

Pogoda czasem jeszcze wakacyjna, ale wystarczy spojrzeć w kalendarz. Już prawie jesień. Najbardziej odczuli to uczniowie [i nauczyciele :)]. Po miłym odpoczynku wrócili do murów szkolnych, do swoich klas, do pracy nad zeszytami, dziennikami... Inni również wrócili do swoich zajęć po sezonie urlopowym.

Jedynie chorzy nie mają czasu wolnego – choroba, zwłaszcza tak poważna jak rak – nie mówi: No dobra, to teraz przerwa, urlop, odpocznij sobie. Nie, nie. Ta choroba jak już Cię dotknie, to tak łatwo nie puści. Nowotwór, gdy już zaatakuję Twój organizm rozwija się w nim ciągle, atakując coraz to inne miejsca: najpierw te położone blisko siebie, a potem nawet oddalone. Więc i choroby nie ma odpoczynku - rozpoczęte leczenie trzeba kontynuować zgodnie z zaleceniami lekarza specjalisty. Operacja, radioterapia, chemioterapia, farmakologia itd. itd.

Chory onkologicznie nawet przy słonecznej, upalnej pogodzie nie myśli o wycieczkach, o plaży, o zwiedzaniu ciekawych miejsc... Chora kobieta myśli: Czy będzie potrzebna amputacja piersi? Jak będę żyła po tej amputacji? Dam radę ruszać chorą ręką? Ile będzie wlewów podczas chemioterapii? Wypadną mi włosy? CO BĘDZIE DALEJ? Jak będę żyła?

I najważniejsze: CZY BĘDĘ ŻYŁA? Bo przecież moja rodzina, mój mąż, moje dzieci! Oni wszyscy na mnie czekają, oni nie dadzą sobie rady, jestem im potrzebna! To ostatnie – ta właśnie potrzeba – dodaje kobietom chorym na raka siły do walki z chorobą. Do walki – bo często to naprawdę jest walka.

I tu z pomocą przychodzą członkinie naszego Stowarzyszenia. Prawie wszystkie z nich to Amazonki – kobiety po amputacji piersi. Ale są też panie z innymi schorzeniami. One miały już swoje „spotkanie” z rakiem [dłuższe lub krótsze]. Jedne są jeszcze w trakcie terapii. Inne przeszły leczenie miesiąc temu, kilka miesięcy, kilka lat. Te najstarsze „stażem” zachorowały ponad 20 lat temu. Nawet jeśli czują się już spokojniej i bardziej pewnie, nadal czuwają nad swoim zdrowiem i pilnują terminów badań kontrolnych.

Kiedyś, wiele lat temu spotkanie z takimi „dziewczynami” pomogło mi w bardzo trudnej chwili, gdy zachorowałam jako młoda kobieta. Gdy nic nie wiedziałam o chorobach nowotworowych, gdy rak to już był dla mnie koniec [i co będzie z moimi dziećmi?]. W tamtym momencie odpowiednia rozmowa, podanie ręki, odwiedziny, wspólny spacer – to wszystko w towarzystwie wspaniałych kobiet pozwoliło stopniowo odzyskać opanowanie, a przede wszystkim – NADZIEJĘ.

Zapraszamy więc do nas wszystkie kobiety dotknięte rakiem. Pamiętajcie – my jesteście takie same, my to samo przeszłyśmy, można z nami rozmawiać szczerze o wszystkich problemach związanych z chorobą. Pomożemy we wszystkim w czym tylko będzie można. I będziemy z Tobą. Odwiedzimy Cię w szpitalu, w domu. A może przyjdiesz do nas na ćwiczenia rehabilitacyjne, które są tak potrzebne? Zapraszamy i czekamy. BĄDŹ Z NAMI!

Barbara Porwoł



NOWOCZESNE LECZENIE RAKA - nadzieja dla chorych na nowotwory

Postaci raka bardzo się od siebie różnią i nie ma na nie jednego cudownego lekarstwa, ale postęp w medycynie jest ogromny. Z rakiem można coraz dłużej żyć i coraz częściej staje się on po prostu chorobą przewlekłą. Jakie są nowoczesne metody leczenia raka?

Choć wciąż zbyt wiele osób umiera z powodu chorób nowotworowych, mamy coraz więcej przykładów, że z rakiem można wygrać. Nowotwór pokonali Irena Santor, Anna Seniuk, Zofia Kucówna, Agata Buzek, Krystyna Kofta, Robert Gawliński czy Jan Kobuszewski. Krzysztof Kolberger, wybitny aktor i niezwykle człowiek, przeżył z chorobą nowotworową 20 lat. Jego lekarz i przyjaciel, onkolog Cezary Szczylik powiedział, że to nie rak go pokonał. Aktor zmarł w wyniku niespodziewanych powikłań, które mogły się przydarzyć każdemu. Problemy, z jakimi spotykamy się na co dzień, lecząc nawet banalne choroby, nie zawsze pozwalają obiektywnie spojrzeć na zmiany i postęp, jaki dokonał się w onkologii w ciągu ostatnich 20 lat. A zmieniło się bardzo wiele, chociaż lekarze wciąż posługują się trzema podstawowymi metodami walki z nowotworami. Najstarszą metodą leczenia chorób nowotworowych jest chirurgia. Drugą jest radioterapia, a trzecią farmakoterapia. Dwie pierwsze metody ograniczają swoje oddziaływanie do konkretnego obszaru naszego ciała. Leki stosowane w onkologii mają natomiast szansę dotrzeć do każdej komórki organizmu. To stwarza niezwykle możliwości leczenia chorób nowotworowych, które – jak to bywa w hematologii – nigdy nie występują tylko w jednym miejscu organizmu. Leki, które przenikną do krwi, razem z nią mogą dotrzeć do wszystkich narządów i komórek ciała. Dzięki temu niszczą komórki nowotworowe.

Rak to już nie wyrok

W ostatnim 20-leciu nauczyliśmy się skutecznie leczyć niektóre typy chorób nowotworowych. Przykładem może być przewlekła białaczka szpikowa, nowotwory przewodu pokarmowego czy rozsiały rak jajnika. Jeszcze niedawno rozpoznanie jednego z tych raków było wyrokiem śmierci. Obecnie, stosując klasyczną lub nowoczesną chemioterapię, można wyleczyć lub leczyć przez wiele lat znaczącą liczbę chorych. Jeszcze kilkanaście lat temu choremu z przerzutami niewiele można było zaproponować. Leczenie koncentrowało się na łagodzeniu dolegliwości, a chorzy umierali w ciągu kilku miesięcy. Dziś są inne możliwości. Tu dobrym przykładem może być rozsiały rak nerki. Chorym nie pomagała klasyczna chemioterapia. Ostatnie 3 lata przyniosły leki, które nawet przy zaawansowanym raku pozwalają wydłużyć życie o kilka lat. Następnym przykładem to szpiczak mnogi. Kilkanaście lat temu chory zmagający się z licznymi złamaniami, często musiał używać wózka inwalidzkiego, aby ograniczyć proces niszczenia kości. Dziś już w chwili rozpoznania choroby można zastosować leczenie, które cofa całkowicie lub w bardzo znaczny sposób ogranicza niszczenie kości. Kolejnym etapem leczenia szpiczaka były przeszczepy szpiku. Ale teraz u niektórych chorych zamiast przeszczepu można zastosować farmaceutyki – nowoczesne lub też te od dawna stosowane – kolejne badania pozwalają odkryć ich nieznaną dotąd działanie. Nawet jeśli nie można jeszcze znacząco wydłużyć życia chorego, to w istotny sposób można wpływać na jakość jego życia. Lekarze znają sposoby, aby przy wczesnym rozpoczęciu terapii skutecznie leczyć chorych na raka prostaty, piersi. Coraz więcej osób żyje dłużej niż 5 lat po zakończeniu leczenia chłoniaków, białaczek, nowotworów tarczycy, jąder, skóry. Ale lista nowotworów, które wciąż wygrywają ze współczesną medycyną, jest długa. Należą do nich rak trzustki, wątroby, żołądka, płuc. Tu postępy leczenia wyglądają skromniej, co nie znaczy, że ich nie ma.



Leczenie raka już nie powoduje tylu dolegliwości

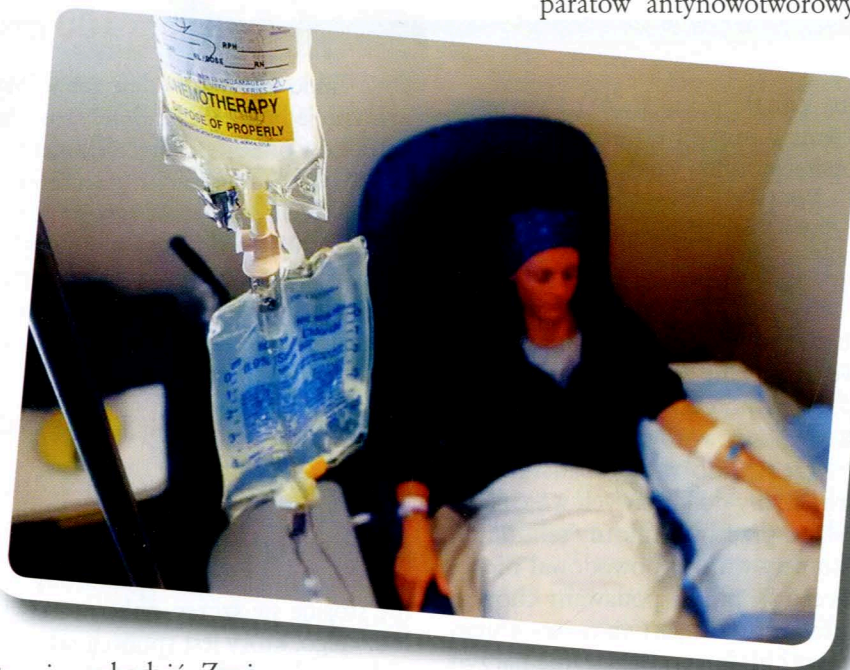
Leczenie onkologiczne jest obciążone wieloma powikłaniami. Wypadanie włosów, nudności, wymioty, zmiany skórne, niedokrwistość – to tylko nieliczne z nich. Współczesna medycyna z większością z nich dobrze sobie radzi. Podając w czasie chemioterapii odpowiednie leki, można powstrzymać lub znacznie ograniczyć wymioty. Doceniono także rolę psychoterapii w leczeniu onkologicznym. Nikogo już nie dziwi, że pacjent przekonany do kuracji, rozumiejący jej trudy, ale i efekty, ma mniej przykrych objawów. Za postęp trzeba uznać, że coraz więcej leków onkologicznych ma postać tabletek, które można przyjmować w domu, bez konieczności częstych wizyt w szpitalu i bez ryzyka uszkodzenia żył z powodu kroplówek.

Leczenie raka: nowoczesna chirurgia

Wydawać by się mogło, że najmniejszy postęp dokonał się w chirurgii onkologicznej. Guzy nadal usuwa się podczas operacji, ale dziś możliwe jest ich wycięcie bez rozległego zabiegu. Do praktyki onkologicznej na stałe weszły metody mikrochirurgiczne, laparoscopia, specjalne sondy, którymi można operować guzy mózgu i wiele innych. Efekt terapeutyczny jest taki sam jak w przypadku rozległej operacji, ale korzyścią dla chorego jest szybszy powrót do zdrowia i mniejsze straty psychiczne. Przykładem mogą tu być oszczędzające operacje piersi. Wprawdzie nie wpływają one na długość życia po operacji, ale znacznie poprawiają jego komfort.

Leczenie raka: precyzyjna radioterapia

Nowoczesna radioterapia, dzięki zastosowaniu trójwymiarowego określenia miejsca naświetlania, pozwala niszczyć chorą tkankę, ale oszczędzać zdrową. W trakcie naświetlania tylko guz otrzymuje skoncentrowaną dawkę promieni. To ważne przy niektórych rakach, np. prostaty, który rozwija się w pobliżu jelit. Promieniowanie mogłoby łatwo je uszkodzić. Znając wrażliwość poszczególnych guzów na napromienianie, lekarz może modyfikować dawkę naświetlań (w czasie i nasileniu), aby nie dać guzowi czasu na odrastanie. Coraz częściej stosuje się także (u chorych z nowotworami w obrębie jamy brzusznej, przy niektórych rakach narządów rodnych) radioterapię śródoperacyjną. Skoncentrowana wiązka promieni niszczy niewidoczne mikroprzerzuty, co pozwala zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby.



- **Dyżury Amazonek** – Biuro Stowarzyszenia ul. Piłsudskiego 11A p. 410 – codziennie w godzinach 10-13.
- **Spotkania w każdy pierwszy poniedziałek miesiąca** – Szpital Wojewódzki w Łomży, ul. Piłsudskiego 11 godz. 17.00 - sala konferencyjna (II piętro)
- **Rozmowy telefoniczne** – tel. 86 473 32 63 (w godzinach 10-13) lub kom. 882 098 947.
- **Rehabilitacja dla członkiń Stowarzyszenia** – każda środa w godz. 16-18 - Szpital Wojewódzki ul. Piłsudskiego 11, Dział Rehabilitacji, II piętro.

WAŻNE!

Ile jest wyleczonych?

Według międzynarodowych standardów osobę, która po kuracji raka przeżyje 5 lat, uznaje się za wyleczoną. Jeszcze 20 lat temu odsetek dożywających tego okresu nie był imponujący. Obecnie w USA jest już 12 mln ludzi, którzy pokonali raka, w Polsce – 600 tys.

Długa droga leku

Jak wynika z doniesień amerykańskiej Agencji Leków i Żywności (FDA), tylko jeden na 5 tys. opracowywanych preparatów antynowotworowych jest dopuszczany do sprzedaży.

Leczenie raka: chemia celowana

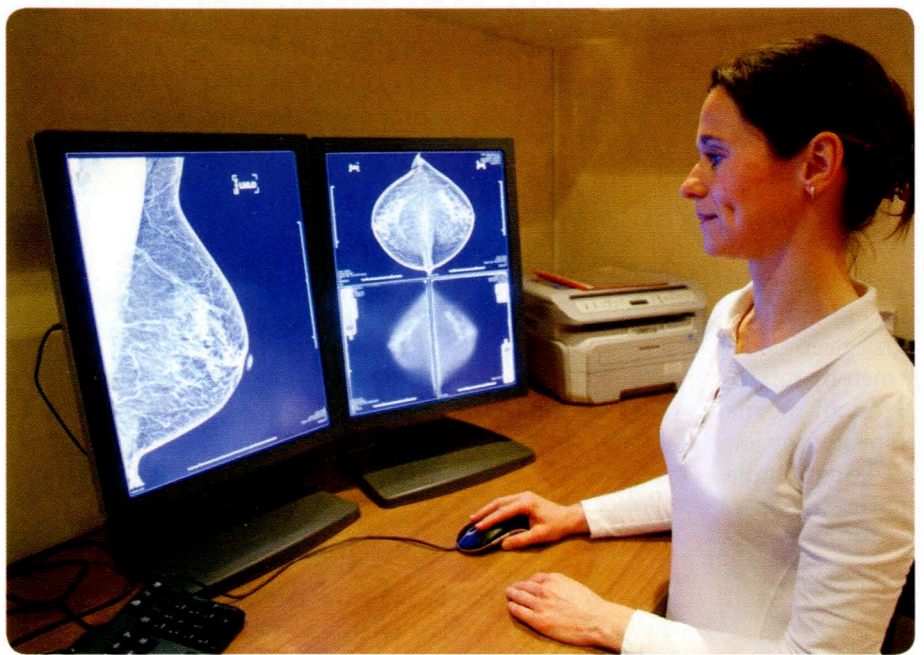
Klasyczna chemioterapia może być stosowana w ściśle określonym czasie ze względu na znaczną toksyczność leczenia. Gdy przynosi organizmowi więcej strat niż korzyści, musi być przerwana. Dlatego za wielki sukces terapeutyczny uznaje się terapię celowaną, czyli takie, które uderzają bezpośrednio w komórki rakowe. Poprzez podawanie odpowiednich leków można unicestwić komórki nowotworowe dwoma metodami. Pierwsza polega na odcięciu dopływu krwi do guza. Ten, gdy zostanie pozbawiony pożywienia, które czerpał z krwi, umiera z głodu, bo nie może wytworzyć własnych naczyń krwionośnych. Druga metoda to uderzenie bezpośrednio w komórki



rakową i zatrzymanie jej rozmnażania się. To niezwykle istotne, bo komórki nowotworowe same z siebie są nieśmiertelne i mogą się w nieskończoność namnażać. W przeciwieństwie do zdrowych komórek, chore nie podlegają apoptozie, czyli procesowi samozniszczenia. Obecna wiedza o rozwoju i „zwyyczajach” komórek rakowych pozwala dotrzeć lekom do tych miejsc w komórkach, skąd płynie sygnał do ich stałego rozmnażania się, czyli na poziomie molekularnym komórki. Terapie celowane coraz częściej wykorzystuje się w leczeniu raka płuc,

różne u różnych osób chorujących na ten sam typ raka. Skłonność do przerzutów nie ujawnia się wraz z rozwojem choroby, jak do niedawna sądzono, lecz od początku jest w niej zakodowana. Decyduje o tym aktywność określonych genów komórek nowotworowych. Stąd pomysł, aby terapia była dostosowana do potrzeb pacjenta, bo nowotwór powstaje z jego komórek. Ważne jest i to, dlaczego u danej osoby komórki zaczęły się nienormalnie zachowywać. Korzystając z bardzo czułych badań molekularnych, można przyrzeć się genom w komórce

nowotworowej i porównać je z genami w zdrowej. Można wykryć zmiany, które uwydatnią zagrożenie szybkimi przerzutami. Dowiedzieć się, dlaczego jedne osoby chorują ciężiej, a u innych choroba postępuje łagodnie. Przykładem na przewidywanie przyszłości choroby jest rak piersi. Dowiedziano, że kobiety z rakiem piersi obarczone antygenem HER2 miały mniejsze szanse na długie przeżycie w porównaniu z tymi, które nie miały tego obciążenia. Ale podanie kobietom z HER2 trastuzumabu odmieniło ich los. Szanse obu grup chorych się wyrównały. Kontrowersyjna, ale możliwa do przeprowadzenia jest też chirurgia profilaktyczna, którą stosuje się u kobiet z potwierdzoną i udokumentowaną wywiadem rodzinnym genetyczną skłonnością do raka



jelita grubego i nerki. Trzeba jednak pamiętać, że nowoczesne leki muszą być stosowane wraz z innymi elementami terapii antynowotworowej, np. z operacją. Tylko wtedy mogą być skuteczne.

Stare leki na raka jak nowe

Wydłużenie życia z chorobą nowotworową mają także na celu terapie wielolekowe, nazywane też skojarzonymi. Po latach badań dowiedziano, że jednoczesne podawanie kilku dobrze znanych leków przeciwnowotworowych może znacznie poprawić skuteczność leczenia. Co więcej, badania nad biologią nowotworów doprowadziły do ciekawych wniosków, że stary lek, np. okryty złą sławą przeciwwymiotny talidomid, który przyjmowany przez kobiety w ciąży powodował niedorozwój kończyn u rozwijającego się płodu, podawany chorym ze szpiczakiem mnogim skutecznie walczy z tym nowotworem układu krwionośnego, ponieważ blokuje powstawanie naczyń krwionośnych.

Leczenie raka skrojone na miarę

To także jedna z tendencji współczesnej onkologii. Dowiedziano, że leczenie onkologiczne i zagrożenie przerzutami jest

Takie rokowania daje rak wykryty w stadium przedinwazyjnym. Jednak w Polsce większość pacjentów trafia pod opiekę ośrodków onkologicznych dopiero w III i IV stadium zaawansowania choroby, co rzutuje na efekty leczenia i pogarsza rokowanie. Wielu guzów nie można już wtedy operować, pojawiają się przerzuty, które doprowadzają do najgroźniejszych powikłań. Dlatego trzeba regularnie robić badania profilaktyczne: wykrycie nowotworu o jedno stadium kliniczne wcześniej daje 25 proc. więcej szans trwałego wyleczenia.

Przyszłość: szczepionka na raka

Trwają intensywne prace nad szczepionkami na raka. Prace idą w dwóch kierunkach. Pierwszy zakłada stworzenie szczepionki chroniącej przed nawrotem choroby, zaś drugi – zapobieganie rozwojowi choroby poprzez szczepienia. Obecnie stosuje się szczepionkę przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, który jest sprawcą raka szyjki macicy. Trudno przewidzieć, jaka będzie przyszłość tej formy walki z chorobami nowotworowymi. Naukowcy coraz częściej twierdzą, że nie uda się stworzyć jednej szczepionki, która nauczy układ immunologiczny rozpoznawać i niszczyć komórki nowotworowe. Organizm potrafi z nimi walczyć, jednak wciąż nie wiadomo, dlaczego w pewnym momencie rezygnuje i choroba może się rozwijać.

Anna Jarosz Miesięcznik „Zdrowie”



18 KROKÓW ZAPOBIEGANIA OBRZĘKOWI LIMFATYCZNEMU KOŃCZYN GÓRNYCH

Dla osób zagrożonych rozwojem obrzęku limfatycznego oraz dla osób, u których już rozwinął się obrzęk limfatyczny kończyny górnej.

KTO JEST W GRUPIE RYZYKA POWSTANIA OBRZĘKU LIMFATYCZNEGO?

Rozwojem obrzęku limfatycznego kończyny górnej i przyległej części tułowia zagrożony jest każdy u kogo wykonano zabieg prostego odjęcia gruczołu piersiowego, częściowego usunięcia gruczołu piersiowego albo całkowitego usunięcia gruczołu piersiowego z usunięciem węzłów chłonnych pachowych i często dodatkowo został poddany leczeniu za pomocą radioterapii. Obrzęk może pojawić się bezpośrednio po zabiegu operacyjnym, w przeciągu kilku miesięcy, paru lat lub nawet 20 i więcej lat po zakończonej terapii przeciwnowotworowej. Stosując właściwą edukację i opiekę można uniknąć obrzęku limfatycznego. Gdy dojdzie do jego pojawienia się i rozwoju, można we właściwy sposób go kontrolować, nie dopuszczając do jego zaostrzenia.

Poniższe zalecenia dotyczące właściwego postępowania powinny być przeanalizowane przed zabiegiem operacyjnym i omówione z Twoim lekarzem lub fizjoterapeutą.

1. Absolutnie nie ignoruj objawów niewielkiego zwiększenia obrzęku w obrębie ramienia, ręki, palców, szyi lub klatki piersiowej (w sytuacji wątpliwej skonsultuj się natychmiast z lekarzem).
2. Unikaj wykonywania iniekcji dożylnych oraz pobierania krwi w obrębie kończyny górnej zagrożonej obrzękiem limfatycznym (w sytuacji w której nie istnieje inna możliwość pobrania krwi oraz dokonania iniekcji niż z kończyny górnej po stronie operowanej należy dokładnie zadbać o odpowiednią higienę skóry w miejscu jej zakłucia).
3. Kontroluj wysokość ciśnienia tętniczego krwi po stronie kończyny nie zagrożonej obrzękiem limfatycznym (po stronie nieoperowanej).
4. Utrzymuj odpowiednią higienę obrzękniętej kończyny górnej lub zagrożonej rozwojem obrzęku limfatycznego. Używaj odpowiednich balsamów (lotionów) kosmetycznych po kąpielach. Skórę wycieraj delikatnie i dokładnie do sucha. Upewnij się, czy skóra jest sucha w obrębie zmarszczek, bruzd i pomiędzy palcami rąk.
5. Unikaj energicznych i powtarzających się ruchów kończyną górną objętą obrzękiem limfatycznym lub zagrożoną jego rozwojem wykonywanych przeciw oporowi (np. szorowania, pchania, ciągnięcia, szarpania).
6. Unikaj obciążania kończyny górnej objętej obrzękiem lub zagrożonej jego rozwojem. Nigdy nie noś ciężkich torebek lub toreb na pasku przewieszonym przez bark.
7. Nie noś ciasnej biżuterii lub elastycznych opasek wokół palców lub ramienia kończyny górnej po stronie operowanej (ramion w sytuacji obustronnego zabiegu).
8. Unikaj krańcowych zmian temperatur, kiedy kąpiesz się lub zmywasz naczynia (nie korzystaj z sauny, albo gorącej kąpiel w wannie). Chroń kończynę górną po stronie wykonanego zabiegu przed promieniami słonecznymi.
9. Unikaj jakichkolwiek urazów (stłuczeń, skaleczeń, poparzeń słonecznych i innych oparzeń, zranień, obrażeń sportowych, ukąszeń owadów, zadrapań przez kota, itp).
10. Noś długie rękawy i ubieraj rękawiczki podczas wykonywania porządków domowych, zajmowania się ogrodnictwem lub jakąkolwiek inną pracą, która może być powodem nawet małych uszkodzeń i urazów.
11. Kiedy wykonujesz manicure unikaj wycinania skórek wokół paznokci (poinformuj o tym swoją manicurzystkę).
12. Ćwiczenia rehabilitacyjne są bardzo ważne, ale staraj się zasięgać w tej kwestii zawsze porady fizjoterapeuty. Nie doprowadzaj do przemęczenia (przeciążenia) kończyny górnej zagrożonej obrzękiem limfatycznym. Jeśli kończyna górna po stronie operowanej zaczyna boleć, połóż się i ułóż ją w pozycji uniesionej. Zalecane dla Ciebie rodzaje aktywności fizycznej to: spacer, pływanie, aerobik o niskiej intensywności, jazda na rowerze i specjalnie zaplanowane elementy baletu albo jogi (staraj się nie dźwigać kończyną górną po stronie operowanej więcej niż około 6-7 kilogramów).
13. Podczas podróżowania samolotem osoby z obrzękiem limfatycznym lub nim zagrożone powinny być zaopatrzone w specjalny rękaw kompresyjny na czas przelotu. Podczas długich lotów samolotem osoby te mogą wymagać dodatkowego zabezpieczenia specjalnymi bandażami kompresyjnymi. Zwiększ spożycie płynów podczas przebywania w powietrzu w czasie lotu samolotem.



14. Kobiety z bardzo dużym biustem powinny nosić lżejszą protezę piersi (zbyt ciężka proteza może wywierać zbyt duży nacisk na obojczyk i okolice barku). Wskazane jest, aby umieścić miękkie podkładki pod wąskimi paskami biustonosza. Należy ubierać dobrze dopasowany i podtrzymujący biustonosz.
15. Używaj elektrycznej golarki do usuwania włosów pod pachami. Konserwuj we właściwy sposób golarkę elektryczną, wymieniając głowicę jeśli zaistnieje taka potrzeba.
16. Pacjentki ze stwierdzonym obrzękiem limfatycznym, powinny nosić dobrze dopasowany, kompresyjny rękaw przeciwobrzękowy, który powinno się zakładać po przebudzeniu (po wstaniu z łóżka) i nosić przez cały dzień. Co najmniej, co 4-6 miesięcy zalecana jest kontrola fizjoterapeutyczna w celu oceny skuteczności działania bielizny kompresyjnej. Jeśli rękaw jest za luźny może to prawdopodobnie świadczyć o tym, że zmniejszyły się obwody w obrębie kończyny górnej lub, że rękaw stracił swoje właściwości kompresyjne. W takiej sytuacji profilaktyka obrzęku limfatycznego nie jest skuteczna.
17. UWAGA! Jeśli zauważysz wysypkę, pęcherze, zaczerwienienie, podniesienie temperatury lub gorączkę natychmiast skonsultuj się ze swoim lekarzem. Zapalenie albo infekcja (zapalenie naczyń limfatycznych) może być przyczyną pojawienia się obrzęku limfatycznego kończyny górnej lub pogorszenia się już istniejącego.
18. Utrzymuj prawidłową wagę ciała. Stosuj dietę nisko sodową, bogatą w błonnik. Unikaj picia napojów alkoholowych oraz palenia tytoniu. Obrzęk limfatyczny jest obrzękiem wysokobiałkowym, lecz spożycie zbyt małych ilości protein raczej nie doprowadzi do ich zredukowania w części składowej limfy, a wręcz przeciwnie - może osłabić i nadwyrężyć strukturę tkanki łącznej w organizmie i zaostrzyć proces chorobowy. Dlatego dieta powinna zawierać łatwo przyswajalne białka znajdujące się np. w rybach, kurczakach, czy tofu.
19. Pamiętaj, że prewencja nie jest metodą leczenia. Stała obserwacja Twojego obrzęku limfatycznego jest możliwa tylko podczas okresowych badań mających miejsce w czasie kontroli stanu choroby nowotworowej lub istniejącego obrzęku limfatycznego w odpowiednio do tego przygotowanych placówkach służby zdrowia (ośrodkach onkologicznych).

Zespół Fizjoterapeutów Działu Rehabilitacji Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu na podstawie: „Eighteen steps to prevention for upper extremities” by the National Lymphedema Network



Jak szacuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) - u 50-80 proc. pacjentów cierpiących z powodu nowotworu ten ból nie jest w ogóle leczony lub jest leczony nieprawidłowo. W Polsce szacuje się, że z powodu bólu nowotworowego cierpi ok. 50 tys. chorych.

WHO opracowała zasady leczenia bólów u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. Podstawową regułą tego schematu jest założenie, że słabszy ból wymaga podawania leków słabszych, a w miarę nasilania się bólu leki powinny być coraz silniejsze.

Rak nie musi boleć - jak złagodzić cierpienie osoby chorej na raka?

Podstawowe leki przeciwbólowe podzielono na trzy grupy - według stopni drabiny analgetycznej.

I stopień (słaby ból) - to proste leki przeciwbólowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) i paracetamol. W leczeniu bólów nowotworowych stosuje się: Diclofenac, Ketoprofen, Metamizol (pyralgina), Paracetamol i inne.

II stopień (średni ból) - to słabe opioidy, ewentualnie połączone z lekami nieopiodowymi z I grupy. Najczęściej stosowanymi łagodnymi opioidami jest Kodeina oraz Tramadol.

III stopień (silny ból) - to mocne opioidy podawane z lekiem nieopiodowym. Są to morfina, fentanyl w plastrach oraz petydyna.

Jakie zasady obowiązują przy podawaniu preparatów przeciwbólowych chorym na raka?

Skuteczność leczenia bólu nowotworowego zależy od przestrzegania dwóch najważniejszych zasad.

Po pierwsze - leków nie podaje się wtedy, gdy chorego zaczyna boleć, lecz w określonych odstępach czasu, aby utrzymać w organizmie stałe stężenie leku, dzięki czemu wyprzedza się



ból i zapobiega jego nasileniu. Leki z I stopnia drabiny podaje się zazwyczaj co 4 godziny, tabletki morfiny - co 12 godzin, plastry z fentanylą - co 3 dni.

Po drugie - lek powinien być zmieniany na silniejszy (wyższego stopnia), gdy staje się nieskuteczny, tzn. ból nie ustępuje lub się nasila.

Dlaczego leczenie bólu nowotworowego jest takie ważne?

Leczenie przeciwbólne jest ważne z dwóch powodów. Po pierwsze łagodzi niepotrzebne cierpienie. Po drugie zapobiega destrukcyjnemu wpływowi bólu na tryb życia pacjenta z rozpoznaniem nowotworem złośliwym. Ból nie tylko odbiera chęć do życia i utrudnia wszelką aktywność, ale także wiarę w skuteczność leczenia podstawowej choroby. Aby tego uniknąć, ból powinien być leczony równie intensywnie co choroba podstawowa.

Czy to prawda, że ból pojawia się tylko przy ostrej fazie choroby?

Ból może towarzyszyć chorobie nowotworowej na każdym etapie jej rozwoju, ale tak wcale nie musi być. Amerykańscy specjaliści od leczenia bólu uważają, że występuje on już we wczesnych stadiach choroby. W chwili rozpoznania odczuwa go 40-50 proc. chorych z nowotworami piersi, gruczołu krokowego, okrężnicy, odbytnicy, jajnika i szyjki macicy. Ból jako wczesny objaw choroby nowotworowej pojawia się u 60-70 proc. chorych z rakiem płuc i trzustki. Częstość bólów narasta do 65-100 proc. u chorych z przerzutami lub nowotworami zaawansowanymi miejscowo. Upraszczając problem, można przyjąć, że ból i nowotwór nie są synonimami, ale 3/4 chorych informuje lekarza, że odczuwa ból.

Czy morfina trzeba się bać?

Ból bardziej niszczy fizycznie i degraduje psychicznie niż leki opioidowe, a więc i morfina. Tymczasem w Polsce po morfinę sięga się w ostateczności, gdy pacjent nie jest w stanie znieść bólu. Zużycie morfiny w Polsce w 1992 roku nie przekraczało 85 kg, a w 2000 roku wyniosło już 260 kg. Nie oznacza to, że nasi lekarze podają ją zbyt pochopnie. Wręcz przeciwnie - na Zachodzie aplikuje się ją chorym 4 razy częściej niż u nas.

Chorzy często sami nie chcą morfiny, bo sądzą, że podaje się ją tylko w przypadkach beznadziejnych i że jest to narkotyk, który uzależnia i niszczy człowieka. Niestety wielu lekarzy zrównuje morfinę stosowaną w terapii przeciwbólnej z narkotykiem i skazują ciężko chorych na dodatkowe cierpienia. Morfina, jeśli podawana jest we właściwych dawkach i pod okiem doświadczonego anestezjologa, przynosi ulgę w cierpieniu i, jak wynika z badań, rzadko uzależnia. Lekarze dostają do swojej dyspozycji coraz nowocześniejsze, bezpieczniejsze, preparaty z morfiną. Są już u nas opioidy w tabletkach działające przez 12 godzin i plastry fentanyl, które są skuteczne przez 3 doby.

Kategorie bólu nowotworowego

1. Ból spowodowany nowotworem lub jego przerzutami. Do tej grupy należą bóle spowodowane rozrastaniem się guza nowotworowego, uciskiem guza na nerwy, przerzutami do kości, skóry lub narządów miękkich.
2. Ból będący skutkiem leczenia przeciwnowotworowego. Typowe objawy tej grupy bólów to ból po operacjach, po amputacjach i tzw. bóle fantomowe. Odczuwanie bólu może być też związane z przyjmowaniem chemioterapii lub naświetlaniem. W tym ostatnim przypadku ból pochodzi od uszkodzonej błony śluzowej lub skóry.
3. Ból związany z wyniszczeniem organizmu. Tu pojawiają się cierpienia spowodowane odleżynami, zaparciami stolca, zapaleniem błony śluzowej w ustach lub przełyku.
4. Do bólów nowotworowych zalicza się również bóle, które występują u chorych na nowotwory złośliwe, ale nie są bezpośrednio związane z chorobą podstawową. Są to bóle głowy, kręgosłupa lędźwiowego, stawów, a więc takie, które bardzo często występują także u osób niechorujących na raka. Niezależnie jednak od przyczyny, każdy rodzaj bólu powinien być skutecznie zwalczany.

Poradnik Zdrowie





GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Przychodnia Onkologiczna

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11, „I „pietro,
tel. 86 473 33 75, 86 473 33 92,
86 473 33 44, 86 473 33 83
czynna codziennie od 8.00 do 15.00.
tel. rejestracja 86 473 33 75 w godz. 7.30–15.00,
we wtorki od 8.00 do 18.00

Oddział Onkologii i Chemioterapii – V piętro

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11, V piętro,
tel. 86 473 33 45, 86 473 33 47, 86 473 33 77.
ultrasonograficzne badanie gruczołów pier-
sioowych (pracownia USG)
Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11, I piętro,
tel. 86 473 33 86 – czynna codziennie. I biop-
sja cienkoigłowa (Zakład Patomorfologii)

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11,
tel. 86 473 32 53 – czynny codziennie; wy-
maga skierowania, dla pacjentów onkolo-
gicznych – I piętro – środa, piątek; I mam-
mografia – wykonana ze skierowaniem od
onkologa
Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11, I piętro,
tel. rejestracja 86 473 35 98,
tel. mammografia 86 473 35 40 – codziennie.

Rehabilitacja dla członkiń Stowarzyszenia

w każdą środę w godz. 16.00–18.00 w Dzia-
le Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego
w Łomży (II piętro).

Psycholog

Monika Jermacz, kom. 507 659 781

Przychodnia Rehabilitacji Leczniczej

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11,
II piętro – codziennie od 7.00 do 17.00,
ze skierowaniem od lekarza;
tel. rejestracja 86 473 35 84 do godz. 10.00
lekarze – od 10.00 do 15.00,
tel. 86 473 35 84. we wtorki do godz. 18.00

Regionalny Ośrodek Onkologii w Białymstoku

ul. Ogrodowa 12, tel. 85 664 67 11
Centrum Onkologii w Warszawie
ul. Roentgena 5,
tel. 22 546 20 00

Biuro Stowarzyszenia

czynne w godzinach:
10.00-13.00 – od poniedziałku do piątku
tel. 86 473 32 63

WRZESIEŃ

- 5 – godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowa-
rzyszenia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala
konferencyjna, II piętro

PAŹDZIERNIK

- 3 – godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowa-
rzyszenia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala
konferencyjna, II piętro

LISTOPAD

- 1 – Wszystkich Świętych
2 – Dzień Zaduszny
7 – godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowa-
rzyszenia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala
konferencyjna, II piętro
Dzień Otwarty w Onkologii - dokładny termin będzie podany
w późniejszym terminie

GRUDZIEŃ

- 5 – spotkanie wigilijne członkiń i przyjaciół Stowarzyszenia – Cen-
trum Katolickie, Łomża, ul. Zawadzka 55:
– godz. 17.00 – Msza Św. - Kaplica pw. Matki Boskiej Często-
chowskiej,
– godz. 17.45 – spotkanie opłatkowe – sala im. Św. Jana Pawła II.
25-26 – Boże Narodzenie
31 – Sylwester

Szanowni Państwo!

Serdecznie dziękujemy za dotychcza-
sowe finansowe wsparcie działalności na-
szego Stowarzyszenia. Mamy nadzieję, że
nie zawiodłyśmy Państwa zaufania. Nadal
będziemy realizować nasze cele statutowe,
przede wszystkim udzielać wszechstronnej
pomocy kobietom chorym na raka i konty-
nuować programy profilaktyki zdrowotnej.

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

Jest to możliwe, ponieważ nasza orga-
nizacja w roku 2004 postanowieniem Sądu
Rejonowego w Białymstoku otrzymała sta-
tus organizacji pożytku publicznego nr KRS
0000082371.

Przekazany przez Państwa 1% po-
datku wykorzystamy na pomoc chorym
dotkniętym nowotworem.

Należy podać nr KRS 0000082371.

Urząd skarbowy sam dokona przele-
wu kwoty na konto organizacji.

*Z wyrazami szacunku
Zarząd Stowarzyszenia*