

E-BOOK WYDANY PRZEZ:



WYKRYCIE OZNACZA ŻYCIE

DIAGNOZA:
RAK SZYJKI MACICY

DIAGNOZA:
RAK JAJNIKA

Realizacja projektu:

Ogólnopolska Organizacja Kwiat Kobiecości

Opracowanie redakcyjne i korekta tekstu:

Justyna Sokołowska

Opracowanie graficzne:

Anna Jarczewska

Skład i łamanie:

Elżbieta Giżyńska

Zespół kreatywny:

Anna Jarczewska, Ida Karpińska, Aneta Petyniak

Wszystkie fotografie zamieszczone w e-booku pochodzą z prywatnych zbiorów Ogólnopolskiej Organizacji Kwiat Kobiecości, prywatnych zbiorów bohaterek oraz www.stock.chroma.pl: s. 14: © EFIREN; s. 25: © HANNAMARIAH; s. 26: © IMAGEPOINTFR; s. 28: © ANASTAS; s. 39: © KOSTYAKLIMENKO; s. 52: © SUDOK1; s. 57: © AGENCYBY; s. 58: © SHIDLOVSKI; okładka: © PESHKOVA; © SEMISATCH.

Wydanie I, wrzesień 2021

Copyright © Ogólnopolska Organizacja Kwiat Kobiecości

ISBN 978-83-962385-0-4

www.kwiatkobiecosci.pl

www.diagnostykajajnika.pl

kontakt:

biuro@kwiatkobiecosci.pl

Spis treści

Wstęp	4
-------------	---

CZĘŚĆ I

DIAGNOZA: RAK SZYJKI MACICY	7
--	---

„Postanowiłam sobie, że to nie choroba będzie mi dyktować warunki i mówić, jak mam żyć i czy w ogóle mam żyć” – rozmowa z Idą Karpińską, Prezeską Ogólnopolskiej Organizacji Kwiat Kobiecości	8
--	---

Profilaktyka pierwotna i wtórna raka szyjki macicy. Zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego nie mogą być tematem tabu, a badania profilaktyczne czymś wstydlwym – komentarz dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego, prof. NIO-PIB, specjalisty położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej ...	28
--	----

Część 2

DIAGNOZA: RAK JAJNIKA	46
------------------------------------	----

„Od kiedy się znamy, zawsze razem chodzimy do ginekologa” – rozmowa z Katarzyną i Piotrem Kamińskimi	47
---	----

Postęp medycyny w zakresie leczenia raka jajnika. Jak współczesna medycyna przygotowana jest do walki z tą podstępną chorobą? – komentarz dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego, prof. NIO-PIB, specjalisty położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej ...	58
--	----

Wstęp

Biorąc pod uwagę osiągnięcia dzisiejszej medycyny, trzeba stwierdzić, że rak szyjki macicy i rak jajnika to choroby, z którymi można skutecznie walczyć. Potwierdza to historia Idy Karpińskiej, która wygrała walkę z rakiem szyjki macicy, ale również historia Kasi, która 12 lat temu zmagала się z rakiem jajnika. Te dwie zupełnie inne historie choroby, mają ze sobą coś wspólnego.

Po pierwsze, z racji tego, że obie bohaterki tej publikacji regularnie odbywały wizyty u ginekologa, miały większe szanse na wyleczenie. Ida raz w roku wykonywała badania cytologiczne, a Kasia z powodu zmagania z endometriozą była pod stałą opieką lekarza. W obu przypadkach, choć nowotwór nie dawał żadnych objawów i został wykryty niejako przy okazji, to jednak na tyle wcześnie, by udało się jeszcze uratować im życie.

Po drugie, obie panie w trudnych momentach otrzymały ogromne wsparcie od swoich partnerów. To ważne, ponieważ zarówno rak szyjki macicy, jak i rak jajnika bardzo mocno wpływają na poczucie kobiecości oraz życie intymne. Niestety zdarza się, że kobiety zostają z tym same, a czasem świadomie i z powodu lęku nie podejmują po leczeniu próby powrotu do normalnego pożycia w związku. Skutkiem tego może być jego rozpad czy zdrada. Kluczowe jest więc to, żeby nie pomijać tego tematu, rozmawiać ze sobą, nie wstydzić się, zadawać lekarzowi pytania o seks po chorobie i na nowo w relacji z partnerem odkryć swoją seksualność.

Kolejna sprawa, to aspekt psychologiczny, którego nie można odsuwać na boczny tor. Ida bardzo szczerze opowiedziała o kolejnych etapach swojej choroby, kiedy początkowo po usłyszeniu diagnozy poddała się i zapadła niczym w czarną dziurę. Jej historia zdaje się

mówić, że w tym trudnym momencie wcale nie musisz być taka dzielna. Przecież diagnoza, którą usłyszałaś, potrafi zwalić z nóg, a Ty jesteś tylko człowiekiem, masz prawo do bycia słabą i zmęczoną. Nie od razu zbierzesz siłę na to, żeby rozpocząć walkę z chorobą. Ale na pewno przyjdzie moment, kiedy poczujesz się wreszcie do niej zmotywowana i wściekła na chorobę. Ida po kilku dniach trwania w bezwładzie i apatii wstała wreszcie z łóżka oraz podjęła trudną, ale zwycięską walkę.

Tak, można wygrać z rakiem szyjki macicy i nie należy się bać wykonywania badań profilaktycznych, bo nawet jeśli wynik będzie nieprawidłowy, to medycyna dysponuje skutecznymi metodami, by przechytrzyć chorobę. Profilaktyka pierwotna i wtórna to nasza szansa, o czym przypomina dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski, prof. NIO-PIB, ginekolog i ginekolog onkolog. Apeluje przy tym, by zakażenia HPV przestały być tematem tabu, ponieważ wirus brodawczaka ludzkiego istnieje z nami od zarania dziejów. Jednak dopiero teraz mamy skuteczne narzędzia do wykrywania nosicielstwa, skutecznego wykrywania i leczenia stanów przedrakowych oraz uniknięcia zachorowania na raka szyjki macicy. Zatem badania przesiewowe w kierunku wirusa HPV nie powinny wiązać się ze wstydem, lecz stać się nowoczesnym elementem dbania o własne zdrowie.

W przypadku raka jajnika sytuacja jest o wiele bardziej skomplikowana, ponieważ mamy do czynienia z tzw. cichym zabójcą. Nie ma skutecznych badań przesiewowych w kierunku wykrywania tego nowotworu i najczęściej kobieta dowiaduje się o chorobie, kiedy przyjmuje ona postać zaawansowaną. Jednak i w tym przypadku leczenie może się skończyć dla pacjentki pomyślnie, o czym świadczy historia, którą opowiedziała nam Kasia.

Pomimo tego, że rak jajnika jest niezwykle podstępny nowotworem, to jednak można z nim walczyć. Profesor Nowakowski podkreśla, że w ciągu ostatnich 20 lat nastąpił postęp medycyny w zakresie skuteczności skojarzonych metod leczenia, ale też znaczny rozwój techniki operacyjnej i wzrost odsetka optymalnych zabiegów cytoredukcyjnych. W tej chwili też dzięki tzw. Inhibitorom PARP udaje się skutecznie wydłużyć życie pacjentek po diagnozie, o kilka czy nawet kilkanaście lat.

Książkę tę kierujemy również do Was Panowie, żebyście oczami Piotra (męża Kasi) spojrzeli na to, jak wspierać swoją partnerkę w walce z chorobą. Piotr zrobił znacznie więcej, ponieważ dla innych kobiet w swej małej miejscowości zorganizował punkt pobrań cytologii. Udało się to dzięki jego uporowi i determinacji, co zresztą zauważyły i doceniły media, chwaląc to przedsięwzięcie. Na jednej z jubileuszowych gal Kwiatu Kobiecości Piotr odczytał na scenie przepiękny list adresowany do Kasi. Znajdziesz go w tym e-booku.

Poznaj historie bohaterów tej książki oraz opinie eksperta, ale przede wszystkim nie bój się badać, ponieważ... WYKRYCIE OZNACZA ŻYCIE.



CZĘŚĆ I

DIAGNOZA: RAK SZYJKI MACICY

„Postanowiłam sobie, że to nie choroba będzie mi dyktować warunki i mówić, jak mam żyć i czy w ogóle mam żyć”

– rozmowa z Idą Karpińską, Prezeską Ogólnopolskiej Organizacji Kwiat Kobiecości

Ido, często powtarzasz w wywiadach, że Kwiat Kobiecości jest „pozytywnym skutkiem ubocznym” Twojej choroby. Pamiętasz, na jakim etapie życia byłaś tuż przed wykonaniem tej „pamiętnej” cytologii? Czułaś się wtedy spełnioną kobietą?



Tak, bo wszystko zdawało się świetnie układać prywatnie i zawodowo. Miałam najwspanialszą, bo wymarzoną pracę, przeprowadziłam się właśnie z Gdańska do Warszawy, gdzie mój mąż zaczął pracę na polu golfowym, a ja krok po kroku zaczęłam spełniać swoje marzenia. Po tym jak w Krakowie skończyłam szkołę charakteryzacji, wizażu i efektów specjalnych, pracowałam dla kobiecych magazynów, na planach filmowych i sesjach zdjęciowych. Zawsze się wzruszam, kiedy sobie przypominam, jak wiecznie chodziłam z torbami pełnymi kosmetyków i ciuchów, które wypożyczałam do sesji fotograficznych. W tym czasie poznałam cudownych ludzi, a praca przy metamorfozach dawała mi mnóstwo satysfakcji, więc tym bardziej motywowało mnie to do tego, żeby nieustannie się rozwijać w kierunku modowo-urodowym. Po przeprowadzce do stolicy szybko też znalazłam sobie ginekologa, by nie zaniedbywać kwestii zdrowotnych, czego zresztą nauczyła mnie moja mama. Pamiętam ten dzień, kiedy poszłam zrobić cytologię, bo zaraz miał minąć rok od poprzedniego badania i tym razem mama też przypomniła mi o badaniach profilaktycznych. W kalendarzu miała zaznaczone wszystkie ważne daty i wydarzenia, i do nich niewątpliwie należało badanie cytologiczne. Kilka dni przed świętami Bożego Narodzenia weszłam do gabinetu ginekologa, rozebrałam się i usiadłam na fotelu ginekologicznym. Pani doktor podeszła do mnie z taką – jak mi się wtedy wydawało – dziwną szczoteczką. Zdziwiło mnie to, bo wcześniej pobierała rozmaz do badania

za pomocą patyczka z wacikiem, więc zaintrygowało mnie, z czego wynikała ta zmiana.



Nie spodziewałam się usłyszeć złych wiadomości, bo przecież badałam się regularnie, a rok wcześniej wszystko było w porządku.

Wyjaśniła mi, że to nowy sprzęt, którego będzie teraz standardowo używać do cytologii, ponieważ dokładniej pobiera rozmaz z kanału szyjki macicy oraz tarczy, dzięki czemu badanie staje się bardziej wiarygodne. Mniej więcej po dwóch tygodniach zadzwonił do mnie telefon z przychodni, żebym jak najszybciej odebrała wyniki badań. Nie zastanawiając się ani chwili, ale też nie mając w głowie złych myśli, wsiałam do samochodu i pojechałam do przychodni. Nie spodziewałam się usłyszeć złych wiadomości, bo przecież badałam się regularnie, a rok wcześniej wszystko było w porządku. Jednak kiedy wchodziłam do gabinetu pani doktor, wyczułam, że coś niedobrego wisi w powietrzu. Lekarka siedziała za biurkiem i jak nigdy wcześniej była zdystansowana. Kiedy jeszcze nie zdążyłam dobrze zamknąć za sobą drzwi, niemal od razu oznajmiła: „Pani Ido, mamy problem. Podejrzewam u pani raka szyjki macicy”. Jak stałam, tak osunęłam się na krzesło stojące obok jej biurka i zaczęłam się nerwowo śmiać. W mojej głowie kłębiły się myśli, że to niemożliwe, że mnie to w żaden sposób nie dotyczy, bo jestem po trzydziestce, dobrze się czuję, nic mnie nie boli, nie mam żadnych objawów, systematycznie się badam. Ale pani doktor trwała przy swoim i żeby się upewnić w swojej diagnozie, postanowiła pobrać wycinki do badania. Choć potwierdziły się jej przypuszczenia, dalej nie wierzyłam, że coś takiego mogło mi się przydarzyć. Gdzieś w moim umyśle nastąpiła blokada i totalne wyparcie tego, co się wydarzyło.





Myślałam, że pomyłono preparaty, że źle pobrano... Zawsze człowiek stara się wytłumaczyć sobie coś, czego nie chce przyjąć do wiadomości i wymyśla różne, wygodne dla niego wersje.

Cały czas miałaś nadzieję, że to nieprawda i że gdzieś popełniono błąd?

Myślałam, że pomyłono preparaty, że źle pobrano... Zawsze człowiek stara się wytłumaczyć sobie coś, czego nie chce przyjąć do wiadomości i wymyśla różne, wygodne dla niego wersje. Ale jednak nie mogłam zbagatelizować tego, co usłyszałam, dlatego postanowiłam skonsultować diagnozę z innym lekarzem. Znalazłam więc ginekologa onkologa i poprosiłam go o pobranie dwóch kolejnych wycinków. Jeden z nich przebadano w Centrum Onkologii w Warszawie, a drugi polecał do analizy do Szwecji, ponieważ miałam wtedy taką możliwość, żeby te wycinki przebadać za granicą. Po prawie dwóch tygodniach dotarły do mnie oba wyniki i niestety potwierdzające raka szyjki macicy. Wtedy nastąpiło we mnie tąpnięcie i kompletnie się załamalam. Wróciłam do domu, usiadłam na rogu łóżka i wyłam, bo właśnie dopiero wtedy dotarło do mnie, że nikt się nie pomylił, i że to się dzieje naprawdę. Rak kojarzył mi się stereotypowo, z wyrokiem i końcem życia, dlatego zapadłam się niczym w czarną otchłań i trwałam w tym stanie przez około tydzień. Praktycznie cały czas leżałam w łóżku i nie byłam w stanie się z niego podnieść. Nic mi się nie chciało i nic nie miałam siły robić, czułam psychiczną ciężkość i odrętwienie całego organizmu. To wszystko, co działo się wokół mnie, było jakby poza mną, nic do mnie nie docierało, zupełnie jakbym była w takiej szklanej kuli. Moi najbliżsi nie wiedzieli, w jaki sposób do mnie dotrzeć, jak mi pomóc, czuli się po prostu bezsilni. To był taki czas, kiedy jakby mnie nie było, po prostu nie funkcjonowałam.

Powiedziałaś, że w tym stanie załamania trwałaś około tygodnia. Jak udało ci się z niego wyjść?

Nie potrafię wytłumaczyć, jak do tego doszło, że po tygodniu tkwienia w tym totalnym marazmie, w mojej głowie nagle coś się zadziało, odblokowało i weszłam w drugi etap osvajania się z chorobą. Teraz już z perspektywy czasu wiem, że to są etapy, przez które się przechodzi i jest to w pełni normalne. Zatem weszłam wtedy w etap wściekłości na dramatyczną sytuację, w jakiej się znalazłam.

Byłaś zła, że to spotkało właśnie Ciebie?

Byłam wściekła na siebie, że się poddałam, ale też, że nie miałam wpływu na to, żeby coś z tym zrobić. Wściekłość i poziom adrenaliny wzrosły we mnie do tego stopnia, że podniosły mnie z łóżka i wtedy właśnie postanowiłam sobie, że to nie choroba będzie mi dyktować warunki i mówić, jak mam żyć i czy w ogóle mam żyć. Kiedy więc wstałam z tego łóżka, wzięłam prysznic, umyłam dokładnie całe ciało, zęby, poczułam wszechogarniającą świeżość. Od tego momentu sprawy potoczyły się już bardzo szybko, bo postanowiłam wziąć byka za rogi.



W jakimś zakamarku swojej osobowości znalazłam siłę i motywację do tego, żeby zacząć działać.

Postanowiłaś pomóc ciału walczyć z chorobą?

Dokładnie tak. W jakimś zakamarku swojej osobowości znalazłam siłę i motywację do tego, żeby zacząć działać. To nie było proste, bo ten tydzień spędzony w totalnej rozpacz w łóżku był dla mnie trudny. Po nim jednak faktycznie wszystko ruszyło do przodu, a w głowie zaczęłam mi się układać plan, niczym plan biznesowy kolejnych działań, które trzeba wykonać i odhaczyć w kalendarzu.



Nowotwór mógł rozwijać się wiele lat i prawda jest taka, że gdybym to badanie zrobiła dopiero 3 lata później, to już by mnie tu nie było.

Przypomnij, jaki dokładnie miałaś wynik cytologii?

Wynik był opisany jeszcze wtedy jako grupa III, w pięciostopniowej skali według starego, tzw. systemu Papanicolaou. Potem opisano go już jako CIN3, według nowego systemu Bethesda. Gdyby moja pani doktor nadal używała patyczka do pobierania cytologii, a nie szczoteczki cytologicznej, to zmiany nowotworowe pewnie nie zostałyby wykryte. Nowotwór mógł rozwijać się wiele lat i prawda jest taka, że gdybym to badanie zrobiła dopiero 3 lata później, to już by mnie tu nie było. Natomiast biopsja wykazała, że to rak gruczołowy, z naciekami z szyjki do macicy, przewodów moczowych i węzłów chłonnych. Kiedy więc oswoiłam się z wynikami badań i poradziłam sobie z początkowym załamaniem, spotkałam się

z doktorem (dziś już profesorem), który miał mnie operować i ustalić plan leczenia. Powiedział mi, że od przebiegu operacji będzie zależało, jakie potem podejmiemy działania, ale prawdopodobnie przede mną chemioterapia i naświetlania. Dodał, że oczywiście po usunięciu narządu rodnoego dobrze by było wprowadzić brachyterapię, żeby pozbyć się wszystkich komórek nowotworowych, które mogłyby zostać jeszcze gdzieś na bliźnie wewnątrz pochwy.

Jak wyglądały Twoje przygotowania do operacji?

Potwornie bałam się operacji, bo miał to być mój pierwszy pobyt w szpitalu, w dodatku związany z leczeniem nowotworu. To było naprawdę trudne doświadczenie, któremu jednocześnie cały czas towarzyszył wysoki poziom adrenaliny. Oczywiście przygotowałam się na pobyt w szpitalu i zrobiłam sobie wyprawkę, która cała była w kolorze czerwonym. Nie wiem, dlaczego akurat ten kolor był mi wtedy aż tak bardzo potrzebny, że wszystko co mogłam, miałam czerwone: kapcie, koszulę nocną, szlafrok, skarpetki, a nawet czerwoną szczoteczkę do zębów. W przeddzień operacji nie spałam dobrze, byłam niespokojna. Pamiętam, że rano podano mi jakieś różowe leki rozluźniające i nie pozwolono nic jeść. Zaprotestowałam, kiedy chciano mnie zawieźć na blok operacyjny na wózku. Wolałam pójść na własnych nogach. Pamiętam, że mój mąż siedział wtedy na korytarzu, i kiedy lekko już zamroczona po lekach wchodziłam na blok operacyjny, pomachałam mu na do widzenia ręką i powiedziałam, że niedługo wrócę. Do operacji ubrano mnie w specjalny fartuch, położono na wąskim łóżku, które miało wysięgniki do mocowania i przypinania rąk pasami, ze względu na bezpieczeństwo. Chciano w ten sposób zapobiec sytuacji zsunęcia się pacjenta z tego wąskiego łóżka, gdyby nastąpił jakiś atak z drgawkami czy zapaść. Wiadomo, w czasie operacji wszystko może się zdarzyć.

To musiało być dla Ciebie mocne doświadczenie?

Tak, przeraziło mnie to, mimo że wiedziałam, dlaczego tak się robi, to jednak doświadczenie tego jeszcze przed podaniem mi narkozy, nie należało do przyjemnych. Dopiero później podłączono mi wenflon i kroplówki. Pamiętam, że rozmawiałam wtedy z pielęgniarkami o facetach, a one w tym czasie układały narzędzia operacyjne. Tymczasem po pierwszej dawce narkozy, lekko już odurzona,

zaczynałam odpływać. Wtedy przyszedł pan doktor, wziął moją dłoń w swoje zmarznęte ręce, bo to był luty, i powiedział: „Już jestem pani Ido, niedługo zaczynamy”. Kątem oka jeszcze widziałam krzątające się pielęgniarki, które rozkładały obok narzędzia przygotowane dla leworęcznego operatora. Zdążyłam jeszcze poprosić doktora o to, żeby blizna była mała, ponieważ jestem jeszcze młoda i będę chciała się opalać. Może się wydawać dziwne, że w takim momencie, kiedy w grę wchodziło moje życie, myślałam o wyglądzie, ale uwierzcie mi, że to, co dzieje się w głowie kobiety przed tego typu zabiegami, trudno czasem wytłumaczyć. W takich chwilach po prostu myśli się o wszystkim, także o tym, że po operacji wróci normalność. Sam lekarz mnie uspokoił i zapewnił, że wszystko będzie dobrze i żebym się nie martwiła. W tym momencie totalnie już odpłynęłam po narkozie, wszystko zaczęło się oddalać i zapadać, a światło zanikać. Usłyszałam, jakby z bardzo daleka, głos mówiący: „No to zaczynamy”. Potem dowiedziałam się, że w trakcie operacji zrobiono mi przeszczep przewodów moczowych, usunęto macicę i jajniki wraz z wężłami chłonnymi.

A kolejna rzecz, którą pamiętasz z dnia operacji, to moment po wybudzeniu się z narkozy...

Nie! I to jest niezwykle, bo to się rzadko zdarza ludziom będącym pod narkozą, ale ja miałam sen. Pamiętam, że przyśniły mi się słonie, wielkie szare słonie, które miały zdrową, świecąca skórę, dostojnie chodziły po zielonej, równo przystrzyżonej trawie i tręcały ją trąbą. Dopiero potem poczułam delikatne klepanie w policzek i usłyszałam: „Pani Ido, budzimy się...”. Kiedy wolno wybudzałam się ze snu i narkozy, profesor powiedział, że wszystko poszło dobrze. Chciałam dalej spać i śnić o słoniach, ale anestezjolog już mi na to nie pozwalał. Przypominam sobie, że kiedy już wywożono mnie z bloku operacyjnego, na policzku poczułam ciepłą dłoń męża, który mówił: „Kochanie, już wszystko w porządku, wszystko będzie dobrze”. To było bardzo krzepiące...

Po operacji przewieźli Cię na salę pooperacyjną. Jak się wtedy czułaś?

Nadal byłam senna. Z tego dnia pamiętam tylko takie zrywy, momenty, kiedy przychodziły pielęgniarki. Szczególnie jedna utkwiała mi w pamięci ze względu na swój długi, szaro-rudy warkocz, miałam wrażenie, że nie idzie, tylko przepływa

pomiędzy łóżkami. Budziła mnie od czasu do czasu, żeby upewnić się, czy wszystko dobrze i czy może pomóc mi się umyć. Nato-



Wszystko mnie bolało i czułam jakby na moim brzuchu znajdował się wielki, stutonowy głaz.

miast w ostatnim dniu spędzonym na sali pooperacyjnej przyszła do mnie i poprosiła, żebym wstała i usiadła. Potem zapytała, czy dam radę przejść kawałek. Okazało się, że dwa dni po operacji, zupełnie już na luzie, mogłam wstać z łóżka i wykonać samodzielnie kilka kroków, do okna i z powrotem. Co prawda, byłam jeszcze wtedy na mocnych lekach przeciwbólowych, co pomagało mi nie czuć bólu. Dopiero po pierwszej nocy spędzonej w sali z innymi pacjentkami, obudziłam się cała obolała, bo leki przeciwbólowe odpuściły i już nie byłam w stanie wstać z łóżka. Wszystko mnie bolało i czułam jakby na moim brzuchu znajdował się wielki, stutonowy głaz. Wtedy nastąpił kryzys i osłabienie, z którego jeszcze tydzień wychodziłam, będąc w szpitalu.

Byłaś obolała i osłabiona, a kiedy znalazłaś w sobie gotowość, żeby dotknąć blizny po zabiegu?

Jeszcze podczas pobytu w szpitalu zaczęłam się trochę oglądać. Zauważyłam, że mam bliznę, dwa cewniki, dwa worki, które przy mnie wisały. Najważniejszą rzeczą w rekonwalescencji po tego typu zabiegach jest możliwość wydalania. Nawet sobie nie wyobrażasz, jak istotne jest, żeby to wszystko zaczęło normalnie funkcjonować.



Zdawałoby się, że to prosta, fizjologiczna czynność, ale po zabiegach ginekologicznych jest w głowie lęk przed tym, czy przy jej okazji nie zrobisz sobie krzywdy i na przykład szwy się nie rozejdą.

To prawda, dlatego odczynałam z ulgą, kiedy okazało się, że wszystko funkcjonuje tak, jak powinno. Poczulałam, że wracam do

życia. Postanowiłam też wyjść wcześniej ze szpitala na własne żądanie. Zresztą skonsultowałam to z samym doktorem, który powiedział, że na pewno szybciej i lepiej będę dochodziła do zdrowia będąc w domu, gdzie czekają na mnie bliscy i mama, która specjalnie przyjechała z Trójmiasta, żeby się mną zająć. Pamiętam, że po 12 dniach pobytu w szpitalu to pierwsze wejście po schodach w domu było bardzo trudne i prawdę mówiąc ledwo weszłam. Poza tym wyglądałam okropnie, jak cię kobieta. Ale też uszczęśliwiał mnie fakt, że mogłam leżeć we własnym łóżku i w swojej czystej pościeli. Byłam u siebie, mogłam umyć się w swojej łazience, podmalować, założyć swoją a nie szpitalną piżamę, spiąć włosy tak, jak lubię. Z każdym dniem zaczęłam czuć się coraz lepiej, choć – podobnie jak pierwsze wejście po schodach – mój pierwszy spacer dookoła domu również wiązał się jeszcze z ogromnym wysiłkiem. Doskwierało mi uczucie ciągnięcia na zewnątrz rany i wewnątrz ciała. Jednak dzień po dniu nabierałam sił i służył mi pobyt w domu.



Z każdym dniem zaczęłam czuć się coraz lepiej, choć – podobnie jak pierwsze wejście po schodach – mój pierwszy spacer dookoła domu również wiązał się jeszcze z ogromnym wysiłkiem.



Potem nastąpił drugi etap leczenia? Jak go zniosłaś?

Z perspektywy czasu wspominam go gorzej niż samą operację. Różnica polega na tym, że po operacji z każdym dniem czujesz się lepiej, a organizm wraca do normy. Natomiast przy chemioterapii i naświetlaniach jest jakby w drugą stronę, bo im dalej, tym czujesz się coraz gorzej, jesteś słabsza. Miałam też problem z jedzeniem. Przede wszystkim musiałam jeść garściami siemię lniane, wyłącznie gotowaną pierś z białego mięsa, podobnie jak ziemniaki, ryż, kisiel i galaretki.

Po jakim czasie od zabiegu rozpoczęła się chemioterapia?

Na pewno organizm musiał najpierw wydobrzeć i nabrać sił, co stało się mniej więcej po kilku miesiącach od wyjścia ze szpitala. Kiedy stanęłam na nogi, byłam gotowa przyjmować chemioterapię i naświetlania.

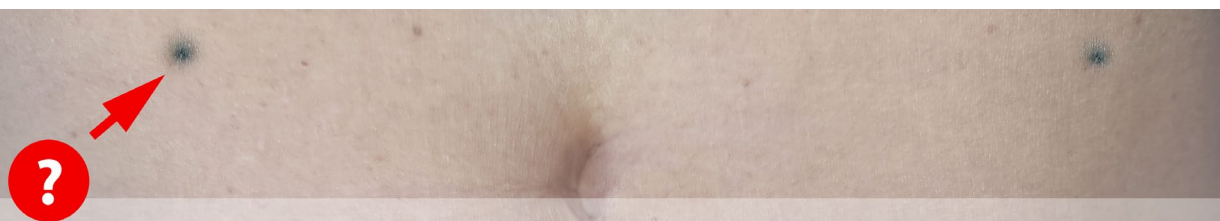
Pamiętasz swoją pierwszą chemioterapię?

Miałam to szczęście, że nie musiałam leżeć w szpitalu i brać chemii, bo w sumie trwało to około 7 tygodni. Pamiętam tę pierwszą wizytę na oddziale chemioterapii dziennej, na którą pojechałam wraz z mężem. Stanęłam wtedy przed wejściem i przeczytałam napis: „Oddział chemioterapii dziennej” i zobaczyłam tam ludzi, którzy wchodzili do środka, w większości już łysi, bez włosów, w turbanach czy też perukach na głowie. Wśród nich były kobiety, dzieci, mężczyźni. Oddział ten mieścił się na pierwszym piętrze, gdzie znajdowały się pokoiki z fotelami i z łózkami dla leżących pacjentów, a obok nich sączące się kroplówki. Weszłam tam i nie wiedziałam, co ze sobą zrobić i gdzie iść. Moje zdezorientowanie zauważyła jedna z pielęgniarek, pani Zosia, która stała się moim przewodnikiem w pierwszym dniu chemioterapii. Pomogła mi wypełnić dokumenty, pokazała, gdzie zakładają wenflon, żeby podłączyć kroplówkę. Potem zaprowadziła mnie do jednej z małych sal i przyniosła kroplówkę przeznaczoną dla mnie. Celowo była zawinięta w folię aluminiową, ponieważ leki cytostatyczne są bardzo wrażliwe na światło. Dopiero po kilku dawkach chemii miałam odwagę tam zajrzeć, by przekonać się, jak ten płyn wygląda. Miał neonowy, pomarańczowy kolor. Najpierw więc włączano mi przez wenflon litrową butlę jakiegoś płynu, potem małą buteleczkę „pomarańczowej chemii”, następnie

znowu dwa litry płynów, więc nic dziwnego, że po takiej ilości od razu chce się siusiu. Brało się więc kroplówkę ze sobą na stojaku i szło do toalety. Pamiętam, że na oddziale były dwie, damska i męska i można było zwariować, czekając w kolejce. Wtłaczanie tych płynów trwało prawie cztery godziny, więc nie było opcji nieskorzystania z toalety.

Jak Twój organizm zareagował na pierwszą dawkę leków przeciwnowotworowych?

Źle zaczęłam się czuć po podaniu butelki z kolorowym płynem, byłam lekko osłabiona. Pamiętam, że ledwo dojechałam do domu, musieliśmy się zatrzymywać na każdej stacji benzynowej, którą mijaliśmy po drodze, bo albo chciało mi się albo wymiotować, albo siku. Z każdą dawką chemioterapii i z każdym dniem było gorzej, bo już wtedy uwrażliwiłam się na wszystkie zapachy, wszystko mnie drażniło, było mi niedobrze, mdliło cały czas. To jest tak, że jeśli nie jesz, to nie masz czym zwymiotować, by poczuć moment ulgi. To było bardzo trudne. Natomiast chemioterapię miałam na przemian z naświetlaniami, w ramach cyklu trwającego 7 tygodni, któremu był podporządkowany cały mój tydzień. W poniedziałek przyjmowałam chemię, we wtorek były naświetlania, w środę znowu chemia, w czwartek naświetlania, w piątek chemia, a dopiero w weekend miałam wolne. W sobotę jeszcze odczuwałam osłabienie, ale w niedzielę już zaczynałam łapać wiatr w żagle. Nie na długo, bo w poniedziałek naprzemienny cykl zaczynał się od nowa. To było bardzo wyczerpujące, nie tylko fizycznie, ale też psychicznie.



W trakcie zabiegu radioterapii pomocne są specjalne tatuaże, dzięki którym możliwe jest precyzyjne ułożenie pacjenta onkologicznego na łóżku terapeutycznym, za każdym razem w tej samej pozycji. Przy krótkich cyklach napromieniowań pomocne są oznaczenia tymczasowe i zmywalne. Natomiast dłuższe cykle wymagają oznaczeń trwałych. . .

Czy radioterapię znosiłaś lepiej?

Bardzo się jej bałam, tymczasem okazała się bezbolesna i trwała zaledwie kilka minut. Naświetlania odbywały się na poziomie 0 w Centrum Onkologii, koło żółwi. Ci, którzy mieli tam naświetlania, z pewnością wiedzą, o jakie miejsce chodzi. Znajdują się tam gabinety, gdzie stoją tzw. akceleratory generujące promienie jonizujące. Kazali mi się położyć, zmierzili całą miednicę, ustalili punkty do naświetlania, które wyglądały jak wytatuowane kropeczki na moim ciele. Następnie weszłam do sali naświetlań, gdzie w trakcie zabiegu może przebywać tylko pacjent. Pamiętam, jak kładłam się na coś w rodzaju kozetki, a nade mną przesuwała się wielka głowica, którą sterował z innego pomieszczenia operator. Cała procedura niszczenia pozostałych komórek nowotworowych trwała dosłownie chwilę i nie była bolesna. W odcinku lędźwiowym na plecach powstał ślad przypominający poparzenie słoneczne w postaci wypalonego ciemnego kwadratu. Pamiętam, że nie radziłam sobie ze swędzeniem i łuszczeniem skóry w tym miejscu, ponieważ dość długo mi doskwierało. Jedyne co mogłam z tym zrobić, to smarować emolientami i ogólnie dostępnymi środkami stosowanymi przy oparzeniach słonecznych. Bywają też inne skutki uboczne naświetlania okolic brzucha, w postaci zaburzeń pracy żołądka czy jelit, mdłości, wymiotów czy biegunki. Dlatego też w tym okresie trzeba jeść lekkostrawne posiłki, z dodatkiem siemienia lnianego. Pamiętam, że miałam taki swój rytuał, że zawsze po naświetlaniach chodziłam do baru w Centrum Onkologii na ciasto drożdżowe. Miałam wtedy na nie ogromną ochotę i zjadałam naprawdę duże kawałki.

Masz teraz uraz do ciasta drożdżowego?

Nie, wręcz przeciwnie. Mam tylko uraz do siemienia lnianego i do ilości wody, którą musiałam pić w trakcie chemioterapii i naświetlań. Ważne jest, żeby w tym czasie osłaniać jelita, by zminimalizować skutki uboczne. Dlatego to siemię lniane, kisiel i galaretkę musiałam jeść niemal na siłę, ale uratowało mi to tak naprawdę jelita. Owszem, był moment, kiedy nabrałam obrzydzenia do siemienia lnianego, ale wtedy moja mama wzięła sprawy w swoje ręce, wstawiała w nocy, zatykała drzwi od kuchni mokrymi ręcznikami i gotowała siemię lniane po kryjomu. Potem dodawała mi do kisieli i galaretek, więc nawet nie wiedziałam, że to

jadłam. To jest przykład na to, jak wiele potrafią zrobić matki, żeby pomóc swemu dziecku. Zawsze znajdują sposób, żeby ratować swojego dzieciaka.

Kiedy Twoja mama się przyznała, że w ukryciu dodawała ci to siemię lniane do jedzenia?

Znacznie później, kiedy już wszystko było dobrze. Przy okazji badań lekarz powiedział, że z moimi jelitami wszystko jest w porządku, a to ważne, bo przy tej liczbie naświetlań mogło być źle. Wtedy mama dumna z siebie powiedziała, że gotowała po nocach i dodawała mi to siemię lniane do jedzenia.

Co się działo z Twoim organizmem, samopoczuciem i wyglądem w trakcie chemioterapii oraz naświetlań?

Traciłam włosy, ale że nie wypadły mi do końca, postanowiłam je znacznie skrócić. Na pewno trudnym momentem była też utrata rzęs, brwi i moment, kiedy skóra zrobiła się żółta i prześwitująca niczym u woskowej lalki. Widać była przez nią wszystkie żyły. Z natury jestem szczupłą osobą, ale wtedy schudłam dodatkowo 13 kilogramów i wyglądałam jak kości powleczone skórą. Dlatego właśnie zawsze otwarcie mówię o tym, że z każdym dniem przy chemioterapii jest gorzej i organizm nie ma ani siły, ani czasu bronić się przed tym wszystkim. W trakcie przyjmowania chemioterapii miałam tylko dwa dni przerwy, kiedy ciało mogło się regenerować, ale po takiej dawce silnych leków to zdecydowanie za mało. Zawsze jednak starałam się ładnie ubrać i umalować, żeby pomimo choroby czuła się kobietą. To było dla mnie niezmiernie ważne i dawało poczucie choć odrobiny normalności w tej całej beznadziejnej sytuacji. Brałam też przykład z kobiet, które przyjmowały dawkę chemii i potem jechały do pracy, jak gdyby nigdy nic. Były silne i ja też chciałam taka być.

Tak dobrze znosiły chemioterapię?

Różnie ludzie reagują. Choć bywały też panie, którym jeszcze nie podano kroplówki z pomarańczowym płynem, a już na samą myśl o tym wymiotowały. Niektórzy ludzie, siadając na fotel, trzęśli się z nerwów, więc co człowiek to inna reakcja. To był zresztą przerażający widok, kiedy w jednym pomieszczeniu

jednocześnie kilka osób siedziało pod kroplówką. Zauważyłam, że ludzie mają wtedy takie dziwne oczy, jakby matowe, nieobecne, bardzo skupione do wewnątrz. I to jest najbardziej uderzające, bo możemy domyślać się, jaka stoi za tym historia.

Kto był dla Ciebie największym oparciem w tym czasie?

Najbliższa rodzina i mąż, który zresztą zdał egzamin wzorowo. Był jak czołg. Nie miałam wtedy głowy do niczego, a on googlował, szukał, uczył się, czytał, potem mi to wszystko relacjonował i wprowadzał w temat. Tak samo moja mama i moja siostra były dla mnie mocnymi filarami, zawsze obok i na baczność, a powiedzmy sobie szczerze, że osoba chorująca w trakcie leczenia nie zawsze jest miła. Ja też bywałam agresywna i opryskliwa w momencie, kiedy mój organizm nie miał siły, żeby funkcjonować. Z tej niemocy po prostu się wydzieralam i nie byłam sympatyczna, a oni to wszystko znosili, za co dziś bardzo im dziękuję. Jestem im wdzięczna, bo zawsze mi powtarzali, że z tego wyjdziemy, że damy radę i nigdy w to nie zwątpili.

Na pewno dawało Ci to ogromną siłę i wsparcie, bo nawet po tylu latach wciąż jest w Tobie mnóstwo emocji, kiedy o tym mówisz...

Tak, bo mogę spokojnie mówić o sobie i swoich przeżyciach, ale jeśli mówię o swoich bliskich, którzy byli wtedy ze mną, to po prostu zaczynam się rozklejać. Dla osób, które zmagają się z chorobą nowotworową, patrzenie na swoją chorobę przez pryzmat odczuć bliskich osób jest trudne. Myślenie o tym, co one czują, że nie mogę się nimi zaopiekować, ponieważ sama teraz potrzebuję opieki, powodowało we mnie duże emocje i obciążenie psychiczne.

Czy w trakcie całego leczenia miałaś kryzys, moment, gdy zwątpiłaś w sens walki?

W połowie leczenia zdarzyła się sytuacja, która była dla mnie bardzo trudna. Otóż, kiedy przyjechałam na kolejną dawkę chemii, okazało się, że nie czeka na mnie skierowanie, jak zawsze przygotowane przez moją panią doktor. Wystraszyłam się wtedy, bo pomyślałam, że przestali o mnie walczyć, że coś jest nie tak, bo organizm nie zareagował na leki, jak powinien. Bałam się, że nie dokończymy

chemioterapii, bo nie działa. Wcześniej nikt niczego mi nie wytłumaczył, więc uparłam się, żeby porozmawiać z lekarzem. Biegałam po szpitalu jak wariat, szukając pani doktor, a za mną biegała zmartwiona moja mama. Lekarka widząc, że jestem zestresowana i zwątpiłam w sens leczenia, przeprowadziła ze mną poważną rozmowę. Pamiętam, że zadałam jej pytanie, co się dzieje, czy mam szansę na to, żeby wyjść z choroby, i jeśli tak, to w jakim procencie. Odpowiedziała, że mam 100% szans na to, żeby pokonać raka, więc jak to usłyszałam, to niczym na skrzydłach wyleciałam z jej gabinetu. Mama wspomina, że miałam wtedy takie rumieńce na policzkach, jakich dawno u mnie nie widziała i wyglądałam, jakbym się unosiła nad ziemią. Tak właśnie działa nasza psychika! Okazało się, że miałam wtedy słabe wyniki, bo co prawda chemia pomagała, ale też bardzo osłabiła organizm, a podanie kolejnej dawki by mnie po prostu zabiło. Po rozmowie z panią doktor mój mózg znowu zaczął stymulować ciało do walki, szybko się pozbierałam, a po przeczekaniu osłabienia i poprawie wyników, dokończyłam cykl chemioterapii. Trzeba pamiętać, że w jej trakcie takie sytuacje mogą się zdarzać, dlatego ważne jest, żeby nie zostawać samej z domysłami, lecz rozmawiać ze swoimi lekarzami i nie nakręcać się czarnymi myślami.

A ta ostatnia chemioterapia i naświetlanie? Bałaś się tego, co będzie dalej?

Pomyślałam wtedy, że to koniec i już tu więcej nie wrócę. Niech więc w Centrum Onkologii zapomną, jak wyglądałam. Poza tym ogarnęła mnie radość, że przeszłam to wszystko, ale też byłam z siebie dumna, że dałam radę. Pamiętam, że po kilku dniach od ostatniej dawki chemii pojechałam na wielką porcję lodów i na spacer po Starówce. Co prawda potem jeszcze miałam kilka razy brachyterapię, czyli naświetlanie wewnątrzpochwowe, ale w porównaniu do tego, co przeszłam, to już był pikuś. Bezbolesny i krótki zabieg, można nawet powiedzieć, że wisienka na torcie. Miałam wtedy poczucie, że zaczynam nowe życie, aczkolwiek po zakończeniu leczenia spotkałam się z doktorem, który mnie operował i zapytałam, czy na pewno zrobiliśmy już wszystko, co mogliśmy. Potwierdził, że wykorzystaliśmy już wszystkie możliwości. Natomiast na pytanie, jakie mam szanse, odpowiedział, że tuż po zakończeniu leczenia mam 20% szans na przeżycie i że nie będzie wznowień, ale z każdym miesiącem ten procent wzrasta, a najważniejsze są pierwsze dwa lata. Jeżeli nic się w tym czasie nie wydarzy, to będzie można odetchnąć. Po dwóch latach od operacji otworzyłam więc butelkę szampana, po

pięciu latach – dwie, a po 10 latach była duża impreza i świętowanie powrotu do zdrowia. Od momentu mojego jubileuszu zaczęłam swoje nowe, inne, ale lepsze życie.

Jak dbałaś o swój dobrostan po leczeniu?

Dużo rzeczy robiłam intuicyjnie i na pewno słuchałam swojego organizmu. Bardzo często po chorobie i leczeniu są zalecenia, by unikać słońca, solarium, masaży czy sauny. Mój organizm po tym wszystkim był spięty, zbity jak kamień, więc czułam ogromną potrzebę pójścia na masaż całego ciała. Ponieważ miałam usunięte węzły chłonne, chodziłam na fizjoterapię, ale też masaż stóp, żeby zniwelować problem ich opuchlizny. To mi bardzo pomogło i to uczucie rozluźnienia pamiętam do dziś, bo jak wyszłam po masażu, to czułam się 100 kg lżejsza. To było super uczucie. Co istotne, fizjoterapeutka wiedziała, jakich miejsc i punktów na ciele nie można ruszać. Poza tym zaczęłam też lepiej się odżywiać, suplementować, ograniczać cukier w diecie, umiarkowanie ćwiczyć i jeździć na rowerze. Jeździłam też na plażę, bo pochodzę z nad morza, więc siłą rzeczy bardzo mnie tam ciągnęło. Pamiętam, że moja mama ciągle mnie upominała, żebym nie kładła się na piasku rozgrzanym słońcem, bo lekarz to odradzał. Tymczasem tak bardzo tego potrzebowałam, że gdy kładłam się na chwilę i odpływałam przy szumie fal, to kątem oka widziałam, jak mama stała nade mną z ręcznikiem, próbując zrobić mi cień. Mówiła: „Błagam cię, zjedź już z tego słońca, bo tobie nie wolno”. W każdym razie starałam się powoli i z wycuciem wracać do normalności, słuchając swojego organizmu.

Ido, czy był taki moment w trakcie całego leczenia, kiedy rozmawiałaś z lekarzem na temat życia intymnego po chorobie?

Właściwie ten temat jako pierwszy poruszył mój mąż. Zadał to pytanie, gdy siedzieliśmy w gabinecie lekarza w Centrum Onkologii. Zapytał wtedy: „Panie doktorze, a jak to będzie teraz z seksem po usunięciu macicy i narządu rodniego?”. Lekarz powiedział, że na początku wszystko musi się zagoić, ale później już będzie normalnie. Dla zobrazowania sytuacji zaczął nam rozrysowywać na kartce, jak wygląda wnętrze brzucha po zabiegu, kiedy nie ma w nim macicy. Tłumaczył, na czym polega zabieg i że tak naprawdę nie wycina się pochwy, tylko macicę

i kawałek szyjki macicy. Wyjaśnił, że z punktu widzenia partnera i jego odczuć nic się nie zmieni. Co więcej, po jakimś czasie, gdy zaczęliśmy normalnie funkcjonować jako para, okazało się, że te przyjemności są dużo większe również dla mnie, co było dość zaskakujące.

Czy w trakcie tej rozmowy doktor mówił, z czym może być na początku problem i jak sobie z nim poradzić?

Przekonywał, żeby przede wszystkim się nie bać, bo często kobiety mają lęk przed pierwszym stosunkiem. Mężowi powiedział, że musi być tak delikatny, jak za pierwszym razem i jakby miał nową kobietę. Mąż zażartował wtedy: „Nowa kobieta? To zaczyna być ciekawe!”. Obaj próbowali rozluźnić ten, jakby nie było, trudny temat. W każdym razie lekarz wyjaśnił, że wszystko musi się odbyć tak, jakby to była zupełnie nowa sytuacja. Nie da się ukryć, że dużo seksualności mamy w głowie, więc jeśli się psychicznie zablokujemy, to naprawdę trudno nam będzie wrócić do normalności, a pamiętajmy, że ten powrót w 99% przypadków jest przecież możliwy. Na pewno trzeba zaufać lekarzowi, bo jeżeli mówi, że można, to można i nie trzeba się tego bać. Poza tym pozwólmy sobie na tyle, na ile chcemy i jesteśmy na to gotowe. Nie przekraczajmy swoich granic, jeśli to jeszcze nie jest ten moment, ale też starajmy się nie myśleć o tym, że coś zaboli.

Lekarz uwrażliwił na to, że będzie to dla Was nowa sytuacja. Czy staraliście się do niej w jakiś sposób przygotować?

Zaplanowaliśmy sobie miły wieczór, zadbaliliśmy o romantyczną otoczkę i przez cały dzień razem budowaliśmy przyjemne napięcie. Wieczorem były świece, wino, dobre jedzenie, miła rozmowa. Nie powiem, że nie miałam z tyłu głowy lekkiego strachu i spięcia, ale na szczęście mąż wziął sobie do serca rady lekarza i nie próbował niczego na siłę. Był bardzo uważny na moje reakcje i odczucia. Nie chcę, żeby panowie czuli, że jest tu na nich wywierana jakakolwiek presja, bo to bardziej chodzi o uświadomienie, jak ważna w tej sytuacji jest uważność na reakcje partnerki. Kiedy więc mówi, że coś jej nie odpowiada, to sygnał, żeby nie iść dalej w tym kierunku, tylko zmienić pozycję na bardziej komfortową. Warto pamiętać o tym, że po zabiegu preferencje mogą się zmienić, ale jednocześnie może być to dość ekscytujące, bo jakby na nowo się poznajemy.



„Z medycznego punktu widzenia, nawet po rozległym zabiegu chirurgicznym, który polega na wycięciu macicy z przydatkami i szeregiem organów, kiedy zmiany nie dotyczą pochwy, to życie intymne (w ujęciu klasycznym) jest nadal możliwe. Oczywiście pamiętajmy, że kobiety, szczególnie młodsze, chorujące na raka jajnika, są wprowadzane w okres sztucznej menopauzy chirurgicznej, co może mieć niekorzystny wpływ na jakość ich życia seksualnego. Utrata w młodym wieku jajników prowadzi do zmian atroficznycy i niedoboru estrogenów, następują zmiany w śluzówce pochwy i sromu, które z kolei nie sprzyjają intymnym zbliżeniom. Pacjentka po kilku tygodniach od leczenia chirurgicznego i wygojenia pochwy, może podjąć życie seksualne i stosunki dopochwowe, z reguły nie ma do tego przeciwwskazań. Oczywiście inne formy kontaktów intymnych możliwe są nawet wcześniej. Ważne jest, by pacjentka była pod kontrolą lekarza ginekologa onkologa i kwestie życia intymnego poruszała w czasie wizyt kontrolnych” (dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski, prof. NIO-PIB, specjalista położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej)

Myszę, że wiele kobiet nie rozmawia ze swoimi lekarzami i partnerami o tym, jak będzie wyglądało ich życie intymne po zabiegu, czasem świadomie je przekreślają...

Niestety tak bywa, że temat ten nie jest w rozmowach z partnerami poruszany, ale i czasem pomijany przez samego lekarza, który przede wszystkim skupia się na leczeniu. Znam przypadki, kiedy panie nawet nie mówiły mężowi, że czeka je poważna operacja, tylko jakiś mały zabieg ginekologiczny, więc ten facet nawet nie miał świadomości, co się dzieje, ale też za specjalnie w to nie wnikał. Chciałabym więc przy okazji zaapelować do lekarzy, żeby mimo wszystko obojgu partnerom wyjaśniali, jak będzie wyglądać seksualność po operacji i temu zagadnieniu poświęcali trochę więcej czasu.

Jedno jest pewne, że po operacji kobieta odkrywa siebie i swoje potrzeby seksualne na nowo.

Dokładnie tak i nie należy się tego bać, choć odkrywanie siebie na pewno jest dużym wyzwaniem i nie każda kobieta sobie z tym świetnie radzi. Niektóre mają w głowie tyle lęku, że nawet nie próbują, tylko odstawiają partnera na bok, co kończy się rozwodem, czy zdradą. Poza tym nawet sam lekarz mówił mi, tak od strony medycznej, że najwyższa pora zacząć rozciągać, rozmasowywać

i mobilizować bliźnę w pochwie, a seks w tej sytuacji pełni niejako rolę terapeutyczną. Jeżeli Drogie Panie, boicie się tego pierwszego razu po operacji, to spróbujcie się zmotywować, przypominając sobie, że to jest terapia, która zmierza do tego, by pochwa miała skurcze, orgazmy, a mięśnie dna miednicy trenowały, żeby potem w starszym wieku nie było problemu.

Na pewno kobieta może się przygotować na ten pierwszy seks z partnerem, zastosować lubrykanty, czy wcześniej wy badać swoje możliwości per waginam (przez pochwę) i sprawdzić, gdzie może zabołec. Wtedy ta blokada przed pierwszym razem będzie mniejsza.

Prawda jest taka, że na początku jednak odczuwa się lekki dyskomfort z powodu bliźny, który z czasem maleje, i w efekcie znika. Co ważne, u wielu kobiet po naświetlaniach występuje suchość pochwy i dlatego warto używać lubrykantów, które łagodzą tę dolegliwość. Podkreślę to jeszcze raz, temat seksualności po operacji nie może być tematem tabu i dlatego liczę na to, że lekarze będą częściej go poruszać w swoim gabinecie w rozmowach z pacjentkami i ich partnerami.

Ido, kiedy poczułaś się już silna i zdrowa, pojechałaś do Indii, gdzie... spotkałaś słońce, o których śniłaś podczas operacji, pod narkozą...

Tak, jechałam nawet na takim słońcu! To długa historia i kiedyś z pewnością opowiem, co się wydarzyło w Indiach. Ja po prostu wiem, że musiałam się tam znaleźć. Zresztą zdarza się, że kobiety po przejściach związanych z ciężką chorobą robią coś niekonwencjonalnego, innego niż zazwyczaj, by poczuć, że żyją. W moim przypadku to była właśnie samotna podróż do Indii.

Już wiele razy opowiadałaś o swojej chorobie, jednak za każdym razem, kiedy wspominasz tamte chwile, jesteś już inną kobietą. Zmienia się perspektywa myślenia o tym, co się wtedy wydarzyło. Zgadza się?

To prawda. Z biegiem lat te same rzeczy i wydarzenia zaczynam widzieć w trochę inny sposób, wchodzić w nie głębiej, rozkładać na coraz mniejsze czynniki każdą sytuację, która się wydarzyła w trakcie leczenia i po nim. Chcę jeszcze lepiej rozumieć i wspierać kobiety, które przechodzą przez to samo, co kiedyś ja

przechodziłam. Prowadząc Ogólnopolską Organizację Kwiat Kobiecości, spotykam się z wieloma kobietami, które opowiadają mi tysiące historii, albo bardzo do siebie podobnych, albo wręcz przeciwnie, mało je łączy. Opowieści te analizuję, wyciągam z nich wnioski i próbuję przekuć w jak najlepszą formę mówienia o profilaktyce i pomocy kobietom chorującym na nowotwory ginekologiczne.

Kiedy rozmawiam z paniami, które mają za sobą historię onkologiczną, to bardzo często słyszę od nich, że do procesu leczenia podeszły zadaniowo. Chcą się wyleczyć, szybko zapomnieć i iść dalej. Natomiast Ty, wręcz przeciwnie, na bazie swojej historii stworzyłaś społeczność Kwiatu Kobiecości. Skąd w Tobie ta siła, by wspierać i walczyć o jakość profilaktyki ginekologicznej w Polsce?

Z doświadczenia wiem, że choroby nowotworowe potrafią mocno wstrząsnąć naszym światem i do końca życia zostawić w głowie ślad. Nie da się tego zapomnieć. Trzeba zaakceptować to, co się wydarzyło i żyć dalej. Ja tę sytuację oswoiłam, ale też po wyleczeniu znalazłam w sobie pokłady siły, o której nie wiedziałam, że mam. Dowiedziałam się, że jestem mocną babką, i że w niektórych życiowych sytuacjach potrafię być bardzo uparta i dociekliwa. To są właśnie te pozytywne cechy, które ujawniła we mnie choroba nowotworowa. Kiedyś byłam młodą dziewczyną, która miała fajną pracę, poznawała nowych, ciekawych ludzi, zajmowała się modą i urodą. Nie wiedziałam wtedy, że jeśli los będzie mi rzucał kłody pod nogi, to pokonywanie tych przeszkód, będzie mnie nakręcało do działania, ale też – tak jak teraz przy okazji pracy w fundacji – sprawiało ogromną radość. Przeskoczenie każdej, ciężkiej sytuacji i wyciągnięcie z niej jakiejś kobiety,



sprawia mi ogromną satysfakcję, bo wiem, że pomogłam uratować ludzkie życie. Zresztą nie tylko tej kobiety, ale jej całej rodziny i osób z jej otoczenia. Walka o życie, przeprowadzanie przez poszczególne etapy choroby, to jest dla niej ogromne wyzwanie, a ja pełnię tu rolę stelaża, którego sama w trakcie choroby nie miałam. Nie było wtedy tylu grup wsparcia, nie było Kwiatu Kobiecości, dobrych psychologów w Centrum Onkologii. Teraz już na szczęście to się zmieniło i jest się do kogo zwrócić, ale kiedy ja przez to przechodziłam, musiałam sama być dla siebie stelażem. Wiem, że w tej chwili jestem wsparciem i punktem odniesienia dla tysięcy kobiet, bo nawet jeśli nie rozmawiam z nimi bezpośrednio, to zawsze gdzieś przeczytają o moich doświadczeniach. Często otrzymuję od nich wiadomości typu: „Pani Ido, dziękuję za tę historię, bo ona naprawdę dała mi siłę i motywację do tego, żeby z tą chorobą walczyć i wygrać”.

Moim zdaniem, tak samo jak w biznesie czy w sporcie są liderzy, tak w dziedzinie profilaktyki – wysuwasz się na prowadzenie. Wystarczy rzucić hasło: Ida Karpinińska i Kwiat Kobiecości, by w ramach skojarzeń ktoś odpowiedział: cytologia!

Kilkanaście lat działalności Kwiatu Kobiecości i edukacji robią swoje. Chociaż z powodu pandemii trochę zaczęliśmy się z tą profilaktyką ginekologiczną cofać i trochę mnie to denerwuje. Niestety w 2020 roku panie rzadziej wykonywały cytologię. Motywuje mnie to do tego, żeby jeszcze intensywniej działać, jeszcze więcej robić w zakresie edukacji, cytologii, szczepień przeciwko HPV czy badań ginekologicznych. Zależy mi na tym, żeby kobiety regularnie chodziły do ginekologa, i w ferworze codziennych obowiązków czy sytuacji covidowej, nie zapominały o profilaktyce. Choroba nowotworowa nie czeka, nie poszła spać, nie schowała się do szuflady, tylko rzeźbi swoje. Jeżeli nie będziemy się regularnie badały, to będzie źle. Za chwilę minie kolejny rok z COVID-19 i wirusem SARS-CoV-2, na którym skupia się większość ludzi, także media. A przecież nasz organizm może zmagać się także z infekcją wywołaną wirusem HPV, co może doprowadzić do trudnych w leczeniu i nieodwracalnych w swych skutkach przypadków.

Profilaktyka pierwotna i wtórna raka szyjki macicy

Zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego nie mogą być tematem tabu, a badania profilaktyczne czymś wstydlwym. Cytologię, testy DNA HPV i szczepionkę przeciwko HPV powinniśmy traktować jako nowoczesny element dbania o własne zdrowie.

Rozmowa z dr hab. n. med. Andrzejem Nowakowskim, prof. NIO-PIB, specjalistą położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej, kierownikiem Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy i Centralnego Ośrodka Koordynującego Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy działającego w strukturze Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

Panie Profesorze, jak często zdarzają się przypadki, kiedy pacjentka regularnie wykonująca cytologię – podobnie jak Ida – mimo to, przy okazji kolejnego badania dowiaduje się o raku szyjki macicy w stadium zaawansowanym?



Na szczęście takie sytuacje nie zdarzają się zbyt często i w większości przypadków regularnie wykonywana cytologia pozwala na bardzo wczesne wykrycie zmian, przede wszystkim na etapie zmian przedrakowych. Uważa się, że regularne wykonywanie badań cytologicznych nawet o 80–90% zmniejsza ryzyko zgonu z powodu raka szyjki macicy. Podkreślam, że jest to 80–90%, a nie 100%, ponieważ jest pewna grupa przypadków i niektórych nowotworów, które w cytologii nie są łatwe do wykrycia na etapie stanów przedrakowych. U Idy wykryto typ histologiczny raka gruczołowego, który jest właśnie przykładem nowotworu trudnego do zidentyfikowania w stadium przedrakowym, między innymi dlatego, że często rozwija się w kanale szyjki macicy. Jego natura biologiczna związana z usytuowaniem sprawia, że komórki te nie są łatwo dostępne w trakcie pobierania rozmazu cytologicznego. Kiedy więc z tego



W większości przypadków regularnie wykonywana cytologia pozwala na bardzo wczesne wykrycie zmian, przede wszystkim na etapie zmian przedrakowych. Uważa się, że regularne wykonywanie badań cytologicznych nawet o 80–90% zmniejsza ryzyko zgonu z powodu raka szyjki macicy.

powodu wynik badania jest fałszywie ujemny, mówimy o tzw. błędzie przedlaboratoryjnym. Natomiast zdarzają się też błędy laboratoryj-

ne polegające na niewystarczającej ocenie, albo błędzie w ocenie pobranego rozmazu cytologicznego wynikające z tego, że badanie cytologiczne jest badaniem subiektywnym. Oznacza to, że preparat oceniany jest okiem ludzkim, które nigdy nie będzie w 100% czułe na niektóre cechy komórek. Należy więc domniemywać, że nowotwór u ldy być może już długo się rozwijał, tylko z wyżej wymienionych przyczyn nie został wcześniej wykryty. Wyniki fałszywie ujemne są więc bardzo groźne, ponieważ kobieta wychodzi z gabinetu ginekologa przekonana o tym, że jest zdrowa i nie zagraża jej rak szyjki macicy. Tymczasem nowotwór jest już w stadium przedrakowym, albo inwazyjnym i gdzieś po cichu się tli. Dopóki nie da objawów, dopóty o nim nie wiemy, a niestety pojawiają się one stosunkowo późno. Nowotwory diagnozowane pomiędzy kolejnymi, regularnie wykonywanymi badaniami przesiewowymi, nazywamy tzw. nowotworami





Wyniki fałszywie ujemne są więc bardzo groźne, ponieważ kobieta wychodzi z gabinetu ginekologa przeświadczona o tym, że jest zdrowa i nie zagraża jej rak szyjki macicy. Tymczasem nowotwór jest już w stadium przedrakowym, albo inwazyjnym i gdzieś po cichu się tli. Dopóki nie da objawów, dopóty o nim nie wiemy, a niestety pojawiają się one stosunkowo późno.

interwałowymi. Akurat w przypadku Idy, to całe szczęście, że raz w roku wykonywała cytologię, mimo że w ramach Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy są zalecenia, żeby robić to raz na trzy lata. Chociaż nowotwór został już wykryty w zaawansowanym stadium, to jednak jeszcze na takim etapie, kiedy można było uratować jej życie i zdrowie. Przypadek ten tylko potwierdza konieczność zamiany cytologii na bardziej czuły test przesiewowy, test w kierunku wirusa brodawczaka ludzkiego wywołującego raka szyjki macicy, zarówno te najczęstsze postaci płaskonabłonkowe, jak i dużo rzadsze: klasyczne — gruczołowe.

Wspominał Pan Profesor o błędzie przedlaboratoryjnym. Czy użycie patyczka w trakcie pobierania rozmazu, a nie szczoteczki cytologicznej, może przyczynić się do wyniku fałszywie ujemnego? Ida wspominała, że dopiero po pobraniu rozmazu szczoteczką cytologiczną wykryto komórki nowotworowe.

Żeby to stwierdzić, trzeba by było sięgnąć do archiwalnych preparatów pobieranych u Idy w ciągu kilku lat przed rozpoznaniem. Ekspert musiałby jeszcze raz poddać je analizie i ocenić, czy komórki nowotworowe faktycznie były we wcześniejszych rozmazach. Jeśli nie, to prawdopodobna przyczyna mogła być taka, że nowotwór rozwijał się w kanale szyjki macicy, bądź był błąd na etapie pobrania cytologii. Jeszcze kilkanaście lat temu niektóre poradnie i gabinety ginekologiczne używały patyczków, czy wacików do pobierania rozmazu cytologicznego. Natomiast w tej chwili standardowo używa się do tego szczoteczki cytologicznej, umożliwiającej pobranie materiału komórkowego zarówno z kanału szyjki macicy, jak i z tarczy. Tak więc nie możemy wykluczyć, że u Idy komórki nowotworowe



Jeszcze kilkanaście lat temu niektóre poradnie i gabinety ginekologiczne używały patyczków, czy wacików do pobierania rozmazu cytologicznego. Natomiast w tej chwili standardowo używa się do tego szczoteczki cytologicznej, umożliwiającej pobranie materiału komórkowego zarówno z kanału szyjki macicy, jak i z tarczy.



Badanie cytologiczne wciąż pozostaje tanim, szybkim, dosyć dobrym, ale jednak nieidealnym badaniem przesiewowym i bardziej skuteczne okazały się testy molekularne wykrywające wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Przewaga ta polega na tym, że są pozbawione elementu subiektywności i mają bardzo wysoką czułość.

były już w poprzednich rozmazach pobieranych wacikiem. Zresztą od trzech lat w ośrodku, którym kieruję, wracamy do wszystkich rozmazów fałszywie ujemnych pobranych w programie profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce, u kobiet u których w ciągu trzech lat od wykonania cytologii zdiagnozowano nowotwór. Ponownie nasi eksperci oceniają te preparaty w tzw. sposób zaślepiiony, czyli przemieszany z innymi preparatami. Faktycznie, w około 50% stwierdzamy błąd laboratoryjny w ocenie i tak samo w połowie przypadków komórek tych nie ma we wcześniejszych rozmazach lub też rozmazy są tak złej jakości, że powinny być powtórnie pobrane. Kwestia fałszywie ujemnych wyników cytologii była szeroko dyskutowana wśród ekspertów i stała się powodem wdrożenia w krajach rozwiniętych, ścisłych metod kontroli jakości na wszystkich etapach skринingu cytologicznego. W Polsce stało się to raczej tylko połowicznie, ale z drugiej strony, mogę nieskromnie powiedzieć, że po objęciu przeze mnie kierownictwa nad Centralnym Ośrodkiem Koordynującym Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, zajęliśmy się również takimi przypadkami jak Idy, czyli wynikami fałszywie ujemnymi. Zaznaczam jednak, że mamy prawo kontrolować tylko rozmazy pobierane w ramach programu profilaktyki w Polsce, natomiast poza naszą kontrolą są niestety badania pobierane poza programem i jest ich zdecydowana większość.

Panie Profesorze, czy błędy na etapie pobierania cytologii da się wyeliminować?

Na pewno nie w 100% i nie ma na świecie programu badań przesiewowych, który byłby w stanie całkowicie uniknąć tych błędów. Co prawda zredukowano je do granic możliwości, ale w żadnym kraju nie udało się ich wyeliminować do zera. Tak więc badanie cytologiczne wciąż pozostaje tanim, szybkim, dosyć dobrym, ale jednak nieidealnym badaniem przesiewowym i bardziej skuteczne okazały się testy molekularne wykrywające wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Przewaga ta polega na tym, że są pozbawione elementu subiektywności i mają bardzo wysoką czułość.

W tej chwili trwa Pilotaż testów molekularnych w kierunku wykrycia onkogennych genotypów wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV HR) jako nowych testów przesiewowych w Programie profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce. Proszę powiedzieć, na jakim jest teraz etapie?

Programy wdrażania testów HPV HR są realizowane w wielu krajach i znajdują się na różnych etapach. Holandia, Australia, Turcja, Norwegia,



Wstępne wyniki wskazują na to, że zastosowanie metody badań molekularnych HPV trzykrotnie zwiększa wykrywalność zaawansowanych stanów przedrakowych w stosunku do badania cytologicznego.

Wielka Brytania, Szwecja i Włochy wdrożyły już tę metodę do wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, profilaktyki i diagnostyki stanów przedrakowych. To się już stało. Natomiast są zalecenia europejskie mówiące o tym, że wprowadzenie testów molekularnych powinno być poprzedzone pilotażem i oceną skuteczności w warunkach klinicznych danego kraju. Uwzględnienia się przy tym aspekty: ekonomiczno-finansowe, funkcjonowanie służby zdrowia, czy diagnostykę pogłębianą w przypadku wyników dodatnich. Na takim etapie jest właśnie Polska, a pilotaż jest realizowany od 2019 roku w ośrodku, którym kieruję. Zresztą na początku czerwca 2021 pierwsze rezultaty pilotażu zostały zaprezentowane na konferencji EUROGIN (International Multidisciplinary HPV Congress), gdzie miałem przyjemność je przedstawić po ocenie wyników u pierwszych 2500 pacjentek poddanych pilotażowi. Wstępne wyniki wskazują na to, że zastosowanie metody badań molekularnych HPV trzykrotnie zwiększa wykrywalność zaawansowanych stanów przedrakowych w stosunku do badania cytologicznego.

Czy na tym etapie możemy stwierdzić, że test HPV-DNA może z powodzeniem zastąpić cytologię, która jednak wciąż jest u nas złotym standardem? Mam wrażenie, że do tych testów podchodzi się z dystansem.

To prawda, w Polsce najczęściej wykonywanym badaniem profilaktycznym jest badanie cytologiczne. Jest to związane z tym, że test jeszcze nie został wprowadzony do programu profilaktyki, a na wolnym rynku jest to badanie kilkukrotnie droższe niż cytologia. Poza tym wiedza na temat jego zastosowania nie jest jeszcze pełna, nawet wśród samych ginekologów, położnych i pacjentek, które z pewnym niedowierzaniem, albo wręcz lękiem podchodzą do tej nowej metody.



Warto przypomnieć, że rak szyjki macicy jeszcze w latach 50. był najczęstszym nowotworem w Polsce, dwukrotnie częstszym niż rak piersi, ale m.in. dzięki profilaktyce cytologicznej sytuacja ta się zmieniła. Dopiero teraz dysponujemy odpowiednimi narzędziami, żeby zakażenia HPV wykrywać, a szczególnie te, które mogą być przyczyną rozwoju stanów przedrakowych i raka szyjki macicy.

Test wykrywa zakażenie, które potencjalnie może generować poczucie wstydu, ponieważ wirus brodawczaka ludzkiego jest przenoszony drogą kontaktów intymnych i zupełnie niepotrzebnie przypisuje się mu miano zakażenia wenerycznego. Chcę podkreślić, że zakażenia HPV są bardzo częste, podobnie jak zakażenia wirusem opryszczki. Jeśli ktoś jest nosicielem wirusa opryszczki, to nie powinien się wstydzić, że kiedykolwiek się z kimś całował. Tak samo jest z wirusem HPV, głównym sprawcą raka szyjki macicy. Tak to już stworzyła natura, że wirusy te towarzyszą nam od zarania dziejów i są przenoszone drogą kontaktów intymnych. Warto przypomnieć, że rak szyjki macicy jeszcze w latach 50. był najczęstszym nowotworem w Polsce, dwukrotnie częstszym niż rak piersi, ale m.in. dzięki profilaktyce cytologicznej sytuacja ta się zmieniła. Dopiero teraz dysponujemy odpowiednimi narzędziami, żeby zakażenia HPV wykrywać, a szczególnie te, które mogą być przyczyną rozwoju stanów przedrakowych i raka szyjki macicy.

Pan Profesor powiedział, że jedną z przyczyn dystansu wobec testów HPV może być przyklejanie łątki wstydu bycia zakażoną HPV, a jeszcze inną – kwestia ceny. Czy jest cień szansy, że w Polsce test HPV DNA będzie wykonywany bezpłatnie?

To badanie przesiewowe nie jest w tej chwili refundowane ze środków publicznych w programie profilaktyki, jednak pracujemy nad tym i mam nadzieję, że w ciągu roku czy dwóch tak się stanie. Cytologia jednak nie odejdzie do lamusa i nadal pozostanie istotnym elementem profilaktyki raka szyjki macicy. W przypadku Pilotażu badań HPV-DNA, który prowadzimy na podstawie doświadczeń holenderskich, cytologia jest drugim etapem diagnostyki. W praktyce wygląda to tak, że przy pobraniu komórek na podłoże płynne, wykonujemy test HPV-DNA. Jeśli wynik jest ujemny, czyli kobieta nie jest nosicielką wirusa, wtedy zapraszamy ją na kolejne badanie przesiewowe za pięć lat, bo wiemy, że przez ten czas będzie bezpieczna. Test ma bardzo dużą czułość i jego ujemny wynik z ogromnym prawdopodobieństwem świadczy o tym, że rak szyjki macicy w najbliższych pięciu latach się nie rozwinie. Jeśli wynik jest dodatni, czyli pacjentka jest

Kwalifikacja (ostatnie badanie w Programie profilaktyki raka szyjki macicy > 36 miesięcy lub > 12 miesięcy w przypadku posiadania przez pacjentkę czynników ryzyka) – na podstawie danych w SIMP

Identyfikacja i weryfikacja zakwalifikowanych pacjentek

Randomizacja 1: 1 – 2 ramiona

Aktualny standard
– cytologia konwencjonalna/LBC

(+)

Kolejne badanie za
skriningowe 3 lata

(-)

Aktualny protokół
postępowania

HPV

HPV

(+)

LBC

Protokół
holenderski

(-)

Kolejne badanie
skrining za 5 lat

W przypadku przydzielenia pacjentki do ramienia obejmującego standardowe badanie cytologiczne wszystkie procedury i ewentualna dalsza diagnostyka realizowana jest w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy wg obowiązującego algorytmu i praktyki klinicznej.

W przypadku przydzielenia pacjentki do ramienia HPV HR i uzyskania prawidłowego (ujemnego) wyniku testu HPV HR, pacjentka powinna wykonać kolejne badanie HPV HR za 5 lat. Jeśli uzyskany wynik HPV HR będzie dodatni, z tej samej próbki bez konieczności ponownego wzywania pacjentki, zostanie wykonany cienkowsarstwowy rozmaz cytologiczny (LBC). Po mikroskopowej ocenie rozmazu wynik badania cytologicznego zostanie sformułowany według systemu Bethesda 2014 i wprowadzony do SIMP.

Źródło: Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy

nosicielką wirusa HPV, z tej samej próbki wykonujemy cienkobarstwowy rozmaz cytologiczny. Cytologia staje się więc drugim etapem diagnostyki, testem uzupełniającym, albo drugorzędowym w tym modelu, który przyjęliśmy. Natomiast w niektórych krajach stosuje się równolegle cytologię i test HPV, ale jest to o wiele droższe rozwiązanie, nieprzynoszące znacząco lepszych efektów niż w przypadku zastosowania samego testu. Poza tym rozmaz cytologiczny jest materiałem, z którego możemy wykonać tzw. badanie immunocytochemiczne. Polega ono na zastosowaniu dodatkowego barwienia na obecność tzw. ekspresji, tzn. aktywności pewnych genów wirusowych, które mogą rozpoczynać przemianę nowotworową. Myślę tu o teście CINTEC, czyli jednoczasowym badaniu ekspresji białka p16 oraz białka Ki-67. Podsumowując, cytologia pewnie jeszcze przez jakiś czas pozostanie istotnym elementem składowym programu badań przesiewowych. Chyba że kiedyś zostanie wynaleziona lepsza metoda weryfikacji dodatnich testów HPV. Na tę chwilę jest to cytologia, a kolejnym etapem w przypadku jej nieprawidłowego wyniku staje się kolposkopia z ewentualną biopsją i weryfikacją histopatologiczną.

Udział w Pilotażu badań HPV-DNA jest dobrowolny i bezpłatny dla kobiet pomiędzy 30. a 59. rokiem życia, które mają prawo do świadczeń NFZ i w ciągu ostatnich 3 lat nie wykonywały badania cytologicznego w ramach Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Dodajmy, że wciąż można się zgłaszać.

Pilotaż potrwa co najmniej do końca 2021 roku, z tym że weryfikacja pozytywnych wyników będzie się odbywała na pewno jeszcze w następnym roku. Pilotaż ma konstrukcję badania z losowym doborem, czyli tzw. randomizacją. Zatem kobieta, która wyrazi zgodę na udział w nim, ma 50% szans na to, że będzie miała wykonany test HPV DNA i cytologię cienkobarstwową w przypadku dodatniego wyniku tego testu. Jeśli trafi do drugiego ramienia — na co ma także 50% szans, nic nie traci — będzie miała wykonany wysokiej jakości rozmaz cytologiczny, na podłożu płynnym – akurat w naszej poradni takie badania są dostępne.



Każda kobieta jest narażona na zakażenie wirusem HPV i żeby mu ulec, wystarczy w zupełności jeden partner w życiu. Oczywiście ryzyko rośnie wraz z liczbą partnerów, z niższym wiekiem inicjacji seksualnej i wczesnym rozpoczęciem życia płciowego.

Wspomniał Pan o kolposkopii... Spotkałam się z taką sytuacją, że w jednej z prywatnych klinik oprócz tego, że panie miały wykonywaną cytologię, to zalecano też zrobienie kolposkopii. Bardzo często okazywało się, że wynik cytologii był prawidłowy, natomiast kolposkopia wykazywała nieprawidłowości. Panie Profesorze, co Pan sądzi o takim postępowaniu?

W żadnym kraju nie przyjęła się metoda skriningu kolposkopowego, ponieważ jest to metoda zbyt droga i czasochłonna, żeby móc zastosować ją do badań przesiewowych. Kolposkopia jest nadal złotym standardem w weryfikacji zarówno wyniku testu HPV, jak i cytologii. Poza tym należy stwierdzić, że sama kolposkopia też nie jest doskonała. To metoda subiektywna, podobnie jak badanie cytologiczne, czego efektem są różne konstelacje wyników, czyli np. ujemny wynik cytologii i dodatni wynik kolposkopii i na odwrót, dodatni wynik testu HPV, a ujemny wynik cytologii i kolposkopii. Różne scenariusze są możliwe, co nie zmienia faktu, że kolposkopia nie jest badaniem przesiewowym, lecz badaniem weryfikującym i w tym zakresie złotym standardem.

W naszym społeczeństwie wciąż jest niska świadomość wirusa HPV. Ludzie nie wiedzą, jak bardzo jest on powszechny i właściwie jak łatwo się przenosi. Przeważnie kobiety dowiadują się o nim od ginekologa, kiedy pojawi się już problem. Natomiast nie wszyscy mężczyźni mają świadomość, że również u nich wirus HPV może powodować nowotwory głowy, szyi, prącia czy odbytu. Jest aż tak źle z edukacją na ten temat?

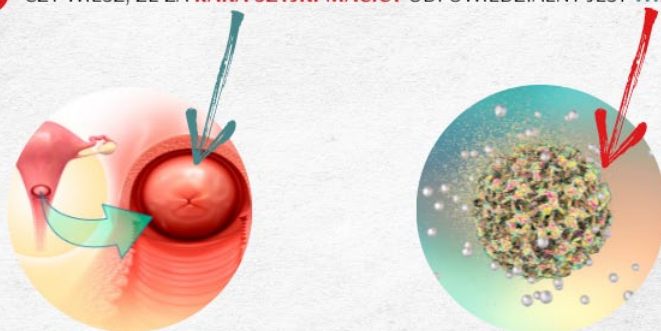
Myślę, że stopniowo wzrasta wiedza społeczeństwa na temat zakażeń HPV i możliwości profilaktyki pierwotnej, która jest niespełnioną szansą w Polsce (czyli szczepienia przeciwko HPV), jak i profilaktyki wtórnej, a więc zastosowania testów HPV do diagnostyki szyjki macicy. Polska nie jest tu jakimś wyjątkiem i w żadnym kraju ani świadomość, ani wiedza nie są pełne. Z pewnością zmieni się to na lepsze wraz z refundacją szczepień przeciwko HPV, kiedy na stałe wejdą one do kalendarza szczepień. Podejrzewam, że wtedy właśnie zacznie się mówić o tym jeszcze więcej. Z moich obserwacji wynika, iż kobiety nabywają wiedzę na temat HPV, dopiero gdy mają problem z szyjką macicy, stanem przedrakowym, są w trakcie diagnostyki i nadzoru lekarza w przypadku dodatnich wyników badań cytologicznych czy kolposkopii. Jednocześnie chcę podkreślić, że tym

wirusem nie można też straszyć, bo jest on nieodłącznym elementem towarzyszącym życiu człowieka, jego płciowości i rozrodowi, bo tak już stworzyła natura, że przenosi się on drogą kontaktów intymnych. Każda kobieta jest narażona na zakażenie wirusem HPV i żeby mu ulec, wystarczy w zupełności jeden partner w życiu. Oczywiście ryzyko rośnie wraz z liczbą partnerów, z niższym wiekiem inicjacji seksualnej i wczesnym rozpoczęciem życia płciowego. Rozprzestrzenianie się wirusa HPV na każdym kontynencie jest inne i w żadnym kraju nie jest zerowe. W niektórych państwach występowanie wirusa brodawczaka ludzkiego jest kilkuprocentowe, a w innych kilkudziesięcioprocentowe.

Statystyki mówią, że 80% ludzi w swoim życiu zetknie się z wirusem HPV. U większości zakażonych osób układ odpornościowy zwalczy infekcję, ale u około 10% nabierze ona charakteru przewlekłego. Od czego zależy to, czy stanie się groźna dla naszego zdrowia?

Niestety nie jesteśmy w stanie u osób zdrowych wskazać czynniki, pozwalające jednoznacznie stwierdzić u kogo infekcja będzie miała krótkotrwały przebieg i ulegnie samoistnemu wyleczeniu, a u kogo z kolei nabierze charakteru przewlekłego i dojdzie do rozwoju raka szyjki macicy. Jest to w tej chwili największa niewiadoma, nad którą zastanawia się znaczna część świata naukowego zajmującego się zakażeniami HPV. Natomiast znamy pewne sytuacje kliniczne i choroby, które sprzyjają przewlekłym zakażeniom oraz tzw. infekcjom transformującym, czyli powodującym zmiany nowotworowe i rozwój raka szyjki macicy. Mam tu na myśli zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS), kiedy infekcja HPV towarzyszy zakażeniu HIV, ale jest to sprawa coraz rzadsza ze względu na skuteczne

? CZY WIESZ, ŻE ZA **RAKA SZYJKI MACICY** ODPOWIEDZIALNY JEST **WIRUS HPV**



leczenie antyretrowirusowe. Poza tym większe ryzyko, że infekcja HPV nabierze charakteru przetrwałego i rozwinie się nowotwór, występuje u osób z upośledzeniami odporności organizmu po przeszczepie, które stosują leki immunosupresyjne. Podobnie wygląda to u ludzi z chorobami wymagającymi leczenia dużymi dawkami sterydów. To są ewidentne, potwierdzone czynniki sprzyjające złemu przebiegowi zakażenia HPV.

Profilaktykę pierwotną Pan Profesor określił mianem „niespełnionej szansy w Polsce”. Wiele samorządów organizuje programy bezpłatnych szczepień przeciwko HPV dla dziewczynek między 10. a 14. rokiem życia. Skuteczność tych szczepionek została udowodniona i wiemy, że chronią przed onkogennymi typami wirusa HPV 16 i 18. A jednak wciąż niektórzy rodzice mają wątpliwości, czy dziecko zaszczepić. Nie da się ukryć, że winne są temu mity, które narosły wokół tego tematu.

Niestety nurty antyszczepionkowe działają we wszystkich krajach i za ich sprawą rozniosły się pogłoski o rzekomym szkodliwym działaniu szczepionek przeciwko HPV na płodność. Stało się to przyczyną porażki programu szczepień w kraju, który ich najbardziej potrzebuje w Europie, czyli w Rumunii. Biorąc pod uwagę zachorowalność na raka szyjki macicy, to właśnie Rumunia ma jedną z największych na naszym kontynencie. Nieprawdziwe informacje dotyczące działania szczepionki zostały skutecznie rozpowszechnione i niestety Rumunii w nie uwierzyli. Myślę, że Polska nie jest tu jakimś wyjątkiem, bo również u nas obserwujemy nasilającą się działalność ruchów antyszczepionkowych. Muszę więc stanowczo podkreślić, że szczepionki przeciwko HPV są jednymi z najdokładniej przebadanych pod względem bezpieczeństwa szczepionek na świecie. Badania kliniczne nad ich skutecznością i bezpieczeństwem rozpoczęły się badaniami nad szczepionką monowalentną w 2000 roku i trwają od ponad 20 lat. Co istotne, w tej chwili dysponujemy już danymi z programów szczepień w wielu krajach i wiemy, że szczepienia przeciwko HPV nie wywołują żadnych długotrwałych skutków ubocznych. Jedynymi działaniami niepożądanymi, których możemy się spodziewać, są działania miejscowe, typowe dla szczepień, czyli np. ból w miejscu podania, zaczerwienienie, obrzęk oraz przejściowe działania ogólnoustrojowe typu: stan podgorączkowy czy gorsze samopoczucie. Wszystkie te działania mają jednak charakter przemijający i dlatego podkreślam, że szczepionki przeciwko HPV są bezpieczne.

Nie da się ukryć, że profilaktykę raka szyjki macicy nieoczekiwanie zakłóciła pandemia COVID-19. W 2020 roku spadła wśród kobiet częstotliwość wizyt u ginekologa i regularność wykonywania np. cytologii. Potwierdzają to dane z badań agencji badawczej IQS, wykonanych na potrzeby kampanii Ogólnopolskiej Organizacji Kwiat Kobiecości. Aż 58% kobiet zauważyło wpływ pandemii na działania profilaktyczne.

Niestety tak było. W marcu 2020 roku i po pierwszym lockdownie zaobserwowaliśmy załamanie badań przesiewowych. Również w instytucie, w którym pracuję, przez około półtora miesiąca nie prowadziliśmy skriningu cytologicznego ze względu na ryzyko zakażeń wirusem SARS-CoV-2. Nie dość, że pandemia koronawirusa zebrała żniwo w postaci zgonów związanych z zakażeniami, to niestety także wpłynęła na szeroko pojętą profilaktykę w onkologii, wczesne wykrywanie i diagnostykę chorób nowotworowych, w tym raka szyjki macicy. Na pełne podsumowanie tego roku przyjdzie nam poczekać około 3–4 lat, kiedy Krajowy Rejestr Nowotworów uzupełni dane i je opublikuje. Przypomnę, że ma on trzyletnie opóźnienie w publikacji wyników odnośnie zachorowań i zgonów, co wynika z przyjętej metodyki weryfikacji danych. Wtedy więc przekonamy się, jak to wpłynęło na epidemiologię chorób nowotworowych, w tym raka szyjki macicy w Polsce. Od około 20 lat obserwujemy trend spadkowy zachorowalności w naszym kraju, ale tylko wśród kobiet do 60. roku życia, natomiast u starszych zachorowalność i umieralność nadal utrzymują się na stałym poziomie. Zatem kobiety po 60. roku życia są w grupie największego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy.

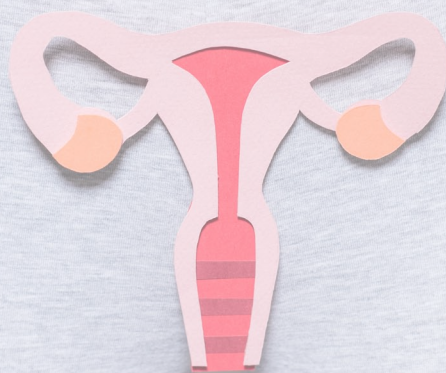


Od około 20 lat obserwujemy trend spadkowy zachorowalności w naszym kraju, ale tylko wśród kobiet do 60. roku życia, natomiast u starszych zachorowalność i umieralność nadal utrzymują się na stałym poziomie.

U kobiet w tym wieku zdrowie intymne jest na dalszym planie, niektóre z nich nie były u ginekologa i nie robiły cytologii przez wiele lat. Czy można tę sytuację jakoś poprawić?

Górna granica wieku kobiet mogących wziąć udział w badaniach przesiewowych w Polsce to 59 lat. Uważam, że badania powinny obejmować tak jak w innych krajach, także kobiety do 65., a być może nawet do 70. roku życia. Pamiętajmy,

że żyjemy coraz dłużej, a ryzyko zachorowania na większość nowotworów rośnie wraz z wiekiem. Co istotne, w tej grupie kobiet mamy większy odsetek pacjentek z niższym wykształceniem i o niższym statusie socjoekonomicznym, które mają mniejszą świadomość oraz potrzebę badań profilaktycznych wykonywanych w poczuciu pełnego zdrowia. Mam na myśli pójście na badanie profilaktyczne, kiedy czują się zupełnie dobrze, a nie dopiero wtedy, gdy coś im dolega. Pamiętajmy też, że młodsze kobiety częściej korzystają z poradni ginekologicznych z racji stosowanej antykoncepcji, ciąży, czy różnych problemów ginekologicznych związanych z prowadzonym stylem życia. Dlatego w ich przypadku jest większe prawdopodobieństwo, że będą miały wykonane badanie profilaktyczne. Jako osoby aktywne zawodowo i zarabiające, częściej też mogą sobie pozwolić na prywatną opiekę zdrowotną, w przeciwieństwie do starszych, niepracujących już kobiet, gorzej uposażonych i utrzymujących się z renty czy skromnej emerytury. Poza tym, jeśli kobieta będąca w starszym wieku, wcześniej nie wykonywała regularnie badań cytologicznych, bądź diagnostyka była prowadzona nieprawidłowo, to właśnie teraz, po latach znajduje się w grupie największego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy. Gdyby przez całe życie systematycznie wykonywała badania profilaktyczne i do 65. roku życia jej wyniki były prawidłowe, to w zasadzie mogłaby zrezygnować z badań kontrolnych, ponieważ ryzyko rozwoju raka szyjki macicy w jej przypadku byłoby bardzo niskie. Jednym słowem, gdyby nowotwór się rozwijał, to zostałby już wcześniej wykryty na etapie stanu przedrakowego.



Niestety wciąż w Polsce są takie miejscowości i wsie, gdzie jest duży problem z dostaniem się do ginekologa, bo trzeba nawet kilkadziesiąt kilometrów jechać do dużego miasta pociągiem czy autobusem. Panie skarżą się, że czasem dojazd jest wręcz niemożliwy, bo nie mają własnego auta. Tak jest np. w miejscowości, gdzie mieszka moja mama. Druga sprawa, że sami lekarze nie za bardzo chcą do takich małych miasteczek dojeżdżać i raczej uciekają do miasta, gdzie otwierają swoje prywatne gabinety.

Pani Redaktor, to celna uwaga wskazująca na pewną niedoskonałość Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w Polsce, opartego głównie na pracy ginekologów. Pomimo że sam jestem ginekologiem, nie boję się przyznać, że jest duże lobby ginekologów starających się utrzymać to status quo i wykazujących niechęć do tego, by do działań profilaktycznych zaangażować również położne. Tak więc przykład małej miejscowości, w której mieszka Pani mama jest tu idealny i rozwiązaniem problemu dostępności do profilaktyki, byłoby tu umożliwienie odpowiednio przeszkolonym położnym pobieranie rozmazów cytologicznych. Należałoby program ten odpowiednio dofinansować i praktyki lekarza rodzinnego wyposażać w fotele ginekologiczne. Wtedy żadna z pań nie musiałaby dojeżdżać busem czy pociągiem

do dużego miasta na badanie przesiewowe, tylko z takiego badania mogłaby skorzystać na miejscu. Jest 95% szans na to, że wynik cyto-



Moim zdaniem profilaktyka w Polsce powinna być tak skonstruowana, żeby pobranie rozmazu cytologicznego, czy też – mam nadzieję w nieodległej przyszłości – materiału do testu HPV, było realizowane przez położne środowiskowo-rodzinne i jak najbliżej pacjentek, czyli również w małych miasteczkach i wsiach.

logii będzie prawidłowy, więc następną będzie mogła wykonać dopiero za trzy lata. Natomiast dopiero w sytuacji, gdyby ten wynik nie był prawidłowy, pacjentka musiałaby udać się do miasta na diagnostykę pogłębioną. Moim zdaniem profilaktyka w Polsce powinna być tak skonstruowana, żeby pobranie rozmazu cytologicznego, czy też – mam nadzieję w nieodległej przyszłości – materiału do testu HPV, było realizowane przez położne środowiskowo-rodzinne i jak najbliżej pacjentek, czyli również w małych miasteczkach i wsiach.

Piotr, który jest mężem Kasi, bohaterki tej książki, również zwrócił uwagę na wyzwania związane ze zorganizowaniem punktu pobrań cytologii w jego rodzinnym Maszewie. Historię tę można przeczytać w kolejnym rozdziale tej książki. W każdym razie Piotr się postarał, by w tym liczącym trzy tysiące mieszkańców miasteczku, panie otrzymały wsparcie i dostęp do profilaktyki.

Trzeba pochwalić Pana Piotra za taką postawę, a przy okazji zaapelować do lekarzy rodzinnych o większe zainteresowanie profilaktyką ginekologiczną i umożliwienie położnym, które zatrudniają, czynnego udziału w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Zachęcamy do tego, aby tworzyli punkty pobrań cytologii, nawet wstawiając do swojego gabinetu fotele ginekologiczne, które pozwolą położnym realizowanie profilaktyki raka szyjki macicy. Natomiast do naszych decydentów, czyli do NFZ i Ministerstwa Zdrowia, już od wielu lat apelujemy o umożliwienie pobierania rozmazu cytologicznego przez położne nie tylko u pacjentek z ich listy POZ, ale także u innych kobiet spoza tej listy.

Są kraje, np. Norwegia, gdzie położne i lekarz rodzinny zajmują się profilaktyką, mogą też prowadzić ciążę. Natomiast ginekolog wkracza do akcji, dopiero kiedy pojawia się problem i potrzeba dalszej diagnostyki oraz leczenia.

Każdy kraj ma swój model sprawowania opieki ginekologicznej. My przyjęliśmy model niemiecki, gdzie zakłada się częste wizyty u ginekologów, ale położne są niezbyt angażowane do opieki nad kobietami ciężarnymi, czy też do profilaktyki raka szyjki macicy. Natomiast dla chcącego nic trudnego i w poradni, którą prowadzę, badania przesiewowe wykonują tylko i wyłącznie położne. W kierowanej przeze mnie Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy żaden lekarz nie prowadzi badań profilaktycznych, ponieważ zwyczajnie nie ma na to czasu i w głównej mierze do jego zadań należy wykonywanie kolposkopii i pogłębiona diagnostyka. Natomiast pobranie przesiewowego rozmazu cytologicznego i w kierunku wirusa HPV, jest stuprocentowo realizowane przez położne, które przy okazji bardzo serdecznie pozdrawiam. Cieszę się, że taki zaangażowany zespół położnych udało mi się stworzyć i utrzymać w Poradni Profilaktyki Narodowego Instytutu Onkologii. Dodam, że takich miejsc, gdzie rozmaz cytologiczny pobierają położne, zaczyna być w Polsce coraz więcej.



Kiedyś uważało się, że rak gruczołowy rokuje gorzej niż płaskonabłonkowy, ale nowsze badania dowiodły, że jeśli jest to klasyczna postać raka gruczołowego, wykrytego w takim samym stopniu zaawansowania klinicznego jak rak płaskonabłonkowy, to pod względem rokowań i leczenia jest w zasadzie podobnie.

Panie Profesorze, teraz druga strona medalu. Otóż zdarza się, że same kobiety unikają badań, bo boją się złej diagnozy. Statystyki mówią, że najczęściej występującym nowotworem szyjki macicy jest rak płaskonabłonkowy, który w Polsce stanowi około 82–90% wszystkich nowotworów złośliwych tego narządu, a 10% rak gruczołowy. Jakie są rokowania w przypadku tych nowotworów?

Kiedyś uważało się, że rak gruczołowy rokuje gorzej niż płaskonabłonkowy, ale nowsze badania dowiodły, że jeśli jest to klasyczna postać raka gruczołowego, wykrytego w takim samym stopniu zaawansowania klinicznego jak rak płaskonabłonkowy, to pod względem rokowań i leczenia jest w zasadzie podobnie. Leczenie jest uzależnione wtedy od wielu czynników, m.in. od stopnia zaawansowania choroby, czy planów prokreacyjnych pacjentki. Pamiętajmy, że stosunkowo młode kobiety chorujące na raka szyjki macicy, nie chcą być pozbawione szansy na posiadanie w przyszłości dziecka. Dlatego też w najwcześniejszych stopniach zaawansowania choroby można zastosować taką metodę leczenia, która pozwoli kobiecie zachować płodność. Poza tym sposób postępowania jest zależny od dodatkowych czynników typu: schorzenia dodatkowe, BMI (Body Mass Index) pacjentki, dostępność do leczenia, doświadczenie zespołu, tradycja w danym ośrodku. Natomiast zasadą jest, że wczesne postaci zaawansowania nowotworu u młodych, mniej obciążonych pacjentek, staramy się leczyć chirurgicznie i nie stosować radioterapii uzupełniającej, kiedy nie jest ona konieczna. Natomiast radiochemioterapię stosujemy u kobiet, u których występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, albo istnieje wysokie ryzyko leczenia uzupełniającego, czyli mamy do czynienia z dużym guzem i trudnymi anatomicznie warunkami do operacji. Chcę podkreślić, że we wczesnych stadiach zaawansowania choroby skuteczność radiochemioterapii jest taka sama jak leczenia chirurgicznego. Natomiast w wyższych stadiach zaawansowania nie możemy stosować leczenia chirurgicznego jako leczenia radykalnego, ponieważ nowotwór się rozwinął, jest zbyt duży i nacieka przymacicza czy inne narządy, radioterapia jest więc leczeniem



Pamiętajmy, że regularne wykonywanie badań profilaktycznych daje ogromną szansę wykrycia choroby na wczesnym etapie stanów przedrakowych. Nie trzeba się też bać leczenia, bo to leczenie szczególnie w przypadku regularnie wykonywanej wcześniej cytologii i wykrycia stanów przedrakowych, jest w tej chwili leczeniem ambulatoryjnym.

z wyboru. Tymczasem w stadiach rozsianych, kiedy istnieją już przerzuty odległe, leczenie jest zindywidualizowane i najczęściej oparte na chemioterapii.

Niestety wciąż można spotkać się z myśleniem, że rak boli i jak zaboli, to wtedy trzeba pójść do lekarza. Jakie Pan Profesor ma przesłanie i zalecenia dla kobiet odnośnie profilaktyki raka szyjki macicy?

Jeśli rak boli, to jest już dawno za późno na skuteczne leczenie, więc z tym mi-tem musimy walczyć. Po pierwsze, chcę zaapelować do wszystkich pań, żeby zaszczepiły swoje nastoletnie córki przeciwko wirusowi HPV, szczególnie jeśli są one w wieku 14–16 lat. Mam nadzieję, że szczepienia te w Polsce będą refundowane, a nawet jeśli nie, to namawiam, by poddać córki tej profilaktyce pierwotnej. Co ważne, badania profilaktyczne należy wykonywać niezależnie od tego, czy jest się zaszczepioną przeciwko wirusowi HPV, czy też nie. Publiczna służba zdrowia oferuje bezpłatne wykonanie cytologii w ramach programu profilaktyki raz na trzy lata, więc apeluję o to, by z tego korzystać. Natomiast mam nadzieję, że w niedługim czasie będzie dostęp do nowoczesnych badań molekularnych wykrywających wirusa HPV, czyli bardziej czułej metody przesiewowej. Chciałbym też przekonać panie, żeby nie bały się nowych metod i rozmawiania z położną czy ginekologiem na temat tego, z czym wiąże się ta profilaktyka. Nie trzeba bać się wyników badań cytologicznych, ponieważ diagnoza cytologiczna bardzo rzadko oznacza raka, są to raczej przypadki zaniedbań u kobiet, które albo dawno, albo nigdy nie robiły badań cytologicznych. Pamiętajmy, że regularne wykonywanie badań profilaktycznych daje ogromną szansę wykrycia choroby na wczesnym etapie stanów przedrakowych. Nie trzeba się też bać leczenia, bo to leczenie szczególnie w przypadku regularnie wykonywanej wcześniej cytologii i wykrycia stanów przedrakowych, jest w tej chwili leczeniem ambulatoryjnym. W dużej części przypadków nawet nie jest konieczna hospitalizacja, bo zmiany na szyjce macicy wycinamy pętlą elektryczną i w znieczuleniu miejscowym. Na

koniec, apeluję również do mężczyzn, żeby temat zakażeń HPV i raka szyjki macicy nie był dla nich tematem tabu, ponieważ wirus ten jest elementem naszego codziennego życia. Badania przesiewowe w kierunku wirusa HPV nie mogą być traktowane jako coś wstydliviego, a powinny stać się nowoczesnym elementem dbania o własne zdrowie.

CZY WIESZ, ŻE BADANIE CYTOLOGICZNE JEST:

BEZBOLESNE I BEZPIECZNE



Materiał pobiera się jednorazową, sterylną **szczoteczką cytologiczną** z elastycznymi włoskami.



Pierwszą cytologię powinno się wykonywać **po rozpoczęciu współżycia**, ale nie później niż w 25 r. ż. Należy badać się **regularnie raz do roku**, chyba, że lekarz zaleci inaczej.

WYKONYWANE RAZ DO ROKU



KRÓTKIE



Pobieranie wymazu trwa **kilka minut**.

DOSTĘPNE



Bezpłatne badanie cytologiczne może wykonać każdy ginekolog z kontraktem NFZ.



W Polsce **bezpłatna cytologia** zagwarantowana jest raz na 3 lata dla każdej kobiety w wieku **od 25-59 lat**. W pozostałych przypadkach koszt pobrania cytologii wynosi od 35 zł lub jest wliczony w cenę wizyty.

TANIE/BEZPŁATNE



SKUTECZNE



Cytologia wykonywana regularnie pozwala wykryć stany przedrakowe oraz inne zmiany np. obecność infekcji, nadżerek, czy **wirusa HPV**.

BARDZO WAŻNE!



Wcześniej wykryty **rak szyjki macicy** jest całkowicie **wyleczalny!**
Badaj się regularnie!





CZĘŚĆ 2

DIAGNOZA: RAK JAJNIKA

„Od kiedy się znamy, zawsze razem chodzimy do ginekologa”

– rozmowa z Katarzyną i Piotrem Kamińskimi

Ciąża to taki czas w życiu kobiety, kiedy jest wnikliwie badana. Wtedy zdarza się, że lekarze wykrywają różne nieprawidłowości, o których wcześniej przyszła mama nie miała pojęcia. Statystyki mówią, że u ok. 3% kobiet w ciąży zdarzają się guzy jajnika. Niestety Kasiu, znalazłaś się w tej grupie...



Tak, ale w moim przypadku problemy ginekologiczne trwały już od dawna. Miałam za sobą długie leczenie endometriozy, dwa związane z nią zabiegi, wycięto mi torbiel czekoladową, straciłam też pierwszą ciążę... Przez sześć długich lat staraliśmy się o dziecko, co dla młodego małżeństwa, jakim wtedy byliśmy, wiązało się z trudnymi emocjami i było ciężkie do przeżycia. Czekaliśmy przecież na dziecko, a tego dziecka wciąż nie było. Dopiero po sześciu latach, ku naszemu szczęściu, przyszedł na świat Antek, a po nim Hania. Kiedy natomiast 12 lat temu byłam w ciąży z naszą najmłodszą córką, Alinką, nieoczekiwanie dowiedziałam się o chorobie nowotworowej.

Rak jajnika rozwija się w ukryciu, w początkowych stadiach nie dając objawów. U Ciebie również nie wystąpiły żadne niepokojące dolegliwości, zgadza się?

Sama ciąża nie sprawiała mi żadnych większych problemów, tylko jedna rzecz budziła niepokój. Otóż za każdym razem, kiedy odbywałam kontrolną wizytę u ginekologa prowadzącego ciążę, przy okazji badania wspominał, że mam na jajniku torbiel. Z drugiej jednak strony, cały czas mnie uspokajał, że to jest normalne, fizjologiczne i w ciąży coś takiego może się wydarzyć. Zapewniał mnie, że torbiel zniknie z chwilą, kiedy dziecko pojawi się na świecie, i że wszystko będzie w porządku.

I tak dotrwałaś do dnia, kiedy Twoje trzecie dziecko miało przyjść na świat. Czy poród odbył się bez komplikacji?

Alinkę rodziłam w szpitalu w Pyrzycach, gdzie pracował mój lekarz. Miałam do niego zaufanie, więc umówiłam się z nim, że jak zacznie się akcja porodowa, to się do niego zgłoszę. Na początku wszystko wskazywało na to, że urodzę siłami natury, ale niestety po jakimś czasie dziecku zaczęło zanikać tętno i zrobiło się bardzo niebezpiecznie. Szybko więc podjęto decyzję, by poród odbył się poprzez cesarskie cięcie. Piotr, mój mąż, cały czas był ze mną na sali porodowej, czujny na to, co się działo dookoła mnie. Pamiętam, że jak zabierano mnie na salę zabiegową, gdzie miała się odbyć cesarka, podszedł do lekarza i zapytał, czy mógłby przyrzeć się temu podejrzanemu jajnikowi, skoro i tak otwierają jamę brzuszną.

Ta torbiel nie dawała mu spokoju, martwił się o Ciebie...

To prawda. Cesarka trwała dość długo, bo w trakcie otwierania jamy brzusznej pojawiły się komplikacje i przecięto pęcherz moczowy. Jednak Alina urodziła się zdrowa, a przy okazji porodu lekarz z chorego jajnika pobrał wycinek do badania. Powiedział, że wygląda na niegroźną torbielkę, ale dla pewności warto poddać ją analizie histopatologicznej.

Jak się czułaś po porodzie?

Pamiętam, że powrót do formy po porodzie nie był łatwy, nie tylko z powodu doskwierającej rany na brzuchu, ale też z racji problemów z pęcherzem moczowym uszkodzonym podczas cesarskiego cięcia. Jak się jednak okazało, najgorsze było dopiero przede mną. Po mniej więcej dwóch czy trzech tygodniach od wyjścia ze szpitala, zadzwonił do mnie lekarz. Zanim jednak powiedział, z jaką informacją dzwoni, to najpierw zapytał, czy karmię piersią. Wiedział, co ma mi do przekazania i martwił się, że pod wpływem silnych emocji spowodowanych złą wiadomością, stracę pokarm. Powiedział wtedy, że mam się do niego jak najszybciej zgłosić, a najlepiej zaraz, ponieważ przyszły wyniki badania histopatologicznego,



Pamiętam, że powrót do formy po porodzie nie był łatwy, nie tylko z powodu doskwierającej rany na brzuchu, ale też z racji problemów z pęcherzem moczowym uszkodzonym podczas cesarskiego cięcia.

które nie są dobre. To był dla mnie ogromny szok, bo takie wiadomości przyjmuje się z trudem, a co dopiero mając dziecko przy piersi...

Jaka pierwsza myśl przyszła Ci wtedy do głowy?

Pamiętam, że to był lipiec i w planach mieliśmy jak najszybsze wyprawienie chrzcin. Miały się odbyć już za miesiąc, ale wszystko się w tym momencie posypało... Pamiętam jak dziś, że po rozmowie z lekarzem stanęłam przy oknie, mając na rękach przytuloną do siebie bezbronną, małą córeczkę i jeszcze dwoje małych dzieci, Antka i Hanię. W mojej głowie myśli i obrazy przelatywały niczym kadry z jakiegoś filmu. Widziałam twarze, postaci, sytuacje i nagle... pojawiła się jakby ciemna dziura. Nie mogłam przestać myśleć o tym, że za moment może mnie nie być, wszystko się skończy, a dzieci zostaną same z tatą. I co dalej? Jak sobie poradzą? Szybko opowiedziałam Piotrowi o telefonie od lekarza i od tego momentu już nie było wielkiego zastanawiania się, i analizowania sytuacji, tylko konkretne czynności do wykonania. Zaczęliśmy działać. W pierwszej kolejności przełożyliśmy chrzciny na późniejszy termin. Jako że cały czas karmiłam piersią, wzięliśmy córeczkę, pojechaliśmy na wizytę do lekarza, za którego sprawą wszystko potoczyło się już naprawdę szybko. Pomógł nam przebrnąć przez wszystkie badania, jakie musiałam przedstawić na komisji onkologicznej. Niemalże w jeden dzień udało mi się zrobić wszystkie wymagane testy z krwi, RTG i USG transwaginalne. Z pełną dokumentacją, jaką mi przygotował, miałam stawić się przed komisją i odbyć konsultację w Szczecinie. Pojechałam tam razem z Piotrem i Alinką, którą ciocia wozila w wózku po szpitalnym korytarzu, podczas kiedy ja odbywałam konsultację. Komisja prześledziła wyniki moich badań i postawiła diagnozę: nowotwór o granicznej złośliwości. Lekarze podjęli decyzję, że prawy jajnik trzeba usunąć wraz z przydatkami i wyrostkiem robaczkowym. Wtedy jeszcze postępowanie w takich przypadkach nie było aż tak radykalne i dlatego drugiego jajnika postanowiono nie ruszać. Z perspektywy tych dwunastu lat myślę, że skoro nic się z nim nie dzieje, to chyba faktycznie nie było takiej potrzeby.



Dopiero, gdy postawiono diagnozę, dowiedziałam się, z czym mam do czynienia i było to dla mnie ogromnym zaskoczeniem. Wcześniej nawet przez myśl mi nie przeszło, że choroba może zostać wykryta, kiedy będę w ciąży, a już na pewno nie taka choroba.

Czy wcześniej, zanim usłyszałaś diagnozę, miałaś jakąkolwiek wiedzę na temat raka jajnika? Wiedziałaś, że to podstępna choroba, która w początkowych stadiach rozwoju nie daje żadnych objawów ?

Mało wiedziałam o raku jajnika, ponieważ całe życie walczyłam z endometriozą, na niej się skupiałam, i dużo czytałam na jej temat. Dopiero, gdy postawiono diagnozę, dowiedziałam się, z czym mam do czynienia i było to dla mnie ogromnym zaskoczeniem. Wcześniej nawet przez myśl mi nie przeszło, że choroba może zostać wykryta, kiedy będę w ciąży, a już na pewno nie taka choroba.

Trzeba przyznać, że od momentu pobrania wycinka w trakcie porodu odbywającego się poprzez cesarskie cięcie, aż do dnia komisji onkologicznej, wszystko działo się bardzo szybko. Jeszcze nie zdążyłaś dojść do siebie po połogu, a już musiałaś przygotować się do kolejnej operacji?

To prawda. Po konsultacji z lekarzami przyjechaliśmy do domu, wiedząc już, że muszę poddać się zabiegowi chirurgicznemu. Przygotowania były dla mnie wyzwaniem, ponieważ byłam jeszcze karmiącą mamą i nie było łatwo, ot tak po prostu, wyłączyć laktację, by na kilka dni zostawić w domu malutkie dziecko. Dlatego postanowiłam odciągać pokarm na zapas i zamrozić go, żeby córka miała, co jeść podczas mojej nieobecności w domu. Zadbałam o dziecko, potem musiałam zadbać o siebie. Operacja na szczęście przebiegła pomyślnie, usunięto mi chory jajnik wraz z przydatkami i wyrostkiem robaczkowym. Natomiast nie ruszono lewego jajnika, z racji tego, że jako jeszcze młoda kobieta mogłabym mieć potem kłopot z gospodarką hormonalną, gdyby usunięto oba. Poza tym — szczęście w nieszczęściu — w moim przypadku radioterapia i chemioterapia nie były konieczne, ponieważ przebadano mnie i okazało się, że nie ma innych ognisk chorobowych i jest czysto.

Jak się czułaś po zabiegu?

Najgorsze wtedy było to, że miałam laktację i cierpiałam w szpitalu na nawet pokarmu. Nie nadążałam z odciąganiem go, więc szybko doszło do stanu zapalnego piersi i okropnych zastoju. Piotr próbował mi w tym pomóc, masując piersi i odsysając mleko, bo położne kompletnie sobie ze mną nie radziły.

Hormony we mnie szalały, oksytocyny było strasznie dużo i po prostu byłam pełna mleka. Pewnie dzięki temu, że mój mąż stanął na wysokości zadania, udało mi się uniknąć dodatkowych powikłań po operacji, np. w postaci gorączki. Poza tym dwukrotnie otwierano mi brzuch w tak krótkim odstępie czasu, bo w ciągu miesiąca. Za pierwszym razem, przy okazji cesarskiego cięcia i po raz drugi, kiedy usuwano chory jajnik. Po cesarce z komplikacjami byłam już bardzo osłabiona, a kolejny, trudny zabieg jeszcze bardziej pogorszył moje samopoczucie. Proponowano nawet przetoczenie krwi, ale w rezultacie nie zgodziłam się na nie. W każdym razie, po tych wszystkich przeżyciach potrzebowałam sporo czasu, żeby dojść do zdrowia i odzyskać siły. Trwało to około czterech miesięcy, jako że poród i zabieg spowodowały, że długo walczyłam potem z niedokrwistością.

Jakie otrzymałaś zalecenia dotyczące dbania o siebie i swoje zdrowie?

Ze szpitala wróciłam do domu pełna optymizmu i z zaleceniem, by raz do roku odwiedzać lekarza, kontrolować się i badać. Mam za sobą sporo problemów natury ginekologicznej, dlatego też pamiętam o tym, żeby regularnie się badać, robić cytologię, odwiedzać ginekologa, bo profilaktyka teraz jest najważniejsza. Swoją drogą pilnuję terminów badań kontrolnych, ale jeszcze bardziej pilnuje ich Piotr, i nie daje mi o nich zapomnieć.

Kasiu, czy po przejściach związanych z chorobą nowotworową powrót do życia intymnego był dla Ciebie trudny?

Myślę, że gdyby nie postawa Piotra, to mogło być z tym różnie. Tymczasem bardzo mnie wspierał, co bardzo mi pomogło. Wiedziałam, że w każdej sytuacji mogę na niego liczyć. Był ze mną na porodówce, opiekował się mną po operacji i w każdej innej, trudnej, zdrowotnej sytuacji. W kwestiach intymnych nigdy nie wywierał na mnie żadnej presji. Co prawda odczuwałam pewien dyskomfort na początku, ale z czasem to minęło, bo Piotr był cierpliwy i delikatny. Co ważne, między nami nigdy nie było żadnych barier, więc ten powrót do życia intymnego odbywał się w spokojnym, naturalnym tempie, choć z całą pewnością wymagał trochę czasu.



Rzeczywiście, kiedy rozmawiam z koleżankami i innymi kobietami o tym, czy dzielę się ze swoimi partnerami szczegółami dotyczącymi tzw. spraw kobiecych, to często słyszę, że kwestie związane z intymnym zdrowiem ukrywają i wstydzą się o nim rozmawiać.

Nie zawsze kobiety mówią partnerowi o dolegliwościach natury intymnej. Bywa też, że partner nie pyta, czy wszystko jest w porządku, i czy kobieta zrobiła cytologię. Taką bierną postawę mężczyzn starała się zmienić kampania Kwiatu Kobiecości „Piękna, bo zdrowa”, w której wzięli udział m.in. Cezary Pazura, Andrzej Piaseczny i Maciej Orłoś.

Rzeczywiście, kiedy rozmawiam z koleżankami i innymi kobietami o tym, czy dzielę się ze swoimi partnerami szczegółami dotyczącymi tzw. spraw kobiecych, to często słyszę, że kwestie związane z intymnym zdrowiem ukrywają i wstydzą się o nim rozmawiać. To wciąż jest temat tabu, zwłaszcza w małych miejscowościach, takich jak ta, w której mieszkamy. A przecież to jest zwykła anatomia, fizjologia człowieka. Z drugiej strony, zapewne jest nam z Piotrem łatwiej o tym rozmawiać ze względu na to, czym się zajmujemy zawodowo. Jesteśmy zootechnikami, którzy cały czas są blisko natury, więc anatomia ssaków jest nam bardzo dobrze znana. Takie rzeczy nas po prostu nie krępują i nie zawstydzają, ponieważ wiemy, że to naturalna część naszego życia.

Może powinniśmy przestać używać określenia „kobiece sprawy”, bo to jakby odsuwa panów od współprzeżywania wraz z partnerką problemów ginekologicznych. Tymczasem – jak to śpiewa Budka Suflera – do tanga trzeba dwojga. Tym bardziej się chwali, że w Waszym związku badań profilaktycznych i wizyt u ginekologa, również Ty pilnujesz, Piotrze.



Za każdym razem wchodzę z Kasią do gabinetu i jestem przy każdym badaniu.

Od początku tak było i dopóty będę pilnował terminów badań kontrolnych, dopóki będziemy istnieć na tym świecie. Od początku naszej znajomości Kasia miała problem z endometriozą, z powodu której była dwukrotnie operowana. Potem jeszcze walczyliśmy z chorym jajnikiem, w którym cały czas odrastała torbiel. Dlatego nieustannie wręcz mieliśmy kontakt z lekarzami i szpitalami. Od kiedy się znamy, czyli od czasów Akademii Rolniczej w Szczecinie, zawsze razem chodzimy do ginekologa. Za każdym razem wchodzę z Kasią do gabinetu i jestem przy każdym badaniu.

Czy diagnozę postawioną Kasi – podobnie jak ona – odebrałeś z lekkim niedowierzaniem? Całe życie zmagająca się z endometriozą, a tu nagle rak jajnika?

Nie odebrałem tej diagnozy jako sytuacji, kiedy stoję pod murem i nie mam już wyjścia. Myślałem jeszcze wtedy, że choć wynik jest nieprawidłowy, to jest to raczej związane z endometriozą i wierzyłem, że nie chodzi o nowotwór złośliwy. Żyłem nadzieją, że choć znowu będziemy musieli wylądować w szpitalu, u lekarza, to kolejny raz przejdziemy przez to razem.

Wziąłeś więc sprawę w swoje ręce i nawet na krok nie odstępowaleś Kasi...

Na szczęście zaangażowaliśmy babcię do pomocy w opiece nad dziećmi i dzięki temu mogłem być w szpitalu, przy Kasi. Jakoś nie wyobrażałem sobie sytuacji, że żona będzie na stole operacyjnym, a ja w tym czasie będę w domu. Taki już mam charakter, że nigdy nie opuszczam jej w trudnych momentach, więc i tym razem chciałem być z nią w szpitalu, od rana do wieczora. Kiedyś, gdyby nie moja czujność i obecność w szpitalu, to przy okazji pękniętej torbieli na jajniku mogłoby dojść do dramatu, bo Kasia dostała zespołu ostrego brzucha, co wymagało szybkiej interwencji chirurgicznej. Wtedy właśnie postanowiłem, czy się to komuś podoba, czy też nie, zawsze w takich trudnych sytuacjach będę z żoną. Biorąc pod uwagę jej problemy natury ginekologicznej, trzeba przyznać, że dosyć często zdarzało mi się towarzyszyć jej w szpitalu.



To niesamowite, że po tym, jak walczyłeś o zdrowie i życie swojej żony, postanowiłeś też stoczyć bój o inne kobiety i poprawę profilaktyki ginekologicznej w Waszym, liczącym 3 tysiące mieszkańców, miasteczku. Jestem pod wrażeniem! Kiedy w Twojej głowie narodził się pomysł, by zorganizować punkt poboru cytologii, i czy choroba Kasi była jedynym bodźcem do podjęcia tej inicjatywy?

Kiedyś oglądając telewizję śniadaniową, trafiłem na rozmowę z Idą Karpińską z Kwiatu Kobiecości, której misja pomagania kobietom bardzo mnie przekonała. Pomyślałem o naszej małej miejscowości i kobietach, które tak ciężko pracują w gospodarstwie, że nie mają już siły na to, żeby jechać 20 km na wizytę do ginekologa i zrobić cytologię. Poza tym jestem typem faceta, który nie lubi męskich imprez i woli jednak towarzystwo mieszane. Potrafię rozmawiać z kobietami, także o miesiączce czy cytologii. Wiem, że są pary, które nie rozmawiają ze sobą na takie tematy i nie dlatego, że nie chcą, lecz z powodu stereotypu, że z facetem o takich rzeczach się po prostu nie rozmawia. Tak więc działanie na rzecz profilaktyki ginekologicznej siedziało w mojej głowie od kilku lat. Szybko skontaktowałem się z Idą i połączyliśmy siły, co zaowocowało lokalną kampanią pod hasłem „Kobiety kobietom” oraz zorganizowaniem spotkań dla pań z okolicznych wsi i miasteczek. Przy wsparciu fundacji udało się mój pomysł zrealizować, kampania podniosła świadomość kobiet na temat raka i badań profilaktycznych, poza tym uświadomiła nam, że jest potrzeba zrobienia jeszcze więcej. Chcieliśmy przecież pomóc tym kobietom w dotarciu do ginekologa. Pomyślałem więc, że skoro one nie mogą dojechać do ginekologa, to niech ginekolog dojedzie do nich. I tak to się zaczęło...

Domyślam się, że od tego momentu pomysł zaczął się przeistaczać w konkretny plan działania?

Zgadza się. Wykorzystałem fakt, że moja koleżanka, Monika, prowadzi przychodnię w naszym małym Maszewie, więc poszedłem do niej i powiedziałem, że będę u niej robił gabinet ginekologiczny z punktem poboru cytologii. Była bardzo zaskoczona i na początku myślała, że gadam od rzeczy. Z uwagą jednak słuchała, gdy opowiadałem, jak to w przychodni stworzymy gabinet, ściągniemy lekarza i będziemy kobietom robić cytologię. Powiedziałem też, że nie oczekuję od niej niczego, poza tym, żeby dała mi zielone światło i wskazała pomieszczenie, gdzie będę mógł zrealizować ten pomysł. Widząc moją determinację, zgodziła się.

Znalazłeś pomieszczenie do pobrań cytologii w Maszewie, następnym krokiem było sprawienie, żeby zaczęła funkcjonować. Czy to było trudne?

Na początku korzystaliśmy z pomieszczenia, w którym przyjmowała Monika, więc trzeba było raz w tygodniu targać tam fotel ginekologiczny, co było dość męczące. Poszedłem więc do niej i powiedziałem, że jest fajnie, ale przestawianie mebli i fotela jest bez sensu, i że najlepiej będzie, jeśli wygospodarujemy inne, specjalnie do tego przeznaczone pomieszczenie. Przychodnia jest malutka, ale jeden z największych pokoi, z niezależną toaletą, służył jako pokój socjalny. Powiedziałem więc, że wszystkie pracownice i tak jednocześnie z niego nie korzystają, bo przychodzą do pracy i większość czasu przyjmują pacjentów. To pomieszczenie nie jest więc w pełni wykorzystywane, bo czasem tylko wpadają tam na herbatę i żeby zjeść kanapkę. Przekonałem je, że to jest bez sensu, że mają tu tyle wolnego miejsca, podczas gdy my się szarpiemy z tym fotelem, przenosząc go z miejsca na miejsce. Pewnego dnia po obiedzie pojechaliśmy z synem zrobić tam przemeblowanie. Tak oto powstał niezależny gabinet, z toaletą i wydzieloną częścią, w której panie mogły się przygotować do badania. Stworzyliśmy profesjonalny punkt do pobrań cytologii. Jasne, że nie brakowało sceptyków, którzy krytykowali pomysł i mówili, że kobieta nie składa się tylko z szyjki macicy. Nie zraziłem się tym, wręcz przeciwnie, miałem jeszcze więcej energii do działania.

A jak na punkt poboru cytologii zareagowały same panie?

Zaczęło się zgłaszać coraz więcej kobiet i jak na początku pobieraliśmy cytologię raz w miesiącu, to potem trzeba było zwiększyć liczbę tych dni do czterech. Mieliśmy naprawdę długą listę oczekujących pań, w dodatku lekarz, który zgodził się wziąć udział w tym projekcie i przyjeżdżać do Maszewa, okazał się inteligentnym człowiekiem z super podejściem do pacjentek. Wychodziły więc z gabinetu uradowane i pocztą pantoflową przekazywały informację, że do Maszewa przyjeżdża super lekarz. To z kolei sprawiło, że kolejne kobiety przychodziły na badanie.

Ilu kobietom udało się uratować życie?

Wśród około 200 przebadanych pań były kobiety, które ostatni raz widziały się z ginekologiem, kiedy rodziły. Jedna z nich doczekała się już wnuka, czyli ostatni

raz u ginekologa była jakieś 34 lata temu. Były przypadki, że dziewczyny wchodziły do gabinetu we dwie, z koleżanką, żeby się nawzajem wspierać, w różnym wieku, młodsze, starsze. Okazało się, że kilka pań trzeba było skierować na dalszą i szerszą diagnostykę, a potem też na operację. Projekt ten na pewno pokazał, jak mocno zapomniane jest środowisko wiejskie, jeśli chodzi o profilaktykę ginekologiczną. Było sporo kobiet, które nie miały problemów zagrażających życiu, ale takie, które obecnie rozwiązuje się w trakcie jednego zabiegu i to bez potrzeby hospitalizacji. A one z tym problemem chodziły po 15 czy 20 lat, choć odczuwały dyskomfort. Czasem się wstydziły, trochę bały, albo myślały, że nic nie da się z tym zrobić. Jedna z pań chodziła non stop z pieluchą, bo miała problem z wypadającymi drogami rodnymi i nietrzymaniem moczu. Myślała, że skoro jej mama tak miała, to jest to normalne i nie podejrzewała nawet, że można to wyleczyć. Ginekolog po tym, co zobaczył, stwierdził, że w gminie Maszewo jest dla niego roboty na kilka lat. Miał na myśli szczególnie starsze kobiety, które przez całe życie na głowie miały dom, dzieci i pracę w polu, a siebie zostawiały na samym końcu.



Wśród około 200 przebadanych pań były kobiety, które ostatni raz widziały się z ginekologiem, kiedy rodziły. Jedna z nich doczekała się już wnuka, czyli ostatni raz u ginekologa była jakieś 34 lata temu.



Myślałem, że wszystko jest raz i na zawsze.

Jej uśmiech, zapach dobrego obiadu, codzienność.

Zwykła, czasem szara, przewidywalna, ale nasza.

I wtedy po raz pierwszy dotarło do mnie, że kobiety nigdy się nie skarżą, nie mówią o swoim zdrowiu, mają te swoje kobiece sekrety....jakiś tam „babskie sprawy”

Koszmar zaczął się przed narodzinami dzieci. Wtedy jeszcze takie słowa jak endometrioza, nowotwór, laparoskop, schowane były głęboko w słowniku, po który tylko już czasem się sięga, jak internetu na chwilę zabraknie.

A jednak musiałem się z nimi zaprzyjaźnić, zresztą nie tylko z nimi. Moja dociekliwość, obecność przy każdej wizycie podczas każdego badania dla jednych była przekleństwem, dla drugich dobrodziejstwem.

Kasia była dla mnie wszystkim, a o wszystko walczy się do końca.

Ile razy można uratować komuś życie? Okazuje się, że czasem jeden raz nie wystarczy. Cesarskie cięcie trzeciej ciąży Kasi było pretekstem do ponownej walki o jej życie.

Gdybym wtedy odpuścił, został w domu albo za drzwiami porodówki dzisiaj nie miałbym nic do powiedzenia.

Dlatego jestem tutaj i być może powiem, coś, co się nie wszystkim spodoba - mało wiemy o naszych kobietach, naszych prawach... Za mało.

Pędzimy, zapominamy, jesteśmy nieuważni. Zostawiamy je z całym domowym dobytkiem i myślimy, że dopóki obiad jest na stole to wszystko w porządku...

Miłość? Pewnie. Zdrowie? Przede wszystkim. Mówi się, że gdy choruje kobieta, choruje cały dom. Ja tego doświadczyłem. I nie chciałbym przegapić już żadnej sekundy z życia mojej żony. Bo nic nie jest na zawsze.

Postęp medycyny w zakresie leczenia raka jajnika

Guz o granicznej złośliwości, jak również nowotwór złośliwy, częściej dotyka kobiety po 40. i 50. roku życia. U młodszych pań, w ponad 90% przypadków, częściej wykrywane są nowotwory niezłośliwe. Ryzyko zachorowania na raka jajnika rośnie więc wraz z wiekiem. Jak współczesna medycyna przygotowana jest do walki z tą podstępną chorobą?

Rozmowa z dr hab. n. med. Andrzejem Nowakowskim, prof. NIO-PIB, specjalistą położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej, kierownikiem Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy i Centralnego Ośrodka Koordynującego Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy działającego w strukturze Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

Panie Profesorze, dlaczego tak trudno jest wykryć raka jajnika we wczesnym stadium? Gdzie jest sedno problemu i czy regularne wykonywanie badania USG przezpochwowego może wychwycić wczesne zmiany?



Badanie USG przezpochwowe nie jest badaniem przesiewowym i profilaktycznym, lecz badaniem diagnostycznym. Może się wydawać, że regularne wykonywanie badań ultrasonograficznych pozwala wykryć raka jajnika na wczesnym etapie rozwoju, ale to nieprawda. W przypadku wolno rosnących guzów o granicznej złośliwości lub wysoko zróżnicowanych nowotworów, dzięki ultrasonografii, udaje się czasem wychwycić nowotwór we wcześniejszym, bezobjawowym stadium rozwoju. Jednak w przypadku nisko zróżnicowanego raka jajnika, który nie daje objawów klinicznych aż do wyższych stopni zaawansowania klinicznego, skuteczność badania USG jest bardzo ograniczona. Drobne zmiany nowotworowe mogą się rozsiać w całej jamie otrzewnej, a w niewielkim tylko stopniu być obecne w jajnikach i być widoczne w badaniu



Istotne jest to, że nowotwory jajnika nie są jednorodną grupą chorób i dzielą się na kilka rodzajów, z których te najbardziej złośliwe, najgorzej rokujące i najtrudniejsze w leczeniu, rozwijają się podstępnie. Niestety nie ma badań przesiewowych w kierunku wczesnego ich wykrywania, dlatego diagnozuje się je najczęściej w 75% przypadków w zaawansowanych stadiach, kiedy choroba jest rozszkana wewnątrz jamy otrzewnej.

USG. Wyniki prowadzonych od wielu lat w Wielkiej Brytanii badań UKCTOCS (The United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening) na tym etapie nie upoważniają do wprowadzenia ultrasonografii przezpochwowej jako badania przesiewowego. Istotne jest to, że nowotwory jajnika nie są jednorodną grupą chorób i dzielą się na kilka rodzajów, z których te najbardziej złośliwe, najgorzej rokujące i najtrudniejsze w leczeniu, rozwijają się podstępnie. Niestety nie ma badań przesiewowych w kierunku wczesnego ich wykrywania, dlatego diagnozuje się je najczęściej w 75% przypadków w zaawansowanych stadiach, kiedy choroba jest rozszkana wewnątrz jamy otrzewnej. Mechanizm rozwoju raka jajnika jest na tyle podstępny, że wiedza medyczna, jaką obecnie dysponujemy, nie daje możliwości wczesnego zdiagnozowania i podjęcia leczenia u większości kobiet. Ponadto, takie badania przesiewowe wymagałyby olbrzymiej logistyki i niepotrzebnych zabiegów operacyjnych u wielu pacjentek, z powodu tzw. wyników fałszywie dodatnich. Wiązałoby się to również z ogromnymi kosztami i możliwością powikłań. Kluczowe jest to, iż badania przesiewowe mają wydłużać życie, a w przypadku zastosowania ultrasonografii, czy innych metod w skryningu raka jajnika takich danych na razie nie ma.

Czy jest w takim razie sposób, żeby skutecznie ustrzec się raka jajnika?

Niestety nie ma takich sposobów. Można jedynie zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka jajnika u kobiet, które mają potwierdzone mutacje w genach BRCA1/BRCA2 i które poddały się zabiegowi adneksktomii, czyli profilaktycznego wycięcia jajników, jajowodów i przylegających do nich fałdów otrzewnej. W ciągu ostatnich 10 lat zgromadziliśmy wiedzę naukową na temat raka jajnika i wiemy, że ten najbardziej złośliwy, niskozróżnicowany rozpoczyna się nie w jajniku, a w jajowodzie. Usunięcie tych narządów (jajników, jajowodów i przylegających fałdów otrzewnej) u kobiety z potwierdzoną mutacją, zmniejsza ryzyko zachorowania

na ten nowotwór o 80–90%. Dlaczego nie w 100%? Ponieważ część przypadków raka jajnika jest tożsamy z pierwotnym rakiem otrzewnej, a otrzewna to duża błona surowicza, która pokrywa całą

jamę brzuszną i po prostu nie da się jej usunąć profilaktycznie. Co ważne, nie możemy wycięcia jajników i jajowodów stosować profilaktycznie u każdej kobiety, ponieważ jest to zarezerwowane tylko i wyłącznie dla kobiet, które są nosicielkami mutacji. Jajniki są kobietom potrzebne także po menopauzie, gdyż produkują niewielkie dawki hormonów i innych substancji spowalniających proces starzenia oraz rozwoju chorób układu krążenia. Mamy dane, które potwierdzają, iż usunięcie jajników i jajowodów w młodym wieku, podnosi ryzyko różnych powikłań, w tym głównie chorób układu krążenia, które nadal są pierwszą przyczyną zgonów w Polsce. W przypadku kobiet, które zakończyły rozród i z różnych powodów są operowane, profilaktycznie usuwa się jajowody, aby zmniejszyć ryzyko rozwinięcia się choroby właśnie w tym narzędzie. Profilaktyka raka jajnika nie jest więc prostą sprawą i wbrew powszechnym opiniom, także szeregu ekspertów, konsultantów, organizacji pacjenckich itd., niestety wykrycie raka jajnika we wczesnym stadium, szczególnie tych postaci niskozróżnicowanych, jest bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Jest pewna grupa nowotworów tzw. wysokozróżnicowanych, które rozwijają się wolniej i mogą wystąpić w obrębie łagodnych guzów jajnika, bądź guzów o tzw. granicznej złośliwości. Nowotwory te bywają wykrywane w badaniach ultrasonograficznych zwykle przez przypadek,



Profilaktyka raka jajnika nie jest więc prostą sprawą i wbrew powszechnym opiniom, także szeregu ekspertów, konsultantów, organizacji pacjenckich itd., niestety wykrycie raka jajnika we wczesnym stadium, szczególnie tych postaci niskozróżnicowanych, jest bardzo trudne lub wręcz niemożliwe.



albo przy okazji badań USG wykonywanych z powodu innych wskazań lub dolegliwości. Jeżeli guz będzie poddany odpowiedniej diagnostyce i leczeniu, to u pacjentek rokowanie będzie lepsze niż w przypadku zaawansowanej choroby objawowej.

Pan Profesor często podkreśla, że wykonywanie badania USG transwaginalnego (USG TV) nie uchroni nas przed tą podstępną chorobą. Z drugiej strony, jest to jedno z ważniejszych dla kobiety badań. Przyznaję, że można poczuć się zdezorietowaną...

Bywa, że pacjentka ma prawidłowy wynik badania USG transwaginalnego, a za dwa czy trzy miesiące zgłasza się z zaawansowanym rakiem jajnika i wodobrzuszem. Znamy takie przykłady z codziennej praktyki klinicznej. Choroba z pewnością rozwijała się już dużo wcześniej, ale nie została wykryta, gdyż badania te często są nieskuteczne w diagnozowaniu bardzo wczesnych stadiów choroby. Niektóre osoby, w tym także część ginekologów uważają, że badanie USG TV to metoda profilaktyki wtórnej, czyli wczesnego wykrywania raka jajnika. Uważam jednak, że niestety stwierdzenie to nie ma uzasadnienia. Chociaż rocznie leczę kilkadziesiąt pacjentek z rakiem jajnika, to jednak doświadczenie pojedynczego lekarza to za mało. Dlatego w tej chwili medycyna oparta jest na faktach (EBM, ang. evidence-based medicine), które wynikają z bardzo rygorystycznie prowadzonych badań naukowych i klinicznych na dużych grupach pacjentów. Wyniki tych badań i formułowane na ich podstawie zalecenia towarzystw naukowych i organizacji, takich jak American Cancer Society, US Preventive Task Force w Stanach Zjednoczonych czy ESMO w Europie, są prawdziwymi źródłami wiedzy. Żadna z tych organizacji nie zaleca USG TV jako badania przesiewowego i profilaktyki raka jajnika. Zatem jeszcze raz podkreślam, USG transwaginalne to podstawowa metoda diagnostyki w ginekologii i ginekologii onkologicznej, ale nie badanie przesiewowe w kierunku raka jajnika. Diagnostykę wdrażamy według wskazań, czyli najczęściej z powodu występujących objawów klinicznych. W tej



USG transwaginalne to podstawowa metoda diagnostyki w ginekologii i ginekologii onkologicznej, ale nie badanie przesiewowe w kierunku raka jajnika. Diagnostykę wdrażamy według wskazań, czyli najczęściej z powodu występujących objawów klinicznych.

chwili utarło się, że badanie USG jest badaniem profilaktycznym, ale to jest taka nasza — nazwijmy to — polska „orientalność” w tym zakresie.

Spotkałam się z opinią, że rak jajnika coraz częściej zaczyna być traktowany jako choroba przewlekła. To przełamuje mit, że rak to wyrok i skłania do mówienia o wydłużeniu życia po diagnozie. Co daje nam taką perspektywę i nadzieję dla pacjentek?

Od około 20 lat jesteśmy, również w Polsce, świadkami pewnego postępu, który dotyczy leczenia raka jajnika. W przypadku niektórych pacjentek rzeczywiście staje się on chorobą przewlekłą, której leczenie trwa kilka, czy nawet kilkanaście lat. Mamy coraz większą skuteczność w stosowaniu tzw. leczenia skojarzonego czyli sekwencyjnego użycia różnych metod terapii. Dokonał się także znaczny postęp techniki operacyjnej i wzrost odsetka optymalnych zabiegów cytoredukcyjnych. Szczególnie w krajach zachodnich, gdzie pewne ośrodki wyspecjalizowały się w leczeniu raka jajnika, znacznie wzrósł odsetek pacjentek radykalnie leczonych chirurgicznie, czyli zoperowanych w sposób optymalny. Leczenie operacyjne przeprowadza się w szerszym zakresie, kiedy usuwa się nie tylko macicę, jajniki czy jajowody, ale także struktury przewodu pokarmowego oraz całej jamy otrzewnej. Wiemy, że nowotwór jajnika atakuje jelito grube, przez ciągłość nacieka struktury sąsiadujące oraz przede wszystkim daje liczne, ale często powierzchowne przerzuty w zakresie całej jamy otrzewnej i np. przepony. Techniki leczenia w postaci tzw. zmodyfikowanej tylnej egzenteracji wykonywanej w najlepszych ośrodkach nawet u 30% pacjentek z rakiem jajnika, oraz rozległe zabiegi w zakresie górnej części jamy brzusznej, pozwalają usunąć wszystkie widoczne makroskopowo przerzuty, lub przynajmniej zmiany powyżej 1 cm średnicy. Poza tym jest postęp w tzw. leczeniu adjuwantowym, czyli uzupełniającym, a szczególnie w ostatnim czasie, także w Polsce, nastąpił progres w zakresie dostępu do



Od około 20 lat jesteśmy, również w Polsce, świadkami pewnego postępu, który dotyczy leczenia raka jajnika. W przypadku niektórych pacjentek rzeczywiście staje się on chorobą przewlekłą, której leczenie trwa kilka, czy nawet kilkanaście lat. Mamy coraz większą skuteczność w stosowaniu tzw. leczenia skojarzonego czyli sekwencyjnego użycia różnych metod terapii. Dokonał się także znaczny postęp techniki operacyjnej i wzrost odsetka optymalnych zabiegów cytoredukcyjnych.



Jest postęp w tzw. leczeniu adjuwantowym, czyli uzupełniającym, a szczególnie w ostatnim czasie, także w Polsce, nastąpił progres w zakresie dostępu do nowoczesnych metod leczenia podtrzymującego, czyli inhibitorów PARP. Pewna grupa tych leków ze szczególnym sukcesem jest stosowana właśnie u nosicieli mutacji genów BRCA1/BRCA2. W programie lekowym od maja 2021 roku leki te są dostępne dla pacjentek po tzw. pierwszej linii leczenia, czyli po pierwszej linii chemioterapii.

nowoczesnych metod leczenia podtrzymującego, czyli inhibitorów PARP. Pewna grupa tych leków ze szczególnym sukcesem jest stosowana właśnie u nosicieli mutacji genów BRCA1/BRCA2. W programie lekowym od maja 2021 roku leki te są dostępne dla pacjentek po tzw. pierwszej linii leczenia, czyli po pierwszej linii chemioterapii. Co to oznacza? Rak jajnika jest chorobą, która przebiega od okresu remisji po chemioterapii do wznów. Okresy pomiędzy remisjami a wznowami się skracają. To nowoczesne leczenie, w tej chwili również u nas dostępne dla nosicieli mutacji, wydłuża okresy pomiędzy kolejnymi nawrotami choroby. U większego odsetka pacjentek rak jajnika ma więc szansę stać się chorobą przewlekłą, by te okresy remisji pomiędzy kolejnymi nawrotami choroby, czyli okresy częściowego zaleczenia, stały się coraz dłuższe. Niestety jak do tej pory nie wynaleziono skutecznego leku, który by doprowadził do całkowitego wyleczenia zaawansowanego raka jajnika. Całkowite wyleczenia zdarzają się niezmiernie rzadko, a w nowotworach zaawansowanych dotyczy to zaledwie kilku procent przypadków.

Czy naukowcy aktualnie prowadzą badania nad nową, rewolucyjną metodą leczenia czy lekiem, który w przyszłości da szansę na zwycięskie pokonanie choroby?

Nowotwór jajnika jest podstępna, złowieszcza chorobą i problemem wielu kobiet na całym świecie, a w związku z tym toczą się setki wielokierunkowych badań nad różnymi metodami leczenia, np. nad immunoterapią, leczeniem celowanym, czy nad szczepionkami przeciwnowotworowymi w zakresie raka jajnika. Cały czas trwają też badania nad grupą inhibitorów PARP, które są testowane w różnych kompilacjach i badaniach klinicznych, także jako dodatek do innych leków. Nie tylko więc jako leczenie podtrzymujące remisję, ale też w innych okresach choroby. Badania są zatem prowadzone w szerokim zakresie, ale na wczesnych etapach, więc trudno w tej chwili mówić o czymś, co mogłoby w niedalekiej przyszłości zrewolucjonizować leczenie tego nowotworu.

Badania genetyczne są coraz chętniej wykorzystywane do diagnostyki i profilaktyki, np. nowotworów kobiecych. Test w kierunku mutacji genów BRCA1 i BRCA2 polega na pobraniu próbki krwi lub wymazu z wewnętrznej części policzka, co nie jest kłopotliwe czy bolesne. Czy jest szansa na to, żeby testy te stały się powszechnie wykonywane?

Nie jest możliwe przeprowadzenie testów na całej populacji w kierunku mutacji BRCA1/BRCA2. Testy te nie są tanie i żaden kraj nie prowadzi programu polegającego na powszechnym wykonywaniu takich badań. Druga sprawa, nie powinny być one wykonywane na własną rękę. Muszą być poprzedzone konsultacją genetyka klinicznego i przez niego zlecone na podstawie zebranego wywiadu, wypełnionych ankiet i oceny ryzyka. Badania genetyczne w kierunku nosicielstwa mutacji BRCA1/BRCA2 zalecamy szczególnie pacjentkom, które w młodym wieku zachorowały na raka jajnika bądź na raka piersi, w których rodzinie zdarzyło się kilka przypadków zachorowań na raka piersi czy jajnika lub zachorowania te występowały u kobiet w młodym wieku. Generalnie jednak każda pacjentka z rozpoznanym rakiem jajnika powinna być poddana badaniu na obecność mutacji BRCA1/2, gdyż może mieć to istotny wpływ na wybór metody leczenia.

W jakich aspektach Pan Profesor, jako lekarz, czuje się bezsilny wobec raka jajnika? To przecież trudny przeciwnik...

To, że często czuję się bezsilny wobec raka jajnika, wynika z mojej wiedzy na temat rokowań u znacznej części pacjentek. Niestety mam świadomość, że to leczenie może być nieskuteczne u większości zdiagnozowanych i leczonych przeze mnie kobiet. Posiadając wiedzę naukową i doświadczenie w zakresie leczenia tej choroby, nie mam złudzeń, że w większości przypadków skończy się ono niestety niekorzystnie dla pacjentki. Z drugiej strony, mam także świadomość pewnego postępu, jaki się dokonał w zakresie leczenia, dzięki któremu rak jajnika staje się chorobą przewlekłą. Wiem, że jeżeli leczenie



Badania genetyczne w kierunku nosicielstwa mutacji BRCA1/BRCA2 zalecamy szczególnie pacjentkom, które w młodym wieku zachorowały na raka jajnika bądź na raka piersi, w których rodzinie zdarzyło się kilka przypadków zachorowań na raka piersi czy jajnika lub zachorowania te występowały u kobiet w młodym wieku.

od samego początku jest prowadzone w prawidłowy i profesjonalny sposób, to moje czy moich kolegów zaangażowanie w leczenie, jest w stanie wydłużyć pacjentkom życie o kilka, czy nawet kilkanaście lat. Możemy zapewnić komfort życia pomiędzy kolejnymi epizodami leczenia, które zwykle niestety jest konieczne, by pacjentka w poczuciu zaleczenia czy wyleczenia choroby, mogła jak najdłużej cieszyć się życiem, realizować swoje pasje, spędzać czas z rodziną.

Wróćmy do profilaktyki raka jajnika. W naszej rozmowie cały czas wybrzmiewa, jak trudno jest go przechytrzyć. Spotkałam się z opiniami, że antykoncepcja może zmniejszać ryzyko zachorowania. Co Pan Profesor o tym sądzi?

Wszyscy chcielibyśmy znać i wdrażać skuteczną profilaktykę w celu uniknięcia zachorowania na tę chorobę. Niestety takich cudownych metod nie ma. Wiemy, że pewne czynniki zmniejszają ryzyko zachorowania na raka jajnika, np. większa liczba porodów, czy stosowanie antykoncepcji hormonalnej. To prawda, że z jednej strony powoduje ona niektóre działania niepożądane, ale z drugiej strony dzięki antykoncepcji spada liczba owulacji u kobiety, a tym samym maleje ryzyko zachorowania na raka jajnika. Nie mówię tego po to, żeby stosować to jako metodę profilaktyki, bo w przypadku raka jajnika nie ma niestety pewnych metod, które każda kobieta mogłaby wziąć so-

bie do serca i wdrożyć, żeby się go ustrzec. Zalecam zatem zdrowy tryb życia i kierowanie się dwunastoma zasadami „Europejskiego kodeksu walki z rakiem”, które mogą być stosowane w codziennym życiu w celu zredukowania

ryzyka zachorowania na choroby cywilizacyjne, np. choroby układu krążenia czy nowotwory. To nie są jakieś wymyślne i drogie metody, są dostępne dla każdego i do zastosowania na co dzień. Co ważne, kodeks ten nie wymienia raka jajnika jako choroby, której możemy zapobiegać w badaniach przesiewowych, ponieważ nadal są one w fazie opracowania i w znacznej mierze na tę chwilę okazały się nieskuteczne. Natomiast kodeks wymienia trzy nowotwory: piersi, szyjki macicy i jelita grubego, dla których ta profilaktyka jest skuteczna i wiadomo, że



Wiem, że jeżeli leczenie od samego początku jest prowadzone w prawidłowy i profesjonalny sposób, to moje czy moich kolegów zaangażowanie w leczenie, jest w stanie wydłużyć pacjentkom życie o kilka, czy nawet kilkanaście lat.

przedłużyć życie. Podsumowując, stosujemy się do tych 12 zasad, by zmniejszyć ryzyko zachorowania, bądź jeśli to ryzyko nawet wystąpi, to stosujemy także po to, żeby zwiększyć szansę na wyleczenie i przeżycie.

Panie Profesorze, jak pandemia COVID-19 wpłynęła na liczbę pacjentek onkologicznych?

Dane do Krajowego Rejestru Nowotworów wpłyną i zostaną skompletowane dopiero za 3 lata. Pamiętajmy, że trzyletnie opóźnienie w rejestracji nie jest efektem czyjejś opieszałości, lecz przyjętych na świecie standardów. Dlatego też będziemy te dane analizować dopiero za kilka lat. Natomiast na przykładzie Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy możemy stwierdzić, że liczba badań profilaktycznych jeszcze przed pandemią była niewystarczająca, a w ciągu ostatniego czasu dodatkowo spadła o 30%. Chciałbym



Chciałbym natomiast zaapelować do samych pacjentek, a jeszcze bardziej do lekarzy, którzy mogą mieć pacjentki podejrzane o raka jajnika, by chorobę tę leczyć w ośrodkach wysokospecjalistycznych.

natomiast zaapelować do samych pacjentek, a jeszcze bardziej do lekarzy, którzy mogą mieć pacjentki podejrzane o raka jajnika, by chorobę tę leczyć w ośrodkach wysokospecjalistycznych. To nie mogą być szpitale rejonowe i przypadkowe oddziały ginekologiczno-położnicze, gdzie, mając świadomość możliwości rozpoznania raka jajnika, proponuje się leczenie operacyjne. Tymczasem schemat leczenia jest skomplikowany (jego sekwencja, leczenie chirurgiczne, czy coraz częściej stosowana tzw. chemioterapia neoadjuwantowa), dlatego powinny się tym zajmować wysokospecjalistyczne ośrodki. Niestety nie ma jeszcze w Polsce sieci ośrodków dedykowanych leczeniu raka jajnika, choć niektóre kliniki ginekologii onkologicznej zaczęły już specjalizować się w leczeniu tego rodzaju nowotworów. Natomiast w części krajów zachodnich takie ośrodki już istnieją i leczenie raka jajnika jest wręcz zabronione w innych placówkach. Zgromadzone dane dowodzą, że zarówno odsetek wyleczeń, jak i długość przeżycia pacjentki z rakiem jajnika są wprost proporcjonalne do jakości leczenia chirurgicznego na pierwszym etapie choroby. Dlatego też apelujemy, by leczenie raka jajnika odbywało się w ośrodkach wysokospecjalistycznych. Próba wdrożenia Narodowej Strategii Onkologicznej i organizacji Krajowej Sieci Onkologicznej daje nadzieję na uzyskanie przez te ośrodki onkologiczne pewnej referencyjności, żeby

pacjentki w zależności od diagnozy, stopnia zaawansowania choroby i etapu leczenia trafiały do odpowiednich placówek.

Nawiązując jeszcze do historii Kasi, bohaterki naszego e-booka, chciałabym zapytać, czy istnieje związek pomiędzy endometriozą a rakiem jajnika?

Jest część nowotworów endometrialnych jajnika bądź tzw. jasnokomórkowych, rozwijających się na podłożu endometriozy. Endometriozę ma około 8–12 % kobiet, ale nie traktuje się jej jako stan przedrakowy raka jajnika, i chociaż ryzyko raka jajnika u kobiety z endometriozą jest wyższe, to nadal pozostaje relatywnie małe. Nie każda kobieta z endometriozą wymaga leczenia operacyjnego i usuwania przydatków. Jest tu więc pewna zależność, ale proszę nie traktować endometriozy jako stanu przedrakowego, albo wskazań do leczenia każdej pacjentki. Nie operuje się też endometriozy w ramach profilaktyki raka jajnika, a jedynie wtedy, gdy leczenie zachowawcze jest nieskuteczne.

Zdarza się (na szczęście rzadko), że u kobiet w ciąży wykrywane są pewne nieprawidłowości, diagnozowany jest nowotwór. Czy ciąża może mieć wpływ na rozwój choroby?

W przypadku np. raka szyjki macicy są dane mówiące o tym, że ciąża nie przyspiesza progresji stanów przedrakowych do raka szyjki macicy. Natomiast w sytuacji zdiagnozowania w ciąży raka jajnika, postępowanie staje się problematyczne i tylko najbardziej doświadczone jednostki w kraju powinny się zajmować leczeniem takich pacjentek. Jestem zwolennikiem tego, by kontrolę ginekologiczną, czy ocenę stanu zdrowia wykonać jeszcze przed zajściem w ciążę, a nie dopiero będąc w ciąży. Według mnie to nie jest najlepszy czas na profilaktykę, chociażby raka szyjki macicy. Kobieta, która planuje zostać mamą, powinna mieć prawidłowy rozmaz cytologiczny, aczkolwiek kobiet w ciąży nie dyskryminujemy w żaden sposób. Wręcz przeciwnie, zarządzeniem Konsultanta Krajowego rozmaz cytologiczny musi być aktualny, wykonany nie później niż 6 miesięcy przed zajściem w ciążę. Jeżeli nie jest aktualny, to należy go pobrać. Przy okazji ciąży wiele sytuacji chorobowych wychodzi na jaw, jak chociażby problemy z ciśnieniem tętniczym, skłonnościami do cukrzycy, która, objawiając się w ciąży, staje się czynnikiem ryzyka powikłań u matki i dziecka. Niektóre stany diagnozujemy w ciąży,



Z medycznego punktu widzenia, nawet po rozległym zabiegu chirurgicznym, który polega na wycięciu macicy z przydatkami i szeregiem organów, kiedy zmiany nie dotyczą pochwy, to życie intymne (w ujęciu klasycznym) jest nadal możliwe.

ale wolałbym, żeby pewne choroby były rozpoznane wcześniej i odpowiednio leczone, bo wtedy jest dużo większa szansa na prawidłowy przebieg ciąży.

Operacja, leczenie raka jajnika... i co dalej? Lekarz w swoim gabinecie skupia się na ratowaniu życia, pacjentka po usłyszeniu diagnozy – na walce z chorobą. Kiedy życie po leczeniu wraca do względnej normy, pojawia się kolejny problem – intymne chwile z partnerem. Jakie wyzwania stoją tu przed parą i jak sobie pomóc przywrócić życie intymne?

Z medycznego punktu widzenia, nawet po rozległym zabiegu chirurgicznym, który polega na wycięciu macicy z przydatkami i szeregiem organów, kiedy zmiany nie dotyczą pochwy, to życie intymne (w ujęciu klasycznym) jest nadal możliwe. Oczywiście pamiętajmy, że kobiety, szczególnie młodsze, chorujące na raka jajnika, są wprowadzane w okres sztucznej menopauzy chirurgicznej, co może mieć niekorzystny wpływ na jakość ich życia seksualnego. Utrata w młodym wieku jajników prowadzi do zmian atroficznych i niedoboru estrogenów, następują zmiany w śluzówce pochwy i sromu, które z kolei nie sprzyjają intymnym zbliżeniom. Pacjentka po kilku tygodniach od leczenia chirurgicznego i wygojenia pochwy, może podjąć życie seksualne i stosunki dopochwowe, z reguły nie ma do tego przeciwwskazań. Oczywiście inne formy kontaktów intymnych możliwe są nawet wcześniej. Ważne jest, by pacjentka była pod kontrolą lekarza ginekologa onkologa i kwestie życia intymnego poruszała w czasie wizyt kontrolnych. W części przypadków jest także możliwość stosowania hormonalnej terapii menopauzalnej, która może poprawić trofikę błon śluzowych i jakość życia seksualnego. Na przykładzie moich pacjentek mogę powiedzieć, że w znacznej części przypadków to życie seksualne może być — i jest nadal — przez nie prowadzone, choć w przypadku kobiet młodszych choroba może doprowadzać do obniżenia jakości życia seksualnego. Nie mniej, myślę, że należy zachęcać pacjentki do przywrócenia aktywności seksualnej, a także partnerów, żeby je w tym wspierały. Pamiętajmy, że lekarzem pierwszego kontaktu dla pacjentki leczonej na raka

jajnika jest albo ginekolog onkolog, albo onkolog kliniczny i to do nich w pierwszej kolejności pacjentka powinna zwrócić się z pytaniami, czy nie ma przeciwwskazań do rozpoczęcia pożycia intymnego. Myślę, że seksuolog, który posiada wiedzę na temat przebytego leczenia onkologicznego u danej pacjentki, też jest w stanie służyć poradą w tym zakresie.

CZYNNIKI RYZYKA

1.



- występowanie raka jajnika w rodzinie
- mutacja genów BRCA1 i BRCA2
- zespół Lyncha
- endometrioza
- niepłodność pierwotna
- wiek po menopauzie
- palenie papierosów
- otyłość



OBJAWY RAKA JAJNIKA

2.

- zaparcia, wzdęcia
- niestrawność, biegunki
- parcie na pęcherz
- zmęczenie, brak apetytu
- wodobrzusze
- obrzęki nóg
- krwawienia z pochwy

STATYSTYKI RAKA JAJNIKA W POLSCE:

W POLSCE W 2018 ROKU
ZAREJESTROWANO 3734
NOWE ZACHOROWANIA
NA NOWOTWORY JAJNIKA.
2829 KOBIET ZMARŁO*



* 75%

WCZESNE WYKRYCIE RAKA
JAJNIKA W I I I STADIUM
CHOROBY POZWALA NA
WYLECZENIE 75% KOBIET.

ŚCIEŻKA DIAGNOSTYCZNA

BADANIA, KTÓRE MOGĄ
WYKRYĆ RAKA JAJNIKA

3.

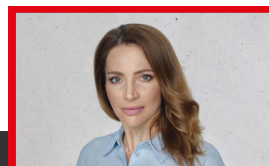


- badanie ginekologiczne
- USG transwaginalne
- tomografia komputerowa
- badanie markerów:
CA125, HE4, test ROMA

LECZENIE RAKA JAJNIKA

- leczenie chirurgiczne
- chemioterapia: platyny, taxany, bevacizumab, inhibitory PARP (olaparib), pembrolizumab, atezolizumab

4.



ZGŁOŚ SIĘ

MOŻESZ URATOWAĆ SWOJE ŻYCIE



ORGANIZATOR VII EDYCJI KAMPANII
SPOŁECZNEJ „DIAGNOSTYKA JAJNIKA”
www.diagnostykajajnika.pl

TY TEŻ JESTEŚ
POSZUKIWANA



Dwie kobiety, dwie historie onkologiczne, leczenie zakończone sukcesem. Czy to oznacza, że tak łatwo wygrać z rakiem? Nie, to trudny przeciwnik, zwłaszcza rak jajnika nazywany przecież „podstępny zabójcą”. Jednak z racji tego, że obie bohaterki tej książki regularnie odbywały wizyty u ginekologa, miały większe szanse na wyleczenie. Ida, raz w roku wykonywała badania cytologiczne, a Kasia z powodu zmagania z endometriozą, była pod stałą opieką lekarza. W obu przypadkach, choć choroba (u Idy – rak szyjki macicy, u Kasi – rak jajnika) nie dawała żadnych objawów, i została wykryta niejako przy okazji, to jednak na tyle wcześnie, żeby móc uratować im życie.

W książce tej, obok wywiadów z bohaterkami, znajdziemy też komentarz znakomitego eksperta, dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego, specjalisty położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej. Swojej opinii nie opiera wyłącznie na własnych doświadczeniach zdobytych w leczeniu pacjentek, gdyż twierdzi, że doświadczenie jednego lekarza to za mało. Medycyna faktu, badania naukowe i zaangażowany, znakomity zespół diagnostyczny, to przekłada się na jakość i efektywność leczenia. Jednak jest jeszcze wiele kwestii wymagających poprawy i do nich, bez ogródek, odnosi się ekspert Kwiatu Kobiecości w swych bezkompromisowych komentarzach.

E-book „Wykrycie oznacza życie” został przygotowany przez zespół Fundacji, pod redakcją Justyny Sokołowskiej, ponieważ misją Organizacji jest walka ze stereotypami, propagowanie nawyku profilaktyki ginekologicznej.

Mazowsze.
serce Polski

Bezpłatny e-book powstał w ramach grantu przyznanego przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.

ISBN 978-83-962385-0-4