seans filmowy taki, jak każdy inny. Jednak zamiast aktorów widzimy pacjentki, które opowiadają o swoich doświadczeniach związanych z chorobą: *Dzień, w którym usłyszałam diagnozę był najgorszym dniem w moim życiu, Byłam przekonana, że za chwilę umrę*. O swojej chorobie mówią otwarcie – „zaawansowany rak piersi", przełamując tabu, rozpoczynając publiczną dyskusję nt. zaawansowanego raka piersi i przekazując wszystkim wiadomość: *Od dziś nie chcemy być niewidzialne!*

Prowadzą aktywne życie zawodowe i społeczne. Mają dzieci, rodziny, pracują zawodowo, snują plany i marzenia. Są takie jak my wszyscy i przede wszystkim chcą być szczęśliwe. Odzyskany niedawno spokój burzy jednak wkraczający do ich świata zaawansowany rak piersi. To może być scenariusz życia każdej kobiety zmagającej się z rakiem piersi – gdy rak nawraca lub atakuje w stadium zaawansowanym. Tuż po diagnozie przychodzi strach i niepewność, a po jej oswojeniu – poczucie wykluczenia. **Kobiety z zaawansowanym rakiem piersi zwykle żyją w cieniu choroby, są niewidzialne dla społeczeństwa i systemu. Symbolicznie z tą sytuacją „rozprawia się" najnowszy spot kampanii BreastFit,** którego premiera – na wielkim ekranie – miała miejsce 28 czerwca 2018 r. w Multikinie Ursynów podczas wyjątkowego BreastFit Day.

Od lewej: Krystyna Sikorska-Krajewska, Ewa Wróblewska, Anna Kupiecka, Ewa Grabiec-Raczak podczas projekcji spotu kampanii w Multikinie na Ursynowie.

Nie znamy go, więc się go boimy

W Polsce rak piersi stanowi ok. 23% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, **w 2015 r. raka piersi wykryto u ponad 18 tys. Polek i uznano go za przyczynę ponad 6,3 tys. zgonów.** O ile udało nam się „oswoić" z rakiem piersi jako takim, o tyle jeśli mowa o zaawansowanym raku piersi, to jest to temat spychany na margines. Tymczasem **do postaci zaawansowanej rak piersi rozwija się u ok. 30% chorych kobiet.** Jak to możliwe, że pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi są niewidzialne dla społeczeństwa i systemu, który powinien zapewniać im możliwie najlepszą ochronę?

– Fundacja OnkoCafe – Razem Lepiej już od 4 lat walczy z problemem, jakim jest brak otwartości do rozmowy nt. zaawansowanego raka piersi, wciąż mamy bardzo niską świadomość na temat tej choroby. Pacjentki w momencie diagnozy są przerażone, boją się, że całe ich dotychczasowe życie ulegnie zmianie. Zastanawiają się, czy będą mogły być zaangażowane w swoje życie tak jak do tej pory – w roli matek, żon i córek, czy główną rolę w ich życiu przejmie zaawansowany rak piersi – **mówi Anna Kupiecka, prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej.**

Chcemy wyjść z cienia!

Stały postęp w leczeniu zaawansowanego nowotworu piersi coraz częściej pozwala pacjentkom żyć z rakiem piersi jak z chorobą przewlekłą. Leczenie w stadium zaawansowanym koncentruje się na wydłużeniu życia kobiet zmagających się z chorobą oraz poprawie jego jakości poprzez ograniczenie dolegliwości bólowych. Jednak mimo postępu medycyny, pogłębia się dysproporcja w dostępie do skutecznych i nowych metod leczenia. **Pacjentki w Polsce nie mogą korzystać z najnowocześniejszych metod leczenia, które dostępne są dla ich koleżanek w krajach Europy Zachodniej.**

Dodatkowo dramat chorych pogłębia także wykluczenie z życia społecznego. **Z dostępnych badań wynika, że blisko 47% Polek ze zdiagnozowanym rakiem piersi i ich opiekunów czuje się negatywnie postrzegana przez społeczeństwo.** Dane te podkreślają konieczność i pilną potrzebę zwiększenia wsparcia dla kobiet z zaawansowanym rakiem piersi.

Świadomość, wiedza, zrozumienie

Zaawansowany rak piersi to nie tylko osobista tragedia, to także istotny problem społeczny, który dotyka najbliższych pacjentki i ma wpływ na całe społeczeństwo. Dlatego **kampania *BreastFit. Kobiecy biust. Męska sprawa* zwraca uwagę na istotną rolę najbliższych we wsparciu kobiety w chorobie.**

– BreastFit uczy, jak radzić sobie z chorobą nowotworową i jak być mądrym wsparciem, gdy rak piersi dotknie bliską nam osobę – matkę, siostrę, żonę czy przyjaciółkę – **mówi Adrianna Sobol, Członek Zarządu Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej, psychoonkolog.** *– W codziennej pracy naszej Fundacji spotykamy wiele kobiet chorych na raka, ale także ich najbliższych. Diagnoza, a w szczególności rozpoznanie zaawansowanego raka piersi, sprawia, że chora i jej bliscy muszą zmierzyć się z nową, trudną sytuacją, która zmienia ich dotychczasowe życie. Tymczasem rak piersi w stadium zaawansowanym, w coraz większej liczbie przypadków staje się chorobą przewlekłą. Mądre wsparcie jest więc ważnym elementem procesu terapeutycznego, który dotyczy chorej, ale także całej rodziny.*

Kampania BreastFit. Kobiecy biust. Męska sprawa powstała z inicjatywy Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej, jej partnerem jest Novartis Oncology. Celem kampanii jest zachęcenie do systematycznych badań i edukacja na temat choroby, jaką jest zaawansowany rak piersi. **Partnerami społecznymi kampanii „BreastFit. Kobiecy biust. Męska sprawa" są: Federacja Stowarzyszeń „Amazonki", Stowarzyszenie „Amazonki" Warszawa-Centrum, Polskie Amazonki Ruch Społeczny, Fundacja Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych, Fundacja Rak'n'Roll – Wygraj życie.** Partnerzy Medialni kampanii: Multikino, RPL FM, Sieć dla Zdrowia. Kampanię wspierają: Przelewy24.pl. **III edycja kampanii objęta została Honorowym patronatem Małżonki Prezydenta RP Agaty Kornhauser-Dudy. Partnerem specjalnym kampanii jest Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec.**

Spot kampanii dostępny jest na kanale YouTube Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej.

Anna Kupiecka
prezes Fundacji OnkoCafe

Niebezpieczne maile

Dr hab. inż. Piotr Dela specjalista ds. bezpieczeństwa informacyjnego – absolwent Wydziału Cybernetyki Wojskowej Akademii Technicznej w Warszawie, studiów podyplomowych w Akademii Obrony Narodowej w Warszawie i w Instytucie Polityki Światowej w Waszyngtonie. Od początku pracy zawodowej związany z instytucjami centralnymi MON i szkolnictwem wojskowym. Od 1998 roku pracownik naukowo-dydaktyczny Akademii Obrony Narodowej w Warszawie (obecnie Akademii Sztuki Wojennej). Autor ponad 100 publikacji z zakresu systemów wspomagania decyzji, bezpieczeństwa informacyjnego, bezpieczeństwa cyberprzestrzeni, walki informacyjnej. Doktor Dela przedstawia przykłady oszust dokonywanych za pomocą fałszywych maili.

Wielu z nas doskonale zdaje sobie sprawę z niebezpieczeństw i zagrożeń otaczającego nas świata. Część z nas niebezpieczeństw tych doświadczyła osobiście i doskonale wie, jakie konsekwencję są z tym związane. W artykule **chciałbym zwrócić uwagę na część zagrożeń płynących z sieci Internet, czy też jak kto woli z cyberprzestrzeni, a polegających na wyłudzaniu informacji poprzez przysyłanie fałszywych maili.** Wszyscy bowiem stajemy się w coraz większej części użytkownikami sieci Internet i wcześniej czy później z zagrożeniami tymi spotkamy się w naszym życiu. Najlepszym przeciwdziałaniem zagrożeniom jest powszechna edukacja i kampanie informacyjne, mające na celu zwiększyć naszą czujność i nauczyć prawidłowych reakcji na zagrożenia. Jest to proces niezwykle trudny, złożony i czasochłonny. Proszę zwrócić uwagę, że pomimo wielu kampanii informacyjnych złodziejom kradnącym metodą na wnuczka nadal udaje się oszukać swoje ofiary. **Dlaczego tak się dzieje? Przyczyn na pewno jest kilka. To przede wszystkim brak asertywności, zwłaszcza ludzi starszych i zbyt duża wiara w dobre intencje.** To także modyfikowanie metod i sposobów oszustwa, np. na policjanta, na Dziewulskiego itp. Nauka funkcjonowania w cyberprzestrzeni i unikania zagrożeń jest wyzwaniem dla każdego z nas. Zasad ruchu drogowego jesteśmy uczeni praktycznie od urodzenia. A mimo to ciągle dochodzi do tragicznych wypadków. Część z nich to przypadek, tragiczny zbieg okoliczności, ale większość z nich wynika z nieuwagi, pośpiechu, świadomego działania czy też nawet głupoty.

Istota cyberprzestrzeni

Sieć Internet, bo o niej teraz mowa, swoje początki wywodzi z końca lat 60. ubiegłego wieku i związana jest bezpośrednio z powstaniem sieci rozległej ARPANET[1].

W wyniku rozwoju technologii i architektury, poprzez łączenie coraz to nowych sieci lokalnych, sieć ta pokryła praktycznie cały obszar kuli ziemskiej i stała się ogólnie dostępna dla większości populacji. **W 1971 r. opracowano sposób komunikowania w sieci znany jako poczta elektroniczna lub e-mail.** Polegał on na przesyłaniu wiadomości pomiędzy użytkownikami sieci z wykorzystaniem stworzonych do tego celu odpowiednich protokołów. W tym też roku zaproponowano, aby w nazwie adresu pocztowego wykorzystać popularny znak @, zwany potocznie w Polsce jako małpa, który oddzielał nazwę użytkownika poczty od nazwy dostarczyciela usług. **Przełomowym momentem rozwoju cyberprzestrzeni było opracowanie w 1991 r. technologii WWW**[2], która zapoczątkowała rewolucję w dostępie społeczeństwa do informacji przechowywanej w sieci. Tym samym **system techniczny, jakim była sieć Internet przerodził się w system społeczny jaką jest cyberprzestrzeń**, która stała się środowiskiem umożliwiającym zarówno jednostkom, jak i całym społeczeństwom tworzenie nowych form relacji, kooperacji i funkcjonowania. Pomimo wielu istniejących definicji cyberprzestrzeni najprościej, z punktu widzenia użytkownika, **możemy ją zdefiniować jako przestrzeń kooperacji międzyludzkich z wykorzystaniem urządzeń elektronicznych do wytwarzania, przechowywania, przekazywania i przetwarzania informacji.** Pisząc ten artykuł wytwarzam informację, następnie będę musiał ją przechować. Po wysłaniu do Redakcji informacja ta zostanie poddana korekcie, czyli przetworzeniu. Oczywiście mogę to robić w sposób tradycyjny, tylko po co, jeżeli cyberprzestrzeń daje mi takie możliwości i przyspiesza moją pracę. Informacja, która niejednokrotnie się tutaj pojawia jest istotą cyberprzestrzeni. Proszę zwrócić uwagą, że bez informacji i jej użytkowników cyberprzestrzeń jest tylko zbiorem połączonych ze sobą nieprzydatnych urządzeń elektronicznych. I tutaj można przejść do zagrożeń. **Twórcy cyberprzestrzeni podczas budowania sieci nie przewidzieli, że może być ona wykorzystywana do szkodliwej działalności.** Z tego też względu wszystkie przyjęte u podstaw budowania cyberprzestrzeni rozwiązania nie przewidywały ochrony informacji, **co skrupulatnie zaczęli wykorzystywać hakerzy. W ich działalności najważniejsza jest informacja, jej pozyskanie, zmodyfikowanie, zablokowanie lub zniszczenie.** Przykładowo, jeżeli haker chce ukraść nasze pieniądze z banku potrzebuje informacji na temat loginu i hasła. Jeżeli złodziej chce wyłudzić na nasze konto kredyt potrzebuje informacji na temat naszych danych osobowych. Z kolei, jeżeli haker chce przejąć zasoby informacyjne jakiejś firmy, musi pozyskać dane autoryzacyjne do systemu, w którym są one przechowywane. I tu możemy przejść do meritum sprawy. Informacja jest niezbędna, aby dokonać czynu zabronionego, kradzieży, wymuszenia, oszustwa. **Jak hakerzy wchodzą w posiadanie informacji umożliwiającym im przestępstwo? Metod i sposobów jest wiele, a jednym z nich są fałszywe maile,** mające za główny cel wyłudzenie potrzebnej do przestępstwa informacji. Metoda ta powszechnie określana jest jako *phishing,* czyli tłumacząc na język polski – wędkowanie, łapanie.

Poczta elektroniczna jako narzędzie oszustwa

Ataki, o których mowa budowane są najczęściej w oparciu o inżynierię społeczną, tak samo jak w przypadku metody „na wnuczka". Podstawą uzyskania wrażliwych informacji, wywołania określonych, pożądanych u użytkowników poczty elektronicznej zachowań jest ich zaskoczenie, łatwowierność, niewiedza i podatność na działania socjotechniczne. **Haker chcąc uzyskać informacje potrzebne do przestępstwa podszywa się pod określoną osobę lub instytucję (np. bank, firmę ubezpieczeniową, dostawcę usług telekomunikacyjnych, firmę kurierską), stwarzając tym samym sytuację, w której użytkownik sam, w dobrej wierze, podaje dane niezbędne do wykonania ataku.** Wśród ataków inżynierii społecznej (socjotechniki) z wykorzystaniem poczty elektronicznej dominują ataki typu: *phishing* i *pharming*.

[1]/ Advanced Research Projects Agency Network – pierwsza rozległa sieć komputerowa powstała z inicjatywy Departamentu Obrony USA.

[2]/ World Wide Web – internetowy system informacyjny oparty na publicznie dostępnych, otwartych standardach IETF i W3C.

***Phishing,* ogólnie rzecz ujmując, to zarówno metoda oszustwa jak i ataku. Intruz podszywający się pod użytkownika sieci (osobę, podmiot) wyłudza informacje wrażliwe (numery kont, kart kredytowych, danych logowania, dane osobiste)** w celu wykonania ataku, najczęściej przestępstwa. Wiadomości na potrzeby *phishingu* wysyłane są głównie pocztą elektroniczna lub przy wykorzystaniu komunikatorów dostępnych w portalach społecznościowych. Druga forma ataku – ***pharming* – to doskonalsza, groźniejsza i trudniejsza do wykrycia forma *phishingu*. Polega na wysłaniu w poczcie elektronicznej odnośnika (linku) do fałszywej strony internetowej, np. banku, w celu wykonania ataku i wykradzenia pieniędzy.**

Przykład 1.

Pierwszy przykład zalicza się do *pharmingu*, czyli podesłaniu maila z fałszywym linkiem do strony banku. Generalną zasadą obowiązującą w bankowości elektronicznej jest to, że banki nigdy nie komunikują się ze swoimi klientami za pomocą poczty elektronicznej. Wszelka komunikacja odbywa się w sposób tradycyjny, za pomocą poczty, telefonu lub poprzez wiadomości dostępne po zalogowaniu się do bankowości elektronicznej. I należy pamiętać o tym, że **bank nigdy nie prosi i nie będzie prosił o podanie naszych danych niezbędnych do zalogowania się do systemu bankowości elektronicznej.** Na poniższym rysunku przedstawiono przykład próby wyłudzania danych dostępowych do jednego z banków.

Po kliknięciu w załączony link wyświetlana jest fałszywa strona banku.

PAMIĘTAJMY! Banki nigdy nie komunikują się w ten sposób i każdy tego rodzaju mail jest próbą wyłudzenia danych niezbędnych do logowania, a tym samym próbą kradzieży naszych pieniędzy.

Przykład 2.

Kolejny przykład, często występujący w sieci Internet, dotyczy **próby przejęcia zasobów naszego komputera, danych w nim się znajdujących, ich zaszyfrowania poprzez przesłanie fałszywej poczty elektronicznej** od firm kurierskich, operatorów telekomunikacyjnych, innych podmiotów świadczących usługi dla ludności, np. kancelarii adwokackich. Najczęściej **w poczcie tej znajdują się załączniki w postaci faktur, różnego rodzaju pism zawierających w swoim wnętrzu złośliwe oprogramowanie.**

W powyższych przypadkach mamy do czynienia z próbami wgrania złośliwego oprogramowania umieszczonego w załączonych plikach. Jeżeli nie spodziewamy się takiego maila, jeżeli język tego maila jest niepoprawny, jeżeli nie jesteśmy pewni kto go wysłał, pod żadnym pozorem nie otwierajmy dołączonego załącznika.

Przykład 3.

Następny przykład dotyczy **próby przejęcia danych autoryzacyjnych niezbędnych do zalogowania się do naszej skrzynki pocztowej lub na nasze konto w mediach społecznościowych.**

Proszę zwrócić uwagę, że klikając w załączony link jesteśmy przekierowani na fałszywą stronę, na której hakerzy oczekują podania naszych danych autoryzacyjnych. Lekceważmy takie maile, **nie klikajmy w dołączone linki i nie podawajmy swoich danych do logowania,** tym bardziej, że najczęściej nasza poczta elektroniczna działa bez zarzutów.

Przykład 4.

Ostatni przykład dotyczy **prób wykorzystania nas jako tak zwane firmy słupy w celu prania brudnych pieniędzy lub w celu bezpośredniego wyłudzenia od nas pieniędzy.** PAMIĘTAJMY! W sieci Internet nikt nie daje nam pieniędzy za darmo, a wszelkie prośby o pomoc w przelaniu dużych sum pieniężnych należy traktować jako oszustwo.

Najczęściej tego rodzaju maile napisane są w języku angielskim lub niepoprawną polszczyzną. W sieci jesteśmy tylko i wyłącznie jednym z miliardów użytkowników i to, że ktoś przyśle nam taką ofertę, należy traktować jak zarzucanie sieci na potencjalne ofiary.

Podsumowanie

Kończąc, pragnę zwrócić uwagę na to, że metod i form oszustwa w sieci Internet jest dużo więcej niż w świecie realnym. Wynika to przede wszystkim z szybkości, prostoty i łatwości przeprowadzenia takiego oszustwa. Przestępcy są zazwyczaj anonimowi, znajdują się najczęściej z dala od nas, a transfer skradzionych w ten sposób pieniędzy jest natychmiastowy. Nie dajmy się oszukać, bądźmy czujni i cały czas śledźmy na bieżąco jakie nowe zagrożenia pojawiają się w sieci Internet. Ogromną rolę w naszym bezpieczeństwie powinna odgrywać powszechna edukacja na temat zagrożeń, a ta niestety ma wiele do nadrobienia. Z tego też względu zasadnym jest rozpocząć szeroką kampanię informacyjną w mediach i wdrożyć do programów uniwersytetów trzeciego wieku zagadnienia związane z bezpiecznym korzystaniem z sieci Internet.

RODO w praktyce

Inż. Piotr Dradrach, informatyk zajmuje się tematyką bezpieczeństwa informacji w placówkach ochrony zdrowia oraz zarządzaniem projektami informatycznymi (PRINCE2). Pełni funkcję Pełnomocnika ds. Bezpieczeństwa Informacji w SZPZLO W-wa Bemowo-Włochy, gdzie m.in. zarządza systemem certyfikowanym wg. ISO 27001. Współpracuje z Centrum Medycznym AstiMed w zakresie Ochrony Danych Osobowych. Inż. Piotr Dradrach wyjaśnia jakie mamy prawa i obowiązki w ramach RODO i jaki jest cel tego aktu prawnego.

W ostatnich czasie jesteśmy zasypywani przez media informacją o wielkich zmianach w przepisach dotyczących przetwarzania danych osobowych. **Właśnie weszło w życie Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych** i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), **potocznie określane mianem RODO.**

Celem tego aktu prawnego jest zapewnienie lepszej kontroli nad przetwarzaniem danych osobowych tak, aby nie dochodziło do naruszenia praw i wolności osób, których dane dotyczą. Ponieważ wszyscy jesteśmy dysponentami danych dla różnych podmiotów gospodarczych, to nowe przepisy pomogą nam chronić naszą prywatność w zmieniającym się świecie, gdzie przepływ informacji jest coraz szybszy i coraz trudniejszy do kontrolowania. W dzisiejszych czasach, kiedy to podlegamy ciągłemu profilowaniu i dawno już straciliśmy kontrolę nad elementami własnej tożsamości, **stosowanie się przez podmioty przetwarzające dane do nowych przepisów pozwoli na większe poczucie bezpieczeństwa oraz zmniejszenie ryzyka incydentów dotyczących naszej prywatności.**

Aby prawidłowo przygotować się do nowego stanu prawnego, podmioty przetwarzające dane osobowe (a więc właściwie wszystkie przedsiębiorstwa, urzędy, firmy) od dawna prowadzą czynności wdrożeniowe. Aktualizują, bądź tworzą na nowo dokumentacje, weryfikują poprawność zabezpieczeń w systemach informatycznych, modernizują je i rozbudowują. Inwestują w certyfikowane systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji. **Im lepiej zarządzane są w tym zakresie podmioty przetwarzające dane, im mają lepsze zabezpieczenia, tym lepiej dla nas.** Dane są lepiej chronione i obarczone mniejszym ryzykiem niewłaściwego ich przetwarzania.

Musimy mieć wiedzę, iż w przypadku, gdy jesteśmy pacjentem placówki ochrony zdrowia to zakres danych podlegających przetwarzaniu, wykracza poza to, co zwyczajowo określamy mianem danych osobowych. Katalog tych informacji zawiera wszystkie zapisy powodujące, iż osoba jest możliwa do zidentyfikowania. Mogą to być personalia takie jak imię, nazwisko, numer PESEL, ale także wszelakie nadawane w elektronicznym świecie identyfikatory, które w zestawieniu z lokalizacją lub innymi pozostawionymi „śladami", pozwalają jednoznacznie określić tożsamość osoby. **Dane o zdrowiu, które przetwarza placówka medyczna, są klasyfikowane jako jedna ze szczególnych kategorii danych osobowych.** Powoduje to powstanie u administratora dodatkowych zobowiązań, w zakresie stosowania technicznych oraz organizacyjnych środków zapewniających spełnienie wymagań nowych przepisów.

RODO gwarantuje dysponentom danych, a więc nam wszystkim, aby przetwarzanie odbywało się zgodnie z prawem w sposób przejrzysty i rzetelny. **Informacje o naszej osobie zebrane zostały w określonym celu i nie mogą być użyte niezgodnie z nim** (ogranicza to działania firm sprzedających nasze tożsamości). Oznacza to, iż jeżeli podaliśmy dane do celów realizacji ochrony zdrowia (diagnoza medyczna, medycyna pracy) i nie wyrażaliśmy zgody na żadne inne cele przetwarzania, to ta sama instytucja nie ma podstaw prawnych, aby używając posiadanych informacji wysyłać nam ofertę turystyczna, wyjazdu na wycieczkę marzeń. **Ilość danych przetwarzana przez podmiot ma być wystarczająca do realizacji założonych celów, ale nie może być nadmiarowa** (zapisując się do fryzjera nie musimy podawać numeru PESEL, ponieważ nie ma to wpływu na możliwości wykonania zleconej usługi). **Powinniśmy znać też okres czasu, w jakim nasze dane będą przechowywane i po jakim czasie będą usunięte** (ograniczy to bezcelowe przechowywanie danych po realizacji usługi, poprzez zalecenie, aby usuwać informacje zbędne z punktu widzenia współpracy). **Na nasze życzenie mamy również prawo do bycia zapomnianym** (żądanie usunięcia danych). Należy mieć jednak na uwadze, iż w wielu przypadkach jest to przepis niemożliwy do stosowania z uwagi na regulacje prawne w zakresie konkretnych sytuacji. **Przepisy dotyczące dokumentacji medycznej wykluczają taką możliwość.** Administrator i podmiot przetwarzający **muszą zadbać o integralność i poufność naszych danych** oraz dochować należytej staranności, aby wszelkie procesy z tym związane były rozliczalne. Oznacza to, że każdy z nich musi, w razie potrzeby, udowodnić przed organem kontrolującym spełnianie wymogów przepisów.

My za to mamy szereg praw o których każdy z nas powinien wiedzieć. Najlepiej widocznym ostatnio jest **prawo do bycia poinformowanym o operacjach przetwarzania.** Zwykle przeczytać o tym, jak chronione są nasze dane możemy na stronach internetowych podmiotów przetwarzających, informacjach drukowanych, wywieszanych w widocznych miejscach, lub usłyszeć w telefonicznej zapowiedzi. W ramach obowiązku informacyjnego **powinniśmy otrzymać wiedzę o tym, kto jest administratorem danych i jakie są nasze prawa.** Najistotniejsze z nich to **prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania i uzupełnienia** (realizujemy je, gdy zmienimy adres, telefon, lub inne podane dane), **prawo do ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu, prawo do niepodlegania profilowaniu.** Ma to zastosowanie zwłaszcza w Internecie, w świecie zasypanym reklamami dostarczanymi automatycznie. **Nowym prawem jest wspomniane wcześniej prawo do usunięcia danych, zwane również prawem do bycia zapomnianym.** Nasze dane administrator zobowiązany jest usunąć, gdy zakończy ich przetwarzanie.

Nie pozwólmy, aby zagubił się w zamieszaniu wokół RODO zdrowy rozsądek. Jeśli w rejestracji nie chcemy podać swoich personaliów, bo słyszeliśmy o RODO, to **pamiętajmy, że przed pierwszą naszą wizytą, przychodnia została już administratorem naszych danych i już je przetwarza, więc pani rejestratorka nie prowadzi operacji zbierania danych, a jedynie weryfikuje tożsamość pacjenta.** Aby nasza karta znalazła się na czas w gabinecie lekarza. W sytuacji, gdy lekarz zachoruje, potrzebne są dane pacjenta, aby wiadomo było kogo poinformować o tym fakcie i zmienić termin długo oczekiwanej wizyty. **Bez identyfikacji nie uda się również zweryfikować uprawnień do bezpłatnej opieki zdrowotnej.**

POŻEGNANIA

Pożegnanie Maryli

Maria Dobrowolska-Chodkowska odeszła od nas 16 stycznia 2018 r. Jaką ją pamiętam?

Aktywna, młodsza duchem niż wiekiem, życzliwa i uczynna. Pomagała wielu osobom z szerokiego kręgu znajomych. Była też wdzięczną i zgodną towarzyszką turnusów rehabilitacyjnych. Jej poczucie humoru i życiowe doświadczenie czyniły z niej ciekawą partnerkę w rozmowach. Zarówno na tematy poważne, jak i w babskich pogaduszkach.

Pogodna i optymistycznie nastawiona do życia, a jednocześnie twardo stąpająca po ziemi, realistycznie podchodziła do życiowych problemów. Odważnie mierzyła się z kolejnymi chorobami, poddając się zalecanym, a przecież nierzadko uciążliwym terapiom.

Prywatnie tworzyła ciepłą i zgodną parę z mężem Grzegorzem. Miło było na nich patrzeć i z nimi przebywać.

Trudno pogodzić się z tym, że ostatniego ataku choroby nowotworowej nie udało się Jej odeprzeć…

Anka Jędra

Wspomnienie o Eli-Chineczce

Elżbieta Kucharska odeszła od nas 11 maja 2018 roku. Kiedy zjawiła się w Klubie Amazonek zwróciła moją uwagę otwartością na kontakty z ludźmi oraz chęcią do współpracy i pomocy w naszych klubowych pracach. Umiejętność nawiązywania rozmowy, a także bacznego słuchania kobiet chorych na raka piersi była podstawą Jej pracy jako Ochotniczki niosącej wsparcie i dzielącej się swoim doświadczeniem.

Znalazła uznanie i zaufanie wśród koleżanek Klubu. Dwukrotnie została wybrana do Komisji Rewizyjnej Stowarzyszenia. Zawsze dbała o dobro naszej organizacji. Chętnie brała udziału w akcjach propagujących badania profilaktyczne, w tym w nauce samobadania piersi na różnych spotkaniach prozdrowotnych i edukacyjnych.

Dbała o własną kondycję, m.in. korzystając z organizowanych przez Klub turnusów rehabilitacyjnych. Na jednym z nich poznałam Elę bliżej. I tak jak kumple z wojska, tak my stałyśmy się kumpelkami z turnusów rehabilitacyjnych. Wtedy też poznałam nie tylko spokojną, zorganizowaną, ale też towarzyską, pogodną i interesującą koleżankę. Pełną życia i pasji, wielbicielkę gry w karty. Wspaniale opowiadała o swoich długich rodzinnych pobytach i życiu w Chinach. Nauczyła mnie parzenia zielonej herbaty oraz przygotowywania chińszczyzny. Była kopalnią wiedzy o tym kraju, w którym miała wielu przyjaciół. I tak wśród wielu Elżbiet w Klubie dla mnie pozostanie na zawsze Elą-Chineczką.

Cierpliwie do końca znosiła kolejne trudności związane z chorobą. Odeszła otoczona gronem najbliższych.

Będzie mi Ciebie bardzo brakowało „Chineczko".

Irena Rakowska

KALENDARIUM
październik 2017 – wrzesień 2018

15 października 2017 r.

„Zadbaj o siebie. Modna, piękna i zdrowa"

QUIOSQUE to kobiety. To one stanowią inspirację marki. To dla nich projektowane są kolekcje. One – w większości – tworzą firmę. Marka odzieżowa już po raz czwarty przeprowadziła akcję „Zadbaj o siebie. Modna, piękna i zdrowa", która powstała z myślą o kobietach i jest im dedykowana. Jej celem jest zwrócenie uwagi na zdrowie kobiet, zachęcenie ich do zadbania o siebie i wykonania badań profilaktycznych. Październik jest Międzynarodowym Miesiącem Walki Z Rakiem Piersi. Pamiętajmy, że już od 20. roku życia każda kobieta powinna regularnie badać piersi, a minimum raz w roku wykonać profesjonalne badanie u ginekologa, chirurga lub onkologa. Aby przekonać Polki do wykonywania samobadania piersi marka QUIOSQUE przygotowała specjalne ulotki z krótkim instruktażem, dostępne w październiku w salonach QUIOSQUE. Mamy nadzieję, że dzięki naszej akcji przypomnimy kobietom o tym, jak ważna jest profilaktyka. Badania nie są bolesne, nie wymagają od nas dużego wysiłku. Mimo to kobiety nie mają na nie czasu, ponieważ zwykle myślą o innych, a nie o sobie. *Chcemy, aby nasze klientki były piękne, modne, ale przede wszystkim zdrowe* – podkreślają organizatorzy akcji.

23 października 2017 r.

Jubileusz 30-lecia działalności Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum.

O tym wydarzeniu piszemy na stronach 2-3.

17 listopada 2017 r.

Jubileusz 15-lecia „Gladiatora"

Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator" obchodziło jubileusz 15-lecia swojej działalności. Z tej okazji 17 listopada w Centrum Onkologii w Warszawie odbyło się sympozjum poświęcone diagnostyce oraz nowym możliwościom leczenia nowotworów prostaty, pęcherza oraz raka nerek. Uroczystość została objęta patronatem honorowym prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy. DZIĘKUJEMY za wspaniałe wyróżnienie – statuetkę Gladiatora!

13 grudnia 2017 r.

Spotkanie Opłatkowe i Dzień Wolontariusza

Jak co roku świętowałyśmy Dzień Wolontariusza połączony z tradycyjnym opłatkiem z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia. Odznaczyłyśmy „Bursztynowym Łukiem" przyjaciół Amazonek dwie wspaniałe lekarki – dr n. med. Agnieszkę Jagiełło-Gruszfeld oraz dr n. med. Marynę Rubach. Gościłyśmy wielu naszych fantastycznych przyjaciół, którym podziękowałyśmy za to, że są z nami i że zawsze możemy na nich liczyć. Udało się również dotrzeć do nas Teresie Kibalenko, wieloletniej Ochotniczce. Życzenia i uśmiechy oraz poczucie, że jesteśmy razem dały nam kolejny zastrzyk energii.

Dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld i dr n. med. Maryna Rubach otrzymują Bursztynowy Łuk Amazonek.

10 stycznia 2018 r.

Styczniowe spotkanie

Podczas pierwszego w nowym roku spotkania prelekcję wygłosiła dr Katarzyna Pogoda, która opowiedziała nam, jak wygląda leczenie raka piersi w Stanach Zjednoczonych, gdzie odbywała staż. Słuchałyśmy z ogromnym zainteresowaniem, marząc, że i u nas terapia raka piersi będzie wyglądała podobnie. W drugiej części zebrania podziękowałyśmy naszym koleżankom, które nie mogły wziąć udziału w spotkaniu opłatkowym, za ich wspaniałą pracę w ubiegłym roku. Bardzo szybko minęły te dwie godziny.

Lek. med. Katarzyna Pogoda, onkolog kliniczny.

3 lutego 2018 r.

„Biała Sobota" w Centrum Onkologii

„Biała Sobota", czyli Dzień Otwarty został zorganizowany po raz 18. w Centrum Onkologii-Instytucie w Warszawie ramach obchodów Światowego Dnia Walki z Rakiem. Bezpłatnie i bez kolejek można było między innymi wykonać mammografię, cytologię, zbadać cukier we krwi i poziom dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu. Amazonki z naszego Stowarzyszenia uczyły panie samobadania piersi i udzielały wskazówek dotyczących profilaktyki.

Irena Opłoczyńska, Ewa Wróblewska, Bianka Mirska z pacjentkami.

22 lutego 2018 r.

Szkolenie - Informatyzacja ochrony zdrowia

Polska Unia Organizacji Pacjentów zorganizowała szkolenie na temat elektronicznej dokumentacji medycznej, e-recepty, bezpieczeństwa oraz korzyści dla pacjenta wynikających z ich zastosowania. Podczas warsztatów uczestnicy mogli założyć profil zaufany.

6 marca 2018 r.

Spotkanie Liderek Unii Mazowieckiej

Spotkanie liderek Unii Mazowieckiej z Warszawy i okolic przebiegło w serdecznej atmosferze. Omawiałyśmy projekty realizowane przez nasze stowarzyszenia, mówiłyśmy o profilaktyce raka piersi, o tym, jak funkcjonują nasze kluby, jakie mają trudności, ale także ile satysfakcji przynosi praca dla innych. Poruszyłyśmy trudny dla nas temat nawrotu choroby i dzieliłyśmy się doświadczeniami o tym, co staramy się robić dla koleżanek i pacjentek, kiedy choroba powraca. Snułyśmy też plany na przyszłość, na wspólne działania.

Liderki Stowarzyszeń z Warszawy i okolic.

7 marca 2018 r.

IV Warszawska Konferencja Onkologiczna

Podczas zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne, IV Warszawskiej Konferencji Onkologicznej wręczono tytuły naukowe przyznane przez Centrum Onkologii–Instytut. Referaty wygłosili: prof. dr hab. n. med. Jan Walewski, dr. hab. n. med. Joanna Didkowska, dr hab. n. med. Wojciech Wysocki, prof. dr hab. n. med. Jacek Fijuth. W konferencji wziął udział Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Tombarkiewicz. Wręczono Medale Jubileuszowe z okazji 85-lecia otwarcia Instytutu Radowego w Warszawie. Gratulujemy wyróżnionym.

7 marca 2018 r.

Kinesiotaping

Tym razem podczas naszego środowego spotkania, pani Justyna Krzyż-Grodecka opowiedziała i pokazała praktyczne zastosowanie plastrów. Kinesiotaping to metoda terapeutyczna, która polega na oklejaniu wybranych części ciała specjalnymi elastycznymi plastrami. Zostały one opracowane na początku lat 70. dwudziestego wieku przez japońskiego lekarza Kenzo Kase. Plastry stworzone są z bawełny i kleju akrylowego. Mają one grubość i ciężar zbliżony do skóry i podobnie jak ona są dość rozciągliwe. Ponadto przepuszczają powietrze i są wodoodporne. Plastry można nosić od kilu dni do kilku tygodni lub do momentu odklejenia się plastra. Odpowiednie naklejenie plastra, poprzez redukcję napięcia na receptory skórne, ma również wpływ na odczuwanie bólu. Plastry dają ten sam efekt co drenaż limfatyczny – wspomagają odprowadzanie limfy i poprawiają krążenie. Spotkanie było niezmiernie interesujące, zwłaszcza część praktyczna. Wszystkie chciałyśmy być „oplastrowane", ale jak zwykle zabrakło czasu. Może uda się te zajęcia powtórzyć.

Mgr Justyna Krzyż-Grodecka pokazuje, jak w praktyce wygląda kinesiotaping.

14 marca 2018 r.

Spotkanie Wielkanocne

Miło, wesoło, serdecznie i smacznie. Jak co roku składałyśmy sobie życzenia, dzieląc się jajkiem i własnoręcznie przygotowanymi potrawami.

17 marca 2018 r.

Wielkanoc u Amazonek na Pradze

Miłe, sobotnie popołudnie u praskich Amazonek z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocach. Życzenia, uśmiechy, chwila rozmowy, poznanie nowych koleżanek i mnóstwo pysznych potraw. Helenko dziękujemy za zaproszenie.

21 marca 2018 r.

VII Forum Pacjentów Onkologicznych

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych po raz siódmy zorganizowała publiczną debatę, dotyczącą sytuacji pacjenta onkologicznego w systemie ochrony zdrowia. Podczas VII Forum Pacjentów Onkologicznych, w gronie pacjentów, ekspertów i decydentów poszukiwano rozwiązań najpilniejszych, aktualnych problemów chorych na nowotwory w Polsce. Tematem wiodącym była potrzeba wprowadzenia kompleksowej opieki onkologicznej. Podczas VII Forum po raz trzeci rozdano nagrody Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych „Jaskółki Nadziei", przyznawane za wsparcie, niesienie nadziei oraz tworzenie wzorów dobrych praktyk wśród polskich pacjentów onkologicznych. Nagrodę specjalną otrzymał prof. Adam Maciejczyk. Nagrody główne otrzymali: w kategorii Kampania Edukacyjna – Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca, Oddział Szczecin, w kategorii Pacjent Niosący Nadzieję – Anna Domańska ze Stowarzyszenia Sarcoma, w kategorii Lider Organizacji – Piotr Błaszkiewcz z Podkarpackiego Koło SPBS. Nagrodzonym gratulujemy.

10 maja 2018 r.

Spotkanie Ochotniczek

Majowe spotkanie Ochotniczek poprowadziła Krysia Sikorska-Krajewska, która z powodzeniem wdrożyła się w nową dla siebie rolę liderki grupy Ochotniczek. Świętowałyśmy także imieniny naszej pierwszej liderki Ochotniczek – Zosi Michalskiej.

Od lewej: Marianna Trojanowska, Wanda Pęconek, Zofia Michalska, Krysia Sikorska-Krajewska, Agnieszka Waluszko.

11 maja 2018 r.

Pobudka z Funduszami

W ramach warsztatów „Sieć dla Zdrowia" zapoznaliśmy się z Funduszami Europejskimi i Norweskimi. Dowiedziałyśmy się, jak próbować je uzyskać, jak robią to inni i dlaczego warto z nich korzystać. Jeszcze daleka droga przed nami, zobaczymy...

23 maja 2018 r.

Konferencja Pielęgniarek Onkologicznych

XXII Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pod hasłem „Opieka pielęgniarska w nowych terapiach onkologicznych" w Białymstoku odbyła 23-23 maja. Wzięło w niej udział ponad 300 uczestników z całego kraju. Konferencję rozpoczęły wystąpienia prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych Barbary Jobdy i przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego Konferencji mgr Małgorzaty Wróblewskiej oraz świetny wykład inauguracyjny prof. dr hab. n. med. Marka Wojtukiewicza. Artykuły napisane na podstawie wykładów z konferencji na stronach 6-7 oraz 10-11.

Ewa Grabiec-Raczak i Ela Samselska wśród pielęgniarek onkologicznych.

26 maja-9 czerwca 2018 r.

Turnus rehabilitacyjny

Turnus rehabilitacyjny kolejny raz w Sarbinowie, w hotelu Jawor, gdzie czułyśmy się wspaniale. A do tego fantastyczna pogoda, masaże, gimnastyka w basenie i plaża ze wspaniale szumiącym morzem… może powrócimy tam za rok.

Uczestniczki turnusu w piękny, słoneczny dzień.

1 czerwca 2018 r.

Dni Inspiracji

W ramach „Dni Inspiracji" na Uniwersytecie Warszawskim Małgorzata Rosa oraz Krystyna Sikorska-Krajewska wystąpiły z prelekcją na temat profilaktyki raka piersi oraz prezentacją samobadania piersi.

15 czerwca 2018 r.

Jubileusz 30-lecia działalności Świętokrzyskiego Klub „Amazonek"

Z okazji Jubileuszu 30-lecia działalności Świętokrzyskiego Klub „Amazonki" odbyło się spotkanie w Wojewódzkim Domu Kultury w Kielcach. Gośćmi uroczystości byli przyjaciele Klubu: parlamentarzyści, samorządowcy, przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego, personel Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, delegacje firm i instytucji, a przede wszystkim Amazonki z Kielc i z zaprzyjaźnionych Stowarzyszeń. Słów uznania dla wytężonej pracy Amazonek nie szczędzili zaproszeni goście, a prezes Klubu Alicja Korczak serdecznie za nie dziękowała. Jubileuszowej uroczystości towarzyszyła wystawa prac uzdolnionych plastycznie, fotograficznie i literacko pań działających w Świętokrzyskim Klubie „Amazonki".

Świętokrzyskie Amazonki świętują, druga z lewej prezes Alicja Korczak.

28 czerwca 2018 r.

„BreastFit"

„Niewidzialne" to tytuł nowego spotu kampanii „BreastFit. Kobiecy biust. Męska sprawa" Fundacji OncoCafe, którego bohaterkami są kobiety zmagającymi się z zaawansowanym rakiem piersi. O kampanii piszemy na stronie 15.

29 czerwca 2018 r.

„Pobudka z kamerą"

Tym razem w ramach projektu „Sieć dla zdrowia" wzięliśmy udział w „Pobudce z kamerą". Podczas warsztatów oprócz części teoretycznej, próbowaliśmy swoich sił przed kamerą. Było ciekawie, trochę stresująco, ale pracowaliśmy w serdecznej, w przyjacielskiej atmosferze.

Ewa Grabiec-Raczak i Irena Opłoczyńska z liderami warszawskich organizacji pacjentów na warsztacie prowadzonym przez redaktor Małgorzatę Wiśniewską

4-8 lipiec 2018 r.

„Onkoprzestrzeń Kreatywna"

Onkoprzestrzeń kreatywna to wspólny projekt Fundacji Twórczość i Dokumentacja oraz Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych.

Rysujemy martwa naturę – prowadzący zajęcia Stefan Żuchowski.

Warsztaty odbywały się w Sierakowie w bardzo rodzinnej i przyjacielskiej atmosferze dzięki gospodarzom obiektu oraz fantastycznym prowadzącym. Warsztaty zakończyły się wernisażem prac, na którym podziwiałyśmy nawzajem swoje dzieła. Równocześnie miało miejsce Szkolenie Liderek zorganizowane przez Federację Stowarzyszeń „Amazonki". Działo się, działo...

lipiec-sierpień 2018 r.

Kampania #RóżoweLato

Z okazji 20-lecia kampanii „AVON Kontra Rak Piersi" w Polsce, aby z działaniami profilaktycznymi dotrzeć do jak największej liczby Polek, tego lata odbyła się kampania #RóżoweLato. Organizowana była z 4FUN.TV w siedmiu wakacyjnych kurortach. Podczas weekendów kobiety mogły wykonać bezpłatnie badania USG piersi. Poza konkursami z nagrodami, treningami na trampolinach, możliwością wykonania makijażu i niezapomnianymi koncertami można było dowiedzieć się, jak zadbać o swoje zdrowie, by cieszyć się nim jak najdłużej. Byłyśmy w trzech miejscach: Olsztynie, Łebie i Kołobrzegu i uczyłyśmy kuracjuszki, jak badać swoje piersi. Zainteresowanie było bardzo duże.

Krysia Laskowska, Ola Cicha i Ewa Wróblewska w Olsztynie.

czerwiec i sierpień 2018 r.

„Artystyczny Świat Amazonek"

„Artystyczny Świat Amazonek" to projekt zorganizowany przez Federację Stowarzyszeń Amazonki realizowany dzięki dofinansowaniu z PFRON.

Uczestniczki pleneru malarskiego z prowadzącą Anną Kozłowską-Agacińską, organizatorkami Lusią Werblińską i Krysią Wechmann.

Uczestniczyłyśmy w dwóch warsztatach malarstwa i biżuterii w Wągrowcu (czerwiec) i Sierakowie (sierpień). Poprzez tworzenie ciekawych, niebanalnych rzeczy zdobywałyśmy nie tylko nowe umiejętności czy doświadczenie, ale wspaniale się integrowałyśmy zapominając o chorobie. Miałyśmy też okazję porozmawiać o sztuce czy obejrzeć film. A na zakończenie zajęć, podczas wernisażu podziwiałyśmy nietuzinkowe, efektowne prace koleżanek.

Uczestniczki warsztatów biżuterii w Sierakowie na wernisażu prac z prezes Krystyną Wechmann i instruktorką Aleksandrą Rudnicką; pierwsza z lewej nasza klubowa koleżanka – Irena Opłoczyńska.

19 sierpnia 2018 r.

Triathlon w Kozienicach

Nasze koleżanki – Teresa Maciejowska i Krystyna Nader wzięły udział w programie profilaktyki raka piersi podczas Triathlonu w Kozienicach, ucząc kobiety samobadania piersi.

1 września 2018 r.

Dzień Energetyka w Kozienicach

Bianka Mirska i Krystyna Sikorska-Krajewska wzięły udział w programie profilaktyki raka piersi podczas Dnia Energetyka w Kozienicach na zaproszenie Fundacji Energia – Działanie.

2 września 2018 r.

Onkobieg

Tradycyjnie, w pierwszą niedzielę września, odbył się „Onkobieg Razem po zdrowie! Warszawa 2018", którego uczestnicy wyrazili solidarność z pacjentami onkologicznymi i ich rodzinami. Podczas 11. już edycji biegu 2 200 uczestników łącznie pokonało trasę 15 350 okrążeń (23 025 km) dookoła Centrum Onkologii w Warszawie. Tegoroczny scenariusz Onkobiegu podkreślał ogromne znaczenie profilaktyki i diagnostyki nowotworowej. Zebrane pieniądze zostaną przeznaczone na wsparcie najbardziej potrzebujących pacjentów – podopiecznych Stowarzyszenia SARCOMA i działalność związaną z profilaktyką i diagnostyką onkologiczną. W ramach „Miasteczka Onkobiegu" biegacze mogli skorzystać z bezpłatnych badań profilaktycznych prowadzonych przez partnerów, m.in. pomiaru masy ciała, ciśnienia tętniczego, badania znamion dermatoskopem w kierunku czerniaka, a my, jak co roku, uczyłyśmy samobadania piersi i rozmawiałyśmy o profilaktyce tego nowotworu.

Opracowała
Ewa Grabiec-Raczak

AKTUALNE INFORMACJE O STOWARZYSZENIU

Zarząd Stowarzyszenia

Ewa Grabiec-Raczak
prezes

Wiesława Kunicka
wiceprezes

Ewa Wróblewska
II wiceprezes

Elżbieta Samselska
sekretarz

Irena Opłoczyńska
skarbnik

Małgorzata Rosa
członek Zarządu

Krystyna
Sikorska-Krajewska
członek Zarządu

Komisja Rewizyjna:
Irena Rakowska, Krystyna Laskowska

Telefon Zaufania

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

Najważniejsze inicjatywy Stowarzyszenia

1. Objęcie przez nasze Ochotniczki opieką pacjentek z rakiem piersi w pięciu warszawskich szpitalach.
2. Zorganizowanie kompleksowej opieki lekarskiej nad członkiniami Stowarzyszenia.
3. Aktywne samopomocowe oddziaływanie na środowisko kobiet dotkniętych rakiem piersi.
4. Stale rozwijana i doskonalona działalność szkoleniowo-informacyjna.
5. Systematyczne i konsekwentne przełamywanie barier lęku przed rakiem poprzez edukowanie społeczeństwa.
6. Wybudowanie Centrum Edukacyjno-Terapeutycznego przy Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii.
7. Powołanie Poradni Amazonki, udzielającej konsultacji telefonicznych i osobistych wszystkim chorym na raka.
8. Utworzenie Biblioteki „Amazonki chorym na raka" w Centrum Onkologii w Warszawie przy ul. W. K. Roentgena 5.
9. Realizowanie kampanii społecznych i grantów edukacyjnych: „Rehabilitacja kobiet po leczeniu raka piersi", „Gabinety z Różową Wstążką", *#befirst – bądź o krok przed rakiem* i wielu innych.

Centrum Pomocy Telefonicznej

Bezpłatna Infolinia, lekarz onkolog tel. 800 49 34 94,
pon. – czw., godz. 16.00-22.00

Rehabilitant tel. 22 546 26 33 lub 22 546 25 86, wt. godz. 14.00-18.00

Pielęgniarka tel. 602 610 029, pon. godz. 10.00-18.00

Ekspert od problemów z włosami: Izabela Szymczak, tel. 609 822 872
pon., godz. 20.00-22.00

Psycholog: Agnieszka Waluszko, tel. 574 479 249
pon., godz. 13.00-15.00

Ochotniczka tel. 664 757 050, pon. – pt., godz. 9.00-17.00

Biuro Amazonki tel. 22 546 28 97, pon. – pt., godz. 10.00-13.00

Osoby szczególnie zasłużone dla Ruchu Amazonek

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

Ochotniczki pracujące w Stowarzyszeniu

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

PORADNIA AMAZONKI

NASI SPECJALIŚCI
CZEKAJĄ NA WASZE PYTANIA

W Poradni Amazonki na terenie Centrum Onkologii przyjmują:

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

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

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

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

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

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

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

„Gazeta Amazonki" w Internecie

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

Redakcja

Redakcja: Ewa Grabiec-Raczak, Aleksandra Rudnicka
Współpraca: członkinie Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum
Fot. str 2-3: Katarzyna Rainka
Fot. str 15,19-23: Ewa Grabiec-Raczak
Fot. członkiń Zarządu: Edyta Paduch

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

Konto bankowe
83 1020 1055 0000 9402 0016 6280
KRS 0000023411

Wydawca
aleksandria@zigzag.pl