6
Stomia – nadzieja czy choroba?
Wywiad z prof. Tomaszem Banasiewiczem

26
Profilaktyka raka piersi
Samobadanie piersi

31
Zmiany zapalne
wokół stomii

PAŹDZIERNIK 2014

Terapia&Zdrowie

Fot. © maximkabb | Depositphotos.com

Nie daj się jesieni

Zapobieganie infekcjom i przeziębieniom

str. 47

ISBN ISSN 2353-639X

Spis treści

TERAPIA I ZDROWIE
ISSN 2353-639X
NR 5, PAŹDZIERNIK 2014

28 ŻYCIE ZE STOMIĄ

Rak szyjki macicy – czy można leczyć laparoskopowo?

Rak szyjki macicy jest drugim najczęstszym nowotworem złośliwym w grupie nowotworów żeńskich narządów płciowych. W większości są one inicjowane infekcjami wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

6 Stomia – nadzieja czy choroba?
12 Profilaktyczna amputacja piersi
16 Ocena stanu regionalnych węzłów chłonnych w zabiegach onkoplastycznych
18 Rak pęcherza moczowego – jak zapobiec, rozpoznać i leczyć
22 Czynniki sprzyjające powstawaniu odleżyn i leczenie ran odleżynowych
26 Profilaktyka raka piersi. Samobadanie piersi
28 Rak szyjki macicy – czy można leczyć laparoskopowo?
31 Zmiany zapalne wokół stomii
40 Historia stomika. Przełomowa operacja
44 Bezcenne nawilżenie
47 Jesień...
48 Utrata wagi w aspekcie rozwoju choroby nowotworowej
50 Diagnoza: samotność złośliwa
52 Wina musujące – nie tylko na specjalną okazję

26

44

Od redakcji

Oddając w Państwa ręce nowy numer czasopisma „Terapia i Zdrowie" cieszymy się, że znalazło ono tak wielkie uznanie w Waszych oczach! Z informacji, które otrzymujemy od czytelników, wynika, że „Terapia i Zdrowie" jest czytane zarówno przez pacjentów, członków rodzin osób chorych na nowotwory, ale także wiele osób, które cenią sobie rzetelną informację medyczną podaną w przystępny sposób. Jesteśmy dumni, że udało nam się stworzyć czasopismo, które jest też czytane z zainteresowaniem przez pielęgniarki i lekarzy, nie tracą przy tym przystępnej formy edukacyjnej.

W tym numerze chcielibyśmy zwrócić państwa uwagę na wywiad z prof. Tomaszem Banasiewiczem, który jest ekspertem nie tylko w chirurgii jelita grubego, ale także w problemach dotyczących stomii. Ten temat przewija się zresztą w różnych miejscach niniejszego numeru.

Prof. Janusz Jaśkiewicz obiecał kilka miesięcy temu na łamach „Terapii i Zdrowia", że wróci do opisania zabiegów onkoplastycznych ilustrując je swoimi rysunkami. Słowa dotrzymał i możecie Państwo przeczytać (i zobaczyć) jak wygląda zabieg amputacji podskórnej piersi.

W numerze znajdziecie także artykuły na temat raka szyjki macicy (czy można leczyć laparoskopowo?), praktyczny przewodnik postępowania ze zmianami skórnymi wokół stomii, informacje dotyczące raka pęcherza moczowego. Kontynuując temat leczenia zmian popromiennych pragniemy zwrócić uwagę na artykuł o substancjach nawilżających skórę po radio- i chemioterapii. Temat uszkodzeń skóry kontynuujemy w artykule na temat powstawania i leczenia odleżyn. To temat, który przewijał się już na łamach naszego czasopisma i będzie kontynuowany także w następnych numerach, ze względu na powszechność i wagę problemu.

Temat profilaktyki nowotworowej jest zawsze na czasie, więc w numerze zaistniała także informacja praktyczna: jak badać swoje piersi? Jak w każdym numerze, także i w tym, nie zabrakło ciekawego spojrzenia psychologa.

Zachęcamy do lektury i czekamy na Państwa opinie i uwagi.

dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Terapia&Zdrowie

Dwumiesięcznik
nr 5, październik 2014
ISSN 2353-639X

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)
Marcin Lipiński (grafika)

Sekretarz Redakcji
mgr Małgorzata Jastrzębska

Konsultant medyczny
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Adres Redakcji
ul. Śnieżna 3
80-554 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. Wszelkie prawa do tekstów i zdjęć własnych zastrzeżone.

Ciekawostki ze świata nauki

Fot. © bit245 | Depositphotos.com

Antynowotworowe właściwości soku z buraków

W najnowszym numerze „Journal of the Science of Food and Agriculture" 2014 ukazała się praca polskich naukowców, oceniająca właściwości przeciwnowotworowe soku z buraków. Wyniki badania wykazały, że sok produkowany w sposób organiczny w porównaniu do produkcji konwencjonalnej ma więcej antyoxydantów i wykazuje większe działanie przeciwnowotworowe. Na prozdrowotne i przeciwnowotworowe właściwości buraków wskazują także wyniki innych prac (J Agric Food Chem. 2014 Feb 12;62(6):1324–31). Wykazały one, że obecne w barakach związki takie jak betalainy i betainy aktywują enzymy antyoxydacyjne w komórkach nowotworowych. Pijmy więc sok z buraków! Na zdrowie!

„Journal of the Science of Food and Agriculture" 2014

Selen ważnym mikroelementem w profilaktyce raka jelita grubego

W najnowszym numerze „International Journal of Cancer" opublikowano wyniki badań na grupie ponad 500 tys. osób z krajów Europy, oceniających wpływ selenu na ryzyko wystąpienia raka jelita grubego. Badanie wykazało, że poziom selenu w surowicy krwi jest odwrotnie proporcjonalny do ryzyka raka jelita grubego (tzn. im wyższy poziom selenu, tym niższe ryzyko zachorowania na ten nowotwór). Jest to bardziej wyraźne u kobiet niż u mężczyzn. Jednocześnie badanie wykazało, że u wielu badanych osób poziom selenu jest poniżej granicy normy.

Cancer 2014

Fot. © vblinov | Depositphotos.com

Ryzyko zachorowania na czerniaka jest dwukrotnie większe u pilotów i stewardes!

Piloci i personel pokładowy linii lotniczych z powodu wykonywanego zawodu są narażeni na silniejsze promieniowanie kosmiczne i ultrafioletowe. W przeprowadzonym badaniu zbiorczym oceniono, że osoby te mają dwukrotnie większe ryzyko zachorowania na czerniaka w porównaniu z ogólną populacją (JAMA Dermacol 2014). W porównaniu z innym badaniem oceniającym ogólną zachorowalność pilotów i inżynierów pokładowych na choroby sercowo-naczyniowe i nowotwory, która jest niższa niż reszty populacji (Am J Ind Med. 2014 Aug;57(8):906–14) wskazuje to na wyraźny fakt, że promieniowanie kosmiczne i ultrafioletowe jest znaczącym czynnikiem ryzyka zachorowania na czerniaka.

JAMA Dermacol 2014

Fot. © Deklofenak | Depositphotos.com

prof. Tomasz Banasiewicz
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej
i Onkologii Gastroenterologicznej;
Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Stomia
– *nadzieja czy choroba?*

Redakcja: Czy stomia jest chorobą?
Prof. Tomasz Banasiewicz: Pytanie nawiązuje do wciąż obecnego, coraz na szczęście rzadszego poglądu, iż stomia jest pewnego rodzaju nieszczęściem, czymś złym, czymś czego należy za wszelką cenę uniknąć. To rodzaj pewnego stereotypu, całkowicie zresztą nieuzasadnionego. Aby tak naprawdę zastanowić się nad tym czym jest stomia należy chyba odpowiedzieć sobie na pytania podstawowe: Czym jest zdrowie? Czym jest choroba?

Red.: W taki razie proszę bardzo: Czym jest zdrowie?
T. B.: To pojęcia bardzo „pierwotne", takie, które intuicyjnie czujemy, natomiast trudno nam jest je ująć w ramy jasnych i uniwersalnych definicji. Według najbardziej chyba powszechnej definicji WHO zdrowie to stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności. W ostatnich latach definicja ta została uzupełniona o sprawność do „prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego" a także wymiar duchowy. Zdrowie to więc nie tylko życie bez choroby, ale również realizacja swoich aspiracji społecznych i ekonomicznych. Patrząc na tą definicję musimy przyznać, iż ilość ludzi w pełni zdrowych w skali świata nie jest zbyt duża. Kwestie związane z chorobami społecznymi, nędzą, niedożywieniem na ubogim Południu i nadwagą na bogatej Północy, kwestie ucisku czy nietolerancji na tle religijnym, rasowym czy ekonomicznym drastycznie ograniczają liczbę ludzi mogących, według powyższej definicji, cieszyć się pełnią zdrowia.

Red.: Skoro trudno zdefiniować zdrowie czym jest choroba
T. B.: Kwestia definicji choroby jest równie mało jednoznaczna, zdefiniowanie stanu chorobowego jest tak samo trudne, jak sprecyzowanie stanu pełni zdrowia. Choroba to, również według definicji WHO, jedno z podstawowych pojęć medycznych; ogólne określenie każdego odstępstwa od pełni zdrowia organizmu. Choroba oznacza więc pewien rodzaj niepełnosprawności. Nie istnieje jedna, powszechnie uznana definicja niepełnosprawności. Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych (The World Programme of Action for Disabled Persons) oraz Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych (The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities) podkreślają, iż niepełnosprawność jest problemem społecznym i nie ogranicza się do konkretnej osoby. Mówiąc o niepełnosprawności mamy na względzie relację między zdrowiem człowieka (uwzględniając jego wiek, płeć i wykształcenie), a społeczeństwem i środowiskiem, które go otacza. Podstawowe pojęcia niepełnosprawności według WHO obejmują:

- Niesprawność (impariment) – każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
- Niepełnosprawność (disability) – każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka;
- Ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (handicap) – ułomność określonej osoby wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.

Red.: Według tej definicji chory czy niepełnosprawny może być niemal każdy.
T. B.: No właśnie. Proszę zwrócić uwagę, iż w tej definicji mieści się każde odstępstwo od normy, również anatomicznej. Gdy stracimy więc drobny fragment małego palca u nogi, gdy mamy usunięty jakiś ząb czy na przykład wyrostek robaczkowy, stajemy się osobami niepełnosprawnymi. Choć przecież w absolutnej większości przypadków ten problem, czy nawet lepiej powiedziawszy, drobny defekt, nie przekłada się na nasze życie codziennie, poczucie szczęścia, zadowolenia czy jakość funkcjonowania

Red.: Czyli to, czy spełniamy definicje zdrowia czy też choroby nie do końca wpływa na nasze „życie codzienne", szczęście czy możliwość realizacji planów, zamierzeń.

> **Zdrowie to stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności.**

T.B.: Oczywiście! I potwierdzenie tego faktu mamy na każdym kroku! Z jednej strony można wskazać wiele osób, które będąc w pełni zdrowia, kariery, realizacji swych marzeń w pewnym momencie, w sposób całkowicie zazwyczaj niezrozumiały dla otoczenia wpadały w ciężką depresję czy popełniały nawet samobójstwa, jak na przykład Marilyn Monroe, Amy Winehouse, Kurt Cobain... Jasne, iż w każdym z tych przykładów istniały inne jeszcze czynniki, często alkohol, narkotyki czy depresja, jednak chodzi o pewną regułę: można mieć w życiu niemal wszystko co człowiek sobie wymarzył, co w opinii innych jest gwarancją szczęścia a jednak tego szczęścia nie osiągnąć. Są też, dużo bardziej optymistyczne, przykłady niejako w drugą stronę. Powszechnie znana jest postać Stephena Williama Hawkinga, genialnego naukowca niemal całkowicie sparaliżowanego od wielu lat, przykutego do wózka w pozycji wymuszonej przez porażone mięśnie, porozumiewającego się ze światem jedynie przy pomocy specjalnych urządzeń komputerowych. Przy czym jednocześnie człowieka aktywnego zawodowo, świetnie funkcjonującego w życiu naukowym czy społecznym, męża (nawet dwukrotnie...). Nie tak drastycznym, ale myślę że świetnym przykładem może być Polak, Jan Mela, który w dzieciństwie

uległ poważnemu wypadkowi, tracąc prawe przedramię i lewe podudzie. Nie załamując się tym jednak i aktywnie uprawia sport, zdobywając w jednym roku biegun północny i południowy, wspinając się na Elbrus, Kilimandżaro czy „robiąc" drogi spinaczkowe w Yosemitach. Przede wszystkim jednak żyjąc pełnią życia, będąc otwartą towarzyską osobą. Te dwa powyższe przykłady najlepiej pokazują, iż można bez wątpienia być niepełnosprawnym czy nawet ciężko chorym, prowadząc jednocześnie pełne, normalne życie, kształtując je, spełniając marzenia pragnienia, będąc szczęśliwym. To najlepszy dowód na to, iż sama obecność choroby czy niepełnosprawności nie determinuje nieodwracalnie naszej jakości życia, nie jest wyrokiem skazującym nas na rozpacz

Red.: Wróćmy więc do naszego początkowego pytania: czym jest stomia?

T.B.: Stomia jest modyfikacją anatomii dokonaną przez chirurga. Jest wentylem bezpieczeństwa, w sytuacjach gdy wytwarzamy stomię czasową lub też niezbędną drogą ewakuacji stolca, gdy musimy usunąć zwieracze i wyłonić stomię na stałe. Jest oczywiście pewnego rodzaju odmiennością, ale czy odmienność to coś czego tak bardzo się boimy? Chyba nie do końca, Inne nie znaczy bowiem absolutnie złe, ocena czym jest ta odmienność zależy od szeregu uwarunkowań społecznych, kulturowych itd. Czasem dążenie do odmienności przybiera trudne do zrozumienia rozmiary, jak na przykład wśród kobiet z plemienia Karen, zamieszkujących rejony trzech prowincji Tajlandii: Mae Hong Son, Chiang Mai oraz Chiang Rai. Kobiety te od najmłodszych lat zakładają sobie na szyję metalowe obręcze, z każdym kolejnym rokiem coraz więcej wydłużając swoje szyje do niezwykłych długości – stąd spotykana nazwa: kobiety-żyrafy. W pewnym momencie szyja wydłuża się na tyle, iż znacząco osłabia to stabilność kręgosłupa szyjnego i kobiety te bez obręczy duszą się – obręcze stają się niezbędne do życia. Proszę więc zobaczyć – nie tylko odmienność, ale niepełnosprawność, konieczność stałego noszenia ciężkich metalowych obręczy, żeby się nie udusić, efekt „kosmetyczny" niezbyt piękny prawie dla wszystkich, którzy nie są członkami plemienia a jednak jest to marzenie każdej kobiety z pelmienia Karen, by mieć szyję jak najdłuższą i jak najwięcej obręczy. Nie trzeba zresztą szukać daleko. Takie zjawiska jak piercing czy tatuaż to też pewna forma „okaleczenia", naruszenie ciągłości tkanek, uraz skóry tkanki podskórnej. I co? Boimy się tego panicznie? Część z nas zapewne tak, część jednak gotowa jest zapłacić sporą sumę za często dość groteskową w odbiorze innych ozdobę. Stomia jest więc, porównując to z innymi przykładami „odmiennością" nie taką wielką, łatwą do kontrolowania i w związku z tym do akceptacji.

Red.: Skoro sama „odmienność" jest akceptowalna, to może sam stres związany ze stomią, przede wszystkim jej wyłonieniem jest największym problemem?

T.B.: Nie będziemy może już rozwijać definicji stresu, bo to znowu długa dyskusja. Zastanówmy się jednak czym stres naprawdę jest. Według raportu Holmes-Rahe Life Stress Inventory 10 najbardziej stresujących sytuacji w życiu człowieka to w kolejności od największego stresu: śmierć partnera; rozwód; separacja; więzienie; śmierć osoby bliskiej; okaleczenie lub choroba; ślub; zwolnienie z pracy; ponowne małżeństwo; przejście na emeryturę. Dość zadziwiające, jednak poparte szeregiem innych publikacji dane. Okaleczenie lub choroba znajdują się na szóstym miejscu! Wszystkie te wcześniejsze, zresztą kolejne też, sytuacje, związane są ze zmianami, jednak takimi zmianami, na które nasz wpływ jest żaden, niewielki lub nieznany. Boimy się sytuacji, w których zostaniemy z problemem nierozwiązywalnym, jak śmierć osoby bliskiej lub też nie będziemy mogli w pełni decydować o sobie, czeka nas okres, w którym w jakimś sensie będziemy biernymi świadkami wydarzeń swojego życia, jak więzienie. Okaleczenie lub choroba stają się dla nas problemem tak naprawdę, gdy prowadzą do

Fot. Pete Souza | Wikimedia

Fot. Jim Campbell, Aero-News Network | Wikimedia.org

naszej bezradności, zależności od innych, nieumiejętności lub niemożności normalnego funkcjonowania. Boimy się sytuacji, w której znaleźliśmy się przymusowo, bez wpływu na nią, z częstym pytaniem: „dlaczego ja?". I tu tkwi sedno walki ze stresem, właśnie to wyraźne wyjaśnienie pacjentowi dlaczego on, dlaczego właśnie u niego stomia jest dobrym wyjściem. Bo przecież to jasne i oczywiste – nikt z lekarzy nie wyłania stomii na złość pacjentowi! Żaden z nich nie dąży, by zabieg skomplikować dodatkowymi czynnościami, jak wyłonienie stomii, jeśli nie ma takiej bezwzględnej potrzeby. Wciąż jednak, i tu musimy się do tego przyznać, są sytuacje, w której pacjent nie rozumie do końca potrzeby wyłonienia stomii, nie zna wszelkich zalet medycznych tej procedury, nie wie po prostu dlaczego stomię musimy wyłonić, aby uratować jego życie czy też poprawić komfort tego życia.

Red.: Czas więc na ważne pytanie – kiedy musimy wyłonić stomię?

T.B.: Wskazaniem wciąż bezdyskusyjnym, choć na szczęście coraz rzadszym, to nisko zlokalizowany rak odbytnicy czy też rak odbytu. Aby w całości usunąć chorobę musimy usunąć niestety również zwieracze i wyłonić stomię na stałe. Czasem działanie takie jest konieczne w nisko leżących guzach zapalnych, szczególnie w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna. Coraz częściej jednak wyłania się stomię czasową, stomię, która zabezpiecza przed potencjalnymi niezwykle groźnymi dla życia i zdrowia powikłaniami. Klasycznym przykładem jest wycięcie nisko leżących guzów odbytnicy gdy możemy „uratować" zwieracze, jednak zabieg jest na tyle skomplikowany, że musimy pozwolić wygoić się połączeniu jelit czyli zespoleniu i uniknąć nieszczelności tego zespolenia. Osiągamy to przez eliminację przechodzenia stolca przez ten obszar czyli właśnie stomię czasową, na kilka miesięcy. Inne wskazania to pozostałe duże zabiegi chirurgiczne w obrębie jelita grubego, jak usunięcie całego jelita i wytworzenie zbiornika jelitowego u chorych z zespołami polipowatości czy wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, sytuacje nagłe jak pęknięcie czyli perforacja guzów zapalnych, operacje przetok czy urazy, np. komunikacyjne. Stomia jest też czasem, choć rzadko, jedyną alternatywą leczniczą w znacznego stopnia nietrzymaniu stolca czy bardzo ciężkich zaparciach.

Red.: Czyli stomia może być „darem", możemy dzięki niej wygrać z chorobą, poprawić jakość swojego życia, uniknąć powikłań?

T.B.: Tak, właśnie w takim ujęciu warto spojrzeć na stomię. Jak na pewną „cenę", którą musimy czasem zapłacić by żyć. Cenę za nasze życie, która przecież może być najwyższa, a my i tak będziemy chcieli ją zapłacić. W walce o to by żyć, możemy poświęcić naprawdę wiele. Kilka miesięcy temu wszedł na ekrany film „127 godzin", opowiadający o wspinaczce Arona Ralstona w Blue John Canyon w stanie Utah. W trakcie samotnego wyjścia wielki kamień osunął się z góry i przycisnął przedramię wspinacza. Po rozpaczliwych próbach uwolnieniu i poczuciu, że nie może liczyć na niczyją pomoc (teren bezludny, wyjście w góry niezgłoszone nikomu) musiał podjąć dramatyczną decyzję, decyzję ile musi poświęcić, by przeżyć. Poświęcił swoje przedramię, przy czym sama decyzja nie kończyła problemu – on musiał je jeszcze sobie obciąć małym nożem... Proszę więc zobaczyć, ile możemy oddać, by jednak żyć. Życie bez ręki, które dla tego młodego człowieka jeszcze kilka dni wcześniej byłoby niewyobrażalnym dramatem, stało się jego celem. Bardzo, bardzo trudnym do realizacji. Aron jednak żyje, pracuje, potwierdza, iż życie warte było takiej ceny.
Ważna jest też oczywiście jakość życia, nasza ocena, na ile uważamy je za wartościowe, pełne, satysfakcjonujące. Warto przytoczyć bardzo dobre badanie prowadzone przez zespół

Odmienność nie musi być czymś nie do przyjęcia. Warto czasem przyjrzeć się światu, aby się o tym przekonać. Doskonałym przykładem może być Stephen Hawking – znany fizyk, który pomimo swego paraliżu nie wypadł z życia towarzyskiego (zdjęcia po lewej). Porównując z innymi przykładami stomia jest „odmiennością" nie taką wielką, łatwą do kontrolowania i akceptacji. Ludzie ze stomią są aktywni życiowo, prowadzą swoje blogi i publikują swoje zdjęcia w internecie (poniżej przykłady z Facebooka).

ZDJĘCIA: FACEBOOK.COM/CROHNSANDCOLITISUK

Jessica Grossman – to aktorka i modelka, u której w wieku 9 lat rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna, a w cztery lata później zdecydowano się usunąć chorą okrężnicę. Stała się ona twarzą akcji Uncoverostomy, której celem jest aktywizacja osób ze stomią.

Fot. grupodeapoyoeli.org

Profesora Marka Szczepkowskiego, opublikowane w Przeglądzie Epidemiologicznym w 2013 roku, gdzie ocenie jakości życia poddano bardzo dużą grupę 737 chorych ze stomią. Swoją jakość życia jako bardzo dobrą lub dobrą określiło 59% pacjentów ze stomią. Jakość życia pacjentów ze stomią, oceniana w trzy miesiące od wyłonienia stomii, była wyższa w porównaniu do grupy typowych pacjentów hospitalizowanych na oddziale internistycznym! A więc stomia nie jest jakimś nadzwyczajnym dramatem, musimy po prostu rozumieć jej potrzebę, akceptować taki model leczenia, wiedzieć co czeka nas po jej wyłonieniu, wiedzieć jak sobie z tym radzić oraz, co ważne, gdzie i kiedy uzyskać wsparcie?

Red.: No właśnie, czy pacjent ze stomią może uzyskać wsparcie? Czy może liczyć na pomoc nie tylko medyczną, ale też, na przykład, innych pacjentów?

T.B.: Tak, oczywiście. Na szczęście możemy użyć określenia „oczywiście", bo ilość możliwości wsparcia jest w Polsce coraz większa. Od dawna istniej i prężnie działa Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO, zrzeszające chorych ze stomią, ale również pielęgniarki stomijne i osoby ze środowiska medycznego. POL-ILKO działa oficjalnie od roku 1987 (data rejestracji), ale już w roku 1979 odbyło się pierwsze nieoficjalne spotkanie środowiska stomijnego – pacjentów, lekarzy, pielęgniarek. Odbyło się ono w Klinice, w której obecnie pracuję, z inicjatywy Profesora Romana Górala. Brali w nim również udział młodzi wtedy lekarze jak Michał Drews, Piotr Krokowicz czy Jacek Szmeja. Wszyscy oni są dziś znanymi, cenionymi profesorami chirurgii, nadal zajmującymi się problemami stomii na codzień. Są też inne organizacje, jak aktywnie działające Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelit „J-elita", czy wspierająca również stomików Fundacja im. dr Macieja Hilgiera. Są wreszcie akcje medialne, społeczne mające na celu „odczarowanie" stomii, pokazanie, że można z nią żyć, można cieszyć się życiem, można po latach być szczęśliwym, że stomia została wyłoniona w porę. Przykładem może być aktualnie prowadzona Kampania „STOMAlife. Odkryj stomię" (www.stomalife.pl), która w wielu aspektach stara się z jednej strony popularyzować stomię, z drugiej zaś ułatwić życie stomikom.

Red.: Może więc na koniec raz jeszcze – czym jest stomia.

T.B.: Stomia to drzwi, drzwi otwierające się w kierunku nowego życia, życia bez choroby, lepszego życia. To nowy rozdział w życiu, którego treść nie zależy od posiadania stomii lub nie, a od nas – naszego podejścia i umiejętności akceptowania pewnych sytuacji. Stomia niczego nie kończy, niczego nie zamyka. Stomia jest naszym nowym otwarciem, jest możliwością prowadzenia normalnego życia, cieszenia się nim. Stomia nie jest wrogiem. Lepiej traktować ją jako przyjaciela, dzięki któremu żyjemy. A że czasem przyjaciel nie jest najpiękniejszy albo potrafi nas zirytować? Przecież to się zdarza z najlepszymi przyjaciółmi...

Red.: Dziękujemy za rozmowę. ❖

STOMAlife
ODKRYJ STOMIĘ

Poradnie stomijne

NIE WYMAGAMY SKIEROWANIA

Zapraszamy do nowo otwartych poradni stomijnych stworzonych przez profesjonalistów z myślą o niesieniu pomocy osobom z wyłonioną stomią oraz ich opiekunach.

Zapewniamy długoterminową opiekę medyczną w zakresie:
- Okresowej kontroli stomii i stanu skóry.
- Leczenia zmian dermatologicznych wokół stomii.
- Rozwiązywania problemów związanych z trudną stomią – podciekanie, wypadanie stomii.

W naszej poradni uzyskacie także Państwo informacje na temat:
- Optymalnego dopasowania sprzętu stomijnego.
- Prawidłowej wymiany sprzętu stomijnego.
- Zasad, których należy przestrzegać aby zapobiec ewentualnym powikłaniom.
- Prawidłowej i samodzielnej pielęgnacji stomii i skóry wokół stomii.
- Sposobu dbania o skórę wokół stomii.
- Właściwej diety, zapewniającej optymalne odżywianie się i komfort funkcjonowania, aktywności fizycznej, podróżowania oraz inne.
- Zasad i sposobu refundacji sprzętu stomijnego.

Adres najbliższej poradni możesz sprawdzić na stronie www.stomalife.pl lub pod numerem 800 633 463.

W każdym momencie możesz także przesłać swoje pytanie poradnia@stomalife.pl

www.stomalife.pl • infolinia 800 633 463 • poradnia@stomalife.pl

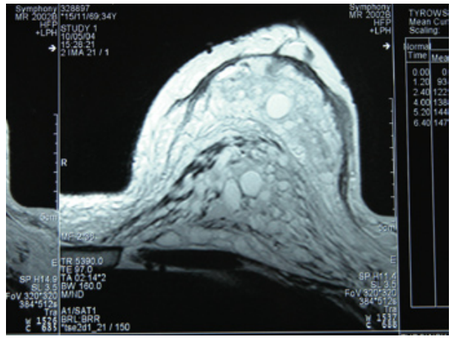
Fot. © SimpleFoto | Depositphotos.com

Profilaktyczna amputacja piersi

Podwyższone ryzyko zachorowania na raka piersi związane jest z wysoką predyspozycją dziedziczną wywołaną mutacjami w genach BRCA1 lub BRCA2. Grupa ta stanowi nie więcej jak 5–10% ogólnej populacji chorych na raka piersi. Możemy więc powiedzieć, że zaledwie u co dziesiątej–dwudziestej chorej rak piersi ma podłoże dziedziczne. Pozostałe 90–95% raków nie zostało odziedziczonych i powstały w wyniku spontanicznej mutacji.

PROF DR HAB MED. JANUSZ JAŚKIEWICZ
Kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej, UCK, Gdańsk

Ryzyko zachorowania na raka piersi u nosicielek mutacji w genach BRCA1/BRCA2 zależne jest od wieku W grupie kobiet do 40 roku życia wynosi dla BRCA1 21% a dla BRCA2 17%, natomiast po 80. roku życia wzrasta w obu grupach do ponad 80%. U nosicieli mutacji w genach BRCA1/BRCA2 równocześnie wzrasta 2–3-krotnie ryzyko zachorowania na inne nowotwory: macicy, otrzewnej, przewodu pokarmowego, czerniaka, białaczki i chłoniaki. Wywiad rodzinny jest najważniejszym czynnikiem, na podstawie którego kwalifikuje się kobiety do badań molekularnych w kierunku wykrycia mutacji w genach BRCA. Zalicza się tu kobiety z obciążeniem rodzinnym: zachorowanie na raka piersi (wśród krewnych pierwszego stopnia: rodzeństwo-rodzice-dzieci) przed czterdziestym rokiem życia i mnogie zachorowania na raka piersi i/lub jajnika w rodzinie (wśród drugiego pokolenia: dziadkowie, rodzeństwo rodziców, wnuki). Kwalifikacje do badań molekularnych w kierunku wykrycia mutacji w genach BRCA powinny odbywać się w poradniach genetycznych a w przypadkach wykrycia mutacji kobiety powinny być konsultowane w poradniach profilaktyki nowotworowej.



Obraz zmian morfologicznych w mammografii po wstrzyknięciu płynnego silikonu (okrągłe torbielki z płynem) wykonanym ze wskazań estetycznych. Chora została zakwalifikowana na tej podstawie do PM.

Wskazania do profilaktycznej mastektomi (PM)

Wskazanie	Wartość wskazania
mutacja genu BRCA1/BRCA2	++++
obciążenie rodzinne	+++
podejrzane zmiany morfologiczne w piersi	++
mammografia nie nadająca się do oceny	+
łącznie 1+2+3+4	++++++

Nie ma bezwzględnych wskazań do profilaktycznej amputacji piersi (PM). Pojęcie „obciążenia rodzinne" obejmuje stwierdzenie w wywiadzie dwóch raków piersi (lub jednego raka piersi i dwóch raków jajnika) u członków rodziny w zakresie pierwszego stopnia pokrewieństwa. Pod pojęciem „podejrzanych zmian morfologicznych w piersi" rozumie się rozpoznanie na podstawie wcześniejszych wycięć diagnostycznych: nasilona dysplazja, atypowa hiperplazja przewodowa, atypowa hiperplazja zrazikowa, rak zrazikowy in situ, rak przewodowy in situ. Pojęcie „mammografia niemożliwa do oceny" obejmuje obraz „mlecznej szyby", rozlane zwłóknienia, zbliznowacenia oraz niecharakterystyczne makro- i mikrozwapnienia.

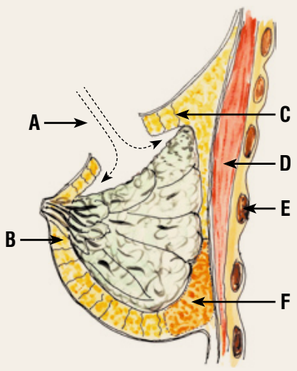
PM wykonana z cięcia skórnego przez otoczkę brodawki piersiowej. Kolejno zdjęcia: czołowe, boczne lewe i boczne prawe

PM wykonana z cięcia skórnego poniżej otoczki brodawki piersiowej

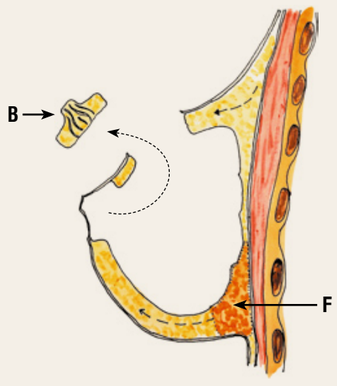
PM wykonana z cięcia skórnego przez otoczkę brodawki piersiowej. Kolejno zdjęcia: czołowe, boczne lewe i boczne prawe

Zabieg profilaktycznej mastektomii (profilaktycznej amputacji piersi)

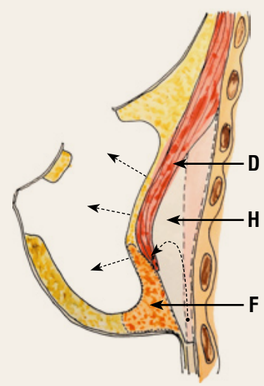
Profilaktyczna amputacja nie daje całkowitej ochrony przed zachorowaniem na raka piersi. Z tego powodu nazywa się ją amputacją redukującą ryzyko zachorowania. Zabieg ten proponuje się chorej po wykorzystaniu innych metod zapobiegawczych. Wymaga on świadomej zgody pacjentki i obejmuje między innymi wieloetapową i rozłożoną w czasie informację (często z udziałem najbliższej rodziny), udostępnienie w formie drukowanej odpowiednio przygotowanych materiałów informacyjnych (dotyczących powikłań, możliwości niezadowalających efektów estetycznych, ograniczeń zabiegu itp.) i podpisanie odrębnego formularza zgody na zabieg. Profilaktyczna amputacja u nosicielek mutacji BRCA może być uzupełniona profilaktycznym usunięciem przydatków.
Szczególną formą profilaktycznej amputacji jest amputacja przeciwległej piersi u chorej po przebytym leczeniu i amputacji z powodu raka piersi. Podczas profilaktycznej amputacji należy dążyć do maksymalnie doszczętnego usunięcia gruczołu z zachowaniem szczególnej staranności przy jego preparowaniu w obrębie ogona Spence'a (fragment gruczołu najbliżej pachy). ❖



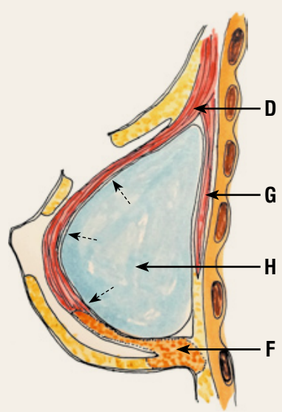
Amputacja podskórna gruczołu piersiowego (gruczoł oznaczony kolorem seledynowym).
A – cięcie skórne i preparowanie gruczołu
B - margines pod brodawką
C – tkanka tłuszczowa podskórna
D – mięsień piersiowy większy
F – fałd podsutkowy



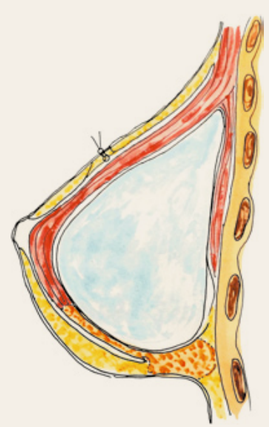
Stan po usunięciu gruczołu.
Dodatkowo usuwamy margines tkanek poniżej skóry brodawki sutkowej (B)



Przygotowanie miejsca na wszczepienie implantu (H) pod mięśniem piersiowym większym (D)



Wprowadzenie implantu (H) pod mięsień piersiowy większy (D). G – Mięsień piersiowy mniejszy



Stan po zeszyciu skóry.
Implant jest otoczony mięśniami

sysmex

Dokładna lokalizacja węzłów wartowniczych **bez promieniowania?** Moja decyzja: **SentiMag®**

NAJNOWSZE ROZWIĄZANIA:

- Procedura SLNB może być wykonywana wszędzie, przez każdego przeszkolonego lekarza specjalistę
- Technika bazuje na zdobytych wcześniej umiejętnościach
- Wyeliminowany problem materiałów radioaktywnych
- Chirurg w pełni kontrolujący procedurę SLNB
- Ultraczuła detekcja i lokalizacja węzłów chłonnych wartowniczych
- Bezpieczny i łatwy do przechowywania znacznik Sienna+® o długim okresie półtrwania
- SentiMag® oraz Sienna+® to system do lokalizacji SLN oznaczony znakiem CE

www.sysmex-lifescience.com
www.sysmex.pl

Shaping the Advancement of Healthcare

Partner dystrybucyjny w Polsce: Sysmex Polska Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 176, 02-486 Warszawa, Polska · Tel. +48 22 5728400 · Faks +48 22 5728410 · info@sysmex.pl · **www.sysmex.pl**
Partner dystrybucyjny: Sysmex Europe GmbH Bornbarch 1, 22848 Norderstedt, Niemcy · Tel. +49 40 52726-0 · Faks +49 40 52726-100 · info@sysmex-europe.com · **www.sysmex-europe.com**
Producent: Endomagnetics Ltd 325 Cambridge Science Park, Milton Road, Cambridge, CB4 OWG, Wielka Brytania

DIAGNOSTYKA

Ocena stanu regionalnych węzłów chłonnych w zabiegach onkoplastycznych

Stan regionalnych węzłów chłonnych jest jednym z kryteriów określających postępowanie terapeutyczne w przypadku wielu nowotworów, w tym także raka piersi. Ma to szczególne znaczenie w przypadku planowania wykonania zabiegów ablacyjnych piersi (amputacji piersi) z jej jednoczasową rekonstrukcją (zabiegi onkoplastyczne).

Pierwszej oceny węzłów chłonnych dokonuje się poprzez badanie lekarskie, jednak może ono być niemiarodajne. Należy wówczas wykonać dodatkową ocenę węzłów z użyciem ultrasonografii.

Fot. © photographee.eu | Depositphotos.com

Podstawową sprawą w kwalifikacji do leczenia raka piersi jest określenie stopnia zaawansowania miejscowego guza, ocena parametrów guza, stan węzłów chłonnych. Do tego celu służą badania obrazowe (mammografia, USG, rezonans magnetyczny) biopsja grubo-igłowa guza i badanie przez lekarza. Oceny węzłów chłonnych dokonuje się poprzez badanie lekarskie, jednak może ono być niemiarodajne w przypadku otyłości. Wówczas należy wykonać dodatkową ocenę węzłów z użyciem ultrasonografii. Jeśli węzły są powiększone i zawierają przerzuty raka, należy je usunąć (limfadenektomia). Jeśli żadne badanie nie budzi podejrzeń co do obecności przerzutów, węzły należy ocenić wykonując biopsję chirurgiczną węzła „wartowniczego". Tak nazywany jest pierwszy węzeł na drodze naczyń chłonnych biegnących od guza nowotworowego. Jeśli obecne są przerzuty raka piersi do układu chłonnego, to w 99% będą one obecne w węźle „wartowniczym".

Biopsję wykonuje się używając znacznika izotopowego lub magnetycznego, w skojarzeniu ze znacznikiem barwnikowym. Znacznik podawany podskórnie jest przy otoczce lub pod otoczkę brodawki sutkowej i po około 15–30 minutach wykonuje się nacięcie na skórze nad dołem pachowym. Po znalezieniu węzła „wartowniczego" za pomocą specjalistycznego sprzętu oceniającego promieniowanie gamma (metoda izotopowa) lub pola magnetycznego (metoda paramagnetyczna) i jego wycięciu, przesyłany jest on do badania histopatologicznego, które określa, czy jest on wolny od przerzutów. Jeśli tak jest, nie ma wskazań do usuwania pozostałych węzłów chłonnych pachy.

Dlaczego ocena stanu regionalnych węzłów chłonnych jest tak ważna w zabiegach onkoplastycznych?

Usunięcie regionalnych węzłów chłonnych z dołu pachowego w raku piersi z powodu obecności przerzutów może wiązać się z wystąpieniem powikłań obrzękowych ręki po stronie operowanej a także obrzęku skóry, pozostawionej po podskórnym usunięciu tkanki gruczołowej (tzw. mastektomia podskórna). Może to wpływać niekorzystnie na gojenie się rany, szczególnie gdy jednoczasowo wszczepi się implant.

Wczesne przerzuty do węzłów „wartowniczych" mogą być leczone za pomocą radioterapii, ale jedynie wówczas, gdy wykonuje się leczenie oszczędzające pierś (ang. BCT – Breast Conserving Treatment). Wtedy, wykonując radioterapię piersi, jako standardowe leczenie uzupełniające, dodatkowo napromieniane jest pole pachy, obejmujące regionalne węzły chłonne. Gdy usuwany jest cały gruczoł piersiowy, nie stosuje się wówczas standardowej radioterapii, obejmującej także pole dołu pachowego gdzie są węzły chłonne, i w związku z tym w przypadku stwierdzenia wczesnych zmian przerzutowych w węzłach „wartowniczych należy wykonać wycięcie całej grupy węzłów regionalnych z pachy. A to związane jest z możliwością powikłań obrzękowych kończyny.

Jak więc postępować w przypadku planowania zabiegów onkoplastycznych, biorąc pod uwagę stopień zaawansowania guza piersi i ocenę regionalnych węzłów chłonnych pachy?

Czasami podjęcie decyzji jest bardzo trudne i zależy od wielu różnych czynników. W związku z tym decyzje o planowanym zakresie operacji w raku piersi są podejmowane wieloosobowo i wielodyscyplinarnie. W zespole takim musi być chirurg, onkolog, radiolog i patolog. O decyzji i możliwych rozwiązaniach leczniczych musi być poinformowana sama chora, która ma wtedy pełną świadomość, dlaczego i na jaki rodzaj zabiegu wyraża zgodę. Dopiero wówczas jest to tak zwana „świadoma zgoda na zabieg". ❖

DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI
KLINIKA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Fot. © imagepointfr | Depositphotos.com

Rak pęcherza moczowego

– jak zapobiec, rozpoznać i leczyć

Rak pęcherza moczowego jest najczęstszym nowotworem układu moczowego i dziewiątym najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym na świecie. Każdego roku o jego istnieniu dowiaduje się 380.000 osób, głównie mężczyzn (u których stwierdzany jest aż czterokrotnie częściej niż u kobiet). Niestety, mimo dokonującego się szybkiego postępu w niemal wszystkich dziedzinach medycyny, w ciągu ostatnich 30 lat nie udało się obniżyć śmiertelności związanej z rakiem pęcherza. Z jego powodu każdego roku umiera 150 tysięcy chorych.

Bez wątpienia najważniejszym i najlepiej udowodnionym czynnikiem ryzyka wystąpienia raka pęcherza jest palenie tytoniu. Szacuje się, że aktualnie na całym świecie jest 1,2 mld czynnych palaczy, spośród których każdego roku 700 tys. umiera na nowotwory złośliwe... i chociaż dzięki licznym akcjom reklamowym prawie wszyscy (bo aż 98%) świadomi są zwiększonego ryzyka zachorowania na raka płuc, to tylko co trzecia uzależniona osoba zdaje sobie sprawę, że paląc tytoń naraża się także na inne nowotwory, jak rak pęcherza czy rak nerki. Tymczasem szacuje się, że aż 50–65% przypadków zachorowań na raka pęcherza u mężczyzn i 20–30% u kobiet powodowanych jest właśnie przez palenie papierosów. Ryzyko wystąpienia raka rośnie wraz z czasem palenia i liczbą wypalanych dziennie papierosów, i jest wyższe u osób, które zaczynają palić w młodym wieku. Niektóre badania wykazały ponadto wpływ palenia na zaawansowanie choroby (guzy pęcherza u osób palących mają statystycznie większe rozmiary i nieco wyższy stopień złośliwości) oraz odpowiedź pacjentów na leczenie – różnica w 10-letnim przeżyciu zależnym od nowotworu między osobami niepalącymi i palącymi poddanymi zabiegowi usunięcia pęcherza wynosi aż 14% (odpowiednio 66% u osób niepalących lub 52% u nałogowych palaczy). Osoby z mniej zaawansowaną postacią choroby rzucając palenie zyskują natomiast korzyść np. w postaci wydłużenia czasu wolnego od nawrotu choroby.

Jak więc wynika z powyższych informacji, rzucenie palenia w każdym momencie korzystnie wpływa na stan zdrowia. U ludzi, którzy decydują się na zerwanie z nałogiem, obserwuje się natychmiastowy spadek ryzyka zachorowania na raka pęcherza. Ryzyko to maleje odpowiednio o 40% u osób które rzuciły palenie w ciągu ostatnich czterech lat i o 60% u osób niepalących powyżej 25 lat. Niestety znaczna część lekarzy i ponad połowa urologów (55,6%) nigdy nie podejmuje tematu rzucenia palenia ze swoimi pacjentami...

Drugim najważniejszym czynnikiem wystąpienia raka pęcherza, wg niektórych badań odpowiadającym za powstanie 20–25% zachorowań, jest narażenie zawodowe na różnego rodzaju środki toksyczne. Szkodliwe są przede wszystkim pochodne benzenu i aminy aromatyczne, na których działanie narażone są osoby pracujące m.in. przy produkcji farb, barwników, gum, skór czy chemikaliów. Na szczęście, dzięki zaostrzającym się wymogom bezpieczeństwa pracy, czynnik ten odgrywa coraz mniejszą rolę.

> **U ludzi, którzy decydują się na zerwanie z nałogiem, obserwuje się natychmiastowy spadek ryzyka zachorowania na raka pęcherza.**

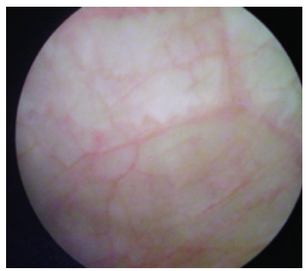
Wśród innych przyczyn mogących mieć wpływ na rozwój raka pęcherza wymienić należy m.in. przebytą radioterapię (2–4-krotny wzrost względnego ryzyka) lub chemioterapię, przewlekłe lub nawracające zakażenia układu moczowego (2-krotny wzrost ryzyka) czy rozpoznaną schistosomatozę – będącą drugą pod względem częstości (po malarii) infekcją pasożytniczą...z którą na szczęście nie spotykamy się w codziennej praktyce klinicznej w naszej szerokości geograficznej. Nie bez znaczenia pozostają też czynniki takie jak: wspomniana już wyżej płeć chorego; dieta – chociaż dowody na ten temat są ograniczone, istnieją badania potwierdzające, że regularne spożywanie owoców i warzyw zmniejsza ryzyko rozwoju raka pęcherza, podczas gdy częste jedzenie mięsa i jego przetworów może nieznacznie je podwyższać; czynniki społeczno-ekonomiczne – niższy status społeczny wiąże się m.in. z krótszym czasem przeżycia od momentu rozpoznania choroby, czy czynniki genetyczne – obciążony wywiad rodzinny w kierunku raka pęcherza wśród krewnych pierwszego stopnia zwiększa ryzyko zachorowania.

Rozpoznanie

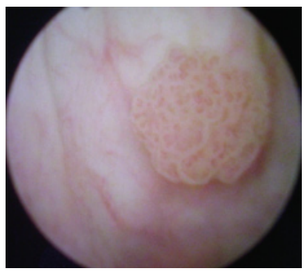
Krwiomocz bez towarzyszących dolegliwości bólowych jest najczęstszym (chociaż nie charakterystycznym) objawem sugerującym obecność raka pęcherza, stąd nawet pojedynczy jego epizod nie może być zlekceważony i wymaga wykonania kontrolnej cystoskopii (patrz zdjęcia poniżej) celem potwierdzenia bądź wykluczenia procesu nowotworowego. Podobne postępowanie zalecane jest także u pacjentów, u których na podstawie wykonanych badań obrazowych (USG lub TK) stwierdza się pogrubienie ściany pęcherza moczowego lub obecność mas patologicznych w jego świetle.

W razie dodatniego wyniku cystoskopii, przez co rozumiemy potwierdzenie obecności zmian w pęcherzu moczowym podejrzanych o proces nowotworowy, pacjent zakwalifikowany zostaje do ich wycięcia w czasie małoinwazyjnego zabiegu przezcewkowej resekcji guzów pęcherza – w skrócie TURB-T (od ang. TransUrethral Resection of Bladder Tumours). Usunięte tkanki

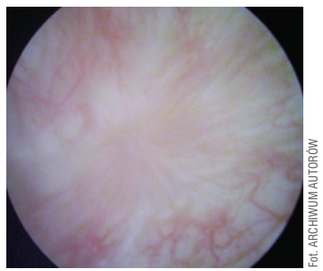
Przykładowe obrazy uzyskiwane w czasie cystoskopii



Prawidłowa śluzówka pęcherza moczowego



Widoczna w obrębie błony śluzowej uniesiona, bogatokosmkowa zmiana – bardzo podejrzana o proces nowotworowy



Prawidłowo wygojona blizna po zabiegu TURB-T

Fot. ARCHIWUM AUTORÓW

przekazywane są następnie do badania histopatologicznego, na podstawie którego możliwe staje się postawienie jednoznacznej diagnozy, ocena stopnia zaawansowania choroby oraz podjęcie decyzji co do dalszego postępowania terapeutycznego.

Leczenie

W dużym uproszczeniu leczenie raka pęcherza moczowego podzielić można w zależności od głębokości nacieku ściany pęcherza na dwa rodzaje.

Leczenie mniej zaawansowanych guzów, w których naciek nowotworowy obejmuje jedynie błonę śluzową i tkankę podśluzową, polega przede wszystkim na regularnie powtarzanych cystoskopiach i zabiegach TURB-T. Zdecydowanym plusem takiego postępowania jest jego mała inwazyjność, stosunkowo niewielka liczba działań niepożądanych oraz szybki okres powrotu do „zdrowia", z czym wiąże się także krótki okres pojedynczej hospitalizacji. Dodatkowo w celu zmniejszenia ryzyka miejscowej wznowy, u niektórych pacjentów stosuje się immunoterapię w postaci serii wlewek dopęcherzowych z BCG (od Bacillus Calmette-Guérin czyli szczepionki przeciwko gruźlicy).

Leczenie bardziej zaawansowanych postaci raka pęcherza moczowego, w których zmienione nowotworowo komórki naciekają co najmniej warstwę mięśniową pęcherza, jest dużo bardziej inwazyjne i kwalifikują się do niego jedynie chorzy w dość dobrym stanie ogólnym. Polega ono na wykonaniu kilkugodzinnego zabiegu operacyjnego, w czasie którego chirurg najpierw usuwa pęcherz moczowy wraz z okolicznymi węzłami chłonnymi (i gruczołem krokowym u mężczyzn), a następnie odtwarza drogi wyprowadzające mocz przy pomocy 1 z 3 metod: wytworzeniu zastępczego pęcherza jelitowego (operacja metodą Studera), bezpośrednim połączeniu moczowodów ze skórą (tzw. cutaneostomia) lub pośrednim – poprzez krótką wstawkę z fragmentu jelita cienkiego (odprowadzenie moczu metodą Brickera – **zdjęcie po lewej**). Niektórzy pacjenci, oprócz zabiegu operacyjnego, wymagają dodatkowo chemioterapii uzupełniającej.

Fot. archiwum autorów

Pacjent po operacji usunięcia pęcherza moczowego i odtworzeniu dróg moczowych sposobem Brickera – wczesny okres pooperacyjny; od lewej widoczne: urostomia (czyli miejsce wyłonienia wstawki jelitowej na skórę), blizna pooperacyjna w fazie gojenia, dren (usuwany w ciągu kilku dni po zabiegu).

Wnioski

Rak pęcherza moczowego jest najczęstszym nowotworem układu moczowego i stanowi we współczesnym świecie poważny problem, zarówno zdrowotny – miedzy innymi ze względu na brak w medycynie postępów niosących za sobą poprawę przeżycia pacjentów, jak i ekonomiczny – z powodu wysokich kosztów leczenia przypadających na pojedynczego chorego.

Z powyższych względów ogromne znaczenie ma ograniczenie czynników ryzyka – przede wszystkim uświadomienie społeczeństwa o skutkach palenia tytoniu i jego niepodważalnym związku z rozwojem choroby, a także przedstawienie korzyści, jakie niesie za sobą zerwanie z nałogiem.

U pacjentów z podejrzeniem raka pęcherza moczowego konieczne jest wdrożenie szybkiej diagnostyki i ewentualnie leczenia, ponieważ uchwycenie procesu nowotworowego w początkowym stadium zaawansowania daje choremu możliwość leczenia oszczędzającego pęcherz moczowy, a co za tym idzie zwiększa komfort jego życia. ❖

OPRACOWANIE:
DR HAB. MED. MARCIN MATUSZEWSKI
LEK. MED. KRZYSZTOF CZURAK
KATEDRA I KLINIKA UROLOGII GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Bibliografia

1. M. Babjuk (chair), A. Böhle, M. Burger, E. Compérat, E. Kaasinen, J. Palou, B.W.G. van Rhijn, M. Rouprêt, S. Shariat, R. Sylvester, R. Zigeuner: *Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer* (Ta, T1 and CIS). European Association of Urology 2014.
2. J.A. Witjes (chair), E. Compérat, N.C. Cowan, M. De Santis, G. Gakis, T. Lebrét, M.J. Ribal, A. Sherif, A.G. van der Heijden: *Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer.* European Association of Urology 2014.
3. R. Sosnowski, Ph.D., K. Przewoźniak: *The role of the urologist in smoking cessation: Why is it important?* (Review article). Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations 2014.
4. Riley, Gerald F. MSPH; Potosky, Arnold L. PhD; Lubitz, James D. MPH; Kessler, Larry G. ScD: *Medicare Payments from Diagnosis do Death for Elderly Cancer Patients by Stage at Diagnosis.* Med. Care 1995 Aug;33(8):828–841.
5. Li F, An S, Hou L, Chen P, Lei C, Tan W: *Red and processed meat intake and risk of bladder cancer: a meta-analysis.* Int J Clin Exp Med. 2014 Aug 15;7(8):2100–10. eCollection 2014.

INFORMACJA DLA PACJENTA:

Badanie tomograficzne w porównaniu z innymi metodami jest mało uciążliwe dla pacjenta. Jedyne nieprzyjemne doznania związane z badaniem, na jakie narażony jest pacjent, to bezpośrednio przed badaniem w pracowni tomografii komputerowej, wypełnianie powietrzem jelita grubego pacjenta.

Rozdęcie jelita przez gaz umożliwia wirtualną endoskopię wewnątrz światła przewodu pokarmowego. Badanie trwa od 15–30 minut. Diagnostyka odbywa się w dwóch pozycjach – na plecach oraz na brzuchu. Uzyskane obrazy są, za pomocą specjalnego oprogramowania na oddzielnych stacjach roboczych, przetwarzane w celu uzyskania obrazów wewnętrznej powierzchni ścian jelita. W przypadku nacieku poza ścianę jelita jest to badanie o największej czułości.

Wirtualna kolonoskopia uwidacznia odcinek od odbytnicy do kątnicy, czyli całe jelito grube pod warunkiem bardzo dobrego przygotowania się do badania.

Wynik obrazowania poza opisem lekarza radiologa Pacjent może otrzymać na płycie CD oraz rekonstrukcję w formie wydrukowanego zdjęcia.

Euromedic Pomorskie Centrum Medyczne
ul. Polanki 117 • 80-305 Gdańsk
tel. 58 552 28 10
fax 58 552 28 27
e-mail: mcm.gdansk@euromedic.pl

Euromedic Świętokrzyskie Centrum Medyczne
ul. Jagiellońska 72 • 25-734 Kielce
tel. 41 345 46 07 • 41 368 40 22
fax 41 368 43 69
e-mail: mcm.kielce@euromedic.pl

Euromedic Wrocławskie Centrum Medyczne
ul. Traugutta 116 • 50-420 Wrocław
tel. 71 789 03 46
fax 71 789 01 69
e-mail: mcm.wroclaw2@euromedic.pl

Więcej informacji na:
www.euromedic.pl
Znajdź nas na

EUROMEDIC Polska *Dla Twojego zdrowia*

WIRTUALNA KOLONOSKOPIA

www.euromedic.pl

Czynniki sprzyjające powstawaniu odleżyn i leczenie ran odleżynowych

MAŁGORZATA SZTENCEL
fizjoterapeuta

Odleżyny są poważnym problemem dla pacjentów ciężko i przewlekle chorych. Szczególną uwagą należy otoczyć pacjentów onkologicznych, którzy obok konsekwencji chemio- i radioterapii są narażeni na problemy związane z ubocznymi efektami leczenia, takimi jak np. powstawanie odleżyn.

Czynniki sprzyjające powstawaniu odleżyn u chorych onkologicznie można podzielić na dwie główne kategorie, z których wynikają problemy mogące bezpośrednio lub pośrednio wpłynąć na powstanie rany odleż nowej. Są to:

Czynniki wewnętrzne

- zły stan ogólny chorego
- zaburzenia świadomości
- długie unieruchomienie, porażenia, niedowład
- nietrzymanie moczu i stolca (z powodu braku kontroli ośrodkowej lub zaburzeń jelitowych)
- zniesienie lub osłabienie czucia bólu
- zły stan odżywiania (niedobory białka, witaminy C, cynku)
- brak wystarczającej ilości tkanki tłuszczowej (wzrost nacisku powierzchniowego na skórę)
- znaczna nadwaga, otyłość (zwiększa nacisk w tych miejscach, gdzie kość blisko sąsiaduje ze skórą)
- odwodnienie, niedokrwistość
- miażdżyca
- cukrzyca (upośledzenia mikrokrążenia oraz zaburzenia czucia)
- słaba perfuzja obwodowa
- współistnienie chorób, w których stosowana jest np. chemioterapia
- podeszły wiek (zagrożenie odleżyn pogłębia się wraz z wiekiem)

Czynniki wewnętrzne są zwykle uzależnione od stanu zdrowia pacjenta. Im większa ilość chorób współwystępujących, tym większe jest ryzyko tworzenia się ran odleżynowych.

Czynniki zewnętrzne

- działanie tak zwanych „sił ścinających" i tarcie (np. u chorego w pozycji półleżącej)
- ucisk, urazy, zakażenia
- zawilgocenie skóry (pot, mocz, mokra pościel)
- zła pielęgnacja (brak zmiany pozycji chorego, niedokładne mycie i osuszanie skóry), sfałdowana pościel i nieodpowiednia bielizna osobista, brak sprzętu przeciwodleżynowego
- schorzenia skóry, takie jak np. wypryski; sucha skóra, alergie
- brak wiedzy w zakresie profilaktyki odleżyn

Czynniki zewnętrzne, mające wpływ na tworzenie się ran odleżynowych, są niezależne od kondycji pacjenta; są uwarunkowane czynnikami otaczającymi.

Czas wystąpienia odleżyny uzależniony jest od stanu ogólnego pacjenta oraz stopnia narażenia na poszczególne czynniki ryzyka chorobowego.

Objawy związane z ryzykiem powstania odleżyn, jakie może zaobserwować sam pacjent lub jego bliscy

- początkowo niepozorne zaczerwienienie skóry, które pod wpływem ucisku blednie (przekrwienie)
- zaczerwienienie skóry, które pod wpływem ucisku nie blednie (stan zapalny)
- pęcherze naskórka, otarcia naskórka
- powstała na skutek zaniedbania rana, która się powiększa i pogłębia, dochodząc do tkanek leżących głębiej. Odleżyna może dochodzić nawet do mięśni, stawów, kości.

Należy zwracać szczególną uwagę na miejsca narażone na tworzenie się ran odleżynowych. O te okolice ciała staramy się dbać szczególnie (pięty, kość krzyżowa, potylica).

Bardzo ważna jest profilaktyka powstawania odleżyn, dzięki której możemy ich uniknąć.

Fot. © ginasanders | Depositphotos.com

Do podstawowych aspektów profilaktyki odleżyn należą:

- aktywność ruchową – samodzielna, ewentualnie z pomocą, jeśli stan pacjenta na to nie pozwala
- częste zmiany pozycji/co 1–2 godz., a nawet co 30 minut, dostosowane do stanu i potrzeb pacjenta, również w nocy (przy zmianie pozycji chorego staramy się unikać tarcia i pociągania za skórę, najlepiej gdy czynności te wykonują dwie osoby)
- profilaktyka przykurczy u pacjenta leżącego, który nie jest w stanie samodzielnie wykonać ruchu – ćwiczenia bierne (wykonywane przez fizjoterapeutę lub opiekuna), a jeśli jest to możliwe motywowanie pacjenta do ćwiczeń czynnych (wykonywanych samodzielnie)
- stosowanie sprzętu i materiałów przeciwodleżynowych, a także materacy zmiennociśnieniowych
- używanie bielizny i pościeli z materiałów naturalnych
- właściwa pielęgnacja (toaleta, natłuszczanie skóry, unikanie zanieczyszczenia skóry)
- dla pacjentów głównie siedzących polecane są poduszki przeciwodleżynowe i częste zmiany pozycji, częste podnoszenie się na rękach, samodzielnie lub z pomocą.

Jeśli pielęgnacja chorego będzie zgodna z zaleceniami lekarza czy pielęgniarki i w ścisłej współpracy z fizjoterapeutą, chory przewlekle unieruchomiony ma szansę uniknąć tworzenia się ran odleżynowych.

Chory przewlekle unieruchomiony ma szansę uniknąć tworzenia się ran odleżynowych. jeśli jego pielęgnacja przebiegać będzie we współpracy z fizjoterapeutą.

Leczenie odleżyn

Prawidłowe i skuteczne leczenie odleżyn zależy od ich stopnia w skali zaawansowania ran odleżynowych. Pozwala to dobrać właściwy opatrunek do stanu rany odleżynowej.

Właściwości dobrego opatrunku wykorzystywanego w leczeniu ran odleżynowych:

- utrzymuje dużą wilgotność na powierzchni rany
- nie przylega do rany, utrzymuje się bez problemu na ranie
- usuwa nadmiar wysięku
- nie przepuszcza bakterii
- utrzymuje odpowiednią temperaturę
- zapewnia prawidłową wymianę gazową
- jest nietoksyczny i niealergiczny
- ma odpowiednią wielkość, postać
- jest odporny na uszkodzenia, tarcie

Dobrze dobrany opatrunek i forma, w jakiej występuje, są ważne w procesie leczenia ran odleżynowych.

Istnieją różne rodzaje opatrunków stosowanych w leczeniu. Decyzję o ich zastosowaniu podejmowane są przez lekarzy i pielęgniarki.

Główne grupami opatrunków:

- Błony poliuretanowe
  - cienkie, elastyczne, przezroczyste
  - chronią przed infekcją, otarciem
  - pochłaniają gazy, nie przepuszczają woni
  - struktura pozwalająca na swobodne parowanie powierzchni
  - nie przepuszcza wody i bakterii z zewnątrz
  - może pozostawać na odleżynie do 14 dni
  - stopień odleżyn: I, II, III odleżyna „czysta"
- Hydrokoloidy
  - szczelnie izolują ranę
  - samoprzylepne
  - utrzymują odpowiednią temperaturę
  - przeciwdziałają wysychaniu
  - lekko kwaśny odczyn pod opatrunkiem powoduje napływ granulocytów wielojądrzastych hamujących wzrost bakterii
  - ułatwiają aktywność własnych enzymów rozpuszczających uszkodzone tkanki
  - kwaśne pH zmniejsza prężność tlenu pod opatrunkiem
  - wytwarzają miękki żel, który pozwala na migrację komórek
  - właściwości oczyszczające
  - chroni przed uciskiem, tarciem
  - opatrunek należy zmieniać co około 7 dni; resztki żelu w ranie wypłukuje się 0,9% NaCl
  - nie stosuje się przy nasileniu wysięku i przykrym zapachu
  - stopień odleżyn: I II, III – odleżyna „czysta"
- Hydrożele
  - zdolność do pochłaniania wysięku, dzięki galaretowatej masie
  - przezroczyste
  - utrzymują wysoką wilgotność rany
  - nawadniają ponownie tkankę martwiczą, ułatwiają procesy naturalnej autolizy i oczyszczania rany
  - opatrunek należy zmieniać co 12–24 godz., rany czyste co 3 dni
  - stopień odleżyn: III i IV

- Opatrunki z aktywnym węglem i srebrem
  - zmniejszają nieprzyjemny zapach
  - niska cytotoksyczność
  - działanie bakteriobójcze
  - działają około 7 dni
  - stopień odleżyn: III i IV
- Opatrunki piankowe, gąbki poliuretanowe
  - miękka, elastyczna pianka
  - izolacja termiczna rany
  - wysokie właściwości pochłaniające
  - właściwości oczyszczające
  - utrzymują wilgotność rany
  - przepuszczalne dla powietrza
  - utrzymujemy na ranie ok.1–4 dni
  - stopień odleżyn: III, IV
- Dekstranomery
  - zbudowany z kulistych ziaren polisacharydów, co w kontakcie z wysiękiem rany formuje miękki żel
  - duże właściwości pochłaniające
  - w leczeniu głębokich zainfekowanych ran
  - działanie około 24–48 godzin
  - stopień odleżyny: III i IV
- Antyseptyki
  - dobrze usuwają tkanki martwicze, ale uszkadzają zdrowe nowo powstałe komórki, powodując opóźnienie gojenia
  - działanie przeciwbakteryjne
  - stopień odleżyny: I–IV

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

- Opatrunki alginianowe
  - bardzo miękkie cienko sprasowane algi
  - duże właściwości pochłaniające
  - w kontakcie z dnem rany tworzy żel
  - nie stosujemy na suche odleżyny lub z objawami zakażenia
  - używamy do czystych, płaskich, obficie wydzielających odleżyn
  - stopień odleżyn: III i IV – bez martwicy
- Środki enzymatycznie oczyszczające
  - rozpuszczają martwicę
  - stosuje się 1 raz dziennie cienką warstwę ok.1–2 mm
  - nie działają na prawidłowy nabłonek, tkankę tłuszczową i mięśnie
  - stopień odleżyny: III i IV

Opatrunek powinien być założony zgodnie z procedurami. Czynności pielęgnacyjne i fizjoterapeutyczne są wówczas bardzo ułatwione. Jest wtedy pewność, że podczas zmian pozycji, ćwiczeń, czy też podstawowej pielęgnacji chorego, nic nie będzie przeszkadzało, uciskało, czy powodowało tarcia skóry chorego.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż przy leczeniu odleżyn również bardzo ważne jest:

- kontrola bólu w przypadku chorego leżącego lub znajdującego się długotrwale w innej, wymuszonej pozycji mogącej prowadzić do powstania odleżyn
- uzupełnienie niedoborów pokarmowych (głównie białka) i niedoborów witamin (żelaza i witaminy C)
- kontrola poziomu glukozy w przypadku cukrzycy
- kluczowy w przeciwdziałaniu powstawania odleżyn jest ruch, w tym szczególnie częste zmiany pozycji chorego, wykorzystanie sprzętu przeciwodleżynowego, w tym materacy zmiennociśnieniowych i podkładek pod pięty, łokcie, a także inne części ciała zagrożone odleżyną
- właściwa pielęgnacja i ciągłe monitorowanie ciała osoby obłożnie chorej i przeciwdziałania pierwszym sygnałom związanym z możliwością powstania odleżyn, do których można zaliczyć zaczerwienienie, przekrwienie części ciała narażonej na szczególny nacisk lub kontakt z podłożem, a także obrzęk.

Warto na koniec zaznaczyć, iż leczenie ran odleżynowych u pacjentów obłożnie chorych możemy też uzupełnić o metody tradycyjne, znane z domowych sposobów przeciwdziałania tego rodzaju schorzeniom, a także z ziołolecznictwa. Należy do nich leczenie lnem – w tym szczególnie przydatne w przeciwdziałaniu i leczeniu odleżyn opatrunki lniane. Te opatrunki, wykonane z grubo tkanego lnu, wzbogaconego o antyoksydanty mogą być bardzo skutecznym sposobem walki z pierwszymi objawami odleżyn i bez konieczności specjalistycznych opatrunków. Mogą być one wykorzystywane przez opiekunów rodzinnych. Każdy z opiekunów osoby obłożnie choryej powinien zrobić wszystko, by wobec wielu trudnych efektów ubocznych leczenia onkologicznego uniknąć lub zminimalizować bolesne dla chorego rany związane z odleżynami. Można tego dokonać, gdy sam chory, a także opiekunowie rodzinni współpracują z pielęgniarkami, fizjoterapeutami, lekarzami i innymi osobami zaangażowanymi w proces leczenia i opieki. ❖

OPRACOWANIE: MAŁGORZATA SZTENCEL
FIZJOTERAPEUTA

Fot. © WebStudio24h | Depositphotos.com

PROFILAKTYKA RAKA PIERSI

Samobadanie piersi

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem kobiet polskiej populacji. Profilaktyka onkologiczna jest niezwykle istotna w odniesieniu do wszystkich nowotworów. Tu, z uwagi na coraz większą liczbę notowanych zachorowań, ale i na bieżąco unowocześniane możliwości diagnostyki obrazowej, warto zwrócić szczególną uwagę na badania przesiewowe i inne działania celem wcześniejszego wykrywania i skuteczniejszego leczenia raka piersi.

Samobadanie piersi jest podstawowym, najprostszym elementem w procesie wczesnego wykrywania raka piersi. Samobadanie piersi każda kobieta powinna wykonywać co miesiąc, kobietom w okresie rozrodczym zaleca się by miało to miejsce każdym razem tego samego dnia cyklu (najlepiej w okresie od czwartego do siódmego dnia po miesiączce), natomiast panie po menopauzie w dowolnie wybranym dniu, jednak tak aby zachować stałą częstotliwość badania (np. dziesiątego dnia miesiąca, co czwartą niedziel, itp.). Każda kobieta najlepiej zna swoje ciało, stąd skrupulatne badanie umożliwia wykrywanie nowych zmian i diagnostykę pogłębioną choroby w czasie, gdy jej stan zaawansowania stwarza duże szanse pełnego wyleczenia.

Samo badanie piersi składa się z dwóch etapów: oglądania oraz badania palpacyjnego (ręcznego). Kobieta powinna prowadzić badanie w warunkach umożliwiających pełne skupienie, z zachowaniem prywatności, spokoju, najlepiej wieczorem, bez pośpiechu.

W razie podejrzenia nowych zmian w piersi, pacjentka powinna zgłosić się do lekarza – onkologa bądź chirurga-onkologa, gdyż mają oni największe doświadczenie w badaniu kobiet w trakcie diagnostyki guzów piersi. Kolejnym krokiem są zazwyczaj badania obrazowe (ultrasonografia, mammografia), na podstawie których oceniana jest konieczność diagnostyki histopatologicznej i podejmowane są decyzje odnośnie leczenia chirurgicznego. ❖

OPRACOWANIE: LEK. MED. PAULINA CICHON

Objawy, które podczas samobadania powinny skłonić do pilnej wizyty u lekarza:

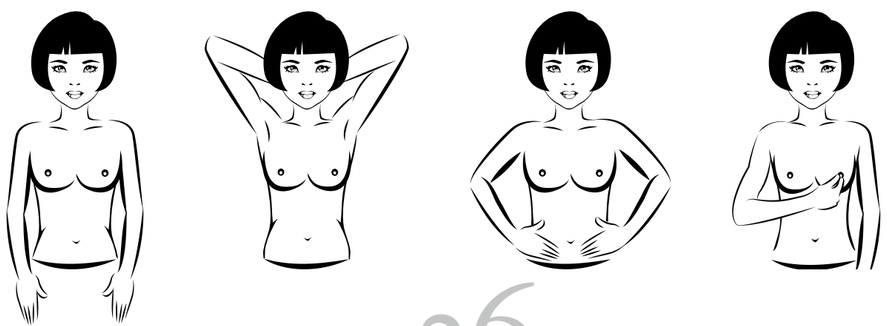
- pojawienie się badalnego stwardnienia, zgrubienia lub guzka w piersi
- badalny guzek w dole pachowym, obrzęk i ból okolicy pachowej
- wyciek z brodawki, zwłaszcza brunatny lub podbarwiony krwiście
- wciągnięcie brodawki jednej piersi wcześniej nieobserwowane
- nowo zauważone zmarszczenia skóry, zaciągnięcia, uwypuklenia, obraz "skórki pomarańczy", owrzodzenie powstałe samoistnie
- zmiany koloru skóry piersi, zwłaszcza gdy towarzyszy temu zaciągnięcie skóry, uwypuklenie, inne zmiany
- zmiany koloru otoczki i brodawki
- zmiany wielkości lub kształtu jednej piersi
- ból piersi samoistny bądź podczas badania

Jak przeprowadzać profilaktyczne badanie piersi?

1

Stojąc przed lustrem

- obejrzyj swoje piersi: sprawdź, czy piersi są symetryczne, czy nie pojawiły się nowe zmiany kształtu, wielkości, koloru skóry,
- oglądanie powtarzaj: ze swobodnie opuszczonymi ramionami, z rękoma uniesionymi do góry, z rękoma opartymi na biodrach,
- ściśnij delikatnie brodawkę i obserwuj, czy nie wydobywa się z niej jakaś wydzielina



2

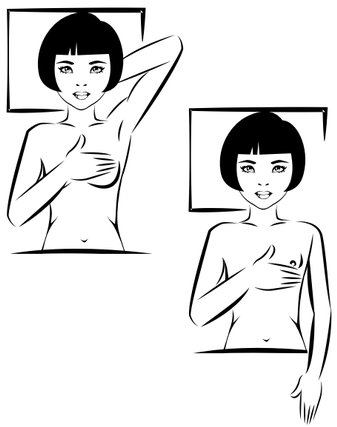
Stojąc pod prysznicem

- jedno ramię unieś nad głowę, drugą dłoń połóż płasko na badaną pierś i powierzchnią palców dłoni zataczaj okręgi zgodnie z ruchem wskazówek zegara, przyciskając gruczoł do ściany klatki piersiowej i zwracając uwagę na nowe, wcześniej niewyczuwane zaburzenia morfologii gruczołu

3

W pozycji leżącej

- załóż rękę badanej strony za głowę, palcami drugiej dłoni badaj pierś postępując dokładnie tak samo jak pod prysznicem
- Z ręką opuszczoną zbadaj dół pachowy – sprawdź, czy węzły chłonne pod pachą i obojczykiem nie są powiększone, a okolica nie jest obrzęknięta
- W analogiczny sposób zbadaj stronę przeciwną



Rys. © eveleen | Depositphotos.com

Rak szyjki macicy – czy można leczyć laparoskopowo?

PROF. DARIUSZ WYDRA
Kierownik Kliniki Ginekologii UCKG

Rak szyjki macicy jest drugim najczęstszym nowotworem złośliwym w grupie nowotworów żeńskich narządów płciowych. 95% raków szyjki macicy jest zainicjowanych infekcją wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), który jest przenoszony w trakcie współżycia seksualnego.

Wczesne stopnie zaawansowania raka szyjki macicy (Ia1-IIa w stopniu zaawansowania według Międzynarodowej Federacji Ginekologów i Położników, FIGO) leczy się operacyjnie, z ewentualną następową radioterapią. Skuteczność leczenia określa się współczynnikiem całkowitego pięcioletniego przeżycia, który wynosi 93–95% dla stopnia Ia, 80–85% dla stopnia Ib, 63–68% dla stopnia IIa, 58–61% dla stopnia IIB. Powyższe dane pokazują, że im wcześniej wykryty nowotwór tym większe szanse na całkowite wyleczenie.

Zakres zabiegu operacyjnego uzależniony jest od stopnia zaawansowania nowotworu, który określa się przedoperacyjnie na podstawie badania ginekologicznego, obejmującego badanie przez odbyt, ultrasonografii przezpochwowej i urografii, a w przypadkach wątpliwych również na podstawie badania tomografii komputerowej (TK) jamy brzusznej i miednicy mniejszej lub badania techniką rezonansu magnetycznego.

Leczenie operacyjne polega na radykalnym usunięciu macicy sposobem Wertheima-Meigsa. Ponadto w czasie zabiegu operacyjnego usuwa się jajniki i jajowody, 1,5–2 cm fragment górnej części pochwy oraz węzły chłonne miednicze i okołoaortalne.

Radykalny zabieg operacyjny w raku szyjki wykonywany jest od lat sześćdziesiątych metodą „otwartą", czyli przez rozcięcie powłok brzusznych, w linii pośrodkowej ciała od spojenia łonowego do 5–6 cm powyżej pępka.

Od lat osiemdziesiątych rozpoczęto wykonywanie zabiegu drogą laparoskopii, w czasie której dostęp do jamy brzusznej uzyskuje się przez cztery małe nacięcia na brzuchu wielkości od 5 mm do 12 mm. Zabieg ten w popularnej nomenklaturze anglosaskiej nazywany jest techniką operacyjną „przez dziurkę od klucza" (ang. „keyhole" surgery), ponieważ przez kilka „dziurek" uzyskuje się wejrzenie do całej jamy brzusznej oraz możliwość wykonania bardzo szerokiego zabiegu operacyjnego.

Historia zabiegów laparoskopowych jest stosunkowo krótka. W Polsce prekursorem laparoskopii był Prof. dr hab. med. Wojciech Gromadzki Kierownik Kliniki Ginekologii ówczesnej Akademii Medycznej w Gdańsku (obecnie Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego), który w 1961 roku wykonał kuldoskopię, czyli zabieg endoskopowego wziernikowania żeńskich narządów płciowych od strony zagłębienia odbytniczo-macicznego, czyli przez nacięcie tylnego sklepienia pochwy.

Rozwój laparoskopii był po raz pierwszy możliwy w momencie stworzenia teleskopu, czyli przewodu optycznego z kanałem świetlnym, który oświetlając oglądaną jamę ciała powalał przenieść z niej obraz na zewnątrz. Pierwszy zabieg oglądania jamy brzusznej przeprowadził w 1901 roku George Kelling. Przez co najmniej 30–40 lat laparoskopia ograniczała się jedynie do oglądania jam ciała i służyła jedynie jako metoda diagnostyczna. W ginekologii laparoskopia zaczęła odgrywać rolę dopiero w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych poprzedniego stulecia. Dopiero w 1986 roku przez pojawienie się wideo-komputerowych technik możliwa była projekcja obrazu laparoskopowego na ekran monitora. Laparoskopowe usunięcie macicy po raz pierwszy wykonano w 1989 roku. W 1991 roku Queleu wykonał pierwsze laparoskopowe wycięcie węzłów chłonnych w miednicy mniejszej. W 1991 roku Nezhat opisał wykonane po raz pierwszy w laparoskopii usunięcie macicy z wycięciem węzłów chłonnych miednicy mniejszej i okołoartalnych u 30-letniej kobiety z rakiem szyjki macicy w stopniu zaawansowania IA2 (usunięto pięć węzłów paraaortalnych, czternaście węzłów miedniczych).

Przez ostatnie dwie dekady laparoskopowe radykalne usunięcie macicy rozwinęło się i osiągnęło status równorzędnej techniki operacyjnej we wczesnym raku szyjki macicy. Laparoskopia zrewolucjonizowała postępowanie w ginekologii operacyjnej, ze względu na małoinwazyjność techniki. Uznaje się, że zabieg operacyjny wykonany przez otwarcie jamy brzusznej wiąże się z większą rozległością uszkodzenia tkanek, wolniejszym gojeniem się i dłuższym powrotem do pełnej sprawności chorych i dłuższym pobytem w szpitalu.

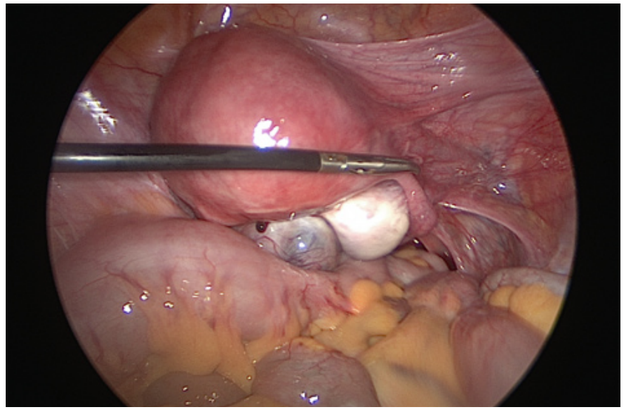
Fot. © imagepointfr | Depositphotos.com

Laparoskopia zrewolucjonizowała ginekologię operacyjnej, ze względu na małą inwazyjność. Zabieg w przypadku raka szyjki macicy pozwolił na skrócenie okresu pobytu chorych z średnio 7,5 dni do 3,8 dni.

Liczne badania porównujące technikę „otwartą" i laparoskopową wykazały, że radykalne laparoskopowe usunięcie macicy wykonywane u chorych z rakiem szyjki macicy skutkowało mniejszymi powikłaniami w tym zmniejszonym bólem pooperacyjnym, mniejszą utratą krwi i krótszym pobytem w szpitalu.

W 2012 roku opublikowano meta-analizę zbierającą dane z kilkudziesięciu prac i porównującą radykalne usunięcie macicy drogą laparoskopii i przez otwarcie jamy brzusznej wykonanych odpowiednio u 1339. i 1152. chorych z rakiem szyjki macicy. Geetha i wsp. w tej meta-analizie wykazali, że ilość krwi utraconej w trakcie zabiegu była prawie trzykrotnie mniejsza w przypadku zabiegu laparoskopowego i wynosiła odpowiednio 209 ml i 608 ml. W literaturze spotyka się opinie, że ilość utraconej krwi zależy od rozległości usuwanych węzłów chłonnych, natomiast w analizie porównawczej zabiegi laparoskopowe wypadają korzystniej.

Zabieg laparoskopowy w przypadku raka szyjki macicy pozwoli na skrócenie okresu pobytu chorych z średnio 7,5 dni do 3,8 dni. Jest to związane z kilkoma aspektami. Chore po zabiegu laparoskopowym mają mniejsze dolegliwości bólowe brzucha we wczesnych dobach pooperacyjnych i ból znacznie krócej trwa. Ponadto mniejsza jest konieczność stosowania intensywnego leczenia przeciwbólowego, w tym narkotycznego, co znacznie pogarsza kondycję chorych. Po zabiegach laparoskopowych rehabilitacja chorych oraz uruchamianie trwa znacznie krócej



Rak szyjki macicy – zabieg_laparoskopowy

i chore znacznie szybciej osiągają samodzielność. Rzadziej chora wymaga przetaczania krwi i jej składników, co również skraca okres obserwacji chorych. Ponadto zabieg laparoskopowy znacznie mniej obciąża układ pokarmowy i powrót perystaltyki następuje w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym, dzięki czemu wcześniej może chora otrzymać żywienie doustne. Równie ważne u chorych po zabiegu w raku szyjki macicy jest powrót funkcji prawidłowej pęcherza moczowego, gdyż zabieg operacyjny polega na znacznym jego odpreparowaniu. Po zabiegach laparoskopowych obserwowano dwukrotnie szybsze odzyskanie sprawności przez pęcherz moczowy. W badaniach Hong i wsp. wykazali, że średni czas do przywrócenia funkcji pęcherza moczowego to 41 godz.

Powikłania związane z zabiegiem laparoskopowym występują znacznie rzadziej. Według meta-analizy Geetha i wsp. powikłania śródoperacyjne, do których zalicza się uszkodzenie pęcherza moczowego, uszkodzenie moczowodu, uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych, uszkodzenie cewki moczowej, czy krwawienie, następowały z częstością 17,1% w zabiegach laparoskopowych i 61% w zabiegach „otwartych". Powikłania pooperacyjne, do których zalicza się dysfunkcję pęcherza moczowego, powstanie torbieli limfatycznych w miejscu operowanym oraz niedrożność jelit, występowało odpowiednio u 18,3% i 19,41% chorych.

W trakcie analizy danych zastanawiano się, czy zabiegi laparoskopowe będą na tyle efektywne aby osiągnąć pełną radykalność operacji, czyli czy będzie możliwe całkowite usunięcie zmian nowotworowych z odpowiednim marginesem tkanek zdrowych oraz czy usunięta będzie duża liczba węzłów chłonnych. Wyniki badań wykazały, że zabiegi są równie radykalne, a liczba usuniętych węzłów chłonnych nie różniła się w obu typach zabiegów i wynosi średnio 21. Wykazano również, że skuteczność znajdowania przerzutów w węzłach chłonnych w obu typach zabiegów jest podobna, co obala tezę, że w czasie laparoskopii można usunąć tylko te węzły, do których jest lepszy dostęp, a nie te w których mogły być przerzuty. Największe znaczenie w tym zakresie ma oczywiście doświadczenie lekarza operującego, a krzywa uczenia jest dość długa.

Dyskutowano wielokrotnie, czy onkologiczne wyniki leczenia po zabiegu laparoskopowym, czyli częstość nawrotów operacyjnych, czas wolny od choroby, całkowite współczynniki przeżyć pacjentek nie są gorsze niż po zabiegu „otwartym". Metaanaliza Geetha i wsp. wykazała, że częstość wznów nowotworowych jest podobna i wynosiła odpowiednio 5% oraz 6,7%. Ponadto uznano, że całkowite przeżycie chorych z wczesną postacią raka szyjki macicy jest równie długie dla typach zabiegów i wynosi ponad 92%.

Zastosowanie zaawansowanych technik laparoskopowych w leczeniu nowotworów złośliwych w ginekologii ciągle się rozwija. Jak podaje Yin i wsp. istnieją dodatkowe korzyści laparoskopii:

- Powiększenie obrazu, które pozwala uzyskać bardzo dobrą widoczność zmian. Szczególnie w dole zasłonowym usuwanie tkanki tłuszczowej jest łatwiejsze i dostęp do węzłów jest lepszy w laparoskopii. Ponadto znacząco zmniejsza się częstość krwawienia, uszkodzenia nerwu zasłonowego, uszkodzenia i krwawienia z mięśnia zasłonowego.
- Powiększenie obrazu laparoskopowego daje również możliwość zobaczenia drobnych uszkodzeń tkanek, które podczas laparotomii byłyby niewidoczne.
- Laparoskopowy zabieg zmniejsza ryzyko zrostów wewnątrzbrzusznych.
- Pojedyncze nacięcia skóry są bardziej akceptowane przez pacjentów.

Podsumowując wszystkie badania dotyczące leczenia operacyjnego raka szyjki macicy pokazały, że radykalne usunięcie macicy nie ma negatywnego wpływu na: liczbę usuniętych węzłów chłonnych, radykalność zabiegu, częstość powikłań operacyjnych i na przeżycie chorych. Natomiast laparoskopia zmniejsza: ilość utraconej krwi, ilość przetoczonej krwi, czas gojenia i powrotu funkcji pęcherza moczowego, czas pobytu w szpitalu oraz odczucie bólu i stresu przez pacjenta.

Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Endokrynologicznej w ostatnim okresie dołączyła do centrum onkologicznych, które wdrożyły małoinwazyjne techniki endoskopowe w ginekologii onkologicznej. Od 17 grudnia 2012 roku przeprowadzamy laparoskopowe zabiegi rozszerzonego usunięcia macicy (operacje Wertheima-Meigsa) w inwazyjnym raku szyjki macicy. ❖

DR HAB. N. MED. DARIUSZ WYDRA
DR N. MED. ANNA ABACJEW-CHMYŁKO
KLINIKA GINEKOLOGII, GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ
I ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ UCK W GDAŃSKU

Literatura

1. Spaner SJ, Warnock GL. A brief history of endoscopy, laparoscopy, and laparoscopic surgery. Spaner SJ, Warnock GL J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 1997; 7: 369–73.
2. Hong JH,, Choi JS, Lee JH, Eom JM, Ko JH, Bae JW, Park SH. Can laparoscopic radical hysterectomy be a standard surgical modality in stage IA2–IIA cervical cancer? Gynec Oncol. 2012; 127: 102–106.
3. Geetha P, Nair MK. Laparoscopic, robotic and open method of radical hysterectomy for cervical cancer: A systematic review. J Minim Access Surgery. 2012; 8:67–73.
4. Textbook of Gynecological Oncology, red. Ali Ayhan, 2011.
5. Yin XH, Wang ZQ i wsp. Clinical observation of laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer. Int J Clin Exp Med. 2014; 7: 1373–1377.

SPOSOBY POSTĘPOWANIA ZE ZMIANAMI SKÓRNYMI WYSTĘPUJĄCYMI WOKÓŁ STOMII JELITOWYCH

Zmiany zapalne wokół stomii

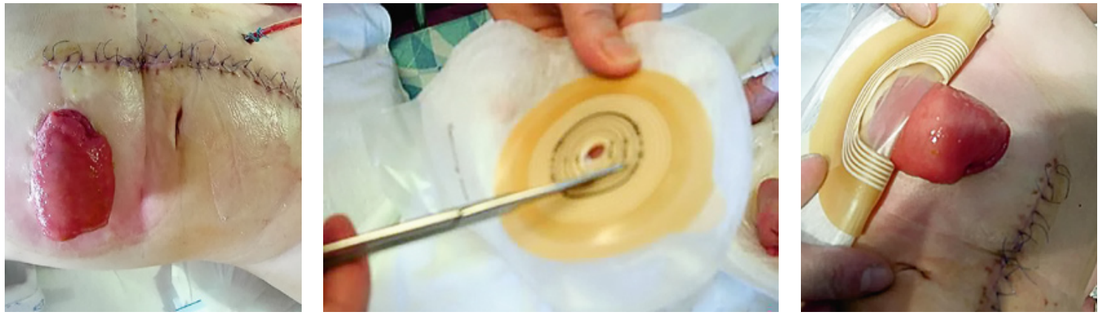
Skóra chroni organizm i przekazuje nam informacje o otoczeniu. Jest wskaźnikiem stanu zdrowia i wieku. Grubość skóry różni się w zależności od tego, jaką część ciała pokrywa. Najcieńsza (około 0,5 mm) znajduje się na powiekach, a najgrubsza (około 4 mm) jest na dłoniach i podeszwach stóp. Skóra chroni ciało, zabezpiecza tkanki i narządy przed urazami, pomaga regulować temperaturę ciała, zapobiega wyparowywaniu z organizmu podstawowych płynów ustrojowych. Nerwy w skórze pomagają mózgowi reagować na wrażenie gorąca i zimna. Chroni przed bakteriami, chorobami i szkodliwym działaniem promieni ultrafioletowych.

Każdy człowiek ma inny rodzaj skóry. Dzieci urodzone przedwcześnie mają skórę pergaminową, cieniutką, niezwykle narażoną na wpływ czynników zewnętrznych. U noworodków zauważymy skórę delikatną, nie do końca przystosowaną do radzenia sobie ze światem zewnętrznym. Skóra człowieka dorosłego jest bardziej odporna, zahartowana. Lecz możemy spotkać się z nadmiernym owłosieniem, zbyt obfitą tkanką tłuszczową i nierównościami na jej powierzchni. U osób starszych, schorowanych skóra jest wiotka i cienka.

Istnieją choroby, których jedynym sposobem leczenia jest wyłonienie stomii jelitowej (kolostomii, ileostomii) Wówczas musimy zadbać o prawidłową pielęgnację skóry wokół niej, aby nie doszło do jej uszkodzenia. Najczęściej spotykane uszkodzenia skóry to: zmiana przekrwienna, nadżerkowa, wrzodziejąca i proliferacyjna (rozrostowa). Na rysunkach i zdjęciach przedstawiono budowę skóry i jej prawidłowy wygląd oraz zmiany skórne wokół stomii w zależności od głębokości i rozległości uszkodzenia.

Zmiany skórne wokół stomii są najczęstszym typem powikłań. Występują u wielu pacjentów niezależnie od wieku, współistniejących chorób, rodzaju wyłonionej stomii i wrażliwości skóry.

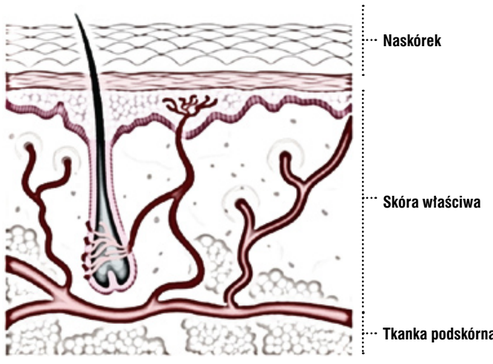
Prawidłowa pielęgnacja stomii to przede wszystkim zachowanie właściwej higieny. Do mycia stomii oraz skóry wokół



Zastosowanie podstawowego sprzętu stomijnego, kiedy nie ma zmian skórnych.

niej należy używać ciepłej wody oraz delikatnego mydła bez dodatków zapachowych lub natłuszczających. Stosowanie mydeł zapachowych lub natłuszczających nie jest wskazane, gdyż mogą zmniejszyć przylepność sprzętu stomijnego oraz w niektórych wypadkach wywołać reakcje alergiczne.

Do osuszania skóry zaleca się używanie suchych gazików, miękkich ręczników. Niewskazane jest używanie ligniny lub waty. Te produkty mogą zostawiać na skórze „mikrokłaczki", co może być powodem złego przylegania woreczków stomijnych.



Skóra składa się z trzech warstw: naskórka, skóry właściwej i tkanki podskórnej

- **Naskórek** to wierzchnia warstwa skóry. Nie ma w nim naczyń krwionośnych. Naskórek jest połączony ze skórą właściwą specjalną membraną.
- **Skóra właściwa** to druga, głębsza warstwa skóry. W niej znajdują się cebulki włosów i gruczołów potowych. Umieszczone są w niej także niektóre naczynia krwionośne i nerwy.
- **Tkanka podskórna** to najniższa warstwa skóry. Tam znajdują się naczynia krwionośne i nerwy.

Do osuszania skóry nie wolno używać spirytusu, benzyny kosmetycznej, nafty ani eteru. Te produkty usuwają ze skóry naturalną warstwę ochronną i znacznie zwiększają podatność na uszkodzenia.

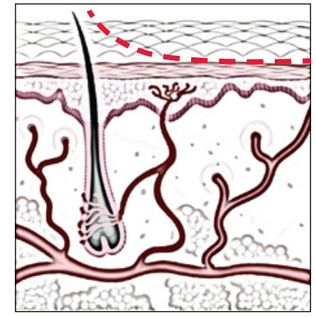
Wskazane jest używanie kosmetyków do zmywania skóry wokół stomii proponowanych i zalecanych przez firmy produkujące sprzęt stomijny. Np.: Wipe Away w chusteczkach lub sprayu, SaltAir Lotion, SaltAir soap płyn myjący. Te preparaty są proste w użyciu, delikatne, bezzapachowe, (co zmniejsza ryzyko uczuleń) szybko usuwają pozostałości kleju ze skóry bez konieczności tarcia i spłukiwania.

Od stycznia 2014 roku kosmetyki i środki do pielęgnacji skóry wokół stomii są znów refundowane.

W przypadku stomii prawidłowej po uprzednim przygotowaniu skóry (mycie, osuszenie) naklejamy worek stomijny, w którym dokładnie docinamy otwór pasujący do wielkości i kształtu stomii. Podstawą zaopatrzenia stomii jest foliowy woreczek zbierający wydostający się przez przetokę kał, mocz lub żółć. Nowoczesne woreczki są wykonane z wysokiej jakości delikatnej, nie przepuszczającej zapachów folii. Utrzymują się na brzuchu dzięki specjalnym klejom, które nie podrażniają skóry. Współczesny sprzęt stomijny jest łatwy w obsłudze i estetyczny. Pacjenci mają dostęp do sprzętu jedno i dwu częściowego.

Widok prawidłowej skóry wokół stomii

ŻYCIE ZE STOMIĄ



ZMIANA PRZEKRWIENNA

Jest zachowana ciągłość naskórka, lecz występuje zaczerwienienie. W dotyku skóra jest sucha.

Najłagodniejszą formą zmiany na skórze wokół stomii jest zmiana przekrwienna. Zauważamy zaczerwienienie skóry, lecz ciągłość naskórka jest zachowana. Przy dotykaniu wyczuwamy że skóra jest sucha. Pacjent może odczuwać dyskomfort spowodowany zmianą: lekkie pieczenie, świąd bądź objaw „ściągniętej skóry".

Prawdopodobne przyczyny zmiany przekrwiennej to nieprawidłowe przygotowanie skóry przed przyklejeniem worka stomijnego: niedomyte zanieczyszczenia, niedosuszenie skóry, niewyrównane fałdy, stosowanie kremów bez uprzedniego umycia skóry przed przyklejeniem sprzętu lub odczyny alergiczne na składnik zawarty w akcesoriach stomijnych.

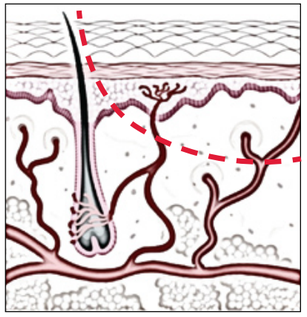
Pierwszym krokiem zmierzającym do zlikwidowania zmiany przekrwiennej jest przestrzeganie higieny osobistej. Zaleca się kąpiel bez przyklejonego woreczka. Do odklejenia woreczka można zastosować preparaty ułatwiające usuwanie zużytego sprzętu stomijnego np.: Wipe Away w sprayu lub chusteczkach jednorazowych. Preparaty te nie uszkadzają skóry, łatwo usuwają resztki warstwy klejącej, nie zawierają alkoholu.

Kąpiel bez woreczka pozwala skórze nieco „odpocząć". Delikatne, dokładne umycie skóry mydłem bez dodatków zapachowych i natłuszczających jest bardzo wskazane. Dzieci można kąpać w wodzie, do której dodamy naparu z rumianku. Po kąpieli dokładnie osuszamy skórę metodą „dotykową" . Nie pocieramy skóry, aby nie spowodować większych uszkodzeń.

Wskazane jest zastosowanie dodatkowego środka chroniącego skórę. Możemy zastosować Peri-prep sensitive. Jest to delikatna pianka dla ochrony skóry, która również poprawia właściwości przylegające worka stomijnego. Chroni skórę przed podciekaniem treści jelitowej oraz zapobiega uczuleniom na substancje klejące. W swoim składzie nie zawiera spirytusu, dlatego nie szczypie podczas aplikacji.

Aby zabezpieczyć się przed podciekaniem treści jelitowej możemy dodatkowo użyć pierścieni ochronnych Secu Plast. Pierścienie ochronne są łatwe w użyciu. Nie trzeba ich rozgrzewać. Wystarczy uformować odpowiedni kształt i nakleić w odpowiednim miejscu. Na tak przygotowaną skórę naklejamy worek stomijny lub płytkę, jeśli używany sprzęt jest dwuczęściowy. Na granicy śluzówki jelita i skóry lekko przytrzymujemy przyklejony woreczek palcami przez 30 sekund. W tym czasie zachodzi reakcja polimerów, które zaczynają się poruszać i prawidłowo łączą warstwę płytki i skórę.

Zastosowanie pasty stomijnej i secu Plast Hydro przy wystąpieniu zmiany przekrwiennej



NADŻERKA

Występuje wyraźne zaczerwienienie. Ubytek skóry niepełnej grubości. Zmiana niesięgająca do tkanki podskórnej. Skóra błyszcząca z cechami wilgotności.

Zmiana nadżerkowa jest głębszym uszkodzeniem skóry wokół stomii. Nie sięga do tkanki podskórnej a ubytek skóry jest niepełnej grubości. Zauważamy silne zaczerwienienie skóry. Pacjent odczuwa piekący ból. Skóra jest błyszcząca. Przy dotykaniu odnosi się wrażenie śliskiej skóry.

Przyczyny zmiany nadżerkowej mogą być podobne do przyczyn związanych ze zmianą przekrwienną, czyli podciekanie treści jelitowej pod warstwę klejącą worka stomijnego, zbyt duży otwór wycięty w płytce, pofałdowanie przylepca podczas przyklejania worka. Dodatkowym powodem zmiany nadżerkowej może być wyłonienie stomii dwulufowej rozdzielonej mostkiem skórnym. Tak wyłonione stomie są trudne do prawidłowej pielęgnacji. Innym powodem występowania zmiany nadżerkowej może być zbyt duże, rozdęte chorobowo jelito. Zmiana najczęściej występuje w pierwszych dobach po operacji.

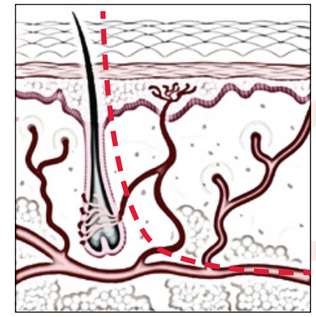
Sposób postępowania jest podobny do sposobu zapobiegania zmianom przekrwiennym jednak wskazana jest dokładniejsza i bardziej precyzyjna pielęgnacja. Do sposobu postępowania możemy dodać bardziej precyzyjne narzędzia typu: pasta stomijna , plastry ochronne SecuPlast lub płytki ochronne Protektive Wafers.

Jeżeli mamy do czynienia ze stomią dwu lufową z mostkiem skórnym musimy przede wszystkim zabezpieczyć skórę pomiędzy dwiema stomiami. Wymaga to dokładności i precyzji oraz doskonałego sprzętu stomijnego i środków pomocniczych. Oprócz wyżej wymienionych wskazane jest używanie woreczków bez otworu początkowego (wtedy wycinamy dwa otwory, tak, aby idealnie pasowały do wyłonionych stomii a mostek skórny zabezpieczony był płytką stomijną).

Jeżeli odległość między stomiami jest zbyt duża i nie możemy posłużyć się workiem bez otworu początkowego bądź taki sposób nie sprawdził się (bo płytka na mostku skórnym źle przylegała) musimy wypróbować inny sposób zabezpieczenia skóry. Do tego użyjemy plastrów uszczelniających SecuPlast Hydro lub płytek ochronnych Protekive Wafers. Plastry uszczelniające sa w kształcie półksiężyca. Można je dokładnie dociąć do wielkości i kształtu stomii. Sa cienkie i bardzo dobrze przylegają do skóry. Do jednej przetoki jelitowej należy użyć dwóch płytek w taki sposób, aby stomiia była zabezpieczona z każdej strony. Dodatkowo możemy użyć innych akcesoriów stomijnych, które zwiększają przylepność płytek.

Płytki ochronne Protektive Wafers są w kształcie kwadratu. Stosując je wycinam otwory w taki sposób, aby skóra narażona na kontakt z treścią jelitową była dokładnie zabezpieczona.

Zastosowanie krążków uszczelniających Dermacol, Secu Plast Hydro, pasty stomijnej przy zmianie nadżerkowej.



ZMIANA WRZODZIEJĄCA

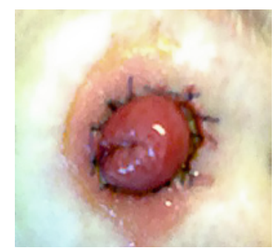
Zmiana sięga do tkanki podskórnej i głębiej. Ubytek skory pełnej grubości. Występuje bolesność, podkrwawianie, wysięk surowiczy.

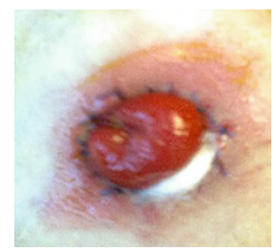
Zmiana wrzodziejąca jest trzecim typem zmiany skórnej wokół stomii. Jest to otwarta zmiana sięgająca do tkanki podskórnej i głębiej. W skórze zauważamy ubytek pełnej grubości. Zmiana wrzodziejąca może pojawiać się w różnych miejscach na skórze wokół stomii i na ogół występuje razem ze zmianą przekrwienną i nadżerkową. Mamy więc do czynienia z otwartą raną na skórze, dodatkowo znajdującą się w trudnym do zabezpieczenia i terapii miejscu.

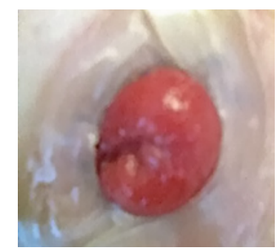
Pacjent odczuwa silny ból, pieczenie, dyskomfort spowodowany lękiem przed niemożnością zaopatrzenia stomii.

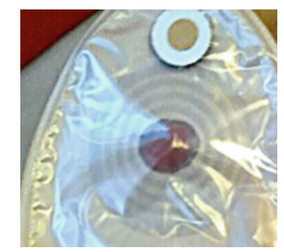
Postępowanie polega na prowadzeniu terapii zmierzającej do wygojenia zmiany wrzodziejącej oraz zabezpieczeniu skóry przed dalszymi powikłaniami. Stosujemy delikatne środki do przemywania oraz dezynfekcji skóry. Możemy do tego celu zastosować 0,9 % NaCL lub inne środki. Ubytek tkanki najlepiej wypełnić chłonnym opatrunkiem np. z alginianu wapnia, który działa absorpcyjnie oraz przyspiesza ziarninowanie. Na tak zabezpieczoną nadżerkę możemy nakleić SecuPlast Hydro i worek stomijny.

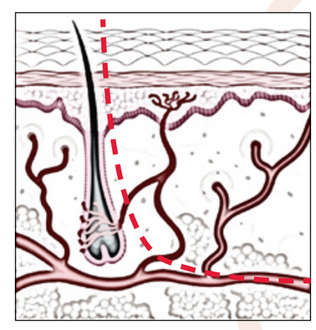
Zastosowanie opatrunków specjalistycznych: Secu Plast Hydro, pasty stomijnej i worka stomijnego przy zmianie wrzodziejącej











ZMIANA WRZODZIEJĄCA GŁĘBSZA

Zauważamy obecność tkanki martwiczej (tkanka o zabarwieniu czarnym) i włóknistej (żółtawa tkanka niejednokrotnie błędnie oceniana, jako wysięk ropny). Ubytek skóry pełnej grubości

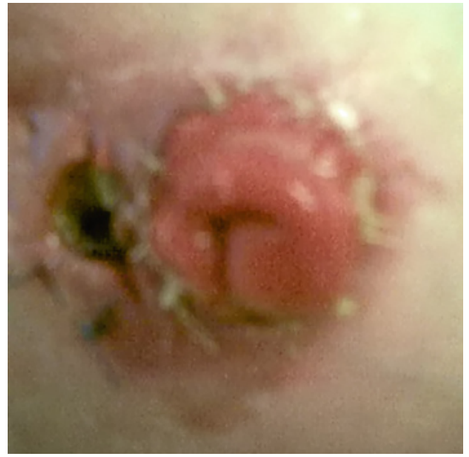
Głębiej drążącym typem zmiany na skórze wokół stomii jest zmiana wrzodziejąca z obecnością tkanki martwiczej. Występuje tutaj ubytek skóry pełnej grubości. Widoczna jest rana, często dość rozległa, penetrująca dość głęboko. Zauważamy tkankę martwiczą i włóknistą. Rana jest mokra, wysiękowa. Pacjent odczuwa ból, dyskomfort i obawę przed niemożnością zaopatrzenia stomii. Taka zmiana powstaje dość często w wyniku zbyt szybkiego „ puszczenia" szwów operacyjnych, którymi przyszyta jest śluzówka jelita do skóry. Drugą przyczyną może być stosowanie niewłaściwego sprzętu stomijnego (np.: zbyt duże płytki w sprzęcie dwu częściowym) i mechaniczny uraz związany z nieprawidłowym uciskiem. Takie zmiany na skórze mogą również być spowodowane płaską lub wciągniętą stomią, kiedy pomimo stosowania sprzętu stomijnego i środków pielęgnujących skórę dochodzi do ciągłego podciekania treści jelitowej i pogłębiania się odparzenia aż do pojawienia się głębokich uszkodzeń na skórze. Takie zmiany częściej zauważymy

przy wyłonionych ileostomiach gdzie treść jelitowa jest żrąca i rzadka.

Terapia takich powikłań wymaga cierpliwości, dokładności i posiadania większej ilości akcesoriów stomijnych i opatrunkowych, a pielęgnacja stomii sprowadza się do wyleczenia zmian na skórze.

Tego rodzaju zmiany na skórze powinny być leczone przez pielęgniarkę stomijną i lekarza. Po ocenie rozległości i głębokości uszkodzenia należy wykonać toaletę rany i skóry wokół niej. W tym celu użyjemy delikatnych środków myjących np.: 0,9 % NaCL lub Dermacynu. Oczyszczenie zmiany wrzodziejącej wykonujemy używając jałowych narzędzi i gazików. Do dezynfekcji zalecane jest użycie środków, które nie zawierają alkoholu. Do opatrunku w celu szybszej demarkacji tkanki martwiczej możemy użyć maści enzymatycznych. Dno rany wypełniamy opatrunkiem absorpcyjnym np. gąbką pochłaniającą wydzielinę z rany. Płytsze zmiany towarzyszące głębokim owrzodzeniom należy zabezpieczyć opatrunkami hydrokoloidowymi. Do tego najlepiej zastosować SecuPlast Hydro, Protektive Wafers zaklejając nimi całą powierzchnię skóry łącznie z raną. Na tak zabezpieczoną skórę przyklejamy worek stomijny. W takim przypadku lepiej zastosować sprzęt dwu częściowy do stomii wklęsłych. Mamy wówczas lepszą kontrolę podczas przyklejania płytki. Dodatkowo wskazane jest stosowanie regulowanego pasa stomijnego, który w sposób mechaniczny uszczelnia sprzęt stomijny. Jeżeli oprócz tych powikłań pojawia się problem bardzo rzadkiej treści jelitowej, która poprzez przelewanie może doprowadzić do podciekania możemy zaradzić temu wkładając do worka stomijnego saszetkę, która zmienia konsystencję wypływającej treści jelitowej z płynnej w galaretowatą.

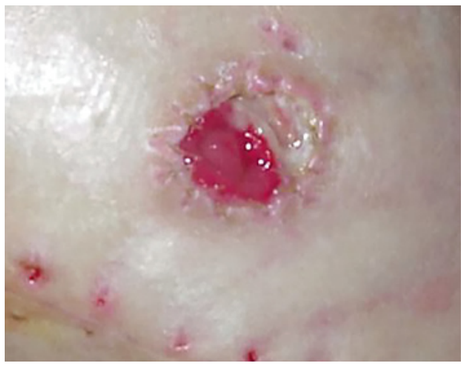
Aby uzyskać najlepsze wyniki leczenia najlepiej codziennie obserwować stomię. Jeśli worek szczelnie się trzyma można

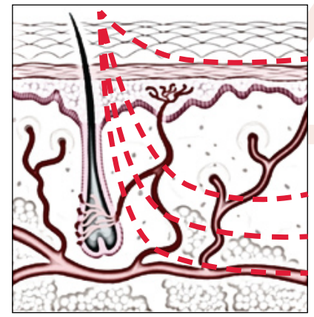


go zmienić dopiero drugiego dnia. Jeśli nie mamy pewności czy nie ma podciekania musimy odkleić worek, ocenić wygląd zmiany na skórze i ponownie wykonać opatrunek, toaletę skóry wokół stomii i przykleić nowy sprzęt.

Gojenie takich zmian to proces niejednokrotnie długi i mozolny. Czasami wskazane jest pobranie posiewu z rany wrzodziejącej. Jeżeli po upływie kilkunastu dni nie zauważamy wyraźnej poprawy jest prawdopodobne, że możemy mieć do czynienia z przetoką jelitową. Zauważymy wtedy ropny, cuchnący, gęstawy płyn wydostający się z dna rany. Wówczas jedynym sposobem leczenia jest zabieg operacyjny (zmiana miejsca stomii, resekcja jelita).

Zastosowanie płytek do stomii płaskich i wklęsłych, opatrunków specjalistycznych, Secu Plast Hydro przy zmianie wrzodziejącej z włóknikiem





PROLIFERACJA

Zauważamy obecność zmian rozrostowych (ziarnina). Równocześnie mogą występować współistniejące powikłania skórne

Proliferacja to obecność zmian rozrostowych na skórze wokół stomii tzw. ziarnina. Jest to wybujała tkanka, która podczas gojenia rany zbyt intensywnie się rozrasta. Czasami zauważamy drobne zmiany proliferacyjne wokół stomii. Może to być wynikiem szwów operacyjnych, które są „postrzegane" przez organizm, jako ciało obce i wokół nich narasta ziarnina. Jeżeli taka zmiana nie występuje z innymi powikłaniami skórnymi nie jest bolesna, lecz w znaczny sposób utrudnia prawidłowe stosowanie sprzętu stomijnego. Przyklejając worki stomijne na ziarninie spowodujemy podciekanie treści jelitowej a tym samym doprowadzimy do odparzeń i kolejnych powikłań. Wycinanie większego otworu i zaklejanie stomii razem ze zmianą też nie jest dobrym sposobem gdyż nie prowadzi do likwidacji ziarniny.

Dobrym sposobem jest używanie lapisu 40% do codziennego „przypalania" ziarniny. Jest to jednak proces długotrwały i mozolny. Jeżeli to nie przynosi oczekiwanych efektów najlepiej jest usunąć ziarninę chirurgiczni

Utrzymanie zdrowej skóry wokół stomii jest sprawą priorytetową. Aby to osiągnąć bez względu na głębokość i rozległość odparzeń, nadżerek i zmian wrzodziejących musimy stosować sprzęt stomijny i dostępne akcesoria stomijne.

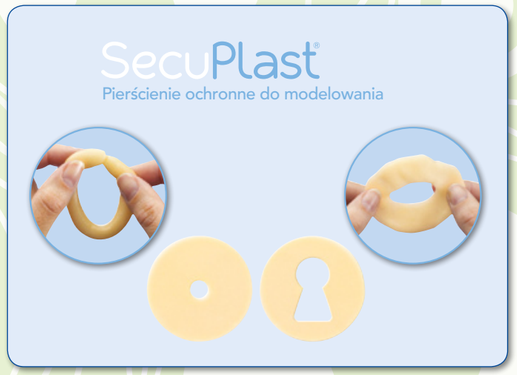
PIEL. ELIZA ZALEWSKA
KLINIKA CHIRURGII DZIECIĘCEJ I TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW
IP CENTRUM ZDROWIA DZIECKA

Chirurgiczne usunięcie zmiany proliferacyjnej (ziarniny) i zabezpieczenie stomii workiem stomijnym

Dobór sprzętu stomijnego i środków pielęgnujących do określonych zmian i powikłań skórnych

	Prawidłowo wyłoniona stomia i skóra bez cech odparzenia	Zmiana skórna przekrwienna	Zmiana nadżerkowa	Zmiana wrzodziejąca	Zmiana wrzodziejąca z obecnością tkanki martwiczej	Zmiana proliferacyjna
Podstawowy sprzęt stomijny 1- lub 2-częściowy + higiena (woda i mydło)	X	X				X
Sprzęt stomijny do przetok płaskich i wklęsłych 1 i 2 częściowy	X		X	X	X	
Pasta stomijna uszczelniająca		X	X	X	X	X
Pierścienie uszczelniające		X		X	X	
Dermacol krążki uszczelniające	X					
Secu plast Hydro		X	X	X	X	X
Sztuczna skóra Peri-Prep sensitive (patyczki lub saszetki)		X		X	X	X
Pas stomijny			X	X	X	
Płytki ochronne Protektive wafers			X	X	X	
Opatrunki specjalistyczne				X	X	
Stosowanie Lapisu (Argentum Nitricum)						X

PROFESJONALNE ROZWIĄZANIE PROBLEMÓW ZE STOMIĄ



WWW.SALTS.PL • BEZPŁATNA INFOLINIA 800 633 463

BRITISH SKIN FOUNDATION
Recognising Salts research into healthy stoma skin

SKIN HEALTH ALLIANCE
DERMATOLOGICALLY ACCREDITED

SALTS HEALTHCARE

IDEALNY W PRZYPADKU PRZEPUKLINY

STOMALife
ODKRYJ STOMIĘ

Ogólnopolska Kampania Społeczna

wspierana przez SALTS

Cele kampanii

Zadaniem kampanii społecznej „STOMAlife. Odkryj stomię" jest walka z wykluczeniem społecznym dotykającym pacjentów stomijnych. Celem inicjatywy jest przełamanie tabu związanego ze stomią oraz edukacja pacjentów i społeczeństwa w zakresie faktów i mitów z nią związanych.

Do głównych zadań kampanii należy zaliczyć:

- edukację opinii publicznej na temat stomii oraz problemów osób z wyłonioną stomią,
- budowanie zrozumienia i wsparcia społecznego dla stomików, by podjęli wysiłek powrotu do normalnej aktywności zawodowej i społecznej,
- aktywizację społeczną stomików,
- zmianę postaw osób z wyłonioną stomią w kierunku akceptacji swojej sytuacji życiowej.

Spodziewane efekty

- Stomicy staną się w mniejszym stopniu dyskryminowani w życiu zawodowym, publicznym oraz szkolnym, a pracodawcy i nauczyciele będą umieli z takimi osobami rozmawiać, aby przełamywać ich lęk przed brakiem akceptacji ze strony otoczenia.
- Stomicy przestaną wstydzić się stomii i podziela się publicznie swoimi doświadczeniami.
- Stomicy będą realizować swoje pasje i zaczną uczestniczyć w aktywnościach, których do tej pory unikali, takich jak uprawianie sportu.
- Stomicy na nowo nauczą się budować swoje relacje towarzyskie i rodzinne.
- Stomicy bedą mieli zapewnioną odpowiednią edukację na temat konsekwencji wyłonienia stomii oraz jej pielęgnacji.

Organizatorzy

Fundacja Instytut dla Młodzieży Niepełnosprawnej

POLKO Polskie Towarzystwo Stomijne

J-elita Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita

Patroni honorowi

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

PTPS

PTU Polskie Towarzystwo Urologiczne

POLSKI KLUB KOLOPROKTOLOGII pkk.org.pl

Patroni medialni

termedia

onkonet.pl

Patron medyczny

SALTS

www.stomalife.pl Znajdziesz nas również na Facebook'u i YouTube

HISTORIA STOMIKA

Przełomowa operacja

Patrząc w ten mroźny zimowy poranek na 25-letniego Iana Fergusona z Inverness, pracującego ciężko na budowie w Szkocji, można pomyśleć, że wszystko jest w jak najlepszym porządku. Nie inaczej, Ian nigdy nie czuł się lepiej, jednakże za osobą w kamizelce odblaskowej i kasku ochronnym kryje się niesamowita opowieść o długotrwałym i trudnym leczeniu, głębokiej przyjaźni i walce o powrót do zdrowia.

Ból żołądka, utrata apetytu i krwawe biegunki... Dla 10-letniego Iana był to rok nieprzerwanych badań w lokalnej przychodni, przeplatany pobytami w szpitalu. Rok później zdiagnozowano u niego chorobę Leśniowskiego-Crohna. Choroba Leśniowskiego-Crohna, na którą w samej Wielkiej Brytanii cierpi 60 tysięcy osób, to przewlekłe schorzenie powodujące stany zapalne, głębokie owrzodzenie i blizny głównie w obrębie ścian jelita, chociaż zmiany mogą występować w każdym odcinku układu pokarmowego, od jamy ustnej do odbytu włącznie. Typowe objawy to bóle brzucha, biegunka, ospałość i utrata masy ciała. W pierwszej fazie leczenia Ian przyjmował sterydy immunosupresyjne, jednakże w wieku 13 lat, ze względu na nieustające skurcze żołądka, miał pierwszą z wielu tego typu operacji... resekcję jelita cienkiego z częściowym usunięciem jelita grubego. Niedługo potem, jako 16-latek, musiał poddać się kolejnej operacji związanej z usunięciem odcinka jelita grubego i zacząć stosować woreczek kolostomijny, chociaż lekarze obiecywali poprawę.

Ten czas był szczególnie trudny dla nastoletniego Iana, który musiał borykać się nie tylko z problemami typowymi dla okresu dorastania, lecz również uczyć się do egzaminów, ale podobnie jak w przypadku innych trudności, nasz bohater nie poddawał się. Jak sam mówi: „Cóż mogę powiedzieć? Byłem w kiepskim stanie i chciałem wyzdrowieć, a przebyte operacje stanowiły po prostu nieodłączną część mojego leczenia."

Ian przerwał naukę w szkole i rozpoczął pracę jako mechanik praktykant, ale wystąpiła konieczność przeprowadzenia kolejnej operacji. W wieku 18 lat przeszedł zabieg usunięcia pozostałego odcinka jelita i wytworzenia ileostomii. Po okresie rekonwalescencji podjął pracę jako monter rusztowań, w której od zawsze pragnął spróbować swoich sił i którą wykonywał przez prawie trzy lata przed kolejną poważną operacją, pomimo wielu związanych z tym badań wstępnych.

W 2010 roku, gdy Ian skończył 21 lat, jego opiekun medyczny zaproponował, na podstawie wyników przeprowadzonych badań, leczenie operacyjne w postaci całkowitego usunięcia jelita cienkiego w szpitalu Western General Hospital w Edynburgu. Niestety operacja nie doszła do skutku z przyczyny zapadnięcia się organów wewnętrznych. Ze względu na dużą liczbę wytworzonych przetok i znaczne obciążenie organizmu Ian bardzo schudł i ważył niecałe 50 kg.

Następne sześć miesięcy w 2011 roku spędził w szpitalu Western General Hospital, przy całkowitym żywieniu pozajelitowym. Całkowite żywienie pozajelitowe oznacza, że składniki odżywcze są podawane dożylnie, z pominięciem normalnego procesu jedzenia i trawienia, a mieszanki żywieniowe są doprowadzane przez specjalną, komputerowo sterowaną pompę infuzyjną. W przypadku Iana całkowite żywienie pozajelitowe wprowadzono w celu stabilizacji organizmu po problemach związanych z rozszerzeniem nerek, wytworzeniem przetok, założeniem wielu stentów i niedrożnością naczyń krwionośnych, co uniemożliwiało normalne wydalanie do woreczka ileostomijnego. To był początek 3,5-letniego okresu, gdy Ian nie spożywał normalnych pokarmów i został przeniesiony na Oddział Leczenia Niewydolności Jelit w szpitalu Salford Royal Hospital w Manchester, jednym z dwóch tego typu szpitali w Wielkiej Brytanii, w celu wykonania dodatkowych badań i określenia możliwości dalszego leczenia. Po 4,5 miesiącach rokowania nie uległy zmianie, a Ian miał założone już trzy woreczki stomijne!

Jak sam mówi: „W tym okresie było ze mną naprawdę kiepsko i niewiele pamiętam, ponieważ ciągle coś się działo, trudno było nadążyć za wszystkimi badaniami. Poza tym nie stwierdzono nic nowego. To nie było prawdziwe życie, tylko utrzymywanie się przy użyciu, ale starałem się nie upadać na duchu. Miałem wspaniałą grupę wsparcia i cudownych przyjaciół."

Przeszczep jelita cienkiego to bardzo trudny zabieg. Chirurg musi połączyć nowe jelito z naczyniami krwionośnymi i przewodem trawiennym.

Teraz przeniesiemy się do 2013 roku, kiedy to Ian otrzymał propozycję usunięcia przetok, ale nie zdecydował się na operację. Zabieg miał jedynie 60% szans powodzenia, przy czym istniało ryzyko, że jego stan po zabiegu mógłby ulec pogorszeniu. Według niego samego, to był moment zwrotny w jego życiu. Zaczął szukać innych możliwości, innych rozwiązań. Zupełnie przypadkowo natrafił w gazecie na artykuł o transplantacji jelita cienkiego i ściany brzusznej, zupełnie nowatorskiej metodzie leczenia operacyjnego w Wielkiej Brytanii. Zaintrygowany, skontaktował się ze swoim lekarzem w Edynburgu, który nie słyszał o takiej możliwości, ale nawiązał kontakt ze szpitalem Churchill Hospital w Oksfordzie i Anilem Viadyą, chirurgiem, który przeprowadził opisaną pionierską operację.

Dodajmy słowem wyjaśnienia, że przeszczep jelita cienkiego to zabieg mający na celu zastąpienie nieprawidłowo działającego lub skróconego jelita zdrowym organem pobranym od dawcy. Przeszczep jelita cienkiego jest wykonywany u dzieci i osób dorosłych z niewydolnością jelita cienkiego lub żywionych pozajelitowo. Jest bardzo skomplikowany i trudny zabieg, podczas którego chirurg musi usunąć jelito cienkie pacjenta i połączyć wszczepiane jelito z naczyniami krwionośnymi i przewodem trawiennym.

Przeszczep ściany brzusznej to jeszcze rzadziej wykonywany zabieg.

Ian został przeniesiony do szpitalu w Oksfordzie na dwutygodniową obserwację oraz wpisany na listę osób oczekujących na przeszczep, pomimo wysokiego ryzyka. Nie wiedział, jak długo może to potrwać, ani też nie spodziewał się, że okres oczekiwania będzie tak krótki. Decyzja o przeszczepie zastała go w rodzinnym Inverness, skąd przyjechał do Oksfordu, aby przygotować się do operacji.

Udając się na salę operacyjną, miał nadzieję, że po tym ciężkim i ryzykownym zabiegu będzie mógł wreszcie po 3,5-letnim okresie normalnie jeść, wrócić do pracy i pożegnać się z chorobą Leśniowskiego-Crohna. Operacja przeszczepienia jelita cienkiego trwała dziewięć godzin i wysiłki lekarzy zostały uwieńczone pełnym sukcesem, w przeciwieństwie do przeszczepu ściany brzusznej, który początkowo został odrzucony, w związku z czym Ian spędził kolejne dziewięć godzin na stole operacyjnym.

- Ian jest dwudziestym czwartym pacjentem w Wielkiej Brytanii (drjugim w Szkocji), który pomyślnie przeszedł zabieg transplantacji jelita.
- Jest on piątym pacjentem w Wielkiej Brytanii, który pomyślnie przeszedł zabieg transplantacji ściany brzusznej.
- W przypadku obu przeszczepów Ian miał 24 lata i jest jak dotąd najmłodszym pacjentem w historii tego typu zabiegów.

Powodzenie operacji oceniono według następującego 5-punktowego systemu:
- podciekanie,
- stan płuc,
- stan wątroby,
- pasożyty układu pokarmowego,
- stan szwów.

W razie braku tego typu powikłań, Ian miał szansę na pełne wyzdrowienie. Zdaniem chirurgów to, czy leczenie operacyjne zakończyło się pełnym sukcesem, można ocenić dopiero po pięciu latach, ale dobre wyniki wstępnej oceny na podstawie powyższego systemu 5-punktowego dobrze rokują na przyszłość.

Ian spędził tydzień na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, a następnie jeszcze jeden miesiąc w jednym z mieszkań przyszpitalnych dla pacjentów mieszkających zbyt daleko od ośrodka. Po pewnym czasie u Iana stwierdzono chorobę przeszczep przeciwko biorcy. Jest to stan, w którym przeciwciała (białe krwinki) w tkance lub przeszczepie reagują na „obce" tkanki biorcy (gospodarza) i atakują komórki w jego organizmie.

Teraz, po 7 miesiącach od przeszczepu, przeprowadziliśmy wywiad z Ianem, który już od tygodnia pracuje (wraz z Nowym Rokiem, zaledwie 5 miesięcy od operacji, powrócił do poprzedniego zawodu montera rusztowań) i ze smakiem pałaszuje cheeseburgera z frytkami, co oznacza, że może spożywać normalne pokarmy oraz że jak na razie leczenie przyniosło oczekiwany skutek!

Teraz mogę żyć, a nie tylko utrzymywać się przy życiu – te słowa świetnie przedstawiają charakter Iana i jego pozytywne podejście do życia.

Nieodłączną częścią życia Iana przez ostatnich sześć lat była jego dziewczyna, Corrina, pielęgniarka dentystyczna, z którą zaczął się spotykać przed operacją usunięcia jelita grubego i która od tego momentu była jego największym wsparciem. Podczas wywiadu z Ianem Corrina pamiętała datę każdej operacji i znała na wylot przebieg każdej z nich. Ian i Corrina stanowią świetnie zgraną parę. Ale przez wszystkie te lata nigdy nie mogli wyjechać na wspólne wakacje, z wyjątkiem wyjazdów do miejscowości, w których Ian przebywał w szpitalu, chociaż uwielbiają Londyn i wcześniej często w nim bywali, gdy tylko czas na to pozwalał. Teraz planują udać się na wycieczkę marzeń, ale – jak sami będziecie mogli stwierdzić, jeżeli nadarzy się okazja do poznania ich osobiście – swoje wakacje planują w szczególny sposób...bez oficjalnych zapowiedzi, bez żadnego szumu... co jasno dowodzi, że przeszli bardzo wiele w tak młodym wieku i zdołali pokonać piętrzące się przed nimi trudności.

Jak Ian sam mówi: „Mój związek z Corriną był związkiem niepełnym, ponieważ ciągle byłem w szpitalu. Bardzo wiele już razem przeszliśmy, choć byliśmy jeszcze tacy młodzi – bez niej nie dałbym rady. Choć niewiele jeszcze czasu minęło, po tych kilku miesiącach nadal tryskam radością i cieszę się każdym oddechem. Teraz mogę żyć, a nie tylko utrzymywać się przy życiu. Chirurg, który mnie operował, powiedział, że jeżeli przeżyję najbliższe pięć lat, to dalej będzie już z górki. Dla mnie już teraz jest to wielki sukces, ale oboje staramy się nie wybiegać za bardzo w przyszłość. Jedyne ograniczenia, których muszę obecnie przestrzegać, są takie, że nie mogę jeść grejpfrutów, nie mogę palić i muszę stosować krem ochronny przed słońcem z filtrem 50 ze względu na przyjmowane leki immunosupresyjne. Mogę normalnie jeść i tak, przyjmuję całe mnóstwo leków, ale po tym, co przeszedłem, to pestka!"

Ta wypowiedź świetnie pokazuje charakter Iana i jego podejście do życia. Przeszedł szereg poważnych operacji w bardzo trudnym okresie dla młodego, dorastającego człowieka, ryzykował poddając się pionierskim zabiegom chirurgicznym i dzięki własnej odwadze i niezłomnej woli walki odniósł zwycięstwo na chorobą. Pragnienie podzielenia się swoimi doświadczeniami, aby w ten sposób wesprzeć innych i dodać im sił w walce o powrót do zdrowia, oznacza że niniejsze wydanie Linkline jest zbyt małe, aby szczegółowo opowiedzieć jego historię. Dlatego w tym wydaniu zamieściliśmy jedynie wersję skróconą artykułu.

Aby przeczytać pełną wersję, odwiedź nasz profil na Facebooku lub stronę internetową Salts Healthcare

salts.co.uk
facebook.com/SaltsHealthcare

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 leczenia bez 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.**

Fot. © Voyagerix | Depositphotos.com

Wpływ substancji nawilżających na skórę suchą, po radioterapii i chemioterapii oraz jej pielęgnacja

Bezcenne nawilżenie

Problem związany z suchą skórą dotyka około 15–20% populacji. Cera ta jest bardzo cienka, delikatna oraz matowa, często się łuszczy. Odwodniona, sucha skóra bywa ściągnięta, swędzi i piecze. Często widoczne są prześwitujące przez nią liczne rozszerzone naczynia krwionośne, tzw. teleangiektazje i drobne zmarszczki. Może łatwo ulegać podrażnieniom. Dość intensywnie reaguje na czynniki zewnętrzne takie jak bardzo wysokie lub niskie temperatury, detergenty, środki chemiczne.

Nadmierne wysuszenie skóry prowadzi do powstawania pęknięć a także drobnych krwawiących ran (np. na zgięciach palców) i może się pogłębić wraz z wiekiem. Sucha skóra jest stałym elementem niektórych chorób, np. rybiej łuski, atopowego zapalenia skóry czy łuszczycy.

Na powierzchni skóry znajduje się płaszcz hydrolipidowy (wodnotłuszczowy). Jest to cienka powłoka, która chroni przed negatywnymi czynnikami mogącymi wywołać podrażnienie skóry tj. zanieczyszczenia, temperatura, nieodpowiednie kosmetyki. Płaszcz wodnotłuszczowy odpowiada za prawidłowy poziom nawilżenia. Cera sucha charakteryzuje się zubożonym płaszczem czego konsekwencją jest nadwrażliwość oraz zaburzenie dystrybucji wody. Czynnikiem odpowiadającym za prawidłowy poziom nawilżenia jest także Naturalny Czynnik Nawilżający (NMF – Natural Moisturizing Factor). W prawidłowo funkcjonującej skórze występuje on w odpowiednich ilościach, cera sucha cierpi na niedobór NMF. Niedostateczna ilość wody w naskórku i zaburzone procesy złuszczania skutkują nawarstwieniem się na powierzchni skóry komórek warstwy rogowej (najbardziej zewnętrznej warstwy skóry), w postaci suchej, łuszczącej się powierzchni. Utrudnia to penetrowanie substancji zawartych w kosmetykach pielęgnacyjnych.

Fot. © robian | Depositphotos.com

Przyczyny suchości skóry

Przyczyny suchości skóry najogólniej możemy podzielić na wewnętrzne i zewnętrzne.

- **Przyczyny wewnętrzne to:** uwarunkowania genetyczne, starzenie się skóry, choroby (np. niedoczynność tarczycy, cukrzyca).
- **Przyczyny zewnętrzne** wynikają z nieodpowiedniej pielęgnacji, np. stosowania zbyt wysuszających kosmetyków, nieprawidłowej diety (niedobór witaminy A).
- **Skrajne warunki atmosferyczne**, bardzo niska lub bardzo wysoka temperatura oraz zbyt długie i częste opalanie mogą przyczynić się do wysuszenia cery. A także praca w warunkach mogących prowadzić do obniżenia poziomu nawilżenia naskórka jak klimatyzacja, wentylacja, częsta ekspozycja na środki chemiczne, stosowanie leków, skóra po zabiegach radioterapii i chemoterapii.

Preparaty nawilżające

Substancje nawilżające dzielimy na trzy podstawowe grupy:

- **Preparaty działające okluzyjnie.** Preparaty okluzyjne tworzą na powierzchni skóry t.zw. „film", który zabezpiecza ją przed utratą wody. Substancje te zawarte w kremach znacznie zwiększają stopień nawilżenia skóry. Wykazują najlepsze działanie gdy są nakładane na wilgotną, oczyszczoną skórę. Wśród preparatów okluzyjnych możemy wymienić: wazelinę, oleje mineralne, skwalen, parafinę, lanolinę, woski, oleje silikonowe.
- Drugą grupą substancji nawilżających są **humektanty**. Posiadają one zdolność wiązania, przyciągania oraz zatrzymywania wody w skórze. Dodatkowo chronią preparaty kosmetyczne przed wysychaniem. Najlepsze działanie wykazują w połączeniu z preparatami okluzyjnymi. Należą tutaj takie substancje jak gliceryna, sorbitol, mocznik, miód, pantenol, żelatyna i kwas hialuronowy.
- Ostatnią, trzecią grupę stanowią **emolienty**. Emolienty wypełniają niedobory lipidów pomiędzy komórkami naskórka, dzięki czemu zwiększają ich przyleganie względem siebie. Wzmacniają barierę ochronną skóry zapobiegając ucieczce wody ze skóry. Dzięki emolientom skóra jest gładka, elastyczna i miękka. Wśród nich możemy wyróżnić: glikole, lanolinę, glicerydy z oleju z nasion słonecznika, silikony, oleje (jojoba, olej z awokado, wiesiołka, czarnej porzeczki), masło shea.

Skóra w trakcie stosowania radioterapii i chemioterapii

Skóra w trakcie zabiegów radio- i chemioterapii bardzo często zostaje uszkodzona. Wykazuje wtedy cechy skóry suchej, jest podrażniona i swędząca. Suchość skóry jest konsekwencją uszkodzenia gruczołów łojowych i potowych podczas naświetlania. Dodatkowo może wystąpić nadwrażliwość na promieniowanie UV objawiające się poparzeniami, przebarwieniami i pęknięciami skóry. Pojawić się mogą: nadżerki, owrzodzenia, pęcherze i grudki. Dolegliwościom tym towarzyszą niekiedy czasowe przerzedzenie lub utrata włosów.

Objawy skórne pojawiające się w trakcie leczenia możemy podzielić na dwa etapy. Etap gdy pojawiają się **objawy wczesne** i etap gdy pojawiają się **objawy późne**.

Objawy wczesne występują parę dni po napromieniowaniu i obejmują jedynie obszary objęte zabiegiem. Charakteryzują się występowaniem zaczerwienień, wynikających z rozszerzenia naczyń krwionośnych. Pojawia się znaczne złuszczanie suche lub wilgotne, nadwrażliwości, świąd, niekiedy ból skóry. Zmniejszona zostaje aktywność gruczołów łojowych i potowych. Wczesne reakcje z reguły nie pozostawiają trwałych śladów na skórze.

Objawy późne pojawiają się w okresie od 3 do 6 miesięcy od ostatniego napromieniowania. Do późnych objawów możemy zaliczyć: teleangiektazje, przebarwienia, odbarwienia, krwawienia, zwłóknienia oraz stwardnienia skóry. Reakcje późne są trudniejsze do wyeliminowania i często pozostają na skórze na trwałe.

Objawy odległe mogą pojawić się parę lat po zakończeniu leczenia. Zmiany skórne objawiają się bardzo suchą skórą, hiper- lub hipopigmentacją, teleangiektazjami oraz nadmiernym rogowaceniem.

Pielęgnacja skóry po i w czasie radioterapii i chemioterapii

Skóra po zabiegach radioterapii i chemioterapii jest bardzo cienka i delikatna, łatwo ulega podrażnieniom. Kosmetyki używane do pielęgnacji składem zbliżone są do kosmetyków przeznaczonych do cer suchych i wrażliwych. Powinny zawierać substancje kojące, łagodzące, nawilżające, natłuszczające oraz odbudowujące barierę ochronną skóry. Preparaty kosmetyczne powinny mieć proste formy bez nadmiaru składników: aktywnych, perfumowanych, pigmentów oraz konserwantów. Podczas kąpieli należy używać letniej wody oraz unikać długiego namaczania ciała: korzystniejszy będzie prysznic.

Fot. © ilisafx | Depositphotos.com

W oczyszczenia skóry twarzy, szyi i dekoltu pomocne będą płyny micelarne, delikatne pianki, mleczka oraz preparaty myjące dla dzieci. Preparaty oczyszczające przeznaczone do skóry wysuszonej i podrażnionej powinny posiadać odpowiednie pH oraz łagodne środki powierzchniowo czynne. Nawilżanie jest integralnym etapem codziennej pielęgnacji. Polega na aplikacji kremu, na oczyszczoną twarz. Do cery po zabiegach chemioterapii i radioterapii przeznaczone są kremy silnie nawilżające, natłuszczające (typu woda w oleju), zawierające substancje łagodzące podrażnienia oraz odbudowujące płaszcz hydrolipidowy. Kremy i balsamy zawierać mogą alantoinę, wazelinę, pantenol, parafinę oraz witaminy A i E, kwas foliowy, kwas askorbinowy, wyciąg z miłorzębu dwuklapowego. W pielęgnacji ciała najlepiej sprawdzą się nawilżające balsamy i oliwki dla dzieci zawierające substancje łagodzące, kojące, natłuszczające. Dodatkowo zalecana jest wysoka ochrona podczas ekspozycji na promieniowanie UV na poziomie SPF50+. Ochrona powinna być stosowana w trakcie oraz parę lat po zakończeniu leczenia. Stosowanie odpowiedniej, przewiewnej odzieży, najlepiej wykonanej z naturalnych materiałów działa wspomagająco w leczeniu zmian skórnych.

Systematyczna pielęgnacja oraz stosowanie podstawowych zasad higieny prowadzi do znacznej poprawy kondycji skóry.

MGR DOROTA SOŁDACKA
– kosmetolog, asystent na Wydziale Fizjoterapii i Nauk o Zdrowiu
Wyższej Szkoły Zarządzania w Gdańsku

Bibliografia

1. G. Świerczek-Zięba, K. Kopera, S. Wilczyński, A. Samojedny: *Preparaty nawilżające stosowane w pielęgnacji skóry suchej i odwodnionej*, Pol J Cosmetol 2013, 16(1), 74–79.
2. I. Grzegorczyk-Karolak, Ż. Raczkiewicz: *Składniki preparatów kosmetycznych pielęgnujących cerę alergiczną*, Pol J Cosmetol 2013, 16(4), 250–257.
3. M. Alam, H.B. Gladstone, R. C. Tung, *Dermatologia kosmetyczna*, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner Wrocław, 2009.
4. W. Pawliszyn: *Potrzeby kosmetyczne kobiet po chemioterapii i radioterapii*, Kosmetologia Estetyczna 2012, 1 / vol. 1, 55–59.
5. Z. D. Draelos: *Kosmeceutyki*, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner Wrocław, 2011.

Jesień...

KATARZYNA BŁAŻEJEWSKA
dietetyk

Zbliża się jesień, zaczynamy obawiać się infekcji i przeziębień – zupełnie niesłusznie!

Błędy dietetyczne mogą przyczyniać się do zaburzenia podstawowych funkcji ochronnych organizmu, wiedząc jednak, na co zwracać uwagę, możemy ustrzec organizm i wzmocnić system odpornościowy. Zasady są podobne do wszystkich, jednakże ze względu na stomię szczególną uwagę należy zwrócić na wzmocnienie jelitowej bariery ochronnej, dlatego na pierwszym miejscu zwracam uwagę na:

Probiotyki i prebiotyki

Wspierają one śluzówkową barierę jelitową broniąc dostępu niepożądanych bakterii oraz stymulując jelitowy układ immunologiczny, tzw. GALT. Mowa tu o bakteriach probiotycznych, których źródłem w diecie są fermentowane produkty mleczne – jogurty, kefiry i zsiadłe mleko oraz kiszonki. W momencie, gdy zaobserwujemy u siebie zwiększoną fermentację jelitową (wzdęcia, nieprzyjemne 'ruchy' w brzuchu) zalecam czasowo dodatkową suplementację probiotykami zakupionymi w aptece.

Aby probiotyki mogły odpowiednio zasiedlić nasze jelita muszą być dobrze odżywione. Do ich ulubionych produktów należą bogate w inulinę i oligofruktozę: cykoria, pory, czosnek i cebula, pomidory, szparagi i banany.

Im krótsze są jelita, tym większe znaczenie ma wspieranie prawidłowej flory bakteryjnej.

Uważa się, że kiszona kapusta, która zawsze towarzyszyła rzymskiej armii podczas jej wypraw wojennych zapewniła im taką potęgę – dzięki dużej ilości probiotycznych bakterii oraz witaminie C, które chroniły Rzymian przed infekcjami.

Aminokwasy

Są niezbędne do odbudowy tkanek organizmu, produkcji endogennych przeciwutleniaczy, hormonów i enzymów. Gdy ich brakuje, organizm nie ma możliwości obrony. Aminokwasy dostarczamy sobie z produktów białkowych: roślin strączkowych, ryb, nabiału, razowych produktów zbożowych oraz mięsa.

Witaminy antyoksydacyjne: A, C oraz E

W dużych ilościach znajdziemy je w świeżych owocach i warzywach. Dbając o swoje zdrowie i odporność, powinniśmy codziennie zjadać 500 g warzyw i 300 g owoców. Najlepiej, jeśli wejdą w skład wszystkich posiłków.

Witamina A oraz jej pro-witamina (beta karoten) w dużych ilościach występują w produktach mlecznych, marchwi, papryce, szpinaku i brokułach.

Witamina C występuje przede wszystkim w świeżych owocach i warzywach, a jej zawartość spada podczas przechowywania oraz pod wpływem wysokiej temperatury. Dlatego najlepiej jeść warzywa na surowo.

Witamina E nazywana jest witaminą młodości. Znajdziemy ją w dużych ilościach w kiełkach, pestkach, orzechach i nasionach oraz produktach z pełnego ziarna.

Mikroelementy

Cynk wpływa na produkcję białych krwinek – leukocytów – podstawowych komórek układu odpornościowego. Przyspiesza gojenie ran, zmniejsza reakcje zapalne w organizmie. Duże jego ilości zawierają: małże, ostrygi, otręby, fasolka czy pestki dyni.

Selen należy do przeciwutleniaczy – chroni organizm przed wolnymi rodnikami, czyli substancjami uszkadzającymi komórki naszego organizmu, pojawiającymi się w dużych ilościach pod wpływem stresu, zmęczenia, zanieczyszczenia środowiska. W dużych ilościach selen jest w otrębach, kiełkach, rybach i owocach morza oraz orzechach.

Żelazo – niedobór tego pierwiastka bardzo zwiększa ryzyko wystąpienia infekcji. Wchłanianie żelaza jest dość niskie, dlatego należy spożyć go dużą ilość – najlepiej w połączeniu z witaminą C, która zwiększa jego przyswajalność. Z tego powodu na śniadanie proponuję jajko (bogate w żelazo) z papryką (duża ilość witaminy C). Najlepszym źródłem żelaza są produkty mięsne, można jednak dostarczyć sobie tego pierwiastka jedząc duże ilości zielonych roślin – szpinaku, natki pietruszki, szczypiorku i botwiny. Pamiętajmy również o zarodkach pszennych – bombie żelazowej. Mają one lekko słodki smak i dosypywać je można np. do ciast i koktajli.

Siarka – jej zapach nie świadczy tylko o obecności wysłannika z piekła! Cebula, czosnek, szczypiorek i rzodkiewka zawierają w sobie związki siarki (to ona nadaje charakterystyczny ostry smak), które wspierają naszą odporność, poprawiają strukturę włosów i paznokci oraz skóry.

Niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe

Omega – 3 i jego pochodne; kwasy EPA (eikozapentaenowy) i DHA (dokozaheksaenowy). Główne źródła to ryby morskie i tran, także olej lniany. Poza działaniem silnie stymulującym odporność działają one przeciwdepresyjnie i przeciwzapalnie.

Poza dietą musimu pamiętać jeszcze o kilku ważnych rzeczach:

- unikaniu stresu,
- relaksie i odpowiednim wysypianiu się,
- ruchu na świeżym powietrzu.

OPRACOWANIE: KATARZYNA BŁAŻEJEWSKA
DIETETYK

Fot. © Ksud01 | Depositphotos.com

Fot. © natlit | Depositphotos.com

ZAGADNIENIA PRAKTYCZNE

Utrata wagi jest objawem niecharakterystycznym, związanym z występowaniem wielu chorób, niekoniecznie nowotworowych. Jest to objaw, którego nie wolno lekceważyć, gdyż, bez względu na przyczynę, może być oznaką niedożywienia białkowo-kalorycznego i wpływać na obniżenie odporności. To z kolei ma wpływ na wyniki leczenia.

Fot. © londondeposit | Depositphotos.com

Utrata wagi

w aspekcie rozwoju choroby nowotworowej

W przypadku choroby nowotworowej utrata wagi może być spowodowana jednym z następujących czynników:

- trudnościami w przyjmowaniu pokarmów – spowodowanymi przeszkodą w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego (chłoniak, rak języka, rak gardła, rak krtani, rak przełyku, rak żołądka, rak trzustki, rak wątroby)
- utrudnionym przechodzeniem treści pokarmowej przez dalsze odcinki przewodu pokarmowego z powodu niedrożności wywołanej przez rozrastający się nowotwór (rak jelita grubego, rak odbytnicy, rak jajnika z przerzutami do narządów jamy brzusznej)
- wyniszczeniem nowotworowym powstającym w skutek zwiększonego katabolizmu („spalania energii") wywołanym przez rozwijający się guz nowotworowy.

Badania pomocne w ustaleniu przyczyn utraty wagi

Najważniejszym badaniem diagnostycznym w przypadku niekontrolowanej utraty wagi jest przeprowadzenie bardzo dokładnego, wnikliwego wywiadu z pacjentem oraz bardzo dokładnego zbadania. Pozwala to na właściwe ukierunkowanie diagnostyki i wykonanie odpowiednich badań potwierdzających wstępne rozpoznanie.

- **Badanie fizykalne (badanie pacjenta):**
  - ocena powiększonych węzłów chłonnych (karkowe, pachowe, nadobojczykowe, pachwinowe)
  - badanie piersi
  - badanie jąder
  - badanie przez odbyt (badanie per rectum) – ocena prostaty i bańki odbytnicy
  - badanie ginekologiczne kobiet
  - oglądanie i badanie skóry i tkanki podskórnej (czerniak, rak skóry, mięsaki tkanek miękkich)
- **Badanie rentgenowskie klatki piersiowej (rtg płuc)**
  Pozwala wykryć obecność raka płuca lub przerzutów nowotworowych do płuc, ale także stwierdzić obecność innych chorób, mogących mieć wpływ na utratę wagi i gorsze samopoczucie pacjenta: niedodma, rozedma, powiększenie sylwetki serca, płyn w jamach opłucnych, zmiany zapalne płuc, zwłóknienie płuc, powiększenie węzłów chłonnych śródpiersia)
- **Badanie krwi – morfologia**
  Morfologia krwi celem oceny ilości i jakości białych oraz czerwonych krwinek (chłoniaki, ziarnica, czerwienica, niedokrwistość związana z krwawieniem z przewodu pokarmowego – rak żołądka, rak jelita grubego)
- **Badanie krwi** – markery nowotworowe:
  - podwyższony poziom CEA – może świadczyć o istnieniu raka jelita grubego
  - podwyższony poziom PSA – może świadczyć o istnieniu raka prostaty
  - podwyższony poziom CA 125 – może świadczyć o istnieniu raka jajnika
  - podwyższony poziom CA 19-9 (19.9) może świadczyć o istnieniu raka trzustki lub raka żołądka
  - podwyższony poziom AFP (alfa fetoproteina) – może świadczyć o istnieniu raka wątroby (hepatoma, carcinoma hepatocellulare)
  - podwyższony poziom beta-HCG może świadczyć o istnieniu raka jądra

Fot. © lunamarina | Depositphotos.com

Najczęściej występujące objawy wskazujące na obecność choroby nowotworowej

- trudności w połykaniu
- wymioty
- bóle
- zaburzenia wypróżniania (biegunki, zaparcia)
- zatrzymanie wypróżnień spowodowane przeszkodą mechaniczną (niedrożność jelit)
- powiększenie obwodu brzucha
- obecne powiększone węzły chłonne
- wyczuwalny guz (np. rak języka, rak gardła)
- podwyższona temperatura (chłoniak)
- łatwe męczenie się
- wzmożona potliwość
- brak apetytu (rak żołądka)

Uwaga! Należy pamiętać, że powyższe markery mogą, ale nie muszą, świadczyć o istnieniu chorób nowotworowych. Mogą występować także w innych jednostkach chorobowych (np. przerost nienowotworowy prostaty, zmiany zapalne jajnika itd.). Z drugiej strony nowotwory mogą występować także wówczas, gdy odpowiedni marker nie jest podwyższony (np. rak jelita grubego występujący bez podwyższonego antygenu CEA).

- **Ultrasonografia (USG) jamy brzusznej**
  Badanie USG pozwala ocenić czy istnieją zmiany nowotworowe w obrębie takich narządów jak wątroba, nerki, śledziona, jajniki, macica, trzustka. Ograniczeniem jest wielkość zmiany, która może być widoczna badaniem ultrasonograficznym, wynosząca zazwyczaj więcej niż 5–10 mm. Tak więc mniejsze zmiany mogą nie być wykryte tym badaniem.

ŹRÓDŁO: WWW.ONKONET.PL

ZAGADNIENIA PRAKTYCZNE

Diagnoza: *samotność złośliwa*

Deszczowy poranek, powietrze wypełnia powoli chłód zbliżającej się jesieni. Radio wypełnia samochód melodiami jazzu. Zawsze miałem to nieodparte wrażenie, że jazzu nie trzeba rozumieć, że ta muzyka pobudza wyobraźnię, dodaje energii. Instrumenty improwizują i zapraszają nas do tworzenia opowieści.

Ekran telefonu rozświetla się, dźwięk dzwonka zakłóca melodię w radio i wyrywa mnie z zamyślenia, odbieram: – Iwona? – męski, cichy głos, trochę zrezygnowany,

– Nie proszę pana, niestety pomyłka.

Gdy dojeżdżam na miejsca, zanim opuszczę samochód pan dzwoni ponownie:

– Iwonka to ty?

– Proszę pana, wybiera pan wciąż niewłaściwy numer!

Sfrustrowany rozłączam się zanim usłyszę od niego jakiekolwiek słowo. Pędzę do obowiązków. Zdecydowanie nie mam ochoty być kimś innym niż jestem. Iwona...

Wasze życie też pędzi do przodu. Każde z nas coś ma do zrobienia, coraz częściej do zrobienia „na wczoraj". Spójrzcie na dzieci. Najcudowniejsze słowa jakie słyszałem to dziecięce: jestem dzieckiem, ja się spieszyć nie muszę, ja mam mnóstwo czasu. Moje dziecko z nieukrywaną radością wykrzyczy każdą miejscowość, którą mijamy po raz kolejny, na widok dużego marketu przy wjeździe do miasta wie, gdzie się znajduje. Dziecięcy świat ma określoną strukturę, usłany jest symbolami, które uspokajają: wszystko w porządku, jestem bezpieczne. Dorosłość pokrywa czasami mapę życia kurzem a potem wytrąca nam ją z rąk ponieważ jest bezproduktywna. Pędzimy przed siebie. Dokąd? Po czym poznasz, że tam dotarłeś? Czy będziesz się wtedy czuł inaczej niż na początku? A jeżeli tam nie dotrzesz? Co wtedy zrobisz?

Ona: Energiczna kobieta, emerytka, elegancka, zadbana. Matka i babcia. Rozmowę rozpoczyna rzeczowo, wydaje się, że wie po co przyszła do gabinetu psychologa. Przez chwilę zastanawiam się do czego jestem jej potrzebny? „Moje obydwa małżeństwa to jedno wielkie nieporozumienie, straciłam życie na dawaniu szans..." – podsumowuje i ukonkretnia cel wizyty, „...a teraz jestem samotna, nie mam na nic siły, nie widzę sensu wyjścia z domu, siadam w fotelu i coś już każe mi w nim pozostać więc... zostaję". Łzy rozpuszczają jej subtelny makijaż. Teraz wydaje się być autentyczna w swoim aktualnym samopoczuciu. Sieć zmarszczek uwydatnia jej piękny, dojrzały wiek. Tak łatwo jest zatuszować swój nastrój. Włożyć maskę, która nas uatrakcyjnia a jednocześnie uwiera. Jedynie w momencie, gdy pozostajemy sami możemy oddychać własnym powietrzem.

„Kiedy ostatni raz czuła się pani szczęśliwa?", pytam. Nie pamięta. Od zawsze była dla kogoś. Dla rodziców, męża, dzieci, pracy, wnuków, przyjaciół.

On: Mężczyzna z tłumu. Niepozorny, bez cech szczególnie zwracających uwagę. Wchodzi do gabinetu bez oczekiwań. Wchodzi bo musi? Wcale nie. Wchodzi bo wie, że „tu można pogadać". O czym? „ To zależy jak długo pan tutaj pracuje. Pan może mnie rozgryźć? Co pan o mnie myśli? Niech pan mi powie kim jestem?". Nie mam pojęcia co odpowiedzieć, zaskakuje mnie swoją bezpośredniością. Jestem takim samym człowiekiem jak on. Czuję jednak pewne napięcie na jego twarzy, desperację. Nie dziwi mnie to u pacjentów, którzy pierwszy raz trafiają na chemioterapię. Są wystraszeni, nie wiedzą czym jest to leczenie, któremu za chwilę zostaną poddani. Wszystko co wiedzą to mit, że jest to choroba śmiertelna. A kim jesteś Człowieku jak nie osobą śmiertelną? Rodzisz się, starasz się żyć albo życie stara się za Ciebie, umierasz. Wszyscy jesteśmy do siebie pod tym względem podobni. Pacjenci chorzy na nowotwory z niesmakiem na twarzy od razu ripostują: *łatwo się panu mówi, pan nie choruje.* Bunt...

„Mam na imię Rafał" – podaję mu dłoń. Ściska ją z lekkim zdziwieniem. Napełniam jego szklankę wodą. Wypija jednym tchem. „Ten rak to jest nic. Dźwignę setki takich raków bo mnie ten rak nie boli... Nie jestem w stanie obejrzeć filmu do końca bo po 20 minutach zaczynam go odtwarzać od początku. Widzi pan to krzesło? Jak tu u pana siedzę to opisałem go już kilkadziesiąt razy ze szczegółami. Tam, w poczekalni, to samo zrobiłem z tablicą z ogłoszeniami...". ON cierpi od czasów dzieciństwa na zaburzenie obsesyjno-kompulsywne. Czym się charakteryzuje? Wymuszonym, dla obiektywnego obserwatora bezsensownym, wielokrotnym powtarzaniem tego samego schematu zachowania, tej samej myśli. Po co? W celu zmniejszenia lęku, napięcia, które paraliżują i nie pozwalają iść dalej.

„Zakochałem się... Jest piękna, dla mnie jest najpiękniejsza. Jesteśmy przyjaciółmi. Mówi, że mnie kocha, ale nie potrafi zostawić tego swojego frajera. On na nią nie zasługuje. W sumie to ją rozumiem. Co może jej dać taki ktoś jak ja?". Miłość, oddanie. „A co jeżeli się nam nie uda?". ON chodził do lekarzy, psychologów, próbował walczyć z uprzykrzającym życie zaburzeniem. Chodził długo aż przestał bo stwierdził, że jest przypadkiem beznadziejnym. Pytam: „Co musiałbym zrobić, jak się zachowywać, co mówić, żeby nasze spotkania zakończyły się również niepowodzeniem?". Wymienia listę rzeczy, które uważa za istotne. Zaznacza od czego powinniśmy zacząć. ON twierdzi, że spróbujemy.

Ona: Samotna matka. Cudowna, ciepła osoba. Życie poświęciła choremu synowi. Teraz choruje podwójnie: za niego i za siebie. Poświęca się w walce z chorobą tak bardzo, że tchu już jej brakuje. Podłączona do aparatu tlenowego liczy na cud. Nad cudem pracuje wiele osób, tych z obszaru Służby Zdrowia i tych najważniejszych, cichych sprzymierzeńców – przyjaciół. Gdy dobiega końca jej pobyt w szpitalu, zanim cokolwiek usłyszy to płacze. „Opłakuję własną śmierć" – cicho szepce. Ponownie działa magia słowa *hospicjum*. ONA!, proszę, odczarujmy to słowo! Nie pozwólmy chorobie przesłonić życia. Lekarz zauważa troskliwych przyjaciół u boku. „Czy ja jeszcze będę samodzielna?" – pyta z nadzieją w głosie. Jest samodzielna, jedynie tego nie zauważa. Choroba ma to do siebie, oślepia i obezwładnia. Człowiek nie zauważa, że wokół są osoby, które chcą pomóc.

Następnego dnia telefon dzwoni ponownie. Na ekranie ten sam numer co wczoraj. Wiem co chcę powiedzieć. Człowieku weź się w garść! Nie potrafisz poprawnie wykręcić numeru telefonu to poproś o pomoc kogoś w pobliżu.

– Beata?

– Proszę pana dzwonił pan wczoraj! Niech pan w końcu wykasuje ten numer bo jest niewłaściwy! Nie jestem ani Iwoną ani tym bardziej Beatą! – rozłączam się. Czuję jednak uwierającą złość na samego siebie. Coś jest nie tak. Wracam do przeszłości. Był taki ON. Chory, starszy człowiek. Samotny. Usilnie próbujący odpokutować swoje błędy życiowe, wybaczyć sobie i prosić o przebaczenie bliskich. Postępujący proces otępienny utrudniał mu życie, ale pamiętał o własnych błędach, opłakiwał je w rozmowach. Rodzina była jednak nieugięta... Zakończył leczenie szpitalne. Kilka razy spotkaliśmy się jeszcze. Dostał mój numer telefonu, mógł dzwonić kiedy czuł potrzebę. Pamiętam, że gdy oddzwaniałem do niego słyszałem w słuchawce charakterystyczną muzykę skomponowaną na fortepian. Pomyślałem, że to nie może być ON. To niemożliwe. Po takim czasie? Oddzwoniłem. Dźwięk fortepianu wypełnił słuchawkę.

– ON? Czy to pan?

– Tak... A z kim mówię?! – usłyszałem entuzjazm w jego głosie.

– Pamięta mnie pan? Był pan w oddziale... Jak się pan czuje?

– Dobrze. A kim pan jest? – za wszelką cenę próbuję dowiedzieć się coś więcej. Może, gdyby widział moją twarz byłoby mu łatwiej.

– ON? A pan wciąż sam mieszka?

– Tak... – cisza.

– ON czy mogę do pana jeszcze zadzwonić?

– No dobrze... dobrze... ale przepraszam bardzo a nie zna pan może numeru telefonu do Beaty?

Piękna jesień wokół nas. Ciepła, słoneczna. Specyficzna pora roku, którą większość z nas kwituje „trzeba ją przeżyć, te deszcze, chłód, a potem jeszcze zima i szybciutko wiosna". Zastanów się, proszę. Niektórzy przeżywają jesień cały rok. Może jesteś wśród nich. Obejrzyj się. Może przeczytałeś tutaj o sobie? Każda samotność jest do siebie podobna a jednak tak bardzo się różnią. Nie jesteś sam! Po prostu zgubiłeś po drodze mapę życia. Cofnij się. Jeżeli nie możesz sam tego zrobić to poproś o pomoc. Kogo? Na początek tych najbliższych. Może jest obok ciebie jakaś bliska ci Iwona, Beata... Może jesteś TY.

Tymczasem...

MGR RAFAŁ RYBKA, PSYCHOLOG

Fot. © gjedrusok | Depositphotos.com

Wina musujące
– *nie tylko na specjalną okazję*

Nie bez przyczyny w środowisku sommelierów Włochy nazywane są „winiarskim kolosem". Winnice pełne krzewów uginających się pod ciężarem dojrzewających w idealnym słoncu winogron można znaleźć w niemal każdym zakątku tego kraju. Rozciagają się one od wypalonej słońcem Sycylii na południu aż po Alpy na północy, dzięki czemu włoskie wina charakteryzują się niebywałą różnorodnością smaków i styli.

Wina musujące od zawsze kojarzone były z produktami wytwornymi, niezwykle prestiżowymi, służącymi celebrowaniu tych najbardziej wyjątkowych chwil. Już w czasach napoleońskich żołnierze wracający z wygranej bitwy otwierali szampana, aby uczcić swoje zwycięstwo. Przy tej okazji narodził się *Sabrage*, czyli tradycja otwierania butelki szampana szablą. Te czasy minęły, jednak przekonanie o wyjątkowości szampana pozostało. Nadal służy on jako trunek, po który sięgamy dla podkreślenia niecodziennego charakteru wydarzenia. Tymczasem szampan, choć szczególny, nie jest jedynym dostępnym winem musującym. Poza najbardziej prestiżowym francuskim Champagne, na rynku znajdziemy również szeroką ofertę win z Hiszpanii, Włoch, czy krajów byłego ZSRR oraz wielu innych miejsc. Trunkami tymi należy się cieszyć nie tylko od święta.

Zanim jednak spróbujemy was przekonać, że wina musujące idealnie nadają się do lekkiej kolacji w gronie przyjaciół, czy jako napój orzeźwiający w upalne dni wakacji, zaczniemy od kilku ważnych informacji na temat produkcji tego znakomitego trunku.

Jak powstaje wino musujące

Wina musujące dzieli się ze względu na metody ich wytwarzania, które zazwyczaj są charakterystyczne dla danego produktu. Najbardziej tradycyjną metodą produkcji wina jest metoda klasyczna, w której wino spędza większość procesu produkcji, w tym również etap dojrzewania, w butelce.

Do produkcji wina musującego wykorzystuje się zazwyczaj lekko niedojrzałe winogrona, które zapewniają wysoką kwasowość. Zebrane owoce poddawane są procesowi fermentacji. W jego wyniku powstaje tzw. wino bazowe, które w kolejnym etapie posłuży do produkcji wina musującego. Do wina bazowego dodaje się drożdże i cukier, po czym, w metodzie klasycznej, przelewa się je do butelek. Tam wino fermentuje po raz drugi. W wyniku fermentacji w butelce wytwarza się osad, na którym będzie dojrzewał trunek. Taka metoda dojrzewania powoduje, że wino nabiera niespotykanych nigdzie indziej aromatów. Dodatkowo, robi się ono delikatniejsze. W Szampanii minimalny okres, który wino musi spędzić dojrzewając w butelce to 15 miesięcy, jednak wielu producentów wydłuża ten czas nawet do kilkunastu lat. Kiedy okres dojrzewania dobiegnie końca, butelki są otwierane w specjalny sposób, który powoduje usunięcie osadu, a następnie ponownie korkowane. Jest to finalny etap, zwany degorżowaniem. Po zakorkowaniu butelek produkt jest gotowy, aby trafić na półki sklepowe. Tą metodą wytwarzane są między innymi Champagne, Cava, Cremant d'Alsace.

Klasyczna metoda wytwarzania win musujących jest czasochłonna i wymagająca, dlatego znaczna część tych trunków produkowana jest przy użyciu drugiej metody, zwanej metodą Charmata. Dochodzi w niej do uproszczenia i rezygnacji z pewnych etapów produkcji. I tak, druga fermentacja nie następuje tutaj w butelkach, lecz w specjalnych zbiornikach, pomija się etap dojrzewania, a wino rozlewa się do butelek dopiero pod koniec procesu produkcji. Najpopularniejszym trunkiem wytwarzanym tą metodą jest Prosecco.

Z czym łączyć wina musujące

Połączenie szampana z kawiorem uchodzi za jedno z sześciu najdoskonalszych zestawień na świecie. Delikatny, słonawy i lekko oleisty w smaku kawior zostaje przełamany kwasowością i perlistością szampana. Każdy bąbelek szampana, który eksploduje w ustach powoduje, że kawior smakuje niebiańsko, a jego morski charakter zostaje zamaskowany. Ponieważ jednak nie każdemu z nas przychodzi uczestniczyć w bankietach w stylu rodem z Hollywood, a kawior niezbyt często gości na naszych stołach, warto wiedzieć, z czym jeszcze należy kosztować tego trunku, kiedy już nadejdzie na niego pora.

Ze względu na bąbelkową teksturę oraz wysoką kwasowość wina musujące dobrze komponują się z sałatkami. Młody szampan, jako jedno z niewielu win nie daje się zdominować przez sos vinegrette. Delikatniejsze sałatki z orzechami, gruszkami, czy dojrzewającym serem nabiorą wykwintnego smaku, jeżeli połączymy je z Prosecco o lekko orzechowych nutach, najlepiej Prosecco di Valdobbiadene.

Szukając kompana dla wina musującego, nie trzeba obracać się w kręgu lokalnych dla niego dań. Będzie on bowiem również dobrze smakował z potrawami z dalekich zakątków świata. I tak np. ogień w ustach pozostały po świeżych sajgonkach w sosie chilli, czy meksykańskich nachos z ostrą salsą, najlepiej ugasi Cava Semisecco.

Połączeń win musujących z potrawami jest naprawdę wiele. Różnorodność tych trunków daje nam niemal nieograniczone możliwości dopasowywania wina do ulubionego dania. Warto zatem wyzbyć się przekonań o jedynym słusznym zestawieniu szampana z kawiorem i poeksperymentować odrobinę samemu, szukając nowych smaków i doznań.

Jak wybrać wino musujące dla siebie?

Najpopularniejszymi winami musującymi na polskim rynku są Prosecco, Cava oraz Champagne. Szukając idealnego wina musującego dla siebie, szczególnie, jeżeli nie mamy w tym wielkiego doświadczenia, warto pamiętać o kilku podstawowych zasadach. Champagne jest trunkiem kompletnym, jednak stosunkowo drogim i przez to nie dla każdego osiągalnym. Jeżeli chcemy spróbować wina produkowanego metodą klasyczną, przypominającego szampana, warto sięgnąć po Cava, która w procesie dojrzewania uzyskuje zbliżone aromaty. Nie należy wybierać wina przesadnie wytrawnego, jeżeli nie jesteśmy do niego przyzwyczajeni – może ono bowiem okazać się dla nas zbyt cierpkie. Najlepiej jest zatem zacząć od win półwytrawnych (demi sec, semiseco).

Aby uzyskać większą świadomość, warto poświęcić chwilę na zapoznanie się z systemem opisywania wina na etykietach. System ten różni się w zależności od kraju. We Francji na przykład wino najwyższej próby, pochodzące z niskowydajnych winnic o odpowiedniej glebie oraz spełniających restrykcyjne wymogi produkcyjne (jak chociażby ręczny zbiór winogron),

Renaixenca Cava Brut

Renaixenca Cava Deluxe Gran Cuvee

Prosecco

Les Echansons Grand Cru

Mailly Grand Cru Brut Rose

nazywa się Grand Cru. Wina z Szampanii zazwyczaj zawierają ten człon w nazwie, na przykład Mailly Grand Cru Demi Sec. We włoskich winach musujących nie ma odpowiednika Grand Cru, jednak za przedstawiciela takiego gatunku uznaje się Prosecco z prestiżowego regionu Valdobbiadene.

Niezastąpionym sposobem na to, aby przekonać się, które z dostępnych na rynku win najbardziej nam odpowiada, jest oczywiście kosztowanie. Na degustację można się wybrać do *wine* baru lub restauracji. Ostatnio coraz popularniejszym rozwiązaniem staje się też organizowanie spotkań degustacyjnych w domu, w gronie przyjaciół, na które zaprasza się specjalistę od takich właśnie trunków, do czego Państwa gorąco zachęcam. *A votre santé!*

JAKUB KOLECKI

WINNY ŚWIAT
www.winnyswiat.com

Można je komponować nie tylko z jedzeniem

Wina musujące idealnie nadają się do komponowania soczystych i orzeźwiających koktajli. Dla spragnionych mamy kilka sprawdzonych przepisów.

Prosecco & ...

To nieprawda, że wino można zacząć pić dopiero po południu. W gorące i leniwe dni wakacji Włosi już w porze drugiego śniadania sięgają po orzeźwiające połączenia Prosecco z sokami owocowymi. W połączeniu 50/50 wyróżniamy między innymi:

- Mimosa: Prosecco + sok pomrańczowy
- Bellini: Prosecco + nektar brzoskwiniowy
- Puccini: Prosecco + sok mandarynkowy
- Rossini: Prosecco + sok truskawkowy

Black Velvet

Jest to drink o wiele bardziej dystyngowany od owocowych koktajli z Prosecco. Do jego przygotowania wykorzystuje się piwo Guinness oraz szampana zmieszane w proporcjach 50/50.

Sangria

Jest to popularny w Hiszpanii, podawany w dzbanku drink, który powstaje przez zmieszanie wina z owocami i przyprawami, a czasami również w innymi alkoholami. Przygotowuje się go również z musującej hiszpańskiej Cavy poprzez zmieszanie następujących składników z lodem:

- 1 butelka półwytrawnej Cavy
- 1 szklanka pokrojonych w kosteczkę owoców (truskawek, brzoskwiń, winogron)
- 1 pomarańcza
- kilka listków mięty

Słownik terminów onkologicznych (cz. V)

Endoskopia
badanie wziernikiem (giętkim lub sztywnym) przewodu pokarmowego (wziernikowanie przełyku – ezofagoskopia, żołądka – gastroskopia, dwunastnicy – duodenoskopia, jelita grubego – kolonoskopia), dróg oddechowych (bronchoskopia), krtani (laryngoskopia), pochwy i szyjki macicy (kolposkopia) a także jam ciała poprzez wprowadzenie wziernika przez nacięcie w powłokach: jamy brzusznej (laparoskopia), klatki piersiowej (torakoskopia)

Enterostomia
przetoka zewnętrzna na jelicie: przetoka na jelicie grubym – kolostomia, na jelicie cienkim – ileostomia

Eutyreoza
prawidłowa czynność tarczycy

Galaktografia
badanie radiologiczne piersi (patrz: mammografia), polegające na ocenie przewodów mlecznych po podaniu do nich środka cieniującego (kontrastu). Wykonuje się je w przypadku wycieku treści surowiczej lub krwistej z brodawki sutkowej w celu oceny, czy w przewodzie nie występuje zmiana rozrostowa (guzowata), np. brodawczak lub rak

Gastrektomia
chirurgiczne usunięcie żołądka. Całkowite (totalis) lub częściowe (partialis)

Gastroskopia
endoskopowe badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego, pozwala na pobranie wycinków do badania histopatologicznego, umożliwia wykrycie wczesnej postaci raka żołądka

Gastrostomia
przetoka pomiędzy żołądkiem a powłokami ciała. Wykonywana w celu umożliwienia podawania pokarmów bezpośrednio do żołądka, z ominięciem wyżej położonych części przewodu pokarmowego (gardło, przełyk). Wykonywana w przypadku braku możliwości przyjmowania pokarmów np. z powodu rozrostu guza lub zmian popromiennych w przebiegu radioterapii np. raka gardła.

Ginekomastia
rozrost tkanki gruczołowej piersi u mężczyzny

Gruczolak (adenoma)
guz niezłośliwy wywodzący się z nabłonka gruczołowego

Gruczolakowłókniak (fibroadenoma)
guz niezłośliwy wywodzący się z tkanki gruczołowej i włóknistej

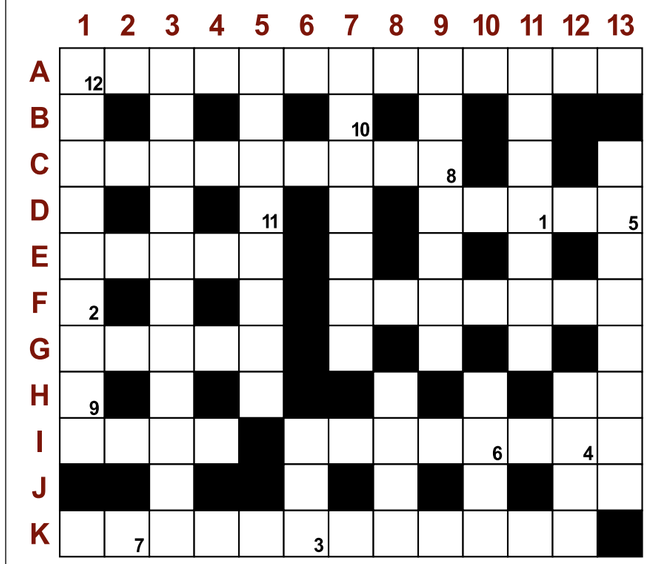
Hematuria
obecność krwi w moczu. Może być związana ze zmianami zapalnymi w drogach moczowych, urazami (kamica dróg moczowych) lub nowotworami dróg moczowych

Hepatomegalia
powiększenie wątroby

Hiperplazja
rozrost

Histopatologiczne badanie
badanie mikroskopowe preparatów tkankowych pobranych od pacjenta przez patologa w celu określenia rozpoznania lub/i przyczyny choroby

HPV
wirus brodawczaka ludzkiego, dowiedziono, że dwa podtypy HPV – 16 i 18 wykrywane są u 85% przypadków pacjentek z rakiem szyjki macicy



Opracowanie: JACEK ANDRZEJEWSKI

POZIOMO

A1 pierwiastki śladowe
C1 np. Francuska
D9 środek używany do uprawy roślin
E1 technika artystyczna czerpiąca z różnych materiałów
F7 substancja rozpoznawana przez organizm jako obca
G1 cesarz rzymski
H12 uniwersytet warszawski
I1 samochód
I6 jedna z chorób metabolicznych
J12 skrót używany do określenia długości skoczni narciarskiej
K1 działania mające na celu zapobieganie chorobom

PIONOWO

1A obywatelka państwa w afryce północno-zachodniej
3A bezżenność
5A miejscowa martwica tkanek przylegających do układu kostnego
6I obiekt, do którego się dąży
7A metalowy żeton zastępujący monetę
8H np. w bok
9A kolisty zakręt rzeki
10I np. lekarskie, aptekarskie
11A nadmierna masa ciała
12H zawiesista zupa rybna
13C bufet w karczmie, szynku

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.

onkonet.pl
Twój serwis onkologiczny