

Rekonstrukcja piersi

lek. med. Tomasz Sachanbiński
Opolskie Centrum Onkologii

Amputacja piersi to niewątpliwie nie tylko kalectwo fizyczne, ale też ogromny wstrząs psychiczny.

Kobieta z rozpoznaniem rakiem piersi, oprócz obaw o życie i zdrowie, odczuwa także stres związany z utratą atrybutu kobiecości, atrakcyjności seksualnej, powszechnie akceptowalnego wyglądu.

Pomimo coraz szerszego stosowania leczenia oszczędzającego piersi, wciąż pozostaje bardzo duża grupa pacjentek, u których konieczne jest wykonanie całkowitego usunięcia piersi łącznie z węzłami chłonnyymi dołu pachowego - czyli radykalnej mastektomii.

Kobiety te mogą korzystać z licznych operacji odtwórczych sutka, a podstawowe informacje na temat każdej z tych metod przedstawiono poniżej.

Rekonstrukcja piersi nie jest zabiegiem koniecznym z punktu widzenia medycznego - dlatego warunkiem zakwalifikowania pacjentki do takiej operacji jest jej silna motywacja.

Na pewno należy poważnie zastanowić się nad tego typu operacją w przypadku kobiet obciążonych poważnymi chorobami współistniejącymi, na przykład: wadą serca, niewydolnością krążenia czy zaawansowaną cukrzycą. Każda z tego typu operacji, wymaga zazwyczaj pełnego znieczulenia ogólnego. Przeciwwskazania onkologiczne są różne (często zależne od danego ośrodka i systematycznie ograniczane). Niewątpliwym przeciwwskazaniem jest rozsiew choroby, natomiast stopień zaawansowania, przebyta indukcyjna chemioterapia mają znaczenie drugorzędne.

Termin rekonstrukcji również może być różny - w niektórych wybranych przypadkach możliwa jest w jednym czasie, amputacja i rekonstrukcja piersi. W większości przypadków rekonstrukcja przeprowadzana jest jako druga operacja - najwcześniej po 6 miesiącach od amputacji.

Najczęściej stosowane i najpopularniejsze metody rekonstrukcji piersi to:

- 1) użycie ekspanderów, endoprotez i ekspanderoprotez piersi,
- 2) płat skórno mięśniowy z mięśnia najszerzego grzbietu,
- 3) płat skórno-mięśniowy z mięśnia prostego brzucha,
- 4) wolne płaty z mikrochirurgicznym zespoleniem naczyń.



1. Użycie ekspanderów, endoprotez, ekspandero-protez

Ekspander, czy endoproteza piersi to pewnego rodzaju poduszka z silikonu, którą najczęściej wypełnia się płynem. Ekspandery czyli rozprężacz tkankowy wprowadza się poprzez nacięcie w bliźnie (po usunięciu piersi, pod skórę i mięsień), następnie po wygojeniu rany, stopniowo w przeciągu tygodni dopełnia się go płynem, tak że jego objętość zwiększa się i powoduje systematyczne rozciąganie skóry i mięśnia. Po osiągnięciu pożądanej wielkości, ekspander wymienia się w drugim etapie na endoprotezę piersi. Wymaga to jednak, w sumie dwóch operacji i obecnie część firm produkujących ekspandery produkuje tak zwane ekspandero-protezy, lub zwane inaczej trwale ekspandery. Zaletą takich rozprężaczy jest to, że po osiągnięciu pożądanej objętości usuwa się jedynie system umożliwiający dopełnianie ekspandera, natomiast sam ekspander pozostaje i spełnia rolę trwałej endoprotezy piersi. Dzięki temu pacjentka przechodzi jedynie jeden zabieg operacyjny.

Zaletą rekonstrukcji piersi z użyciem endoprotez i ekspanderów, jest łatwość ich wykonania i krótki czas operacji. Zaletami są także: zazwyczaj dobry efekt kosmetyczny i szybki powrót do zdrowia. Do wad możemy zaliczyć; konieczność wprowadzenia do organizmu pacjentki ciała obcego - protezy. Wiąże się to z ryzykiem zakażenia protezy, a czasami wokół protezy może dojść do tworzenia twardej bliznowatej torebki. Również w przypadku planowanej czy przebytej radioterapii, może dojść do silnych reakcji tkanek otaczających na wprowadzoną protezę (zdjęcie na okładce pokazuje taką rekonstrukcję).

2. Rekonstrukcja z użyciem płata skórno-mięśniowego z mięśnia najszerszego grzbietu

W przypadku rekonstrukcji piersi takim sposobem, pobierana jest z grzbietu wyspa skórno – mięśniowa; czyli fragment skóry, tkanki podskórnej i mięśnia, którą następnie na szypule - „wiązce” naczyniowej, przenosi się na przednią powierzchnię klatki piersiowej. Płaty z grzbietu, nadają się z uwagi na niewielką objętość do rekonstrukcji, jedynie niewielkich rozmiarów piersi i czasami wymagają uzupełnienia sztuczną protezą piersi.

3. Rekonstrukcja piersi z użyciem płata skórno-mięśniowego z mięśnia prostego brzucha

Obecnie jest uznawana za podstawowy sposób rekonstrukcji piersi z użyciem tkanek własnych. W tej metodzie materiał do rekonstrukcji piersi uzyskuje się z tkanek podbrzusza. Wypreparowany fragment skóry, tkanki podskórnej i mięśnia prostego brzucha przesuwa się w wypreparowanym pod skórą tunelu, w miejsce po amputacji i formuje się nowy sutek. Do zalet tej metody zaliczyć

należy to, że przy jej pomocy można zrekonstruować duże piersi, czasami nawet, w razie potrzeby, odtworzyć obie piersi. Ponadto w przypadku dobrego gojenia się rany uzyskuje się redukcję tkanki tłuszczowej brzucha. Wady tej metody związane są z zaburzeniami ukrwienia przesuwanego płata, który przemieszczany jest na jednej wiązce naczyniowej w dość odległe od pierwotnego miejsce. W związku z tym czasami występuje martwica płata.



4. Wolne płaty z mikrochirurgicznym zespoleniem naczyniowym

W przypadku tej metody rekonstrukcji, wypreparowaną „wyspę” skórno-tłuszczową, odcina się zupełnie z miejsca pobrania i przenosi w miejsce amputowanej piersi, a dopływ i odpływ krwi dla takiego płata uzyskuje się poprzez zespolenie pod mikroskopem odpowiednich naczyń.

O wyborze metody rekonstrukcji powinien zdecydować lekarz w porozumieniu z pacjentką.

Należy pamiętać, że rekonstrukcja piersi najczęściej jest procedurą wieloetapową i często po pierwszej operacji wymagane są operacje korekcyjne, dotyczące rekonstruowanej piersi, czy korekty drugiej piersi. Również odtworzenie brodawki sutkowej wykonuje się najczęściej w późniejszym etapie. Jest to możliwe poprzez tatuowanie, przeniesienie fragmentu z drugiej brodawki, czy przeszczep skóry o ciemniejszym zabarwieniu np. z pachwiny, czy warg sromowych.

W Opolskim Centrum Onkologii na Oddziale Chirurgii Onkologicznej wykonujemy rekonstrukcję piersi z użyciem ekspanderoprotez, jak również rekonstrukcje z użyciem płata skórno - mięśniowego z mięśnia najszerzego grzbietu, oraz mięśnia prostego brzucha.

Aktualnie koszt zabiegu rekonstrukcji piersi, u pacjentek po operacjach onkologicznych pokrywany jest w całości przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

*Tomasz Sachanbiński – lekarz specjalista chirurgii ogólnej. W OCO od 1.02.07, wcześniej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu, oddział chirurgii ogólnej i naczyniowej.

Odleżyny

piel. dypl. Helena Marny-Janusz
Opolskie Centrum Onkologii



Odleżyna to poprzedzone zaczerwienieniem ognisko martwicy często przechodzące w stan głębokiego owrzodzenia. Stan ten, może dotyczyć wszystkich warstw ciała pacjenta począwszy od naskórka a na tkance kostnej kończąc. Przyczyną powstania odleżyn jest niedokrwienie tkanek na skutek ucisku naczyń żylnych i tętniczych. Patomechanizm powstania owrzodzeń odleżynowych to:

- ciśnienie proste, czyli ucisk wywierany na tkanki miękkie z jednej strony przez kośćiec, z drugiej przez twarde podłoże,
- tarcie powierzchnią ciała chorego o bieliznę pościelową podczas stosowania nieodpowiedniej techniki zmiany pozycji,
- boczne siły rozciągające, którymi działamy bezpośrednio na powierzchnię ciała chorego.

Zmiany odleżynowe mogą tworzyć się w wielu miejscach ciała chorego. Czynniki sprzyjające rozwojowi odleżyn można podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne.

Do przyczyn wewnętrznych zaliczamy:

wychudzenie, zmniejszona ruchliwość, kruchość tkanek, niedokrwistość, zmiany w zakresie białka, witamin, cynku, cukrzyca, słaba perfuzja obwodowa, nieprzyjęcie zwieraczy, uszkodzenia neurologiczne, starość, brak snu, otyłość.

Przyczyny zewnętrzne:

ucisk, tarcie, rozciąganie, zakażenie, wilgoć, sfałdowanie pościeli, niedbała pielęgnacja.

Czynniki zwiększającymi ryzyko powstania odleżyn są też:

czas trwania choroby, wiek, waga, stan odżywienia, zmiany neurologiczne – porażenie, wrażliwość skóry, warunki socjalne.

Wprowadzono kilka podziałów, stopnia zaawansowania odleżyn w zależności od ich głębokości, wyglądu i wielkości.

I stopień: blednące pod uciskiem zaczerwienienie,

II stopień: nie blednące zaczerwienienie (ta reakcja jest spowodowana uszkodzeniem mikrokrążenia, zapaleniem i obrzękiem tkanek), może pojawić się po-

wierzchni obrzęk, uszkodzenie naskórka i pęcherze - towarzyszy mu lekki ból.

III stopień: uszkodzenie pełnej grubości skóry z tkanką podskórną. Brzegi rany są dobrze ograniczone, występują obrzęki tkanki podskórnej i stan zapalny brzegów owrzdolenia. Dno rany jest wypełnione czerwoną ziarniną lub żółtymi masami rozpadających się tkanek.

IV stopień: uszkodzenie obejmuje również tkankę podskórną. Martwica tkanki tłuszczowej jest spowodowana zapaleniem i zakrzepicą naczyń małych.

V stopień: zaawansowana martwica zajmuje powięź i mięśnie, zniszczenie może także obejmować stawy i kości. Powstałe jamy mogą łączyć się ze sobą. W ranie znajdują się czarno-brązowe masy rozpadających się tkanek.

Zapotrzebowanie na wiedzę z problematyki odleżyn pojawia się najczęściej u osób, u których powstały już te zmiany, a które do tej pory nie interesowały się tym zagadnieniem. Zapobieganie powstawania odleżyn polega na rozpoznaniu objawów, które niezauważone lub lekceważone mogą doprowadzić do owrzdolenia odleżynowego. Wczesne objawy, jakie może zaobserwować sam pacjent to zaczerwienienie skóry, nie znikające po usunięciu ucisku, pęcherze naskórka czy otarcie naskórka. W przypadku zmian w okolicy kulszowej, wczesne objawy to; niewielki zgrubienie, zaczerwienienie, obrzmienie, niewielkie podwyższenie temperatury, które może wystąpić w każdym przypadku. Choroba, będąca nową sytuacją dla człowieka niesie trudne problemy – konieczność jej akceptacji oraz zachowanie własnej podmiotowości. W szpitalu pacjent staje się obiektem działań obcych ludzi, sama obecność w środowisku szpitala jest już źródłem stresu, a jego utrzymywanie się, może być czynnikiem zmniejszającym lub hamującym postęp leczenia. Na skutek choroby podstawowe funkcje ciała uległy zmianie, czynności dnia codziennego uległy wydłużeniu i pojawił się nowy, niezwykle ważny problem – przystosowanie do zmiany własnego obrazu, do innych stosunków z rodziną, do ograniczenia ruchliwości. Choroba powoduje także większe lub mniejsze ograniczenia w postaci zależności od personelu, oraz izolacji i wypadania z ról społecznych. Leczenie odleżyn jest procesem trudnym i długotrwałym. Proces leczenia można podzielić na trzy główne okresy. Nie są one jasno oddzielone, a w zależności od przewagi procesu, który w danej chwili dominuje: *fazę wysięku i zapalenia, fazę ziarninowania lub wzrostu, fazę epitalizacji lub naprawy.*

Faza wysięku - jest odpowiedzią na uraz. Z powodu zaburzeń krążenia, rozszerzenia i zmniejszenia przepuszczalności naczyń włosowatych pojawia się obrzęk z towarzyszącym dużym wysiękiem. Spowodowane jest to uwalnianymi mediatorami z uszkodzonych komórek i migrujących leukocytów. Zachodzące

procesy fagocytozy i uwalniane enzymy powodują oczyszczenie rany i usuwanie zniszczonych tkanek.

Druga faza to ziarninowanie - charakteryzuje się ona wzrostem komórkowym, ilość wysięku stopniowo się zmniejsza i powstaje nowa tkanka zwana ziarniną.

W trzeciej fazie - migrujące z brzegów rany komórki, pokrywają ziarninę i tworzą nowy naskórek. W powstałej tkance blizny zmienia się wartość kolagenu przez co podlega ona przez miesiące procesom remodelowania i zmiany wytrzymałości.

Ciąg dalszy w następnym numerze OCO

*piel. dypl. Helena Marny-Janusz - pielęgniarka Oddziału Onkologii Klinicznej, posiada specjalizację z pielęgniarstwa zachowawczego. W OCO od września 1980 r.

Bronić życia ...

*ks. dr Józef Tarnawa S.J.
Kapelan Opolskiego Centrum Onkologii
i Szpitala Wojewódzkiego*

Bronić życia i umacniać je, czcić je i kochać – oto zadanie, które Bóg stawia nie tylko przed Kościołem, ale i przed każdym człowiekiem, powołując go – jako swój żywy obraz do udziału w jego panowaniu nad światem (por. encyklika Jana Pawła II: *Evangelium vitae*).



Rozważmy obecnie słowa Dekalogu, które mówią nam o szacunku do życia ludzkiego, i co się z tym równocześnie wiąże - trosce o nasze zdrowie. Obowiązek ten wypływa szczególnie z piątego przykazania Dekalogu: „nie zabijaj”.

Współczesny świat zdaje się zapominać, że życie jest najcenniejszym darem, jaki człowiek otrzymał od Boga, swego Stwórcy, a prawo do niego przysługuje bez wyjątku każdemu człowiekowi od chwili poczęcia aż do naturalnej śmierci. Prawo do życia nie jest tylko kwestią takiego czy innego światopoglądu, nie jest tylko prawem religijnym, ale uniwersalnym prawem człowieka obowiązującym wszystkich ludzi. Jest tak, dlatego, że prawo to jest wypisane w ludzkiej naturze, w sercu człowieka. W Dekalogu mamy tylko potwierdzenie, a równocześnie przypomnienie prawa naturalnego, które obowiązuje zawsze

i wszędzie. Nikt nie może od niego dyspensować.

Dekalog jest nazwą pochodzenia greckiego, i oznacza „dziesięć słów” (por. Wj 34, 28; Pwt 4, 13), co w wolnym przekładzie przetłumaczono jako „dziesięć przykazań”. Przykazania te zostały dane przez Boga Mojżeszowi na górze Synai. Stanowią one bazę przymierza zawartego między Jahwe a ludem izraelskim. Jahwe przedstawia się jako Bóg jedyny, który wyprowadził Izraelitów z niewoli egipskiej. Dekalog chce wskazywać ludowi drogę życia, prowadzić go szlakami wiodącymi ku wolności, w umiłowaniu Pana i braci, czemu początek dało wyjście z Egiptu. Posłuszeństwo przykazaniom jest źródłem życia. Mają one głęboki sens, ponieważ są wyrazem woli Bożej i są drogą między Bogiem a człowiekiem. Słuchaj Izraelu, czytamy w księdze Powtórzonego Prawa: „Ja dziś nakazuję ci miłować Pana, Boga twego, i chodzić Jego drogami, pełniąc jego polecenia, prawa i nakazy, abys żył i mnożył się” (Pwt 30, 16). Dar przykazań i Prawa stanowi część zawartego przez Boga Przymierza z Jego ludem. Zanim Bóg ogłosił swemu ludowi Prawo Przymierza, czyli Dekalog, przypomniał mu swoją miłość okazaną w czynach. Wypowiedział je słowami: „Jam jest twój Pan Bóg, który cię wyprowadził z Egiptu, domu niewoli”. Lud wybrany zrozumiał, że Bóg naprawdę go kocha. Uwolnił go przecież z ciężkiej niewoli. Wyrwał go z ucisku wroga i obdarzył wolnością. Co więcej stale się nim opiekował w trudnej wędrówce przez pustynię. Nic więc dziwnego, że Lud Boży przyjął Prawo Przymierza ogłoszone w Dekalogu i uroczyście zobowiązał się je zachowywać. Przez całe wieki strzegł tego prawa, podawał je następnym pokoleniom. Tłumaczył je swoim dzieciom, a prorocy stale nawoływali lud wybrany do wiernego zachowania prawa Bożego. Kościół przypomina wszystkim wierzącym także i dziś, że dziesięć przykazań ma moc obowiązującą, i że człowiek usprawiedliwiony jest w dalszym ciągu zobowiązany do ich zachowywania (por. KKK 2068).

Zauważmy także, przypomniał nam o tym Papież Jan Paweł II, że przykazanie „nie zabijaj zawiera w sobie nie tylko zakaz. Ono wzywa nas do określonych postaw i zachowań pozytywnych. Nie zabijaj, ale raczej chroń życie, chroń zdrowie i szanuj godność ludzką każdego człowieka, niezależnie od jego rasy czy religii, od poziomu inteligencji, stopnia świadomości czy wieku, zdrowia czy choroby” (Jan Paweł II, Homilia podczas Mszy św. na lotnisku, Radom 4. VI. 1991r).

Zdrowie należy do niekwestionowanych wartości osobistych człowieka, otrzymanych wraz z życiem od Boga. I właśnie dlatego, że zdrowie jest darem Bożym, należy się o nie troszczyć. Troska o zdrowie dotyczy w pierwszym rzędzie obowiązku unikania tego wszystkiego, co może mu szkodzić. Chodzi tu głównie o wszelkiego rodzaju nadużycia, zwłaszcza w dziedzinie pożywie-

nia, alkoholu, tytoniu, leków, a szczególnie narkotyków, co według wskazań lekarskich stanowi najcięższe wykroczenie przeciwko zdrowiu i życiu człowieka (por. narkomania i proceder handlu narkotykami spotkały się z ostrym i stanowczym potępieniem Papieża Benedykta XVI w czasie jego ostatniej pielgrzymki do Brazylii w dniach od 9 do 14 maja b.r.). Troska o zdrowie dotyczy także obowiązku zgłaszania się w razie rzeczywistej potrzeby do lekarza, a także obowiązku zgłaszania się do kontroli w wyznaczonych terminach w trakcie podejmowanej terapii. Zaniebywanie obowiązku troski o zdrowie jest poważnym naruszeniem V przykazania Dekalogu i może negatywnie zawazyć na dalszych losach człowieka. Z doświadczenia wiemy, jak również sami lekarze o tym często mówią, że zbyt późne zgłaszanie się o pomoc medyczną może doprowadzić do tego, że choroba rozwinie się do tego stopnia, że medycyna w pewnym momencie staje się bezradna i choremu niewiele, lub w niczym już pomóc nie może. Tak dzieje się zwłaszcza w chorobach zakaźnych, nowotworowych, ale nie tylko. Stąd obowiązkiem każdego człowieka jest roztropna troska o swoje zdrowie. Warto zaznaczyć, że nie chodzi tu o neopogański kult ciała, dla którego w sposób bałwochwalczy poświęca się wszystko i za wszelką cenę. Życie fizyczne w takim przypadku, jego sprawność i sukces, np. sportowy stanowi wartość absolutną, która nie liczy się z żadnymi innymi normami.

Życie i zdrowie obywateli wymaga pomocy i troski także ze strony państwa, w zakresie zapewnienia im pożywienia, ubrania, mieszkania, pomocy społecznej i świadczeń zdrowotnych. W obecnej dobie kulturowo-cywilizacyjnej istnieje powszechne prawo do korzystania z opieki zdrowotnej. Szpitale, specjalistyczne kliniki, różnego rodzaju zakłady i przytułki starają się, na miarę swych możliwości każdemu taką opiekę zapewnić. Tak przynajmniej przedstawia się to w ogólnych założeniach. Jak wygląda to w praktyce na powszechną skalę, i czy chorzy w każdym przypadku obsłużeni są zgodnie z ich życzeniami, to już jest inna sprawa. Opolskie Centrum Onkologii, podobnie jak istniejący obok Szpital Wojewódzki, przyjmuje każdego zgłaszającego się pacjenta, aby stosownie do zaleceń lekarskich pomóc mu w jego potrzebie. Powodzenie i sukces leczenia zależy najczęściej od samego pacjenta, czy zgłosi się w porę, ale także od fachowej i sprawnej obsługi personelu służby zdrowia, jak również od wyposażenia w nowoczesny i odpowiedniej jakości sprzęt i aparaturę medyczną. Wszystko jednak zależy od dobrej woli każdej ze stron. Człowiek chory musi mieć zaufanie do instytucji Służby Zdrowia, do zgłaszającego się lekarza, który bierze na siebie obowiązek i troskę nad chorym człowiekiem. Cały personel medyczny powinien i ma tę świadomość, że w zasadniczej mierze również w jego mocy istnieje szansa na pełne wyzdrowienie i odzyskanie przez chorego sił do dalszej pracy i życia. Ojciec Święty Jan Paweł II

w rozważaniach nad człowiekiem cierpiącym i chorym oraz zadaniami służby zdrowia przypominał wydarzenie z Ewangelii, kiedy Chrystus mówi do setnika wstawiającego się za swoim sparaliżowanym sługą: „Przyjdę i uzdrowię go”. Nieraz onieśmiela nas to, powiedział papież, że nie możemy „uzdrowić”, że nie możemy nic pomóc. Powinniśmy przezwycięzać to onieśmielenie. Ważne jest to, żeby przyjąć. Żeby być przy człowieku cierpiącym, bo może nawet bardziej jeszcze niż uzdrowienia potrzebuje on ludzkiego serca, ludzkiej solidarności. To wydarzenie ewangeliczne papież odnosi szczególnie do przedstawicieli Służby Zdrowia, którzy swój zawód, swe powołanie życiowe związali z ludzkim cierpieniem. „Do was lekarze. Do was, farmaceuci. Do was, pielęgniarki, laborantki, rehabilitantki. Do was – wszyscy, o których mówi nazwa „służba zdrowia”. Wy przede wszystkim, drodzy bracia i siostry, winniście mieć przed oczyma Chrystusa wezwanego do sparaliżowanego sługi setnika – Chrystusa, który mówi: „przyjdę”. To również i wasza odpowiedź: „przyjdę”... uczynię, co będę mógł, dla twojego zdrowia...” (Jan Paweł II, Spotkanie z chorymi, Gdańsk 12 VI 1987 r). Wzajemna współpraca i troska, zaufanie między lekarzem i pacjentem, zrozumienie i życzliwość każdej ze stron powinno stworzyć choremu i cierpiącemu człowiekowi odpowiednie warunki dobrej opieki medycznej i szansę powrotu do zdrowia. Dodajmy także do tego, że ludzie wierzący, którzy kierują się nadto sumieniem i odpowiedzialnością wobec Boga za zdrowie i życie własne oraz innych będą liczyli także na pomoc Bożą i tym bardziej będą otwarci i wrażliwi na bezcenny od Boga dar, jakim bez wyjątku dla każdego człowieka jest życie i zdrowie.

Opieka paliatywna

piel. dypl. Agnieszka Suchocka
Opolskie Centrum Onkologii

**„Hospicjum zajmuje się leczeniem bólu
a nie pacjenta.”**

Godność i wartość życia każdego człowieka oraz współdziałanie nas wszystkich w odpowiedzialności za zdrowie osoby, od momentu poczęcia do naturalnej śmierci - to nasze prawo i obowiązek.

Istotną wartością, jaka przyświeca naszemu środowisku, to wyrównywanie szans w udostępnianiu opieki paliatywnej. Choremu w terminalnej fazie choroby i jego rodzinie, bez względu na pochodzenie społeczne, wyznanie, status



materialny i inne cechy. Zważywszy, że liczba osób potrzebujących opieki stale rośnie, za konieczne uważamy poświęcenie szczególnej uwagi i otoczeniu opieką paliatywną tych, którzy są w największej potrzebie, obarczonych złym stanem zdrowia, osamotnionych i wykluczonych społecznie, dotkniętych ubóstwem, otrzymujących niedostateczne świadczenia zdrowotne.

Umieranie pacjenta nie jest łatwe - często samotne i anonimowe, dokonuje się za zamkniętymi drzwiami szpitalnej sali.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, opieka paliatywna jest wszechstronnym, aktywnym działaniem, które ma na celu zaspokojenie wszystkich potrzeb pacjenta cierpiącego, na nie poddającą się leczeniu przyczynowemu, zagrażającą życiu i postępującą chorobę. Hospicjum, pomaga nie tylko umierającemu pacjentowi, ale także jego rodzinie - zarówno podczas choroby, jak i w okresie żałoby. Pomocy udzielają tak zwane zespoły wielodyscyplinarne, do których należą lekarze, pielęgniarki, psychologzy, duchowni i ludzie różnych innych zawodów. Większość z nich pracuje jako wolontariusze.

W opiece paliatywnej głównym celem nie jest przedłużenie życia chorego; często rezygnuje się z dalszej, bezsensownej terapii, która tylko przysporzyłaby choremu dodatkowych cierpień. Celem pracy zespołu hospicyjnego jest uczynienie ostatniego okresu życia pacjenta jak najbardziej wartościowym i godnym.

Opieka paliatywna jest sprawowana w hospicjach domowych (wolontariusze jeżdżą do domu chorego) i hospicjach stacjonarnych; istnieją też stacjonarne oddziały hospicyjne, które są częścią szpitali. Powstają także poradnie dla chorych i osieroconych rodzin, a także ośrodki opieki dziennej i poradnie leczenia obrzęku limfatycznego.

Żeby pomoc niesiona chorym była jak najlepsza, trzeba poznać i zrozumieć złożoną sytuację umierającego człowieka. W opiece paliatywnej używane jest pojęcie bólu, oznacza, że objawy choroby zależą nie tylko od dolegliwości fizycznych, ale także od czynników emocjonalnych, socjalnych i duchowych. Chory cierpi nie tylko fizycznie - także psychicznie i duchowo. Cierpienie fizyczne, szczególnie u chorych umierających z powodu choroby nowotworowej, kojarzy się z bólem. W walce z nim korzysta się z zasad leczenia bólu nowotworowego, zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia.

Leczenie według zasad drabiny analgetycznej pozwala uśmierzyć ból u prawie wszystkich pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, jeśli jest stosowane w indywidualnie dobranych dawkach i regularnych odstępach czasu.

U chorych stosuje się też paliatywną radioterapię, chemioterapię i zabiegi operacyjne, które nie prowadzą do wyleczenia, ale pozwalają na złagodzenie obja-

wów choroby. Walczy się z innymi dolegliwościami, na przykład z dusznością, wymiotami i wyniszczeniem nowotworowym
Bardzo ważna jest odpowiednia pielęgnacja chorego, zapobieganie odleżynom i leczenie obrzęku limfatycznego.

Kolebką nowoczesnej opieki paliatywnej i miejscem jej największego rozwoju jest Anglia. To w Sydenham, południowej dzielnicy Londynu w 1967 r., Cicely Saunders utworzyła pierwsze nowoczesne hospicjum - Hospicjum Św. Krzysztofa, w którym znalazło się pierwsze okno ufundowane przez jej pacjenta lotnika z Polski, uczestnika Bitwy o Anglię, Dawida Taśmę.

Umierając w wielkim londyńskim szpitalu w 1947 r., przeznaczył na ten cel wszystkie swoje pieniądze - 500 funtów.

POCHP-Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc

Część III /leczenie/

lek. med. Janusz Wójcicki
specjalista chorób płuc
z-ca Ordynatora Oddziału Pulmonologicznego
Szpitala Wojewódzkiego w Opolu



Cel leczenia

Postępowanie nefarmakologiczne i farmakologiczne dostosowane jest do odpowiednich stopni ciężkości choroby i opiera się na indywidualnej ocenie stopnia zaawansowania choroby i reakcji chorego na leczenie.

Celem terapii jest zapobieganie występowaniu objawów oraz ich opanowanie, zmniejszenie częstości i ciężkości zaostrzeń, poprawa ogólnego stanu zdrowia i poprawa tolerancji wysiłku.

Zalecenia nefarmakologiczne:

1. Unikanie czynników ryzyka.

Należy przede wszystkim przekonać chorego do zaprzestania palenia tytoniu. Jest to najskuteczniejsza metoda, która powoduje zmniejszenie ryzyka rozwoju POCHP i zatrzymuje jego postęp.

Udowodniono, że u chorych na POCHP, którzy zaprzestali palenia tytoniu roczny spadek wskaźnika FEV1 zmniejszył się do wielkości charakteryzującej osoby niepalące.

Najważniejszą rolę w rzuceniu nałogu odgrywa **motywacja i silna wola**.

Można również w okresie odzwyczajania się od tytoniu stosować preparaty zastępcze zawierające nikotynę, np. gumy do żucia lub plastry nalepiane na skórę.

2. Edukacja i rehabilitacja.

Przeprowadzone badania wskazują, że chociaż sama edukacja pacjenta nie zwiększy jego wydolności wysiłkowej ani nie poprawi czynności płuc, to może się przyczynić do poprawy zdolności radzenia sobie z chorobą oraz poprawy ogólnego stanu zdrowia.

Edukacja powinna być włączona we wszystkie aspekty opieki nad chorymi na POCHP i może być prowadzona w różnych okolicznościach – podczas wizyty u lekarza lub innego pracownika służby zdrowia, jak również w ramach programów opieki domowej oraz kompleksowych programów rehabilitacji oddechowej.

Edukacja powinna być dopasowana do potrzeb i środowiska pacjenta, mieć charakter interaktywny, być ukierunkowana na poprawę jakości życia, prowadzona w sposób zrozumiały i praktyczny, odpowiednio do poziomu intelektualnego i osobowości pacjenta i jego opiekunów.

W leczeniu POCHP niezbędna jest dobra komunikacja między lekarzem i pacjentem. Oprócz okazywania empatii, troski i otwartości lekarz powinien zwracać uwagę na obawy chorego, skupiać się na osiągnięciu celów edukacyjnych, dopasowywać leczenie do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta, przewidywać skutki pogarszania się czynności płuc oraz doskonalić praktyczne umiejętności chorego w radzeniu sobie z chorobą.

Wykazano, że wiele konkretnych programów edukacyjnych poprawia przestrzeganie przez chorego zaleceń dotyczących leczenia. W POCHP oznacza to nie tylko właściwe przyjmowanie leków, ale odnosi się także do szerokiego zakresu postępowania nefarmakologicznego, na przykład kontynuowania ćwiczeń w domu po zakończeniu programu rehabilitacji oddechowej, niepalenia tytoniu oraz prawidłowego używania sprzętu, takiego jak nebulizatory, przystawki objętościowe do inhalatorów i koncentratory tlenu.

Główne cele rehabilitacji oddechowej to: złagodzenie objawów chorobowych, poprawa jakości życia oraz zwiększenie fizycznego i emocjonalnego udziału w codziennej aktywności.

Korzyści związane z rehabilitacją zanikają po jej zakończeniu, ale jeżeli chory kontynuuje ćwiczenia w domu, to jego stan zdrowia utrzymuje się na wyższym poziomie niż przed rozpoczęciem programu rehabilitacyjnego.

3. Coroczne szczepienia przeciwko grypie.

Leczenie farmakologiczne.

Żaden z obecnie dostępnych leków stosowanych w POCHP nie hamuje postępującego upośledzenia czynności płuc, będącego charakterystyczną cechą tej choroby. Nie należy jednak z tego powodu rezygnować z farmakoterapii w celu opanowania objawów.

Ponieważ POCHP jest na ogół chorobą postępującą, leczenie farmakologiczne należy prowadzić według następujących ogólnych zasad:

- leczenie zwykle ma charakter stopniowany – w miarę postępu choroby dodaje się kolejne leki,
- leczenie podstawowe należy utrzymywać na stałym poziomie przez długi czas, dopóki nie wystąpią znaczące skutki uboczne lub zaostrzenie choroby,
- poszczególni chorzy różnie reagują na leczenie i zgłaszają różne jego skutki uboczne.

Konieczna jest uważna obserwacja przez odpowiedni czas, aby upewnić się, że osiągnięto zakładane cele leczenia, kosztem możliwym do zaakceptowania przez chorego. Efekt stosowania w POCHP leków rozszerzających oskrzela i glikokortykosteroidów wziewnych może wystąpić wcześniej, niż dotąd sądzono, aczkolwiek obecnie nie ma pewnego sposobu, by przewidzieć, czy leczenie zmniejszy częstość zaostrzeń.

Sposób leczenia wymaga dostosowania się do każdego chorego, ponieważ na zależność między nasileniem objawów podmiotowych a stopniem ograniczenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe, wpływają inne czynniki, takie jak: częstość i ciężkość zaostrzeń, obecność jednego lub większej liczby powikłań, niewydolności oddechowej i chorób towarzyszących (chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń snu), oraz ogólny stan zdrowia.

Ciąg dalszy w następnym numerze OCO



Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi

Informujemy Państwa, że został powołany przez Ministerstwo Zdrowia - Wojewódzki Ośrodek Koordynujący (WOK) „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi” w województwie opolskim, funkcjonujący przy Opolskim Centrum Onkologii w ramach Narodowego Programu zwalczania chorób nowotworowych (Dz.U nr 143, poz.1200 z dnia 1 lipca 2005r.).

Program jest programem wieloletnim w rozumieniu art.80 ustawy z dnia 26 listopada 1998r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2003r. Nr 15, poz.148, z późn. zm.) i jest realizowany w latach 2006-2015.

Cel akcji - Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na raka piersi, ale umieralność na tą chorobę jest bardzo wysoka. Wynika to przede wszystkim z liczby chorych zgłaszających się do pierwszego leczenia. Skryning (czyli badania przesiewowe) jak dowodzą doświadczenia innych państw jest skuteczną metodą do zmiany tych proporcji w porównaniu z innymi Państwami.

Celem WOK

- jest dotarcie do jak największej populacji kobiet z informacją o możliwości skorzystania bez skierowania z bezpłatnego badania mammograficznego,
- zwiększenie świadomości kobiet w zakresie profilaktyki i samobadania piersi,
- zwiększenie odsetka nowotworów sutka wykrywanych w najwcześniejszym stadium zaawansowania klinicznego (daje to gwarancję lepszych wyników leczenia),
- zwiększenie odsetka wyleczeń,
- prowadzenie wieloletniego, aktywnego skryningu raka piersi,
- wprowadzenie na terenie całego kraju zasad jednolitego postępowania diagnostycznego.

Dzięki tym badaniom możliwe jest wczesne rozpoznanie stanów nowotworowych, co wiąże się ze zmniejszeniem liczby zgonów spowodowanych tym rodzajem raka.

Sposób działania - pacjentki w wieku 50-69 lat otrzymują imienne zaproszenie

na badanie wraz z listą ośrodków, które wykonują te badania (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia).

Powyższym programem objęte są kobiety, które spełniają następujące kryteria:

1. nie miały wykonanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy,
2. lub przy poprzedniej mammografii (w roku 2006) miały wskazanie do wykonania ponownego badania mammograficznego po upływie 12 miesięcy.

W okresie 15 dni po wykonanym badaniu mammograficznym pacjentka otrzymuje wynik.

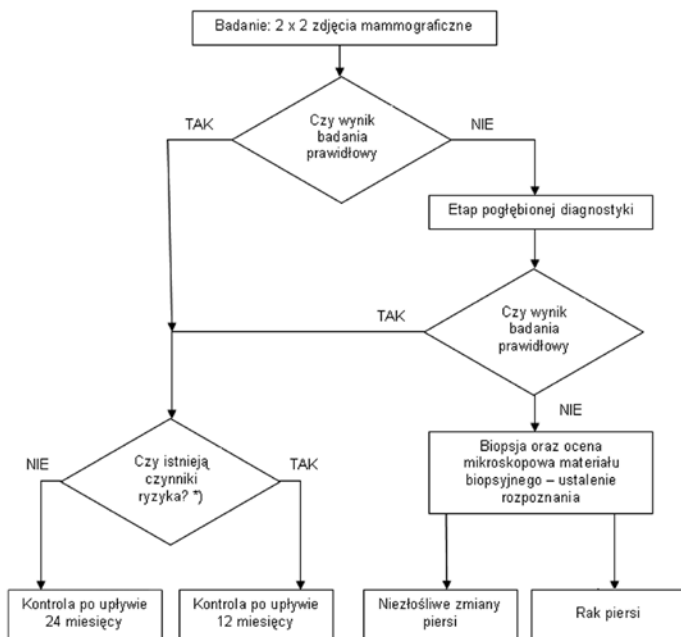
Wyniki - na podstawie danych statystycznych:

- u ok. 95% kobiet nie wykrywamy zmian podejrzanych o nowotwór, zapraszamy je do następnego badania skryningowego za 12 lub 24 miesiące (czas interwałów)
- u ok. 5% badanie przesiewowe wykrywa nieprawidłowości - osoby kierujemy do diagnostyki pogłębionej w wyznaczonych ośrodkach, które mają podpisany stosowny kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Współpraca - WOK współpracuje z Centralnym Ośrodkiem Koordynującym w Warszawie i NFZ

Organizatorzy Programu - Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Centralny Ośrodek Koordynujący

Schemat postępowania w ramach realizacji programu



SEKCJA TECHNICZNA

Komórką organizacyjną, zajmującą się technicznym zabezpieczeniem funkcjonowania Opolskiego Centrum Onkologii jest Sekcja Techniczna. Pracownikami sekcji są inspektorzy techniczni oraz konserwatorzy. Sekcji tej powierzono nadzór nad sprawnym funkcjonowaniem całej aparatury medycznej, dbałość o sprawność urządzeń oraz sprzętu technicznego na terenie Centrum. Sekcja Techniczna, realizuje również zadania dotyczące poprawy stanu technicznego budynków szpitalnych a także dba o sprawność dróg ewakuacyjnych.

Pracownicy sekcji (konserwatorzy) sprawują całodobowo nadzór nad urządzeniami klimatyzacji, wentylacji, stanem technicznym sprężarek. Jednak do najważniejszych zadań konserwatorów należy odpowiednia dbałość o stan całej instalacji niepalnych gazów medycznych (tlen, podtlenek azotu, próżnia, sprężone powietrze). Gazy te, bowiem muszą być stale, w odpowiednich ilościach zabezpieczone na Bloku Operacyjnym oraz wszystkich oddziałach szpitalnych. Oczywiście na tym rola konserwatorów się nie kończy. Wykonują oni wiele prac naprawczych wynikających z codziennej eksploatacji szpitala.

Pracownicy techniczni sekcji natomiast sprawują nadzór nad funkcjonowaniem wszystkich urządzeń będących w posiadaniu OCO oraz zajmują się stanem technicznym obiektów. Dbają o utrzymanie stałego ruchu, poprzez pilnowanie terminowych przeglądów wyspecjalizowanej aparatury medycznej, instalacji odgromowych, przeciwpożarowych. Nadzorują stan elewacji budynków szpitala, instalacji sieci wodnej, a także angażują się czynnie w rozbudowę i modernizację obiektów będących w posiadaniu Centrum. Techniczni nawiązują wiele kontaktów poza szpitalem, których celem jest współpraca z różnymi firmami na rzecz rozbudowy OCO.

Sekcję Techniczną tworzą panowie konserwatorzy: Robert Kolc, Zbigniew Kutarba, Joachim Skowronek, Ryszard Wideł oraz inspektorzy techniczni: st. insp. ds. techn. Krzysztof Pilcher jak i kierujący sekcją st. inspektor koordynator ds. eksploatac.-techn. Aleksander Kubiak. (zdjęcia okładka)

W następnym numerze: m. in. cd. leczenie POHP, ABC w szpitalu ...

„Biuletyn informacyjny OCO”

Wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii
www.onkologia.opole.pl

Redaktor Naczelny Wiesław Krzysztof Duda

Sekretarz redakcji Mariola Sobecka

Adres Redakcji

ul. Katowicka 66a, 45 – 060 Opole

tel. 077 441 60 01

fax 077 441 60 03

Współpraca: M. Białas, K. Wróblewska,

A. Łabińska, B. Kurzyca

Zdjęcia: W. Duda

Skład komputerowy i druk

EUROCENT - 45-372 Opole, ul. Kośnego 70

tel. 077 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

Sekretariat Centrum: 0-77 441 6001 - fax 0-77 441 6003

Rejestracja Przychodni: 0-77 441 6007, 0-77 4416008

Izba Przyjęć: 0-77 441 6010

Rejestracja Pracowni Diagnostyki Obrazowej:

0-77 441 6039

Sekretariaty:

Zakładu Radioterapii: 0-77 441 6050

Oddziału Chirurgii Onkologicznej: 0-77 441 6073

Oddziału Onkologii Klinicznej: 0-77 441 6090

Oddziału Onkologii Ginekologicznej: 0-77 441 6087

Oddziału Radioterapii: 0-77 441 6126 do 27