

# RAZEM

## Wywiad z ekspertem

– 14 pytań do dr. Sławomira Mazura  
z Centrum Onkologii  
– Instytut w Warszawie

razem  
w trosce  
o pacjenta



Badanie węzła  
wartowniczego  
metodą na wykrywanie  
przerzutów raka piersi

Czy seksualność  
w chorobie  
nowotworowej  
jest możliwa?

Jak sobie radzić z bólem  
onkologicznym







## DROGIE CZYTELNICZKI, DROGIE AMAZONKI,

właśnie trzymacie w rękach kolejny numer gazety „**RAZEM w trosce o pacjenta**”. Choć zaawansowany rak piersi jest wciąż dla nas tematem bardzo ważnym, postanowiłyśmy w tym numerze odejść nieco od tego trudnego zagadnienia. Oczywiście nie będziemy go pomijać. W naszych rozmowach, na naszych spotkaniach wciąż będziemy wracać do tematu, że nawrót choroby może nastąpić w każdej chwili, jeżeli nie u nas samych, to u naszych Koleżanek. Musimy być tego świadome, przygotować się do tego momentu, aby jak najlepiej móc pomagać. W tym numerze gazety poruszymy także tematy ważne dla kobiet, które dopiero zaczynają zmagać się z chorobą, jaką jest rak piersi.

Wspólnie z ekspertami medycznymi przygotowaliśmy artykuły dotyczące gojenia się ran pooperacyjnych i blizn – co zrobić, aby blizna jak najmniej szpeciła nasze ciało. Choroba to często ból – powiemy, czy rak piersi musi boleć i jakie są sposoby radzenia sobie z bólem nowotworowym. Powiemy również o możliwościach rekonstrukcji piersi po operacji onkologicznej oraz o tym, jak po leczeniu operacyjnym piersi dobierać bieliznę. Poruszymy także bardzo ważny, ale często pomijany temat seksualności w trakcie choroby i po niej – szczególnie u osób, które zmagają się z jej nawrotem.

W tym numerze gazety „**RAZEM w trosce o pacjenta**” przedstawimy Wam bliżej jeden z naszych oddziałów terenowych oraz powspominamy wydarzenia, w których nie tak dawno brałyśmy udział.

Mam nadzieję, że chętnie zapoznacie się z materiałem, który przygotowaliśmy i będzie on dla Was pożyteczny. Miłej lektury!

Dużo sił i zdrowia dla Was wszystkich!

*Ewa Grabiec-Raczak*

Prezes Stowarzyszenia „Amazonki” Warszawa-Centrum

## SPIS TREŚCI

WYWIAD Z EKSPERTEM – Rekonstrukcja piersi – 14 pytań do dr. Sławomira Mazura .....	4-5
WARTO WIEDZIEĆ – Rana po mastektomii łatwo się zagoi, a blizna nie musi szpeci – dr Tadeusz Witwicki .....	6
CZY WIESZ, ŻE... Nawrót choroby wcale nie musi boleć, czyli jak sobie radzić z bólem onkologicznym – dr Jerzy Jarosz .....	7-8
PSYCHOONKOLOGIA – Seksualność w chorobie nowotworowej – czy w ogóle jest możliwa? – dr Mariola Kosowicz .....	9-11
AMAZONKI POLECAJĄ – Warsztaty dla kobiet po nawrocie – dlaczego warto w nich uczestniczyć – Bożenna Kolenda, Marianna Reguła .....	11-12
WARTO WIEDZIEĆ – Badanie węzła wartowniczego – metoda wykrywania przerzutów raka piersi – dr Sławomir Mazur .....	12-13
URODA – Jaka bielizna po mastektomii – Hanna Adamczak .....	13-15
NASZE HISTORIE – Trzeba starać się żyć normalnie – historia Marianny Reguły .....	15-16
Z KRAJU I ZE ŚWIATA – Bogatyńskie Amazonki – charyzma i pomysłowość .....	16
Z ŻYCIA AMAZONEK – By Amazonka Była Amazing/ Problemy intymne kobiet po leczeniu raka piersi/ Zadbaj o siebie. Modna, piękna i zdrowa .....	17-18
Gdzie szukać pomocy – przydatne adresy, telefony i strony internetowe .....	19

# REKONSTRUKCJA PIERSI

## – MOŻLIWOŚĆ ODZYSKANIA KOBIECOŚCI I POWROTU DO NORMALNEGO ŻYCIA

*Mastektomia – z jednej strony operacja ratująca życie, z drugiej zabieg, który dla wielu kobiet oznacza utratę kobiecości. Na szczęście współczesna medycyna daje coraz więcej możliwości na powrót do normalnego życia, nawet po tak traumatycznym przeżyciu, jakim jest utrata piersi.*

*O możliwościach rekonstrukcji piersi po mastektomii rozmawiamy z dr. n. med. Sławomirem Mazurem z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie.*

**Panie Doktorze, jakie są metody rekonstrukcji piersi?**

**Dr n. med. Sławomir Mazur:**

Są dwie główne metody wykorzystywane przy zabiegach rekonstrukcji piersi. W pierwszej wykorzystywane są wszczepy – ekspandery i endoprotezy, w drugiej wykorzystywane są tkanki własne pacjentki, które są przeszczepiane z innego miejsca jej ciała.

**Na czym polegają poszczególne metody rekonstrukcji?**

**S.M.:** W pierwszym przypadku pod skórę i mięśnie piersiowe na klatce piersiowej wszczepia się specjalne urządzenie – tzw. ekspander, które ma za zadanie rozprężyć i rozciągnąć tkanki tak, aby przygotować miejsce dla docelowej protezy wewnętrznej. Zabieg wszczepiania ekspandera trwa kilkadziesiąt minut, pacjentka przebywa w szpitalu kilka dni, a potem pojawia się kilka lub kilkanaście razy w szpitalu, w pewnych odstępach czasowych, aby go uzupełniać solą fizjologiczną. Nie można wszczepić od razu dużego ekspandera. Proces rozciągania skóry i tkanek jest powolny i musi być zachowana równowaga, żeby nie doszło do zaburzeń w ukrwieniu, martwicy tkanek, wreszcie, żeby ten proces nie przysparzał pacjentce dodatkowych dolegliwości. Po uzyskaniu odpowiedniego rozciągnięcia tkanek w miejsce ekspandera wprowadzany jest docelowy implant, który dopasowujemy wielkością, kształtem i profilem do piersi naturalnej.

W drugiej metodzie przenosimy płat skóry pacjentki z tkanką tłuszczową z podbrzusza – to tzw. płat TRAM, lub płat skórno-mięśniowy z pleców, tzw. LD i z niego modelujemy pierś.

**Która z tych metod jest lepsza dla kobiety?**

**S.M.:** Tkanki własne z podbrzusza można łatwiej modelować, wyprofilować kształt piersi i jej naturalne opadanie, co jest trudne do uzyskania w przypadku implantów. Zaletą wykorzystywania tkanek własnych jest jeszcze to, że one zachowują się tak, jak druga pierś – gdy kobieta przytyje lub schudnie to te tkanki się naturalnie zmieniają. W przypadku implantów kobiety muszą pamiętać i zdawać sobie sprawę z tego, że każda zmiana wagi będzie powodowała dysproporcje między piersiami. Z czasem może być nawet konieczna korekcja plastyczna drugiej piersi albo wymiana implantu na większy bądź mniejszy. Zdarza się tak, że u niektórych pacjentek możliwa jest tylko jedna metoda rekonstrukcji piersi i wtedy nie ma możliwości wyboru.

**Jeżeli jest możliwość, to kto decyduje o tym, która metoda zostanie wybrana? Czy kobiety mają na to jakiś wpływ?**

**S.M.:** Kwalifikując panie do zabiegów, oglądamy je i mówimy, co możemy zaproponować ze wskazań anatomicznych. Są pewnie sytuacje, gdzie rekonstrukcja piersi z użyciem implantu nie może być zastosowana – np. w przypadku pań po radioterapii. Może zdarzyć się, że wykorzystanie tkanek własnych nie będzie możliwe, np. jeżeli pacjentka miała jakieś operacje brzuszne i ma poprzeczną bliznę. Są też takie sytuacje, gdzie żadna z metod rekonstrukcji nie jest możliwa do wykorzystania. Komfortowa jest sytuacja, gdzie możemy wybrać zarówno implanty, jak i tkanki własne. Ale należy wtedy pamiętać, że operacja na tkankach własnych jest bardziej rozległa. Jest duża grupa kobiet, która nie decyduje się na taki zabieg ze względu na długotrwałą narkozę i wolą krótki zabieg wszczepienia ekspandera i protezy.

**Wspominał Pan Doktor, że po radioterapii nie można zrekonstruować piersi wykorzystując implanty, dlaczego?**

**S.M.:** Napromienianie powoduje zmianę w tkance skóry. Staje się ona sztywna, tkanki zanikają i jest to podstawowe przeciwwskazanie do zastosowania implantu. U tych pacjentek powinniśmy proponować tkanki własne.

**Czy istnieją jeszcze jakieś przeciwwskazania do tego typu operacji, np. wiek kobiety?**

**S.M.:** Wiek sam w sobie nie jest przeciwwskazaniem. Rozpiętość wieku, gdzie rekonstruowałem piersi, jest od 16 do 77 lat. Natomiast są przeciwwskazania tzw. ogólnomedyczne, czyli np. choroby krążenia, zaburzenia krzepnięcia krwi, choroby neurologiczne, choroby kręgosłupa, które mogą się pojawiać z wiekiem. Czasami dyskwalifikacje są

ze strony anestezjologa. Operacje, szczególnie te z wykorzystaniem tkanek własnych, to rozległe operacje pod narkozą. Wiadomo, że narkoza to dodatkowe obciążenie dla organizmu, więc jeżeli kobieta ma 50–60 lat i dodatkowo obciążenia internistyczne – nadciśnienie, niewydolność krążenia – to nawet ze względów medycznych przeprowadzenie rekonstrukcji nie jest możliwe. Z wiekiem nasza tolerancja na obciążenia medyczne jest dużo gorsza. Jeżeli operacja nie jest ratującą życie, a jedynie poprawiającą jakość życia, to ani kobiety się na nią nie decydują, ani lekarze na nią nie zezwalają.

**Po jakim czasie kobieta może myśleć o rekonstrukcji, czy jest jakiś moment, kiedy najlepiej to zrobić – np. rok po zakończeniu leczenia, czy później?**

**S.M.:** Jeżeli chodzi o operacje tzw. odroczone, to jest bardzo różnie. Mam pacjentki, które robiły rekonstrukcję zaraz po zakończeniu leczenia onkologicznego, ale mam też takie, które zdecydowały się na taki zabieg dopiero po 30 latach. Przyjęliśmy kryterium, że do zabiegu rekonstrukcyjnego przystępujemy nie wcześniej niż pół roku po zakończeniu skojarzonego leczenia onkologicznego (operacja, wielomiesięczna chemioterapia, immunoterapia). Musi być czas, żeby pacjentka się po takim leczeniu zregenerowała. Zabieg w trakcie terapii może utrudniać zasadnicze leczenie. Ten czas regeneracji jest nieco dłuższy po radioterapii. Wtedy minimalny okres to rok, a nawet dwa lata po zakończeniu naświetlań.

**Czy można przeprowadzić rekonstrukcję jednocześnie z operacją, np. usuwając guz z piersi? Wtedy nie trzeba byłoby poddawać pacjentki kolejnej narkozie...**

**S.M.:** Są przypadki, kiedy rekonstrukcję piersi możemy przeprowadzić podczas operacji usuwającej chorą tkankę gruczołową. Ale oczywiście nie u każdej pacjentki, która sobie tego zażyczy – trzeba kalkulować, jak intensywne bę-

dzie późniejsze leczenie onkologiczne. Jeżeli przewidujemy, że pacjentka będzie wymagała bardzo agresywnego leczenia – chemioterapii czy radioterapii – to nie proponujemy, a wręcz odradzamy wykonanie zabiegu rekonstrukcji jednocześnie przy usuwaniu choroby. Bo może to komplikować dalsze leczenie uzupełniające, a ono jest priorytetem.

**Czy zabieg rekonstrukcji piersi pomaga pacjentce w powrocie do zdrowia?**

**S.M.:** Myślę, że tak. Szczególnie jeżeli chodzi o zdrowie psychiczne. Wygląd ma duże znaczenie estetyczne i psychiczne, szczególnie dla młodych kobiet. A to z pewnością przyczynia się do szybszego powrotu do zdrowia również po leczeniu onkologicznym.

**Czy po zabiegu rekonstrukcji potrzebna jest rehabilitacja? Co z powrotem do sprawności fizycznej?**

**S.M.:** Po tego typu zabiegach bardzo ważna jest rehabilitacja. To kwestia odzyskania sprawności tak, żeby pacjentka miała pełen zakres ruchu. Jeżeli dodatkowo były pobierane tkanki własne z powłok brzusznych, to też musi być czas na zagojenie i pacjentka przechodzi pewien cykl rehabilitacyjny. Ale po zakończeniu całej procedury pacjentka może wrócić do normalnego życia i normalnej sprawności.

**Czy po zabiegu rekonstrukcji piersi nie wolno czegoś robić, np. opalać się, pływać w słonej wodzie?**

**S.M.:** Nie ma żadnych zakazów czy ograniczeń, ale kobiety muszą pamiętać o pewnych zasadach. Mogą pływać w słonej wodzie czy chlorowanej w basenie. Mogą się opalać, ale muszą sobie zdawać sprawę z tego, że w miejscu, gdzie jest odtworzona pierś są zaburzone mechanizmy termoregulacji. Dlatego nie można przegrzewać tej piersi. Zbyt mocne nagrzanie może poparzyć skórę i tkanki, bo nie ma takiej wymiany, którą zapewnia tkanka zdrowa, w której płynie krew. To przegrzanie do-

tyczy zarówno piersi odtworzonych z tkanek własnych, jak i po wszczepieniu protezy.

**Czy zabiegi rekonstrukcji piersi są refundowane, a jeżeli tak to dla kogo?**

**S.M.:** Dla kobiet po mastektomii, a więc tych, które straciły pierś z powodów onkologicznych, zabieg jest refundowany. Odrębną kwestią jest profilaktyczna mastektomia, gdzie kobieta ma zdrowe piersi i zdrowe badania diagnostyczno-obrazowe, ale ma większe prawdopodobieństwo zachorowania na raka – wywiad rodzinny, potwierdzone mutacje genetyczne (gen BRCA1 i BRCA2). W katalogu świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma pozycji rekonstrukcji po profilaktycznym usunięciu piersi.

**A dla kobiet, które straciły pierś nie z powodu choroby nowotworowej?**

**S.M.:** Takich powodów pozaonkologicznych właściwie nie ma. Występują wady rozwojowe, które mogą powodować deformację, np. zespół Polanda, który charakteryzuje się tym, że dochodzi do niedorozwoju jednej strony klatki piersiowej – jest wtedy niedorozwój mięśnia piersiowego. Takie osoby jak najbardziej powinny mieć wykonywaną rekonstrukcję. Ale zdecydowana większość zabiegów przeprowadzana jest z przyczyn onkologicznych.

**Czy w Polsce dużo się wykonuje takich operacji?**

**S.M.:** Niestety nie jest to zbyt powszechny zabieg. W krajach europejskich ok. 30% kobiet po mastektomii ma przeprowadzoną rekonstrukcję, w Polsce jest to ok. 1%. Jest to dużo za mało. Wynika to z ograniczonej liczby osób, które takimi zabiegami się zajmują, ale też ze względu na fundusze przeznaczane na te zabiegi. To niestety powoduje, że na zabieg rekonstrukcji trzeba długo czekać w kolejce.

**Dziękuję za rozmowę!**

# RANA PO MASTEKTOMII

## ŁATWO SIĘ ZAGOI, A BLIZNA NIE MUSI SZPECIĆ

*Operacja usuwająca chorą tkankę gruczołową w raku piersi to jedna z najczęściej wykorzystywanych metod leczenia tego nowotworu. Niestety po każdej operacji wykonanej z użyciem skalpela pozostaje rana, a później blizna. Co zrobić, aby rana szybko się zagoiła, a blizna nie szpeciła dekoltu kobiety? Odpowiednia pielęgnacja może temu zaradzić.*

To, jak będzie wyglądała rana, a potem blizna po operacji usunięcia guza piersi, zależy od chirurga onkologa, który wykonuje operację.

Na szczęście lekarze wiedzą, w którym miejscu wykonać cięcie, aby nie oszpecić pacjentki. Wiedzą również, jak ważne jest delikatne wykonanie cięcia i delikatne zszycie rany. Rany po mastektomii dobrze się goją. Trwa to ok. 7–14 dni. Potem zdejmuje się szwy, a te, które są rozpuszczalne, rozpuszczają się kolejnych kilka tygodni w zależności od grubości. W tym czasie nie należy interweniować w gojenie się rany, organizm sam jest w stanie sobie z nią poradzić. Chyba że coś się dzieje – gdy zrobi się krwiak czy zbiera chłonka, należy ją usunąć, bo krwiak może powodować odwarstwianie tkanki, upośledzenie krążenia, a wtedy rana gorzej się goi.

Czasem konieczne jest zastosowanie antybiotyku lub maści z dodatkiem

specjalnego enzymu. Gojenie rany może być gorsze u kobiet, które przed operacją przechodziły chemioterapię lub radioterapię. Wtedy w miejscu naświetlania skóra gorzej się goi.

Podczas gojenia, gdy jest założony dren, ważne, aby na ranę zastosować opatrunek uciskający, który zmniejsza przestrzeń, w której może się zbierać chłonka i tworzyć torbiel. Po 3–4 tygodniach można zastosować plastry silikonowe, które mają za zadanie stworzyć komorę nad blizną. Ta komora powoduje, że rana się lepiej goi i blizna potem jest ładniejsza.

Wskazany jest również ucisk blizny i jej masaż po 3–4 tygodniach po zagojeniu rany.

Przez ok. pół roku po zagojeniu się rany blizny nie powinno się opalać ani kąpać w słonej wodzie. Nie wystawiać jej na czynniki drażniące, takie jak np. sauna (okolica operowana może puchnąć, bo jest trochę zaburzony odpływ chłonki).

Jeżeli blizna jest ładna, to nic się z nią dalej nie robi. Ale jeżeli blizna jest brzydka – szeroka, rozeszła się po operacji, to można spróbować ją skorygować. Można ją wyciąć i spróbować zszyć jeszcze raz bądź częściowo usunąć i uzupełnić płatem skóry z innego miejsca ciała – np. z pleców lub brzucha. Dodatkowy fragment skóry spowoduje, że napięcie tkanek przy bliź-



nie będzie mniejsze i ładniej się one zagoją.

Blizny można korygować po roku od operacji. Wcześniej raczej nie wykonuje się żadnych korekcji, bo blizna nie jest jeszcze dojrzała i jej wygląd sam może się zmieniać.

Jakiegokolwiek zabiegi poprawiające wygląd blizny najlepiej jest wykonywać po 2 latach. Wtedy też nie ma większego znaczenia, czy będzie to po 2, czy 10 latach.

Oczywiście zawsze trzeba wziąć pod uwagę, czy pacjentka była w tym miejscu naświetlana, czy skóra jest cienka, czy zdrowa, bo może się okazać, że zabieg korekcji blizny niewiele zmieni, a blizna będzie wyglądała tak samo, jak po pierwszej operacji.

*dr n. med. Tadeusz Witwicki*  
chirurg plastyczny



# NAWRÓT CHOROBY WCALE NIE MUSI BOLEĆ, CZYLI JAK SOBIE RADZIĆ Z BÓLEM ONKOLOGICZNYM W ZAAWANSOWANYM RAKU PIERSI

Kobiety, które zmagają się z chorobą nowotworową, szczególnie tą w zaawansowanym stadium, skupiają się przede wszystkim na jej leczeniu – i nie ma się czemu dziwić. Niestety, przy nawrocie raka piersi, ale także w każdym innym momencie tej choroby, może pojawić się ból. Wynika to ze specyfiki choroby – z rozwijającego się guza, przerzutów do różnych narządów, zmian zachodzących w organizmie. Niektórzy mogą pomyśleć, że skoro choruje się na tak poważną chorobę, jaką jest nowotwór, to musi boleć i nic z tym bólem nie robią. Tymczasem nie musimy się na niego godzić. Tak samo jest, kiedy leczymy nowotwór – powinniśmy minimalizować towarzyszący mu ból. Jest to bardzo ważne, ponieważ może on oddziaływać na przebieg procesu leczenia, a z pewnością wpływa na jakość życia kobiety.

Ból nowotworowy jest odczuciem subiektywnym, niepoddającym się badaniu obiektywnemu. Ból jest taki, jak opisuje go pacjentka i tylko wtedy zaistnieje, gdy kobieta powie o nim swojemu lekarzowi prowadzącemu. Dlatego w leczeniu bólu bardzo ważna jest szczerść między pacjentką a lekarzem i od tego będzie zależało, jak będzie przebiegało leczenie bólu.

Nie u wszystkich chorych na nowotwory da się całkowicie wyeliminować ból. Nie znaczy to wcale, że trzeba się z nim godzić, bo lecząc ból, można osiągnąć dużą poprawę. Kontrolowanie bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej powinno być częścią każdego leczenia onkologicznego. Każda kobieta, która choruje na raka, ma prawo oczekiwać, żeby bóle towarzyszące jej chorobie były starannie leczone i spotykały się ze zrozumieniem zarówno ze strony personelu medycznego, jak i całego społeczeństwa.

W przypadku raka piersi ból może pojawić się na każdym etapie choroby, zarówno przy pierwszej diagnozie, w trakcie leczenia, jak i w przypadku nawrotu. Sam ból może być pierwszym objawem nawrotu. Może być też tak, że na żadnym etapie pacjentka nie będzie odczuwała bólu. U kobiet z rakiem

piersi może wystąpić ból miejscowy – może boleć guz w miejscu, w którym się znajduje; ból spowodowany operacją – może pojawić się obrzęk, który powoduje napięcie tkanek; ból związany z przerzutami – bardzo bolesne są przerzuty do kości, mogą być też przerzuty w innych narządach i wtedy ten narząd boli. Bóle nowotworowe mają różne przyczyny. Wyróżniamy bóle spowodowane nowotworem lub jego przerzutami, bóle spowodowane leczeniem (przebytym bądź aktualnym) i bóle pośrednio związane z chorobą, czyli wszelkie ograniczenia, np. bóle barku, bóle ramion po mastektomii, zmiana stabilizacji ciała. U chorych z zaawansowaną chorobą ból może być spowodowany również wyniszczeniem organizmu. Bez względu na to, o jakim rodzaju bólu mówimy – każdy z nich powinien być odpowiednio leczony. Językiem ułatwiającym porozumienie lekarza z pacjentką w sprawie jej bólu są skale oceny bólu, dzięki którym można określić, np. natężenie bólu. Wtedy na linii od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 ból nie do wytrzymania, chora zaznacza, jak odczuwa ból. Wykorzystywane są również skale słowne, kiedy pacjentka opisuje słowami swój ból – silny, bardzo silny, piękny, palący, kłujący itp.

Ból w zaawansowanym raku piersi leczy się według tego samego schematu, co bóle w każdym innym momencie choroby. Podstawą jest trójstopniowa *drabina analgetyczna* leczenia bólu opracowana przez ekspertów WHO. Dzieli ona leki przeciwbólowe na 3 grupy:

## I STOPIEŃ

– najłagodniejsze leki przeciwbólowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), np. aspiryna, diklofenak, ketoprofen, ibuprofen oraz paracetamol.

## II STOPIEŃ

– silniejsze leki przeciwbólowe, tzw. słabe opioidy, np. kodeina lub tramadol.

## III STOPIEŃ

– najsilniejsze leki przeciwbólowe, tzw. silne opioidy, np. morfina i jej pochodne.

Ideą tej drabiny jest to, aby wybierać leki z wyższych stopni w momencie narastania bólu. Kiedy dojdzie się do pewnego momentu leczenia, to nie zwiększa się dawek leków, tylko przechodzi do następnej, wyższej grupy leków.

Dawkę nie zwiększa się ponad zalecaną dlatego, że występuje tzw. zjawisko efektu pułapowego – leki I i II stopnia tylko w pewnych granicach dawek działają silniej. Potem zwiększenie dawki, czy dodanie leku z tej samej grupy już nic nie daje, oprócz tego, że może nasilić działania uboczne. Należy wtedy zastosować leki z III grupy. Te leki nie wykazują efektu pułapowego i tu nie istnieje dawka maksymalna, można ją stopniowo zwiększać. Oprócz leków przeciwbólowych, na każdym stopniu drabiny analgetycznej, można stosować leki uzupełniające – leki, które nie należą do leków analgetycznych (przeciwbólowych), ale wspomagają leczenie bólu. Są to przede wszystkim leki przeciwpadaczkowe i przeciwdepresyjne i stosowane są zazwyczaj w leczeniu bólów związanych z uszkodzeniem nerwów i w bólach kostnych.

W przypadku zaawansowanego raka piersi mówimy o chorobie przewlekłej, której nie możemy wyleczyć. W większości przypadków towarzyszy jej ból, który również jest przewlekły i należy się przygotować na jego przewlekłe leczenie. Nie zawsze u pacjentek po nawrocie da się całkowicie wyleczyć ból, ale można go skutecznie ograniczyć. Trzeba wtedy dobrać jak najmniej toksyczne leczenie, które będzie stosowane przez kilka lat. Jednak, aby to było możliwe pacjentka musi przede wszystkim powiedzieć swojemu lekarzowi, że ją boli, gdzie boli i jaki to jest ból. Dopiero wtedy można dobrać odpowiednie leczenie przeciwbólowe. Niestety w Polsce ból wciąż nie jest leczony wystarczająco starannie. Podstawowym tego powodem jest zbyt małe zainteresowanie lekarzy leczeniem przeciwbólowym, niedocenywanie cierpienia chorych przez lekarzy i społeczeństwo, lęk przed lekami opioidowymi, a także zachowania samych pacjentek, które często maskują swój ból. Jeżeli choroba jest zaawansowana, to jest ogromne prawdopodobieństwo, że boli, a ból stanowi problem.

Lecz kobiety o tym nie mówią, chcąc w ten sposób pokazać, że wcale nie jest z nimi źle i dają sobie radę. Trzeba pokonywać te lęki i bariery, bo pacjentki cierpią zupełnie niepotrzebnie. To, że chorujemy na poważną chorobę – raka piersi – nie znaczy, że musimy żyć z bólem.



W Polsce zużywamy 5 razy mniej leków opioidowych niż w Europie Zachodniej, co nie znaczy, że polski rak boli 5 razy mniej. Zużycie tych leków jest wskaźnikiem jakości leczenia przeciwbólowego i opieki paliatywnej w danym kraju. Jeżeli zużywa się ich za mało, to oznacza, że chorzy nie otrzymują właściwego leczenia. Leczenie bólów nowotworowych na całym świecie jest oceniane jako niedostateczne. Połowa chorych nie uzyskuje właściwego leczenia, w Europie – 63% chorych. W Polsce jest jeszcze gorzej, bo jedynie co piąty chory otrzymuje właściwe leczenie bólu. Nie jest to dobra sytuacja. Co gorsze, ten współczynnik maleje, co znaczy, że opieka paliatywna i leczenie bólu w Polsce się nie poprawiają.

Leczeniem bólu u pacjentek z rakiem piersi powinien przede wszystkim zajmować się onkolog prowadzący. Dopiero jeżeli to nie pomaga, to można skonsultować się w specjalistycznej poradni leczenia bólu. Takie poradnie są zakładane przy większości ośrodków

onkologicznych w Polsce. Większe znaczenie dla leczenia bólu i lepsze efekty uzyskuje się wtedy, kiedy lekarz prowadzący leczy ból według schematu – drabiny analgetycznej. 80% chorych uzyska poprawę przy stosowaniu leków drabiny analgetycznej. Tylko 10-20% chorych wymaga dodatkowych metod

leczenia i ci pacjenci powinni trafić do specjalistycznej poradni przeciwbólowej.

Niestety wciąż jest tak, że leczenie bólu nie jest dla onkologa prowadzącego pacjentkę przedmiotem zainteresowania. Lekarz i pacjentka koncentrują się prawie wyłącznie na leczeniu przeciwnowotworowym. Leczenie bólu i innych dokuczliwych objawów nie powinno być zaniechywane. Jest bardzo ważne w leczeniu onkologicznym i powinno stanowić jego integralny element. Dlatego należy pamiętać o tym, że można, a nawet trzeba, domagać się leczenia bólu, że choroba nie musi boleć. Leczenie bólu jest bardzo ważne z punktu widzenia pacjentki, jej samopoczucia, przebiegu leczenia i z pewnością wpływa na przebieg choroby, jakość życia i na czas przeżycia.

*Dr n. med. Jerzy Jarosz*  
specjalista medycyny paliatywnej,  
anestezjolog specjalizujący się  
w leczeniu bólu



# SEKSUALNOŚĆ W CHOROBY NOWOTWOROWEJ – CZY W OGÓLE JEST MOŻLIWA?

Seksualność to bardzo ważny aspekt życia każdego człowieka. Jest niezależny od tego, czy ktoś zetknął się z chorobą – sam chorował bądź cierpiał ktoś bliski – czy też nie. Dodatkowo to temat trudny, bo zależy od bardzo wielu aspektów funkcjonowania każdego z nas. Seksualność wiąże się z intymnością, czyli stanem zaufania, szczególnej bliskości, a nie tylko zaspokojeniem fizjologicznej potrzeby naszego ciała. Ciało w tej sytuacji jest rzeczą wtórną. Ważniejsze są nasze emocje i relacje, jakie udało się nam bądź dopiero uda, zbudować z drugim człowiekiem.

Psychoseksualność jako funkcja życiowa rozwija się w nas nieustannie jako długofalowy proces. Często wyznacznikiem stabilizacji i satysfakcji życiowej jest zadowolenie z życia małżeńskiego oraz udane kontakty seksualne. Czym zatem jest owa seksualność?

## Seksualność

jest wrodzoną, naturalną funkcją organizmu ludzkiego i jednym z zasadniczych czynników motywujących do podejmowania więzi i kontaktów interpersonalnych, mającą wymiar biologiczny, psychiczny, społeczno-kulturowy i hedonistyczny. Seksualny potencjał fizjologiczny człowieka ulega kształtowaniu przez doświadczenia życiowe.

Seksualność w potocznym rozumieniu to wszystko, co wiąże się z aktem seksualnym. Kiedy ma być intymnie, to tylko w łóżku, a przecież chodzi również o bliskość, przytulenie, czy dotyk. Zapominamy, że trudności dnia codziennego, a tym bardziej choroba, własna bądź kogoś bliskiego, na jakiś czas spychają naszą intymność i bliskość na boczny tor. Pierwsza myśl, jaka się pojawia, kiedy dowiadujemy się o chorobie, to przede wszystkim „ratuj siebie”, wszystkie inne sprawy, potrzeby schodzą na plan drugi.

## SEKSUALNOŚĆ CZYLI BLISKOŚĆ, ATRAKCYJNOŚĆ, DOJRZAŁOŚĆ

Wiele kobiet, szczególnie w dojrzałym wieku, mówi, że nigdy nie słyszały lub słyszały, ale nie przywiązywały do tego wagi, aby do problemu intymności i seksualności podejść z poziomu dojrzałości, budowania poprawnych relacji, odpowiedzialności za swój stosunek do samego aktu seksualnego, intymności, partnera i do własnego ciała. Wyrażały w domach, gdzie seks był kojarzony jedynie z prokreacją i/lub zatrzymaniem męża przy sobie. Podejście do własnej seksualności buduje się na podstawie wzorców wyniesionych z domu, kultury i środowiska, w którym człowiek się wychowywał. Można to porównać do wyprawy na wysoki szczyt. Zanim dojdziemy do celu, musimy pokonać długą drogę. Jako małe dzieci obserwujemy świat oczami naszych rodziców, którzy mówią nam o miłości, czułości, dystansie do siebie, wyższej inteligencji emocjonalnej, szacunku do własnego ciała i to wszystko nam pokazują. Dopiero wtedy możemy sami doświadczać tej sfery, eksperymentować i sprawdzać, co jest nasze, a co nie. Dopiero wtedy, na samym szczycie znajduje się obraz naszej seksualności.

Nie da się ukryć, że kiedy życie toczy się normalnym rytmem, rzadko kiedy zadajemy sobie pytanie, czy jesteśmy usatysfakcjonowani ze swojego życia erotycznego, intymnego, seksualnego.

W przypadku zetknięcia się z chorobą zaczynają pojawiać się w naszej głowie pytania również o tę sferę. Jak pisze Barraclough *Ciężka, postępująca choroba, o trudnym do przewidzenia przebiegu, a do takich należy zaliczyć chorobę nowotworową, uszkadza ciało, ale również kalectwo psychikę i rani duszę (...). Głębokie, przykre doznania wyzwalają szereg niejednokrotnie niedostrzegalnych dla osób postronnych, wymykających się spod kontroli emocji, takich jak strach, niepokój, żal, smutek i przygnębienie. Diagnoza choroby nowotworowej i trudy jej leczenia, a w szczególności niepowodzenia terapii przyczynowej, są źródłem bólu duchowego i odwiecznych pytań, na które nie ma odpowiedzi: Dlaczego ja? Dlaczego Bóg mnie wybrał? W czym zawiniłem?*

Czasami dopiero trudne doświadczenie, jakim m.in. jest choroba, mobilizuje kobietę do głębszej refleksji nad swoim życiem, również w aspekcie bliskości, intymności, seksualności w swoim związku. Perspektywa kruchości życia nierzadko dodaje sił do podjęcia trudnych rozmów z partnerem i dążenia do zmian.

**Bliskość.** Stres związany z chorobą to stres całej rodziny. Wszyscy zajmujemy się sprawami bieżącymi – biegamy do lekarzy, robimy badania, siedzimy dłużej w pracy, żeby zarobić, czujemy paraliżujący lęk – i w tym wszystkim zupełnie zapominamy o byciu razem, by-

ciu tu i teraz, wspólnie. Pozornie jesteśmy razem, ale nie mamy czasu się zatrzymać, głęboko porozmawiać o nas, o naszych pragnieniach. Niekiedy wszystkie obowiązki dnia codziennego, wykonywane z potrzeby serca, paradoksalnie oddalają nas od prawdy o naszych relacjach. Łatwiej uciec w zadania, niż spojrzeć w lustro swojego życia. Życie seksualne w związku odgrywa rolę barometru relacji, jakie łączą współmałżonków. Jeżeli podstawę atrakcyjności związku stanowi fizyczność, to szybciej lub później okaże się, że jest słabym ogniwem związku. Podobnie problem wygląda, kiedy związek dwojga ludzi ogranicza się głównie do wychowywania dzieci. Rezygnują z siebie, z własnych potrzeb, aż do chwili, kiedy któraś ze stron uświadamia sobie swoje stłumione potrzeby i np. szuka spełnienia poza domem. Każda skrajność niesie za sobą niebezpieczeństwo „ślepoty” na to, co naprawdę dzieje się w naszym życiu. Dojrzały związek opiera się na świadomej pracy nad wzajemną atrakcyjnością w wielu sferach – emocjonalnej, fizycznej, intelektualnej, duchowej, na budowaniu wzajemnego zaufania i tworzeniu wspólnych rytuałów, dzięki którym relacja nabiera niepowtarzalnego wymiaru. Wymiaru osobowego. To są te obszary naszego wspólnego życia, do którego nikogo innego nie dopuszczamy, i to sprawia, że jesteśmy sobie jeszcze bardziej bliscy. Prawdziwa bliskość, oparta na zaufaniu, prowadzi do zbliżeń intymnych, pełnych wzajemnego obdarowywania drugiego człowieka swoim ciałem, czułością, dojrzałą miłością. Nie jest ważne, jak będzie wyglądał już sam akt seksualny, czy będzie długi, krótki, czy tak szaleńczy, jak kiedyś. Ważną rolę odgrywają sami partnerzy, którzy powinni móc otwarcie porozmawiać o swoich potrzebach, o tym, jak widzą ten aspekt i czego by chcieli. Akt seksualny to spotkanie dwojga ludzi, którzy w oczach swoich współmałżonków widzą akceptację, zachwyt, pożądanie i miłość. To chwile



czułości, pielęgnacji i bezgranicznego oddania się drugiemu człowiekowi.

Dlatego w przypadku wielu par wspólne odpowiedzenie sobie na pytanie, czym jest dla nas bliskość, intymność, jest kluczową kwestią do świadomej i dojrzałej pracy nad tymi aspektami związku. Otwartość, szukanie nowych sposobów czerpania przyjemności z własnego ciała, dotyku może być tu pomocne. Z biologicznego punktu widzenia podniecenie u kobiety przechodzi przez ośrodek w mózgu, który odpowiada za emocje. Jeśli kobieta na poziomie emocji boryka się z niezalutwowanymi, niewypowiedzianymi sprawami, ma złe doświadczenia, sama siebie nie lubi i nie akceptuje, to emocje takiej kobiety mówią jednoznacznie NIE, co w perspektywie utrudnia osiągnięcie bliskości.

Kobiety rezygnują z bliskości i intymności z różnych powodów, np. ze zmęczenia, z powodów fizjologicznych (nawracające stany zapalne, suchość pochwy, bóle), żalu do partnera, problemów rodzinnych, ze strachu przed niechcianą ciążą, braku akceptacji swojego ciała i wielu niewypowiedzianych problemów, które skutecznie blokują ich seksualność.

**Atrakcyjność.** W potocznym rozumieniu atrakcyjność kojarzy się przede wszystkim z ciałem. Bezsprzecznie ciało stanowi ważny atrybut atrakcyjności, ale nie jedyny. Należy podkreślić, że atrakcyjność cielesna, jak każda inna, jest pojęciem względnym. Na szczęście nie wszystkim podoba się to samo i każdy z nas ma swoje wyobrażenie piękna. Faktem jest, że kiedy czujemy się atrakcyjnie, to mamy lepsze samopoczucie, czujemy się pewniej i z większą otwartością podchodzimy do intymności. Problem w tym, że kanony piękna ulegają zmianom i w dzisiejszym świecie panuje kult młodego, nieskazitelnego ciała. Niestety, wielu kobietom udziela się taki obraz atrakcyjności. Z tego powodu kobiety, zdrowe, chore często toczą wewnętrzną walkę, z jednej strony chcą być blisko ze swoim mężczyzną, z drugiej zaś jakiś wewnętrzny głos podszeptuje, żeby tego nie robić, bo przytyłam, bo mam rozstęp, bo nie mam piersi, noszę perukę. Nie akceptując siebie, projektują swoje lęki na partnerów i obawiają się odrzucenia. Niestety, czasami obawy te mają swoje uzasadnienie w zachowaniu partnera, który nie wychodzi z inicjatywą bliskości i stroni od jakichkolwiek rozmów na ten temat. Zanim jednak wyciągnie się pochopne wnioski,

warto porozmawiać. Wielu mężczyzn, obawiając się urazić uczucia partnerki, szczególnie w trakcie choroby, unika tematu seksu. Sami nie wiedzą, co jest dla niej dobre, a co może jej zaszkodzić. A ponieważ przeważająca część małżeństw 50+ nie rozmawia na tematy intymne, pozostaje to tematem tabu. I tak żyją, wmawiając sobie, że przecież etap bujnego pożycia seksualnego mają już za sobą. Teraz pozostają dzieci, wnuki i szara codzienność. Zapominają, a może chcą o tym zapomnieć, że przytulenie, pocałunek, pieszczota sprawiały im tyle radości.

Innym, a również poważnym problemem zakłócającym pożycie w związkach partnerskich, jest zmiana we wzajemnym postrzeganiu siebie. Zdrowy partner widzi w swoim chorym partnerze osobę słabą, wymagającą ciągłej opieki, niepełnosprawną, natomiast osoba chora traktuje zdrową, jak opiekuna. W takiej relacji zanika miłość

romantyczna, a wspólne życie ogranicza się do codziennych czynności.

**Dojrzałość. Prawdziwą intymność między dwojgiem ludzi można zbudować pod pewnymi określonymi warunkami. Co jest ważne, żeby móc zbudować dojrzałą relację dwóch dojrzałych osób, które zmagają się z trudną sytuacją, którą niewątpliwie jest choroba?**

W wielu pracach poświęconych funkcjonowaniu związku w sytuacji kryzysu choroby nowotworowej podkreśla się, że sama choroba nie wpływa na kondycję związku. Stanowi natomiast sprzyjające środowisko do ujawnienia się niedojrzałości współpartnerów. Okazuje się, że ilość rozwodów kobiet po chorobie nowotworowej jest taka sama, jak u kobiet zdrowych. Często choroba współmałżonka wydobywa na świat wiele zakurzonych lub wręcz zakopanych głęboko problemów, urazów,

pretensji, niewybaczonych historii. Każda zadra kłuje, jak drzazga. Teoretycznie można się przyzwyczaić do dyskomfortu, licząc, że może coś się samo zmienić. Pytanie, czy warto zostawić swój los w rękach przypadku? Dojrzałość polega m.in. na nieunikaniu konfrontacji z sytuacjami trudnymi. Dojrzały partnerzy wiedzą, że akt seksualny to za mało, żeby zbudować udany związek. Wiedzą też, że będą musieli zmierzyć się z wieloma trudnościami dnia codziennego i że wówczas los powie: „sprawdzam”. Sprawdzam waszą dojrzałość do poświęceń, do otwartej rozmowy, do zachowania wierności waszym wspólnym wartościom, do umiejętności celebrowania wspólnego życia itp. To, czy oblejemy ten egzamin, czy wyjdziemy zwycięsko zależy od nas samych.

*Dr n.med. Mariola Kosowicz*  
Poradnia Psychoonkologii, Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

AMAZONKI POLECAJĄ

## WARSZTATY DLA KOBIET PO NAWROCIE – DLACZEGO WARTO W NICH UCZESTNICZYĆ?

**Nawrót raka piersi to dla każdej z nas traumatyczne przeżycie. Choć zdajemy sobie sprawę, że w każdej chwili może to nastąpić, to jednak odpychamy od siebie tę myśl, tym bardziej, jeśli choroba nie daje o sobie znać przez kilka czy kilkanaście lat. Jak więc poradzić sobie w tej trudnej chwili? Ogromnym wsparciem i pomocą są warsztaty psychologiczne dla kobiet po nawrocie, w których miałyśmy okazję uczestniczyć.**

Warsztaty organizowane przez Federację Stowarzyszeń Amazonki przeznaczone są dla kobiet, u których wystąpiła wznowa choroby. Trwają one kilka dni, podczas których odbywają się spotkania prowadzone przez psychologów i lekarzy. Można się wtedy dowiedzieć o nowych metodach leczenia, a także porozmawiać o indywidualnych problemach. Ale najważniejszą

częścią tych warsztatów są rozmowy z innymi kobietami w takiej samej sytuacji.

Warsztaty zaczynają się od opowiedzenia swojej historii, co z jednej strony jest bardzo trudne, ale z drugiej strony pozwala wyrzucić z siebie wszelkie obawy, lęki związane z chorobą, dalszym życiem. Spotyka się to z ogrom-

nym zrozumieniem, bo przecież pozostałe uczestniczki mają podobne przeżycia, podobne lęki, bo u nich też nastąpił nawrót. Oprócz tego są różne ćwiczenia i testy psychologiczne, a także spotkanie z osobami, które podpowiadają, jak się ubierać, malować i dbać o siebie. Pomaga to zmienić postrzeganie siebie i podnieść naszą samoocenę. Taki jest właśnie cel tych warsztatów. Mają nas podnieść na duchu i sprawić, żebyśmy zaprzyjaźniły się z chorobą.

W warsztatach udział biorą pacjentki z całej Polski. Atmosfera jest bardzo dobra – uśmiechnięte buzie, żarty, śmiech, gdyby ktoś popatrzył na nas

z boku, mógłby powiedzieć, że wcale nie jesteśmy chore, bo tego po nas nie widać. Ale właśnie o to chodzi, a przyjaźnie zawiązane podczas tych kilku dni trwają jeszcze długo po ich zakończeniu.

Po udziale w tych warsztatach mamy więcej energii i zapału. Inaczej patrzemy na siebie i na świat – zupełnie innym okiem. Bardzo podnoszą na du-

chu, zdobywa się trochę wiedzy. Poza tym w takim momencie życia bardzo ważne jest bycie w grupie i możliwość wyrzucenia z siebie wszystkiego, co w nas siedzi, a nawet czasami wypłakania się. Można się powymieniać doświadczeniami. Wszystko, co działo się podczas warsztatów, nas czegoś nauczyło – każdy test, każde zadanie, które miałyśmy wykonać. Nowa wiedza plus nowe spojrzenie na samą siebie.

Na pewno warto wziąć udział w takich warsztatach, ponieważ człowiek staje się dowartościowany i dobrze poinformowany. To odskocznia od dnia codziennego, gdzie dominuje głównie strach. Tego strachu już wystarczy.

Bożenna Kolenda  
i Marianna Reguła

Amazonki – Warszawa-Centrum

## WARTO WIEDZIEĆ

# BADANIE WĘZŁA WARTOWNICZEGO

## – METODA WYKRYWANIA PRZERZUTÓW RAKA PIERSI

*Leczenie raka piersi polega na usunięciu chorej tkanki gruczołowej. Do tej pory, w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby, oprócz guza usuwano również węzły chłonne w dole pachowym. Okazuje się jednak, że taki radykalny zabieg, okaleczający kobiety i wpływający na jakość jej życia, w większości przypadków wcale nie jest potrzebny, bo tylko 25% kobiet chorujących na raka piersi ma węzły chłonne zajęte przez komórki nowotworowe. Jak więc sprawdzić, w której grupie znajduje się pacjentka? Metoda badania węzła wartowniczego, zapoczątkowana przez dr. Donalda Mortona, daje taką możliwość.*

Nowotwór piersi może rozprzestrzenić się po organizmie wraz z chłonką. Udowodniono, że jeżeli w pierwszym węźle – tzw. węźle wartowniczym, do którego sływa chłonka z gruczołu piersiowego, nie ma komórek nowotworowych, to nie ma ich także w pozostałych węzłach i nie ma sensu usuwanie ich wszystkich. Metodą, która pozwala znaleźć węzeł wartowniczy, jest limfoscyntygrafia, czyli metoda obrazowania, gdzie do gruczołu podaje się odpowiedni radioizotop, oczywiście bezpieczny dla pacjentki. Sływa on wraz z chłonką do węzłów chłonnych i w ten sposób można odnaleźć ten, który jest na tej drodze pierwszy. Ta metoda jest najbardziej selektywna i czuła. Można dodatkowo wykonać

limfografię, czyli metodę barwną sływu chłonki, gdzie przed zabiegiem podawany jest barwnik, który pozwala prześledzić drogę chłonną przez zabarwienie przewodów limfatycznych i węzła wartowniczego. Znaleziony węzeł wartowniczy usuwa się i przesyła do badania histopatologicznego. Jeżeli w węźle wartowniczym stwierdzi się komórki nowotworowe, to jest to sygnał do dalszej diagnostyki, rozszerzenia zabiegu o tzw. radykalną limfadenektomię, czyli usunięcie pozostałych węzłów chłonnych i terapii uzupełniającej, np. radioterapii. Jeżeli w nim nie ma komórek nowotworowych, to można zakładać, że w pozostałych węzłach chłonnych też ich nie ma. Ta teoria sprawdza się w 99% przypadków. Co to



daje pacjentce? **Usunięcie tylko jednego węzła minimalizuje powikłania po operacji i pozwala uniknąć kalectwa funkcjonalnego.**

**Usunięcie wszystkich węzłów powoduje fizyczne upośledzenie sprawności ręki.** Chodzi głównie o odpływ chłonki, bo węzły chłonne są naturalnym filtrem, który „zasysa” chłonkę z kończyny. Jeżeli ich nie ma, to może dojść do

zatrzymania chłonki, a wtedy ręka ma gorszą funkcję, tendencje do obrzęków, czasami bardzo masywnych, co wymaga intensywnej rehabilitacji i troskliwości pacjentki. Aby wymusić przepływ chłonki, trzeba tę rękę codziennie masować, odpowiednio układać, uważać, żeby jej nie przeciążać.

**Usunięcie jednego węzła – tylko wartowniczego – nie komplikuje spływu chłonnego i pacjentka szybciej wraca do sprawności, nie wymaga tak intensywnej i długiej rehabilitacji, a później nie musi prowadzić tak bardzo oszczędnego trybu życia.** Pacjentki po radykalnym usunięciu węzłów, muszą

całe życie bardzo uważać i nawet po wielu latach może dojść do stanu zapalnego i do nieodwracalnego obrzęku kończyny.

Jeżeli w węzle wartowniczym nie ma komórek nowotworowych, to rokowania pacjentki są zdecydowanie lepsze, takie pacjentki mają zdecydowanie większą szansę na trwałe wyleczenie, bo to świadczy o tym, że choroba się nie rozsiała. Oczywiście nie gwarantuje to braku przerzutów za 10 czy 15 lat i braku nawrotu choroby, bo tego w onkologii niestety nigdy nie możemy przewidzieć, ale metoda badania węzła wartowniczego jest na tyle pewna dia-

gnostycznie, że te przerzuty w zdecydowanej większości przypadków się nie pojawiają.

Badanie węzła wartowniczego rutynowo wykonuje się w czerniaku i raku piersi. Próbuje się wykorzystywać tę metodę również w nowotworach przewodu pokarmowego czy w obrębie głowy i szyi, ale tu jej zastosowanie jest zdecydowanie mniejsze.

*Dr n. med. Sławomir Mazur*  
chirurg – onkolog,  
Centrum Onkologii – Instytut  
w Warszawie

## URODA

## JAKA BIELIZNA PO MASTEKTOMII?



Dobór odpowiedniej bielizny po operacji piersi ma kluczowe znaczenie. Nie tylko ze względów estetycznych, lecz także zdrowotnych. Odpowiednio dobrana bielizna może zapobiegać zatrzymaniu przepływu chłonki – a co za tym idzie zapobiega obrzękom ręki, nie ogranicza ruchów ręki, nie powoduje otarć, a na późniejszym etapie odpowiednio podtrzymuje protezę piersi. Dlatego bardzo ważne jest, aby na poszczególnych etapach terapii i rekonwalescencji wybierać odpowiednią bieliznę i różnego rodzaju zabezpieczenia. Znajomość kilku prostych zasad zapewni komfort i pomoże przywrócić spokój podczas okresu zdrowienia, bez względu na rodzaj przebytej operacji.

**PO OPERACJI OSZCZĘDZAJĄCEJ I W TRAKCIE RADIOTERAPII – potrzebujesz delikatnego wsparcia**

Czerwona, podrażniona skóra jest częstym ubocznym objawem radioterapii. Na ten czas warto zaopatrzyć się w miękką biustonosz, koniecznie zapinany z przodu, z odpinanymi z przodu ramiączkami. Pozwoli on na łatwy dostęp do zoperowanego miejsca, nawet przy znacznie ograniczonym zakresie ruchów. Wszystkie biustonosze mają obustronne kieszonki i można je łatwo połączyć z woreczkiem na drenaż.

**PO MASTEKTOMII – potrzebny Ci komfort, funkcjonalność i przywrócenie symetrii**



Przez kilka pierwszych tygodni od operacji nie zalecamy jeszcze dobierania silikonowej protezy piersi. Na ten czas przewidziana jest bawełniana proteza

tymczasowa – tak zwany PRIFORM – która zapewni naturalny wygląd i może być noszona w kieszonce dowolnego biustonosza pooperacyjnego. Bielizna powinna być miękka, delikatna, niepodrażniająca wrażliwej skóry. Zapięcia z przodu pozwalają na łatwy dostęp do operowanego miejsca. Po zakończeniu rekonwalescencji bieliznę taką można potraktować jak strój na noc czy też na czas wypoczynku.

**4 TYGODNIE PO MASTEKTOMII, czyli dobór silikonowej protezy piersi**

Z reguły po 4 tygodniach od operacji można już dobrać silikonową protezę

piersi, a wraz z nią bieliznę, która z pozoru nie różni się od bielizny powszechnie spotykanej na rynku bielizniarskim, choć jej konstrukcja jest inna. Miseczki biustonosza wyposażone są w kieszonki, w których umieszcza się silikonowe protezy zewnętrzne. Krój miseczki biustonosza wiernie odzwierciedla kształt protezy. To bardzo ważny aspekt bielizny dla Amazonek. Gwarantuje, że proteza bezpiecznie pozostaje na miejscu, ładnie układa się w miseczce biustonosza i jest niewidoczna. Kolejnym ważnym elementem są szersze w obrębie ramion i miękkie ramiączka, które przejmują w znacznej mierze ciężar protezy. Z kolei szerszy pas pod biustem działa stabilizująco.

#### Dobór odpowiedniego biustonosza:

1. Upewnij się, że taśma pod biustem przylega ściśle, lecz wygodnie. Nie może przesunąć się do góry na plecach. Jeśli tak się dzieje lub jeśli Twoja proteza podczas noszenia przemieszcza się na jedną stronę, potrzebujesz biustonosza o mniejszym obwodzie. Sugerujemy, aby nowy biustonosz mierzyć przy najluźniejszym zapięciu.
2. Ramiączka nie mogą wznosić się w ramiona. Taka sytuacja występuje, gdy obwód biustonosza jest za duży i nie daje odpowiedniego wsparcia. Pamiętaj! To głównie pas pod biustem i miseczki utrzymują ciężar piersi, a nie ramiączka.
3. Z przodu, pomiędzy piersiami, biustonosz powinien ściśle przylegać do ciała. Jeśli odstaje, być może potrzebny Ci jest biustonosz o mniejszym rozmiarze miseczki.

#### PO REKONSTRUKCJI – potrzebujesz wygodnej kompresji

Po operacji odtworzenia piersi odpowiedni biustonosz kompresujący jest wprost niezbędny. Wraz z pasem kom-



presującym wspomaga gojenie tkanki, a co najważniejsze zapobiega przesuwaniu ekspandera i implantu.

#### NA KAŻDĄ CHWILĘ

Po operacji piersi dobre samopoczucie jest bardzo ważne. Szeroka gama produktów pomaga w budowaniu pozytywnego wizerunku własnego ciała, pewności siebie oraz poczucia własnej wartości. Poniżej prezentujemy produkty, które zaspakajają potrzeby kobiet na każdym etapie rekonwalescencji.

Wskazówki dla Amazonek, które pomogą zachować elegancję zarówno na wierzchu, jak i pod spodem:

#### Wskazówka 1:

**Bielizna we właściwym rozmiarze!**  
„Zawsze noszę 80C i jakoś pasuje”... nic dodać, nic ująć! Skorzystaj z porady w profesjonalnym sklepie. Może okazać się, że noszone przez Ciebie 80C było źle dobrane, a perfekcyjny rozmiar to 75D.

Ten krótki test pokaże, czy potrzebujesz konsultacji z zakresu doboru odpowiedniego rozmiaru bielizny:

- Potrząśnij górną częścią ciała – czy Twój biust przepelnia biustonosz?
- Widok z tyłu – czy taśma biustonosza podjeżdża do góry?
- Widok z góry – czy materiał odstaje od ciała?

Jeżeli odpowiedź na te pytania jest twierdząca, zdecyduj się na poradę profesjonalisty. Będziesz zachwycona, gdy odzyskasz dziewczęcą sylwetkę.

#### Wskazówka 2:

##### Bielizna we właściwym kolorze!

Klasykiem niewidocznej bielizny jest oczywiście beżowy, to profesjonalne określenie koloru cielistego. Jeśli nie chcesz, aby różowy biustonosz rzucał się w oczy spod białej bluzki, beżowy stanik będzie najlepszym rozwiązaniem.

Biały biustonosz pod czarną koszulką? Teoretycznie nie ma problemu, ale to zależy od struktury materiału. Koronki pod delikatnym materiałem stają się zbyt widoczne. Jeśli masz wątpliwości, gładkie, bezszwowe biustonosze w podstawowych kolorach (beżowy, biały, czarny) uwolnią Cię od rozterek.

#### Wskazówka 3:

##### Zbyt ładny, aby go ukrywać!

Czasem „niewidoczny biustonosz” to ostatnia rzecz, której oczekujesz, a bielizna jest kluczowym elementem stroju, np. kolorowe koronki wystające ponad dekolt koszulki, biżuteryjne ramiączka kontrastujące z koszulką itp. Jeśli nawet nie zdecydujesz się uchylić rąbka Twojej bielizny, ekstrawagancki biustonosz sprawi, że poczujesz się pewniej, niemal po królewsku. Spróbuj, będziesz zaskoczona przemianą...

**Wskazówka 4: kwestia szczegółów!**

Kochamy różnorodność krojów dostępnych latem, samonośne koszulki, sukieneczki z ramiączkami spaghetti. Wystające ramiączka biustonosza rzucają się w oczy i nie zawsze wygląda to dobrze. Powinnaś zaopatrzyć się w biustonosz z wymiennymi lub przezroczystymi ramiączkami. Ten drobny szczegół z pewnością wpłynie na Twój wygląd.

**STROJE KĄPIELOWE**

Gimnastyka wodna, wodny aerobik czy pływanie stanowią bardzo popularne formy aktywności wśród Amazonek. Producenci zadbali, aby również w takich sytuacjach Panie czuły się bezpiecznie. Co roku swoją premierę mają nowe kolekcje strojów kąpielowych, których kolorystyka i wzornictwo odpowiadają aktualnym trendom mody. Prym wiodą kostiumy jednoczęściowe, choć coraz więcej kobiet decyduje się na stroje dwuczęściowe. Dużą popularnością cieszą się tankini (czyli koszulki), które można również zaadaptować, jako strój dzienny. Silikonową protezę



piersi umieszcza się w kieszonce kostiumu. Konstrukcja kostiumu – wyżej zabudowany i ściśle przylegający dekolt, wyżej zabudowane pachy, regulacja ramiączek z tyłu – sprawiają, że proteza bezpiecznie utrzyma się na swoim miejscu, a panie mogą pływać lub pluśkać się w wodzie bez, obawy, że proteza wyslizgnie się na zewnątrz.

Nie ma żadnych przeciwwskazań, aby do aktywności wodnych zarówno w wodzie słonej, jak i chlorowanej używać standardowych protez silikonowych.

Należy jednak pamiętać, żeby po powrocie z plaży lub basenu zarówno protezę, jak i kostium umyć. Nie każda zainteresowana Pani wie, że istnieją specjalne protezy pływackie. Mają one specjalny kształt i są przeznaczone do poruszania się w wodzie. Symetryczna miseczka protezy ma falowany spód, co ułatwia przepływ wody oraz redukuje zasysanie powietrza pod protezę.

*Hanna Adamczak*  
Amoena Polska

**NASZE HISTORIE**

## NIE MOŻNA ŻYĆ W BŁOGIEJ SZCZĘŚLIWOŚCI, ALE TRZEBA STARAĆ SIĘ ŻYĆ NORMALNIE...

**Pierwsza diagnoza raka piersi to był rok 1999.** Ginekolog, który badał moje piersi, wysłał mnie na mammografię, która niestety potwierdziła podejrzenie nowotworu. Skierowano mnie do szpitala, gdzie lekarze zastanawiali się, czy od razu usunąć całą pierś, ale tego nie zrobili. Wtedy w mojej głowie zaczęło się kłębowisko myśli. Głównie były to myśli związane z nadchodzącą śmiercią w wyniku choroby.

Po 5 latach, kiedy myślałam sobie, że może nie będzie tak źle, miałam zgłosić

się na operację żyłaków. Zamiast tego zostałam skierowana na biopsję, bo w piersi, której nie usunięto, znowu pojawił się guz. Zostałam skierowana na chemioterapię. Miałam 6 kursów chemii. No i wiadomo... szok. Wypadły mi włosy już po tygodniu od rozpoczęcia chemioterapii. Byłam zdenerwowana, miałam poczucie, jakby świat mi się zawałił.

Ale udało się opanować chorobę aż do 2007 roku, kiedy kolejna mammografia wykazała guza w drugiej piersi. To był

szok, bo przecież pierwsza pierś była już całkowicie usunięta wraz z węzłami chłonnyymi i węzłem wartowniczym. Jakby tego było mało, w tym samym czasie w wypadku samochodowym zginął mój syn, z którym mieszkaliśmy i który bardzo mnie we wszystkim wspierał. Nie wiem, czy bardziej przeżywałam wiadomość o kolejnym guzie, czy o śmierci syna.

W sumie jestem po 7 zabiegach operacyjnych, chemioterapii i po dwukrotnych naświetlaniach. Chodzę o kulach,

bo jeden z leków, który przyjmowałam na raka piersi, zaszkodził na stawy kolanowe, ale choroby nowotworowej u mnie nie ma, nie czuję żadnych dolegliwości. Oczywiście są chwile załamania, ale staram się, żeby nie było po mnie widać, że jestem chora.

Na szczęście są różne spotkania kobiet w takiej sytuacji jak ja, gdzie można porozmawiać, zwierzyć się. To mi pomaga. Jest nam dobrze razem, ponie-

waż wszystkie jesteśmy chore, choroba do nich wróciła, jesteśmy ze wznową. Możemy tutaj wspólnie rozmawiać z uśmiechem na twarzy. Mówią niektórzy, że fajnie tu przyjść i posłuchać. No bo każdy z nas się boi. Ale nawet jak się boję, to biorę życie do przodu. Staram się dbać o siebie.

Innym kobietom mogę powiedzieć, żeby się nie załamywały, szły z uśmiechem do przodu i żeby się nie martwiły.



Marianna Reguła  
Amazonki – Warszawa-Centrum

# BOGATYŃSKIE AMAZONKI

## – CHARYZMA I POMYSŁOWOŚĆ



**Bogatyńskie Stowarzyszenie „Amazonki”** powstało w 2002 roku. Obecnie liczymy 36 członkiń. Kobiety zrzeszone w naszym stowarzyszeniu odznaczają się niezwykle charyzmą i chęcią działania na różnych płaszczyznach. Na uwagę zasługuje fakt, że w tak małej miejscowości, jaką jest Bogatynia, oferujemy kobietom bardzo zróżnicowaną ofertę spędzania wolnego czasu. Można brać udział w zajęciach z rehabilitantem, tańczyć zumbę, praktykować jogę, ćwiczyć pod okiem instruktora na basenie, chodzić z kijkami. Organizujemy spotkania z różnych okazji wspólnie z innymi organizacjami po-

zarządowymi, jak Klub Puszystych, Klub Nauczycielski czy Stowarzyszenie „Silne Kobiety Bogatyni”. Szczególną opieką otoczone są te z kobiet, które skarżą się na obrzęk ręki czy bóle kręgosłupa. Przez 3 dni w tygodniu dostępni są rehabilitanci służący pomocą.

Jako jedyne na Dolnym Śląsku organizujemy międzynarodową spartakiadę Amazonek. W tym roku odbędzie się jej VI edycja. Z uwagi na położenie transgraniczne Bogatyni czerpiemy przykłady z działalności Amazonek z Czech i Niemiec, co owocuje licznymi wspólnymi pomysłami. W 2014 roku, jako jedne z nielicznych stowarzyszeń Amazonek w Polsce wydałyśmy kalendarz, bardzo nietypowy, bo składający się z 18 miesięcy. Zerkają z niego kobiety zadowolone, szczęśliwe, w niecodziennych kreacjach. Każda w innej, wybranej przez siebie, odzwierciedlającej jej stan duszy, jej pragnienia i niezrealizowane marzenia. Integralną częścią kalendarza jest zbiór osiemnastu historii każdej z modelek. Takim kalendarzem wraz z folderem historii, dzięki ofiarności lokalnych sponsorów, mogłyśmy obdarować każde z ponad 200 stowarzyszeń w Polsce.

A czym zaskoczą Amazonki z Bogatyni w roku 2015? Już przygotowujemy się do nowego projektu, jakim jest przygoda z profesjonalnym pokazem mody pod okiem Aleksandry Irlik. To duże przedsięwzięcie i znając Ołę, z pewnością będzie przygotowane z niezwykłą precyzją. Jesteśmy przekonane, że bogatynianki sobie poradzą. Jaki będzie efekt końcowy, prosimy śledzić na [www.amazonki.bogatynia.pl](http://www.amazonki.bogatynia.pl) lub na Facebooku.

Dorota Bojałowska  
Prezes Zarządu Bogatyńskiego  
Stowarzyszenia „Amazonki”





# BY AMAZONKA BYŁA AMAZING

*Albina Radziłowska – uczestniczka projektu „By Amazonka Była Amazing” to wolontariuszka-ochotniczka od lat pracująca w Stowarzyszeniu Amazonki Warszawa-Centrum. To pełna energii, ciepła kobieta, która przekazuje swoje wsparcie, mimo że jeszcze nie tak dawno – sama takiego wsparcia potrzebowała. Jej największą mocą jest uśmiech i to, że każdy potrafi jej zaufać. Albina nie wie, ilu kobietom udzieliła wsparcia, ale każdą z nich pamięta. A większość z nich będzie pamiętać o Albinie, bo była przy nich wtedy, gdy zagubione i przytłoczone chorobą potrzebowały kogoś, kto potrafi je rozumieć.*



Akcja „**By Amazonka Była Amazing**” to metamorfoza kobiet, które dotknął rak piersi. To akcja stworzona przez SHE Day Spa&Hair Design przy współpracy ze Stowarzyszeniem Amazonki Warszawa-Centrum. Ma ona na celu po-

móc kobietom czuć pełnię swojej kobiecości po przejściu choroby i często bardzo wyczerpującego leczenia.

Wraz z partnerami akcji – stylistką, trenerem osobistym, markami odzieżowymi i kosmetycznymi pokazuje kobietom, że żadna choroba nie musi przeszkodzić w powrocie do normalnego życia i w byciu piękną.

Albina ćwiczyła pod okiem trenerów, chodziła na zabiegi kosmetyczne, korzystała z rad stylistki pani Joli Czai aż do 4 lutego. Wtedy z okazji „Światowego Dnia Walki z Rakiem” w Hard Rock Cafe odbył się charytatywny koncert ALL IS ONE na rzecz Stowarzyszenia „Amazonki” Warszawa-Centrum.

Impreza odbyła się w ramach akcji „By Amazonka Była Amazing!” i uświetniła zakończenie pierwszej edycji tego projektu. To wydarzenie było przede wszystkim próbą zachęcenia kobiet do częstszych i regularnych badań, by zapobiegać rozwojowi nowotworów.

Podczas koncertu odbyła się prezentacja oraz sprzedaż koszulek z logo Hard Rock Cafe sygnowanych przez

najlepszych polskich projektantów mody. Do projektu przyłączyli się: Natalia Jaroszevska, Agnieszka Maciejak, Eva Minge, Joanna Przetakiewicz, Łukasz Jemioł, Mariusz Przybylski, Paprocki & Brzozowski oraz Dawid Woliński. Na wydarzeniu obecni byli m.in. Luxuria Astaroth, Marcela Leszczak, Anna Samusioneck, Emilia Raszyńska i Ewa Mielnicka.

Muzycznie o dobry nastój gości zadbal: Ania Karwan, Natalia Bajak, Carolin Mrugała, Szymon Pejski wraz z zespołem Steamlove, a Marcin i Ewelina Muszyński przez wspaniałą pokaz iluzji uczynili to wydarzenie magicznym.

Jeszcze raz bardzo dziękuję w imieniu Albiny, Amazonek ze Stowarzyszenia „Amazonki” Warszawa-Centrum oraz własnym – wszystkim, którzy przyczynili się do sukcesu koncertu ALL IS ONE i finału akcji. Najbardziej jednak pragnę podziękować samej Albinie za odwagę i determinację do wzięcia udziału w projekcie „By Amazonka Była Amazing!”

*Ewa Grabiec-Raczak*

## PROBLEMY INTYMNE KOBIEC PO LECZENIU RAKA PIERSI

*Konferencja „Problemy intymne kobiet po leczeniu raka piersi”, która odbyła się 25.11.2014 r. cieszyła się ogromnym zainteresowaniem. Przybyły na nią nie tylko Amazonki z Unii Mazowieckiej, lecz także z kilku dalszych klubów. Naszymi gośćmi byli przedstawiciele zaprzyjaźnionych organizacji pacjentek, Centrum Onkologii, firm oraz dziennikarze.*

Spotkanie otworzyła, witając obecnych, *dr n. med. Beata Jagielska*, zastępca dyrektora COI ds. leczenia. Program obejmował aż 10 prelekcji prowadzonych przez specjalistów z różnych dziedzin medycyny. *Dr Andrzej Marszałek* wprowadził nas w bardzo złożony świat badań genetycznych raka piersi, a *mgr Anna Rosa* poruszyła bardzo intymne kwestie nietrzy-

mania moczu. Nie mogło zabraknąć oczywiście ginekologów – *Beata Sterlińska-Tulimowska* zwróciła uwagę na najczęstsze infekcje ginekologiczne występujące u kobiet, mówiła o tym, co robić, aby nie nawracały, natomiast *dr Jacek Tulimowski* na bezpieczeństwo stosowania leków hormonalnych. Przez *dr. Bogdana Lindnera* poruszony został temat seksualności kobiet po

leczeniu onkologicznym, a *dr Wojciech Kolawa* pokazał Amazonkom, że macierzyństwo po zwycięstwie nad chorobą jest możliwe po spełnieniu wielu kryteriów.

*Dr Mariola Kosowicz* jak zawsze w sposób niezwykle sugestywny mówiła o tym, jakie zmiany w sferze intymnej niesie ze sobą choroba nowotworowa i jej leczenie, ale poruszyła też inne zagadnienia ze sfery relacji międzyludzkich. Wystąpienia spotkały się z żywym zainteresowaniem.

*Barbara Jobda*, szefowa Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych i współorganizator konferencji pokazała prawdę o nas samych w prezentacji – „O czym nie mówimy naszym lekarzom”.

Po przyswojeniu tak dużej ilości cennych informacji przyszedł czas na wystąpienie *dr Hanny Tchorzewskiej-Korby*, która dowcipnie i z niezwykłą swadą zaprezentowała pokaz mody.

Modelkami w strojach marki firmy *Amoena* były nasze koleżanki – Amazonki, które poruszały się wspaniale i z gracją. Prowadząca nie tylko mówiła o kolekcji, lecz także przekonywała uczestników konferencji do aktywności fizycznej, która jest niezbędna dla zachowania zdrowia, prowadzenia aktywnego, pełnego pasji życia, kobiecości.

Podczas przerwy w kuluarach słychać było dyskusje na poruszane podczas konferencji tematy, co pokazywało, że bardzo rzadko można usłyszeć odpowiedzi na tak ważne, a bardzo często wstydlive i w ogóle niezadawane pytania.

Po przerwie czekał na nas monodram *Agnieszki Różańskiej* „Jest jak jest”, na podstawie książki *Maliny Stahre-Godyckiej* „Dwie kobiety, jedna nadzieja”. W powieści autorka opisuje ostatnie, naznaczone chorobą trzy lata życia swojej przyjaciółki. *Agnieszka Różańska* tak mówi o tym spektaklu: *Ludzie, z którymi się spotykam, mówią*



*mi, że w życiu jest tyle smutnych historii, że nie chcą już tego oglądać na scenie. Natomiast nasz spektakl ociera się o bardzo smutne rzeczy, ale niesie nadzieję i pomoc w zrozumieniu niektórych bardzo ważnych rzeczy. Tego, jak my powinniśmy się zachowywać względem osoby, która jest chora, co taka osoba może sobie myśleć, dlaczego nie chce być traktowana z litością i wynoszona na piedestał. Takie osoby chcą, by rozmawiać z nimi normalnie, a nie patrzeć na nie przez pryzmat tego, że za chwilę ich nie będzie. I o tym także jest ten spektakl. Może być on bardzo pouczający dla wszystkich.*

*Ewa Grabciec-Raczak*

## ZADBAJ O SIEBIE. MODNA, PIĘKNA I ZDROWA

*Stowarzyszenie Amazonki Warszawa-Centrum i marka odzieżowa QUIOSQUE rozpoczęły współpracę w ramach kampanii społecznej „Zadbaj o siebie. Modna, piękna i zdrowa”, której celem jest zwrócenie uwagi kobiet na ich zdrowie, zachęcenie do poświęcenia czasu sobie, a w szczególności do wykonania badań profilaktycznych.*

Inspirując się Różową Wstążką – symbolem walki z rakiem piersi – projektantki QUIOSQUE stworzyły wyjątkowe t-shirty. Były one dostępne w salonach QUIOSQUE w październiku – międzynarodowym miesiącu walki z rakiem piersi – i listopadzie. W wybranych salonach QUIOSQUE przez

dwa weekendy października była możliwość spotkania i rozmowy z Paniąmi ze Stowarzyszeń Amazonek.

Aby przekonać Polki do regularnego wykonywania samobadania piersi, marka QUIOSQUE wykonała specjalną ulotkę. Zaprojektowano ją tak, aby łatwo i chętnie z niej korzystać, na przykład podczas wieczornej toalety. Będąc obecne w 12 salonach odzieżowych, mogłyśmy nie tylko rozdawać ulotki, lecz także w trakcie krótkiej rozmowy z klientką zapytać ją i zachęcić do samobadania piersi i zwrócić jej uwagę na konieczność wykonywania innych badań profilaktycznych. Przez dwa weekendy października prowadzi-

łyśmy tę akcję w 10 miastach Polski: Białymstoku, Elblągu, Olsztynie, Płocku, Siedlcach, Sosnowcu, Szczecinie, Świnoujściu, Zamościu i w Warszawie.



# GDZIE SZUKAĆ POMOCY – PRZYDATNE ADRESY, TELEFONY I STRONY INTERNETOWE

## NAJWAŻNIEJSZE OŚRODKI ONKOLOGICZNE

- Dolnośląskie Centrum Onkologii*  
pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław  
tel. (71) 36 89 571, 36 89 270  
www.dco.com.pl
- Centrum Onkologii, Szpital  
im. Prof. Franciszka Łukaszczyka*  
ul. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz  
tel. (52) 374 30 00  
www.co.bydgoszcz.pl
- Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej  
im. św. Jana z Dukli*  
ul. Jaczewskiego 7, 20-090 Lublin  
tel. (81) 747 75 11  
www.cozl.pl
- Szpital Wojewódzki SP ZOZ,  
Oddział Onkologii  
– Lubuski Ośrodek Onkologii*  
ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra  
tel. (68) 32 96 532  
www.szpital.zgora.pl
- Regionalny Ośrodek Onkologiczny,  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
im. M. Kopernika*  
ul. Paderewskiego 4, 93-509 Łódź  
tel. (42) 689 56 23  
www.kopernik.lodz.pl
- Centrum Onkologii-Institut  
im. Marii Skłodowskiej-Curie,  
Oddział w Krakowie*  
ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków  
tel. (12) 422 99 00  
www.onkologia.krakow.pl
- Centrum Onkologii-Institut  
im. Marii Skłodowskiej-Curie,  
Oddział w Warszawie*  
ul. W.K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa  
tel. (22) 546 22 22  
www.coi.pl
- Opolskie Centrum Onkologii*  
ul. Katowicka 66a, 45-060 Opole  
tel. (77) 441 60 01  
www.onkologia.opole.pl

- Podkarpackie Centrum Onkologii,  
Szpital Wojewódzki w Rzeszowie  
im. Fryderyka Chopina*  
ul. Chopina 2, 35-055 Rzeszów  
tel. (17) 86 66 450  
www.szpital.rzeszow.pl/pc
- Białostockie Centrum Onkologii  
im. Marii Skłodowskiej Curie*  
ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok  
tel. (85) 664 68 00  
www.onkologia.bialystok.pl
- Wojewódzkie Centrum Onkologii  
w Gdańsku*  
Budynek A  
ul. Marii Skłodowskiej Curie 2  
Budynek B  
Al. Zwycięstwa 31/32, 80-210 Gdańsk  
tel. (58) 341 93 48  
www.wpo.gda.pl
- Gdyńskie Centrum Onkologii  
w Szpitalu Morskim im. PCK*  
ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia  
tel. (58) 69 98 300  
www.szpital-morski.pl
- Centrum Onkologii-Institut  
im. Marii Skłodowskiej-Curie,  
Oddział w Gliwicach*  
ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15  
44-101 Gliwice  
tel. (32) 278 86 66  
www.io.gliwice.pl
- Beskidzkie Centrum Onkologii  
im. Jana Pawła II*  
ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała  
tel. (33) 816 40 61  
www.onkologia.bielsko.pl
- Świętokrzyskie Centrum Onkologii*  
ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce  
tel. (41) 367 42 08  
www.onkol.kielce.pl
- Zakład Opieki Zdrowotnej MSW  
z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii*  
Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn  
tel. (89) 539 84 28  
www.poliklinika.net

- Wielkopolskie Centrum Onkologii*  
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań  
tel. (61) 885 05 00  
www.wco.pl/pl
- Zachodniopomorskie Centrum Onkologii*  
ul. Strzałkowska 22, 71-730 Szczecin  
tel. (91) 42 51 410  
www.onkologia.szczecin.pl

## PORADNIE PSYCHOONKOLOGICZNE

- Poradnia Psychoonkologii przy  
Centrum Onkologii – Instytut*  
ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa  
(wejście B, 1 piętro, pokój nr 7)  
tel. (22) 546 32 42
- Centrum Psychoonkologii*  
ul. Kopernika 19e, 31-501 Kraków  
tel. (12) 432 61 00
- CPI Centrum Psychoterapii Integralnej*  
ul. Wierzbicice 18/5, 61-568 Poznań  
tel. 61 8202 746, 502 99 44 97

## STOWARZYSZENIA PACJENTÓW

- Stowarzyszenie  
Amazonki Warszawa-Centrum*  
www.amazonki.org.pl
- Polskie Amazonki Ruch Społeczny*  
www.ruchspoleczny.org.pl
- Poradnia Amazonki*  
www.poradniaamazonki.pl
- Portal Onkologiczny „Zwrotnik Raka”*  
www.zwrotnikraka.pl
- Fundacja „Tam i z Powrotem”  
– Razem zwyciężymy raka*  
www.tamizpowrotem.org/pl/

