6
Jak dobrze leczyć raka jelita grubego

11
Czy masz „WZORY" czerniaka złośliwego?

48
Śladami Stasia i Nel

KWIECIEŃ 2014

Terapia & Zdrowie

Strach ma wielkie oczy

str. 20

ISBN ISSN 2353-639X

Spis treści

TERAPIA & ZDROWIE
ISSN 2353-639X
NR 2, KWIECIEŃ 2014

34 DIAGNOSTYKA

Zatrzymać czas – czyli jak ładnie się starzeć

Piękny wygląd kobiet w obecnej dobie jest prawie obowiązkiem. Kobieta 40, 50 czy 60-letnia to nie ta sama starsza pani za jaką uznawane były jeszcze w ubiegłym wieku nasze matki i babcie. Wiadomo, że nie da się zatrzymać upływającego czasu, ale można skutecznie walczyć z jego oznakami.

5

6 Jak dobrze leczyć raka jelita grubego
11 Czy masz „WZORY” czerniaka złośliwego
14 Rak jelita grubego – jak się chronić?
16 Zalecenia dietetyczne w biegunkach
19 Ćwiczenia oddechowe przed planowanym zabiegiem operacyjnym
20 Strach ma wielkie oczy
22 Duchowo-religijna troska i właściwa komunikacja ważne w procesie opieki
24 Jak wykorzystać czas przed zabiegiem żeby przygotować się do niego jak najlepiej?
28 Domowa opieka pielęgniarska nad pacjentem z cewnikiem
31 Badania obrazowe w diagnostyce raka piersi
34 Zatrzymać czas – czyli jak ładnie się starzeć
41 Nasza wspólna historia...
44 Badania kliniczne – szansa dla chorych, gdy wydaje się, że już jej nie ma
46 Wino – napój bogów
48 Śladami Stasia i Nel
51 Słownik terminów onkologicznych
51 Krzyżówka

14

Od redakcji

„Terapia i Zdrowie" to czasopismo stworzone dla pacjentów, ich rodzin oraz dla każdego, kto interesuje się tematyką medyczną, propagowaniem zdrowego trybu życia i zachowaniami prozdrowotnymi. Tematyka pisma obejmuje też praktyczne porady dotyczące postępowania wobec osób chorych. Wyjaśniania problemy zdrowotne z punktu widzenia pacjenta i osób nim się zajmujących.

Przygotowując bieżący numer mieliśmy na uwadze przekazywanie i poszerzanie wiedzy praktycznej, która może być potrzebna w codziennym życiu z chorobą nowotworową, w opiece nad pacjentem, problemy ze stomią czy biegunki. Chcieliśmy przekazać informacje o możliwości skutecznego leczenia – nawet w sytuacjach, gdy wydaje się, że jest już na to zbyt późno (patrz artykuł „Badania kliniczne" str. 44).

Wywiad z wybitnym chirurgiem zajmującym się m.in. leczeniem raka jelita grubego pozwala z optymizmem spojrzeć na możliwości leczenia tego nowotworu w specjalistycznych ośrodkach chirurgicznych i onkologicznych.

Uwagę zwróciliśmy także na jak najlepsze przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego, czyli co sam pacjent może dla siebie zrobić, żeby ograniczyć w jak największym zakresie możliwość wystąpienia powikłań po leczeniu chirurgicznym („Ćwiczenia oddechowe przed planowanym zabiegiem operacyjnym" oraz „Jak wykorzystać czas przed zabiegiem żeby przygotować się do niego jak najlepiej?").

Zachęcamy także do przeczytania artykułów dotyczących niezwykle ważnych zagadnień związanych z psychiką pacjenta. Nie powinny one być pomijane w kompleksowym omawianiu aspektów leczenia („Strach ma wielkie oczy" i „Duchowo-religijna troska i właściwa komunikacja ważne w procesie opieki").

Kontynuując propagowanie wiedzy o stomii i problemach osób, u których stomię wyłoniono, zamieściliśmy informacje o ważnej społecznie inicjatywie, jaką jest Ogólnopolska Kampania Społeczna o Stomii – StomaLife: Odkryj Stomię. Ten temat będzie kontynuowany także w przyszłych numerach „Terapii i Zdrowia".

Mając świadomość, że zainteresowania człowieka obracają się nie tylko wokół chorób, integralną częścią treści „Terapii i Zdrowia" uczyniliśmy tematykę zdrowego odżywiania się oraz turystykę i przygodę. Także i w tym numerze znajdą Państwo interesujące artykuły na ten temat.

Oddając w Państwa ręce niniejszy numer mamy nadzieję, że wypełni on w jakimś zakresie lukę, która istnieje w pozycjach dotyczących informacji medycznych dla pacjentów, ich rodzin i wszystkich osób potrzebujących tego typu informacji. Na bieżąco będziemy wsłuchiwać się w Państwa głosy co do zakresu, formy i tematyki przedstawianych artykułów. Mając na uwadze, że jest to w pewnym sensie pismo pionierskie na rynku wydawniczym, liczymy na Państwa wyrozumiałość i opinie.

dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Terapia&Zdrowie

Dwumiesięcznik
nr 2, kwiecień 2014
ISSN 2353-639X
Nakład: 1500 egz.

Zespół i Współpracownicy:
Janusz Czerwiński (Redaktor Naczelny)
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski
dr med. Kamil Drucis
lek. med. Tomasz Polec
lek. med. Paulina Cichon
mgr Magdalena Olech (dietetyk)

Sekretarz redakcji
mgr Małgorzata Jastrzębska

Konsultant medyczny
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Adres redakcji
ul. Gwiazdowskiego 20
80-526 Gdańsk

Wydawca
Onkonet sp. z o.o.
ul. Śnieżna 3
80-554 Gdańsk
e-mail: biuro@onkonet.pl
NIP 9571031903

Skład
StudioA
e-mail: studioa@onet.pl

Druk
Drukarnia Wydawnictwa
„Bernardinum" Sp. z o.o.
Pelplin
ul. Biskupa Dominika 11

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych oraz zastrzega sobie prawo do adiustacji, doboru tytułów i śródtytułów oraz dokonywania skrótów w nadesłanych artykułach. Zdjęcia niepodpisane pochodzą z archiwum redakcji. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam.

Ciekawostki ze świata nauki

Dieta śródziemnomorska obniża ryzyko raka

Opublikowany w jednym z najbardziej prestiżowych czasopism medycznych „International Journal of Cancer" artykuł dotyczący diety śródziemnomorskiej wskazuje na obniżenie ryzyka powstania różnych chorób nowotworowych gdy przestrzega się jej zasad. Badanie oceniało zbiorczo 21 innych prac, w których przebadano ponad 1,3 mln osób. Stwierdzono bardzo znaczne obniżenie ryzyka zgonu z powodu raka. Dotyczyło to zwłaszcza takich nowotworów jak rak jelita grubego (ryzyko mniejsza o 10 proc.), rak prostaty (ryzyko mniejsze o 14 proc.) i nowotwory przestrzeni oddechowo-gardłowej (tchawica, gardło, język, krtań) – aż o 56 proc. Zaobserwowano też korzystny wpływ na zmniejszenie ryzyka zachorowań na inne nowotwory, takie jak rak piersi, rak żołądka i trzustki, aczkolwiek różnice te nie były już tak znaczące.

Fot. © marcomayer | Depositphotos.com

www.onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1097-0215

Kawa chroni przed rakiem!

Według aktualnych doniesień medycznych, opublikowanych m.in. w „American Association for Cancer Research", picie kawy obniża ryzyko zachorowania na raka wątroby. Badanie porównywało wyniki badań epidemiologicznych, oceniających ryzyko zachorowania na ten nowotwór w grupie osób pijących przynajmniej 6 filiżanek kawy tygodniowo z grupą pijących kawę w ilości 1–3 filiżanek. Badaniem objęto ponad 200 tys. osób. W ciągu 18 lat badano nawyki żywieniowe, spożycie kawy i styl życia. Badania te wykazały, że u osób pijących dużo kawy ryzyko zachorowania na raka wątroby obniżyło się o 42 proc. Co ciekawe, podobne wyniki zaobserwowano odnośnie raka prostaty.
Wyniki badań zmieniają podejście do spożycia kawy w odniesieniu do zachorowania na nowotwory. Wcześniejsze badania wskazywały na możliwość wzrostu zachorowań na różne nowotwory, podczas gdy obecnie uważa się, że kawa może chronić przed zachorowaniem na nowotwory.

Fot. © Subbotina | Depositphotos.com

Dotychczas nie ma pewnych doniesień odnośnie raka jelita grubego czy raka przełyku. W innych nowotworach, takich jak rak nerki, pęcherza moczowego i żołądka, spożycie kawy nie ma udowodnionego działania ochronnego.
Ochronne działanie kawy polega na zahamowaniu procesów nowotworzenia naczyń krwionośnych w guzie nowotworowym, zahamowaniu rozwoju komórek nowotworowych, regulowaniu naprawy struktury DNA, regulowaniu tzw. zaprogramowanej śmierci komórek (apoptoza) oraz wielu innych mechanizmach. Pijmy więc kawę, pamiętając jednak o tym, że jej nadmiar może przyczynić się do innych chorób, jak nadciśnienie tętnicze czy refluks żołądkowy. Parafrazując znane powiedzenie: kawa pita z umiarem nie szkodzi nawet w dużych ilościach!

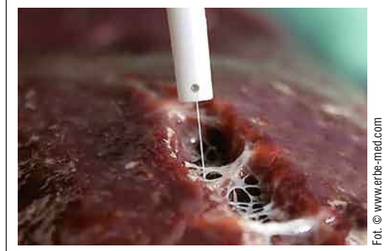
www.aacr.org

Nowoczesne leczenie raka piersi – szybka ocena węzłów chłonnych

W nowoczesnym leczeniu raka piersi, a szczególnie wcześnie wykrytych zmian, np. w trakcie badań profilaktycznych, ważne jest określenie stanu regionalnych węzłów chłonnych. Służy do tego biopsja węzłów wartowniczych, o których pisaliśmy w poprzednim numerze. Wiedza dająca pewność, że nie ma przerzutów do węzłów chłonnych pozwala na uniknięcie niepotrzebnego ich wycięcia, a w związku z tym nie naraża pacjentek na niepotrzebne i niechciane powikłania obrzękowe.
Węzeł chłonny można badać różnymi metodami, ale w trakcie zabiegu operacyjnego można było badać zazwyczaj albo niewielką jego część, albo wykonywać biopsję cytologiczną po jego przecięciu. Są to metody, które często nie pozwalają na szybkie określenie obecności przerzutów i wymagają wykonania badania po zabiegu operacyjnym.
Firma SYSMEX stworzyła nowoczesne urządzenie oceniające śródoperacyjnie obecność przerzutów raka w węzłach wartowniczych, z wykorzystaniem diagnostyki molekularnej, polegającej na badaniu obecności jednego z genów (CK19) charakterystycznego dla tego typu nowotworu. Aparat bazuje na niezwykle nowatorskiej technice OSNA i pozwala na ocenę całej tkanki węzła, a czas trwania badania wynosi około 30 minut. Zastosowanie tego badania w praktyce klinicznej znacząco poprawia jakość chirurgii piersi w ocenie śródoperacyjnej węzłów wartowniczych.

Fot. © www.sysmex.pl

www.sysmex.pl



Fot. © www.erbe-med.com

Cięcie wodą

Firma ERBE opracowała narzędzie chirurgiczne służące do bezpiecznego zabiegu wycięcia części wątroby. Narzędzie nosi nazwę Water Jet („nóż wodny"). Zabiegi wykonuje się używając wąskiego, ale bardzo silnego strumienia wody, który rozbija „luźne" komórki narządów miąższowych, takich jak wątroba, nie uszkadzając tkanek „zbitych", do których należą ściany naczyń krwionośnych i żółciowych. Pozwala to na ich uwidocznienie bez przypadkowego przecięcia i podwiązanie bez narażania pacjenta na nadmierne krwawienie. Nóż wodny stosuje się także w innych zabiegach, w których trzeba delikatnie preparować tkanki.
Do takich zabiegów należy m.in. preparowanie tkanek odbytnicy czy otrzewnej na przeponie w przypadku obecnych na niej przerzutów nowotworowych.
Co ciekawe, użycie tej technologii nie jest związane z wysoką temperaturą, co zapobiega uszkodzeniom okolicznych tkanek przy ich preparowaniu, jak to się dzieje gdy używa się elektrokoagulacji.

www.erbe-med.com

Jak dobrze leczyć raka jelita grubego

Rak jelita grubego należy do nowotworów o największej dynamice wzrostu zachorowań. Pomimo, że w ostatnich trzydziestu latach zanotowano poprawę przeżyć pięcioletnich o około 30 proc., nadal około 40 proc. chorych nie przeżywa tego okresu. Rokowanie chorych pogarsza się wraz z zaawansowaniem choroby. Leczenie raka odbytnicy wymaga leczenia w specjalistycznych ośrodkach ze względu na potrzebę kojarzenia różnych metod, takich jak nowoczesna chirurgia, radioterapia i chemioterapia. O rozmowę na temat leczenia raka jelita grubego poprosiliśmy wybitnego specjalistę w tej dziedzinie, **prof. dr hab. med. Wojciecha Zegarskiego**, Kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy i Prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej.

Redakcja: Gdzie najczęściej lokalizuje się nowotwór w jelicie grubym i jak częste jest to schorzenie?

Prof. Wojciech Zegarski: Najczęstszą lokalizacją raka jelita grubego jest odbytnica i umiejscowienie to dotyczy około 30 proc. osób z tą chorobą. Nowotwór złośliwy jelita grubego jest drugim co do częstości występowania nowotworem u obu płci w krajach rozwiniętych – zaś liczba zachorowań stale rośnie. Szacuje się, że w USA na raka odbytnicy zachorowało w 2009 roku około 40 tys. osób. Odnotowano około 17 tys. zgonów z powodu tej choroby (według The American Cancer Society).

Kobiety chorują rzadziej na raka odbytnicy, śmiertelność jest wyższa u mężczyzn. W Polsce odnotowano w 2013 roku około 16 tys. nowych zachorowań łącznie u kobiet i mężczyzn. Liczba zachorowań zaczyna rosnąć wśród osób po trzydziestym piątym roku życia. Prawdopodobieństwo zachorowania znacznie wzrasta po pięćdziesiątym roku życia, osiągając szczyt w ósmej dekadzie życia. Ponad 90 proc. zachorowań obserwuje się powyżej pięćdziesiątego roku życia, są jednak doniesienia o wystąpieniu choroby u młodych osób. Dane sugerują, że co dwudziesty urodzony obecnie mężczyzna lub kobieta, zachoruje w ciągu swojego życia na nowotwór złośliwy okrężnicy lub odbytnicy.

Nowotwory jelita grubego są drugą przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych u mężczyzn i trzecią wśród u obu płci.

Red.: Jakie są wyniki leczenia tego bardzo częstego nowotworu w Polsce?

W. Z.: Wyniki leczenia w Polsce są niestety o 20 proc. gorsze niż w innych dobrych ośrodkach na świecie.

Red.: Nasuwają się kolejne pytania: jak zapobiegać, wcześnie wykryć i dobrze leczyć?

W. Z.: Zdecydowana większość nowotworów złośliwych jelita grubego to raki gruczołowe. Najczęściej raki powstają z polipów gruczołowych. Przyjmuje się, że około 10 proc. polipów może ulegać przemianie złośliwej, proces ten trwa około dziesięciu lat.

Red.: Uważa się, że ważne są predyspozycje rodzinne lub genetyczne – czy to ma znaczenie?

W. Z.: Predyspozycje genetyczne są odpowiedzialne za mniej niż połowę zachorowań. Podstawą do rozpoznawania nowotworów uwarunkowanych genetycznie są wywiady rodzinne. Zwraca się w nich uwagę na ilość przypadków i stopień pokrewieństwa, obecność nowotworów przynajmniej w dwóch pokoleniach, fakt rozpoznania przed czterdziestym rokiem życia, obecność innych nowotworów. Znane silne predyspozycje genowe są odpowiedzialne jedynie za około 3 proc. zachorowań: tak zwany dziedziczny rak jelita grubego bez polipowatości (HNPCC – hereditary non-polyposis colorectal cancer), polipowatość rodzinna (FAP – familial adenomatous polyposis) i zespół polipowatości młodzieńczej. Osoby u których występują tego typu predyspozycje lub prawdopodobieństwo wystąpienia polipów lub zmian nowotworowych powinny zgłosić się do lekarza rodzinnego lub do Zakładu Profilaktyki Chorób Nowotworowych, a gdy istnieje podejrzenie, to do poradni genetycznej znajdującej się w ośrodkach onkologicznych.

Red.: Czy prowadzi się badania naukowe aby szybciej wykrywać nowotwory jelita grubego?

W. Z.: Od wielu lat prowadzimy badania w tym zakresie wspólnie z Ośrodkiem Biologii Molekularnej Uniwersytetu Szwedzkiego w Uppsali, kierowanym przez wybitnego uczonego polskiego pochodzenia prof. Jana Dumańskiego. Szukamy zaburzeń genetycznych możliwych do wykrycia z badania przysłowiowej kropli krwi. Ma to na celu wytypowanie osób, u których istnieje wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia np. raka jelita grubego. U takich osób po wykonaniu badania kolonoskopowego możliwe byłoby rozpoznanie polipów lub wczesnych postaci raka i w efekcie doprowadzenie do ich całkowitego wyleczenia. Badania prowadzimy wspólnie z kolegami ze Szwecji już ponad dziesięć lat i Klinka Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy, którą kieruję, ma w tym zakresie znaczące osiągnięcia naukowe.

Red.: Jak żyć aby zmniejszyć prawdopodobieństwo rozwinięcia się raka jelita grubego? Czy czynniki środowiskowe mają znaczenie?

W. Z.: Opisano wiele czynników środowiskowych wpływających na powstanie raka jelita grubego. Wieloletnia dieta obfitująca w czerwone mięso, prowadzi do zwiększonego ryzyka zachorowania na raka. Także spożywanie alkoholu w ilości większej niż 30 g dziennie prowadzi do zwiększonego

NanoKnife™

NanoKnife – innowacyjna metoda leczenia raka trzustki, wątroby i prostaty

ZASADA DZIAŁANIA

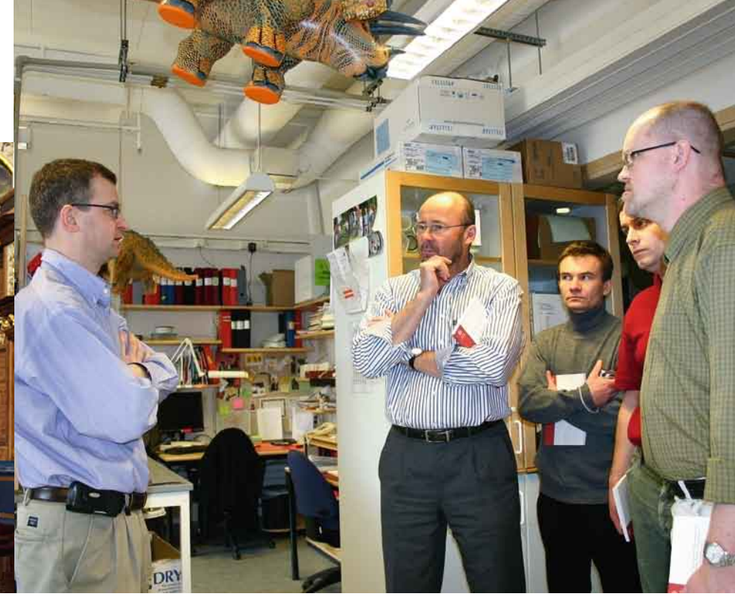
NanoKnife® wytwarza serię mikrosekundowych impulsów elektrycznych w celu otwarcia „porów" w błonach komórkowych.
Impulsy są aplikowane za pośrednictwem kilku sond o kształcie igieł umieszczanych wokół strefy nowotworowej pod kontrolą TK lub USG.
W wyniku zastosowania odpowiedniego napięcia, następuje otwarcie porów oraz nieodwracalne uszkodzenie komórek, które obumierają a ich pozostałości usuwane są przez układ chłonny.
Szybki i precyzyjny zabieg minimalizuje ryzyko powikłań oraz dolegliwości bólowe dla pacjenta po zabiegu.

Nano-Knife to jedyne urządzenie wykorzystujące innowacyjną metodę nietermicznej ablacji, działającą w oparciu o nieodwracalną elektroporację. Metoda IRE pozwala na szersze zastosowanie minimalnie inwazyjnych sposobów leczenia i ograniczenie konieczności wykonywania rozległych zabiegów resekcyjnych. Stosowanie nanotechnologii nie wyklucza chemioterapii.

IRE Nieodwracalna Elektroporacja
Irreversible Electroporation
Nowa era w onkologii

Dystrybutor:
optimed PRO-OFFICE
Optimed Pro-Office
ul. Śliczna 36
31-444 Kraków
www.optimedpro-office.eu
Nasi konsultanci są do Twojej dyspozycji od poniedziałku do piątku 8:00–17:00 pod numerem telefonu 12 411 44 44

Producent:
angiodynamics
FDA APPROVED



ryzyka zachorowania na raka odbytnicy, przy czym ryzyko jest większe przy spożywaniu piwa aniżeli wina.
Innym opisanym czynnikiem, sprzyjającym powstaniu raka jelita grubego jest palenie tytoniu, które, zwłaszcza w młodym wieku, zwiększa ryzyko zachorowania na ten nowotwór. Spowodowane jest to indukcyjnym wpływem na kancerogenezę policyklicznych amin aromatycznych.

Red.: Co zrobić aby poprawić wyniki leczenia tego częstego nowotworu w Polsce? Mówi się o ośrodkach specjalistycznych, które powinny być stworzone dla chorych z rakiem jelita grubego. Czy uważa Pan, że to konieczne?

W. Z.: Tak, to bardzo istotne i ważne zagadnienie. Ponieważ, mówiąc jasno i prosto, chorzy trafiający do leczenia znajdują się często w bardzo różnych stopniach zaawansowania tego nowotworu. Należy więc określić ów stopień zaawansowania i podjąć właściwą decyzję terapeutyczną, optymalną dla konkretnego chorego w oparciu o MDT (multydyscyplynary team – wielodyscyplinarny zespół lekarzy), zaplanować, a następnie wykonać wszystkie etapy skojarzonego leczenia w odpowiednim czasie. Dla osiągnięcia dobrych wyników leczenia w tym zakresie niezbędne jest więc leczenie odpowiednio dużej liczby chorych, aby zespół leczący posiadał odpowiednie doświadczenie w tym zakresie – określa się to mianem krzywej uczenia. Istnieje bardzo dużo wiarygodnych danych w literaturze światowej w tym zakresie, które jednoznacznie wskazują, że jest to właściwa droga dla poprawy wyników leczenia różnych nowotworów, w tym raka jelita grubego, piersi, mięsaków i wielu innych. Jeżeli chodzi o raka jelita grubego, to wydaje się, że powyżej stu chorych leczonych rocznie daje realną szansę na osiąganie dobrych wyników w zakresie przeżyć pięcioletnich i dobrej jakości życia.

> W dobrych ośrodkach specjalistycznych **tylko 20-15%** chorych z rakiem odbytnicy musi mieć stomię jelitową!

Red.: Jacy lekarze są niezbędni w takim specjalistycznym zespole?

W. Z.: Obecność w zespole wielospecjalistycznym lekarzy kilku specjalności reprezentujących chirurgię, radioterapię i onkologię kliniczną stwarza niepowtarzalną szansę na właściwą kwalifikację do skojarzonego leczenia choroby nowotworowej. Jest to konieczne, ponieważ leczenie onkologiczne jest często obarczone licznymi powikłaniami z uwagi na uboczne działania i efekty toksyczne radio czy chemioterapii. Kwalifikacja do tego leczenia powinna być zespołowa i oparta o najlepszą wiedzę całego zespołu. Również w wybranych przypadkach korzysta się z wiedzy i dużego doświadczenia lekarzy innych specjalności, takich jak radiolodzy czyli specjaliści od badań obrazowych oraz patomorfolodzy – lekarze oceniający preparaty w badaniach mikroskopowych.

Red.: Czy można operować laparoskopowo chorych z rakiem jelita grubego?

W. Z.: Oczywiście. Jest to znakomita metoda powszechnie stosowana na świecie u chorych z rakiem okrężnicy, a także, w ośrodkach specjalistycznych posiadających duże doświadczenie, chorych z rakiem odbytnicy. Chory zyskuje bardzo wiele w tego typu operacjach, ponieważ poza identycznym efektem onkologicznym szybciej wraca do pracy – ma mniejszą ranę operacyjną, traci mniej krwi podczas operacji, ma mniej dolegliwości bólowych, szybciej wraca praca jelit, a zatem szybciej wraca do żywienia doustnego i szybciej wraca do domu.

Red.: Czy można uniknąć przetoki, stomii jelitowej? Dla chorych to jeden z ważniejszych problemów.

W. Z.: Oczywiście, że można. Dlatego znowu mówimy o specjalistycznych oddziałach leczących chorych z rakiem jelita grubego – Colorectal Cancer Unit, ponieważ, jak pokazują liczne dane statystyczne, w tego typu ośrodkach również oprócz dłuższych czasów przeżyć, uzyskuje się też lepsze wskaźniki przednich resekcji – czyli resekcji odbytnicy bez sztucznego odbytu. W bardzo dobrych ośrodkach tylko 10–15 proc. chorych z rakiem odbytnicy musi mieć stomię jelitową.

A są ośrodki z mniejszym doświadczeniem, gdzie u takich samych chorych stomię zakłada się u 30–40 proc. chorych. Dlatego również te elementy oprócz leczenia skojarzonego, jak stosowanie radioterapii przed leczeniem operacyjnym chorych z rakiem odbytnicy, przemawiają za stworzeniem w Polsce tego typu ośrodków wzorem innych światowych centrów specjalistycznych.

Red.: Jak stworzyć taki ośrodek jak kierowana przez Pana klinika, która posiada w tym zakresie duże doświadczenie?

W. Z.: Przed wieloma laty postawiliśmy na leczenie tego bardzo częstego nowotworu w Polsce jakim jest obok raka piersi, rak jelita grubego. Czyli liczba chorych i znakomita technika chirurgiczna wynikająca z dużej liczby operacji; jest to blisko pięciuset chorych leczonych operacyjnie rocznie z powodu pierwotnego raka jelita grubego, przerzutów do wątroby i/lub wznowy miejscowej po wcześniejszym leczeniu operacyjnym. Oznacza to, że każdy chirurg w naszej Klinice wykonuje lub asystuje przy około pięćdziesięciu operacjach raka jelita grubego. Około 20 proc. chorych jest operowanych laparoskopowo. U pewnej grupy chorych, w przypadku wczesnych, nisko położonych guzów odbytnicy, wykonywane są zabiegi z użyciem rektoskopu. U chorych z przerzutami do otrzewnej wykonujemy operacje typu HIPEC (dootrzewnowa chemioterapia perfuzyjna w hipertermii). U niektórych chorych wykonujemy również termoablację guzów wątroby – czyli niszczymy elektrodami cieplnymi przerzuty, których nie możemy wyciąć operacyjnie z różnych przyczyn.

Red.: Ostatnio słyszeliśmy, że w Centrum Onkologii w Bydgoszczy stosuje się również technikę NanoKnife. Jak to działa i komu może pomóc?

W. Z.: Tak, to prawda. Jesteśmy jednym z pierwszych ośrodków w Polsce, który zakupił to potrzebne i ważne dla wielu chorych urządzenie. NanoKnife to urządzenie, które skutecznie niszczy komórki nowotworowe prądem elektrycznym w sposób oszczędzający i niemal bezbolesny dla chorych. NanoKnife może być wykorzystany w leczeniu, obok raka prostaty czy trzustki, do leczenia przerzutów do wątroby położonych we wnęce wątroby – a więc takich, których nie można wyciąć z uwagi na położone tam ważne struktury anatomiczne. NanoKnife pozostawia je praktycznie nienaruszone. Dlatego też widzę szansę na zastosowanie tego narzędzia u grupy chorych z przerzutami raka jelita grubego do wnęki wątroby.

W trakcie zabiegu elektrody w liczbie 3–6 umieszczone w guzie przekazują impulsy elektryczne o bardzo specyficznych parametrach – napięciu 3 tys. woltów i natężeniu 50 amperów. Otwiera się w ten sposób „pory" w błonach komórkowych nieodwracalnie je uszkadzając. Chore komórki obumierają i są usuwane przez organizm w ciągu około dwóch tygodni. Z kolei komórki zdrowe błyskawicznie się odradzają.

NanoKnife to urządzenie, które skutecznie niszczy komórki nowotworowe w sposób oszczędzający organizm chorego i niemal bezbolesny!

Red.: Czyli można powiedzieć, że posiadacie państwo wszystkie elementy potrzebne w nowoczesnym ośrodku dla leczenia chorych z nowotworami jelita grubego. Czy w w Bydgoskim Centrum Onkologii mogą się leczyć chorzy z całej Polski?

W. Z.: Oczywiście. Zapraszamy wszystkich chorych potrzebujących naszej pomocy. Około 35 proc. leczonych u nas osób to chorzy z innych rejonów naszego kraju. Nasze doświadczenie i najlepszy dostępny na świecie sprzęt pozwala zwiększyć szansę na wyleczenie. ❖

ZDJĘCIA Z ARCHIWUM PROF. W. ZEGARSKIEGO

Czy masz „WZORY" czerniaka złośliwego

Fot. © berlys30 | Depositphotos.com

„W przeciwieństwie do innych nowotworów, które zwykle bywają niedostępne dla naszego wzroku, czerniaki złośliwe piszą charakterystycznym atramentem na skórze dla nas swoją wiadomość."

DR NEVILLE DAVIS

Powszechnym i niepokojącym zjawiskiem jest narastanie częstości zachorowań na nowotwory skóry, w tym zwłaszcza na najgroźniejszego z nich, czerniaka złośliwego. Szacuje się, że na obszarach Europy, Ameryki Północnej, Australii, czy w innych częściach świata, gdzie zamieszkuje głównie ludność o jasnej karnacji, u jednego na pięciu mieszkańców rozwinie się nowotwór skóry.

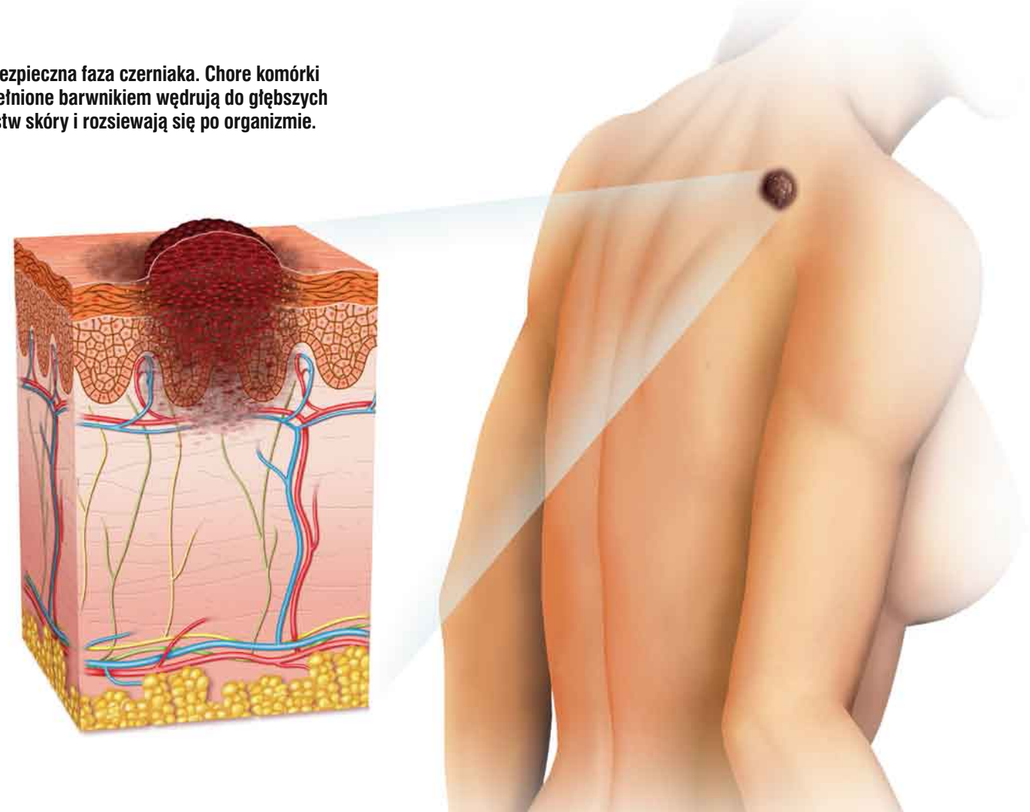
Wykrywanie czerniaków w jak najwcześniejszej fazie ich rozwoju, a zwłaszcza w tzw. postaci „in situ" (gdy komórki tego nowotworu występują jedynie w naskórku, zanim jeszcze wystąpi ryzyko przerzutów) podnosi szansę na całkowite wyleczenie z tego groźnego nowotworu. Pomocne jest w tym celu, oprócz oceny klinicznej, zastosowanie dermatoskopii.

Dermatoskopia to nieinwazyjna technika diagnostyczna stosowana do oceny wykwitów skórnych. Skórę ogląda się za pomocą mikroskopu o małym powiększeniu – do badania stosuje się specjalny płyn (płyn immersyjny), dzięki któremu można ograniczyć zakłócenia spowodowane rozpraszaniem się światła.

Dla zrozumienia przyczyny powstawania nowotworów skóry, istotne jest przypomnienie niektórych wiadomości o budowie i funkcji tego największego w organizmie narządu. Skóra jest ważnym dla naszego ustroju narządem, chroniącym nas przed czynnikami środowiska i utrzymującym równowagę między światem zewnętrznym a wnętrzem organizmu. Oprócz ochrony przed czynnikami mechanicznymi, fizycznymi i infekcyjnymi (bakteriami, wirusami, czy grzybami) bierze udział w regulacji cieplnej. Ma swój udział w czynnościach wydzielniczych, pomaga regulować gospodarkę wodną, oddechową, posiada zdolność wchłaniania, bierze udział w metabolizmie białek, tłuszczy, witamin. Bodźce z otoczenia odbiera skóra jako narząd czucia oraz uczestniczy w procesach odpornościowych organizmu.

W – wredne (nieregularna duża plama)
Z – zmieniające się (plama rośnie lub się zmienia)
O – osamotnione (jedyne takie w okolicy)
R – rozwijające się (nowopowstały wykwit skóry)
Y – YYY! Boli! (plama, która krwawi bądź się nie goi)

Niebezpieczna faza czerniaka. Chore komórki wypełnione barwnikiem wędrują do głębszych warstw skóry i rozsiewają się po organizmie.



Fot. © Alexilus | Depositphotos.com

Skóra składa się z naskórka, skóry właściwej i tkanki podskórnej. Na powierzchni naskórka występuje warstwa zwana płaszczem lipidowym.

Naskórek zbudowany jest głównie z komórek zwanych keratynocytami, a niewielki dodatek do tych komórek to melanocyty. Melanocyty produkują „opaleniznę", czyli substancję zwaną melaniną. Kolor skóry, oczu, włosów jest zależny od obecności tego barwnika. Melanina bardzo skutecznie chroni naszą skórę przed szkodliwym działaniem promieni ultrafioletowych (słonecznych i tych wytwarzanych przez solaria), będąc najskuteczniejszym filtrem przeciwsłonecznym. W przypadku osób o ciemnej karnacji, w przeciwieństwie do tych o jasnej cerze (zwłaszcza rudowłosych i z licznymi piegami), ryzyko zachorowania na czerniaka złośliwego jest mniejsze. Ostrzega się przed nadużywaniem kontaktu ze słońcem czy opalaniem w solariach. Należy wystrzegać się poparzeń słonecznych, zwłaszcza u dzieci. Takie postępowanie to profilaktyka pierwotna nowotworów skóry. Już jedno poparzenie słoneczne może spowodować powstanie czerniaka w przyszłości. Kontrola skóry u lekarza, to profilaktyka wtórna. Pozwala ona na wykrywanie złośliwych ognisk na skórze i usuwanie takich zmian w jak najwcześniejszej, uleczalnej fazie.

Na skórze może występować wiele różnych wykwitów – łagodnych, a niekiedy złośliwych. Nawet znamiona melanocytowe (łagodne wykwity zbudowane z melanocytów), popularnie nazywane „pieprzykami" mają wiele „gatunków". Mogą być płaskie, wypukłe, zabarwione, bądź bezbarwne. Mimo, że znamiona mogą wyglądać różnie, mają zwykle brązowy kolor.

Czerniaki złośliwe są bardzo niebezpieczne. Nawet postaci grubości trzech kartek papieru mogą rozsiewać się do odległych części organizmu, dając fatalne rokowanie. Na szczęście, zanim czerniak złośliwy zacznie naciekać w głębsze warstwy skóry właściwej i spowoduje rozsiew ogólnoustrojowy, zwykle przez jakiś czas rośnie w naskórku poziomo i płytko. Na etapie początkowego rozwoju (w tzw. stadium in situ) jest całkowicie uleczalny. Głębsze, naciekające czerniaki złośliwe bywają wyleczalne, lecz, by mieć 100 proc. pewności, musimy poczekać 10–15 lat.

W przypadku czerniaków, złośliwe komórki wypełnione melaniną zachowują się dziwacznie. Najpierw przemieszczają się w kierunku powierzchni skóry (gdzie melanina przybiera barwę czarną). W następnej, niebezpiecznej fazie zaczynają naciekać w głąb skóry. W stadiach naciekowych, inwazyjnych (poziom 2, 3, 4 lub 5) komórki czerniaka wypełnione barwnikiem wędrują do głębszych warstw skóry. Melanina jest widoczna tam jako kolor szary lub niebieski. Lekarz, badając ognisko czerniaka przy użyciu dermatoskopu, widzi wyraźnie różne kolory. Różnokolorowy dermatoskopowy obraz wykwitu jest jednym z objawów, które mogą skłonić lekarza do wykonania wycięcia podejrzanego ogniska skórnego.

Dla pacjentów ważnym terminem jest „brzydkie kaczątko ". Określa się nim wykwit, który jest „nie na miejscu". „Brzydkie kaczątko" wyróżnia się tym, że jest jedyną plamką w danej części ciała albo wyraźnie odróżnia się od innych plamek. Czerniaki są zbudowane z nieprawidłowej tkanki, która rozrasta się bez normalnych mechanizmów kontrolnych, zarządzających procesem wzrostu w organizmie. W końcu stają się duże i ze względu na zwiększone dostawy krwi i przemieszczanie się barwnika do głębszych warstw skóry, w których ten normalnie nie występuje, mogą pojawić się, obok barwy brązowej, także czerwona, czarna, szara i niebieska.

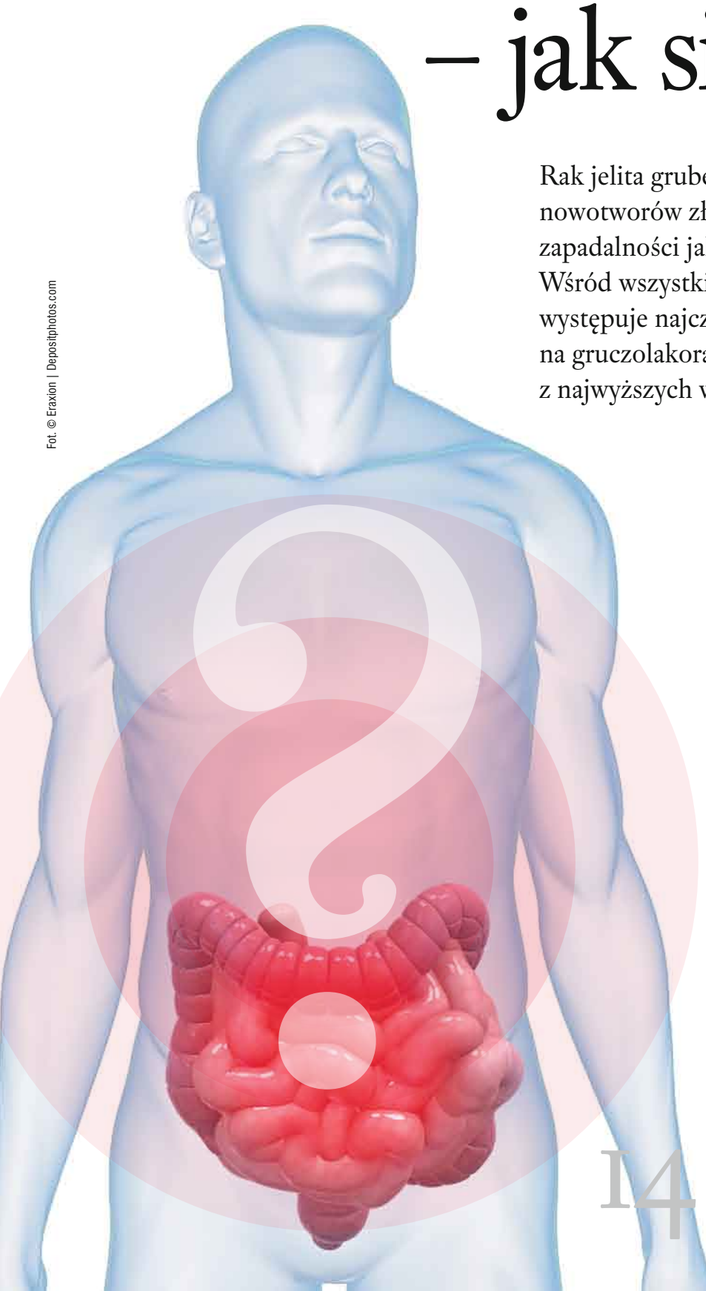
W przypadku „brzydkiego kaczątka" lekarze szukają patologii w normalnym obrazie „wzorca". Biorą pod uwagę to, co widzą gołym okiem oraz to, co uda im się zobaczyć za pomocą dermatoskopu. Ważne dla pacjentów są regularne kontrole skóry u lekarza. Lecz gdy zauważymy u siebie, bądź u innych osób objaw „brzydkiego kaczątka", to należy niezwłocznie udać się na badanie. W uzasadnionych przypadkach podejrzewania złośliwości w wykwicie, lekarz zleci diagnostyczne wycięcie takiego ogniska. ❖

Fot. © bertyb30 | Depositphotos.com

Czerniaki występują zwykle u osób z jasną karnacją, ale mogą pojawiać się u każdego człowieka, niezależnie od wieku. Już nawet jedno poparzenie słoneczne może wywołać czerniaka. Jeśli masz wiele znamion, lub w twojej rodzinie wystąpił przypadek czerniaka złośliwego, ryzyko zachorowania jest większe.

Dr n. med. AGATA BULIŃSKA
Specjalista dermatolog-wenerolog, Gdańsk, Polska
Senior Lecturer, School of Medicine,
The University of Queensland, Brisbane, Australia

Rak jelita grubego – jak się chronić?



Fot. © Eraxion | Depositphotos.com

Rak jelita grubego od kilku lat plasuje się w czołówce nowotworów złośliwych zarówno pod względem zapadalności jak i umieralności w polskiej populacji. Wśród wszystkich nowotworów przewodu pokarmowego występuje najczęściej, a dynamika wzrostu zachorowań na gruczolakoraka jelita grubego w Polsce jest jedną z najwyższych w krajach Europy Zachodniej.

Mimo nowych metod diagnostycznych, coraz lepszych możliwości i sposobów leczenia, przeżycia pięcioletnie nadal nie są w Polsce zadowalające. Ze statystyk jasno wynika, że późna wykrywalność ma mocno niekorzystny wpływ na rokowanie. Warto więc podjąć temat profilaktyki, zapobiegania i likwidacji czynników mających istotny wpływ na proces kancerogenezy (proces powstawania raka).

Rak jelita grubego jest chorobą przede wszystkim ludzi starszych. Wyłączając przypadki o podłożu dziedzicznym, zachorowania przed trzydziestym rokiem życia należą do rzadkości. Pacjenci obciążeni rodzinną historią raka jelita grubego powinni być bardzo skrupulatnie kontrolowani, edukowani w procedurach diagnostycznych i profilaktyce, objawach, jakie mogą świadczyć o początkach patologii oraz krokach jakie podjąć po ich zaobserwowaniu. Świadomość podstaw choroby, jej patogenezy i kliniki, pozwalają zapobiegać rozwojowi raka i unikać sytuacji ryzykownych. Chorzy mający tę wiedzę zgłaszają się do specjalisty wcześnie, zaraz po zaobserwowaniu pierwszych złych sygnałów.

Średnia wieku społeczeństwa polskiego w ostatnich latach uległa zdecydowanemu wydłużeniu – w porównaniu z początkiem lat pięćdziesiątych ubiegłego stulecia – o średnio 15 lat, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn. Rak jelita grubego jest idealnym przykładem choroby rozwijającej się długo i początkowo bezobjawowo. Błędy dietetyczne, szczególnie te powtarzane przez wiele lat, są istotnym czynnikiem sprawczym rozwoju nowotworów przewodu pokarmowego, w tym również raka jelita grubego. Eliminacja z diety owoców i warzyw, a więc źródła cennych witamin, antyoksydantów i naturalnego błonnika pokarmowego, to podstawowe „grzechy" młodych ludzi, którzy za kilkadziesiąt lat znajdą się w grupie ryzyka rozwoju raka jelita grubego. Kolejny czynnik zagrożenia to spożywanie nadmiernej ilość tłuszczów, zwłaszcza tych wysoce przetworzonych pochodzenia zwierzęcego. Są one potencjalnym źródłem substratów do powstawania mutagenów – cząstek, mających zdolność działania w świetle jelita grubego i wpływających na prawidłowy cykl podziałowy komórki nabłonka. W połączeniu z dietą ubogoresztkową, pozbawioną źródeł błonnika pokarmowego i zwalniającą pasaż, wydłuża się czas ich działania bezpośrednio na błonę śluzową jelit. Powoduje to chroniczne drażnienie i w efekcie uszkodzenie śluzówki przewodu pokarmowego, co w konsekwencji prowadzi do przeobrażeń nowotworowych. Również kancerogeny zawarte w napojach wysokoprocentowych (szczególnie tych niskiej jakości, na bazie surowców przemysłowych) i inne, których źródłem jest tytoń, suplementy diety, syntetyczne dodatki do pokarmów wysoce przetworzonych, tak zwane „ulepszacze smaku" mają swój udział w procesie powstawania zmian w śluzówce jelita grubego mogących prowadzić do rozwoju raka.

Fot. © Haywiremedia | Depositphotos.com

Tytoń, suplementy diety, syntetyczne dodatki do pokarmów wysoce przetworzonych, tak zwane „ulepszacze smaku" – wszystko to ma swój udział w procesie powstawania zmian w śluzówce jelita grubego, które z kolei mogą prowadzić do rozwoju raka!

Mimo promowanych w ostatnich latach idei na zdrowy tryb życia coraz więcej Polaków cierpi z powodu nadwagi. Liczby te niestety z roku na rok nie maleją, a otyłość to kolejny czynnik ryzyka rozwoju nowotworów, w tym także raka jelita grubego. W połączeniu z nałogami: używkami, alkoholem, dietą opartą na fast-foodach, zaniechaniem wysiłku fizycznego, stawiają nas w grupie większego ryzyka, którego można by przy odrobinie racjonalizmu z pewnością uniknąć.

Nie należy zapominać o częstych kontrolach i nie lekceważeniu pierwszych objawów choroby. Każda zmiana w fizjologii wypróżnień, zaparcia przerywane okresami biegunek, spadek masy ciała, niespecyficzne bóle brzucha, długotrwałe anemizacje (obniżenie ilości czerwonych krwinek) bez uchwytnej przyczyny, a z pewnością obecność świeżej krwi w stolcu, to te objawy, których nie powinniśmy bagatelizować. Objawy te nie muszą świadczyć o obecności raka, ale wymagają wyjaśnienia ich przyczyn u specjalisty.

Zaparcia przerywane okresami biegunek, spadek masy ciała, niespecyficzne bóle brzucha i obecność krwi w stolcu, to objawy, które powinny być skonsultowane ze specjalistą!

Badanie kału na obecność krwi utajonej nie jest oczywiście procedurą wykluczającą rozwój patologii, jednak jakiekolwiek nieprawidłowości w wynikach badań powinny być poddane wnikliwej analizie, weryfikowane w badaniu kolonoskopowym wykonywanym ze wskazań bądź, w przypadku braku objawów – w ramach programów profilaktycznych.

Program wczesnego wykrywania raka jelita grubego jest realizowany w Polsce od ponad dziesięciu lat pod patronatem Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Do badania mogą zgłaszać się wszyscy bezobjawowi pacjenci, między 55 a 64 rokiem życia, którzy nie mieli w ostatnich dziesięciu latach badania kolonoskopowego. Pacjenci z rodzinnym obciążeniem rakiem są badani wcześniej – między 40–49 rokiem życia. Celem programu jest zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów z powodu raka jelita grubego w Polsce, a wiadomo, że wcześnie wykryty rak rokuje lepiej. ❖

LEK. MED. PAULINA CICHON

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Informacja na stronach:
www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka
http://pbp.org.pl

Przyczyny występowania biegunek mogą być związane z obecnością guza nowotworowego, leczeniem operacyjnym, zapaleniem śluzówki jelita po chemioterapii lub radioterapii. Mogą być także spowodowane zaburzeniami wchłaniania lub być efektem chorób towarzyszących (choroby zapalne jelit, cukrzyca). Biegunki mogą być także związane z zakażaniem przewodu pokarmowego lub występować jako efekt nieprawidłowej diety.

Zalecenia dietetyczne w biegunkach

Fot. © kirillica| Depositphotos.com

Biegunka jest stanem polegającym na zmianie prawidłowego rytmu wypróżnień, który może polegać na:

- zwiększonej liczbie wypróżnień w ciągu doby (>3/dobę),
- zwiększonej ilości stolca (>200 g),
- zmianie konsystencji stolca (na płynny, półpłynny zawierający > 7 g tłuszczów).

W zależności od czasu trwania biegunki dzieli się je na:

- ostre (do 2 tyg.),
- przedłużające się (od 2 do 4 tyg.),
- przewlekłe (powyżej 4 tyg.).

Podstawową zasadą w przeciwdziałaniu biegunce jest zmniejszenie błonnika roślinnego w przyjmowanych pokarmach oraz odpowiednia podaż płynów (tzw. dieta ubogoresztkowa, inaczej dieta niskobłonnikowa lub bezresztkowa).

Mniej błonnika, czyli ile?

Dieta bezresztkowa powinna zawierać od 5–10 g błonnika na dobę (norma zalecana przez WHO dla zdrowego człowieka wynosi 20–40 g na dobę). Terapeutycznie powinna być stosowana jedynie przez określony czas. Kolejnym krokiem jest rozszerzona dieta bezresztkowa w celu stopniowego powrotu do prawidłowego odżywiania.

Dieta bezresztkowa polega na wyeliminowaniu wszystkich produktów roślinnych surowych i gotowanych.

Średnia zawartość błonnika w wybranych makaronach i ryżu (w 100 g)

- makaron pełnoziarnisty – 6,2 g
- makaron dwujajeczny z semoliny – 2,9 g
- makaron bezjajeczny – 2,8 g
- makaron dwujajeczny/czterojajeczny – 2,6 g
- makaron ryżowy – 2,4 g
- makaron bezjajeczny – 2,3 g
- makaron sojowy – 2,0 g
- ryż brązowy – 8,7 g
- ryż preparowany – 5 g
- ryż biały – 2,4 g
- ryż Basmati – 0,6 g
- ryż jaśminowy – 0,4 g

Średnia zawartość błonnika w wybranych rodzajach pieczywa (w 100 g)

- chleb żytni pełnoziarnisty – 9,1 g
- chleb żytni razowy – 8,4 g
- chleb graham – 6,4 g
- chleb chrupki żytni – 6,0 g
- chleb z niskim IG – 5 g
- chleb żytni jasny – 4,1 g
- chleb orkiszowy – 4 g
- chleb pszenny zwykły/bułki pszenne – 1,4 g

Uwaga! Podczas biegunek wybieraj pieczywo o jak najmniejszej zawartości błonnika!

■ produkty wskazane o niskiej zawartości błonnika
■ produkty niewskazane o wysokiej zawartości błonnika

Dieta ubogoresztkowa jest zalecana nie tylko osobom cierpiącym na biegunki, lecz także chorym na nieswoiste choroby zapalne jelit (m.in. w chorobie Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego). Powinny ją też stosować osoby zmagające się ze zwężeniem jelita (przy guzach i polipach). Zaleca się ją również przed kolonoskopią i po niektórych zabiegach operacyjnych.

Produkty zabronione w diecie bezresztkowej:

- świeże, gotowane owoce i warzywa, musy owocowe, owoce w syropie, surowe i gotowane warzywa,
- pieczywo żytnie pełnoziarniste („brązowe"),
- makarony z pełnoziarnistej mąki (zawierają wysoką zawartość błonnika),
- ryż nieoczyszczony – brązowy, dziki (zawierają wysoką zawartość błonnika),
- produkty z pełnego przemiału (zawierają wysoką zawartość błonnika),
- płatki śniadaniowe: owsiane, otręby (zawierają wysoką zawartość błonnika),
- dania gotowe, konserwy,
- suszone owoce, owoce kandyzowane,
- mleko (ze względu na obecność laktozy),
- orzechy włoskie, migdały, orzechy ziemnie (ciężkostrawne),
- desery na bezie czekolady, słodycze (zawierają cukier pobudzający fermentację w jelitach, są ciężkostrawne),
- przyprawy pikantne (mają działanie drażniące),
- soki owocowe np. cytrusowe, woda gazowana, napoje alkoholowe.

Produkty dozwolone w diecie bezresztkowej:

- wywar warzywny (spożywany bez warzyw),
- suchary, krążki ryżowe,
- makarony z białej mąki, kukurydziane, ryżowe,
- ryż oczyszczony (biały), ciastka ryżowe,
- biała mąka – pszenna, mąka kukurydziana,
- mięsa chude (kurczak, indyk, ryba) bez sosów
- jaja na twardo,
- masło i olej na surowo w niewielkich ilościach,
- twarde sery (np. gouda) sery białe, jogurty,
- woda przegotowana, woda mineralna, krótko parzona herbata.

Fot. © michaeljung | Depositphotos.com

Zacznij słodko dzień czyli serek wiejski z suszonymi owocami

Składniki:

- 1 opakowanie serka wiejskiego np. Piątnica (200 g)
- suszone mango – pół garści
- siemię lniane – łyżka
- rodzynki – łyżka
- suszony ananas – łyżka

Można dodać także: płatki jaglane, owsiane, otręby czy płatki z nasion amarantusa.
Składniki mieszamy.

Mango to bogate źródło witamin A, C, B_1, B_2, PP, obfituje także w potas, magnez, fosfor, wapń, sód i żelazo. W owocu mango obecny jest również **lupeol** – składnik o właściwości antyrakowych.
Badania przeprowadzone w 2005 r. przez naukowców z University of Wisconsin pod przewodnictwem profesora H. Mukhtara wykazały, że **lupeol** w warunkach laboratoryjnych powoduje śmierć komórek nowotworowych raka trzustki.

Wracamy do zdrowia

Kolejnym krokiem w procesie zdrowienia jest rozszerzanie jadłospisu chorego o kolejne pokarmy (w zależności od stanu klinicznego chorego i jego tolerancji pokarmowej), które powinny przebiegać w kilku etapach.

1. Po kilku dniach: + (raz dziennie, w niewielkich ilościach) gotowane warzywa np. marchew, dynia, buraki czy cukinia bez pestek.
2. Około 5 dni później: + ziemniaki (np. purée).
3. Po 3–4 dniach: + czerstwy chleb pszenny, gotowane warzywa z wyłączeniem kapustnych i strączkowych .
4. 3–4 dni później: + sałata, surowe-dojrzałe owoce.
5. Około 4 dni później: + surowe warzywa w niewielkich ilościach i mleko.

Należy zaznaczyć, że powyższy schemat to jedynie zarys, który należy indywidualnie zaadoptować w zależności od preferencji i określonej tolerancji pokarmowej pacjenta.

Odpowiedni dobór produktów ma na celu zmniejszenie ilości oddawanych stolców, zwalczenie podrażnienia jelitowego – które powoduje ataki bólowe oraz ograniczenie odwodnienia.

Ostre biegunki niosą ze sobą ryzyko odwodnienia organizmu, dlatego ważnym elementem postępowania jest uzupełnianie niedoborów wodno-elektrolitowych zgodnie z aktualnym wynikiem badań laboratoryjnych. Ogólne zalecenia mówią, że należy spożywać przynajmniej dwa litry płynów dziennie, jednak ich uzupełnianie zależy od stopnia utraty masy ciała.

Łagodne (<5 proc. masy ciała) i umiarkowane odwodnienie zazwyczaj wymaga podania płynów doustnie w ilości około 50 ml/kg na miesiąc w ciągu 3–4 godzin. Jeśli ubytek masy ciała wyniósł od 5–10 proc. to 50–100 ml/kg na miesiąc. Odwodnienie ciężkie, w którym ubytek masy ciała wyniósł powyżej 10 proc., należy wyrównywać dożylnie.

Oprócz wystrzegania się produktów drażniących i zawierających wysoką ilość błonnika oraz uzupełniania płynów warto pamiętać o regularności posiłków, które należy spożywać co 2, 3 godziny w niewielkiej ilości.

Preferowany sposób obróbki termicznej posiłków to gotowanie tradycyjne, gotowanie na parze, pieczenie w folii aluminiowej lub rękawie. ❖

MGR DIET. MAGDALENA OLECH

Do opracowania tekstu wykorzystano informacje zawarte m.in. w książkach:

- *Żywienie człowieka zdrowego i chorego*, red. M. Grzymisławski, J. Gawęcki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012,
- *51 zaleceń dietetycznych w wybranych stanach chorobowych*, red. D. Gajewska, Elsevier Urban & Partner, Wrocław

Ćwiczenia oddechowe przed planowanym zabiegiem operacyjnym

Zabieg operacyjny w obrębie jamy brzusznej lub klatki piersiowej może skutkować problemem z prawidłowym oddychaniem w okresie pooperacyjnym.

Przecięcie mięśni jamy brzusznej lub klatki piersiowej, bolesność rany operacyjnej, upośledzają ruchy oddechowe, zmniejszają możliwość głębokiego oddychania i wykrztuszania zalegającej wydzieliny. Problemy te zwiększają się w przypadku osób otyłych, palących i chorujących na przewlekłe schorzenia dróg oddechowych, jak choćby przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) czy przewlekłe stany zapalne. Niewydolność oddechowa w okresie pooperacyjnym może prowadzić do powstania zmian zapalnych płuc i ciężkiej niewydolności oddechowej.

Aby uniknąć powyższych problemów należy wykorzystać czas przed zabiegiem na ćwiczenia rehabilitacji oddechowej.

Ogólne zasady ćwiczeń oddechowych

- Ćwiczenia trzeba wykonywać przynajmniej dwa razy dziennie.
- Ćwiczenia zaleca się wykonywać przed jedzeniem lub przynajmniej godzinę po posiłku.
- Przed przystąpieniem do ćwiczeń oddechowych powinno się rozluźnić mięśnie szyi (swobodne skręty głowy w prawo i w lewo, ruch okrężny głową).
- Nigdy nie powinno się wydychać całego nabranego powietrza.

Do najprostszych ćwiczeń oddechowych należą:

- nabieranie i szybkie wypuszczanie powietrza,
- nabieranie powietrza z jednoczesnym podnoszeniem ramion w górę i wypuszczanie powietrza z jednoczesnym opuszczaniem ramion w dół,
- nabieranie powietrza przy zgiętych łokciach cofając je do tyłu i wypinając klatkę piersiową. Wydychając powietrze ręce należy wyciągać do przodu.

Do bardziej intensywnych ćwiczeń należy forsowanie oddechu przez dmuchanie w specjalne urządzenie powodujące pewien opór. Urządzenia te są w różnych formach powszechnie dostępne w sklepach medycznych. Ćwiczenie to jest także powszechnie stosowane jako jedna z form rehabilitacji oddechowej po zabiegu operacyjnym.

Fot. © lisa1x | Depositphotos.com

Cwiczenia oddechowe po zabiegu w Klinice Chirurgii Onkologicznej.

Wykonując ćwiczenia oddechowe należy uważać na możliwość wystąpienia zasadowicy oddechowej (zawroty głowy, nagłe osłabienie). Gdy dojdzie do takiej sytuacji należy przerwać ćwiczenia, a rozpoczynając ćwiczenia ponownie, należy wykonywać je ostrożniej.

I na koniec uwaga dotycząca ćwiczeń oddechowych: należy bezwzględnie zaprzestać palenia papierosów. Czas do zabiegu operacyjnego powinno się wykorzystać na jak najlepsze przygotowanie organizmu do stresu, jakim jest operacja. W końcu przecież chodzi o nasze zdrowie! ❖

Fot. © photography33 | Depositphotos.com

Strach ma wielkie oczy

Poznałem tę panią w piątek. Większości kojarzy się ten dzień pozytywnie – z nadchodzącym weekendowym odpoczynkiem, oderwaniem od codziennych obowiązków i czasem poświęconym w pełni rodzinie, bliskim. Był to dzień zimny i według kalendarza wręcz zimowy, ale suma moich myśli i odczuć w stosunku do wspomnianej kobiety w tym momencie wypełnia ten dzień słońcem i nadzieją.

Opowieść zaczęła się jednak dość ponuro. Z przekazu bezpośrednich świadków przyjęcia pani na oddział onkologiczny, personelu dyżurnego, pojawiła się oto osoba bezgranicznie załamana – fizycznie i psychicznie, pełna depresji w sobie, chora. Dobra wiadomość na początek: Drogi Pacjencie, choć wiem, że tego nie lubisz gdy ktoś się nad Tobą użala i głaszcze Cię jak kota pod ciepłym piecem – trafiłeś na personel zdolny odczuwać empatię.

Odnajduję w tych słowach przekornie mnóstwo nadziei. Mądra literatura naukowa w tematyce psychoonkologicznej odnotowuje, że tak może na początku być, nazywając tę fazę choroby szokiem. Moje kilkuletnie doświadczenie w oddziale onkologicznym potwierdza tę tezę. Bez względu na osobowość, status rodzinny czy materialny żaden człowiek nie uniknie szoku w chwili poinformowania go o nowotworze. U jednych osób ten szok trwa krócej, u innych dłużej.

Dobry, współpracujący ze sobą zespół interdyscyplinarny oddziału onkologicznego czyni wszelkie starania aby osobę chorą odpowiednio przygotować, wyedukować do podjęcia aktywnego leczenia. Rozumieć należy przez to dążenie do poszerzenia zespołu o jedną osobę więcej – o pacjenta. Osoba chora nie może być bierna, nie może jedynie czekać i być zdana na łaskę i niełaskę służby zdrowia, ale krok po kroku musi nauczyć się mówić o własnych potrzebach i dolegliwościach wprost. To zwalnia z domysłów i eliminuje błędy wczesnej interwencji personelu oddziału, a tym samym wpływa na jakość życia chorego.

Trzyosobowa sala chorych, liczebność pacjentek na koniec tygodnia ograniczona przez wypisy pacjentów ze szpitala. Pod oknem skulona postać, z kołdrą naciągniętą pod samą szyję. Widać jedynie kręcone blond włosy upięte w kok. Czy śpi? Nie wiem. Wiem jedynie, że w piątek, gdy zmierza się ku końcowi wypełnienia administracyjnego czasu pracy, to jednym z naturalnych, choć bardzo egoistycznych odczuć ludzkich jest wycofać się i wrócić w poniedziałek. Więc może i lepiej, żeby pacjentka spała? Nawet jeżeli nie śpi, to na pewno usłyszała otwierające się drzwi na salę.

Podchodzę do jej łóżka zgarniając w międzyczasie taboret stojący obok. W tym momencie pani odwraca głowę. „Nie chciałem obudzić, przepraszam, mogę przyjść innym razem" – wcale nie kłamię!

Nie myśl sobie Drogi Pacjencie, że masz w szpitalu do czynienia z samymi twardzielami, wielkimi autorytetami w swoich dziedzinach, znającymi odpowiedzi na wszystkie pytania. Wszyscy odczuwamy strach. Tak po ludzku, na poziomie subiektywnym, w niczym nie różniącym się od Twojego strachu. Twój strach to ciągłe poszukiwanie odpowiedzi na pytania: dlaczego ja? Czy będę żyć? Nasz strach: czy pozwolisz nam się poznać? Czy pozwolisz nam sobie pomóc?

Widzę kobietę o delikatnych rysach twarzy, ciepłym ale wystraszonym spojrzeniu. Subtelnym uśmiechem zachęca żebym usiadł. Wie kim jestem albo podświadomie unika potencjalnego, męczącego pytania o samopoczucie.

Jak się Pani czuje?

Drogi Pacjencie usłyszysz to pytanie w trakcie leczenia tysiące razy, więc albo bądź cierpliwy, albo zwróć personelowi uwagę, że umawiacie się na nie zadawanie tak bezsensownych pytań w trakcie koszmarnego leczenia chemioterapią.

Pamiętam taką sytuację z życia oddziału: mężczyzna, mocno pomstujący na wady systemu leczenia w Polsce, ponownie pytany o imię i nazwisko, PESEL (sekretariat, dyżurka pielęgniarek, gabinet lekarski, podłączanie leku cytostatycznego, toczenie krwi – doświadczony pacjent) głośno stwierdził – Jan Kowalski, na co mocno skonsternowana pielęgniarka zawahała się przez chwilę, po czym wróciła jej świadomość – Weź pan się nie wygłupiaj Panie X! Drogi Pacjencie! Pamiętaj jednak, że choć pytania te wydają się nonsensowne, to jedna cyfra w Twoim numerze PESEL może decydować o Twoim życiu.

Pani mówi, że źle się czuje i rzeczywiście wygląda na bardzo zmęczoną. Lekarz przyjął ją na oddział w celu kwalifikacji do chemioterapii, czekają ją liczne badania diagnostyczne, boi się. Diagnoza – rak trzustki. Pacjentka wie co to oznacza. Idąc do szpitala wstąpiła do fotografa, zrobiła zdjęcie nagrobkowe bo teraz jeszcze dobrze wygląda, a wiadomo co będzie dalej: schudnie, włosy wypadną, cera jak papier matowy. Nie wierzę w to, co właśnie usłyszałem, choć zaskakiwały mnie już różne słowa padające z ust pacjentów. Szukam najprostszych pytań aby jej nie zmęczyć... Ma męża i dorosłego syna. Większość z wstępnej diagnostyki medycznej odbyła poza ich plecami, żeby im oszczędzić nerwów. Chce umrzeć szybko i bez bólu.

Drogi Pacjencie, to bardzo częsty błąd. Starasz się chronić swoją rodzinę, przyjaciół i osoby, które są niezwykłym darem losu, gdy przychodzi choroba i czyni Cię samotnym. Im więcej oni wiedzą o tym jak się czujesz, tym łatwiej im otoczyć Ciebie opieką.

Rozmawialiśmy długo tego popołudnia. Zaczęliśmy się poznawać, dyskutując o kresie życia (dosyć specyficzny temat jak na pierwszą rozmowę). Słuchałem opowieści o jej rodzinie, o miłości do męża (notabene sposób w jaki się spotkali i zakochali w sobie mógłby posłużyć za scenariusz filmowy), do syna, o szczerości i prostocie wyrażanych emocji, codziennych rytuałach, które tak odpowiedzialnie pielęgnują. Dyskutowaliśmy o kosztach leczenia i o tym co złego może ją spotkać w jego trakcie, a także jakie wartości czy zasoby, które posiada mogą jej wtedy pozwolić poczuć się lepiej. Rozmawialiśmy o komunikowaniu się z bliskimi w czasie choroby. To był bardzo ważny moment, gdyż właśnie ulegała „zagłaskaniu" przez swoją siostrę. Rozmawialiśmy o tym, czym jest „zdrowy egoizm" i jak wprowadzić go w życie tak, aby nie obrazić ludzi, na których nam zależy, a przy tym samemu poczuć się lepiej.

To nie jest wcale tak, że rozmawialiśmy o tym wszystkim przy pierwszym spotkaniu. W międzyczasie kilka razy wyszedłem z sali, aby później znów wrócić do rozmowy. Jej strach związany był z tym co nieznane. Pacjentka wcale nie chciała umierać. Przecież nikt z nas nie chce! To, że chcesz umrzeć wcale nie oznacza że nie chcesz żyć.

Jest wiosna. Kolejny cykl leczenia naszej pacjentki chemioterapią. Z przekazu personelu dyżurnego wiem, że jest teraz osobą uśmiechnięta, która chce szybko zakończyć dożylne wlewy z lekarstwami, gdyż ma tyle do zrobienia w domu. Może z depresji wpadła w manię? – marszczą brwi co niektórzy.

Czasami miewa też chwile załamania, płacze, ma wszystkiego dość. Rozmawiamy o tych momentach, tworzymy strategię na przyszłość. Pyta mnie wtedy – myśli pan, że to nie jest depresja? Może jakieś leki? Tłumaczymy sobie wtedy, że leki antydepresyjne nie służą do przyjmowania ich doraźnie. Kryzysy są wpisane w tę chorobę grubymi zgłoskami.

Bywają tacy co mówią, że ta pacjentka „wypiera" się swojej choroby. Jest oczywiście taki psychologiczny mechanizm obronny jak „wyparcie" i zdarza się, że pacjent odrzuca zupełnie myśli o tym, że jest chory utrudniając w ten sposób skuteczną i kompleksową terapię w oddziale.

Mój marker spadł! – powiedziała mi ostatnio z wielkim uśmiechem na twarzy. (Marker – wskaźnik obecności komórek nowotworowych w organizmie człowieka.) Może jeszcze troszeczkę pożyję – wzięła mnie pod rękę i wskazała palcem zasępionego mężczyznę siedzącego na krześle na korytarzu oddziałowym – a pan chyba ma robotę, prawda?

Pożegnaliśmy się oboje w poczuciu, że jedyne co pacjentka „wyparła" to chęć umierania. ❖

MGR RAFAŁ RYBKA
PSYCHOLOG KLINICZNY

Duchowo-religijna troska i właściwa komunikacja ważne w procesie opieki

Nowa inicjatywa wydawnicza „Terapia i Zdrowie" przeznaczona jest dla pacjentów i ich bliskich. Nie tak dawno, z okazji Dnia Chorego, papież Franciszek przypomniał inicjatywę Święta Chorego rozpoczętej przez św. Jana Pawła II we współpracy z Papieską Radą ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

Fot. © ilsafx | Depositphotos.com

W trudnym zadaniu przekazywania wiadomości wszyscy członkowie zespołów opiekuńczych mają do spełnienia ważną rolę. Ważny jest zarówno fakt przekazania informacji, jak i sposób podzielenia się nią, a także uczynienie pacjenta podmiotem współdecydowania o swoich losach.

Polski papież przypomniał Kościołowi, że troska o ludzi walczących z chorobami i niesamodzielnością, a także wsparcie ich bliskich towarzyszących im poprzez opiekę jest chrześcijańską i humanistyczną powinnością. Tę inicjatywę kontynuował również papież Benedykt XVI, który ustanowił Przewodniczącym Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia abp. Zygmunta Zimowskiego z Polski. Dzięki jego wsparciu udało się wydać po raz pierwszy w języku polskim wybór artykułów autorstwa znanych na świecie ekspertów z medycyny, psychologii i opieki duchowo-religijnej (Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia, Kraków 2011).

W przesłaniu na obchody XXII Światowego Dnia Chorego Papież Franciszek z właściwą sobie prostotą powiedział: „Zwracam się w szczególny sposób do osób chorych i do wszystkich, którzy się nimi opiekują i je leczą. Kościół dostrzega w was, drodzy chorzy, szczególną obecność cierpiącego Chrystusa". Realizacją tego wyzwania są prowadzone już w Polsce działania mające na celu włączenie do duszpasterstwa ochrony zdrowia i pomocy społecznej osób zakonnych i świeckich, które wraz z kapelanem mogłyby odpowiadać na duchowe potrzeby chorych, ich rodzin, a także członków zespołów opiekuńczych. Potrzeby duchowe osób związanych ze wspólnotami wiary, ale także poszukujących i niewierzących mogą być lepiej zaspokajane, gdy obok kapelanów z posługą sakramentalną pojawią się również przygotowane osoby świeckie (www.bonifratrzy.pl/szkola). W tradycyjnie katolickim kraju należy zauważyć, iż obok duchowości chrześcijańskiej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej należy zwrócić uwagę na przedstawicieli innych wyznań i osoby niewierzące, posiadające duchowe potrzeby w sytuacjach choroby i kryzysów. Rozpoczęcie współpracy z autorytetem w dziedzinie badań duchowości w ochronie zdrowia, prof. Christiną M. Puchalski z USA w adaptacji narzędzia do badania potrzeb duchowych może dać kapelanom, ale także pracownikom i wolontariuszom szanse na poznanie potrzeb duchowych podopiecznych. Obok wielu powszechnie znanych problemów ochrony zdrowia w Polsce także poprawa opieki duchowo-religijnej w szpitalach, hospicjach i w opiece domowej jest wyzwaniem zarówno dla duszpasterzy jak i dla osób świeckich.

Konkretnym sposobem wspierania samych chorych i ich bliskich jest przygotowywanie przez zespoły praktyków realizujących zespołową opiekę poradników, będących pomocą w różnych etapach choroby. Pomoc w opiece nad osobą chorą stanowi wyzwanie dla wszystkich jej opiekunów, zarówno profesjonalnego personelu opiekuńczego, a także opiekunów rodzinnych przyjaciół i wolontariuszy. Wymaga od nich umiejętności stworzenia relacji, która pozwoli właściwie odpowiedzieć na potrzeby chorego. Jednym z podstawowych warunków, który musi być spełniony, jest odpowiednia komunikacja. To sztuka, na którą składa się wiele elementów. Ważny jest zarówno fakt przekazania informacji, jak i sposób podzielenia się nią, a także uczynienie pacjenta podmiotem współdecydowania o swoich losach. W trudnym zadaniu przekazywania wiadomości wszyscy członkowie zespołów opiekuńczych mają do spełnienia ważną rolę. Lekarze przekazujący diagnozę, pielęgniarki, spędzające najwięcej czasu przy chorych, pracownicy socjalni, kapelani i psychologowie, którym pacjent zadaje niełatwe pytania. Bliscy powinni się starać o to, aby w szczery i otwarty sposób rozmawiać z chorym. Rodzina może być dużą pomocą w procesie komunikacji, ale często to właśnie ona utrudnia przekazanie wiadomości choremu. Książka *Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia* (Gdańsk, 2013) jest przystępnym zbiorem wiedzy na temat komunikacji w obliczu choroby, a także zbliżającej się śmierci, popartym przykładami z praktyki i wiedzą teoretyczną. Pokazuje jak budować z chorym relacje oparte na zaufaniu i jak powinny one wyglądać w poszczególnych fazach choroby. Wyjaśnia różne stany emocjonalne i zachowania chorego i wskazuje na możliwości odpowiednich reakcji na nie oraz wsparcia. Zawiera także szereg praktycznych porad w zakresie zapobiegania wypaleniu zawodowemu i przewlekłemu stresowi u opiekunów rodzinnych, będących na co dzień z osobami ciężko chorymi, a także u kresu życia. Doświadczony lekarz opieki paliatywnej napisał w recenzji: „Adresatem książki powinny być nie tylko uczelnie medyczne i zawody krzątające się bezpośrednio wokół chorego. Wiedza skondensowana w tym podręczniku jest niezbędnym przygotowaniem się do spotkań z cierpieniem własnym i innych. Kiedy przeżywamy chorobę zawsze ma ona cechy indywidualne, język cierpienia jest językiem doświadczeń własnych, nabywanych *na drodze* rozwoju osobistego, jest wypadkową doświadczeń i rozmów rodzinnych, naśladownictwa obserwowanych postaw, sygnałów zarówno budujących jak i negatywnych. Cierpienie, strata, żałoba wypalają głębokie piętno na konkretnej osobie, choć gdy poznajemy mechanizmy opisywanych zjawisk, okazuje się że nasze reakcje są policzone, nazwane, mają usystematyzowany przebieg i następstwa. Zebranie tych mechanizmów jako spójny opis, jest szczególną zaletą tej książki. Równie ważne są sylwetki autorów dzielących się z czytelnikiem własnym doświadczeniem opartym na towarzyszeniu ludziom na skraju drogi. Ważne jest by rozmawiać, za wszelką cenę rozmawiać."

Na każdym etapie zmagania się z poważną chorobą potrzebujemy uczyć się i rozwijać umiejętności komunikacji z chorym, ale także pomiędzy opiekunami rodzinnymi i profesjonalistami pomagającymi przez swoją wiedzę i praktyczne umiejętności. Życząc inicjatorom wydawnictwa „Terapia i Zdrowie" powodzenia w wysiłku docierania do chorych i ich bliskich, zmagających się z chorobą, wyrażam nadzieję, że będzie w tej publikacji miejsce na kolejne relacje dotyczące pozamedycznych elementów opieki, składających się na wspólną troskę o zmniejszenie bólu i cierpienia totalnego, który przeżywają pacjenci, ale także ich bliscy. Zachęcam do odwiedzania księgarni internetowej Fundacji Lubię Pomagać (**www.lubiepomagac.eu**), gdzie można znaleźć wiele praktycznych poradników, niezbędnych do tego, by skutecznie wspierać bliskich nam ludzi dotkniętych chorobą i cierpieniem. ❖

KS. DR HAB. PIOTR KRAKOWIAK
KRAJOWY DUSZPASTERZ HOSPICJÓW

ks. dr hab. PIOTR KRAKOWIAK
Krajowy Duszpasterz Hospicjów
UMK w Toruniu

Od ponad 20 lat związany z opieką paliatywno-hospicyjną (wolontariusz, kapelan, dyrektor hospicjum w Gdańsku, Krajowy Duszpasterz Hospicjów, Fundator Fundacji Hospicyjnej i Fundacji Lubię Pomagać). Teolog, psycholog, pedagog społeczny, studiował i pracował w Polsce, we Włoszech i w Stanach Zjednoczonych. Twórca edukacji społecznej na temat końca życia w ramach ogólnopolskich kampanii edukacyjnych „Hospicjum to też życie" od 2004 roku. Inicjator włączenia wolontariatu do opieki nad ciężko chorymi poprzez ogólnopolski projekt „Lubię pomagać". Inicjator podyplomowych studiów zespołowej opieki duszpasterskiej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej w Krakowie, angażujących do opieki duchowo-religijnej osoby duchowne i świeckie. Jeden z inicjatorów i wykładowców Europejskiej Akademii Opieki Paliatywnej (**www.upca.eu**), szkolącej w czterech wiodących ośrodkach europejskich przyszłych liderów opieki u kresu życia. Pomysłodawca podyplomowych studiów „Organizacja i koordynacja opieki gerontologicznej w środowisku lokalnym" na UMK w Toruniu, wykorzystujących możliwości praktycznej nauki nowych form opieki nad osobami u kresu życia podczas praktyk w krajach Unii Europejskiej. Autor kilkunastu poradników i wielu publikacji naukowych dotyczących pozamedycznych elementów zespołowej opieki nad osobami chorymi i wsparcia opiekunów rodzinnych.

Choroba nowotworowa: optymalizacja procesu leczenia – czyli co można zrobić więcej, żeby być lepiej leczonym?

Jak wykorzystać czas przed zabiegiem żeby przygotować się do niego jak najlepiej?

Każdy zabieg operacyjny, a zwłaszcza te w obrębie jamy brzusznej jest wielkim szokiem dla organizmu. Po zabiegu stara się on odbudować swój stan sprzed leczenia wykorzystując wszystkie możliwe sposoby metaboliczne. Prowadzi to do wykorzystywania dostępnych substancji energetycznych i białkowych, niezbędnych do prawidłowego gojenia się ran i funkcjonowania narządów.

Włączenie dodatkowo do codziennej diety jednego lub dwóch preparatów żywieniowych poprawia stan metaboliczny zatrzymując utratę białka lub nawet poprawiając jego ilość.

Fot. © www.seanlockephotography.com

Okres pooperacyjny to czas gojenia się ran i tak zwanego katabolizmu. Pod tym pojęciem rozumie się całościowe reakcje chemiczne w organizmie prowadzące do rozpadu różnych związków chemicznych, w tym białek, w celu uzyskania energii potrzebnej do jego funkcjonowania.

Już przed zabiegiem, przed rozpoczęciem leczenia, można i należy ocenić, czy pacjent ma cechy niedożywienia. Ocenia się masę ciała, poziom białka i albumin. Stosuje się specjalne skale oceny stopnia niedożywienia. Gdy występują cechy niedożywienia, należy wspomóc odżywianie pacjenta dietami opartymi na preparatach specjalnie do tego służącymi. Należy je zacząć podawać jak najszybciej. Zawsze należy dążyć do tego, aby pokarm był podawany drogą naturalną. Dopiero gdy nie ma możliwości podania pokarmu przez przewód pokarmowy należy włączyć żywienie drogą dożylną.

Metodą z wyboru jest żywienie drogą przewodu pokarmowego:

- droga doustna, w tym wzbogacenie normalnej, domowej diety preparatami żywieniowymi
- żywienie do żołądka
- żywienie do jelita cienkiego

Uwaga! Wybór sposobu i drogi podaży pożywienia zależy od sytuacji klinicznej.

Nutridrink Protein 125 ml
opracowany z myślą o pacjentach onkologicznych

- pomaga **zoptymalizować dietę** pod kątem wartości energetycznej i niezbędnych składników odżywczych
- **zawiera największą dawkę białka w najmniejszej objętości***
- **łatwy do spożycia** dla osób mających problemy z gryzieniem, połykaniem oraz ze spożywaniem standardowych objętości posiłków

Stosowane dawkowanie: 1–2 butelki dziennie przez 14 dni i więcej
Sposób użycia: Pomiędzy posiłkami lub zamiast posiłku. Pić powoli – 1 opakowanie ok. 30 min. Podawać schłodzony

nie ma bez leczenia żywienia

Dostępny w 3 smakach:
mokka, waniliowy, truskawkowy

* Na podstawie analizy porównawczej produktów: Ensure, Prosure, Fresubin, Supportan, Resource

Nutridrink Protein 125 ml. Dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod nadzorem lekarza. Do postępowania dietetycznego w niedożywieniu związanym z chorobą. **Materiał przeznaczony dla osób posiadających kwalifikacje z zakresu medycyny, farmacji lub żywienia.**

Jak ocenia się stopień niedożywienia?

- Ocena Wskaźnika Masy Ciała (BMI – Body Mass Index): mierzy się go dzieląc wagę w kilogramach przez kwadrat powierzchni masy ciała mierzonej w m² (powierzchnię ciała oblicza się z tabel podając wzrost i wagę)
  - np. osoba ważąca 80 kg i mająca 1,75 m² powierzchni ciała ma BMI: $80/(1{,}75)^2 = 26{,}1$
  - Graniczna dolna wartość BMI, przy której należy włączyć leczenie żywieniowe wynosi 18,5
- Poziom w surowicy krwi białka całkowitego, albuminy i transferyny a także całkowita liczba limfocytów
- Skala oceny stanu odżywienia, a szczególnie NRS2002 (Nutritional Risk Screening) i SGA (Subjective Global Assessment) – stosowane standardowo w szpitalach i ośrodkach żywienia

Leczenie żywieniowe u chorych poddanych leczeniu chirurgicznemu

Wsparcie żywieniowe należy stosować:

- u chorych niedożywionych
- u chorych z dużym ryzykiem upośledzenia możliwości odżywiania – u których w ciągu najbliższych 7–10 dni nie będzie można podawać posiłków, które pokryją co najmniej 60 proc. dobowego zapotrzebowania na składniki odżywcze.
- u chorych, u których planowany jest duży zabieg chirurgiczny w obrębie jamy brzusznej lub zabieg w okolicy głowy i szyi (gdy istnieje możliwość upośledzenia przyjmowania pokarmów w wyniku wykonanego zabiegu)

Preparaty żywieniowe stosowane dla wspomagania odżywiania charakteryzują się wysoką zawartością białka i substancji energetycznych. Zawarte w małej objętości pozwalają na wygodne uzupełnienie diety, a w sytuacjach krańcowych mogą stanowić jedyne źródło pokarmu.

O ile obecność cech niedożywienia nie poddaje w wątpliwość konieczności zastosowania dodatkowego żywienia preparatami żywieniowymi, o tyle ich kliniczny brak stawia pytanie: czy także i ci pacjenci odnieśliby korzyść ze wspomagania żywieniowego?

Wykonane badanie kliniczne u pacjentów bez klinicznych cech niedożywienia wykazało, że aż dwie trzecie z nich jest pod wpływem silnego stresu, wpływającego na sposób i jakość odżywiania się. Zbadano u nich, w odstępie dwóch tygodni, poziom parametrów krwi oceniających poziom markerów niedożywienia, takich jak białko całkowite i albumina. Okazało się, że w tym krótkim czasie poprzedzającym zabieg operacyjny zaobserwowano znaczące obniżenie tych parametrów, pomimo tego, że były one nadal w granicach wartości określanych jako norma. Gdyby wykonać pojedynczy pomiar, jak to się rutynowo robi, stan odżywienia pacjenta określilibyśmy jako prawidłowy. A jest on w stanie metabolicznego katabolizmu, czyli stan pacjenta ulega pogorszeniu, a przecież jest przed nim leczenie takie jak zabieg operacyjny, chemioterapia czy radioterapia! Czy można coś zrobić w tej sytuacji dla poprawy stanu pacjenta? Czy można go lepiej przygotować do zabiegu? Odpowiedź brzmi: tak! Włączenie dodatkowo do codziennej diety jednego lub dwóch preparatów żywieniowych poprawia stan metaboliczny zatrzymując utratę białka lub nawet poprawiając jego ilość. Średni wzrost wagi u pacjentów żywionych w ten sposób przed operacją wyniósł dwa kilogramy. Badanie to, z użyciem preparatu Nutridrink Protein®, pozwoliło osiągnąć zaskakująco dobre efekty.

Dlaczego prawidłowe odżywianie przed leczeniem i w jego trakcie jest tak ważne?

Po pierwsze wpływa na ilość i ciężkość powikłań związanych z samym zabiegiem operacyjnym. Wystarczy sobie wyobrazić, że dla prawidłowego gojenia się rany niezbędne jest białko, a łatwo stwierdzimy, że gdy jest jego niedobór, rany goja się gorzej. Dotyczy to nie tylko ran skóry, ale także zespoleń w obrębie przewodu pokarmowego, co może pociągać za sobą tragiczne skutki.

Prawidłowe żywienie ma wpływ na stan ogólny, na wydolność organizmu, na funkcjonowanie mechanizmów obronnych ustroju. Gdy pacjent jest niedożywiony, albo gdy przestaje przyjmować odpowiednią ilość i jakość pokarmów, może dojść do pogorszenia jego stanu i wpłynąć na zaprzestanie leczenia (np. wstrzymanie chemioterapii, poważniejsze powikłania po radioterapii itp.). To z kolei wpływa na jakość i ciągłość leczenia, co ma wpływ na jego wyniki.

Dla poprawy stanu odpornościowego organizmu coraz częściej wykorzystuje się preparaty żywieniowe mające wpływ na procesy immunologiczne, a szczególnie procesy zapalne. Są to tzw. immunomodulatory. Należą do nich m.in. jednonienasycone kwasy tłuszczowe takie jak omega-3: EPA i DHA, witaminy i przeciwutleniacze (witamina C i E, karotenoidy, selen).

Liczne badania potwierdzają korzystny wpływ przyjmowania preparatów żywieniowych zawierających immunomodulatory zarówno na utrzymanie masy ciała jak i poprawę funkcjonowania krwinek białych odpowiedzialnych za procesy odpornościowe. Dotyczy to nawet takich ciężkich sytuacji jak kacheksja (wyniszczenie) nowotworowe czy rekonwalescencja po ciężkich zabiegach, takich jak wycięcie przełyku. Zaleca się, aby leczenie żywieniowe było częścią składową procesu leczenia, w połączeniu zarówno z zabiegiem operacyjnym, jak i radioterapią i chemioterapią. Według specjalistów zajmujących się problemami niedożywienia, w okresie okołooperacyjnym należy stosować preparaty żywieniowe zawierające składniki immunomodulacyjne, bez względu na stan odżywienia pacjentów w przypadku dużych zabiegów w obrębie jamy brzusznej oraz okolicy głowy i szyi. ❖

DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI

Piśmiennictwo:
Kłęk S. i wsp.: *Żywienie w chorobie nowotworowej – zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w 2013 roku. Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2013; 9:1–9

EUROMEDIC Polska *Dla Twojego zdrowia*

Pracownia PET/CT – Pozytonowa Tomografia Emisyjna

NU-MEDIC Pracownie Diagnostyczne Sp. z o.o.
Pracownia PET-CT
ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn
tel. +48 89 538 63 00, fax +48 89 538 65 46
e-mail: pet.olsztyn@euromedic.pl
www.euromedic.pl

Euromedic Wielkopolskie Centrum Medyczne
Pracownia PET-CT
ul. 28 Czerwca 1956 nr 194/202
61-485 Poznań
tel. **+48 61 641 40 71/72**
fax **+48 61 641 40 75**
e-mail: pet.poznan@euromedic.pl

Euromedic Zachodniopomorskie Centrum Medyczne PET-CT
ul. A. Sokołowskiego 11
70-891 Szczecin-Zdunowo
tel. **+48 91 831 27 30/31**
fax **+48 91 831 27 49**
e-mail: pet.szczecin@euromedic.pl

Euromedic Mazowieckie Centrum PET/CT
(przy Wojskowym Instytucie Medycznym)
ul. Szaserów 128
04-349 Warszawa
tel. **+48 22 380 15 91/92**
fax **+48 22 380 15 93**
e-mail: pet.warszawa@euromedic.pl

Euromedic Wrocławskie Centrum Medycyny PET/CT
(Nowa Akademia Medyczna)
ul. Borowska 213
50-557 Wrocław
tel. **+48 71 750 40 40/41**
fax **+48 71 750 40 49**
e-mail: pet.wroclaw@euromedic.pl
pet-ct@euromedic.pl

NU-MEDIC Olsztyn
ul. Żołnierska 18
10-561 Olsztyn
tel. **+48 89 538 63 00**
fax **+48 89 538 65 46**
e-mail: pet.olsztyn@euromedic.pl

Świadczymy usługi w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

TERAPIA

Domowa opieka pielęgniarska

nad pacjentem z cewnikiem w pęcherzu moczowym

Cewnik moczowy założony do pęcherza moczowego pozwala na dokładne mierzenie ilości wydzielanego moczu. Informacja ta jest ważna u pacjentów leżących, mających trudności z przyjmowaniem pokarmów płynnych, odwodnionych, mających problemy z funkcjonowaniem nerek. U pacjentów, którzy mają trudność w poruszaniu się, nieprzytomnych, jest to wygodna forma oddawania moczu. Pozwala na zachowanie higieny i ocenę ilości wydalanych płynów.

Fot. © giorgiomtb | Depositphotos.com

Cewnikowanie pęcherza moczowego polega na wprowadzeniu cewnika przez cewkę moczową do pęcherza moczowego. Cewnik łączy się z workiem pojemnościowym, na ścianie którego istnieje podziałka pozwalająca na uzyskanie informacji ile moczu zostało wydalone. W niektórych przypadkach, gdy obawiamy się, czy nerki działają prawidłowo, ważne jest, aby wydalanie moczu mierzyć co godzinę. U zdrowego człowieka ilość dobowa wydalanego moczu wynosi 900–1800 ml. Gdy ilość zmniejsza się poniżej 400 ml mamy do czynienia z tzw. skąpomoczem. Dla prawidłowego funkcjonowania organizmu niezbędne jest wydalanie szkodliwych produktów przemiany materii. Minimalna ilość moczu, która na to pozwala to właśnie 400 ml.

Cewnikowanie pęcherza moczowego może być wykonane jednorazowo, dla określonego, doraźnego celu, lub cewnik może być założony na dłuższy czas (cewnikowanie stałe).

Cewnikowanie jednorazowe

- Cewnikowanie przerywane stosuje się wtedy gdy potrzebujemy pobrać mocz na jałowo.
- Jednorazowo musimy opróżnić pęcherz moczowy.
- Celem jest pomiar zalegającego moczu w pęcherzu moczowym.
- Celem jest podanie do pęcherza substancji leczniczej

Cewnikowanie stałe

- Stosuje się w przypadku zatrzymania moczu w pęcherzu, do czasu przywrócenia funkcji układu moczowego lub istnieje konieczność stałej oceny oddawanego moczu.
- U pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz w okresie szoku rdzeniowego.

Niekiedy założenie cewnika do pęcherza moczowego może stanowić problem, wynikający z infekcji dróg moczowych lub zakażenia bakteryjnego toczącego się w okolicy. Wówczas wprowadzenie cewnika może przenieść zakażenie do pęcherza i dalej, poprzez moczowody, do nerek. Taka infekcja nosi nazwę zakażenia wstępującego. Inną przyczyna może być brak możliwości założenia cewnika przez cewkę moczową z powodu rozwijającego się w tej okolicy nowotworu. Poniżej przedstawiono niektóre przyczyny powodujące trudności w cewnikowaniu pęcherza moczowego:

- brak możliwości założenia cewnika do pęcherza moczowego z powodu zwężenia, zarośnięcia oraz urazu cewki moczowej zarówno u kobiet jak i u mężczyzn,
- zapalenie gruczołu krokowego,
- ropna infekcja okolicy skóry cewki moczowej,
- zapalenie sromu i przedsionka pochwy,
- zapalenie gruczołu okołocewkowego,
- nowotwór zewnętrznych narządów płciowych,
- różnego rodzaju przetoki moczowo-płciowe.

Cewnikowanie jest zazwyczaj prostą czynnością, ale w niektórych sytuacjach klinicznych może dojść do wystąpienia powikłań, takich jak np.:

- uszkodzenie cewki moczowej,
- zwężenie cewki moczowej w wyniku urazu cewnikiem,
- rozerwanie błony śluzowej cewki moczowej lub uszkodzenie tej błony śluzowej,
- uszkodzenie pęcherza moczowego przy wyjmowaniu cewnika bez opróżnienia balonika,
- krwotok ,
- odleżyna w pęcherzu moczowym spowodowana dłuższym stosowaniem cewnika,
- zakażenia dróg moczowych,
- zapalenie gruczołu krokowego, zapalenie najądrza, ropień okołocewkowy.

Aby zapobiegać powikłaniom związanym z zakładaniem cewnika i jego obecnością w drogach moczowych należy przestrzegać zasad jałowości przy jego obsłudze i pielęgnacji:

Aseptyka i antyseptyka zabiegów cewnikowania:

- mycie dokładne rąk,
- dezynfekcja rąk przed i po cewnikowaniu,
- stosowanie sterylnych rękawiczek, narzędzi i sprzętu
- mycie i dezynfekowanie okolic ujścia zewnętrznego cewki moczowej,

Pielęgnacja cewnika:

- okresowo należy odkażać okolice ujścia zewnętrznego cewki moczowej i części zewnętrznej cewnika,
- pamiętać należy o okresowym odkażeniu zewnętrznej części cewnika,
- konieczna jest okresowa wymiana cewnika,
- cewnik nie może być zagięty czy zrolowany.

Słownik

Aseptyka, jałowość, postępowanie zabezpieczające przed dostępem bakterii lub innych drobnoustrojów chorobotwórczych. Aseptyka jest niezbędnym elementem prawidłowego postępowania chirurgicznego.

Antyseptyka (gr. *anti* – przeciw *sepsis* – gniciu, dosłownie: zapobieganie gniciu) – postępowanie odkażające, mające na celu niszczenie drobnoustrojów na skórze, błonach śluzowych, w zakażonych ranach.

Fot. 1. „Balonik" wypełniony wodą destylowaną lub solą fizjologiczną

Fot. 2. Cewnik połączony z workiem pojemnościowym z podziałką

Cewnikowanie – na co należy zwrócić uwagę:

- informowanie pacjenta i rodziny o celu cewnikowania, możliwych powikłaniach i sposobie radzenia sobie z nimi,
- dla potrzeby założenia cewnika do pęcherza moczowego należy pacjenta ułożyć w pozycji na plecach, z odpowiednim ułożeniem nóg, z zachowanie pełnej potrzeby intymności, ważnej dla pacjenta,
- toaletę krocza należy wykonać delikatnie, używając jałowych materiałów, a następnie, przed założeniem cewnika, dokładnie osuszyć, bez silnego tarcia, które może spowodować uraz i miejscowe zakażenie,
- końcówkę cewnika i ujście cewki moczowej należy pokryć żelem znieczulającym,
- cewnik należy wprowadzić powoli i delikatnie, nie forsując siłowo oporów, które mogą się pojawić podczas wprowadzania,
- po wprowadzeniu cewnika należy delikatnie ucisnąć podbrzusze nad spojeniem łonowym, co powinno spowodować pojawienie się moczu w cewniku,
- po pojawieniu się moczu w cewniku należy go przesunąć w głąb pęcherza i napełnić „balonik" wodą destylowaną lub solą fizjologiczną 0,9 proc. w ilości określonej na cewniku (fot. 1),
- należy delikatnie pociągnąć za cewnik, odczuwalny opór wskazuje na prawidłowe umiejscowienie cewnika w pęcherzu
- cewnik należy połączyć z workiem pojemnościowym z podziałką (fot. 2),
- zbiornik zawsze musi znajdować się poniżej poziomu pęcherza moczowego aby umożliwić odpływ moczu, co zapobiega zakażeniom wstępującym.

Uwagi:

- cewnikowanie jest zabiegiem prostym jeżeli u pacjenta nie występują zmiany anatomiczne jak np. przerost gruczołu krokowego czy zwężenie cewki moczowej,
- cewnikowanie pęcherza należy wykonać ściśle przestrzegając zasad jałowości,
- należy stosować środki znieczulające i zwilżające,
- po założeniu cewnika należy niezwłocznie podłączyć go do worka pojemnościowego, aby system był zamknięty, co zmniejsza ryzyko infekcji,
- na worku pojemnościowym znajduje się podziałka, która umożliwia ocenę godzinowej diurezy,
- worek należy zmieniać a nie wylewać tylko mocz,
- należy dbać o higienę i czystość okolicy krocza,
- pacjent z cewnikiem może korzystać z prysznica,
- sam fakt zacewnikowania pęcherza moczowego nie może być przyczyną leżenia w łóżku. ❖

MGR PIELĘGNIARSTWA ANNA KOSOWSKA
MGR BEATA JAKUSIK

Tekst opracowano z wykorzystaniem rekomendacji ekspertów dotyczących techniki zabiegu cewnikowania u kobiet i mężczyzn, z uwzględnieniem zasad aseptyki, antyseptyki i znieczulenia miejscowego, w tym zaleceń Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych.

Fot. © SimpleFoto | Depositphotos.com

Badania obrazowe w diagnostyce raka piersi

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet. Coraz większa świadomość kobiet, dostępność badań i programy przesiewowe pozwalają częściej niż niegdyś rozpoznać ten nowotwór we wczesnej fazie, co umożliwia jego skuteczne leczenie i pozwala zazwyczaj uniknąć amputacji piersi.

W diagnostyce nowotworów piersi, tak jak i wszelkich zmian nienowotworowych, mamy możliwość wykonania różnych badań, takich jak mammografia, ultrasonografia czy rezonans magnetyczny. Każde z nich ma swoje miejsce, wskazania ale i ograniczenia.

Mammografia

Mammografia wykonywana w dwóch projekcjach (górno-dolna i skośna) jest podstawową i najbardziej popularną metodą diagnostyczną piersi. Jest to badanie proste, szybkie, zazwyczaj niebolesne, nie wymaga też żadnego dodatkowego przygotowania. Dawka promieniowania podczas badania jest zbliżona do otrzymywanej podczas prześwietlenia zęba. Wykonywane zdjęcia muszą spełniać przyjęte standardy jakości – aparatura i inne elementy wyposażenia gabinetu jak i czynności wykonywane przez personel pracowni mammograficznej muszą podlegać stałym procedurom kontroli i ulepszania.

Czułość mammografii w wykrywaniu zmian nowotworowych wynosi około 85 proc. i zależy od budowy piersi: mniejsza dla piersi o dużej gęstości, typowej dla kobiet młodszych, może sprawiać problemy diagnostyczne.

Część raków piersi, nawet wyczuwalnych w badaniu palpacyjnym, (pomijając błędy techniczne takie jak nieprawidłowe ułożenie piersi, błąd percepcji błędy interpretacji) jest niewidoczna w obrazie mammograficznym. Zdjęcia oceniane są zazwyczaj przez dwóch radiologów, co pozwala zmniejszyć ryzyko błędu interpretacji.

W Polsce od kilkunastu lat realizowany jest Program Profilaktyki raka piersi – przeznaczony dla pań w wieku od 50 do 69 lat, ubezpieczonych, które w ciągu ostatnich dwóch lat nie wykonywały badania mammograficznego. Nieprawidłowe wyniki są następnie weryfikowane podczas diagnostyki uzupełniającej: USG piersi z biopsją cienkoigłową i/lub gruboigłową, z badaniem histopatologicznym.

Fot. © SimpleFoto | Depositphotos.com

Fot. © Bork | Depositphotos.com

Ultrasonografia (USG)

Ultrasonografia piersi nie jest wykorzystywana w praktyce w badaniach przesiewowych – jedynie jako uzupełniający element pogłębionej diagnostyki patologii wykrytych podczas mammografii. Metoda ta jest niezwykle cenna do oceny piersi o dużej gęstości gruczołowej – typowych zwłaszcza dla młodych kobiet, przed menopauzą, aktywnych hormonalnie i powinna być metodą z wyboru w tych grupach pacjentek. Jest to dobra metoda do badania torbieli piersi.

Jak wspomniano, w razie zaobserwowania patologii w mammografii, ultrasonografia jest jej wartościowym uzupełnieniem – umożliwia różnicowanie zmian torbielowatych i litych, bardziej precyzyjną ocenę wielkości i granic zmian ogniskowych. Nadmieniając, badanie jest w pełni bezpieczne, może być powtarzane bez ryzyka narażenia na promieniowanie, ciąża nie jest również bezwzględnym przeciwwskazaniem. Podczas badania, pod kontrolą sondy wykonuje się niekiedy biopsje cienko- i gruboigłowe oraz punkcje torbieli a materiał pobrany pozwala na ostateczne różnicowanie mikroskopowe patologii. Badanie z tzw. opcją dopplerowską zwiększa dodatkowo czułość i swoistość USG w różnicowaniu zmian łagodnych i tych podejrzanych o złośliwość.

Na wynik badania wpływ mają zarówno jakość sprzętu, możliwości rozdzielcze aparatów, technika przeprowadzania badania i doświadczenie badającego, jak i różnice w ułożeniu piersi przy kolejnych badaniach. Trudna może być także ocena bardzo dużych piersi.

Obiecujące – w aspekcie stosowania w badaniach przesiewowych w przyszłości – są najnowsze systemy USG, pozwalające na automatyczne objętościowe przedstawianie danych w postaci 3-płaszczyznowych warstw.

Rezonans magnetyczny (MRI)

Badanie rezonansu magnetycznego, dzięki bardzo dobrej rozdzielczości tkankowej przestrzennej i czasowej, pozwala na niezwykle dokładne obrazowanie morfologii piersi, zaburzeń ich architektury i wykrycie najmniejszych patologii – jest najbardziej czułym badaniem, bardziej niż mammografia i usg. Standardem MR jest jednoczesne badanie obu piersi, po dożylnym podaniu paramagnetycznego środka kontrastującego za pomocą automatycznej strzykawki. Czułość metody w wykrywaniu inwazyjnego raka piersi wynosi ponad 98 proc., a swoistość 90–95 proc. Czułość jest większa gdy badanie wykonywane jest między 6. a 13. dniem cyklu u kobiet przed menopauzą, lub co najmniej cztery tygodnie po odstawieniu hormonalnej terapii zastępczej u kobiet starszych.

Badanie zalecane jest wśród kobiet planowanych do leczenia oszczędzającego inwazyjnych raków piersi jeśli pomiary guza w badaniach mammograficznych i ultrasonografii znacznie się różnią. Poza tym w razie przedoperacyjnie postawionego rozpoznania *carcinoma occultum* (obecność klinicznych przerzutów do pachowych węzłów chłonnych bez wykrycia guza pierwotnego w piersi w badaniu klinicznym, mammografii i USG) pozwala niekiedy zlokalizować zmianę rakową jeśli do tej pory ognisko pierwotne było nieznane.

Rezonans magnetyczny służy również – z uwagi na swoją wysoką czułość i możliwość diagnozowania bardzo wczesnych zmian – jako badania przesiewowe w grupie kobiet z wysokim ryzykiem zachorowania na raka piersi: u nosicielek mutacji w genach $BRCA_1$, $BRCA_2$, TP_{53}, u chorych z wybitnie dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku raka piersi jednak bez potwierdzonej w badaniach molekularnych mutacji, po wcześniejszym leczeniu onkologicznym – radioterapii – na obszar klatki piersiowej wykonanym w młodszym wieku z innych wskazań. Poza tymi wskazaniami, badanie wykonuje się u kobiet po wcześniejszych interwencjach chirurgicznych w obrębie piersi, po leczeniu oszczędzającym z powodu raka piersi, jeżeli wyniki badań klasycznych są niejednoznaczne, a nie można wykonać biopsji lub wynik biopsji jest niejednoznaczny.

Po zabiegach operacyjnych powiększenia estetycznego czy rekonstrukcji piersi, celem diagnostyki profilaktycznej również lepszą czułością cechuje się rezonans magnetyczny. Jest to ważne zwłaszcza w przypadku podejrzenia pęknięcia implantu czy w przypadku klinicznego podejrzenia wznowy w rekonstruowanej piersi. Historia wcześniejszego leczenia raka piersi, jeżeli wyniki konwencjonalnych badań są ujemne lub niejednoznaczne, zawsze narzuca konieczność weryfikacji w badaniu MR, z uwagi na zdecydowanie większą czułość i swoistość badania.

Pozytonowa tomografia emisyjna (PET)

Wskazania do wykonywania badania PET w diagnostyce raka piersi są mocno ograniczone. Jak i w odniesieniu do innych nowotworów narządowych, PET nie jest przydatny w ocenie pierwotnego ogniska raka i ocenie obecności przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych, może być natomiast kluczowe do rozpoznawania nawrotu po radykalnym leczeniu kiedy wyniki innych badań obrazowych są niejednoznaczne. W niektórych przypadkach, gdy dysponujemy wynikami do porównania, po leczeniu indukcyjnym ułatwia ocenę odpowiedzi na wstępną chemioterapię. Poza wspomnianymi, PET może ujawnić bezobjawowe ogniska przerzutów w odległych narządach bądź też być potwierdzeniem podejrzanych o ogniska przerzutowe zmian w narządach odległych, niejawnie charakteryzowanych w innych badaniach u osób z wywiadem onkologicznym. ❖

OPRACOWANIE: LEK.MED. PAULINA CICHON

Fot. © SimpleFoto | Depositphotos.com

Zatrzymać czas

– czyli jak ładnie się starzeć

Młody, piękny wygląd kobiet w obecnej dobie jest prawie obowiązkiem. Kobieta 40, 50 czy 60-letnia to nie ta sama starsza pani za jaką uznawane były jeszcze w ubiegłym wieku nasze matki i babcie. Wystarczy spojrzeć na tak zwane celebrytki – to osoby pracujące, cieszące się życiem i dobrym wyglądem. Wiadomo, że nie da się zatrzymać upływającego czasu, ale można skutecznie walczyć z jego oznakami.

Metody dermatologii estetycznej są bezpieczne i dają doskonałe rezultaty. O możliwościach dermatologii estetycznej i kosmetologii, przełamywaniu barier i czego oczekują Polki od zabiegów odmładzających – na te i inne tematy rozmawiamy z dr hab. n. med. Barbarą Zegarską prof. UMK specjalistą w zakresie dermatologii i wenerologii oraz alergologii z ponad 30-letnią praktyką, właścicielką prywatnej kliniki „Clinica Dermatoestetica" w Bydgoszczy (www.dematoestetica.pl).

Redakcja: Jeszcze kilkanaście lat temu dermatologia estetyczna nie istniała, zabiegi odmładzające kojarzone były głównie z zabiegami inwazyjnymi w gabinetach i klinikach chirurgii plastycznej, a co za tym idzie – z licznymi skutkami ubocznymi operacji plastycznych oraz wyłączeniem się z życia codziennego na 2–3 tygodnie. Wydaje się, że Polki coraz częściej i chętniej sięgają po zabiegi, a do dermatologa często przychodzą nie tylko w przypadku różnych chorób skóry ale także z chęcią zatrzymania dobrego wyglądu. Od lat zajmuje się Pani procesami starzenia się skóry. Co zatem zmieniło się w naszej mentalności i jakie są obecne możliwości?

Prof. Barbara Zegarska: Naprawdę wiele. W ciągu kilku ostatnich lat medycyna, a zwłaszcza dermatologia estetyczna, znacznie się rozwinęła. Metody leczenia i korekty objawów starzenia się skóry są prawie nieograniczone. Dziś, oprócz licznych zabiegów z zastosowaniem laserów, mamy również do dyspozycji innowacyjne preparaty a przy tym, co jest niezmiernie ważne jeśli nie najważniejsze, bardzo bezpieczne. Proponowane przez dermatologa zabiegi w skuteczny i długotrwały sposób przywracają utraconą elastyczność i jędrność skóry oraz młody wygląd. Zmianie uległo również podejście do samych zabiegów i rezygnacja w znacznej części z zabiegów mocno inwazyjnych. To dobry kierunek dla rozwoju tej dyscypliny. Warto również zwrócić uwagę na zmieniające się podejście pacjentek do samych zabiegów. Wiele mówi się zarówno o skuteczności i bezpieczeństwie metod odmładzania jak i konieczności edukacji pacjenta w zakresie kompleksowej pielęgnacji skóry i młodego wyglądu.

Red.: Jak Pani uważa, czy starczy zastosowanie w celu odmłodzenia tylko tzw. wypełniaczy czy toksyny botulinowej, bo te dwa rodzaje zabiegów chyba są najczęściej proponowane?

B.Z: Absolutnie nie, jest to błędne podejście, jeżeli odmładzanie czy zmniejszanie objawów kojarzy się tylko z zastosowaniem toksyny botulinowej czy wypełniaczy. Każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie. W zależności czy nasilone są zmarszczki, wiotkość skóry czy brak blasku lub suchość możemy zastosować rożne zabiegi. Rodzaj zabiegu uzależniony jest również od wieku, oczekiwań, chorób współistniejących oraz możliwości finansowych pacjenta. Dlatego bardzo ważne jest przy pierwszej wizycie uwzględnić te wszystkie aspekty i zaplanować terapię.

Clinica Dermatoestetica – rejestracja

Red.: Proszę nam powiedzieć, czy zabiegi te to nasza próżność czy potrzeba płynąca z chęci dobrego wyglądu?

B.Z: „Oswajanie" – jak ja to nazywam – z dermatologią estetyczną i szeroko rozumianą medycyną anti-aging zaczyna przynosić efekty, aczkolwiek nadal pokutują mity na jej temat, właśnie, że jest to próżność, sztuczność, śmieszność oraz, że zabiegi te są bardzo inwazyjne czy wiążą się z przerysowanymi efektami. Dlatego zawsze w rozmowach z pacjentami szczególnie mocno podkreślam, że wiedza i świadomy wybór odpowiednich metod odmładzania jest podstawą sukcesu. Im więcej zatem edukacji obejmującej również tzw. zdrowy tryb życia tym większa możliwość zachowania pięknego wyglądu na dłużej.

Red.: Coraz częściej lekarze medycyny estetycznej są również dla swoich pacjentów kimś na wzór psychologa. Leczą nie tylko ciało, ale również, poprzez zabiegi, duszę. Czym dla Pani jest medycyna estetyczna? Czy faktycznie chodzi w niej jedynie o poprawę wyglądu czy może znaczenia nabierają istotniejsze czynniki, takie jak poprawa jakości życia?

B.Z: Mówiąc o medycynie estetycznej, dermatologii estetycznej i postępowaniu anti-aging powinniśmy zwracać uwagę na znacznie szerszy aspekt jej działania niż tylko poprawa wyglądu. Dobrze czujemy się wtedy, kiedy poszczególne aspekty naszego życia działają harmonijnie i wzajemnie się uzupełniają. Kobieta aktywna zawodowo, spełniająca się

w rodzinie i wśród przyjaciół oczekuje, że jej wygląd będzie adekwatny do osobowości i temperamentu. Czasu niestety nie da się zatrzymać ale za to w pewnym sensie da się „oszukać", dlatego z chwilą, kiedy oznaki starzenia się zaczynają nam przeszkadzać, z pomocą przychodzi medycyna estetyczna. Jej zadaniem jest więc zarówno poprawa wyglądu jak i komfortu życia. W myśl zasady: mam tyle lat na ile wyglądam i tak się właśnie czuję.

Red.: Jakie są obecne trendy medycyny estetycznej? Jakie zabiegi najbardziej lubią Pani pacjentki?
B.Z: Przede wszystkim efekty muszą być naturalne. Nie ma mowy o efektach sztuczności, przerysowania czy wręcz karykaturalnego wyglądu. Te aspekty były również podkreślane na ostatnim XI Kongresie Medycyny Anty-Aging w Monte Carlo. Czasy, w których panie bez względu na wiek i typ urody „robiły sobie" duże i wydatne usta, duże policzki czy nieruchome czoło oraz objaw maskowatej twarzy bo tak była moda, na szczęście minęły. Dziś obowiązuje naturalność, powrót i uwypuklenie atutów urody i przywrócenie utraconego piękna. Zauważalnym trendem jest również rozwój techniki i metod zabiegów, które pozwalają zapewnić pacjentom maksymalny komfort zarówno podczas samego zabiegu jak i tuż po nim. Dzięki dynamicznemu rozwojowi medycyna estetyczna zaczyna stawać się nieodzownym elementem pielęgnacji ciała i dbania o dobre samopoczucie. Moje pacjentki oczywiście chętnie sięgają po zabiegi na bazie kwasu hialuronowego, toksyny botulinowej ale nie tylko. Zabiegiem rewitalizującym skórę jest mezoterapia wykonywana tradycyjnie lub dodatkowo za pomocą substancji, które wzmagają działanie. Proponuję także zastosowanie nowoczesnych peelingów, które nie tylko złuszczają skórę ale także pobudzają komórki skóry tzn. fibroblasty do produkcji włókien kolagenowych, ujędrniają skórę, poprawiają naskórek, rozjaśniają oraz nawilżają skórę. Najlepsze efekty dają peelingi złożone z retinolem, wit C. Świetne efekty dają zabiegi z zastosowaniem oxydermabrazji, które wykonuje się w przypadku skóry wrażliwej oraz z trądzikiem różowatym i można go stosować nawet w okresie letnim. Ustalając program zabiegów właśnie najczęściej zaczynam od peelingów.

Red.: A co następnie Pani proponuje?
B.Z: Tak jak wcześniej zaznaczyłam zabiegi powinno się łączyć celem osiągnięcia najlepszych efektów działając na wszystkie warstwy skóry. Świetne efekty są po zastosowaniu termoliftingu Zaffiro. Urządzenie emitując promieniowanie podczerwone IR o specjalnie dobranej długości fali (750–1800 nm) powoduje jednolite i stopniowe rozgrzanie głębokich warstw skóry właściwej (65°C) ze stałym, ochronnym chłodzeniem powierzchniowym. Efekt termiczny, zachodzący w dolnych warstwach skóry, powoduje podgrzanie i podrażnienie włókien kolagenowych, co skutkuje ich gwałtownym skurczeniem się do pierwotnej długości. W efekcie skóra zostaje zagęszczona i ściągnięta, zwiększa się jej napięcie oraz elastyczność. Zmianom ulega również jej struktura: zmarszczki zostają wygładzone, co widać już po paru chwilach od rozpoczęcia zabiegu. Drugim, długofalowym skutkiem, jest pobudzenie i stymulowanie fibroblastów do produkcji nowych włókien kolagenowych. Zwiększona zostaje o około 30 procent produkcja kolagenu, co daje efekt poprawy gęstości skóry i liftingu. Proces tworzenia się kolagenu następuje stopniowo, stąd końcowy efekt odmłodzenia skóry uzyskujemy 3–6 miesięcy po zabiegu. Zabiegi Thermolifting Zaffiro można wykonywać przez cały rok.

> **Z chwilą, kiedy oznaki starzenia się zaczynają nam przeszkadzać, z pomocą przychodzi medycyna estetyczna.**

Red.: Uważa się, że zabieg ten daje najlepsze efekty do 45 roku życia, a co Pani może nam powiedzieć na temat Ulthery, co to za rodzaj zabiegu?
B.Z: Ulthera™ to całkiem nowa kategoria zabiegów, która nie ma odpowiednika wśród znanych dotychczas rozwiązań estetycznych. Przeznaczona jest do nieinwazyjnego liftingu twarzy i daje rezultaty porównywalne jedynie z efektami jakie zapewnia chirurgia plastyczna. Metoda ta polega na koncentracji energii ultradźwiękowej w wybranych miejscach i na określonej wcześniej głębokości, co skutkuje znaczącym liftingiem i ujędrnieniem skóry. To także jedyne urządzenie, które dzięki ekranowi USG umożliwia wgląd w tkankę, co gwarantuje wyjątkową skuteczność i precyzję zabiegu.

Wnętrze gabinetu zabiegowego Clinica Dermatoestetica

Ulthera™ przeciwdziała siłom grawitacji, zmniejsza narastające z wiekiem nawisy skórne i zwiotczenia. Efekt liftingu w postaci podniesienia i zwiększenia napięcia skóry można osiągnąć w wielu newralgicznych obszarach, które wpływają wyraźnie na kształt twarzy i wygląd szyi takich jak: policzki, linia żuchwy czy podbródek. Modelowanie twarzy jest wyjątkowo precyzyjne, a odmładzanie skóry spektakularne. Efekt utrzymuje się ponad rok a niekiedy i dłużej.

Red.: Jakie jest zdanie Pani Profesor na temat nici?
B.Z: Są różne rodzaje nici, z haczykami, bez, podwójne, pojedyncze wszystkie one wspomagają w osiągnięciu oczekiwanych efektów liftingu. Odpowiednio dobrane i zastosowane dają spektakularne efekty. Dodatkowo w skórze dochodzi do pobudzenia kolagenizacji. Tak więc obecnie mamy naprawdę wiele możliwości działania i to co już wcześniej podkreślałam najważniejsze, że w sposób całkowicie bezpieczny osiągamy takie same efekty a nawet lepsze niż zabiegi chirurgiczne. Jestem dermatologiem i na koniec naszej rozmowy chciałabym podkreślić, że oprócz zabiegów w gabinecie należy stosować codzienną, odpowiednio dobraną pielęgnację, nie zapominając przez cały rok o stosowaniu fotoprotekcji.

Red.: Pani profesor, nie zdążyłyśmy omówić problemów skóry ciała – cellulitu, rozstępów skórnych, nadmiernego owłosienia czy problemów skóry w okresie dojrzewania. Mam nadzieje, że będziemy mogły wrócić do rozmowy. Dziękuje bardzo za poświęcony czas i informację.
B.Z.: Ja również bardzo dziękuję za zaproszenie i oczywiście chętnie ponownie się z Panią spotkam, aby porozmawiać o innych defektach skóry. ❖

ZDJĘCIA Z ARCHIWUM PROF. B. ZEGARSKIEJ

dr hab. n. med. BARBARA ZEGARSKA
– prof. UMK, specjalista w zakresie dermatologii i wenerologii oraz alergologii z ponad 30-letnią praktyką. Przewodnicząca PTD Oddziału Bydgoskiego oraz konsultant wojewódzki ds. dermatologii i wenerologii województwa kujawsko-pomorskiego. Od 12 lat jest kierownikiem Katedry Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu oraz prowadzi prywatną klinikę „Clinica Dermatoestetica, www.dematoestetica.pl

STOMALife
ODKRYJ STOMIĘ

Rusza Ogólnopolska Kampania Społeczna o STOMII

Przełamać tabu

Kampania ma szansę sprawić, że stomicy staną się w mniejszym stopniu dyskryminowani w życiu zawodowym i publicznym oraz przestaną wstydzić się swojej przypadłości. Wierzę, że zaczną uczestniczyć w aktywnościach, których do tej pory unikali, takich jak uprawianie sportu czy realizacja swoich pasji – powiedział Andrzej Piwowarski, prezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego Pol-ilko, które jest jedynym z organizatorów kampanii.

Celem działań przewidzianych w ramach kampanii „StomaLife. Odkryj stomię" jest walka z wykluczeniem społecznym osób z tym problemem zdrowotnym, edukacja opinii publicznej na temat stomii, oraz zmiana postaw stomików w kierunku akceptacji ich sytuacji życiowej.

Stomia jest wyłaniana u coraz większej ilości pacjentów ratując im życie, a mimo to jest nadal tematem tabu. Co chwila słyszy się o kampaniach dotyczących raka piersi czy szyjki macicy, ale potrzebne są także działania na rzecz pacjentów stomijnych. To bardzo ważne. Może problem leży w tym ze stomia nie jest chorobą, dlatego trudno dotrzeć z tym przekazem do ludzi. Jestem jednak przekonana, że kampania będzie miała ciekawy oddźwięk. Nie róbmy ze stomii tabu! Ona przecież ratuje życie – uważa Magdalena Swojak, pielęgniarka stomijna z 15-letnim doświadczeniem.

Jak wynika z danych raportu „Życie pacjenta stomijnego w Polsce" zdaniem pielęgniarek stomijnych pełną wiedzę i informacje o konsekwencjach związanych z wyłonieniem stomii dostaje tylko połowa pacjentów (49,5%), co trzeci (35,9%) uzyskuje je czasami, natomiast blisko 10% nie jest o tym wcale informowana. Alarmujące dane przyczyniły się uruchomienia kampanii społecznej „StomaLife. Odkryj stomię".

Zostań częścią kampanii!

Jedną z głównych idei kampanii jest włączenie w nią jak największej liczby samych zainteresowanych – pacjentów stomijnych. Jej elementem będzie publikacja danych z badania dotyczącego komfortu życia pacjentów stomijnych w Polsce. Każda osoba z wyłonioną stomią może wnieść swój wkład w powstanie tego raportu. Wystarczy wypełnić ankietę, którą znaleźć można pod adresem: **www.stomalife.pl**

Organizatorzy kampanii zachęcają także pacjentów stomijnych do podzielenia się z innymi swoją historią. Dzięki specjalnemu serwisowi internetowemu zainteresowani będą mogli opowiedzieć np. o emocjach, które odczuwali podczas pierwszych tygodni po operacji, o problemach w życiu codziennym i zawodowym, o swoich pasjach i marzeniach, a także o tym, jak wyglądał proces akceptacji stomii. Strona internetowa będzie również pełnić funkcję edukacyjną i przedstawiać wszystkie niezbędne informacje dotyczące stomii oraz życia z nią.

Ze stomią możesz spełnić swoje marzenia

Dzięki kampanii Stomicy zyskają narzędzie, które pozwoli im wspólnym głosem informować opinię publiczną o tym, że stomia nie przekreśla marzeń i planów życiowych, nie przeszkadza w pracy, czy w uprawianiu sportu. Stomicy mają szansę pokazać społeczeństwu, że są silną, zjednoczoną grupą, która może osiągać wyznaczone sobie cele, prowadzić sportowy tryb życia i spełniać się zawodowo.

Przykładem stomika, który mimo przeszkód realizuje swoje marzenia, jest alpinista Tomasz Tobiaszewski. Od operacji wyłonienia stomii, która miała miejsce 12 lat temu, zdobył już sześć czterotysięczników, w tym najwyższy szczyt Europy – Mount Blanc. W wakacje planuje wyprawę na Khan Tengri, pierwszy w jego karierze siedmiotysięcznik znajdujący się w centralnej części pasma górskiego Tien –Shan na granicy Chin, Kirgistanu oraz Kazachstanu. Temperatura na szczycie może dojść do -30 stopni Celsjusza.

Myślałem, że stomia nie pozwoli mi na normalne funkcjonowanie, że nie będę już w wystarczająco dobrej formie, żeby zdobywać kolejne czterotysięczniki, nie marząc już nawet o wyższych szczytach. Jednak nie poddałem się, ciężko trenowałem i postanowiłem wejść na Gran Paradiso. Udało się. Gdy byłem na samej górze rozpłakałem się, ponieważ, tak jak wspomniałem, nie wierzyłem, że po chorobie kiedykolwiek będę mógł wrócić do mojej pasji. Na szczęście udało się. Od tamtej pory zdobywałem kolejne szczyty – powiedział Pan Tomasz.

Kampanię wspierają

Organizatorami kampanii są: Polskie Towarzystwo Stomijne Pol-ilko, Fundacja im. dr Macieja Hilgiera oraz Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita "J-elita". Partnerem medycznym jest firma SALTS POLSKA Sp. z o.o.

Kampania została dotychczas objęta patronatami: Naczelnej Rady Lekarskiej, Polskiego Towarzystwa Chirurgów Onkologicznych, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy oraz Pomorskiego Stowarzyszenia Stomijnego.

Zorganizowane zostaną również działania doszkalające skierowane do personelu medycznego oraz konferencje medyczne. Staną się one okazją do integracji rożnych środowisk medycznych na rzecz poprawy jakości życia osób ze stomią. Jedną z takich aktywności, wdrożoną już w życie, jest szkolenie pielęgniarek w ramach **Akademii Nowoczesnych Technik Medycznych www.antm.pl.**

Patronat medialny objęły **ONKONET Sp. z o.o.**, wydawca serwisu onkologicznego **www.onkonet.pl** oraz czasopisma **„TERAPIA I ZDROWIE"** oraz **TERMEDIA Sp. z o.o.**

Dowiedz się więcej

Więcej informacji i porad dla osób ze stomią oraz ich najbliższych dostępnych na stronie internetowej: www.stomalife.pl

Dodatkowych informacji udziela:

Aleksandra Adrian
tel.: 608 525 952
e-mail: biuro@stomalife.pl
ul. Marszałkowska 140/46
00-061 Warszawa

Fundacja im. dr Macieja Hilgiera

POLKO
Polskie Towarzystwo Stomijne

J-elita
Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita

SALTS
Partner medyczny

PROFESJONALNE ROZWIĄZANIE
PROBLEMÓW ZE STOMIĄ

WWW.SALTS.PL • BEZPŁATNA INFOLINIA 800 633 463

BRITISH SKIN FOUNDATION
Recognising Salts research into healthy stoma skin

SKIN HEALTH ALLIANCE
DERMATOLOGICALLY ACCREDITED

SALTS HEALTHCARE

IDEALNY W PRZYPADKU PRZEPUKLINY

Nasza wspólna historia...

Nasza historia to wspólnie przeżytych ponad czterdzieści lat.
Mówi się, że to na dobre i na złe. To złe i trudne wiąże się z utratą zdrowia.
Często jest tak, że nie spodziewamy się zupełnie „tego najgorszego".

Wigilia 2011 r. – choinka, przygotowania do tego jedynego wieczoru, prezenty pod choinką, wnuczka wyczekująca pierwszej gwiazdki. Krzątam się w kuchni, gdy nagle głos córki: „mamuś coś się dzieje z tatusiem". Wołamy przez telefon pomocy. Pogotowie nie przyjeżdża. Każą mi przywieźć męża do szpitala, bo „pogotowie nie przyjedzie". Nie mam samochodu. Nie ma też sąsiadów. A to przecież godzina 18, więc ludzie siadają do stołów wigilijnych! Koszmar! W końcu lekarz przyjeżdża swoim samochodem, po badaniach zabiera męża do szpitala. Wtedy odczuliśmy bardzo boleśnie bezduszność systemu niesienia nagłej pomocy.

Trudna operacja udała się. Ale to najtrudniejsze przed nami. Po 5-tygodniowym pobycie w szpitalu jesteśmy w domu siedem dni. Nagłe pogorszenie stanu zdrowia męża i znów na oddział chirurgiczny do szpitala. Pan ordynator informuje, że teraz to musi być stomia. Nie bardzo wiem o co chodzi. Nie było czasu na tłumaczenia. Trzeba ratować męża. Kiedy już przywieźli go z sali operacyjnej postanowiłam sobie, że nie poddam się zwątpieniu, rozpaczy, że będę o niego walczyć. Wiem, że zaufanie, jakim obdarzyłam lekarzy i pielęgniarki dawało mi sił. Mówię sobie, że na tym oddziale pracują anioły.

Przychodziłam do męża każdego dnia przez wiele tygodni. Napatrzyłam się na ciężką pracę lekarzy i pielęgniarek. Zawsze spotykała mnie życzliwość. Słyszałam od lekarzy „na dzień dzisiejszy stan męża jest... proszę o cierpliwość". Badania histopatologiczne wykluczyły najgorsze i znowu nadzieja na lepszy czas dla nas. Podpatrywałam siostry, jak zmieniają opatrunki, pozwolono mi też je wykonać. I za to jestem bardzo wdzięczna, bo przecież były to dla mnie ciche lekcje. Zupełnie nie zdawałam sobie sprawy z tego, jak trudne rany pooperacyjne będę sama zaopatrywać w domu.

No i przyszedł ten dzień, gdy ordynator podczas porannego obchodu wytłumaczył dokładnie jak mam postępować przy zmianie opatrunków. Nie będę tu opisywać szczegółów, bo są one drastyczne. Wygląd tych ran, w środku stomia, dla „zwykłego" człowieka nie są łatwe. Ale pokonałam swój lęk. Pierwsza rana zabliźniała się przez pięć miesięcy, druga osiem miesięcy. Zgromadziłam potrzebne środki opatrunkowe, lekarstwa (waciki, środki odkażające itp.). Powoli stawałam się domową pielęgniarką. Pierwsze zmiany opatrunków robione były bardzo wolno, nawet do półtorej godziny. Najgorzej się działo, gdy treści pokarmowe wylewały się z worka prosto do rany. Ale pokonaliśmy ten trudny czas.

Piszę to wszystko na gorąco. Ciężko mi przytaczać szczegóły tych wspólnych zmagań. Zawsze mówiłam sobie, że jest mi ciężko, ale przecież to mój mąż jest najbardziej poszkodowany i cierpi w milczeniu.

Tak mijał czas ostatniego roku. Dziś już dajemy radę. W tych naszych trudach nie zostaliśmy sami. Ogromnie wspierały nas dzieci i rodzina. Zaakceptowaliśmy ten nowy wygląd męża i nasz dzień wygląda tak (jeśli chodzi o higienę stomii):

- co dwie, trzy godziny opróżnianie worka, przy ileostomii,
- co pięć dni wymiana płytki, worek zmieniamy w zależności od potrzeby (zmiana płytki wiąże się z dokładnym umyciem okolic okołostomijnych, wysuszeniem skóry),
- ostatni posiłek – kolacja godz. 18, wtedy nie musimy w nocy opróżniać worka,
- podczas kąpieli założony jest worek jednorazowy (bez osobnej płytki),

To takie praktyczne rady dla stomików i ich najbliższych.

Można się wszystkiego nauczyć, zaakceptować nową sytuację i zachować optymizm. Wiem, że wiele pomogły nam też spotkania z pielęgniarką stomijną. Kolejny raz przekonaliśmy się, że mamy dobrych sąsiadów i znajomych, którzy wspierali nas dobrym słowem. A to pomaga dochodzić do zdrowia.

Spoglądam przez okno. Mąż siedzi na podwórku, obserwuje ulice. Staramy się jak najrzadziej wspominać ostatnie kilkanaście ciężkich miesięcy. Patrzymy jasno w przyszłość, bo przecież ufamy, że Opatrzność czuwa nad nami! ❖

MARIA I KAZIMIERZ NOWAKOWIE

Chcesz podzielić się z innymi swoją historią ze stomią? A może napisz, jak spędzasz wolny czas, urlop? Jakie masz hobby? Twoja historia może pomóc innym osobom ze stomią w powrocie do normalnego życia. W ten sposób włączysz się do wspólnej akcji „StomaLife"

SALTS HEALTHCARE
Optymalny w pielęgnacji stomii

Czym jest odwodnienie?

Odwodnienie to stan, który pojawia się, gdy organizm traci więcej płynów (głównie wody) niż przyjmuje. W przypadku odwodnienia z naszych komórek i ciała jest wydalane więcej wody niż dostarczamy organizmowi poprzez przyjmowanie płynów.

Tracimy wodę każdego dnia w formie pary w wydychanym powietrzu, potu, moczu i kału. Wraz z wodą wydalamy także niewielkie ilości soli. Kiedy tracimy zbyt dużo wody, ciało może utracić naturalną równowagę lub może nastąpić odwodnienie. Poważne odwodnienie stanowi zagrożenie życia. Wiele osób nie spożywa wystarczającej ilości płynów, dlatego często zdarzają się przypadki łagodnego odwodnienia. Łagodne odwodnienie i małe spożycie płynów zwiększa ryzyko kamicy nerkowej i zaparć.

Przyczyny odwodnienia u dorosłych

Jest wiele sytuacji, które mogą spowodować szybką i stałą utratę płynów, a przez to prowadzić do odwodnienia:

- Wysoka temperatura ciała, narażenie na działanie wysokiej temperatury, zbyt duża ilość ćwiczeń, wymioty, biegunka i zwiększone oddawanie moczu z powodu infekcji
- Choroby, np. cukrzyca
- Stomicy są narażeni na utratę płynów, ponieważ mają usuniętą część jelit, co może osłabiać ich pracę. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób z ileostomią, ponieważ usunięto im większy fragment jelit (nie dotyczy osób z urostomią)

Na co zwrócić uwagę

Oznaki i objawy odwodnienia mogą być różne, od łagodnych do poważnych:

- Wzmożone pragnienie
- Suchość w ustach
- Osłabienie/apatia
- Zawroty głowy
- Kołatanie serca (wyczuwalne mocne bicie serca)
- Dezorientacja, ospałość, a nawet omdlenia
- Brak potu
- Zmniejszone oddawanie moczu, ciemniejszy kolor moczu może oznaczać odwodnienie
- Zaparcia – brak aktywności stomii przed okres dłuższy niż 1 dzień (dotyczy tylko osób z kolostomią)

W przypadku wystąpienia któregokolwiek z objawów należy

- Possać lizaki lodowe zrobione z soków owocowych lub napojów dla sportowców
- Possać kostki lodu
- Wypić napój węglowodanowy lub elektrolitowy
- Osoby cierpiące na cukrzycę powinny używać wyłącznie roztworów nawadniających kupionych w aptece

Najlepszym sposobem radzenia sobie z odwodnieniem jest profilaktyka. Ważne jest, aby zrozumieć potrzebę przyjmowania większej ilości płynów.

Jak zapobiegać odwodnieniu

Planuj z wyprzedzeniem i weź ze sobą dodatkową butelkę wody, jeśli będziesz spędzać czas na świeżym powietrzu lub w pracy, gdzie zwiększona potliwość, aktywność i przegrzanie doprowadzą do większej utraty płynów.

Unikaj wykonywania ćwiczeń i narażania się na działanie wysokiej temperatury w upalne dni. Śledź prognozę pogody, aby wiedzieć, w jakie dni będzie gorąco.

Unikaj spożywania alkoholu, szczególnie w gorące dni, ponieważ alkohol zwiększa utratę wody i osłabia zdolność do rozpoznania wczesnych objawów odwodnienia.

Jeżeli musisz wyjść z domu w upalny dzień, załóż luźne ubrania w jasnych kolorach.

Rozpoznanie przyczyny odwodnienia i podjęcie właściwych działań pomoże Ci wrócić do zdrowia.

Jak przygotować doustny roztwór nawadniający

Należy zmieszać:

- 1 litr wody
- 6 płaskich łyżeczek cukru/glukozy
- ½ płaskiej łyżeczki soli
- ½ płaskiej łyżeczki sody oczyszczonej
- Opcjonalnie syrop owocowy do smaku

Popijaj niewielkie ilości roztworu nawadniającego co 5 minut aż oddawanie moczu wróci do normy, a mocz stanie się przejrzysty i jasny. Dorośli powinni pić do 3 litrów napoju na 24 godziny dopóki ich stan się nie poprawi.

Jaką ilość płynów należy przyjmować?

Zalecana dzienna dawka płynów dla osób dorosłych to **przynajmniej**:

- 2 litry wody dziennie
- 0,8 –1,2 litra herbaty i kawy (bez cukru) dziennie

Innymi źródłami płynów są zupy oraz owoce i warzywa zawierające dużą ilość wody, np. winogrona, truskawki, pomidory, arbuz, seler, ogórek i cukinia.

Ważne jest, aby zachować równowagę pomiędzy rodzajami przyjmowanych płynów, ponieważ niektóre napoje, takie jak herbata, kawa i napoje zawierające kofeinę, nie mają właściwości nawadniających i tak naprawdę mogą odwadniać organizm.

Przyjmowanie dodatkowej ilości płynów:

450–500 ml przed rozpoczęciem aktywności fizycznej oraz dodatkowe 200–300 ml co 10–20 minut podczas ćwiczeń.

W przypadku jakichkolwiek pytań porozmawiaj ze swoją pielęgniarką stomijną.

Fot. © GalinaGGM | Depositphotos.com

Badania kliniczne – szansa dla chorych, gdy wydaje się, że już jej nie ma

Corocznie na świecie wykrywanych i produkowanych jest wiele leków, które mogą być skuteczne w chorobach nowotworowych. Jednak by stwierdzić, czy na pewno tak jest, trzeba zbadać ich skuteczność. Do tego celu służą badania kliniczne, które mogą odpowiedzieć na to pytanie. Zazwyczaj, badając nowy lek, porównuje się go z innym, dotychczas stosowanym w danym typie choroby, lub, jeśli nie ma uznanego sposobu leczenia – porównując jego działanie z grupą traktowaną standardowo, czyli bez leczenia. Droga do zastosowania i wdrożenia nowego leku jest długa i kosztowna, bo przecież nie można tak po prostu porównywać go z innym sposobem leczenia bez wiedzy, że MOŻE on być skuteczny i bezpieczny dla pacjenta.

W tym celu wykonuje się badania różnych faz, poczynając od oceny, czy ma on w ogóle jakiekolwiek działanie przeciwnowotworowe aż do fazy, w której jest on porównywany z innymi, dotychczas stosowanymi lekami. Badania odbywają się w zgodzie z przepisami prawnymi ustanowionymi przez Deklarację Helsińską oraz lokalnymi.

Zazwyczaj pacjenci są kwalifikowani do fazy II badań, która ma na celu zbadanie skuteczności klinicznej leczenia nowym lekiem oraz do fazy III, która ostatecznie ma ocenić skuteczność nowej formy leczenia.

Badania kliniczne są często prowadzone w przypadku zaawansowanych stadiów choroby nowotworowej, gdzie dotychczasowe leczenie nie przyniosło spodziewanych efektów. Jest to więc szansa dla tych chorych na podjęcie jeszcze jednej próby leczenia. Należy pamiętać, że warunkiem leczenia jest dobry stan ogólny chorych, pozwalający na przeprowadzenie terapii i musi on spełniać tzw. kryteria włączenia, czyli spełniać szereg warunków wstępnych, zapisanych w protokole badania.

Badania są zazwyczaj randomizowane. Oznacza to, że po spełnieniu wstępnych warunków uczestnictwa w badaniu sposób leczenia jest dobierany losowo. Lekarz prowadzący badanie nie ma wpływu na wynik losowania, który jest zazwyczaj podawany przez ośrodek je koordynujący.

Pomimo wielu ograniczeń, dla wielu chorych jest to jeszcze jedna szansa na leczenie, gdy dotychczasowe formy terapii nie przyniosły spodziewanych wyników. ❖

W tabeli przedstawiono wybrane badania kliniczne w guzach litych prowadzone w ośrodkach w Polsce, których termin ważności jeszcze trwa. Badania są przedstawione w porozumieniu z Polskim Towarzystwem Onkologicznym, na którego stronie znajduje się baza badań, w tym także w nowotworach krwi i układu chłonnego.
Informacja na ich temat jest dostępna na stronach: www.pto.med.pl oraz http://clinicaltrials.gov

Nr badania	Nazwa badania	Zakres badania	Wskazania	Faza badań	Sponsor	Badanie do:
NCT00375674	A Clinical Trial Comparing Efficacy And Safety of Sunitinib Versus Placebo for TheTreatment of Patients At High Risk of Recurrent Renal Cell Cancer	rak nerki	po resekcji/uzupełniająco	III	Pfizer	06/2017
NCT00643565	A Study of Avastin (Bevacizumab) in Combination With Standard Chemotherapy in Children and Adolescents With Sarcoma.	mięsaki		II	Roche	11/2019
NCT00858364	Anemia Treatment for Advanced Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) Patients Receiving Chemotherapy	n. rak płuca	po 1. linii chemioterapii	III	Amgen	06/2019
NCT00929188	A Study of the Safety and Effectiveness of JNJ-42160443 as add-on Treatment in Patients With Cancer-related Pain	leczenie wspomagające	ból	II	Janssen	06/2015
NCT01026142	A Study of a Combination of Trastuzumab and Capecitabine With or Without Pertuzumab in Patients With HER2-positive Metastatic Breast Cancer (PHEREXA)	rak piersi	przerzutowy HER2+	II	Roche	08/2017
NCT01077154	Study of Denosumab as Adjuvant Treatment for Women With High Risk Early Breast Cancer Receiving Neoadjuvant or Adjuvant Therapy (D-CARE)	rak piersi	wczesny	III	Amgen	10/2021
NCT01149343	Evaluation of a New Vaccine Treatment for Patients With Metastatic Skin Cancer	czerniak	stopień III i IV	I	GSK	03/2018
NCT01151215	Study of Anastrozole +/- AZD8931 in Postmenopausal Women With Endocrine Therapy Naive Breast Cancer	rak piersi	zaawansowany/ przerzutowy	II	AstraZeneca	08/2015
NCT01160211	A Study to Compare the Safety and Efficacy of an Aromatase Inhibitor in Combination With Lapatinib, Trastuzumab or Both for the Treatment of Hormone Receptor Positive, HER2+ Metastatic Breast Cancer	rak piersi	przerzutowy	III	GSK	02/2017
NCT01160744	A Study of Pemetrexed & Carboplatin/Cisplatin or Gemcitabine & Carboplatin/Cisplatin With or Without IMC-1121B in Patients Previously Untreated With Recurrent or Advanced Non-small Cell Lung Cancer (NSCLC)	rak płuca	zaawansowany nowotwór	II	ImClone	12/2014
NCT01168973	A Study of Chemotherapy and Ramucirumab vs. Chemotherapy Alone in Second Line Non-small Cell Lung Cancer Patients Who Received Prior First Line Platinum Based Chemotherapy	rak płuca	po 1 linii	III	Lilly	04/2015
NCT01204749	TRINOVA-1: A Study of AMG 386 or Placebo, in Combination With Weekly Paclitaxel Chemotherapy, as Treatment for Ovarian Cancer, Primary Peritoneal Cancer and Fallopian Tube Cancer	rak jajnika	po operacji	III	Amgen	04/2017
NCT01212991	A Safety and Efficacy Study of Oral MDV3100 in Chemotherapy-Naive Patients With Progressive Metastatic Prostate Cancer	rak prostaty	zaawansowany/ przerzutowy	III	Astellas	09/2014
NCT01217697	Study of Abiraterone Acetate in Patients With Advanced Prostate Cancer	rak gruczołu krokowego	leczenie bifosfonianami	III	J&J	10/2014
NCT01235962	A Study to Evaluate Pazopanib as an Adjuvant Treatment for Localized Renal Cell Carcinoma (RCC)	rak nerki	pooperacyjny	III	GSK	04/2017
NCT01265849	Efficacy and Safety Study of Leukocyte Interleukin,Injection (LI) to Treat Cancer of the Oral Cavity (IT-MATTERS)	rak jamy ustnej	rak płaskonablonkowy	III	CEL-SCI Corporation	05/2015
NCT01285557	Diffuse Gastric and Esophagogastric Junction Cancer S-1 Trial	rak żołądka	operacyjny	III	Taiho Pharma	08/2014
NCT01285609	Trial in Squamous Non Small Cell Lung Cancer Subjects Comparing Ipilimumab Plus Paclitaxel and Carboplatin Versus Placebo Plus Paclitaxel and Carboplatin	rak płuca	1. linia	III	BMS	06/2016
NCT01308567	Cabazitaxel Versus Docetaxel Both With Prednisone in Patients With Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer	rak gruczołu krokowego	zaawansowany nowotwór	III	Sanofi	12/2017
NCT01308580	Cabazitaxel at 20 mg/m² Compared to 25 mg/m² With Prednisone for the Treatment of Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer	rak gruczołu krokowego	hormonooporny przerzutowy	III	Sanofi	09/2017
NCT01327885	Phase 3 Study to Compare the Efficacy and Safety of Eribulin With Dacarbazine in Subjects With Soft Tissue Sarcoma	mięsak	zaawansowany nowotwór	III	Eisai	03/2015
NCT01328951	A Study of First-line Maintenance Tarceva (Erlotinib) Versus Tarceva at Time of Disease Progression in Patients With Advanced Non-small Cell Lung Cancer After Chemotherapy	rak płuca	zaawansowany nowotwór	III	Roche	06/2016
NCT01358877	A Study of Pertuzumab in Addition to Chemotherapy and Herceptin (Trastuzumab) as Adjuvant Therapy in Patients With HER2-Positive Primary Breast Cancer	rak piersi	leczenie adjuwantowe	III	Roche	08/2024
NCT01381874	A Study of Abiraterone Acetate Plus Prednisone With or Without Exemestane in Postmenopausal Women With Estrogen Receptor-Positive (ER+) Metastatic Breast Cancer Progressing After Letrozole or Anastrozole Therapy	rak piersi	ER+, z progresją	II	Janssen	07/2014
NCT01390948	A Study of Avastin (Bevacizumab) in Combination With Temolozomide (TMZ) and Radiotherapy in Paediatric and Adolescent Patients With High-Grade Glioma	glejak	stopień III i IV	II	Roche	01/2018
NCT01395017	Dasatinib Added to Gemcitabine for Subjects With Locally-advanced Pancreatic Cancer	rak trzustki		II	Otsuka	08/2014
NCT01419197	A Study of Trastuzumab Emtansine in Comparison With Treatment of Physician's Choice in Patients With HER2-Positive Breast Cancer Who Have Received at Least Two Prior Regimens of HER2-Directed Therapy (TH3RESA)	rak piersi	przerzutowy HER2+	III	Genentech	04/2015
NCT01441414	PF-04856884 (CVX-060) In Combination With Axitinib In Patients With Previously Treated Metastatic Renal Cell Carcinoma	rak nerki	przerzutowy	II	Pfizer	11/2014
NCT01450696	A Study of Herceptin (Trastuzumab) in Combination With Cisplatin/Capecitabine Chemotherapy in Patients With HER2-Positive Metastatic Gastric or Gastro-Esophageal Junction Cancer	rak żołądka	przerzutowy HER2+	III	Roche	06/2020
NCT01450761	Trial in Extensive-Disease Small Cell Lung Cancer (ED-SCLC) Subjects Comparing Ipilimumab Plus Etoposide and Platinum Therapy to Etoposide and Platinum Therapy Alone	rak płuca	drobnokomórkowy	III	BMS	09/2016
NCT01454089	A Phase 2 Study Comparing Chemotherapy in Combination With OGX-427 or Placebo in Patients With Bladder Cancer	rak pęcherza	przerzutowy nie leczony	II	OncoGenex	06/2014
NCT01454934	A Randomized, Open-label, Multicenter, Phase 3 Study to Compare the Efficacy and Safety of Eribulin With Treatment of Physician's Choice in Subjects With Advanced Non-Small Cell Lung Cancer	rak płuca	zbadany EGFR	III	Eisai	10/2014
NCT01500720	Cabazitaxel Compared to Topotecan for the Treatment of Small Cell Lung Cancer	rak płuca	drobnokomórkowy	II	Sanofi	06/2014
NCT01523015	Efficacy and Safety Study of the Combined Modality Therapy in Adenocarcinoma of the Esophago-gastric Junction	rak żołądka	operacyny	III	UM Lublin	12/2020
NCT01535209	Stereotactic Radiotherapy of Resection Cavity For Single Brain Metastasis Versus Whole-Brain Radiotherapy After Resection	przerzuty do mózgu	po resekcji pojedynczego ogniska	III	CO-I Warszawa	12/2014
NCT01566721	A Safety and Tolerability Study of Assisted- and Self-Administered Subcutaneous Herceptin (Trastuzumab) as Adjuvant Therapy in Patients With Early HER2-Positive Breast Cancer (SafeHer)	rak piersi	adjuwant	III	Roche	09/2019
NCT01582269	A Study in Recurrent Glioblastoma (GB)	glejak	leczeni	II	Lilly	08/2014
NCT01597908	Dabrafenib Plus Trametinib vs Vemurafenib Alone in Unresectable or Metastatic BRAF V600E/K Cutaneous Melanoma (COMBI-v)	czerniak	zaawansowany, nieoperacyjny nowotwór	III	GSK	06/2015
NCT01704716	High Risk Neuroblastoma Study 1 (1.5) of SIOP-Europe (SIOPEN)	neuroblastoma		III	St. Anna Kinder-krebsforschung	12/2014

Fot. © Gehringj | Dreamstime.com

Wino – napój bogów

Prawdę mówiąc, przestały mnie już ostatnio interesować kolejne, pełne mądrych słów, teksty prawiące o zbawiennym oddziaływaniu wina na nasze zdrowie. Tak dużo napisano w nich o antyoksydantach czyli o polifenolach zwanych flawonoidami (głównie resweratrol, kwercetyna, epigallokatechina, piceatannolo) i o setkach innych zbawiennych dla zdrowia substancjach, których nazwy raczej odstraszają niż przyciągają, że w zupełności wystarczają mi organoleptyczne wrażenia (barwa, aromat i smak) związane z winem.

Od ponad 45 lat wino jest mi bliskie, stając się na miarę możliwości nieodłącznym dodatkiem do jedzenia. Chylę więc czoła przed „napojem bogów" i cieszę się, że wciąż w temacie wina dzieje się i zmienia tak wiele, i że wciąż jestem pozytywnie przez nie zaskakiwany. Wybieram wina ze starego kontynentu, bo tylko tam producentom nie wolno nadmiernie ulepszać natury. Szczególnym sentymentem darzę wina włoskie. Są pełne życia, tak jak ich ojczyzna słoneczna Italia.

Nie wyobrażam sobie, że mogłoby go zabraknąć na moim stole. Najbardziej smakuje mi do późnych obiadokolacji, gdyż tak funkcjonuję zawodowo, a świadomość braku konieczności poruszania się później samochodem pozwala mi delektować się nim jeszcze bardziej. To rodzaj „świadomego uzależnienia" – staram się nie przekraczać zalecanych przez naukowców 3–5 kieliszków czerwonego wina dziennie). Warto pamiętać, że w świecie wina nie istnieje równouprawnienie i dla kobiet ilość ta jest o 50 proc. mniejsza.

Aktualny stan wiedzy o prozdrowotnych właściwościach wina wynikający z ostatnich dwadzieścia lat badań, jest bogato opisany, wystarczy tylko sięgnąć po odpowiedni tytuł w księgarni. Jeżeli mamy taką potrzebę, to z tej wiedzy możemy czerpać garściami. Ja jednak nie muszę przekonywać siebie o zbawiennym działaniu wina na mój organizm. Po prostu po latach traktuję to jako jego niepodważalną zaletę. Skupiam się bardziej na jego aromacie, smaku, kolorystyce, źródle pochodzenia, zaufaniu do producenta, czy też do importera, którego mogę szanować za kryteria jakimi się kieruje przy wyborze win, gdyż nie wszystko co można spotkać na półkach sklepowych zasługuje na nazwę wina. Uznaję wino za najzdrowszy napój i delektuję się jego sensualnymi doznaniami. Nawet jeżeli nowe, naukowe odkrycia, a prace badawcze trwają (w roku 2013 zidentyfikowano kolejne 23 wcześniej nieznane antyoksydanty) ukażą nam kolejny mechanizm jego pozytywnego oddziaływania na nasze zdrowie, ale nie zmieni to faktu, że ten mechanizm zawsze istniał. Wszak już ponad dwa tysiące lat temu mawiano, że „wino jest najszlachetniejszym napojem, najsmaczniejszym lekarstwem i najprzyjemniejszym pokarmem".

Tym, którzy chcieliby jednak spędzić czas przy „winnej lekturze" polecam zdobycie książki *Chroń swoje serce, właściwości wina, o których warto wiedzieć* napisanej przez lekarza Frank'a Jones'a. Dowiemy się z niej jak świadomie lub nie, szkodzimy sobie, eliminując tak zdrowy trunek z naszej codziennej diety.

Na koniec przytaczam kilka faktów wynikających z badań przeprowadzonych w ostatnich dwudziestu latach, głównie na winach czerwonych. Polifenole (flawonoidy) znajdujące się w winie mają szerokie spektrum oddziaływania na układ sercowo-naczyniowy. Przede wszystkim hamują utlenianie wolnych rodników, a więc zapobiegają starzeniu się całego organizmu. Zmniejszają tworzenie się skrzepów, hamują procesy zapalne naczyń krwionośnych, zapobiegają utlenianiu się cholesterolu LDL, przez co zapobiegają miażdżycy, poprawiają krążenie krwi, poprawiają elastyczność żył. Neutralizując wolne rodniki mają one silne właściwości antynowotworowe.

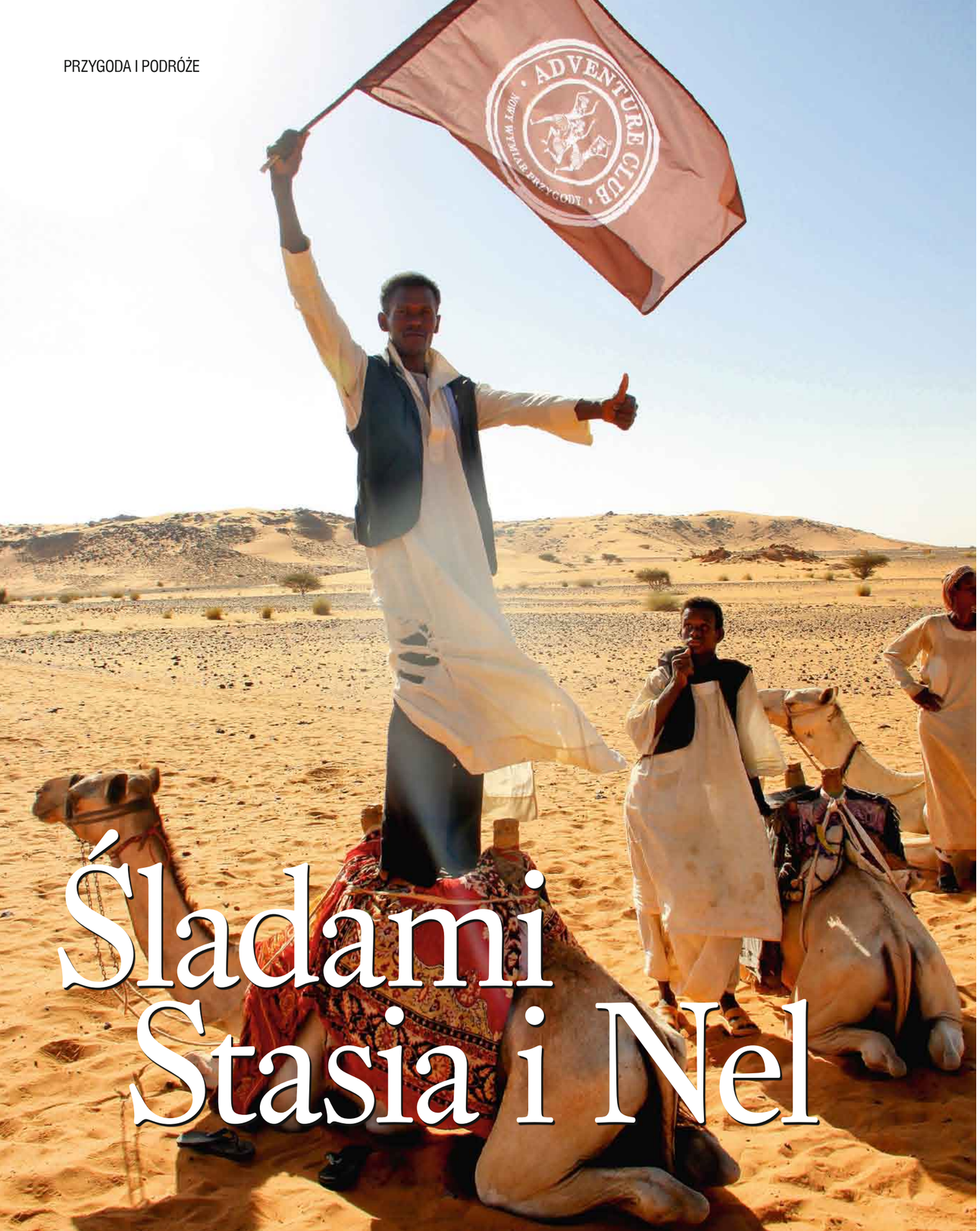
Wino zawiera również organiczny kwas acetylosalicylowy czyli aspirynę, dobrze przyswajalne aminokwasy oraz rozpuszczalny błonnik. Wino ma silne działanie bakteriobójcze. Już jego 1 proc. dodany do wody wykazuje takie działanie. Pozytywnie wpływa na system nerwowy. Pobudza apetyt, poprawia pracę jelit, przyspiesza procesy trawienne, obniża ciśnienie krwi, rozrzedza krew, działa uspakajająco, pomaga zasypiać, poprawia jakość snu. W winie obecnych jest 15 witamin m.in: A, H,B_1, B_2, B_5, B_6, B_{12}, C i sporo składników mineralnych. Jeden kieliszek wina (125 ml) dostarczy nam około 100 mg potasu, 30 mg fosforu, 10 mg magnezu, 15 mg wapnia, 5 mg sodu i 1mg żelaza, ale też i 90 kcal czystej energii. Pijmy zatem dobre „prawdziwe wino", obdarowujmy nim swoich bliskich i żyjmy w zdrowiu, korzystając z możliwości, które przynosi natura. ❖

JERZY KUŁAKOWSKI
sympatyk i znawca win włoskich,
Prezes Noma Sp. z o.o.
www.noma.gdynia.pl

Nazwa wina Papale (papieskie) ma długą tradycję, bo już w roku 1724 winem tym świętowano wybór pierwszego pochodzącego z Apulii kardynała Pierfrancesco Orsini na stolicę apostolską. Przyjął on imię Benedykta XIII. W późniejszej historii łącznie trzech kardynałów z tego regionu zasiadało na tronie papieskim. Wiem o tym zaledwie od roku ale ktoś inny znacznie dłużej. Mam na myśli nieznanego donatora, który zakupił w USA 115 butelek wina Papale i przesłał je FedEx'em do biura Kardynała Sekretarza Stanu w Watykanie z intencją obdarowania nim uczestników konklawe w podziękowaniu za wybór Papieża Franciszka I.

Papale, Primitivo di Manduria to potężne, zrównoważone wino o głębokiej, ciemno czerwonej barwie, rozpływające się w ustach z miękkością aksamitu. Zawarte w nim taniny, oszlifowane 10-miesięcznym dojrzewaniem w 225 litrowych dębowych beczkach, straciły swoją pierwotną zadziorność, dodając mu szczypty słodkości. W konfiturowych aromatach odnajdujemy leśne owoce, suszoną lekko wędzoną śliwkę, wiśnię oraz nuty szałwii, goździków, tymianku, wanilii a nawet kakao. To wino długowieczne i od pierwszego kontaktu z nim urzekające elegancją. Można z pełnym przekonaniem powiedzieć, że należy do rodziny win, które raz spróbowane nie pozwalają o sobie zapomnieć.

Jest jeszcze złota linia Oro powstała ze starannie wyselekcjonowanych gron Primitivo pochodzących z najstarszych 80-letnich winnic, znajdujących się w samym sercu chronionej strefy Mandurii. Tylko tam rosnące krzewy Primitivo są zdolne rodzić najcenniejsze grona. To absolutny winny rarytas rodziny Varvaglione. Jest jednym z tych win, które warte są spróbowania za naszego życia.



Śladami Stasia i Nel

– Nie, to niemożliwe, musiałem się przesłyszeć. Pan na serio chce jechać do Sudanu?
– Oczywiście, że chcę jechać do Sudanu – wypiąłem dumnie pierś. Od dawna marzę o poznaniu prawdziwej Afryki. Egipt to nie jest prawdziwa Afryka.
– Egipt to nie jest prawdziwa Afryka – powtórzył ze zgrozą pan Bieganek i skrzywił się płaczliwie.
– Zależy jak dla kogo. Dla mnie aż zanadto prawdziwa! A czy pan wie, redaktorze, jak w tym Sudanie jest gorąco? To przechodzi wszelkie pojęcie.

MARIAN BRANDYS „ŚLADAMI STASIA I NEL"

Nie dość, że gorąco, to jeszcze febra i inne choroby, muchy tse-tse, wrogo nastawieni derwisze Mahdiego, a teraz na dodatek i ta wojna domowa.

Przynajmniej tak wynika z lektury literatury – od Henryka Sienkiewicza do Marcina Kydryńskiego, czy sporadycznych doniesień w mediach.

– Czyli to wszystko nieprawda?

– Prawda, ale nie do końca.

Owszem, można znaleźć w Sudanie tereny malaryczne. Pewnie też gdzieś tam latają muchy tse-tse, szaleją choroby. I prawdą jest, że od pięćdziesięciu lat toczy się tam wojna.

Tylko, że... to trochę jak z Radiem Erewań.

Spójrzmy na mapę

Sudan, nawet po niedawnym podziale na dwa państwa (najbardziej południowe prowincje oddzieliły się, tworząc Sudan Południowy) to wciąż 1,9 mln km kw. Prawie pół Europy. Odległości liczy się tam w tysiącach kilometrów.

Wojna domowa wybucha raz po raz w Darfurze, na granicy z Sudanem Południowym, może jeszcze w Górach Nuba. I ostatnio w samym Sudanie Południowym.

W Nubii, czyli krainie leżącej pomiędzy Chartumem a Egiptem, wojny nie widziano od czasów Mahdiego – czyli ponad stu lat.

Większość północnego Sudanu to sucha pustynia.

A co do febry – jak pamiętamy z lektury *W pustyni i w puszczy* – po febrę (czyli obecnie malarię) i muchy tse-tse Staś i Nel – musieli jechać aż do Faszody – daleko, daleko na południe. Bo większość północnego Sudanu to sucha pustynia.

Po co więc jechać do Sudanu?

Może na przekór, bo inni nie jeżdżą? Fakt, Sudan jest obecnie jednym z najrzadziej odwiedzanych zakątków świata.

Ale to nie jedyny powód.

Bo Sudan to przecież starożytne Kusz z tysiącletnimi zabytkami – świątyniami i piramidami, w scenerii rodem z „Piątego Elementu" czy „Gwiezdnych wrót".

Sudan to także wczesnośredniowieczne chrześcijańskie królestwa, freski z Faras, to kościoły i klasztory, które spod piasku wykopują m.in. polscy archeolodzy.

Sudan to także Wadi Halfa, Dongola, czy Omdurman – historia XIX-wiecznych odkrywców, powstania Mahdiego i... tak, to Sudan Stasia i Nel.

Wreszcie – Sudan to gościnni ludzie. Najbardziej gościnni ludzie jakich spotkałem w życiu. ❖

MARCIN S. SADURSKI

Zapraszamy na wyjazd do Sudanu z Adventure Club, który popilotuje Marcin Sadurski w listopadzie 2014. Szczegóły na stronie www.adventure-club.eu

Słownik terminów onkologicznych (cz. II)

Białko C-reaktywne
białko, którego poziom wzrasta w zakażeniach.

Białko Bence Jonesa
immunoglobulina wytwarzana przez limfocyty B w białaczce szpikowej. Jest wtedy obecna zarówno w surowicy krwi jak i w moczu.

Białkomocz
obecność białka w moczu. Stan występujący w chorobach nerek a także w szpiczaku mnogim.

Biopsja
w onkologii pobranie materiału komórkowego (biopsja cienkoigłowa) lub tkankowego (biopsja gruboigłowa, biopsja otwarta) z guza do oceny histopatologicznej.

Biopsja szpiku kostnego
pobranie materiału tkankowego ze szpiku

Blokada nerwowa
sposób leczenia bólu, polegający na podaniu środka ograniczającego przewodnictwo nerwowe (czasowa) lub niszczącego nerw (trwała).

Bolus
sposób podawania leku (np. przeciwbólowego) – szybkie podanie dawki w celu uzyskania szybkiego działania leku poprzez jego małe rozcieńczenie. Stosowane m.in. w przypadku tzw. bólów przebijających (występujących nagle pomimo stosowania leków przeciwbólowych)

Brachyterapia
sposób radioterapii, polegający na podaniu na określony czas izotopu promieniotwórczego do jamy ciała (np. macica) w celu uzyskania zniszczenia komórek nowotworowych na określonym obszarze.

BRCA1
mutacja odpowiedzialna za wystąpienie w grupie nosicielek podwyższonego ryzyka zachorowania na raka piersi (ok. 60 proc.) i raka jajnika (ok. 40 proc.).

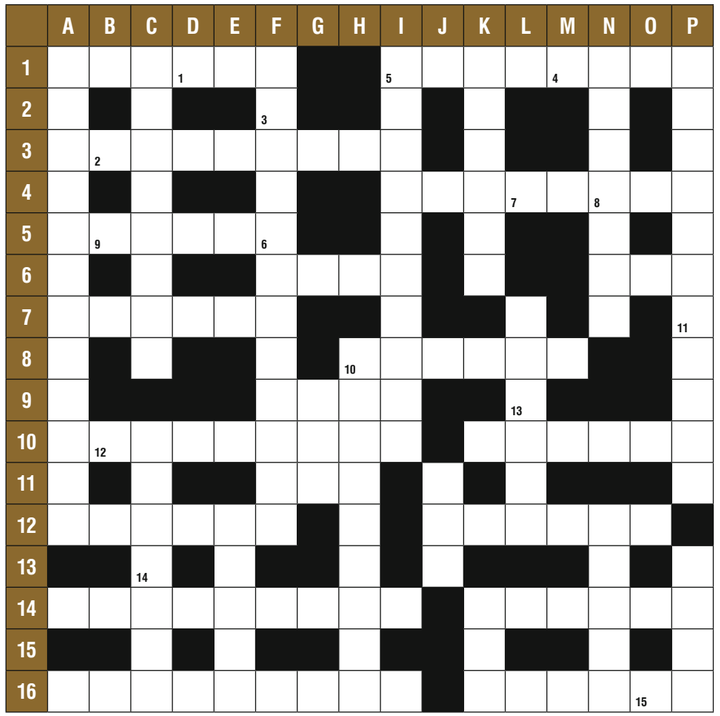
BRCA2
mutacja odpowiedzialna za wystąpienie w grupie nosicielek podwyższonego ryzyka zachorowania na raka piersi (ok. 50 proc.) i raka jajnika (ok. 20 proc.). Ponadto wystąpienie powyższej mutacji zwiększa ponad 200-krotnie ryzyko wystąpienia raka piersi u mężczyzn.

Breslowa Skala
skala służąca do oceny zaawansowania klinicznego czerniaka, analizująca grubość ogniska pierwotnego w milimetrach.

Bronchoskopia
wizualna ocena dróg oddechowych (tchawica, oskrzela) za pomocą wziernika giętkiego (bronchofiberoskopia) lub sztywnego.

Bronchoaspiracja
pobranie lub odessanie materiału (najczęściej wydzieliny) z dróg oddechowych za pomocą wziernika (bronchoskopia).

Bupiwakaina
lek przeciwbólowy działający miejscowo, stosowany m.in. w anestezjologii do znieczuleń zewnątrzoponowych.



Poziomo
1A Przenośny komputer.
1I Przeciwieństwo *sacrum*
3A Turystyczny obiekt hotelarski posiadający co najmniej 7 pokoi
4I Styl życia kierujący się zasadą nie wykorzystywania produktów pochodzenia zwierzęcego
5A Przyjaciel Wokulskiego
6F Wawrzyn
6N Badanie kardiotokograficzne (skrót)
A7 Przetoka jelitowa
8H Mieszka w piekle
9F Określoną jednostkę czasu gry albo miasto na Węgrzech
10A Honorowy sposób rozwiązywania konfliktów między dwoma przeciwnikami.
10K Starocie.
11F Gatunek ptaka
12A Zgromadzenie okrętów lub statków.
12J Owady wydające charakterystyczne dźwięki.
14A Główny maszt na żaglowcu.
14K Rodzaj nadwozia samochodu terenowego lub dostawczego
16A Rodzaj nowotworu układu chłonnego.
16K Bohater powieści dla młodzieży.

Pionowo
A1 Małoinwazyjny sposób operowania w jamie brzusznej.
C1 Miejsce poświęcone wszystkim bogom w starożytnej Grecji i Rzymie.
C10 Zawiesza się ją pod sufitem, można się pod nią całować
E12 Rodzaj cebuli
F1 Działania mające na celu zapobieganie chorobom
G9 Jeden (hiszp.)
H8 Mały dreszcz
I1 Inna nazwa torbieli skórzastej
J11 Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (skrót)
K1 Stan w USA.
K14 Rodzaj muzyki.
L7 Zakłada się go do pęcherza moczowego
N1 Znany polski aktor filmowy i teatralny.
N12 Dawna złota lub srebrna moneta.
P1 Badanie wykonywane w profilaktyce raka piersi.
P13 Rezystencja.

Wśród osób, które nadeślą prawidłowe rozwiązanie krzyżówki, rozlosujemy dziesięć filiżanek do kawy z motywem kaszubskim.

onkonet.pl
Twój serwis onkologiczny