



# Profilaktyka obrzęku limfatycznego

PO LECZENIU RAKA PIERSI

Poradnik dla kobiet  
z rozpoznanym rakiem piersi





# Profilaktyka obrzęku limfatycznego

PO LECZENIU RAKA PIERSI

Projekt „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi” jest realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, nr POWR.05.01.00-00-0016/20. Projekt stanowi wdrożenie modułu centralnego programu polityki zdrowotnej pn. „Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi”.

Realizatorzy regionalni projektu:

- Świętokrzyskie Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach, ul. Stefana Artwińskiego 3, 25-734 Kielce, Zakład Rehabilitacji, tel. 72 555 11 55, e-mail: profilaktykaobrzeku@onkol.kielce.pl
- Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź,
- e-mail: profilaktyka@kopernik.lodz.pl, tel. 42 689 58 98 / 99
- Narodowym Instytutem Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytutem Badawczym w Warszawie, ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, Zakład Rehabilitacji, e-mail: rehab@pib-nio.pl, tel. 22 546 25 86
- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, ul. Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk, tel. 58 349 30 40, profilaktykaobrzeku@uck.gda.pl
- Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, tel. 61 885 05 60, www.wco.pl
- Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok, tel. 573 424 827

Poradnik dla kobiet  
z rozpoznaniem rakiem piersi

Świętokrzyskie Centrum Onkologii  
Kielce 2020

# Spis treści

<b>WSTĘP</b> .....	5
<b>ROZDZIAŁ I.</b> Rak piersi – czynniki ryzyka, objawy i leczenie.....	6
<b>ROZDZIAŁ II.</b> Skutki uboczne leczenia raka piersi.....	12
<b>ROZDZIAŁ III.</b> Co robić, gdy wystąpią powikłania.....	17
<b>ROZDZIAŁ IV.</b> Czym jest obrzęk limfatyczny.....	18
<b>ROZDZIAŁ V.</b> Jak i gdzie leczyć obrzęk limfatyczny?.....	20
<b>ROZDZIAŁ VI.</b> Jak postępować po usunięciu węzłów chłonnych dołu pachowego? Zasady profilaktyki przeciwobrzękowej.....	22
<b>ROZDZIAŁ VII.</b> Automasaż (autodrenaż).....	24
<b>ROZDZIAŁ VIII.</b> Usprawnianie ruchowe po zabiegach radykalnych i oszczędzających z limfadenektomią.....	34
<b>ROZDZIAŁ IX.</b> Zalecenia i usprawnianie po operacjach odtwórczych piersi.....	58
<b>ROZDZIAŁ X.</b> Zalecenia dietetyczne.....	82
<b>ROZDZIAŁ XI.</b> Wsparcie psychologiczne.....	87
<b>ROZDZIAŁ XII.</b> Zaopatrzenie ortopedyczne.....	96
<b>ROZDZIAŁ XIII.</b> Wykaz klubów amazoнок.....	98



Leczenie nowotworów piersi obejmuje szereg działań, których dobór zależy od postaci histopatologicznej i stopnia zaawansowania choroby. Najważniejszym sposobem postępowania jest leczenie operacyjne. Może ono jednak stanowić przyczynę niepożądanych następstw, które wpływają na upośledzenie sprawności fizycznej i pogorszenie stanu psychicznego pacjentek. W ostatnich latach radykalne techniki chirurgiczne zostały zastąpione oszczędzającymi, a w miejsce rutynowej limfadenektomii wprowadzono biopsję węzła wartowniczego. W zaawansowanych nowotworach stosuje się amputację podskórną z jednoczasową rekonstrukcją piersi lub radykalną amputację piersi. Leczenie oszczędzające oraz skuteczna terapia neoadiuwantowa zmniejszają

zakres operacji oraz powikłań pooperacyjnych. Analogicznie rekonstrukcje piersi nie zwiększają ryzyka rozwoju choroby nowotworowej ani nie utrudniają wykrycia wznowy miejscowej. W ramach integracji opieki nad chorymi do praktyki klinicznej wprowadza się różne programy prewencji i zwalczania niepełnosprawności. Jednym z nich jest Program Profilaktyki Obrzęku Limfatycznego po leczeniu raka piersi. Aby ułatwić kobietom korzystanie z tego programu, opracowano niniejszy poradnik. Zawarte w nim treści będą przydatne w przygotowaniu się do odpowiedniego postępowania po operacji. Broszura zachęca również do prowadzenia w warunkach domowych profilaktyki przeciwobrzękowej i ćwiczeń ruchowych ułatwiających powrót do pełnej sprawności.





## Rak piersi – czynniki ryzyka, objawy i leczenie

# Rak piersi – czynniki ryzyka, objawy i leczenie

**Rak piersi (rak sutka)** to nowotwór złośliwy powstający z komórek gruczołu piersiowego, który początkowo rozwija się w obrębie piersi, a w dalszym przebiegu może dawać przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych (np. płuc, wątroby, mózgu, kości). Jest to najczęstszy nowotwór złośliwy występujący u kobiet. Rocznie na całym świecie rozpoznaje się

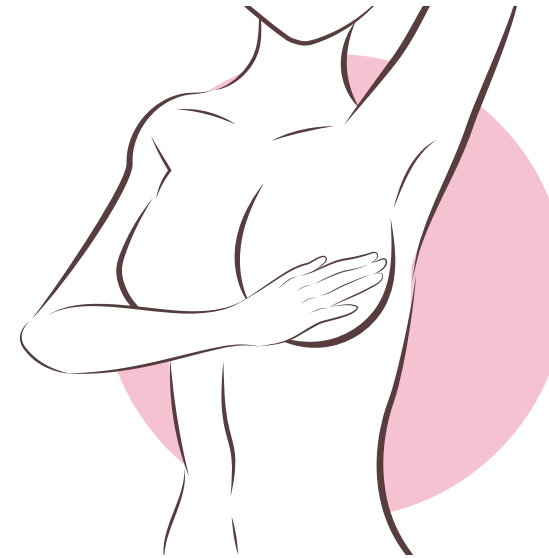
ponad 1,5 miliona nowych zachorowań na raka piersi. Szczególnie często występuje on w krajach wysoko rozwiniętych. W Polsce każdego roku odnotowuje się raka piersi u około 19 tysięcy kobiet i zachorowalność z dekady na dekadę wzrasta.

### Czynniki ryzyka

Przyczyny powstawania raka piersi nadal nie są do końca znane. Zostały jednak zidentyfikowane pewne czynniki zwiększające ryzyko jego wystąpienia.

Najważniejszym z nich jest płeć żeńska, aczkolwiek nowotwór występuje także u mężczyzn. Ryzyko zachorowania na raka piersi u mężczyzn jest jednak stukrotnie niższe.

Większość zachorowań dotyczy kobiet po 50. roku życia, rzadziej występuje on w młodszych grupach wieko-



wych. Ważną rolę w powstawaniu raka piersi odgrywają czynniki genetyczne. Około 10% raków piersi ma charakter dziedziczny.

**Najpewniejszym kryterium dziedzicznego raka piersi jest stwierdzenie mutacji w genach BRCA1 i BRCA2, zwiększającej ryzyko zachorowania na ten nowotwór.**

Dodatkowo w rodzinach z dziedzicznym rakiem piersi wzrasta ryzyko zachorowania na raka jajnika, jelita grubego, trzonu macicy, prostaty i trzustki. Kolejnym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania jest wczesna pierwsza miesiączka i późna ostatnia miesiączka. Wiek urodzenia pierwszego dziecka również odgrywa istotną rolę – im młodszy wiek kobiety w czasie pierwszej ciąży,

tym ryzyko jest niższe. Niektórzy autorzy uważają, że karmienie piersią chroni przed zachorowaniem na raka piersi. Natomiast stosowanie antykoncepcji doustnej i wieloletniej hormonalnej terapii zastępczej znacznie zwiększają ryzyko zachorowania na raka piersi.

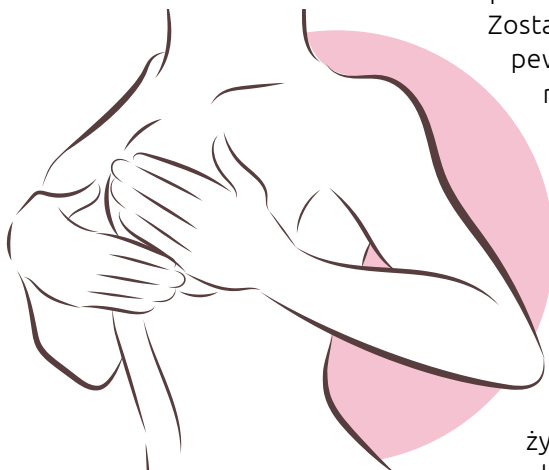
Kolejnymi czynnikami zwiększającymi prawdopodobieństwo zachorowania są: nadwaga, nadmierne spożycie tłuszczów, alkoholu oraz brak ruchu. Zachorowanie na raka piersi w przyszłości zwiększa także ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi.

### Objawy kliniczne

Wczesny rak piersi przebiega bezobjawowo. Najczęstszym objawem jest niebolesny guzek, wyczuwalny w badaniu palpacyjnym. Najczęściej rak piersi jest zlokalizowany w kwadrantach zewnętrznych piersi.

### Innymi objawami raka piersi mogą być:

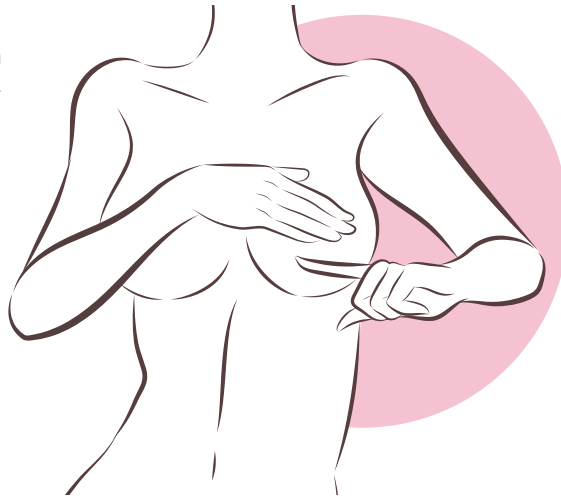
- wyciek z brodawki piersiowej,
- wciągnięcie brodawki,
- owrzodzenie brodawki lub skóry piersi,
- pogrubienie skóry piersi, jej zaczerwienie i nadmierne ucieplenie,
- guz pod pachą, jako wyraz powiększonych regionalnych węzłów chłonnych,



- u 5–10% pacjentek rak piersi jest rozpoznawany w stadium przerzutów odległych zlokalizowanych w kościach, mózgu, płucach czy wątrobie.

## Typy raka piersi

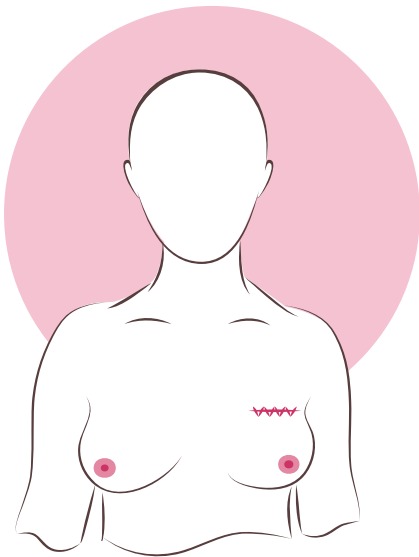
Rak piersi najczęściej rozwija się z przewodów gruczołów piersiowych, początkowo wewnątrzprzewodowo – jako rak przedinwazyjny, a następnie, naciekając poza przewody – jako rak inwazyjny. Rak piersi nie jest chorobą jednorodną, lecz dzieli się na kilka podtypów biologicznych związanych z ekspresją receptorów steroidowych i receptora HER2 obecnych w komórce raka.



1. **Rak hormonozależny (luminalny)** – występuje najczęściej, stwierdza się w nim obecność receptorów hormonalnych.
2. **Rak HER2 dodatni** – drugi najczęściej występujący podtyp, stwierdza się w nim ekspresję receptora HER2, z ekspresją receptorów hormonalnych lub jej brakiem.
3. **Rak potrójnie ujemny** – brak w nim ekspresji receptorów hormonalnych i receptora HER2.

## Leczenie

Terapia chorych z rakiem piersi jest najczęściej leczeniem skojarzonym. Dzielimy je na leczenie miejscowe (chirurgia i radioterapia) i leczenie systemowe (chemioterapia, hormonoterapia, terapia ukierunkowana



molekularnie). Leczenie systemowe może być stosowane przedoperacyjnie lub/i pooperacyjnie. W zależności od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej może być to leczenie radykalne lub paliatywne. Decyzja o zastosowaniu określonego typu leczenia jest związana z:

- wiekiem chorej,
- stopniem zaawansowania raka,
- podtypem biologicznym raka,
- preferencjami chorej.

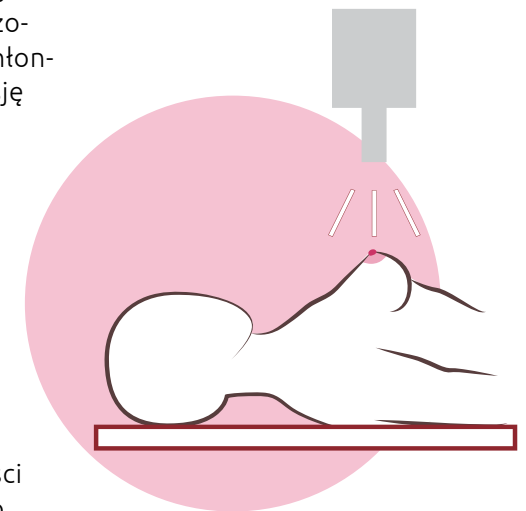
Decyzja o wdrożeniu odpowiedniego leczenia, które powinno być indywidualne dla każdej pacjentki, jest podejmowana przez konsylium, czyli zespół specjalistów, który wspólnie wybiera najkorzystniejszą metodę postępowania.

**Leczenie chirurgiczne** ma na celu usunięcie guza piersi i ocenę regionalnych węzłów chłonnych. W przypadku braku powiększonych regionalnych węzłów chłonnych wykonuje się tzw. biopsję wartowniczego węzła chłonnego. Leczenie chirurgiczne może być przeprowadzone w sposób oszczędzający lub z zastosowaniem mastektomii radykalnej, niekiedy z jednoczesową rekonstrukcją z użyciem protezy lub ekspandera. Mastektomia jest stosowana w przypadku braku możliwości leczenia oszczędzającego lub

przeciwwskazań do jego przeprowadzenia. Dodatkowo w trakcie mastektomii należy ocenić stan węzłów chłonnych – poprzez biopsję węzła wartowniczego lub wykonać ich usunięcie – to zabieg limfadenektomii, niezbędny w przypadku stwierdzenia przerzutów w węzłach chłonnych.

**Radioterapia**, czyli napromienianie, również jest elementem leczenia miejscowego i ma zastosowanie w czasie leczenia oszczędzającego, a także, w przypadku wskazań, po mastektomii. W przypadku stosowania chemioterapii pooperacyjnej radioterapię wykonuje się po zakończeniu leczenia systemowego.

**Chemioterapia**, czyli leczenie systemowe, polega na poda-



niu, najczęściej dożylnie, leków cytostatycznych, które mają za zadanie zniszczenie komórek nowotworowych w całym organizmie. Jest ona podawana w odpowiednich odstępach czasu. Zastosowanie chemioterapii w zaplanowanym czasie jest uwarunkowane prawidłowymi wynikami badań krwi, które mogą odbiegać od normy w trakcie leczenia. Badania krwi są zlecane przez lekarza przed każdym cyklem chemioterapii. W niektórych podtypach biologicznych (rakach potrójnie ujemnych i HER2 dodatnich) zaleca się stosowanie chemioterapii przed leczeniem operacyjnym. Wskazaniem do zastosowania chemioterapii przedoperacyjnej (indukcyjnej) jest wysoki stopień zaawansowania miejscowego guza, a celem –



spowodowanie zmniejszenia jego rozmiarów i umożliwienie leczenia chirurgicznego. W przypadku zastosowania leczenia chirurgicznego jako leczenia pierwotnego chemioterapię stosuje się po jego przeprowadzeniu. Z chemioterapią może być kojarzone leczenie celowane za pomocą leków blokujących receptor HER2. Terapię anti-HER2 wprowadza się u pacjentek z rakiem HER2 dodatnim. To agresywna postać raka, który rozwija się dość szybko i daje przerzuty, ale dobrze reaguje na terapię.

**Hormonoterapia** to także metoda leczenia systemowego polegająca na zablokowaniu lub usunięciu źródeł hormonów płciowych żeńskich,



które pobudzają komórki raka do wzrostu. Możemy ją stosować przedoperacyjnie w przypadku wskazań lub pooperacyjnie, a także kojarzyć tę metodę leczenia z radioterapią. Podaje się ją zazwyczaj doustnie. O rodzaju chemioterapii, hormonoterapii czy leczenia ukierunkowanego molekularnie decyduje lekarz na podstawie podtypu biologicznego raka, jego stopnia zaawansowania, a także wieku chorej.

**Bisfosfoniary** to grupa leków stosowana u chorych z przerzutami do kości. Mogą być podawane doustnie, ale formy dożylnie są

również stosowane. W ostatnim czasie leki te podaje się także chorym bez przerzutów do kości, w celach zapobiegawczych. Po zakończeniu leczenia onkologicznego chora pozostaje pod kontrolą lekarza onkologa, który zleca odpowiednie badania diagnostyczne sprawdzające jej stan zdrowia oraz informujące, czy nie doszło do nawrotu choroby. W przypadku wznowy choroby nowotworowej lub jej rozszewu możemy zastosować każdą z wymienionych metod leczniczych. Użycie konkretnego rodzaju terapii jest związane z przebyłym leczeniem przeciwnowotworowym.





## Skutki uboczne leczenia raka piersi

# Skutki uboczne leczenia raka piersi

Pomimo postępu nauki w zakresie leczenia raka piersi współczesnej medycynie nie udało się uniknąć ubocznych skutków leczenia przeciwnowotworowego. Leczenie chirurgiczne raka piersi zapewnia największe szanse na pełny powrót do zdrowia, ale jednocześnie niesie za sobą możliwość wystąpienia niepożądanych następstw, które mogą pojawić się już w trakcie lub bezpośrednio po zabiegu albo wiele lat po nim. Z tego względu powikłania dzieli się na wczesne i późne.

### Powikłania wczesne

Do powikłań wczesnych, obserwowanych w grupie pacjentek po radykalnym odjęciu piersi, zalicza się:

- miejscowe zakażenie rany,
- krwiaka,
- martwicę płatów skórno-podskórnych,
- rozejście się rany,

- tworzenie się torbieli chłonno-przesiękowej,
- bóle fantomowe amputowanej piersi.

### Powikłania późne

Do późnych powikłań operacyjnych należą:

- uszkodzenie unerwienia obwodowego oraz związane z nim dysfunkcje mięśni zaopatrywanych przez te nerwy,
- osłabienie siły mięśni i ograniczenie ruchomości kończyny górnej oraz pasa barkowego strony operowanej,
- obrzęk limfatyczny kończyny górnej po stronie operowanej piersi i jego następstwa w postaci rozwoju mięsaka naczyń chłonnych.

### Powikłania po leczeniu chirurgicznym (radykalnym)

Jeżeli w trakcie operacji dojdzie do uszkodzenia nerwów biegnących

w operowanej okolicy, to w zależności od charakteru urazu (ucisk, rozcięcie, przecięcie częściowe lub całkowite) powstające w jego konsekwencji zaburzenia mogą być częściowe lub trwałe.

Gdy podczas mastektomii zostaną przecięte powierzchowne nerwy skóry, efektem tego będą zaburzenia czucia skóry w okolicy operowanej piersi występujące bezpośrednio po zabiegu oraz pojawiające się później hiperestezje, parastezje czy uczucie dyskomfortu.

Przecięcie nerwu międzyżebrowo-ramiennego, umożliwiające chirurgowi polepszenie dostępu do węzłów chłonnych pachy, powoduje zaburzenie czucia skóry po wewnętrznej stronie ramienia. Natomiast uszkodzenie nerwu piersiowego długiego powoduje porażenie mięśnia zębatego przedniego, którego wynikiem jest odstawanie łopatki od ściany klatki piersiowej, określane jako łopatka skrzydlata.

Uszkodzenie nerwu piersiowo-grzbietowego objawia się porażeniem zaopatrywanego przez ten nerw mięśnia najszerzego grzbietu, co w rezultacie prowadzi do ograniczenia ruchomości w obrębie stawu ramiennego, w ruchach przywodzenia, prostowania i obracania ramienia do wewnątrz. Te powikłania mogą przyczynić się do powstania zaburzeń statyki i symetrii tułowia, takich jak: asymetria w ustawieniu barków, łopatek, trójkątów talii czy



bocznego skrzywienia kręgosłupa. Zauważono, że u pacjentek, które przebyły radykalne leczenie raka piersi, może wystąpić protrakcyjne odruchowe ustawienie barku (wysunięcie w przód) po stronie operowanej piersi i często pojawiający się „kompleks potowy kobiety” (half-woman complex), który doprowadza do nawykowego przyjmowania kifotycznej postawy ciała o charakterze kifotycznym na tle psychogennym (plecy okrągłe), a także powoduje spadek poczucia własnej wartości.

### Powikłania po rekonstrukcji piersi

Badania potwierdzają, że kobiety po rekonstrukcji piersi mają wyższą ocenę jakości życia niż te, które przebyły radykalną amputację. Trzeba jednak wiedzieć, że, podobnie jak każda operacja, również rekonstrukcje piersi obarczone są ryzykiem wystąpienia pewnych skutków ubocznych. Do powikłań występujących w tej grupie pacjentek należą:

- obrzęk,
- wysięk,



- zakażenie lub rozejście się rany pooperacyjnej,
- krwiak,
- przerost blizny,
- włóknienie i powstanie torebki wokół protezy zniekształcające pierś (kapsulacja),
- asymetria piersi (przemieszczenie implantu w dół lub do góry),
- martwica tkanki i/lub przeszczepu,
- pęknięcie protezy.

Po rekonstrukcji z użyciem płata mięśniowo-skórnego mięśnia najszerzego grzbietu (LD) mogą wystąpić: zaburzenia czucia okolicy operowanej, asymetria w obrębie tułowia czy ograniczenie ruchomości kończyny górnej po stronie operowanej piersi. Z kolei po rekonstrukcji płatem TRAM (z mięśnia prostego brzucha) może dojść do: martwicy płata i powłok brzucha, przepukliny w miejscu po przemieszczonym mięśniu czy zakażeń bakteryjnych.

Jednak zastosowanie nowoczesnych technik operacyjnych chirurgicznego leczenia raka piersi minimalizuje występowanie wymienionych komplikacji.

### Powikłania po radioterapii

Radioterapia, przedłużająca życie chorych i stanowiąca ważny element leczenia uzupełniającego zabieg chirurgiczny, może również przynosić niekorzystne następstwa, takie jak:

- odczuwanie zmęczenia,
- rumień popromienny (powyżej

drugiego tygodnia napromieniania tkanek),

- świąd i złuszczenie wilgotne skóry w napromienianym obszarze,
- zapalenie przetyku (rzadko),
- obrzęk chłonny kończyny górnej – szczególnie u kobiet po resekcji węzłów chłonnych pachowych, rzadziej po usunięciu węzła wartowniczego.

Uzupełniająca terapia systemowa lub indukcyjna polega na napromienianiu obszaru blizny i/lub dołu pachowego. Skutki uboczne, będące jej następstwem, dzielą się na wczesne i późne.

Wczesne pojawiają się w trakcie napromieniania (już 10–14 godzin po pierwszej frakcji) i trwają do 3 miesięcy.

Wówczas pojawia się odczyn skórny o charakterze rumienia. Reakcja ta może przebiegać również w postaci: łuszczenia, obrzęku, wyjątkowo martwicy skóry czy owrzodzenia (w zależności od czasu trwania radioterapii i otrzymanej dawki) oraz włóknienia. Szczyt jej nasilenia występuje najczęściej w końcowych tygodniach po podaniu ostatniej frakcji.

W tym okresie należy zachować ostrożność w zakresie pielęgnacji skóry w obszarze napromienianym. Nie wolno myć jej środkami drażniącymi, mocno perfumowanymi. Nie poleca się stosowania w miejscu napromieniania i w czasie jego trwania intensywnych ćwiczeń rozciągających i gwałtownych zabiegów terapii manualnej oraz ćwiczeń z dużym oporem ze względu na ryzyko uszkodzenia

delikatnych i osłabionych tkanek miękkich. Przeciwwskazane są również zabiegi cieplne, masaże i mobilizacje okolicy blizny. Natomiast zalecana jest gimnastyka ogólnousprawniająca, aby zapobiec procesom włóknienia tkanek miękkich, doprowadzającym do tworzenia się przykurczy stawowo-mięśniowych.

Późne zmiany skórne pojawiają się w okresie kilku miesięcy lub lat po zakończeniu leczenia promieniowaniem jonizującym. Zwykle występują pod postacią: hipo- lub hiperpigmentacji skóry, nadmiernego rogowacenia, suchości, teleangiektazji, zaniku i przerwania ciągłości skóry. U chorych mogą się pojawić: stan zapalny i popromienne zapalenie płuc, zapalenie błony śluzowej przetyku oraz obrzęk limfatyczny kończyny górnej. Po zakończeniu radioterapii zabiegi manualne wykonuje się z dużą rozważą i delikatnością z uwagi na obecność zwłóknień. Po wygojeniu się naświetlanego obszaru należy również wprowadzić kompleksową



terapię udrażniającą w celu eliminacji objawów obrzęku limfatycznego kończyny górnej.

Poważnym powikłaniem radioterapii okolicy nadobojczykowej lub podobojczykowej jest uszkodzenie splotu ramiennego. Dysfunkcja obwodowego układu nerwowego występuje w ciągu kilku miesięcy do kilku lat po napromienianiu. Najczęstsze objawy odwracalnego uszkodzenia splotu ramiennego to: parestezje (zaburzenie czucia) ramienia i ręki, rzadziej osłabienie mięśni i ból.

U niewielkiego odsetka chorych może wystąpić popromienne zapalenie płuc. W mięszu płucnym w obszarze napromienianym dochodzi wtedy do zwłóknienia, co wiąże się z niewielkim zmniejszeniem pojemności życiowej płuc.

Radioterapia lewej strony klatki piersiowej zwiększa ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca. Jednak nowoczesne techniki radioterapii pozwalają na zmniejszenie ryzyka tych powikłań.

### Powikłania po chemioterapii

W leczeniu chorych z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi, jak i z rozsiewem nowotworu ważną rolę odgrywa chemioterapia. W czasie chemioterapii najczęściej występują objawy takie jak: nudności i wymioty, biegunka, zapalenie błon śluzowych jamy ustnej, zaburzenia miesiączkowania, wypadanie włosów, zaburzenia



smaku, brak apetytu, skłonność do krwawień, zwiększona podatność na infekcje, zaburzenia w oddawaniu moczu, gorączka, ciągłe uczucie zmęczenia, zaburzenia ze strony układu krążenia. Ze względu na niebezpieczeństwo narażenia się na infekcję chorzy zmuszeni są do ograniczenia kontaktu z innymi osobami, co dla wielu może być problemem i przyczyną złego samopoczucia psychicznego, a nawet wykluczenia społecznego.

**Chemioterapia** może wywołać przedwczesną menopauzę, co zwiększa ryzyko wystąpienia osteoporozy i powikłań sercowo-naczyniowych. Dość często występuje również zespół polineuropatii spowodowany cytostatykami, którego objawami są: uczucie mrowienia, drętwienia, bólu o charakterze palącym, piekącym, szczególnie w dystalnych częściach kończyn górnych i dolnych. W wyniku zastosowania chemioterapii u chorych dochodzi do zmian metabolicznych w obrębie mięśni, następuje utrata włókien mięśniowych, która w konsekwencji doprowadza do zmniejszenia siły mięśniowej całego organizmu. Dlatego podczas chemioterapii należy ograniczyć wykonywanie znacznych wysiłków fizycznych, a szczególnie treningów o charakterze ciągłym.

Niemniej jednak chemioterapia nie jest przeciwwskazaniem do prowadzenia fizjoterapii, z wyjątkiem okresu ostrych powikłań. W trakcie i po zakończeniu chemioterapii nale-

ży natomiast stosować umiarkowane ćwiczenia fizyczne. Regularna aktywność fizyczna w trakcie leczenia cytostatykami powoduje zmniejszenie odczuwanych przez chore objawów ubocznych. Wskazaniem do chwilowego odstąpienia od gimnastyki są: nudności i wymioty, osłabienie organizmu i zły stan ogólny pacjentki. Skutecznym sposobem w walce z nudnościami i wymiotami jest metoda plastrowania – Kinesiology Taping techniką „zamykania pępka”.

**Skutki uboczne leczenia uzupełniającego** mogą prowadzić do upośledzenia sprawności i pogorszenia zdolności radzenia sobie z codziennymi czynnościami. Początek choroby może nastąpić zarówno w trakcie leczenia, jak i dopiero po jego ukończeniu. W zapobieganiu niekorzystnym następstwom leczenia uzupełniającego ważną rolę odgrywa systematyczne usprawnianie ruchowe.

Oprócz wymienionych powikłań u pacjentek mogą pojawić się: lęk, niepokój lub depresja wywołane przez stres związany z wystąpieniem, rokowaniem i leczeniem choroby nowotworowej. Dlatego, aby ograniczyć niekorzystne następstwa leczenia chirurgicznego, jak i uzupełniającego raka piersi, wymagane jest prowadzenie profilaktyki przeciwo-brzękowej oraz wczesnej i ciągłej fizjoterapii wraz z psychoterapią, co ułatwi szybszy powrót do pełnej sprawności fizycznej i psychicznej.



Co robić, gdy wystąpią powikłania?

## Co robić, gdy wystąpią powikłania?

Po leczeniu szpitalnym i zagojeniu ran pacjentki powinny zgłosić się do Poradni Rehabilitacji (przy rejestracji do lekarza tej specjalności wymagane jest skierowanie) celem oceny stanu i funkcji obręczy barkowej kończyny po stronie operowanej i blizny pooperacyjnej. W czasie takiej konsultacji lekarz zleci dalsze

usprawnianie i/lub zabiegi fizjoterapeutyczne, trwające 2 tygodnie w warunkach ambulatoryjnych lub 3 tygodnie w Ośrodku Rehabilitacji Diennej. Można również uzyskać pomoc bezpośrednio u fizjoterapeuty. By uzyskać świadczenie, wymagane jest skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne.





## Czym jest obrzęk limfatyczny?

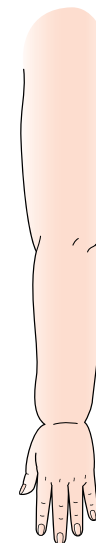
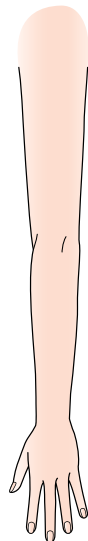
# Czym jest obrzęk limfatyczny?

Obrzęk limfatyczny (spuchnięcie kończyny górnej po stronie leczonego dołu pachowego) to nadmierne nagromadzenie płynu, często bogato białkowego, w przestrzeni pozakomórkowej, będące wynikiem zastoju limfatycznych lub stanów zapalnych naczyń albo ich uszkodzeń mechanicznych. Każdy obrzęk jest objawem przeciążenia układu limfatycznego i stanowi proces przewlekłe postępujący.

Po radykalnej operacji raka piersi mogą wystąpić trudności z prawidłowym odpływem chłonki z kończyny górnej, czego wyrazem jest obrzęk limfatyczny. Problem najczęściej pojawia się w okresie odległym od zabiegu (średnio po 1–1,5 roku) i manifestuje się takimi symptomami, jak:

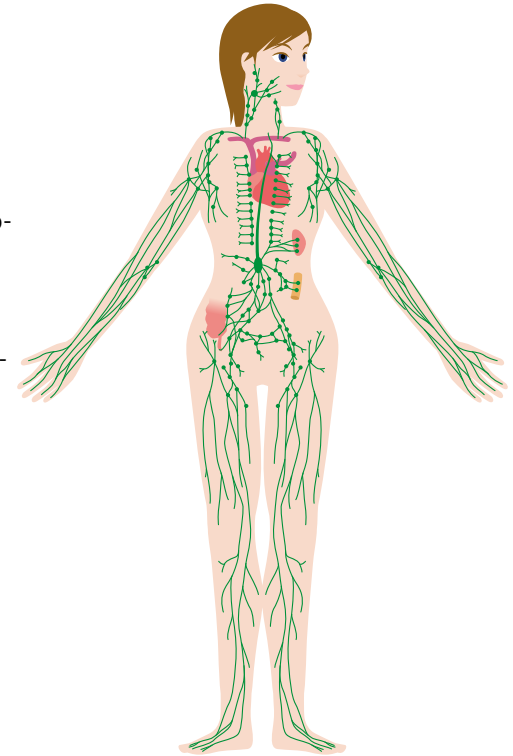
- powiększenie objętości kończyny,
- dolegliwości bólowe (ból rozpierający, piekący),
- upośledzenie sprawności funkcjonalnej.

U pacjentek po biopsji węzła wartowniczego powikłanie to występuje rzadko, dlatego nie podlegają one profilaktyce przeciwobrzękowej, chyba że były później leczone radioterapią. W początkowym okresie powstawania obrzęku pacjentka może nie zauważać żadnych niepokojących objawów – jest to tzw. **stadium 0 (utajone)**.



Dalszy postęp choroby to **stadium I – odwracalne**. W tym okresie kończyna jest nieco większa w obwodach, skóra jest nadal miękka, a stosowanie działań prewencyjnych (wysoka pozycja ułożeniowa, ćwiczenia i autodrenaż, rękaw profilaktyczny) przynosi efekty i poprawia jej stan.

**Stadium II – nieodwracalne spontanicznie** objawia się już znacznym powiększeniem rozmiarów kończyny i stwardnieniem skóry, czego nie udaje się zlikwidować wymienionymi powyżej sposobami profilaktycznymi. Na tym etapie rozwoju choroby pacjentka wymaga jak najszybszego wprowadzenia leczenia fizjoterapeutycznymi metodami zachowawczymi – kompleksową terapią udrażniającą/przeciwobrzękową (KTU/KTP).

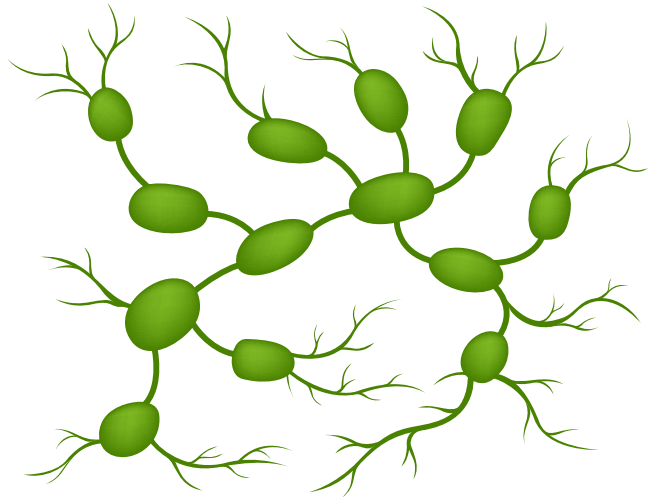


**Stadium III obrzęku (tzw. słoniowaczna limfatyczna)** polega na dalszym bardzo zaawansowanym wzroście objętości kończyny wraz z jej deformacją i stwardnieniem skóry pokrytej grudkami/kłykcinami, upośledzeniem funkcji ruchowej i nawracającymi stanami zapalnymi (róża). Leczenie tej fazy obrzęku jest trudne i długotrwałe oraz nie zawsze przynosi oczekiwane rezultaty w postaci zmniejszenia rozmiarów kończyny czy zmiany konsystencji tkanki podskórnej z twardej na miękką.



## Jak i gdzie leczyć obrzęk limfatyczny?

# Jak i gdzie leczyć obrzęk limfatyczny?



W Polsce dostępne jest leczenie zachowawcze obrzęku limfatycznego, wykonywane przez fizjoterapeutów z uprawnieniami do postępowania się metodą kompleksowej terapii przeciwobrzękowej/udrażniającej. W ośrodkach realizujących tę formę terapii w ramach umów z NFZ wymagane jest posiadanie przez pacjenta skierowania od lekarza

na zabiegi fizjoterapii lub do poradni specjalistycznej (angiologii, rehabilitacji). Wykaz ośrodków zajmujących się leczeniem obrzęku limfatycznego (rekomendowanych także przez stowarzyszenia amazońki) zamieszczamy na stronie: [pol.onkol.kielce.pl](http://pol.onkol.kielce.pl) i będziemy aktualizować go w czasie trwania projektu. Informacje o placówkach prowadzących tera-

pię obrzęku limfatycznego można uzyskać również w wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia (należy pytać o świadczeniodawców wykonujących procedurę 5.11.02.9000018). Pośród metod chirurgicznego leczenia obrzęku limfatycznego na uwagę zasługuje liposukcja. Zabieg polega na usuwaniu podskórnej tkanki tłuszczowej. Przewlekły obrzęk limfatyczny kończyny, występujący po leczeniu raka piersi, jest często związany z nadmierną obecnością tkanki tłuszczowej oraz zwłóknieniem tkanek podskórnych. Jeśli leczenie metodami zachowawczymi nie przynosi oczekiwanych efektów,

należy rozważyć możliwość zastosowania innych, bardziej inwazyjnych form terapii. Liposukcja w połączeniu z kompresjoterapią jest rekomendowanym postępowaniem terapeutycznym wobec przewlekłych obrzęków chłonnych. Niestety, techniki te nie są objęte refundacją przez NFZ. W Polsce pojawiają się również pierwsze zabiegi rekonstrukcji dróg chłonnych. Operacje wykonywane technikami supermikrochirurgicznymi: zespołń żylnolimfatycznych oraz przeszczepiania węzłń chłonnych są dostępne w ośrodkach w Słupsku i Gliwicach (możliwość refundowania przez NFZ).





## Zasady profilaktyki przeciwobrzękowej

# Zasady profilaktyki przeciwobrzękowej

Kobiety po leczeniu raka piersi są najbardziej narażone na wystąpienie obrzęku limfatycznego kończyny górnej (po stronie operowanej piersi), jeżeli:

- przebyły zabieg usunięcia wszystkich węzłów chłonnych dołu pachowego,
- mają wysoką masę ciała (nadwaga i otyłość),
- zostaną poddane radioterapii.

Dlatego już od pierwszej doby po operacji należy wprowadzać profilaktykę przeciwobrzękową, polegającą na:

- wykonywaniu ćwiczeń ruchowych 2 x dziennie (rano i po południu) po 10–15 minut, w rękawie profilaktycznym (kompresyjnym okrągłodzielnym o 1. klasie ucisku) w wysokiej pozycji łożeniowej – fot. 1,
- przeprowadzaniu automasażu (autodrenażu) po południu lub wieczorem,
- systematycznym noszeniu rękawa podczas aktywności – przez kilka godzin dziennie,



Fot. 1. Kończyna górna zaopatrzona w profilaktyczny rękaw kompresyjny.

- ochronie kończyny przed szkodliwymi czynnikami. Przedstawione poniżej zalecenia obowiązują nie tylko we wczesnym okresie pooperacyjnym. **Należy się do nich stosować przez całe życie**, ponieważ



Fot. 2. Pozycja łożeniowa w czasie wypoczynku i ćwiczeń.

ryzyko obrzęku rośnie wraz z czasem, jaki upłynął od operacji. Pozycja łożeniowa kończyny górnej po stronie operowanej powinna być stosowana zarówno podczas odpoczynku, jak i w trakcie ćwiczeń. Częste przyjmowanie tej pozycji zapewnia swobodny odpływ chłonki – fot. 2.

### Czynniki wyzwalające obrzęk limfatyczny:

- nadwaga, zwłaszcza otyłość,
- zastosowanie radioterapii,
- urazy i zakażenia (uwaga na oparzenia i skaleczenia, również w czasie pielęgnacji skóry i paznokci),
- czynniki termiczne (przeciwwskazana sauna i gorące kąpiele),
- brak aktywności fizycznej, ale i nadmierny wysiłek fizyczny (długotrwała praca bez rękawa kompresyjnego).

### Sygnaty ostrzegawcze wskazujące na objawy obrzęku limfatycznego:

- ból rozpierający kończyny,
- uczucie ciężkości kończyny,
- ciasne rękawy i rejon biżuterii (zegarek, bransoletka, obrączka),
- zauważalne obrzęki rąk lub przejściowe obrzęki,
- wgniatanie skóry pod naciskiem palca,
- zmiana temperatury w rejonie kończyny,
- zaburzenia czucia,
- ograniczenie ruchomości i siły w stawach kończyny górnej.

Jeżeli zaobserwujesz u siebie przynajmniej jeden z wymienionych objawów – natychmiast zgłoś się do fizjoterapeuty lub lekarza.



## Automasaż (autodrenaż)

# Automasaż (autodrenaż)

### Zasady automasażu

Oprócz właściwego postępowania i ochrony kończyny przed szkodliwymi czynnikami i przeciążeniami istotne znaczenie w profilaktyce przeciwobrzękowej odgrywa automasaż. Jest to masaż kończyny i klatki piersiowej wykonywany przez samą pacjentkę. Wykorzystuje się w nim elementy technik drenażu limfatycznego.

### Zapamiętaj:

- Masaż nie powinien wywoływać bólu, przeprowadzaj go w sposób delikatny, powolny i powierzchowny, bez pośpiechu, bez gwałtownych i mocnych bodźców.
- Wykonuj masaż 1–2 razy dziennie, rano i wieczorem przez ok. 10 minut z ręką ułożoną na specjalnym klinie.
- Wszystkie ruchy przeprowadzaj w kierunku dośrodkowym (w stronę sąsiadujących węzłów chłonnych).

- Każdy chwyt powtórz 5–6 razy.
- Przy wykonywaniu masażu omijaj okolicę blizny i miejsc napromienianych.
- Zachowaj odpowiednią kolejność chwytów.
- Zanim zaczniesz autodrenaż, przeprowadź kilka ruchów okrężnych barkami i 5–6 głębokich ćwiczeń oddechowych w celu pobudzenia centralnych odpywów limfy.

### Opis technik

- Głaskanie – wykonujemy całą dłoń, ułożoną płasko na ręce, ruchem bez dużego nacisku, miarowym i przyjemnym.
- Wyciskanie – chwyt obręczkowy: ujmij rękę pomiędzy kciuk i pozostałe palce, delikatnie stale naciskając, przesuwaj chwyt w kierunku barku.
- Ugniatanie – chwyt obręczkowy: ujmij rękę pomiędzy kciuk i pozostałe palce, delikatnie i miarowo przesuwasz dłoń

w kierunku barku, ugniatając ruchami pulsującymi; ruch ten składa się z 3 faz:  
1 – delikatnego nacisku,  
2 – przesunięcia skóry,  
3 – rozluźnienia chwytu.

- Rozcieranie – ruch okrężny: wykonuj chwyt opuszkami palców lub całą dłoń w rytmie: 1 sek. naprężenia skóry i 1 sek. odprężania naciśku na skórę.
- Oklepywanie – wykonuj szybkie i krótkie ruchy końcami palców zbliżone do uderzenia miotłką.

### Automasaż – samodzielne wykonanie w domu

Przyjmij wygodną pozycję. Najlepiej usiądź na niskim krześle, na wprost klina i ułóż na nim rękę, tak aby dłoń znajdowała się powyżej linii barku.

1. Rozpocznij od pobudzenia ruchem okrężnym węzłów chłonnych nadobojczykowych obustronnie – fot. 3, następnie węzłów chłonnych pachowych po stronie nieoperowanej – fot. 4. W dalszej



Fot. 3. Ruchy okrężne nad obojczykami.



Fot. 4. Ruchy okrężne na węzłach chłonnych pachowych po stronie nieoperowanej.



kolejności masuj węzły chłonne okolicy pachwiny po stronie operowanej piersi – fot. 5.

- Głaskanie przodu klatki piersiowej (nad blizną) od okolicy operowanej do zdrowych węzłów pachowych – fot. 6. W przypadku napromieniania tego rejonu omiń go i wykonaj głaskanie w kierunku na łopatkę – fot. 7.



Fot. 5. Ruchy okrężne na węzłach chłonnych pachwinowych po stronie operowanej piersi.



Fot. 6. Głaskanie nad blizną.

- Głaskanie boku klatki piersiowej od okolicy operowanej (pod blizną) do węzłów chłonnych pachwinowych po stronie operowanej – fot. 8.
2. Głaskanie ramienia barku i tułowia – rozpocznij ruch od  $\frac{3}{4}$  długości ramienia (a nie od dłoni!), prowadząc go:
- od strony wewnętrznej ramienia, przez klatkę piersiową nad blizną, do przeciwnego barku,
  - od strony zewnętrznej ramienia, przez bark, do łopatki,



Fot. 7. Głaskanie na łopatkę.



Fot. 8. Głaskanie pod blizną.



Fot. 9. Głaskanie ramienia.



Fot. 10.1 i 10.2. Głaskanie przedramienia.



Fot. 11 i 12. Głaskanie ręki.

- od spodu ramienia, przez dół pachowy i bok klatki piersiowej do pachwiny – fot. 9. W trakcie i po zakończonej radioterapii omijaj obszar napromieniowany i zakończ ruch głaskania na łopatkę.
- 3. Głaskanie przedramienia po stronie zewnętrznej i wewnętrznej od nadgarstka do łokcia – fot.10.1 i 10.2.
- 4. Głaskanie ręki po stronie grzbietowej i dłoniowej – fot. 11 i 12.
  - pogłaszcz prostymi palcami wszystkie palce równocześnie,
  - pogłaszcz każdy palec z osobna,
  - pogłaszcz kostkami zgiętych palców po śródreźcu.





Fot. 13. Głaskanie całej kończyny i tułowia.



Fot. 14. Wyciskanie.

5. Głaskanie całej kończyny i tułowia poprowadź w trzech kierunkach – fot. 13.

- Po stronie wewnętrznej do klatki piersiowej i przeciwnego barku.
- Po stronie zewnętrznej do barku i łopatki.
- Od spodu do boku klatki piersiowej i pachwiny.



Fot. 15. Ugniatanie.

W trakcie i po zakończonej radioterapii omijaj obszar napromieniany i zakończ ruch głaskania na łopatce.

6. Wyciskanie ruchem obręczkowym prowadź od nadgarstka do barku, obejmując kończynę dłoń z kciukiem ustawionym przeciwnie do pozostałych palców. Delikatnie zaciśnij dłoń i przesuwaj ją najpierw od strony górnej kończyny, kończąc głaskaniem na klatce piersiowej w kierunku przeciwnej pachy. W przypadku napromieniania tego obszaru – zakończ na łopatce. Następnie wyciskaj od strony dolnej, kończąc głaskaniem w kierunku boku klatki piersiowej i pachwiny – fot. 14.
7. Ugniatanie ruchem pulsującym od nadgarstka do barku – chwyt jak w wyciskaniu. Ruch polega na delikatnym zaciskaniu i zwalnianiu nacisku dłoń w spokojnym rytmie. Dłoń najpierw przesuwaj od strony górnej kończyny, kończąc głaskaniem na klatce piersiowej w kierunku przeciwnej pachy. W przypadku napromieniania tego obszaru – zakończ na łopatce. Następnie ugniataj od strony dolnej, kończąc głaskaniem w kierunku boku klatki piersiowej i pachwiny – fot. 15.



Fot. 16. Rozcieranie.

8. Rozcieranie ruchem okrężnym wykonaj, stosując 1-sekundowe przesuwanie skóry i jej odprężanie opuszkami palców (zataczanie kółeczek). Rozpocznij od strony wewnętrznej kończyny w kierunku barku, kończąc głaskaniem na klatce piersiowej w stronę drugiej pachy. W przypadku napromieniania tego obszaru – zakończ na łopatce. Następnie rozcieraj kończynę od strony zewnętrznej w kierunku łopatki. Potem wykonaj rozcieranie od spodu kończyny, kończąc głaskaniem w stronę boku klatki piersiowej i pachwiny – fot. 16.



Fot. 17. Oklepywanie.

9. Oklepywanie ruchem miotełkowym – wykonuj tylko od spodu kończyny, kierując się od nadgarstka do ramienia z pominięciem dołu pachowego – jest to ruch energicznego i delikatnego oklepywania końcówkami palców – fot. 17.
10. Ponowne głaskanie całej kończyny, jak w punkcie 5. – fot.13.
11. Wstrząsanie – wznies w górę i energicznie potrząśnij całą kończyną górną – fot. 18.



Fot. 18. Wstrząsanie kończyną górną.





## Usprawnianie ruchowe po zabiegach radykalnych i oszczędzających z limfadenektomią

# Usprawnianie ruchowe po zabiegach radykalnych i oszczędzających z limfadenektomią

Celem ćwiczeń jest poprawa zakresów ruchomości i siły mięśniowej w stawach kończyny górnej i pasa barkowego, zapobieganie wytwarzaniu się obrzęku limfatycznego i wad postawy. Ćwiczenia ruchowe stwarzają dobre warunki do zapewnienia elastyczności struktur stawowych i mięśniowych obręczy barkowej i kończyny górnej. Stanowią ważny czynnik wpływający na poprawę krążenia krwi i limfy. Nie można pominąć roli ćwiczeń oddechowych, które kształtując klatkę piersiową, poprawiają jej elastyczność, a także stymulują przepływ płynów w kończynie i mobilizują obszar blizny.

### Jak ćwiczyć?

- Ćwiczenia wykonuj do granicy bólu, 2 razy dziennie w seriach po ok. 10–15 minut.

- Unikaj gwałtownych, szarpanych ruchów.
- Każde ćwiczenie powtórz 10–15 razy, a w przypadku ćwiczeń oddechowych – wykonaj 5–6 powtórzeń.
- Między ćwiczeniami wznos w górę rękę, energicznie nią wstrząsając.

### Ćwiczenia w 1.–6. dobie po zabiegu u kobiet po operacjach radykalnych i oszczędzających.

Ćwiczenia można wykonywać w rękawie profilaktycznym.

Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ręka po stronie leczonej piersi ułożona na klinie przeciwobrzękowym, nogi ugięte.

1. Zaciskaj dłoń w pięść (można zastosować gąbkę lub miękką piłeczkę) – fot. 19.
2. Rozstawiaj szeroko i złączaj razem palce dłoni – fot. 20.



Fot. 19. Zaciskanie dłoni.



Fot. 20. Rozstawianie i złączanie palców.



Fot. 21. Gra na pianinie.



Fot. 22. Ruchy okrężne dłonią.

3. Wykonaj ruchy palców jak przy grze na pianinie – fot. 21.
4. Wykonaj ruchy okrężne w nadgarstku – 10 razy w prawo i 10 razy w lewo – fot. 22.



Fot. 23. Zginanie i prostowanie ręki w stawie łokciowym.



Fot. 24. Ćwiczenie oddechowe torem pierświm.

5. Odwróć przedramię, wykonaj zgięcie i wyprost w stawie łokciowym (zbliżając dłoń do barku) – fot. 23.
6. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, jedna dłoń ułożona na brzuchu, druga na klatce piersiowej; wykonaj wdech przez nos – uwypuklenie klatki piersiowej, a potem głośny i długi wydech przez usta (jak zdmuchnięcie świeczki) – fot. 24.





Fot. 25. Wznoszenie rąk w górę.



Fot. 26. „Orzetek/aniotek na śniegu”.

7. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ramiona wyprostowane w stawach łokciowych. **RUCH:** ręką strony nieoperowanej podtrzymuj nadgarstek strony operowanej i wspomagaj ruch wznoszenia ramion przodem w górę, za głowę – na końcu ruchu utrzymaj pozycję przez 3 sekundy i opuść ręce do pozycji wyjściowej (w domu użyj kijka) – fot. 25.
8. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ramiona wyprostowane w stawach łokciowych. **RUCH:** przesuwaj po podłożu wyprostowane ramiona bokiem w górę do granicy bólu, w kierunku głowy – jakbyś robiła „orzetka/aniotka na śniegu” – fot. 26.



Fot. 27. Ruch wkręcania i wykręcania żarówek.

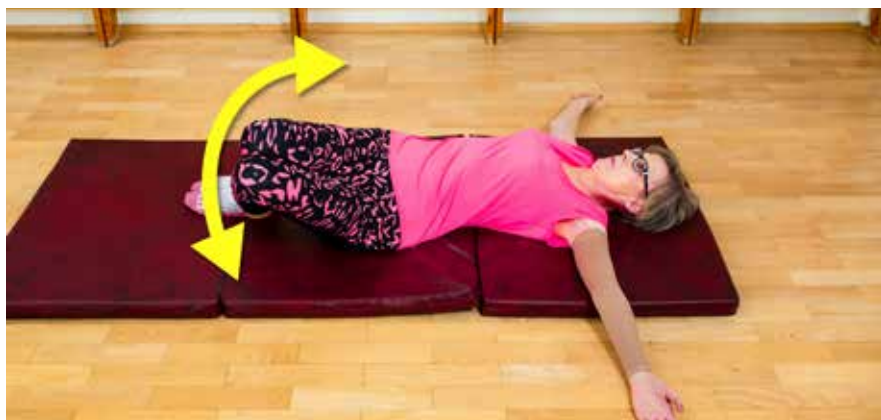


Fot. 28. Zaciskanie dłoni lub piłeczki.

9. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ramiona proste wyciągnięte przed siebie. **RUCH:** wykonaj ruch obrotowy ramion na zewnątrz i do wewnątrz – jak przy wkręcaniu i wykręcaniu żarówek, na zakończenie wstrząśnij ręką – fot. 27.
10. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ramiona proste wyciągnięte przed siebie. **RUCH:** wykonuj szybkie zaciskanie dłoni w pięść lub gnieciecie miękkiej piłeczki – fot. 28.



Fot. 29. Ćwiczenie oddechowe torem piersiowym.



Fot. 30. Przenoszenie zgiętych kolan na boki.

### Ćwiczenia w 7.–14. dobie po zabiegu u kobiet po operacjach radykałnych i oszczędzających

Ćwiczenia należy wykonywać w rękawie profilaktycznym.

1. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, przeciwna dłoń ułożona na klatce piersiowej po stronie operowanej – wdech powietrza nosem, następnie głośny i długi wydech ustami (jak zdmuchnięcie świeczek) – fot. 29.
2. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ramiona na podłożu rozłożone w bok do kąta 90°, nogi ugięte w kolanach, stopy razem. **RUCH:** przenieś oba kolana raz na prawą, raz na lewą stronę, bez odrywania stóp i ramion od podłoża – fot. 30.



Fot. 31. Wznoszenie ręki bokiem w górę.



Fot. 32.1 i 32.2. Ćwiczenie oddechowe.

3. Pozycja wyjściowa: leżenie na boku strony nieoperowanej, nogi zgięte w kolanach, ręka ułożona wzdłuż tułowia. **RUCH:** unosz usprawnianą rękę bokiem w górę (ramię do ucha), następnie opuszczaj do pozycji wyjściowej – fot. 31.
4. Pozycja wyjściowa: siad na krześle, dłonie ułożone na karku, plecy proste. **RUCH:** ściągnij łokcie do tyłu z jednoczesnym wdechem powietrza nosem, następnie skieruj łokcie w przód – wykonując wydłużony wydech ustami – fot. 32.1 i 32.2.





Fot. 33.1 i 33.2. Ramiona w tył.

5. Pozycja wyjściowa: siad na krześle. **RUCH:** połóż dłonie na przeciwnych barkach, krzyżując ramiona na klatce piersiowej, następnie ostrożnie wyprostuj i skieruj ręce w tył, w płaszczyźnie poziomej – fot. 33.1 i 33.2.



Fot. 34. Przekładanie piłeczki przed i za tułowiem.



Fot. 35. Wznoszenie ramion z kijkiem.

6. Pozycja wyjściowa: siad na krześle. **RUCH:** w tej samej płaszczyźnie ruchu przekładaj piłeczkę z ręki do ręki, raz przed klatką piersiową, raz za plecami, bez pochylania tułowia w przód – fot. 34.
7. Pozycja wyjściowa: stojąc, rozprostuj kończyny górne na szerokość barków, chwyć kijek dłońmi. **RUCH:** wnieś obie ręce ponad głowę, na końcu ruchu utrzymaj pozycję przez 3 sekundy i opuść ręce do pozycji wyjściowej – fot. 35.





Fot. 36.1. Ramiona z kijkiem za tułowiem.



Fot. 36.2. Ramiona z kijkiem w tył.

8. Pozycja wyjściowa: stojąc, trzymaj kijek w dłoniach za tułowiem.  
**RUCH:** ściągnij łopatek z wypchnięciem kijka w tył i wytrzymaj 3 sekundy; wróć do pozycji wyjściowej. Nie pochylaj tułowia w przód, utrzymaj napięty brzuch (wciągnij pępek do kręgosłupa) – fot. 36.1 i 36.2.



Fot. 37.1. Ręce z kijkiem za tułowiem.



Fot. 37.2. Ręce z kijkiem do łopatek.

9. Pozycja wyjściowa: stojąc, trzymaj kijek w dłoniach za tułowiem.  
**RUCH:** przesuwał kijek po tułowiu w kierunku łopatek, z ich ściągnięciem, wytrzymaj 3 sekundy, wróć do pozycji wyjściowej – fot. 37.1 i 37.2.



Fot. 38.1. Szeroki chwyt kijka.



Fot. 38.2. Ręce z kijkiem bokiem w górę.



Fot. 39. Krążenia barkami.



Fot. 40.1. Zaciśnięcie piłeczki.



Fot. 40.2. Wstrząsanie.

10. Pozycja wyjściowa: stojąc, obejmij dłońmi końce kijka. **RUCH:** przesuń kijek bokiem w górę po ciele – raz w jedną, raz w drugą stronę, bez pochylania tułowia w bok – fot. 38.1 i 38.2.
11. Pozycja wyjściowa: stojąc, trzymaj ręce swobodnie wzdłuż tułowia. **RUCH:** wykonaj ruchy okrężne barków w tył, a następnie w przód – fot. 39.
12. Pozycja wyjściowa: stojąc, rękę usprawnianą unieś w górę nad głowę, trzymając w dłoni piłkę lub gąbkę. **RUCH:** szybko zaciskaj dłoń z piłką/gąbką, na końcu wstrząśnij ręką – fot. 40.1 i 40.2.



## Automasaż blizny

Po wygojeniu ran należy wprowadzić delikatny automasaż blizny – jako profilaktykę bliznowców i zwłóknień. Wykonuje się go poprzez głaskanie skóry wokół blizny: od mostka, nad blizną w kierunku pachy, wracając dołem pod blizną – fot. 41. W tych samych kierunkach wykonaj rozcieranie ruchem okrężnym opuszkami palców – fot. 42.



Fot. 41. Głaskanie blizny.

Na zakończenie połóż dłoń nad blizną, delikatnie naciśnij skórę i przesun ją raz w jedną, raz w drugą stronę, po kilka razy. Następnie zwolnij ucisk i powtórz ten ruch ok. 10 razy w kilku miejscach nad i pod blizną – fot. 43. W przypadku pojawienia się powikłań związanych z gojeniem blizny należy zgłosić się do fizjoterapeuty w celu podjęcia leczenia, np. metodą mobilizacji blizny bądź oklejania taśmami Kinesiology Taping.



Fot. 42. Rozcieranie blizny.

## Ćwiczenia w 15.–30. dobie po zabiegu, u kobiet po operacjach radykalnych i oszczędzających

Ćwiczenia należy wykonywać w rękawie profilaktycznym.

1. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, nogi zgięte w kolanach, stopy na materacu, na szerokość bioder, ramiona wzdłuż tułowia. **RUCH:** przenoś ramiona przodem w górę, za głowę – wdech nosem. Opuszczaj ramiona bokiem w dół po materacu – wydech ustami – fot. 44.



Fot. 43. Przesuwanie blizny.



Fot. 44. Ćwiczenie oddechowe.



Fot. 45. Skręty kolan do wewnątrz.

2. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ręce rozłożone w bok do kąta 90°, nogi zgięte w kolanach, stopy w rozkroku. **RUCH:** naprzemiennie skracaj kolana do środka bez odrywania stóp od podłoża (prawe kolano do lewej stopy i odwrotnie) – fot. 45.



Fot. 46.1. Przekładanie piłeczki za głowę.



Fot. 46.2. Przekładanie piłeczki ze wznoszeniem bioder.

3. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, nogi zgięte w kolanach, ramiona wzdłuż tułowia, piłka w dłoni usprawnianej. **RUCH:** odwodź wyprostowane ręce bokiem w górę z przełożeniem piłki nad głowę, następnie opuszczaj ręce bokiem w dół, z jednoczesnym uniesieniem bioder w górę i przełożeniem piłeczki pod pośladkami – fot. 46.1 i 46.2.
4. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, nogi zgięte w kolanach, stopy na szerokość bioder, ręce wzdłuż tułowia trzymają kijek ułożony



Fot. 47. Przesuwanie rąk z kijkiem po podłożu ze wznoszeniem bioder.



Fot. 48. Skręty kolan z piłką.

- pod biodrami. **RUCH:** unieś biodra w górę z jednoczesnym przesuwaniem kijka po podłożu w kierunku łożeczek. Powrót do pozycji wyjściowej – fot. 47.
5. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, nogi zgięte w kolanach, ułożone na dużej piłce (lub w górze w pozycji krzesetkowej), ramiona w bok, brzuch napięty. **RUCH:** przenoś kolana wraz z piłką raz na lewą, raz na prawą stronę, bez odrywania ramion od podłoża – fot. 48.





Fot. 49. Przenoszenie ręki w tył ze skrzyśtem tułowia.



Fot. 50. Przenoszenie ręki za głowę z wyprostowaniem nogi.

6. Pozycja wyjściowa: leżenie na boku strony nieoperowanej, nogi zgięte w kolanach, ręka po stronie nieoperowanej – pod głowę, ręka po stronie operowanej – wyciągnięta na podłozie przed siebie. **RUCH:** przenoś wyprostowaną rękę za siebie ze skrzyśtem tułowia w tył – patrz za rękę i wytrzymaj na końcu ruchu przez 3 sekundy. Powrót do pozycji wyjściowej – fot. 49.
7. Pozycja wyjściowa: leżenie na boku strony nieoperowanej, nogi zgięte w kolanach, ręka wzdłuż tułowia wyprostowana w łokciu, dłoń trzyma pićczkę na biodrze. **RUCH:** przenoś pićczkę za głowę w kierunku podłozu z równoczesnym wyprostowaniem nogi po stronie usprawnianej – wydłużenie tułowia – fot. 50.



Fot. 51.1. Ręka z pićczką w górze.



Fot. 51.2. Przenoszenie ręki z pićczką na kark.



Fot. 51.3. Przenoszenie ręki z pićczką na łopatkę.

8. Pozycja wyjściowa: leżenie na boku strony nieoperowanej, nogi zgięte w kolanach, ręka prosta, uniesiona w bok do kąta 90°, w ręce pićczka. **RUCH:** zginaj rękę w łokciu, przenoś pićczkę za kark w stronę łopatki. Wróć do pozycji wyjściowej i przenieś pićczkę za plecy na łopatkę – fot. 51.1, 51.2 i 51.3.



Fot. 52. Przetaczanie piłki w przód.



Fot. 53.1. Ręce przed siebie.



Fot. 53.2. Skręty tułowia z ręką w tył.

9. Pozycja wyjściowa: siad na piętach, ręce wyprostowane, oparte o dużą piłkę, plecy proste. **RUCH:** przetaczaj piłkę do przodu, pochylając tułów, bez odrywania pośladków – fot. 52.

10. Pozycja wyjściowa: siad na taborecie lub piłce. Ręce uniesione w przód na wysokość barków, wyprostowane w łokciach, dłonie oparte na ścianie. **RUCH:** wykonaj skręt tułowia z przeniesieniem ręki do tyłu (wzrok za ręką) – wdech nosem. Powrót do pozycji wyjściowej – wydech ustami – fot. 53.1 i 53.2.



Fot. 54. Ruchy okrężne z kijkiem.



Fot. 55.1. Kijek za plecami.



Fot. 55.2. Przesuwanie rąk z kijkiem za plecami.

11. Pozycja wyjściowa: siad na krześle, ręce wyprostowane w łokciach trzymając końce kijka opartego na kolanach. **RUCH:** wykonaj obszerne krążenie rękami z kijkiem dookoła siebie – w jedną, a następnie w drugą stronę – fot. 54.

12. Pozycja wyjściowa: stojąc, umieść kijek za plecami, jedną dłoń trzymaj go chwytem na wysokości bioder, drugą na wysokości karku, łokcie zgięte. **RUCH:** przesuwaj kijek w górę po ciele aż do wyprostowania łokcia, wróć do pozycji wyjściowej i zmień chwyt rąk – fot. 55.1 i 55.2.



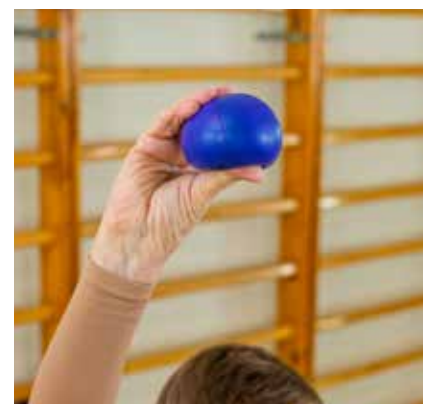
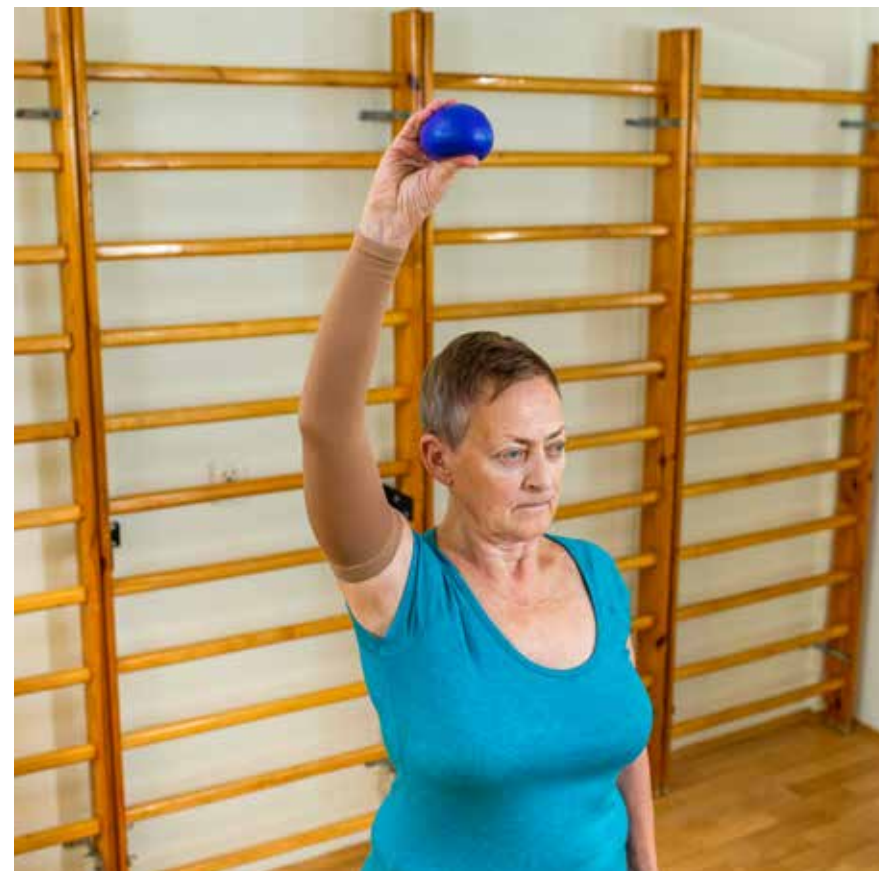


Fot. 56.1. Ramiona z kijkiem w górę.



Fot. 56.2. Przenoszenie rąk z kijkiem za głowę.

13. Pozycja wyjściowa: stojąc, z rękami wyprostowanymi w łokciach, trzymaj kijek na szerokość bioder. **RUCH:** wznosź ręce ponad głowę, następnie zegnij w łokciach i przenieś kijek za kark, bez pochylenia głowy w przód, a następnie powrót do pozycji wyjściowej – fot. 56.1 i 56.2.
14. Pozycja wyjściowa: ręka usprawniana, uniesiona w górę nad głowę, trzyma w dłoni piłkę lub gąbkę. **RUCH:** szybko zaciskaj piłkę/gąbkę, na końcu wstrząśnij ręką – fot. 57.



Fot. 57. Zaciskanie piłeczki.

### Pamiętaj!

Dbaj o utrzymanie umiarkowanej aktywności fizycznej i bierz udział w lubianych zajęciach ruchowych (co najmniej 3 razy w tygodniu po 45 minut). Mogą to być np. spacer, nordic walking, bieganie, pływanie, joga, aerobik.





## Zalecenia i usprawnianie po operacjach odtwórczych piersi

# Zalecenia i usprawnianie po operacjach odtwórczych piersi

Operacje rekonstrukcji piersi mogą być przeprowadzane w trybie jednoczasowym lub odroczone. Metoda ta jest bezpieczna i przynosi zadowalające efekty estetyczne bez zwiększania ryzyka wystąpienia powikłań onkologicznych – nawrotów choroby wskutek niedoszczętnego wycięcia nowotworu. Odroczonej operacji odtwórczą wykonuje się po upływie co najmniej 4–6 miesięcy od zakończenia chemioterapii i 12–24 miesięcy po zakończeniu radioterapii, natomiast u chorych, u których nie stosuje się leczenia uzupełniającego, może być ona przeprowadzona wcześniej. Wybór optymalnego czasu zabiegu po napromienianiu jest uwarunkowany powrotem prawidłowej funkcji szpiku kostnego oraz ustąpieniem zmian miejscowych po napromienianiu (odczyn zapalny, zmiany naczyniowe i włóknienie). Dostępne są również zabiegi chirurgii onkoplastycznej piersi, które opierają się na dwóch szeroko

stosowanych technikach: przemieszczaniu płatów skórno-gruczołowych w miejsce ubytku i zastępowaniu usuniętego miększu własnymi tkankami chorej. Technika ta zależy od wielkości piersi. Przemieszczanie tkanek sąsiadujących pozwala na wypełnienie małych lub średnich ubytków po wycięciu guza piersi. Zabieg ten przyczynia się do poprawy stanu fizycznego i psychicznego chorych, a także podnosi jakość życia.

### Istnieją następujące rodzaje operacji odtwórczych:

#### Wszczepienie ekspandera i protezy oraz ekspanderoprotezy

Odtworzenie piersi z wszczepieniem endoprotezy polega na wprowadzeniu pod mięsień piersiowy większy ekspandera, który po wygojeniu rany jest stopniowo dopełniany płynem fizjologicznym.

Rozprężenie tkanek może trwać kilka miesięcy. Skrócenie czasu tej techniki rekonstrukcji możliwe jest dzięki zastosowaniu ekspanderoprotezy. W przypadku piersi o mniejszej objętości pod mięsień piersiowy wprowadzana jest proteza niewymagająca dalszego uzupełniania. Pacjentka po wykonanym zabiegu przez okres ok. 8 tygodni powinna używać specjalnego biustonosza z pasami obejmującymi od góry odtworzoną pierś – fot. 58, o czym decyduje lekarz. Zadaniem takiej bielizny jest zapobieganie przemieszczeniu się implantu w dół lub do góry poza wytworzoną w czasie operacji kieszeń.

#### Wykorzystanie tkanek własnych (autogennych):

1. metodą LD – z zastosowaniem płata skórno-mięśniowego z mięśnia najszerzego grzbietu (często z użyciem protezy lub ekspandera),
2. bardzo rzadko stosowaną metodą TRAM – z zastosowaniem poprzecznego wyspowego płata skórno-mięśniowego z mięśnia prostego brzucha.

#### Postępowanie fizjoterapeutyczne przed operacją

Rozpoczęcie postępowania przed zabiegiem uwarunkowane jest odpowiednim przygotowaniem



Fot. 58. Pacjentka po zabiegu jednoczasowej rekonstrukcji piersi protezą z zastosowaniem pasa kompresyjnego.

miejsca dawczego i biorczego. W tym celu stosuje się usprawnianie ruchowe wzmacniające mięśnie służące do przeszczepu (LD, TRAM) oraz poprawiające zakresy ruchomości stawów obręczy barkowej. Wykonywane są również zabiegi przywracające elastyczność blizny, np. mobilizacje i ćwiczenia oddechowe. Przed każdą planowaną rekonstrukcją piersi należy pamiętać o profilaktyce przeciwobrzękowej, jeżeli pacjentka jest w grupie ryzyka.

## Postępowanie fizjoterapeutyczne po operacji z użyciem ekspandera lub protezy

- W profilaktyce przeciwobrzękowej stosuje się: pozycję ułożeniową na klinie, automasaż, ochronę kończyny przed urazami mechanicznymi i przeciążeniami oraz ćwiczenia czynne wolne z dynamiczną pracą mięśni kończyny górnej po stronie operowanej.
- W pierwszym miesiącu po implantacji zaleca się unikanie dźwigania ciężarów i gwałtownych szarpnięć kończyną powyżej linii barku oraz ćwiczenia obręczy barkowej bez nadmiernej pracy mięśnia piersiowego większego (**dopuszczalny zakres ruchu zgięcia w stawie ramiennym to kąt 90° i nie należy go przekraczać!**). Ograniczenie to nie oznacza jednak unikania wykonywania prostych czynności ręką, jak: mycie włosów, sporządzanie posiłków, nie powinno również prowadzić do przyjmowania niewłaściwej sylwetki ciała (chodzenie w pozycji zgarbionej z przywiedzioną do tułowia ręką). Zalecenie to nie dotyczy też kobiet po przeprowadzonej **rekonstrukcji prepektoralnej**, w czasie której mięsień

piersiowy większy nie został naruszony przez chirurga.

- W kolejnych dobach przez najbliższy miesiąc stopniowo wprowadza się w warunkach domowych gimnastykę obręczy barkowej we wszystkich płaszczyznach ruchu, ale bez pokonywania kąta prostego w czasie wznoszenia ramienia przodem i bokiem.

### Ćwiczenia w 1.– 6. dobie po zabiegu u kobiet po operacjach odtwórczych z usuniętym węzłem wartowniczym

Ćwiczenia należy wykonywać w pasie kompresyjnym.

U pacjentek z usuniętymi węzłami chłonnymi pachowymi lub po radioterapii zaleca się stosowanie do ćwiczeń rękawa profilaktycznego i zachowanie pozycji drenazowej dla ręki (wysokie ułożenie ręki na klinie).

Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ręce wzdłuż tułowia, nogi ugięte.

1. Zaciskaj dłoń w pięść (można zastosować gąbkę lub miękką piłeczkę) – fot. 59.
2. Palce dłoni rozstawiaj szeroko i złączaj razem – fot. 60.



Fot. 59. Zaciskanie dłoni lub piłeczki.



Fot. 60. Rozstawianie i łączenie palców.



Fot. 61. Gra na pianinie.



Fot. 62. Ruchy okrężne dłonią.

3. Wykonaj ruchy palców jak przy graniu na pianinie – fot. 61.
4. Wykonaj ruchy okrężne w nadgarstku, 10 razy w prawo i 10 razy w lewo – fot. 62.



Fot. 63. Zginanie i prostowanie ręki w łokciu.



Fot. 64. Ćwiczenie oddechowe torem piersiowym.

5. Odwróć przedramię, wykonaj zgięcie i wyprost w stawie łokciowym (dłoń do barku) – fot. 63.
6. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, jedna dłoń ułożona na brzuchu, druga na klatkę piersiową; wykonaj wdech przez nos – uwypuklając klatkę piersiową, a potem głośny i długi wydech przez usta („zdmuchnięcie świeczki”) – fot. 64.





Fot. 65. Wznoszenie rąk do kąta 90° (wykorzystaj też kijek).



Fot. 66. „Orzełek/aniótek na śniegu” do kąta 90°.

7. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ramiona wyprostowane w stawach łokciowych. **RUCH:** ręką strony nieoperowanej podtrzymuj nadgarstek strony operowanej i wspomagaj ruch wznoszenia ramion przodem w górę maksymalnie do kąta 90° – na końcu ruchu utrzymaj pozycję przez 3 sekundy i opuść ręce do pozycji wyjściowej (w domu użyj kijka) – fot. 65.
8. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ramiona wyprostowane w stawach łokciowych. **RUCH:** przesuwaj po podłożu wyprostowane ramiona bokiem w górę w kierunku głowy, maksymalnie do kąta 90° (jakbyś wykonywała „orzełka/aniółka na śniegu”) – fot. 66.



Fot. 67. Wkręcanie i wykręcanie żarówek.



Fot. 68. Zaciskanie dłoni lub piłeczki.

9. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ramiona proste wyciągnięte przed siebie. **RUCH:** wykonaj ruch obrotowy ramion na zewnątrz i do wewnątrz, naśladując wkręcanie i wykręcanie żarówek; na zakończenie wstrząśnij ręką – fot. 67.
10. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ramiona proste wyciągnięte przed siebie. **RUCH:** szybko zaciskaj dłoń w pięść lub gnieć miękką piłeczkę – fot. 68.



Fot. 69. Ćwiczenie oddechowe.



Fot. 70. Skręty kolan.

### Ćwiczenia w 7.– 14. dobie po zabiegu u kobiet po operacjach odtwórczych z usuniętym węzłem wartowniczym

Ćwiczenia należy wykonywać w pasie kompresyjnym.

U pacjentek z usuniętymi węzłami chłonnymi pachowymi lub po radioterapii zaleca się stosowanie do ćwiczeń rękawa profilaktycznego i zachowanie pozycji drenażowej dla ręki (wysokie ręki ułożenie na klinie).

1. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, dłoń na klatce piersiowej po stronie operowanej – wykonaj wdech powietrza nosem, następnie głośny wydech ustami – fot. 69.



Fot. 71. Zaciskanie piłeczki.

2. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ramiona na podłożu ułożone w bok do kąta 90°, nogi zgięte w kolanach, stopy razem. **RUCH:** przenoś oba kolana raz na prawą, raz na lewą stronę, bez odrywania stóp i ramion od podłoża – fot. 70.
3. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ręka usprawniana uniesiona przed siebie do kąta 90° trzyma w dłoni piłkę lub gąbkę. **RUCH:** szybko zaciskaj piłkę/gąbkę – fot. 71.





Fot. 72. Wznoszenie ręki bokiem do kąta 90°.



Fot. 73.1 i 73.2. Ćwiczenie oddechowe.

4. Pozycja wyjściowa: leżenie na boku strony nieoperowanej, nogi zgięte w kolanach, ręka wzdłuż tułowia. **RUCH:** unosz rękę usprawnianą bokiem w górę, maksymalnie do kąta 90°, następnie opuszczaj do pozycji wyjściowej – fot. 72.
5. Pozycja wyjściowa: pozycja siedząca, dłonie ułożone na karku. **RUCH:** ściągnij łokcie do tyłu z jednoczesnym wdechem powietrza nosem, następnie wysuń łokcie w przód i wykonaj wydłużony wydech ustami – fot. 73.1 i 73.2.



Fot. 74.1. Ramiona skrzyżowane.



Fot. 74.2. Wyprost ramion w tył.

6. Pozycja wyjściowa: siad na krześle. **RUCH:** połóż dłonie na przeciwnych barkach, krzyżując ramiona na klatce piersiowej, następnie ostrożnie wyprostuj i skieruj w tył w płaszczyźnie poziomej – fot. 74.1 i 74.2.



Fot. 75.1. Przekładanie piłeczki przed tułowiem.



Fot. 75.2. Przekładanie piłeczki za tułowiem.

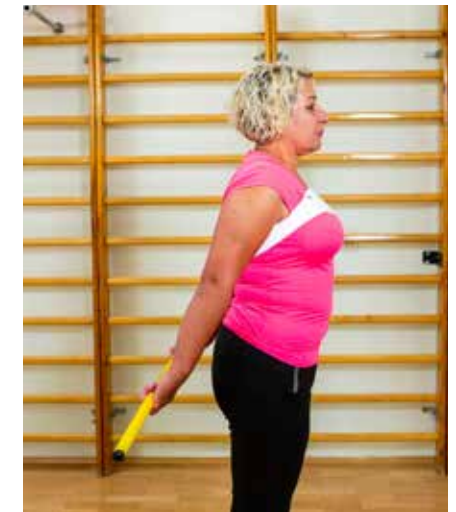
7. Pozycja wyjściowa: siad na krześle, ręce w przód uniesione do kąta 90°, w dłoni miękka piłeczka. **RUCH:** przekładaj piłeczkę z ręki do ręki, raz przed klatką piersiową, raz za plecami, bez pochylania tułowia w przód – fot. 75.1 i 75.2.



Fot. 76. Wznoszenie rąk z kijkiem do kąta 90°.



Fot. 77.1. „Ściągnięcie” łopatek.



Fot. 77.2. Ramiona z kijkiem w tył.

8. Pozycja wyjściowa: stojąc, trzymaj rękami kijek na szerokość barków. **RUCH:** wzniesie obie kończyny maksymalnie do kąta 90°, a następnie wróć do pozycji wyjściowej – fot. 76.
9. Pozycja wyjściowa: stojąc, trzymaj kijek w dłoniach za tułowiem. **RUCH:** „ściągnij” łopatki z wypchnięciem kijka w tył, wytrzymaj 3 sekundy i wróć do pozycji wyjściowej. Nie pochylaj tułowia w przód, utrzymaj napięty brzuch (wciągnij pępek do kręgosłupa) – fot. 77.1 i 77.2.





Fot. 78.1. Ramiona z kijkiem za tułowiem.



Fot. 78.2. Przesuwanie rąk z kijkiem do topacek.

10. Pozycja wyjściowa: stojąc, kijek trzymaj w dłoniach za tułowiem.  
**RUCH:** przesuwaj kijek po tułowiu w kierunku topacek, z ich ściągnięciem, wytrzymaj 3 sekundy, wróć do pozycji wyjściowej – fot. 78.1 i 78.2.



11. Pozycja wyjściowa: stojąc, obejmij dłońmi końce kijka. **RUCH:** przesuwaj kijek bokiem w górę po ciele, maksymalnie do kąta 90°, wróć do pozycji wyjściowej, druga kończyna górna (po stronie nieoperowanej) wykonuje ruch w pełnym zakresie – fot. 79.

Fot. 79. Wznoszenie rąk z kijkiem bokiem w górę do kąta 90°.

### Automasaż odtworzonej piersi

Po wygojeniu ran należy wprowadzić delikatny automasaż odtworzonej piersi – jako profilaktykę zwłóknień (wytworzenia się torebki łącznotkankowej wokół implantu). Wykonaj gładzenie przez górną część piersi w kierunku pachy, wracając dołem po piersi aż do mostka – fot. 80. W tych samych kierunkach wykonaj rozcieranie ruchem okrężnym opuszkami palców wokół piersi – fot. 81. Na zakończenie połóż dłoń na górze piersi, delikatnie naciśnij skórę i przesunij ją raz w jedną, raz w drugą stronę kilka razy. Następnie zwolnij ucisk i powtórz ten ruch ok. 10 razy w kilku



Fot. 80. Gładzenie skóry odtworzonej piersi.



Fot. 81. Rozcieranie skóry odtworzonej piersi.



Fot. 82. Przesuwanie skóry odtworzonej piersi.

miejscach w obszarze operowanej piersi – fot. 82. W przypadku pojawienia się powikłań należy zgłosić się do fizjoterapeuty w celu podjęcia leczenia metodami takimi jak np. mobilizacja blizny czy oklejanie taśmami Kinesiology Taping.



Fot. 83. Ćwiczenie oddechowe ze wznoszeniem rąk.



Fot. 84. Skręty kolan do wewnątrz.

### Ćwiczenia w 15.–30. dobie u kobiet po operacjach odtwórczych piersi z usuniętym węzłem wartowniczym

Ćwiczenia należy wykonywać w pasie kompresyjnym.

U pacjentek z usuniętymi węzłami chłonnymi pachowymi lub po radioterapii zaleca się stosowanie do ćwiczeń rękawa profilaktycznego i zachowania pozycji drenażowej dla kończyny górnej (wysokie jej ułożenie na klinie).

1. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, nogi zgięte w kolanach, stopy na materacu, na szerokość bioder, ręce wzdłuż tułowia. **RUCH:** przenieś ręce przodem w górę maksymalnie do kąta 90° – wdech nosem, następnie opuść ręce bokiem w dół na podłoże – wydech, powrót do pozycji wyjściowej – fot. 83.





Fot. 85.1. Ramiona z piłeczką w bok do kąta 90°.



Fot. 85.2. Przełożenie piłeczki pod wzniesionymi biodrami.

2. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ręce rozłożone w bok do kąta 90°, nogi zgięte w kolanach, stopy w rozkroku. **RUCH:** wykonuj naprzemienne skręcanie kolan do środka bez odrywania stóp od podłoża, prawe kolano do lewej stopy i odwrotnie – fot. 84.
3. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, ręce wzdłuż tułowia, piłka w dłoni usprawnianej. **RUCH:** wykonaj odwodzenie wyprostowanych rąk bokiem w górę maksymalnie do kąta 90°, następnie opuść ręce bokiem w dół, jednocześnie unosząc biodra w górę i przekładając piłeczkę pod pośladkami – fot. 85.1 i 85.2.



Fot. 86. Przenoszenie kolan z piłką na boki.



Fot. 87. Przesuwanie ramion z kijkiem i ze wznoszeniem bioder.

4. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, nogi zgięte w kolanach, ułożone na dużej piłce, ręce w bok, brzuch napięty. **RUCH:** przenieś kolana wraz z piłką raz na lewą, raz na prawą stronę, bez odrywania rąk od podłoża – fot. 86.
5. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach, nogi zgięte w kolanach, stopy na szerokość bioder, ręce wzdłuż tułowia trzymają kijek ułożony pod biodrami. **RUCH:** unieś biodra w górę z jednoczesnym przesuwaniem kijka po podłożu w kierunku łopatek. Powrót do pozycji wyjściowej – fot. 87.



Fot. 88. Ręka bokiem w górę do kąta 90°.



Fot. 89.1. Przenoszenie ręki z piłeczką na kark. Fot. 89.2. Przenoszenie ręki z piłeczką na łopatkę.

6. Pozycja wyjściowa: leżenie na boku strony nieoperowanej, nogi zgięte w kolanach, ręka po stronie nieoperowanej – pod głową, ręka po stronie operowanej – wyciągnięta na podłożu przed siebie. **RUCH:** przenieś wyprostowaną rękę w bok maksymalnie do kąta 90°, wytrzymaj na końcu ruchu przez 3 sekundy, wróć do pozycji wyjściowej – fot. 88.
7. Pozycja wyjściowa: leżenie na boku strony nieoperowanej, nogi zgięte w kolanach, ręka prosta, uniesiona w bok do kąta 90°, w ręce piłeczka. **RUCH:** zginaj rękę w łokciu z przeniesieniem piłeczki za kark w stronę łopatkę, wróć do pozycji wyjściowej i przenieś piłeczkę za plecy na łopatkę – fot. 89.1 i 89.2.



Fot. 90. Skręt tułowia z wyprostem ręki.



Fot. 91. Ramiona w przód z kijem i ramiona do klatki piersiowej.



Fot. 92. Zaciskanie piłeczki.

8. Pozycja wyjściowa: siad na taborecie lub piłce, ręce uniesione w przód na wysokość barków, wyprostowane w łokciach, dłonie oparte na ścianie. **RUCH:** wykonaj skręt tułowia z przeniesieniem ręki do tyłu (wzrok za ręką) – wdech nosem, wróć do pozycji – wydech ustami – fot. 90.
9. Pozycja wyjściowa: stojąc, w rękach wyprostowanych w łokciach na szerokość barków trzymamy kijek. **RUCH:** wznies rękę w górę do kąta 90°, następnie zegnij w łokciach i połóż kijek na klatce piersiowej, wróć do pozycji wyjściowej – fot. 91.
10. Pozycja wyjściowa: stojąc, rękę usprawnianą unosimy w przód przed klatką piersiową (ręka wyprostowana w łokciu). **RUCH:** energicznie zaciskaj piłkę w dłoni – fot. 92.

### Postępowanie fizjoterapeutyczne po operacji z użyciem płata LD

U pacjentek z niewielką ilością tkanki podskórnej w rejonie blizny oraz po radioterapii najczęściej stosuje się metodę łączącą wykorzystanie tkanek własnych z wyspowego płata skórno-mięśniowego mięśnia najszerzego grzbietu (LD) z protezą lub ekspanderem.



### Zalecenia fizjoterapeutyczne

#### • Wczesny okres pooperacyjny

1.–5. doba po zabiegu: pozycja leżąca i półsiedząca, gimnastyka oddechowa, ćwiczenia rozciągające mięśnie klatki piersiowej, bez przekraczania granicy bólu (do kąta 90° zgięcia i odwiedzenia w stawie ramiennym), pionizacja.

#### • Późny okres pooperacyjny

6–10 dni po zabiegu: ćwiczenia czynne wolne kończyn górnych (do kąta 90° zgięcia i odwiedzenia w stawie ramiennym) i rozluźniające mięśnie grzbietu.

#### • Okres ambulatoryjny

3 miesiące po zabiegu: ćwiczenia oddechowe, czynne mięśni grzbietu i rozciągające klatkę piersiową, a po wygojeniu rany – masaż i mobilizacja blizny i odtworzonej piersi.

### Postępowanie fizjoterapeutyczne po operacji metodą TRAM

U kobiet, które zostały zakwalifikowane do zabiegu z użyciem poprzecznego wyspowego płata skórno-mięśniowego z mięśnia prostego brzucha (TRAM), operacja przebiega dwufazowo. W pierwszej kolejności wypreparowuje się wyspę płata i przenosi na szypule mięśnia prostego brzucha – do jego bocznego brzegu, umieszczając je po stronie przeciwnej do linii środkowej ciała. W drugiej fazie – po 1. tygodniu, następuje przeniesienie płata przez tunel podskórny w miejsce biorcze i wymodelowanie piersi.

### Zalecenia fizjoterapeutyczne

#### • Okres wczesny

1.–4. doba po operacji: chodzenie przy pomocy balkonika w pozycji zgięciowej tułowia, ćwiczenia czynne kończyn górnych. Zapewnienie przez 3–4 tygodnie zgięciowego ułożenia tułowia i kończyn dolnych (pozycja kołyski) w celu rozluźnienia mięśni brzucha oraz ćwiczenia oddechowe torem piersiowym z asekuracją miejsc zabiegowych, z wykorzystaniem trenerów do ćwiczeń natężonego wydechu, ćwiczenia przeciwwzkrzepowe, siadanie z opuszczonymi kończynami dolnymi.

#### • Okres późny

Dobór bielizny modelującej odtworzoną pierś, ćwiczenia oddechowe torem przeponowym, rozszerzenie zakresu i czasu ćwiczeń czynnych kończyn górnych i dolnych, a po wygojeniu ran masaż rozluźniający mięśni przykręgosłupowych w pozycji siedzącej.

#### • Okres ambulatoryjny

Powolny powrót tułowia do pozycji wyprostowanej, zastosowanie elastycznego pasa w celu profilaktyki przepukliny brzusznej, ćwiczenia rozciągające klatkę piersiową, wzmacniające siłę mięśni grzbietu i kończyn dolnych oraz górnych. Po 2–3 miesiącach można wydłużyć dystans chodzenia i wprowadzić ćwiczenia

ogólnokondycyjne. W tym okresie następuje stopniowe i ostrożne wprowadzanie ćwiczeń izometrycznych mięśni brzucha bez udziału tłoczni brzusznej (ze zgiętymi stawami biodrowymi), a po wygojeniu ran – masaż okolic blizn.

Po zdjęciu szwów pacjentki powinny otrzymać skierowanie od lekarza chirurga i zarejestrować się do Poradni Rehabilitacji w celu kontynuowania usprawniania w Zakładzie Rehabilitacji.







## Zalecenia dietetyczne

# Zalecenia dietetyczne

## Wpływ odżywiania na procesy regeneracyjne organizmu w trakcie i po leczeniu onkologicznym

To, w jaki sposób się odżywasz, ma duży wpływ na procesy regeneracyjne Twojego organizmu. Zadbaj o odbudowę biochemiczną, spożywając wartościowe produkty i posiłki.

Zanim zaczniesz działać żywieniowo, uświadom sobie, że nie ma produktów oraz diety leczącej raka. Możesz jednak wspomóc swój organizm i dać mu szansę na zregenerowanie i odbudowanie się.

### Odstaw cukier i białą mąkę

Odstaw cukier i wyroby cukiernicze oraz białą mąkę, która najczęściej jest łączona z cukrem. Cukier i biała mąka wywołują rozległe procesy zapalne w organizmie, powodując dalsze uszkodzenia tkanek, przyspieszają proces starzenia się. Cukier i wyroby cukiernicze tworzą barierę – blokadę, nie dopuszczając do regeneracji organizmu.



### Zadbaj o białko

Zadbaj o dietę bogatą w białka pochodzenia zwierzęcego i roślinnego, ponieważ białko pobierane z pożywienia jest przekształcane w organizmie w swoiste białko ustrojowe. Bez udziału białek nie jest możliwy wzrost, rozwój organizmu, odnowa tkanek, odporność na choroby, gojenie się ran. Zahamowane są także procesy myślowe zachodzące w mózgu. Właściwe wykorzystanie białka zależy w dużym stopniu od wartości energetycznej pożywienia. Przy niedostatecznej podaży energii z węglowodanów i tłuszczów białko,

zamiast na cele budulcowe, regeneracyjne, będzie wykorzystywane na cele energetyczne.

### Zadbaj, aby w diecie były:

- jajka,
- chude białe mięsa,
- tłuste ryby,
- biojogurty,
- maślanki,
- chude twarogi,
- bób,
- fasola,
- soczewica,
- ciecierzycyca.

### Wybieraj dobre węglowodany

Wybieraj dobre węglowodany, ponieważ ponad 50% energii czerpiesz właśnie z węglowodanów, do których należą: wszelkiego rodzaju kasze, ryż (brązowy, dziki, czerwony), makarony z mąki pełnoziarnistej. Bezpieczna porcja to 100 g po ugotowaniu. Dzięki takiej porcji nie sięgniesz po pajdę chleba czy drożdżówkę. Świetnym rozwiązaniem jest zdrowe pieczywo na bazie kaszy i ryżu z czarnuszką lub kurkumą – uznane za najzdrowsze, a nawet lecznicze. Można piec je samodzielnie.

### Postaraj się o dobre tłuszcze roślinne

Postaraj się o dobre tłuszcze roślinne: olej rzepakowy, olej lniany, słonecz-

nikowy, konopny, z pestek dyni, olej z czarnuszki i wiele innych, które warto zakupić w małych butelkach, aby stosować je wymiennie. Oleje roślinne najlepiej spożywać w postaci naturalnej, polewając potrawy tuż przed konsumpcją. Dzięki tłuszczom roślinnym przyswajasz witaminy A, D, E, K, dlatego warzywa do spożycia należy polewać odrobiną oleju roślinnego. Korzystnie zadziała też dodanie kilku kropli oleju do koktajli warzywnych i warzywno-owocowych. Pamiętaj również o tym, że tłuszcz jest nośnikiem smaku, więc potrawy i koktajle będą miały zdecydowanie lepszy smak.

Tłuszcze dostarczają niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych, których organizm nie jest w stanie sam wyprodukować.

Warto też zadbać, aby w codziennym menu znalazły się: orzechy, migdały, pestki dyni, słonecznika, siemien lniane. Garść takiej mieszanki dziennie zabezpieczy Cię w dobre kwasy tłuszczowe oraz dodatkowo w białko.



## Odbuduj florę bakteryjną jelit

Człowiek rodzi się ze sterylnym układem pokarmowym, który po porodzie zostaje zasiedlony przez bakterie. Jak pokazują badania, skład bakterii jelitowych nowo narodzonego dziecka ustala się po przejściu na dietę typową dla dorosłych. Współczesny sposób odżywiania się, czyli dieta wysokotłuszczowa, z dużą zawartością cukrów prostych, powoduje, że w jelitach zaczynają przeważać bakterie gram-dodatnie. Ich cechą charakterystyczną jest brak ściany komórkowej, przez co mogą ukrywać się w komórkach odpornościowych organizmu gospodarza, powodując na przykład reakcje alergiczne.

W przewodzie pokarmowym powinna panować homeostaza, czyli stan równowagi, w którym dominują bakterie beztlenowe, takie jak:

- *Bifidobacterium*,
- *Clostridium*,
- *Lactobacillus*,
- *Bacteroides*,
- *Eubacterium*.

## Florę bakteryjną jelit pomogą wzmocnić:

- kiszonki,
- fermentowane napoje mleczne,
- cebula,
- czosnek,
- por,
- chrzan,



- cykoria,
- karczoch.

Aż 80% komórek odpornościowych znajduje się w jelitach i to one regulują odpowiedź immunologiczną.

### Codziennie jedz 500 g warzyw i 200–300 g owoców

Regularne spożywanie warzyw sezonowych i owoców z upraw ekologicznych ochroni Cię przed niedoborami witamin i składników mineralnych oraz przed szkodliwym działaniem wolnych rodników tlenowych poprzez dostarczanie do organizmu tzw. przeciwutleniaczy, które znajdują się w witaminach: E, C, A i flawonoidach.

Dzienna dawka warzyw to minimum 0,5 kg, czyli np.: pomidor, ogórek, pięć rzodkiewek, marchewka (warzywa średniej wielkości), zaś owoców nie więcej niż 200–300 g (np. dwa jabłka lub 7 truskawek i jedna brzoskwinia). Pamiętaj, że owoce to cukry proste, więc spożywanie ich w nadmiarze nie jest korzystne, szczególnie dla osób z nadwagą/otyłością. Postaw na warzywa, których możesz jeść zdecydowanie więcej. By ułatwić spożycie

większej ilości warzyw, wykorzystaj wyciskarkę wolnoobrotową. Dla poprawienia smaku dodaj niewielką ilość owoców, około 50 g, resztę owoców zjedz w postaci naturalnej. Raczej unikaj soków owocowych, gdyż, aby uzyskać szklanekę soku (np. pomarańczowego), musisz wykorzystać aż 3 owoce, a to zdecydowanie za dużo cukrów prostych, nawet jeśli pochodzą one z owoców. Podsumowując: uważnie dobieraj produkty i potrawy, aby pomóc sobie w odbudowie i regeneracji biochemicznej organizmu.

## BMI – praktyczne wskazówki

### Zadbaj o prawidłową masę ciała. Jak ją ocenić?

Ogólnie przyjętym kryterium prawidłowej masy ciała jest wskaźnik BODY MASS INDEX – BMI. BMI wyraża się jako  $W/h^2$ , przy czym  $W$  = masa ciała w kg,  $h$  = wysokość (wzrost) w metrach.

Według WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) BMI można klasyfikować następująco:

- BMI poniżej 18,5 – niedowaga,
- BMI 18,5–24,9 – w normie,
- BMI 25–29,9 – nadwaga,
- BMI 30–39,9 – otyłość I stopnia,
- BMI powyżej 40 – otyłość II stopnia.

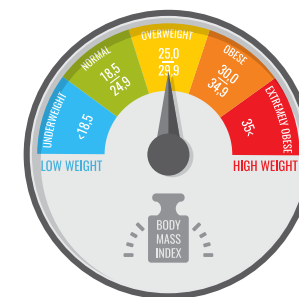
Jest też prosty wzór Broca, czyli Twój wzrost (w centymetrach) minus 100. I tak, gdy np. masz 165 cm wzrostu,

odejmij 100. Różnica (65) określa Twoją dopuszczalną wagę – czyli przy wzroście 165 cm możesz ważyć 65 kg. Z takiego prostego obliczenia korzystały nasze babcie i mamy, nie dopuszczając w ten sposób do nadwagi. Istnieje również przelicznik ortopedyczny: każdy zbędny kilogram pomnoż przez 4.

### Nawet 5 kg więcej powoduje, że dźwigasz 20 kg i obciążasz kręgosłup, biodra, kolana, stopy.

Jest Ci ciężko, pocisz się, bolą Cię stawy, z trudnością się schylasz, z trudnością wkładasz i zdejmujesz buty. Skutecznym sposobem na przekonanie się, w jaki sposób noszenie zbędnych kilogramów wpływa na nasz organizm, jest wypetnienie plecaka balastem o wadze 20 kg i noszenie go na plecach przez cały dzień, wszędzie, nawet do toalety. Zdejmując obciążenie, po całym dniu dźwigania go, poczujesz niewyobrażalną ulgę.

### Wdróż zasady prawidłowego nawadniania i odżywiania



Zacznij planować i wdrażać zasady racjonalnego oraz prawidłowego nawadniania i odżywiania. Zastosuj trzy priorytety i przestrzegaj ich każdego dnia. Skup się na tym, na co masz wpływ: to Ty zarządzasz swoim czasem, to Ty decydujesz, co kupisz, co masz w szafkach, lodówce, garnku i na talerzu.

### Zacznij od wdrożenia trzech zasad:

1. Bilans płynów: wypijaj 30 ml na 1 kg masy ciała. Podczas upałów oraz aktywności fizycznej pij 35–40 ml na 1 kg masy ciała. Jakie płyny? Najlepsza jest WODA źródłana, mineralna. Pij 30 minut przed i 30 minut po jedzeniu oraz między posiłkami. **ALE NIGDY W TRAKCIE POSIŁKÓW!** Jedzenie na sucho daje poczucie sytości na dłużej. Jeśli przestrzegasz bilansu płynów, masz wystarczającą ilość śliny, aby skutecznie przeżuć i wymieszać pokarm, a także z łatwością go połknąć. **NIE MA POTRZEBY PRZEPIJANIA**, to zły i niepotrzebny nawyk. Możesz skorzystać z aplikacji w telefonie, która przypomina o nawadnianiu: **PLUSK WODY**.
2. Rytm i cykl żywieniowy, o którym sama decydujesz. Pamiętaj, że pierwszy posiłek powinien być zjedzony od 30 minut do 1,5 godziny od przebudzenia. Przykład: jeśli wstajesz około godziny 6.00, zjedz pierwszy posiłek o godzinie



- 7.00 i cyklicznie jedz co trzy godziny. Zatem rytm i cykl żywieniowy to: 7–10–13–16–19, przy czym ostatni posiłek może być zjedzony na trzy godziny przed snem. Spożywaj pokarm co trzy godziny, niczego więcej nie podjadaj, możesz tylko nawadniać się między posiłkami. To doskonały rytm żywieniowy, umożliwiający układowi pokarmowemu odpowiedni proces trawienia niezakłócony żadną przekąską. Wyobraź sobie, że np. 3 truskawki, które niby nic nie znaczą, zjedzone pomiędzy posiłkami brutalnie przerywają proces trawienia, który już trwał. Aby ułatwić sobie przestrzeganie rytmu i cyklu żywieniowego, ustaw przypomnienie w telefonie na wyznaczone pory posiłków: **SYGNAŁ DŹWIĘKOWY – ZJEDZ POSIŁEK**.
3. Proporcje: 70% jedzenia powinno być spożyte w trzech posiłkach w pierwszej części dnia, czyli na śniadanie, na drugie śniadanie oraz na obiad. Z kolei 30% jedzenia to podwieczorek i kolacja. Taki układ gwarantuje, że nie przybierzesz na wadze, a będziesz mieć więcej energii do wykonywania codziennych czynności i obowiązków.



## Wsparcie psychologiczne

# Wsparcie psychologiczne



Choroba nowotworowa jest sytuacją kryzysową w życiu człowieka. Zazwyczaj pojawia się nagle i w gwałtowny sposób zmienia dotychczasowe życie Twoje i Twojej rodziny. Po usłyszeniu diagnozy osoba chora może doznać szoku, zagubienia i potrzebować czasu na odnalezienie się w nowej sytuacji. Często w ciągu kilku dni musi przewartościować swoje życie i zmienić dotychczasowe plany prywatne i zawodowe. Pacjent

w trakcie leczenia przechodzi przez różne fazy radzenia sobie z chorobą i zdrowieniem. Każdy etap choroby czy zdrowienia wzbudza różne emocje i zachowania. Proces leczenia bywa długi, emocjonalnie wyczerpujący, dlatego wymaga zaangażowania Twojego, najbliższej rodziny oraz zespołu specjalistów. Kobiety po zakończeniu hospitalizacji często pozostają zagubione. Towarzyszy im niepewność



i niezrozumienie, nawet ze strony najbliższych. Brak akceptacji choroby, zmiana obrazu siebie i nowe zadania często są przyczyną lęku o dalszą jakość życia. Można to zmienić, umawiając się na wizytę do psychologa przygotowanego do pomocy w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach osobistych, rodzinnych i społecznych. Wsparcie psychologiczne pacjenta jest jednym z najważniejszych aspektów leczenia choroby nowotworowej.

**Najczęstszymi i najbardziej skutecznymi formami leczenia psychologicznego są następujące metody.**

### Wsparcie informacyjne:

udzielane przez psychoonkologów w celu wyjaśnienia procesu emocjonalnego w chorobie.

### Wsparcie emocjonalne:

- dążenie do poznania potrzeb pacjenta i zaspokojenie ich w miarę możliwości,
- życzliwe, empatyczne słuchanie,
- okazanie zrozumienia,
- sygnalizowanie gotowości do podjęcia rozmowy na każdy trudny temat: „Jeśli chcesz, możemy o tym porozmawiać...”,
- budowa relacji bezpiecznej dla chorego: „Jestem obok, gdybyś mnie potrzebował”.



### W pracy z pacjentkami pamiętamy, aby:

- szanować potrzebę samotności pacjenta i nie osaczać go swoją osobą – wystarczy poinformowanie chorego: „Powiedz mi, jeśli chcesz zostać sam”,
- nie zamartwiać się, gdy zapada cisza w trakcie ważnej rozmowy,
- pozwolić choremu na wyłapanie się i wyrażenie wszystkich swoich emocji, np. złości, lęku,
- pytać: „Co mogę dla Ciebie zrobić?”.

### Wsparcie psychologiczne:

udzielane przez psychologów.

### Wsparcie materialne:

bardzo ważne w czasie nierzadko długiego leczenia; pomoc w finansowaniu kosztów leczenia: wyposażenie materialne chorego na czas hospitalizacji, przygotowanie dokumentacji dotyczącej uzyskania stopnia niepełnosprawności czy renty.

### Na jakie objawy i zachowania należy zwrócić uwagę dzisiaj?

#### OBJAWY EMOCJONALNE

Obniżony nastrój: smutek i towarzyszący mu często lęk, płacz, niemożność odczuwania przyjemności, utrata radości życia (począwszy od utraty zainteresowań,

skończywszy na zaniedbywaniu potrzeb biologicznych), poczucie braku perspektyw na przyszłość, czasem dysforia (zniecierpliwienie, drażliwość).

#### OBJAWY POZNAWCZE

Bardzo często zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi, negatywny obraz siebie, obniżona samoocena, samooskarżenia, pesymizm i rezygnacja; w skrajnych wypadkach mogą pojawić się także urojenia depresyjne.

#### OBJAWY MOTYWACYJNE

Problemy z mobilizacją do wszelkiego działania, bardzo często depresji towarzyszy spowolnienie psychoruchowe (zwolnienie ruchów i reakcji); trudności z podejmowaniem decyzji.

#### OBJAWY SOMATYCZNE

Zaburzenie rytmów dobowych (m.in. zaburzenie rytmu snu i czuwania), utrata apetytu (ale możliwy jest również wzmożony apetyt), osłabienie oraz zmęczenie, spadek aktywności, utrata zainteresowania seksem, częste skargi na różne bóle, złe samopoczucie fizyczne.

#### INNE OBJAWY

- Złe samopoczucie fizyczne: niespecyficzne dolegliwości bólowe, nadmierne skupienie się na funkcjonowaniu własnego organizmu,



- rozdrażnienie (dysforia),
- zmęczenie: przygnębienie i zmienność nastroju,
- utrata zdolności do odczuwania przyjemności (anhedonia),
- niskie poczucie własnej wartości, niska (negatywna) ocena siebie, rzeczywistości i przyszłości,
- zaburzenia zachowania: często równoważone z młodzieńczym buntem,
- zaburzenia funkcji poznawczych: koncentracji i zapamiętywania, uczucie nudy: braku zainteresowania czymkolwiek, utrata motywacji,
- zachowania ryzykowne i autodestrukcyjne: stosowanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, samookaleczenie, myślenie o śmierci, w tym próby samobójcze.

**Pamiętaj: często choroba przebiega skrycie, stopniowo upośledzając Twoje funkcjonowanie.**

Jeśli zauważysz, że aktualnie Twoje emocje są negatywne, w głowie są myśli, które nie dają Ci wystarczającej motywacji do leczenia, jesteś zniechęcona...

Pamiętaj! W tym momencie swojego życia NIE JESTEŚ SAMA!

**Co zrobić, kiedy zauważysz niepokojące objawy, wskazujące na wystąpienie depresji, takie jak:**

- osłabienie koncentracji uwagi,
- obniżenie nastroju,
- zmęczenie,
- lęk,
- niska samoocena i mała wiara w siebie,

- poczucie winy i niskiej wartości,
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,
- myśli i czyny samobójcze,
- zaburzenia snu,
- dolegliwości bólowe,
- suchość w ustach,
- zmniejszony apetyt.

Jeżeli pomimo upływu czasu (ponad 2 tygodnie) nadal nie radzisz sobie ze stresem, brakiem nadziei i lękiem, zauważasz, że jesteś smutna, przygnębiona, masz wymienione wyżej objawy związane z wystąpieniem depresji i nie umiesz sobie poradzić z aktualną sytuacją zdrowotną i osobistą – zgłoś się do Zakładu Psychoonkologii / Poradni Pomocy Psychologicznej / Poradni Zdrowia

Psychicznego po profesjonalną pomoc u specjalistów zdrowia psychicznego.

**W jaki sposób uzyskać wsparcie psychologiczne?**

- Skierowanie od lekarza wymagane jest do: psychoterapeuty, psychologa.
- Bez skierowania można udać się do lekarza psychiatry.
- W niektórych ośrodkach onkologicznych pomoc psychologiczna jest udzielana w trakcie leczenia stacjonarnego w oddziale klinicznym – są to konsultacje na zlecenie lekarza prowadzącego. Istnieje również dostęp do świadczeń pracownika socjalnego.



## Gdzie uzyskać wsparcie psychologiczne? Wykaz poradni pomocy psychologicznej na terenie Polski

### Pomoc psychologiczna dostępna bezpłatnie w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia

W poniższym zestawieniu zamieściliśmy głównie adresy poradni psychologicznych działających przy centrach onkologii oraz szpitalach, w których znajdują się oddziały chirurgii ogólnej/chirurgii onkologicznej lub medycyny paliatywnej. Pełny i aktualizowany wykaz poradni psychologicznych jest dostępny na stronie: [pol.onkol.kielce.pl](http://pol.onkol.kielce.pl).

Dane teleadresowe poradni psychologicznych uzyskaliśmy z wyszukiwarki NFZ:

#### ► Województwo dolnośląskie

##### **Poradnia Psychologiczna**

Specjalistyczne Centrum Medyczne  
im. św. Jana Pawła II  
ul. Jana Pawła II 2, 57-320 Polanica-Zdrój  
tel. 74 862 11 80, 501 435 806,  
501 435 871, 571 324 752

##### **Poradnia Psychologiczna**

Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej Ministerstwa  
Spraw Wewnętrznych  
i Administracji we Wrocławiu  
ul. Grabiszyńska 35–39, 50-233 Wrocław  
tel. 71 798 47 25

##### **Poradnia Psychologiczna**

Miedziowe Centrum Zdrowia S.A.  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 54-60,  
59-300 Lubin  
tel. 76 723 15 30

#### ► Województwo kujawsko-pomorskie

##### **Poradnia Psychologiczna**

Szpital Uniwersytecki nr 2  
im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy  
ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz  
tel. 52 365 54 80

##### **Poradnia Psychologiczna**

Centrum Onkologii  
im. prof. F. Łukaszczyka  
w Bydgoszczy  
ul. dr. I. Romanowskiej 2,  
85-796 Bydgoszcz  
tel. 52 374 31 10

##### **Poradnia Psychologiczna**

NZOZ Szpital Lipno  
ul. Nieszawska 6, 87-600 Lipno  
tel. 54 288 02 00, 54 288 03 01,  
54 288 02 71

##### **Poradnia Psychologiczna**

Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Chełmnie  
pl. Rydygiera 1,  
86-200 Chełmno  
tel. 56 677 26 06

##### **Poradnia Psychologiczna**

Regionalny Szpital Specjalistyczny  
im. dr. W. Biegańskiego w Grudziądzu  
ul. Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz  
tel. 56 641 44 44, 56 641 47 30

##### **Poradnia Psychologiczna**

NZOZ Nowy Szpital Sp. z o.o.  
prowadzony przez Nowy Szpital Sp. z o.o.  
ul. Wojska Polskiego 126, 86-100 Świecie  
tel. 41 240 00 00

##### **Poradnia Psychologiczna**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy  
ul. Wypiańskiego 6, 87-300 Brodnica  
tel. 56 633 15 87

##### **Poradnia Psychologiczna**

Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.  
ul. Szpitalna 30, 88-400 Żnin  
tel. 52 303 13 41, 52 303 13 42

##### **Poradnia Psychologiczna**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Nowy Szpital w Wąbrzeźnie  
Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.  
ul. Wolności 27, 87-200 Wąbrzeźno  
tel. 41 240 00 00

##### **Poradnia Psychologiczna**

Szpital Wielospecjalistyczny  
im. dr. L. Błażka w Inowrocławiu  
ul. Poznańska 97, 88-100 Inowrocław  
tel. 52 354 53 38, 52 35 45 335,  
52 35 45 357, 52 35 45 461, 52 35 45 658

##### **Poradnia Psychologiczna**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki  
Zdrowotnej w Rypinie

ul. 3 Maja 2, 87-500 Rypin  
tel. 54 230 86 11

##### **Poradnia Psychologiczna**

SP ZOZ 10. Wojskowy Szpital  
Kliniczny z Polikliniką  
ul. Powstańców Warszawy 5,  
85-681 Bydgoszcz  
tel. 261 417 300, 261 417 340

##### **Poradnia Psychologiczna**

Szpital Uniwersytecki Nr 1  
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9,  
85-094 Bydgoszcz  
tel. 52 585 42 90

#### ► Województwo lubelskie

##### **Poradnia Psychologiczna**

Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej  
im. św. Jana z Dukli  
ul. Jaczewskiego 7,  
20-090 Lublin  
tel. 81 45 41 507 (508, 509)

##### **Poradnia Psychologiczna**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
w Białej Podlaskiej  
ul. Terebelska 57–65,  
21-500 Biała Podlaska  
tel. 83 414 71 70, 83 414 71 71

##### **Poradnia Psychologiczna**

Samodzielny Publiczny Szpital  
Wojewódzki im. Papieża  
Jana Pawła II w Zamościu  
al. Jana Pawła II 10,  
22-400 Zamość  
tel. 84 677 32 18, 84 677 32 19



► **Województwo podlaskie**

**Poradnia Psychologiczna**

Białostockie Centrum Onkologii  
im. M. Skłodowskiej-Curie  
ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok  
tel. 85 664 67 29, 85 664 67 57,  
85 678 42 24, 85 664 68 02

► **Województwo łódzkie**

**Poradnia Psychologiczna**

Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej  
Centralny Szpital Kliniczny  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź  
tel. 42 67 57 219, 42 67 57 282,  
42 201 44 88

► **Województwo lubuskie**

**Poradnia Psychologiczna**

Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej Ministerstwa  
Spraw Wewnętrznych i Administracji  
w Zielonej Górze  
ul. Wazów 42, 65-044 Zielona Góra  
tel. 68 452 77 78, 68 452 77 64

► **Województwo małopolskie**

**Poradnia Psychologiczna**

Zespół Zakładów Opieki  
Zdrowotnej w Wadowicach  
ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice  
tel. 33 872 12 00, 33 872 13 67

**Poradnia Psychologiczna**

Szpital Specjalistyczny  
im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.  
os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków  
tel. 12 646 80 00, 12 646 83 79

**Poradnia Psychologiczna**

Szpital Specjalistyczny  
im. H. Klimontowicza w Gorlicach  
ul. Węgierska 21,  
38-300 Gorlice  
tel. 18 355 35 60, 18 355 33 75

**Poradnia Psychologiczna**

Nowy Szpital w Olkuszu Sp. z o.o.  
al. Tysiąclecia 13, 32-300 Olkusz  
tel. 41 240 12 31

**Poradnia Psychologiczna**

Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej  
Szpital Uniwersytecki w Krakowie  
ul. Kopernika 21A, 31-501 Kraków  
tel. 12 424 70 00, 12 424 87 23

**Poradnia Psychologiczna**

Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.  
ul. Kolejowa 8B, 33-170 Tuchów  
tel. 14 687 04 00, 14 653 52 02,  
14 653 52 95

► **Województwo mazowieckie**

**Poradnia Psychologiczna**

Specjalistyczny Szpital  
Wojewódzki w Ciechanowie  
ul. Powstańców Wielkopolskich 2,  
06-400 Ciechanów  
tel. 23 673 02 27, 23 673 05 80

**Poradnia Psychologiczna**

Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej  
Zespół Zakładów im. Duńskiego  
Czerwonego Krzyża w Makowie  
Mazowieckim

ul. Witosa 2,  
06-200 Maków Mazowiecki  
tel. 29 714 23 82

**Poradnia Psychologiczna**

Szpital Kliniczny  
im. Ks. Anny Mazowieckiej  
ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa  
tel. 22 596 61 75

► **Województwo opolskie**

Adresy poradni psychologicznych  
dostępne na stronie:  
pol.onkol.kielce.pl

► **Województwo podkarpackie**

**Poradnia Psychologiczna**

Samodzielny Publiczny  
Zespół Zakładów  
Opieki Zdrowotnej w Nisku  
ul. Wolności 54, 37-400 Nisko  
tel. 15 841 68 31, 518 795 425

**Poradnia Psychologiczna**

Samodzielny Publiczny  
Zespół Opieki Zdrowotnej  
Nr 1 w Rzeszowie  
ul. Hetmańska 21, 35-045 Rzeszów  
tel. 17 853 52 81, 17 853 58 70 w. 376

► **Województwo pomorskie**

Adresy poradni psychologicznych  
dostępne na stronie:  
pol.onkol.kielce.pl

► **Województwo śląskie**

Adresy poradni psychologicznych  
dostępne na stronie:  
pol.onkol.kielce.pl

► **Województwo świętokrzyskie**

**Poradnia Psychologiczna**

Szpital św. Leona Sp. z o.o.  
ul. Szpitalna 4, 27-500 Opatów  
tel. 15 868 27 33, 15 867 04 54

**Poradnia Psychologiczna**

Świętokrzyskie Centrum Onkologii  
Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Kielcach  
ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce  
tel. 41 367 42 74, 41 367 42 08

► **Województwo  
warmińsko-mazurskie**

Adresy poradni psychologicznych  
dostępne na stronie:  
pol.onkol.kielce.pl

► **Województwo wielkopolskie**

Adresy poradni psychologicznych  
dostępne na stronie:  
pol.onkol.kielce.pl

► **Województwo  
zachodniopomorskie**

Adresy poradni psychologicznych  
dostępne na stronie:  
pol.onkol.kielce.pl

**Adres wyszukiwarki NFZ:**

<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/>





## Zaopatrzenie ortopedyczne

# Zaopatrzenie ortopedyczne

Istotną rolę w profilaktyce i leczeniu obrzęku limfatycznego pełnią wyroby uciskowe. Prawidłowo dopasowane i systematycznie stosowane znacząco wspomagają kompleksową terapię redukcyjną obrzęku, a także zwiększają skuteczność pompy mięśniowej oraz przepływ i drenaż limfy w kończynie zagrożonej zastojem chłonki.

Do wyboru są rękawy profilaktyczne i lecznicze, odzież nocna i dzienna. Produkty mogą być dopasowane na miarę lub dobrane z gotowych produktów. O stopniu kompresji i wyborze rodzaju materiału powinien decydować doświadczony i wykwalifikowany personel medyczny.

Rękawy profilaktyczne i lecznicze standardowe nie podlegają dofinansowaniu. Rękaw profilaktyczny okrągłodzienny posiada I klasę ucisku.

W ramach Programu Profilaktyki Obrzęku Limfatycznego Ministerstwa Zdrowia osoby biorące w nim



udział otrzymają bezpłatnie wyroby profilaktyczne (rękawy).

Rękawy lecznicze są częściowo refundowane przez NFZ.

Od 2014 r., na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz.U. poz. 1267 z dnia 09.07.2017) wyroby uciskowe podlegają refundacji.

Dofinansowany jest rękaw szyty na miarę płaskodziały o kompresji minimum >20 mmHG

(II klasa ucisku i więcej). Wysokość dofinansowania to 70% do kwoty 400 zł. Pozostałą wartość (30%) dopłaca pacjentka. W razie trudnej sytuacji finansowej kwotę tę może pokryć Miejski lub Gminny Ośrodek Pomocy Rodzinie (dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności).

### Kto może wystawić wniosek

Wniosek na refundowane wyroby uciskowe wystawia: lekarz rehabilitacji medycznej, chirurgii naczyniowej, angiologii, lekarz medycyny paliatywnej w warunkach domowych oraz specjalista fizjoterapii.

### Komu przysługuje refundacja

O refundację z NFZ może ubiegać się pacjentka po przebytej rehabilitacji zdiagnozowanego obrzęku limfatycznego II–IV stopnia, podczas której odbyła się faza I leczenia kompleksową terapią przeciwobrzękową polegającą na: manualnym drenażu limfatycznym, kompresjoterapii (bandażowanie wielowarstwowe), pielęgnacji skóry i gimnastyce udrażniającej. Taka kolejność jest niezbędna dla ustabilizowania rozmiarów kończyny górnej, dzięki czemu rękaw leczniczy będzie dopasowany do najkorzystniejszych jej obwodów. Gdyby pacjentka miała pobraną miarę do wyrobu szytego przed podjęciem leczenia fizjoterapeu-

tycznego, rękaw byłby później zbyt luźny. Dofinansowanie przysługuje pacjentce co 12 miesięcy. Okres ten nie dotyczy osób posiadających znaczny stopień niepełnosprawności.

Pacjentkom po leczeniu raka gruczołu piersiowego przysługuje dofinansowanie do protezy piersi po leczeniu radykalnym lub wkładki uzupełniającej pierś po leczeniu oszczędzającym (refundacja w 100%, limit do 280 PLN). Wniosek wystawia lekarz: onkolog, radioterapeuta, ginekolog, rodzinny i rehabilitacji medycznej. Taka refundacja przysługuje raz na 2 lata.

Uzupełnienie ubytku piersi stanowi ważny element rehabilitacji fizycznej i psychicznej. Noszenie protezy ma szczególne znaczenie w utrzymaniu prawidłowej sylwetki ciała zarówno w warunkach statycznych, jak i dynamicznych. Dla zachowania symetrycznej postawy zaraz po wyjściu ze szpitala należy wyposażyć się w protezę tymczasową wykonaną z lekkiej bawełny, którą zakłada się na opatrunek bez konieczności noszenia stanika.

Optymalnym czasem zaopatrzenia w zewnętrzną protezę piersi jest okres ok. 2–3 tygodni od dnia zabiegu. Warunkiem bezpiecznego użytkowania protezy jest odpowiednia bielizna protetyczna wyposażona w bawełnianą kieszonkę – produkt ten nie podlega refundacji (jest pełnopłatny).



## Wykaz klubów amazonek

## Wykaz klubów amazonek

Dzięki rozwijającemu się od 1987 r. w Polsce ruchowi kobiet po leczeniu raka piersi powstały organizacje zrzeszające te pacjentki. Dzięki temu chore mogą liczyć na wsparcie poza instytucjonalną opieką medyczną. Inspiracją do powstania klubów kobiet wyleczonych i aktualnie leczonych był ruch „Reach to Recovery”, działający w USA od 1953 r. Jego twórczyni Teresa Lasser przeszła leczenie raka piersi i dostrzegła konieczność uzupełnienia działalności medycznej przez wolontariuszy, powołując do życia grupy wsparcia psychicznego. W klubach organizowane są zajęcia z psychoterapii i rehabilitacji ruchowej. Kobiety chcące nieść pomoc innym chorym włączają się w działalność społeczną – ruch ochotniczek.

Po zakończeniu usprawniania należy kontynuować rehabilitację w takich klubach, jak:

▷ **Województwo dolnośląskie****Wałbrzyskie Stowarzyszenie „Amazonki”**

ul. Sokotowskiego 4  
58-309 Wałbrzych  
tel. 605 215 806  
amazonki\_walbrzych@op.pl

**Stowarzyszenie Amazonek „Femina-Fenix” Wrocław**

pl. Hirszfelda 12  
53-413 Wrocław  
tel. 602 115 679  
misalamon@gazeta.pl

▷ **Województwo kujawsko-pomorskie****Bydgoskie Stowarzyszenie Amazonek „Łuczniczka”**

ul. Romanowskiej 2  
85-796 Bydgoszcz  
tel. 52 374 35 59, 728 623 242  
amazonkibydgoszcz@wp.pl

**Toruńskie Stowarzyszenie „Amazonki”**

ul. Wojska Polskiego 47a  
87-100 Toruń  
tel. 691 098 090, 607 843 603  
amazonki.torun@wp.pl

▷ **Województwo lubelskie****Białskopodlaskie Stowarzyszenie „Amazonki”**

ul. Okopowa 3  
21-500 Biała Podlaska  
tel. 730 908 007  
kontakt@amazonkibp.pl

**Lubelskie Stowarzyszenie Amazonek**

ul. Biernackiego 9  
20-089 Lublin  
tel. 601 616 578  
amazonki.lublin@gmail.com

▷ **Województwo lubuskie****Gorzowskie Stowarzyszenie Amazonek**

ul. Walczaka 25  
66-400 Gorzów Wlkp.  
tel. 602 704 243  
amazonkigorzow@tlen.pl

**Zielonogórskie Stowarzyszenie Amazonek**

65-182 Zielona Góra  
tel. 68 327 21 86, 603 270 303  
amazonki.zgora@wp.pl

▷ **Województwo łódzkie****Stowarzyszenie „Łódzki Klub Amazonka”**

ul. Paderewskiego 13  
93-530 Łódź  
tel. 607 641 737, 42 684 98 56  
amazonki@amazonki-lodz.org

**Piotrkowskie Stowarzyszenie Amazonek „Kamilli”**

ul. Wojska Polskiego 37  
97-300 Piotrków Trybunalski  
tel. 697 414 555  
amazonki\_piotrkow@op.pl

▷ **Województwo małopolskie****Krakowskie Towarzystwo „Amazonki”**

ul. Garncarska 11  
31-115 Kraków  
tel. 695 608 249  
mariaborowiecka1212@gmail.com

**Stowarzyszenie Kobiet po Mastektomii – Klub „Amazonka”**

ul. Lwowska 178a  
33-100 Tarnów  
tel. 14 631 53 06, 601 383 600  
tarnowskieamazonki@onet.pl

▷ **Województwo mazowieckie****Stowarzyszenie „Amazonki” Warszawa-Centrum**

ul. Roentgena 5  
02-781 Warszawa  
tel. 22 546 28 97  
amazonki@coi.waw.pl

**Warszawskie Stowarzyszenie Amazonek**

ul. Żeromskiego 55/67  
01-882 Warszawa  
tel. 22 833 20 62, 606 400 656  
ambiel@wp.pl



**Stowarzyszenie „Amazonki”  
Warszawa-Ochota**

ul. Bohaterów Września 7  
02-389 Warszawa  
tel. 22 823 23 84

**Stowarzyszenie Kobiet po Raku  
Piersi „Amazonka – Viktoria”**

ul. Krypska 39  
04-082 Warszawa  
tel. 501 496 889  
stowarzyszenie@amazonka-viktoria.org

**Stowarzyszenie  
Amazonek „Zonkil Warszawa”**

ul. Kartezjusza 2  
01-480 Warszawa  
tel. 22 424 47 42, 720 906 500  
zonkil@zonkil-amazonki.pl

**„Feniks” Stowarzyszenie  
Amazonek Warszawa-Targówek**

ul. Wyszogrodzka 1/117  
03-337 Warszawa  
tel. 662 062 214, 662 062 275  
feniksamazonki@gmail.com

**▸ Województwo opolskie****Klub „Amazonka” przy  
Opolskim Centrum Onkologii**

ul. Katowicka 66a  
45-060 Opole  
tel. 601 404 754  
viosik@op.pl

**▸ Województwo podkarpackie****Stowarzyszenie  
„Rzeszowski Klub Amazonka”**

ul. Wierzbowa 17

36-310 Rzeszów  
tel. 17 085 21 095, 507 243 149  
hlub@interia.pl

**Przemyski  
Klub Amazonki**

ul. Słowackiego 85  
37-700 Przemysł  
tel. 696 258 984

**▸ Województwo podlaskie****Klub Amazonki**

ul. Ogrodowa 12  
15-027 Białystok  
tel. 697 610 948  
amazonki@amazonki.bialystok.pl

**Suwalskie****Stowarzyszenie Amazonka**

ul. Gorzowska 9A  
16-400 Suwałki  
tel. 512 077 617, 691 845 258  
amazonkisuwalki@gmail.com

**▸ Województwo pomorskie****Gdańskie  
Stowarzyszenie  
Kobiet „Amazonki”**

ul. Puszkina 8/1  
80-233 Gdańsk  
tel. 512 325 076  
kontakt@amazonki.gdansk.pl

**Stowarzyszenie  
Amazonek Gdyńskich**

ul. Morska 9–9A  
81-323 Gdynia  
tel. 58 711 12 05  
amazonki.gdynia@wp.pl

**▸ Województwo śląskie****Stowarzyszenie „Amazonki”  
w Bielsku-Białej**

ul. Barlickiego 15/20  
43-300 Bielsko-Biała  
tel. 33 816 52 47, 795 232 987  
bielskieamazonki@onet.pl

**Stowarzyszenie  
Klub Śląskich Amazonek**

ul. Kopernika 14  
40-064 Katowice  
tel. 505 815 330  
amazonkikatowice@gmail.com

**Gliwickie Stowarzyszenie Amazonek**

ul. Jagiellońska 21  
44-100 Gliwice  
tel. 603 382 539  
amazonki.gliwice@o2.pl

**▸ Województwo świętokrzyskie****Stowarzyszenie  
„Amazonki” Busko-Zdrój**

ul. Różana 2a  
28-100 Busko-Zdrój  
tel. 509 559 393

**Świętokrzyski Klub „Amazonki”**

ul. Stefana Artwińskiego 3c  
25-734 Kielce  
tel. 41 367 44 28, 662 060 460  
amazonki.kielce@gmail.com

**▸ Województwo  
warmińsko-mazurskie****Elbląskie Stowarzyszenie Amazonek**

ul. Robotnicza 246  
82-300 Elbląg

tel. 665 922 525  
elamazonki@wp.pl

**Olsztyńskie Towarzystwo „Amazonki”**

al. Wojska Polskiego 37  
10-228 Olsztyn  
tel. 89 539 82 89  
amazonki-olsztyn@wp.pl

**▸ Województwo wielkopolskie****Kaliski Klub „Amazonki”**

ul. Staszica 28a  
62-800 Kalisz  
tel. 62 599 72 72  
amazonkikalisz@wp.pl

**Poznańskie Towarzystwo „Amazonki”**

ul. Piastowska 38  
61-556 Poznań  
tel. 61 833 36 65

**▸ Województwo  
zachodniopomorskie****Stowarzyszenie  
Koszaliński Klub „Amazonka”**

ul. Morska 9  
75-212 Koszalin  
tel. 94 341 29 46  
klub.amazonki.koszalin@gmail.com

**Stowarzyszenie Amazonek „Agata”**

ul. M. Kopernika 7  
70-241 Szczecin  
tel. 91 488 18 68, 516 894 943  
agata\_szczecin@op.pl

Pełny i aktualizowany wykaz  
klubów amazonek znajduje się  
na stronie: [pol.onkol.kielce.pl](http://pol.onkol.kielce.pl).



Dowiedz się więcej o projekcie „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi”



[pol.onkol.kielce.pl](http://pol.onkol.kielce.pl)



[f/ProfilaktykaObrzekuLimfatycznego](https://www.facebook.com/ProfilaktykaObrzekuLimfatycznego)

