

PORADNIA CHEMIOTERAPII

Poradnia Chemioterapii i Odcinek Dzienny przynależą organizacyjnie do Oddziału Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii. Prowadzimy tam leczenie wielu nowotworów, głównie raka piersi, raka jelita grubego i odbytnicy, ziarnicy złośliwej, chłoniaków oraz innych, z wyłączeniem nowotworów narządu rodnego.

Leczenie odbywa się poprzez stosowanie leków przeciwnowotworowych (cytostatyków), których celem jest zniszczenie komórek nowotworowych. Leczenie polega na podawaniu jednego lub kilku leków w określonych odstępach czasowych. Leki rozpuszczane są w laminarnym boksie cytostatycznym z zachowaniem wszelkich zasad bezpieczeństwa.



Poradnia Chemioterapii czynna jest od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 – 15.00.

Lekarze Poradni przyjmują w godz. 8.30–15.00 w Gabinetach 4 i 8 oraz w godzinach 13.00 - 14.30 w Gabiniecie 107 (Poradnia Konsultacyjna).

dr n. med. Kazimierz Drosik

- specjalista z zakresu radioterapii, chemioterapii nowotworów i onkologii klinicznej;

dr n. med. Barbara Radecka – specjalista z zakresu chorób wewnętrznych, chemioterapii nowotworów i onkologii klinicznej;

lek. med. Bogumiła Dedyk-Drosik – specjalista z zakresu radioterapii, chemioterapii nowotworów i onkologii klinicznej;

lek. med. Marek Szwiec – w trakcie specjalizacji z zakresu onkologii klinicznej;

lek. med. Edyta Operacz – lek. pediatra, w trakcie specjalizacji z zakresu onkologii klinicznej;

lek. med. Joanna Hudała-Klecha - w trakcie specjalizacji z zakresu onkologii klinicznej;

lek. med. Monika Kotyla - w trakcie specjalizacji z zakresu onkologii klinicznej;

lek. med. Agnieszka Garczyńska - specjalista medycyny pracy;

W poradni pracują specjalistki pielęgniarstwa zachowawczego: piel. dypl. Elżbieta Pszczoła, Bernadeta Wysocka-Gliniak, Beata Mroziuk-Mikoda oraz sekretarki medyczne Katarzyna Ostrowska i Violetta Zmysłowska.

Wizyty lekarskie w Poradni Chemioterapii i Odcinku Dziennym służą kwalifikacji do leczenia, jego zaplanowaniu i ocenie efektów stosowanej terapii. W trakcie leczenia chory jest również badany przez lekarza przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia. Kwalifikując chorego do chemioterapii lekarz musi uwzględnić szereg czynników związanych z chorobą (typ nowotworu, umiejscowienie, zaawansowanie choroby), a także związanych z chorym (wiek chorego, jego ogólny stan sprawności oraz ewentualne choroby towarzyszące). Częstotliwość kolejnych kursów oraz całkowity czas leczenia uzależnione są: od typu nowotworu, rodzaju stosowanych leków, reakcji guza na stosowane leczenie oraz stopnia nasilenia objawów ubocznych.

W poniższym materiale przedstawimy odpowiedzi na pytania, najczęściej zadawane lekarzom pracującym w Poradni.



Konsultacja w zakresie odpowiedzi
- dr n. med. Barbara Radecka

Co to jest chemioterapia ?

Chemioterapia, potocznie, acz mylnie nazywana „chemią”, polega na stosowaniu środków farmakologicznych (leków) w celu zniszczenia komórek nowotworowych, również tych krążących we krwi i układzie chłonnym. Chemioterapia (obok innych metod np. hormonoterapii czy immunoterapii) jest częścią tzw. leczenia systemowego. Leki podawane doustnie, dożylnie czy domięśniowo docierają poprzez krew do wszystkich tkanek w organizmie chorego i wszędzie mogą wykazać swoje działanie („działanie systemowe”). Niszczą zatem komórki guza pierwotnego, a także te, które oderwały się od guza i poprzez układ krwionośny i chłonny rozprzestrzeniają się do różnych części organizmu. Systemowe działanie leków przeciwnowotworowych stwarza z jednej strony szerokie możliwości leczenia, również w chorobie zaawansowanej, ale jest też źródłem znacznej toksyczności. Obecnie najczęściej stosuje się chemioterapię wielolekową to znaczy, że pacjent otrzymuje kombinację dwóch lub

więcej leków. Jest to metoda bardziej skuteczna, ponieważ każdy z tych leków ma inny mechanizm niszczenia komórek nowotworowych. Leki podawane są w większości cyklicznie, z zachowaniem przerw 1-3-tygodniowych, by uniknąć nadmiernej toksyczności i pozostawić choremu czas na regenerację tkanek zdrowych.

Kiedy stosuje się chemioterapię?

Chemioterapia może być stosowana jako samodzielna metoda leczenia, lub w skojarzeniu z chirurgią i radioterapią, które są metodami miejscowego leczenia nowotworów. Może mieć ona charakter radykalny. Leczenie uzupełniające stosuje się w celu zniszczenia ewentualnych nie wykrytych przerzutów, których późniejsze ujawnienie się jest wysoce prawdopodobne. Chemioterapię stosuje się również w przypadkach zaawansowanej choroby nowotworowej w celu zmniejszenia objawów choroby i przedłużenia życia chorego – takie działanie nazywamy leczeniem paliatywnym.

W jaki sposób podawane są cytostatyki ?

Chemioterapia może być stosowana:

- doustnie – w postaci tabletek, kapsulek;
- domięśniowo – w zastrzykach;
- dożylnie – w postaci zastrzyków oraz wlewów, czyli tzw. „kroplówek”

W celu podania leku zakładana jest do żyły, najczęściej na przedramieniu, specjalna igła z tworzywa, która nazywa się wenflonem lub motylkiem. U niektórych pacjentów konieczne jest zastosowanie stałego dostępu do żyły, uzyskuje się go wprowadzając do żyły specjalny cewnik, zakończony umieszczonym pod skórą małym zbiorniczkiem do podawaniu leków zwanym „portem”. Jest to bardzo wygodne zwłaszcza dla chorych z „trudnymi” żyłami. Podawanie niektórych leków wymaga zastosowania pomp infuzyjnych. Umożliwiają one stosowanie ciągłej, wielogodzinnej lub nawet kilkudniowej chemioterapii zapewniając podawanie leku ze stałą prędkością przepływu w odpowiedniej dawce.

Jaka powinna być aktywność fizyczna chorych w trakcie chemioterapii ?

Prowadzona chemioterapia nie musi ograniczać normalnej aktywności życiowej pacjenta. Jeśli choroba (często zaawansowana i powodująca osłabienie) na to pozwala, zwykle zachęcamy chorych do prowadzenia normalnego trybu

życia i do utrzymania typowej dla danej osoby aktywności fizycznej w trakcie leczenia. Takie postępowanie ma także korzystny wpływ na stan psychiczny chorego. Część chorych utrzymuje nawet aktywność zawodową w trakcie chemioterapii.

Jakie są uboczne skutki chemioterapii i na czym one polegają ?

Chemioterapia działa cytotoksycznie nie tylko na komórki nowotworowe, ale również na komórki tkanek zdrowych, zwłaszcza cechujących się szybkim wzrostem (szpik kostny, śluzówki jamy ustnej i przewodu pokarmowego, skóra, mieszki włosowe). Może to powodować występowanie wielu objawów niepożądanych. Ponieważ wrażliwość poszczególnych chorych i tolerancja leków różnią się, objawy te nie występują u każdego chorego w jednakowym stopniu. Wiele osób dobrze znosi chemioterapię i rzadko odczuwa przykre dolegliwości, są jednak chorzy, u których objawy uboczne są bardzo nasilone i czasem utrudniają okresowo codzienne życie.

Warto pamiętać, że większość objawów niepożądanych możemy minimalizować lub całkowicie wyeliminować przez zastosowanie leków lub odpowiednie postępowanie. Niektóre niepożądane skutki leczenia mogą wystąpić od razu, lub w krótkim czasie po podaniu leków (tzw. toksyczność wczesna - np. nudności i wymioty, obniżenie wartości morfologii, wypadanie włosów), inne - po kilku miesiącach lub nawet latach (tzw. toksyczność późna – uszkodzenia narządów, np. serca, płuc). Przed rozpoczęciem leczenia lekarz omawia z pacjentem możliwe objawy uboczne, oraz udziela mu wskazówek jak postępować aby objawy te zminimalizować lub zlikwidować.

Czy przed przyjęciem leków chemicznych należy się jakoś specjalnie przygotować ?

Podanie chemioterapii zawsze poprzedzone jest badaniem krwi oraz badaniem lekarskim. Czasem konieczne jest wykonanie dodatkowych badań np. EKG, o czym decyduje lekarz. Niektórzy pacjenci wymagają podania leków przeciwwymiotnych, uspokajających lub innych. W dniu podania leków wskazane jest spożycie lekkiego śniadania.

Czy chory, który jest w trakcie chemioterapii może wspomagać to leczenie metodami nie potwierdzonymi naukowo ?

Nie może, ponieważ zioła i inne środki stosowane w metodach nie potwier-

dzonych naukowo mogą powodować objawy kliniczne, które lekarz potraktuje jako objawy uboczne chemioterapii. W efekcie może dojść do niepotrzebnej modyfikacji chemioterapii i tym samym zmniejszenia jej skuteczności. Udowodniono, że niektóre środki powszechnie stosowane jako „niekonwencjonalne terapie przeciwnowotworowe” znacznie ograniczają, czy wręcz znoszą działanie leków stosowanych w chemioterapii.

Czy chemioterapii zawsze towarzyszy utrata włosów ?

Problem ten pojawia się podczas leczenia niektórymi cytostatykami. Włosy mogą ulec przerzedzeniu lub całkowitemu wypadnięciu. Może to wystąpić stopniowo lub nagle i dotyczyć wszystkich włosów całego ciała. W przeszłości aby zmniejszyć utratę włosów na głowie stosowano opaski uciskowe lub ochładzanie skóry głowy lodem, podczas podawania leku. Obecnie nie stosuje się tych metod, ponieważ dawały one powikłania i ograniczały dostęp leków w obszarze uciskanej lub ochładzanej skóry. Utrata włosów jest zawsze dużym przeżyciem zwłaszcza dla kobiet. Ważne jest aby pacjentka wiedziała, że utrata włosów jest czasowa.

Po zakończeniu leczenia włosy odrosną, często bardziej gęste, zwykle ciemniejsze, może zmienić się ich struktura – często są grubsze i kręcone. Przed zastosowaniem leków mogących powodować wypadanie włosów warto krótko je obciąć. Ważne jest aby pielęgnować włosy delikatnymi środkami, ostrożnie je czesać, nie używać suszarek do włosów, lokówek oraz innych urządzeń do ich układania. Przy wystąpieniu uczucia wysychania i swędzenia skóry głowy można wcierać niewielkie ilości kremów nawilżających. Można też zaopatrzyć się w perukę jeszcze przed całkowitą utratą włosów. Obecnie koszt zakupu peruki jest refundowany przez NFZ na podstawie recepty wystawionej przez lekarza leczącego.

Dlaczego u pacjentów leczonych cytostatykami występują nudności i wymioty ?

Nudności i wymioty są okresowymi skutkami ubocznymi chemioterapii, mogą pojawić się podczas podawania leku, w ciągu kilkunastu minut lub kilku godzin od jego podania, a czasami następnego dnia lub jeszcze później. Zależy to od rodzaju zastosowanego cytostatyku jego dawki, a także indywidualnej tolerancji chorego. **Obecnie mamy wiele skutecznych leków przeciwwymiotnych, a przez odpowiednie ich zestawianie możemy zminimalizować a nawet całkowicie zapobiec nudnościom i wymiotom.**

Duży wpływ na nasilenie tych dolegliwości mają czynniki psychologiczne,

o czym może świadczyć występowanie tych dolegliwości jeszcze przed podaniem leku. Dlatego ważne jest aby podjąć działania zmierzające do zmniejszenia napięcia emocjonalnego przed kolejnym kursem chemioterapii.

Dobrze jest też unikać sytuacji ściśle wiążących się z nudnościami takich jak:

- przygotowywania i spożywania posiłków, wtedy gdy występują nudności
- spożywania potraw smażonych, tłustych, gorących i pikantnych
- wdychanie zapachów powstających podczas gotowania
- jedzenia obfitych posiłków bezpośrednio przed planowaną chemioterapią (aczkolwiek wskazany jest lekki posiłek)
- przepełniania żołądka, lepiej jeść częściej małymi porcjami

Pacjenci, dla których nudności i wymioty stanowią duży problem powinni to zgłosić lekarzowi prowadzącemu chemioterapię.

Jak powinien odżywiać się pacjent poddany chemioterapii ?

Leki cytostatyczne przyczyniają się do pogorszenia węchu, smaku i apetytu. Rodzaj tych zmian zależy w dużej mierze od indywidualnych cech organizmu. Zazwyczaj zmiany te dotyczą potraw słodkich i kwaśnych. Niekiedy chorzy odczuwają ciągły metaliczny smak w ustach. Wszystkie te zmiany nie trwają długo, ponieważ jednak mogą wpływać na rodzaj i sposób odżywiania, dobrze jest podjąć działania zmniejszające te odczucia:

- kilka razy dziennie płukać usta i myć zęby po każdym posiłku;
- jeśli pokarmy i napoje wydają się gorzkie, dodawać do nich miodu, słodziku lub słodkich owoców;
- jeżeli mięsa drób i ryby smakują gorzko podawać je przyprawione sosami (np. sojowym, włoskim), sokiem z ananasa, ziołami.

Leki cytostatyczne mogą także podrażniać śluzówki przewodu pokarmowego, czego następstwem może być biegunka, lub rzadziej zaparcia.

W razie wystąpienia biegunki należy ograniczyć spożywania pokarmów bogatych w błonnik, głównie surowych owoców, warzyw i potraw zbożowych. Trzeba także pić więcej płynów, ponieważ organizm traci je w trakcie biegunki.

W razie wystąpienia zaparcia należy zwiększyć spożycie pokarmów bogatych w błonnik. Pobudzenie czynności jelit można osiągnąć pijąc wodę przegotowaną na czczo, ewentualnie z dodatkiem miodu, sok z buraków, wywar z suszonych śliwek. Należy unikać napojów gazowanych.

W trakcie pojawienia się jakichkolwiek z wyżej wymienionych dolegliwości należy zasięgnąć porady lekarza.

Dobór właściwej diety dla chorego poddanego chemioterapii zależy od występujących objawów ubocznych. Zazwyczaj jest to normalna wieloskładnikowa dieta.

W trakcie chemioterapii nie należy spożywać alkoholu!

Poza tym nie należy narzucać sobie żadnych wymyślnych rygorów dietetycznych, chyba, że lekarz wyraźnie o tym powie (np. w przypadku powikłań po chemioterapii lub z powodu zaawansowania choroby lub przebytego leczenia operacyjnego).

Nie należy stosować żadnych diet eliminacyjnych zawierających jeden typ pokarmów (np. tylko węglowodany). Stosowanie takiej diety przez dłuższy czas pozbawia organizm wielu ważnych składników pokarmowych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania.

Nigdzie na świecie nie udowodniono (a prowadzono kilka takich badań), że jakkolwiek dieta, odmienna od normalnej, wydłuża życie chorych na chorobę nowotworową.

* w opracowaniu uwzględniono informacje z Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

Warto wiedzieć - Rak tarczycy

Wojciech Redelbach

Rak tarczycy jest najczęstszym nowotworem złośliwym narządów dokrewnych (tarczyca, przytarczyce, przysadka mózgowa, nadnercza). Uważany jest za stosunkowo rzadki nowotwór. W Polsce rocznie notuje się 1000 nowych zachorowań. Na całym świecie kobiety chorują trzykrotnie częściej niż mężczyźni.

Rak tarczycy jest generalnie niewielkiej agresywności i charakteryzuje się wysoką skutecznością leczenia - statystycznie określa się 10-letnią przeżywalność na 85%.

Rak tarczycy występuje w wielu odmianach, stąd podział na raki zróżnicowane (90% wszystkich nowotworów) oraz raka anaplastycznego.

Raki zróżnicowane częściej występują u młodszych osób, natomiast anaplastyczny u osób starszych. Rzadkością jest chłoniak tarczycy, głównie typu MALT.

Raki tarczycy dzielimy na:

- raka brodawkowego – najczęstszy zróżnicowany nowotwór złośliwy tarczycy. Stanowi 70 – 80% wszystkich przypadków i ma podłoże genetyczne.



- raka pęcherzykowego – zróżnicowany nowotwór złośliwy. Stanowi 5 – 15% wszystkich raków, a jego częstość występowania jest wyższa na terenach niedoboru jodu (opolskie!).
- raka anaplastycznego - niezróżnicowany rak tarczycy o bardzo dużej złośliwości.
- raka rdzeniastego – wywodzący się z tzw. komórek C produkujących kalcytoninę, ma udowodnione tło genetyczne (zespoły MEN 2).
- pierwotnego chłoniaka tarczycy – rzadko występujący nowotwór rozwijający się na ogół na podłożu przewlekłego limfocytowego zapalenia tarczycy (choroba Hashimoto).

Rozpoznanie tarczycy związane jest z badaniem fizykalnym (guz !), USG (nieprawidłowe struktury guzowate), scyntygrafia (guzki tzw. „zimne”). Należy zauważyć, że tylko 2 - 5% wszystkich stwierdzonych zmian guzowatych są rakiem tarczycy. Najczęściej stwierdza się łagodne guzki jak gruczolaki, torbiele, zwapnienia. Podstawowym narzędziem diagnostycznym jest biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) wykonywana bez i z użyciem technik obrazowych. Badania cytologiczne (ocena preparatu komórkowego z biopsji) pozwala jednoznacznie rozpoznać raka brodawkowatego i anaplastycznego.

Nie jest natomiast możliwe odróżnienie raka pęcherzykowego od gruczolaka pęcherzykowego (tylko badanie histopatologiczne wycinka).

Rak tarczycy najczęściej nie daje objawów klinicznych.

Szybki wzrost guza, nieruchomość względem otoczenia lub chrypka nie są częste i dotyczą jedynie zaawansowanej choroby.

Ból i duszność obserwowane są tylko w przypadku raka anaplastycznego. Należy zwrócić uwagę na powiększenie węzłów chłonnych. W około 5 – 10% przypadków rozpoznanie raka tarczycy stawiane jest w fazie rozsiewu kiedy stwierdzone są przerzuty do płuc, i rzadziej do kości. Leczenie raka tarczycy zróżnicowanego (brodawkowaty i pęcherzykowy) polega na wycięciu całkowitym tarczycy oraz wykonaniu wycięcia środkowych węzłów chłonnych szyi. Leczenie operacyjne jest kojarzone ze stosowaniem radiojodu (izotop jodu 131). Radioterapia i chemioterapia ma zastosowanie w wyjątkowych sytuacjach.

Leczenie raka rdzeniastego polega również na całkowitym wycięciu tarczycy wraz z centralnymi węzłami chłonnymi szyi, brak wskazań do leczenia radiojodem.

Leczenie raka anaplastycznego ze względu na jego wysoką złośliwość najczęściej jest paliatywne (wydłuża życie, ale nie daje wyleczenia). Operacje rzadko są możliwe, często stosuje się radioterapię.

Leczenie raków tarczycy powinno się odbywać tylko w wyspecjalizowa-

nym szpitalu jakim jest Centrum Onkologii.

Należy zauważyć, że obserwowany w ostatnim czasie wzrost zachorowalności na raka tarczycy nie ma najprawdopodobniej związku z awarią elektrowni atomowej w Czarnobylu, ale z zaprzestaniem w Polsce, od lat osiemdziesiątych, jodowania soli kuchennej.

Mastektomia – wyrok czy wyzwanie ? Z wizytą u opolskich Amazonek _____

Jolanta Kawecka

U wielu z nich po usłyszeniu diagnozy - rak piersi - załamał się świat. Niektóre w ogóle nie wyobrażały sobie dalszego życia po operacji. Kilka z tych kobiet amputacje piersi kojarzyło z całkowitym pozbawieniem kobiecości, jeszcze inne odczuwały wstyd, że będą nosiły protezę w tym właśnie miejscu. Wszystkie obecnie łączy idea wspólnego wspominania tego co minęło i wspierania się po tym co przeszły.

Amazonki, bo o nich mowa, wiedzą jedno – nie można myśleć o nawrotach, trzeba cieszyć się życiem i nawiązać mimo cierpienia kontakty z kobietami, które czują to samo. Tylko one nawzajem tak naprawdę potrafią się zrozumieć. „O spotkaniach w gronie Amazonek dowiedziałam się na rehabilitacji, chętnie tu przyszedłam, bo już w szpitalu parę godzin po zabiegu zorientowałam się, że pomoc innych pacjentek jest nieoceniona - mówi jedna z pań w wieku 63 lat /20 lat po/. Przyszedłam tu, bo tak naprawdę w ogóle nie zależało mi na wyglądzie, natomiast izolacja i osamotnienie, borykanie się samemu z problemami były nie do zniesienia”. Okazało się jednak, że tu można normalnie rozmawiać o problemie, że można wymienić się niezbędnymi informacjami, a przede wszystkim bawić się, śmiać i korzystać z życia.

Zebrania odbywają się co miesiąc, w pierwszy poniedziałek o godz. 16.00 w salce konferencyjnej na tyłach opolskiej onkologii. Prowadzi je Violetta Sikorska /8 lat po/, która jest szefową Koła opolskich amazonek, ale nie wygląda na przywódcę, tylko na przyjaciółkę. Większość pań podczas zebrań przypina tabliczki z imionami,

aby bez skrępowania mówić sobie na ty – niezależnie od wieku. W najbliższym



czasie jadą na wycieczkę. A tych wyjazdów mają na koncie już kilka m.in. Kuldowa - Zdrój, Operetka Gliwicka.

Mówi Danusia /6 lat po/: „W sklepie z protezami złapałam pierwszą z brzegu, nie umiałam poświęcić uwagi ani czasu na wybieranie właściwej, bo byłam tak zestresowana, podobnie było z peruką. Teraz mam już inne problemy. W tej chwili najgorsza jest niewiedza, czy jest jakiś lek, który strzeże przed nawrotem, czy są nowe ćwiczenia na przykurcze, jaką stosować dietę - tego wszystkiego mogę dowiedzieć się tu w poniedziałek. Świadomość możliwości takiego spotkania jest dla mnie najważniejsza.”

Przychodzą tu, bo chcą przestrzec inne panie, że po zabiegu usunięcia piersi muszą jak najwięcej czasu poświęcić nie na rozpamiętywanie złych chwil, a na rehabilitację. Zaraz po zabiegu okropnie boli to miejsce, psychicznie człowiek zupełnie wysiada i nie umie sobie poradzić z samym sobą i wtedy lekarze oraz rehabilitanci przekazują najwięcej informacji - mówią. „Nie sposób wszystko od razu zapamiętać. Oni tłumaczyli dokładnie jak wykonywać żmudne ćwiczenia, które mają zapobiegać obrzękowi limfatycznemu, ale tak naprawdę dopiero tu jak pogadałam z innymi kobietami dowiedziałam się na czym to polega” – mówi Basia. „Zaraz po zabiegu byłam kompletnie rozbita. Do tego stopnia nie dojrzałam do sytuacji, że bez przymierzania złapałam swój nowy biustonosz z, co tu ukrywać, moim nowym biustem. Dziś opowiadam to ze śmiechem, ale wtedy nie było mi do śmiechu” - wspomina.

Najważniejsze jest to, żeby właśnie wtedy nawiązać dobry kontakt z personelem w szpitalu, wszystkiego się dowiedzieć, poprosić o skierowania na rehabilitację, bo zlekceważenie systematycznego chodzenia do Poradni Rehabilitacyjnej dla kobiet po mastektomii, kończy się bólem, obrzękami i przykurczem mięśni. Program rehabilitacji przeciwobrzękowej trwa 21 dni po zabiegu, ale także później przez całe miesiące trwają żmudne ćwiczenia. Polegają one na gimnastyce ręki z pomocą tzw. klina. Celem ćwiczeń jest umocnienie mięśni ręki, a przede wszystkim zapobieganie obrzękom spowodowanym zaburzonym odpływem chłonki w związku z wycięciem węzłów chłonnych. Osobnym tematem jest nauka oddychania, każdy ruch klatki piersiowej wiąże się z bólem, jeśli nie oddycha się umiejętnie. Tego wszystkiego muszą się uczyć. Skierowanie na rehabilitację każdorazowo wystawia lekarz onkolog lub lekarz pierwszego kontaktu i w żadnym wypadku nie należy tego zaniedbać. Wiele takich skierowań po prostu muszą sobie wywalczyć. Niektórzy lekarze traktują je w kilka miesięcy po - jak kobiety w pełni zdrowe. Tymczasem nie każda z nich od razu wraca do normalności. Słabsze psychicznie nie dają rady. Brakuje opieki terapeuty. „Naszą całą terapią psychofizyczną są te spotkania” – twierdzi Krystyna/rok po/.

Są takie spotkania, że godzinami dyskutują o diecie. „Właściwie nie

możemy przestać opowiadać o liście produktów, które zapobiegają rozwojowi nowotworu i przerzutom, zjadłoby się każdą, nawet najmniej smaczną potrawę, gdyby miało się pewność że pomoże...” – zastanawiają się. Podobnie jest z nieakceptowanym przez niektórych lekarzy leczeniem homeopatycznym, bioenergoterapią i niekonwencjonalnymi metodami – tu na spotkaniach omówiły już chyba wszystkie. Niektóre z pań żarliwie zapewniają, że metody te pomogły, ale w głosie większości słychać niepewność i strach przed nawrotem.

Opolskie Amazonki mają też kontakt z licznymi tego typu klubami w całej Polsce. Pani Violetta i Jola /3 lata po/ jeżdżą na kongresy medyczne i spotkania ogólnopolskie amazonek, bo wymiana doświadczeń pozwala ciągle uczyć się czegoś nowego. To tam dowiedziały się, że lekarze w innych województwach kierują je systematycznie na półroczne i roczne badania zarówno ginekologiczne jak i inne związane z profilaktyką różnych schorzeń, o czym opolskim lekarzom nie zawsze udaje się pamiętać bo wisi nad nimi obowiązek ograniczeń podyktowanych przez NFZ.

„Jest jeszcze tak wiele do zrobienia. Następne spotkanie mamy z firmami farmaceutycznymi, potem wyjeżdżamy do Pokrzywniej, gdzie spędzimy dwa dni na górskich szlakach - mówi Violeta. „Wiem jedno, że płacz i rozpacz oraz rozmędlanie doprowadziłyby mnie do renty – czyli tego czego obawiałam się najbardziej, a godna postawa, wsparcie ze strony amazonek doprowadziły mnie do tego że pracuję, jestem aktywna no i potrzebna, bo pomagam innym. Nie można się tego wstydzić, jesteście poniekąd na siebie skazane, jest nas już około 80, a przecież ciągle nas przybywa, nowe panie mają wielki opór, aby tu przychodzić, może jak przeczytają ten artykuł będzie im łatwiej, jesteście przecież stąd z Opola, więc jesteście sobie bliskie ...”

Amputacja piersi nie okazała się dla nich wyrokiem tylko wyzwaniem w poszukiwaniu ciągle nowych zadań, sprawdzaniu się w życiu na przekór chorobie, pomaganiu sobie nawzajem i pozyskiwaniu nowych przyjaciół oraz innym spojrzeniu na świat.

Zapamiętaj: GUZ

od 3mm - wykrywany jeśli wykonywana jest regularna mammografia - duża szansa wyleczenia

od 12 mm - wykryje kobieta jeśli raz w miesiącu sama bada piersi – średnia szansa wyleczenia

od 21 mm - wyczuwalny jeśli kobieta nie bada się szczegółowo – mała szansa wyleczenia

od 40 mm - wykrywany jest u kobiety, która nigdy się nie badała – bez szans na leczenie

* Jolanta Kawecka – dziennikarka, autorka programów TV - „Sekrety zdrowia”, rzecznik prasowy Państwowej Inspekcji Pracy w Opolu

Wymiana źródła kobaltowego w bombie kobaltowej „Theratron” zainstalowanej w Zakładzie Radio-terapii Opolskiego Centrum Onkologii

*mgr Mieczysław Syrytczyk
Opolskie Centrum Onkologii*

Izotop Co-60 (kobalt 60) jest „sercem” bomby kobaltowej – urządzenia do teleradioterapii. Okres półrozpadu tego izotopu wynosi 5,27 lat, tzn. po tym czasie jego aktywność maleje o połowę aktywności wyjściowej. Oznacza to, że czas napromieniania pacjenta zwiększa się dwukrotnie. Ze względu na wydłużający się czas napromieniania pacjenta, co 8 lat następuje wymiana źródła Co-60. Źródła kobaltowe sprowadza się obecnie z Kanady, gdzie wyprodukowano eksploatowane przez Opolskie Centrum Onkologii urządzenie tzw. „bombę kobaltową”.

Nowe źródło kobaltowe przewozi się w specjalnym ochronnym pojemniku stalowo-olowiowym, który uniemożliwia wydostawanie się promieniowania na zewnątrz.



Ze względu na bardzo dużą aktywność źródła pojemnik jest dosyć duży i ciężki – waży ok. 2 ton. Jednak bez problemu może być przewożony samolotem i ciężarowym samochodem. Pojemnik z kobaltem posiada dwie „szuflady” w których mogą być przechowywane źródła. W naszym przypadku jedna z tych „szuflad” jest pusta, w drugiej znajduje się nowe źródło.

Po przetransportowaniu pojemnika do pomieszczenia bomby kobaltowej, przykręca się go do głowicy aparatu w taki sposób aby można było przesunąć stare źródło do pustej „szuflady”. Przesunięcia dokonuje się za pomocą specjalnego manipulatora, bez narażania się na dodatkowe napromieniowanie. Po tej czynności pojemnik jest odkręcany i zamykany. W tym momencie w jego wnętrzu znajdują się dwa źródła kobaltowe. Czas, gdy w aparacie kobaltowym nie ma źródła wykorzystywany jest na wymianę, kontrolę i konserwację części, do których podczas normalnej eksploatacji nie ma dostępu. Wymieniane są

wszystkie części na nowe, bez względu na ich zużycie.

Po czynnościach remontowych pojemnik ze źródłem ponownie przykręca się do głowicy aparatu, ale tym razem odwrotnie tą stroną po której znajduje się nowe źródło. Następnie za pomocą manipulatora wsuwane jest nowe źródło do głowicy aparatu. Po czynnościach montażowych zbior-



nik ze starym źródłem jest odkręcany od głowicy aparatu, zamykany i przygotowywany do wysyłki – z powrotem do Kanady.

Po wymianie źródła kobaltowego przeprowadzane są czynności kontrolne działania aparatu kobaltowego oraz niezbędne pomiary wykonywane przez fizyków Opolskiego Centrum Onkologii.

Rehabilitacja kobiet po mastektomii

mgr Jolanta Dzierżgwa
Opolskie Centrum Onkologii

***„...Żadne położenie nie jest aż tak straszne,
by człowiek obdarzony równowagą ducha
nie znalazł w nim jakieś pociechy...”***

Seneka

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet, a reakcje na rozpoznanie i kolejne etapy leczenia są zróżnicowane. Ma to istotne znaczenie dla personelu medycznego, który powinien rozróżniać reakcje emocjonalne prawidłowe od patologicznych.

Na reakcje psychologiczne kobiet po odjęciu piersi, ma także wpływ rodzaj i sposób leczenia. Badania psychologiczne wykazały, iż zdecydowanie lepszą kondycję psychiczną mają kobiety po zabiegu oszczędzającym w porównaniu z zabiegiem radykalnym. Na korzyść tej sytuacji przemawia bardziej pozytywny obraz własnej osoby, nie zaburzone funkcjonowanie seksualne i ogólnie lepsza jakość życia.

Szczególne znaczenie przypisuje się rehabilitacji psychicznej, prowadzonej w szpitalu przed i po zabiegu chirurgicznym. Jest to okres, w którym personel stara się, aby pacjentki zaakceptowały upośledzenie będące następstwem zabiegu. Jest to także czas, w którym odpowiada się chorej na wiele pytań oraz wskazuje sposoby rozwiązywania problemów związanych z nowymi sytuacjami. W takich przypadkach pomocne są rozmowy z lekarzem prowadzącym i psychologiem. Szczególną pomocą służy rehabilitant, który z racji wykonywanych czynności pozostaje w ścisłym kontakcie z pacjentką. Rehabilitant udziela także porad, które obejmują naukę ćwiczeń wykonywanych w domu, zasad postępowania w życiu codziennym oraz dotyczących psychoterapii.

Na proces adaptacji kobiety do zmienionej sytuacji życiowej, na zakres postrzeganych zmian w życiu, na ich wartościowanie wpływa znaczenie utraconego narządu. Ma to duży wpływ na samopoczucie kobiety oraz sposób kontaktowania się z otoczeniem. Wśród badanych pacjentek, tylko niektóre traktują odjęcie piersi jako kalectwo, podejmując próbę skorygowania ubytku. Dla kobiet po amputacji piersi, kalectwo fizyczne i inwalidztwo wiąże się często z poczuciem utraty własnej wartości i może być przyczyną przeżywania wstydu i poczucia niższości. Obniżenie własnej atrakcyjności fizycznej może naruszać poczucie tożsamości kobiety, a także wpływać na poszukiwanie podobieństwa u innych, gdyż własna odrębność wartościowana jest negatywnie i niesie groźbę odrzucenia przez otoczenie.

Wiele kobiet po odjęciu piersi unika konfrontacji z tym problemem i wycofuje się z kontaktów społecznych. Jest to o tyle ważne, gdyż zauważono korelację między długością przeżycia a zdolnością utrzymania wzajemnych relacji z innymi ludźmi, oraz stopniem bliskości między członkami własnej rodziny.

Na zachowanie wpływa ich świadomość, że nie są już takie, jakie były przed operacją. Dlatego też, w okresie adaptacji do nowej sytuacji bardzo ważną rolę odgrywa rodzina, szczególnie mąż, który powinien wykazać się dowodami uczucia.

Kobieta w rodzinie pełni szereg bardzo ważnych ról, wynika to z konieczności, fizjologii, ale także z tradycji. Życie rodzinne skupione jest wokół kobiety, to ona troszczy się o pozostałych członków rodziny, a w szczególności o dzieci. To na kobietę spada szereg obowiązków domowych i zawodowych, często nie z wyboru lecz z konieczności.

W przypadku choroby nowotworowej kobieta potrzebuje wyręki w obowiązkach domowych, oraz wsparcia emocjonalnego całej rodziny, wiary w jej szybki powrót do zdrowia.

Kobiety po odjęciu piersi nie powinny rezygnować z życia towarzyskiego. Jego intensywność powinna zależeć od chęci i potrzeb, osobowości, wieku,

zawodu, różnorodnych motywów formalnych i nieformalnych, zarówno własnych, jak i małżonka.

Najtrudniejszym problemem w życiu towarzyskim jest udzielanie odpowiedzi na pytania zadawane przez znajomych, a dotyczące operacji. Bardzo bliskim przyjaciółom można szczerze powiedzieć o sytuacji. Pytania osób obcych można zbyć zdawkową odpowiedzią taką, jaką uzna się za stosowną.

Z wielu względów w kontaktach towarzyskich można zachować postawę neutralną, którą cechuje powściągliwość w informowaniu osób trzecich o swoim stanie zdrowia. Dla kobiet po mastektomii życie towarzyskie odgrywa ważną rolę w rehabilitacji.

Rehabilitacja psychofizyczna.

Rehabilitacja ma na celu minimalizację niedostosowania fizycznego, psychicznego, społecznego lub zawodowego spowodowanego chorobą lub jej leczeniem. Powinna w równej mierze obejmować działania zapobiegawcze jak i przywracające sprawność. Powinna również pomóc chorym w przystosowaniu się do niedogodności, których nie można korygować.

Rehabilitacja psychofizyczna jest integralną częścią działań w postępowaniu raka sutka. Ma na celu zmniejszenie i ograniczenie niekorzystnych zmian fizycznych, do których należą: brak piersi, zmiana jej wyglądu, ograniczenie ruchomości i zmniejszenie siły mięśniowej kończyny górnej po stronie operowanej, obrzęku limfatycznego kończyny, wad postawy takie jak: podniesienie lub obniżenie barku, odstawanie łopatki czy skrzywienie kręgosłupa.

Z drugiej strony ma wpływać na zmiany w psychice kobiet po mastektomii – lęk przed śmiercią, kalectwem, rozbiciem rodziny oraz obawą, że w wyniku choroby obniża się jej wartość jako matki i kobiety. Głównym celem psychoterapii jest ograniczenie lęku i stresów psychicznych oraz umożliwienie powrotu kobiecie do życia i funkcjonowania w środowisku.

Wybór postępowania usprawniającego zależy od rodzaju leczenia operacyjnego. Podstawę stanowią ćwiczenia ruchowe, które są oparte na pracy dynamicznej mięśni. Polegają na rytmicznych skurczach mięśni i stwarzają najkorzystniejsze warunki oddziaływania na układy limfatyczny i krwionośny, zapewniając wzrost masy mięśniowej i poprawę zakresu ruchu w stawach obręczy barkowej.

Bardzo ważny jest dobór odpowiednio wysokich pozycji wyjściowych do ćwiczeń, które wspomagają odpływ chłonki. Naukę ćwiczeń i właściwego układania kończyny powinno się rozpocząć jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. Należy zapoznać pacjentki z zasadami profilaktyki przeciwobrzękowej. Każda pacjentka powinna otrzymać również receptę na protezę. Dopasowanie protezy jest bardzo ważnym elementem rehabilitacji psychicznej i fizycznej.

W przypadku pacjentek, które przeszły leczenie oszczędzające zwracana

jest uwaga na profilaktykę przeciwobrzękową oraz konieczność przestrzegania badań okresowych. W przypadku tych pacjentek stosowane są takie same zasady jak u pacjentek po zabiegu radykalnym, to znaczy; chroniona powinna być kończyna przed przeciążeniami, skaleczeniami, oraz nie wykonuje się iniekcji. U pacjentek w trakcie radioterapii zapobiega się obrzękowi limfatycznemu, szkodom popromiennym oraz usprawniane jest krążenie krwi i chłonki. Stosowane są również ćwiczenia relaksacyjne i oddechowe, które wykonuje się w pozycji leżącej i siedzącej. Poprzez masaż omijana jest okolica napromieniana. Usprawniając pacjentki po chemioterapii dostosowuje się je do indywidualnego stanu i wydolności. Pacjentkom z obrzękiem limfatycznym, prowadzi się usprawnianie w sposób kompleksowy.

* autorka artykułu korzystała z materiałów własnej pracy magisterskiej

Bezpłatne konsultacje i badania wykrywające – chłoniak

Powiększone węzły chłonne na szyi pod żuchwą, nadmierne pocenie się, szybkie chudnięcie, obfite nocne poty, uporczywy kaszel lub duszność (wskazuje na powiększony guz w śródpiersiu), niewytlumaczalne swędzenie skóry, stany podgorączkowe – to może być chłoniak. Nie należy się go bać lecz szybko badać i leczyć.

W dniu 14 września przypada „Światowy Dzień Walki z Chłoniakiem”.

Z tej okazji Opolskie Centrum Onkologii w Opolu, organizuje w dniu 16 września dla mieszkańców województwa opolskiego bezpłatne badania.

W godz. 8.00 – 14.00 czynne będą dwa gabinety lekarskie, w których lekarze specjaliści prowadzić będą badania lekarskie, polegające na ocenie stanu węzłów chłonnych.

Rejestracja w godz. 7.30 – 13.00.

W następnym numerze: m. in. Poradnia Genetyczna oraz ankieta, stomia

„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

biuletyn@onkologia.opole.pl

Skład komputerowy i druk EUROCENT

Współpraca: Karina Wróblewska, Maria Białas

Zdjęcia: W. K. Duda

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 i 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