



XIII

Czerwcowe Dni

Walki z Rakiem

Nadszedł czerwiec i nasza największa impreza, którą organizujemy od tyłu już lat. Pierwszy raz w 1997 roku był dużo skromniejszy: tylko spotkanie z prelekcją, a potem msza święta. Byłam 2 miesiące po operacji, jeszcze w trakcie chemioterapii. Po mszy świętej ks. Radzisław Ambroziak zaprosił nas na wspólne spotkanie, ja na zdjęciu, jeszcze w peruce...

Pierwszy koncert czerwcowy wymyśliły nasze koleżanki: Ewa Iwanowska i Ania Dąbrowska.

Odbył się 5 czerwca 1998 r. Wystąpił „Babski Kabaret”. To był taki nasz pomysł: występ kobiet na naszej „babskiej” imprezie. Pierwsze wyjście Amazonki na scenę, pokazanie twarzy wobec wielu ludzi. A do tego z taką radością! Więc jednak można się śmiać – mimo choroby, która nas dotknęła..

Zrobiłyśmy sobie tylko niewielkie zdjęcie. Mała pamiątka, ale jak ważna. Jest nas tam tylko dziesięć. Potem już co roku robiłyśmy duże, wspólne zdjęcie, zapraszałyśmy do niego Amazonki, naszych przyjaciół, gości, nasze rodziny...

Spoglądam na te zdjęcia z radością i z zadumą. Cieszę się, że udało nam się tak wiele dokonać, że nasze Czerwcowe Dni Walki z Rakiem stały się znaną i ważną imprezą, że weszły na stałe do kalendarza uroczystości w naszym mieście. Cieszę się, że przez minione lata udało nam się kontynuować i rozwinąć tradycję zapoczątkowaną przed 13 laty.

Patrę z zadumą na zdjęcia moich koleżanek. Niektórych już nie ma... Odeszły, najczęściej po długiej i trudnej walce z chorobą. Ale wiele z nich jest ze mną dzisiaj. Razem się spotykamy, rozmawiamy, planujemy wspólnie nasze akcje, razem pijemy herbatę i po prostu rozmawiamy, pomagamy sobie i wspieramy się w trudnych chwilach. Po prostu jesteśmy przyjaciółkami. A wiadomo, że razem łatwiej iść przez życie.

Nie zapominamy o naszych koleżankach, o tych, które już do nas nie wróciły, i o tych, które spotykamy po długiej nieobecności. Z wielką chęcią witamy nowe dziewczyny [zawsze dziewczyny – niezależnie od wieku], które zjawiają się w naszym Stowarzyszeniu, bo przecież oprócz doświadczenia konieczne są „młode siły”. Mamy nadzieję, że poczują się u nas dobrze, że z chęcią będą do nas przychodziły, a z czasem zdomowią się, poczują, że są wśród swoich.

Pamiętamy też, że nasza działalność ma również służyć osobom zdrowym, ma im pomóc chronić się przed chorobą. Jeśli choroba zaatakuje – ma pomóc w jak najszybszym znalezieniu pomocy i w odzyskaniu zdrowia. Dlatego ciągle przypominamy wszystkim kobietom: Dbajcie o siebie! Trószczcie się o swojej zdrowie! Nawet jeśli wymaga to czasu i wysiłku. Już nasze babcie wiedziały – zdrowie jest w życiu najważniejsze.

A dla nas najważniejsze – we wszystkich naszych przedsięwzięciach i planach – mieć nadal tylu przyjaciół. Dziękujemy wszystkim, którzy nas wspierają w każdy możliwy sposób: dobrym słowem, sercem, swoimi działaniami czy modlitwą. Dzięki Wam możemy zrobić coś ważnego, pomóc innym. Dlatego nadal - Bądźcie z nami!

Barbara Porwoł



Czy badania genetyczne są dobrym sposobem na wczesne wykrywanie zagrożeń chorobą nowotworową?

Już dziś wiadomo, że 30 % nowotworów ma swoje podłoże genetyczne. Jeżeli do tego dołożymy wpływy środowiskowe – to łatwiej zrozumieć, dlaczego zachorowalność na nowotwory złośliwe wzrasta.

Tzw. jednogenowa predyspozycja do nowotworów dotyczy mutacji konstytucyjnych tj. *zmian dziedzicznych zachodzących w genie obecnych we wszystkich komórkach organizmu*. Mutacja ta występuje w pojedynczym genie, dziedziczenie jest autosomalne [*cecha dziedziczona jest sprzężona z chromosomem innym niż chromosomu płci*] - dominujące. W takich mutacjach stwierdza się występowanie zachorowań w każdym pokoleniu, zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, i u blisko 50 % krewnych.

Tzw. wielogenowa predyspozycja do nowotworów może być związana z wysokim lub umiarkowanie zwiększonym ryzykiem zachorowania. Uszkodzenia DNA umiarkowanie zmieniające ryzyko zachorowania odpowiadają głównie za mało nasilone rodzinne agregacje [*połączenia*] zachorowań. Jednak współdziałania „słabych” mutacji i polimorfizmów w wielu genach oraz dodatkowo wpływ czynników środowiskowych może znacząco zwiększyć ryzyko nowotworów złośliwych różnych narządów.

W Międzynarodowym Centrum Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie ustalono, że jakiegokolwiek mutacje występują w 90 % raków piersi, 89% raków jelita grubego, 72% czerniaków złośliwych, 36% raków jajnika oraz w 27,5% raków prostaty.

Z praktycznego i ekonomicznego punktu widzenia ważne jest by w określonej populacji ludności wykryć wszystkich nosicieli mutacji BRCA1, albowiem niebezpieczeństwo zachorowania na raka piersi wśród nosicieli tej mutacji sięga 50-80%, a na raka jajnika – 40%. Przyjmuje się, że w Polsce jest ok. 100.000 nosicieli mutacji i tyleż samo mężczyzn - a zatem w Łomży i okolicach ok. **300** pań jest dotkniętych tą zmianą genetyczną. Zdiagnozowanie powyższego ryzyka raka umożliwi wdrożenie programu profilaktycznego umożliwiającego zapobieżenie nowotworowi, a tam gdzie się to nie udaje – pozwała na wykrycie raka we wczesnym stadium.

Dodatkowo – zdiagnozowanie nosicielstwa odpowiednich mutacji pozwala na dobór najefektywniejszego, zindywidualizowanego sposobu leczenia.

Kiedy podejrzewamy, że wykryty nowotwór piersi lub/i jajnika jest wynikiem mutacji BRCA1?

Wtedy gdy ustalimy:

- 3-krotne wystąpienie raka piersi lub jajnika w rodzinie
- 2-krotne wystąpienie raka piersi i 1-krotne raka jajnika wśród krewnych I stopnia
- 1-krotne wystąpienie raka piersi i 1-krotne raka jajnika wśród krewnych I stopnia
- wystąpienie raka piersi poniżej 40 r. życia
- wystąpienie obustronnego raka piersi
- wystąpienie tzw. raka rdzeniastego lub atypowego rdzeniastego raka piersi
- wystąpienie raka piersi i raka jajnika u tej samej osoby
- wystąpienie raka piersi u mężczyzny.

Nowotwory piersi i jajnika zależne od mutacji BRCA1 występują wcześniej, średnio o 10 lat niż pozostałe nowotwory piersi i jajnika, cechuje je szybszy wzrost, wyższy stopień złośliwości i zaawansowania klinicznego w momencie wykrycia, są zwykle bez wykrywalnej obecności receptorów estrogenowych, wywiad rodzinny w większości przypadków stwierdza obciążenie tą chorobą. Trzeba jednak pamiętać, że ze względu na dziedziczenie na linię ojcowską i niepełną penetrację [*częstość pojawiania się cechy warunkowanej przez dany*

gen] – przypadki z negatywnym wywiadem rodzinnym stanowią ok. 45%.

Istniejące dane wskazują, że u nosicieli mutacji BRCA1 należy stosować odrębne zasady leczenia raków piersi:

- wskazanie do radykalnej mastektomii, a nie lupektomii [*ostrej niewydolności wątroby*] z następową radioterapią
- wskazania do stosowania tamoxifenu mimo tego, że są na ogół ER-ujemne, ze względu na około 50% zmniejszenie ryzyka raka drugiej piersi
- wskazanie do adnexectomii [*usunięcia jajnika*],
- w przypadkach raka leczonego chemioterapią wykazano znacznie lepsze efekty stosując schematy pozbawione taxanów. Duże nadzieje wiąże się z zastosowaniem cisplatyny w leczeniu raka piersi [*taxan, cisplatyna – leki stosowane w chemioterapii*].

U zdrowych nosicieli mutacji BRCA1 należy stosować specjalne zasady profilaktyki:

- przeciwwskazana jest doustna antykoncepcja do 25r.życia,
- stosuje się prewencyjną [*zapobiegawczą*] kurację tamoxifenem – zmniejszenie ryzyka zachorowania o 50%,
- profilaktyczna adnexektomia [*usunięcie jajnika*] po 35 r. życia – zmniejsza ryzyko zachorowania ośmiokrotnie i raka piersi – dwukrotnie,
- profilaktyczna mastektomia – celem jest ograniczenie prawdopodobieństwa rozwoju raka piersi poprzez usunięcie newralgicznej - ważnej dla funkcjonowania organizmu tkanki [*obecnie najczęściej wykonywane są podskórne mastektomie z następującą natychmiast rekonstrukcją piersi*],
- badania kontrolne:
 - samokontrola piersi – od 20 r. życia,
 - palpacyjne badanie lekarskie – od 20-25r.ż – co 6 miesięcy,
 - usg piersi – od 25 r.ż. co 12 miesięcy,
 - MRI piersi – od 25 r.ż. co 12 miesięcy,
 - mammografia – od 35r.ż. co 12 miesięcy,
 - usg dopochwowe – od 35r.ż. co 12 miesięcy,
 - badanie krwi w kierunku markera CA 125 od 30-35 r.ż. co 12 miesięcy

U nosicieli innych mutacji niż BRCA1, również powodujących zwiększone ryzyko wystąpienia raka piersi, badania kontrolne i monitorujące rozpoczynają się zwykle 5-10 lat później.

PODSUMOWUJĄC:

Corocznie w Polsce zachoruje na raka piersi i jajnika kilkanaście tysięcy kobiet. Osiągnięte postępy w genetyce klinicznej nowotworów pozwalają zapobiec znacznemu odsetkowi zachorowań. Ponadto – nowotwory o znanym podłożu genetycznym można skuteczniej wykrywać i leczyć dzięki zastosowaniu specjalistycznego, odmiennego od standardowego, systemu badań kontrolnych i postępowania terapeutycznego.

Zebrał i opracował na podstawie monografii pod redakcją prof. Jana Lubińskiego.

„Genetyka kliniczna nowotworów 2008”:

Krzysztof Dach

Zakład Patomorfologii i Profilaktyki Onkologicznej w Łomży



Stowarzyszenie Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży

XIII Czerwcowe Dni Walki z Rakiem 2010 r.

- 7 czerwca poniedziałek godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń Stowarzyszenia, przyjaciół i wszystkich osób zainteresowanych - Szpital Wojewódzki w Łomży, ul. Piłsudskiego 11, II piętro, sala konferencyjna
- 8 czerwca wtorek – KONCERT FINAŁOWY - sala widowiskowa Filharmonii Kameralnej im. W. Lutosławskiego ul. Nowa 2:
 - godz. 18.00 – wystawy w foyer : „Kosmetyki dla Amazonek i nie tylko...”, „Amazonki – artystki” i inne
 - godz. 18.30 – przywitanie przybyłych gości
 - godz. 18.45 – występ „człowieka – orkiestry”
 - godz. 19.00 – występ Rewii Dziecięcej „Sylaba” z Wyszkowa.
- Koniec czerwca – pielgrzymka członkiń Stowarzyszenia i ich rodzin do Sanktuarium Maryjnego w Świętej Lipce.

II edycja konkursu literackiego „Pokonać los”

Pierwsza edycja, której pomysłodawczynią była Anna Dąbrowska odbyła się w roku 2000.

Zapraszamy wszystkie osoby, które zetknęły się z chorobą nowotworową o zapisanie i przekazanie innym swoich przeżyć, przemyśleń – słowem o przedstawienie na forum publicznym, jak wyglądała ich walka z chorobą. W konkursie mogą wziąć udział osoby, które same chorowały na raka, członkowie ich rodzin, przyjaciele i inne osoby, których choroba dotknęła – w różny sposób.

Prace można składać w siedzibie Stowarzyszenia Al. Piłsudskiego 11a p. 410 w godz. 10.00-13.00 – w wersji pisemnej i elektronicznej; można również przelać pocztą lub elektronicznie na adres: amazonki.lomza@gmail.com.

Na prace czekamy do połowy września, a wyniki będą ogłoszone podczas akcji: „Październik Miesiącem Szansy – Zdążyć przed rakiem”.

Strzeżonego Pan Bóg strzeże

Już w chwili urodzenia człowiek walczy o przetrwanie. Małeńki człowieczek z bezpiecznego wnętrza wydołuje się wraz z wodami płodowymi na świat i zaczyna płynąć na falach życia. Uczy się walczyć z zawirowaniami i utrzymuje się na powierzchni dzięki troskliwej opiece matki.

Po wejściu w dorosłość każdy sam jest odpowiedzialny za swe życie. Z upływem lat jest coraz trudniej ze względu na zagrożenie zdrowia, lecz doświadczenie, cierpliwość i medycyna pomagają trwać, dbać o siły żywotne.

Rozsądny żeglarz wie o niebezpieczeństwach życia i nie wybierze się w rejs bez kamizelki ratunkowej. Tak samo każdy człowiek, płynąc na fali życia nie może przewidzieć, jakie czekają go zagrożenia i powinien się zabezpieczać przed nieszczęściem, jakim jest utrata zdrowia. Taką kamizelką ratunkową są badania profilaktyczne.

Niektóre kobiety z niezrozumiałych powodów nie chcą poddawać się nawet najprostszym badaniom – jak samobadanie piersi i cytologia – wierząc, że są zdrowe.

Sama jestem przykładem lekceważenia badań profilaktycznych. Będąc w sanatorium miałam możliwość zrobienia mammografii, lecz stwierdziłam, że jestem zdrowa, ponieważ w mojej rodzinie nie było zachorowań na raka. Na szczęście pamiętałam o systematycznym samobadaniu piersi i po kilku miesiącach sama wykryłam guzek, a operacja wykazała już przerzuty do węzłów chłonnych.

Spotyka się jeszcze kobiety, które nierozsądnie unikają badań, bojąc się usłyszeć przykrą diagnozę. Chcą jak najdłużej żyć w spokojnej nieświadomości. W końcu jednak przychodzi moment ujawnienia się choroby, niestety, często zbyt późno. Pozostaje żal do siebie, że można było poddać się wcześniej cytologii, usg, mammografii, rentgenowi płuc czy kolonoskopii.

Wiem z doświadczenia, że nie jest łatwo dostać się do lekarza specjalisty, otrzymać skierowanie. Kobiety mają duże zasoby sił i energii, by dbać

o rodzinę, czas więc – mimo trudności – zadbać o siebie, o własne zdrowie, gdyż właśnie najbliższym jesteśmy potrzebne zdrowe i zadowolone.

Choroba nowotworowa raptownie zakłóca rytm życia. Lekarska diagnoza, oznajmiająca, że mamy raka, jest jak grom z pogodnego nieba. W ataku paniki zaczynamy tonąć, zagłębiając się w czarną otchłań. Oszołomienie i brak sił nie pozwalają odbić się od dna, walczyć o życie, mamy wrażenie, że to już koniec.

Tak, jak tonącemu na rzece, potrzebne jest nam koło ratunkowe. Jeśli pomoc przychodzi szybko, jest duża szansa, że będziemy uratowane. Tym kołem ratunkowym jest kontakt z lekarzem onkologiem, który skieruje nas na potrzebne badania, następnie na operację, radioterapię czy chemioterapię. Kola ratunkowe dla zagrożonych nowotworem istnieją, trzeba tylko je uchwycić i dać się ponieść – zgodnie z poleceniem lekarza specjalisty, a nie przygodnego uzdrowiciela, jakich wielu czaruje nas swymi cudownymi uzdrowieniami.

Przetrwanie okresu leczenia choroby nowotworowej – mimo zaufania do medycyny – najczęściej przerasta nasze siły, omdlewa ciało i dusza. I tak samo jak na głębinie, cudownym wsparciem jest wyciągnięta ręka, silne ramię podtrzymujące nas na powierzchni życia. Ratunkiem w tym wielkim cierpieniu i zagubieniu jest pomoc najbliższych: rodziców, męża, dzieci, przyjaciół. My, chorzy, jesteśmy silniejsi wiedząc, że ktoś nas kocha, troszczy się o nas i wspólnie z nami przeżywa chorobę. To właśnie tworzy tak nam potrzebne duchowe poczucie bezpieczeństwa w klimacie miłości i przyjaźni.

Przeszłam długą drogę leczenia i nie zaniedbuję częstych kontroli lekarskich, bo nigdy nie jestem pewna diagnozy. Wiem, że nie należy czekać na cud, lecz dbać systematycznie o stan zdrowia. Choroba nowotworowa nie jest wyrokiem, ale czy nie lepiej zadbać o profilaktykę, aby lżej przechodzić leczenie i nie narażać życia, gdy jest zbyt późno?

Irena



Hormonoterapia w raku piersi

Hormonoterapia jest jedną z metod leczenia raka piersi zarówno u pacjentek przed, jak i po menopauzie. Warunkiem włączenia takiego leczenia jest obecność receptorów hormonalnych na powierzchni komórek nowotworowych, co stwierdzone jest na podstawie badania wycinka guza. Jest to leczenie mniej toksyczne, a także zmniejsza prawdopodobieństwo nawrotów choroby.

Dlaczego leczenie hormonalne w raku piersi?

Od dawna wiadomo, że **estrogeny** czyli żeńskie hormony płciowe poważnie powodują szybszy wzrost komórek raka piersi. Rak piersi najczęściej występuje po menopauzie czyli w okresie, kiedy dochodzi do fizjologicznego zaprzestania produkcji hormonów przez jajniki. Okazuje się jednak, że estrogeny mogą wytwarzać się także w innych tkankach organizmu – szczególnie w tkance tłuszczowej. Dlatego też nawet po okresie przekwitania, estrogeny są nadal obecne w organizmie kobiety i jeśli zachoruje ona na raka piersi to mogą one stymulować jego dalszy rozwój. Leczenie hormonalne jest oparte na lekach, które **blokują funkcję estrogenów** i w ten sposób zapobiegają jednocześnie dalszemu rozwojowi nowotworu lub jego nawrotom po leczeniu.

U kogo hormonoterapia?

Nie u wszystkich kobiet takie leki mają jednak zastosowanie. Kiedy patolog bada tkankę guza usuniętego w czasie operacji, poddaje ją także badaniom mającym na celu sprawdzenie, czy na powierzchni komórek rakowych znajdują się tzw. receptory hormonalne. Receptory stanowią rodzaj zamka, do którego pasuje odpowiedni klucz. Kluczem w tym przypadku są estrogeny, które łączą się z zamkiem czyli receptorem i to właśnie powoduje zapoczątkowanie dalszych przemian w komórce rakowej, min. stymulując ją do dalszych podziałów, a co za tym idzie, do dalszego wzrostu i rozwoju guza. **Okazuje się, że u 83% kobiet po menopauzie, które zachorowały na raka piersi, na powierzchni jego komórek występują receptory hormonalne, czyli są one potencjalnymi kandydatkami do leczenia hormonalnego.** U kobiet przed menopauzą, ten odsetek jest mniejszy, ale wciąż jednak znaczący – 72%. Jeśli na powierzchni komórek nie ma receptorów tzn. że estrogeny nie mają jak dostać się do komórek. Wydawałoby się zatem, że leczenie hormonalne nie ma w takich przypadkach sensu, natomiast naukowcy odkryli, że u niektórych pacjentek takie leczenie jednak przynosi korzyści, dlatego też, leczenie hormonalne włącza się u większości pacjentek z rakiem piersi.

Rodzaje hormonoterapii

Hormonoterapia raka piersi może opierać się na podawaniu leków, które mają na celu zablokowanie działania estrogenów lub też – głównie w przypadku kobiet młodszych przed menopauzą – zablokowanie czynności jajników (tzw. ablacja) tak aby nie wytwarzały estrogenów lub ich usunięcie chirurgiczne.

Tamoksyfen

Jak działa?

Najczęściej stosowanym lekiem, **blokującym działanie estrogenów** jest tamoksyfen. Naukowcy stwierdzili, że zastosowanie tego leku może obniżyć ryzyko nawrotu raka lub zapobiec jego rozwojowi w drugiej piersi. Tamoksyfen działa poprzez przyłączenie się do receptora dla estrogenów na powierzchni komórek rakowych i zablokowanie go, przez co estrogeny nie mają gdzie się przyłączyć. To tak jakbyśmy włożyli do zamka klucz, który pasuje kształtem, ale nie powoduje otwarcia drzwi i jednocześnie uniemożliwia włożenie odpowiedniego klucza. Dzięki temu wzrost i podział komórek raka ulega zablokowaniu.

U kogo?

Tamoksyfen stosuje się zarówno u kobiet przed menopauzą jak i po menopauzie.

Skutki uboczne

występują stosunkowo rzadko i tylko u ok. 2-4% leczonych kobiet konieczne

jest zaprzestanie podawania leków z powodu wystąpienia działań niepożądanych.

Zwykle pacjentki mogą obserwować objawy takie jak:

- Uderzenia gorąca
- Świąd pochwy
- Krwawienia z dróg rodnych lub zaburzenia miesiączkowania
- Nudności
- Zmęczenie
- Zatrzymanie wody w organizmie
- Wysypka

Ważne! Tamoksyfen może powodować przerost i rozrost śluzówki w jamie macicy, a także niewielki wzrost ryzyka zachorowania na raka macicy. Dlatego podczas stosowania tego leku konieczna jest regularna kontrola ginekologiczna. Do ginekologa zawsze należy się udać także w przypadku wystąpienia nieprzewidzianego krwawienia z dróg rodnych.

Inhibitory aromatazy

Jak działają?

Blokują one produkcję estrogenów – w związku z tym powodują **obniżenie poziomu hormonu w organizmie** – oznacza to, że jest mniej „kluczy” do otwarcia „zamek” na powierzchni komórek nowotworowych. Należy też podkreślić, że leki te nie powodują zmniejszenia produkcji estrogenów w jajnikach, tylko w innych miejscach (jak wspomniana wyżej tkanka tłuszczowa). Dlatego też nie działają u kobiet przed menopauzą, u których prawidłowo funkcjonują jajniki.

Kiedy stosuje się te leki?

Inhibitory aromatazy stosuje się w następujących przypadkach:

- świeżo rozpoznany raka piersi we wczesnym stadium (tzn. ograniczonym do piersi, bez przerzutów do węzłów chłonnych w pasze)
- raka piersi z przerzutami (np. do płuc, wątroby)
- nawrotu raka piersi, który pojawia się w okresie leczenia tamoksyfenem

Możliwe skutki uboczne:

- uderzenie gorąca
- bóle mięśniowe
- nudności o niewielkim nasileniu
- biegunka lub zaparcia
- osłabienie, zmęczenie
- ścieńczenie kości

Długość leczenia jest określana indywidualnie przez onkologa, który włącza terapię.

Agoniści LHRH

Jak działają?

W przeciwieństwie do inhibitorów aromatazy, leki te wpływają na obniżenie produkcji estrogenów w jajnikach, poprzez zahamowanie sygnału z mózgu pobudzającego jajniki do ich produkcji.

U kogo?

Kobiety z rakiem piersi przed okresem menopauzy.

Nowe leki – nowa nadzieja?

Nadal prowadzone są badania nad innymi lekami, bardziej skutecznymi, a jednocześnie cechującymi się jak najmniejszą częstością występowania i liczbą działań niepożądanych. Aktualnie trwają prace nad tzw. inhibitorami sulfatazy steroidowej. Leki te działają podobnie do inhibitorów aromatazy, ale wydaje się, że silniej i na dłużej mogą blokować wpływ estrogenów na komórki raka piersi. Co wyniknie z badań – dowiemy się na pewno w najbliższym czasie.

Lekarz Agnieszka Barchnicka



Spotkanie Wielkanocne 12 kwietnia 2010 r.





Rak nie lubi noża – prawda czy mit

Ponad połowa pacjentów ze świeżo rozpoznaną chorobą nowotworową wymaga leczenia chirurgicznego. „Rak nie lubi noża” – to twierdzenie krążące w środowisku osób, które zetknęły się z problemami nowotworowymi. W artykule spróbujemy odpowiedzieć na pytanie, ile w nim prawdy...

Trochę historii

Początki chirurgii onkologicznej sięgają czasów starożytnego Egiptu. Pierwsze doniesienia pochodzą z ok. 1600 roku przed naszą erą i dotyczą chirurgicznego usuwania guzów nowotworowych. Pierwsze poważne operacje dotyczące guzów zlokalizowanych w jamie brzusznej datuje się na XVII wiek. Dopiero XX wiek przyniósł prawdziwy rozkwit technik chirurgicznych, jeżeli chodzi o leczenie nowotworów. Operacja operacji nierówna! Rodzaje operacji onkologicznych przedstawiają się następująco:

Operacje profilaktyczne

Mają one na celu usunięcie zmian, które nie posiadają cech nowotworu złośliwego, natomiast pozostawione bez leczenia mogłyby ulec takiej przemianie. Powszechnie jest profilaktyczne usuwanie znamion, szczególnie jeśli w rodzinie pojawiały się przypadki czerniaka. W niektórych przypadkach dziedzicznie udowodnionej skłonności do powstawania nowotworów – np. w przypadku posiadania wadliwego genu, który odpowiedzialny jest za rozwój dziedzicznego raka piersi i jajnika – usuwa się piersi, w których nie ma żadnych zmian (tzw. profilaktyczna mastektomia). Podobnie rzecz ma się z usunięciem jajników – u kobiet, które osiągnęły wiek menopauzalny bądź nie zamierzają mieć więcej dzieci. Dzięki temu ryzyko rozwoju tych nowotworów spada z kilkudziesięciu do niemalże 0%.

Operacje diagnostyczne

Wykonywane są w celu ustalenia rozpoznania bądź dokonania oceny stopnia zaawansowania nowotworu. Przykładowo, w przypadku podejrzenia raka piersi, biopsja cienkoigłowa czy nawet pobranie wycinka za pomocą urządzenia zwanego mammotomem nie zawsze są w stanie jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy mamy do czynienia z nowotworem czy zmianą łagodną. Guzek wycina się, a następnie poddaje ocenie histopatologicznej zarówno w postaci tzw. badania doraźnego (czyli kiedy chirurg po usunięciu zmiany wysyła ją natychmiast do patologa, który jeszcze przed zakończeniem zabiegu jest w stanie orzec, czy jest to rak, czy nie), jak i badania w tzw. trybie zwykłym – wówczas wynik odbiera się dopiero po określonym czasie (zwykle 14 dni) po opuszczeniu szpitala.

Operacje radykalne

Polegają na usunięciu całego narządu wraz z guzem, a często także regionalnego układu chłonnego. Podstawą tego zabiegu jest brak obecności ognisk nowotworowych w linii cięcia chirurgicznego. Zabieg radykalny daje duże szanse na wyleczenie, a często zdarza się, że pacjent nie wymaga dalszego leczenia po operacji.

Operacje paliatywne

Zabieg paliatywny wykonuje się, kiedy nowotwór znajduje się w takim stopniu zaawansowania, że wyleczenie jest bardzo trudne lub niemożliwe. Ma on na celu głównie przedłużenie oraz poprawę jakości życia chorego.

Operacje rekonstrukcyjne

Pozwalają na przywrócenie stanu fizycznego sprzed zabiegu operacyjnego. Najczęściej wykonuje się obecnie operacje odtwórcze gruczołu piersi.

Zagrożenia podczas operacji

Wiadomo, że każda operacja, podobnie jak każda medyczna procedura, czy nawet za życia leku wiążą się z możliwością pewnych powikłań. Rodzajów operacji u chorych na nowotwory jest bardzo wiele. Możliwość powikłań uzależniona jest nie tylko od zakresu operacji oraz znieczulenia podczas zabiegu, lecz także zależy indywidualnie od pacjenta – jego ogólnego stanu zdrowia, chorób przewlekłych, przede wszystkim także typu raka i stopnia jego zaawansowania.

Powikłania mogą zdarzyć się podczas operacji, ale także w okresie pooperacyjnym.

Do najczęstszych należą zakażenia – szczególnie okolic rany pooperacyjnej, jak również uogólnione. U cierpiących na choroby serca istnieje wyższe ryzyko powikłań kardiologicznych, pod postacią zawału lub niewydolności serca. Szczególnie dotyczy to osób w starszym i podeszłym wieku.

Czy rak nie lubi noża?

Powszechnie przyjęło się, że w każdym powiedzeniu jest ziarno prawdy. Niestety, często bywa tak, że pacjent z rozpoznaniem nowotworem, którego lekarz kieruje na zabieg chirurgiczny, usłyszawszy coś takiego, podejrzewa, że operacja może wpłynąć niekorzystnie i w efekcie tych komplikacji wcale nie doprowadzić do wyleczenia. Nic bardziej błędnego! Tak jak było wspomniane na początku, leczenie operacyjne jest konieczne u niemal dwóch trzecich pacjentów z nowotworami i w wielu przypadkach samo usunięcie guza nowotworowego może doprowadzić do wyleczenia.

Czasami słyszy się jednak o sytuacji, kiedy ktoś „pozornie zdrowy” ze świeżo rozpoznaniem nowotworem – tzn. bez ewidentnych objawów raka, po operacji nagle słabnie lub nawet w krótkim czasie umiera. Jest to spowodowane nie tyle faktem przebycia operacji, co niestety działalnością samego nowotworu, który konsekwentnie niszczy organizm chorego. W wielu przypadkach nowotwór jest na tyle zaawansowany, że nie da się go doszczętnie usunąć – tj. guz jest zbyt duży, nacieka ważne dla życia narządy, uniemożliwiając jego wycięcie bez ich uszkodzenia, lub doszło do powstania przerzutów, czyli wielu ognisk rozsianych po organizmie. W takiej sytuacji nawet po wycięciu części raka guz błyskawicznie odrasta i czasami nic już nie jest w stanie go powstrzymać.

Rak boi się noża!

Na szczęście wielu chorym na nowotwory chirurgia jest w stanie zaferować wyleczenie. Dlatego też powiedzenie „rak nie lubi noża” powinno się interpretować w taki sposób: rak nie lubi noża dlatego, że to właśnie skalpel chirurga może na dobre położyć kres jego niszczycielskiej działalności.

Lekarz Agnieszka Barchnicka



Nasze przepisy [wypróbowane!]

General

Skład:

Ciasto: 1 kostka margaryny, 1 jajko, 3 szklanki mąki, 1 szklanka cukru, 1 cukier waniliowy, 1 czubata łyżka proszku do pieczenia

Krem: 2 szklanki kwaśnej śmietany, 1 szklanka cukru pudru, 1 szklanka wiórków kokosowych, 1 czubata łyżka kakao.

Sposób wykonania: Ciasto zagnieść z podanych składników. Podzielić na 3 części. Każdą rozwałkować na placek grubości 1 cm i upiec na złoty kolor. Śmietanę zmiksować z cukrem pudrem [uważając, aby nie „przekręcić na masło”]. Dodać kakao, wiórki kokosowe i dokładnie utrzeć mikserem. Przełożyć placki masą. Odstawić na dobę w chłodne miejsce, po czym dowolnie udekorować.

Elżbieta Rafałowska

Ciasteczka z twarogu

Skład:

25 dag twarogu, 25 dag mąki tortowej, 25 dag masła, 1 jajko, 1 łyżeczka proszku do pieczenia, 1 cukier waniliowy.

Sposób wykonania:

Twaróg zemleć. Dodać resztę składników i wyrobić na jednolitą masę. Włożyć na 2 godziny do lodówki, aby ciasto „odpoczęło”.

Następnie rozwałkować na grubość 3 – 4 mm. Wykrajać szklanką kółeczka. Na środek położyć trochę marmolady owocowej i widelcem skleić jak pierogi. Ułożyć na wysmarowanej tłuszczem blasze. Piec 15 – 20 minut w temperaturze 180 stopni. Po upieczeniu posypać cukrem pudrem.

Teresa Chludzińska

Salatka z ryby

Skład:

Ok. 1,30 kg fileta z ryby [biała, bez skóry], 1 słoik korniszonów, 1 słoik papryki marynowanej, 2 duże cebule.

Zalewa: 0,5 litra wody, 1 szklanka oliwy, 6 łyżek ketchupu, 1 słoik koncentratu pomidorowego, 10 łyżek octu, 10 łyżek cukru, 1 łyżeczka soli.

Sposób wykonania:

Zalewę zagotować i podgotować przez 5 minut. Ryby obtoczyć w mące i jajku, obsmażyć. Układać rybę, dodać pokrojone i wymieszane warzywa. Zalać gorącą zalewą. Pozostawić ok. 12 godzin. Można podawać.

Tosia Samborska

Wykład...

Nagranie z ostatnim wykładem umierającego na raka amerykańskiego profesora stało się hitem internetu.

To miał być zwykły, pożegnalny wykład nieznanego szerzej profesora kończącego pracę na prestiżowym amerykańskim uniwersytecie Carnegie Mellon w Pittsburghu. I pewnie przemówienie śmiertelnie chorego na raka naukowca zapamiętałaby jedynie grupka najwierniejszych studentów, gdyby nie to, że zostało ono umieszczone w internecie. Ostatni wykład pod tytułem „Jak spełniłem swoje marzenia z dzieciństwa” błyskawicznie stał się jednym z najchętniej oglądanych nagrań w serwisie YouTube.

Bo wykład, który uczynił ze skromnego specjalisty od programów komputerowych osobę znaną i podziwianą, nie był jednak całkiem zwykły.

- Okoliczności naszego spotkania są dość niezwykłe. Od półtora roku walczę z rakiem trzustki, ale popatrzcie: tu są najnowsze zdjęcia USG, na których widać kilkanaście guzków atakujących moją wątrobę - zaczął swój wykład 47-letni Randy Pausch, uśmiechając się do zdumionej publiczności.

A potem dodał, że przeprosza wszystkich, którzy uważają, że powinien być bardziej przygnębiony i... dziarsko wykonał kilkanaście pompek.

- Ci, którzy nadal mi współczują, niech wskoczą na scenę i pokażą, czy potrafią mnie przebić” - oświadczył i zebrał lawinę oklasków.

Przez kolejne 74 minuty Randy Pausch tłumaczył zasluchanym studentom, jak należy żyć.

- Okazuj ludziom wdzięczność za to, co dla ciebie zrobili. Kiedy coś schrzanisz, przeproś. Nigdy nie narzekaj, po prostu pracuj jeszcze ciężiej. A przede wszystkim nie rezygnuj z dziecięcych marzeń - mówił profesor, okraszając wykład licznymi dygresjami, wspomnieniami z młodości i dowcipami.

Zachwycona publiczność wielokrotnie przerywała mu wybuchami śmiechu i owacjami.

- Umieram, ale nadal dobrze się bawię i zamierzam cieszyć się życiem do końca dni, jakie mi jeszcze pozostały - oświadczył Pausch na zakończenie, a sala wręcz eksplodowała oklaskami.

Na nagraniu zamieszczonym na YouTube widać, że wielu studentów ocierało w tym momencie łzy. I tak ruszyła lawina. Zainteresowanie sprawą było tak ogromne, że wydawcy zażarcie walczyli o prawo do publikacji książki o życiu profesora Pauscha. Wygrała należąca do Disneya oficyna Hyperion, a premiera „Ostatniego wykładu” została zaplanowana na 8 kwietnia. Książka błyskawicznie stała się bestsellerem; jej nakład osiągnął w kilka tygodni 2,5 miliona egz. Naukowiec zrezygnował już z agresywnej chemioterapii, która miała przedłużyć mu życie.

- Jestem zaskoczony przyjęciem, jakie spotkało mój ostatni wykład. Tak naprawdę przygotowałem go z myślą o trójce moich dzieci, które wkrótce zostaną sierotami. Ale cieszę się, że również inni ludzie znaleźli w nim coś cennego dla siebie - napisał.

Wykład Randy Pascha można obejrzeć na You Toubie wchodząc ze strony www.LastLecture.com



GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Przychodnia Onkologiczna

Łomża, Szpital Wojewódzki,
al. Piłsudskiego 11, I piętro,
tel. (086) 47-33-375, 4733-392, 47-33-344,
47-33-383

czynna codziennie od 8.00 do 15.00.
Rejestracja 7.30–15.00, tel. 4733-375
we wtorki od 8.00 do 18.00

Oddział Onkologii i Chemioterapii

– V piętro

Łomża, Szpital Wojewódzki,
al. Piłsudskiego 11, V piętro,
tel. (0-86) 47-33-345, 47-33-347,
47-33-377.

- ultrasonograficzne badanie gruczołów piersiowych (pracownia USG)
Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskiego 11, I piętro, tel. (086) 47-33-386 – czynna codziennie.

- biopsja cienkoigłowa (Zakład Patomorfologii)
Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskiego 11, tel. (086) 47-33-253 – czynny codziennie; wymaga skierowania, dla pacjentów onkologicznych – I piętro – środa, piątek;
- mammografia – wykonana ze skierowaniem od onkologa – Szpital Wojewódzki – Łomża, al. Piłsudskiego 11, I piętro, tel. rejestracja (086) 4733-598, tel. mammografia (086) 4733-540 – codziennie.
– w soboty bez skierowania dla grupy wiekowej 50-69 lat.

Rehabilitacja

dla członkiń Stowarzyszenia

w każdy czwartek w godz. 17.00–19.00 w Dziale Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego w Łomży (II piętro).

Przychodnia

Rehabilitacji Leczniczej

Szpital Wojewódzki
Łomża, al. Piłsudskiego 11,
II piętro – codziennie od 7.00 do 17.00,
ze skierowaniem od lekarza;
rejestracja tel. (086) 4733-584 do godz.
10.00

lekarze – od 10.00 do 15.00,
tel. 4733-584.

we wtorki do godz. 18.00

Regionalny Ośrodek Onkologii w Białymstoku

ul. Ogrodowa 12, tel. (0-85) 66 46 711

Centrum Onkologii w Warszawie

ul. Roentgena 5, tel. (0-22) 54 62 000

Biuro Stowarzyszenia

czynne w godzinach:
10.00–13.00 – od poniedziałku do piątku
tel. 086 47-33-263

KALENDARIUM

Czerwiec

7 - godz. 17.00 - spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzyszenia - Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, II piętro - sala konferencyjna

8 - Czerwcowe Dni Walki z Rakiem - koncert finałowy, sala widowiskowa Filharmonii Kameralnej w Łomży, ul. Nowa 2:
17.00 - otwarcie wystawy w foyer

18.30 - powitanie gości

18.45 - występ zespołu wokalnego z Miejskiego Domu Kultury DŚT ul. Woj. Polskiego

19.00 - występ Rewii Dziecięcej „Sylaba” z Wyszkowa

koniec czerwca - pielgrzymka członkiń stowarzyszenia do Sanktuarium w św. Lipce

Lipiec i Sierpień

przerwa wakacyjna

Wrzesień

6 - godz. 17.00 - spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzyszenia - Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, II piętro - sala konferencyjna

Szanowni Państwo!

Serdecznie dziękujemy za dotychczasowe finansowe wsparcie działalności naszego Stowarzyszenia. Mamy nadzieję, że nie zawiodłyśmy Państwa zaufania. Nadal będziemy realizować nasze cele statutowe, przede wszystkim udzielać wszechstronnej pomocy kobietom chorym na raka i kontynuować programy profilaktyki zdrowotnej.

Mamy nadzieję, że zdecydujecie się Państwo przekazać Stowarzyszeniu Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży, 1% swojego podatku dochodowego za rok 2008.

Jest to możliwe, ponieważ nasza organizacja w roku 2004 postanowieniem Sądu Rejonowego w Białymstoku otrzymała status organizacji pożytku publicznego nr KRS 0000082371.

Przekazany przez Państwa 1% podatku wykorzystamy na pomoc chorym dotkniętym nowotworem.

Rozliczenia 1% podatku dochodowego możecie Państwo dokonać na formularzu:

- PIT 36 w części P w pozycji 312, 313, 314
- PIT 36 L w części O w pozycji 108, 109, 110
- PIT 37 w części I w pozycji 124, 125, 126
- PIT 28 w części O w pozycji 136, 137, 138

Należy podać nazwę organizacji:

Stowarzyszenie Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży oraz nr KRS 0000082371.

Urząd skarbowy sam dokona przelewu kwoty na konto organizacji.

Z wyrazami szacunku
Zarząd Stowarzyszenia

— Kalendarium —