6
Wywiad z prof. dr hab. med. Arkadiuszem Jeziorskim

22
Ból jako powikłanie chemioterapii

39
Markery nowotworowe i ich znaczenie

LUTY 2015

Terapia&Zdrowie

Nowotwory jąder

Wstydliwy problem wciąż lekceważony

str. 18

Fot. © simonekesh | Depositphotos.com

ISBN ISSN 2353-639X

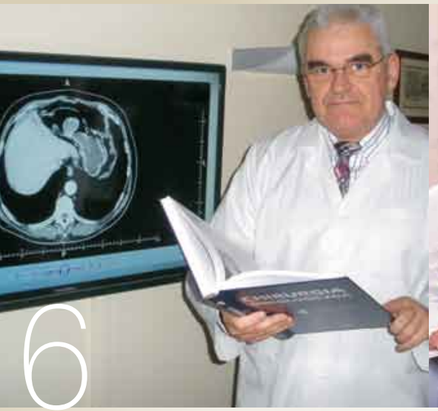
Spis treści

TERAPIA I ZDROWIE
ISSN 2353-639X
NR 1(7), LUTY 2015

18 **DIAGNOSTYKA**

Nowotwory jąder

W ostatnich trzydziestu latach obserwujemy stały wzrost rozpoznawanych nowotworów jąder. Wielu mężczyzn jest świadomych możliwości zachorowania i w momencie wyczucia podejrzanej zmiany szybko zgłasza się do lekarza, natomiast część chorych pomimo niepokojących objawów świadomie lekceważy chorobę.



5

6 Klinika – moje hobby
10 ABC diagnostyki nowotworów jelita grubego
16 Rola żywienia medycznego w chorobie nowotworowej
18 Nowotwory jąder
22 Ból jako powikłanie chemioterapii
24 Światełko w tunelu: chyba mam psychozę!
28 Magia naszego umysłu i mózgu
34 Moja przygoda, nie tylko ze stomią
39 Markery nowotworowe i ich znaczenie
42 Nieprawidłowy wynik badania cytologicznego szyjki macicy
46 Osteoporoza
49 Żelazo i jego niedobór
52 Rozgrzewające jedzenie
53 Lecznicza moc żurawiny
55 Wspomnienie zimy
56 Wina deserowe

28

Od redakcji

Pierwszy w tym roku numer „Terapii i Zdrowia" wydany jest w nowej sytuacji, jaką stworzył „pakiet onkologiczny". System prowadzenia pacjentów z pierwotnie wykrytym nowotworem nakłada na lekarzy rodzinnych wymóg wstępnej diagnozy: czy pacjent może mieć chorobę nowotworową. Nie wchodząc w szczegóły i problemy funkcjonowania tego systemu, Redakcja „TiZ" wyszła naprzeciw temu zagadnieniu zamieszczając część dotycząca diagnostyki nowotworów jelita grubego, przygotowaną przez specjalistów z zakresu chirurgii onkologicznej i skierowaną właśnie do tej grupy lekarzy. Mamy nadzieję, że informacje te pomogą w prawidłowym i skutecznym wykrywaniu raka dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Chciałbym zwrócić Państwa uwagę na wywiad z prof. Arkadiuszem Jeziorskim, Kierownikiem Kliniki Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – ośrodka, który ma olbrzymie doświadczenie i zasługi w nowoczesnym leczeniu raka piersi i raka żołądka. W swojej wypowiedzi Profesor omawia m.in. przyczyny zachorowania na ten nowotwór oraz zwraca uwagę na to jak zapobiec jego powstawaniu.

Ażeby dobrze leczyć chorobę nowotworową należy zwróci uwagę na stan ogólny chorego i stan jego odżywienia. To zagadnienie omawiane jest w artykule „Rola żywienia medycznego w chorobie nowotworowej".

Rak jądra jako temat medyczny jest poruszany zazwyczaj rzadziej niż inne tematy z zakresu onkologii. Niesłusznie, gdyż nowotwór ten, dotykający zazwyczaj młodych mężczyzn, może być wcześnie wykryty I skutecznie leczony. Zachęcamy do zapoznania się z treścią artykułu poruszającego ten temat.

Badanie cytologiczne szyjki macicy wykonywane w trakcie wizyty u ginekologa jest postępowaniem rutynowym. Celem cytologii jest wykrywanie stanów przednowotworowych szyjki macicy, czyli nieprawidłowości na szyjce macicy, które nieleczone mogą po kilku latach przekształcić się w raka szyjki macicy. W związku z tym cytologia pełni rolę zapobiegawczą przeciwko temu rakowi, gdyż pozwala na wykrycie i na leczenie chirurgiczne zmian, zanim przekształcą się w raka szyjki macicy. Dlatego gorąco polecam lekturę artykułu na ten temat.

Z tematyką leczenia choroby nowotworowej związany jest inny temat poruszany w numerze, a mianowicie ból związany ze skutkami chemioterapii. Często powikłania związane z samym leczeniem nie są uwzględniane przy planowanym postępowaniu terapeutycznym, co może mieć wpływ na brak jego skuteczności.

Często w zleconych przez lekarza badaniach krwi widzimy skróty, które są oznaczeniami markerów onkologicznych. Co to jest, do czego one służą i w jakich chorobach mają zastosowanie możemy przeczytać w artykule „Markery nowotworowe".

Jak zwykle w numerze znajdziecie Państwo ciekawy i niestandardowo napisany tekst psychologa „Światełko w tunelu: chyba mam psychozę!", a także informacje o osteoporozie – chorobie wieku starszego, która może być przyczyną wielu dolegliwości i powikłań, wymagających często specjalistycznego i obciążającego pacjenta leczenia. W tym aspekcie bardzo dobitnie brzmi powiedzenie, że lepiej zapobiegać niż leczyć.

Jak zwykle numer uzupełniają informacje o konkursie fotograficznym (rozstrzygnięcie w numerze czerwcowym!) i felieton o produktach szczepów winnych.

Zachęcam do lektury
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Terapia&Zdrowie

Dwumiesięcznik
nr 1(7), luty 2015
ISSN 2353-639X

Zespół i Współpracownicy:
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski (Redaktor Naczelny)
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

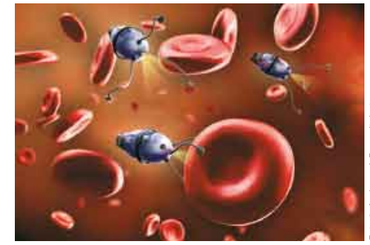
Wydawca
Onkonet sp. z o.o.
ul. Śnieżna 3
80-554 Gdańsk
e-mail: biuro@onkonet.pl
NIP 9571031903

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. © Andreus | Depositphotos.com

Nanotechnologia w leczeniu raka

Nieustający rozwój leczenia różnych chorób nowotworowych jest możliwy dzięki odkryciom z różnych innych dziedzin naukowych. Jedną z nich jest nanotechnologia, czyli cały zestaw technik i sposobów tworzenia rozmaitych struktur o rozmiarach niewidocznych gołym okiem (nanometr to jedna miliardowa metra). Nanotechnologia opiera się na skrzyżowaniu wiedzy wielu dyscyplin naukowych i inżynieryjnych. Rozwój tej dziedziny nauki pozwala mieć nadzieję na radykalną zmianę diagnozowania i leczenia raka. Powszechnie stosowane metody wykrywania nowotworów opierają się na stwierdzeniu widzialnych zmian w tkankach w których znajdują się już tysiące komórek nowotworowych.
Dzięki prowadzonym badaniom naukowym z wykorzystaniem nanotechnologii naukowcy chcą doprowadzić do sytuacji, w której będziemy w stanie wykryć niewielkie ilości komórek nowotworowych, a co za tym idzie rozpocząć leczenie na samym początku choroby. Aktualnie na świece prowadzonych jest bardzo dużo badań klinicznych, których celem jest wprowadzenie do praktyki klinicznej poznanych niewielkich cząstek w diagnostyce nowotworów.

Orzechy – a rak piersi...

Naukowcy z Marshall Universitety w Zachodniej Wirginii umieścili raport w czasopiśmie „Nutrition", ScienceDaily (Sep. 6, 2011) w którym donoszą, że regularne spożywanie zwiększonej ilości orzechów włoskich może być częścią zdrowej diety oraz zmniejsza ryzyko raka piersi. Grupa badaczy przeprowadziła doświadczenie na populacji myszy, których układ genetyczny został tak zmodyfikowany, aby podczas swojego życia wygenerowały złośliwy nowotwór. Zwierzęta zostały podzielone na dwie grupy: pierwszą – wobec której stosowano zwykłą dietę oraz drugą – odżywianą za pomocą diety bogatej w orzechy. Podczas przeprowadzonego badania grupa myszy spożywająca zwiększoną ilość orzechów wygenerowała o połowę mniej nowotworów piersi niż zwierzęta karmione normalną dietą. Ponadto, liczba guzów i ich rozmiary były znacznie mniejsze.
W przeprowadzonym badaniu myszy zaprogramowane genetycznie na rozwój raka w wysokim tempie znacząco zmniejszyły rozwój nowotworu prawdopodobnie dzięki zastosowaniu diety.
Wykonana analiza genetyczna wykazała, że dieta zawierająca orzechy zmieniła aktywność wielu genów związanych z rozwojem raka piersi zarówno u myszy jaki i człowieka.

www.sciencedaily.com

Fot. © SimpleFoto | Depositphotos.com

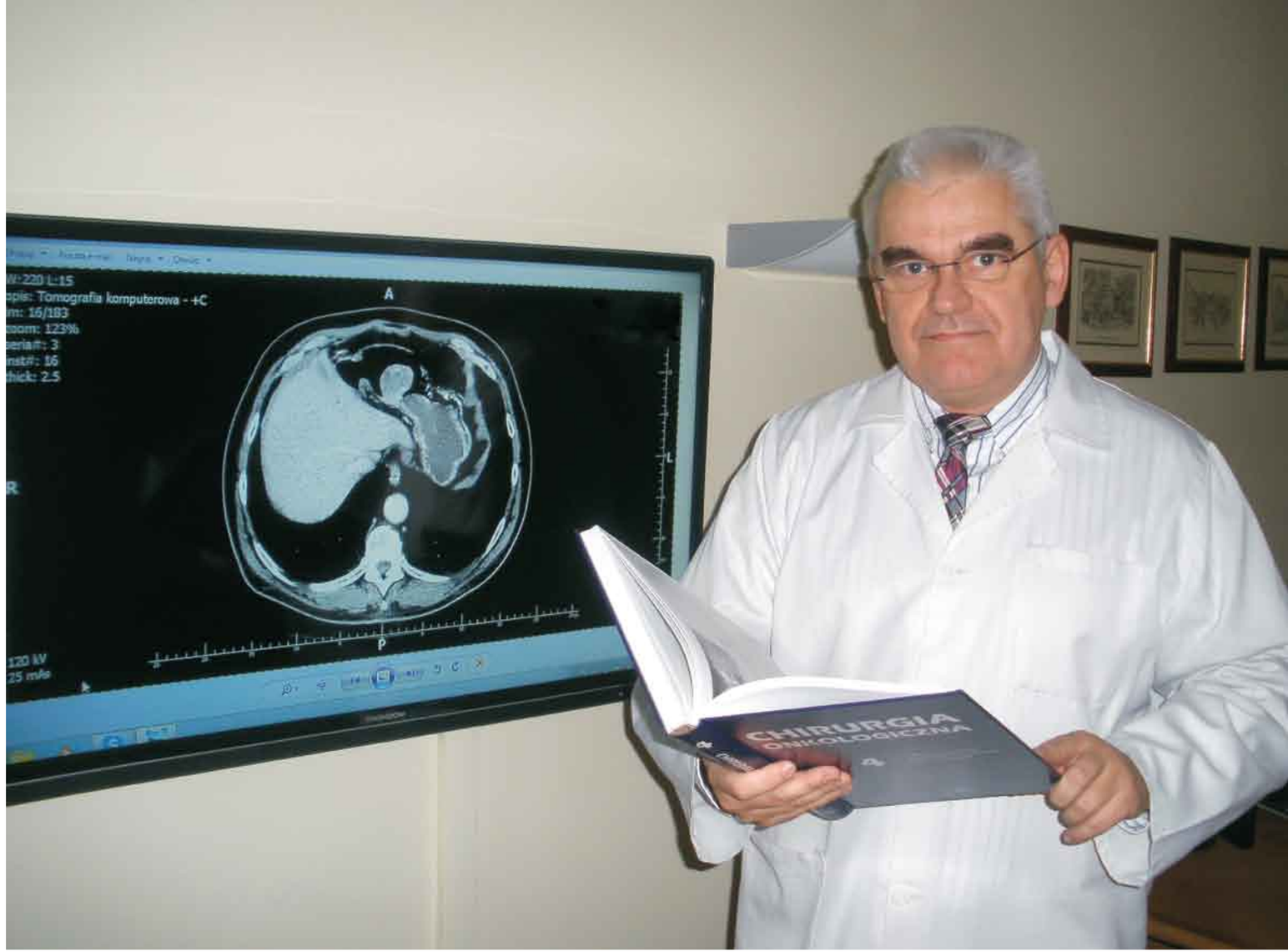
Stewia – naturalny słodzik – zdrowa alternatywa

Dążąc do zdrowej, smukłej sylwetki niejednokrotnie sięgamy po produkty o obniżonej kaloryczności. Do wielu z nich, dla zachowania oryginalnego, słodkiego smaku, a jednocześnie obniżenia wartości energetycznej produktu, zamiast cukru dodawane są słodziki. W postaci sypkiej, płynnej bądź drażetek, przez wiele osób są one również stosowane dla dosładzania kawy, herbaty czy mleka. Słodziki są to jednak substancje syntetyczne bądź półsyntetyczne i wysoce przetworzone, stąd też ich nadużywanie może mieć niekorzystne odbicie na zdrowiu konsumentów.
W ciągu ostatnich kilku lat stewia, wyłącznie naturalny słodzik, podbija serca, żołądki i kubki smakowe ludzi na całym świecie. Może być ona znakomitym i przede wszystkim – bezpiecznym, w porównaniu z produktami syntetycznymi, zamiennikiem cukru dodawanego do potraw.
Stewia jest rośliną o wyjątkowo słodkich liściach, pochodzącą z Ameryki Południowej (*Stevia rebaudiana*). Ekstrakt z niej otrzymywany, wykorzystywany jest tam od setek lat, jako naturalny słodzik i lekarstwo. Stewia ma same zalety: jest produktem w pełni naturalnym, ma dokładnie zero kalorii, jest nawet 250–450 razy słodsza od cukru spożywczego, cechuje się bardzo dobrą rozpuszczalnością w wodzie jak i w alkoholach. W przeciwieństwie zaś do słodzików syntetycznych (acesulfan, aspartam) może być stosowana do pieczenia i gotowania – jest odporna na wysoką temperaturę, a w trakcie jej podgrzewania nawet do bardzo wysokich temperatur nie powstają toksyczne metabolity jej rozpadu.
Poza tym, stewia nadaje się do słodzenia kwaśnych potraw – jej struktura chemiczna jest stabilna w kwaśnym i zasadowym środowisku (pH 3–9) i nie ulega fermentacji. W przeciwieństwie do cukru spożywczego, nie powoduje próchnicy zębów i jest bezpieczna dla diabetyków – nie podnosi poziomu glikemii poposiłkowej, a w związku z tym nie powoduje zwiększenia zapotrzebowania na insulinę jak również nie stymuluje jej wyrzutu z wysp trzustkowych (co ma istotne znaczenie w dietach odchudzających).
W formie naturalnej stewia to roślina, która może być uprawiana przez cały rok w domu, latem również w glebie i w ogrodach. Istnieje ponad dwieście znanych gatunków, które różnią się warunkami hodowli oraz smakiem. Najsłodszym znanym gatunkiem jest *Stevia rebaudian*, uprawiana pierwotnie w Paragwaju, gdzie nazywana jest przez tubylców „słodkim ziołem".
Swój słodki smak Stewia zawdzięcza glikozydom, które są około 300 razy słodsze od cukru i stanowią około 10% składników wyciągu z liści stewii.
Sama roślina jest więc około 30 razy słodsza od cukru. Wyróżniono kilka glikozydów stewiolowych, z czego największe znaczenie mają dwa: stewiozyd i rebaudiozyd A. Najsłodszy i najlepszy pod względem smaku jest rebaudiozyd A, gatunki o jego dużej zawartości są szczególnie cenione i pożądane.
Stewia nie smakuje identycznie jak cukier, jej słodycz jest wyczuwana później i trwa dłużej.
Na rynku światowym, a od kilku lat również w Polsce, dla większej wygody, dostępne są suszone liście stewii oraz skoncentrowany wyciąg w postaci tabletek, w proszku czy płynie.
Warto rozważyć, czy ta zdrowa, dobra alternatywa nie powinna zająć miejsca słodzików i nadużywanego często w naszych kuchniach cukru.

Fot. © vanaz | Depositphotos.com

Klinika
– *moje hobby*

Prof. dr hab. med. Arkadiusz Jeziorski od kilkunastu lat kieruje Kliniką Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, która ma swoją siedzibę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistym im. Mikołaja Kopernika. W klinice leczeni są pacjenci z rakiem piersi, chorzy na nowotwory układu pokarmowego, w tym nowotwory wątroby, czerniaki i inne schorzenia. Klinika jako jedna z pierwszych placówek onkologicznych w Polsce wprowadziła do diagnostyki węzłów chłonnych procedurę biopsji węzła chłonnego wartowniczego. Przedmiotem szczególnego zainteresowania profesora jest ostatnio chirurgia żołądka w raku tego narządu.



Redakcja: Panie Profesorze, czy w połowie drugiej dekady XXI wieku znamy przyczynę powstawania raka żołądka?

Prof. Arkadiusz Jeziorski: Tak jak w przypadku wielu chorób nowotworowych nie jest znany pojedynczy czynnik wywołujący raka żołądka. Natomiast znamy wiele czynników, które zwiększają ryzyko jego powstawania. Pierwszą grupę tych czynników stanowią różnego rodzaju zmiany genetyczne i zaburzenia molekularne. Ich rola w raku żołądka jest nadal przedmiotem intensywnych badań, ale na obecnym etapie wiedzy tego typu zaburzenia można stwierdzić u około 10% chorych, zwłaszcza u chorych w młodym wieku. Drugą grupą czynników ryzyka stanowią czynniki środowiskowe, z których na pierwszym miejscu wymienia się przyzwyczajenia dietetyczne. Rak żołądka występuje u ludzi, których posiłki charakteryzują się dużą zawartością soli kuchennej, a w diecie dominuje mięso wędzone, które zawiera dużą ilość prekursorów czynników rakotwórczych (karcynogenów), jak przykładowo nitrozoamin. Istotne znaczenie ma także niska zawartość warzyw i owoców w diecie. Następnym czynnikiem ryzyka jest palenie tytoniu, które wielokrotnie zwiększa ryzyko rozwoju raka porównaniu do osób niepalących. Najnowsze badania sugerują większe ryzyko rozwoju raka wpustu żołądka w grupie społecznej spożywającej mocny alkohol. Niebezpieczne jest jednoczesne spożywanie alkoholu i palenie tytoniu – niektóre karcynogeny rozpuszczają się łatwo w alkoholu i drażniąc błonę śluzową żołądka wywołują nowotwór. Warto też wspomnieć o niektórych chorobach żołądka. Znane są skłonności do nowotworzenia na podłożu niektórych polipów żołądka. Udowodniono również, że ryzyko wzrasta w przypadku chorych, u których wykonano częściową resekcję żołądka z przyczyn innych niż nowotwór, zwłaszcza po upływie 15–20 lat po operacji.

Red.: Na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia pojawiła się teoria promująca bakterię *Helicobacter pylori* jako czynnik wywołujący raka żołądka. Czy upływ czasu spowodował potwierdzenie tej teorii?

Prof. A.J.: Rola zakażenia *Helicobacter pylori* w rozwoju raka żołądka nie jest ostatecznie wyjaśniona, ale z badań epidemiologicznych wynika, że u osób zakażonych tą bakterią rak żołądka występuje około sześciokrotnie częściej. Uważa się, że w wyniku zakażenia *Helicobacter pylori* następuje inicjacja następującej sekwencji zdarzeń: zakażenie *Helicobacter pylori* – zapalenie powierzchowne – zapalenia zanikowe błony śluzowej żołądka – metaplazja jelitowa – dysplazja, w wyniku której dochodzi do pojawienia się komórek raka.

Red.: Czy w ostatnim okresie zmieniły się metody leczenia chorych na raka żołądka?

Prof. A.J.: Podstawową metodą leczenia chorych jest nadal leczenie chirurgiczne. Ale uznanymi metodami uzupełniającymi leczenie chirurgiczne jest chemioterapia i radioterapia. Zastosowanie metod leczenia uzupełniającego doprowadziło do poprawy wyników leczenia. Mówiąc o leczeniu chirurgicznym muszę powiedzieć, że należę do grona zwolenników usuwania całego żołądka w tym schorzeniu. Należy pamiętać o konieczności starannego usunięcia regionalnych węzłów chłonnych.

> **Rola zakażenia Helicobacter pylori w rozwoju raka żołądka nie jest ostatecznie wyjaśniona...**

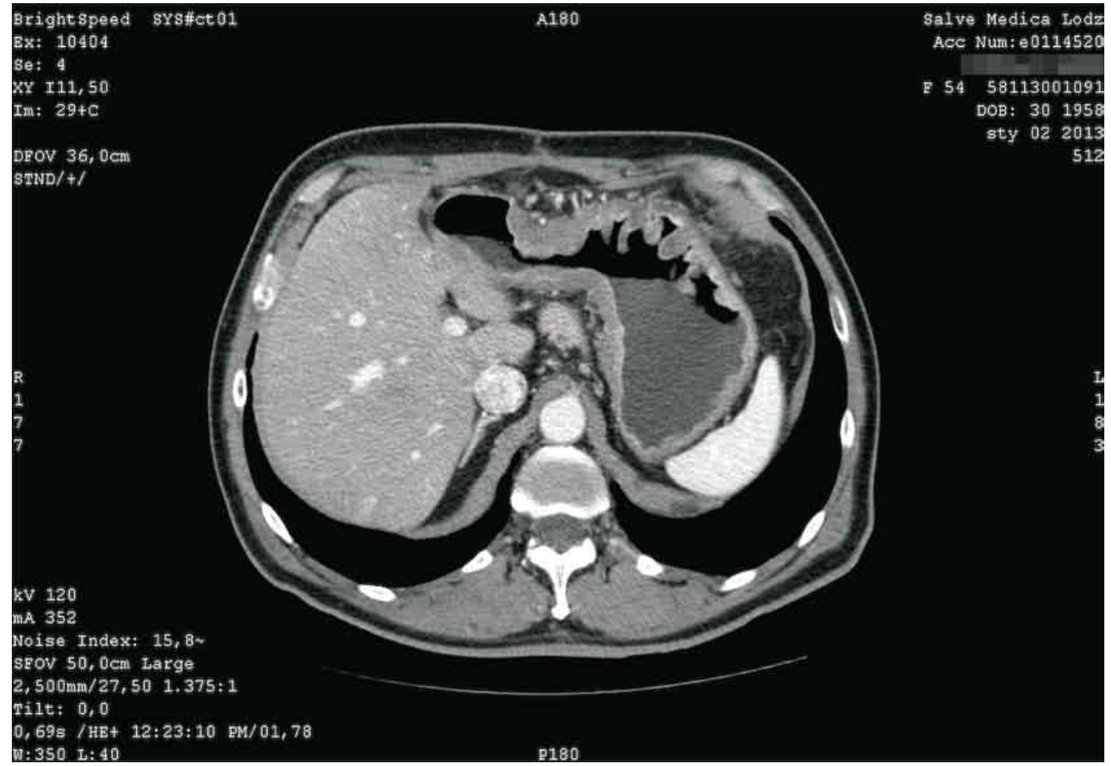
Red.: A czy bez żołądka można żyć?

Prof. A.J.: Oczywiście po usunięciu żołądka dokonujemy natychmiastowej rekonstrukcji ciągłości przewodu pokarmowego poprzez wytworzenie różnego rodzaju połączeń przełyku z jelitem. Początkowo, bezpośrednio po operacji, pacjent jest żywiony dożylnie, ale już po kilku dniach podajemy pierwszy posiłek doustnie. Po kilku miesiącach pacjent zwykle wraca do swoich przyzwyczajeń żywieniowych zachowując jedynie zasadę przyjmowania w ciągu dnia większej liczby posiłków, choć w mniejszej ilości.

Red.: Jeśli do leczenia chorych podchodzi się wielodyscyplinarnie to dlaczego wyniki leczenia chorych na raka żołądka są nadal niezadowalające?

Prof. A.J.: Problem polega na zbyt późnej wykrywalności

Prof. Arkadiusz Jeziorski objął klinikę w 2002 roku. Aby ją odbudować założył fundację, zbierał pieniądze, przeprowadził remont i kupił wyposażenie – od łóżek dla pacjentów zaczynając na nowoczesnym sprzęcie specjalistycznym kończąc.
Na zdjęciach klinika przed i po remoncie.



Tomografia Komputerowa jamy brzusznej – typowy obraz raka żołądka: liczne polipowate twory, pogrubienie ściany żołądka.

tego schorzenia. Pierwsze objawy, takie jak bóle brzucha czy pieczenie w żołądku są niecharakterystyczne, bo zdarzają się u ludzi zupełnie zdrowych i po zastosowaniu leczenia zachowawczego najczęściej ustępują. Dopiero osłabienie czy objawy anemizacji (utraty krwi) są powodem udania się do lekarza. Czasami pierwszymi objawami rozwijającego się raka żołądka jest krwotok do przewodu pokarmowego lub wodobrzusze, świadczące zwykle już o chorobie w stopniu zaawansowanym. Z mojego doświadczenia chirurgicznego wynika także smutna obserwacja, że około 30% przypadków nieoperacyjnych, czyli w bardzo zaawansowanym stopniu rozwoju, to przypadki bezobjawowe, wykryte przypadkowo, przy okazji badań z innego powodu.

Red.: Co można zrobić żeby poprawić wyniki leczenia chorych?

Prof. A.J.: Nie potrafimy zapobiegać rakowi żołądka, ponieważ zbyt mało jeszcze wiemy na temat powstawania tej choroby. Należy unikać czynników ryzyka lub ograniczać ich wpływ na nasz organizm. W przypadku zarażenia *Helikobacter pylori* należy przejść cykl krótkotrwałego leczenia antybiotykami. W grupach ryzyka należy wykonywać okresowo gastroskopię, a z miejsc podejrzanych pobierać wycinki do badania histopatologicznego. Największą wartość w poprawie wyników miałyby badania przesiewowe z użyciem diagnostyki endoskopowej. I najważniejsza sprawa: chorzy na raka żołądka powinni być leczeni w wyspecjalizowanych ośrodkach, w których działa doświadczony zespół chirurgów wespół z radioterapeutami i chemioterapeutami, a decyzja co do leczenia powinna być podejmowana w zespole specjalistów. Ośrodek w którym pracuję spełnia wszystkie powyższe kryteria.

30% przypadków zaawansowanego raka żołądka to przypadki bezobjawowe, wykryte przy okazji badań z innego powodu.

Red.: Chirurgia potrafi być wyczerpująca. Panie profesorze, jak Pan wypoczywa, jakie jest Pana hobby?

Prof. A.J.: To dobre pytanie. Właściwie największym moim hobby jest moja klinika, jej rozwój, awanse podwładnych i zadowolenie współpracowników. Objąłem klinikę w 2002 roku i aby ją odbudować musiałem liczyć wyłącznie na siebie. Założyłem fundację, zbierałem pieniądze, przeprowadziłem remont i kupiłem całe wyposażenie, od łóżek dla pacjentów zaczynając na nowoczesnym sprzęcie specjalistycznym kończąc. Ostatnio, przygotowując klinikę do nowych zadań związanych z pakietem onkologicznym, w ramach fundacji, zakupiłem sprzęt komputerowy o wartości ponad trzydziestu tysięcy złotych. Kilka lat temu kierowana przeze mnie fundacja otrzymała status organizacji pożytku publicznego.
W ramach relaksu, poza pracą, od lat studenckich uprawiam turystykę górską, którą zaraziłem moje dzieci, córkę Martę i syna Adama. Próbuję swoich sił w kolarstwie górskim, ale, uprzedzając pytanie, wielkich sukcesów na tym polu nie odnoszę.

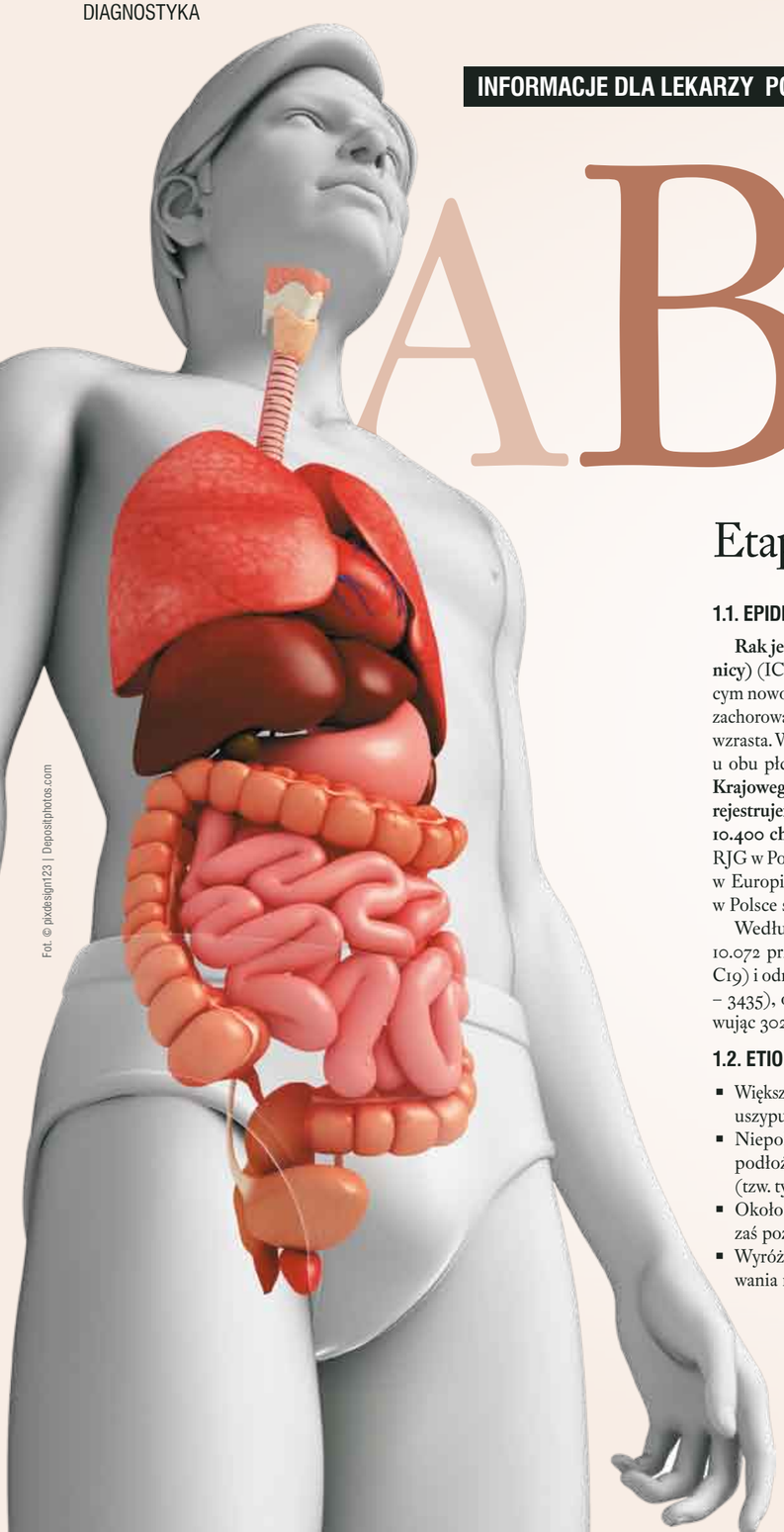
Red.: Dziękuję za rozmowę.

Prof. A.J.: Dziękuję i pozdrawiam serdecznie Czytelników „Terapii i Zdrowia". ❖

ZDJĘCIA Z ARCHIWUM AUTORA

Prof. Arkadiusz Jeziorski: *W ramach relaksu od lat studenckich uprawiam turystykę górską. Próbuję swoich sił w kolarstwie górskim* (...).

DIAGNOSTYKA



Fot. © pixdesign123 | Depositphotos.com

INFORMACJE DLA LEKARZY PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ABC *diagnostyki nowotworów jelita grubego*

Etap podstawowy

1.1. EPIDEMIOLOGIA

Rak jelita grubego RJG (ROK okrężnicy + ROD odbytnicy) (ICD C18–C20) w Europie jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym. Stanowi prawie 14% wszystkich zachorowań i zachorowalność na ten nowotwór systematycznie wzrasta. W Polsce zajmuje pod tym względem drugie miejsce u obu płci (mężczyźni – 12,4%; kobiety – 10,1%). **Według Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) w Polsce rocznie rejestrujemy ponad 15.500 nowych przypadków RJG i ponad 10.400 chorych umiera!** Dynamika wzrostu zachorowań na RJG w Polsce jest najwyższa w Europie. Umieralność na RJG w Europie Zachodniej i Północnej zmniejsza się natomiast w Polsce systematycznie rośnie.

Według KRN z 2010 roku w Polsce zarejestrowano: 10.072 przypadków ROK (okrężnica ICD C18 i esica ICD C19) i odnotowano 7379 zgonów (mężczyźni – 3944, kobiety – 3435), oraz 5496 przypadków ROD (ICD C20) odnotowując 3029 zgonów.

1.2. ETIOPATOGENEZA RJG

- Większość RJG rozwija się na podłożu polipów (gruczolaków) uszypułowanych, znacznie rzadziej nieuszypułowanych.
- Niepolipowate nowotwory jelita grubego występują na podłożu niezmienionej makroskopowo błony śluzowej (tzw. typ raka *de novo*).
- Około 65–85% przypadków stanowią raki sporadyczne, zaś pozostała część to raki występujące rodzinnie.
- Wyróżnia się cztery kategorie czynników ryzyka zachorowania na RJG:

1.2.1. Epidemiologiczne

- Wiek (szczyt zapadalności przypada na 75. roku życia, rzadko poniżej 40. roku życia).
- Masa ciała i aktywność fizyczna (większa zapadalność u osób z nadwagą, wykazujących małą aktywność fizyczną).
- Częściej mężczyźni rasy białej.
- Czynniki geograficzne (największa zapadalność w krajach północnej Europy).

1.2.2. Jelitowe

- Występowanie RJG wśród krewnych pierwszego stopnia przy braku genetycznie uwarunkowanego zespołu.
- Uwarunkowane genetycznie zespoły chorobowe prowadzące do rozwoju raka (są często określane jako stany przedrakowe):
  - zespół gruczolakowatej polipowatości rodzinnej FAP (*familial adenomatous polyposis*). Jest to dziedziczna choroba charakteryzująca się ponad 100 polipami gruczolakowatymi w jelicie grubym;
  - dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC, *hereditary nonpolyposis colon cancer*) – Zespół Lyncha;
  - nieswoiste stany zapalne jelit – wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz choroba Leśniowskiego-Crohna.

1.2.3. Dietetyczne

- Dieta bogata w mięso czerwone.
- Zwiększona zawartość tłuszczów w posiłku (zwłaszcza nasyconych kwasów tłuszczowych).
- Dieta uboga w warzywa i owoce będące źródłem witamin i błonnika.
- Niedobór naturalnych witamin, wapnia.
- Palenie papierosów zwiększa ryzyko śmierci z powodu RJG u kobiet o 40%, a u mężczyzn o 30% w stosunku do osób niepalących.
- Nadmierne spożycie alkoholu.
- Długotrwałe i powtarzające się zaparcia (wydłużony kontakt zawartych w kale czynników rakotwórczych z błona śluzową jelita).

W Polsce rocznie rejestruje się ponad 15.500 nowych przypadków raka jelita grubego z czego ponad 10.400 chorych umiera!

1.2.4. Mieszane

- Przebycie cholecystektomii.
- Wykonany zabieg wszczepienia moczowodu do esicy (zwiększa 500-krotnie ryzyko rozwoju RJG).
- Napromieniania okolicy jamy brzusznej.

1.3. POLIPY JELITA GRUBEGO

Ze względu na budowę histologiczną wyróżnia się dwa najważniejsze typy polipów:

- **Hiperplastyczne** (metaplastyczne) – stanowią 90% polipów jelita grubego, osiągają niewielkie rozmiary (5 mm), są utworzone przez pogrubiałą błonę śluzową bez cech atypii komórkowej, występują u około 75% dorosłych.
- **Gruczolakowe** – są zmianami niezłośliwymi, jednak wykazują zdolność przemiany złośliwej. Dzielą się na:
  - **gruczolaki cewkowe** (***adenoma tubulare***) – stanowią 75% polipów gruczołowych, 5% z nich to zmiany złośliwe.
  - **gruczolaki kosmkowe** (***adenoma villosum***) – stanowią 10% gruczolaków, w 40% tych zmian znajduje się ognisko raka.
  - **gruczolaki cewkowo-kosmkowe** (***adenoma tubulo-villosum***) – stanowią 15% gruczolaków, 20% z nich to polipy złośliwe.

Udowodniono istnienie zależności między wielkością polipa, a występowaniem RJG. Prawdopodobieństwo obecności raka inwazyjnego w polipie gruczolakowym o wielkości < 1 cm wynosi do 1%, natomiast ≥ 2 cm jest 50 razy większe.

1.3.1. Leczenie polipów

Leczenie polipów (w tym także polipów złośliwych, które można usunąć doszczętnie), polega na ich endoskopowym lub chirurgicznym wycięciu. Kontrolną kolonoskopię po polipektomii zaleca się wykonać po upływie:

- 5–10 lat jeśli usunięto 1–2 gruczolaki o średnicy < 1 cm.
- 3 lat jeśli usunięto ≥3 gruczolaki albo przynajmniej jeden o średnicy > 1 cm lub z zaawansowanymi zmianami histologicznymi.
- 2 lat jeśli usunięto ponad 10 gruczolaków.
- 2–6 miesięcy jeśli usunięto nieuszypułowanego gruczolaka we fragmentach.

1.4. PROFILAKTYKA – SKRYNING RJG

Dysponujemy różnymi możliwościami i sposobami wykonania badań przesiewowych w kierunku RJG. Poniżej załączona tabela przedstawia charakterystykę skryningów RJG stosowanych różnych krajach. Badania przesiewowe dotyczą wyłącznie ludzi zdrowych – bez jakichkolwiek objawów choroby. Skryning RJG spełnia kryteria profilaktyki pierwotnej (wykrycie i usunięcie polipów oraz wtórnej (wykrycie wczesnych postaci raka). Wieloletnie przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych, w tym kwasu acetylosalicylowego (ok. 300 mg/d.), zmniejsza ryzyko wystąpienia RJG, ale stosowanie takiej chemoprewencji nie jest zalecane (objawy uboczne).

Rodzaj badania	Częstotliwość	Kraj
Stolec na krew utajoną (test gwajakolowy)	Co 1–2 lata, od 50 r.ż.	Francja, Finlandia, Anglia do 2012 roku
Stolec na krew utajoną (test immunologiczny)	Co 1–3 lata, od 50 r.ż.	Holandia od 2013 roku
Sigmoidoskopia	Co 5 lat od 50 r.ż., lub jeden raz w życiu około 55 r.ż.	Anglia od 2012 roku
Kolonoskopia	Co 10 lat od 50 r.ż., lub jeden raz około 55 r.ż.	Polska od 2000, Niemcy, Austria, USA

Jeden pozytywny wynik na sześć testów jest wskazaniem do wykonania kolonoskopii!

1.4.1. Badanie kału na krew utajoną – FOBT (*Fecal Occult Blood Test*)

FOBT może wykryć krwawienie z całego przewodu pokarmowego spowodowane wieloma schorzeniami: zapalenie przełyku i żołądka, choroba wrzodowa i rak żołądka, *colitis ulcerosa*, polipy, żylaki odbytu, RJG. Wynik może być pozytywny jeśli chory przyjmował aspirynę, sterydy oraz inne leki, które podrażniają przewód pokarmowy. FOBT stosujemy również w poszukiwaniu przyczyn utraty żelaza u chorych z jego niedoborem. Wyróżniamy dwie metody FOBT: gwajakolowa i immunologiczna (immunochemiczna).

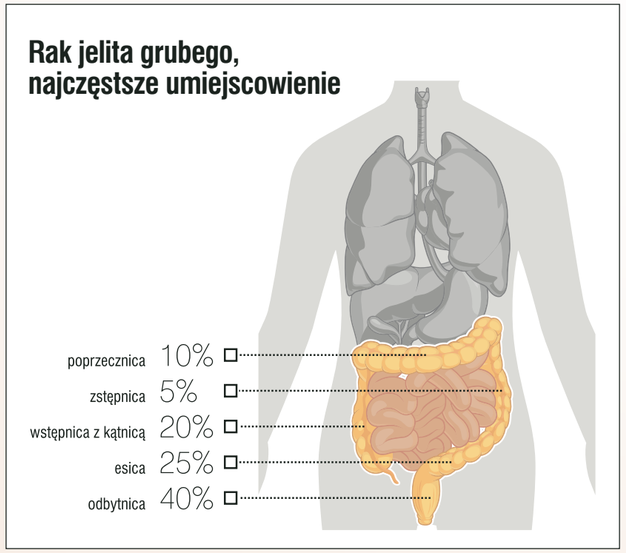
Metoda gwajakolowa (gFOBT). Testy można kupić w aptece. Na paski bibuły nasączone żywicą gwajakolową (wykrywa peroksydazę hemoglobiny) nakładamy próbki stolca. Test jest dodatni u 50% chorych, u których utrata krwi ze stolcem wynosi 20 – 40 ml/dzień. Odsetek wyników fałszywie ujemnych (np. u pacjentów przyjmujących witaminę C) ocenia się na 50%. Wyniki fałszywie dodatnie mogą być spowodowane spożywaniem pokarmów zawierających peroksydazę: białe i czerwone mięso, korzeń chrzanu, czerwona rzodkiewka, świeża rzepa, kalafior, brokuły. Przed badaniem przez okres trzech dni chory powinien wstrzymać się od spożywania powyższych pokarmów. Wykonujemy sześć testów (po dwa testy w trzech kolejnych stolcach). Jeden pozytywny wynik na sześć testów jest wskazaniem do wykonania kolonoskopii.

Metoda immunologiczna (iFOBT). Badanie wykonujemy w laboratorium, pozwala na wykrycie niższych poziomów krwi utajonej niż metoda gwajakolowa. Test jest pozytywny przy poziomie 25 ng/ml hemoglobiny w próbce. Składniki pożywienia nie mają wpływu na wynik testu, specjalna dieta nie jest wymagana. Wskazówki dotyczące badanie kału metodą iFOP:

- Do badania należy pobrać próbkę kału wielkości orzecha laskowego do specjalnego jednorazowego pojemnika, który można zakupić w aptece.
- Należy przygotować trzy próbki kału pobrane z różnych dni.
- Jeżeli trzy próbki pochodzą z trzech kolejnych dni, mogą być dostarczone do punktu pobrań ostatniego dnia pobierania próbek (próbki należy przechowywać w lodówce). Jeżeli odstęp czasowy pomiędzy kolejnymi próbkami jest większy, próbki należy dostarczać każdorazowo po pobraniu.
- W celu ułatwienia wypróżnienia nie należy stosować czopków ani leków przeczyszczających.
- 48 godzin przed badaniem nie należy spożywać alkoholu i aspiryny, gdyż mogą spowodować podrażnienie przewodu pokarmowego.
- Badania kału na krew utajoną nie wykonuje się podczas miesiączki i leczenia stomatologicznego, gdy pacjent ma krwawiące żylaki.

1.4.2. Wskazania do badania przesiewowego:

U zdrowych ludzi, bez objawów choroby i bez obciążonego wywiadu rodzinnego badanie przesiewowe wykonujemy po raz pierwszy w pięćdziesiątym roku życia. W przypadku stwierdzenia **obciążonego wywiadu rodzinnego** badania przesiewowe wykonujemy wcześniej i częściej:



- Od 40. roku życia jeśli u jednego krewnego pierwszego stopnia rozpoznano RJG ≥ 60. roku życia.
- 10 lat wcześniej od rozpoznania RJG u krewnego pierwszego stopnia <60. roku życia.
- Wywiad w kierunku HNPCC – od 20–25. roku życia pełna kolonoskopia (z usunięciem polipów) co 1–2 lata, od 30. roku życia gastroskopia co dwa lata, u kobiet coroczne badania przesiewowe pod kątem raka trzonu macicy (biopsja aspiracyjna endometrium, przezpochwowe badanie USG), począwszy od 25–35. roku życia
- Wywiad w kierunku FAP – badanie genetyczne i kolonoskopia co dwanaście miesięcy od 12–15. roku życia
- U chorych ze schorzeniami zapalnymi jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna) – kolonoskopia (z losowym pobraniem wycinków) co 1–2 lata; badanie należy rozpocząć po 8 latach trwania choroby przy *pancolitis* lub po 15 latach, jeżeli schorzenie dotyczy lewej połowy okrężnicy.

1.5. OBJAWY RJG

- Objawy RJG te zależą od lokalizacji guza i stopnia zaawansowania. Przedstawiono je zbiorczo w załączniku nr 4.
- Lekarz POZ może mieć podejrzenie i/lub ustalić wstępne rozpoznanie RJG na podstawie następujących danych z wywiadu i badania przedmiotowego: **bóle brzucha, nagły spadek wagi, zaburzenia w wypróżnianiu, krwawienie utajone lub jawne, niedokrwistość, wyczuwalny guz, wzdęcia brzucha, zaburzenia trawienia, gorączka, niedrożność**.
- Pomimo zwężenia nowotworowego w prawej połowie okrężnicy, pasaż płynnej treści kałowej może być na tyle zachowany, że przez długi okres nie ma to wpływu na zmianę charakteru i rytmu wypróżnień. Guzy w tej lokalizacji powodują krwawienie „utajone" – objawy anemii bez cech krwi w stolcu.
- Upośledzony pasaż stolca w guzach lewej połowie okrężnicy może powodować: uczucie niepełnych wypróżnień, stolce ołówkowate, krew na powierzchni stolca i krwawienia po oddaniu stolca.

1.6. Podstawowa (wstępna) diagnostyka RJG

Lekarz POZ od stycznia 2015 roku oprócz badania podmiotowego i przedmiotowego (zawsze z badaniem *per rectum*) ma do dyspozycji następujące badania diagnostyczne i obrazowe, które mogą być przydatne w diagnostyce RJG: kolonoskopia, badanie kału na krew utajoną metodą immunochemiczną, morfologia krwi obwodowej, USG jamy brzusznej, zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, rtg klatki piersiowej.

Symptomatologia raka okrężnicy

Objawy	Lewa połowa jelita grubego (%)	Prawa połowa jelita grubego (%)	Łącznie (%)
Krwawienie utajone	76	76	76
Bóle brzucha	57	60	59
Zmiana rytmu wypróżnień	60	37	56
Krwawienie jawne	66	14	52
Chudnięcie	35	42	36
Niedokrwistość	25	74	34
Wyczuwalny guz	8	32	14
Wzdęcie brzucha	12	16	13
Brak łaknienia	8	26	11
Gorączka	10	12	11
Niedrożność	7	5	6

Stopnie zaawansowania raka jelita grubego według klasyfikacji TNM i Dukes'a

STOPIEŃ	T	N	M	Dukes
0	Tis	N0	M0	
1	T1	N0	M0	A
	T2	N0	M0	B1
2	T3	N0	M0	B2
	T4	N0	M0	B2
3	T1, T2	N1, N2	M0	C1
	T3, T4	N1, N2	M0	C1
4	Każde T	Każde N	M1	D

Wskazówki praktyczne dla lekarzy POZ:

- U wszystkich pacjentów po 40. roku życia należy wykonywać rutynowo badanie *per rectum*. W 30% RJG guz może być zlokalizowany w końcowej części odbytnicy, która jest w zasięgu palca.
- Wszystkich pacjentów informować o programie skryningu RJG. W Polsce od 2002 roku MZiOS wprowadziło program zorganizowanego skryningu RJG, oparty o losowo wykonane kolonoskopie u chorych od 55. do 64. roku życia. Dokładne dane dotyczące skryningu są dostępne na stronach **pbp.org.pl**. W przypadku stwierdzenia następujących niepokojących objawów: **bóle brzucha, nagły spadek wagi, zaburzenia w wypróżnianiu, wzdęcia brzucha, zaburzenia trawienia, gorączka, wyczuwalny w badaniu przedmiotowym guz w jamie brzusznej**, ale **bez rozpoznania cech jawnego krwawienia w stolcu**, lekarz POZ powinien wykonać:
  - Badanie kału na krew utajoną. Test iFOBT wykonujemy w laboratorium. Chory może też samodzielnie kupić gotowy zestaw diagnostyczny w aptece – gFOBT.
  - Morfologię – niedokrwistość niedobarwliwą (mikrocytarna) stwierdzamy zwłaszcza u chorych z rakiem kątnicy i wstępnicy.

Fot. © Jim_Film | Depositphotos.com

U zdrowych ludzi, bez objawów choroby i bez obciążonego wywiadu rodzinnego badanie przesiewowe wykonujemy po raz pierwszy w pięćdziesiątym roku życia. W przypadku stwierdzenia **obciążonego wywiadu rodzinnego** badania przesiewowe wykonujemy wcześniej i częściej.

- **Stwierdzenie cech jawnego i/lub utajonego krwawienia w stolcu, nawet bez objawów towarzyszących, upoważnia do podejrzenia i/lub ustalenia wstępnego rozpoznania RJG.** Lekarz POZ powinien zlecić kolonoskopię (guzy okrężnicy) lub sigmoidoskopię (guzy odbytnicy). Badania te stanowią podstawę diagnostyki – umożliwiają wykrycie guza oraz pobranie wycinków do badania histopatologicznego. Kolonoskopia umożliwia ponadto obejrzenie pozostałej części jelita w poszukiwaniu zmian synchronicznych. Jeśli badanie histopatologiczne potwierdzi rozpoznanie RJG należy wypełnić kartę DILO i załączając wyniki badań dodatkowych skierować chorego celem diagnostyki poszerzonej do specjalistycznej poradni (AOS): chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej.
- USG jamy brzusznej ułatwia ocenę guza, przerzutów do wątroby i węzłów chłonnych, jest pomocne w ocenie niedrożności.
- W przypadkach rozpoznania anemii (znacznego stopnia) i/lub cech niedrożności (można zlecić zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej) – chorego należy pilnie skierować do KOR.

1.7. Poszerzona diagnostyka RJG

W ramach poszerzonej diagnostyki RJG prowadzonej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) chorzy będą mieli wykonane następujące badania:

- Poziom wyjściowego stężenia CEA (norma w ng/ml: do 2,5; u palaczy do 5; >10 – podejrzenie nowotworu; u 10–15% chorych wynik jest prawidłowy). Wykonywany co trzy miesiące poziom tego markera, posłuży głównie monitorowaniu efektów uzupełniającego leczenia.
- Do oceny stopnia zaawansowania według klasyfikacji cTNM konieczne jest wykonanie w przypadkach raków okrężnicy – TK jamy brzusznej, oraz MRI i/lub EUS miednicy w przypadkach raka odbytnicy.
- Rośnie znaczenie kolonografii metodą TK (wirtualnej kolonoskopii).
- Po wykonaniu tych badań będzie uzgodniony plan leczenia onkologicznego podczas wielodyscyplinarnego konsylium. ❖

OPRACOWANIE:
ZESPÓŁ UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO DS. DIAGNOSTYKI I LECZENIA NOWOTWORÓW JELITA GRUBEGO (UCK CRU COLORECTAL UNIT),
KLINIKA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ:
PROF. DR HAB. MED. JANUSZ JAŚKIEWICZ
DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI
DR HAB. MED. JACEK ZIELIŃSKI

Opracowano na podstawie:

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej i Konsultanta Krajowego z zakresu chirurgii onkologicznej.
Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK) i Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO)
Zalecenia Towarzystw: ESMO, ESTRO, ESSO
Polski Program Badań Przesiewowych
Europacolon Polska
Program EURECCA

Rola żywienia medycznego *w chorobie nowotworowej*

Jednym z podstawowych warunków prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka jest zbilansowana dieta, dostarczająca wszystkich niezbędnych składników odżywczych, takich jak białka, węglowodany, tłuszcze, witaminy, pierwiastki śladowe i elektrolity. Można je znaleźć w warzywach i owocach, produktach pełnoziarnistych oraz mięsie, mleku i jego przetworach.

Fot. © monkeybusiness | Depositphotos.com

Niestety w przypadku choroby nowotworowej większość z tych produktów nie może być, z różnych przyczyn, przyjmowana przez pacjenta. Bardzo istotne wówczas jest przyjrzenie się i weryfikacja sposobu odżywiania chorego, które ma ogromne, często niedoceniane znaczenie dla przebiegu procesu leczenia.

Osoby z chorobą nowotworową bardzo często tracą na wadze. Niestety, brak apetytu niejednokrotnie postrzegany jest jako naturalny element choroby, nie wymagający interwencji z zewnątrz. W rzeczywistości brak łaknienia to następstwo zmian zachodzących w organizmie dotkniętym chorobą. Taki stan to wyraźny sygnał, że należy szybko zareagować ponieważ spadek wagi źle rokuje: niejednokrotnie nie pozwala na prawidłowe leczenie (przeprowadzenie operacji czy zastosowanie chemio- czy radioterapii), jak również sprawia, że pacjenci częściej narażeni są na infekcje i powikłania pooperacyjne.

Przyczyny zaburzeń stanu odżywiania w chorobie onkologicznej

Nieprawidłowy stan odżywienia występuje nawet u 90% chorych onkologicznie. Niewątpliwie ma na to wpływ zarówno rodzaj i umiejscowienie nowotworu, przebieg choroby czy stopień złośliwości jak i sposób leczenia. Zmiany metaboliczne zachodzące w organizmie pacjenta z chorobą nowotworową prowadzą do upośledzenia przemiany białek, tłuszczów, węglowodanów i składników mineralnych. Dochodzi do zwiększonego zapotrzebowania na substancje odżywcze, zwłaszcza białko.

Dodatkowo samo leczenie (chemio- i radioterapia) może prowadzić do zaburzeń stanu odżywiania. Ich przyczyn należy upatrywać w: obniżonym łaknieniu, wymiotach, biegunkach, zmianach odczuwania smaku i zapachu, które mogą utrudniać przygotowywanie i spożywanie posiłków.

Kacheksja – wyniszczenie nowotworowe

Nadmierna, niezamierzona utrata masy ciała może prowadzić do wyniszczenia nowotworowego (**kacheksji**) – **skrajnego powikłania w chorobie nowotworowej**, objawiającego się postępującą utratą masy ciała, osłabieniem oraz brakiem apetytu. Kacheksji towarzyszy również upośledzenie funkcji układu odpornościowego i zaburzenia metaboliczne.

W sytuacji, gdy utrata masy ciała w dużej mierze zależy od braku dostarczania organizmowi niezbędnych składników odżywczych, a guz nie rośnie zbyt agresywnie, długotrwałe prowadzenie interwencji żywieniowej może w umiarkowanym stopniu poprawić kondycję pacjenta. Jeśli jednak interwencja żywieniowa została rozpoczęta zbyt późno, a choroba jest w dużym stopniu zaawansowana, zastosowanie żywienia medycznego może jedynie zatrzymać dalsze pogarszanie się stanu odżywienia.

Dlatego tak ważne jest aby osobie chorej na nowotwór zapewnić odpowiednią podaż składników odżywczych na każdym etapie leczenia, zwłaszcza w początkowym stadium choroby.

Zapotrzebowanie na składniki odżywcze

Podaż białka u dorosłych osób powinna wynosić 0,8–1,5g/kg mc./dobę a podaż energii 25–35 kcal/kg mc./dobę. W sytuacji gdy pacjent jest dotknięty chorobą nowotworową powinien otrzymywać **dwukrotnie więcej białka (2–3g/kg mc./dobę) i znacznie więcej energii (35–45 kcal/kg mc./dobę).**

Dodatkowo organizmowi należy dostarczać wszystkich niezbędnych składników odżywczych (tj. aminokwasy, węglowodany, tłuszcze, elektrolity, pierwiastki śladowe, witaminy), które powinny być podawane w ilościach pokrywających zapotrzebowanie dobowe chorego.

Poradnictwo dietetyczne

W celu prawidłowego skomponowania i dobrania odpowiedniej diety, która jest kluczowym elementem procesu leczenia chorego, **konieczna jest konsultacja ze specjalistą**. Dobrze zaplanowana porada dietetyczna powinna stanowić pierwszy krok wsparcia żywieniowego i być adresowana do chorych na każdym etapie leczenia.

Żywienie medyczne

W sytuacjach, gdy domowa dieta nie jest w stanie pokryć zapotrzebowania na składniki odżywcze, których potrzebuje pacjent z chorobą nowotworową, zaleca się włączenie żywienia medycznego.

Żywienie medyczne, nazywane także interwencją żywieniową lub wspomaganiem żywieniowym, jest metodą wspierania leczenia właściwego, którą stosuje się w przypadkach kiedy chory nie jest w stanie dostarczyć organizmowi składników odżywczych, spożywając tradycyjne posiłki. Podawanie może odbywać się drogą jelitową, drogą pozajelitową oraz dwiema jednocześnie. Żywienie medyczne może całkowicie zastąpić tradycyjną dietę lub może stanowić jej ważne uzupełnienie.

Pamiętajmy: długotrwałe prowadzenie interwencji żywieniowej może w umiarkowanym stopniu poprawić kondycję pacjenta. Dlatego tak ważne jest, aby osobie chorej na nowotwór zapewnić odpowiednią podaż składników odżywczych na każdym etapie leczenia, zwłaszcza w początkowym stadium choroby.

Wspomaganie żywieniowe ułatwia leczenie pacjenta, poprawia jego samopoczucie, zmniejsza niepożądane następstwa i dodaje sił do walki z chorobą – wszystko to ma istotne znaczenie w procesie zdrowienia chorego.

Najlepszą i najwygodniejszą, a do tego najmniej inwazyjną formą żywienia medycznego jest metoda żywienia doustnego. **Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN)** rekomenduje w takiej sytuacji hiperkaloryczne i wysokobiałkowe doustne specjalistyczne preparaty odżywcze, które dostarczają w niewielkiej objętości skoncentrowaną ilość kalorii i składników odżywczych – co rzadko można osiągnąć komponując posiłki ze zwykłych produktów.

Z myślą o pacjentach chorych onkologicznie opracowany został **Nutridrink Protein 125 ml**. Nutridrink Protein 125 ml to wysokokaloryczny i wysokobiałkowy preparat odżywczy przeznaczony do picia.

Chory może stosować go między posiłkami lub przyjmować zamiast klasycznych pokarmów. Żeby wzmocnić organizm i dostarczyć mu potrzebne substancje, należy przyjmować dwie butelki Nutridrink Protein 125 ml dziennie przez minimum czternaście dni. Preparat jest dostępny bez recepty, w aptekach tradycyjnych i internetowych, z dostawą do domu. ❖

Nutridrink Protein 125 ml to wysokokaloryczny i wysokobiałkowy preparat odżywczy przeznaczony do picia.

Zalety doustnych specjalistycznych preparatów odżywczych

- skoncentrowane źródło kalorii i składników odżywczych w małej objętości
- brak składników potencjalnie szkodliwych: laktoza, gluten, cholesterol, puryny
- możliwość dostosowania preparatu do wymagań żywieniowych
- zbilansowane preparaty niewymagające dodatkowych czynności kulinarnych
- preparaty wolne od kontaminacji bakteryjnej (pakowane w atmosferze jałowej)

Więcej informacji o produktach na:
www.nutriciaoncology.pl
lub pod numerem telefonu:
22 350 00 50

Nowotwory jąder

Nowotwory jąder to grupa różnorodnych nowotworów występujących u mężczyzn najczęściej między 20. a 35. rokiem życia. Niejednorodność tej grupy dotyczy zarówno budowy histologicznej, jak i przebiegu klinicznego.

Fot. © tupungato | Depositphotos.com

Rokowanie przy raku jąder jest dla chorych korzystne. W 95% przypadków uzyskujemy wyleczenie!

Zdecydowana większość – około 99% pierwotnie lokalizuje się w jądrach, po jednej stronie, ale zdarza się pierwotna lokalizacja guza pozajądrowa, w przestrzeni zaotrzewnowej. Nowotwory mogą wystąpić w obu jądrach, jednoczasowo lub w różnym odstępie czasowym. Nowotwory te stanowią obecnie 1,5% nowotworów rozpoznawanych u mężczyzn ale zajmują pierwsze miejsce w grupie młodych mężczyzn, do 40. roku życia. Nowotwory jąder różnią się stopniem agresywności zależnie od typu histologicznego. Mogą pochodzić z komórek rozrodczych, z komórek podścieliska jądra, z komórek sznurów płciowych.

Nowotwory z komórek zarodkowych dzielimy dodatkowo na nasieniakowate (o łagodniejszym przebiegu) i nienasieniakowate. Podział ten jest istotny ze względu na przebieg kliniczny i możliwość dalszego leczenia. Nowotwór może być zbudowany z jednego typu nowotworu lub w guzie może występować kilka typów komórek nowotworowych. Są to tak zwane nowotwory mieszane (*Mixed germ cell tumor*).

Rokowanie jest dla chorych korzystne. W 95% przypadków uzyskujemy wyleczenie stosując leczenie chirurgiczne samodzielnie lub połączone z chemio- lub radioterapią. Sukces leczenia jak i jego agresywność w dużej mierze zależy od tego jak wcześnie chory zauważy zmianę w jądrze i zgłosi się do lekarza.

Epidemiologia

W ostatnich trzydziestu latach obserwujemy stały wzrost rozpoznawanych nowotworów jąder. W 1980 roku w Polsce rozpoznano 328 przypadków raka jądra, w 1990 było ich już 416, w 2000 stwierdzono raka jądra u 640 mężczyzn a w 2010 zachorowało 1094 Polaków. Tendencja wzrostowa jest stała i znacząca, ale przyczyn tego zjawiska nie znamy. 70% przypadków występuje do 40. roku życia ze szczytem zachorowań między 25. a 29. rokiem. Jedynie wśród mężczyzn po 65. roku życia obserwujemy niewielki spadek zachorowań.

U dzieci od 0–18 lat również obserwujemy wzrost zachorowań, choć nie tak dynamiczny.

W porównaniu z innymi krajami europejskimi częstość zachorowań na nowotwory jąder w Polsce jest nieznacznie niższa. Nowotwory jąder są przyczyną zgonu w 0,2% ogółu zgonów nowotworowych wśród dorosłych w Polsce i 3% ogółu zgonów nowotworowych u dzieci. Umieralność mężczyzn z tego powodu rosła do roku 1985, a następnie sukcesywnie spada szczególnie w grupie mężczyzn od 20 do 40 lat. Nadal częstość zgonów w Polsce jest istotnie wyższa niż w Unii Europejskiej choć metody leczenia mamy takie same. Chorzy zgłaszający się z podejrzanym guzem jądra do lekarza są traktowani priorytetowo. Oczekiwanie na leczenie jest skrócone do minimum. Wydaje się, że wyższa śmiertelność spowodowana jest mniejszą świadomością chorych w Polsce i późniejszym zgłaszaniem się do lekarza. Na tym polu mamy wiele do zrobienia. Wielu mężczyzn jest świadomych możliwości zachorowania i w momencie wyczucia podejrzanej zmiany szybko zgłasza się do lekarza, natomiast część chorych pomimo niepokojących objawów nie zgłasza się do lekarza, świadomie lekceważąc chorobę.

Do tej grupy pacjentów najbardziej chcielibyśmy dotrzeć, aby przekonać ich, że leczenie nie jest bolesne, jest z pewnością skuteczne i pozwala po wyleczeniu cieszyć się życiem jak przed chorobą. Lekceważenie objawów jest najgorszym wyjściem.

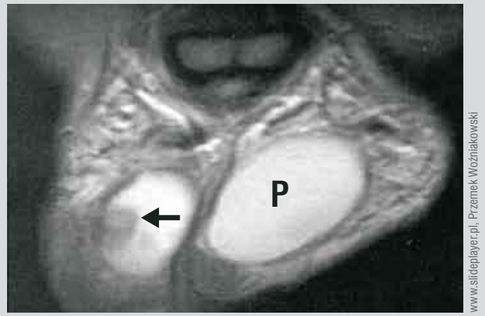
Objawy

Najważniejszym objawem jest różnej wielkości guzek, czasem guz wyczuwalny w jądrze. Guz jest zwykle niebolesny. Czasem chory ma wrażenie, że jądro jest cięższe, bardziej wrażliwe na ucisk. Dość często chory skarży się na nieokreślony dyskomfort lub tkliwość jądra. W badaniu jądro jest nierówne, z wyczuwalnym uwypukleniem na powierzchni. Jeżeli chory zwleka z wizytą u lekarza jądro może być znacznie powiększone, przebudowane guzowato w całości. W kilku procentach przypadków zdarza się, że nowotwór objawia się zapaleniem jądra, które trudno się leczy i pomimo stosowanych antybiotyków nie można uzyskać normalizacji stanu.

Nie zawsze powiększenie jądra jest nowotworem. Zmiany łagodne tej okolicy są dość częste i należy podkreślić, że większość guzków zlokalizowanych w okolicy jądra (ale poza samym jądrem) to różne zmiany łagodne. Nowotwór jądra należy różnicować z wodniakiem, torbielą najądrza, krwiakiem, zapaleniem jądra, przepukliną mosznową. Wszystkie te stany chorobowe nie są nowotworami i można je odróżnić w badaniu USG moszny. Nierówności czy zgrubienia które są wyczuwalne na tylnej powierzchni jądra to zazwyczaj najądrza, odrębne anatomicznie narządy niezbędne w procesie dojrzewania plemników. Wyczuwalne zwykle nad jądrem miękkie, elastyczne struktury mogę odpowiadać żylakom powrózka nasiennego, które są schorzeniem łagodnym. Wodniaki jąder rzadko, ale mogą towarzyszyć nowotworom jądra i maskują wówczas guz rosnący w samym jądrze, dlatego tak ważna jest diagnostyka USG. Także guzki zlokalizowane w skórze moszny nie są nowotworami jąder, zwykle są łagodnymi włókniakami lub tłuszczakami, które można obserwować lub usunąć chirurgicznie. Niektóre typy nowotworów mogą dość szybko dać przerzuty odległe, nawet jeżeli zmiana pierwotna w jądrze jest mała. Tak rozwija się nabłoniak kosmówkowy. Bóle w jamie brzusznej są rzadko objawem pierwotnym raka jądra najczęściej przerzutów do węzłów chłonnych położonych w jamie brzusznej,w przestrzeni zaotrzewnowej.

Czynniki ryzyka

Do udowodnionych czynników zwiększających ryzyko zachorowania na nowotwór jądra należy jądro niezstąpione. W jądrze obciążonym wnętrostwem częściej powstaje nowotwór, a sprowadzenie chirurgiczne nawet we wczesnym dzieciństwie nie zmniejsza tego ryzyka. Nowotwór jądra u ojca lub brata zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworu. U chorych z rozpoznanymi zaburzeniami różnicowania płci ryzyko rozwoju nowotworu w jądrach jest wyższe niż dla ogółu populacji. Kolejnym czynnikiem jest niepłodność.



www.slideplayer.pl. Przemek Woźniakowski

Guz prawego jądra na badaniu rezonansem magnetycznym (oznaczony strzałką, P – jądro prawidłowe)

U mężczyzn leczonych z powodu niepłodności rozpoznaje się w biopsjach jąder wewnątrzprzewodową neoplazję komórek zarodkowych w 0,4–1% przypadków. Obraz jądra w USG określany jako „gwiaździste niebo", czyli rozsiane w całym jądrze, drobne mikrozwapnienia również wiązany jest z większym ryzykiem rozwoju nowotworu jądra.

Diagnostyka

W nowotworach jąder nie ma określonych badań przesiewowych. Największą wartość ma świadomość mężczyzny i samokontrola. Jądra są małymi narządami, położonymi powierzchownie. W całości, nawet u otyłych osób są dostępne w badaniu palpacyjnym (ręcznym). O ile kobiety z obfitym biustem mają problemy z wyczuciem małego guzka w piersi, to u mężczyzn nawet jednocentymetrowy guzek w jądrze jest łatwy do wykrycia. Stąd tak dużą wartość ma samokontrola. Pierwszym badaniem które powinno być wykonane, gdy podejrzewamy w badaniu lekarskim guz jądra, jest USG moszny. Pozwala na ocenę struktury jądra, wielkości guza, jego lokalizacji. Powinny być oznaczone specyficzne dla nowotworu jądra markery biochemiczne. Są nimi alfafetoproteina, gonadotropina kosmówkowa. Enzym dehydrogenaza mleczanowa – LDH ulega podwyższeniu w wielu stanach chorobowych, ale oznaczamy go także przy podejrzeniu raka jądra. Niestety nie są to idealne markery, gdyż nie wszystkie nowotwory powodują ich podwyższenie, stąd nie mogą być użyte w badaniach przesiewowych. W celu oceny stopnia zaawansowania wykonujemy tomografię komputerową jamy brzusznej i klatki piersiowej. W tych badaniach poszukujemy przerzutów do płuc, do węzłów chłonnych, do wątroby i innych narządów wewnętrznych. Jeżeli chory prezentuje objawy neurologiczne wskazujące na przerzuty do mózgu należy wykonać tomografię komputerową głowy.

Leczenie

Pierwszym etapem leczenia jest usunięcie zmienionego jądra nawet w zaawansowanych, przerzutujących nowotworach. Operacja jest wykonywana z cięcia wzdłuż pachwiny, bez otwierania moszny, aby nie doszło do rozsiewu komórek nowotworowych. Jądro jest badane przez lekarza patomorfologa, który określa rodzaj nowotworu i stopień jego zaawansowania miejscowego. Zależnie od tych czynników lekarz onkolog decyduje o dalszym postępowaniu. W przypadku nowotworów o małej agresywności i we wczesnym stadium miejscowego zaawansowania możliwe jest postępowanie wyczekujące. Polega na kontroli chorego co trzy miesiące i wykonywaniu badań laboratoryjnych i obrazowych, które mają na celu wczesne wykrycie nawrotu nowotworu. Jeżeli rozpoznany nowotwór jest zaawansowany i klinicznie agresywny wówczas chory dodatkowo otrzymuje radioterapię lub chemioterapię. Nowotwory zarodkowe mają dużą wrażliwość na obie te metody leczenia dlatego wyniki leczenia chorych są bardzo dobre. Wszystkich chorych po zakończeniu leczenia obowiązują kontrole u lekarza onkologa lub urologa przez pięć lat od rozpoznania choroby. Wskazane jest kontrolowanie się chorego do końca życia.

Fot. © photographee.eu | Depositphotos.com

Wielu mężczyzn pyta czy po usunięciu jądra nadal będą mogli mieć potomstwo. Na szczęście w tym względzie natura obdarzyła nas hojnie i panowie dysponują sporym nadmiarem tkanki jąder.

Dalsze postępowanie

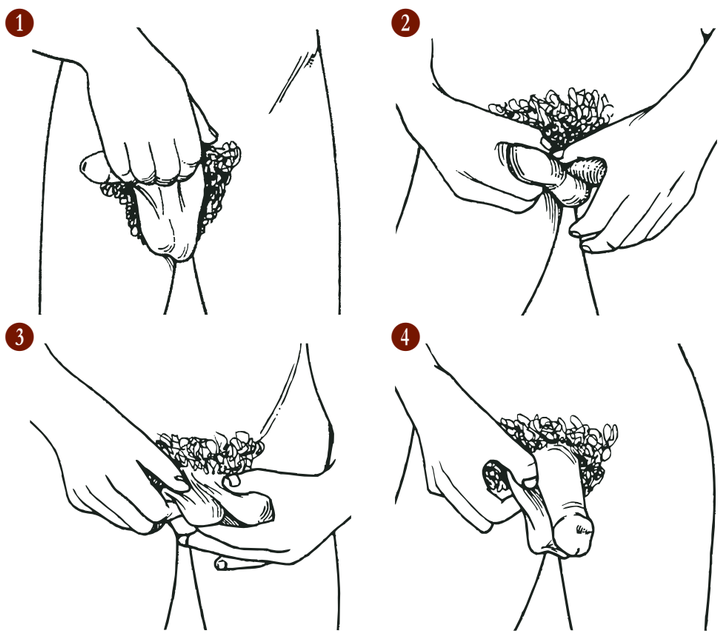
Wielu mężczyzn pyta, czy po usunięciu jednego jądra nadal będą czuć się mężczyznami i czy będą mogli mieć potomstwo. Jądro poza funkcją plemnikotwórczą jest gruczołem wytwarzającym testosteron, hormon warunkujący męski typ budowy i zachowania. W tym względzie natura obdarzyła nas hojnie i panowie dysponują sporym nadmiarem tkanki jąder. Jądro zmienione nowotworowo zwykle nie produkuje prawidłowych plemników, po jego usunięciu całkowitą odpowiedzialność za funkcje prokreacyjne pełni drugie, zdrowe jądro. Jeżeli chory po amputacji będzie dalej leczony onkologicznie wskazane byłoby zdeponowanie nasienia w specjalnym banku nasienia. Dzięki temu możliwe będzie skorzystanie w przyszłości, w razie potrzeby z metod wspomaganego rozrodu. Spermatogeneza czyli produkcja plemników zostaje uszkodzona w trakcie leczenia, powrót do prawidłowej funkcji to okres minimum dwóch lat. Funkcja hormonalna – wytwarzanie testosteronu zazwyczaj nie ulega znacznemu uszkodzeniu. Jedno zdrowe jądro całkowicie wystarcza dla zapewnienia funkcji hormonalnej i reprodukcyjnej. ❖

LEK MED. TERESA GAWLIK-JAKUBCZAK
DR HAB. MED. MARCIN MATUSZEWSKI
KLINIKA UROLOGII, GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Informacje o akcji Movember można znaleźć na stronie www.IFMSA.pl

Samokontrola

W nowotworach jąder nie ma badań przesiewowych. Z tego względu największą wartość ma świadomość mężczyzny i samokontrola. U mężczyzn nawet centymetrowy guzek w jądrze jest łatwy do wykrycia. Warto poświęcić trzy minuty w każdym miesiącu, aby wykonać cztery kroki samokontroli.



1. Użyj lustra i przyjrzyj się czy nie zauważasz podejrzanego obrzęku na mosznie. Pamiętaj o tym, że u większości mężczyzn lewe jądro schodzi nieco niżej od prawego jądra.

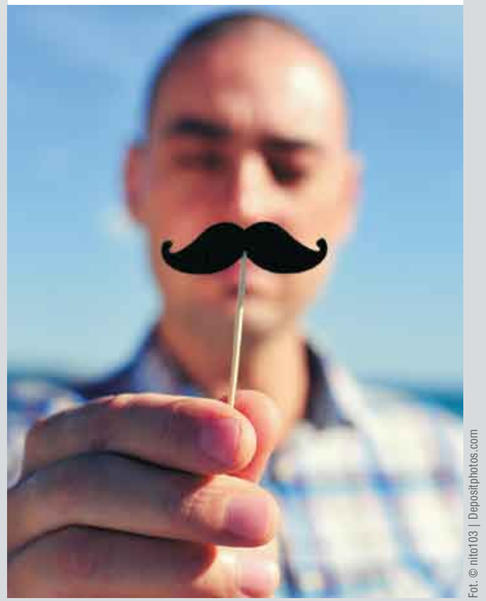
2. Badaj się podczas ciepłego prysznica. Łatwiej wtedy znaleźć ewentualne zmiany. Trzymaj mosznę jedną dłonią. Za pomocą kciuka i palca wskazującego zbadaj dokładnie mosznę. Jeśli zauważysz niewielki guzek, rozszerzenie jądra lub niepokojącą zmianę konsystencji jądra – skontaktuj się z lekarzem.

3. Następnie zbadaj najądrza i delikatną strukturę, która rozciąga się za jądrami. Ma ona na celu przechowywanie i transport spermy. Ważne jest, aby dobrze zidentyfikować najądrza (nie pomyl go z guzem!) Zwykle mają one kształt przecinka i są miękkie w dotyku, gdy je uciskamy.

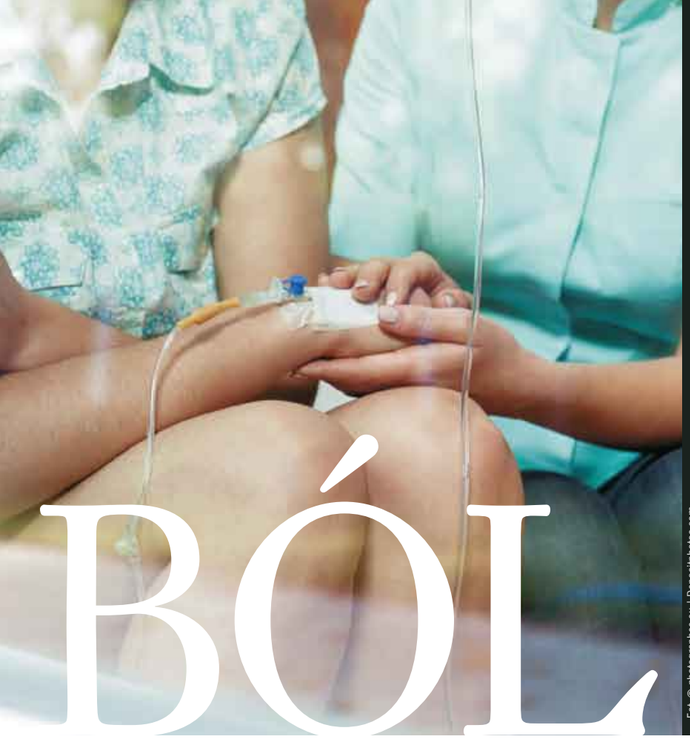
4. Ostatnim krokiem jest zlokalizowanie powrózka nasiennego. Zaczyna się on przy najądrzu. Zbadaj jego przebieg od najądrza aż do zewnętrznego pierścienia pachwinowego. Normalnie w dotyku powinien być dość twardy, gładki i ruchomy.

Informacje praktyczne

Od 2004 roku prowadzona jest międzynarodowa akcja poprawy świadomości zdrowotnej mężczyzn. Nazwa akcji „Movember" pochodzi od dwóch angielskich słów *moustache* – czyli wąsy, atrybut męskości i *november* – listopad, miesiąc w którym akcja jest co roku nagłaśniana. Celem akcji jest uświadomienie mężczyznom konieczności okresowego kontrolowania się w kierunku nowotworów związanych z płcią męską jak rak stercza i nowotwory jąder. Nowotwory te we wczesnej fazie z reguły przebiegają bezboleśnie i skąpo objawowo, co opóźnia zgłoszenie się chorego do lekarza. Wielu mężczyzn nie chcąc uchodzić za hipochondryków bagatelizuje początkowe objawy choroby. Wykrycie nowotworu we wczesnym stadium pozwala na całkowite wyleczenie, ale wymaga świadomości i współpracy chorego. Bardzo istotne jest dotarcie z przystępnie podanymi informacjami do tej grupy mężczyzn którzy z braku wiedzy bądź świadomości a może z powodu źle pojętego kultu „mężczyzny-twardziela" unikają kontaktu z lekarzem. Wydaje się, że istotnie gorsze wyniki leczenia nowotworów jąder w Polsce są spowodowane nie trudnością w dostaniu się do lekarza, a nieumiejętnością dotarcia z wiedzą medyczną do części potencjalnych pacjentów. Wielu młodych ludzi rozumie już zagrożenie i udaje się do lekarza gdy stwierdzą u siebie niepokojące objawy. Niestety część kierowana nieświadomością lub wstydem przychodzi zbyt późno, gdy objawy są uogólnione. Serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych na strony internetowe lub na konsultacje.



Fot. © nito103 | Depositphotos.com



Fot. © photographee.eu | Depositphotos.com

BÓL

jako powikłanie chemioterapii

Ból związany z chorobą nowotworową zwykle kojarzy się z rozwojem miejscowym nowotworu, który uciskając wrażliwe nerwowo struktury, w tym także same nerwy, powoduje odczucia bólowe. Jednakże samo leczenie oparte na chemioterapii może spowodować powstanie dolegliwości bólowych lub nałożenie się ich na już istniejące objawy bólowe. Należy sobie zdawać sprawę z tego faktu, gdyż jest to ważne dla zrozumienia istoty bólu i jego pochodzenia.

Ból związany z działaniem leków przeciwnowotworowych jest wynikiem uszkodzenia struktur nerwowych. Dotyczy on około 5%–35% chorych poddanych chemioterapii. Im więcej leków stosowanych jest w chemioterapii tym większe prawdopodobieństwo uszkodzenia nerwów. Ból występuje najczęściej w postaci parestezji – nieprzyjemnych doznań czuciowych, takich jak mrowienia, uczucie gorąca lub zimna, pieczenia (zwłaszcza w zakresie dłoni i stóp), a także bolesnych skurczów. Objawy te występują najczęściej w przypadku uszkodzeń nerwów obwodowych, ale mogą występować także w przypadku podwyższonego poziomu potasu (hiperkaliemia) lub obniżonego poziomu wapnia (hipokalcemia). Oba te stany zaburzeń metabolicznych mogą występować w przebiegu choroby nowotworowej, być związane z przyjmowaniem różnych leków, nie tylko stosowanych w leczeniu nowotworu. Należy je bezwzględnie wykluczyć rozpoznając uszkodzenia układu nerwowego związanego ze stosowaniem chemioterapeutyków.

Ból związany z chemioterapią jest obserwowany najczęściej w przypadku stosowania takich leków jak cisplatyna, oksaliplatyna, paklitaksel, cytarabina, docetaksel, doksorubicyna winkrystyna i inne. Leki te uszkadzają bezpośrednio włókna nerwowe, powodując zmiany w odczuwaniu bólu. Ból taki nazywamy bólem neuropatycznym. Leczenie tego bólu jest bardzo trudne i wymaga wielokierunkowego podejścia zarówno do jego przyczyn jak i sposobów postępowania. Dodatkowym problemem w przypadku bólu neuropatycznego związanego z uszkadzającym działaniem leków przeciwnowotworowych jest to, że często nakładają się one na już istniejące różne rodzaje bólów, w tym także neuropatyczne innego pochodzenia.

Leczenie bólu należy rozpocząć od dokładnego wywiadu lekarskiego, który ma na celu ocenienie, czy ból występował już przed leczeniem, jakie było jego nasilenie i jak przebiegała jego ewolucja po włączeniu leczenia przeciwnowotworowego. Ból związany z uszkodzeniem nerwów po cytostatykach może pojawić się nawet już po zakończeniu leczenia i trwać długotrwale. Standardowe postępowanie przeciwbólowe, z wykorzystaniem leków mających jedynie działanie zmniejszające odczucie bólu, mogą nie byś wystarczające. Ze względu na mechanizm bólu, związany z uszkodzeniem nerwów, może być konieczne stosowanie takich leków jak sterydy, leki przeciwdepresyjne i leki przeciwdrgawkowe. Działają one poprzez zmniejszenie stanów zapalnych uszkadzających włókna nerwowe, zmniejszenie objawów uciskowych oraz zmniejszając przewodnictwo impulsów nerwowych. Dopiero skojarzenie tych wszystkich mechanizmów leczenia bólu może dać pozytywny efekt w postaci zmniejszenia lub zlikwidowania dolegliwości bólowych. ❖

DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI

sysmex

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

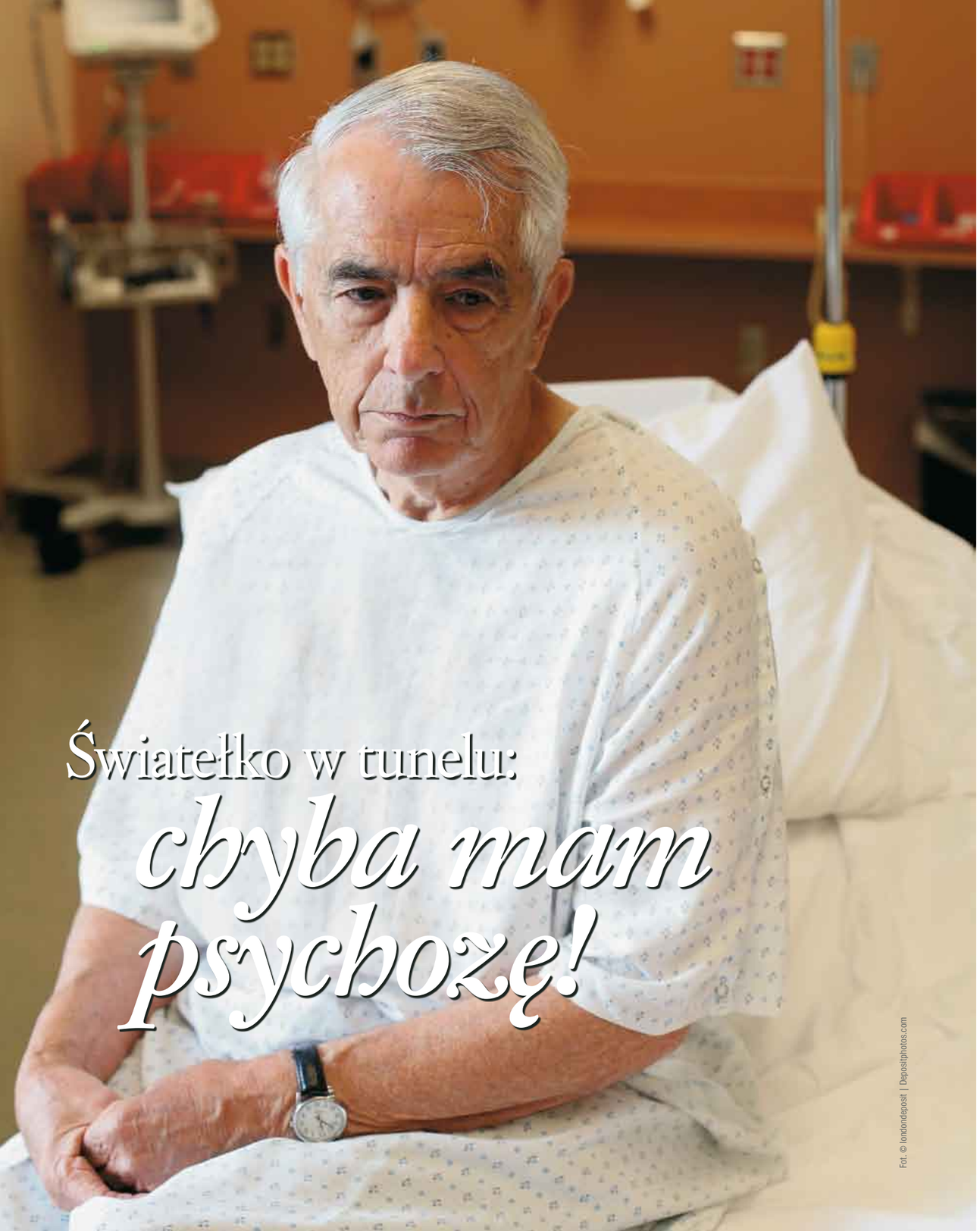
NAJNOWSZE ROZWIĄZANIA:

- 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



Światełko w tunelu: *chyba mam psychozę!*

Fot. © londondeposit | Depositphotos.com

I cóż mam Wam napisać w Nowym Roku? Historie pacjentów spod „znaku raka" wciąż depczą mi po piętach. Są wszechobecne, czasami nawet pojawiają się we śnie by wybudzać i potem kazać towarzyszyć wolno przesuwającym się wskazówkom zegara aż do świtu.

Spoglądam na okładkę książki. Mądry włoski psychiatra Vittorino Andreoli dokonuje w niej próby zrozumienia cierpienia. Na okładce fragment fresku „Wygnanie z raju" Masaccia, a dokładnie postaci Ewy, która wraz z Adamem właśnie opuściła Raj. Ściągnięte brwi, usta rozchylone, naga, zasłaniająca prawą ręką pierś by ukryć swój wstyd – cierpi. Adam i Ewa utracili coś bezcennego, pożegnali się z dotychczasowym życiem pełnym szczęścia i dostatku. Zostali opuszczeni i pozostawieni sami sobie. Czeka ich mierzenie się z życiem na nowo, pełne strachu i wątpliwości czy podołają.

Mijając korytarz prowadzący od wejścia głównego jednego ze szpitali specjalistycznych, zwraca uwagę plakat z ostrzegającym pacjentów przesłaniem, że w już nieodległej przyszłości co czwarta osoba będzie zmagać się z chorobą psychiczną.

– Dlaczego ja? – zapytał. Jest niewiele starszy ode mnie a mówi mi per „doktor", myli go biały fartuch, który mam na sobie. Rzadko patrzy mi w oczy, są niebieskie, co jeszcze bardziej rozjaśnia jego bladą karnację. Blond czupryna, w nieładzie artystycznym. Skromny ubiór blefuje energię jego postaci. Jest wciąż w ruchu, nawet jak siedzi to ręce i nogi są niespokojne. Skąd w nim tyle energii? Gdy zaczynaliśmy nasze rozmowy był chudy, teraz wydaje mi się, że schudł jeszcze bardziej. Rzadko się nie uśmiecha.

– Nie wiem... – odpowiedziałem zgodnie z prawdą. To pytanie pada z jego ust podczas każdego spotkania, czasami wprost, czasami przemyca je między słowami. W ogóle lubi pytać, lubi znać moje zdanie na każdy poruszający go temat. Często pyta, czy nie mam go już dosyć. Wtedy to jest ten jeden z nielicznych momentów, gdy zagląda mi głęboko w oczy, czeka co odpowiem. „Twardy pan" – nagradza mnie słowami za możliwość podążania za nim dalej w jego opowieści. W zasadzie to jest osamotniony w swojej walce z chorobami. Podkreślam: nie jest sam, choć na drodze życia zawiodło go mnóstwo osób, ale jest osamotniony, bez fizycznego i psychicznego wsparcia. Choruje na raka, cierpi na zaburzenie obsesyjno-kompulsywne. Brzmi jak zdarta płyta powtarzając wciąż ten same schematy myślowe: opisz, wielokrotnie opisz, opisz dokładnie tak jak brzmi rozkaz, opisuj aż rozkaz zostanie odwołany, odpocznij chwilę i czekaj na kolejne rozkazy, wrócę.

> **O tym jak pacjent ma żyć może zadecydować tylko on sam. Jeżeli nie ma gotowości na zmianę to prawdopodobnie nic się tym samym nie zmieni.**

– Jak się miewa Pana „generał"? Wciąż jest w najwyższej formie? – pytam o imperatyw narzucający mu permanentnie swoją wolę. Musieliśmy nadać mu jakąś nazwę ponieważ „nerwica natręctw", którą zdiagnozowano mu w okresie, gdy przestawał być dzieckiem a zaczynał przystawać do grona młodzieży, nie brzmiała zbyt przyjaźnie. „Generał" rządził jego życiem, wydawał mnóstwo absurdalnych rozkazów, które on skrupulatnie wypełniał. „Generał" był twardy i nieugięty, nie dawał się lekom, nie wyciszała go muzyka relaksacyjna, nie pomagały hospitalizacje.

– Bywa. Zaczynam trochę analizować to co pan mi mówił do tej pory. Dużo o tym myślę. Być może rzeczywiście to nie jest tak, że jestem nienormalny. Staram się trochę z nim rozmawiać, wchodzić mu w słowo, ale to jest trudne. Popatrzy pan na to i powie co myśli... – szuka czegoś nerwowo w reklamówce ze swoją dokumentacją medyczną, po czym wyciąga broszurę zawierającą informacje na temat zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego i metody przeciwdziałania objawom. Przeglądam je kartka po kartce. Dostał je od specjalisty. Twierdzi, że on tam rzeczywiście siebie odkrył, ale nic poza tym mu to nie dało. Pytam czego oczekiwał? Czego on tak naprawdę oczekuje od specjalistów?

Nie ma jednoznacznego przepisu na wyjście z żadnej choroby. Wyświechtane ale wiecznie żywe hasła: każdy jest INNY, każdy ma swój bagaż doświadczeń życiowych, każdy INACZEJ reaguje w leczeniu, nie ma jednego rozwiązania, każde trzeba sprawdzić by dowiedzieć się czy jest użyteczne. Jakim prawem ktokolwiek może narzucić choremu jak ma żyć, co ma robić, co ma myśleć? Można jedynie podążać za pacjentem, przypatrywać się momentom z jego życia, które wydają się być krytyczne, ważne. O tym jak pacjent ma żyć może zadecydować tylko on sam. Jeżeli nie ma gotowości na zmianę to prawdopodobnie nic się tym samym nie zmieni. Można jedynie podążać, cierpliwie wyczekiwać momentu gotowości do podjęcia ryzyka by poczuć się lepiej (sic!).

– Ma mnie pan już dosyć, widzę to, śmiało niech pan powie, nie obrażę się, jestem trudnym przypadkiem, nieuleczalnym, zdenerwował się pan, prawda?. – kwituje swój długi wywód na temat „generała", który każe mu ostatnio opisywać rzeczywistość dobierając do niej melodię.

– Wcale nie, słucham pana i staram się cokolwiek z tego zrozumieć. Uważam wręcz, że to fascynujące. Ja bym nie potrafił tak na zawołanie znaleźć melodii do narzuconych mi słów. Podziwiam pana! Ale na pewno nie jestem na pana zdenerwowany – tłumaczę powoli i staram się zachować przy tym resztki rozumu.

Fot. © vlue | Depositphotos.com

Analizując później tę sytuację, zacząłem trochę rozumieć mojego pacjenta. Od dziecka tłamszony przez system rodzinny, wychowujący się w atmosferze, która zaburza poczucie bezpieczeństwa, zewsząd przymuszany do robienia czegoś na co nie miał ochoty, bez pytania go o zdanie, zawiedziony wieloma ludźmi, tracący krok po kroku poczucie wartości, reagujący bardzo krytycznie, gdy wskazuje się mu jego mocne strony człowieczeństwa, żyjący pod pręgierzem nerwicy natręctw, którą go naznaczono i nikt nie był w stanie doprowadzić do momentu, że będzie w stanie obejrzeć film od początku do końca, nie zwracający uwagi otoczenia swoim zachowaniem, dobrze funkcjonujący, budzący sympatię, zdesperowany, walczący, ale tracący nadzieję młody facet, z którym wychodząc z ram profesjonalnych można śmiało i z przyjemnością wypić piwo i pogadać na każdy temat. W końcu pojawiło się w jego życiu coś co daje nadzieję, światełko w tunelu, coś co poddaje w wątpliwość dotychczasową słuszność leczenia. Więc gdyby zapytać o użyteczność przypadkowego hasła „psychoza" podczas tej rozmowy to być może był to strzał w dziesiątkę.

Uchylone drzwi gabinetu, przez które wietrzyła się atmosfera „dziwnej" rozmowy wypełniła postać starszej, uśmiechniętej pani z rakiem płuca.

– Już skończyli mnie poić panie Rafale. Drugi dzień podtapiania tego dziada co mnie zżera za mną! – z nieukrywaną satysfakcją stwierdziła pacjentka drugiego dnia chemioterapii.

Jak wielka jest siła w człowieku, który walczy o szczęśliwe życie, o zdrowie. Ile nas kosztuje energii i cierpienia by przeżyć. Różne są metody i każda jest dobra dopóki jej nie wypróbujemy i nie stwierdzimy, że nie działa. Każdy pacjent mierzący się z cierpieniem ciężkiej choroby to bohater. Trzeba być odważnym by podjąć trud walki o życie a odwaga to cecha bohaterów.

Jak pisał Oscar Wilde: „w życiu chodzi o to, by być trochę niemożliwym". Walczmy na wszelkie możliwe sposoby, niech o nas gadają. A co tam! To nasze życie.

Tymczasem!

REKLAMA

– No właśnie widzę! Mnie to denerwuje, że pan się nie denerwuje! – uśmiecha się nerwowo.

– Nie mam zamiaru. Mogę jedynie panu powiedzieć, że my tu szukamy i będziemy szukać rozwiązania aż go nie znajdziemy, ale niewątpliwie, gdyby usłyszał pana wypowiedzi ktoś postronny to mógłby je odebrać jako coś na miarę... nie wiem... psychozy (ostre stany w psychiatrii)? – bezmyślnie palnąłem. Znieruchomiała postać naprzeciwko mnie otworzyła szeroko niebieskie oczy. Cisza. – To znaczy, proszę mnie źle nie zrozumieć...

– To jest to! – przerwał mi nieudolnie wypowiadane słowa tłumaczenia – Wiedziałem! I teraz pan to w pewnym sensie potwierdza! Ta pani psychiatra, która mnie pierwszy raz diagnozowała zastanawiała się czy to nie psychoza, ale w końcu zostawiła mnie z nerwicą natręctw. Twierdziła, że jeśli nie widzę czego inni nie widzą to nie jest to psychoza. Czułem że coś jest nie tak... To wiele mi wyjaśnia. Muszę to przemyśleć, proszę o wyznaczenie mi kolejnego terminu wizyty u pana. Bardzo mi pan dzisiaj pomógł! – autentycznie ucieszony młody człowiek ubierał się do wyjścia a moje ciało ważyło na krześle przynajmniej dwa razy więcej niż na początku tej rozmowy. ❖

RAFAŁ RYBKA, MGR PSYCHOLOGII

ŻYCIE ZE STOMIĄ

Magia naszego umysłu i mózgu

Szeroko pojęta edukacja seksualna jest procesem trwającym od momentu narodzin, aż przez całe życie i nie należy jej się bać, krępować, mówić, że to nieważne. Edukacja w tej intymnej sferze życia jest potrzebna zawsze – pomimo lat, przebytych chorób czy faktu wyłonienia stomii.

Seks to anatomia, fizjologia oraz różne formy aktywności – ale to również: przeżycia, uczucia, doznania, a przede wszystkim relacje międzyludzkie. Seks spełnia nie tylko funkcję prokreacyjną i szczęściodajną, lecz także więziotwórczą – pod warunkiem, iż nie jest jedyną siłą wiążącą, bo niestety rzadko wiąże trwale i głęboko... Czy chcemy czy nie – potrzebne jest coś więcej i chodzi tu o UCZUCIA. Rozpatrując na przykład deklarację: „Kocham Cię". Nie zawsze jest to wyznanie komuś szczerych uczuć. Czasem to wytrych, za pomocą którego ktoś próbuje włamać się do uczuć drugiej osoby, a częściej do jej ciała. Bywa narzędziem nacisku, usprawiedliwienia łajdactw i występków, czasem uspokajaczem... A nawet jeżeli bywa deklaracją uczuć, to niekoniecznie jest wyznaniem miłości. Problem w tym, że niektóre osoby, pomimo wieku i związków nie potrafią nazwać swoich uczuć, czasami nawet ich rozpoznać...

Fot. © shmeljov | Depositphotos.com

Tak naprawdę nie da się oszukać uczuć i nie da się oszukać ciała. Jeżeli mimo to próbujemy przechytrzyć i ominąć ten porządek, otrzymamy w rezultacie atrapę.

Niestety wiele osób przeżywa bolesne zdziwienie, oburzenie, złość i smutek, gdy ich uczucia okazują się nieodwzajemnione. Są wtedy skłonni uważać, że czegoś im brakuje i gdyby to „coś" posiedli, druga osoba natychmiast zapałałaby do nich gorącym uczuciem. Często też czują, że doznają z jej strony jakiejś zaplanowanej krzywdy. Tak wcale być nie musi. Zabiegając o czyjeś uczucia, możemy zyskać wzajemność, lub może nas też uczucie „trafić" równocześnie, ale zawsze istnieje to „może", a nie „na pewno".

Tak naprawdę nie da się oszukać uczuć i nie da się oszukać ciała. Cudownie, jeśli istnieje też zgodność między jednym i drugim. Jeżeli mimo to próbujemy przechytrzyć i ominąć ten porządek, otrzymamy w rezultacie atrapę. Jeżeli ktoś wyraża chęć na atrapy, to w porządku – wybór zawsze należy do danej osoby.

Warto przedstawić najważniejsze reguły:

- **Nie deklarujmy uczuć, których nie ma lub nie jesteśmy ich pewni.**
- **Nie udawajmy zaangażowania uczuciowego.**
- **Nie manipulujmy uczuciami drugiej osoby i ich nie wykorzystujmy.**
- **Nie wmawiajmy komuś, że powinien coś czuć.**
- **Nie oczekujmy, że uczucia „same w sobie" rozwiążą wszelkie problemy.**
- **Nie oczekujmy, że uczucia muszą się symetryzować, czyli jeżeli ktoś kogoś kocha, to musi to być odwzajemnione.**

A co z reakcjami seksualnymi? Jak ciało odpowiada na bodźce seksualne?

Występują cztery fazy reakcji seksualnych: podniecenie, plateau, orgazm, odprężenie. Jest to oczywiście pewne uproszczenie, bo sekwencja reakcji seksualnych nie obejmuje towarzyszących jej subiektywnie doznań, ponieważ ich rodzaj oraz intensywność są – zwłaszcza u kobiet – wyraźnie zindywidualizowane, podobnie jak warunki „uruchomienia", przebieg w czasie. Satysfakcja seksualna, poczucie szczęścia czy chociażby zadowolenia, wykracza daleko poza fizjologiczny wymiar reakcji seksualnych i jest uwarunkowana wieloma dodatkowymi czynnikami, jak chociażby: relacje uczuciowe pomiędzy partnerami, poziom dojrzałości psychoseksualnej, indywidualne pragnienia i upodobania, aktualny stan psychofizyczny partnerów, okoliczności.

Podniecenie seksualne u kobiet działa na innych zasadach niż u mężczyzn. Tak zwana gra wstępna, choć lepszym i trafniejszym określeniem jest gra miłosna – zapewnia lepszą więź emocjonalną i pobudza parę oraz pomaga osiągnąć podniecenie seksualne, które jest niezwykle złożonym mechanizmem u kobiet. Nie polega na tym, że kobieta robi się „mokra". Sprowadzenie

Fot. © HASLOO | Depositphotos.com

Prawdziwe podniecenie jest korelacją bodźców dotykowych z psychicznymi odczuciami. To jest właśnie magia naszego umysłu i mózgu, który wystarczy, że pomyśli o czymś i odbiera to tak, jakbyśmy tego doświadczali na żywo.

gotowości na seks i podniecenia wyłącznie do stopnia nawilżenia pochwy jest bardzo częstym błędem. Tymczasem z pochwy może wydzielać się dużo śluzu, a kobieta nie będzie odczuwać żadnego podniecenia. Lub odwrotnie: będzie podniecenie, a nie będzie nawilżenia. Aby osiągnąć podniecenie, kobiecie potrzebne są świadome doznania psychiczne, które są bardzo zindywidualizowane. A do tego wszystkiego bardzo często w wyniku przyjmowania chemii, naświetleń czy po operacji wyłonienia stomii odczuwana jest suchość pochwy. Należy wtedy zastosować żele czyli lubrykanty. Owe żele nawilżające do narządów intymnych są do kupienia w każdej aptece oraz lepszej drogerii. Ale pamiętajmy – żel nie pomoże, jeśli nie ma pożądania i związanego z nim podniecenia!

Kobietom zazwyczaj trudniej niż mężczyznom jest osiągnąć stan podniecenia. Wpływa na to masa czynników, które w tym – mówiąc delikatnie „przeszkadzają". Począwszy od czynników biologicznych np. niski poziom hormonów odpowiedzialnych za libido, psychicznych np. strach przed ciążą, uwarunkowań społeczno-kulturowych np. wyuczony wstyd przed własną seksualnością, a skończywszy na miejscu stosunku np. dzieci lub wnuki za ścianą. Każdy czynnik da się wyeliminować, tylko potrzebna jest rozmowa i przyjrzenie się w czym tkwi problem.

Prawdziwe podniecenie (nie to udawane) jest korelacją bodźców dotykowych z psychicznymi odczuciami. Ciekawostką jest, że istnieją kobiety, które potrafią osiągnąć orgazm w myślach, dzięki swojej wyobraźni, siedząc, czytając książkę o tematyce erotycznej lub oglądając film – zupełnie się przy tym nie dotykając! Może brzmi to, jak fikcja, ale to jest właśnie magia naszego umysłu i mózgu, który wystarczy, że pomyśli o czymś i odbiera to tak, jakbyśmy tego doświadczali na żywo. Potwierdzają to również badania nad olimpijczykami z lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, w których ustalono, że gdy sportowcy przywołali w myślach wyścig, same mięśnie wydały impulsy o tej samej częstotliwości, jak podczas rzeczywistego biegu.

Krąży słynna anegdota, nad którą warto się zastanowić ☺: Małżeństwo z trzydziestoletnim stażem siedzi przy kolacji w milczeniu zajęte konsumpcją. W pewnym momencie kobieta nie wytrzymuje i mówi: „Ty już mi w ogóle nie mówisz, że mnie kochasz!". Na co mąż spokojnie podnosi głowę i odpowiada „Powiedziałem raz i wystarczy. Jak się coś zmieni, to dam Ci znać".

Kobiety potrzebują, aby mężczyźni od czasu do czasu zapewniali je o swoich uczuciach (z resztą mężczyzna też lubi być o tym zapewniany ☺). Z drugiej strony – nie można zrobić ze sformułowania „kocham cię" frazy wypowiadanej co dwadzieścia minut, która całkowicie straci na swoim znaczeniu. Ważne, aby te słowa niosły ze sobą odpowiednie przesłanie. Bycie romantycznym w związku jest jak najbardziej w porządku! W każdym wieku i z każdym stażem w związku! W zdrowiu i w chorobie, na wózku czy ze stomią. ❖

Bianca-Beata Kotoro

psycholog, terapeuta, psychoseksuolog, psychoonkolog, wykładowca, trener. Od lat ekspert w mediach i autor wielu publikacji z zakresu psychologii, seksuologii, onkologii oraz sztuki (z pierwszego wykształcenia artysta grafik – magister sztuki, projektant wnętrz). Przewodnicząca Rady Ekspertów Europejskiego Centrum Edukacji PO PROSTU, dyrektor Instytutu Psychologiczno-Psychoseksualnego Terapii i Szkoleń BEATA VITA w Warszawie, gdzie prowadzi terapię i warsztaty. Jako jedna z pierwszych osób przed laty wytyczyła w Polsce szlaki opieki psychologiczno-seksuologicznej dla pacjentów z wyłonioną stomią.

STOMAlife
ODKRYJ STOMIĘ

Ogólnopolska Kampania Społeczna

wspierana przez SALTS

Cel kampanii

Zadaniem kampanii społecznej „STOMAlife. Odkryj stomię" jest walka z wykluczeniem społecznym dotykającym pacjentów z tym problemem zdrowotnym. Celem kampanii jest przełamanie tabu związanego ze stomią oraz edukacja pacjentów i społeczeństwa w zakresie faktów i mitów związanych z tą przypadłością.

Do głównych zadań kampanii należy zaliczyć:

- edukację opinii publicznej na temat stomii oraz problemów osób z wyłonioną stomią,
- budowanie zrozumienia i wsparcia społecznego dla pacjentów stomijnych,
- aktywizację społeczną stomików,
- zmianę postaw pacjentów stomijnych w kierunku akceptacji swojej sytuacji życiowej.

Misja kampanii

Misją kampanii jest zbudowanie powszechnej akceptacji dla pacjentów ze stomią tak by pacjenci ze stomią mogli powrócić do normalnej aktywności zawodowej i społecznej.
Jak pokazują badania stomia to nie tylko obciążenie fizyczne ale i psychiczne, na które pacjent powinien zostać odpowiednio przygotowany. Aby zapewnić mu psychiczny komfort należy prowadzić dialog z personelem medycznym, który jest pierwszym źródłem informacji i wsparcia dla pacjentów. Współpraca może zaowocować wprowadzeniem lepszych praktyk w zakresie opieki nad pacjentami stomijnymi oraz odpowiednio przygotować ich do zabiegu.

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 podzielą 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 będą mieli zapewnioną odpowiednią edukację n temat konsekwencji wyłonienia stomii oraz jej pielęgnacji.

*Jedną z głównych idei kampanii jest **włączenie w nią jak największej liczby osób**.*

Przyłącz się do kampanii!

Polub nasz profil na Facebooku!

Facebook.com/KampaniaSTOMAlife. Śledź aktualności, komentuj, udostępniaj – chcemy, żebyś stał się częścią naszej społeczności!

Podziel się swoją historią!

Zachęcamy do podzielenia się swoją historią, która stanie się inspiracją i wsparciem dla innych! Za pośrednictwem strony **www.stomalife.pl** stomicy mogą opowiedzieć np. o emocjach, które odczuwali zarówno przed, jak i podczas pierwszych tygodni po operacji, o problemach w życiu codziennym i zawodowym, o swoich pasjach i marzeniach, a także o tym, jak wyglądał proces akceptacji stomii.

Masz pytanie?

STOMAlinia to miejsce, w którym żadne pytanie nie pozostanie bez odpowiedzi. Dzięki niej możecie uzyskać poradę i pomoc na temat stomii, jej pielęgnacji oraz życia z nią. Odpowiedzi udzielają psycholodzy, lekarze oraz pielęgniarki stomijne.
Jeśli masz pytanie napisz: **poradnia@stomalife.pl**.

Rozwijaj wiedzę na temat stomii!

Zapraszamy do skorzystania z interaktywnego kursu dotyczącego stomii i jej pielęgnacji. Szkolenie dostępne jest nieodpłatnie dla każdego i kończy się wydaniem zaświadczenia o odbyciu kursu. Kurs składa się z dwóch części. Pierwsza z nich zawiera podstawowe informacje dotyczące stomii, jej pielęgnacji i sprzętu stomijnego. Druga związana jest z edukacją pacjenta stomijnego na temat jego stanu, codziennego życia ze stomią, a także refundacji sprzętu stomijnego.
Kurs wraz z quizem porządkującym zdobytą wiedzę znajduje się pod adresem **www.stomalife.pl/szkolenia**.

Przysyłaj pomysły!

Nikt nie wie lepiej od Ciebie, jak jeszcze możemy Ci pomóc w ramach kampanii! Jeżeli masz pomysł, jak ją rozwijać, podziel się **biuro@stomalife.pl**.
Przysyłaj nam też swoje propozycje faktów i mitów dotyczących stomii oraz życia z nią.

Organizatorzy

Polskie Towarzystwo Stomijne

Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita

Patroni honorowi

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

POLSKI KLUB KOLOPROKTOLOGII
pkk.org.pl

Patroni medialni

termedia

onkonet.pl

Partner medyczny

SALTS

Moja przygoda, *nie tylko ze stomią*

Fot. © photography33 | Depositphotos.com

Dzisiaj już wiem, że stomia nie jest końcem świata. Wykorzystałam ten czas leczenia i rehabilitacji maksymalnie, aktywnie spotykając się z ludźmi!

LAKIER? Koniecznie metalik i tapicerka w pastelowym kolorze – zażartował małżonek.

– Popiel z brązem? czy popiel z oliwką? – spytał usłużnie sprzedawca.

– Z oliwką, oczywiście z oliwką – stwierdziliśmy zgodnie.

– A opony to są całkiem przyzwoitego producenta – zawyrokował syn.

– Oczywiście proponuję podłokietniki w kolorze tapicerki. Jeszcze sprawdzimy szerokość siedzenia. Kiedy zapisał wszystkie dodatkowe życzenia, ocenił możliwości producenta:

– Czas oczekiwania na ten model, z uwzględnieniem życzeń, wynosi około czterech tygodni.

– Zgoda, podpisujemy zlecenie.

– Kochanie będziesz miała pierwsze cztery kółka wprost spod igły, dotychczas wszystkie były z drugiej ręki. I siedzenie na miarę, to chyba lepiej niż u Bentleya!

– Tamto były auta, to jest wózek inwalidzki – stwierdziłam gorzko.

Wtedy to właśnie boleśnie dotarło do mnie że nie pójdę już tam, gdzie nogi mnie poniosą a każde wyjście nie będzie znaczone śladami butów a równym odciskiem opon w inwalidzkim wózku. Jak się stało, że usiadłam na wózek? Nie ma sensu już tego wspominać ani rozpatrywać wydarzeń tamtego czasu minuta po minucie. Wtedy wydawało mi się, że to naprawdę koniec świata. Długo ukrywałam się przed światem, a świat się o mnie nie upominał. Z wyjątkiem moich najbliższych, którzy robili co mogli by zorganizować nasze życie na nowo. Zmagałam się z natłokiem myśli, nie wyłączając tych ostatecznych. To musi potrwać – mówili specjaliści, i trwało. Trwało trochę zanim odważyłam się spotkać że światem zewnętrznym.

Dzisiaj już wiem z własnego doświadczenia, jak chętnie nasze otoczenie idzie na łatwiznę litości. Doświadczałam jej oznak ze strony przechodniów. Takiego prostego współczucia nikt, nie chce. Nie chcę ryby, chcę wędki. Potrzebowałam pomocy w postaci informacji, narzędzi ułatwiających życie a w początkowym okresie także popchnięcia wózka.

Nie ma chyba człowieka, który by w swoim życiu choć raz nie westchnął rozgoryczony – właśnie ja, dlaczego właśnie teraz spotyka mnie takie nieszczęście?

Na to pytanie nie uzyskamy jednak odpowiedzi, prościej zastanowić się jak żyć w nowych realiach. Oczywiście, najłatwiej jest położyć po sobie uszy, zamknąć się w sobie i kapitulancko użalać nad losem. Człowiek pragnie szczęścia jak ptak latania, a postawa rezygnacji niestety szczęścia nie daje. Nie uświadomiłam sobie jednak tych prawd od razu. Wielki wpływ na mój stosunek do życia miał kontakt z ludźmi a konkretnie z przyjaciółmi. To za ich sprawą wybrałam się w podróż lotniczą do Francji. Tu okazało się, że całkiem sprawnie poradziłam sobie z trudami podróży. Z niewielką pomocą lotniskowej eskorty dotarłam do celu. A tam czekała już na mnie przyjaciółka, która nie zastosowała dla mnie taryfy ulgowej.

Kościół, muzeum, koncert, impreza i elegancie przyjęcie. Powoli zauważyłam że tu i tam pojawiają się ludzie na wózkach i że ci ludzie potrafią cieszyć się życiem.

Basen, morze i tańce na ślubie syna. A więc można żyć na wózku?

A potem przyszedł czas gdy wynajęty samolot wzbił się na cztery tysiące metrów.

Siedziałam w nim podpięta do instruktora, leciał też kamerzysta. Na małej kamerce rejestrował wszystko, co związane było ze skokiem.

– To dla wnuków, żeby wiedziały jaką miały postrzeloną babcię – pomyślałam, odpierając ewentualne wątpliwości.

W takich lotach z pasażerem ląduje się zawsze na tyłku. Tak też wylądowałam i nim mąż podjechał z wózkiem krzyczałam jako oszalała.

– Było super. Pokonałam następną granicę. Od teraz mogę już wszystko.

Wiedziałam, że teraz może być już tylko lepiej, bo kto zakłada, że spotka go jakieś kolejne nieszczęście?

Kolejne nieszczęście dojrzewało już we mnie tykało niczym bomba zegarowa.

Diagnoza jak pocisk – odleżyny.

Jak to odleżyny przecież utrzymuję higienę, ćwiczę i ruszam się na ile to tylko możliwe.

Diagnoza była jednak bezlitośnie prawdziwa.

Czekało mnie kolejne załamanie i pakowanie się z kołami inwalidzkiego wózka do ciasnej i ciemnej skorupy.

Załamanie, które trudno opisać słowami dlatego też nie podejmę tej heroicznej próby. Po ponad roku zmagań z otwartymi ranami zaproponowano mi operację, ale wcześniej wyłonienie Stomii.

Wtedy wydało mi się, że to za dużo jak na jedną kobietę z przeszłością. Oświadczyłam, że ze stomią nie chcę żyć. Prowadzący lekarz nie poddał się nastrojom pacjentki czyli moim.

Stomia – tłumaczył – wyprowadzana jest najczęściej, tak ja w moim przypadku, na określony czas. Daje szansę na spokojne leczenie zoperowanych miejsc. Decyzja o zgodzie na utworzenie stomii, albo ryzyko dalszego rozprzestrzeniania się bakterii i życie z dziurami odleży nowymi. Pierwsza wiąże się z pewnymi zmianami w dotychczasowym życiu, druga z groźbą utraty życia. Czy wybór naprawdę jest tak trudny?

Lekarz postawił warunek albo stomia i przeszczep, albo po staremu.

Zdecydowałam się, tylko przed operacją bałam się, czy będę umiała zaakceptować worek przyklejony do brzucha.

Najbardziej bałam się pękania czy odklejania się woreczka,

Fot. © Jim_Filim | Depositphotos.com

Początki życia ze stomią były trudne. Potem szło już coraz łatwiej. Cieszyłam się, że „złapałam byka za rogi". Nie oznacza to, że stomia nie sprawia problemów. Któż z nas jednak nie ma czasami gorszego dnia? W końcu przecież każda higiena wymaga określonych czynności, które z czasem wykonuje się automatycznie...

Miałam wątpliwości czy można się z woreczkiem kąpać? Czy wszyscy ludzie będą widzieli, że mam worek i czy aby nie będzie ode mnie śmierdziało?

Pytania okazały zupełnie absurdalne ale nie nieuzasadnione. Co najważniejsze spotkałam się z akceptacją rodziny. Oni po prostu nie zauważają tego. Początki były może trudne. Odklejanie się worków i nauka klejenia, pielęgnacji skóry, wykorzystywanie klejów i chusteczek do pielęgnacji. Potem szło coraz łatwiej, można powiedzieć, że automatycznie. Jednym słowem przyzwyczajenie. Cieszyłam się, że złapałam byka za rogi. Teraz zaczęłam sobie obsługę Stomii ułatwiać. Rozgrzewania płytek za pomocą suszarki, działa szybko i łatwo. Oczywiście moje lekceważenie problemu nie oznacza, że stomia nie sprawia mi nigdy problemów. Czasem gdy mam trudniejszy dzień powracają wątpliwości. Sama z siebie, bez mojej ani niczyjej winy, potrafię czasami wywołać w sobie rozgoryczenie czy nawet rozpacz. Towarzyszy mi poczucia upokorzenia i wstrętu do własnego ciała. Takie myśli potrafią odebrać radość życia. Któż z nas jednak nie ma czasami gorszego dnia?

Mnie dodatkowo lubi podcieknąć woreczek. Nie zawsze robi to z ostrzeżeniem to znaczy że nie podcieka tak stopniowo. Jak nakazuje złośliwość rzeczy martwych dzieje się to w czasie i miejscu, gdy zupełnie nie ma możliwości umycia się i zmiany worka.

No ale czymże by było życie bez ryzyka? Tak podchodzę do tego tematu, bo tak jest przecież najprościej. Zaczęłam traktować stomię z przyległościami jako nową część mojego ciała, która tak samo jak inne części, wymaga odpowiedniej pielęgnacji. Przecież każda higiena wymaga pewnych czynności, które wykonuje się wręcz automatycznie. Na szczęście materiały, z których się obecnie wykonuje worki stomijne, są trwałe i co najważniejsze, wodoszczelne. Ta ich właściwość umożliwia stomikom, jak ponoć się nazywamy, nie tylko na kąpanie się w wannie. Poza tym, co jest estetyczne, worki produkowane są w kolorach zbliżonych do koloru ciała. A początki były takie trudne.

Na początku spotkała się ze mną przedstawicielka firmy Salts, która pomogła mi dobrać odpowiednie worki oraz doradziła w jaki sposób pielęgnować skórę wokół. Potem zrozumiałam więcej. Cieszę się, że na każde pytanie dotyczące moich problemów ze stomią, zawsze jest gotowa do udzielenia odpowiedzi. Ma dla mnie czas a to czasem bywa najważniejsze. To już w połowie rozwiązuje problem. Z perspektywy czasu uważam, że po przeszczepach sprawdziła się zasadność wyłonienia stomii. Wszystko jednak jak mnie zapewniano kiedyś się kończy.

Teraz nadszedł czas usunięcie stomii i znowu rodzą się pytania.

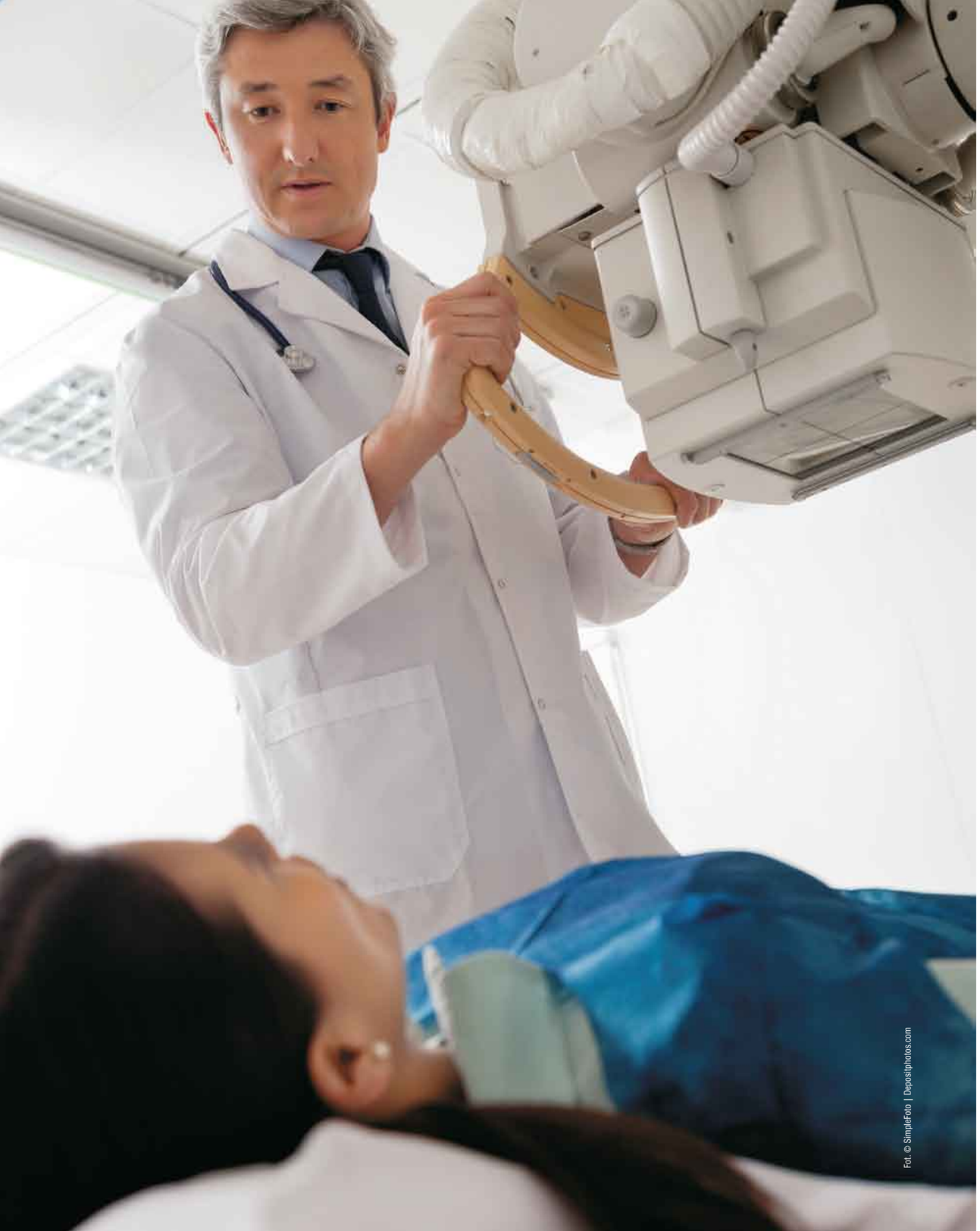
– Jak to będzie? Czy uda mi się od nowa nauczyć życia bez stomi?

Dzisiaj już wiem, że stomia nie jest końcem świata. Wiem że wykorzystałam ten czas leczenia i rehabilitacji maksymalnie, aktywnie spotykając się z ludźmi i uczestnicząc w wydarzeniach kulturalnych i tych rodzinnych, jakże dla mnie ważnych.

Mogłam nie zrobić NIC, tylko dalej siedzieć patrzeć uporczywie w okno, by ukrywać przed ludźmi moje łzy. Teraz już nauczyłam się jak najszybciej zapominać złe rzeczy i pamiętać tylko o bezpiecznej codzienności.

Warto było. ❖

ANNA



Fot. © SimpleFoto | Depositphotos.com

Markery nowotworowe *i ich znaczenie*

Mimo znacznego rozwoju metod postępowania terapeutycznego i diagnostycznego, obserwuje się nadal stały wzrost wskaźników zachorowalności jak i umieralności na nowotwory złośliwe na świecie. W Polsce, mimo postępu ostatnich dekad, choroby nowotworowe rozpoznawane są stale w znacznym odsetku przypadków zbyt późno, w stadium wykluczającym radykalne postępowanie lecznicze. Nadal poszukiwane są metody pozwalające na wcześniejsze postawienie diagnozy, dokładniejszą ocenę stanu zaawansowania choroby oraz doskonalsze monitorowanie terapii.

Markery nowotworowe, których wartość znana jest od kilku dekad, w diagnostyce choroby nowotworowej pełnią wyłącznie funkcję wspomagającą. Ich zastosowanie jest natomiast szersze w ocenie odpowiedzi na leczenie, długoterminowej obserwacji po leczeniu i prognozowaniu wznowy.

Antygeny towarzyszące nowotworom – tzw. markery nowotworowe – to substancje, najczęściej białkowe, których synteza zachodzi w komórce tylko na określonych etapach rozwoju i ustaje lub zmniejsza się w komórkach dojrzałych, o prawidłowej budowie i niezaburzonych funkcjach. W komórkach nowotworowych, które wkraczają na drogę niekontrolowanych podziałów i zaburzonego dojrzewania, synteza tych białek jest również wzmożona.

Wyróżnia się wśród nich charakteryzowane poniżej: antygeny płodowo-zarodkowe CEA (ang.carcinoembrionic antygen), AFP (alfa-fetoproteina) i łożyskowe b-HCG, markery będące wyrazem procesów degeneracji i obumierania komórek: CYFRA 21-1 oraz substancje wytwarzane fizjologicznie, a więc również przez komórki prawidłowe, jednak zdecydowanie mniej intensywnie jak przez komórki nowotworowe (np. kalcytonina).

Stężenie antygenów towarzyszących nowotworom zazwyczaj wiąże się z całkowitą masą guza, a więc ilością komórek nowotworowych, maleje na skutek zabiegów chirurgicznych, cytoredukcyjnych, chemioterapii. Wzrasta natomiast w momencie progresji (postępu) choroby, gdy komórki nowotworowe gwałtownie proliferują (namnażają się).

W praktyce klinicznej przydatność oznaczania markerów nowotworowych ma wiele ograniczeń. **Idealny marker, który mógłby posłużyć za narzędzie diagnostyczne w badaniach przesiewowych, powinien cechować się 100-procentową czułością (czyli u każdego chorego na dany nowotwór wynik jego obecności jest pozytywny), swoistością diagnostyczną (wynik pozytywny jedynie u osób chorych na dany nowotwór), a także swoistością narządową (wysokie stężenie powinno potwierdzać obecność choroby i jednoznacznie określać jej umiejscowienie).**

Do tej pory badane markery nie cechuje ani wysoka czułość ani wystarczająca swoistość. O takiej możemy mówić w odniesieniu do niewielu oznaczanych białek – wśród nich np. swoisty antygen sterczowy i kwaśna fosfataza sterczowa, kalcytonina oraz tyreoglobulina, jednak prawidłowe stężenie markera nie wyklucza obecności nowotworu. Należy mieć na uwadze, że umiarkowane podwyższenie poziomu oznaczanego markera występuje w chorobach nienowotworowych np. po zapaleniu prostaty. Wartość predykcyjna (prawdopodobieństwo, że jeśli marker jest podwyższony to jest choroba nowotworowa) oznaczeń markerów nowotworowych również jest niska.

Biorąc to pod uwagę, w praktyce klinicznej podczas stawiania rozpoznania badanie markerów ma jak do tej pory znaczenie jedynie pomocnicze. Znacznie bardziej doceniane jest **ich rola w monitorowaniu przebiegu choroby, ocenie efektywności leczenia onkologicznego oraz długofalowej okresowej kontroli po zakończeniu terapii**, celem wczesnego wykrycia wznowy nowotworu.

Niekiedy w okresie obserwacji wzrost stężenia markerów wyprzedza w czasie wystąpienie objawów klinicznych wznowy czy radiologicznych cech przerzutów odległych. U części chorych na podstawie dynamiki wzrostu markerów można podejrzewać prawdopodobieństwo wznowy miejscowej bądź rozsiew ogólnoustrojowy z zajęciem narządów odległych.

Poza surowicą markery nowotworowe można oznaczać w innych płynach biologicznych, między innymi w: płynach wysiękowych z jamy opłucnej i otrzewnej, w żółci, ślinie, płynie mózgowo-rdzeniowym oraz zawartości przestrzeni płynowych.

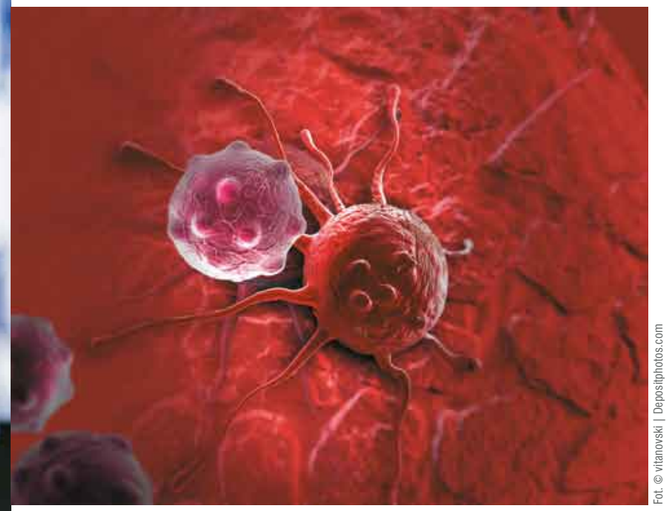
Wybrane markery nowotworowe

- **CEA – antygen rakowo-płodowy**, jest wytwarzany w okresie płodowym przez komórki przewodu pokarmowego zarodka (jelit, wątroby i trzustki). Nie dowiedziono dotychczas jego istotnej funkcji fizjologicznej u osób dorosłych (stężenia są bardzo niskie), postulowano między innymi rolę ochronną wobec nabłonka układu trawiennego. Normy stężenia CEA u zdrowych dorosłych niepalących osób wynoszą do 5,0 ng/ml,

u palaczy tytoniu stężenie jest wyższe, zwykle nie przekracza jednak 10 ng/ml. Synteza CEA ulega nasileniu w komórkach nowotworowych wywodzących się z przewodu pokarmowego, zwłaszcza przy histologicznym rozpoznaniu gruczolakoraka jelita grubego, trzustki, niekiedy żołądka, również, jednak rzadziej, w przypadku raków innych umiejscowień: piersi, oskrzela i płuca, narządu rodnego czy pęcherza moczowego. Z uwagi na niską swoistość dla przemiany nowotworowej, podwyższone stężenia obserwuje się również w chorobach nienowotworowych, takich jak zapalenie i marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, idiopatyczne zapalenia jelit. Fakt ten nie pozwala wykorzystać go w diagnostyce rodzaju nowotworu jak i w badaniach przesiewowych, jednak jest powszechnie wykorzystywany w monitorowaniu leczenia i wykrywania wznowy lub przerzutów odległych, w długofalowej obserwacji po jego zakończeniu.

- Stężenie antygenu **CA19-9** wzrasta w przypadkach nowotworów przewodu pokarmowego, a szczególnie trzustki i pęcherzyka żółciowego (wzrost bardzo wysoki i dynamiczny), a także w chorobach zapalnych przewodu pokarmowego, wątroby i trzustki. Prawidłowe stężenie mieści się w zakresie 0–37 j./ml., wraz z rozpoznaniem nowotworu jego poziomy liczą się w tysiącach, przy rozpoznaniu chorób zapalnych wartości są niższe i nie przekraczają 500 j./ml.
- Antygen **CA125** jest wytwarzany fizjologicznie przez komórki nabłonka jam ciała płodu oraz komórki nabłonka otrzewnej, opłucnej, osierdzia, endometrium, ściany jajowodów i śluzówki szyjki macicy osób dorosłych, nie natomiast w komórkach prawidłowych, niezmienionych chorobowo jajników – to w przypadku raka jajnika obserwuje się najwyższe jego stężenia. Górna granica normy dla antygenu CA-125 w surowicy wynosi 35 j/ml, ale większą swoistość dla zmian rozrostowych określa się dla wartości wyższych, powyżej 70 j/ml. U zdrowych kobiet można stwierdzić podwyższone wartości CA-125 w okresie menstruacji, w pierwszym trymestrze ciąży. Poza tym białko to jest podwyższone, aczkolwiek nieswoiście, w stanach zapalnych wątroby, trzustki i przydatków, niekiedy w marskości wątroby oraz w niektórych chorobach immunologicznych. W przypadku raka jajnika wartości mogą sięgać kilkunastu tysięcy, zwłaszcza w przypadku raka surowiczego, endometrialnego, jasnokomórkowego. Również w rozpoznaniu pierwotnego nowotworu otrzewnej (międzybłoniak, rak śluzotwórczy, śluzak otrzewnej) marker ten jest podwyższony we krwi, jak również w płynach z jam ciała (jama otrzewnej). Oznaczanie CA-125 nie jest narzędziem pierwotnej diagnostyki raka jajnika; bardziej przydatne jest w kontroli po leczeniu chirurgicznym, monitorowaniu leczenia uzupełniającego (chemioterapii), prognozowaniu i diagnozowaniu wznowy nowotworu i kwalifikacji do zabiegów (operacja z powodu podejrzenia nawrotu choroby).
- Mniej popularny od omawianych powyżej i rzadziej oznaczany antygen **CA 15-3** jest związkiem glikoproteinowym, występującym na komórkach gruczołu piersiowego – zarówno tych prawidłowych jak i zmienionych nowotworowo. Fizjologicznym stanem skoku jego stężenia w surowicy jest trzeci trymestr ciąży, w stanach patologii obserwuje się jego podwyższenie w przypadku raka piersi, w marskości i zapaleniach wirusowych wątroby, niekiedy w przebiegu niezłośliwych chorób rozrostowych gruczołu piersiowego, w zapaleniach piersi, stanach zapalnych jajników, u niewielkiego odsetka pacjentek z chorobą nowotworową narządu rodnego (endometrium, rak szyjki macicy) oraz niekiedy u chorych z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca. Marker ten, ze względu na niską czułość, w diagnostyce jak i w monitorowaniu postępów leczenia odgrywa znikomą rolę.
- **Swoisty antygen sterczowy PSA**, jeden z niewielu swoistych narządowo antygenów, to glikoproteina syntetyzowana głównie w komórkach nabłonkowych kanalików gruczołu krokowego i wydzielana przez nie do płynu nasiennego. W surowicy jej stężenie jest wielokrotnie niższe niż w płynie nasiennym i nie przekracza u zdrowych, dorosłych mężczyzn 4,0 ng/ml. PSA cechuje wysoka swoistość narządowa w stosunku do gruczołu krokowego, jest jednak nieswoisty w odniesieniu do złośliwych chorób rozrostowych prostaty – jego stężenie wzrasta również w przypadkach gruczolaków, łagodnego przerostu czy stanów zapalnych prostaty, niekiedy również po badaniu prostaty przez odbyt (badanie *per rectum*) czy po stosunku płciowym. Stężenie PSA silnie koreluje z zaawansowaniem procesu nowotworowego, stąd też, jako wyjątek wśród markerów, może być oznaczany w formie badań przesiewowych u mężczyzn z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka prostaty (wywiad rodzinny, krewni pierwszego stopnia). Poza tym, badanie PSA jest niezwykle cennym narzędziem w kwalifikacji do leczenia chirurgicznego oraz ocenie jego skuteczności jak i długofalowej kontroli pooperacyjnej czy po przebytej radioterapii.
- **Alfa-fetoproteina AFP** wytwarzana w wątrobie, przewodzie pokarmowym i w woreczku żółtkowym płodu – wykrywalna jest w surowicy matki, w największym stężeniu w 32–36 tygodniu ciąży. Podwyższone wartości AFP w korelacji z badaniami obrazowymi nasuwać mogą podejrzenie raka wątrobowokomórkowego, jednak z uwagi na małą swoistość, zwłaszcza przy nieznacznie podwyższonych stężeniach, należy wykluczyć inne patologie, które również wiążą się z podwyższeniem jego wartości, takie jak marskość wątroby czy przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B i C. W przypadku guza wątroby, w różnicowaniu raka wątrobowokomórkowego od przerzutów do wątroby nowotworów innych narządów, przydatne jest jednoczesne oznaczanie stężeń markerów AFP, CEA, CA19,9 i CA125. Alfa-fetoproteina jest także markerem stosowanym w diagnostyce i monitorowaniu nowotworów zarodkowych jądra i jajników, a podwyższenie jej stężenia stwierdza się u znacznego odsetka chorych z nienasieniakowatymi nowotworami jądra.
- **Ludzka gonadotropina kosmówkowa (HCG)** fizjologicznie jest wytwarzana w komórkach łożyska. U zdrowych osób stężenie HCG wynosi poniżej 5 jm./l; wzrost obserwowany jest podczas fizjologicznej ciąży, w patologiach przy rozpoznaniu ciążowej choroby trofoblastycznej (zaśniad groniasty), w nabłoniaku kosmówkowym jądra lub jajnika, nienasieniakowatych nowotworach oraz niektórych nasieniakach.
- **Antygen raka płaskonabłonkowego (SCC-Ag)** jest obecny w prawidłowych i nowotworowych komórkach nabłonka płaskiego. Podwyższone stężenie tego markera stwierdza się u pacjentów z rakiem szyjki macicy (najczęstszy typ histologiczny), rakami płaskonabłonkowymi regionu głowy i szyi oraz płaskonabłonkowym rakiem płuca (rak niedrobnokomórkowy). Poza chorobami onkologicznymi, miernie podwyższone stężenia mogą wystąpić u osób ze stanami zapalnymi płuc, a dość wysokie u części chorych na łuszczycę.
- **CYFRA 21-1** to antygen stwierdzany w osoczu chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca oraz w innych nowotworach, zwłaszcza płaskonabłonkowych. Obecnie CYFRA 21-1 jest uważana za jeden z najlepszych markerów w raku płuca, nie nadaje się jednak do różnicowania raka płuca drobno- i niedrobnokomórkowego. Nie praktykuje się rutynowego oznaczania tego markera.
- **Kalcytonina** jest hormonem peptydowym syntetyzowanym przez komórki przypęcherzykowe tarczycy (komórki C), odgrywa bardzo istotną rolę w gospodarce wapniowej. Rak rdzeniasty tarczycy wywodzi się z komórek C, stąd też kalcytonina jest bardzo czułym i swoistym markerem tego nowotworu. Wartości prawidłowe stężenia kalcytoniny w surowicy krwi są niższe od 10 ng/l. U osób obciążonych rodzinnym występowaniem raka rdzeniastego (zespoły MEN, mutacje protoonkogenu RET) badanie poziomu kalcytoniny można traktować, jako badanie przesiewowe. Tyreoglobulina jest markerem zróżnicowanych raków tarczycy, nie ma jednak znaczenia w rozpoznawaniu raka, natomiast bardzo istotne jest jej monitorowanie po leczeniu. Po radykalnej operacji i leczeniu jodem promieniotwórczym stężenie tyreoglobuliny w surowicy wynosi poniżej 1 mg/l, a jego wzrost z dużą czułością sygnalizuje wznowę procesu nowotworowego. ❖

Fot. © trans961 | Depositphotos.com



Fot. © vitanovski | Depositphotos.com

Poza surowicą markery nowotworowe można oznaczać w innych płynach biologicznych: płynach wysiękowych z jamy opłucnej i otrzewnej, w żółci, ślinie, płynie mózgowo-rdzeniowym oraz zawartości przestrzeni płynowych.

OPRACOWANIE: LEK MED. PAULINA CICHON

Nieprawidłowy wynik badania cytologicznego szyjki macicy

Fot. © imagepointfr | Depositphotos.com

Historia badań cytologicznych wymazów z szyjki macicy ma ponad 85 lat. Po raz pierwszy w 1928 roku **dr George Papanicolaou** opisał występowanie komórek dysplastycznych i neoplastycznych w wymazie z szyjki macicy u kobiety z występującym rakiem szyjki macicy. W 1938 roku zaproponował pięciostopniową klasyfikację wyników cytologicznych, która jest aktualna do chwili obecnej.

Cytologię szyjki macicy jako metodę wczesnego wykrywania raka szyjki macicy wprowadzono po raz pierwszy w 1940 roku. Jedyną chociaż znaczącą zmianą, jaka nastąpiła od tego czasu, była zmiana klasyfikacji na nowy obecnie obowiązujący system oceny preparatów cytologicznych według **Systemu Bethesda** w 2001 roku.

Co to jest cytologia szyjki macicy?

Cytologia jest wynikiem badania **wymazu pobranego z szyjki macicy** w trakcie rutynowego badania ginekologicznego.

Polega na pobraniu przy pomocy specjalnej szczoteczki komórek z powierzchni szyjki macicy, która uwidacznia się podczas założenia wziernika ginekologicznego do pochwy. Następnie materiał pobrany rozmazuje się na szkiełko podstawowe i utrwala specjalnym płynem. Taki preparat jest następnie oceniany przez patomorfologa, który stawia rozpoznanie rozmazu prawidłowego lub nieprawidłowego z szyjki macicy.

Pobranie wymazu jest **niebolesne, nieinwazyjne i krótkotrwałe**. Dolegliwości bólowe lub dyskomfort jaki może być odczuwany w czasie pobierania cytologii wynika z obecności samego wziernika w pochwie. W czasie pobrania wymazu nie narusza się integralności tkanek, a niewielkie plamienie, które może pojawić się po pobraniu wymazu, wynika z wrażliwego nabłonka szyjki macicy. Pobranie wymazu nie wydłuża badania, gdyż trwa kilka sekund.

Jak często?

Podczas rutynowych badań kontrolnych zaleca się pobieranie wymazu cytologicznego nie częściej niż **jeden raz w roku** a nie rzadziej niż co trzy lata. Wykonywanie rozmazu co trzy lata według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego jest możliwe gdy dwa poprzedzające coroczne badania były prawidłowe.

Jeżeli uprzednio pacjentka miała nieprawidłowy wynik cytologii to lekarz prowadzący może zalecić powtórne pobranie cytologii po znacznie krótszym okresie czasu.

Zaleca się rozpoczęcie pobierania cytologii najpóźniej od 25. roku życia. Jeżeli młoda kobieta rozpoczęła współżycie płciowe wcześniej to pierwszą cytologię zazwyczaj pobiera się po co najmniej roku od rozpoczęcia aktywności seksualnej.

U kobiet, które nigdy nie współżyły, pobranie wymazu cytologicznego jest utrudnione ze względu na duży dyskomfort jaki jest odczuwany podczas zakładania wziernika ginekologicznego do pochwy.

Do czego służy cytologia?

Celem bezpośrednim cytologii jest **wykrywanie stanów przednowotworowych szyjki macicy**, czyli nieprawidłowości na szyjce macicy, które nieleczone mogą po kilku latach przekształcić się w raka szyjki macicy. W związku z tym cytologia pełni **rolę zapobiegawczą** przeciwko temu rakowi, gdyż pozwala wykrycie i na leczenie chirurgiczne zmian zanim przekształcą się w raka szyjki macicy.

Cytologia może również wykryć wczesne postacie raka szyjki macicy. A należy pamiętać, że leczenie operacyjne raka we wczesnych stadiach zaawansowania daje pełne wyleczenie.

Rozmaz cytologiczny spełnia wiec kryteria najprostszego, najmniej inwazyjnego oraz najbardziej dostępnego badania przesiewowego przeciwko nowotworowi złośliwemu.

Fot. © imagepointfr | Depositphotos.com

Jak się przygotować?

Na badanie należy zgłaszać się w okresie poza miesiączką. Najkorzystniejszym okresem badania jest pierwsza połowa cyklu miesiączkowego. Wskazane jest 2–3 dniowe powstrzymanie się od współżycia płciowego przed badaniem. Nie zaleca się pobierania wymazu w trakcie trwającego zapalenia pochwy, w czasie stosowania globulek dopochwowych, czy w czasie stosowania irygacji pochwy.

Fot. © kovalvs | Depositphotos.com

Gdzie poszczególne badania można wykonać?

- **Cytologia** jest badaniem ogólnodostępnym, stąd prawie każda poradnia lub gabinet ginekologiczny dysponuje możliwością pobrania takiego rozmazu.
- W Polsce od kilku lat istnieje możliwość wykonania badania w ramach „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy". Program ten jest przeznaczony dla kobiet w wieku 29–59 lat i badanie cytologiczne można wykonać bezpłatnie. Jest ono finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w wybranych Poradniach Ginekologiczno-Położniczych, co trzy lata.
- **Kolposkopia** jest badaniem specjalistycznym i nie każdy gabinet dysponuje możliwością jego wykonania. Miejscem, gdzie można przeprowadzić to badanie są specjalistyczne Poradnie Ginekologiczno-Położnicze, które mają zarówno wyspecjalizowanych w tym zakresie lekarzy, jak również są wyposażone w kolposkop oraz całe zestawy sprzętowe do pobierania wycinków w sposób zgodny ze światowymi standardami.
- **Konizacja szyjki macicy** wykonywana jest najczęściej w warunkach szpitalnych. Miejscem, gdzie można przeprowadzić ten zabieg diagnostyczno-terapeutyczny są ginekologiczne oddziały szpitalne. Pobyt w szpitalu zazwyczaj jest ograniczony do kilku godzin. Nie wymaga specjalnego przygotowania oprócz zgłoszenia się w dniu zabiegu na czczo.

Co oznaczają poszczególne skróty uzyskiwane w badaniach cytologicznych i jakie powinno być w nich postępowanie?

Preparat cytologiczny oceniany jest przez patomorfologa, który stawia rozpoznanie rozmazu prawidłowego lub nieprawidłowego z szyjki macicy. Do wyników nieprawidłowych zalicza się różne stany, ale do najważniejszych należą atypowe zmiany w komórkach nabłonka płaskiego lub walcowanego świadczące mniej lub bardziej o ryzyku występowaniu stanów przednowotworowych lub nowotworowych szyjki macicy.

Po otrzymaniu wyniku badania należy odpowiedzieć na pytanie, czy istnieje **małe czy duże prawdopodobieństwo, że zmiany są równoznaczne z CIN2 lub CIN3** (czyli ze zmianami śródnabłonkowymi 2. lub 3. stopnia, które stanowią bezpośrednie prekursory raka szyjki macicy)?

- **ASCUS (*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*), komórki atypowe nabłonka płaskiego o nieokreślonym znaczeniu**
  - W przypadku rozpoznania ASCUS ryzyko CIN2 lub CIN3 jest **bardzo małe**.
  - Przyczyną zmian ASCUS może być: a) toczący się stan zapalny szyjki macicy, b) istnienie zakażenia szyjki np. wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) lub c) atrofia śluzówki szyjki czyli ścieńczenie i niedożywienie nabłonka występujące głównie w okresie pomenopauzalnym.
  - Najczęściej zaleca się leczenie przeciwzapalne lub leczenie estrogenami dopochwowymi i powtórne pobranie cytologii za 3–6 miesięcy.
- **LSIL (*Low grade Squamous Intraepithelial Lesion*), zmiany śródnabłonkowe niskiego stopnia**
  - W przypadku LSIL ryzyko CIN 2 lub CIN 3 jest **małe**.
  - Najczęściej zmiany LSIL odpowiadają CIN 1, czyli stanowią zmiany będące wczesną odpowiedzią komórek na infekcję HPV.
  - Szansa na wyleczenie samoistne tych zmian jest bardzo duża.
  - Zaleca się wykonanie kolposkopii celem potwierdzenia rozpoznania cytologicznego oraz następnie kontrolę cytologiczną po 6–12 miesiącach. Kolposkopia jest drugą, niezależną i nieinwazyjną metodą oceny nabłonka szyjki macicy.
  - Nie zaleca się pobierania wycinków z szyjki macicy ani operacyjnego leczenia tych zmian.
- **HSIL (*High grade Squamous Intraepithelial Lesion*), zmiany śródnabłonkowe wysokiego stopnia**
  - W przypadku HSIL ryzyko CIN 2 lub CIN 3 jest **wysokie**.
  - Rozpoznając HSIL nie można wykluczyć, że zmiany szyjki macicy nie odpowiadają wczesnemu mikroinwazyjnemu rakowi szyjki macicy.
  - HSIL obliguje do wykonania **kolposkopii**, która służy do zlokalizowania na szyjce macicy miejsc występowania nieprawidłowości.

Fot. © trans961 | Depositphotos.com

  - Następnie najlepiej pod kontrolą kolposkopii należy pobrać **biopsję szyjki macicy** czyli kilkumilimetrowe wycinki dla postawienia rozpoznania histopatologicznego zmian o charakterze CIN 1, 2 lub 3, lub raka szyjki macicy.

W Polsce od kilku lat istnieje możliwość wykonania badania w ramach „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy". Program ten jest przeznaczony dla kobiet w wieku 29–59 lat i badanie cytologiczne można wykonać bezpłatnie.

  - Pobranie wycinków pod kontrolą kolposkopii jest na tyle niebolesne, że może być wykonane bez znieczulenia w gabinecie ginekologicznym wyspecjalizowanym w takiej procedurze.
  - Otrzymanie wyniku CIN 2 lub CIN 3 obliguje do wykonania konizacji szyjki macicy (czyli zabiegu usunięcia fragmentu szyjki macicy) oraz następowego wyłyżeczkowania pozostałej części kanału szyjki macicy. Zabieg tez zazwyczaj przeprowadzany jest w krótkim znieczuleniu ogólnym.
- **ASC-H (*Atypical Squamous Cells* – cannot exclude HSIL, komórki atypowe nabłonka płaskiego – nie można wykluczyć HSIL)**
  - W przypadku ASCUS ryzyko CIN 2 lub CIN 3 jest **wysokie**.
  - ASC-H obliguje do podobnego postępowania jak w HSIL czyli wykonania **kolposkopii** (w celu zlokalizowania na szyjce macicy miejsc występowania nieprawidłowości) i następnie **biopsji szyjki macicy** (czyli pobrania kilkumilimetrowych wycinków dla postawienia rozpoznania histopatologicznego zmian o charakterze CIN 1, 2 lub 3, lub raka szyjki macicy).
- **AGC (*Atypical Glandular Cells*, atypowe komórki gruczołowe)**
  - AGUS sugeruje zmiany nabłonka gruczołowego szyjki macicy lub błony śluzowej trzonu macicy (endometrium).
  - Rozpoznanie takie z **dużym** prawdopodobieństwem sugeruje zmiany o charakterze raka gruczołowego szyjki macicy lub trzonu macicy.
  - Wymaga wykonania kolposkopii z pobraniem wycinków z szyjki macicy oraz wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy. ❖

Opracowanie:
dr hab. n. med. DARIUSZ WYDRA
dr n. med. ANNA ABACJEW CHMYŁKO
Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej
i Endokrynologii Ginekologicznej UCK w Gdańsku

Literatura:

1. Broso PR1, Buffetti G. George Nicholas Papanicolaou. Minerva Ginecol. 1993, 45, 511–516.
2. Kolposkopia patologii szyjki macicy. Red. Malarewicz A., Florczak K. Wyd. Evereth 2014.
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical cancer screening. Version 2.2012.
4. Postępowanie w przypadku nieprawidłowego wyniku przesiewowego badania cytologicznego. Rekomendacje Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Patologów i Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy. Ginekol Pol. 2009, 80, 129–133.
5. Postępowanie w przypadku stwierdzenia śródnabłonkowej neoplazji i raka gruczołowego in situ szyjki macicy. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Patologów i Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Ginekol Pol. 2009, 80, 791–794.
6. Wojewódzki Ośrodek Koordynujący w Gdańsku. Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. http://zdrowiekobiety.org/

Osteoporoza

Osteoporoza jest chorobą szkieletu, charakteryzującą się pogorszeniem jakości tkanki kostnej a w następstwie wzrostem ryzyka złamań tak zwanych niskoenergetycznych.

Do złamań osteoporotycznych – niskoenergetycznych dochodzi w wyniku niewielkiego urazu, który nie spowodowałby przerwania ciągłość kości u osoby zdrowej, np. podczas upadku z wysokości własnej lub na skutek lekkiego uderzenia (po wykluczeniu innych przyczyn np. choroby nowotworowej ze zmianami wtórnymi w tzkielecie czy pierwotnych zaburzeń jego budowy i funkcji). Do głównych typów złamań osteoporotycznych kwalifikujemy: złamania kompresyjne trzonów kręgów, bliższego końca kości udowej, kości ramiennej oraz dystalnej części kości przedramienia. O ile każdy przypadek stwierdzonej, objawowej osteoporozy wiąże się z mniej lub bardziej wyrażonym radiologicznie ubytkiem gęstości tkanki kostnej, to nie w przypadku każdego zmniejszenia ilości tkanki kostnej można postawić rozpoznanie osteoporozy(stanem zmniejszonej gęstości kości w odniesieniu do norm dla płci i wieku, ale jeszcze nieosiągającej wartości patologicznych jest osteopenia).

Najbardziej istotnym narzędziem diagnostycznym przy podejrzeniu osteoporozy jest **densytometria kości techniką DEXA** (dual energy X-ray absorptiometry). Badanie to ocenia gęstość mineralną kości a wykorzystywana jest w rozpoznawaniu osteoporozy, służy także jako badanie kontrolne do oceny skuteczności leczenia farmakologicznego. Dla osteoporozy diagnostyczną wartością densytometryczną jest tzw. współczynnik T-score poniżej -2,5. Sam wynik jednak nie powinien decydować o rozpoczęciu leczenia – w sposób niewystarczający określa bowiem ryzyko złamań osteoporotycznych. Powinno się skorelować go z innymi czynnikami podnoszącymi podatność na złamania, wyniki jak i wywiad odnieść do tzw. **kalkulatora FRAX** oceniającego ryzyko wystąpienia złamania osteoporotycznego u badanej osoby w ciągu następnych 10 lat. Kwalifikacja badanych do grup: małego, średniego i dużego ryzyka pozwala na szybkie wdrożenie odpowiedniego postępowania.

Standardowe **badania radiologiczne** kośćca są wykonywane jedynie w przypadku podejrzenia złamania kości. Inne badania obrazowe – tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny nie są pomocne w ustalaniu rozpoznania, ewentualnie są wykonywane przed planowanym leczeniem chirurgicznym czy ortopedycznym.

Fot. © Petrkurgan | Depositphotos.com

Z badań laboratoryjnych u pacjentów zagrożonych osteoporozą, istotna i praktycznie niezbędna jest ocena gospodarki wapniowo fosforanowej, niekiedy bada się również wydalanie dobowe wapnia z moczem, stężenie witaminy D, kalcytoniny, parathormonu i markerów obrotu kostnego.

Leczenie

Niezależnie od przyczyny, celem prowadzenia postępowania farmakologicznego w osteoporozie jest zmniejszenie ryzyka złamań oraz zapobieganie towarzyszącym im komplikacjom. Poza tym, w objawowej chorobie dążyć należy do jak najbardziej efektywnej eliminacji bólów kostnych, zaopatrywania ortopedycznego i chirurgicznego złamań, monitorowania i leczenia powikłań ogólnoustrojowych.

Leki celowane – antyresorbsyjne – działają ściśle na mechanizmy promujące zmiany osteoporotyczne: poprzez hamowanie aktywności komórek odpowiedzialnych za niszczenie kości (osteoklastów) oraz pobudzanie aktywności komórek odbudowujących kość (osteoblastów).

Wapń i jego związki powinny być stosowane u każdej osoby z rozpoznaną bądź zagrożonej większym ryzykiem wystąpienia osteoporozy. Wyrównanie niedoborów tego pierwiastka zapobiega procesowi odwapnienia kości (resorpcji kości na skutek zmniejszonego stężenia wapnia w osoczu krwi) nasilanego przez wydzielany w odpowiedzi na hipokalcemię przez przytarczyce parathormon (PTH). W diecie zdrowego człowieka dziennie powinno się znaleźć minimum 1000 mg wapnia, w przypadku osteoporozy aktywnej i większego ryzyka, należy dostarczyć minimum 1200 mg wapnia z pokarmem bądź też uzupełniając niedobór suplementami doustnymi (najkorzystniej z dobrze przyswajanymi węglanem bądź cytrynianem wapnia). Są one dostępne w postaci tabletek, preparatów musujących, proszków. Niektóre z nich występują w połączeniu z witaminą D-3, która wzmaga wchłanianie wapnia i fosforanów z jelit, pobudza syntezę składników kości oraz hamuje wydzielanie parathormonu i wtórnie resorpcję kości przez niego pobudzaną.

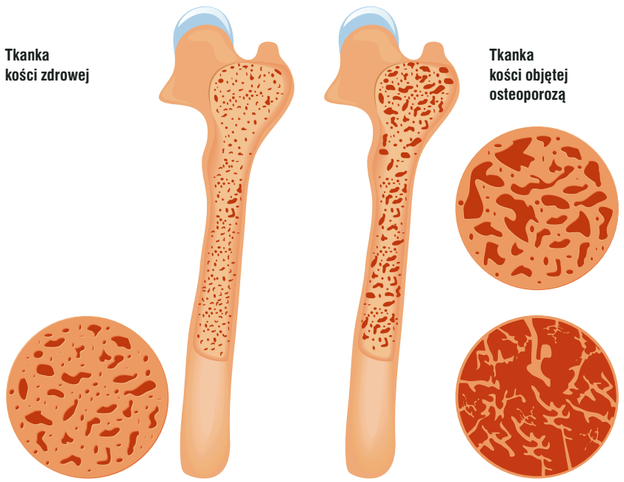
Witamina D3 syntetyzowana jest w organizmie pod wpływem promieniowania UV, co wiąże się z mniejszym zapotrzebowaniem suplementowanej witaminy D3 w okresie letnim, w porze zimowej i jesiennej może wystąpić względny niedobór tych związków, wobec czego ich spożycie powinno być odpowiednio większe. Witamina D-3 może być również przyjmowana jako oddzielny preparat, dawka ustalana jest indywidualnie (zazwyczaj od 400 lub 800 IU na dobę). Dla osób starszych, dzieci, przy niewydolności nerek (główne miejsce syntezy D3) powinno się rozważyć suplementację bardziej aktywnych postaci Witaminy D3.

Żeńskie hormony płciowe – **estrogeny** i progesteron – produkowane są głównie w gruczołach płciowych, również nadnerczach i tkance tłuszczowej, zwłaszcza u kobiet starszych. Poza funkcją prokreacyjną, zwraca się szczególną uwagę na ich właściwości regulujące układ krążenia – zapobiegające

Stany predysponujące do rozwoju objawowej osteoporozy:

- Menopauza – zwłaszcza wczesna (przed 45. rokiem życia)
- Niedobór estrogenów – pierwotna lub wtórna niewydolność jajników
- Niedobór testosteronu u mężczyzn
- Starszy wiek – powyżej 65. roku życia zarówno u kobiet jak i mężczyzn
- Uwarunkowania genetyczne – rodzinne obciążenie osteoporozą bądź rodzinne występowanie stanów predysponujących
- Nieprawidłowa dieta – ubogo białkowa oraz ubogo wapniowa (optymalne spożycie >1000 mg)
- Nadmierne spożycie alkoholu
- Palenie tytoniu
- Długotrwałe unieruchomienie (zmiany osteoporotyczne nawet u młodych, wcześniej zdrowych osób)
- Leki: kortykosterydy przyjmowane przewlekle, leki nasenne niektórych grup, hormony tarczycy, heparyna, fenytoina, barbiturany
- Choroby towarzyszące: cukrzyca źle kontrolowana, RZS, kamica nerkowa i inne choroby nerek, zespół Cushinga, choroby przysadki
- Niedobór witaminy D, zbyt rzadkie przebywanie na słońcu – niska synteza witaminy D w skórze
- Słaba aktywność fizyczna, siedzący tryb życia.

Osteoporoza kości



miażdżycy naczyń krwionośnych oraz stabilizujące tkankę kostną – hamujące aktywność komórek kościogubnych a co za tym idzie w znaczący sposób zmniejszające ryzyko złamań.

Estrogeny są lekami podawanymi w okresie menopauzy przy objawach wypadowych, a jednocześnie w profilaktyce utraty masy kostnej. Dostępne są preparaty podawane doustnie, w postaci plastrów i wstrzyknięć, wybór drogi podania opiera się głównie na podstawie wywiadu: schorzeń towarzyszących, używek, wydolności wątroby i innych mogących modyfikować efektywność podawanego leku. Poza działaniem ochronnym na kość, hormony płciowe zmniejszają ryzyko miażdżycy oraz korzystnie wpływają na jakość życia kobiety, powodują jednak wzrost ryzyka zatorowo-zakrzepowego oraz zmian rozrostowych w macicy i piersi, stąd też terapia hormonalna ze wskazań około menopauzalnych czy w związku z osteoporozą nie powinna umknąć kontroli specjalisty ginekologa bądź endokrynologa.

U mężczyzn przy współistnieniu zaburzeń potencji, osłabienia siły mięśniowej oraz niskiej masy kostnej w badaniu densytometrycznym stosuje się niekiedy męskie hormony płciowe – androgeny, a wśród nich najbardziej popularny testosteron. Zapobiegają osteoporozie dzięki działaniu anabolicznemu.

Kalcytonina, hormon produkowany u zdrowych ludzi przez komórki przypęcherzykowe tarczycy – tzw. komórki C w odpowiedzi na podwyższony poziom wapnia we krwi, zmniejsza uwalnianie wapnia z kości, nasila syntezę aktywnej postaci witaminy D3 w nerkach, obniża poziom parathormonu we krwi. Ponadto, co niezwykle istotne w przypadku bólów kostnych w przebiegu osteoporozy, kalcytonina posiada działanie przeciwbólowe.

Nie jest lekiem pierwszego wyboru w leczeniu osteoporozy, częściej stosowana jest w chorobie opornej na leczenie, łącznie z wapniem, witaminą D3, hormonami.

Wapń i jego związki powinny być stosowane u każdej osoby z rozpoznaną bądź zagrożonej osteoporozą. Jego wyrównanie zapobiega procesowi odwapnienia kości.

Lekami pierwszego rzutu w leczeniu osteoporozy, razem z wapniem i witaminą D3 są **bifosfoniany**. Strukturalnie mają bardzo duże podobieństwo do naturalnie występujących w kościach pirofosforanów warunkujących twardość i strukturę mineralną szkieletu. Po podaniu doustnym bifosfoniany wbudowują się w strukturę kości, trwale ją spajając. Mają również wpływ na aktywność osteoklastów, odpowiedzialnych za resorpcję szkieletu. Nie podlegają przemianie w ustroju i są obecnie uważane za leki o najsilniejszym działaniu antyresorpcyjnym. Stosowane są zarówno w profilaktyce jak i w leczeniu osteoporozy, zwłaszcza w przypadkach osteoporozy pomenopauzalnej przy przeciwwskazaniach do leczenia hormonalnego, braku jego akceptacji bądź silnych objawach ubocznych lub też jako uzupełnienie HTZ. Poza tym, w profilaktyce jak i leczeniu osteoporozy na skutek długotrwałej sterydoterapii, w przebiegu chorób zapalnych narządu ruchu, u niektórych chorych obciążonych chorobą nowotworową w stadium rozsiewu do szkieletu.

Przy stosowaniu tych leków należy zapewnić choremu prawidłową podaż wapnia i witaminy D3 oraz zwrócić uwagę na objawy nietolerancji zwłaszcza przy pierwotnym obciążeniu chorobami górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W leczeniu bólu w przebiegu osteoporozy stosuje się preparaty z różnych grup poczynając od I stopnia drabiny analgetycznej – niesteroidowe leki przeciwzapalne – jako leki pierwszego wyboru w bólach kostno-stawowo-mięśniowych. Silniejsze dolegliwości wymagają zazwyczaj potencjalizacji terapii: wówczas włączane zostają preparaty z innych grup wedle standardowych metod postępowania przeciwbólowego.

Profilaktyka

Profilaktykę należy rozważyć u wszystkich osób:

- Powyżej 65. roku życia
- Z obciążeniami: jeden lub więcej czynników ryzyka wystąpienia osteoporozy wymienione powyżej
- Po badaniu densytometrycznym, w którym ujawniono zmniejszoną gęstość kości (wartość T-score pomiędzy 1 a – 2,5)
- Cierpiących na przewlekłe choroby układu krążenia i narządu ruchu ograniczające sprawność ruchową

Środki profilaktyczne:

- zaprzestanie palenia tytoniu i powstrzymanie się od spożycia alkoholu
- zwiększenie aktywności fizycznej (regularne spacery)
- zapewnienie odpowiedniego, codziennego spożywania wapnia w diecie lub odpowiednich preparatów tak, aby jego ilość wynosiła 1200 mg (1,2 g) na dobę
- stosowanie preparatów witaminy D w indywidualnie dobranych przez lekarza dawkach, które zwykle wynoszą od 400 do 800 IU na dobę.
- eliminowanie ryzyka upadków. ❖

LEK. MED. PAULINA CICHON

Żelazo
i jego niedobór

Fot. © Giakita | Depositphotos.com

Żelazo to jeden z mikroelementów niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka. Dzienne zapotrzebowanie na żelazo u zdrowego człowieka jest zmienne, zależne od wieku, płci oraz ogólnego stanu zdrowia. U zdrowych dorosłych mężczyzn wynosi ono około 1 mg, natomiast u kobiet do 2 mg przyswojonego żelaza na dobę. W trakcie ciąży oraz w okresie karmienia, przy dużych utratach krwi, podaż żelaza powinna być zwiększona i wynosić około 3 mg/dobę. Prawidłowe stężenia żelaza w surowicy krwi wahają się u mężczyzn w granicach 17,7–35,9 μmol/l, u kobiet zaś 11,1–30,1 μmol/l.

Poza okresem prokreacji, zwiększone zapotrzebowanie na żelazo dotyczy osób po zabiegach operacyjnych (masywna utrata krwi), osób z przewlekłymi krwawieniami z przewodu pokarmowego, dróg rodnych, przy obfitych menstruacjach, wcześniaków, dzieci po konflikcie serologicznym, osób z zaburzeniami wchłaniania żelaza, w trakcie dojrzewania i okresu starości oraz wytężonego wysiłku fizycznego i intelektualnego.

Niedobór żelaza jest jednym z najczęściej występujących niedoborów pokarmowych. Z uwagi na bardzo istotną rolę w organizmie, w wielu komórkach budujących tkanki i narządy, jego niedobór może mieć bardzo bogatą manifestację.

Żelazo znajduje się w wielu ważnych białkach (t.zw. metaloproteiny), między innymi w hemoglobinie, która jest głównym nośnikiem tlenu (tu znajdują się cztery atomy żelaza), w mioglobinie – białku niezwykle ważnym dla prawidłowego funkcjonowania mięśni gładkich i szkieletowych, enzymach (w ich centrach aktywnych) takich jak: katalaza, peroksydazy oraz cytochromy – niezbędne w procesach metabolicznych i odpornościowych.

Żelazo z diety wchłania się w dwunastnicy i jelicie cienkim, jako jony dwuwartościowe (Fe^{2+}). Następnie, wiązane jest przez apoferrytynę – tworząc ferrytynę, która magazynowana jest w wątrobie. Transport żelaza we krwi odbywa się za pośrednictwem białka transferryny. Między innymi stężenie tego białka w surowicy – ferrytyny wolnej – bada się przy podejrzeniu niedoboru żelaza (przy sprawnie funkcjonującej wątrobie i niepotwierdzonej hipoproteinemii – obniżonym poziomie białka).

Różnice w przyswajalności żelaza wynikają nie tylko ze zmienności osobniczej, ale i rodzaju pożywienia, w którym jest ono dostarczane. Żelazo pochodzenia mięsnego wchłaniane jest nawet w 25%, zaś to zawarte w diecie zbożowej – w niespełna 2–3%. Przy diecie zbilansowanej, wchłaniane jest około 10% podawanego żelaza. Najlepszymi pokarmowymi źródłami żelaza są: mięso (tzw. żelazo hemowe), podroby (wątroba), ryby, żółtko jaja kurzego, twaróg, mleko, orzechy, warzywa strączkowe, brokuły, ostrygi i inne owoce morza. Produkty zawierające duże ilości witaminy C wspomagają wchłanianie żelaza z przewodu pokarmowego.

Duża ilość kawy, herbaty oraz sole mineralne wapnia i fosforu zawarte w diecie zmniejszają przyswajalność żelaza – dlatego należy odpowiednio dobierać produkty pokarmowe, komponując posiłek. Do czynników zwiększających wchłanianie żelaza w układzie pokarmowym zaliczamy: witaminę C, wolne aminokwasy (histydyna, lizyna), obecne w mięsie, drobiu, rybach, mleku kobiecym.

Niekiedy zbyt niskie spożycie, szczególnie z zaburzeniami wchłaniania, nie zaspokaja zapotrzebowania dziennego organizmu na ten pierwiastek. Na skutek przewlekłego krwawienia również dochodzi do jego istotnej utraty: po pewnym czasie prowadzi to do niedoboru i objawów ogólnych z tym związanych. W takim przypadku istotna jest suplementacja żelaza w preparatach wielowitaminowych i mineralnych, w połączeniu z witaminą C.

Stanem nadmiernego gromadzenia żelaza w organizmie jest hemochromatoza (pierwotna – dziedziczona, bądź wtórna – nabyta), oparta na zaburzeniach mechanizmów regulujących obrót żelazem. Niekiedy, przy znacznych objawach „przeładowania żelazem", stosuje się krwioupusty.

Suplementacja i leczenie

W pierwszych krokach postępowania terapeutycznego (najczęściej gdy niedobór jest nieistotny klinicznie), podejmuje się leczenie przyczynowe a więc modyfikację nawyków żywieniowych: podaż produktów o wysokiej zawartości żelaza, rezygnację z tych ubogo wartościowych i utrudniających jego wchłanianie z przewodu pokarmowego.

Jeśli zdiagnozowana jest przewlekła niedokrwistość na podłożu autoimmunologicznym bądź innego typu zaburzenia wchłaniania żelaza, chorzy powinni być leczeni przez specjalistów z danej dziedziny, aby nie dopuścić do jawnych objawów niedoborowych.

Przy podejrzeniu przewlekłego krwawienia z przewodu pokarmowego, chorych powinni konsultować i diagnozować specjaliści gastroenterologii w poszukiwaniu źródła krwawienia (badania endoskopowe).

Osoby z grupy większego zapotrzebowania na żelazo, tj. kobiety w okresie ciąży i karmienia, w okresach większego wysiłku fizycznego i intelektualnego, osoby starsze, chorzy operowani, zwłaszcza po licznych zabiegach z dużą towarzyszącą utratą krwi powinni, przyjmować preparaty suplementujące niedobory.

U wszystkich chorych z niedoborem, zwłaszcza objawowym, włącza się suplementację żelaza pod stałą, okresową kontrolą morfologii krwi i innych parametrów układu krwiotwórczego.

Fot. © Wavebreakmedia | Depositphotos.com

Jeśli zdiagnozowana jest przewlekła niedokrwistość na podłożu autoimmunologicznym bądź innego typu zaburzenia wchłaniania żelaza, chorzy powinni być leczeni przez specjalistów z danej dziedziny, aby nie dopuścić do jawnych objawów niedoborowych.

Objawowa anemia to główny i najpoważniejszy skutek niedoboru żelaza, stąd też u pacjentów obciążonych ocenia się wskazania do przetoczeń preparatów krwiopochodnych bądź podaży żelaza innymi drogami niż doustna, jeśli ta wydaje się być nieskuteczna.

Żelazo w postaci preparatów doustnych wchłania się w początkowych odcinkach przewodu pokarmowego – dwunastnicy oraz części jelita cienkiego. Należy pamiętać, aby przyjmować je przed posiłkiem, gdyż niektóre pokarmy utrudniają jego wchłanianie (np. sole zobojętniające, mleko i produkty mleczne, kawa, herbata).

Wchłanianie żelaza skuteczniejsze jest w środowisku kwaśnym (jako jony dwuwartościowe Fe^{2+}), zaleca się przyjmowanie go wraz z witaminą C – kwasem askorbinowym (w jednorazowej dawce dziennej, 250 mg/dobę). Kwas askorbinowy poza tym, że zwiększa wchłanianie żelaza podanego doustnie, ułatwia jego wychwyt w szpiku i wywiera bezpośredni wpływ na erytropoezę (tworzenie czerwonych krwinek).

Wchłanianie żelaza zmniejsza się w przypadku jednoczesnego podawania cholestyraminy, neomycyny, wyciągów z trzustki, tetracyklin, trójkrzemianu magnezowego i leków zobojętniających sok żołądkowy, zawierających węglany. W przeciwną stronę, żelazo podawane doustnie również modyfikuje absorpcję innych przyjmowanych jednocześnie leków: może zmniejszać wchłanianie podawanych doustnie tetracyklin, metylodopy, lewodopy, fluorochinolonów, penicylin i hormonów, np. tyroksyny.

Duża ilość kawy, herbaty oraz sole mineralne wapnia i fosforu zawarte w diecie zmniejszają przyswajalność żelaza – dlatego należy odpowiednio dobierać produkty pokarmowe, komponując posiłek.

Leczenie doustne powinno być długotrwałe – kontynuowane nawet po ustąpieniu objawów klinicznych i unormowaniu się parametrów układu czerwonokrwinkowego (kilka miesięcy). Ma to na celu uzupełnienie magazynów ustrojowych, wyczerpanych jeszcze przed wystąpieniem pełnoobjawowego deficytu żelaza.

Do działań niepożądanych towarzyszących leczeniu żelazem należą zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: nudności, wymioty, zaparcia lub biegunki, ciemne zabarwienie stolca, uczucie przepełnienia żołądka, bóle żołądka, ciemne zabarwienie zębów, skórne reakcje alergiczne (świąd, pokrzywka, wysypka, rumień). Rzadko mogą wystąpić bóle stawów i obrzęki oraz zaburzenia ze strony układu sercowo-naczyniowego: wahanie ciśnienia tętniczego, tachykardia, kołatanie serca, uczucie duszności.

Rzadko, jednak niekiedy, przy słabo kontrolowanej terapii może dojść do przedawkowania, a nawet ostrego zatrucia żelazem z objawami ubocznymi: obrzękami, przyspieszonym, słabo napiętym tętnem, zapaścią sercowo-naczyniową. Skuteczną swoistą odtrutką jest deferoksamina, która wiąże wolne żelazo (100 mg wiąże 9,3 mg żelaza) i jest z nim wydalana przez nerki. Ponadto stosuje się u chorych przytomnych: środki pobudzające wymioty, płukanie żołądka, mleko, w ciężkich przypadkach dializę otrzewnową lub transfuzję wymienną. ❖

OPRACOWANIE:
LEK. MED. PAULINA CICHON

Fot. © imagepointfr | Depositphotos.com

Objawy niedoboru żelaza

Z uwagi na udział w budowie hemoglobiny, niedobór żelaza i towarzysząca mu anemia objawiać się może:
- zmęczeniem,
- brakiem energii,
- tachykardią (przyspieszeniem akcji serca) – zwłaszcza podczas wysiłku,
- dusznością spoczynkową,
- zawrotami głowy,
- zaburzeniami widzenia,
- nietolerancją zimna.

Poza tym obserwuje się zmniejszenie odporności:
- częstsze zapadanie na błahe przeziębienia i infekcje,
- obniżenie sprawności fizycznej i umysłowej,
- trudności z koncentracją i zapamiętywaniem,
- rozdrażnienie
- apatia i inne zaburzenia nastroju.

U niektórych osób, zwłaszcza przy istotnych niedoborach, obserwuje się tzw. **spaczony apetyt** – chęć na produkty niejadalne np. krochmal, wapno.

Cera osób z niedoborami żelaza jest
- blada,
- w kącikach ust pojawiają się zajady,
- włosy są suche,
- wypadają nadmiernie,
- paznokcie rozdwajają się.

Obserwuje się również
- zanik brodawek językowych,
- stany zapalne jamy ustnej,
- bóle przy połykaniu.

KATARZYNA BŁAŻEJEWSKA
dietetyk

Zima trwa już jakiś czas, wszyscy jesteśmy wymarznięci i spragnieni wiosennego ciepła i odrobiny słońca – na szczęście ten moment nadejdzie już niebawem. W międzyczasie możemy wspomóc nasz organizm i rozgrzać się nieco od środka.

Rozgrzewające jedzenie

Oczywiście, zimą zużywamy więcej energii na utrzymanie stałej temperatury ciała, dlatego częściej jesteśmy głodni i chętniej jemy tłustsze, bardziej kaloryczne posiłki. Skutkować to może jednak zwiększeniem „oponki" – co wcale nie jest potrzebne. Nie musimy jeść dużo więcej, ważne, abyśmy wybierali odpowiednie produkty.

Chińska medycyna setki lat temu sklasyfikowała różne rodzaje pożywienia i ich wpływ na termoregulację. Bazowano wtedy na obserwacjach, rodzajach energii itd. Dla niektórych może być to niemal wiedza tajemna – na przykład energia *yin* i *yang* – ale moim zdaniem, po chwili zastanowienia każdy z nas jest w stanie wymyślić które produkty działają rozgrzewająco, a które wychładzająco. Wszelkie cytrusy i owoce egzotyczne, które zawierają dużo wody i olejki eteryczne, które wykorzystujemy robiąc lemoniady pochodzą przecież z gorących regionów i dojrzewają w okresie upalnego lata. Miło jest zjeść pyszną mandarynkę lub pomarańczę w czasie gdy zapomnieliśmy już co to truskawki i wiśnie, ale musimy mieć świadomość ich chłodzącego działania na nasz organizm. Podobnie jest z nabiałem – dla wszystkich normalne jest jedzenie chłodników w czasie upalnego lata – a to przecież kefir lub maślanka z warzywami. Dlatego właśnie picie mleka czy jedzenie jogurtów, nie jest najlepszym rozwiązaniem gdy doskwiera nam mróz.

Fot. © lidante | Depositphotos.com

Czym więc możemy się grzać?

- **Kasze** – pomijając ich mineralne bogactwo, wiążą one wodę i w czasie gdy są w naszych jelitach utrzymują temperaturę. Najlepszą metodą przygotowania kaszy gryczanej jest zagotowanie jej w osolonej wodzie w proporcji kaszy do wody 1:1,5. Gdy kasza wchłonie wodę, powinniśmy zdjąć ją z kuchenki, przykryty garnek owinąć ściereczką i schować go w pościeli na 15 minut. Kasza będzie gorąca jeszcze długo – na tej samej zasadzie utrzyma temperaturę w naszym ciele. Kasza jaglana lub gęsta owsianka na śniadanie, zarówno w wersji słodkiej jak i wytrawnej – są chyba najlepszym pomysłem na gorący początek dnia.
- **Pieczone, grillowane warzywa korzeniowe** – to typowe produkty dla naszego regionu i klimatu. W czasach gdy nie było chłodni ani lodówek zakopywano te wszystkie jesienne plony w wykopanych ziemiankach i korzystano z nich przez całą zimę – nie zmieniajmy więc tego, do czego przywykli nasi przodkowie.
- **Zupy** – to fantastyczny sposób na rozgrzanie się i zjedzenie zdrowej, niezbyt tuczącej kolacji. Ugotowanie warzywnego wywaru z ziarenkiem pieprzu, listkiem laurowym i zielem angielskim zajmie nam dosłownie chwilę, a będzie wspaniałym pomysłem na ekspresowe rozgrzanie się od środka i spokojny sen.
- **Woda** – nie możemy zapominać o piciu wody w okresie zimowym. Czy nasze pranie, w mieszkaniu ogrzewanym kaloryferami nie wysycha w tempie ekspresowym? To samo dzieje się przecież z nami. Wysychamy. Dlatego powinniśmy dużo pić – wody, owocowych herbat, rozgrzewających naparów. Może brzmi to dosyć odważnie – ale przecież nie niebezpiecznie – gdy jesteście bardzo zmarznięci, spróbujcie wypić 2–3 szklanki napoju w ciągu nie więcej niż pół godziny – zapewniam, że zrobi się Wam cieplej.
- **Alkohole wysokoprocentowe** – uważać jednak musimy, bo poza obawą o naszą wątrobę, nie możemy zapominać o tym, że alkohol podnosi ciśnienie krwi, co prowadzi z kolei do rozszerzenia naczyń krwionośnych – dlatego niektórzy po kilku głębszych robią się czerwoni – a to z kolei sprzyja gwałtownemu wychłodzeniu organizmu, gdy znajdziemy się w niskiej temperaturze. Niech będzie to wyjątkowe remedium na mróz ☺
- **Przyprawy** – pieprz, ostra papryka, tymianek, rozmaryn – warto dodawać je do wszystkich zup i gorących dań – poprawiają one krążenie i przyspieszają metabolizm. Do tej grupy możemy również dołączyć wszystkie przyprawy kojarzące nam się z piernikiem czy świątecznymi kompotami – a więc imbir, kardamon, cynamon, goździki. Wrzucajmy je do herbaty, kasz i deserów.

Świetne są również syropy malinowe lub miód jako dodatek do herbaty. ❖

KATARZYNA BŁAŻEJEWSKA, DIETETYK

Lecznicza moc żurawiny

Fot. © MartaTeron | Depositphotos.com

Żurawina, roślina z rodzaju borówka (*Vaccinium*) jest uprawiana niemalże na całym świecie, również w Polsce – w dwóch gatunkach: północnoamerykańska żurawina wielkoowocowa (*Vaccinium macrocarpon*) i żurawina błotna (*Vaccinium oxycoccus*), występująca zwłaszcza na półkuli północnej.

Oba gatunki dostarczają jadalnych owoców służących do wyrobu różnych przetworów, których rola prozdrowotna zaczyna być coraz bardziej doceniana.

Żurawina jest rośliną wieloletnią, najlepiej rozwija się na kwaśnych, wilgotnych stanowiskach (torfowiska, bory bagienne). Największymi w Europie producentami żurawiny wielkoowocowej są Litwa i Białoruś. Polskie warunki klimatyczne sprawiają, że nasz kraj jest również bardzo dobrym miejscem do uprawy tej rośliny. O ile w stanie naturalnym żurawina występuje na terenach ubogich w składniki odżywcze, o tyle w uprawie wymaga nawożenia w celu przyspieszenia wzrostu pędów roślin i owocowania.

Żurawina kwitnie w czerwcu i lipcu (liczne różowo-białe drobne kwiatki przypominające kształtem dziób żurawia – stąd jej nazwa). Owocem żurawiny jest charakterystyczna mięsista, ciemnoczerwona jagoda, osiągająca dojrzałość około sto dni po kwitnieniu.

Do jedzenia na surowo owoce żurawiny są dość kwaśne, dzięki natomiast zawartości naturalnego konserwantu – kwasu benzoesowego – świetnie nadają się do przechowywania (suszona żurawina) i wszelkiego rodzaju przetworów jak soki, konfitury, nalewki.

Fot. © thepoeticimage | Depositphotos.com

Owoce żurawiny poza walorami smakowymi mają także niezaprzeczalne wartości dietetyczne i lecznicze, wykorzystywane od wieków w medycynie ludowej.

Pomimo niskiej kaloryczności zawierają duże ilości witamin, soli mineralnych, garbników, błonnika, karotenoidów oraz związków bioaktywnych: antocyjanów, tokotrienoli, flawonoidów, antocyjanów, kwasów organicznych, pektyn, cukrów (dekstroza, fruktoza) i innych oraz znaczne ilości witaminy C (15 mg w 100 g).

Infekcje dróg moczowych

Spożywanie soku z żurawin zmniejsza ryzyko infekcji dróg moczowych zarówno u młodych kobiet, jak i u starszych. Jej skuteczność potwierdzono zarówno w profilaktyce częstych zakażeń jak i wspomagająco, podczas aktywnej fazy choroby. Poza zakażeniami bakteryjnymi, jest szczególnie pomocna w infekcjach w okresie pokwitania, kiedy dokonują się zmiany zanikowe śluzówki pochwy i cewki moczowej sprzyjające rozwojowi drożdżycy.

Proantocyjany, taniny i bioflawonoidy zawarte w wyciągu z żurawiny ograniczają adhezję szkodliwych drobnoustrojów (m.in. *E. Coli*, najczęściej stwierdzany podczas zakażenia układu moczowego) do siebie i nabłonka układu moczowego umożliwiając ich wydalanie z moczem. Poza tym wpływa na regulację pH dróg moczowych utrzymując środowisko niekorzystne dla rozwoju drobnoustrojów. Powinna być podawana łącznie z lekami przeciwdrobnoustrojowymi. Żurawina może być bezpiecznie stosowana w trakcie infekcji dróg moczowych również u kobiet ciężarnych.

Skuteczność żurawiny potwierdzono zarówno w profilaktyce częstych zakażeń jak i wspomagająco, podczas aktywnej fazy choroby.

Kamica dróg moczowych również ma łagodniejszy przebieg za sprawą dodatku do diety żurawiny: rozpuszcza kamienie zawierające moczany i przerywa napad kolki nerkowej – część kamieni pod jej wpływem może ulec zmniejszeniu bądź nawet rozpuszczeniu (regulacja pH – alkalizacja). Złogi w przewodach moczowych wytrącają się w środowisku kwaśnym, dlatego alkalizacja moczu stanowi podstawowy aspekt profilaktyki i leczenia, szczególnie istotny w tych przypadkach, kiedy dieta obfituje w białko pochodzenia zwierzęcego.

Choroba niedokrwienna serca

Zawarte w wyciągu z żurawin antyoksydanty ograniczają utlenianie cholesterolu LDL a tym samym zmniejszają ryzyko wystąpienia miażdżycy. Dodatkowo żurawina zmniejsza kruchość i przepuszczalność naczyń krwionośnych. Eliminacja szkodliwych substancji przemiany materii, wolnych rodników, toksyn wspomaga naturalną ochronę mięśnia sercowego, naczyń wieńcowych i krążenia ośrodkowego. Odpowiednia ilość potasu (wielokrotnie większa niż sodu) przyczynia się do normalizacji ciśnienia tętniczego krwi, co ma istotne znaczenie dla mniejszego obciążenia serca. Codzienne picie soku żurawinowego podnosi poziom cholesterolu HDL, i obniża jednocześnie poziom cholesterolu LDL.

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy i przewód pokarmowy

Flawonoidy zawarte w żurawinie utrudniają przyleganie bakterii H. Pylori (której wpływ na rozwój choroby wrzodowej jest naukowo potwierdzony) do ściany żołądka, zapobiegając ich wzrostowi i podziałom. Wspomaganie leczenia eradykacyjnego wyciągami z żurawiny znacznie przyspiesza i podnosi efektywność terapii przeciwwrzodowej. Poza tym, żurawina ma właściwości probiotyczne – wspomaga wzrost naturalnej flory jelitowej, a jednocześnie hamuje rozwój bakterii patologicznych. Dzięki zawartości błonnika usprawnia pracę przewodu pokarmowego – zapobiegając zaparciom.

Choroby przyzębia

Spożywanie wyciągów z żurawiny zapobiega powstawaniu płytki nazębnej, próchnicy i chorób dziąseł, redukuje również ryzyko infekcji bakteryjnych w jamie ustnej.

Profilaktyka przeciwnowotworowa

Żurawina wielkoowocowa zawiera więcej antyoksydantów niż bardziej popularnie spożywane owoce. Przeciwutleniacze te odgrywają ważną rolę w profilaktyce nowotworowej.

Starzenie

Duża zawartość przeciwutleniaczy wpływa na spowolnienie procesu starzenia się neuronów, a tym samy zapobiega przedwczesnemu upośledzeniu funkcji motorycznych oraz poznawczych. Podejrzewa się również rolę żurawiny w profilaktyce choroby Alzheimera. ❖

LEK. MED. PAULINA CICHON

Fot. © molka | Depositphotos.com

KONKURS FOTOGRAFICZNY

Wspomnienie zimy

Prześlij nam zimowe zdjęcie i wygraj fantastyczne nagrody!

Fot. © Anatoly Zavodskov | Dreamstime.com

Regulamin konkursu fotograficznego „Wspomnienie zimy"

1. Konkurs organizowany jest przez Onkonet Sp. z o.o., wydawcę czasopisma „Terapia i Zdrowie"
2. Konkurs ma charakter otwarty.
3. W Konkursie mogą wziąć udział osoby dorosłe.
4. W konkursie nie mogą brać udziału pracownicy i przedstawiciele organizatorów konkursu, współorganizatorów Konkursu oraz innych podmiotów biorących bezpośredni udział w przygotowaniu i prowadzeniu konkursu oraz członkowie ich rodzin.
5. Udział w konkursie jest bezpłatny.
6. Tematyka konkursu dotyczy wakacji zimowych.
7. Uczestnik może zgłosić maksymalnie 5 zdjęć w formie cyfrowej.
8. Wymagania techniczne:
   - pliki o minimalnej wielkości 8 milionów pikseli,
   - proporcje boków 2:3
   - fotografie zapisane w formacie JPG lub TIF,
   - prace należy przesłać na płycie CD lub DVD wraz z kartą zgłoszenia,
   - wszystkie pliki należy umieścić w folderze zatytułowanym nazwiskiem i pierwszą literą imienia autora (np: Kowalski_J). Nazwa pliku powinna składać się z nazwiska i pierwszej litery imienia oraz kolejnego numeru fotografii, np. Jan Kowalski przysyła dwie fotografie zatytułowane: Kowalski_J_01, Kowalski_J02. Numer musi być zgodny z podanym w zgłoszeniu.
9. Uczestnik, zgłaszając się do konkursu oświadcza, iż przysługują mu wyłączne i nieograniczone prawa autorskie do nadesłanych fotografii. Ponadto oświadcza, że wyraża zgodę na wielokrotne, nieodpłatne publikowanie nagrodzonych fotografii oraz opublikowanie jego imienia, nazwiska oraz miejscowości zamieszkania w materiałach promocyjnych związanych z konkursem, w wydawnictwach oraz na stronach internetowych Konkursu, w szczególności na utrwalanie, modyfikowanie i zwielokrotnianie fotografii każdą techniką, w tym m. in. drukarską, reprograficzną, zapisu magnetycznego, cyfrową, audiowizualną, na jakichkolwiek nośnikach, bez ograniczeń co do ilości i wielkości nakładu, oraz rozpowszechnianie fotografii poprzez publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć do nich dostęp w miejscu i w czasie przez siebie wybranym, w szczególności w sieciach komputerowych, Internecie i Intranecie oraz telefonach komórkowych.
10. Karty zgłoszenia i płyty ze zdjęciami w sztywnych opakowaniach należy do dnia **31.03.2015 r. (decyduje data wpływu)** na adres: Onkonet Sp. z o.o., ul. Śnieżna 3, 80-554 Gdańsk, z dopiskiem: „Konkurs fotograficzny-Zima"
11. Nadesłanie prac jest jednoznaczne z akceptacją niniejszego Regulaminu.
12. Organizator konkursu ma prawo odrzucić prace niezgodne z Regulaminem, odbiegające od tematu, wadliwe technicznie i naruszające prawa innych osób.
13. Organizator konkursu nie bierze odpowiedzialności za uszkodzenie lub zaginięcie prac w trakcie przesyłki.
14. Wyniki konkursu zostaną opublikowane na stronie internetowej Onkonet.pl a także w numerze kwietniowym czasopisma „Terapia i Zdrowie"
15. Organizator konkursu uhonoruje laureatów nagrodami rzeczowymi
    - **I Nagroda – aparat fotograficzny firmy Fuji**
    - **II Nagroda – Komplet kawowy Ambasador na 12 osób**
    - **III nagroda – Zestaw kawowy dla 6 osób**
16. Planowana jest wystawa pokonkursowa, o terminie i miejscu której osoby zainteresowane zostaną powiadomione po ogłoszeniu wyników Konkursu
17. Udział w konkursie jest równoznaczny z wyrażeniem przez osoby uczestniczące zgody na przetwarzanie przez organizatora konkursie ich danych osobowych na potrzeby konkursu oraz w celach marketingowych (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Dz.U. Nr 133, poz. 833 z póz. zm.).
18. Skład jury: Janusz Czerwiński (redaktor naczelny „Terapii i Zdrowie"), Maciej Kosycarz (Agencja Fotograficzna KFP), Robert Olech (www.optyczne.pl).

Karta zgłoszenia uczestnictwa w konkursie fotograficznym „Wakacje zimowe"

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

Nr tel.: ..... E-mail: .....

Nr	Tytuł pracy	Komentarz (opcjonalnie)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Konkursu Fotograficznego „Wakacje zimowe" i akceptuję jego warunki. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wynikających z Regulaminu Konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.Ust. 2002, nr 101, poz. 926 z późn.zm.)

.....

Data i odręczny podpis

Wina deserowe

Są tacy, którzy nie uznają ich za wina. Wielu nigdy nie miało okazji ich próbować. Większość z nas kojarzy je ze słowackim Tokajem w ozdobnej butelce, który rodzina przywoziła z wczasów w górach.

Wina deserowe, bo o nich mowa, odgrywają ważną rolę w historii. Doceniane przez monarchów gościły na niemal wszystkich europejskich dworach. W Polsce szczególnie upodobano sobie węgierskiego **Tokaja** ❶. Sprowadzony w XVI wieku, szybko podbił serca szlachty swoim wyjątkowym smakiem. Połączenie kuchni polskiej z węgierskim Tokajem wydawało się wówczas tak doskonałe, że można było sądzić, że zostały dla siebie stworzone. Polska stała się największym importerem złocistego nektaru i trudno było wyobrazić sobie biesiadę, na której go nie serwowano.

Obecnie Polacy odkrywają świat win deserowych na nowo, sklepy specjalistyczne rozszerzają swoją ofertę o niebanalne wina wytwarzane oryginalnymi metodami, a na naszych stołach pojawiają się świadomie wybrane i dopasowane do potraw trunki. W sklepach pojawiają się rożnego rodzaju wina deserowe, w tym również Tokaj.

Aby zrozumieć, dlaczego wina deserowe są wyjątkowe i poznać je bliżej, warto (oprócz degustacji) dowiedzieć się, w jaki sposób powstają. Ogólne zasady tworzenia win deserowych są dość proste: drożdże dodane do słodkiego soku winogronowego przetwarzają cukier w alkohol. Jeżeli w pewnym momencie zatrzymamy ten proces, to otrzymamy słodkie wino o niższej mocy. Sposobów na zatrzymanie fermentacji jest wiele, między innymi: chłodzenie moszczu, dodawanie wysokoprocentowego alkoholu, zastosowanie bardzo słodkich winogron, czy też wykorzystywanie drożdży, które fermentują wino tylko do określonego, niskiego poziomu alkoholu. Wina deserowe możemy podzielić na:

Musujące wina deserowe

Bąbelki i wysoka kwasowość charakterystyczna dla win musujących powodują, że oceniamy je jako bardziej wytrawne, niż są w rzeczywistości. Nabierając doświadczenia lub degustując kilka win musujących jednocześnie jesteśmy w stanie określić, które gatunki winogron dają wina o słodszym aromacie, a które zazwyczaj są bardziej wytrawne. Metody produkcji wielu win musujących przewidują dodawanie w ich trakcie cukru aby wino było słodsze.

Obecnie Polacy odkrywają świat win deserowych na nowo, a sklepy specjalistyczne rozszerzają swoją ofertę o niebanalne wina wytwarzane oryginalnymi metodami.

Fot. © Moguchev | Depositphotos.com

Fot. © Klarneke | Depositphotos.com

Winiarnia we wsi Andlau w Alzacji

W każdym z krajów produkujących wina musujące ich słodycz określa się inaczej, i tak we Francji należy szukać win z napisem *Demi-sec* dla półwytrawnych lub *Doux* albo *Molleux* dla słodkich, we Włoszech będą to *Semi Secco* i *Amabile*, natomiast w Hiszpanii *Semi-sec* i *Dolce*.

Wina lekkie i słodkie

Zazwyczaj mają niskie stężenie alkoholu i wysoką kwasowość. Naturalnie słodkie, lekkie i odświeżające, idealne w upalny dzień. Świetnie łączą się z owocami egzotycznymi, na przykład ananasem, kiwi, czy liczi. Najciekawszymi, a jednocześnie całkowicie od siebie odmiennymi szczepami winogron, które pozwalają na stworzenie lekkiego wina deserowego są Riesling i Gewurztraminer. Późno zbierane grona tych szczepów zawierają sporo cukru, który pozostaje w winie również po fermentacji. Pochodzący z Alzacji Riesling daje wina o wyraźnie mineralnych nutach. Wraz z wiekiem staje się on coraz mniej owocowy, a jednocześnie coraz bogatszy w niespotykane aromaty, takie jak zapach ropy naftowej. Z drugiej zaś strony, Gewurztraminer oferuje aromaty przyprawowe, kwiatowe i owoców egzotycznych, niczym z orientalnej kuchni.

Wina słodkie i bogate

Są to wina wytwarzane z winogron o wysokiej kwasowości, a zalicza się do nich m.in. deserowe Tokaje. Takie wina, ze względu na wysoki poziom cukru i wysoką kwasowość doskonale nadają się do długiego dojrzewania w piwnicy. Kilkudziesięcioletni Tokaj, czy też Sauternes najwyższej klasy to nie lada rarytas dla koneserów. Są również ludzie, którzy przechowywanie takich win traktują jako inwestycję.

Aby stworzyć wino bogate i słodkie należy zastosować mniej standardowe metody produkcji. Gronom pozwala się dojrzewać na krzewach po okresie zbiorów. W początkowej fazie winogrona tracą zawartą w nich wodę, co powoduje, że uzyskany z nich sok jest słodszy i bardziej skoncentrowany. Pozostawione na krzewach na kolejne miesiące owoce pokrywają się szlachetną pleśnią *Botrytis cinerea*, która wspomaga proces usuwania wody. Producenci win decydują się na wykorzystanie tej metody tylko w „najlepszych latach", gdyż niesprzyjające warunki atmosferyczne mogą doprowadzić do zepsucia się winogron. Najbardziej esencjonalne wino otrzymuje się pozostawiając grona na krzakach do przymrozków. Sok z winogron wyciska się wówczas jeszcze przed ich rozmarznięciem, jednak takie podejście, ze względu na czasochłonność procesu

Tak dojrzewa Tokaj

dojrzewania gron, jest obarczone największym ryzykiem pogodowym i stosunkowo rzadko spotykane. Alternatywą dla pozostawiania winogron na krzewach jest, popularna zwłaszcza we Włoszech, metoda suszenia gron na słomianych matach. Zrodzynkowane, zasuszone winogrona dają dużo bardziej skoncentrowany produkt, o intensywnych aromatach dojrzałych i suszonych owoców.

Czerwone wina deserowe

Są wytwarzane metodami podobnymi do lekkich białych win deserowych. Zazwyczaj wykorzystuje się do nich lokalne odmiany winogron o wysokim poziomie cukru. Niektóre powstają metodą suszenia na słomianych matach. Pośród czerwonych win deserowych pojawia się dość wyjątkowe wino, które jeszcze niedawno było najczęściej eksportowanym winem z Europy do USA. Mowa tu o **Lambrusco** ❺. Jest to wino, zazwyczaj słodkie lub półsłodkie, wytwarzane metodą Charmata. Swą popularność zawdzięcza subtelnym aromatom owocowym, przeważnie świeżych truskawek, oraz uniwersalności w łączeniu go z potrawami.

Wina wzmacniane

Jest to najszersza z kategorii win deserowych. Wina te produkuje się poprzez dodanie w trakcie lub bezpośrednio po fermentacji wysokoprocentowego alkoholu. Zazwyczaj jest to winogronowa brandy o mocy około 95%. Najpopularniejszymi przedstawicielami tego gatunku są Porto, Madeira i Sherry. Wszystkie trzy wina różnią się sposobem ich dojrzewania. Porto po fermentacji rozlewane jest do beczek, w których dojrzewa nawet kilkadziesiąt lat w piwnicach producentów. W Vila Nova de Gaia, mieście graniczącym z miastem Porto w Portugalii, znajdują się piwnice producentów porto. W każdej z nich znajdziemy prawdziwe perełki w postaci beczek z winem, które zostało rozlane do nich dużo ponad sto lat temu. Niektórzy producenci oferują nawet okazjonalnie degustacje produktów tworzonych przez ich pradziadków. Na Portugalskiej wyspie Madeira, produkuje się wino o takiej samej nazwie. W odróżnieniu od Porto, wino to poddaje się procesowi utleniania i ogrzewa pozostawiając je na słońcu. Zwykłe wino zepsuło by się po takim traktowaniu, natomiast Madeira, ze względu na wysoką zawartość alkoholu i cukru nabiera aromatów kandyzowanych owoców i orzechów. W Hiszpanii produkuje się Sherry, która poprzez dojrzewanie w otwartych beczkach utlenia się, nabierając przy tym orzechowych aromatów. Warto dodać, że pośród win wzmacnianych wyróżniamy zarówno wina słodkie, jak i wytrawne. Różnice w poziomie wytrawności wynikają z gatunków winogron wykorzystywanych do ich produkcji.

W polskich sklepach najpopularniejszym winem deserowym jest porto. Znalezienie butelki sześcio-putonowego (bardzo słodkiego) Tokaju w supermarkecie graniczy z cudem, jednak ze względu na uniwersalność tych trunków można spodziewać się bardzo szybkiego powrotu win deserowych na sklepowe półki. Wszakże rocznikowe Porto oprócz mocno czekoladowego deseru wspaniale skomponuje się ze stekiem z polędwicy wołowej, natomiast esencjonalny Tokaj będzie wspaniałym towarzyszem zarówno kremowych deserów, jak i bigosu, czy pierogów z kapustą. ❖

JAKUB KOLECKI

WINNY ŚWIAT
www.winnyswiat.com

Fot. © andresr | Depositphotos.com

Słownik terminów onkologicznych (cz. VII)

Laparoskopia
wziernikowanie jamy brzusznej

Laparoskopowe zabiegi
zabiegi wykonywane podczas laparoskopii przy minimalnym naruszeniu powłok jamy brzusznej

Laparotomia
otwarcie chirurgiczne jamy brzusznej (np. w celach diagnostycznych lub wykonania zabiegu operacyjnego)

Laryngektomia
operacyjne usunięcie krtani

Laryngoskopia
wziernikowanie krtani

Laseroterapia
leczenie za pomocą światła lasera. Przykładem jest udrażnianie przełyku w przypadku nieoperacyjnego raka tego narządu za pomocą lasera Nd:YAG

Laurena Klasyfikacja
histologiczna klasyfikacja raka żołądka, dzieląca go na typ jelitowy, rozlany i mieszany

Leczenie celowane
eng. targeted therapy, blokowanie zmienionych nowotworowo genów i ich produktów swoistymi inhibitorami

Leczenie objawowe
patrz: Leczenie paliatywne

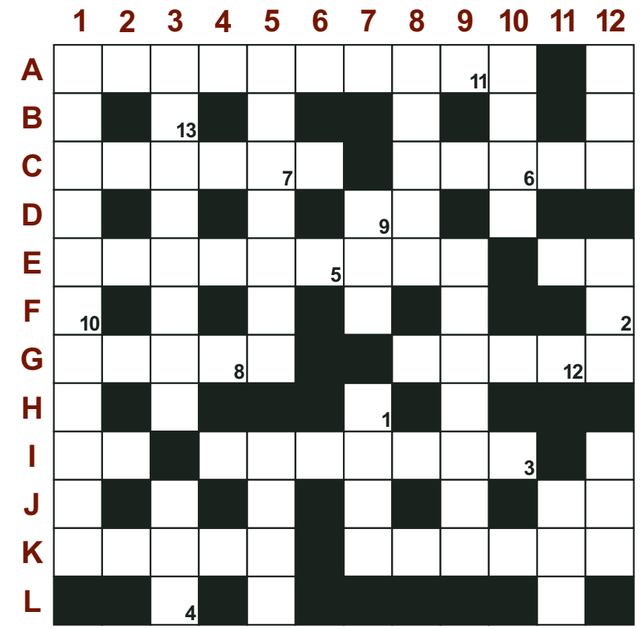
Leczenie paliatywne
leczenie objawów, bez leczenia ich przyczyny. Np. założenie przetoki do karmienia w przypadku dysfagii (trudności w połykaniu) w raku przełyku

Leczenie skojarzone
w onkologii: leczenie nowotworów za pomocą różnych metod (chirurgia, radioterapia, chemioterapia, hormonoterapia) stosowanych w różnej kolejności w zależności od typu i zaawansowania choroby

Leczenie żywieniowe
postępowanie mające na celu poprawy lub utrzymania stanu odżywienia w okresie przed planowanym leczeniem, w trakcie i po zakończeniu leczenia. Postępowanie to ma wpływ na wyniki leczenia poprzez uzyskanie możliwości wykonania leczenia onkologicznego (zabieg operacyjny, chemioterapia, radioterapia), zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia powikłań związanego z leczeniem u chorych niedożywionych. Leczenie żywieniowe rozpoczyna się od oceny stanu odżywienia pacjenta (Skala oceny odżywienia, Stan odżywienia), oceny zapotrzebowania pacjenta na odpowiednie składniki odżywcze oraz ocenę możliwości i drogi podawania pokarmów wzbogaconych o substancje wysokokaloryczne, białko, witaminy i mikroelementy.

Leukocytopenia
zmniejszenie poniżej normy krwinek białych we krwi; występuje m.in. jako powikłanie działania leków hamujących podział komórkowy, stosowanych w onkologii (patrz: cytostatyki)

Leukocytoza
wzrost ponad normę liczby krwinek białych we krwi; występuje w stanach zapalnych, zakażeniach



POZIOMO
A1 działalność związana z profilaktyką, diagnostyką, leczeniem i rehabilitacją
C1 pierwiastek o symbolu Fe
C8 stwór ze skandynawskich legend
D7 bóg słońca
E1 czekolada o dużej zawartości kakao
E11 obowiązkowe ubezpieczenie samochodu
G1 dźwig szybowy
G8 np. czary
I1 wzór tlenku azotu
I4 narząd przewodu pokarmowego
J11 akronim politechniki warszawskiej
K1 muza poezji miłosnej
K7 ekspert, fachowiec

PIONOWO
1A końcowy etap wyrobu alkoholi
3A terapia ... np. antybiotykiem
3J np. liściasty, iglasty
5A otwory prowadzące do jamy nosowej
5I drapieżna ryba słodkowodna
7D ulubiony trunek piratów
7H stary i nowy, miasta w małopolsce
8A befsztyk wołowy
9E klątwa kościelna
10A moneta dla Charona
11J Polski Czerwony Krzyż
12A ostry lub przewlekły
12E antygen rakowo-płodowy
12I np. kulszowa

Opracowanie: JACEK ANDRZEJEWSKI

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

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

onkonet.pl
Twój serwis onkologiczny