

Pomódlmy się w Noc Betlejemską, a Noc Szczęśliwego Rozwiązania,
by wszystko się nam rozplątało: węzły, konflikty, powikłania.
Oby się wszystkie trudne sprawy porozkręcały jak supelki,
własne ambicje i urazy zaczęły śmieszyć jak kukielki.
Oby w nas paskudne jędze pozamieniały się w owieczki,
a w oczach mądre łzy stanęły jak na choince barwnej świeczki.

ks. Jan Twardowski

Zbliża się grudzień, a z nim najpiękniejsze święta w roku – Boże Narodzenie. Wszyscy już planujemy wspólne spotkania, wyjazdy, żyjemy oczekiwaniem na kolędowanie w gronie rodzinnym, kolorowy blask choinkowych lampek, błyszczące opakowania prezentów. W tym wspaniałym czasie wszyscy czujemy się pełni szczęścia, radości, wszyscy mamy więcej chęci i siły do pracy. To czas wyjątkowy dla wszystkich.

Po świętach następnym radosnym momentem – Sylwester. Będziemy się bawić, wznosić toasty za nadchodzący Nowy Rok. Pewnie też trochę będzie melancholii i zadumy, bo przecież przybył nam kolejny rok... Kiedy byliśmy młodzi, czekało się na to z utęsknieniem. Jednak teraz, po tylu latach, które upłynęły jakoś tak dziwnie patrzymy wstecz: To już tak szybko minęło? To już tyle? Czas mija nieubłaganie...

Każde święta, które spędzamy wspólnie z rodziną, z bliskimi, z przyjaciółmi są dla nas bardzo cenne. I chociaż każda z członkiń naszego Stowarzyszenia zdaje sobie sprawę z upływającego czasu, to jednocześnie każdy rok oddala nas od choroby, od niebezpieczeństwa wznowy lub przerzutu. Każda z Amazonek stale liczy czas, który mija od momentu zachorowania. Im dłużej, im dalej, tym bardziej cieszymy się, z tego, że nasz Pan patrzy na nas łaskawie, że oddaliśmy się od chwili zachorowania, a tym samym nasze szanse na przyszłość są coraz lepsze.

I możemy spokojnie opowiadać innym: Zachorowałam 2 lata temu, 5lat, 10, albo i więcej. Im większa jest ta liczba – tym większy znak dla każdej kobiety, której dotknął rak.

Na pewno najtrudniej jest osobom, które zachorowały niedawno, które akurat przechodzą bolesne operacje, chemo- i radioterapię. Dla nich wiadomość o Amazonkach, które przeżyły kilka, kilkanaście lat jest wielką pomocą - znakiem wsparcia i pocieszenia, znakiem nadziei na przyszłość.

Do kobiet, które przechodzą najtrudniejszy, najbardziej bolesny okres leczenia pragnę w imieniu swoim i moich koleżanek skierować szczególne słowa pociechy, wsparcia. Nie martwcie się – Bóg Was nie opuścił. I my też jesteśmy z Wami, będziemy się starały pomóc Wam, jak tylko możemy.

W te cudowne święta Bożego Narodzenia niech nasz Pan obdarzy nas wszystkich radością i siłą.

Bądźcie z Nami!!!

Barbara Porwoł



**Warsztaty edukacyjne zorganizowane przez Klub Amazonki Białystok
wspólnie z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” oraz firmę Roche Polska SA
w ramach kampanii „Poszerzamy HERyzonty”
na temat:**

„Zaawansowany rak piersi”

Białystok, 15 października 2016 roku

Biopsja piersi – precyzyjna diagnostyka raka gruczołu piersiowego

dr n.med. Beata Adamczyk
– Wielkopolskie Centrum Onkologii
w Poznaniu

Podstawowe metody diagnostyki raka piersi to:

- wywiad
- badanie piersi
- badanie obrazowe
- badanie mikroskopowe

Wywiad polega na rozmowie z kobietą, uwzględniając wiele szczegółów np. wskazania genetyczne, wcześniejsze występowanie chorób onkologicznych w rodzinie

Badanie piersi to badanie dotykowe wykonane przez onkologa

Badanie i diagnostyka obrazowa obejmują:

usg piersi – badanie ultrasonograficzne za pomocą ultradźwięków. Można je wykonać bez specjalnego przygotowania pacjentki, u kobiet młodych w I fazie cyklu. Jest bezbolesne.

mammografia – badanie radiologiczne piersi, dzięki któremu można wykryć raka we wczesnym stadium. Jest badaniem radiologicznym czyli prześwietleniem. Nie wymaga znieczulenia. Podczas mammografii wykonane są 4 zdjęcia [po 2 zdjęcia dla każdej piersi, każde w innej pozycji]. Pozwala wykryć zmiany wielkości 3-5 mm czyli we wczesnym etapie. Skuteczność mammografii jest oceniana przez lekarzy na 80% – odsetek niewykrytych zmian wzrasta, jeśli piersi mają zbitą, gruczołową budowę. Z tego powodu badania usg i mammografia są często badaniami uzupełniającymi się.

mammografia 3D z tomosyntezą – w przypadku tego badania prześwietlenia piersi wykonuje kamera, która porusza się po łuku. Zdjęcia wykonywane są pod różnymi kątami [podczas badania wykonuje się od kilkunastu do ponad 400 zdjęć; przy czym dawka promieniowania nie jest większa niż przy standardowej mammografii].

W mammografii 3D z tomosyntezą obrazy z prześwietlenia są przetwarzane cyfrowo za pomocą komputera, stąd otrzymany obraz jest trójwymiarowy i niezwykle precyzyjny. Dokładnie obrazuje wnętrze piersi, obraz można przybliżyć i oddalać, powiększać wybrane fragmenty. Ta mammografia umożliwia wykrycie bardzo małych zmian, wyraźnie określić granice nieprawidłowej zmiany, wykryć inne ogniska choroby.



rezonans magnetyczny – badanie wykonuje się często u kobiet obciążonych genetycznie lub u kobiet, wobec których jest podejrzenie raka w kilku miejscach, małych zmian. Badanie wykorzystuje oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Ciało pacjenta jest umieszczone w polu magnetycznym, a dodatkowe cewki wytwarzają impulsy promieniowania elektromagnetycznego. Dożylnie wprowadza się do organizmu substancje kontrastujące.

Rezonans pozwala wykrycie zmian w tkankach i narządach w w bardzo wczesnym stadium.

Wyniki badań opisywane są za pomocą systemu BI-RADS stworzonego w Ameryce (skala dotyczy mammografii, usg oraz rezonansu magnetycznego).

- Stopień 0-1 – obraz prawidłowy,
- stopień 2 – zmiana łagodna,
- stopień 3 – podejrzenie zmiany, zmiana prawdopodobnie łagodna,
- stopień 4-5 – zmiana podejrzana, ryzyko złośliwości, wymaga dalszych badań, konieczna jest biopsja.

Gdy badanie radiologiczne wykazuje zmiany [i są wątpliwości co do ich charakteru], wykonywana jest biopsja, która pozwala na ocenę komórek pod mikroskopem przez patologa. Radiolog podczas mammografii 3D potrafi ocenić, czy jest to zmiana łagodna, czy złośliwa.

W USA i krajach skandynawskich systematycznie wykonuje się badania przesiewowe, co pozwala wykryć raka we wczesnym stadium].

Badanie mikroskopowe (**biopsja**) – pobranie materiału ze zmian podejrzanych i ocena komórek podczas badania histopatologicznego pod mikroskopem:

- **biopsja cienkoigłowa** – przeprowadzana za pomocą cienkiej igły, bez znieczulenia, nadal szeroko stosowana, ponieważ jest szybka i mało uciążliwa – nie jest jednak dokładna!

Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej zaleca wykonywać biopsje gruboigłowe i tylko wtedy wykonywać amputacje piersi.

- **biopsja gruboigłowa** – wykonywana jest w znieczuleniu miejscowym za pomocą specjalnych, jednorazowych igieł. Podczas badania pobiera się kilka wycinków. Ponieważ pobiera się większe ilości tkanki, można lepiej je ocenić. Wyniki otrzymuje się po dłuższym czasie.

Biopsję gruboigłową przeprowadza się u kobiet, które przed amputacją otrzymały chemioterapię – wtedy często guz zanika po wlewach i trudno wynik badania.

Wynik badania przedstawiany jest w stopniach od B1 do B5.

- **biopsja mammotomiczna** – biopsja gruboigłowa wspomaganą próżniowo. Podczas badania pobiera się kilka wycinków, tyle, ile potrzebuje lekarz. Przy tym usuwa się całe miejsce zmienione chorobowo. Badanie wykonane jest w znieczuleniu, za pomocą specjalnego sprzętu [stół, mammograf, komputer]; wykonanie próżniowo zmniejsza siniak, bo podczas badania odciągana jest krew. Naj-

pierw wykonywane są zdjęcia mammograficzne, co pozwala dobrze ustalić miejsce, gdy zmiana jest mała. Dane ze zdjęć przetwarzane są przez komputer, co pozwala pokierować igłą, aby weszła pod odpowiednim kątem. Po pobraniu próbki wykonuje się zdjęcie mammograficzne dla weryfikacji badania [sprawdzenie, czy są mikrozwapnienie, czy miejsce badania dobrze określono].

- **biopsja mammotomiczna pod kontrolą usg** [pobieranie wycinków próżniowo pod kontrolą usg]
- **biopsja mammotomiczna pod kontrolą rezonansu magnetycznego** – ta biopsja wymaga specjalnych procedur i badań. Podczas badania pierś umieszczona jest w specjalnych uchwytach, ponieważ nie wolno jej poruszyć. Badanie wykonywane jest rzadko i tylko w niewielu ośrodkach w kraju.

Biopsja mammotomiczna jest świetna do badania zmian niewyczuwalnych, czasem następują niegroźne powikłania [omdlenia, siniak, który znika po kilku tygodniach].

Po biopsji mammotomicznej można podać dokładną diagnozę zmiany [czy jest łagodna czy nie, jeśli nowotwór – czy HER-pozytywny, czy negatywny, naciekający lub in situ itd.].

Często po biopsji umieszczany jest tytanowy znacznik dla oznaczenia miejsca, z którego była pobierana próbka]. Czasem podobny znacznik umieszczany jest po rezonansie. Chirurg po prześwietleniu widzi właściwe, chorobowo zmienione miejsce i z niego pobiera próbkę, patolog bada próbkę z odpowiedniego miejsca.

Biopsja chirurgiczna otwarta wykonywana jest rzadko. Może być nacinająca [gdy pobierany jest fragment] lub całościowa [pobierana cała zmiana]. Wycinek jest pobierany i badany podczas operacji. Podczas operacji wykonywana jest ocena histopatologiczna wycinka, pacjentka musi czekać pod narkozą na ocenę i decyzję chirurga.

Biopsja podaje informacje co do:

- pytania, czy jest to zmiana złośliwa czy łagodna [Jeśli zmiana jest łagodna – wystarczy obserwować ją],
- czynników predykcyjnych [HER2 , receptory hormonalne],
- czynników prognostycznych [przewidywany przebieg choroby].

Wykrycie nadekspresji receptora HER2 stwierdza się u ok. 20% chorych. Nie jest to wynik korzystny, ponieważ przy nadekspresji częściej występują przerzuty.

Jednak obecnie przy stosowaniu odpowiedniego leku [Herceptyna] o wiele lepiej przedstawia się długość przeżycia chorej. Przy wystąpieniu wątpliwości przeprowadza się dodatkowe badanie FISH.

Biopsja jest badaniem koniecznym, ponieważ tylko ona pozwala określić rodzaj i typ nowotworu, pozwala ustalić, jak ma przebiegać leczenie. Biopsja nie wpływa źle na organizm, nie powoduje rozsiewania komórek nowotworowych [komórki rozsiane obumierają], szczególnie korzystna jest biopsja próżniowa.



Leczenie przedoperacyjne i pooperacyjne raka piersi z nadekspresją receptora HER2

dr n. med. Bogumiła Czartorydka

– Arłukowicz – Białostockie Centrum Onkologii
w Białymstoku

Bez dobrej diagnostyki nie ma dalszego leczenia w onkologii. Mniej istotny od zaawansowania choroby jest podtyp biologiczny raka. Od niego zależne jest leczenie i dalsze rokowania.

Ok. 80% nowotworów piersi to **nowotwory hormonozależne**.

Taki typ nazywany jest luminalnym i dzieli się na dwie kategorie:

– **podtyp A** – to łagodniejsza postać inwazyjnego nowotworu; u ok. 80% pacjentek można liczyć na całkowite wyleczenie. Charakteryzuje się powolnym wzrostem oraz obecnością w guzkach receptorów hormonalnych progesteronowych i estrogenowych. Nie występuje nadekspresja receptora białkowego HER-2. U chorych pacjentek stosuje się leczenie operacyjne, radioterapię i terapię hormonalną.

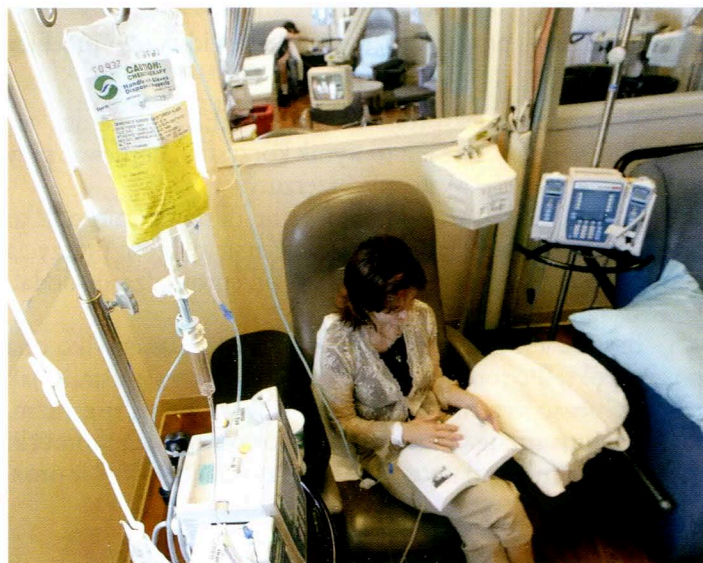
– **podtyp B** posiada dwie odmiany:

*1 odmiana, w której w komórkach nowotworowych występują receptory hormonalne progesteronowych i estrogenowych oraz nadekspresja receptora HER-2. Można w tym przypadku stosować herceptynę, ale nowotwór jest agresywny.

*2 odmiana – występują receptory hormonalne bez nadekspresji HER-2. Następuje szybki podział komórek, nie można stosować herceptyny.

Stosuje się leczenie operacyjne i chemioterapię.

Wprowadzenie do leczenia nowego leku – Herceptyna (TRASTUZUMAB), który blokuje nadekspresję receptora HER-2 pozwoliło wyrównać szanse przy występowaniu bardziej agresywnego typu nowotworu.



Obecnie nowotwory powinny być leczone w sposób skojarzony – poprzez interdyscyplinarne postępowanie. W leczeniu powinien działać zespół lekarzy (onkolog, patolog, chemioterapeuta, radiolog).

Leczenie radykalne stosuje się, gdy występuje wczesny rak; leczenie paliatywne – dla przedłużenia życia i złagodzenia bólu.

Herceptynę (Trastuzumab) stosuje się u chorych z nadekspresją HER-2, a jej skuteczność potwierdzono u ponad 12 tysięcy chorych. Lek ten powoduje, że wydłuża się czas progresji nowotworu oraz całkowity okres przeżycia pacjentki.

W leczeniu wczesnego raka kiedyś najwięcej działań podejmował chirurg, leczenie było mocno radykalne i wierzono, że takie leczenie będzie miało najlepsze rezultaty.

Obecnie od początku rak traktowany jest jako choroba systemowa; leczenie jest spersonalizowane [zależne od osoby]. Chirurgia jest nadal bardzo ważna, ale w leczeniu nowotworu współpracują ze sobą wszyscy specjaliści. Chirurgi bardzo rzadko dokonują całkowitych amputacji piersi.

Leczenie adjuwantowe – rodzaj leczenia ogólnoustrojowego, które uzupełnia leczenie chirurgiczne. Najważniejsze metody to chemioterapia, a także radioterapia i hormonoterapia. Ma na celu eliminację mikroprzerzutów, redukcję ryzyka wznowy i eliminację przerzutów.

Leczenie neoadjuwantowe – poprzedza radykalny zabieg chirurgiczny lub radykalną chemioterapię. Ma na celu zmniejszenie guza, którego nie można operować oraz zniszczenie [lub zmniejszenie] przerzutów.

Od lipca 2016 r. stosuje się w Polsce leczenie łączone za pomocą **chemioterapii** oraz **Trastuzumabu**. Pozwala ono poprawić znacznie szanse na całkowite przeżycie u osób, szczególnie u tych źle rokujących [pozwala na zmniejszenie guza, usuwanie mniejszej ilości węzłów chłonnych, często nie trzeba usuwać piersi – operacja oszczędzająca].

Obecnie **Herceptyna** (trastuzumab) jest podawana podskórnie [nie przez wlewy!]. Lek jest dobrze tolerowany, nie wymaga tyłu wkłuć, stosuje się stałą dawkę, bez różnicy na wagę pacjenta, lek utrzymuje stałe, płynne stężenie we krwi. Stała dawka 600 mg Trastuzumabu jest niezależna od wieku i masy ciała pacjentki. Lek jest podawany przez rok.

Od lipca br. stosowane jest również leczenie dwoma przeciwciałami (**trasuzumab + pertuzumab**). Uzupełnia ono leczenie chemioterapią. Połączenie kilku leków pozwala na wydłużenie czasu przeżycia [więcej pań przeżywa 5 lat i więcej bez nawrotu choroby].



OTWARTY DZIEŃ W ONKOLOGII

Szpital Wojewódzki w Łomży
19 listopada 2016 r.



ZASIĘGU.pl



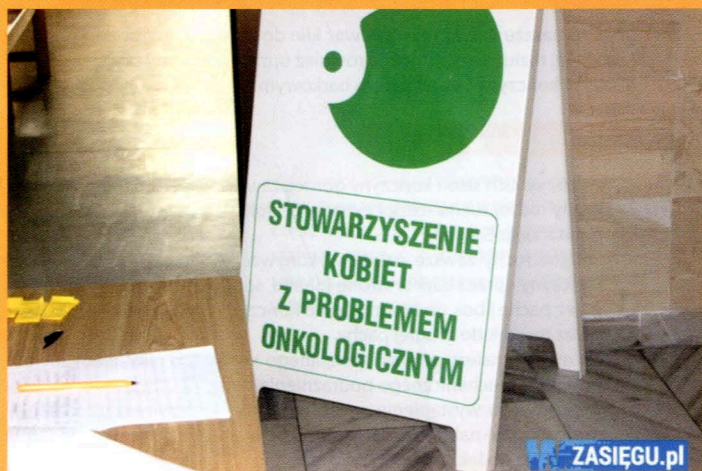
ZASIĘGU.pl



ZASIĘGU.pl



ZASIĘGU.pl



ZASIĘGU.pl



ZASIĘGU.pl



Co to jest wtórny obrzęk limfatyczny?

Obrzęk limfatyczny jest to stan, w którym chłonka gromadząca się w tkance podskórnej zalega, nie przemieszcza się prawidłowo, tworząc opuchnięcie kończyny. Wynika to z powstałej niewydolności układu chłonnego. Podstawą niewydolności jest usunięcie węzłów chłonnych pachowych po stronie operowanej piersi. Literatura fachowa podaje, że u około 40% procent operowanych kobiet w różnym okresie od chirurgicznego leczenia może wystąpić obrzęk. Ryzyko wystąpienia zwiększa się wraz z zastosowaniem dodatkowych form leczenia.

Radioterapia jest czynnikiem zwiększającym ryzyko tego powikłania. Wiąże się to z wtórnymi zapaleniami i zwłóknieniem tkanek oraz utrudnieniem wytworzenia się obocznego odpływu. Na występowanie obrzęku ma również wpływ ograniczenie aktywności ruchowej lub jej nadmiar z obciążeniem.

Do czynników sprzyjających powstawaniu obrzęku limfatycznego zalicza się nadwagę i otyłość oraz wiele zachowań dnia codziennego. Czyli na stan zdrowia ma wpływ dieta i styl życia.

Jak poznać czy wystąpił obrzęk ręki?

Zaburzenia przepływu chłonki i powstający w następstwie obrzęk limfatyczny wywołują w skórze i tkance podskórnej charakterystyczne zmiany. Przede wszystkim zwiększa się obwodowo pomiar kończyny w różnych miejscach. Kończyna jest cięższa, ma większą objętość, często jej konsystencja zmienia się na twardą, kolor skóry również ulega zmianie. Obrzęk limfatyczny jest najczęściej obrzękiem jednostronnym, asymetrycznym. Może przebiegać bezboleśnie lub z bólem w I stopniu obrzęku. Ból może występować również w trakcie dużych obrzęków przy zajęciu powięzi, więzadeł i miękkich części stawów, co prowadzi do stanów zapalnych i deformacji.



Mgr Małgorzata Procter,
fizjoterapeutka z Zakładu Rehabilitacji
Centrum Onkologii w Warszawie,
dokonuje pomiaru obrzęku

Wyróżniamy 4 stopnie obrzęku limfatycznego:

Stopień I

utajony, nie daje objawów klinicznych obrzęku tkanek, zdolność do transportu w układzie chłonnym jest upośledzona.

Stopień II

charakteryzuje obrzęk, którego istotą jest gromadzenie się bogato białkowego płynu śródkomórkowego w tkance podskórnej. Powoduje to rozciągnięcie tkanki, utratę napięcia – bez objawów włóknienia. Kolor skóry pozostaje bez zmian. Obrzęk jest miękki, ciastowaty, uciśnięcie powoduje powstanie dołka. Ustępuje w spoczynku i elągacji (wysokim ułożeniu kończyny np. na klinie). Ten stopień obrzęku ma charakter odwracalny. Nie leczony, z czasem staje się twardy i przechodzi w stopień III.

Stopień III

charakteryzuje się postępującym zwłóknieniem tkanki podskórnej (szybki rozrost fibroblastów), Obrzęk robi się twardy, uciśnięcie nie powoduje powstawania dołka, zanika tkanka tłuszczowa, a w jej miejsce powstaje tkanka łączna. Kolor skóry pozostaje bez zmian (chyba, że wystąpi stan zapalny). Charakter zmian samoistnie jest nieodwracalny.

Stopień IV

śloniowacizna limfatyczna. Naskórek ulega rogowaceniu. Na skórze mogą pojawiać się brodawki i kłykciny. Na skutek narastania tkanki łącznej zanikają włókna nerwowe, gruczoły potowe, a w zaawansowanych przypadkach mięśnie. W obrzęku chłonnym trwającym długo rozplem tkanki łącznej i obrzęk powodują znaczne zniekształcenie. Długotrwały obrzęk prowadzi do ograniczenia ruchomości i zmian zwyrodnieniowych stawów. Mogą wystąpić uszkodzenia neurologiczne, zwiększenie podatności na urazy, zakażenia grzybicze i wirusowe (róża). Kolor skóry nabiera barwy szarobrazowej.

Czy można uniknąć obrzęku limfatycznego?

Wtórny obrzęk limfatyczny kończyny górnej najczęściej występuje na skutek kilku następujących po sobie sytuacji. Rozległe leczenie chirurgiczne, usunięcie wszystkich węzłów chłonnych, radioterapia, nadwaga, ogólny stan zdrowia – to wszystko ma wpływ na wystąpienie obrzęku. Znając przyczyny i możliwości zapobiegania możemy uniknąć lub opóźnić wystąpienie obrzęku.

Poza leczeniem onkologicznym wpływ na wystąpienie obrzęku może mieć:

przeciążanie kończyny górnej strony operowanej długotrwałą pracą fizyczną, szczególnie wykonywaną w warunkach pracy izometrycznej np. długotrwałe prowadzenie samochodu, prasowanie

wykonywanie zastrzyków, szczepień oraz pobieranie krwi w obrębie tej kończyny

szarpnięcia np. smyczą psa lub w środkach lokomocji dźwiganie

przegrzewanie kończyny (stosowanie maści rozgrzewających, gorące kąpiele), opalanie

ucisk kończyny (zbyt obcisłe rękawy, uciskające bransoletki lub zegarek, mierzenie ciśnienia krwi)

urazy w obrębie tej kończyny, takie jak ukąszenia owadów, ułucia, skałeczenia, oparzenia

otyłość – zmiana wagi sprzyja występowaniu obrzęku kończyny

noszenie źle dopasowanej protezy i nieodpowiedniej bielizny

Na czym polega automasaż?

Automasaż, to masaż wykonywany samodzielnie przez pacjenta na wybranych partiach mięśniowych. Polepszając trofikę, masaż wpływa korzystnie na wszystkie tkanki kończyny.

Instruktaż masażu wspomagającego przepływ chłonki w kończynie górnej po usunięciu węzłów chłonnych dołu pachowego.

Cel:

usprawnianie przepływu chłonki w ramach profilaktyki przeciwobrzękowej i w leczeniu obrzęku limfatycznego.

Czas:

masaż wykonujemy przez 8-10 minut – dwa razy dziennie (np.: rano i wieczorem).

Zalecenia:

do automasażu należy przygotować klin do ułożenia uniesionej kończyny (w celu jej rozluźnienia). Można również oprzeć kończynę o ścianę. Należy obnażyć kończynę wraz z pasem barkowym.

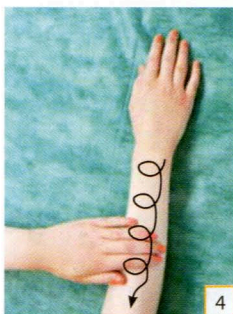
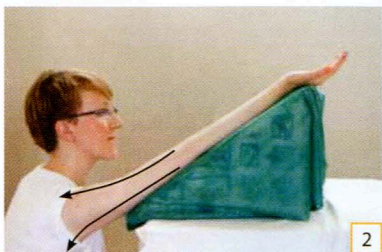
Automasaż wykonuje się:

- ze wszystkich stron kończyny górnej, zawsze w kierunku do siebie,
- każdy rodzaj ruchu rozpoczynamy od łokcia, a potem od nadgarstka, powtarzając 5-6 razy,
- kolejne ruchy zawsze należy wykonywać zgodnie z regułą: wierzch kończyny - przez bark w stronę łopatki, spód kończyny - przez pachę i bok do biodra, przód kończyny (od kciuka)
- przez mostek do drugiej pachy,
- do masażu należy używać specjalnego kremu lub oliwki, aby nie dopuścić do mechanicznego podrażnienia skóry,
- w przypadku wystąpienia zmian na skórze kończyny (zaczerwienienie, wysypka) należy zaprzestać wykonywania masażu i niezwłocznie zgłosić się do lekarza.



Masaż – kolejność ruchów:

1. Głaskanie – wykonuje się całą dłońią, wraz z palcami. Ręka obejmuje kończynę i przesuwa się lekko, miarowo, bez nacisku. (zdj.1,2,3)



2. Rozcieranie – wykonuje się palcami, zakreślając koła i elipsy, łącząc je jakby w łańcuszki (zdj.4).



3. Ugniatanie – wykonuje się ujmując rozluźnione mięśnie kończyny między kciuk i pozostałe palce, przesuwać je ku górze z lekkim uciskiem ruchami pulsującymi (zdj.5).



4. Wyciskanie – chwytem obręczkowym wykonuje się ujmując pierścieniowato daną część kończyny (kciuk w opozycji do pozostałych palców) – z lekkim uciskiem przesuwać dłoń jednostajnym ruchem w górę (zdj.6).



5. Rozcieranie ręki – wykonujemy dwoma sposobami: prostymi palcami przesuwany po przestrzeniach międzykostnych, następnie każdy palec z osobna, kończąc ruchem „wciągania” rękawiczki (zdj.7).

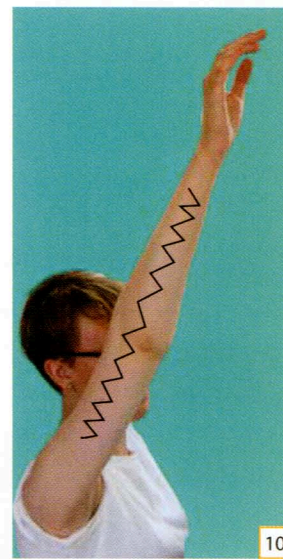


6. Oklepywanie ruchem motylkowym – ruch tylko od spodu kończyny, zaczynając od nadgarstka przez całą jej długość (naśladując delikatne strząsanie kropelek rosy), (zdj.8).



7. Głaskanie całej kończyny (zdj.9).

8. Wstrząsanie – ręka podniesiona w górę – wykonywać ruchy delikatnego potrząśnięcia, strzępywania ręką (zdj.10).



Co zrobić, jeśli obrzęk jednak wystąpi?

W przypadku zwiększania się obwodów kończyny strony operowanej należy podjąć kompleksowe zachowawcze leczenie obrzęku. Pacjentka powinna zgłosić się do wyspecjalizowanej placówki, gdzie zostanie odpowiednio zaplanowane postępowanie. W zachowawczym leczeniu obrzęku stosuje się połączenie ćwiczeń fizycznych z zabiegami z zakresu hydroterapii oraz z różnymi formami masażu takimi jak: przerywana kompresja pneumatyczna, manualny drenaż limfatyczny z bandażowaniem (kompresja) lub bez, masaż wirowy, stymulacja dostosowana parametrami do zdrowych mięśni.

Mechaniczny masaż pneumatyczny w połączeniu z ćwiczeniami czynnymi stosuje się w wypadku wystąpienia obrzęków powyżej 2 cm w obwodach porównywanym ze zdrową kończyną na tym samym poziomie pomiaru.

Uwaga!

Nie stosuje się masażu pneumatycznego – na wszelki wypadek żeby nie spuchła ręka. Po zastosowaniu takiej terapii wystąpi obrzęk!

Pacjentki, u których wykonywano drenaż limfatyczny z bandażowaniem (kompresja) powinny po zakończeniu terapii nosić rękaw uciskowy dopasowany do osiągniętych wymiarów kończyny.

W przypadku dalekich lotów samolotem wskazane jest zakładanie rękawa przy tendencjach do opuchnięcia ręki.

Niedopuszczalne jest poddawanie się masażowi ręcznemu z dużym naciskiem, wywołującym ból. Prowadzi to do wystąpienia większego i bolesnego obrzęku!

Obecnie materiały uciskowe do kompresji w trakcie terapii oraz rękawy uciskowe stosowane w celu utrzymania efektów terapii nie są refundowane.



GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Przychodnia Onkologiczna

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11, „I „piętro,
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-
sionych (pracownia USG)
Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11, I piętro,
tel. 86 473 33 86 – czynna codziennie. I biop-
sia 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

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

STYCZEŃ

- 9 – godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzysze-
nia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala konfe-
rencyjna, II piętro

LUTY

- 6 – godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzysze-
nia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala konfe-
rencyjna, II piętro

MARZEC

- 6 – godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzysze-
nia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala konfe-
rencyjna, II piętro

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*