6
Postępy w onkologii – zabiegi onkoplastyczne

21
Diagnostyka i leczenie raka nerki

50
Hospicjum – to też życie!

CZERWIEC 2014

Terapia & Zdrowie

Onkoplastyka w raku piersi

str. 6

ISBN ISSN 2353-639X

Spis treści

TERAPIA & ZDROWIE
ISSN 2353-639X
NR 3, CZERWIEC 2014

37 DIAGNOSTYKA

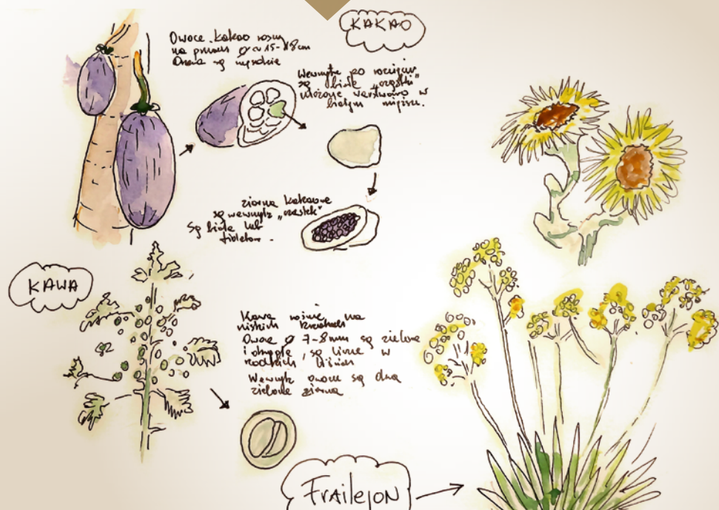
Latem chrońmy się przed czerniakiem

Czerniak złośliwy (*melanoma malignum*) to nowotwór wywodzący się z komórek barwnikowych wytwarzających melaninę – melanocytów. Występuje on najczęściej na skórze i stanowi około 7 proc. wszystkich nowotworów złośliwych o tym umiejscowieniu.

5

6 Postępy w onkologii – zabiegi onkoplastyczne
10 Sketch
12 Po raz drugi „Prześcignęliśmy Raka”!
14 Kiedy badanie rezonansem magnetycznym piersi ma swoje uzasadnienie?
18 Dlaczego rehabilitacja po amputacji piersi jest taka ważna?
21 Diagnostyka i leczenie raka nerki w codziennej praktyce urologicznej
24 Rak jajnika – cichy zabójca
26 Dopóki żyjemy jesteśmy zwycięzcami
28 Dwie Julie
30 „Be Inspired” – hasłem przewodnim 14. Kongresu Europejskiego Stowarzyszenia Stomijnego
34 Nie przestawaj biec!
37 Latem chrońmy się przed czerniakiem
40 Udar niedokrwienny mózgu
42 Współpraca lekarz–pacjent w aspekcie przewlekłej terapii przeciwbólowej
45 Radioterapia – sposób leczenia nowotworów
46 Niedokrwistość z niedoboru żelaza
48 Profilaktyka powikłań zakrzepowo-zatorowych w chorobie nowotworowej
50 Hospicjum – to też życie!
52 Badania kliniczne – szansa dla chorych, gdy wydaje się, że już jej nie ma
54 Wodny świat

10



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 problemów zdrowotnych z punktu widzenia pacjenta i osób nim się zajmujących.

W bieżącym numerze chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na wywiad z prof. J. Jaśkiewiczem, w którym opowiada On o zabiegach onkoplastycznych piersi. Jest to nowoczesne, wysokospecjalistyczne podejście do leczenia raka piersi, w którym Klinika, którą kieruje Profesor, ma olbrzymie osiągnięcia. Dzięki Jego uprzejmości w następnych numerach „TiZ" będziemy mogli pokazać Państwu w postaci rysunków, jak wygląda i na czym polega nowoczesna chirurgia piersi.

Zwracamy także uwagę na akcję profilaktyki raka piersi pod nazwą „Dotknij Piersi" zorganizowaną przez studentów medycyny. O profilaktyce nigdy dość i akcje tego typu są ze wszech miar potrzebne tak długo, jak długo zgłaszalność w Polsce na badania profilaktyczne będzie wynosiła tylko 40 procent.

Zbliża się okres urlopowo-wakacyjny, stąd zachęcamy do przestudiowania artykułu na temat czerniaka. Kto jest najbardziej narażony i jak można się ustrzec przed zachorowaniem na ten nowotwór dowiemy się po jego przeczytaniu.

Nie zabraknie w tym numerze informacji o rehabilitacji po amputacji piersi, porady psychologa, współpracy pomiędzy pacjentem a lekarzem w aspekcie leczenia bólu.

Zachęcamy także do przeczytania artykułów dotyczących raka nerki i raka jajnika, napisanych przez wybitnych specjalistów w tych dziedzinach. O tym, że leczenie tych nowotworów może zakończyć się sukcesem, potwierdza historia przesłana nam przez byłego pacjenta.

W artykule na temat profilaktyki choroby zakrzepowo-zatorowej zwracamy uwagę, kiedy ją stosować i kto jest najbardziej na nią narażony.

Kontynuując temat leczenia pacjentów w terminalnej fazie choroby, zachęcamy do przeczytania tekstu „Czym jest hospicjum".

Poszerzając wiedzę o inne, ważne dla Państwa informacje, zwracamy uwagę na artykuł dotyczący udaru niedokrwiennego mózgu. Zazwyczaj nie myśli się o takim schorzeniu, jednak warto znać podstawy postępowania dla dobra siebie i swoich bliskich.

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. Mamy nadzieję, że wiedza zawarta w czasopiśmie „Terapia i Zdrowie" pozwoli Państwu rozszerzyć lub przypomnieć sobie zagadnienia medyczne, dzięki czemu łatwiej i pełniej będzie można zrozumieć problemy diagnostyki i leczenia różnych chorób. Na bieżąco będziemy wsłuchiwać się w Państwa głosy co do zakresu, formy i tematyki przedstawianych artykułów.

Zachęcamy do lektury i czekamy na Państwa opinie.

dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Terapia&Zdrowie

Dwumiesięcznik
nr 3, czerwiec 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

Fot. Fotonews | Wikipedia.org

Koncert Charytatywny w Twierdzy Wisłoujście

W dniu 28 czerwca na terenie historycznego kompleksu „Twierdza Wisłoujście" odbędzie się Koncert Charytatywny organizowany przez Lions Club Gdańsk-1, Muzeum Historii Miasta Gdańska oraz Prezydenta Miasta Gdańska pod hasłem: „Powiało optymizmem czas na onkologię". Podczas Koncertu przedstawione zostaną zapowiedziane przez rząd Premiera Donalda Tuska działania w dziedzinie walki z rakiem oraz wkład środowisk onkologicznych w ich przygotowanie. Zaprezentowana zostanie także działalność najbardziej dynamicznych polskich organizacji pozarządowych wspierających onkologię. Wszystkie środki finansowe pozyskane w związku z organizacją spotkania zostaną przeznaczone na działalność fundacji onkologicznych.
Organizatorzy zapraszają na uroczystą kolację w kazamatach Twierdzy z jakością Villi Uphagena oraz program artystyczny, w którym wezmą udział: Grupa MoCarta, Maciej Miecznikowski, Roman Koperski, Zespoły: „Słowiańska dusza" oraz „Kumple z Kościerzyny". Koncertom będą towarzyszyć niespodzianki oraz atrakcje piknikowe

www.mhmg.gda.pl

Przeciwnowotworowe działanie wyciągu z melona gorzkiego

Naukowcy amerykańscy z Colorado Cancer Center, University of Colorado wyniki badania wyciągu z gorzkiego melona pod kątem potencjalnego działania antynowotworowego (Bitter melon juice activates cellular energy sensor AMP-activated protein kinase causing apoptotic death of human pancreatic carcinoma: Carcinogenesis 2013;34:1585–92). Melon gorzki (bitter melon) jest rośliną, która rośnie w krajach tropikalnych. Jest znana także pod innymi nazwami: momordica charantia, balsamka ogórkowata lub przepękla. Stanowi popularne warzywo, używane w kuchni chińskiej, indyjskiej i tajskiej. Jest stosowana jako tradycyjny lek na różne dolegliwości, spośród których najczęściej wymienia się infekcje i cukrzycę.

W opublikowanym badaniu naukowcy zwracają uwagę na zaobserwowane działanie przeciwnowotworowe w przypadku komórek raka trzustki. Działanie to polega na silnym wpływaniu na mechanizm tzw zaprogramowanej śmierci komórki (apoptoza). Dzięki temu mechanizmowi z organizmu usuwane są zużyte lub uszkodzone komórki. W chorobie nowotworowej ten mechanizm zawodzi, stąd możliwy jest rozwój nieprawidłowych komórek raka. Jak wykazało badanie, wyciąg z gorzkiego melona hamuje rozwój komórek raka trzustki.

Fot. © jirkab | Depositphotos.com

Lampka czerwonego wina działa korzystnie na zdrowie

Od dawna znane są korzystne efekty działania czerwonego wina na układ krążenia. Ogranicza ono liczne stany chorobowe, takie jak zapalenie naczyń krwionośnych, poprawia ich kurczliwość. Składniki zawarte w czerwonym winie, takie jak np. resveratrol, zaliczany do polifenoli, wykazują także działanie ochronne na śluzówkę jelita grubego, chroniąc ją przed powstawaniem nowotworów. To jeszcze nie wszystkie dobroczynne efekty spożywania czerwonego wina. Jak wykazały ostatnie badania, resveratrol działa także ochronnie na nasz wzrok, a nawet może mieć działanie lecznicze w przypadku takich chorób jak zwyrodnienie plamki żółtej, retinopatia cukrzycowa i jaskra. Najprawdopodobniej odbywa się to poprzez poprawę mikrokrążenia, ale także działanie przeciwzapalne i przeciwutleniające, chroniące komórki przed uszkodzeniem.

Fot. © VBaleha | Depositphotos.com

Fot. © OnaYdur | Depositphotos.com

Postępy w onkologii – zabiegi onkoplastyczne

Prof. dr hab. med. Janusz Jaśkiewicz jest Kierownikiem Kliniki Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. W klinice leczy się nowotwory przewodu pokarmowego, czerniaki, mięsaki ale także raka piersi. Nowotwór ten jest jednym z tematów szczególnie interesujących profesora, który jest specjalistą nie tylko w zakresie chirurgii onkologicznej lecz także chirurgii plastycznej.

Redakcja: Panie profesorze, jakie są wyniki leczenia raka piersi w Polsce?

Prof. Janusz Jaśkiewicz: Rak piersi jest jednym z nowotworów, którego leczenie w ostatnich dekadach znacznie się poprawiło. Można powiedzieć, że zmiany są wręcz przełomowe. W Polsce musimy założyć, że rocznie zachoruje na ten nowotwór około 16–17 tys. kobiet, a jeśli chodzi o umieralność wyniki leczenia są coraz lepsze. Przed laty współczynnik umieralności w Polsce wynosił około 60–70 proc. Obecnie wynosi on mniej niż 50 proc. Możemy więc śmiało stwierdzić, że połowa z tych kobiet które zachorują, będzie wyleczona w sposób trwały. Korzystne współczynniki umieralności zostały zaobserwowane na świecie w latach osiemdziesiątych – najpierw w Stanach Zjednoczonych, później w Europie i w Polsce. Przez ostatnie 10–15 lat ulegają one stopniowej poprawie. Oznacza to, że większej ilości kobiet współczesna onkologia może uratować życie.

Red.: Dlaczego leczenie raka piersi powinno odbywać się w wydzielonych ośrodkach, tak zwanych Breast Unit?

J.J.: Idea Breast Unit czyli zespołów ds. diagnostyki leczenia, albo oddziałów ds. leczenia chorób piersi, w tym raka piersi, została stworzona przed wielu laty w krajach zachodnich, głównie w krajach skandynawskich, w Anglii jak i również w Holandii. Udowodniono, że jeśli chorej stworzy się kompleksową drogę od wczesnej diagnostyki i screeningu poprzez rozpoznanie, leczenie i obserwacje w jednym miejscu, a chora nie będzie przekazywana z jednego ośrodka do drugiego w którym czeka, a poszczególni specjaliści przekazują sobie wiadomości w sposób niekontrolowany, to możliwości wyleczenia w placówkach Breast Unit są o wiele większe niż w innych ośrodkach. Udowodniono ponadto, że jeśli chora zgłosi się do takiego ośrodka, jest lepiej leczona, jest leczona taniej i, co najważniejsze, bardziej skutecznie.

W Polsce jest kilka takich ośrodków, które spełniają warunki Breast Unit, jednak nie zostały one jeszcze sklasyfikowane, bo wymagane jest ich uporządkowanie. W tej chwili trwają bardzo intensywne prace nad stworzeniem sieci Breast Unit's w Polsce i muszę przyznać, że zarówno władze naszego kraju jak i NFZ mają jasno określony cel, aby takie jednostki powołać.

Red.: Czy każda kobieta chora na raka piersi musi mieć ją amputowaną?

J.J.: Oczywiście, że nie! Amputacja piersi u kobiet z rozpoznanym rakiem piersi nie jest głównym zabiegiem. Rzeczywiście w latach osiemdziesiątych amputacja piersi była zabiegiem sztandarowym u kobiet z rozpoznaniem raka. Obecnie dużo się zmieniło i najważniejsze jest leczenie chirurgiczne, które ma na celu zaoszczędzenie piersi. Oczywiście w niektórych przypadkach trzeba wykonać amputację piersi, ale wtedy należy poinformować chorą, że istnieje możliwość zabiegu rekonstrukcji ujętej piersi. Zabieg ten wykonuje się albo jednoczasowo według tej samej procedury amputacji, albo w trybie odroczonym – jest to tak zwana rekonstrukcja dwuetapowa, po zakończonym procesie całościowego leczenia.

Red.: Co to są zabiegi onkoplastyczne i kiedy można je wykonać?

J.J.: Zabiegi onkoplastyczne to grupa zabiegów chirurgicznych, polegających na tym, że nie tylko usuwamy nowotwór wystarczająco szeroko w zakresie marginesu i usunięcia węzłów chłonnych na potrzeby leczenia onkologicznego, lecz również staramy się miejsce po usuniętym gruczole piersiowym odpowiednio rekonstruować. Ma to na celu zachowanie estetyki, funkcji i sprawności. W przypadku raka piersi polega to na zachowaniu piersi jako ważnego narządu dla estetyki i jakości życia kobiet. Ale zabiegi onkoplastyczne wykonuje się również w innych przypadkach np. w przypadku mięsaków, gdy musimy zachować funkcje kończyny i ukształtowanie tkanek. Dodatkowo wykonuje się je w przypadku nowotworów głowy i szyi.

Red.: Czy są inne niż związane z chorobą nowotworową uwarunkowania nie pozwalające na wykonanie zabiegów onkoplastycznych?

J.J.: Aby zabieg onkoplastyczny został wykonany musi być spełnionych kilka warunków. Po pierwsze musi być decyzja zespołu wielodyscyplinarnego, w skład którego wchodzi onkolog, patolog, chirurg. W niektórych przypadkach nie można wykonać zabiegu tego typu, np. u tych chorych, u których rekonstrukcje piersi z użyciem endoprotez czy implantów silikonowych przeszkadzałyby w prawidłowym zaplanowaniu i wykonaniu radioterapii. Po wtóre pacjentka musi wyrazić na to świadomą zgodę, więc trzeba z chorą porozmawiać na czym polega zabieg, poinformować o możliwości powikłań, jak choćby o tym, że implanty mogą być przyczyną stanu zapalnego, mogą ulec odrzuceniu. Im większy, rozleglejszy zabieg, tym ryzyko powikłań jest większe. Najważniejszą zasadą przy zabiegach onkolpastycznych jest fakt, że zabieg, który wykonujemy – czyli chcemy przywrócić chorej estetykę, funkcje i poprawić jej jakość życia – nie może odsunąć planowanego leczenia onkologicznego. Innymi słowy jeśli chora ma zaplanowaną chemioterapię lub radioterapię to zabieg musi być tak zaplanowany, aby nie wpłynął na odroczenie leczenia. Zabiegi onkoplastyczne są trudne technicznie i potrzebne jest duże doświadczenie, aby je dobrze wykonać.

Red.: W czym upatruje pan źródła sukcesów odnośnie wyników leczenia raka piersi w klinice, którą pan kieruje?

J.J.: Uważam, że sposób i forma leczenia, która proponujemy chorym z rakiem piersi w naszej klinice jest na bardzo wysokim poziomie. Chcemy zapewnić wszystkich chorych, nie tylko z rakiem piersi, że żadna decyzja dotycząca leczenia nie odbywa się jednoosobowo. Chorzy, którzy trafiają do kliniki nie tylko są diagnozowani przez lekarza w poradni, ale są kwalifikowani do leczenia przez zespół wielodyscyplinarny, w skład którego wchodzi onkolog, chemioterapeuta, radiolog, patolog i chirurg. Po wtóre w trakcie leczenia wszystkie procedury są przeprowadzane według pewnych standardów, które mamy opracowane. Następnym ważnym elementem w procesie leczenia po zakończeniu leczenia chirurgicznego jest również wielodyscyplinarna konsultacja, na podstawie której ustala się dalsze postępowanie terapeutyczne. Odbywa się to w klinice bezpośrednio po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego, bez niepotrzebnej straty czasu, co zapewnia ciągłość leczenia i jego niezwłoczną kontynuację. Poza tym na każdym kroku analizujemy nasze sposoby i wyniki leczenia, a dodatkowo są one oceniane przez współpracujących z nami onkologów i histopatologów. Ogranicza to możliwe błędy w postępowaniu terapeutycznym i zapewnia najwyższą jakość leczenia.

Rad.: Profilaktyka i wczesne wykrywanie raka piersi jest jednym z najważniejszych zadań w osiąganiu dobrych wyników leczenia. Czy według pana działania lekarzy na tym polu są wystarczające, czy można coś jeszczcze w tym zakresie poprawić?

J.J.: Oczywiście, że jeśli chodzi o raka piersi to badania przesiewowe są bardzo ważne, gdyż umożliwiają wczesne wykrycie tego nowotworu, co jest warunkiem wyleczenia. W Polsce prowadzony jest program wczesnego wykrywania nowotworów piersi. Niestety jego głównym mankamentem jest to, że zgłaszalność chorych na te badania jest bardzo mała i wynosi mniej niż 40 proc.

W tej dziedzinie mamy wiele do zrobienia, ale nie tylko my, lekarze. Żeby poprawić zgłaszalność muszą być prowadzone ▶

Pacjentka po rekonstrukcji piersi z użyciem implantów.

akcje uświadamiające, że wcześnie wykryty rak piersi jest wyleczalny, a także musi być poprawiona sama organizacja tych badań, co leży już po stronie NFZ, z którym ściśle w tej dziedzinie współpracujemy.

Red.: Przy Klinice Chirurgii Onkologicznej działa Studenckie Koło Naukowe. Jak ocenia pan jego działalność, i jaka jest jego rola w propagowaniu wiedzy na temat raka piersi?

J.J.: Mamy szczęście do pozytywnej selekcji ludzi, z którymi się spotykamy. W zespole mamy nie tylko wielu wspaniałych, doświadczonych specjalistów z zakresu chirurgii onkologicznej ale mamy też ambitną grupę szkolących się asystentów, rezydentów. Mamy również szczęście do grupy studentów, którzy od wielu lat współpracują z nami i organizują mnóstwo imprez i akcji społecznych. Koło Studenckie przy naszej klinice nie tylko zostało wyróżnione jako najlepsze z naszej uczelni, ale również w wielu akcjach ogólnopolskich jako najlepsze koło studenckie. To jest wspaniały narybek, z którego wyjdą przyszli doskonali chirurdzy.

Red.: Czego życzyłby pan sobie w sprawach zawodowych w najbliższych latach?

J.J.: Sprawy zawodowe to sprawy naukowe, kliniczne i organizacyjne. W sprawach naukowych chciałabym żebyśmy skończyli zaplanowane siedem doktoratów, habilitacje i profesury. Chciałbym żebyśmy wciąż poszerzali dorobek naukowy kliniki. W sprawach życzyłbym sobie, abyśmy stworzyli Breast Cancer Unit i Colorectal Unit, aby ten model był dobrym przykładem do naśladowania przez innych.

Red.: Dziękujemy za rozmowę. ❖

ZDJĘCIA Z ARCHIWUM PROF. J. JAŚKIEWICZA

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

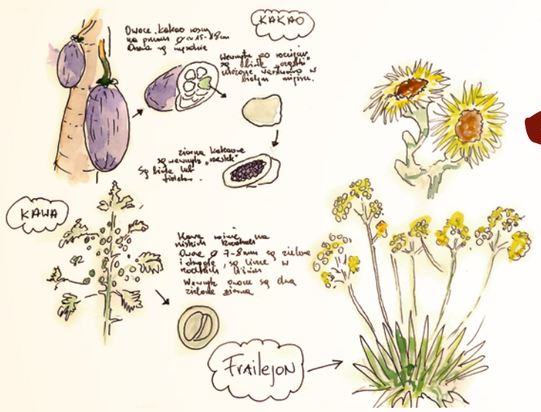
Dostępny w 3 smakach:
mokka, waniliowy, truskawkowy

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

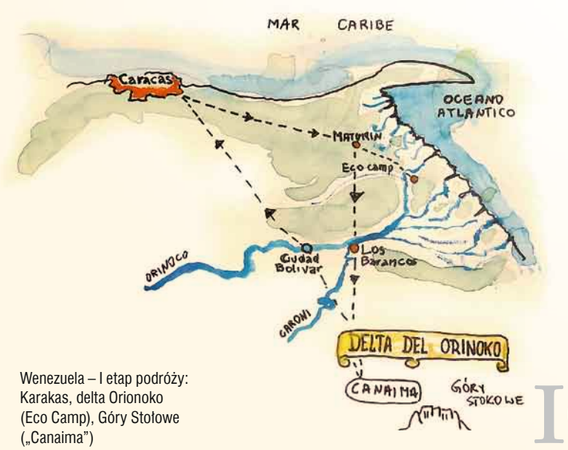
Nutridrink Protein 125 ml. Dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod nadzorem lekarza. Do postępowania dietetycznego w niedożywieniu związanym z chorobą. **Materiał przeznaczony dla osób posiadających kwalifikacje z zakresu medycyny, farmacji lub żywienia.**

Sketch

Podobnie jak Państwu – słowo angielskie *sketch*, do niedawna kojarzyło mi się z krótkim epizodem teatralnym – humoreską zagraną przez aktorów w konwencji komedii.



Owoce kakao, kawy i najczęściej spotykane kwiaty w Andach (Frailejon)



Wenezuela – I etap podróży: Karakas, delta Orionoko (Eco Camp), Góry Stołowe („Canaima")

Drugie znaczenie tego słowa przyszło mi poznać, i co jest ważniejsze „poczuć", latem ubiegłego roku w Portugalii, gdzie zostaliśmy z moją żoną zaproszeni przez naszych bliskich przyjaciół – Kasię i Jacka. Kasia jest dziennikarką i pisarką, a Jacek jest profesorem architektury i od kilku lat jest kierownikiem Wydziału Architektury w Cowilha na wschodzie Portugalii. Wspólne zwiedzanie, a raczej odkrywanie „samych smaczków" Portugalii zaczęliśmy od Lizbony. Proszę sobie wyobrazić moje zdziwienie, gdy podczas porannego kieliszka białego wina w ulicznym barze Jacek oznajmił mi mniej więcej tak:

– Zostaw aparat fotograficzny, inni będą robić zdjęcia – bierzemy się za „skeczing".

Następnie wręczył mi uroczyście własnoręcznie wykonany skech-book (szkicownik), miękki ołówek, gumkę, mały zestaw farb akwarelowych z pędzelkiem.

– Co mam z tym zrobić? – zapytałem.

– Szkicuj – a jak nie wiesz jak to się robi, to podpatruj mnie, w ostateczności udzielę Ci szybkiego kursu. Najważniejsze, aby szkic z pokolorowaniem nie trwał dłużej niż 15-20 minut – poinformował mnie i udał się po szklankę wody do farbek.

Postawiony przed faktem dokonanym, przy aplauzie i nie ukrywam – presji żony, oraz przyjaciół powstał mój pierwszy „sketch" – widok z tarasu baru ulicznego z widokiem na rzekę Tag w Lizbonie.

Pokochałem ten mój pierwszy szkic, bo nie tylko podobał mi się, ale też Jacek – profesjonalista udzielił mi pochwały, a reszta przyjaciół gratulując uznała, że jest powód do kolejnej lampki wina.

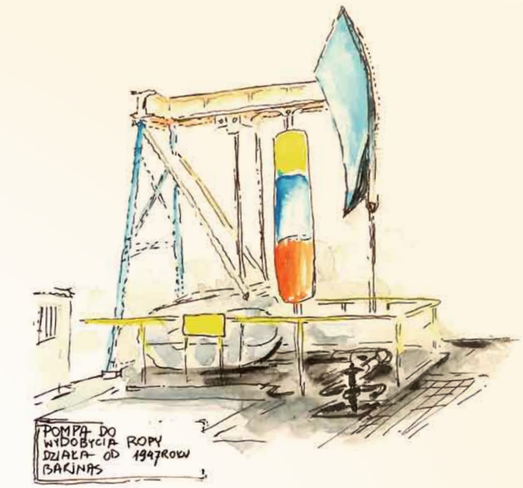
Potem, odkrywając wspólnie Portugalię, powstało wiele szkiców – razem z Jackiem odłączaliśmy się na kwadransik od całej grupy i utrwalaliśmy jakiś fragment budowli, widok, najbliższe otoczenie, czy nawet próbowaliśmy naszkicować atmosferę w knajpce. Spostrzegłem, że szkicując więcej obserwuję, na pewno więcej zauważam i lepiej zapamiętuję.

Po urlopie oczywiście zapomniałem o „sketchingu"– jako chirurg i kierownik kliniki nie miałem czasu na „zabawę". Trzeba było trochę popracować – bo jesienią 2013 roku razem z „paczką" przyjaciół wybierałem się na trekking i objazd po Wenezueli. Jak się tylko Jacek – mój „mistrz skeczingu", o tym dowiedział, to wręczył mi nowy szkicownik i poinformował, żebym nie wracał z wyprawy jak nie zapełnię wszystkich kartek. Zabrałem więc do plecaka mój mały zestaw rysunkowy razem ze zmartwieniem, jak i kiedy szkicować, przecież stale będziemy w ruchu: wspinaczka, trekking, pływanie, jazda na rowerach, lotnia. Ponadto, jak nie narazić się na kpiny i żarty ze strony kumpli. Moje obawy były niesłuszne. „Chłopcom" się to spodobało, żywo komentowali, wielokrotnie pytali jak coś zobaczyliśmy wyjątkowego – czy to już narysowałem? – słowem razem nas to bawiło. Załączam kilka szkiców z Wenezueli, spośród ponad trzydziestu, które wykonałem w ciągu tych dwóch tygodni wyprawy.

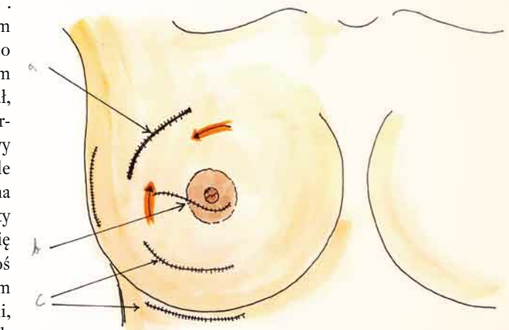
Po powrocie z wyprawy zauważyłem, że podczas pierwszych rodzinnych relacji nie pokazywałem zdjęć ani filmów (było ich za dużo i w dodatku nieposegregowane) – ale dużym zainteresowaniem cieszyły się moje „bazgroły". Szkice z podróży („adventure sketching") stanowiły doskonałe tło do snucia opowieści.

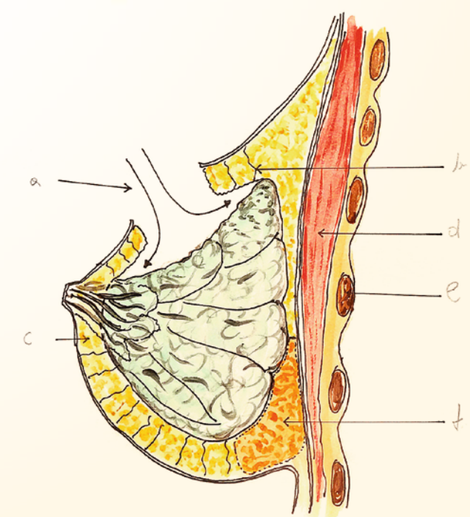
Wtedy też podjąłem postanowienie, aby spróbować „surgical sketching", czyli schematycznie narysować etapy zabiegu chirurgicznego, podczas którego zastosowałem własne modyfikacje. Przedstawiam Państwu przykładowo wybrane etapy zabiegu we własnej modyfikacji: podskórnej amputacji gruczołu piersiowego z zaoszczędzeniem skóry i kompleksu brodawka – otoczka sutkowa, połączonej z jedno-czasową rekonstrukcją piersi za pomocą implantu. W języku angielskim taki zabieg nazywa się: nipple sparing mastectomy (NSM) and immediate breast reconstruction (IBR). ❖

JANUSZ JAŚKIEWICZ



Zabytkowa (1947 rok) pompa do wydobycia ropy





Po raz drugi „Prześcignęliśmy Raka”!

Dotknij Piersi” to akcja profilaktyki raka piersi zorganizowana już po raz drugi przez Koło Naukowe Oncoteam przy Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Celem akcji jest szerzenie wiedzy na temat raka piersi oraz propagowanie zdrowego trybu życia. Projekt zdobył szerokie uznanie, był wielokrotnie nagradzany, między innymi zdobywając statuetkę kampanii „Rak – to się leczy!” dla najlepszej akcji profilaktyki onkologicznej w Polsce w 2013 roku.

11 maja obyła się na Gdańskiej Starówce druga edycja biegu „Prześcignę Raka” – wydarzenie kończące drugą edycję projektu Dotknij Piersi. Uczestnictwo w biegu, podobnie jak walka z chorobą nowotworową wiążą się z dużym wysiłkiem i silną wolą, aby dotrzeć do mety – po trudach zmęczenia kolejnym kilometrem dystansu czy kolejnym krokiem na ścieżce do zdrowia, niepokonanym. Wszyscy chętni mieli możliwość wyboru dystansów 1 km, 3 km, marszu Nordic Walking oraz biegu głównego na dystansie 10 km. Wszystkie dystanse, oprócz symbolicznego biegu na 1 km, objęte zostały profesjonalnym pomiarem czasu. Na wszystkich uczestników czekały na mecie pamiątkowe medale, a na zwycięzców puchary.

Podczas wydarzenia prowadzona była nauka badania piersi, rejestracja na darmowe badania mammograficzne, pokazy i nauka pierwszej pomocy oraz porady dietetyka. W biegu wzięli udział przedstawiciele władz miasta, zaproszeni goście, uczniowie z gdańskich szkół, studenci gdańskiego uniwersytetu medycznego, Akademii Marynarki Wojennej oraz wielu innych zawodników.

Po biegu na 1 km odbyła się inscenizacja przygotowana przez motocyklistów z Cafe Racer Club Poland, którzy na błyszczących motocyklach również prześcignęli raka. Zmienna pogoda nie odstraszyła biegaczy: na biegi oraz marsz łącznie zarejestrowały się 362 osoby – 139 osób na 3 km i Nordic Walking oraz 223 zawodników zmierzyło się z dystansem

10 km – maratończycy, którzy na swoim koncie mają udział w wielu maratonach, a także amatorzy.

Wśród wielu uczestników akcji biegły też osoby, które wygrały z nowotworem. Biegły osoby, których bliscy wciąż walczą, oraz Ci, którzy stracili bliskich z powodu choroby nowotworowej.

Planowane są kolejne wydarzenia w ramach projektu „Dotknij Piersi”, na które serdecznie Państwa zapraszamy. ❖

OPRACOWANIE:
LEK. MED. TOMASZ CWALIŃSKI
LEK. MED. PAULINA CICHON

ZDJĘCIA Z ARCHIWUM AUTORÓW

Kiedy badanie rezonansem magnetycznym piersi ma swoje uzasadnienie?

Fot. © SimpleFoto | Depositphotos.com

Badanie rezonansem magnetycznym, 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 szóstym a trzynastym dniem cyklu u kobiet przed menopauzą, lub co najmniej cztery tygodnie po odstawieniu hormonalnej terapii zastępczej u kobiet starszych.

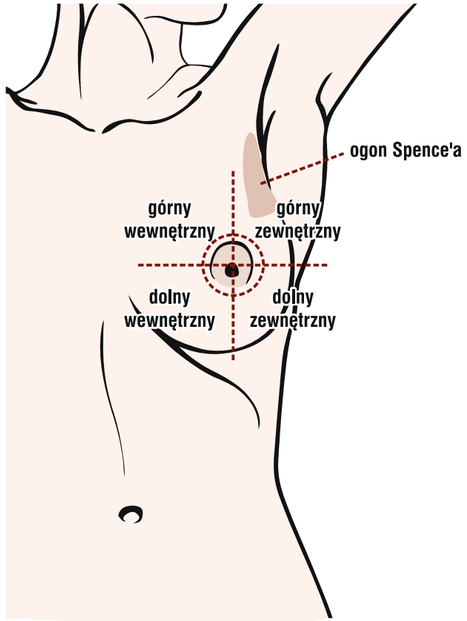
Badanie zalecane jest wśród kobiet planowanych do leczenia oszczędzającego inwazyjnych raków piersi jeśli pomiary guza w badaniach mammograficznych i ultrasonografii znacznie się różnią. Poza tym w razie przedoperacyjnie postawionego rozpoznania carcinoma occultum (obecność klinicznych przerzutów do 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.

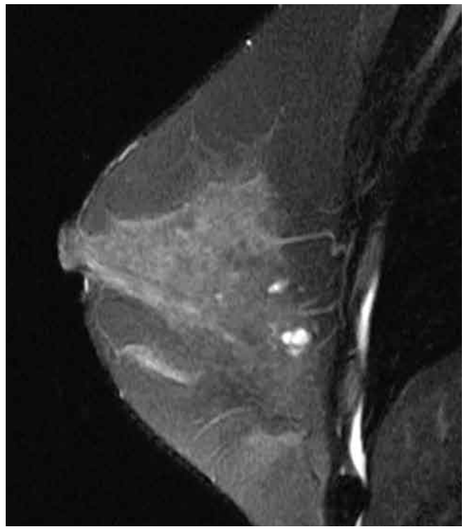
Rezonans magnetyczny służy również – z uwagi na swoją wysoką czułość i możliwość diagnozowania bardzo wczesnych zmian – jako badania przesiewowe w grupie kobiet z wysokim ryzykiem zachorowania na raka piersi: u nosicielek mutacji w genach BRCA1, BRCA2, TP53, u chorych z wybitnie dodatnim wywiadem rodzinnym 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.

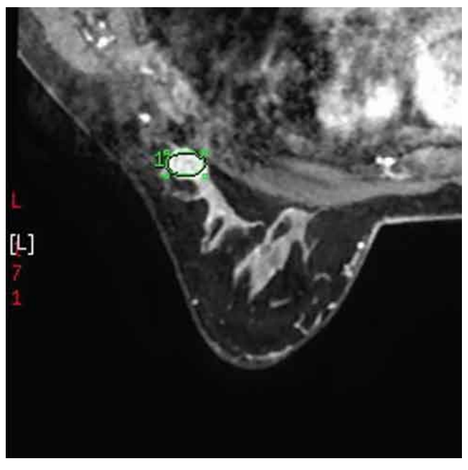
Po zabiegach operacyjnych powiększenia estetycznego czy rekonstrukcji piersi, celem diagnostyki profilaktycznej również lepszą czułością cechuje się rezonans magnetyczny. Jest to ważne zwłaszcza w przypadku podejrzenia pęknięcia implantu czy w przypadku klinicznego podejrzenia wznowy w rekonstruowanej 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.

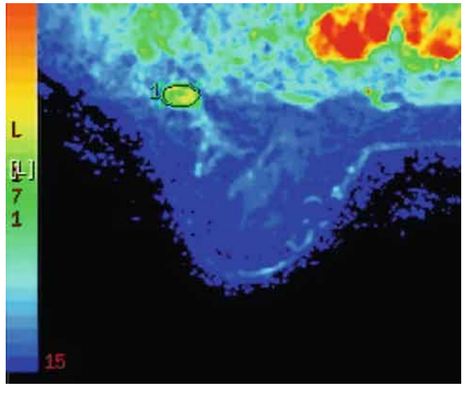
Na następnych stronach przedstawiono dwa wybrane zdarzenia, gdzie badanie za pomocą rezonansu magnetycznego pozwoliło wykryć nowotwór piersi i było podstawą kwalifikacji do leczenia.

Podział piersi na kwadranty, stosowany dla określenia umiejscowienia guza









Przykład 1

Pani Wioleta poinformowała lekarza, że jej siostra miała raka piersi. Lekarz stwierdził, że w związku z tym powinna ona wykonać badanie genetyczne, które stwierdzi, czy jest zagrożenie wystąpienia tego nowotworu. Skierował ją, jako osobę z grupy ryzyka, do poradni genetycznej, gdzie wykonano u niej badanie na mutację BRCA-1. Badanie to wykazał, że u pani Wiolety mutacja taka faktycznie jest. Została skierowana do lekarza onkologa, który zbadał piersi i skierował ją na badanie mammograficzne. Zarówno w badaniu przez lekarza, jak i w badaniu mammograficznym nie stwierdzono żadnych zmian sugerujących obecność podejrzanych zmian. Ale ponieważ pacjentka była w grupie ryzyka, lekarz postanowił wykonać jeszcze badanie rezonansem magnetycznym, które najdokładniej pokazałoby, czy piersi pani Wiolety są zdrowe.

Po wzięciu skierowania na badanie MRI pani Wioleta poszła wykonać to badanie.

Badanie rezonansem magnetycznym wykazało obecność silnego wzmocnienia kontrastowego w części górno-zewnętrznej piersi lewej, w obszarze nazywanym ogonem Spence'a. Szybka diagnostyka wykonana po tym badaniu, polegająca na pobraniu wycinka tkankowego z tzw. biopsji gruboigłowej wykazała obecność wczesnego raka piersi o typie rdzeniastym, ograniczonym jedynie do tego miejsca.

Konsylium lekarskie, które miało zdecydować o leczeniu pani Wiolety zaproponowało możliwość wykonania zabiegu oszczędzającego pierś z równoczesną oceną węzła wartowniczego, w celu ustalenia, czy choroba jest ograniczona jedynie do ogniska raka w piersi czy też zmiany nowotworowe są także w węzłach chłonnych, co pociągałoby za sobą rozszerzenie zabiegu.

Pacjentka przeszła zabieg operacyjny, który wykonano niezwłocznie w takim zakresie, o jakim powiedziano jej na konsylium lekarskim. Dzień po zabiegu była już w domu i z niepokojem oczekiwała na wynik badania histopatologicznego. Po około dwóch tygodniach otrzymała wezwanie na oddział, na którym była leczona, a tam powiedziano jej, że nowotwór był niewielki, wcześnie wykryty i nie było przerzutów do węzłów chłonnych. Ze względu na standard postępowania zaproponowano pani Wiolecie dodatkową radioterapię na całą pierś, po to, żeby zniszczyć ewentualne nieznane ogniska nowotworowe, żeby nie urosły w przyszłości. Ale to już na zasadzie "dmuchania na zimne", chociaż postępowanie to jest standardem w leczeniu uzupełniającym po zabiegu oszczędzającym pierś. Pani Wioleta przyjęła to z optymizmem, wiedząc, że w porę wykryto u niej nowotwór w stadium umożliwiającym wyleczenie z choroby, chociaż wiedziała, że już od teraz będzie musiała poddawać się okresowym badaniom diagnostycznym. Ale ponieważ pierwsze uratowało jej zdrowie, więc wie, jak bardzo są one ważne.

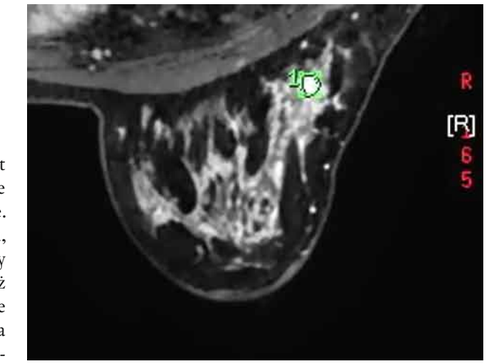
Przykład 2

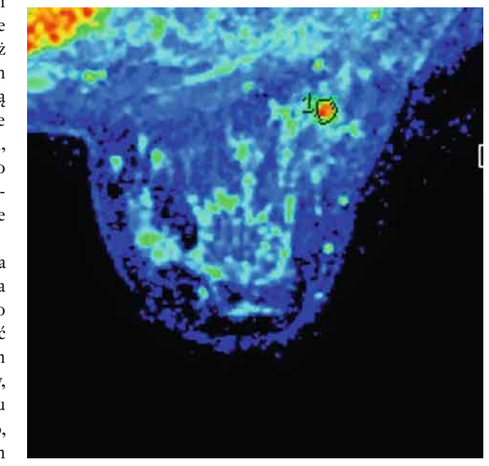
Pani Anna skończyła pięćdziesiąt lat. W dniu jej urodzin córka, która jest pielęgniarką, zaproponowała jej, że zapisze ją na kontrolne badanie przesiewowe w kierunki raka piersi, które są wykonywane w ośrodku, w którym pracuje. Z niejakim oporem, bo przecież jest zdrowa i nigdy nie chodziła do lekarza, pozwoliła córce umówić termin. Jakie było jej zdziwienie, gdy lekarz badający piersi stwierdził u niej obecność niewielkiego guza w piersi prawej! A przecież kąpiąc się i myjąc piersi powinna go wyczuć! A może nie potrafiła tego, nie chodziła do lekarza, skąd miała by wiedzieć jak to robić? Lekarz skierował ją na mammografię, którą wykonano bezpośrednio po badaniu piersi. Badanie wykonano szybko i sprawnie, ale na wynik trzeba było poczekać dziewięć dni. Pani Anna dostała zawiadomienie, że ma się zgłosić w poradni onkologicznej, gdzie będą wykonane dalsze badania. Lekarz wykonał biopsję guza, który pani Anna już potrafiła wskazać palcem. I znów oczekiwanie... Po następnych dwóch tygodniach córka zawiadomiła ją, że wynik już jest i że jest wszystko w porządku. Z radością poszła do poradni onkologicznej, gdzie lekarz potwierdził tą informację, ale powiedział jednocześnie, że jest różnica pomiędzy badaniem mammograficznym, które ocenia guz jako nowotwór złośliwy, a badaniem z materiału pobranego w biopsji, który pokazał obecność zmiany niezłośliwej. Zaproponował dla bezpieczeństwa wykonanie badania rezonansem magnetycznym, które zweryfikuje ocenę badania mammograficznego.

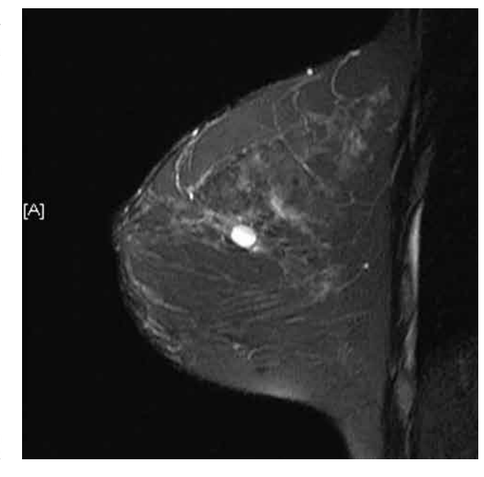
Badanie wykonano po miesiącu. Wynik nie był optymistyczny: podejrzenie raka piersi w kwadrancie górnym-zewnętrznym. W tej sytuacji skierowano panią Annę na oddział chirurgii onkologicznej, gdzie wykonano zabieg wycięcia diagnostycznego guza z marginesem tkanek zdrowych. Badanie histopatologiczne wykazało obecność wczesnego raka piersi. Chirurg, który ją operował, powiedział, że, po ustaleniach z onkologami, radiologami i patologiem, margines wycięcia jest wystarczający, a w pozostałych częściach piersi nie ma ognisk nowotworu, co stwierdzono w badaniu rezonansem magnetycznym. Ze względu na to, że jest to postać raka naciekającego, a nie w stadium tzw. „in-situ", trzeba wykonać ocenę węzła wartowniczego a potem radioterapię całej piersi.

Pani Anna przebyła zabieg, który nie wykazał obecnych przerzutów do węzłów chłonnych, i następnie radioterapię. Od czasu do czasu zgłasza się na badania kontrolne i dziękuje córce, że miała taki wspaniały prezent dla niej na pięćdziesiąte urodziny. ❖

OPRACOWANIE:
DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI
LEK. MED. PAULINA CICHON







ZDJĘCIA Z REZONANSU MAGNETYCZNEGO
DZIĘKI UPRZEJMOŚCI EUROMEDIC POLSKA

Fot. © evariamov | Depositphotos.com

Dlaczego rehabilitacja po amputacji piersi jest taka ważna?

Rehabilitacja jest nieodłącznym elementem leczenia onkologicznego i jednym z niezbędnych kroków na drodze do odzyskania pełnej sprawności u kobiet po mastektomii (amputacji piersi). Celem rehabilitacji jest zapobieganie niekorzystnym zmianom i następstwom leczenia chirurgicznego, a niekiedy i radioterapii stosowanej jako leczenie uzupełniające (adjuwantowe), poprawa jakości życia, komfortu fizycznego i psychicznego kobiety.

Jednym z najczęściej występujących powikłań po zabiegach na układzie limfatycznym jest zastój chłonki i towarzyszący mu obrzęk chłonny kończyny po stronie operowanej. Dotyczy to również kobiet po leczeniu onkologiczno-chirurgicznym raka piersi Po wykonaniu zabiegu amputacji piersi z jednoczasowym wycięciem regionalnych węzłów chłonnych dochodzi do znacznego upośledzenia prawidłowego spływu chłonnego okolicy operowanej. Niekiedy jest to również powikłanie po radioterapii (duże dawki promieniowania na lożę po usuniętej piersi i węzłach chłonnych pachowych bądź jako leczenie uzupełniające po zabiegach oszczędzających pierś). Zmniejszenie aktywności ruchowej w bezpośrednim okresie pooperacyjnym może prowadzić do zwiększenia ryzyka wystąpienia obrzęku chłonnego w okolicy operowanej tuż po zabiegu, a gdy nie będą prowadzone profilaktyczne działania rehabilitacyjne i fizjoterapeutyczne, utrwalić się i skutkować nawet wysoką niepełnosprawnością.

Masaż limfatyczny jest częścią leczenia obrzęku limfatycznego. Przeprowadzany profilaktycznie w pierwszych dniach pooperacyjnych, pozwala utrzymać prawidłowy drenaż chłonny zmniejszając prawdopodobieństwo wystąpienia obrzęku. Wykonywany przez doświadczonego specjalistę pozwala na opróżnienie powierzchniowych naczyń limfatycznych i usprawnia drenaż chłonki w uszkodzonym spływie, co zapobiega utrwalonym zmianom patologicznym, takim jak zwłóknienie tkanek, upośledzenie ruchomości kończyny i przetrwałe obrzęki chłonne.

Rehabilitacja po mastektomii jest oparta na dynamicznej, rytmicznej pracy mięśni szkieletowych, które oddziałując na naczynia krwionośne i chłonne (tzw. mobilizacja pompy mięśniowej) usprawniają odpływ krwi żylnej i chłonki z okolicy operowanej.

Ćwiczenia fizyczne w każdym przypadku powinny być indywidualnie dostosowane do możliwości i stanu zdrowia kobiety. Powinny wpływać nie tylko na stan miejscowy – poprawę sprawności kończyny po stronie operowanej – ale i wspomagać wydolność układu sercowo-naczyniowego, układu kostnego, utrzymanie prawidłowej masy ciała i poprawę kondycji psychicznej pacjentki.

Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia obrzęków po amputacji, pacjentki powinny pamiętać o kilku prostych zasadach postępowania:

- bez względu na czas, jaki upłynął od operacji, należy unikać nadmiernego wysiłku i ćwiczeń ponad siły
- unikać gwałtownego podnoszenia i noszenia ciężkich przedmiotów po stronie operowanej
- unikać gwałtownych ruchów aktywujących mięśnie klatki piersiowej i ręki: szarpania, uderzeń, rzutów
- unikać noszenia obcisłej odzieży, uciskających przedmiotów: zegarków, biżuterii
- unikać spania z podparciem na kończynie po stronie operowanej
- unikać intensywnego opalania, wysokiej temperatury
- w trakcie wizyt u lekarza zwracać uwagę na unikanie mierzenia ciśnienia tętniczego, robienia zastrzyków i pobierania krwi z naczyń kończyny po stronie operowanej
- aktywnie leczyć wszelkie skaleczenia, rany, ukąszenia przez owady, gdyż mogą być przyczyną nasilenia dolegliwości a same, w przypadku kończyny z istniejącym obrzękiem, goją się gorzej.

Pamiętajmy! Ćwiczenia fizyczne powinny być zawsze dostosowane do indywidualnych możliwości kobiety!

Cel i zadania rehabilitacji kobiet po mastektomii:

- Zwiększenie zakresu ruchów w stawach kończyny i obręczy kończyny górnej po stronie operowanej
- Zwiększenie siły mięśniowej
- Usprawnianie drenażu chłonnego – zapobieganie zastojom chłonki i obrzękom chłonnym w kończynie po stronie operowanej
- Aktywne leczenie obrzęku limfatycznego
- Poprawa stanu psychicznego chorej
- Korekcja postawy ciała i statyki tułowia
- Poprawa wydolności i ogólnej sprawności fizycznej
- Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Aby zapobiec zastojom limfy w kończynie i rozwijającym się na ich podłożu obrzękom limfatycznym, należy utrzymywać kończynę uniesioną. Elewacja kończyny zapobiega grawitacyjnemu spływowi chłonki i gromadzeniu się jej w okolicach ciała najniżej położonych. Dotyczy to zarówno dnia pracy, okresu wypoczynku jak i snu. Podczas przebywania w pozycji leżącej, w łóżku, wskazane jest układanie kończyny na specjalnym „klinie", wałku lub poduszce, z ręką zgiętą w łokciu, przedramieniem uniesionym (fot. 1). Podczas siedzenia ręka powinna wygodnie spoczywać na oparciu krzesła, fotela, stole czy biurku. Długotrwałe wykonywanie jednej czynności powinno być przerywane kilkoma powtórzeniami ćwiczeń rozluźniających, uniesieniami ręki, zgięciami i wyprostami (fot. 2).

Fot. 1

Fot. 2

Fot. 3a

Fot. 3b

Nie powinno się kończyny przeciążać – o ile jest to tylko możliwe; większość czynności życia codziennego dobrze jest wykonywać drugą ręką (noszenie zakupów, ciężkich rzeczy).

Należy również zwracać uwagę, aby nie spać na boku powodując ucisk ręki po stronie operowanej. W profilaktyce przeciwobrzękowej bardzo ważny jest masaż, usprawniający odpływ chłonki z tkanek kończyny. Bez problemu można go samodzielnie wykonać – po odpowiedniej edukacji przez wykwalifikowanego terapeutę (fot 3a i 3b).

Systematyczna aktywność fizyczna, stopniowo modyfikowana i nasilana już od pierwszych dni po mastektomii, zapewni szybszy powrót do pełnej sprawności. Próbę jakiegokolwiek ruchu w kończynie należy podjąć począwszy od następnego dnia po operacji, jeszcze w pozycji leżącej. Od kolejnych dób zalecane jest wykonywanie prostych ćwiczeń usprawniających. Początkowo ćwiczenia wykonuje się pod okiem doświadczonego fizjoterapeuty, do granicy bólu, stopniowo ją przekraczając. Rolą fizjoterapeuty jest nie tylko fachowa pomoc w trakcie ćwiczeń ale i uświadomienie pacjentki, że ćwicząc z rozwagą, nie grozi jej żadne niebezpieczeństwo uszkodzenia strony operowanej, by w nowej sytuacji czuła się bezpiecznie. Również podstawowe codzienne czynności domowe można zaliczyć w poczet ćwiczeń usprawniających – próby zapięcia biustonosza, samodzielna toaleta, wycieranie pleców ręcznikiem, szczotkowanie włosów, mycie się. Ćwiczenia najlepiej wykonywać kilka razy dziennie, każdorazowo po kilkanaście minut, zwiększając intensywność ćwiczeń w kolejnych tygodniach po operacji. ❖

LEK.MED. PAULINA CICHON
ZDJĘCIA Z ARCHIWUM AUTORKI

Niektóre formy aktywności fizycznej są przeciwwskazane u kobiet po mastektomii (szczególnie w okresie bezpośrednio po zabiegu operacyjnym) i należy o tym pamiętać planując program codziennych ćwiczeń.

Przykłady ćwiczeń niedozwolonych:

- Zwisy na drążku
- ćwiczenia wymagające podpierania się rękami o podłoże (pompki)
- ćwiczenia z ciężarkami (hantle, woreczki z piaskiem) i gumami rozciągliwymi
- sporty wymagające zamaszystych ruchów ręką, np. tenis, squash, pływanie wyczynowe
- stretching, niektóre elementy jogi

Diagnostyka i leczenie raka nerki w codziennej praktyce urologicznej

Dane epidemiologiczne pokazują, że w ostatnich latach występuje znaczący wzrost wykrywalności guzów nerek, wśród których dominuje rak o typie nerkowokomórkowym (RCC). Jest to niewątpliwie efekt poprawy dostępności do diagnostyki laboratoryjnej i badań obrazowych, które to pozwalają na wykrycie guzów przypadkowo, bez jakichkolwiek wcześniejszych objawów chorobowych.

Wcześniejsze wykrycie dotyczy często niewielkich guzów, które mogą być skutecznie leczone na drodze operacyjnej. W tej grupie chorych znaczenia nabierają nowe techniki zabiegowe pozwalające na usunięcie samego guza z pozostawieniem zdrowej części nerki.

Niestety mimo poprawy diagnostyki i wcześniejszego wykrywania guzów, nadal zdarzają się chorzy ze zmianami wychodzącymi poza nerkę, bądź z przerzutami odległymi. Wyczuwalny guz w nadbrzuszu nie zawsze budzi w chorym czujność i potrzebę zgłoszenia się do lekarza. Objawy ogólne jak utrata masy ciała, nadciśnienie tętnicze, stany podgorączkowe, czy też anemia łatwo znajdują inne uzasadnienie. Wykrycie dużego guza nerki wywołuje obawy co do naciekania sąsiednich narządów, występowania czopu nowotworowego w świetle żyły głównej, współistnienia przerzutów, a także zwiększonego ryzyka powikłań pooperacyjnych.

Na szczęście w ostatnich latach pojawiły się dowody, że po chirurgicznym usunięciu guza istnieje możliwość zastosowania leczenia uzupełniającego (adjuwantowego) pod postacią chemioterapii celowanej.

Epidemiologia

Rak nerkowokomórkowy (RCC, Renal cell carcinoma) stanowi około 3 proc. nowotworów złośliwych występujących w populacji. W zestawieniu przyczyn zgonów z powodu ▶

Coraz większe nadzieje wiąże się z diagnostyką molekularną, polegającą na badaniu cech biologicznych guza w tkance pobranej podczas biopsji lub podczas operacji. Leczenie zabiegowe stanowi standard w przypadku raka nerki. Mimo wielu możliwości standardem okazują się być operacje oszczędzające nerki, zarówno wykonywane drogą laparoskopową jak i tradycyjnie.

nowotworów złośliwych zajmuje siódme miejsce u mężczyzn w Polsce. Statystycznie liczba zachorowań jest większa u mężczyzn niż u kobiet i wynosi 1,5:1, a szczyt zachorowalności przypada na 6. i 7. dekadę życia.

RCC to najczęstszy typ guza nerki stanowiący około 90 proc. wszystkich nowotworów złośliwych tego narządu.

Etiologia

Najważniejsze czynniki etiologiczne związane z trybem życia to otyłość, palenie tytoniu i nadciśnienie tętnicze. Udowodniono również uwarunkowanie genetyczne w wielu zespołach, m.in. Von-Hippel Lindau, Birt-Hogg-Dubé, dziedzicznego raka brodawkowatego, dziedzicznej mięśniakowatości, choroby Bourneville'a-Pringle'a itp., dlatego też pokrewieństwo pierwszego stopnia z chorym na raka nerki niejednokrotnie wiąże się ze znacząco zwiększonym ryzykiem zachorowania na ten nowotwór.

Objawy

Zdecydowana większość guzów nerek nie wywołuje objawów w początkowym stadium choroby, a ich wykrycie w badaniu przedmiotowym możliwe jest dopiero w późnej fazie choroby. Pojawienie się wyczuwalnego guza w nadbrzuszu nie zawsze skłania chorego do zgłoszenia się do lekarza. Inne klasyczne objawy takie jak ból w okolicy lędźwiowej i krwiomocz występują tylko w niektórych przypadkach, a objawy jak utrata masy ciała, nadciśnienie tętnicze, stany podgorączkowe, czy też anemia łatwo znajdują inne uzasadnienie. W chwili obecnej ponad 50 proc. przypadków raka nerki wykrywana jest incydentalnie podczas badań obrazowych z powodu niespecyficznych dolegliwości lub w trakcie ogólnych badań profilaktycznych.

Diagnostyka

Diagnostyka w kierunku raka nerki obejmuje badanie lekarskie, które ma niewielkie znaczenie, szereg badań laboratoryjnych oraz badania obrazowe (ultrasonografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). Dla oceny guzów nerek najważniejszym wykładnikiem w tych badaniach jest wzmocnienie sygnału świadczące o zwiększonym przepływie krwi przez guz, co najczęściej zdarza się w przypadku nowotworów. Dodatkowe badania jak arteriografia nerkowa lub biopsja nerki znajdują uzasadnienie tylko w określonych przypadkach.

Niestety, większość guzów nerek nie wywołuje objawów w początkowym stadium choroby, a ich wykrycie możliwe jest dopiero w późnej fazie choroby!

Coraz większe nadzieje wiąże się z diagnostyką molekularną, polegającą na badaniu cech biologicznych guza w tkance pobranej podczas biopsji lub podczas operacji. Badania molekularne mają znaczenie w dwóch sytuacjach. Po pierwsze wykrycie specyficznych mutacji, lub zmian w metabolizmie komórki nowotworowej określa nam agresywność nowotworu i pozwala lepiej zaplanować leczenie i określić rokowanie chorego. Po drugie, niektóre nowotwory nerek są uwarunkowane genetyczne i wystąpienie takiego specyficznego rodzaju nowotworu wskazuje potrzebę przebadania innych członków rodziny chorego.

Leczenie raka nerki obejmuje:

- leczenie operacyjne – radykalne lub częściowe wycięcie nerki,
- zabiegi niszczące guz na drodze przezskórnej – termoablacja oraz krioablacja,
- leczenie za pomocą chemioterapii celowanej – inhibitory kinazy tyrozynowej,
- leczenie paliatywne – embolizacja tętnicy nerkowej, radioterapia przerzutów w raku nerki.

Tradycyjnie wykrycie raka nerki było wskazaniem na usunięcia całej nerki. Radykalna nefrektomia (wycięcie nerki), głównie z dostępu laparoskopowego, jest standardem leczenia guzów nerki w małym stopniu zaawansowania oraz małych guzów nie kwalifikujących się do leczenia nerko oszczędzającego.

Zarówno zabiegi oszczędzające miąższ nerki jak i zabiegi radykalne wykonywane są coraz częściej z wykorzystaniem robota operacyjnego. Wyniki leczenia chorych poddanych takiej metodzie są podobne do wyników uzyskiwanych drogą laparoskopową czy też wykonywanych tradycyjnie. Największe zastrzeżenie budzą jednak koszty związane z zakupem i obsługą robota.

Jeszcze mniej inwazyjne podejście polega na niszczeniu zmian nowotworowych bez otwierania powłok. Stosuje się je w określonych przypadkach. Termoablacja i krioablacja jako zabiegi małoinwazyjne stanowią alternatywę dla operacji oszczędzających nerkę, jednakże dotychczasowe obserwacje wskazują większy odsetek nawrotów procesu nowotworowego.

W przypadku zmian bardzo zaawansowanych, kiedy wyczerpano już możliwości leczenia radykalnego, embolizacja tętnicy nerkowej, podobnie jak radioterapia, znajduje zastosowanie w leczeniu paliatywnym pacjentów z rozsianym rakiem nerki, a także u tych, którzy z innych przyczyn zdrowotnych nie mogą być poddani leczeniu operacyjnemu i uzupełniającemu.

Rokowanie w przypadku raka nerki zależy, podobnie jak i w przypadku innych nowotworów, od stopnia zaawansowania. Im wcześniej wykryty nowotwór, tym większa szansa na całkowite wyleczenie. Ze względu jednak na niespecyficzne objawy i brak możliwości diagnostycznych innych niż badania obrazowe, zaleca się wykonywać te ostatnie jako element ogólnej profilaktyki przeciwnowotworowej.

Wnioski

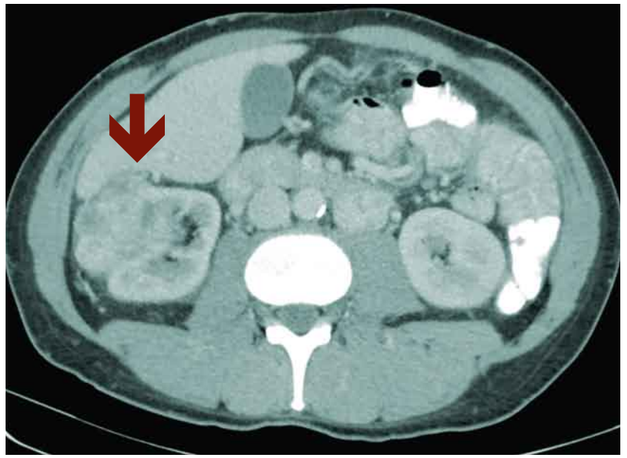
Leczenie zabiegowe stanowi standard w przypadku raka nerki. Mimo wielu możliwości standardem okazują się być operacje oszczędzające nerki, zarówno wykonywane drogą laparoskopową jak i tradycyjnie.

Przezskórne zabiegi małoinwazyjne jak termoablacja i krioablacja wykazują mniejszą skuteczność, zaś operacje z użyciem robota operacyjnego hamowane są w Polsce przez wysokie koszty związane z tym typem leczenia.

Terapia uzupełniająca w postaci chemioterapii celowanej może dotyczyć tylko nieznacznego procenta chorych, jednak obecność inhibitorów kinaz białkowych daje możliwość wydłużenia przeżycia chorym nawet z zaawansowanym i rozsianym procesem nowotworowym. ❖

OPRACOWANIE:
DR HAB.MED.MARCIN MATUSZEWSKI
DR MED. JAKUB KŁĄCZ
Katedra i Klinika Urologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

ZDJĘCIA Z ARCHIWUM AUTORÓW



Rak nerki – obraz z Tomografii Komputerowej.

Słowniczek pojęć

- **CHEMIOTERAPIA CELOWANA:** leczenie celowane molekularnie, polegające na określeniu obecności czynników molekularnych w komórce nowotworowej, do których ma powinowactwo określony lek przeciwnowotworowy. Zastosowanie takiego leku u chorego, u którego w guzie nowotworowym są obecne te czynniki zwiększa jego działanie niszczące nowotwór.
- **ZESPOŁY PARANOWOTWOROWE:** zespół zmian dających charakterystyczne objawy, które mogą świadczyć o współistnieniu choroby nowotworowej, takich jak np. rumień skóry, zakrzepowe zapalenie żył i inne.
- **CHIRURGIA LAPAROSKOPOWA:** sposób operowania bez otwarcia jam ciała, polegający na założeniu kamery i narzędzi operacyjnych przez powłoki ciała. Obraz obserwowany jest na monitorze zaś zabieg wykonywany specjalnymi narzędziami.
- **TERMOABLACJA:** metoda leczenia inwazyjnego polegająca na wprowadzaniu do guza nowotworowego elektrody igłowej, najczęściej pod kontrolą USG lub TK. Przez elektrodę płynie prąd, na skutek czego dochodzi do wzrostu temperatury i zniszczenia tkanki nowotworowej.
- **KRIOABLACJA:** metoda leczenia podobna w skutkach do termoablacji. Wykonuje się ja poprzez wprowadzenie cewnika do guza i podanie mieszaniny gazów pozwalających na uzyskanie temperatury –70 st. C, która niszczy nowotwór.
- **EMBOLIZACJA:** metoda leczenia różnych stanów chorobowych, polegająca na wybiórczym wprowadzeniu cewnika do określonego naczynia tętniczego, np. tętnicy nerkowej, i podania środków powodujących jej zamknięcie (obliterację). Powoduje to brak dopływu krwi do guza i jego obumarcie (martwicę).

Piśmiennictwo:

1. Ljungberg B, Cowan N, Hanbury D.C, Hora M, Kuczyk M.A, Merseburger A.S, Mulders P.F.A, Patard J-J, Sinescu I.C: *Guidelines on Renal Cell Carcinoma*. European Association of Urology, April 2010.
2. Kłącz, J., Matuszewski, M., Michajłowski, J., Markuszewski, M., Zachalski, W., Krajka, K. (2013): *There is no place for targeted therapy neoadjuvant treatment in Polish Health System. An analysis of radical nephrectomies in patients with large kidney tumors*. Centr. Eur. J. Urol. 2013; vol. 66, nr 1, s. 31–35

Fot. © prudkov | Depositphotos.com

Rak jajnika – cichy zabójca

Mimo dokonującego się na naszych oczach dynamicznego rozwoju badań molekularnych, wdrożenia terapii celowanej, rak jajnika ze względu na brak skutecznych badań profilaktycznych i wysoka śmiertelność w dalszym ciągu stanowi wyzwanie medycyny XXI wieku.

Rak jajnika to piąty pod względem zapadalności nowotwór złośliwy u kobiet w Polsce. W 2010 roku raka jajnika zdiagnozowano u prawie 3600 kobiet w Polsce, co oznaczało, że wyliczona zachorowalność na ten nowotwór wyniosła 11,3 na 100 tys. osób. Rak jajnika może wystąpić u kobiety w każdym wieku, jednak 80 proc. zachorowań występuje po 50. roku życia, przy czym w ponad 50 proc. diagnozę stawia się między 50. a 69. rokiem życia.

Czynniki ryzyka

Do najważniejszych czynników ryzyka raka jajnika należą: zespoły dziedzicznego raka jajnika i piersi, nosicielstwo mutacji genów BRCA1 i BRCA2, rodzinne występowanie zespołu dziedzicznego niepolipowatego raka jelita grubego (zespół Lyncha), bezdzietność, pierwotna bezpłodność, endometrioza, wczesna pierwsza i późna ostatnia miesiączka. Ryzyko rozwoju raka jajnika w ciągu całego życia u kobiety z mutacją genu BRCA1 wynosi 40 proc., w przypadku mutacji genu BRCA2 – 20 proc.

Z kolei do czynników zmniejszających ryzyko zachorowania należą: wielorództwo oraz stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych (DTA). Wyniki dużych badań dowiodły, że stosowanie DTA w jakimkolwiek okresie życia zmniejsza ryzyko zachorowania na raka jajnika nawet o 40 proc.

Objawy

Niestety objawy kliniczne raka jajnika są bardzo niecharakterystyczne, co sprawia że u 70 proc. pacjentek w momencie rozpoznania choroba jest już w późnym stadium zaawansowania. Do najczęściej stwierdzanych symptomów należą: wzdęcie brzucha, powiększenie obwodu brzucha (wynikające z wodobrzusza), zaparcia, uczucie pełności w jamie brzusznej, brak łaknienia, wczesne uczucie sytości.

Diagnostyka

Ze względu na nietypowe objawy raka jajnika, bardzo istotne jest przestrzeganie cyklicznych badań kontrolnych u ginekologa obejmujących: szczegółowy wywiad lekarski, badanie ginekologiczne oraz ultrasonografię przezpochwową. W przypadku występowania guza jajnika pomocne w odróżnieniu zmian łagodnych i złośliwych jest oznaczenie poziomu markera nowotworowego CA-125, a także białka HE4 w surowicy krwi. Nowością jest tzw. algorytm ROMA (z ang. Risk of Ovarian Malignancy Algorythm), za pomocą którego, biorąc pod uwagę pozom CA-125, HE4 i status hormonalny kobiety (przed czy po menopauzie), można z większym prawdopodobieństwem odróżnić łagodny i złośliwy guz przydatków. Sam marker CA-125 jest mało specyficzny, tzn. jego poziom jest często podwyższony w innych niż rak jajnika sytuacjach, takich jak np. endometrioza, stany zapalne w jamie brzusznej Wykazuje on także zmienność w trakcie cyklu miesiączkowego.

Sprawdź czy jesteś w grupie ryzyka.

Badaniom genetycznym powinny poddać się kobiety, u których ryzyko rozwoju raka jajnika w ciągu życia wynosi 20–25 proc. Pacjentki, u których występuje jedna z poniższych sytuacji, powinny zgłosić się do Poradni Genetycznej celem badań mutacji genów BRCA1 i BRCA2:

- dwóch krewnych w pierwszej linii z rozpoznanym rakiem piersi, w tym jednym zdiagnozowanym przed pięćdziesiątym roku życia,
- trzech lub więcej krewnych w pierwszej lub drugiej linii z rozpoznaniem raka piersi w każdym wieku, – rak piersi i rak jajników u krewnych w pierwszej lub drugiej linii,
- krewny w pierwszej linii z obustronnym rakiem piersi,
- dwóch lub więcej krewnych w pierwszej lub drugiej linii z rozpoznaniem raka jajników.

Ze względu na brak skutecznych badań profilaktycznych, kobietom po czterdziestym roku życia, ze stwierdzoną mutacją genu BRCA1 zaleca się profilaktyczne usunięcie obu jajników.

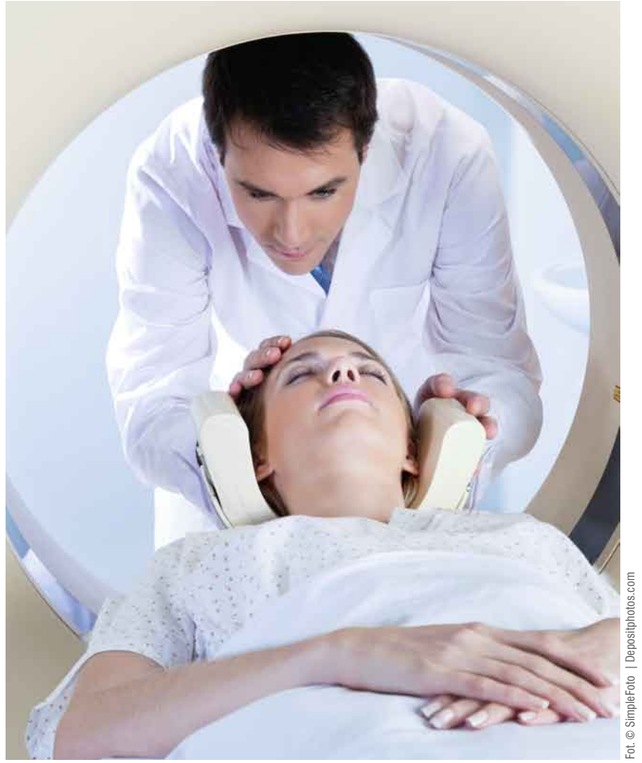
Leczenie. W dużym uproszczeniu można powiedzieć, że zasadniczymi elementami leczenia raka jajnika jest radykalny zabieg operacyjny z następczą chemioterapią. W zależności od sytuacji klinicznej stosowane są również: przedoperacyjna chemioterapia, chemioterapia dootrzewnowa czy nowoczesna metoda dootrzewnowej chemioterapii perfuzyjnej w hipertermii (z ang. HIPEC*), w trakcie której do jamy brzusznej podawany jest cytostatyk podgrzany do temperatury 41–42°C.

Podsumowanie

Skuteczne leczenie raka jajnika wciąż pozostaje wyzwaniem dla specjalistów na całym świecie. Nawet u około 20 proc. kobiet w pewnym okresie życia rozwija się guz w obrębie miednicy. Zasadnicze znaczenie ma ustalenie czy zmiana wywodzi się z narządów płciowych (trzon macicy, szyjka macicy, jajowody, jajniki), a jeśli tak, to czy ma ona charakter łagodny czy złośliwy. Mając na uwadze trudności diagnostyczne oraz dane statystyczne, wskazujące że nawet co czwarty guz jajnika jest guzem złośliwym, wszystkie klinicznie stwierdzone guzy przydatków należy traktować poważnie. Prawdopodobieństwo złośliwości zmiany wzrasta w przypadku: guza u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym, dużej średnicy guza, guza wielokomorowego, z ogniskami litymi w badaniu USG, guzów obustronnych, współistnienia płynu w jamie brzusznej, znaczącego podwyższenia markera CA-125. Badania amerykańskie dowodzą, że ryzyko operacji z powodu podejrzenia raka jajnika w ciągu życia wynosi 5–10 proc.

Wobec braku badań przesiewowych w raku jajnika, tak bardzo ważna jest cykliczna kontrola ginekologiczna z ultrasonografią dopochwową w połączeniu z oceną markera CA-125. ❖

DR HAB. N. MED. DARIUSZ WYDRA
Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku



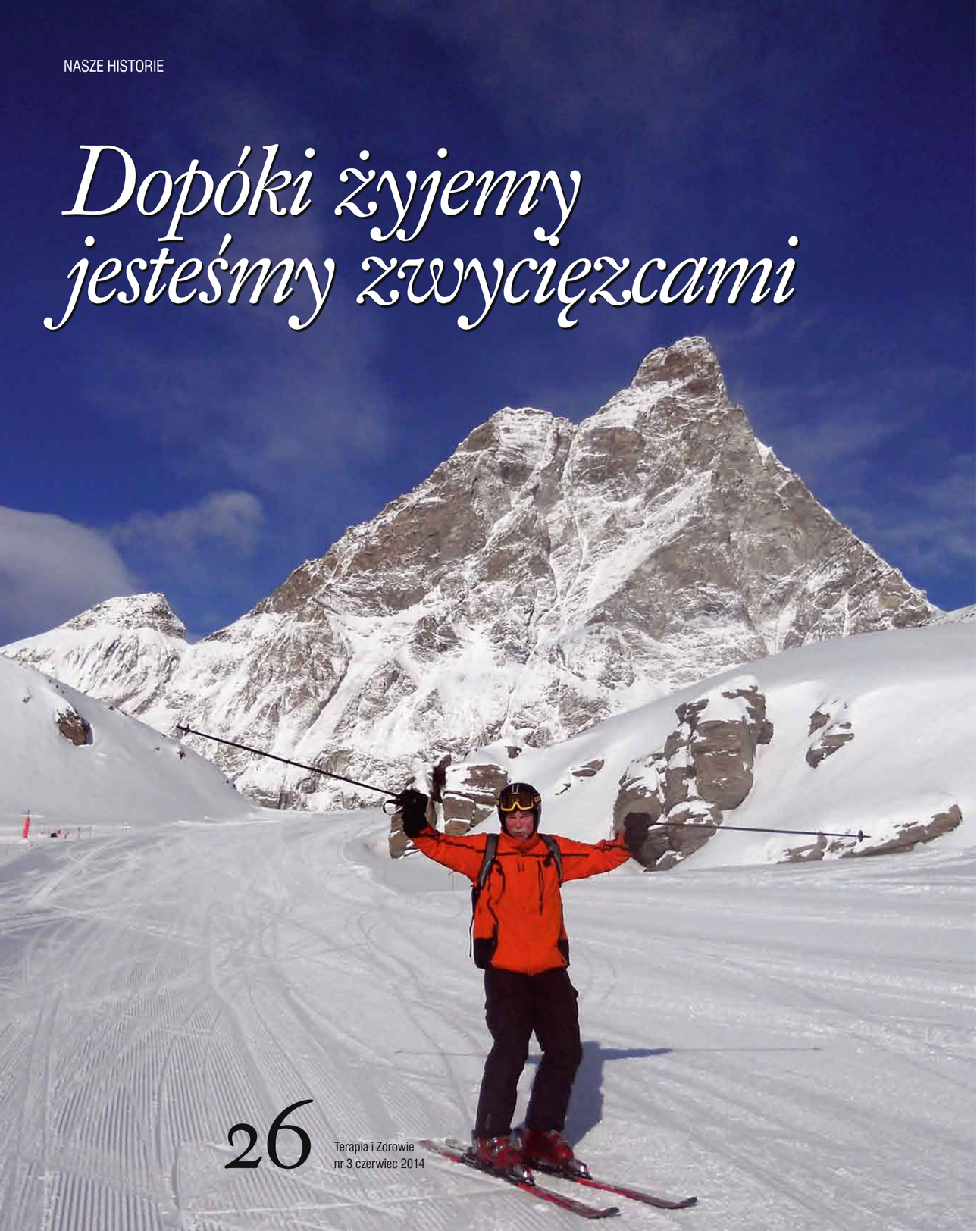
Fot. © SimpleFoto | Depositphotos.com

Więcej informacji o tej metodzie na stronie **www.hipec.pl**

Piśmiennictwo:

1. Krajowy Rejestr Nowotworów, http://onkologia.org.pl
2. Kordek R. Onkologia. *Podręcznik dla studentów i lekarzy*.
3. Krzakowski M., Dziadziuszko R., Jassem J. *Onkologia w praktyce klinicznej. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*.
4. Markowska J. *Ginekologia onkologiczna*.
5. Lyons Y., Soliman P., Frumovitz M., *Postępowanie z chorymi z guzem miednicy. Ginekologia po dyplomie*, maj 2014
6. www.cancer.gov

Dopóki żyjemy jesteśmy zwycięzcami



Późne popołudnie 5 stycznia 2008 r. Za dwa miesiące będę obchodził 57 urodziny. Wiele powodów do radości – dwie już samodzielne fajne córki, super zięciowie z którymi mam koleżeńskie relacje i dwójka udanych wnuków. Ale wkrada się coś o czym nigdy nie myślałem. Znamię, zgrubienie na lewym biodrze, które miałem od dzieciństwa gwałtownie się powiększa i wyraźnie je czuję. Tworzy się unerwiona i ukrwiona narośl wielkości przepiórczego jajka.

Na szczęście nie wpadłem w panikę. Natychmiast szukam szybkiej i dobrej konsultacji medycznej. Dzwonię do poradni onkologicznej i następnego dnia mam wizytę. Onkolog stwierdza, że sprawa jest chirurgiczna. Wypisuje skierowanie do ośrodka chirurgii onkologicznej. Krótkie badanie i błyskawiczna diagnoza. Trzeba jak najszybciej guz wyciąć. Zgadzam się na zabieg, który jest wykonany po niedługim czasie oczekiwania. Po dwóch dniach wychodzę do domu. Pomimo bólu myślę tylko o tym, czy planowany w najbliższym okresie ślub z odnalezioną po latach moją szkolną miłością się odbędzie (byłem w tym czasie wdowcem) i czy w tym sezonie pojadę na narty. Po dwóch tygodniach lekarz dzwoni, że jest już wynik badania. Jest to guz złośliwy – mięsak – ale wycięty radykalnie i zaleca się jedynie okresowe kontrole lekarskie i badania obrazowe, takie jak USG i tomografia komputerowa oraz badania krwi.

Ślub był w lutym, wyjazd na narty w kwietniu. Forma jeszcze nie olimpijska ale dawałem radę. Praktycznie starałem się zapomnieć o tej onkologicznej przygodzie i rzuciłem się w wir pracy, a w wolnym czasie oddawałem się ukochanym sportom (narty, rower, windsurfing) oraz poznawaniu świata. Co trzy miesiące na polecenie prowadzącego doktora robiłem rutynowe badania kontrolne w tym USG jamy brzusznej.

Podczas badania w styczniu 2010 do którego podchodzę z uśmiechem na ustach okazuje się, że na lewej nerce mam spory guz. Tomograf komputerowy to potwierdza. Siedzę z wynikami pół godziny w samochodzie i mam w głowie pustkę. Potem dzwonię do żony i mózg zaczyna pracować. Wiem, że nerkę można przeszczepiać, można żyć z jedną, a w ogóle w dzisiejszych czasach można po prostu człowieka „reperować". Taką mam nadzieję, wierzę, że będzie dobrze, musi być dobrze...

Umawiam się na wizytę. Diagnoza jest jednoznaczna. Pan doktor mówi, że konieczna jest szybka operacja. Konieczne będzie usunięcie lewej nerki. Mam szczęście bo za niecałe 2 miesiące będzie miejsce w na oddziale chirurgicznym na zabieg. Żeby oderwać myśli od najgorszego w lutym z żoną i wnukiem jedziemy na narty do Austrii.

W szpitalu dzień przed zabiegiem towarzysz z sąsiedniego łóżka, który wrócił z poważnego onkologicznego zabiegu powiedział mi piękną sentencję: „Dopóki żyjemy, jesteśmy zwycięzcami". To dodało mi sił. Stało się moim życiowym credo.

Minęły cztery lata od tamtego czasu (był to nowotwór złośliwy – rak jasnokomórkowy nerki). Żyję z jedną nerką w całkowitej sprawności fizycznej i psychicznej. Moim motorem napędowym są dzieci, wnuki, kochająca żona, pasjonująca praca (projektuję systemy klimatyzacji), a przede wszystkim sport. Rower o każdej porze roku, narty dwa razy w sezonie, deska windsurfingowa na półwyspie, ale też w Egipcie i na Rodos pozwalają mi zachować sprawność ciała i równowagę ducha.

Na 63 urodziny dostałem od najbliższych nietypowy prezent. Lot paralotnią nad Wdzydzami. Było cudnie. ❖

JERZY Z GDAŃSKA
ZDJĘCIA DZIĘKI UPRZEJMOŚCI AUTORA

Chcesz podzielić się swoją historią? A może napiszesz jak spędzasz wolny czas, urlop? Jakie masz hobby? Twoja historia może pomóc innym osobom w powrocie do normalnego życia.

Nasz adres: „Terapia i Zdrowie", Onkonet Sp. z o.o., ul. Śnieżna 3, 80-554 Gdańsk

Fot. © victoreus | Depositphotos.com

Dwie Julie

Są takie miejsca na Ziemi, o których marzymy by je odwiedzić. Urzekają pięknem krajobrazu, bogactwem naturalnym. Wydawać by się mogło, że matka natura objęłaje specjalną troską a dzięki temu i my czujemy się wyjątkowo. Bajkowe, beztroskie...

Są również takie miejsca na ziemi, które przerażają i omijamy je szerokim łukiem. Zamykają swoją egzystencję w czterech ścianach wraz z całym bagażem cierpienia, choroby, ubóstwa, czasami przemocy. Strzegą tajemnicy rodzinnej do momentu skrajnego wyczerpania. Chociaż na ogół wszyscy dookoła wiedzą jak tam jest to reagują jednoznacznie: „To nie moja sprawa", „Sam jest sobie winien!", „I tak jej nie pomogę, nie znam się na tym".

Rusza ogólnopolska kampania społeczna o stomii. Rusza po to, by trafić do świadomości przeciętnego Polaka i uwrażliwić go na problemy pacjentów stomijnych, a przede wszystkim przeciwdziałać ich marginalizacji społecznej. Jest co robić, jest o kogo i o co walczyć. Parafrazując klasyka (Lwa Tołstoja): **każdy szczęśliwy człowiek jest do siebie podobny, wszyscy nieszczęśliwi pacjenci są nieszczęśliwi na swój własny sposób**.

Julkę poznałem w ubiegłym tygodniu. Prośba o konsultację psychologiczną u pacjentki z oddziału chirurgicznego widniała w szpitalnym systemie komputerowym zanim rozwieziono śniadanie po salach chorych. Rzecz jasna – pilne. Zanim zdążyłem zejść piętro niżej, na oddział chirurgiczny, ba!, zanim zdążyłem opuścić gabinet, ba!, zanim zdążyłem odpowiedzieć „proszę" na pukanie do drzwi, wszedł do środka mężczyzna (może dlatego, że gdy jestem sam w gabinecie drzwi zawsze są uchylone).

„Proszę pana, czy był pan już może u mojej córki?", szpakowaty mężczyzna zadaje pytanie głosem pełnym troski, trochę wystraszonym, zdradzającym wieloletni nikotynizm. Twarz ma poczciwą, podchodzi nieśmiało bliżej, ściska moją dłoń, przedstawia się, nazwisko identyczne z nazwiskiem pacjentki z chirurgii. Siadamy naprzeciwko siebie, tłumaczy mi, że córka nie spodziewała się założenia stomii, wciąż płacze, lekarze i pielęgniarki ją pocieszają, on ją pociesza, w końcu jej życie zostało uratowane, a ona płacze jeszcze bardziej i już z nikim nie chce rozmawiać, zamknęła się w sobie. Pan odpowiada na moje kolejne pytania: operacja miała miejsce zeszłej nocy, stomię wyłoniono na kilka miesięcy, męża nigdy nie miała, ma dwóch synów w wieku szkolnym, pracuje, raczej należy do osób pogodnych, choć dużo już w życiu przeszła. „Proszę mi pomóc", mężczyzna mówi po dłuższej chwili naszego milczenia, jakby to chodziło o jego życie i zdrowie. Zadaję mu naiwne pytanie: czy będąc małym dzieckiem zdarzało mu się nie dostać tego co bardzo chciał? Skonsternowany przytakuje, a po kolejnym pytaniu stwierdza, że rzeczywiście ciężko było jego rodzicom uzmysłowić mu, że nie zawsze dostajemy to czego chcemy, że osiągnięcie upragnionego celu wymaga wysiłku, uczenia się na błędach, ponownej próby podjęcia wyzwania, cierpliwości. Patrzy jednak na mnie wciąż nierozumiejącymi oczami. „Im częściej będzie pan powtarzał córce, że wszystko będzie dobrze, tym bardziej będzie Panu nie wierzyła, bo to ona ma stomię a nie Pan". Czas zwolnił dotkliwie. Cisza między nami i zastanawiam się, czy ona zbliża nas czy oddala od siebie. „To co ja mam robić?" – zrezygnowany opuszcza załzawione oczy, jakbym uświadomił mu największą porażkę rodzicielską. Tłumaczę mu, że jest na pewno najlepszym ojcem na świecie i chce jak najlepiej dla swojego dziecka. Mógłby dla odmiany, zamiast kazać jej „wstawać i biegać" (bo ona tak na ten moment to rozumie) pokazać te łzy swojej córce i powiedzieć: „razem spróbujemy sobie z tym poradzić". Emocje towarzyszące pacjentom w chorobie są bardzo autentyczne i skrajne w odczuwaniu, przypominają emocje małych dzieci: nie uda się – koniec świata i morze łez, spadłem z roweru – nigdy się nie nauczę jeździć, kolega ośmieszył mnie na oczach trenera – nigdy nie zostanę mistrzem świata. A my rodzice, mając szczere intencje wobec swoich pociech, z automatu idziemy na łatwiznę: daj spokój!, nauczysz się!, weź się w garść!

Świat chorego jest pełen negatywizmów, automatycznych myśli zakładających porażkę. A my dorośli próbujemy im przeciwdziałać tyranizując dzieci pozytywnym myśleniem. Efekt? Wszystko wiem, ale nic nie rozumiem.

Julka odwraca głowę, gdy zjawiam się przy jej łóżku. Płacze, nie chce rozmawiać. Powinienem ją zostawić, odczekać. Pytam czym się zajmuje na co dzień, o jej rodzinę. Nie patrzy na mnie, ale odpowiada łkając: że na pewno ją zwolnią, bo pracodawca nie będzie chciał trzymać pracownika, który tyle czasu przebywa na zwolnieniu lekarskim, a ona ma dorastających synów, którzy sprawiają mnóstwo problemów wychowawczych i nie potrafi sobie z nimi poradzić, a teraz to nawet nie zapewni im środków do życia, w ogóle to jej były partner będzie chciał odebrać jej synów bo „w tej sytuacji, niech pan patrzy jak ja wyglądam (ruchem ręki wskazuje doklejony do powłoki brzusznej woreczek stomijny), brzydzę się tego!, chcę umrzeć". Jak już wspomniałem wyżej, negatywizmy mają to do siebie, że łatwo im nadać pozytywny kontrargument. Należy jednak zaznaczyć, że będzie to wymagało sporego wysiłku zanim osiągniemy cel, najważniejszy jest dobry plan, który konsekwentnie wykonamy. Dzień po dniu systematycznie pracujemy nad obawami pacjentki. Okazuje się, że wmówiła sobie, iż ze stomią trzeba siedzieć w domu i nie ruszać się przez kilka miesięcy do momentu ponownej operacji, dzięki której się jej pozbędzie. Gdy jej powiedziałem, że to nie jest choroba zakaźna i śmiało może w przyszłości wrócić do pracy zaczęła ze zdziwieniem nawiązywać ze mną kontakt wzrokowy.

> **Świat chorego jest pełen negatywizmów, automatycznych myśli zakładających porażkę. Emocje towarzyszące pacjentom są bardzo autentyczne i skrajne. Przypominają emocje małych dzieci.**

A propos jej synów... Dzieci już takie są – potrzebują naszej uwagi, buntują się, czują się nierozumiane i stają w opozycji do rodzica, ale kochają nas i czują się mimo wszystko przy nas bezpieczne. Spotkałem się z nimi na prośbę pacjentki piątego dnia naszej znajomości. Starszy, gimnazjalista nie posiada żadnych problemów, głowa opuszczona, gdy mówi ledwo go słyszę, słuchawki na szyi. Młodszy uśmiecha się nieśmiało. Tłumaczę im, czym jest choroba ich mamy. Obaj mnie rozumieją, ale gdy proszę by powiedzieli własnymi słowami co im przekazałem – nie potrafią. Rozmawiamy o wszystkim, o muzyce, sporcie – ośmielają się. Idziemy razem do ich mamy, pytam starszego prowokacyjne: „boisz się?". Zbywa mnie kpiącym uśmiechem. Mówię im, żeby się nie martwili, gdy mama zacznie płakać na ich widok, bo to z tęsknoty za nimi. Przytakują kiwnięciem głowy. Zakładają zielone fartuchy ochronne. Mama płacze łzami radości, młodszy spontanicznie biegnie do mamy, starszy unika przytulenia, nie patrzy na matkę, nie daje się przytulić, wzrok ma utkwiony w szpitalne okno. Chłopak płacze.

Julka się wyciszyła, ale ma spore problemy z rozpoczęciem samodzielnej pielęgnacji stomii. Wciąż się brzydzi i ma do tego bezterminowe prawo. „Chciałabym porozmawiać z kimś kto ma stomię, czy to możliwe?". Zapraszam ją do poradni stomijnej, gdzie właśnie tworzy się Klub Stomików, będzie miała okazję posłuchać doświadczeń innych pacjentów, nauczyć się czegoś. „Ale ja chcę tutaj, w szpitalu."

Julię znam prawie od roku. Stomię ma na zawsze i twierdzi, że to „zawsze" już jej tak na emeryturze nie przeraża. Pamiętam naszą pierwszą rozmowę, chłonęła każde słowo, miała mnóstwo pytań i jeszcze więcej żalu w sobie. Dziś przyjmuje kolejną chemioterapię, chwali mi się kolejną przeczytaną przez siebie książką, a na jej twarzy uśmiech zdradza panującą w jej ciele, a także w rodzinie akceptację choroby i wolę życia. Bardzo chętnie zgadza się na rozmowę z Julką. Gubi się podczas krótkiej drogi na sąsiedni oddział. Pytam czy się denerwuje? Twierdzi, że nie, ale ona ma zakodowaną drogę „od–do" – od domu do oddziału, resztą nie zawraca sobie głowy bo nie warto. Julka podnosi się na łóżku na nasz widok i zaczyna płakać. „Czy pani chciałaby poznać moją historię? Może nie ma pani teraz ochoty?". Panie rozmawiają długo, nie wtrącam się, monolog Julii po czasie zamienia się w dialog pomiędzy kobietami. „Kochanie, dzieli nas różnica wieku, ale problem mamy ten sam i to nas łączy, z tym można żyć!".

W dniu wypisu Julki podchodzę by zapytać o następne spotkanie, czy w ogóle chce jeszcze porozmawiać. Panie Rafale, będę w poradni stomijnej razem z chłopakami, na pewno porozmawiamy, poza tym chcę zobaczyć ten Klub Stomików, w końcu.w kupie siła! Zaczyna się śmiać, a ja rozumiem dwuznaczność powiedzenia.

No więc – tymczasem! ❖

mgr RAFAŁ RYBKA
psycholog

Fot. własne POLILKO

„Be Inspired

hasłem przewodnim 14. Kongresu Europejskiego Stowarzyszenia Stomijnego

W dniach 8–11 maja w Krakowie odbył się 14. Kongres EOA – Europejskiego Stowarzyszenia Stomijnego, w którym uczestniczyli przedstawiciele stowarzyszeń stomijnych z całej Europy, Bliskiego Wschodu oraz Afryki. Po raz pierwszy w historii miał on miejsce w Polsce. Organizatorem przedsięwzięcia było Europejskie Stowarzyszenie Stomijne przy współpracy Polskiego Towarzystwa Stomijnego Pol-ilko.

Czy stomię należy postrzegać jako schorzenie czy jako nadzieję na życie? Jak można poprawić jakość życia pacjentów stomijnych? Jak zapobiegać komplikacjom wyłonienia stomii? To główne tematy poruszone podczas Kongresu w Krakowie.

Rozmawiano także o konsekwencjach i ograniczeniach wyłonienia stomii, które wcale nie muszą oznaczać zmiany trybu życia, czy wykluczenia zawodowego. Hasło przewodnie Kongresu: „BE INSPIRED" miało być motywacją do aktywnej i skutecznej walki o poprawę jakości życia pacjentów stomijnych.

Bardzo się cieszę, że tegoroczny Kongres odbył się w naszym kraju. To była niepowtarzalna szansa dla polskiego środowiska stomików, personelu medycznego oraz firm produkujących sprzęt stomijny na poznanie sytuacji i potrzeb stomików z innych regionów świata. Mam nadzieję, że zdobytą wiedzę skutecznie wykorzystamy poprawiając komfort życia pacjentów stomijnych – mówi Agnieszka Siedlarska, prezes SALTS Polska.

Stomia jest chirurgicznie wytworzonym połączeniem części jelita z powierzchnią ciała. Konieczność przeprowadzenia operacji jej wyłonienia może być spowodowana wieloma czynnikami. Najczęściej jest konsekwencją występowania nowotworu jelita grubego, chorób zapalnych, polipowatości jelita grubego czy choroby Leśniowskiego-Crohna. W przypadku nieprawidłowej pracy narządu chirurg wycina chory

Fot. własne POLILKO

fragment i tworzy nową drogę wypróżniania znajdującą się na ścianie brzucha. Od tego momentu wypróżnianie oraz wydalanie gazów odbywa się przez wyłonioną stomię. Ze względu na pominięcie zwieracza zamykającego ujście jelita, nie ma możliwości kontroli wypróżnień i wydalania gazów, dlatego pacjent korzystać musi ze specjalnego worka stomijnego. W Polsce żyje około 40 000 stomików.

Kongres pokazał, że w Polsce, mimo dotychczas podejmowanych działań, potrzebne są dodatkowe inicjatywy, których celem będzie edukacja na temat stomii. Niestety, nadal stanowi ona swego rodzaju tabu, o którym nie mówi się publicznie. Stomicy w naszym kraju wciąż spotykają się z niezrozumieniem, a nawet z dyskryminacją – mówi Agnieszka Siedlarska, prezes SALTS Polska. ❖

Fot. własne POLILKO

Wyklucz **podciekanie**, **nie cierp** w ukryciu…

Zbyt wielu stomików cierpi w ukryciu, często niepotrzebnie. Według badań przeprowadzonych przez SALTS HEALTHCARE na populacji osób ze stomią, cierpienie związane jest najczęściej z podciekaniem.

Poproś kogokolwiek, kto jest stomikiem, aby wymienił Ci chociaż jeden problem z jakim się boryka, a z całą pewnością usłyszysz o problemie z podciekaniem treści jelitowej pod płytkę stomijną.

Niektórzy są szczęściarzami i znajdują właściwe rozwiązanie od razu, podczas gdy inni próbują wielu rożnych produktów próbując dopasować sobie ten właściwy. Są również takie osoby, które nie zmieniają swoich przyzwyczajeń, pomimo iż używany przez nie sprzęt jest niedopasowany. Przeprowadzone przez SALTS badanie pozwoliło odkryć rozmiar problemu związanego z podciekaniem pod płytkę stomijną jakiego doświadczają osoby z wyłonioną stomią, zarówno w dzień, jak i w nocy. Odpowiedziało również na pytanie odnośnie różnic przy używaniu sprzętu jedno i dwu częściowego.

Wyniki badania pokazały dość nieoczekiwane rezultaty…

Ponad połowa (57%) ankietowanych potwierdziła że miała problemy z podciekaniem treści jelitowej pod płytkę w ciągu dnia, a 61% potwierdziło podciekanie w nocy.

Osoby używające sprzętu typu convex statystycznie potwierdziły występowanie podciekania pod płytkę stomijną w ciągu dnia znacznie częściej w stosunku do osób używających płytki płaskiej (65% do 55%).

Bardziej zaskakującym odkryciem był fakt iż niespełna połowa z tych osób (41%) próbowała szukać pomocy, natomiast 56% nigdy nie próbowało zwrócić się o fachową pomoc w celu rozwiązania problemu podciekania pod płytkę stomijną.

Maria Clifton, kierownik produktu w SALTS Healthcare powiedziała: „Niejasną jest sytuacja czy osoby ze stomią nie chcą utrudniać pracy personelowi medycznemu, czy po prostu nie chcą im przeszkadzać. Jakikolwiek jest powód takiej decyzji jedno jest pewne – nie można cierpieć w ukryciu a regularne podciekanie pod płytkę stomijną powinno zostać wyeliminowane z codziennego życia osób ze stomią.

Podciekanie pod płytkę może być spowodowane wieloma czynnikami, niektóre z nich są łatwo identyfikowalne jak np. wycinanie złego otworu w płytce stomijnej. Bardzo istotne jest regularne kontrolowanie rozmiaru stomii tak aby wycinany otwór w płytce stomijnej był idealnie dopasowany do rozmiaru i kształtu stomii co zapewnia idealne przyleganie płytki do stomii i chroni skórę wokół stomii. W rzeczywistości przystosowanie się do życia ze stomią w dużej mierze zależy od utrzymania w dobrej formie skóry wokół stomii, jak również idealnego dopasowania używanego sprzętu, co wyklucza problem podciekania tym samym eliminując podrażnienia skóry”.

56% ankietowanych osób nigdy nie szukała pomocy w związku z problemem podciekania pod płytkę stomijną.

Otwarcie rozmawiaj z pracownikami służby zdrowia, pielęgniarką stomijną o wszystkich problemach, obawach lub po prostu sprawdź z nimi dopasowanie używanego sprzętu stomijnego … to jest ich praca.

Oni rozpoznają potrzebę znacznie wcześniej i będą w stanie zastosować prawidłowe rozwiązanie zanim pojawi się problem, upewniając się, że nie cierpicie bez potrzeby w ukryciu.

Poniżej prezentujemy kilka rozwiązań firmy SALTS, które pomogą zapobiec problemom podciekania

Dermacol
Unikalny kołnierzyk stomijny, który tworzy barierę ochronną wokół stomii, zapobiegając podciekaniu, chroniąc skórę wokół stomii przed kontaktem z wypływającą treścią jelitową.

Secuplast pierścienie ochronne do modelowania
Mogą być uformowane dokładnie do rozmiaru i kształtu Twojej stomii oraz powierzchni brzucha tak aby stworzyć idealnie dostosowany do Twoich potrzeb pierścień zabezpieczający przed podciekaniem treści jelitowej pod płytkę stomijną. Pasują do każdego rodzaju używanego sprzętu stomijnego. Łatwe w użyciu, nie tracą właściwości przylegania, możesz formować je tak długo jak tylko potrzebujesz.

Secuplast hydrokoloidowe półpierścienie uszczelniające
Mogą być stosowane z każdym rodzajem używanego sprzętu stomijnego tworząc dodatkowe zabezpieczenie. Jeden rozmiar, łatwe w zastosowaniu – ich kształt oraz możliwość dzielenia na kawałki powoduje, że możesz zastosować je dokładnie w miejscu, w którym tego potrzebujesz, w przeciwieństwie do plastrów nie uczulają i są przyjazne dla skóry.

Secuplast hydrokoloidowe pierścienie uszczelniające z aloesem
Mają tyle samo zalet co Secuplast Hydro półpierścienie uszczelniające, a dodatkowy ekstrakt z aloesu dodaje im właściwości kojących i nawilżających. Dodatek ekstraktu z aloesa czyni ten produkt rekomendowanym szczególnie osobom z problemami z przyczepnością płytki oraz podrażnieniami skóry.

PO BEZPŁATNE PRÓBKI:
zadzwoń **800 633 463**
lub napisz **info@salts.pl**

SALTS HEALTHCARE

Nie przestawaj *biec!*

Fot. własne Anny Rennie

Piosenka „Keep on running" (ang. Nie przestawaj biec) zespołu The Spencer Davies Group z 1966 roku jest wykorzystywana w filmach i reklamach telewizyjnych na całym świecie – ale dla **Anny Rennie** to za mało.

The Doobie Brothers śpiewali „It keeps you running" (ang. Dzięki temu biegniesz), a Kate Bush próbowała nawet zachęcić nas do biegu na szczyt wzgórza, śpiewając „Running up that hill". Jednak żeby zadowolić Annę, każda z tych piosenek musiałaby mieć w tytule jeszcze kolarstwo i basen. Dlaczego? Brała udział w triatlonach jeszcze zanim wyłoniono u niej stomię i robi to nadal. Po długiej podróży do malowniczego miasteczka Perranporth na wybrzeżu Kornwalii, gdzie Anna trenuje, mamy okazję porozmawiać o tym, jak z powodu stomii musiała zwolnić – i jak nigdy się nie zatrzymała.

Historia Anny rozpoczyna się w marcu 2001 roku. Miała około dwadzieścia lat i była w najlepszym okresie życia. Ciężko pracowała jako asystentka w laboratorium medycznym na lokalnym oddziale patologii, trenowała do triatlonu i nie spodziewała się, że zacznie cierpieć na nieustającą biegunkę i usłyszy od swojego lekarza, że to „może" być zespół jelita drażliwego. Ale po sześciu tygodniach bólu i w obliczu braku „pewnej" diagnozy została skierowana do lokalnego szpitala na kolonoskopię. Przypadkiem był to szpital Treliske, w którym pracowała. Z powodu pomyłek w dokumentacji choroby poznała wyniki dopiero we wrześniu, a do tego czasu zmagała się z problemami i bólem, który opisuje jako „połykanie gorących żyletek". Miała operację w listopadzie 2001 roku, kiedy zdiagnozowano u niej chorobę Crohna. „Gdy obudziłam się po operacji, dostałam ulotkę na temat choroby Crohna i tacę sterydów. Nie miałam pojęcia, co to za choroba, ale poczytałam trochę na jej temat i dowiedziałam się, że jest okropna. Byłam bardzo przygnębiona. Wzięłam sterydy i ból zelżał. Sądziłam, że po półrocznej diecie składającej się z grillowanego kurczaka, świeżych warzyw i pieczonej fasoli znów będę mogła normalnie jeść."

Ale problemy wróciły i Anna musiała zwiększyć dawkę sterydów aż doszło do tego, że nie mogła już więcej ich przyjmować. Choroba Crohna postępowała i, jak mówi Anna, „zaczęła przejmować kontrolę nad moim życiem. Uwielbiam jeść i spędzać czas poza domem, ale moje życie towarzyskie kręciło się wokół toalety. Wystarczyło zjeść nawet odrobinę, a już musiałam biec do łazienki. Zdecydowałam, że już lepiej w ogóle nie wychodzić z domu!"

W czasie tych trudnych miesięcy Anna starała się pracować na cały etat i trenować do triatlonów, ale ból stawał się coraz silniejszy i utrudniał jej normalne życie. Szczególnie pamięta grilla w marcu 2002 roku, kiedy postanowiła zaszaleć i zjadła wszystko, na co miała ochotę. Ale konsekwencje były straszne, więc wróciła do lekarza, żeby sprawdzić, czy można zrobić coś jeszcze. Dostała zwolnienie, żeby jej umysł i ciało mogły po prostu „odpocząć".

Anna nazywa ten czas „piekielnym tygodniem". W pierwszą sobotę na zwolnieniu zaczęła odczuwać bóle w pośladkach i gdy powiedziała lekarzowi, że podejrzewa hemoroidy, lekarz zgodził się z nią bez przeprowadzenia badania. Ku jej zdziwieniu lekarstwa nie zadziałały, więc dwa dni później umówiła się z innym lekarzem, który również jej nie zbadał. Używała ▶

Fot. własne Anne Rennie

Anna Rennie uważa się za osobę niecierpliwą i rzeczywiście z powodu chorób musiała zwolnić, ale nie przestała robić rzeczy, które kocha

Fot. własne Anne Rennie

jakiegoś sprayu sterydowego, ale na szczęście w kolejny piątek miała wizytę u swojego lekarza rodzinnego, który zbadał ją i zdiagnozował przetokę odbytniczą. W weekend ból się nasilił i Anna została zabrana do szpitala.

Okropnie cierpiała, miała wzdęty brzuch, nie mogła siedzieć i miała wiele problemów z korzystaniem z toalety, więc została zacewnikowana. Podawano jej morfinę i w końcu lekarze podjęli decyzję o operacji. W poniedziałek rano wykonano drenaż przetoki. Szybsza operacja nie była możliwa ze względu na początki sepsy. Chirurg odczekał tydzień przed kolejną operacją drenażu przetoki i wprowadził mniejsze dreny, a następnie Anna została odesłana do domu. Po tygodniu uformowała się kolejna przetoka. Anna żywiła się koktajlami proteinowymi i straciła ponad 12 kilogramów.

Podczas rozmowy chirurg i pielęgniarka stomijna, Barbara doradzili jej wykonanie ileostomii. Początkową reakcją Anny była myśl, że to „worek" dla starszych ludzi. Stwierdziła: „Byłam przed trzydziestką i kierowałam się powszechnym stereotypem, ale Barbara bardzo mi pomogła. Dla żartu dała mi czarny marker i kazała zaznaczyć na brzuchu, gdzie chcę mieć worek." Wybudzając się po operacji spoglądam w dół i spostrzegam worek. Pytam: „Czy to to?"

Znajdźcie swoje tempo, planujcie swoje życie, ale nie pozwólcie, aby problemy przejęły nad nim kontrolę!

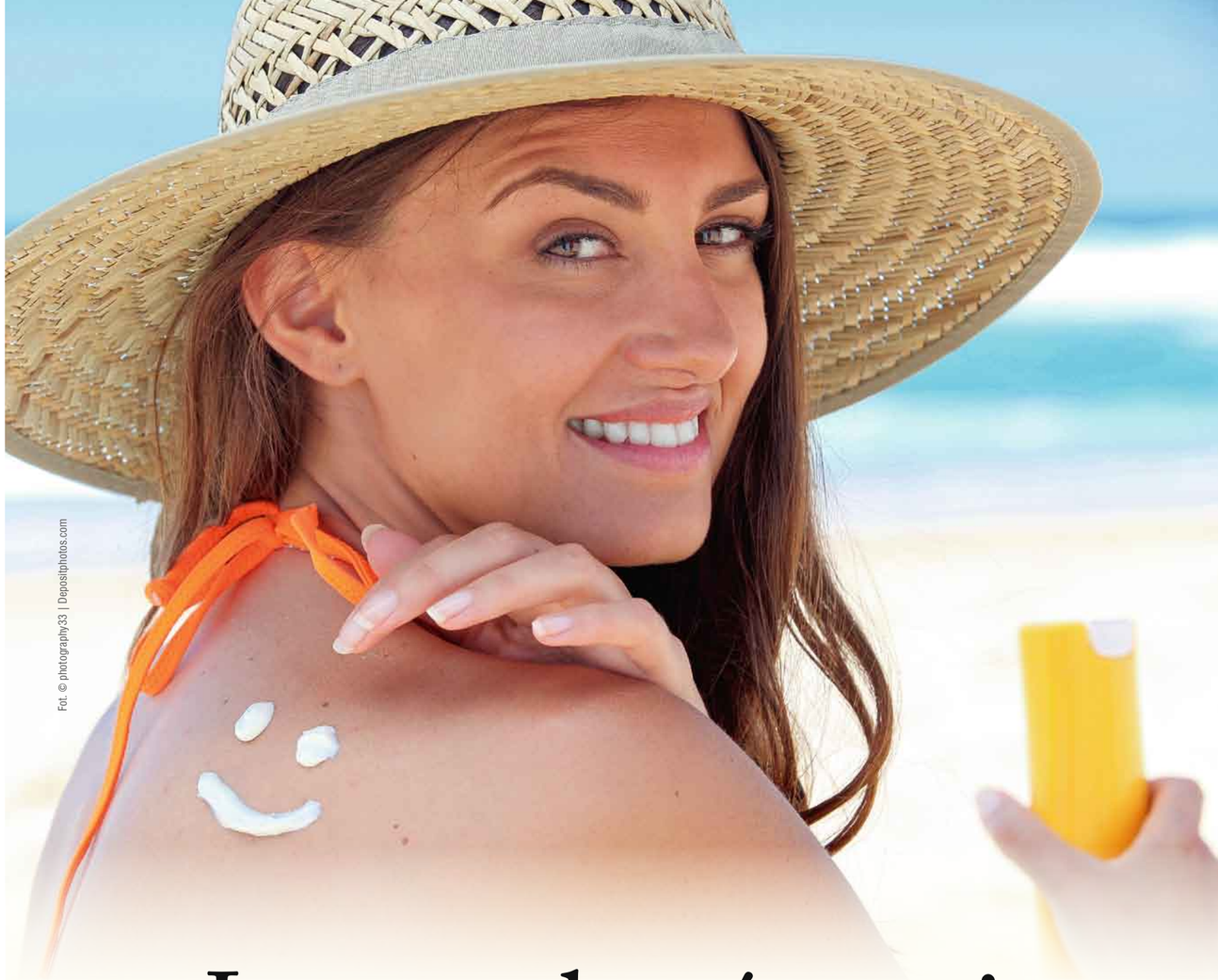
Anna mówi, że pozytywne nastawienie pomogło jej przezwyciężyć ból, zmienić styl życia i dietę. Powiedziano jej, że będzie miała tymczasową ileostomię, żeby odciążyć jelita i dać organizmowi czas na regenerację zanim „ponownie złożą ją w całość". Jej chirurg zrezygnował jednak z koncepcji późniejszego zespolenia jelita i tymczasowa ileostomia jest teraz stała.

Dwiema najlepszymi rzeczami po operacji była możliwość siedzenia i zjedzenia normalnego posiłku. Anna z dumą opowiada: „Kiedy przyszła moja rodzina, siedziałam na brzegu łóżka. Poszliśmy do szpitalnej stołówki i zamówiłam dużą tłustą lasagne, a biorąc pod uwagę, że to szpitalne jedzenie, nie było żadnych problemów."

W lipcu 2012 roku upłynęła dziesiąta (albo cynowa) rocznica operacji i był to doskonały zbieg okoliczności, przeprowadzenia wywiadu z Anną w Kornwalii, w pobliżu kopalni cyny. Pytałam ją czy jej życie zmieniło się od czasu operacji. Anna uważa się za osobę niecierpliwą i rzeczywiście z powodu chorób musiała zwolnić, ale nie przestała robić rzeczy, które kocha. Przekwalifikowała się – studiuje jubilerstwo i projektowanie biżuterii w Truro College i już dostała pierwsze zlecenia.

Nadal bierze udział w triatlonach. Triatlon to konkurs dla bardzo wysportowanych osób, który łączy trzy dyscypliny sportów wytrzymałościowych: 1,5 km pływania, 40 km jazdy na rowerze i 10 km biegu, wykonywane bez przerwy jeden po drugim. Przy takim obciążeniu organizmu Anne potrzebuje najlepszych produktów. Od razu polubiła Salts Confidence® Comfort. Stwierdziła: „W moim przypadku produkt się sprawdził i daje mi pewność, że jest dla mnie najlepszym rozwiązaniem nawet podczas pływania."

Anne pragnie przekazać wiadomość osobom przed lub niewiele po 30. roku życia, które prowadziły aktywny tryb życia i nagle znalazły się w sytuacji, kiedy ledwo mogą sobie poradzić. Jej rada brzmi: „znajdźcie swoje tempo, planujcie swoje życie, ale nie pozwólcie, aby problemy przejęły nad nim kontrolę. To prawda, że bezpośrednio po operacji ludzie są uwięzieni w domach, ale nie ma powodów, dla których nie moglibyście, w granicach rozsądku, robić rzeczy, które robiliście do tej pory." W piosence „Running on empty" (ang. Gonię resztkami sił) Jackson Browne śpiewał o utracie entuzjazmu, ale Anne jest pełna energii i jej życie najlepiej opisuje Tom Petty and the Heartbreakers w piosence „Runnin' down a dream" – W pogoni za marzeniami. ❖



Fot. © photography33 | Depositphotos.com

Latem chrońmy się przed czerniakiem

Czerniak złośliwy (*melanoma malignum*) to nowotwór wywodzący się z komórek barwnikowych wytwarzających melaninę – melanocytów. Występuje on najczęściej na skórze i stanowi około 7 proc. wszystkich nowotworów złośliwych o tym umiejscowieniu.

Fot. © kwest | Depositphotos.com

Nowotwór ten może powstać na bazie znamienia barwnikowego istniejącego przez wiele lat w stanie stabilnym, które nagle zaczęło się zmieniać (zgrubienie, zmiana powierzchni, zmiana zabarwienia i brzegów, wystąpienie swędzenia, krwawienia) lub w skórze niezmienionej.

Szybki wzrost czerniaka, zdolność do wczesnego dawania przerzutowania oraz niewielka podatność na leczenie stawiają go w grupie najbardziej niebezpiecznych nowotworów

W grupie czynników ryzyka zachorowania na czerniaka złośliwego należy wymienić długotrwałą ekspozycję na promieniowanie słoneczne i ultrafioletowe (częste, intensywne opalanie bez zachowania ochrony przeciwsłonecznej, korzystanie z solariów), oparzenia słoneczne (szczególnie w dzieciństwie), liczne wrodzone znamiona barwnikowe, zwłaszcza gdy znajdują się w miejscach częstego drażnienia (okolica kołnierzyka, pasa, biustonosza).

Osoby o bladym kolorze skóry z piegami, o jasnych (rude lub blond) włosach, z błękitnymi tęczówkami są istotniej narażone ze względu na dodatkowo wyższą wrażliwość skóry na promieniowanie ultrafioletowe i powinny stosować szczególne formy ochrony w okresach intensywnej ekspozycji na słońce.

Tak jak w przypadkach większości nowotworów, istotny jest też obciążony wywiad rodzinny w kierunku występowania czerniaka bądź innych nowotworów.

Wzrost, zdolność do przerzutów i niewielka podatność na leczenie stawiają czerniaka w grupie najbardziej niebezpiecznych nowotworów!

Także wcześniejsze zachorowanie u tej samej osoby na czerniaka stawia ją w grupie wyższego ryzyka.

W okresie letnim ryzyko zachorowania na czerniaka skóry zwiększa się nawet kilkukrotnie. Niekiedy, dbając o dobry wygląd skóry przed pierwszym wyjściem na plażę nadużywamy solariów by uzyskać oczekiwany efekt estetyczny, nie zdając sobie sprawy, bądź bagatelizując fakt, że oparzenia słoneczne, zbyt szybkie i gwałtowne bądź długie opalanie i nieużywanie filtrów przeciwsłonecznych to główne przyczyny powstawania znamion na skórze i, w konsekwencji tego – czerniaka.

Jak rozpoznać zagrożenie?

Kliniczne cechy zmiany skórnej mogącej budzić niepokój onkologiczny są grupowane **w systemie ABCDE**. Klasyfikacja została opisana ponad trzydzieści lat temu w USA i nadal jest aktualna, choć używana głównie do celów dydaktycznych. W przypadku wątpliwości, lekarz oceniający **powinien zawsze skontaktować się z dermatologiem bądź chirurgiem-onkologiem**, który ma doświadczenie w ocenie znamion. Część znamion, które w badaniu histopatologicznym są diagnozowane jako czerniak, wymykają się bowiem z ram klasyfikacji – szczególnie czerniaki wczesne gdy nie osiągają jeszcze średnicy 5 mm (brak cechy D – diameter), czerniaki o typie guzkowym (często bez cechy zróżnicowania barw – brak cechy C – color) i nieregularności brzegu – brak cechy B – border) oraz czerniaki bezbarwnikowe (brak cechy C).

Jak się chronić?

Czerniak to złośliwy nowotwór, którego wyniki leczenia nadal nie są zadowalające. Profilaktyka czerniaka powinna obejmować:

- **ograniczenie ekspozycji na promieniowanie UV** – jeśli opalanie się to tylko w bezpiecznych godzinach, z bezwzględnym unikaniem przebywania na słońcu między godziną 10 a 16 w miesiącach letnich (ewentualnie w cieniu, z odpowiednią ochroną skóry)
- **całkowita rezygnacja z korzystania z solariów** (bardzo duża dawka promieniowania ultrafioletowego w bardzo krótkim czasie)
- ochrona oczu: **okulary przeciwsłoneczne z atestowanym filtrem UV**
- ochrona skóry: **kremy z filtrem UV** (dostosowanym do fenotypu skóry: im jaśniejsza karnacja tym większy filtr); **noszenie odzieży ochronnej**: kapelusze, chustki na głowę, latem lekkie bluzki i koszulki z długim rękawem w okresach najsilniejszej ekspozycji na promieniowanie
- **regularne oglądanie swojego ciała:** całej skóry i identyfikacja nowych zmian

Osoby z grupy zwiększonego ryzyka powinny bardziej skrupulatnie traktować zalecenia profilaktyki, konsultować zmianę charakteru obserwowanych przez lata zmian skórnych bądź pojawienie się nowych z chirurgiem onkologicznym bądź dermatologiem.

Klasyfikacja ABCDE

- **A** (*asymmetry*) – **asymetria** znamienia – brak możliwości przeprowadzenia dwóch osi symetrii (zmiany łagodne zwykle są okrągłe lub owalne – symetryczne)
- **B** (*borders*) – **brzegi** nierówne, zachodzące „języczkami" w skórę niezmienioną, postrzępione, zatarte granice skóry zdrowej
- **C** (*color*) – **kolor** – różnobarwny, miejscowo pigmentowany, nierównomierny rozkład barwnika (od jasnobrązowego do czarnego, niekiedy fioletowego lub stalowego),
- **D** (*diameter/dynamics*) – **średnica** >5 mm lub **dynamika** zmian morfologicznych zmiany obserwowanej w czasie (koloru, pojawienie się owrzodzenia, sączenia z powierzchni)
- **E** (*elevation/evolution*) – **elewacja**, uwypuklenie powierzchni zmiany ponad poziom otaczającego naskórka lub **ewolucja** zmiany w czasie

Do tych pięciu punktów warto dodać, niekiedy wymieniany punkt **F** (*family*), zwracając uwagę na większe ryzyko rozwoju czerniaka u osób z notowanym zachorowaniem na ten nowotwór w historii rodzinnej. To z kolei wiąże się z koniecznością bardziej skrupulatnych kontroli u tych osób.

W trakcie wizyty u lekarza, wywiad chorobowy powinien uwzględniać informacje o nowo powstałych zmianach skórnych, zauważonych nieprawidłowościach w obrębie istniejących przez lata znamion oraz ekspozycję na czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na nowotwory skóry, wymienione wyżej.

Najważniejszym elementem badania skóry jest dokładne oglądanie całego ciała pacjenta – podczas każdej wizyty w gabinecie lekarskim. Badanie powinno być przeprowadzone w warunkach dobrego oświetlenia, umożliwiającym szczegółową ocenę okolic trudno dostępnych (owłosiona skóra głowy, okolice zauszne, stopy, przestrzenie międzypalcowe, okolice narządów płciowych i odbytu).

W razie istniejących zmian, zalecanym badaniem, wykorzystywanym we wstępnej diagnostyce, jest dermatoskopia (mikroskopia epiluminescencyjna) lub wideodermoskopia, które poprawiają czułość diagnostyczną o około 30 proc. Technika oceny dermatoskopowej zmian skórnych opiera się, bardzo ogólnie, na podejrzeniu klinicznym czerniaka w przypadku spełnienia dwu z trzech następujących kryteriów:

- asymetryczny rozkład struktur w obrębie zmiany,
- atypowa siatka barwnikowa,
- niebiesko-biały welon.

Czułość tej metody diagnostycznej dochodzi do 96,3 proc., a jej swoistość do 94,2 proc.

Zespół znamion atypowych występuje rodzinnie i charakteryzuje się tendencją do powstawania zmian skórnych, już od wczesnego dzieciństwa, ze znacznie częstszą niż inne tendencją do rozwoju w kierunku czerniaka. Nowe znamiona mogą pojawiać się do końca życia lub samoistnie zanikać, występują również na skórze osłoniętej przed działaniem promieni słonecznych i w okolicach trudno dostępnych badaniu, utrudniając obserwację.

Fot. z archiwum autorów

Fot. z archiwum autorów

Przykłady czerniaka skóry typu powierzchniowego.

U pacjentów z rozpoznaniem zespołu znamion atypowych, dobrą praktyką jest gromadzenie dokumentacji fotograficznej zmian lub całej powierzchni skóry i porównywanie wykonanych zdjęć oraz obserwowanych zmian skórnych podczas kolejnych wizyt, z oceną ewentualnych zmian w jednostce czasu.

W przypadku znamienia, budzącego duży niepokój onkologiczny, należy podjąć decyzję o wycięciu zmiany. Podstawą rozpoznania czerniaka złośliwego jest badanie histopatologiczne całej wyciętej zmiany barwnikowej. Zabiegi te mogą być wykonywane ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowym lub w warunkach sali operacyjnej, w zależności od wielkości, umiejscowienia guza, konieczności ewentualnego zaopatrzenia ubytku skóry przeszczepem tkankowym, stanu ogólnego i preferencji chorego. Jednak zawsze zabieg ten musi być wykonany przez lekarza mającego doświadczenie w leczeniu nowotworów skóry.

Po uzyskaniu rozpoznania histopatologicznego czerniaka skóry należy wdrożyć leczenie zgodnie z zaleceniami w danym stopniu zaawansowania (wycięcie dodatkowego marginesu skóry, biopsja węzła wartowniczego lub usunięcie wszystkich regionalnych węzłów chłonnych, gdy są one zajęte przez przerzuty). ❖

OPRACOWANIE: LEK.MED. PAULINA CICHON
KONSULTACJA: DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI

Fot. © svedoliver | Depositphotos.com

Udar niedokrwienny mózgu

Przychodzi znienacka, niespodziewanie... W środku dnia, wieczorem, albo rano – po przebudzeniu... Nie można mówić, nie można ruszyć ręką, nie widzi się tak jak dotychczas, część ciała jest odrętwiała, zaburzenia równowagi nie pozwalają chodzić... A wszystko to nagle, bez przyczyny, w trakcie oglądania meczu, prasowania koszuli, na spotkaniu u znajomych, po spokojnej nocy...

Co się stało? Czy można było temu zapobiec? Czy naprawdę nic tego nie zapowiadało? I czy można coś z tym zrobić? – te pytania nurtują, domagają się odpowiedzi – gdy już doszło do udaru.

Udar niedokrwienny mózgu – jest to inaczej zawał mózgu, którego przyczyną jest zwężenie lub zamknięcie tętnicy. Przyczyną tego stanu jest najczęściej miażdżyca, choroby serca, nadciśnienie tętnicze. Jest najczęstszym typem udaru, stanowiącym około 80 proc. Pozostałe 20 proc. stanowi udar krwotoczny, potocznie zwany wylewem krwi do mózgu.

Udar niedokrwienny zdarza się rocznie u ponad 60 tys. osób w Polsce. Dotyczy najczęściej osób starszych, ale coraz częściej zdarza się u ludzi w wieku 40–50 lat. Ocenia się, że 20 proc. osób z udarem (czyli ponad 12 tys.) to ludzie w wieku 35–59 lat, aktywni zawodowo, rodzinnie, towarzysko.

Jakie są przyczyny powstania udaru niedokrwiennego mózgu i jak można zapobiegać jego wystąpieniu?

Nie ma objawów charakterystycznych, które mogłyby przepowiedzieć wystąpienie udaru. Uważa się, że do czynników ryzyka należą bóle migrenowe występujące z przepowiadającą je aurą. Osoby takie powinny być pod kontrola neurologa i być przebadane pod kątem innych czynników ryzyka, o których piszemy poniżej. Bywa, że objawem przepowiadającym wystąpienie trwałego udaru jest tak zwany „udar przemijający". Dochodzi w nim do takich samych objawów, ale są one przemijające. Jeśli nie zwrócimy uwagi na osłabienie siły mięśniowej kończyny,

zaburzenia widzenia, zaburzenia równowagi i wszelkie inne odchylenia od normalnego funkcjonowania organizmu, to może później dojść do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu.

Do innych czynników ryzyka należy miażdżyca naczyń krwionośnych, a zwłaszcza tętnic szyjnych. Wpływ na to mają takie stany chorobowe jak zaburzenia lipidowe (hipercholesterolemia, hiperlipidemia), zaburzenia glikemii (cukrzyca), a także hormonoterapia zastępcza i przyjmowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych po 45. roku życia.

Czynnikami powodującymi rozwój miażdżycy ze wszystkimi tego konsekwencjami są także palenie papierosów, otyłość, nadużywanie alkoholu, brak aktywności ruchowej.

I nie wolno zapominać, że stres, towarzyszący nam w codziennym życiu, też odgrywa swoją rolę w przyczynach udaru mózgu. Dotyczy to zwłaszcza młodych osób. Nadciśnienie tętnicze towarzyszące stresowi, zaburzenia rytmu serca, odwodnienie gdy pracując nie myślimy o uzupełnianiu niedoborów płynów – to wszystko może doprowadzić do wystąpienia udaru mózgu.

Jak bronić się przed możliwością wystąpienia udaru mózgu?

Przede wszystkim trzeba zadbać o siebie. Żadne leki nie zrobią cudów bez naszego zaangażowania we własne zdrowie.

Każdy z nas wie, że zdrowy tryb życia to podstawa zdrowia. Co to takiego jest i czy na pewno stosujemy się do jego zasad?

Nie można myśleć o zdrowym trybie życia bez myślenia o nienarażaniu się na choroby. Nie narażajmy się na miażdżycę, na nadciśnienie tętnicze, na otyłość, na inne choroby związane z naszym postępowaniem – to jest zdrowy tryb życia !

Do najważniejszych zaleceń zalicza się:

- aktywny ruchowo tryb życia (np. spacery a nie od razu sporty ekstremalne) – poprawia pracę mięśnia sercowego, polepsza ogólna kondycję ciała. Zdrowe serce nie będzie reagowało w sytuacjach stresowych niemiarowością, która może być przyczyną powstawania zatorów. Do zdrowego trybu życia należy tez dbałość o dostarczanie naszemu organizmowi odpowiedniej ilości płynów i wszystkich składników pokarmowych w sposób naturalny.
- stosowanie diety ubogosolnej (masz nadciśnienie i solisz potrawy? ale jest wszystko OK, bo bierzesz leki na nadciśnienie? no, chyba musisz się trochę zastanowić...
- dbałość o prawidłową wagę ciała (kontrola a nie umartwianie się, szczególnie w zrywach, od czasu jednej diety do drugiej). Otyłość jest obciążeniem dla pracy serca, może być przyczyną nadciśnienia tętniczego i chorób metabolicznych (cukrzyca, hipercholesterolemia, hiperlipidemia)
- niepalenie papierosów – toksyny obecne w dymie papierosowym powodują powstawanie uszkodzeń wewnętrznej ściany tętnic, co z kolei powoduje powstawanie zakrzepów, zwężenie i niedokrwienie. Ten sam mechanizm („sztywne" tętnice) jest przyczyną nadciśnienia tętniczego. Jest to taki sam mechanizm jak w chorobie Bürgera.
- niestosowanie środków antykoncepcyjnych przez kobiety, które mają napady migreny z aurą

Fot. © AndreyPopov | Depositphotos.com

Udar mózgu może przyjść niespodziewanie, bez przyczyny – w domu, pracy, na ulicy...

W ciągu czterech godzin od wystąpienia udaru można skutecznie odblokować zamknięte naczynie podając leki rozpuszczające zakrzep!

- leczenie chorób już istniejących pod kontrolą lekarza (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, zaburzenia lipidowe)

Jakie badania należy wykonać, żeby zbadać stan swojego organizmu pod kątem m.in. narażenia na wystąpienie udaru mózgu?

Do badań, które określą stan pracy serca, stan naczyń krwionośnych i zaburzenia metaboliczne należą:

- pomiar ciśnienia krwi (masz ciśnienie w granicach normy? to dobrze ! Ale czy sprawdziłaś/eś, jakie ono jest gdy jesteś w sytuacji stresowej? i jak szybko potem wraca ono do wartości normalnych?
- badanie tętna – czy jest szybkie, czy zbyt wolne, czy jest miarowe, czy regularne? Badanie EKG wykonuje się rzadko i może być wszystko w normie, ale znów czy takie też jest w sytuacji stresu?
- badanie parametrów krwi: glukoza, cholesterol, trójglicerydy, liczba płytek krwi, parametry krzepnięcia krwi
- obwód brzucha nie większy niż 80 cm u kobiet i nie większy niż 95 cm u mężczyzn

Jeśli chcesz więcej wiedzieć o stanie swojego zdrowia, nawet jeśli wszystkie powyższe parametry są w normie, możesz pomyśleć o wykonaniu echokardiografii serca, EKG wysiłkowego, EKG długopomiarowego i ciśnieniowego (Holter), badaniu oceniającym kurczliwość naczyń krwionośnych, USG doppler tętnic szyjnych (czy nie ma miażdżycy).

A jeśli już dojdzie do udaru, co robić?

Pamiętaj: nie zapisuj się w kolejkę do lekarza rodzinnego, nie czekaj na następny dzień, nie czekaj w ogóle ! Jak najszybciej każ zawieźć się do szpitala pełniącego ostry dyżur, gdzie zbada cię neurolog i zadecyduje o możliwości leczenia.

Zapamiętaj! I to jest najważniejsze! W ciągu czterech godzin od wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu można skutecznie odblokować zamknięte naczynie podając leki rozpuszczające zakrzep! To są aż, i tylko, cztery godziny! ❖

DR MED. KAMIL CHWOJNICKI
SPECJALISTA NEUROLOG

Współpraca lekarz–pacjent w aspekcie przewlekłej terapii przeciwbólowej

Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (IASP, International Accociation for the Study of Pain) traktuje ból jako zjawisko złożone – odczuciom somatycznym na tle rzeczywistego lub zagrażającego uszkodzenia tkanek, towarzyszą doznania zmysłowe, niejednokrotnie istotnie wpływające na skuteczność i efektywność prowadzonej terapii oraz obniżające jakość życia chorego. Z uwagi na różnorodność doznań, skłonności osobnicze, indywidualny próg bólowy, modyfikowany przez przewlekłą terapię, doświadczanie bólu, zarówno w aspekcie somatycznym jak i psychicznym jest mocno osobnicze.

Fot. © Wavebreakmedia | Depositphotos.com

Przewlekła walka z bólem, z uwagi na złożoność mechanizmów leżących u jego podstaw, jeśli ma być jak najbardziej efektywna, wiąże konieczność współpracy lekarza z pacjentem, rodziną pacjenta, niejednokrotnie również z psychologiem mającym doświadczenie kliniczne. Dobór odpowiednich leków, postępowanie pozafarmakologiczne, rehabilitacja i ich skuteczność powinny być indywidualnie, skrupulatnie kontrolowane a postępowanie modyfikowane zależnie od oczekiwanych i obserwowanych efektów.

Niezwykle istotną częścią przewlekłej terapii większości chorób, także i bólu przewlekłego, są okresowe i zaplanowane wizyty kontrolne, zarówno ambulatoryjne u chorych w stosunkowo dobrym stanie ogólnym jak i domowe u pacjentów leżących. Wnikliwy wywiad, zbierany zarówno od pacjenta jak i jego opiekunów, dostarcza informacji o skuteczności prowadzonego dotychczas postępowania. Może on dawać podstawę do konieczności zmiany sposobu leczenia. Uzyskanie jak najbardziej szczegółowych danych o skuteczności leczenia bólu w opinii pacjenta powinno być priorytetem badania lekarskiego.

Złożony charakter bólu wymaga odpowiednio dobranych narzędzi do jego oceny. Zasadą jest, że wszyscy chorzy, którzy mogą to zrobić, powinni samodzielnie oceniać swój ból, określać jego umiejscowienie, natężenie i charakter. Warto dla ułatwienia posłużyć się skalami oceny nasilenia bólu: proste skale wizualne, jak skala VAS lub odpowiadająca jej skala numeryczna NRS czy skala obrazkowa są dużym ułatwieniem w komunikacji lekarz – pacjent. Jasne schematy dają adekwatne porównanie aktualnych odczuć z tymi zgłaszanymi podczas ostatniej wizyty i jeśli doszło do modyfikacji leczenia, lekarz ocenia skuteczność zmiany.

Jeśli dolegliwości są silne a terapia trudna (utrzymujący się ból mimo stosowania wielu leków, silne działania uboczne, nietolerancja preparatów), warto poprosić pacjenta o codzienną, nawet kilkukrotną charakterystykę bólu w skalach oceny i zapisywanie wyników. Taka analiza może być kluczem do poprawy jakości leczenia: zmiany leków, pór i sposobów dawkowania.

U wielu pacjentów, zwłaszcza w podeszłym wieku i w zaawansowanym stadium choroby, stwierdza się zaburzenia funkcji poznawczych, które bardzo poważnie utrudniają lub wręcz uniemożliwiają samodzielną ocenę bólu. Ważne jest w tych przypadkach wsparcie rodziny bądź opiekunów pacjenta, którzy na podstawie nie tyle zgłaszanych problemów co codziennej, skrupulatnej obserwacji w trakcie czynności dnia codziennego, potrafią wyciągnąć wnioski co do właściwości terapii. Zgłaszając je następnie lekarzowi prowadzącemu podczas wizyty kontrolnej, przyczyniają się do ulepszenia postępowania terapeutycznego.

Ból, zwłaszcza przewlekły, stanowi dla człowieka źródło niesamowitego stresu, naruszającego jego równowagę psychiczną. Podkreślenia wymaga rola psychologa klinicznego, który opierając się na prostych pytaniach wplecionych w konwersację, jak i obserwacji zachowań chorego, jego postawy, ekspresji bólu, mimiki, gestów, aktywności życiowej i sprawności, wyciągnie trafne wnioski odnośnie psychologicznego aspektu leczenia. Sposób myślenia człowieka o bólu, miejsce bólu w codziennym życiu w dużym stopniu warunkuje rodzaj oraz natężenie jego reakcji emocjonalnych: lęku, przygnębienia, gniewu, niezrozumienia, zaburzonych w sytuacji cierpienia hierarchii wartości. Z drugiej strony to właśnie status emocjonalny chorego wpływa na próg bólowy czyli największe natężenie dolegliwości, które pacjent uważa za możliwe do zniesienia.

Indywidualne cechy osobowości ale i reakcja lękowa, gniew i związany z nim brak motywacji jak i inne elementy komponenty emocjonalnej percepcji bólu, znacznie obniżają tolerancję na ból. Silny charakter i stabilny stan psychiczny pozwala z kolei zmierzyć się z chorobą i podwyższa próg bólowy. Opieka psychologa klinicznego bądź psychiatry zdaje się, wobec tego, być w wielu przypadkach absolutnie konieczna i taką powinniśmy pacjentowi zapewnić, jeśli tylko pojawią się nowe symptomy niezrównoważonych reakcji emocjonalnych, mniejszej tolerancji leczenia, zaburzeń psychicznych, których do tej pory nie obserwowano a będących odzwierciedleniem bólu somatycznego.

Obserwacja i ocena stanu psychicznego chorego przez wykwalifikowany zespół psychologów może być impulsem do modyfikacji zaleceń farmakoterapii – również pod kątem łagodzenia ewentualnych objawów pozasomatycznych. W leczeniu bólu, jeśli nie jest w pełni skuteczne, ze względu na złożony charakter dolegliwości, z barwną komponentą emocjonalną, potrzebne jest uzupełnienie terapii typowo przeciwbólowej środkami działającymi na sferę psychiczną. Negatywne emocje, jak wspomniano wyżej, znacząco zwiększają przeżywanie ▶

Fot. © alexraths | Depositphotos.com

Silny charakter i stabilny stan psychiczny pozwala zmierzyć się nawet z najcięższą chorobą i podwyższa próg bólowy. Opieka psychologa klinicznego bądź psychiatry zdaje się, wobec tego, być w wielu przypadkach absolutnie konieczna.

bólu. Włączenie do terapii środków przeciwdepresyjnych, przeciwlękowych czy uspokajających podwyższa próg bólu i pozwala zmniejszyć prawdopodobieństwo niebezpiecznych skutków ubocznych przyjmowanych do tej pory w nadmiarze leków przeciwbólowych. Zaznaczyć należy, że terapia środkami psychotropowymi musi być skrupulatnie kontrolowana, prowadzona najlepiej pod okiem specjalisty biegłego w tego rodzaju zaburzeniach. Poza tym, czego nie należy pomijać u osób aktywnych zawodowo, pracujących umysłowo, środki te ograniczają funkcje psychomotoryczne i poznawcze (koncentrację, pamięć) i obniżają zdolność kierowania pojazdami mechanicznymi. U osób aktywnych, sprawnych, bez ograniczeń fizycznych może to być duże utrudnienie normalnego funkcjonowania.

Lekarz zakładając konieczność przewlekłego leczenia i przepisując złożoną terapię przeciwbólową preparatami z kilku grup, nie może zapominać o działaniach niepożądanych stosowanych leków. Pacjent powinien być świadomy, dowiadując się nie tylko z ulotki dołączonej do leku ale i, a może przede wszystkim, z ustnego przekazu lekarza prowadzącego, jakich nowych objawów może się spodziewać. Obserwacja dotychczas nie występujących objawów może się bowiem wiązać z lekiem i indywidualną reakcją organizmu, a nie, jak wielu pacjentów może wnioskować, być oznaką rozwoju choroby.

Skrupulatne zapisywanie w dzienniczkach nowych symptomów chorobowych bądź nasilenia istniejących i analiza zapisków pacjenta na wizytach kontrolnych przez lekarza, pozwala ocenić pomyślność wdrożonego postępowania, przeanalizować korzyści długotrwałego przyjmowania leków, zbilansować zyski i ewentualne słabe punkty leczenia. Skuteczna przeciwbólowo, jednak obwarowana licznymi działaniami niepożądanymi terapia, może się wiązać z mniejszą akceptacją i pogarszać ogólny poziom funkcjonowania chorego.

Wywiad to nie tylko ocena skuteczności leczenia. Wprowadzając terapię przeciwbólową lekarz nie ma prawa zapomnieć o licznych chorobach towarzyszących i obciążeniach, szczególnie pacjentów starszych, z obciążającym wywiadem internistycznym, historią licznych hospitalizacji, leczonych przez wielu specjalistów. Wówczas wybór preparatów powinien opierać się nie tylko na indywidualnej skuteczności i tolerancji, ale również na ryzyku pogorszenia stanu ogólnego wynikającego z niewydolności poszczególnych układów i narządów. Przed każdą modyfikacją, wprowadzeniem do terapii przewlekłej nowego leku, pozyskanie szczegółowych danych o stanie ogólnym pacjenta jest bezwzględnie konieczne. Szczególną uwagę zwrócić należy na parametry funkcji nerek, wątroby, przewodu pokarmowego i układu sercowo-naczyniowego. Poza tym należy rozważyć połączenia lekowe, skuteczność dwóch preparatów stosowanych łącznie i ewentualność potęgowania działania lub jego zmniejszenia podczas takiej terapii skojarzonej.

Dużym wyzwaniem jest leczenie bólu u chorych aktywnych zawodowo: dobór leków w terapii przewlekłej powinien cechować się jak największą skutecznością, nie upośledzając zdolności do pracy zawodowej. W takim przypadku współpraca lekarz – pacjent jest również niebywale znacząca. ❖

LEK.MED. PAULINA CICHON

REKLAMA

Sklep medyczny
www.medgart.sklep.pl

Artykuły, akcesoria oraz sprzęt

w zakresie:

Pielęgnacja przewlekle chorych w domu

Pielęgnacja chorych z trudno gojącymi się ranami

Pielęgnacja chorych ze stomią

Pielęgnacja chorych po radio- i chemioterapii

i inne

Medgart Sp. z o.o.
Obrońców Wybrzeża 5
83-000 Pruszcz Gdański
tel. 58 351 27 52
www.medgart.pl
medgart@medgart.pl

medgart

Fot. © amoklv | Depositphotos.com

Radioterapia

– sposób leczenia nowotworów

Często radioterapia jest stosowana jako leczenie pierwszego rzutu (na przykład w zaawansowanym raku odbytnicy) lub po wykonaniu zabiegu operacyjnego, jak ma to miejsce w leczeniu oszczędzającym pierś w raku tego gruczołu. Jest wówczas nieodłącznym sposobem tak zwanego leczenia skojarzonego (skojarzenie zabiegu operacyjnego z radioterapią, ale może być też z chemioterapią z immunoterapią)

Czym jest radioterapia i jakie są jej rodzaje?

Radioterapia jest sposobem leczenia miejscowego nowotworów za pomocą energii promienistej. Do tego celu używa się urządzeń emitujących promieniowanie X (tzw. promieniowanie rentgenowskie), promieniowanie gamma, elektrony, cząstki alfa, promieniowanie neutronowe. Ze względu na sposób napromieniania wyróżniamy **teleterapię** – gdy źródło promieniowania jest umieszczone w pewnej odległości od guza, oraz **brachyterapię** gdy źródło promieniowania (izotop) jest umieszczony w bezpośredniej bliskości guza (leczenie pierwotne nowotworu np. w przypadku raka macicy) lub obszaru po wyciętym guzie

- **Teleterapia** polega na leczeniu guza nowotworowego za pomocą promieniowania jonizującego z urządzenia zewnętrznego. Zakres leczenia obejmuje guz nowotworowy oraz margines tkanek otaczających guz ze względu na możliwość istnienia komórek nowotworowych wokół widocznego w badaniu obrazowym (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) guza. Badania obrazowe służą także do planowania radioterapii – dokładnego określenia pola napromieniania. W tym celu na skórze pacjenta oznaczone są obszary, które mają być objęte napromienianiem. Ze względu na wielkość dawki i stan zaawansowania choroby nowotworowej wyróżniamy radioterapię radykalną (stosowaną z intencją zniszczenia guza nowotworowego w miejscu jego występowania, radioterapię paliatywną (stosowaną z intencją zmniejszenia dolegliwości spowodowanych przez nieoperacyjny guz nowotworowy) oraz radioterapię objawową (stosowaną miejscowo np. w celu złagodzenia dolegliwości bólowych przy ograniczonych ilościowo przerzutach do kości).
- **Brachyterapia** (zwana także radioterapią kontaktową) jest stosowana do precyzyjnego leczenia miejscowego poprzez umieszczenie aplikatora zawierającego radioaktywny izotop (np. iryd Ir192, cez Cs137, kobalt Co60, rad Ra226, Itr Y90 i inne). Ze względu na sposoby umieszczania aplikatora wyróżniamy brachyterapię wewnątrztkankową (aplikator umieszczony w obrębie tkanki nowotworowej), brachyterapię powierzchniową (np. na skórze w celu leczenia nowotworów skóry), brachyterapię wewnątrzjamową (gdy źródło promieniowania umieszczone jest w naturalnych jamach ciała jak np. jama macicy czy jama ustna, w bezpośredniej bliskości guza, oraz brachyterapię śródoperacyjną (np. po wycięciu raka piersi). ❖

Promieniowrażliwość guzów nowotworowych

Nieodłączną cechą guza związaną z jego podatnością na leczenie energią promienistą jest promieniowrażliwość nowotworów. Wyróżniamy nowotwory o wysokiej promieniowrażliwości (np. ziarnica złośliwa, guzy jąder – nasieniaki), o średniej promieniowrażliwości (np. rak płasnonabłonkowy skóry, przełyku, szyjki macicy, gardła) oraz o niskiej promieniowrażliwości (np. czerniak, rak gruczołowy jelita grubego, glejak wielopostaciowy – guz mózgu). Im mniejsza promieniowrażliwość guza, tym konieczność zastosowania wyższej dawki napromieniania, od 25 Gray'ów (Gy) do 70 Gy przy guzach o niskiej czułości na radioterapię.

Fot. © belchonock | Depositphotos.com

Najczęstszą przyczyną anemii jest niedobór żelaza. Może on być spowodowany złym wchłanianiem np. po resekcji żołądka lub jelit – zespół krótkiego jelita, po chemioterapii i radioterapii, utratą dużej ilości krwi, wrzodami żołądka i dwunastnicy, nowotworami przewodu pokarmowego, żylakami przełyku, chorobami nerek i wątroby, celiakią. Niski poziom żelaza obserwuje się też w chorobach pochodzenia bakteryjnego i wirusowego, może być on spowodowany także niedostateczną podażą tego pierwiastka z diety.

Niedokrwistość z niedoboru żelaza

Żelazo (Fe) jest składnikiem niezbędnym do budowy komórek krwi. Całkowita pula Fe w ustroju wynosi 3500–4000 mg, w tym ok. 3000 mg to tzw. pula metaboliczna, w postaci hemoglobiny, mioglobiny i enzymów. Pula zapasowa stanowi około 1000 mg mężczyzn i 300–400 mg u kobiet. Przemiana Fe przebiega w układzie zamkniętym: część pozostaje w stałej dynamicznej równowadze, a obrót zależy od aktualnych potrzeb, natomiast ok. 1 mg dziennie tracone jest drogą przewodu pokarmowego z moczem i/lub miesiączką (Red. prof. dr hab. Marian Krawczyński, *Żywienie dzieci w zdrowiu I chorobie*, Kraków 2008, s. 205).

Niedokrwistość to niskie (poniżej normy laboratoryjnej) stężenie hemoglobiny i czerwonych krwinek we krwi obwodowej powodujące niewystarczający dopływ tlenu do komórek. Tkankowe niedobory Fe mogą doprowadzić do obniżenie odporności organizmu.

Dolegliwości związane z niedoborem żelaza to:

- męczliwość, ogólne osłabienie,
- przyspieszona akcja serca,
- zaburzenia snu,
- mniejsza siła mięśni (także przy niedoborze witaminy B_{12}),
- duszność wysiłkowa,
- zaburzenia uwagi i koncentracji,
- bóle, zawroty głowy,
- zaparcia,
- bladość skóry,
- łamliwość paznokci, wypadanie włosów.

Leczenie niedokrwistości z niedoboru żelaza opiera się na uzupełnianiu niedoborów tego pierwiastka w ustroju za pomocą suplementacji preparatami doustnymi oraz odpowiednią dietą.

W żywności, żelazo występuje w formie niehemowej (pochodzenia roślinnego – trudno przyswajalne) i hemowej (pochodzenia zwierzęcego – łatwiejsze do przyswojenia). Biodostępność żelaza hemowego może osiągać nawet około 30 proc. u osób z niedoborami tego pierwiastka, zaś przyswajanie żelaza niehemowego wynosi około 2–5 proc.

Według klasyfikacji WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) stopień nasilenia niedokrwistości oznacza się na podstawie stężenia hemoglobiny. Niedokrwistość stwierdza się, gdy stężenie Hb jest niższe niż 11 g/dl.

Stopień nasilenia niedokrwistości	Stężenie hemoglobiny
Stopień 0 (norma)	≥ 11,0
Stopień I (łagodna)	9,5–10,9
Stopień II (umiarkowana)	8,0–9,4
Stopień III (ciężka)	6,5–7,9
Stopień IV (zagrażająca życiu)	<6,5

Najważniejsze zasady diety, czyli co i jak jeść:

- Wybieraj tylko produkty pełnowartościowe, które oprócz kalorii dostarczają również białka, węglowodanów, tłuszczu, witamin i składników mineralnych. Doskonałym źródłem węglowodanów złożonych i wartościowego białka są produkty zbożowe wytworzone z całych ziaren (kasze) lub mąk grubego przemiału (ciemne pieczywo) oraz warzywa.
- Unikaj wyrobów cukierniczych, słodyczy, białego pieczywa, cukru. Są one jedynie źródłem pustych kalorii.
- Jedz więcej chudego mięsa, wątroby, chudych gatunków wędlin. Jest to źródło żelaza dobrze przyswajanego przez organizm. Nie zaleca się smażenia czy duszenia poprzedzonego obsmażaniem.
- W każdym posiłku uwzględnij warzywa i owoce o dużej zawartości witaminy C. Zwiększa ona znacznie wchłanianie żelaza (nawet 2–3-krotnie). Jest ona wrażliwa na temperaturę, dlatego też lepiej spożywać świeże warzywa i owoce. Najlepszym jej źródłem są: papryka czerwona, natka pietruszki, brokuły, pomidory, truskawki, czarne porzeczki, cytrusy, aronia oraz soki owocowe, zwłaszcza pomarańczowy, grejpfrutowy, z czarnej porzeczki – ale nie przecierowe tylko wyciskane bezpośrednio z owoców.
- Ograniczaj picie kawy i herbaty. Zawierają one taniny – związki hamujące wchłanianie żelaza z przewodu pokarmowego. Ich działanie możemy zmniejszyć, pijąc te napoje nie w czasie posiłku czy bezpośrednio po nim, lecz między posiłkami.

Bogate w żelazo (w mg/100 g produktu)

- Curry – **29,6**
- Wątroba wieprzowa – **18,7**
- Len, nasiona – **17,1**
- Amarantus – **14,7**
- Wątróbka kurczaka – **9,7**
- Wątroba wołowa – **9,4**
- Soja, nasiona suche – **8,9**
- Zarodki pszenne – **9**
- Nerki wieprzowe – **8**
- Żółtko jaja kurzego – **7,2**
- Fasola biała – **6,9**
- Orzechy pistacjowe – **6,7**
- Morele suszone – **6,3**
- Sezam, nasiona – **5,9**
- Soczewica czerwona – **5,8**
- Pietruszka, liście – **5**
- Drożdże piekarskie – **5**
- Kasza jaglana – **4,8**
- Wołowina, polędwica – **3,1**
- Jaja kurze całe – **2,2**

MGR DIETETYKI MAGDALENA OLECH

Ciasteczka bananowe bez dodatków: cukru, glutenu, mleka i drożdży

Składniki

- 1 szklanka płatków jaglanych (mogą być też płatki z amarantusa alb płatki owsiane jeśli nie ma problemu z tolerancją glutenu)
- 2 bardzo dojrzałe banany
- 1 łyżka masła klarowanego (20 g) lub oleju kokosowego
- 2 łyżki pestek dyni lub rodzynek – mogą być też jagody goji albo żurawina suszona

Przygotowanie:

Banany rozgniatamy widelcem lub miksujemy blenderem. Dodajemy miękkie masło, płatki owsiane i pestki dyni.

Wszystko dokładnie mieszamy i odstawiamy na około 10–15 minut.

Rozgrzewamy piekarnik do 180 stopni. Blaszkę wykładamy papierem do pieczenia. Bierzemy po łyżce masy, formujemy kulkę, którą spłaszczamy na kształt ciasteczka. Układamy na blaszce. Wstawiamy do piekarnika i pieczemy przez około 15 minut, na ładny złoty kolor.

Kaloryczność: 1 szt. to około 60 kcal

Fot. © Wavebreakmedia | Depositphotos.com

Profilaktyka powikłań zakrzepowo-zatorowych w chorobie nowotworowej

Powikłania zatorowo-zakrzepowe towarzyszą naturalnemu przebiegowi nowotworów. Są najczęstszym powikłaniem w tej chorobie i stanowią drugą z kolei przyczynę śmierci chorych na nowotwory. W niektórych nowotworach, takich jak rak trzustki, żołądka, jajnika, prostaty, nerki, płuc, nowotwory złośliwe mózgu i obecność przerzutów odległych, częściej obserwuje się występowanie żylnej choroby zatorowo-zakrzepowej (ŻChZZ). Dotyczy to także chłoniaków i innych nowotworów układu krwiotwórczego, a zwłaszcza takich jak czerwienica prawdziwa, szpiczak plazmocytowy i nadpłytkowość samoistna.

U chorych poddanych dużym zabiegom operacyjnym, szczególnie w obrębie jamy brzusznej, miednicy i kończyn dolnych, ryzyko wystąpienia poważnych powikłań zatorowych jest trzykrotnie wyższe jeśli zabieg wykonywany jest z powodu choroby nowotworowej niż z innych przyczyn. Także chemioterapia wiąże się z ryzykiem powikłań zatorowo-zakrzepowych, które jest ponad sześciokrotnie wyższe w porównaniu do reszty populacji. W przypadku radioterapii nie wykazano zwiększenia zagrożenia zakrzepowego.

Do stanów predysponującymi do wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, poza wymienionymi, należy hormonoterapia, stosowanie chemioterapii z użyciem niektórych leków, starszy wiek, choroby współistniejące, takie jak zakażenia, choroby nerek, choroby płuc, otyłość, trombocytoza (podwyższony ponad normę poziom płytek krwi) przed chemioterapią, długi pobyt w szpitalu, ograniczenie ruchomości, zakrzepica naczyń powierzchownych (np. po wkłuciu dożylnym).

Dla oceny ryzyka choroby zatorowo-zakrzepowej stosuje się m.in. skalę Capriniego, w której określa się punktowo czynniki ryzyka. Tabela do zamieszczenia, przesłana osobno

Zapobieganie wystąpieniu powikłań zakrzepowo-zatorowych nosi nazwę profilaktyki pierwotnej, w odróżnieniu od wtórnej, której zadaniem jest niedopuszczenie do powikłań zatorowych po wystąpieniu zmian zakrzepowych i niedopuszczenie do powstania następnych.

Celem profilaktyki pierwotnej jest niedopuszczenie do powstania zmian zakrzepowych. W tym celu określa się ryzyko powstania takich zmian i stosuje odpowiednie leczenia. Do najważniejszych kryteriów włączenia profilaktyki przeciwzakrzepowej zalicza się wiek powyżej 40 lat i planowany zabieg onkologiczny w obrębie jamy brzusznej lub miednicy, trwający dłużej niż 45 minut, pamiętając przed operacja także o innych czynnikach ryzyka. Według wytycznych ASCO (American Society of Clinical Oncology) u wszystkich chorych poddanych zabiegom z otwarciem jamy brzusznej, klatki piersiowej a także zabiegom laparoskopowym trwającym dłużej niż 30 minut powinno się stosować farmakologiczną profilaktykę przeciwzakrzepową, pod warunkiem braku przeciwwskazań związanych z aktywnym krwawieniem lub ryzykiem takiego krwawienia.

Profilaktyka przeciwzakrzepowa przed zabiegiem operacyjnym polega na podaniu dawki profilaktycznej heparyny drobnocząsteczkowej i podawaniu jej przez okres pooperacyjny przynajmniej 7–10 dni. W przypadku zabiegów w obrębie dużych jam ciała (jama brzuszna, klatka piersiowa) profilaktyka powinna być przedłużona do czterech tygodni po zabiegu.

Dodatkowo wskazane są, jako uzupełnienie profilaktyki przeciwzakrzepowej, a zwłaszcza w sytuacji, gdy są przeciwwskazania do leczenia farmakologicznego, lub gdy po okresie podawania profilaktycznego leków przeciwzakrzepowych nadal są obecne czynniki ryzyka, mechaniczne metody profilaktyki (pończochy o stopniowanym ucisku, przerywany masaż pneumatyczny).

O ile wskazania do stosowania profilaktyki zakrzepowo-zatorowej są określone w przypadku wskazań do wykonania zabiegu operacyjnego, o tyle farmakologiczna profilaktyka w trakcie chemioterapii nie jest postępowaniem standardowym. Wynika to z faktu, że stosowanie heparyn drobnocząsteczkowych w chorobie nowotworowej, a zwłaszcza w trakcie chemioterapii, może spowodować częstsze powikłania w postaci poważnych krwawień. Nie zmienia to faktu, że chorzy poddawani chemioterapii są sześciokrotnie bardziej narażeni na powikłania zakrzepowo-zatorowe niż reszta populacji. Z tego względu decyzja o stosowaniu farmakologicznej profilaktyki zakrzepowej jest podejmowana indywidualnie, w zależności od istniejących czynników ryzyka, stosowanej terapii lekowej i ruchomości pacjenta. Wskazane jest natomiast stosowanie pończoch uciskowych i ćwiczenia ruchowe (rehabilitacja).

Stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej w innych sytuacjach klinicznych (chorzy leżący, w zaawansowanej chorobie nowotworowej, chorzy wyniszczeni) jest zależne od wskazań indywidualnych i podejmowane przez lekarza prowadzącego leczenia, po uwzględnieniu wszystkich korzyści i ewentualnych powikłań tego leczenia.

DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI
Klinika Chirurgii Onkologicznej
Gdański Uniwersytet Medyczny

Skala Capriniego – wybrane czynniki oceny ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej

1 pkt
- wiek 41–60 lat
- mały zabieg operacyjny
- BMI >25 kg/m²
- obrzęk kończyn dolnych
- żylaki kończyn dolnych
- ciąża lub okres połogu
- przebyte niewyjaśnione lub nawykowe poronienia
- doustna antykoncepcja lub hormonalna terapia zastępcza
- posocznica (<1 miesiąc)
- poważna choroba płuc, w tym zapalenie płuc (<1 mies.)
- zaburzenia czynności płuc
- świeży zawał serca
- zaostrzenie lub rozpoznanie niewydolności serca (<1 mies.)
- choroba zapalna jelit w wywiadach
- chory leczony zachowawczo, pozostający w łóżku

2 pkt
- wiek 61–74 lat
- zabieg artroskopowy
- duży zabieg chirurgiczny otwarty (>45 min.)
- zabieg laparoskopowy (>45 min.)
- nowotwór złośliwy
- pozostawanie w łóżku (>72 godz.)
- opatrunek gipsowy z unieruchomieniem
- cewnik w żyle centralnej

3 pkt
- wiek ≥75 lat
- przebyta Żylna Choroba Zakrzepowo-Zatorowa (ŻChZZ)
- ŻChZZ w wywiadzie rodzinnym
- wrodzona lub nabyta trombofilia

4 pkt
- udar mózgu (<1 mies.)
- planowa aloplastyka stawu (np. biodrowego)
- złamanie kości miednicy, kości udowej lub kości podudzia
- ostre uszkodzenie rdzenia kręgowego (<1 mies.)

Punkty można sumować. Ostateczna ocena ryzyka po zsumowaniu wszystkich punktów

Ocena ryzyka:
- 0 pkt – ryzyko bardzo małe
- 1–2 pkt – ryzyko małe
- 3–4 pkt – ryzyko średnie
- ≥5 pkt – ryzyko duże

Hospicjum – *to też życie!*

Kontynuując temat opieki nad pacjentem w zaawansowanej chorobie, nie tylko nowotworowej, rozpoczęty przez ks. dr hab. Piotra Krakowiaka w poprzednim numerze „Terapii i Zdrowia", poprosiliśmy o wypowiedź **dr. med. Kamila Drucisa**. Jest on jednym z lekarzy, którzy na co dzień opiekują się osobami cierpiącymi w zaawansowanej chorobie nowotworowej, przynosząc im nie tylko działanie medyczne, ale także pomoc w ich jakże różnych potrzebach.

Fot. © lisafx | Depositphotos.com

Czym jest hospicjum? Kojarzy się z cierpieniem, umieraniem, krańcem drogi. Pozwolę sobie zaprosić Państwa do podróży po tym świecie, o którym większość z nas mało wie, a jednak podświadomie się go boi.

Prawdziwy obraz hospicjum jest zdecydowanie mniej przerażający. Słowo hospicjum wywodzi się od słowa oznaczającego miejsce gościnne, miejsce gdzie można odpocząć (łac. *hospes* – gość). Ruch hospicyjny rozpoczął się w Europie od działalności pielęgniarki Cicely Saunders i jej rozmów z umierającym na raka uciekinierem z warszawskiego getta Dawidem Taśmą. Poruszona cierpieniem Dawida ukończyła studia medyczne, a następnie założyła Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie.

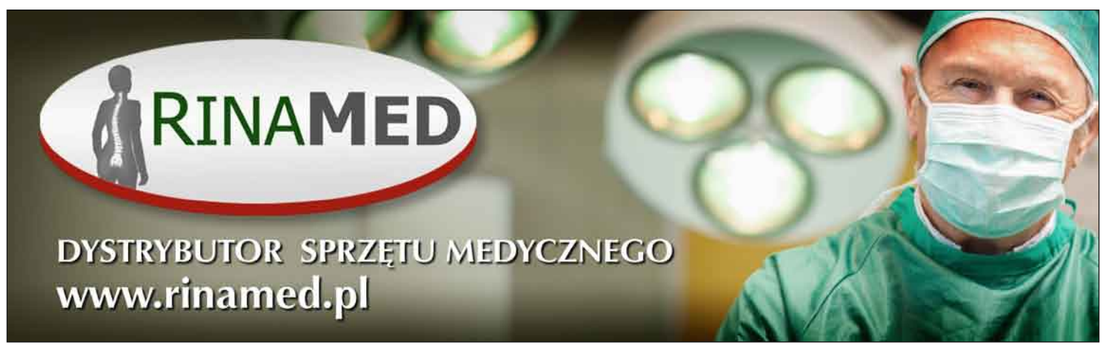
Hospicja obecnie starają się nawiązać do tradycji miejsca gościnnego (hospicjum stacjonarne) lub do opieki nad pacjentem w domu, gdzie pielęgniarka, lekarz, rehabilitant stają się gośćmi pacjenta i jego rodziny (hospicjum domowe). Medycyna paliatywna – czyli gałąź medycyny skupiająca się nad przynoszeniem ulgi w okresie ostatecznym choroby – również ma szlachetne pochodzenie. Jej nazwa wywodzi się od łacińskiego słowa oznaczającego płaszcz, okrycie.

Patrząc więc na źródłosłów hospicjum jak i medycyny paliatywnej skojarzenia powinny być z czymś dobrym, pozytywnym. Medycyna paliatywna styka się z tą sferą ludzkiego życia, która budzi naturalny lęk. Eufemistyczne określenia jak kraniec drogi nie zakrywają strachu przed śmiercią (gr. *Mors*). Ta według mitologii greckiej bliźniacza siostra boga snu (gr. Somnus), potomkini bogini Nocy (gr. *Nyks*) zawsze była przedstawiana jako samotna, smutna kobieta o zamyślonym wyrazie twarzy, często ze skrzydłami. Jej posągi budziły w obserwatorach poczucie smutku. I ten smutek, powaga, zamyślenie towarzyszą choremu, którego goszcząc lub będąc jego gośćmi staramy się okryć płaszczem i ochronić przed tym co nieuniknione.

Przechodząc od historii ruchu hospicyjnego pozwolę sobie Państwu opisać jakie możliwości ma pacjentowi do zaoferowania medycyna paliatywna. Naszą podróż rozpocznijmy od **hospicjum domowego** – to forma opieki, w trakcie której do pacjenta kilka razy w tygodniu przyjeżdża lekarz, a kilka razy w tygodniu pielęgniarka. W trakcie wizyty domowej lekarz ma możliwość modyfikacji leczenia – nie tylko przeciwbólowego, lecz również dotyczącego innych dolegliwości. Oczywiście celem tego leczenia nie jest wyleczenie pacjenta z choroby nowotworowej, a końcem leczenia nie będzie wyleczenie. Jeśli będziemy się trzymać porównania życia ludzkiego do drogi to naszym celem jest wydłużenie czasu podróży, ale również, a może przede wszystkim, poprawa jego komfortu. Nie da się tego osiągnąć znosząc tylko ból. Trzeba jeszcze poradzić sobie z lękiem, z osłabioną motoryką (nieocenione zasługi należy oddać rehabilitantom), zapewnić godność i samodzielność. Trzeba zadbać o to, by nasz gospodarz nie cierpiał głodu (suplementacja żywieniowa), zapewnić jak najbardziej sprawną funkcję układów pokarmowego i moczowego. Jeśli potrzeba zapewnić pacjentowi środki pomocnicze jak pieluchy, pampersy, podkłady. Często wymienić łóżko na łóżko przystosowane dla obłożnie chorych. W kolejnych odcinkach naszej podróży pozwolę sobie te aspekty omówić.

Na koniec chciałbym Państwa zaprosić do odwiedzenia Hospcjum Stacjonarnego w miejscu Państwa zamieszkania. W każdym hospicjum organizowane są kursy wolontariatu, a każde takie miejsce potrzebuje pomocy. Nie tyle miejsce co nasi goście – pacjenci. I to nie tylko pomocy materialnej. Nasi goście głównie pragną czegoś co każdy z nas może podarować – rozmowy, odrobiny własnego czasu.

DR MED. KAMIL DRUCIS



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. © WitrayaP | Depositphotos.com

Wodny świat

Od momentu, kiedy zapakowawszy ręcznik, żyletkę i mydło wsiądziemy do kajaka z mocnym postanowieniem ruszenia gdzieś w świat – kajak staje się naszym domem, naszym futerałem na wędrowne „ja" . Przestaje nas nagle obchodzić wszystko, cośmy przed chwilą zostawili tam, na brzegu . Zaczynamy żyć dniem dzisiejszym i przyszłością, wrażeniami, jakie los będzie nam odtąd rzucał pod wiosła. Najwyższym zaś sekretem powodzenia i szczęścia będzie niespodzianka, a niespodzianka – Przygodą".

Tak pisał Wacław Korabiewicz, guru polskiego kajakarstwa turystycznego, który w latach 1934–1935 odbył wraz żoną wyprawę z Polski do Indii kajakiem „Pacyfista", zaopatrzonym w żagiel. W kilku prostych zdaniach wyraził sens kajakarstwa, który nie zmienił się do dziś: ***Wystarczy kajak i wiosło, by przeżyć niezwykłą przygodę. I nieważne, czy będzie to przygoda pisana przez wielkie „P", czy tylko ta malutka, na rzeczce wijącej się leniwie pośród pól. Zawsze będziesz mógł powiedzieć: „Jestem kajakarzem i basta!"*** .

Kiedyś mocniej ujmiesz wiosło i wyruszysz przed siebie, ben za linię horyzontu. Takie jest kajakarstwo. Wciąga niespodziewanie, chyłkiem, podstępem. Zanim się spostrzeżesz, już cię trzyma w garści. To przygoda, zauroczenie, zakochanie. Spójrz tylko na rzekę – nieodgadnioną, zmienną, groźną i piękną. Nie będziesz już mógł bez niej żyć. (Cytat: z *Kajaki od A do Z – przewodnik i poradnik dla kajakarzy*, Wyd. Pascal, 2003)

Dziś, wiele lat później, nadal jest aktualne powyższe przesłanie. Setki, tysiące żądnych przygód ludzi poznało już czar wodniackiej przygody. Co roku, u progu lata, dołączają następni.

JANUSZ CZERWIŃSKI
ZDJĘCIA Z ARCHIWUM AUTORA

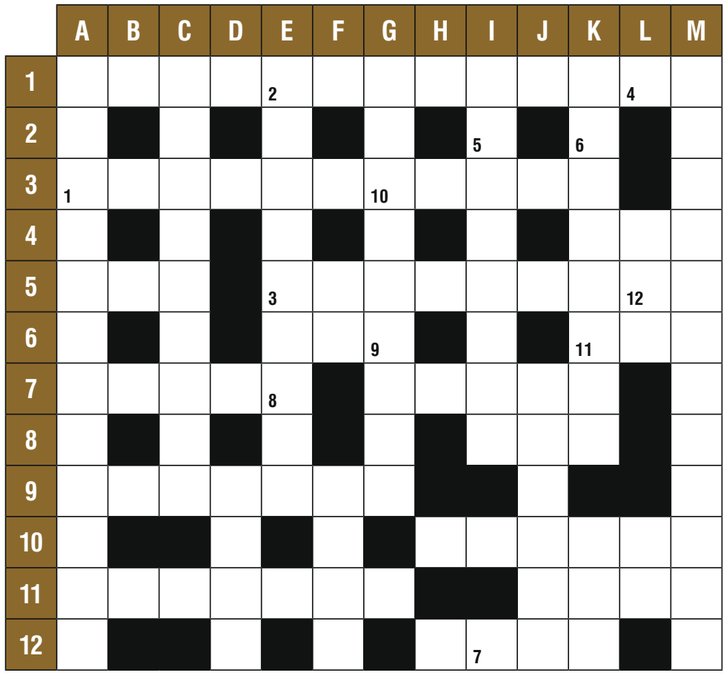
Rzeki to
Idące drogi
A łodzie – wędrowcy tych dróg
Dwa razy w tej samej wodzie
Nie przejrzy się człowiek ni duch...

Tam stare młyny dumnie stają
Nad rzeką, której nie zna mapa
I choć do domu niedaleko
Przewędrujemy kawał świata...

Wsłuchany w twą cichą melodię
Wyszedłem na brzeg pierwszy raz
Wiedziałem już rzeko, że kocham Cię, rzeko
Że odtąd pójdę z Tobą...

Zbuduję sobie tratwę
Popłynę rzeką w dół
Zbuduję sobie szałas
Na prerii pośród ziół...

Jutro popłyniemy daleko
Jeszcze dalej niż te obłoki
Pokłonimy się nowym brzegom
Odkryjemy nowe zatoki...



Opracowanie: JACEK ANDRZEJEWSKI

POZIOMO

1A Usprawnianie osób niepełnosprawnych
3A Wypalanie się np. ogniska
5A Pierwiastek o symbolu Os
5E Urwisek, ananasek
6E Zdrobnienie imienia Teodor
6K Cembrzyńska, polska aktorka
7A Bjoern... Romoeren norweski skoczek narciarski
7G Ognisko góralskie
8I Idzie... nieborak
9A Np. słuchowe
10H Niewielki przedmiot, czasem niepełniący funkcji użytkowej
11A Wszczep
11J Tylny fragment szyi
12H Np. słoneczny, po zbyt długim pobycie na plaży.

PIONOWO

A1 Metoda leczenia za pomocą promieniowania
C1 Przywództwo, zwłaszcza państwa nad państwem
D9 Do uprawiania przez rolnika
E1 Dział medycyny zajmujący się leczeniem otyłości
F5 Litery na tablicy rejestracyjnej z Elbląga
F9 Mogą być wysokie
G1 Grupa ludzi o poglądach o poglądach przeciwnych prawicy.
I1 Przyrząd do mierzenia np. ciśnienia wewnątrzgałkowego.
J7 Schadzka
K1 Złośliwy nowotwór skóry
K10 Rozgrzane do czerwoności węgle
L4 Skrót od elektroencefalografii
L10 Angielski tytuł serialu „Ostry dyżur" z Georgem Clooney'em
M1 Specjalistka w dziedzinie krajów z Czarnego Lądu.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

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

Słownik terminów onkologicznych (cz. III)

CA-19.9
antygen rakowy, wzrost poziomu m.in. w raku trzustki, raku żołądka

CA-125
antygen rakowy, wzrost poziomu m.in. w raku jajnika

Carcinoma
patrz: Rak

CEA
antygen rakowo-płodowy, wzrost poziomu m.in. w raku jelita grubego

Cellulae carcinomatosae
komórki rakowe (raka)

Cellulae neoplasmaticae
komórki nowotworowe

Chemioembolizacja
sposób leczenia guzów wątroby lub nerki, polegający na podaniu do odpowiedniej tętnicy leku przeciwnowotworowego oraz następowym zamknięciu jej materiałem fibrynowym w celu odcięcia dopływu krwi tętniczej do guza nowotworowego, co wywołuje jego obumarcie

Chemioterapia
w onkologii: sposób leczenia za pomocą leków hamujących rozwój lub niszczących komórki nowotworowe poprzez podane ich do krążenia ogólnosystemowego, głównie dożylnie

Chemioterapia adjuwantowa
chemioterapia uzupełniająca, pooperacyjna

Chemioterapia dootrzewnowa
sposób podania leków przeciwnowotworowych w miejsce występowania nowotworu w celu uzyskania jak największej ich dostępności biologicznej (np. w raku jajnika z przerzutami do otrzewnej, przerzutach do otrzewnej raka żołądka, raka jelita grubego, śluzaka rzekomego otrzewnej)

Chemioterapia dotętnicza
stosowana jest dla osiągnięcia wysokiego stężenia leku w części objętej ukrwieniem danej tętnicy, np. podanie leków przeciwnowotworowych do tętnicy wątrobowej, do tętnicy udowej (perfuzja kończynowa, infuzja kończynowa)

Chemioterapia neoadjuwantowa
chemioterapia przedoperacyjna stanowiąca jeden z elementów leczenia skojarzonego nowotworów

Chirurgia onkologiczna
podspecjalizacja chirurgii ogólnej, nastawiona na specjalistyczne, skojarzone leczenie nowotworów

Chirurgia stereotaktyczna
sposób chirurgicznego leczenia m.in. guzów mózgu, polegająca na operowaniu w oparciu o uzyskany obraz trójwymiarowy (3D)

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

Świadczymy usługi w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

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

onkonet.pl
Twój serwis onkologiczny