

ANKETA Rezultati koji nas obvezuju: što pacijentice trebaju od sustava

Ovog gosta je DOSTA

PROF. DR. SC.
STJEPKO
PLEŠTINA

Rak danas
nije smrtna
presuda

DR. JADRANKA KARUZA

*Povratak u skrb
obiteljske medicine*

BOŽICA BALATINEC

I nakon liječenja rak je
u podsvijesti, htjeli mi
to priznati ili ne

PROF. DR. SC. EDUARD
VRDOLJAK

U SISTEMSKOJ
TERAPIJI
SVJEDOČIMO
REVOLUCIJI

PRIM. DR. SC. ANDREA
ŠUPE PARUN

*Rano otkrivanje ključ je
uspjeha*

PRIM. DR. SC. ANUŠKA
BUDISAVLJEVIĆ

*Multimodalno liječenje
raka dojke*

DR. IVA SKOČILIĆ

*Evolucijom terapija
značajno su unaprijeđeni
ishodi liječenja*

LJILJANA VUKOTA

*Psihološki učinci
nedostupnosti
terapije bolesnicama
s metastatskim
rakom dojke*



Istražujemo za život.

Koristimo znanost za intenzivna istraživanja u potrazi za medicinskim otkrićima koja će koristiti bolesnicima i društvu danas, sutra i generacijama koje dolaze.



Merck Sharp & Dohme d.o.o.
Ivana Lučića 2a, 10000 Zagreb, Hrvatska. Telefon: 01/ 66 11 333, faks: 01/ 66 11 350.
Izrađeno u Hrvatskoj, rujn 2025. Sva prava pridržana. HR-NON-00465 **msd.hr**

Uvodnik

Nisam jedanput, nego teško bi bilo i pobrojati koliko puta, razgovarala, slušala i pisala riječi naših liječnika o planu, namjeri i cilju da se rak dojke učini kroničnom bolešću. No, kako je to u ljudskoj čudi, i oni i ja koja sam to prenosila, „utopili” bi se u moru loših komentara.

Bogu hvala pa je struka sa svojom prognozom i planom bila u pravu. Ne zbog mase i komentara nego zbog života, svakog pojedinog sačuvanog i spašenog života oboljelih žena u našoj zemlji. Ta se povijesna prilika iskoristila, nije se dogodila jer se ne može naprosto niotkud dogoditi da je danas život s rakom dojke i nakon njega u ovoj državi vjerojatniji negoli u brojnim drugim zemljama.

Potvrdu tome dale su one koje na to imaju najviše, ako ne i jedino, pravo suditi – žene koje su u ovom trenutku ili u nekom ranijem čule ovu dijagnozu. Kroz upitnik u čijem sudjelovanju se ne mogu dovoljno svakoj ponaosob zahvaliti, ocjena liječenja raka dojke u Hrvatskoj od dijagnoze pa nadalje dobila je čvrstu četvorku pri čemu je 30 posto ispitanica zdravstvu za to dalo i peticu.

Uz najiskreniju zahvalu svakoj sudionici ankete, podršci udruga oboljelih od raka dojke, svim panelistima, kolegama, pokroviteljima, neka Ovog gosta je dosta iskaže i utječe na rješavanje jedne jedine potrebe, svi smo zajedno učinili puno.

Ivana Rimac Lesički

Impressum

IZDAVAČ: Byline j.d.o.o.

GLAVNA UREDNICA: Ivana Rimac Lesički

KONTAKT REDAKCIJE: redakcija@portalzdravlje.hr

WEB ADRESA REDAKCIJE: portalzdravlje.hr

FOTOGRAFIJE I ILUSTRACIJE: portalzdravlje.hr,

Freepik, iStock, Shutterstock, Pexels, privatne arhive

GRAFIČKO OBLIKOVANJE: Jasminka Karačić

**PDF VODIČ O PRAVIMA
PACIJENATA U HRVATSKOJ,
IZRADILA PRAVNICA**

*Preuzmi svoj primjerak besplatno
i bez prijave na portalzdravlje.hr*



portal **zdravlje**

Sadržaj

- 04** PRIM. DR. SC. ANDREA ŠUPE PARUN
Rano otkrivanje ključ je uspjeha
- 06** PROF. DR. SC. STJEPKO PLEŠTINA
Rak danas nije smrtna presuda
- 09** PROF. DR. SC. EDUARD VRDOLJAK
U sistemskoj terapiji svjedočimo revoluciji
- 12** PRIM. DR. SC. ANUŠKA BUDISAVLJEVIĆ
Multimodalno liječenje raka dojke
- 14** BOŽICA BALATINEC
I nakon liječenja rak je u podsvijesti, htjeli mi to priznati ili ne
- 16** LJILJANA VUKOTA, MAG. PSYCH.
Psihološki učinci nedostupnosti terapije bolesnicama s metastatskim rakom dojke
- 19** DR. IVA SKOČILIĆ
Evolucijom terapija značajno su unaprijeđeni ishodi liječenja
- 21** ANKETA PORTALA ZDRAVLJE
Rezultati koji nas obvezuju: što pacijentice trebaju od sustava
- 22** DR. JADRANKA KARUZA
Povratak u skrb obiteljske medicine

RANO OTKRIVANJE *ključ* JE USPJEHA

Piše: **prim. dr. sc. Andrea Šupe Parun, dr. med.**, specijalistica epidemiologije i voditeljica Odjela za programe probira raka dojke pri HZJZ

Broj oboljelih žena je u porastu, međutim to je trend kojeg bilježe sve zemlje svijeta, a rezultat je prvenstveno starenja stanovništva – u starijoj životnoj dobi se maligne bolesti češće javljaju te na to ne možemo utjecati. Kada uklonimo utjecaj dobi, odnosno promotrimo dobno standardiziranu stopu incidencije, vidimo da incidencija u Hrvatskoj u posljednjem desetogodišnjem razdoblju (2014.-2023.) raste 1,5 % godišnje, dok **kod mladih žena (dob 15-49) u Hrvatskoj raste nešto više, oko 2,9 % godišnje.**

Pretpostavlja se da je to uzrokovano porastom prevalencije nekih **rizičnih čimbenika** koji utječu na nastanak raka dojke, kao što su pretilost, alkohol, pušenje kod žena, ali i promjenom reproduktivnih obilježja, odnosno sve kasnijim rađanjem sve manjeg broja djece. Standardizirana stopa mortaliteta, u razdoblju od 2015. do 2024., pada u prosjeku 4,2 % godišnje.

RAK DOJKE JE NAJČEŠĆE SIJELO, SMRTNOST ZNAČAJNO SMANJENA

Prema posljednjim objavljenim podacima Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u Hrvatskoj su u 2023. godini zabilježena 3293 slučaja raka dojke kod žena (stopa incidencije 165,5/100.000), što čini ukupno 26 % slučajeva raka kod žena. Prema Izvešču o umrlim osobama u Hrvatskoj 2024. godine, u 2024. godini od raka dojke umrlo je 697 žena (stopa 32,4/100.000), a zloćudna novotvorina dojke nalazi se na 9. mjestu vodećih uzroka smrti kod žena. Rak dojke je prvo sijelo po pojavnosti u žena u Hrvatskoj, a **treći maligni uzrok smrti**, nakon raka debelog i završnog crijeva i raka pluća. Pozitivno je da je petogodišnje preživljenje od raka dojke u Hrvatskoj u porastu; za žene kojima je rak dojke dijagnosticiran između 2014. i

Iako Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke obuhvaća specifičnu dobnu skupinu, briga o zdravlju dojki važna je za sve žene. Redoviti samopregledi preporučuju se već od rane mladosti.

Za mlade žene s prosječnim rizikom savjetuje se ultrazvučni pregled (UZV), dok se s mamografijom započinje od 40. godine života.

PROTOKOL ZA ŽENE S POVEĆANIM RIZIKOM

Posebna pažnja pridaje se ženama s povećanim rizikom za razvoj raka dojke, što uključuje dokazane genske mutacije ili opterećenu obiteljsku anamnezu (rak dojke kod srodnika u prvom koljenu ili više srodnika u prvoj i drugoj liniji). Za njih je predviđen poseban protokol: od 25. do 30. godine godišnji pregledi kombinacijom UZV-a i magnet-

ske rezonancije. Nakon 40. godine godišnja mamografija uz kombinaciji s magnetskom rezonancijom. Ti pregledi obavljaju se s razmakom od šest mjeseci.

ŠTO NAKON 70. GODINE ŽIVOTA?

Žene koje trenutačno nisu obuhvaćene nacionalnim programom trebaju dinamiku pregleda dogovoriti sa svojim izabranim liječnikom obiteljske medicine. Iako žene nakon navršene 70. godine više ne primaju automatske pozive u sklopu nacionalnog programa, važno je nastaviti s preventivnim pregledima. Daljnju dinamiku mamografije i ostalih kontrola potrebno je dogovoriti s izabranim liječnikom obiteljske medicine. Rano otkrivanje spašava život, te uz redovite preglede, šanse za uspješno izlječenje raka dojke veće su od 95 %. ■

2018. godine ono iznosi 84,5 %, dok za žene dijagnosticirane između 2019. i 2023. godine iznosi 87,2 %.

S obzirom na visoku incidenciju i preživljenje, prevalencija raka dojke također je visoka. Tako su krajem 2023. godine u Hrvatskoj živjele **38.743 žena** kojima je nekad u životu postavljena dijagnoza raka dojke, što ga čini sjetelom s najvišom prevalencijom u Hrvatskoj.

Incidencija raka dojke naglo je porasla uvođenjem Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke 2006. godine, što je bilo očekivano. Glavni ciljevi programa su da se rak dojke otkrije u što većem broju u ranoj fazi i smanji smrtnost. Možemo reći da su ciljevi postignuti jer **danās otkrivamo većinu karcinoma dojke u lokaliziranom stadiju**, a smrtnost je smanjena za 25-30 %.

NAJVIŠE OBOLJENIH ŽENA JE U DOBI OD 50 DO 69 GODINA

Prema podacima EUROSTAT-a za 2023. godinu, Hrvatska ima nižu stopu (29,0/100.000) mortaliteta od raka dojke u usporedbi s prosjekom Europske unije (29,8/100.000), na 18. mjestu od 32 europske države. Treba naglasiti da iako pojavnost raste, mortalitet od raka dojke se smanjuje – u razdoblju od 2015. do 2024. godine vidimo pad od 4,2 % godišnje. To je sigurno posljedica dobro organiziranog programa probira, naprednih dijagnostičkih metoda te pristupu inovativnim terapijama u Hrvatskoj.

Iznimno smo zadovoljni sve većim brojem žena koje se odazivaju na mamografiju u sklopu nacionalnog programa. **Trenutačni odaziv od 70 % svrstava nas u sam vrh europskih zemalja s najuspješnijim sustavom probira**, odmah uz bok nordijskim zemljama koje tradicionalno imaju najveći odaziv. One su Danska (83,0 %), Finska (82,2 %), Švedska (80,0 %), Norveška, Nizozemska (80 %), a

najniži odaziv imaju Bugarska (20,6 %), Cipar (24,6 %), Slovačka (25,5 %), Mađarska (29,8 %) i Latvija (30,8 %).

Rano otkrivanje ključ je uspjeha, što potvrđuje podatak da je većina karcinoma dojke u Hrvatskoj otkrivena u lokaliziranom stadiju. Unutar nacionalnog programa, najmanje 60 % karcinoma dojke pronađeno je u ranoj fazi, dok su regionalno prošireni stadiji (21,5 %) i stadiji s udaljenim metastazama (1 %) znatno rjeđi. Najviše oboljelih žena (48 %) nalazi se u dobi između 50 i 69 godina, upravo onoj skupini koja se redovito poziva na mamografiju u sklopu nacionalnog programa. Među mlađima od 50 godina zabilježeno je **17,2 % slučajeva**.

MAGNETSKA REZONANCIJA ZA ŽENE S IZRAZITO GUSTIM TKIVOM DOJKI

Dobna granica za sudjelovanje u Nacionalnom programu mamografije kontinuirano se prilagođava. Dok su se prvotno pozivale žene od 50 do 69 godina, početkom 8. ciklusa 2025. godine obuhvat je **proširen na dobnu skupinu od 49 do 70 godina**. Ova je promjena usklađena s preporukama Vijeća Europe koje predlaže širenje probira na žene od 45 do 74 godine. Sukladno tome, planira se u našem nacionalnom programu daljnje postupno proširenje ciljne skupine za po dvije godine u svakom nadolazećem ciklusu.

Značajan iskorak u nacionalnom programu predstavlja uvođenje magnetske rezonancije (MR) za žene s povišenim rizikom od raka dojke. Sukladno smjernicama Europskog društva za oslikavanje dojki (EUSOBI), od početka 2024. godine ženama s izrazito gustom strukturom dojki (BI-RADS tip D, gustoća >75 %) preporučuje se obavljanje MR pregleda svake dvije do četiri godine. Ova je dopuna protokola ključna za precizniju dijagnostiku u skupinama kod kojih je mamografski prikaz manje osjetljiv. ■

Ozbiljan, mjerljiv i izniman napredak u liječenju raka dojke činjenica je u hrvatskom zdravstvu gdje je petogodišnje preživljenje od ove bolesti iznad EU prosjeka. Rezultat je to koji nije „pao s Marsa” niti nastao preko noći, a danas služi kao izvrstan primjer te ujedno i dokaz da se onkološka bolest može napraviti kroničnom bolešću.

Rak dojke i dalje je, te će tako biti i nadalje, najučestalije sijelo raka kod žena te skrb o ovoj bolesti, posebice kod žena kod kojih se otkrije u metastatskoj fazi, **ne smije stagnirati**.

RAK DOJKE JE PRIMJER JEDNOG OD PRVIH CILJANIH LIJEČENJA

Kako će reći prof. dr. sc. Stjepko Pleština, predstojnik Klinike za onkologiju KBC-a Zagreb, obzirom na veliki broj terapijskih mogućnosti koje se otvaraju te zahvaljujući pomaku prema personaliziranoj medicini, situacija će vjeruje biti još i bolja.

– Liječi se ciljano, ovisno o obilježjima tumora, promjenama u samome tumoru i obilježjima žene.

Uvijek može biti bolje i šire se indikacije kao i svugdje u svijetu. Mi bi voljeli da je to brže i više, ali doista nas ne treba biti sram terapijskih opcija koje imamo.

Danas zatičemo **molekularne promjene** na koje danas možemo ciljano utjecati. Naime, otkrivanje nekakve mutacije ako na nju ne mogu utjecati i liječiti je, mi ne znači baš puno. Međutim, i u tomu smo jako napredovali.

Dakle, **personalizirana medicina** ili ciljana terapija nije izmišljotina od jučer. Rak dojke je upravo primjer jednog od prvih ciljanih liječenja, ako ne i prvo, kad smo počeli razlikovati populaciju žena s rakom dojke koja ima hormon ovisne tumore u ►






PROF. DR. SC. STJEPKO PLEŠTINA:

RAK DANAS NIJE SMRTNA PRESUDA

Piše: **Jasminka Karačić**



Kod raka dojke zatičemo molekularne promjene na koje možemo ciljano utjecati



odnosu na one koje to nemaju. Tada nismo znali za HER2, poslije smo i to naučili, dobili lijekove i za jedno i za drugo te selekcionirali populaciju koja će imati veću korist.

Ako je žena HER2 negativnoga tumora, anti-HER2 terapija nema blagog smisla, osim nuspojava. Prema tome, mi se **usmjeravamo terapijskim opcijama**. Nekad je pitanje što nam još fali. Uvijek hoćemo još. Ali barem u raku dojke mislim da u Hrvatskoj nas ne treba biti sram onoga što nam je dostupno.

Uvijek može biti bolje i šire se indikacije kao i svugdje u svijetu. Mi bi voljeli da je to brže i više, ali doista nas ne treba biti sram terapijskih opcija koje imamo – objašnjava profesor Pleština.

Naravno, dodaje, da preživljenje i kvaliteta života uvelike ovise o stadiju u kojem je bolest ot-

krivena i započeto njezino liječenje. Kako će reći prof. Pleština, što je stadij veći i bolest proširenija, to je liječenje zahtjevnije.

– Sigurno da kvaliteta života i preživljenje opada s većim stadijem bolesti. Dakle, nije isto da li je prvi stadij bolesti ili ne daj Bog metastatska bolest u četvrtom stadiju. Čim je veći stadij, bolest više proširena, većega opsega, naravno da je i liječenje zahtjevnije.

I u konačnici ono što neki smatraju najbitnijim, a to je ukupno preživljenje, bitno je tada manje. Prema tome, intencija jest, ako ne mogu spriječiti da se bolest uopće javi, barem da je otkrijem rano, u fazi kada je liječenje najjednostavnije, a ishodi najbolji te je **očuvana kvaliteta života**. Nije bitno samo da živiš, nego i kojom kvalitetom živiš – poručuje ovaj liječnik. ►

A u onkološkoj bolesti pa tako i kod raka dojke, ono što uvijek prati život oboljelih jest strah od povrata bolesti. On pak može biti, kako će reći naš sugovornik, u istoj dojci no i u drugoj dojci, kao što je povećan i rizik od pojave raka maternice ili jajnika.

KVALITETAN INICIJALNI PROGRAM LIJEČENJA GLAVNI JE PREDUVJET

Predsjednik Hrvatskog društva za internističku onkologiju zahvalan je sugovornik koji će jasno, bez ograda i razumljivo iznijeti činjenice o onkološkoj „klimi” u našem zdravstvu. Jednako tako s obzirom na više-desetljetno iskustvo i međunarodnu prisutnost, ovaj liječnik ima svako pravo usporediti na temelju činjenica hrvatske rezultate i potrebe u odnosu spram drugih država, a što mi često volimo činiti paušalno.

Kako će reći, preduvjet svega je kvalitetan inicijalni program liječenja jer o tomu ovisi konačan ishod.

– Za to je danas predviđen multidisciplinarni tim koji mora u sastavnici imati i radiologa i patologa i kirurga i

radijacijskog onkologa i internističkog onkologa. Kao i sve dodatno što je potrebno; od psihologa, nutricionista i nadalje. Pri tome nastojimo prilagoditi terapiju samoj ženi

jer, nažalost, ljudi nemaju samo jednu bolest. **Nerijetko imaju više bolesti** te moramo izbjegavati da nekome naškodimo i da liječenjem ove bolesti pogoršamo stanje druge bolesti.

Danas se, dakle, bez kvalitetnog plana liječenja ne bi trebalo pristupati kirurgiji, što je nekada bilo uobičajeno. Put bolesnice trebao bi biti jasno definiran i plan napravljen kroz multidisciplinarni tim. Ustanova koja to nije u mogućnosti, to ne bi smjela raditi.

To ne znači, kako me nekada krivo shvate, da ustanove trebaju zaključati vrata, nego naprosto **treba napraviti mrežu** gdje, ako ja nešto imam, a nešto drugo nemam, povezujem se s nekim tko to ima i direktno bolesnicu tako šaljem, **a ne da ona luta okolo** i traži gdje ići – opisuje profesor Pleština uz jasnu poruku da rak danas nije smrtna presuda. ■

Put bolesnice bi trebao biti jasno definiran i plan napravljen kroz multidisciplinarni tim. Ustanova koja to nije u mogućnosti, to ne bi smjela raditi.

DOSTUPNOST DIJAGNOSTIKE ZA ZDRAVE ŽENE

Zene izvan dobnih skupina za nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke koje, dakle, ne dobivaju poziv za mamografiju, često slušaju različite savjete i preporuke što bi, kad i kako trebale početi činiti u ime zdravlja dojki.

Zdrave, mlade žene, odnosno točnije rečeno žene **bez dokazane maligne bolesti** nisu, kako će objasniti prof. Pleština, pacijentice za preventivnu dijagnostiku u onkološkim ambulantama.

– Pitanje je dostupnosti dijagnostike u žena koje nemaju dokazanu malignu bolest. Tu vidim najveći problem jer to onkološke ambulante naprosto ne mogu „progutati”. Dakle, tada mi ne bi pregledavali žene koje imaju rak dojke nego žene koje se dolaze prekontrolirati.

Nekad su ginekolozi uz ginekološki pregled palpivali i dojke. Volio bih da i liječnik obiteljske medicine pregleda ženu i ako mu je nešto sumnjivo pošalje ju dalje na pregled. Ali to, velim, nije slučaj.

Tako da mi se čini problem pregleda i dijagnostike

žena koje bi se željele kontrolirati **s ciljem ranog otkrivanja**. Tu je ta *screening* mamografija, ali to je opet jasno definirana populacija. Što s ovim ostalima?

ULTRAZVUK DOJKI – PITANJE JE ISKUSTVA I ZNANJA LIJEČNIKA KOJI RADI PREGLED

Mlada žena od 25 godina nije kandidat za mamografiju, a ultrazvuk se pak često radi i kad ne treba, pa su posljedično velike liste čekanja. Ultrazvuk je subjektivna metoda, dakle jako ovisi o tome tko to gleda. Moram priznati kako ne vjerujem svim nalazima. Nije pitanje ni kvaliteta aparata, jer su danas manje-više svi aparati kvalitetni. Pitanje je iskustva i znanja onoga tko to gleda. Otkriti promjenu od dva centimetra nije problem, ali otkriti nešto sumnjivo – to jest problem.

Plus, često se potpuno pogrešno interpretira značaj tumorskih biljega. Tumorski biljeg, recimo konkretno CA 15-3, može biti uredan i kada postoji tumor. Također, može biti povišen nespecifično, a da žena nema zloćudnu bolest. ■

U SISTEMSKOJ TERAPIJI SVJEDOČIMO REVOLUCIJI

S prof. dr. sc. Eduardom Vrdoljakom, predstojnikom Klinike za onkologiju i radioterapiju KBC-a Split, razgovarali smo o rezultatima Nacionalnog strateškog okvira protiv raka, pojavnosti raka dojke te psihološkoj pomoći oboljelima, ali i drugim aktualnostima.

→ *Prema podacima OECD-a, među ženama u Hrvatskoj najveću incidenciju ima rak dojke, 26 posto što je manje od prosjeka EU od 30 posto. Kako komentirate ove podatke?*

Podatak da je udio raka dojke među svim zloćudnim bolestima u žena u Hrvatskoj oko 26 posto, dakle nešto niži od prosjeka EU od 30 posto, treba tumačiti s mjerom opreza. Ovo ne znači da je rak dojke „manji problem“ u Hrvatskoj, nego odražava kombinaciju dobne strukture naše ženske populacije, **incidencije drugih sijela raka** i načina prijave te obrade podataka u registrima.

Važno je naglasiti da je rak dojke i dalje najčešći karcinom u žena u Hrvatskoj te ostaje velik javnozdravstveni izazov. Ključno je da incidenciju promatramo s mortalitetom i preživljenjem: ono što nas treba najviše zanimati **nije samo koliko žena oboli, nego koliko ih živi dugo i kvalitetno** nakon dijagnoze.

U tom smislu, napredak u ranom otkrivanju i liječenju raka dojke u Hrvatskoj je vidljiv, ali još uvijek postoji prostor za poboljšanje. Za našu javnost je sjajna istina da su ishodi u liječenju raka dojke danas u Hrvatskoj ponajbolji u Europi te da se petogodišnje preživljenje raka dojke popelo na sjajnih 87,2 posto, koje smo donedavno mogli samo sanjati.

→ *Pojavnost karcinoma dojke kod nas izaziva posebnu pažnju javnosti i struke. Čini se da se mnogo napravilo u edukaciji javnosti, ali i metodama liječenja.*

Rak dojke je možda najbolji primjer kako kombinacija javnozdravstvenih kampanja, organiziranog probira i terapijskih inovacija može promijeniti ishode bolesti. U protekla dva desetljeća napravljen je veliki iskorak u senzibiliziranju javnosti: žene se češće javljaju na mamografske preglede (60-70 posto), opća razina znanja o simptomima je veća, a **stigma bolesti je manja** te spremnost na prihvaćanje činjenice da će svaka deseta žena oboljeti od raka dojke sve veća.

S druge strane, tehnološki napredak – osobito dostupnost modernih linearnih akceleratora kroz program bespovratne EU pomoći – omogućio je preciznije, kraće i po pacijenticu **manje opterećujuće radioterapijske protokole**. Danas za veliki broj bolesnica primjenjujemo hipofrakcionirane režime, kraće trajanje zračenja uz jednaku ili bolju učinkovitost što znači manje dolazaka u bolnicu, manje opterećenje sustava i bolju kvalitetu života.

Uz to, u sistemske terapiji svjedočimo doista velikoj revoluciji: od ciljanih terapija i anti HER2 lijekova, preko CDK4/6 inhibitora u HR pozitivnoj bolesti, do imunoterapije i konjugata antitijela-lijeka (ADC) u određenim podskupinama. Sve to skupa čini da je prognoza raka dojke danas bitno bolja nego prije 10 ili 20 godina.

Jasno, još je **dosta toga što nam nedostaje**, novi lijekovi koji se takoreći svakodnevno pojavljuju, omogućuju i pružaju još bolje ishode liječenja te se ne smijemo opustiti i moramo naći načina ►

kako, bez odgode no poštujući farmakoeкономsku logiku, omogućiti najbolje moguće liječenje svim potrebnima.

→ U Hrvatskoj su značajni pomaci učinjeni s Nacionalnim strateškim okvirom protiv raka, kakvi su nam rezultati i kako ih vi komentirate?

Nacionalni strateški okvir protiv raka je povijesno važan dokument jer prvi put sustavno definira rak kao nacionalni prioritet s jasnim ciljevima u prevenciji, probiru, liječenju, palijativnoj skrbi i istraživanju. Od njegova jednoglasnog usvajanja u Saboru prije pet godina do danas napravljeni

Ključno je da ne izgubimo zamah i da se svaki idući ciklus planiranja zdravstvene politike nastavi graditi na ovim rezultatima, da ulažemo svi još više.

su važni iskoraci: jačanje onkoloških registara, poboljšanje infrastrukture (npr. nabava opreme, linearni akceleratori), razvoj multidisciplinarnih timova te bolja dostupnost suvremenih terapija. Jedna od najvažnijih novosti koja se upravo implementira je izrada hrvatske onkološke informatičke mreže i jedinstvene baze podataka, **OIS** (onkološki informacijski sistem).

Njenom implementacijom će Hrvatska postati prva zemlja u svijetu s nacionalnim programom takve vrste koji će integrirati cjelokupnu hrvatsku onkologiju u jedan zajednički sustav u kojem ćemo učiti od svakog bolesnika, a za svakog bolesnika. OIS će osigurati **da se svi bolesnici jednakovrijedno i jednakopravno, na vrijeme i najbolji način dijagnosticiraju, prate i liječe** u cijeloj Hrvatskoj.

Napredak je vidljiv, ali još uvijek neujednačen: pojedini centri i regije idu vrlo brzo naprijed, dok druge zaostaju. Rezultati u smislu preživljenja odražavaju kumulativni učinak mjera koje se uvode godinama – zato je i važno imati dugoročnu perspektivu. Ono što ohrabruje jest činjenica da se trendovi u preživljenju, uključujući rak dojke, poboljšavaju, što znači da smjer u kojem idemo jest dobar, ali zahtijeva upornost, predanost, **stabilno financiranje** i kontinuirani nadzor nad provedbom NSOPR.

→ Prije nekog vremena naglašavali ste kako ćemo se značajno približiti petogodišnjem preživljenju od raka u EU, a sada tome svjedočimo.

Porast petogodišnjeg preživljenja oboljelih od raka u Hrvatskoj za oko 15 postotnih bodova u posljednjih 25

godina zaista je povijesni iskorak. To nije rezultat jedne mjere ili jednog lijeka, već **sinergije** svega: boljeg ranog otkrivanja, napretka kirurgije, radioterapije i sistemske terapije, rane palijative, ali i bolje organizacije skrbi te ponajviše bolje zdravstvene prosvijećenosti populacije i prihvaćanja raka, **manjeg straha** od istog.

Kad smo prije nekoliko godina najavljivali da će se Hrvatska približiti razinama petogodišnjeg preživljenja koje bilježe zapadne europske zemlje, to se temeljilo na vidljivim trendovima – ulasku novih lijekova, jačanju probira, poboljšanjima u dijagnostici i uspostavi multidisciplinarnih timova. Danas se ti trendovi počinju pretvarati u „tvrde“ brojke. Naravno, još uvijek zaostajemo za najboljima, ali razlika se smanjuje. Ključno je da ne izgubimo zamah i da se svaki idući ciklus planiranja zdravstvene politike nastavi graditi na ovim rezultatima, da ulažemo svi još više jer su ishodi oni koji stavljaju osmijeh na lica mnogih.

Danas svjedočimo činjenici da **187 tisuća naših građana živi s rakom**, što je pak pet posto naših stanovnika, svaki 20., a što sve definira javnozdravstvenu važnost onkologije za sve nas, ekonomski, socijalno, zdravstveno, politički ili jednostavno ljudski.

→ Jesu li realne želje prema kojima rak mora postati kronična bolest? Koji su načini još uspješnijeg liječenja ove bolesti, uvijek se naglašava prevencija, no može li sam sustav biti još učinkovitiji?

Ideja da rak postane kronična bolest je u određenoj mjeri već postala realnost za značajan dio bolesnika. U mnogim tumorima danas imamo pacijente koji uz suvremenu ciljanu terapiju ili imunoterapiju žive godinama, uz očuvanu funkcionalnost i dobru kvalitetu života. U tom smislu, za neke oblike zloćudnih bolesti riječ je o kroničnoj bolesti, izlječivoj bolesti osobito ako se otkrije na vrijeme.

Stoga, ponovno **naglašavam važnost prihvaćanja raka**



Do kraja desetljeća govorit ćemo o sve "finijim" podskupinama raka dojke i još preciznijem liječenju

→ Što možemo očekivati do kraja desetljeća u liječenju raka dojke?

Do kraja desetljeća očekujem daljnju „personalizaciju personalizirane medicine“ u raku dojke. To znači da nećemo govoriti samo o tri klasične skupine (HR pozitivni, HER2 pozitivni, trostruko negativni), nego o sve finijim podskupinama temeljenim na molekularnim obilježjima tumora i, sve češće, na dinamičkim markerima poput cirkulirajuće tumorski DNA (ctDNA) ili mutacije estrogenskih receptora.

DOSTUPNOST LIJEKOVA MORA PRATITI TRENDOVE LIJEČENJA

U terapijskom smislu, nekoliko trendova je već jasno: širit će se upotreba konjugata antitijelo-lijek (ADC) u sve više linija liječenja i u sve većem broju podtipova tumora (npr. HER2 low, potencijalno i druge mete). U HR pozitiv-

noj bolesti očekujemo nove generacije oralnih SERD ova i drugih endokrinoloških i ciljnih lijekova, uz još individualiziranje kombinacije s CDK4/6 i drugim inhibitorima. U trostruko negativnom raku dojke imunoterapija i dalje širi svoje indikacije, osobito u ranoj bolesti i u kombinaciji s drugim modalitetima poglavito konjugatima antitijelo-lijek. Jačat će uloga minimalne rezidualne bolesti (npr. ctDNA) u odlučivanju o intenzitetu i trajanju adjuvantne i post adjuvantne terapije. Radioterapija će, zahvaljujući tehnologiji, biti još kraća i preciznija, a operativni zahvati, gdje god je moguće, manje mutilirajući.

Ako te trendove pratimo dobrim planiranjem, dostupnošću lijekova i organizacijom skrbi, vrlo je realno očekivati da će petogodišnje, a još više dugoročnije preživljenje za rak dojke u Hrvatskoj nastaviti rasti, uz sve bolju kvalitetu života naših pacijentica. ■

kao bolesti koja se događa nama te pravovremenu i točnu dijagnozu koja će osigurati izlječenje mnogih.

No, važno je izbjeći pojednostavljenje: rak nije jedna bolest nego skupina stotina biološki različitih bolesti. Za neke tipove i stadije kroničnost je realan cilj, za neke je izlječenje i dalje glavni cilj, a za pojedine, nažalost, i dalje govorimo o vrlo agresivnoj bolesti unatoč terapiji.

Sustav može biti još učinkovitiji, broj dijagnosticiranih bolesnika s rakom značajno manji ako: dodatno ojačamo prevenciju (kontrola pušenja, debljine, alkohola, cijepljenje protiv HPV-a, promicanje tjelesne aktivnosti), podignemo odaziv u organiziranim programima probira, ubrzamo put pacijenta od sumnje do dijagnoze i početka liječenja, osiguramo da svaki bolesnik ima pristup multidisciplinarnom timu i suvremenoj terapiji prema smjernicama, ujednačimo kvalitetu skrbi između centara i regija, sustavno koristimo podatke (registre, real-world evidence) za praćenje ishoda i donošenje odluka.

Primarna i sekundarna prevencija ostaje prvi i najefikasniji „lijek“, ali organizacija sustava i dostupnost terapije određuju koliko ćemo tu prednost zaista iskoristiti.

→ Kad govorimo o liječenju karcinoma u fokusu je izravno liječenje primarne bolesti, no od velike

je važnosti i sam pristup pacijentima, posebno u toliko potrebnoj psihološkoj pomoći? Koliko se do sada učinilo i možemo li bolje?

U pristupu oboljelima od raka dogodila se tiha, ali vrlo važna revolucija. Danas sve više shvaćamo da „dobar ishod“ nije samo duljina preživljenja nego i kvaliteta života, psihološka dobrobit, očuvanje uloge u obitelji i društvu. **Psihološka podrška tako više nije „luksuz“** nego integralni dio onkološke skrbi.

Cilj je što je moguće prije i potpunije integrirati bolesnike s rakom u svakodnevni život, vratiti ih na mjesto i ulogu u životu koju su imali prije dijagnoze, smanjiti indirektno troškove (troškovi koji nastaju zbog izbjivanja s posla i prijevremene smrti radno aktivnog stanovništva).

U mnogim centrima razvijeni su timovi u kojima, uz onkologe sudjeluju psiholozi, psihijatri, socijalni radnici i udruge pacijenata. Postoje grupe podrške, psihoonkološko savjetovanje, edukativne radionice. Ipak, **to još nije ravnomjerno dostupno svim pacijentima ni u svim fazama bolesti**. Ako gledamo ideal, u svakoj fazi – od priopćavanja dijagnoze, preko aktivnog liječenja do faze života s rakom ili palijative – pacijent bi trebao imati mogućnost strukturirane psihološke podrške, kao i podrške za članove obitelji. To je područje u kojem se puno napravilo, ali i gdje još možemo i moramo učiniti više. ■



MULTIMODALNO LIJEČENJE *raka dojke*

Piše: **prim. dr. sc. Anuška Budisavljević**, dr. med.,
specijalist interne medicine,
uži specijalist internističke
onkologije

Rak dojke je najučestalija maligna bolest u ženskoj populaciji. Prema posljednjim podacima Registra za rak Hrvatske, tijekom 2023. godine zabilježeno je 3293 novih slučajeva raka dojke¹. Posljednjih godina bilježi se stalan porast broja novooboljelih. Taj porast djelomično je posljedica efikasnog provođenja programa ranog otkrivanja bolesti putem *screening* mamografije, a djelomično starenja populacije, budući da je rak dojke, kao i većina malignih bolesti, bolest starije životne dobi.

Ipak, važno je naglasiti da se u razvijenim i visoko razvijenim zemljama bilježi kontinuirani porast incidencije od oko 1 % godišnje, pri čemu je taj **porast izraženiji kod žena mlađih od 50 godina** (1,4 %) u odnosu na starije žene (0,7 %)².

Rak dojke smatra se malignom bolešću s najvećom prevalencijom u ženskoj populaciji, što znači da je najveći broj žena koje su nekad imale i liječile rak dojke ili ga trenutačno imaju, u usporedbi s drugim malignim bolestima.



Visoka prevalencija posljedica je više čimbenika, među kojima se posebno ističe uspješnost liječenja. To se osobito odnosi na rani stadij bolesti, kada je tumor ograničen na dojku i pripadajuće regionalne limfne čvorove. Smatra se da je u Hrvatskoj preko 39.000 žena bolovalo ili trenutačno boluje od raka dojke¹.

Literatura: 1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Rak u Hrvatskoj 2023./2024. (Šekerija M, ed.). 2026. www.hzjz.hr | 2. Giaquinto AN, Sung H, Newman LA, et al. Breast cancer statistics 2024. CA Cancer J Clin. Published online October 1, 2024;1-19. doi:10.3322/caac.21863 | 3. Loibl S, André F, Bachelot T, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up 5 behalf of the ESMO Guidelines Committee. Annals of Oncology. 2024;35:159-182. doi:10.1016/j. | 4. Yussof I, Mohd Tahir NA, Hatah E, Mohamed Shah N. Factors influencing five-year adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients: A systematic review. Breast. 2022;62:22-35. doi:10.1016/j.breast.2022.01.012 | 5. Condorelli R, Vaz-Luis I. Managing side effects in adjuvant endocrine therapy for breast cancer. Expert Rev Anticancer Ther. 2018;18(11):1101-1112. doi:10.1080/14737140.2018.1520096 | 6. Pan H, Gray R, Braybrooke J, et al. 20-Year Risks of Breast-Cancer Recurrence after Stopping Endocrine Therapy at 5 Years. New England Journal of Medicine. 2017;377(19):1836-1846. doi:10.1056/nejmoa1701830 | 7. Crown J, Stroyakovskii D, Yardley DA, et al. Adjuvant ribociclib plus nonsteroidal aromatase inhibitor therapy in patients with HR-positive/HER2-negative early breast cancer: 5-year follow-up of NATALEE efficacy outcomes and updated overall survival. ESMO Open. 2025;10(11). doi:10.1016/j.esmoop.2025.105858

Ako se rak dojke otkrije u ranoj fazi, stopa izlječenja prelazi 90 %³. Takvi rezultati posljedica su vrlo učinkovitih terapijskih pristupa. Liječenje raka dojke ovisi o inicijalnom stadiju bolesti i u pravilu je multimodalno.

SISTEMSKA TERAPIJA DJELUJE NA CIJELI ORGANIZAM

KIRURŠKO LIJEČENJE čini osnovu liječenja te uključuje odstranjenje tumora i regionalnih limfnih čvorova. **SISTEMSKA TERAPIJA** predstavlja drugi važan modalitet i određuje se, između ostalog, prema surogatnom podtipu tumora. Treći ključni oblik liječenja je **LOKOREGIONALNA TERAPIJA IONIZIRAJUĆIM ZRAČENJEM**. U velikom broju slučajeva ranog raka dojke primjenjuju se svi navedeni modaliteti liječenja, uz različiti redoslijed.

Kod visokorizičnih oblika ranog raka dojke, odnosno kada postoji povećan rizik povrata bolesti, često se primjenjuje **NEOAJUVANTNA TERAPIJA**, što znači da se sistemsko liječenje provodi prije kirurškog zahvata. Ako se sistemsko liječenje primjenjuje nakon operacije, govori se o **ADJUVANTNOM LIJEČENJU**.

Za razliku od kirurškog liječenja i zračenja, sistemsko liječenje djeluje na cijeli organizam. Iako se slikovnim metodama bolest može činiti lokaliziranom samo u dojci i/ili u pripadajućim regionalnim limfnim čvorovima, poznato je da tumorske stanice već u ranoj fazi mogu ući u cirkulaciju i „učahuriti“ se u drugim organima. Cilj sistemske terapije je uništiti i primarni tumor kao i te tumorske stanice koje su napustile primarni tumor.

KORISTI I IZAZOVI ENDOKRINE TERAPIJE

Kod luminalnog podtipa raka dojke u adjuvantnom liječenju primjenjuje se **ENDOKRINA TERAPIJA** koja blokira djelovanje ženskih spolnih hormona na tumorske stanice. Ova

terapija obično se primjenjuje tijekom pet godina i često predstavlja izazov za bolesnice zbog nuspojava. Adherencija za endokrinu terapiju s vremenom opada, a procjenjuje se da tek oko 40 % bolesnica nakon pet godina i dalje uzima propisanu terapiju. Najčešće **nuspojave**, osobito kod inhibitora aromataze, uključuju bolove u kostima i zglobovima, koji se javljaju u do 80 % slučajeva^{4, 5}.

Kod premenopausalnih bolesnica dodatno se provodi reverzibilna supresija funkcije jajnika, što može značajno

utjecati na kvalitetu života zbog, između ostalog, pojave valunga, smanjenog libida i suhoće vaginalne sluznice.

S obzirom na to da **visokorizični luminalni tumori mogu recidivirati** i pet, 10 ili čak 15 godina nakon postavljanja dijagnoze, iznimno je važno ustrajati u provođenju endokrine terapije te, u dogovoru s onkologom i ginekologom, koristiti mjere i pripravke za ublažavanje nuspojava⁶.

SMANJIVANJE RIZIKA POVRATA BOLESTI

U posljednjih nekoliko godina u **ADJUVANTNO LIJEČENJE LUMINALNIH TUMORA** uvedeni su i inhibitori ciklin-ovisnih kinaza 4 i 6 (CDK4/6 inhibitori). Ovi lijekovi **djeluju na stanični ciklus i sprječavaju proliferaciju tumorskih stanica**, primjenjuju se u kombinaciji s endokrinom terapijom, a liječenje se provodi tijekom dvije ili tri godine.

Poznato je da tumorske stanice već u ranoj fazi mogu ući u cirkulaciju i „učahuriti“ se u drugim organima. Cilj sistemske terapije je uništiti i primarni tumor kao i te tumorske stanice koje su napustile primarni tumor.

Randomizirana klinička istraživanja pokazala su da primjena ovih lijekova u adjuvantnom liječenju luminalnih tumora raka dojke značajno smanjuje rizik povrata bolesti. Ovaj pozitivan učinak ne očituje se samo tijekom uzimanja ove terapije već se, sukladno podacima koje do sada imamo, njihov učinak na smanjeni rizik povrata bolesti nastavlja dalje i po dovršetku liječenja⁷.

Liječenje malignih bolesti danas je iznimno dinamično područje koje se brzo razvija. **Jedan od izazova svojstvenih liječenju HR+ ranog raka dojke – a posebno HR+/HER2- karcinoma** – je stalni rizik od recidiva koji traje desetljećima. Brojna randomizirana klinička ispitivanja usmjerena su na daljnje poboljšanje ishoda liječenja raka dojke, uz istodobno očuvanje kvalitete života.

S obzirom na trajno razvijanje novih lijekova postoji **opravdan razlog za optimizam** da će rani rak dojke, u skoroj budućnosti, uz pravovremeno postavljanje dijagnoze i multimodalno liječenje, postati u još većem postotku izlječiva bolest. ■

Broj odobrenja: FA-11644917



©FOTO: Manuel Angelin

Božica Balatinec

RAK DOJKE OTKRILA JE TRI MJESECA NAKON MAMOGRAFIJE

*I nakon liječenja rak je
u podsvijesti, htjeli mi to
priznati ili ne*

Piše: **Marija Mihelić**

Samo tri mjeseca nakon što je 2019. godine obavila mamografiju a nalaz je pokazao nultu kategoriju, danas 58-godišnja Božica Balatinec iz Đurđevca sama je napipala kvržicu na desnoj dojci. Odmah se javila vaskularnom kirurgu u Općoj bolnici „Tomislav Bardek“ u Koprivnici. Pretrage su obavljene u svega par dana, ustanovljen je rak dojke.

– Tumor je bio uz mišić pa se nije dobro vidio na mamografiji. Operirana sam 30. srpnja i potpuno su mi uklonili dojku, a imala sam i metastaze u desnoj aksili pa mi je uklonjeno i 14 limfnih čvorova – priča Božica, članica đurđevačke Udruge „Narcise“.

Usljebile su kemoterapije, od ukupno 15 prošla je i četiri takozvanih „crvenih“. Hrabro ističe da ih je sve jako dobro podnosila. Krvna slika, prisjeća se, bila je u redu pa su i kemoterapije tekle prema planu.

Potom je na u zagrebačkoj Klinici za tumore imala još 16 zračenja, nakon čega je dobila i hormonsku terapiju koju uzima i danas.

– Moram priznati da nisam niti bila svjesna stanja, jer se sve odvijalo brzo. Za to moram zahvaliti dr. med. spec. kirurgije Draženu Curmanu koji me zadržao u bolnici pa nisam morala čekati pretrage mjesecima. A tko zna što bi bilo da se sve zbilježi kasnije – razmišlja danas Božica.

**Božica Balatinec
dočekala je
kćerine svatove i
dvoje unuka.**



Božica Balatinec (lijevo) u društvu kolegica iz Udruge žena s bolestima dojke Narcise Đurđevac, udruge koja je ponos i svog grada i Križevačko-koprivničke županije.

BEZ SRAMA NOSILA PERIKU

Uz nju je cijelo vrijeme bila i njezina obitelj – suprug, sin i dvije kćeri. Suprug ju je, primjerice, redovno vozio u Zagreb na zračenje. Svima njima prvotni je šok olakšala sama Božica, odlučna da će se boriti. Štoviše, imala je, kaže nam, još jedan veliki motiv – kćerinu udaju godinu dana kasnije. Čvrsto je željela biti prisutna u svatovima.

– Dočekala sam i unuka, nakon toga još jednoga, i hvala Bogu sve je dobro prošlo i nisam se predala. Teško sam podnijela gubitak kose, jer mi je bio ritual svake subote ići frizeru. No, kad sam to prebrodila nabavila sam periku i nije me smetalo ni što smo mala sredina ni što sam ljudima bila u najmanju ruku čudna. Nisam se dala – optimistično će Božica.

Zdravlje joj ipak nije dopustilo da ostane raditi pa je 2021. godine napustila posao u kuhinji i otišla u mirovinu.

DIJAGNOZA JE ŠOK, TREBA NAM PSIHOLOŠKA POMOĆ U POČETKU

Slobodno vrijeme ubrzo je ispunila omiljenim vožnjama biclom te šetnjama u prirodi. Ubrzo se učlanila u „Narcise“ i u Ligu protiv raka Križevačko-koprivničke županije. Redovni sastanci ponedjeljkom u udruzi nerijetko se produljuju druženjem, organiziraju razne aktivnosti. Sve joj to, napominje, od samog početka dijagnoze i borbe s bolešću itekako pomaže.

Jedino što je nedostajalo, ističe, psihološka je pomoć u bolnici tijekom liječenja. Dodaje da iako je svjesna kako ih bolnice uglavnom ne pružaju, smatra da bi pomoć takve vrste ženama puno pomogla nakon saznanja o raku.

– Naša bolnica je mala i psihološka pomoć je izostala. Mišljenja sam da to treba uvesti uz bolničko i terapijsko liječenje, da se ženama pomogne nakon prvotnoga šoka. Ja nisam imala rekonstrukciju dojke i, kao žena, nisam bila ravnodušna. Srećom, moja obitelj bila je uz mene cijelo vrijeme – ističe Božica.

SAMOPREGLEDI, MAMOGRAFIJA, OPTIMIZAM

Svim ženama, bile one mlade ili starije, iz jasnog iskustva savjetuje samopreglede. Uz to i nužnu mamografiju te odaziv na Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. Dođe li do dijagnoze, naglašava, treba se boriti i ne posustati. Kako radi sebe, tako i radi svoje obitelji. S njima i prijateljima uživa u druženju, uživa u boravcima u prirodi. Ali...

– Onkologinja mi je rekla da je za sada sve u redu, no nikada se ne zna. Mi koji smo, rekla bih, „načeti“, ne možemo biti sigurni hoće li zauvijek biti dobro ili ne. Rak je u podsvijesti, htjeli mi to priznati ili ne – otvoreno će Božica.

I zbog toga se danas redovito informira o bolesti, uz nadu da se ono što je doživjela više ni u kojem obliku niti mjestu neće ponoviti. ■

Psihološki učinci

NEDOSTUPNOSTI

terapije bolesnicama

s metastatskim rakom dojke

*Piše: Ljiljana Vukota,
mag. psych., Udruga
SVE za NJU*

Rak je složena bolest koja utječe na fizičko i psihičko zdravlje bolesnika, njegovih obitelji i njegovatelja. Dosta, poremećaji mentalnog zdravlja povezani s rakom utječu na kvalitetu života, motiviranost u liječenju, adherentnost i ukupne zdravstvene ishode. Oko 30 posto bolesnika će iskusiti značajnu razinu distresa uključujući anksioznost, depresiju i posttraumatski stres. Također, njegovatelji bolesnika s rakom mogu iskusiti značajan emocionalni, fizički i financijski stres, što može negativno utjecati na njihovo zdravlje. Prethodno se odnosi na sve bolesnike, ali ovaj put stavljam fokus na žene oboljele od određenog tipa metastatskog raka dojke tzv. HER2-low i HER2-ultra-low podtipovima bolesti.

IMA LI RIJEČ "KRONIČNO" VREMENSKI OKVIR?

Kad se otkrije rani rak, isplanira liječenje, postavite optimistični ciljevi, postignu željeni ishodi teško je, ali je **nemjerljivo teže** kad se rak vrati kao metastatska bolest ili kad je već kod prve dijagnoze metastatski. Nitko ovim bolesnicama ne može obećati izlječenje pa se uglavnom kaže

da je neizlječivo, ali može se liječiti, držati bolest pod kontrolom, pretvoriti je u kroničnu bolest.

Ono što pacijentice često pitaju jest ima li ta riječ „kronično“ vremenski okvir, koliko dugo ćemo bolest držati pod kontrolom. Iako se kaže da je neizlječivo, bolesnice se grčevito hvataju za primjere žena koje su ipak i u metastatskom karcinomu dojke postigle i održavaju remisiju. Postoji nada jer postoji lijek, ali...

Modernim lijekovima metastatska bolest se dugo može držati pod kontrolom kažu liječnici, i zaista vidimo oko sebe žene koje su dugi niz godina na terapiji, ali onda dođe trenutak progresije kad trenutačna terapija ne daje rezultat i **kad je nužan zaokret u liječenju**.

Kroji se nova terapija i onda se dogodi jedna od najtežih barijera za bolesnicu – najučinkovitija terapija je tu, ali je ona ne može dobiti. Zašto? Pa toliko dokaza postoji da ima odlične ishode. Nažalost, nije na listi za tvoj tip karcinoma! Zašto? U drugim zemljama žene kao ja dobivaju taj lijek! Da, ali ne u Hrvatskoj!

Napredak u liječenju raka dojke posljednjih je



godina donio novu razinu nade, osobito za metastatske bolesnice s tzv. HER2-low i HER2-ultra-low podtipovima bolesti. Nove terapije pokazale su da je moguće produljiti život i poboljšati njegovu kvalitetu čak i u uznapredovalim stadijima ove bolesti. No, za mnoge bolesnice u Hrvatskoj **ta nada ostaje djelomično nedostižna** jer lijek nije dostupan kroz sustav obveznog zdravstvenog osiguranja. Upravo u tom prostoru između medicinskih mogućnosti i grube stvarnosti nastaje složeno i duboko ljudsko iskustvo u kojem je teško sačuvati nadu i optimizam.

VAŽNO JA DA POŽIVIM DOVOLJNO DUGO DA PRONAĐU NOVI LIJEK

Tako govore mnoge bolesnice suočene sa spomenutim tipom raka dojke. Svaka nova terapijska opcija nosi sa sobom tračak nade. No, kada saznaju da terapija postoji, ali im nije dostupna ta se nada može pretvoriti u **bolno podsjećanje na ograničenja sustava**. Taj trenutak često nije dramatičan izvana, ali iznutra može biti vrlo težak – poput tihog gubitka koji se ne vidi, ali se snažno

osjeća – moj život nije važan.

U takvim okolnostima javljaju se osjećaji nepravde, tuge i bespomoćnosti. Neke bolesnice opisuju osjećaj kao da su „preskočene” ili „ostavljene po strani”, što **narušava njihov osjećaj sigurnosti i povjerenja**. Percepcija nedostatka kontrole i neizvjesnosti značajno doprinosi razvoju anksioznosti i depresivnih simptoma kod onkoloških bolesnika. Ono što dodatno otežava situaciju jest stalna prisutnost usporedbe – s drugim zemljama, drugim bolesnicama, drugim mogućnostima. Takve usporedbe pojačavaju osjećaj nejednakosti i produbljuju emocionalnu patnju.

NEDOSTUPNOST LIJEKA – DIREKTAN UTJECAJ NA PREŽIVLJENJE BOLESTI

Psihološke posljedice ne moraju uvijek biti glasnne i vidljive. Često se očituju kroz suptilne promjene – povlačenje iz društvenih kontakata, smanjenu energiju, poteškoće sa spavanjem i osjećaj stalne zabrinutosti. Depresivnost i anksioznost česte su u bolesnica s rakom dojke, osobito u uznapredovalim stadijima bolesti, a dodatni stresori ►

poput nedostupnosti terapije mogu ih još više pogoršati. U takvom stanju, bolesnice se ponekad nalaze između potrebe da zadrže nadu i straha da će biti razočarane, marginalizirane.

Upravo u tom prostoru između medicinskih mogućnosti i grube stvarnosti nastaje složeno i duboko ljudsko iskustvo u kojem je teško sačuvati nadu i optimizam.

Taj unutarnji balans može biti emocionalno iscrpljujući. Nije rijetkost da se javlja i osjećaj krivnje – primjerice, zbog razmišljanja o financiranju liječenja koje bi moglo opteretiti obitelj, razbaštiniti djecu. Iako je riječ o emocionalnim iskustvima, njihovi učinci nisu ograničeni samo na psihološku razinu.

Psihičko stanje može utjecati na načine sudjelovanja bolesnica u liječenju – njihovu motivaciju, pridržavanje terapije i komunikaciju s liječnicima. Viša razina psihološkog distresa može biti povezana s lošijom adherencijom i slabijim ukupnim ishodima liječenja. Uz to, izostanak terapije ima i **izravne kliničke posljedice**, s obzirom na dokazane koristi u produljenju preživljenja i kontroli. Tako se nedostupnost lijeka odražava ne samo na kvalitetu života nego i na preživljenje.

OBITELJ KAO NOSITELJ TERETA

Kad jedna osoba oboli cijela obitelj prolazi kroz iskustvo bolesti. Najbliži često preuzimaju ulogu podrške, ali i svojevrskih „boraca“ za dodatne mogućnosti liječenja. U potrazi za rješenjima, istražuju, informiraju se i pokušavaju pronaći načine da pomognu. Iza tih pokušaja često stoji duboka ljubav, ali i osjećaj nemoći. **Svijest da postoji terapija koja bi mogla pomoći, ali je nedostupna je iznimno frustrirajuća.** Dugotrajna izloženost takvom stresu može dodatno potencirati emocionalnu iscrpljenost bliskih osoba.

Teret njegovatelja je fizički, emocionalni i financijski napor koji proizlazi iz brige za kronično bolesnog člana obitelji. To je subjektivno, često preplavljujuće iskustvo koje uzrokuje simptome poput depresije, iscrpljenosti i socijalne izolacije, a nerijetko i osjećaja krivnje, ljutnje,

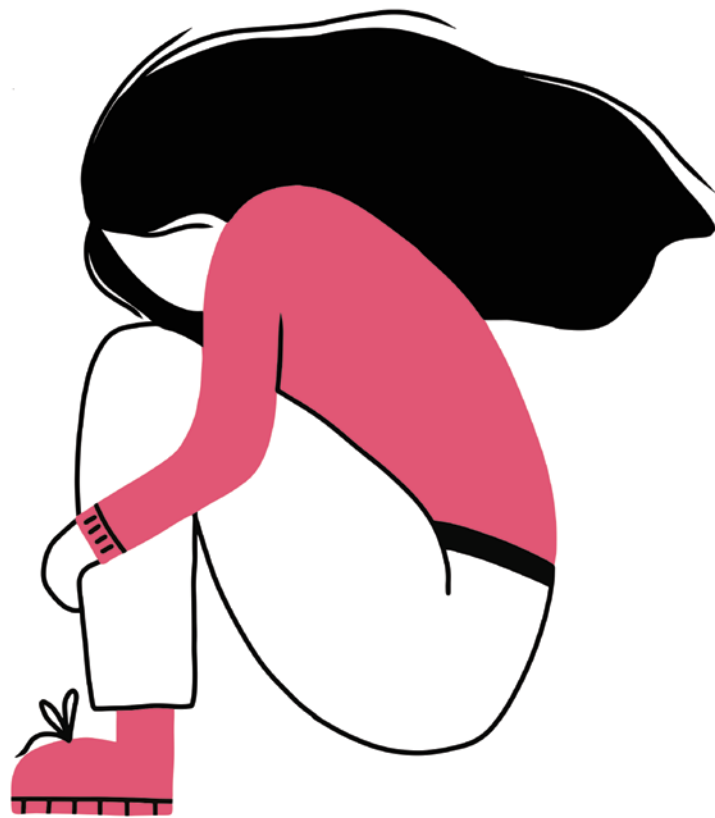
kroničnog umora, nesanice, razdražljivosti i zanemarivanja vlastitog zdravlja i sl.

LIJEČNICI IZMEĐU ZNANJA I OGRANIČENJA

Onkolozi se u ovakvim situacijama nalaze između onoga što znaju da bi moglo pomoći i onoga što im je sustavno dopušteno. Taj prostor između znanja i mogućnosti može biti izvor profesionalnog i osobnog opterećenja. Pojam **moralnog distresa** opisuje upravo taj osjećaj – kad liječnik zna što bi bilo najbolje za pacijenta, ali to ne može ostvariti zbog vanjskih ograničenja.

U razgovorima s bolesnicama, liječnici često nastoje zadržati ravnotežu između iskrenosti i nade. To su razgovori koji traže ne samo medicinsko znanje već i empatiju, strpljenje i emocionalnu prisutnost. Nipošto nije lako npr. mladoj ženi s malim djetetom koja zna da je kandidat za lijek objasniti zašto ga ne može dobiti i pružiti joj podršku.

Nedostupnost suvremenih terapija ne odražava se samo na kliničke ishode, već duboko utječe na emocionalni svijet bolesnica i njihovih obitelji. Razumijevanje



tih psiholoških dimenzija važna je kako bi se bolesnicama pružila cjelovita skrb – čak i onda (ili osobito onda) kad sve terapijske mogućnosti nisu dostupne. U takvim trenucima, podrška, empatija i otvorena komunikacija postaju još važniji.

Ne mogu se ne zapitati je li cijena koju „plaćaju“ bolesnice i obitelji u situaciji nedostupnosti lijeka previsoka?! Gledamo li u lijeku njegovu vrijednost ili samo cijenu?! Zaključite sami. ■

EVOLUCIJOM TERAPIJA ZNAČAJNO SU UNAPRIJEĐENI **ISHODI LIJEČENJA**

Piše: **Iva Skočilić**, dr. med.

Metastatski rak dojke danas u velikom broju slučajeva predstavlja kronično, često dugotrajno kontrolabilno stanje. Zahvaljujući terapijskim iskoracima i dostupnosti lijekova koji dokazano produljuju život bolesnica, svjedočimo kontinuiranom poboljšanju ishoda liječenja. Upravo produljenje preživljenja, uz očuvanje funkcionalnosti, predstavlja ultimativni cilj i očekivanje kako bolesnica tako i zdravstvenih djelatnika uključenih u njihovo liječenje. Unatoč tome, i dalje postoji potreba za osiguravanjem **pravodobne i ravnomjerne dostupnosti** svih dokazano učinkovitih terapijskih opcija, uključujući i one koje su već odobrene i u širokoj primjeni u drugim europskim zemljama.

BIOLOŠKA OBILJEŽJA TUMORA

Evolucijom terapijskih opcija – uključujući CDK4/6 inhibitore, ciljanu anti-HER2 terapiju, imunoterapiju, PARP inhibitore i konjugate protutijelo–lijek (ADC) – značajno su unaprijeđeni ishodi liječenja. Suvremene smjernice sve veći naglasak stavljaju na optimalno sekvenciranje terapijskih linija, temeljeno na biološkim obilježjima tumora, prethodnom liječenju te mehanizmima razvoja terapijske rezistencije, s ciljem maksimalnog produljenja kontrole bolesti. Dodatno, primjena sveobuhvatnog genskog profiliranja tumora omogućuje identifikaciju potencijalnih terapijskih meta te otvara dodatne mogućnosti za personalizirano liječenje.

Napredak u liječenju metastatske bolesti dodatno se postiže multimodalnim pristupom, pri čemu se sustavno liječenje sve češće kombinira s lokalnim terapijskim metodama. U bolesnica s **oligometastatskom bolešću**, karakteriziranom ograničenim brojem metastatskih lezija (najčešće do 5) i ograničenim brojem zahvaćenih organa, ili oligoprogresijom, kada dolazi do progresije ograničenog

broja lezija uz kontrolu ostatka bolesti, postoji **potencijal za intenzivniji terapijski pristup** koji uključuje lokalne ablativne metode s ciljem produljenja preživljenja i dugotrajnije kontrole bolesti. U tim se situacijama mogu primijeniti lokalne ablativne metode poput stereotaksijske radioterapije koja je u punu kliničku funkciju uvedena u okviru Klinike za tumore KBC-a Rijeka. Ovaj pristup omogućuje primjenu visokih doza zračenja uz maksimalnu poštedu okolnog zdravog tkiva. U odabranim slučajevima, nakon multidisciplinarnog rasprave, može se razmotriti i kirurško liječenje ili druge lokalne ablativne metode.

SVE ŠIRI SPEKTAR NUSPOJAVA ZAHTJEVA MULTIDISCIPLINARNU SKRB I BRZINU

Ključnu ulogu u suvremenom liječenju ima multidisciplinarni pristup. S obzirom na sve širi spektar nuspojava povezanih sa suvremenim onkološkim terapijama, dodatno dolazi do izražaja važnost multidisciplinarnog pristupa u njihovu zbrinjavanje. Tim za zbrinjavanje nuspojava sustavne onkološke terapije, koji uključuje stručnjake različitih specijalnosti, prije dvije je godine implementiran u kliničku praksu Klinike za tumore KBC-a Rijeka te omogućuje brzu i koordiniranu procjenu i pravodobnu intervenciju. Vođeni suvremenim smjernicama, članovi tima u kratkom roku donose preporuke za dodatne dijagnostičke i terapijske postupke, s ciljem učinkovite kontrole nuspojava i nastavka optimalnog liječenja.

Također, s ciljem osiguravanja kontinuiteta onkološke skrbi, u okviru Klinike djeluje Jedinica intenzivne njege u kojoj se zbrinjavaju akutne komplikacije bolesti i/ili liječenja. Ovakav organizacijski model omogućuje oporavak i **bolju prognozu u bolesnica s reverzibilnim komplikacijama** te nastavak onkološkog liječenja kad god je to moguće.

Dodatnu vrijednost sveobuhvatnoj skrbi daju specijalizirane multidisciplinarni suradne ambulante i uključivanje različitih stručnjaka u svakodnevnu kliničku praksu, a što je prema tjednom rasporedu organizirano u okviru Klinike. Iako učinkovita sustavna terapija doprinosi smanjenju simptoma bolesti kod simptomatskih bolesnica, optimalna skrb podrazumijeva i kontinuiranu simptomatsku i suportivnu skrb. ►

BOLOVI, KOŽNE NUSPOJAVE, MALNUTRICIJA

Bol je čest simptom uznapredovale maligne bolesti, stoga ambulanta za liječenje boli, pod vodstvom anesteziologa s iskustvom u terapiji boli, predstavlja važan segment potpore onkološkim bolesnicama. U okviru skrbi za bolesnice s metastatskim rakom dojke ostvarena je i bliska suradnja s dermatolozima, koji sudjeluju u zbrinjavanju kožnih nuspojava onkološke terapije, kao i sa specijalistima dentalne medicine, osobito u prevenciji i liječenju **oralnih komplikacija**. Također, važan segment čini i nutricionističko savjetovanje, kojim se doprinosi očuvanju

Međutim, ovakva procjena omogućuje prepoznavanje fragilnijih bolesnica te individualizaciju terapijskog pristupa, uključujući prilagodbu intenziteta i doze terapije.

Bolesnice s metastatskim rakom dojke često imaju i pridružene komorbiditete, što dodatno povećava složenost liječenja. U tom kontekstu **važna je uloga kliničkog farmakologa** koji pomaže u upravljanju polifarmacijom, prevenciji i prepoznavanju potencijalnih interakcija lijekova, kao i u zbrinjavanju alergijskih reakcija na onkološku terapiju i provođenju dodatnih testiranja. Njihovo sudjelovanje povećava sigurnost primjene terapije, uključujući i provođenje desenzibilizacijskih protokola.



Dr. Iva Skočilić (skroz desno) voditeljica je tima za tumore dojke Klinike za tumore i voditeljica ENEA programa (Prvog programa rane i integrativne rehabilitacije pacijentica s rakom dojke, Klinike za tumore). Na slici s kolegicama (s desna nalijevo): Anita Beg, bacc. med. tech., izv. prof. dr. sc. Ivana Mikolašević i dr. Jasna Marušić, lani na konferenciji *Ovog gosta je dosta*.

nutritivnog statusa, smanjenju rizika od malnutricije te boljoj podnošljivosti onkološkog liječenja.

Važnu ulogu u sklopu suportivne skrbi ima i **fizijatar**, osobito u očuvanju i unaprjeđenju funkcionalnog statusa, rehabilitaciji te ublažavanju posljedica bolesti i onkološkog liječenja.

U našoj je praksi nezamjenjiva i uloga **onkološkog koordinatora** koji olakšava administrativni tijek liječenja, koordinira termine te sudjeluje u organizaciji kontrolnih i slikovnih pretraga, čime se doprinosi pravodobnosti dijagnostičkih i terapijskih postupaka te kontinuitetu skrbi, uz istodobno smanjenje administrativnog opterećenja. Bolesnicama se time omogućuje veća usmjerenost na liječenje uz smanjeno opterećenje administrativnim obvezama.

MORAMO NA VRIJEME PREPOZNATI FRAGILNE BOLESNICE

S obzirom na to da incidencija raka dojke raste s dobi, sve veći broj bolesnica pripada starijoj populaciji. U sklopu **ambulate za gerijatrijsku onkologiju** pri Klinici provodi se sveobuhvatna procjena koja uključuje funkcionalni, kognitivni, nutritivni i psihološki status.

Kronološka dob sama po sebi nije isključni niti nužno ograničavajući čimbenik u donošenju terapijskih odluka; važniji su biološki parametri i opće stanje bolesnice.

SURVIVORSHIP PROGRAM ŽELIMO USMJERITI I NA PACIJENTICE S METASTATSKIM RAKOM

Neizostavan dio sveobuhvatne skrbi jest i psihološki *support*, koji pomaže bolesnicama u suočavanju s dijagnozom, dugotrajnim liječenjem i izazovima života s malignom bolešću. Psihosocijalna stabilnost izravno utječe na adherenciju i ukupnu kvalitetu života. Iako su *survivorship* programi tradicionalno usmjereni na bolesnice s ranim rakom dojke, postoji jasna potreba za njihovim razvojem i

u kontekstu metastatske bolesti.

Dugotrajno upravljanje bolešću, praćenje kroničnih nuspojava liječenja, očuvanje funkcionalnosti i psihosocijalne stabilnosti te planiranje života s bolešću ključni su elementi suvremene onkološke skrbi. ENEA program – organizirani i strukturirani model integrativne rehabilitacije koji se više od godinu dana provodi u KBC-u Rijeka kod bolesnica s ranim rakom dojke, zasigurno će nam poslužiti kao temelj za implementaciju sličnih pristupa i u metastatskoj bolesti.

Sveobuhvatnim, multimodalnim i multidisciplinarnim pristupom moguće je postizati što bolje ishode liječenja uz maksimalno održavanje kvalitete života.

PALIJATIVNA SKRB JE DIO AKTIVNOG LIJEČENJA

Na kraju, važno je naglasiti potrebu za destigmatizacijom palijativne skrbi i njezinom ranijom integracijom u liječenje metastatskog raka dojke. Palijativna skrb ne predstavlja odustajanje od aktivnog liječenja, već njegov komplementarni dio.

Uvođenje palijativne skrbi **od trenutka postavljanja dijagnoze** omogućuje bolju kontrolu simptoma, unaprđuje kvalitetu života te, prema dostupnim dokazima, može pridonijeti i produljenju preživljenja. ■

REZULTATI KOJI NAS OBVEZUJU: ŠTO PACIJENTICE TREBAJU OD SUSTAVA

Jeste li tijekom liječenja dobili objašnjenje o biološkom tipu tumora (npr. hormonski status, HER2 status)?

DA	49,1 %
DJELOMIČNO	27,6 %
NE	19,4 %
NE ZNAM / NISAM SIGURNA	3,9 %

Jeste li se smatrali dovoljno informiranima o svojoj bolesti i njezinu liječenju?

DA	35,5 %
DJELOMIČNO	40,5 %
NE	20,8 %
NE ZNAM / NISAM SIGURNA	3,2 %

Jeste li upoznati s pojmovima HER2 status tumora? Ako da, znate li koji je HER2 status vašeg tumora?

HER2 POZITIVAN	30,1 %
HER2 SLABO POZITIVAN	3,9 %
HER2 ULTRA SLABO POZITIVAN	0,4 %
HER2 NEGATIVAN	36,6 %
NE ZNAM / NISAM SIGURNA	17,2 %
NISAM UPOZNATA S POJMOM HER2 STATUSA	11,8 %

Ako bi Vaše zdravstveno stanje dopustilo (nuspojave i podnošenje terapije, a HZZO pokrivalo), koliko linija liječenja biste bili spremni primiti?

JEDNU LINIJU	27,2 %
DVIJE LINIJE	18,6 %
TRI I VIŠE LINIJA	54,1 %

**Dio rezultata ankete za konferenciju Ovog gosta je dosta 2026., uzorak 279 oboljelih od raka dojke.*

Piše: **Ivana Rimac Lesički**, glavna urednica Portala Zdravlje

Na temelju gotovo 300 odgovora žena oboljelih iz cijele zemlje, svi zajedno blagoslovljeni smo s informacijama neupitne vrijednosti i veličine. Tko o bolesti i potrebama može išta bolje reći negoli upravo onaj tko ju živi, tko ju je preživio. I zato vam još jedanput – hvala.

Što nam ovi podaci pokazuju, na koji put usmjeravaju i na što nas sve zajedno obvezuju? Dovoljno **informiranima o svojoj bolesti** osjećalo se i smatra se 35 posto oboljelih. Većina informiranost o svojoj bolesti i liječenju ocjenjuje – djelomičnim. Polovica ispitanica ankete koju smo proveli za ovu konferenciju, naime, nije dobila objašnjenje o biološkom tipu svojeg tumora, a 30 posto žena ne zna ili nije upoznato s HER2 statusom tumora.

NUŽNOST: PSIHOLOŠKA PODRŠKA I KONKRETNE INFORMACIJE

Podaci potvrđuju i osobne komentare o potrebama koje su podijelile sudionice ovog upitnika, a koji u većini neupitno apeliraju na **potrebu za – boljom komunikacijom** i više informacija. Ukorak s time, dominiraju apeli o potrebi psihološke podrške od postavljanja dijagnoze pa kroz liječenje. Upravo o psihološkoj podršci u ovom izdanju predivan je tekst napisala Ljiljana Vukota.

Nadalje, žene pišu i o potrebi sveukupnog informiranja i nakon liječenja; prave i jasne podatke o potrebnim kontrolama i samim životnim navikama poput kako se hraniti, što se smije, a što ne smije raditi nakon liječenja. Također, jedan učestao dio iskazanih potreba odnosi se i na **nedostatak informacija o pravima** koja pacijenti imaju.

Smjer potreba ne može biti jasniji nego što su dali ovi podaci među kojima je jako važno istaknuti i kako je 80 posto žena zadovoljno **liječenjem nuspojava terapije** koju je potom moglo dalje i nastaviti. Jednako je važan podatak i o njih 20 posto koje to, nažalost, nisu mogle. Na koji način se mogu liječiti nuspojave u sustavu multidisciplinarnе skrbi, možete pročitati u tekstu dr. Ive Skočilić.

Većina žena izjasnila se kako bi bila spremna primiti tri i više linija liječenja raka dojke neovisno o svemu, a kad bi to liječenje bilo dostupno i omogućeno.

Neka ovi podaci budu jedan integralni **putokaz realnih potreba oboljelih od raka dojke**, bolesti koja će i kod nas kao i u svijetu i nadalje biti najučestaliji rak kod žena. U tekstu ovog izdanja prof. Vrdoljak kaže kako će se svaka deseta od nas u životu neminovno suočiti s ovom dijagnozom. Dijagnozom koja više ne znači (i ne smije značiti), kako bi rekao prof. Pleština, onu najgoru presudu. ■

Rak dojke danas je sve više bolest s kojom se živi dugoročno. Kako ističe specijalistica obiteljske medicine **dr. Jadranka Karuza**, napredak u dijagnostici i liječenju značajno je promijenio tijek bolesti.

– Rak dojke je specifičan po tome što imamo dobar odaziv na preventivne programe i ranu dijagnostiku, ali i sve učinkovitije metode liječenja. Zbog toga danas govorimo o bolesti s dugim preživljenjem

POVRATAK U SKRB OBITELJSKE MEDICINE, UPUTE DR. JADRANKE KARUZE

Piše: **Lana Tarić**

Što nakon liječenja?

i visokom prevalencijom – objašnjava dr. Karuza.

Upućuje nas na službene smjernice, poput onih koje je objavila Klinika za tumore KBC-a Rijeka. Riječ je o Protokolima za praćenje bolesnika s najčešćim malignim tumorima. Te preporuke, među kojima su i one za praćenje žena oboljelih od raka dojke, dostupne su i na stranicama Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM-a) Primorsko-goranske županije.

U smjernicama se navodi da nakon završetka aktivnog liječenja slijede redovite kontrole. One su u početku češće, svaka tri do četiri mjeseca tijekom prve dvije godine, a zatim svakih šest mjeseci **do pete godine**. Taj dio praćenja najčešće je u podijeljenoj skrbi između onkologa i liječnika obiteljske medicine, nakon čega se pacijentice vraćaju u skrb obiteljske medicine.

REDOVITE, ALI RACIONALNE KONTROLE

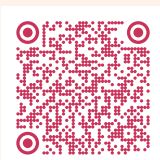
Naravno, to ne znači da se staje sa specijalističkim kontrolama, napominje dr. Karuza. Pacijentice i dalje trebaju obavljati mamografiju, ultrazvuk dojki, denzitometriju te ginekološke preglede, a s dobivenim se nalazima javiti svom liječniku obiteljske medicine. Doktoru se svakako treba javiti i u slučaju pojave simptoma.

– Važno je pronaći balans, odnosno da ih **ne stigmatiziramo dijagnozom**, ali i da ne zaboravimo da su bile onkološki pacijenti jer su recidivi mogući i nakon 10 ili 15 godina. I zato je bitno da se nitko

ne uljulja u osjećaj sigurnosti. Redovite, ali racionalne kontrole omogućuju da na vrijeme reagiramo i **očuvamo kvalitetu života** – naglašava dr. Karuza.

Posebnu pažnju treba posvetiti i nuspojavama terapije, poput utjecaja na kosti, ginekološkom te dentalnom zdravlju, kardiovaskularnom sustavu, kao i nutritivno statusu.

– No, jednako je važno da se **ne fokusiramo isključivo na malignu bolest**. To su žene koje kao i svaki drugi bolesnici mogu razviti i druge kronične bolesti. Poput hipertenzije, dijabetesa ili kardiovaskularnih bolesti, i zato skrb mora biti cjelovita, poručila je dr. Jadranka Karuza. ■



7 PREPORUKE
KBC-A RIJEKA



7 KOHOM PDF
DOKUMENT

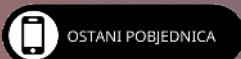


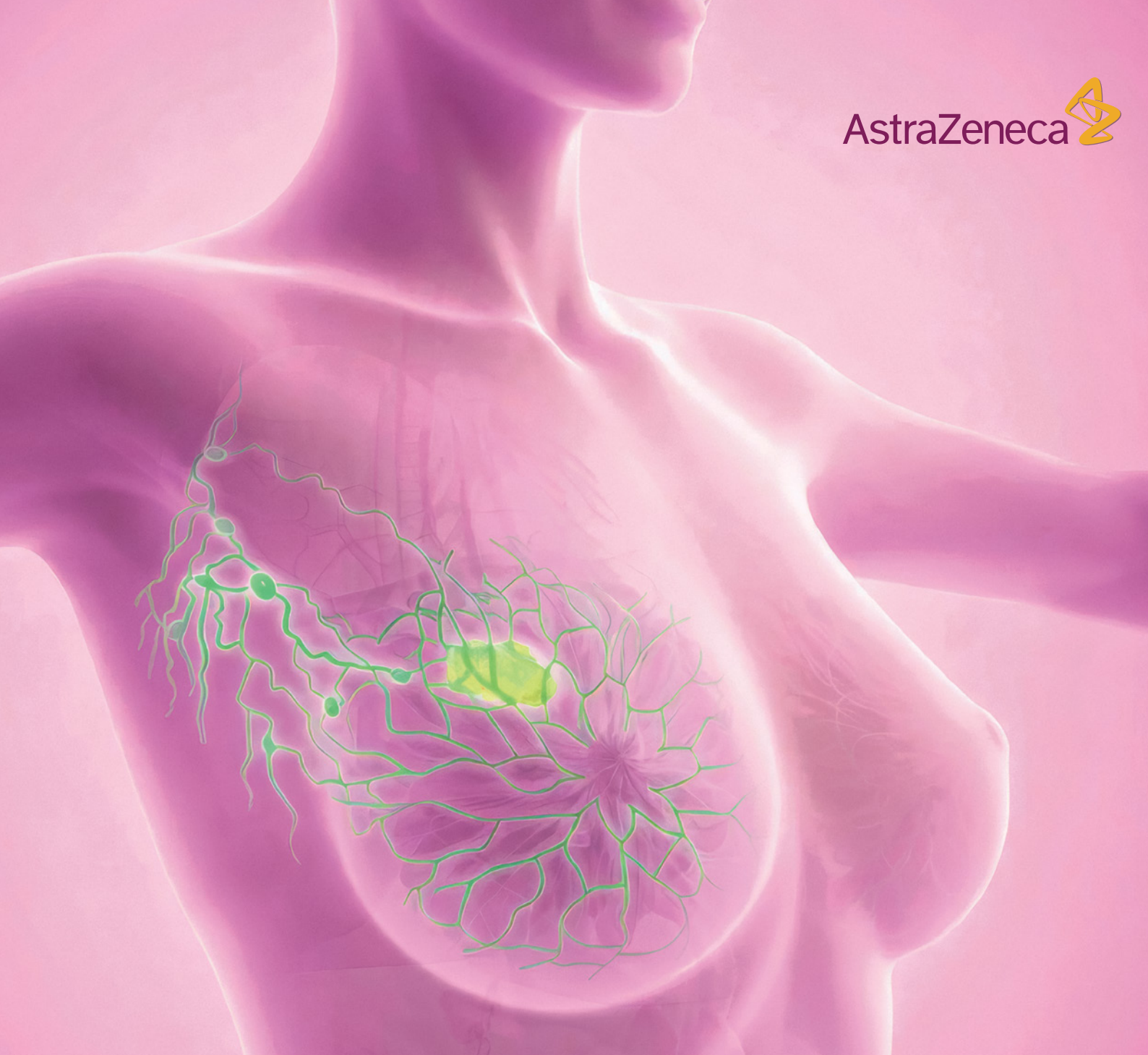
NAKON POČETNOG
LIJEČENJA,
RAK DOJKE
MOŽE SE VRATITI.
PITAJ O SVOM
RIZIKU.



OSTANI POBJEDNICA

 **Uzmi ih u ruke** na vrijeme





Korak naprijed u liječenju bolesnika s rakom dojke