

Nr 76
Czerwiec 2013

inf.

biuletyn informacyjny

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. 86 47 33 263, konto: PKO BP o/Łomża, nr 33 1020 1332 0000 1102 0208 9514

Zbliża się lato, wakacje, czas odpoczynku, radości, słońca [na które liczymy po długiej „zimowej” wiosnie. To czas, aby, jak to się mówi żartem: „naładować baterie” - czyli nabrać sił do dalszej pracy, działania, jak najlepszego życia. Cóż – piękne słowa, miłe, sam raz na koniec czerwca.

Ale jednocześnie wiemy, że choroba nie wybiera – zwłaszcza ta **nasza** choroba.

11 czerwca – Centrum Onkologii – Warszawa – jak zwykle tłumy chorych. Ta placówka potrafi przyjąć do 700 osób dziennie. No i właśnie taki widok: młode kobiety, z dzieckiem na rękę, mama w chusteczce na głowie. Ile może mieć lat? Patrząc na dziecko pewnie nie przekroczyła 30-stki. Obok cała rodzina: młoda kobieta, mężczyzna, jedno dziecko jakieś cztery lata, drugie dopiero niedawno zaczęło chodzić. Kobieta czeka na wizytę u onkologa. Ma takie spojrzenie – pełne wielkiej troski, strachu: Mam małe dzieci, czy to rak? Co będzie dalej? Czy mi się uda?

Takich obrazków można zobaczyć coraz więcej w różnych ośrodkach onkologicznych. Oczywiście nadal przeważają ludzie w średnim i starszym wieku, ale rak dotyka coraz młodszych osób. Opisałam przykłady kobiet, bo były najbardziej wzruszające, chociaż nie zabrakło i młodych mężczyzn. Rak zatacza coraz szersze kręgi.

Niektórzy boją się podać nazwę choroby, żeby nie zapeszyć. A mamy rok 2013 – coś już powinno się zmienić w świadomości ludzi. Jednak zmiany te następują powoli. I tu swoją rolę do spełnienia ma ruch Amazonek, a razem z nim nasze Stowarzyszenie. Nasze główne zadania: **Pomagać chorym, uczyć zdrowych** – nadal aktualne, nadal potrzebne. Mimo że w październiku minie 20 lat naszej działalności. Jakie były te lata? Jak w życiu – raz lepiej, raz gorzej, raz weselej, innym razem nie brakowało łez. Ale przetrwałyśmy i – mam nadzieję – nadal robimy coś dobrego dla innych: dla kobiet, naszych sióstr, kuzynek, koleżanek, przyjaciółek, znajomych...

Wszystkie Panie, które los nie oszczędził spotkania z nowotworem **zapraszamy chętnie do nas**. Młodsze i starsze; te, które zachorowały niedawno i te, które chorują od dłuższego czasu, ale nie znalazły jeszcze do nas kontaktu. Zapraszamy na rozmowę, kawę lub herbatę, miłe słowo, wsparcie, podzielenie się swoimi troskami i problemami. Na pewno najbardziej zrozumie osobę chorą na raka – ta, która również to przeżyła. Pomożemy, ile tylko będziemy mogły. Zapraszamy do naszego biura, zapraszamy na comiesięczne spotkania, na rehabilitację, wspólne wyjazdy, modlitwę. Każda znajdzie to, co jej najbardziej pomoże.

Mam nadzieję, że nasz Stowarzyszenie nadal będzie tą życzliwą, przyjazną dłonią, która tylko czeka, aby ją uścisnąć. Dziękujemy serdecznie wszystkim, którzy o nas pamiętają, pomagają nam w naszej działalności. Wasze wsparcie pomaga nam każdego dnia. Dziękujemy za Wasze dobre serca.

*Bądźcie z nami!
Barbara Porwoł*





25 LAT RUCHU AMAZONEK W POLSCE - EWOLUCJA MISJI OCHOTNICZEK



Pomysł psychicznego wspierania kobiet bezpośrednio po mastektomii podsunęła nam **dr Krystyna Mika** – twórczyni programu rehabilitacji kobiet po mastektomii w Polsce.

„Musicie dotrzeć do szpitali, do kobiet po operacji, przekonać je, że raka można pokonać i wygrać życie. Pokazać na własnym przykładzie, że tak może być. I to musicie zrobić właśnie wy. Bo kiedy ja próbuję przekonać o tym chore kobiety, odpowiadają - pani tak mówi, bo pani za to płacę. Wy będziecie wiarygodne, bo wyście same przez to przeszły”.

Było to w roku 1987 – niedługo po powstaniu pierwszego klubu Amazonek. Od pięciu lat mgr Zdzisława Pilicz prowadziła przy Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii w Warszawie, kierowanym przez dr Mikę gimnastykę dla kobiet po mastektomii. Była to właściwie grupa wsparcia, która stała się załącznikiem powstałego klubu. Wyzwanie rzucone przez dr Mikę było trudne, ale zdecydowałyśmy się je podjąć. Z początku było nas tylko trzy: Elżbieta Jaworska, Bożenka Krawczyk i ja. Należało dotrzeć do szpitali, które wtedy były zamknięte dla osób postronnych. Odwiedziny chorych odbywały się w określonych dniach i godzinach. Personel nie dopuszczał obcych na oddział. Musiałyśmy przede wszystkim pokonać tę barierę. Mobilizując swój takt, kulturę i inteligencję starałyśmy się przekonać lekarzy i pielęgniarki do naszej misji. Zapewnić, że nie będziemy wchodzić w cudze kompetencje, ani wypowiadać się na tematy medyczne – jedynie, korzystając z własnych doświadczeń, wspierać psychicznie chore kobiety, pokazując na swoim przykładzie, że można przetrwać leczenie, pokonać chorobę i żyć normalnie. Należy tylko otrząsnąć się z depresji, zmobilizować do współpracy z lekarzami i uwierzyć, że to się może udać.

Stopniowo, nie bez oporów, biały personel nabierał do nas zaufania, zaczynał widzieć w nas sprzymierzeńców. Pierwszy zaakceptował naszą obecność szpital kliniczny przy ul. Banacha, następnie Instytut Radowy przy ul. Wawelskiej i Centrum Onkologii na Ursynowie. Prócz budzenia nadziei i podnoszenia na duchu udzielałyśmy operowanym kobietom praktycznych wskazówek. Mówiłyśmy o tym, jak ważne jest noszenie protezy, radziłyśmy jak uzyskać refundację. Zwracałyśmy uwagę na konieczność specjalistycznej rehabilitacji i wskazywałyśmy, gdzie jest

prowadzona. Przy okazji wspominałyśmy o naszym Klubie, który również takie zajęcia prowadził. Bardzo istotne były wskazówki

dotyczące profilaktyki przeciwozbrękowej, co miało kolosalne znaczenie dla jakości życia po odjęciu piersi i usunięciu węzłów chłonnych. Zwracałyśmy także uwagę na konieczność okresowych badań kontrolnych.

W 1992 r. dzięki międzynarodowej organizacji Reach to Recovery zostało zorganizowane pierwsze szkolenie Polskich Ochotniczek. Prowadzone było wg programu tej organizacji, ale zmodyfikowanego i dostosowanego do polskich warunków przez naszych psychologów: p. dr Małgorzatę Adamczak i p. mgr Teresę Turuk-Nowak. Od tego momentu Ochotniczki w całej Polsce

chodziły do szpitali odpowiednio przeszkolone przez wysokiej klasy specjalistów: psychologów i fizjoterapeutów. Przygotowywałyśmy równocześnie dla chorych kobiet materiały informacyjne. Była to m.in. broszurka dr K. Miki „Po odjęciu piersi”, zawierająca istotne wskazówki i informacje o protezach, gimnastyce rehabilitacyjnej, profilaktyce przeciwozbrękowej i automasażu, a także specjalistycznej bieliznie dla kobiet po amputacji piersi. Osobny rozdział poświęcony był jakości życia po mastektomii, relacjach w rodzinie, możliwościach powrotu do pracy i perspektywie normalnego życia po przeżytej traumie.

Mijał czas. Ruch nasz rozwijał się żywiołowo. Rosła liczba klubów i ich liczebność.

Działalność Amazonek oswajała społeczeństwo z problemem raka piersi, pomagała pokonać strach, ucząc jednocześnie szacunku do tej choroby i ułatwiając akceptację osób już nią dotkniętych.

Prasa coraz częściej poruszała zagadnienia związane z profilaktyką i leczeniem raka piersi, zamieszczała wywiady z kobietami w trakcie leczenia lub powracającymi do zdrowia. Wkrótce i telewizja zaczęła zapraszać Amazonki do studia, gdzie mogły opowiedzieć o sobie i pokazać, że żyją mimo diagnozy, która do niedawna wydawała się wyrokiem śmierci.

Kobiety chore na raka piersi przestały być anonimowe.

Pierwszą, która pokonała barierę anonimowości była nasza Ochotniczka – Bożenka Krawczyk, godząc się na zamieszczenie swego podpisanego zdjęcia w kolorowym piśmie kobiecym.

Wszystko to nie pozostawało bez wpływu na stan psychiczny chorych odwiedzanych przez nas w szpitalach. Spotykałyśmy teraz kobiety spokojniejsze, mniej zestresowane, bardziej świadome sytuacji, w której się znalazły. Duża część miała już jakąś wiedzę na temat choroby zdobytą dzięki telewizji, prasie lub w internecie, którego rola informacyjna bardzo szybko rosła. Wymuszało to również na Ochotniczkach kontrolę swoich kwalifikacji, elastyczność i krytycyzm, dostosowywanie poziomu rozmów do oczekiwań kobiet w szpitalach.

Stopniowo zmieniały się proporcje, temperatura i tematyka poruszana przy łóżku kobiet.

Większego znaczenia nabierało wsparcie psychiczne, rozmowa o perspektywach dalszego funkcjonowania w środowisku rodzinnym i zawodowym, możliwości powrotu do pracy i ogólnie o przyszłości po wyjściu ze szpitala i zakończeniu ewentualnego leczenia uzupełniającego. Przyszłości, o której realności należało rozmówczyńnię przekonać.

Nadal niesłychanie ważną była rozmowa „w cztery oczy”, ale mniejszą rolę odgrywać zaczęła informacja, którą w coraz większym mierze przejmowała służba zdrowia. Pielęgniarki i rehabilitanci oddziałowi więcej czasu poświęcali pacjentkom, wyjaśniając im sens i wagę zabiegów rehabilitacyjnych. Lekarze zaczęli rozumieć, że pacjentkom należy się więcej zainteresowania i troski. Udostępniane przez nas materiały, wciąż aktualizowane i uzupełniane, coraz lepiej spełniały rolę źródła informacji rzetelnych, fachowych i wyczerpujących.

Nie do przecenienia natomiast nadal był i jest kontakt osobisty chorej kobiety i Ochotniczki.

W porównaniu z początkiem działalności zmienił się też sposób postępowania i terapii. Coraz częściej zamiast mastektomii stosuje się operacje oszczędzające (co wymusiło nawet na nas usunięcie słowa mastektomia z nazwy Ruchu) lub jedynie wyłuskanie guza. Usuwanie węzłów chłonnych też ogranicza się często do



węzłów wartowniczych. To zmienia na lepsze sytuację kobiet, ograniczając okaleczenie związane z ratowaniem życia.

Osobny problem, wymagający jeszcze innego podejścia ze strony Ochoćniczek – to kobiety po operacjach odtwórczych, których także jest coraz więcej na oddziałach chirurgii raka piersi.

W ostatnich latach bardzo obniżył się wiek kobiet zapadających na raka piersi. Wymagają one innego podejścia. Jest to dodatkowe wyzwanie dla Naszego Ruchu. Ochoćniczek, to zwykle kobiety w wieku emerytalnym, bo

przeważnie tylko osoby na emeryturze dysponują czasem pozwalającym

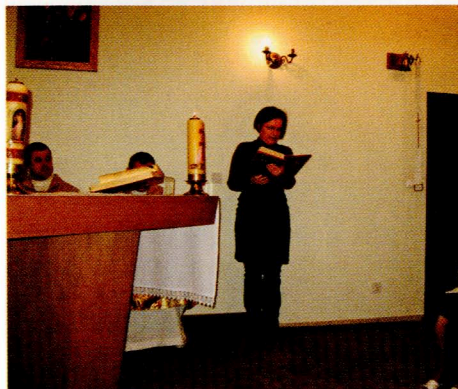
na tę pracę. Różnica wieku wymaga dużego taktu, przenikliwości, wyobraźni, kultury i doświadczenia, by zdobyć zaufanie młodszej kobiety i skutecznie jej pomóc.

To zawsze są trudne rozmowy, trudne kontakty, trudne zamyślenia, nieraz kłopotliwe i ciężkie chwile milczenia. Bo nie można mijać się z prawdą, nie można tracić wiarygodności. A wszyscy, także kobiety patrzące nam w oczy z niemą nadzieją, wiemy, że nie zawsze przychodzi zwycięstwo.

Czasem trzeba pogodzić się z bolesną przegraną.

Wszystkie te trudne aspekty misji Ochoćniczek powinno uwzględniać szkolenie. Prowadzone jest ono od początku przez Federację. Zawsze prowadzone jest ono przez federacyjnych profesjonalistów najwyższej klasy, którzy muszą uwzględniać zmiany zadań Ochoćniczek wymuszone przez czas i życie. Nie jest to łatwe. Wymaga wyobraźni i konstruktywnego spoglądania w przyszłość oraz zdolności prognozowania czekających nas wyzwań.

SPOTKANIE WIELKANOCNE 8 KWIEŃNIA 2013 R. CENTRUM KATOLICKIE IM. JANA PAWŁA II.





MITY O RAKU

MIT 1.

Nagły atak raka – tego się boję najbardziej.

Fakt: Aż 7-8 lat potrzebuje guzek, aby osiągnąć rozmiar 1 centymetra. Bardzo rzadko w tym czasie grozi przerzutami. Staje się niebezpieczny, gdy zaczyna się stykać z naczyniami limfatycznymi i krwionośnymi. Może być całkowicie wyleczony – 80-90 procent szans. Dlatego z jednej strony należy zachować spokój, z drugiej zaś nie należy lekceważyć dostrzeżonych zmian.

MIT 2.

Jestem w grupie ryzyka – to pewne, że zachoruję.

Fakt: Nawet jeśli należysz do grupy ryzyka, nie musisz zachorować. Okazuje się bowiem, że u 20-60 procent kobiet z mutacjami genów BRCA1 i BRCA2, które odpowiadają za część zachorowań, nowotwór złośliwy się nie rozwija. Jednak trzeba zachować czujność i lepiej nie sprzyjać chorobie – nie palić papierosów, nie nadużywać alkoholu (nie pić więcej niż pięć drinków tygodniowo). Obserwuj swój organizm – wystąpienie pierwszej miesiączki przed 12. rokiem życia i miesiączkowanie po 50. roku życia powinny zwiększyć Twoją czujność. Czynnikiem ryzyka jest też bezdzietność. Jednak nawet połączenie kilku czynników nie musi prowadzić do choroby.

MIT 4.

Mogę zachorować, gdyż skłonność odziedziczyłam po matce.

Fakt: Niestety nie tylko – mutacje genów (zwłaszcza BRCA2) mogą być przekazywane dziecku także przez ojca. To aż 50 procent prawdopodobieństwa. Jest też prawdą, że im więcej osób w rodzinie było chorych, tym większa możliwość dziedziczenia. Prześledź przypadki zachorowań w rodzinie.

MIT 5.

Rak? Zacznę się przejmować po menopauzie.

Fakt: Statystyki wskazują, że aż 70 procent przypadków raka piersi dotyczy kobiet po klimakterium. Jednak nie można lekceważyć tych pozostałych 30 procent. Wraz z wiekiem ryzyko wzrasta, zwłaszcza po 35. roku życia nowotwory złośliwe atakują częściej. Po czterdziestce wskazane jest wykonywanie badania mammograficznego co dwa lata, a co roku badania USG. Te dwa badania powinny być zalecane przez lekarza. Jednak zachorować może także bardzo młoda kobieta, zwłaszcza jeśli w jej rodzinie były przypadki choroby. Dlatego pamiętaj, aby regularnie kontrolować piersi.

MIT 6.

Tłuste jedzenie może zwiększać ryzyko zachorowania na raka.

Fakt: Takie twierdzenie może wynikać z badań porównawczych przeprowadzonych w różnych krajach. Wynika z nich, że tam, gdzie dominuje tłusta kuchnia, przypadki zachorowań są częstsze. Także otyłość podnosi ryzyko nowotworu. Jednak wyniki te mogą też pokazywać inną prawdę – w krajach, gdzie kuchnia jest „lżejsza”, zwykle prowadzi się też zdrowszy tryb życia – chodzi głównie o ruch, ale także o palenie papierosów.

MIT 3.

Jestem bezpieczna, bo w mojej rodzinie nikt nie chorował na nowotwór.

Fakt: Ryzyko jednak istnieje. Tylko 10 procent wszystkich przypadków raka piersi dotyczy kobiet, które „odziedziczyły” chorobę. Co więcej, to także ostrzeżenie dla mężczyzn – 1 procent przypadków dotyczy właśnie ich. Trzeba pamiętać, że niezależnie od czynników zewnętrznych kontrola jest konieczna.





MIT 7.

Nie należy korzystać z antyperspirantów!

Fakt: Wyznawcy tej teorii twierdzą, że tego typu kosmetyki utrudniają wypacanie substancji rakotwórczych oraz mogą zawierać niezdrowe rakotwórcze substancje. Nie ma żadnych dowodów na potwierdzenie tych teorii, więc bez obaw antyperspiranty można stosować.

MIT 9.

Nabiał zwiększa ryzyko.

Fakt: Nie ma naukowego potwierdzenia tej teorii. Nabiał może nawet obniżać ryzyko – tak przynajmniej wynika z badań przeprowadzonych na Harvardzie z udziałem 120 tysięcy kobiet przed menopauzą. Żadne badania nie potwierdzają, aby wzrost ryzyka dotyczył kobiet po menopauzie.



MIT 8.

Hormonalna terapia zastępcza (HTZ) oraz tabletki antykoncepcyjne przyczyniają się do powstawania nowotworów.

Fakt: Ryzyko wystąpienia nowotworu u kobiety, która przyjęła terapię hormonalną oraz kobiety, która urodziła pierwsze dziecko po 30. roku życia jest podobne. Owszem, pojawiły się doniesienia, że stosowanie łączonej terapii hormonalnej – czyli podawanie jednocześnie syntetycznych estrogenów i progesteronu – podnosi ryzyko wystąpienia raka piersi. Co za tym idzie istnieje podwyższone ryzyko rozwoju nowotworu złośliwego sutka. Jednak z tych samych badań wiemy, że po zaprzestaniu terapii ryzyko maleje już po 6 miesiącach. Co więcej, wiele wskazuje na to, że dzieje się tak niezależnie od długości przyjmowania terapii. A co przypadku kobiet, które przyjmowały same estrogeny? Żadne badania nie potwierdzają częstszego występowania raka piersi w tej grupie kobiet. Jednak warto zwrócić uwagę, że jest to terapia zalecana tylko kobietom z usuniętą macicą, bo terapia ta może stać się przyczyną raka endometrium (błony śluzowej macicy).

Pozostaje jeszcze rozwianie wątpliwości dotyczących tabletek antykoncepcyjnych. Ocenia się, że rzeczywiście mogą podnosić ryzyko w grupie kobiet obciążonych genetycznie oraz tych, które od wczesnej młodości, co najmniej 8 lat, przyjmują tabletki.

MIT 10.

Biopsja może „rozsiać” raka.

Fakt: Biopsja polega na pobraniu tkanki poprzez nakłucie. Po badaniu może dojść do obrzęku – tworzy się krwiak w wyniku przebicia naczynia krwionośnego. Być może właśnie to jest przyczyną powstawania plotek na temat rzekomego wpływu badania na „rozszanie” się raka. Jest to jednak całkowicie błędne przekonanie. Nawet jeśli już po badaniu lekarz stwierdza przerzuty, warto wiedzieć, że nie mogły one rozwinąć się w ciągu kilku dni.

MIT 11.

Robię mammografię, więc już nie muszę sama badać piersi.

Fakt: Nie należy wierzyć takiej teorii. Dobry wynik mammografii nie powinien usypiać naszej czujności. Nie daje nam on 100-procentowej pewności. Istnieje około 15-procentowe zagrożenie, że jednak nowotwór się pojawi. Dlatego tak ważne jest stałe kontrolowanie piersi, a w razie pytań kierowanie się do lekarza, który powinien skierować na badanie USG.



BADANIE PIERSI

Obecnie zachęca się kobiety do lepszego poznania, jak wyglądają ich piersi i jakie są w dotyku po to, by łatwiej było dostrzec jakiegokolwiek podejrzenie zmiany. Największe szanse skutecznego leczenia przy rozpoznaniu raka istnieją w przypadku zmian wcześniej wykrytych.

Poniższe punkty stanowią wytyczne dotyczące kontroli piersi:

- zapoznanie się z prawidłowym wyglądem własnych piersi,
- wiedza, na jakie zmiany uważać,
- regularne przeprowadzanie samobadania,
- wszelkie zmiany niezwłocznie należy zgłaszać lekarzowi,
- okresowe badania piersi przy badaniu ginekologicznym.

SAMOBADANIE PIERSI PIĘĆ PROSTYCH KROKÓW

1. Rozbierz się i stań przed lustrem z rękami opuszczonymi wzdłuż tułowia. Przyjrzyj się swoim piersiom pod kątem marszczenia się, wgłębienia skóry albo zmiany wielkości, kształtu lub symetrii.
2. Poszukaj tych samych objawów z rękami wzniesionymi nad głowę.
3. Zbadaj swoje piersi pod kątem obecności guzków lub zgrubień tkanki.
4. Sprawdź, czy brodawki nie są wciągnięte i czy nie ma na nich wydzieliny.
5. Zbadaj doły pachowe pod kątem guzków i zgrubienia tkanki.

POZNANIE WŁASNYCH PIERSI

Piersь składa się z pokrytej skórą (wraz z brodawką sutkową) masy tkanki łącznej spoczywającej na powierzchni mięśnia piersiowego większego (musculus pectoralis major). Przez piersь przebiegają przewody mleczne i zraziki, które wytwarzają mleko u karmiących matek.

W większości przypadków rak piersi powstaje w wyniku gwałtownego i niekontrolowanego rozrostu komórek przewodów wyprowadzających mleko ze zrazików. Pośród nich przebiegają naczynia krwionośne i chłonne tworzące sieć w obrębie piersi. Naczynia chłonne odgrywają rolę w zwalczaniu zakażeń i pro-

wadzą do węzłów chłonnych towarzyszących tętnicy piersiowej wewnętrznej w obrębie dołu pachowego (czyli pachy) i do węzłów chłonnych piersiowych wewnętrznych (leżących po obu stronach mostka). Rozprzestrzeniający się rak piersi przeważnie zajmuje węzły, dlatego bada się je przy każdym badaniu piersi.

Guzki piersi można wykryć w badaniu przesiewowym piersi podczas regularnych kontrolnych wizyt u ginekologa lub podczas samobadania. Istnieją jednak również inne zmiany piersi mogące czasem sugerować raka. Przykładem jest „zapalny” rak piersi, którego najbardziej charakterystyczną cechą jest zaczerwienienie obejmujące część piersi lub całą pierś. Skóra może mieć charakterystyczny wygląd skórki pomarańczowej. Kolejnym przykładem jest choroba Pageta brodawki, kiedy to pojawia się coś w rodzaju wysypki przypominającej wyprysk, choć w rzeczywistości może to być złośliwy rak piersi lub zmiana przedrakowa.

Poniżej wymieniono zmiany, które mogą świadczyć o raku piersi:

1. **zmiana wielkości** – jedna pierś staje się wyraźnie większa lub się obniża,
2. **zmiana brodawki** – brodawka jest wgłębiona (wciągnięta) lub zmienia się jej położenie,
3. wysypka w obrębie lub wokół brodawki sutkowej,
4. wydzielina z jednej brodawki lub z obu,
5. marszczenie się lub zaciąganie skóry wokół brodawki,
6. powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym lub wokół obojczyka,
7. guzek lub zgrubienie różniące się w dotyku od pozostałej tkanki piersiowej,
8. stały ból w jednej części piersi lub w dole pachowym.

Po wykryciu guzka lub innej podejranej zmiany należy pilnie skontaktować się z lekarzem. Dokładne badanie przedmiotowe jest zazwyczaj pierwszym etapem poprzedzającym wykonanie jakichkolwiek innych badań.

PODCZAS BADANIA

Lekarz powinien rozpocząć od szczegółowej rozmowy na temat przebytych przez Ciebie chorób (wywiad lekarski), a następnie wykonać badanie przedmiotowe. Podczas badania zostaniesz poproszona o przyjęcie różnych pozycji, np. uniesienie ręki nad głowę, oparcie się na biodrach i uciskanie – co uwydatnia piersi i sprawia, że łatwiej dostrzec ewentualne guzki.

Lekarz będzie szukał wszelkich nieprawidłowości w tkance piersiowej i w dole pachowym oraz zwracał uwagę na objawy takie jak wciąganie skóry oraz wciągnięcie brodawki. Lekarz powinien dokładnie zbadać podejrzone zgrubienie w Twojej piersi.

JĘŚLI BĘDĄ KONIECZNE DALSZE BADANIA

Po badaniu lekarz zdecyduje, czy są konieczne dalsze badania, w związku z czym możesz dostać skierowanie do specjalisty. Na szczęście w trzech czwartych przypadków guzki piersi nie są nowotworowe i można pozostawić je nieleczone, albo z łatwością usunąć chirurgicznie. Jednak przed postawieniem ostatecznej diagnozy kluczowe znaczenie ma gruntowne zbadanie wszelkich zmian.

Na podstawie: „Czy to może być rak piersi? Diagnostyka raka piersi – przewodnik dla kobiet.”

Pomocne linki dotyczące diagnostyki i badania piersi:

<http://www.rakpiersi.pl/articles,id,23.html>

http://www.zdrowie.med.pl/rak_piersi/rak_piersi4.html



WARTO WIEDZIEĆ

Jak się rozpoznaje rodzaj nowotworu piersi?

Żeby rozpoznać rodzaj raka, lekarze muszą przeprowadzić, m.in. badania na obecność trzech „receptorów”. Receptor jest białkiem występującym w komórce lub na jej powierzchni i jest cennym źródłem wielu informacji na temat tego jak rak się rozwija. Wyróżniamy następujące

receptory: estrogenowe (ER), progesteronowe (PgR) i receptor ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu 2 (HER2).

W niektórych komórkach występuje nadmierna liczba wspomnianych receptorów bądź ich całkowity brak. W przypadku dużej liczby receptorów mówimy o ich nadekspresji, co oznacza, że komórki dzielą się i namnażają szybciej. Dzięki sprawdzeniu liczby powyższych receptorów na powierzchni komórki, lekarze są w stanie określić rodzaj raka z jakim mamy do czynienia.

Co oznacza, że rak piersi ma charakter potrójnie ujemny?

Potrójnie ujemny rak piersi to taki rodzaj nowotworu, który charakteryzuje się:

- brakiem receptorów estrogenowych (ER)
- brakiem receptorów progesteronowych (PgR)
- brakiem nadekspresji receptora HER2.

Dlaczego oznaczenie statusu receptorów ER, PgR i HER2 jest takie ważne?

Status receptorów hormonalnych i HER2 jest jednym z kluczowych czynników decydujących o wyborze stosowanego leczenia. Brak wiedzy na temat stanu receptorów może spowodować wybór terapii o gorszej skuteczności lub dalszy rozwój nowotworu, np. w przypadku zdiagnozowania potrójnie ujemnego raka piersi, leki celowane oddziałujące na receptor estrogenowy (ER), progesteronowy (PgR) oraz HER2, nie będą skuteczne.

Jak i gdzie oznaczyć receptory?

Określenia rodzaju guza ze względu na obecność receptorów dokonuje lekarz patolog oglądając pod mikroskopem tkankę pobraną podczas biopsji. Pacjentka ma prawo i powinna poprosić swojego lekarza o szersze badania diagnostyczne w kierunku ustalenia obecności lub braku receptorów ER,

PgR i HER2. Takie badania są bezpłatne, a wykonuje się je w większości ośrodków onkologicznych w całej Polsce.

Jakie metody leczenia dostępne są w przypadku potrójnie ujemnego raka piersi?

Leczenie zależy od stopnia zaawansowania choroby. Na wybór terapii ma wpływ obecność przerzutów, wielkość nowotworu pierwotnego

oraz wynik szczegółowych badań patologicznych, takich jak stopień złośliwości nowotworu, określający szybkość podziału komórek nowotworowych. Metody stosowane w leczeniu chorych na potrójnie ujemnego raka piersi to:

- leczenie chirurgiczne – rozpoznanie TNBC nie oznacza, że bezwzględnie konieczne będzie usunięcie piersi. Lekarz przedstawi Ci możliwości leczenia wraz z podaniem powodów ich zastosowania. W przypadku raka piersi, przeprowadza się dwa rodzaje zabiegów chirurgicznych: leczenie oszczędzające – usunięcie guza wraz z fragmentem tkanki wokół zmiany nowotworowej;
- mastektomię - usunięcie całej piersi;
- radioterapia - jest formą leczenia miejscowego, niszczącego komórki rakowe pozostałe po zabiegu chirurgicznym w miejscu, w którym wykryto raka;
- chemioterapia - przy wczesnym zdiagnozowaniu TNBC współczynniki odpowiedzi na chemioterapię są bardzo wysokie. Ten rodzaj leczenia może mieć postać dożylną lub, w niektórych przypadkach, tabletek. Celem chemioterapii jest zapobieganie nawrotom raka piersi oraz odległym przerzutom, z którymi mamy do czynienia wtedy, gdy komórki zaczynają rozwijać się w innych organach, takich jak kości, wątroba, płuca, skóra oraz mózg;
- terapie celowane - leki stosowane w terapii celowanej, potrafią odróżnić określone receptory – cele terapeutyczne i w ten sposób odróżnić zdrową komórkę od chorej, co oznacza, że lek uderzając precyzyjnie w źródło nowotworu niszczy chorą komórkę nie czyniąc spustoszenia w organizmie. W terapii chorych na TNBC ważne jest także zahamowanie procesu powstawania sieci naczyń krwionośnych dostarczających „pokarm” do tkanek guza, tzw. angiogenezy.

Jakie są przyczyny zachorowalności na potrójnie ujemnego raka piersi?

Badacze wciąż poszerzają swoją wiedzę na temat przyczyn zachorowalności na potrójnie ujemnego raka piersi. Wśród czynników ryzyka najczęściej wskazuje się uwarunkowania genetyczne.

W jakim wieku kobiety najczęściej zapadają na TNBC?

Nie istnieje wyraźna zależność wieku chorej od typu molekularnego raka piersi.

Jak wygląda skala problemu TNBC w Polsce i na świecie?

Rak piersi potrójnie ujemny występuje w około 15% przypadków wszystkich raków piersi.

TNBC dotyka w Polsce ok. 2000 pacjentek rocznie, co oznacza konieczność edukacji w zakresie różnych rodzajów raka i sposobów leczenia w zależności od specyfiki guza.

Dlaczego tak ważne jest dostarczanie wiedzy na temat choroby?

Najlepszym sposobem na walkę z chorobą jest jej zrozumienie - poznanie czym ona jest, co oznaczają wyniki wszystkich etapów diagnostycznych, jakie są możliwości leczenia, itp. Ta Wiedza pozwala na podjęcie odpowiednich decyzji dotyczących sposobu leczenia oraz stylu życia. Świadomość z jakim rodzajem nowotworu mamy do czynienia, pozwala na poszukiwanie najlepszych rozwiązań w radzeniu sobie z chorobą. Dzięki pozyskiwaniu wiedzy i dzieleniu się

rzetelnymi informacjami o chorobie możemy nie tylko pomóc sobie, ale także wpływać na to, by nasze otoczenie lepiej rozumiało nasze potrzeby.

Czy są organizacje, które pomagają chorym na TNBC?

Wśród polskich organizacji aktywnie wspierających pacjentki z rakiem piersi znajdują się:

- **Federacja Stowarzyszeń Amazonki** – organizacja działająca na rzecz kobiet z rakiem piersi, która skupia niemal 190 Klubów z całej Polski. Jest członkiem międzynarodowych organizacji „Reach to Recovery” oraz Europejskiej Koalicji Pacjentów z Chorobami Nowotworowymi i Polskiej Koalicji

Organizacji Pacjentów Onkologicznych. www.amazonkifederacja.pl

- Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi - powstało w 2005 r. Jego głównym celem jest popularyzowanie wiedzy na temat choroby, opracowywanie programów nauczania dla osób zawodowo związanych z leczeniem raka piersi oraz zachęcanie polskich naukowców do podejmowania badań poświęconych temu zagadnieniu. W skład organizacji wchodzi lekarze różnych specjalności, biolodzy molekularni, psychologowie i socjolodzy związani z tematyką raka piersi. www.rakpiersi.edu.pl
- Wśród zagranicznych organizacji wiodącą jest Triple Negative Breast Cancer Foundation - misją fundacji jest edukacja, nt. potrójnie ujemnego raka piersi, wspieranie naukowców i badaczy w ich wysiłkach w celu skutecznego wykrywania, zdiagnozowania, zapobiegania i leczenia TNBC. www.tnbcfoundation.org



GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Przychodnia Onkologiczna

Łomża, Szpital Wojewódzki,
al. Piłsudskiego 11, „I „piętro”,
tel. 86 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. 86 47-33-345, 47-33-347, 47-33-377.
ultrasonograficzne badanie gruczołów pier-
siowych (pracownia USG)
Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskie-
go 11, I piętro, tel. (86) 47-33-386 – czynna
codziennie. I biopsja cienkoigłowa (Zakład
Patomorfologii)

Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsud-
skiego 11, tel. 86 47-33-253 – czynny
codziennie; wymaga skierowania, dla pa-
cjentów onkologicznych – I piętro – środa,
piątek; I mammografia – wykonana ze
skierowaniem od onkologa – Szpital Wo-
jewódzki – Łomża, al. Piłsudskiego 11,
I piętro, tel. rejestracja 86 4733-598, tel.
mammografia 86 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 Wojewódzkie-
go w Łomży (II piętro).

Przychodnia

Rehabilitacji Leczniczej

Szpital Wojewódzki
Łomża, al. Piłsudskiego 11,
II piętro – codziennie od 7.00 do 17.00,
ze skierowaniem od lekarza;
rejestracja tel. 86 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. 85 66 46 711

Centrum Onkologii w Warszawie

ul. Roentgena 5, tel. 22 54 62 000

Biuro Stowarzyszenia

czynne w godzinach:
10.00–13.00 – od poniedziałku do piątku
tel. 86 47-33-263

KALENDARIUM

LIPIEC i SIERPIEŃ

Przerwa wakacyjna

Przygotowujemy się do obchodów 20-lecia Stowarzyszenia w paź-
dzierniku br.

WRZESIEŃ

2 – godz. 17.00 - spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowa-
rzyszenia – Szpital Wojewódzki, ul. Piłsudskiego 11, II piętro – sala
konferencyjna

PAŹDZIERNIK

7 – godz. 17.00 - spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowa-
rzyszenia – Szpital Wojewódzki, ul. Piłsudskiego 11, II piętro – sala
konferencyjna

12 – obchody 20 – lecia Stowarzyszenia – Sala widowiskowa przy
Szkołach Katolickich w Łomży, ul. Sadowa 12a

- wystawy w foyer prezentujące działalność Stowarzyszenia,
- część oficjalna – podziękowania dla wszystkich, którzy pomaga-
li nam prowadzić naszą działalność,
- występ kabaretu „Słuchajcie”.

Szanowni Państwo!

Serdecznie dziękujemy za dotychczasowe finansowe wsparcie
działalności naszego Stowarzyszenia. Mamy nadzieję, że nie za-
wodliłyśmy 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 Sto-
warzyszeniu Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży,
1% swojego podatku dochodowego za ubiegły rok.

Jest to możliwe, ponieważ nasza organizacja w roku 2004 po-
stanowieniem 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 do-
konać 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

Biuletyn Informacyjny Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym Organizacja pożytku publicznego – KRS 0000082371

Redaguje zespół: Barbara Porwoł

Adres redakcji: Łomża, Aleja Piłsudskiego 11a pokój 410, tel. 86 47-33-263

Projekt i montaż elektroniczny – Daniel Bajkowski

Druk: Drukarnia Kamil Borkowski, tel. 86 216 31 03,