

Nr 54
grudzień 2007

inf.

biuletyn
farmacyjny

BEZPŁATNY KWARTALNIK

ISSN 1509-6823

STOWARZYSZENIE KOBIEC Z PROBLEMEM ONKOLOGICZNYM
ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO KRS 000082371

18-404 Łomża, Aleja Józefa Piłsudskiego 11a, pok. 410, tel. (0-86) 47-33-263, konto: PKO BP o/Łomża, nr 33 1020 1332 0000 1102 0208 9514



Zdrowych, pogodnych
Świąt Bożego Narodzenia,
szczęśliwego Nowego 2008 Roku
życzą Amazonki.



Grudzień – często szary i ponury, czasem mroźny, pełen krzątaniny, porządków, problemów, kłopotów, a jednak.... Tak bardzo go lubimy. Niesie ze sobą tę wspaniałą, niecodzienną atmosferę przygotowań świątecznych, a potem – jedynych w roku, pełnych rodzinnego ciepła, bliskości i radości – Świąt Bożego Narodzenia. Nie ma takich drugich w ciągu dwunastu miesięcy. Są inne dni świąteczne, bardzo ważne, ale te mają swój nieodparty urok. Znowu czeka nas to, co tak kochamy: spotkanie przy wspólnym stole, biały opłatek, błyszczące światła choinki, słowa znanej od dzieciństwa kolędy, szopka; a przede wszystkim podane sobie ręce, uściski z tymi, których nie widziało się – może od dawna i radość z tego, że znowu jesteście razem. A czasem chwila zadumy. Rok temu było nas więcej, rok temu wysyłałam jej kartkę, składałam życzenia, snułyśmy plany na nowy rok... W życiu każdego z nas zawsze są obok siebie – śmiech i radość z jednej, a smutek i gorycz z drugiej strony. I nic na to nie możemy poradzić, tylko po prostu iść dalej.

Te święta, tak rodzinne, pełne najpiękniejszych emocji, przeżyte wśród najbliższych, wśród przyjaciół dodadzą nam sił potrzebnych w codziennym życiu. Światło bijące od żłóbka – pomoże nam uporać się z trudnościami i problemami każdego dnia, z kłopotami, z samotnością, a czasem z chorobą.

Pamiętajmy, że to piękne miejsce, w którym nasz Zbawiciel przyszedł na świat, powinno nas umacniać, a przede wszystkim jednoczyć. Bądźmy razem w czasie tych pięknych Świąt! Bądźmy ze sobą blisko, troszczmy się o siebie nawzajem, pomagajmy sobie. Dzielmy się nie tylko opłatkiem, i nie tylko raz do roku, podczas wigilii. Dzielmy się przede wszystkim sercem!

Każdego dnia, w trudach codziennego życia, czasem w chorobie i cierpieniu. Wystarczy dobre słowo i uśmiech, trzeba poświęcić innym trochę swego czasu, służyć im pomocą. Wierzę jednak głęboko, że całe dobro, które wyświadczymy innym nie pójdzie na marne. Ono do nas kiedyś wróci i ... kto wie? Może wtedy, gdy będzie nam bardzo, bardzo potrzebne.

A gdy nadejdzie pełen świąteł i muzyki ostatni dzień roku, spójrzmy na minione dni. To nasz całoroczny dorobek, nasze dobre i złe chwile, nasze radości i smutki. Spójrzmy też na zbliżający się Nowy Rok. Co nam przyniesie? Wiele jest niewiadomych. Nie wszystko, co planujemy, uda nam się zrealizować, ale bądźmy pełni nadziei i radości, chęci zrobienia czegoś dla innych. Najlepsze jest to, co dobrego człowiek może zrobić dla innych ludzi.

Niech nadchodzące Święta Bożego Narodzenia będą pełne życzliwości, radosnych uśmiechów i światła bijącego od żłóbka, a zbliżający się kolejny rok niech będzie dla wszystkich okresem spełnienia marzeń i planów. Bądźcie z nami!

Barbara Porwoł



Szczepionka przeciwko rakowi

Kilkanaście lat temu pisałem, że rak szyjki macicy jest chorobą rozprzeczoną drogą płciową. Kwestią czasu było wynalezienie szczepionki. Okazało się, że zmiany nowotworowe wywołuje wirus HPV, a szczególnie spośród 100 typów wirusa około 40 zakaża błony śluzowe narządów płciowych. Największy jednak odsetek zachorowań na raka szyjki macicy wykazuje typ HPV 16 oraz HPV 18.

Wynalezienie szczepionki na te typy wirusa otwiera nową erę walki z rakiem szyjki macicy.

Jednak problem tkwi tu w szczepieniu w młodym wieku, kiedy jeszcze organizm nie „spotkał” wirusa, aby przygotować układ obronny na zniszczenie go w momencie zakażenia. Kogo to dotyczy? Oczywiście dziewczynki, które jeszcze nie rozpoczęły współżycia płciowego, czyli najlepiej w wieku 13-15 lat. Są miejsca w Polsce, gdzie samorząd finansuje te szczepienia. Odzyska z nawiązką te pieniądze w postaci braku zachorowań na swoim terenie w przyszłości i zaoszczędzi na drogim leczeniu, nie mówiąc o korzyściach dla samych dziewczyn, a te są najważniejsze. Tę, że znikną zachorowalność u osób szczepionych tą szczepionką zostało udowodnione w licznych pracach związanych z dopuszczeniem do stosowania u ludzi. Podobnie kiedyś było z szczepieniem przeciw żółtacze. Dopiero akcja szczepienia personelu medycznego zapobiegła w sposób zasadniczy zachorowaniom na WZW wśród personelu medycznego.

Obecnie istnieje strona internetowa, gdzie można dowiedzieć się szczegółów na temat szczepionki przeciw wirusem HPV. www.hpv.pl

Właściwie to mężczyźni są „roznosicielami” wirusa i ich w pierwszej kolejności powinno się szczepić, ale jak wytłumaczyć urzędnikom, by finansowali szczepienia mężczyzn przeciwko zachorowaniu na raka szyjki macicy, skoro panowie nie mają szyjki macicy.

U kobiet, które już rodzily szczepienie ma znaczenie w podniesieniu odporności przeciwko wirusowi nawet wtedy, kiedy już miały „kontakt” z osobą zarażoną. Objawów nie musi być żadnych, jednak po latach mogą pojawiać się zmiany w cytologii szyjki macicy, które wymagają diagnostyki i leczenia. Zmiany pozostawione bez reakcji doprowadzają do rozwoju coraz większego stopnia zaburzenia budowy komórkowej (dysplazji), a w końcu do raka. Dotyczy to również i innych okolic ciała. Poszczególne typy wirusa atakują typowe dla siebie miejsca nabłonków. Wirusy HPV są odpowiedzialne za około 90% zachorowań na brodawki narządów płciowych oraz w okolicy odbytu, a także zmian brodawczakowatych w jamie ustnej.

Często pytają mnie dziewczyny, czy powinny się szczepić. Na pewno, jeśli

nie rozpoczęły jeszcze współżycia płciowego. Nie mają po prostu pewności, że spotkany kiedyś partner nie miał wcześniej kontaktu z osobą, która miała infekcję wirusem HPV. Po prostu ilość partnerów zwiększa statystycznie prawdopodobieństwo „spotkania” wirusa. Stąd dane, które za grupę zwiększonego ryzyka wskazywały dziewczyny wcześniej rozpoczynające współżycie, gdzie dojrzewający organizm łatwiej ulega uszkodzeniom w szybko rozwijających się komórkach.

Oczywiście nie wszystkie osoby zarażone zachorują od razu na raka szyjki macicy. Jest w naturze siła pozwalająca na własną produkcję przeciwciał przeciwko wirusowi i od każdego zależy moc jego odporności. Jeśli układ obronny poradzi sobie z wirusem to w naturalny sposób zwalczy go, natomiast jeśli wygra wirus, dochodzi do zaburzeń w materiale genetycznym komórki, a ta zaczyna przemieniać się w nowotworową. W takim przypadku, po zaszczepieniu u tych osób odporność wzrośnie od kilkudziesięciu do ponad stu razy ponad poziom przeciwciał u osób w przebiegu naturalnego zakażenia. W tym przypadku ma sens szczepienie dziewczyn, które były leczone z powodu zmian wywołanych przez wirusa, bo to oznacza, że ich poziom przeciwciał nie zabezpieczył je przed rozwojem nieprawidłowych komórek.

Natomiast tą szczepionką nie służy do leczenia raka szyjki macicy. Ona daje takie zwiększenie odporności, które zapobiega przed rozwojem zmian wywołanych wirusem; nie tylko raka szyjki macicy, ale też i tych brodawczaków czy innych wywołanych przez wirusa w innych miejscach organizmu. Przed szczepieniem nie ma konieczności określenia, czy osoba jest zakażona wirusem HPV.

Szczepionkę podaje się trzykrotnie. Pierwszy raz, a potem, po 2 i 6 miesiącach. Jednorazowe podanie szczepionki to koszt ok. 500 zł. W sumie 1500 zł. Drogo, czy tanio? Właściwie jest to rozłożone w czasie, a pozostaje załatwione ryzyko raka szyjki macicy oraz przy okazji innych zmian wywołanych przez wirusa.

Obecnie szybkie tempo życia nie pozostawia wiele czasu na myślenie o czymś, co może wystąpić kiedyś, ale zabezpieczenie się (tak jak przed WZW czy innymi chorobami) szczepionką jest nowoczesne i wygodne, a zarazem bezpieczne i skuteczne.

Dr n. med. Tadeusz Oleszczuk
specjalista ginekolog położnik

Dojrzałe do zmian

20 lat działalności to potężny bagaż doświadczeń, przemyśleń, refleksji nad tym, co i w jaki sposób robimy, czym kierujemy się w dążeniu do skutecznego osiągnięcia statutowych celów. Czy podejmowane działania są optymalne i gwarantują w perspektywie stały rozwój organizacji? To dobry czas do ogólnej debaty, próby oceny stanu aktualnego, sprecyzowania sposobów i metod działania oraz wypracowania strategii rozwoju organizacji na następne lata. W dniu 5 września na comiesięcznym spotkaniu intergacyjno-edukacyjnym podjęliśmy próbę samookreślenia się, odpowiedzenia sobie, czego oczekujemy jedna od drugiej i w jaki sposób chcielibyśmy funkcjonować w przyszłości. Skupiliśmy się na wnikliwym rozważaniu czy misja organizacji i cele statutowe powinny być realizowane przez reprezentację grupy czy raczej wszystkie poczuwamy się do solidarnego współdziałania. W trakcie wymiany poglądów okazało się, że i tym razem myślimy podobnie i chcemy, by każda z nas miała swój zauważalny udział w osiągnięciach Klubu. To dowodzi, że dojrzałyśmy do zmian i równocześnie zapragnęłyśmy by wszystkie członkinie Stowarzyszenia stanowiły swoisty wolontariat. Praca w Klubie polegałaby na tym, że Grupa Ochotniczek pracuje - i pracować będzie na dotychczasowych zasadach - zaś pozostała grupa członkiń aktywnie pracować będzie na rzecz rozwoju Klubu. Postaramy się rozwijać w każdej z nas potrzebę pracy dla innych w formie zgodnej z osobistymi talentami, umiejętnościami a przede wszystkim z gotowością służenia innym. Misja Amazonek określana maksymą „Pomagając innym pomagasz sobie” nie powinna odnosić się tylko do Ochotniczek, ale powinna stanowić podstawę pracy każdej członkini Stowarzyszenia. Wspólnie przyjęliśmy, że ta zasada przyswiecać będzie każdej osobie deklarującej członkostwo w naszej organizacji. Jest to praktycznie powrót do korzeni. Tak rozpoczynałyśmy 20 lat temu działalność, stowarzyszały się wyłącznie kobiety, które miały potrzebę służyć innym. Lata sprawiły odstępstwo od tej zasady. Dlatego powiedzenie: „Dojrzałe do zmian” praktycznie sprowadza się do powrotu do źródeł. Rozmawialiśmy jak wrócić do podstaw idei, która przyswiecała nam na początku drogi i jak technicznie miałoby to wyglądać. Otóż 5 września wspólnie wypracowałyśmy zasady nowego Regulaminu Członka Stowarzyszenia. Przyjęliśmy, że Członkinie Klubu stanowią grupę Kobiet, które dobrowolnie zrzeszają się z równoczesną deklaracją chęci pracy na rzecz statutowych celów stowarzyszenia. Klub stara się prowadzić permanentną edukację wszystkich członkiń, otaczać je opieką by mogły sprawnie i pozytywnie pracować dla innych. Jak to osiągniemy? Wszystkie osoby zgłaszające się do Klubu będą serdecznie witane, otrzymają wsparcie, niezbędne informacje jak żyć z rakiem piersi jak również będą mogły uczestniczyć w comiesięcznych spotkaniach integracyjno-edukacyjnych bez potrzeby zapisywania się do Klubu. Będą mogły przychodzić tak długo jak tylko będą chciały. Osoby te będą miały możliwość poznać cele organizacji, sposoby jej działania, ludzi w niej pracujących i wyrobić sobie pogląd czy chcą być członkinią właśnie takiego Stowarzyszenia, i czy mają coś, co chciałyby dać z siebie innym. Zasadę tę ustanowiłyśmy jednogłośnie i wprowadzamy ją w życie z dniem 6 września, 2007 r. Przyjmowanie nowych członkiń w trybie nowej Uchwały, nakłada oczywiście na każdą z nas dodatkowy obowiązek otoczenia opieką i troską pojawiającą się w Klubie nową osobę. Oznacza to, że same musimy zdać sobie sprawę, po co się zrzeszyłyśmy, i co powinniśmy dawać z siebie by jak najlepiej pomóc tej NOWEJ.

Zrozumienie tej zasady i konsekwentne jej stosowanie w perspektywie zaowocuje rozwojem osobistym każdej z nas jak również sprzyjać będzie pozyskaniu wielu, wartościowych dla organizacji, kobiet.

Drogie Koleżanki zmiana w podejściu do członkostwa w Stowarzyszeniu wymaga od nas większej wrażliwości i troski w stosunku do zgłaszających się osób po wsparcie i informacje. Pamiętajcie, że One nie muszą należeć do Klubu, aby otrzymać od nas to, po co przychodzą. Musimy zdawać sobie sprawę, że osoba przychodząca do nas nie wie, na czym polega nasza działalność. Wobec czego powinniśmy dać jej pełną informację, kim jesteśmy, po co istniejemy, co robimy, w sposób mówiący sam za siebie. Dobrze trafiłaś, my się tobą zajmujemy najlepiej jak potrafimy.

Drogie Panie nowicjuski, zapraszamy wszystkie serdecznie do Klubu, będziemy cieszyć się z bycia razem i służymy wam pomocą. Te osoby, które odkryją w sobie potrzebę pracy dla dobra ogólnego włączymy do grupy pracujących Amazonek wolontariuszek. Mam nadzieję, że to nowe podejście do członkostwa w Stowarzyszeniu ożywczo wpłynie na każdą z nas i spowoduje, że z nowym impetem wejdziemy w następne dwudziestolecie.

Elżbieta Kozik



Markery nowotworowe

5 informacji o markerach nowotworowych

Kiedy chorują bliscy...

Raka obawiamy się najbardziej. Jeśli wśród krewnych ktoś już zachorował, niepokój rośnie. Nie bez powodu, bo skłonność do tej choroby bywa dziedziczna. Dotyczy to nowotworów piersi, jajnika, jelita grubego. Niektórzy lekarze osobom z grupy „rodzinnego” ryzyka, prócz badań profilaktycznych [mammografia, kolonoskopia], zalecają testy na obecność odpowiednich markerów.

Nie bójmy się raka! Dzisiaj nie musi już oznaczać wyroku! W wielu wypadkach jest wyleczalny. Ważne jednak, by był wcześniej wykryty. Pomóc w tym może proste badanie krwi.

1. Co to są markery?

To substancje zwane wskaźnikami nowotworowymi. Gdy choroba się rozwija, pojawiają się we krwi w dużych ilościach. Można oznaczać kilkanaście różnych markerów. Niektóre wytwarzane są przez jeden konkretny typ guza [np. PSA przy raku prostaty]. Inne powstają przy kilku różnych rodzajach nowotworów [np. CEA wskazuje na raka piersi, jelita grubego, trzustki, jądra lub płuc].

2. Jak się je określa?

Wystarczy pobranie niewielkiej ilości krwi [nie trzeba być na czczo]. Podczas analizy sprawdza się rodzaj markerów i ich stężenie. Badanie wykonuje się nieodpłatnie ze skierowaniem od lekarza.

3. W jaki sposób ocenia się wyniki?

Podwyższony poziom któregośkolwiek z markerów [norma jest na wydruku] świadczy, ale nie przesądza o nowotworze. Potwierdzają go dodatkowe badania [np. USG, tomografia komputerowa]. Nie wpadajmy od razu w panikę: zdarza się bowiem, że substancje te są wytwarzane w nadmiarze, gdy cierpimy na zapalenie wątroby, trzustki, nerek. Prawidłowy wynik nie zawsze jednak wyklucza raka. Przy pewnych jego odmianach markery nie są produkowane. Zanim zrobimy testy, lepiej dowiedzmy się od lekarza, które warto wykonać.

4. Kiedy ich oznaczenie jest niezbędne?

U tych osób, u których wcześniej wykryto nowotwór i markery powyżej normy. W ten sposób sprawdza się np., czy guz wycięto w całości, jak skuteczna jest chemioterapia. Jeśli poziom markerów jest podwyższony – choroba nie została powstrzymana i mogą być przerzuty. Wtedy konieczne jest dalsze leczenie.

5. Czy ich wykrywanie może być badaniem profilaktycznym?

Tak, ale w nielicznych przypadkach raka, np. wątroby [wskazuje go AFP] i prostaty [podwyższone PSA pojawia się już we wczesnym stadium, kiedy choroby nie można wykryć innymi metodami]. W innych rodzajach nowotworów [np. piersi, jajnika, jelita grubego] wysoki poziom markerów pojawia się często dopiero, gdy nowotwór jest zaawansowany. Dlatego ich oznaczenie nie powinno zastępować badań np. mammografii, USG piersi i jajników czy kolonoskopii. Może je wyłącznie uzupełniać.

Lapatinib - nowy lek

Postępy w leczeniu raka piersi z nadmierną ekspresją receptora HER-2

Nadmierna ekspresja receptora HER-2 występuje w około 30% przypadków raka piersi. Można stwierdzić ją badając próbkę guza pod mikroskopem przy zastosowaniu specjalnego barwienia lub bardziej wyrafinowaną i dokładniejszą metodą FISH. Wykazanie nadmiernej ekspresji receptora HER-2 w komórkach raka piersi przemawia za bardziej agresywną postacią tej choroby, jej większą skłonnością do nawrotu po leczeniu radykalnym i szybszym wzrostem przerzutów. Do momentu wprowadzenia herceptyny czas przeżycia chorych z tą postacią raka piersi był krótszy. Wprowadzenie herceptyny - przeciwciała monoklonalnego, które łączy się z białkiem HER-2 na powierzchni guza i niszczy komórki nowotworowe spowodowało radykalnie wydłużenie przeżycia do tego stopnia, że obecnie nie ma różnicy w rokowaniu o ile herceptyna jest stosowana. W części przypadków okazuje się jednak, że pomimo nadmiernej ekspresji receptora HER-2 herceptyna nie jest skuteczna. Dlaczego tak się dzieje? Przecież „cel” istnieje, a jednak komórki raka nie giną pod wpływem herceptyny. Oczywiście inny jest mechanizm tego zjawiska jeśli w trakcie leczenia herceptyną powstaje oporność i komórki raka „wymykają się” spod kontroli, a inny, jeśli od początku nie są na nią wrażliwe. Aby zrozumieć, co się wtedy dzieje trzeba najpierw prześledzić mechanizm działania receptora HER-2. Nie jest to proste nawet dla specjalistów biologii komórki, tak wiele różnych przemian metabolicznych jest zaangażowanych w jego działanie. Receptor HER-2 składa się z dwóch części: zewnątrz- i wewnątrzkomórkowej. Części zewnątrzkomórkowe poszczególnych receptorów mogą łączyć się ze sobą w zjawisku tzw. dimeryzacji. Proces ten jest konieczny aby powstała aktywna forma receptora, której część wewnątrzkomórkowa działa jak katalizator wzrostu i podziału komórki oraz przeciwdziała jej obumieraniu. Pobudzenie wewnętrznej części receptora HER-2 przez dimeryzację części zewnątrzkomórkowych jest jeszcze bardziej skomplikowane, ponieważ współdziałają w nim także receptory HER-1, HER-3 i HER-4. Wiemy, że bardzo ważny jest receptor HER-1, który uczestniczy w zjawisku dimeryzacji i tworzeniu katalizatora przemian metabolicznych komórki. Herceptyna łącząc się z zewnątrzkomórkową częścią receptora HER-2 blokuje proces dimeryzacji i powstawanie katalizatora. W trakcie leczenia herceptyną zmniejsza się ilość receptora HER-2 na powierzchni komórki. Zmienić się także może jego kształt, co uniemożliwia łączenie z herceptyną. Powstają także „omijające” drogi przemian komórkowych, niezależne od receptora HER-2.

Herceptynę stosujemy najczęściej w skojarzeniu z chemioterapią. Jeśli podczas leczenia przerzutów raka piersi dojdzie do postępu choroby, wtedy albo mamy do czynienia z opornością na herceptynę, albo na chemioterapię. Ponieważ leki podajemy łącznie, nie wiemy, który z nich przestał działać. To bardzo duży problem, który dotychczas nie został rozwiązany. Wiadomo, że jeśli zmienimy chemioterapię, a herceptynę pozostawimy, uzyskujemy w części przypadków dalszą kontrolę nad chorobą. Nie ma jednak potwierdzenia celowości takiego postępowania w dużych badaniach klinicznych, ponieważ nie udało się ich przeprowadzić. Pacjentki nie godziły się na wstrzymanie leczenia herceptyną. Jeśli więc dojdzie do postępu choroby w trakcie leczenia herceptyną jest ona odstawiana z powodu braku naukowych dowodów, praw-

podobnie w części przypadków przedwcześnie, po czym stosuje się nową terapię. Podawana jest z reguły chemioterapia, czasami hormonoterapia.

W ostatnich latach bardzo intensywnie rozwijają się nowe leki, działające na przemiany metabolizmu komórki. Omówienie mechanizmu działania receptora HER-2 ma uzasadnienie także w tym, aby wyjaśnić inne możliwości jego zablokowania. W Stanach Zjednoczonych zarejestrowano w marcu tego roku lapatinib. Jest to lek w formie doustnej, który w skojarzeniu z chemioterapią pozwala uzyskać długotrwałą (prawie 9 miesięcy) kontrolę nad rozsiały rakiem piersi z nadmierną ekspresją receptora HER-2 u chorych z opornością na herceptynę. Lapatinib działa zupełnie inaczej, niż herceptyna. Częsteczka lapatinibu wnika do wnętrza komórki, gdzie łączy się z wewnątrzkomórkową częścią receptora HER-2 oraz receptora HER-1 i hamuje ich zdolność do przyspieszania przemian komórkowych, wzrostu komórki i podziału. Na początku tego roku ukazała się publikacja w New England Journal of Medicine, w której wykazano, że u pacjentek z nadmierną ekspresją receptora HER-2 i wtórną opornością na herceptynę lapatinib w skojarzeniu z kapecytabiną (Xeloda) działa lepiej, niż sama kapecytabina. Jest to lek na ogół dobrze tolerowany, u części chorych występowała jedynie biegunka lub zaczerwienienie skóry. Wydaje się, że nie pogarsza on funkcji mięśnia sercowego (herceptyna może wykazywać rzadko takie działanie).

W dotychczasowych badaniach wykazano także pewną skuteczność lapatinibu w przerzutach do mózgu, w których herceptyna nie działa ze względu na dużą częsteczkę i brak możliwości przenikania przez barierę krew-mózg. Teoretycznie lapatinib może pokonać tę trudność. Opisywano odpowiedzi w obrębie centralnego układu nerwowego, ale w badaniu, w którym leczono lapatinibem przerzuty do mózgu uzyskano jedynie 5% odpowiedzi. Dotyczyło ono jednak chorych leczonych wcześniej napromienianiem z powodu przerzutów do mózgu, obecnie z progresją tych przerzutów, a więc nie należało się tu spodziewać spektakularnych wyników. Wydaje się, że pewna aktywność lapatinibu w przerzutach do mózgu istnieje, a nowe badania kliniczne ustalą jego miejsce w tym wskazaniu.

Trwają badania terapii lapatinibem rozsiały raka piersi, nie leczonego wcześniej herceptyną ani chemioterapią. Pierwsze doniesienia są bardzo zachęcające. Bardzo dobrze oceniono lapatinib w badaniach nad zapalnym rakiem piersi. Grupy chorych są małe, ale wstępne wyniki zdecydowanie zachęcają do dalszych badań. Obecnie nie zakończył się jeszcze proces rejestracji w Unii Europejskiej, więc lapatinib nie jest dostępny. Po zarejestrowaniu będzie go można stosować w rozsiały raku piersi z nadmierną ekspresją receptora HER-2, jeśli pacjentka była wcześniej leczona herceptyną i taksanami. Będzie go można stosować w skojarzeniu z kapecytabiną (oba leki doustne). Obecnie jedyną możliwością leczenia lapatinibem jest uczestnictwo w badaniach klinicznych, która istnieje w różnych ośrodkach onkologicznych w Polsce.

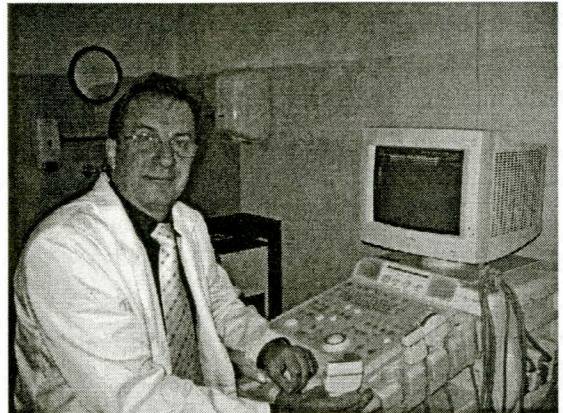
Dr Barbara Bauer-Kosińska



Dzień otwarty w Onkologii 6 październik 2007r.



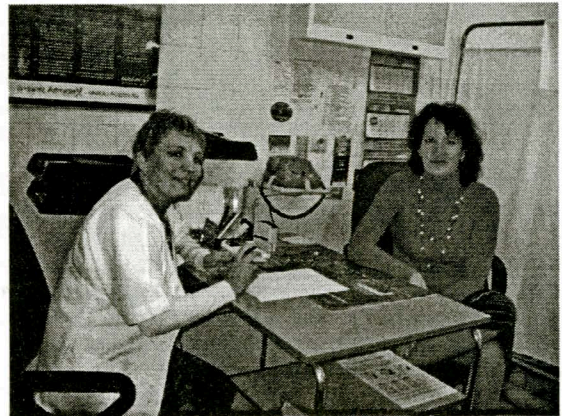
Kobiety czekające na wizytę u onkologa....



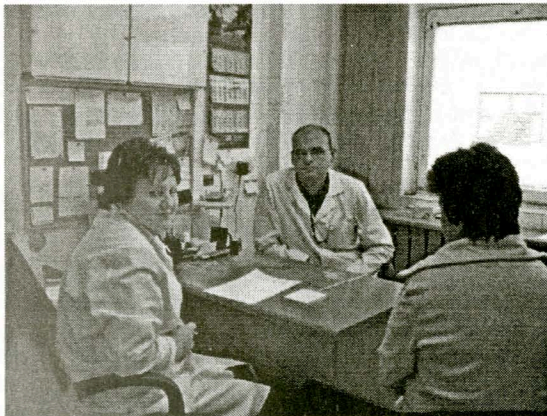
Dr Ryszard Wagner wykonuje usg piersi



Bożena Chojnowska przy mammografii



Małgorzata Oleszczuk w gabinecie



Grzegorz Maciorowski przyjmuje pacjentkę



Amazonki i przyjaciele podczas akcji

Podziękowania

Gorąco dziękujemy wszystkim którzy przyczynili się do zorganizowania Dnia Otwartego w Onkologii:

- Urzędowi Miasta w Łomży
- Dyrekcji Szpitala Wojewódzkiego w Łomży
- Pracownikom służby zdrowia:

*lekarzom – onkologom: Małgorzacie Oleszczuk, Katarzynie, Szymańskiej, Grzegorzowi Maciorowskiemu,

* radiologom: dr Ryszardowi Wagnerowi, Bożenie Chojnowskiej,

*pielęgniarkom: Barbarze Gębusiak, Beacie Ruszczyk,

- koleżankom z Podlaskiego Centrum Zdrowia Publicznego.

Dzięki Wam wiele kobiet mogło skorzystać z porady specjalistów oraz wykonać badania profilaktyczne, a tym samym zadbać o swoje zdrowie. Dziękujemy w ich i naszym imieniu. Bądźcie z nami!



Karnawałowy Bal Przyjaciół Amazonek

Serdecznie zapraszamy na bal, który odbędzie się 5 stycznia 2008 r. w hotelu „Zbyszko” w Nowogrodzie

Zaproszenia do nabycia w siedzibie Stowarzyszenia: Al. Piłsudskiego 11A, pok. 410
rezerwacja telefoniczna 086 47 33 263 w godz. 10.00 - 13.00

RAK PIERSI – CHARAKTERYSTYKA PROBLEMU ZDROWOTNEGO W POLSCE

Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na raka piersi. Rak piersi w naszym kraju stanowi około 20% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. W ciągu ostatnich kilku lat zachorowalność wzrosła o około 4-5%. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem zgonu niemal 13% wszystkich przypadków z rozpoznaniem nowotworów złośliwych w 2004 zarejestrowano 106 mężczyzn z tym nowotworem i ponad 12 000 nowych zachorowań wśród kobiet (standaryzowany współczynnik zachorowalności - 40,7/100000).

Rak piersi jest w Polsce przyczyną największej liczby zgonów wywołanych przez nowotwory złośliwe występujące u kobiet, przy czym od kilku ostatnich dekad obserwowany jest w naszym kraju trend wzrostowy w zakresie umieralności z powodu raka piersi. W 2004 roku zarejestrowano 4 887 zgonów z powodu raka piersi (standaryzowany współczynnik umieralności -14,5/100000). Wg najnowszych danych, rak piersi stanowi przyczynę zgonu niemal 13% wszystkich przypadków z rozpoznaniem nowotworów złośliwych.

Statystyki pokazują, że odsetek zgonów z powodu nowotworu piersi jest prawie 2 razy mniejszy niż odsetek zachorowań na nowotwory piersi. Najczęściej zachorowania na nowotwory piersi pojawiają się u kobiet pomiędzy 45. a 69. rokiem życia. W tej grupie zanotowano ponad 50% wszystkich zachorowań na raka piersi. Liczba zgonów z powodu raka piersi wzrasta po 45. roku życia, natomiast w przedziale wiekowym 50-79 jest stała. Współczynniki zachorowalności wzrastają z wiekiem między 49. a 59. rokiem życia, następnie częstość zachorowań stabilizuje się, a po 70. roku życia nawet maleje. Współczynniki umieralności wzrastają z wiekiem począwszy od 35. roku życia do momentu ukończenia 80. roku życia.

Od początku lat 90. u kobiet w średnim wieku nastąpiło przyspieszenie tempa wzrostu zachorowalności przy stabilizacji umieralności. W najstarszej grupie również zaobserwowano postęp, jednak wciąż powolny przy utrzymującym się wzroście umieralności. Zmiany kierunków trendów umieralności i zachorowalności świadczą o poprawie wczesnej diagnostyki i leczenia, szczególnie u kobiet młodych i w średnim wieku.

Do czynników ryzyka zachorowania na raka piersi zaliczamy starszy wiek, rodzinne występowanie raka piersi w młodszym wieku, wczesne rozpoczęcie miesiączkowania, późne występowanie menopauzy, pierwszy poród zakończony urodzeniem żywego dziecka w starszym wieku, długotrwałe stosowanie zastępcze leków hormonalnych, ekspozycję na działanie promieniowania jonizującego, obecność łagodnych chorób rozrostowych piersi oraz nosicielstwo mutacji genów BRCA1 i BRCA2.

Podstawową metodą zmniejszenia umieralności jest wczesne wykrywanie tego nowotworu w ramach prawidłowo zaprojektowanych i realizowanych badań przesiewowych (skrining) opartych na badaniu mammograficznym. Prawidłowość programu przesiewowego oznacza jego populacyjny charakter, powiązanie z rejestrem nowotworów, prowadzenie zgodnie z wytycznymi i podejmowanie okresowych działań kontrolnych jakości oraz efektywności programu.

Bardzo ważne znaczenie ma określenie ryzyka zachorowania na raka piersi uwarunkowanego dziedzicznie na podstawie wywiadu rodzinnego. Kobiety zaliczone do rodzin wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi należy objąć poradnictwem genetycznym. Opieka genetyczna powinna w pierwszej kolejności odnosić się do kobiet z rodzin obciążonych, które są nosicielkami mutacji genów predyspozycji do zachorowania na raka piersi. Diagnostyka powinna obejmować ustalenie charakteru zaburzeń proliferacyjnych w obrębie piersi, a w przypadku stwierdzenia utkania raka konieczne jest określenie jego typu histologicznego i stopnia złośliwości histologicznej oraz stopnia zaawansowania choroby. Należy podkreślić bezwzględną konieczność uzyskania materiału do badania cytologicznego lub histologicznego przed podjęciem pierwotnego leczenia. W tym celu wykonuje się biopsje cienkoigłowe lub gruboigłowe bez użycia badań obrazowych w przypadku zmian dostępnych palpacyjnie lub z wykorzystaniem badań obrazowych w przypadku zmian niewyczuwalnych (tzw. biopsje lokalizacyjne pod kontrolą mammografii lub ultrasonografii). Wykonywanie pierwotnego wycięcia guza piersi lub badania śródoperacyjnego jest obecnie uzasadnione w przypadku niemożności wykonania biopsji lub stwierdzenia sprzeczności między jej wynikiem i obrazem klinicznym.

Współcześnie leczenie raka piersi powinno polegać na postępowaniu skojarzonym, co oznacza wykorzystanie wszystkich dostępnych metod leczenia. Zakres wykorzystania poszczególnych metod leczenia zależy od stopnia inwazyjności i zaawansowania nowotworu oraz obecności czynników prognostycznych. W każdym przypadku należy również uwzględniać stan ogólny chorych i obecność chorób współistniejących. Podstawową metodą jest leczenie chirurgiczne, które powinno być doszczętne i powinno dostarczać możliwie największej liczby informacji na temat stopnia zaawansowania oraz czynników prognostycznych. W ramach leczenia chirurgicznego wyróżniane są operacje oszczędzające i amputacje. W każdym przypadku obowiązuje wykonanie wycięcia pachowych węzłów chłonnych. W ściśle określonych sytuacjach alternatywą jest tzw. biopsja wartownicza węzła chłonnego, która powinna być wykonywana w ośrodkach wysokospecjalistycznych. Niezbýwalną częścią postępowania jest chirurgiczne leczenie odtwórcze. Większość chorych poddanych leczeniu chirurgicznemu powinna otrzymać pooperacyjne leczenie uzupełniające. W zależności od szczegółowych wskazań w ramach leczenia uzupełniającego wykorzystywana może być chemioterapia, hormonoterapia lub radioterapia (wymienione metody są często kojarzone sekwencyjnie). Leczenie skojarzone jest niezbędne u chorych na raka piersi w stadium miejscowego zaawansowania, przy czym leczenie systemowe (chemioterapia lub hormonoterapia) powinno poprzedzać leczenie miejscowe (chirurgiczne lub napromienianie). Wszystkie wymienione metody leczenia mogą być również wykorzystywane w ramach postępowania u chorych na uogólnionego raka piersi, przy czym zasadniczą rolę odgrywa hormonoterapia i chemioterapia. Hormonoterapia stanowi leczenie z wyboru chorych na hormonozależnego raka piersi (około 70% wszystkich chorych), ponieważ jest leczeniem lepiej tolerowanym przy zbliżonej do chemioterapii skuteczności. Należy pamiętać, że leczenie uogólnionego raka piersi jest postępowaniem paliatywnym (wydłużenie życia i poprawa jego jakości), co powinno być podstawą podejmowania decyzji terapeutycznych. Przebieg chemioterapii lub hormonoterapii powinien być stale nadzorowany pod względem skuteczności i tolerancji. W ramach leczenia paliatywnego należy uwzględnić radioterapię (np. napromienianie przerzutów w układzie kostnym) i leczenie chirurgiczne (zabiegi łagodzące). Przyszłość leczenia systemowego chorych na raka piersi związana jest z wprowadzaniem tzw. leków celowanych. Są to leki oparte na indywidualnej charakterystyce genetycznej lub molekularnej. Obecnie leki te są wykorzystywane przede wszystkim w leczeniu chorych na zaawansowanego raka piersi, a w przyszłości mogą być również stosowane w wczesnych stopniach zaawansowania.



Szkolenie nt. Niezdrowy tryb życia

W dniach 29 i 30 września br. w hotelu "Zbyszko" w Nowogrodzie odbyły się warsztaty psychoterapeutyczne dla członkiń naszego Stowarzyszenia na temat "Niezdrowy tryb życia".

Zadanie to było realizowane w ramach Łomżyńskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Patologii Społecznej na rok 2007.

Warsztaty mogły być zrealizowane również dzięki ogromnej życzliwości i wsparciu finansowemu wieloletniej przyjaciółki Stowarzyszenia – Doroty Karwowskiej z hotelu "Zbyszko". Dziękujemy jej bardzo!

Szkolenie było prowadzone z udziałem psychologów i terapeutów:

- pani Danuty Brzezińskiej z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii i Uzależnień, ul. Rybaki,
- pani Joanny Dardzińskiej-Mądry z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, Sz. Zambrowska.

Warsztaty organizujemy od kilku lat i cieszą się one ogromnym zainteresowaniem naszych członkiń. W trakcie warsztatów prowadzący przekonali nas o celowości i wartości realizowania zdrowego trybu życia. Pomogło to nam – kobietom "po przejściach" w radzeniu sobie z problemami nadużywania leków, tytoniu, alkoholu, z używaniem narkotyków. Szkolenie podniosło również naszą kondycję psychiczną, a ćwiczenia relaksacyjne pozwoliły uzyskać dystans do choroby i wyciszyć złe emocje.

Z przeprowadzanych badań, wynika, że na 100% osób sięgających po alkohol, 20% osób zaczyna mieć poważne problemy z powodu picia, a znaczna część z nich uzależnia się.

Zaczęto więc poszukiwania od kiedy zaczyna się uzależnienie? Gdzie jest ukryta potężna pułapka uzależnienia? Odnaleziono wiele czynników, jednak nie znaleziono takiego jednego momentu wchodzenia w uzależnienie, ponieważ popadanie w nałóg jest długim procesem, zwykle wieloletnim. Nikt się nie rodzi alkoholikiem, a do alkoholizmu, uzależnienia się od alkoholu, prowadzi bardzo wiele dróg. Te drogi są bardzo różne, bywają dłuższe, a czasem krótkie. O tym, że człowiek znajdzie się na takiej drodze decydują głównie trzy rodzaje sił, trzy czynniki. Są to: czynnik psychologiczny, społeczny i biologiczny.

CZYNNIK SPOŁECZNY

Czynniki społeczne są tym, co wnosi społeczeństwo. Problemy związane z alkoholem mają ścisły związek z obyczajowością i postawami społecznymi wobec picia alkoholu, a więc z czynnikami kulturowymi. Człowiek jest istotą społeczną, żyjącą w stadzie, a przez to podlega różnorodnym naciskom grupy, społeczeństwa. Alkohol jest nieodzownym elementem spotkań międzyludzkich. Co się dzieje, gdy rodzi się dziecko, co najczęściej robi tata? Pije! A chrzciny, imieniny, urodziny, zakończenie szkoły, dyskoteki... A wesela? A stypa? A jak jest zimno na dworze? A jak gorąco? ... We wszystkich postawionych pytaniach odpowiedź jest jedna - sięgamy po alkohol.

Trudno jest sobie nawet wyobrazić pewne spotkania okolicznościowe bez alkoholu, np.: wesela, bale, imieniny, święta ...itp. Jeśli człowiek znajdzie się na przyjęciu, gdzie wszyscy piją, to nawet jeśli tego dnia nie będzie miał ochoty na alkohol, to ulega naciskom grupy. Często woli ulec, bo trudniej jest szukać pretekstów i wymówek do odmawiania wypicia alkoholu. Czynniki społeczny działa na człowieka wtedy, gdy pod presją otoczenia spożywa alkohol. I trzeba nie lada odwagi i umiejętności zachowań asertywnych, aby przeciwstawić się grupie, na której nam zależy.

CZYNNIK PSYCHOLOGICZNY

Czynnik psychologiczny, jest tym, co na tej drodze znajduje wyraz w postaci ludzkich przeżyć, potrzeby, pragnień, wewnętrznych stanów. Ludzie piją z bardzo wielu, różnych powodów. Piją, bo źle się ze sobą czują, bo mają wątpliwości, co do swojego poczucia wartości, bo taka jest moda. Każdy człowiek, chociaż się do tego nie przyznaje, najbardziej w życiu szuka akceptacji innych ludzi. Szuka szczęścia, a jeśli ma problemy, to chce je jak najszybciej rozwiązać. Alkohol może posłużyć do osiągnięcia rozluźnienia i zadowolenia.

Można również upić się na smutno. Wtedy, gdy nie potrafimy wyrażać swojego smutku, żalu, przygnębienia, alkohol może uzewnętrznić te uczucia. Możemy spotkać ludzi po upojeniu alkoholowym, którzy płaczą i chcą wyrzucić z siebie wszystkie przykre doznania. Czynniki psychologiczny będzie działał zawsze wtedy, kiedy alkoholem regulujemy swoje emocje, uczucia.

CZYNNIK WRODZONEJ PODATNOSCI

Chromosom Y

Czynniki biologiczne to jest to, co wynika ze spotkania organizmu człowieka z alkoholem. Jest to taka skaza na chromosomie Y, która ma predyspozycje do uzależnienia się. Dziedziczeniu podlega biologiczne (biochemiczne) podłoże. To jacy jesteśmy: nasz kolor oczu, sylwetka, ale też predyspozycje do pewnych chorób, zawdzięczamy naszym odziedziczonym genom. Tak też w chromosomie Y może znajdować się taka skaza genetyczna, o której nie wiemy [odziedziczyć możemy ją po naszych przodkach.], która spowoduje, że sięgając po alkohol, szybciej niż inni ludzie, uzależnimy się. Posiadamy taką skłonność, predyspozycję, która może, ale nie musi się rozwinąć i spowodować uzależnienie. (Ten czynnik nadal jest badany i sprawdzana jest jego prawdziwość wpływu na powstawanie uzależnienia)

Mamy tu więc wypadkową trzech najważniejszych czynników i wystarczy, aby przez pewien czas działały na człowieka dwa z nich, które razem tworzą wspólną zasadniczą siłę, aby zatrzaskać pijącego alkohol w pułapkę uzależnienia. W Polsce w pułapkę uzależnienia złapało się ok. milion osób. Jak już wspomnieliśmy, droga do uzależnienia jest różna i różnie przebiega u różnych ludzi. Jednak im bardziej osoby pijące zbliżają się do uzależnienia, do pułapki, ich drogi stają się do siebie bardzo podobne, a gdy już do pułapki wpadną, to w zasadzie te różnice są już drugorzędne. Ponieważ, o ile w sprawie picia, ich powody były różne, to w momencie przekroczenia granicy uzależnienia, ludzie piją już tylko z jednego powodu - bo już muszą i nie potrafią inaczej, bo są już uzależnieni, bo na skutek tych trzech czynników wyłoniły się patologiczne mechanizmy. I to te patologiczne mechanizmy kręcą wewnętrznymi trybikami, które rządzą ich picciem i życiem.

Podsumowanie:

Wystarczy dwa z trzech czynników, aby nasze picie było obciążone wyraźnym ryzykiem. Podnosząc pierwszy kieliszek do ust nie wiemy, czy się uzależnimy czy nie. Podkreślamy, że termin „uzależnienie” jest niejasny i na dobrą sprawę nie wiadomo, co jest do wygrania.

Trudno rozpoznać ryzyko przed popadnięciem w nałóg, pewną zdrażliwość wydarzeń, oszustwo alkoholowe, pułapkę, ale nie należy przesadnie dramatyzować, raczej podejść spokojnie i analitycznie.

W życiu codziennym dość łatwo może dojść do uzależnienia. Mechanizmy uzależnienia przychodzą niepostrzeżenie, a jak człowiek w nie wpadnie, długa przed nim droga i dużo wysiłków, aby się z niej wydostać. Często przy wsparciu wielu osób nadal jest trudno. Nawet przy pomocy placówek odwykowych. Jeśli człowiek chce wyjść z uzależnienia, to po pierwsze - musi tego sam chcieć, a po drugie - poprosić o pomoc





innych ludzi. Nikt nie wychodzi z uzależnienia sam.

Alkoholikiem może być każdy, bez względu na pochodzenie, majątek, wykonywany zawód czy też płeć (kobiety uzależniają się szybciej). Choroba alkoholowa nie powstaje w ciągu jednego tygodnia, czy nawet miesiąca. Na powstanie choroby potrzeba wielu lat. Jej proces trwa od 3 do 15 lat, a nieraz i dłużej.

Zdaniem większości ludzi alkoholik pije do nieprzytomności, urywa mu się film, ma ciągi picia, przepija wyplatę, ma kaca i leczy go klinem, chodzi brudny, zatacza się, śpiewa, tańczy, zaczepia ludzi, jest agresywny, wymiotuje, jest bywalcem izby wytrzeźwień, kradnie, jest bezdomny, pije Autovidol, ma czerwony nos ...itp. Słowem przywykliśmy do myśli, że alkoholik to ruina człowieka. Myśl ta jest tylko w części prawdziwa. Alkoholizm doprowadza do ruiny, jest bowiem chorobą śmiertelną, a śmierć z powodu uzależnienia od alkoholu jest poprzedzona ruiną. Lecz nie od razu jest się ruiną. Alkoholikiem jest się o wiele wcześniej nim zacznie się być ruiną człowieka.

Każde picie zaczyna się od picia towarzyskiego, wstępnego. Żyjemy w społeczeństwie, gdzie większość ludzi, przynajmniej od czasu do czasu, pije napoje alkoholowe. Alkohol jest nieodzownym elementem spotkań międzyludzkich i towarzyszy nam od narodzin do śmierci. Ludzie piją przy różnego rodzaju spotkaniach okolicznościowych, ludzie piją, gdy na dworze skwar - dla ochłody, i gdy zimno - na rozgrzewkę i tak aż do stypy. To, że ludzie dorosli piją od czasu do czasu, to nic złego. Ważne jest to jakiego rodzaju doświadczenia towarzyszą ludziom w ich pierwszych eksperymentach z alkoholem, a więc, czy jest to zabawa, czy sytuacja kryzysowa, czy rzecz odbywa się w samotności, jaki jest ich stan emocjonalny, czy są wtedy szczęśliwi, pełni euforii i radości z życia, czy raczej smutni, pogrążeni w bólu i depresji. Pozytywne doświadczenie może pozostawić wspomnienie, że chemiczna substancja może zmienić moje samopoczucie. Rzadko się zdarza, aby ktoś pił alkohol dla jego walorów smakowych, najczęściej ludzie piją alkohol dla jego walorów wpływających na ich samopoczucie. Kiedy następnym razem człowiek zechce poprawić sobie nastrój, reakcja będzie oczywista - napić się. Dla większości ludzi doświadczenia z alkoholem utrzymują się przez całe życie w tzw. modelu picia towarzyskiego, umiarkowanego, małych ilości (np. podczas posiłków czy spotkania towarzyskiego). Lecz na każdym piętnastu pijących alkohol z umiarem, towarzysko, przypada, co najmniej jeden, który z etapu poznawania efektów działania alkoholu, przejdzie do etapu używania alkoholu zawsze wtedy, gdy będzie chciał zmienić nastrój i wkroczy na drogę prowadzącą do alkoholizmu. To, który z pijących zostanie naznaczony przez los jest grą, rosyjską ruletką, nikt nie wie na kogo padnie, gdyż każdy człowiek pijący alkohol, bierze udział w loterii. „Szczęśliwcami” w tej grze mogą być osoby, których eksperymenty z alkoholem dostarczyły nieprzyjemnych skutków picia np. wymioty, bóle głowy, osłabienie, złe samopoczucie. W następnych kontaktach z alkoholem będą ostrożni i raczej będą unikać upojenia alkoholowego. Przykre dolegliwości mają wielką zaletę, znacznie zmniejszają, lecz nie eliminują ryzyka uzależnienia od alkoholu. Nie możemy przewidzieć, kogo naznaczą los, jednak możemy być uważni na pewne sygnały.

Najbardziej narażone na alkoholizm są osoby przeżywające silnie stresy życiowe, którym eksperyment z alkoholem przyniósł pozytywne doświadczenia; pijący poczuł się bardziej pewny siebie i otwarty, zapomniał o problemach. Człowiek zaczyna picie od jednego kieliszka, potem dwa, trzy, cztery, a nawet siedem, jeśli problem jest poważny lub okazja wyjątkowa. Z czasem da się zauważyć, że w miarę upływu miesięcy przechodzących w lata, człowiek pije coraz więcej i coraz częściej. Zwiększa się tolerancja na alkohol, tzn. „mocna głowa” i jedno jest pewne, **nabyty „wzrost tolerancji” na alkohol, powinien być dla osoby pijącej pierwszym poważnym ostrzeżeniem.** Kiedyś pijący potrzebował dwa kieliszki, aby otrzymać przyjemne rozluźnienie, dzisiaj po siedmiu jest mało. Pijący zaczyna też częściej szukać okazji do picia alkoholu i wtedy **każda okazja staje się dobrym pretekstem do wypicia.** Jest to drugi ważny sygnał ostrzegawczy dla osoby pijącej. Na tym etapie picie nie jest jeszcze uzależnieniem, dlatego też sam pijący i jego otoczenie nie jest w stanie uchwycić nadchodzącego zagrożenia. Przychodzi jednak taki czas, kiedy substancja chemiczna - alkohol, atakuje silniej niż zły nastrój. Organizm zaczyna powoli przystosowywać swoją chemię do tego obcego związku, który wprowadza się do niego już na stałe. Z fazy towarzyskiej przechodzimy do fazy ostrzegawczej. Jeśli ostrzeżenie zostanie zlekceważone, co jest najbardziej podobne w początkowym stadium alkoholizmu, pijący będzie szukał, coraz częściej okazji do wypicia. Będzie przy spotkaniach towarzyskich inicjował kolejki picia, a po wypiciu stawał się „duszą towarzystwa”. Alkohol będzie przynosił ulgę i poprawiał samopoczucie. Wówczas **zaczyna pić w samotności, a zaczynając nie będzie w stanie przerwać i kontrolować swojego picia.** Będzie pił aż do utraty przytomności, do „urwanego filmu”. Jest to następny bardzo ważny sygnał ostrzegawczy dla osoby pijącej.

Na początku „urwany film” - amnezja trwa minutę lub dwie, jednak w miarę rozwoju uzależnienia może trwać kilka godzin a nawet dni. Amnezja może spowodować poważne problemy osobiste i zawodowe. Jest to trudne do zrozumienia, bo ani pijący, ani otoczenie nie zauważa, że dzieje się coś złego. Uzależniony mówi i zachowuje się normalnie, nie traci świadomości, ale nic z „urwanego filmu” nie pamięta. Chociaż w tym czasie może składać różne obietnice, wszystko prowadzi do choroby, do fazy krytycznej. Jest to następny szczebel do alkoholowego nieba, które okaże się potem istnym piekłem. Życie obarcza człowieka różnymi radościami i cierpieniem, z których część jest zależna od jego wysiłków, część zaś nie zależy. Jednak każdy człowiek we własnym zakresie dąży do tego, aby mieć w swoim życiu jak najwięcej szczęścia, radości, satysfakcji niż trosk, przykrości czy cierpienia. Niestety w tym momencie uzależnienia alkoholik nie potrafi zadbać o swoje przyjemności emocjonalne bez alkoholu. Zaczyna koncentrować swoją uwagę na alkoholu, zdając sobie sprawę z faktu, iż pije już więcej niż inni. Zaczynają pojawiać się wyrzuty sumienia tzn. „kac moralny”, poczucie pustki i bezradności i ogólnego niezrozumienia. Ucieka w „klinowanie”, które na krótki czas przynosi ulgę, następuje picie ciągami naprzemiennie z okresami całkowitej abstynencji dla poprawy zdrowia. Pojawia się podejmowanie prób i składanie przysięg abstynenckich, głównie po to, aby udowodnić sobie i innym, że może nie pić i nie jest uzależniony, a jedynie że kontroluje swoje picie. Pojawiają się konflikty w rodzinie, w pracy, wzrost agresji i konflikty z prawem np. jazda samochodem po spożyciu alkoholu. W końcu zaczyna zaniedbywać swój wygląd, źle się odżywia.

Uzależniony, którego zachowanie tak często całkowicie wymyka się spod kontroli, zaczyna się spotykać z coraz większą presją otoczenia. Bliscy martwią się o niego i na przemian to czują złość, to litość. Podejmują próby przerwania fazy picia i często na tym etapie na krótką chwilę to się udaje. Jednak u osób uzależnionych ból staje się tak silny, że aż prosi o złagodzenie, dlatego alkoholik kupuje „piwko”, ale mimo jego szczyrzych chęci, już na jednym nie zaprzestanie. Będzie pił do nieprzytomności, a rano, aby funkcjonować w miarę sprawnie „zaklinuje”. W swoim codziennym życiu, przywołuje tradycyjne środki obrony, jak zaprzeczanie, unikanie, obwinianie innych za swoje picie. Będzie kupował kwiaty, prezenty rodzinie, przepraszał i składał następne przysięgi i obietnice, których nie dotrzyma. Czuje ogromny wstyd i winę z powodu częstego upijania się, utraty kontroli nad picciem, zaniedbywania rodziny, współmałżonka. Jednocześnie czuje się samotny, skrzywdzony, odrzucony, bez przyjaciół. Piętrzą się i przerażają go zaniedbania w pracy i wsiada konsekwencja utraty tej pracy, a co za tym idzie utrata stabilizacji, środków do życia i utrzymania rodzin. Jednak nie może nic w tym względzie zmienić, a najczęstsze rozwiązanie, jakie pojawiają się w takich trudnych momentach to skończenie ze sobą. W tej fazie uzależnienie najmocniej odnosi się do psychiki pijącego.

Alkoholizm jest **chorobą chroniczną, czyli nieuleczalną i nieodwracalną.** Ma **charakter postępujący**, jeżeli nie przerwie się odpowiednio wcześniej jego ewolucji, to prowadzi on do degradacji biologicznej, psychicznej i społecznej. Ta choroba, jeśli się nie zacznie jej leczyć, zabija człowieka. Możemy w każdej fazie uzależnienia rozpocząć leczenie. Jednak na drodze alkoholika nie ma powrotu do picia! Tak, jak dla osoby jeden kieliszek to mało, tak dla alkoholika to jest za dużo, dla osoby uzależnionej to powrót do picia, czyli w konsekwencji do śmierci.

Alkoholizm jest jednym z najważniejszych problemów społecznych i zdrowotnych naszych czasów. Jest to jedna z najbardziej destrukcyjnych chorób i jednocześnie jedna z niewielu, w których do istoty choroby należy jej negowanie ze strony chorego. Tym trudniej jest pomóc osobie uzależnionej w powstrzymaniu choroby i jej skutków, aby w pewnym momencie swojego życia mogła normalnie żyć i funkcjonować w społeczeństwie.

GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Przychodnia Onkologiczna

Łomża, Szpital Wojewódzki,
al. Piłsudskiego 11, I piętro,
tel. (086) 47-33-375, 4733-392, 47-33-344,
47-33-383

czynna codziennie od 8.00 do 15.00.
Rejestracja 7.30–15.00, tel. 4733-375
we wtorki od 8.00 do 18.00

Oddział Onkologii i Chemioterapii

– V piętro

Łomża, Szpital Wojewódzki,
al. Piłsudskiego 11, V piętro,
tel. (0-86) 47-33-345, 47-33-347,
47-33-377.

- ultrasonograficzne badanie gruczołów piersiowych (pracownia USG)
Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskiego 11, I piętro, tel. (086) 47-33-386
– czynna codziennie.

- biopsja cienkoigłowa (Zakład Patomorfologii)

Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskiego 11, tel. (086) 47-33-253 – czynny codziennie; wymaga skierowania, dla pacjentów onkologicznych – I piętro – środa, piątek;

- mammografia – wykonana ze skierowaniem od onkologa – Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskiego 11, I piętro, tel. rejestracja (086) 4733-598, tel. mammografia (086) 4733-540 – codziennie.
– w soboty bez skierowania dla grupy wiekowej 50-69 lat.

Rehabilitacja

dla członkiń Stowarzyszenia

w każdy czwartek w godz. 17.00–19.00 w Dziale Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego w Łomży (II piętro).

Przychodnia

Rehabilitacji Lecznicej

Szpital Wojewódzki
Łomża, al. Piłsudskiego 11,
II piętro – codziennie od 7.00 do 17.00,
ze skierowaniem od lekarza;
rejestracja tel. (086) 4733-584 do godz.
10.00

lekarze – od 10.00 do 15.00,
tel. 4733-584.

we wtorki do godz. 18.00

Regionalny Ośrodek Onkologii w Białymstoku

ul. Ogrodowa 12, tel. (0-85) 66 46 711

Centrum Onkologii w Warszawie

ul. Roentgena 5, tel. (0-22) 54 62 000

Biuro Stowarzyszenia

czynne w godzinach:
10.00–13.00 – od poniedziałku do piątku
tel. 086 47-33-263

KALENDARIUM

Grudzień

- 10 – godz. 17.00 – Msza św. w intencji chorych na nowotwory i ich rodzin - kaplica Matki Boskiej Częstochowskiej, Centrum Katolickie, ul. Zawadzka 55
godz. 17.45 - spotkanie wigilijne w sali im. Jana Pawła II
- 25 - 26 - Święta Bożego Narodzenia

Styczeń

- 5 – godz. 19.00 – Karnawałowy Bal Przyjaciół Amazonek, hotel „Zbyszko” w Nowogrodzie
- 7 – godz. 17.00 – Spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzyszenia - Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, II piętro - sala konferencyjna

Luty

- 4 – godz. 17.00 – Spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzyszenia - Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, II piętro - sala konferencyjna

Marzec

- 3 – godz. 17.00 – Msza św. w intencji chorych na nowotwory i ich rodzin – kościół pw. Krzyża Świętego, ul. Zawadzka 55
- 8 – Dzień Kobiet
- 23–24 – Święta Wielkanocne

Szanowni Państwo!

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

Mamy nadzieję, że zdecydujecie się Państwo przekazać Stowarzyszeniu Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży, 1% swojego podatku dochodowego za rok 2007.

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

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

Rozliczenia 1% podatku dochodowego możecie Państwo dokonać na formularzu:

- PIT 36 w części P w pozycji 312, 313, 314
- PIT 36 L w części O w pozycji 108, 109, 110
- PIT 37 w części I w pozycji 124, 125, 126
- PIT 28 w części O w pozycji 136, 137, 138

Należy podać nazwę organizacji:

Stowarzyszenie Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży oraz nr KRS 0000082371.

Urząd skarbowy sam dokona przelewu kwoty na konto organizacji.

Z wyrazami szacunku
Zarząd Stowarzyszenia