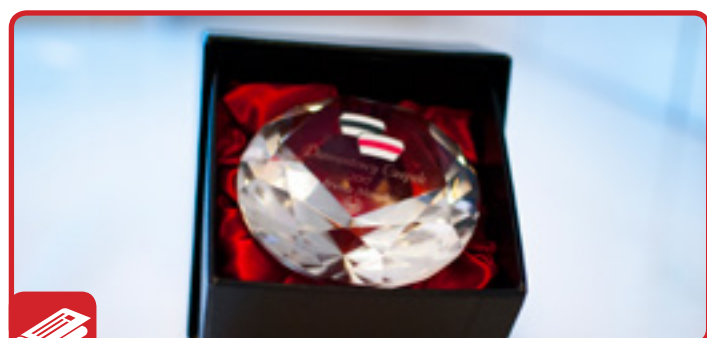




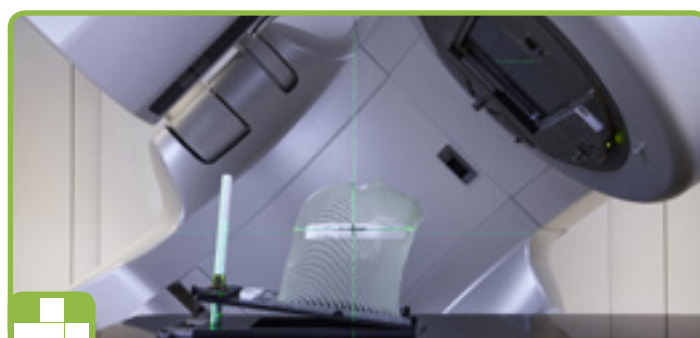
Sala hybrydowa – przyszłość chirurgii

Str. 12



Diamantowy Czepek dla pielęgniarek i położnych KCO

Str. 8



Radioterapia jako dominująca metoda leczenia nowotworów

Str. 24



Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice



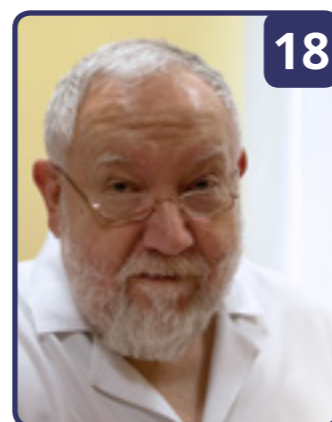
Aktualności

- 6. Wiktoria rzucająca wieniec
- 8. Diamentowy Czepek dla pielęgniarek i położnych KCO
- 10. Historia szpitala



Twój szpital

- 12. Sala hybrydowa – przyszłość chirurgii. Prof. dr hab. n. med. **Krzysztof Ziąja**
- 16. Historia chirurgii onkologicznej
- 18. Wdrażamy najnowsze metody jak szybko się da. Wywiad z dr n. med. **Wojciechem Poborskim**
- 22. Chemioterapia jako element leczenia skojarzonego
- 24. Radioterapia jako dominująca metoda leczenia nowotworów. Rozmowa z dr n. med. **Robertem Kwiatkowskim**
- 28. Dieta w leczeniu radioterapią



Ciało i umysł

- 30. Warzywa powinny znajdować się w każdym posiłku
- 34. Stres pożywką dla chorób
- 36. Światowy dzień walki z rakiem
- 38. Pytania od pacjentów



TELEFONICZNA REJESTRACJA MEDYCZNA



RTG

USG

TOMOGRAF KOMPUTEROWY

REZONANS MAGNETYCZNY

MAMMOGRAFIA

PORADNIE SPECJALISTYCZNE

PORADNIA ONKOLOGICZNA

PORADNIA LEKARZA POZ

ZAKŁAD RADIOTERAPII

ZADZWOŃ

32 420 0 420
Nie czekaj w kolejce

W Państwa ręce oddajemy pierwszy numer kwartalnika Katowickiego Centrum Onkologii. Powstanie naszego pisma jest znakiem dynamicznie przeprowadzanych zmian, które zaszły w szpitalu na przestrzeni ostatnich lat. Na jego łamach będziemy starać się przybliżyć Państwu sposób funkcjonowania szpitala, jego możliwości w zakresie diagnostyki i prowadzonych terapii oraz najnowsze informacje o rozwoju medycyny.

W pierwszym numerze naszego pisma będą mieli Państwo okazję zapoznać się z działalnością Oddziału Onkologii oraz Pracowni Radioterapii. Na temat profilaktyki, diagnostyki oraz sposobów leczenia chorób nowotworowych przeprowadziliśmy wywiad z dr Wojciechem

Poborskim. O radioterapii, jej rozwoju na przestrzeni lat oraz na co powinien być przygotowany pacjent rozmawialiśmy z dr Robertem Kwiatkowskim. Niezwykle ważnym wydarzeniem, pozwalającym KCO na dołączenie do elitarnego grona najnowocześniejszych ośrodków w kraju, było wybudowanie operacyjnej sali hybrydowej. O jej powstawaniu, wykorzystaniu oraz wymaganiach, które należało spełnić, aby doprowadzić projekt do skutku, opowiada prof. Krzysztof Ziąja. O wyróżnieniu nagrodą Diamentowego Czepka i pracy pielęgniarki koordynującej rozmawialiśmy z Ireną Nosek. Dodatkowo poruszamy temat bogatej historii szpitala, której początki sięgają przełomu wieków. Szczególnie zainteresowała nas pewna rzeźba stojąca na dziedzińcu,

która kryje w sobie wiele tajemnic. W lutym obchodzimy Światowy Dzień Walki z Rakiem i w związku z tym opisujemy działania, które są podejmowane w naszym kraju w celu zwalczania chorób nowotworowych. Oprócz tego na naszych łamach pojawiły się artykuły dotyczące profilaktyki oraz stylu życia, które pozwolą na uniknięcie lub zminimalizowanie ryzyka wystąpienia niepożądanych objawów.

Naszym Czytelnikom życzymy przyjemnej lektury i mamy nadzieję, że każdy znajdzie w tym pierwszym, pionierskim numerze coś interesującego dla siebie. Z naszej strony obiecujemy dostarczanie najistotniejszych informacji oraz ciągły rozwój z każdym kolejnym numerem kwartalnika.

Redakcja:

Wydawca: **Katowickie Centrum Onkologii ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice**
Opracowanie: **IRONteam Sp. z o.o.**
Grafika i DTP: **Piotr Zgorzelski**

Druk: **TOP DRUK Sp. z o.o. sp. k. w Łomży ul. Nowogrodzka 151A**
Nakład: **3 000 egz.**
E-mail: **magazyn@kco.katowice.pl**
Strona internetowa: **www.kco.katowice.pl**



“
W czasie lektury będzie można się dowiedzieć o możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych dostępnych w szpitalu, poznać bliżej sylwetki lekarzy, z którymi można się spotkać w czasie terapii, a także zrozumieć najnowsze zalecenia z zakresu profilaktyki oraz prawidłowego stylu życia



Tekst | *lek. med. Włodzimierz Migacz, Dyrektor Naczelny Katowickiego Centrum Onkologii*

Celem nadrzędnym jest dobro naszych Pacjentów

* *Lek. med. Włodzimierz Migacz*

Pragnę Państwa powitać po raz pierwszy na łamach naszego nowego kwartalnika. Na 40 stronach, które oddajemy do Państwa dyspozycji, chcemy ukazać zmiany, jakie zaszły na przestrzeni ostatnich lat w Katowickim Centrum Onkologii. Poprzez nowe pismo będziemy bliżej naszych Pacjentów, co pozwoli wyjść naprzeciwko ich potrzebom i oczekiwaniom. Rozumiemy, jak ważne jest dobre poinformowanie Państwa, abyście w jak najlepszy sposób mogli odnaleźć się w szpitalnych procedurach i strukturach. W czasie lektury będzie można się dowiedzieć o możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych dostępnych w szpitalu, poznać bliżej sylwetki lekarzy, którzy zajmują się opieką nad Pacjentem w czasie terapii, a także zrozumieć najnowsze zalecenia z zakresu profilaktyki oraz prawidłowego stylu życia. Kwartalnik będzie także dodatkowym sposobem, aby zadbać o Państwa zdrowie.

Niezwykle istotnym wydaje się nam Państwa pełna świadomość o zmianach, które zachodzą w szpitalu – o naszym rozwoju, który jest ukierunkowany przede wszystkim na zapewnienie jak najlepszej opieki. Celem nadrzędnym jest dobro naszych Pacjentów. Katowickie Centrum Onkologii jest jednym z najważniejszych centrów medycznych naszego województwa. Co roku w naszym szpitalu hospitalizuje się 10000 osób, w tym 500 dzieci i 1000 noworodków. W poradniach konsultowanych jest 47000 Pacjentów na rok. To duże liczby, świadczące o skali przedsięwzięcia, którego kierowania się podjąłem. Nie poprzestajemy jednak na utrzymaniu zastanej sytuacji, ale ciągle dążymy do poprawy warunków obecnych, jak i do rozbudowy o nowe struktury. Wszystkie poczynione przez nas inwestycje będą służyć przez długie lata wielu Pacjentom z regionu. Rozbudowa szpitala jest nie tylko potrzebna, ale wręcz konieczna, aby na stałe podnieść jakość świadczonych usług. Pojawiają się nowe jednostki, których w szpitalu teraz nie ma, a ich powstania wymaga nowoczesna medycyna.

“
Otworzyliśmy wiele nowych oddziałów i pracowni wyposażonych w nowoczesny sprzęt. Wykorzystywane w naszym szpitalu nowoczesne techniki i metody leczenia niejednokrotnie umożliwiają zastosowanie nieinwazyjnych zabiegów, dzięki którym Pacjenci w minimalny sposób odczuwają skutki przebytych operacji i szybko wracają do zdrowia.

Rok 2017 zapisze się w historii katowickiego szpitala jako przełomowy. Ze środków własnych w lutym ubiegłego roku udało nam się oddać nowy obiekt, jakim jest nowoczesny pawilon operacyjny. W jego ramach uruchomiliśmy cztery sale operacyjne, w tym jedną salę hybrydową. Otworzyliśmy wiele nowych oddziałów i pracowni wyposażonych w nowoczesny sprzęt. Wykorzystywane w naszym szpitalu nowoczesne techniki i metody

leczenia niejednokrotnie umożliwiają zastosowanie nieinwazyjnych zabiegów, dzięki którym Pacjenci w minimalny sposób odczuwają skutki przebytych operacji i szybko wracają do zdrowia. Celem naszych działań jest każdorazowo zapewnienie jak najlepszej opieki o najwyższych standardach, a bezpieczeństwo i komfort leczonych przez nas ludzi jest wartością nadrzędną.

O jakości naszej opieki i posiadanym doświadczeniu mogą świadczyć liczne certyfikaty, które szpital zdobywa regularnie na przestrzeni lat. Udało nam się uzyskać certyfikat zgodności z normami zarządzania jakością: ISO 9001, certyfikat Szpital bez bólu, potwierdzający wprowadzenie najwyższych standardów uśmierzania bólu pooperacyjnego, a także przedłużyć możliwość posługiwania się tytułem Szpitala przyjaznego dziecku, przyznanego przez WHO i UNICEF. Jest to tylko kilka z wielu wyróżnień i tytułów, którymi szczytują się nasza placówka. Od początku swojej działalności nasz szpital chętnie realizował różnego rodzaju programy prozdrowotne, widząc w tej działalności szansę na poprawę kondycji zdrowotnej nie tylko mieszkańców Katowic, ale całego województwa. Dlatego poza działalnością czysto medyczną na terenie szpitala wspieramy wiele inicjatyw i konkretnych działań skierowanych na poprawę świadomości zdrowotnej mieszkańców regionu. Od wielu lat szpital wykazuje szczególnie nasilone działania zmierzające do obniżenia konsumpcji tytoniu.

Pod względem finansowym jesteśmy wiodącą placówką w naszym regionie. Finanse własne, jak i środki pozyskiwane z budżetu wojewódzkiego pozwalają nam na coraz nowsze inwestycje, które przekładają się na wzrost jakości świadczonych przez nas usług. Możemy z dumą mówić o naszym szpitalu jako jednym z niewielu, który nie przynosi strat, ale uzyskane zyski może przeznaczyć na inwestowanie w przyszłość. Na bieżąco definiujemy nasze potrzeby, niezbędne do właściwego funkcjonowania Katowickiego Centrum Onkologii, i ciągle dostosowujemy do nich źródła ich finansowania.

Dotychczasowe sukcesy podjętych przez nas działań dobrze rokojują na bliższą, jak i dalszą przyszłość. Jesteśmy pewni, że uda nam się sprostać stojącym przed nami problemom oraz wymaganiom. Ciężka praca profesjonalnego personelu, zaangażowanego w codzienną walkę o zdrowie Pacjentów, oraz sprawne postępowanie w sprawach administracji i zarządzania pozwolą nam na jak najlepsze usprawnienie naszych działań z pełną korzyścią dla chorych. To, co już osiągnęliśmy, nie byłoby możliwe bez codziennej, żmudnej pracy setek pracowników, przede wszystkim lekarzy, pielęgniarek, techników i personelu pomocniczego. Pacjenci będą mogli liczyć na jeszcze dokładniejszą diagnozę, skuteczniejszą terapię oraz szybki powrót do domu.

Oczywiście nie wszystko jest jeszcze doskonałe, a zmiany potrzebują czasu, aby móc w pełni zaistnieć i przeobrazić na lepsze dotychczasową sytuację. Wierzę jednak, że dzięki zaangażowaniu pracowników oraz wsparciu i zrozumieniu ze strony Pacjentów, wszystkie nasze pomysły i projekty uda się wdrożyć w najbliższych latach, a ich pozytywne skutki będziemy mogli wszyscy wspólnie odczuć jak najszybciej i w jak najpełniejszym wymiarze.



Wiktoria rzuca wieniec

Pacjenci Katowickiego Centrum Onkologii z okien wychodzących na szpitalny dziedziniec mogą podziwiać pewną rzeźbę przedstawiającą młodą dziewczynę ze skrzydłami. Jest to Wiktoria – rzymska bogini zwycięstwa. Jak się okazuje, pomnik ten ma za sobą długą historię i być może jest jednym z najcenniejszych zabytków na Śląsku.

Tekst | Redakcja KCO

Posąg to odlew ze stopu miedzi marmurowej rzeźby Christiana Daniela Raucha, którą odkuła do budynku Walhalli pod Ratyzboną. Gdyby nie przypadek, historyk Ryszard Nakonieczny z Wydziału Architektury Politechniki Śląskiej w Gliwicach oraz Anna Syska ze Śląskiego Centrum Dziedzictwa nie dokonaliby odkrycia jak cenna jest to rzeźba. Sygnatura odlewni „Gegossen H. Gladenbeck & Sohn Berlin” sugeruje datę jej powstania na lata 1888-1891. W tym samym miejscu powstał odlew rzeźby słynnego bytomskiego lwa.

Rzeźba znajduje się na cokole umieszczonym w basenie fontanny. Przedstawia rzymską boginię zwycięstwa Wiktorię, która została wyobrażona jako dziewczyna siedząca na cokole. Postać ubrana jest w długi, luźny chiton spięty na ramionach guzikami, bogato drapowany na białym. Głowa z włosami spiętymi z tyłu w niewielki kok jest zwrócona w prawą stronę. Na jej twarzy maluje się melancholijny smutek. Tułów ma lekko pochylony do przodu. W prawej ręce wysuniętej przed siebie trzyma wieniec z liści dębu przepasany wstęgą. Artysty udało się uzyskać efekt wzbudzający w widzu wrażenie, że wieniec dosłownie za chwilę oderwie się od rzeźby. Ponad jej plecami wznoszą się dwa, szczegółowo oddane skrzydła. Całość ma ok. 2 metrów wysokości.

Istnieją dwie wersje historii o tym, jak rzeźba dostała się do Katowic. Obie pochodzą od byłych pracowników szpitala, którzy byli obecni przy jej ustawieniu na dziedzińcu szpitala. Według pierwszej figura miała zostać wykupiona w całości od radzieckich żołnierzy wracających pociągiem z frontu. Według innej rzeźbę bez rąk i nogi na hałdzie rupieci, które wyrzucano z pociągów, znalazł pierwszy powojenny dyrektor szpitala – Władysław Powroźny. Trzy lata niekompletne popiersie leżało w pustej kostnicy zanim odnaleziono brakujące części odlewu i ustawiono na cokole fontanny. Niedawno Urząd Miasta Katowice dokonał renowacji dzieła. Na ten cel z budżetu miasta przeznaczono niemal 60 tys. złotych. Obecnie każdy chętny może podziwiać kompletny i odnowiony posąg na dziedzińcu szpitala.

Rzymska bogini zwycięstwa – Wiktoria

* Twórcy rzeźby

Początkowo badacze podejrzewali, że rzeźba jest dziełem Theodora Kalidego, który stoi za powstaniem słynnego Chłopca z łabędziem w Chorzowie czy Śpiącego lwa w Bytomiu. Jednak dzięki pracy w archiwum udało się ustalić, że autorem projektu, na podstawie którego odlano katowicką Wiktorię jest Christian Daniel Rauch. Rauch jest znany jako XIX-wieczny rzeźbiarz światowej sławy. W sztuce rzeźbiarskiej szkolił się u uznanych twórców w Niemczech i Włoszech. W stolicy Prus utworzył szkołę rzeźbiarską, która ukończyło ponad 200 artystów. Najznakomitszym dziełem Raucha jest wielki pomnik Fryderyka Wielkiego w Berlinie.

Rauch wykonał aż sześć różnych posągów bogini Zwycięstwa dla Walhalli - świątyni w Ratyzbonie zbudowanej przez króla Ludwika Bawarskiego.

Świątynia wzorowana była na słynny rzymski Partenon. Czwartą z kolei, którą ukończył w 1841 roku, był właśnie posąg Siedzącej Bogini. Jej wykonanie zlecił król pruski Fryderyk Wilhelm IV. Marmurowa rzeźba do dziś zdobi Walhallę, a jej replikę o wysokości 157 cm można podziwiać również w Staatliches Museum w Berlinie.

Na tylnej stronie płyty postumentu znajduje się sygnatura: „GE-GOSSEN v. H. GLADENBECK & SOHN BERLIN”. Badaczom udało się ustalić, że chodzi o berliński zakład założony w 1851 roku przez Carla Gustava Hermanna Gladenbecka. Była to prywatna odlewnia specjalizująca się w wyrobach z brązu i żeliwa. Realizowała pomniki według projektów czołowych rzeźbiarzy pruskich. Firma w 1887 roku przeniosła się z Berlina do położonego niedaleko stolicy Friedrichshagen. Rok później zaczęła funkcjonować jako spółka akcyjna pod nazwą „Gladenbeck & Sohn”. Zakończyła działalność w 1911 roku.

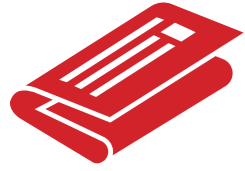
* Wiktoria znaczy zwycięstwo

Imię Wiktoria znane już było w czasach starożytnych. Wywodzi się od rzymskiej bogini Victirii, która była personifikacją zwycięstw i militarnej potęgi ówczesnego Imperium Rzymskiego. Zazwyczaj przedstawiana jako młoda kobieta ze skrzydłami, która w rękę trzyma wieniec laurowy. Poświęcona jej świątynia znajdowała się na Palatynie. Do najbardziej znanych na przestrzeni dziejów Wiktorii należą m.in. św. Wiktoria z Sabiny, która zginęła śmiercią męczeńską za panowania cesarza Dioklecjana, królowa Wiktoria Hanowerska - władczyni Imperium Brytyjskiego przez 63 lata, za panowania której kraj ten osiągnął szczyt swojej potęgi, Victoria Douglas Hamilton – brytyjska aktorka, której małżeństwo z księciem Monako w swoich czasach wywołało skandal towarzyski, a współcześnie jedną z najbardziej rozpoznawanych posiadaczek tego imienia jest Victoria Beckham – członkini popularnego w latach 90. zespołu Spice Girls.



Fot | Monika Raszkiewicz

Fot | Monika Raszkiewicz



Tekst | IRONteam Sp. z o. o.

Diamentowy Czepek dla pielęgniarek i położnych KCO

* Fot | Monika Raszkievicz



Diamentowy Czepek to szczególne wyróżnienie przyznawane pielęgniarkom i położnym, które codziennym, wzorowym wykonywaniem swoich obowiązków w wyraźny sposób przyczyniły się do upowszechniania zasad etyki zawodowej oraz działania na rzecz integrowania środowiska. Nagrody zostały wręczone po raz drugi podczas uroczystych obchodów Międzynarodowego Dnia

Pielęgniarki i Położnej w dniu 2 czerwca 2017 roku. Wśród 230 laureatek z całej Polski znalazło się pięć pań pracujących w Katowickim Centrum Onkologii. O wyzwaniach w pracy pielęgniarki oraz co zmieniło się w szpitalu opowiada jedna z laureatek – Irena Nosek.

* Fot | Monika Raszkievicz



** Irena Nosek pracuje w katowickim szpitalu już od 38 lat - przez pierwsze 20 lat jako pielęgniarka na oddziale noworodków (gdzie wzorem i mentorem zawodu była dla niej oddziałowa - Danuta Kolanowska). Od 2001 roku na stanowisku pielęgniarki koordynującej i współuczestniczającej w zarządzaniu Poradnią Lekarza Rodzinnego. Wiązało się to z przyjęciem szeregu nowych obowiązków, odbyciem szkoleń kwalifikacyjnych i nauką zupełnie nowych procedur. Do wszystkiego trzeba było wdrożyć się od nowa.*

Nominacja była naprawdę miłą niespodzianką, nie myślałam, że Dyrekcja wyróżni właśnie mnie w taki sposób - opowiada laureatka. Po prostu każdego dnia robiłam to, co należało do moich obowiązków. To naprawdę prestiżowe wyróżnienie, spośród około 300 pielęgniarek pracujących w naszym szpitalu znalazłam się w niezwykle wąskim gronie. Dobrze wiedzieć, że ktoś ten mój cały wysiłek włożony w pracę dostrzeże i docenia. Jest to wyznacznik wysoko postawionej poprzeczki i nie mogę teraz osiąść na laurach. Wyróżnienia tego jednak nie osiągnęłabym, gdyby nie zgrany zespół pracowników, którym mam przyjemność kierować i współpracować.



- W 1999 roku, razem z utworzeniem Kas Chorych, wprowadzone zostały deklaracje przynależności do lekarzy. Przeprowadziłyśmy wtedy akcję z panią dr. Grażyną Podgóorską-Nowak - zarządzającą Poradnią, podczas której rozklejałyśmy na klatkach schodowych okolicznych bloków informacje o nowo otwartej Poradni - opowiada pani Irena - Praktycznie uczyłam się od koleżanek, które wcześniej pracowały w takich poradniach. Wszystko zaczęło się od kilku pacjentów, od kilku kart szczepień i dopiero z czasem nabrało prawdziwego rozmachu. W szczytowym momencie do poradni zapisanych było nawet sześć tys. pacjentów.

Początkowo w poradni była jedna pielęgniarka i położna, ale z biegiem czasu, kiedy zapisywało się coraz więcej pacjentów, przybywało personelu. W Poradni na dzień dzisiejszy pracują łącznie z panią Ireną trzy pielęgniarki, jedna położna środowiskowa, a także czterech lekarzy: dwóch internistów, pediatra i lekarz rodzinny. Pierwotnie Poradnia mieściła się w budynku Poradni Specjalistycznej, praktycznie w trzech pokojach. Dopiero w kwietniu 2009 roku przeniosła się do nowego budynku, gdzie na jej potrzeby uzyskano cały parter.

- Nie spodziewałam się, gdy zdawałam dyplom, iż będę jako pielęgniarka pracowała przy komputerze. Staram się pomagać koleżankom w środowisku czy też w szczepieniach, ale praca administracyjna pochłania bardzo dużo czasu - mówi pani Irena.



Wychodzę z założenia, że należy traktować innych tak, jakbym sama chciała być traktowana gdziekolwiek się znajdę. Jesteśmy tylko ludźmi, każdy ma swoje problemy, ale staramy się być jak najlepszymi.



- Z perspektywy 38 lat, kiedy zaczynałam pracę, a dniem dzisiejszym mogę z pewnością stwierdzić, że pracuję w placówce z ogromnym potencjałem.



* Fot | Monika Raszkievicz



Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej

telefon: 32 420 0 420

e-mail: poz@kco.katowice.pl

Poradnia lekarza POZ czynna jest od poniedziałku do piątku w godzinach od 08:00 do 18:00, w tym wizyty domowe.

Pielęgniarka często bywa pierwszą osobą, z którą pacjent ma kontakt. To odpowiedzialna praca wymagająca dużo cierpliwości, wyrozumiałości i empatii. Praca w środowisku wiąże się z dużym obciążeniem dla pielęgniarki lub położnej środowiskowej, to nie tylko kontakt z chorym, ale również z jego rodziną, warunkami domowymi, a także ciągła współpraca z MOPS, medycyną szkolną, rehabilitantami i innymi placówkami Ochrony Zdrowia.

- Wychodzę z założenia, że należy traktować innych tak, jakbym sama chciała być traktowana gdziekolwiek się znajdę. Jesteśmy tylko ludźmi, każdy ma swoje problemy, ale staramy się być jak najlepszymi. Praca w poradni to praca zespołowa - uzupełniamy się wzajemnie i możemy na sobie polegać.

Pielęgniarka zobligowana jest do systematycznego podnoszenia kwalifikacji poprzez szkolenia wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Każda umiejętność musi zostać potwierdzona odpowiednim dokumentem dopuszczającym do wykonania procedury. Konieczne jest odbycie kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek i położnych z wykonywania i interpretacji EKG, szczepień ochronnych, opatrywania i leczenia ran, środowiskowo-rodzinnych.

- Możemy się pochwalić, iż cały personel pielęgniarek i położnych ma zaliczone wszystkie kursy kwalifikacyjne niezbędne do pracy w Poradni - opowiada pani Irena. - Aby pełnić funkcje

pielęgniarki koordynującej musiałam również odbyć dodatkowy kurs kwalifikacyjny z zarządzania i organizacji. Wszystkiego trzeba uczyć się na bieżąco, bo w medycynie, w sposobie leczenia pacjentów ciągle wprowadzane są zmiany. Zasób przydatnych informacji idzie ogromnymi krokami z roku na rok naprzód, nie można się zatrzymać na wiadomościach zdobytych lub wcześniej.

Pielęgniarki i położne starają się nadążać za innowacjami i być wsparciem dla pacjenta. W zakresie świadczeń wchodzi również szeroko pojęta promocja zdrowia, która jest realizowana przez pielęgniarki i położne POZ. Pani Irena zwraca uwagę, że w ostatnich latach rozwinęło się przede wszystkim zaplecze wysoko specjalistyczne i diagnostyczno-lecznicze placówek KCO.

Do nowych wyzwań, które stoją przed Poradnią należą wprowadzone stopniowo zmiany w zakresie leczenia w POZ, wdrożenia i utrzymania systemów jakości oraz przystąpienie KCO do akredytacji w Ochronie Zdrowia przyznawanej przez Ministerstwo Zdrowia.

- Z perspektywy 38 lat, kiedy zaczynałam pracę, a szpital był prowadzony w typowo tradycyjny sposób, mogę z pewnością stwierdzić, że rozwinęliśmy się w sposób wręcz niewyobrażalny. Do tego stopnia, że trzeba było zmienić nazwę - śmieje się pani Irena.



Tekst | Patrycja Witkowska

Historia szpitala

Katowickie Centrum Onkologii ma za sobą długą i ciekawą historię. Rozwinęło się z typowego szpitala prowadzonego metodami znanymi z początku wieku do wysoce specjalistycznej i nowoczesnej placówki o najwyższych standardach. Zmieniło się praktycznie wszystko, o czym w sposób najbardziej widoczny świadczą nowe szpitalne gmachy wkomponowane w dawną zabudowę. Wiele na ten temat można dowiedzieć się z książki Wojciecha Janoty „Katowice między wojnami. Miasto i jego sprawy”.

1910-1915 r.



* Fot | Biblioteka Śląska w Katowicach

Pierwszy szpital przy ul. Raciborskiej powstał w 1904 roku. Naczelnym lekarzem lecznicy miejskiej był wówczas dr Emanuel Glaser. Szpital liczył 120 łóżek. Postawione zostały dwa budynki, w których znajdowały się oddziały: chirurgiczny z salą operacyjną, gdzie specjaliści ratowali życie pacjentom, wewnętrzny i położniczo-ginekologiczny.

Wśród starszych pracowników krąży anegdota, iż jednym z pierwszych pacjentów oddziału chirurgicznego był budowniczy szpitala, który spadł z rusztowania. Kolejna historia opowiada o pewnym bogatym kupcu, który przyjechał, by zbadać się u specjalisty. Jednak gdy lekarz wymienił po łacinie nazwę jego choroby, biedak tak się przestraszył, że zemdlął i już się nie obudził. Rozwój profesjonalnej

medycyny na Śląsku był niezbędny ze względu na działalność samozwańcych lekarzy-naciągaczy, którzy własnymi metodami leczenia nieświadomych chorych doprowadzali często do śmierci. Słynna była sprawa „cudotwórcy” Lauterbacha, który w końcu stanął przed sądem w 1906 roku.

W szpitalu możliwy był dostęp do laboratorium chemiczno-bakteriologicznego, urządzenia do RTG, sali dla psychicznie chorych oraz pacjentów zakaźnych. Szpital dysponował kostnicą, a w wyposażeniu był dezynfektor

1899-1904 r.

Nowy gmach szpitala Miejskiego w Katowicach



* Fot | Biblioteka Śląska w Katowicach

1915 r.



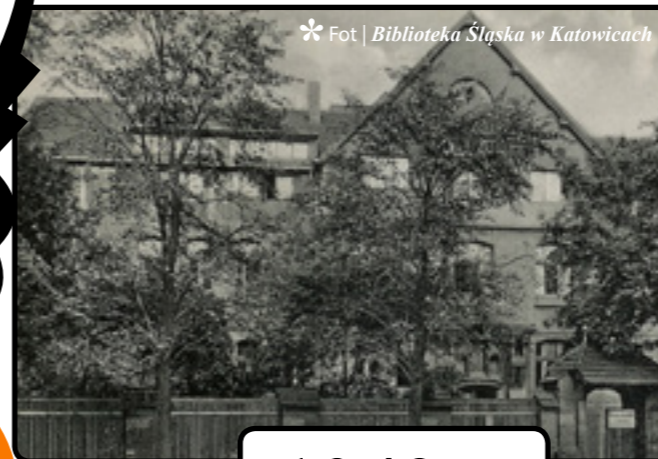
* Fot | Biblioteka Śląska w Katowicach

parowy. Na terenie szpitala była też kaplica i niewielki klasztor sióstr zakonnych ze Zgromadzenia Służebniczek Maryi. Można się jedynie domyślać na jakie różnorodne tematy rozmawiali pacjenci w szpitalnej kawiarni. Poruszane przy stolikach kwestie mogły zaczynać się od skomplikowanych złamań kończyn, a kończyć na komentowaniu imion nowonarodzonych dzieci.

W międzywojniu szpital został rozbudowany i przebudowany, dostosowując jego strukturę do wciąż rosnących potrzeb mieszkańców miasta i okolicznych terenów. Dostawiono kilka pawilonów. W 1936 roku z usług szpitala korzystało już ok. 3300 pacjentów rocznie. Standard usług był zróżnicowany. W zależności od poziomu ubezpieczenia i dodatkowych opłat można było się znaleźć w 20-osobowej wspólnej sali lub w osobnym apartamencie o wysokim standardzie wyposażenia i dodatkową opieką. Szpital Miejski dysponował czymś, co w tamtym czasie było nowością, rzadko jeszcze spotykaną - własnym ambulansem. Korzystanie z niego, jako usługi ekskluzywnej, było jednak odpłatne.

* Fot | Biblioteka Śląska w Katowicach

1942 r.



“

W 2001 roku placówka medyczna zyskała tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku”.

Szpital im. Stanisława Leszczyńskiego został utworzony decyzją Wojewody Katowickiego Marka Kempskiego z 31 października 1998 roku. Połączono wówczas dawny Szpital Miejski nr 6 leżący w dzielnicy Śródmieście ze Szpitalem Przemysłowym na ul. Józefowskiej 119 w dzielnicy Welnowiec-Józefowiec. Szpital został poddany restrukturyzacji zgodnie z projektem opracowanym w ramach programu „Project Hope”. Rozpoczął się powolny proces przekształcania w jednostkę przystosowaną do nowych czasów, o strukturze zgodnej z zapotrzebowaniem miasta i regionu. Szpital realizuje misję „Twojego Szpitala”, to znaczy szpitala przyjaznego chorym, personelowi i najbliższemu otoczeniu. Stara się zapewnić nowoczesne usługi wielospecjalistyczne w oddziałach i w przychodniach. W 2001 roku placówka medyczna zyskała tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku”. Pod koniec roku 2012 otwarto Centralną Izbę Przyjęć oraz Pracownię Rezonansu Magnetycznego. W styczniu 2016 roku weszła w życie uchwała Sejmiku Województwa Śląskiego zmieniająca nazwę placówki ze „Szpitala im. Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach” na „Katowickie Centrum Onkologii” funkcjonujące do dnia dzisiejszego. Zmiana nazwy ma nie tylko znaczenie symboliczne dokonanych w jego strukturach na przestrzeni ostatnich lat ogromnych zmian, ale wskazuje również na kierunek rozwoju, w którym placówka obecnie zmierza, aby stać się wysoce specjalistyczną instytucją. Miesiąc później nastąpiło uroczyste otwarcie Pawilonu Operacyjnego, który posiada cztery sale operacyjne, w tym jedną salę hybrydową z możliwością embolizacji guzów nowotworowych. W nowym obiekcie znalazło się również miejsce na oddział intensywnej terapii z siedmioma stanowiskami, oddział ginekologii onkologicznej z ośmioma łóżkami, nowoczesną sterylizatornią oraz izbę przyjęć.

1920-1939 r.



* Fot | Biblioteka Śląska w Katowicach

Sala hybrydowa – przyszłość chirurgii

Czym jest sala hybrydowa i jakie daje możliwości w leczeniu chorych na nowotwory? Jakie warunki są konieczne do jej powstania? Czy każdy szpital może sobie na nią pozwolić? Na te i inne pytania odpowiedział prof. dr hab. med. spec. chirurgii ogólnej, naczyniowej i angiologii Krzysztof Ziaja.

Tekst | Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Ziaja



Fot | Monika Raszkievicz

Fot | Monika Raszkievicz



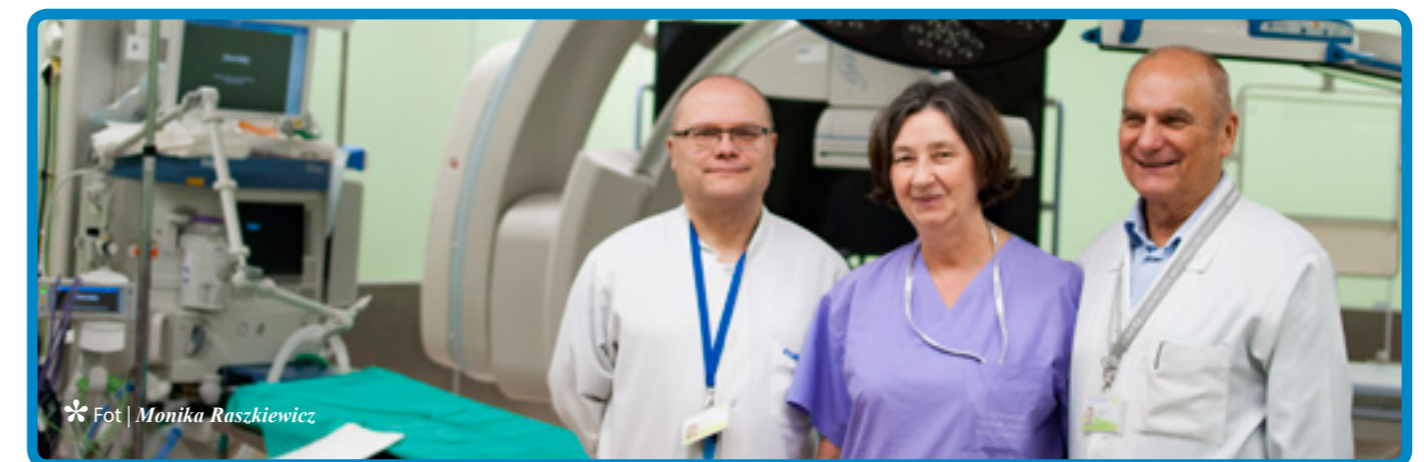
* Prof. dr hab. n. med. **Krzysztof Ziaja** - wybitny chirurg naczyniowy i angiolog. W 1991 r. został kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń ŚIAM w Katowicach-Ochojcu, którą kierował do przejścia na emeryturę we wrześniu 2017 roku. Prof. Krzysztof Ziaja był wieloletnim konsultantem krajowym w dziedzinie angiologii. Jest członkiem m.in. Polskiego Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych, Polskiego Towarzystwa Angiologicznego oraz Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych

Sala hybrydowa to przede wszystkim zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta, polepszenie komfortu pracy personelu oraz możliwość wypracowania nowych, skuteczniejszych sposobów leczenia. Wraz z postępem metod i technik leczenia inwazyjnego pacjentów w różnych dziedzinach medycyny poszczególne narzędzia diagnostyczne przestały być zarezerwowane wyłącznie dla pojedynczych specjalności, a stały się normalnym elementem ciągu diagnostyczno-leczniczego. Najbardziej widocznym przykładem rewolucji w interdyscyplinarnej diagnostyce licznych schorzeń jest aparat USG, który przed 30 laty był dostępny dla elitarnego grona radiologów umiejących interpretować jego obrazy, a dzisiaj jest już narzędziem pracy praktycznie wszystkich lekarzy i trudno sobie wyobrazić jego brak w gabinecie. W krótkim przedziale czasowym również aparat RTG stał się „normalnym” narzędziem pracy kardiologów, ginekologów, neurochirurgów, gastrologów, angiologów, ortopedów czy chirurgów naczyniowych.

W zasadzie trudno obecnie doszukać się specjalności, która mogłaby zrezygnować w procesie diagnostyczno-leczniczym z dostępu do Zakładu Radiologii lub Radiologii Zabiegowej. W latach 70-tych XX wieku nastąpił skokowy rozwój szeregu dziedzin medycyny, dla których postęp w diagnostyce i leczeniu wiązał się z jednoczesnym wykonaniem np. badania endoskopowego dwunastnicy, zacewnikowaniem Brodawki Vatera oraz podaniem kontrastu celem zobrazowania dróg żółciowych i przewodu trzustkowego. Były to jedne z pierwszych procedur leczniczych wykonywanych wspólnie przez zespół techników i lekarzy radiologów oraz zespół gastroenterologów z zespołem pielęgniarskim w ramach Zakładu Radiologii Zabiegowej. W zakładach takich wykonywano procedury wszczepienia zastawki z dojsćcia przez tętnicę udową, implantacji stentgraftu do tętniaków aorty na całej jej długości, w ostatnim czasie stentgraftów rozgałęzionych z chirurgicznym wypreparowaniem naczyń udowych, czasami biodrowych czy pachowych.

„**Najbardziej widocznym przykładem rewolucji w interdyscyplinarnej diagnostyce licznych schorzeń jest aparat USG, który przed 30 laty był dostępny dla elitarnego grona radiologów umiejących interpretować jego obrazy, a dzisiaj jest już narzędziem pracy praktycznie wszystkich lekarzy i trudno sobie wyobrazić jego brak w gabinecie.**

Wykorzystanie promieni X do diagnostyki i leczenia wiąże się jednak z licznymi przepisami, procedurami, zaleceniami i standardami związanymi z bezpieczeństwem tak personelu wykonującego łączoną procedurę w bezpośrednim kontakcie z lampą rentgenowską, jak i podmiotu, czyli pacjenta. Personel innej niż radiologiczna specjalności był w bezpośrednim kontakcie z promieniami X, podczas gdy radiolog był osłonięty w konsoli RTG i nadzorował całość procedury - w szczególności jakość obrazowania. Powstała więc potrzeba zbudowania Zakładu Radiologii Zabiegowej, który jednocześnie spełniałby wymogi stawiane sali operacyjnej. Tak w drodze ewolucji powstała sala hybrydowa. W Katowickim Centrum Onkologii dodatkowo łącząca wymogi bezpieczeństwa personelu oraz pacjentów wymagających brachyterapii.



Fot | Monika Raszkievicz



Sala hybrydowa KCO obok klasycznego stołu operacyjnego posiada bardzo nowoczesny aparat z ramieniem C o możliwościach zasięgu od głowy pacjenta do jego stóp oraz 360° obrotu, lampy RTG z możliwością zastosowania przewodnika długości 300 cm. Aparat posiada możliwość zastosowania tzw. „road map”, czyli wyznaczenia drogi dojścia do precyzyjnego kanalizowania wybranego naczynia. Jednocześnie porównania obrazu wewnątrznaczyniowego z obrazem angio CT, CT i MRI, co jest nie tylko kolejnym elementem bezpieczeństwa chorego, ale i komfortu pracy personelu. Ponadto elementem podstawowego wyposażenia są środki kontrastowe, przewodniki, cewniki o różnych kształtach, coile – czyli małe sprężynki zamykające wybrane naczynie, mikrosfery w różnych rozmiarach, leki, lipidol i ręce techników RTG, pielęgniarek operacyjnych i lekarzy. Być może od tych rąk należałoby zacząć i tak też to było.

Można zaryzykować stwierdzenie, że na sali hybrydowej może być wykonywany każdy rodzaj zabiegu operacyjnego, który dodatkowo można łączyć z procedurą diagnostyki oraz leczenia metodami wewnątrznaczyniowymi. W szpitalu o profilu onkologicznym, jak i w każdym innym, zawsze w różnych gremiach będzie dyskutowany problem, czy najpierw leczyć zachowawczo czy lepiej zoperować. W KCO doszedł jeszcze jeden element dyskusyjny: kiedy i których chorych leczyć metodami wewnątrznaczyniowymi? Powstałe standardy w większości przypadków dają jednoznaczną odpowiedź na tak postawione pytanie, czasami jednak pozostaje ustalenie w drodze konsensusu kolejności zastosowanych metod dla konkretnego przypadku, zależnego od stanu danego pacjenta. Stosując techniki wewnątrznaczyniowe, możemy implantować stent u pacjentów z nieresekcyjnym nowotworem przełyku zamiast wykonania gastrostomii czy mikrojejunostomii.



Pamiętać jednak należy, że nie każdy szpital może sobie pozwolić na tego typu salę. Do ich powstania konieczne jest spełnienie kilku, czasem trudnych w realizacji, warunków. Pierwszym z nich jest pomieszczenie, w którym ma być zlokalizowana sala hybrydowa. Wymaga ona bowiem znacznie większej, czasami dwukrotnej w stosunku do standardowej sali operacyjnej, powierzchni. Dodatkowo, ze względu na wymagania stawiane przez Prawo Atomowe, niezbędne są znacznie większe nakłady finansowe. Podstawowym jednak warunkiem jest realizacja i spełnienie misji szpitala, a pozadyskusyjnym wizja jego płynności finansowej na co najmniej pięć lat, bowiem ten czynnik pozwala na umieszczenie uśmiechniętej buźki na logo Szpitala.

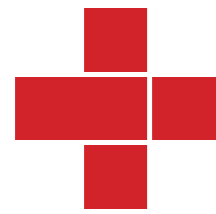
Sala hybrydowa ze względu na jej koszt oraz wymogi stawiane dla niej samej, jak i dla personelu jest trudnym do realizacji przedsięwzięciem. W 2010 roku po raz pierwszy udało się Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie angiologii uzyskać środki w ramach POLKARDU na zakup dwóch nowoczesnych zestawów dla sal hybrydowych w Polsce. W chwili obecnej na terenie naszego kraju we wszystkich ośrodkach akademickich Kliniki Chirurgii Naczyniowej posiadają sale hybrydowe. Aż pięć z nich znajduje się w Warszawie, a trzy w Katowicach – dwie z nich powstały w jednym roku w Szpitalu w Ochojcu i w KCO oraz jedna w 2014 roku w Szpitalu w Ochojcu dla potrzeb Kardiochirurgów i Kardiologów Inwazyjnych.

Osobną kwestią, zaraz obok warunków finansowych, powierzchniowych czy wyposażeniowych, są kwalifikacje pracowników szpitala, którzy mogą znaleźć się przy stole operacyjnym sali hybrydowej. Wymagania stawiane personelowi sali hybrydowej współpracującej z Pododdziałem/Oddziałem Chirurgii Naczyniowej są niezmiernie precyzyjnie określone w aktach prawnych takich jak: Prawo Atomowe, Obwieszczenie Ministra Zdrowia oraz wymogi opisane w Rozporządzeniu Prezesa NFZ. W skrócie wymagany jest 24-godzinny dostęp zapewniony przez technika RTG z przeszkoleniem w Zakładzie Radiologii Zabiegowej, dwie pielęgniarki instrumentariuszki posiadające przeszkolenie określone w Prawie Atomowym oraz co najmniej dwóch lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej lub angiologii. Lekarz kierujący musi posiadać specjalizację z chirurgii naczyniowej oraz minimum trzyletnie doświadczenie w implantacji przynajmniej 50 stentów rocznie jako operator w trzech obszarach naczyniowych (naczynia mózgowie – dodatkowo 40 samodzielnie implantowanych stentów, aorta z jej rozgałęzieniami oraz naczynia kończyn dolnych), nie licząc asyst w trakcie szkolenia. Każdy pracownik dodatkowo musi raz na pięć lat zdać egzamin z Prawa Atomowego celem poznania wszelkich nowych zaleceń i standardów chroniących pacjenta.

Te wszystkie warunki ze znacznym nadmiarem spełnia personel naszej placówki.

Przed wykonaniem planowego zabiegu operacyjnego można zobliterować naczynie doprowadzające do guza, a tym samym zmniejszyć sródoperacyjne krwawienie, co przekłada się bezpośrednio na bezpieczeństwo pacjenta. Pacjenci zdyskwalifikowani z przyczyn ogólnych do operacyjnego leczenia uzyskują taką możliwość, tzn. zamknięcia naczynia doprowadzającego coilami, mikrosferami ładowanymi lekiem i bez leku, wreszcie zobliterowania całego guza lipidolem. Inną bardzo szczególną grupą chorych wymagającą doraźnej interwencji to pacjenci z krwotokami z narządów zajętych nieoperacyjnym procesem nowotworowym wątroby, śledziony, trzustki, nerek narządów miednicy małej. Pacjenci z zakrzepicą żyły głównej górnej spowodowanej nowotworem, a coraz częściej cewnikiem do wlewów dożylnych różnych leków, w tym chemioterapii, to szczególna grupa pacjentów do niedawna umierających z powodu braku możliwości udzielenia im pomocy.

Fot | Monika Raszkiewicz



Od Halsteda do robota da Vinci

Chirurgia onkologiczna przeszła na przestrzeni wieków długą drogę - od strachu przed operowaniem, przez zachwyty i chęć rozszerzania zakresu zabiegów do granic możliwości.

Tekst | IRONteam Sp. z o. o.

Trudne początki

Rozwój chirurgii onkologicznej przypadł na czasy nowożytne. Wcześniej nowotwory były chorobami rzadkimi lub też nierozpoznawanymi. Lekarze nie rozumieli ich istoty, więc nie podejmowali się leczenia.



Uznawany za ojca medycyny **Hipokrates** (V-VI w. p.n.e), nie był orędownikiem, agresywnego leczenia przeciwnowotworowego. Przypisuje mu się słowa: „Lepiej nie zajmować się ukrytymi rakami. Tych, których próbuje się leczyć, czeka zguba. Pozostawieni w spokoju będą żyć dłużej”. On też jest uznawany za twórcę pojęcia „rak” (przyrównał widok naciekającego raka piersi do kraba - z greckiego karkinos i karkinoma).



Fot | Wikipedia

Kilka wieków później, kiedy cywilizacja grecka zaczęła ustępować rzymskiej, medycyna również przeniosła się do Włoch i na wiele wieków tam pozostała. Najbardziej znaną postacią z tamtego okresu był **Galen** (ok. 130–200 n.e.), który uznawał możliwość leczenia chirurgicznego nowotworów we wczesnych stadiach. Przestrzegał przed zabiegami w przypadkach zaawansowanych, dodatkowo podkreślając konieczność wycięcia wszystkich widocznie chorych tkanek.

Kolejne stulecia, aż do późnego średniowiecza, były w Europie okresem stagnacji. Głównie pod wpływem kościoła, znaczenie chirurgii malało. Wprowadzono zasadę Ecclesia abhoret e sanguine (Kościół wystrzega się krwi), usuwano chirurgię z wydziałów lekarskich.

Dopiero renesans przyniósł możliwość dalszego rozwoju tej dziedziny medycyny. Stało się tak dzięki badaniom **Wesaliusza**, profesora anatomii w Padwie, który rozpoczął erę nowoczesnej anatomii. Najwybitniejszym chirurgiem XVI wieku był jednak Francuz **Ambroise Paré** (1510–1590).

W leczeniu raka wyznawał zasady Galena. Jeżeli rak był niewielkich rozmiarów i umiejscowiony w łatwo dostępnej okolicy, usuwał go chirurgicznie z marginesem zdrowych tkanek i przyżegał ranę. Pozostałe nowotwory leczył restrykcyjną dietą i przeczyszczeniami.

Wiek XVIII to okres walki o powrót chirurgii w obręb medycyny uniwersyteckiej. Walki na szczęście udanej.

Pod koniec XVIII i w pierwszych dekadach XIX wieku nieco na uboczu, trochę niezasłużenie, pozostawała chirurgia brytyjska, a to właśnie Brytyjczyk, **John Hunter**, osiemnastowieczny chirurg angielski jako pierwszy zwrócił uwagę, że czynnikami predisponującymi do występowania nowotworów są: starszy wiek, dziedziczenie oraz wpływ środowiska. Uważał, że guz ruchomy należy usuwać, nie powinno się natomiast operować znacznie powiększonych węzłów chłonnych.

Wiek XIX, a szczególnie druga jego połowa, to również dynamiczny rozwój nauk podstawowych, dzięki któremu zaczęto rozumieć istotę chorób, a co za tym idzie - sposoby ich leczenia. Największą rolę odegrał w tym okresie **Rudolf Virchow**, który twierdził, że nowotwór jest początkowo formą miejscowego namnażania komórek i dlatego uzasadnione jest jak najwcześniejsze jego usunięcie. Był to impuls do rozwoju leczenia zabiegowego.



Fot | Wikipedia



Fot | Fotolia



Fot | Fotolia

Kolejną ważną postacią jeśli chodzi o zakażenia przyranne był angielski chirurg, **Joseph Lister**. Lister był w o wiele lepszej sytuacji niż Semmelweis, gdyż światło dzienne ujrzały już odkrycia Pasteura dowodzące, że przyczyną gnicia i fermentacji są drobnoustroje, później zidentyfikowane przez niego jako gronkowce i paciorkowce. Połączył on ten fakt z ropieniem ran i wprowadził do użytku kwas karbolowy (stosowany na rany i do wyjaławiania narzędzi). Nie ma wątpliwości, że jego metoda była jednym z kamieni milowych chirurgii.

Wiek XX to początek powstawania węższych specjalności chirurgicznych, w tym - chirurgii onkologicznej. Obecna faza rozwoju to tworzenie kierunków zabiegowych o charakterze narządowym, jak np: piers, jelito grube i płuco.

Aseptyka i antyseptyka

Nie sposób mówić o historii chirurgii, bez wspomnienia o rozwoju antyseptyki (walki z zakażeniami) i aseptyki (nie dopuszczania do zakażenia). Na początku XIX wieku, w największych ośrodkach chirurgicznych w Europie - Hotel Dieu w Paryżu czy szpitalu Charite w Berlinie, lekarze operowali w „ubraniach cywilnych”. Jeśli w ogóle zakładali kitel, to po to jedynie, by tychże ubrań nie ubrudzić.

Nie znano jeszcze wówczas bakterii, więc nie można było skutecznie z nimi walczyć. W związku z powyższym śmiertelność pooperacyjna z powodu zakażeń sięgała do 75 proc.

Pierwszym lekarzem, który zwrócił uwagę na zakażenia szpitalne był węgierski położnik, **Ignac Semmelweis**. W 1847 roku zauważył, że położnice badane przez lekarzy i studentów uprzednio pracujących w prosektoriach, umierają zdecydowanie częściej, niż te badane przez ludzi niemających kontaktu ze zwłokami. Po wprowadzeniu przed badaniem mycia rąk roztworem chlorku wapnia, udało się Semmelweisowi zmniejszyć śmiertelność z powodu gorączki połogowej pięciokrotnie.

Anestezjologia

Drugim nieodzownym elementem chirurgii jest anestezjologia. Próby walki z bólem podejmowano przy użyciu alkoholu, opium, oziębienia bądź uciśnięcia miejsca operowanego. Pierwszą substancją przeznaczoną do znieczulenia był podtlenek azotu, stosowany przez amerykańskiego dentystę **Horacego Wellsa** do ekstrakcji zębów. Następnym środkiem, który w rozwoju narkozy zrobił wielką karierę, był eter, użyty po raz pierwszy przez **Williama Mortona** w Bostonie.

W tym samym 1847 r. **James Y. Simpson** w Edynburgu użył do narkozy chloroformu. Dowodem uznania tej metody było zastosowanie jej u królowej brytyjskiej Wiktorii podczas porodu syna. Znieczulenie nasiąkowe roztworem kokainy zapoczątkował w 1894 r. **Ludwik Schleich**, a upowszechnił słynny **William S. Halsted**. Ten ostatni użył też kokainy do znieczulenia przewodowego. **Alfred Einhorn** wprowadził do znieczulenia miejscowego w 1899 r. nowokainę, a **Heinrich Braun** w 1905 r. podał ją z dodatkiem adrenaliny.

Pierwszą intubację dotchawiczą dla narkozy chloroformowej wykonał w 1880 r. **W. MacEwen**. Kolejne etapy to dodanie do narkozy tlenu, wprowadzenie mankietów uszczelniających rurkę intubacyjną, a także zastosowanie barbituranów na początku lat 30. i kurary w 1942 r.



Fot | Monika Raszkiewicz



Wdrażamy jak szybko się da

*Lekarz z wieloletnim doświadczeniem w walce z chorobami nowotworowymi, jak i sprawnym zarządzaniem całym szpitalnym oddziałem. O postępach, które dokonały się w onkologii, o wyzwaniach czekających w kolejnych latach oraz czemu tak trudno nakłonić ludzi do rzucaenia złych nałogów – opowiada ordynator Oddziału Onkologii, dr n. med. **Wojciech Poborski**.*

? Jak długo kieruje Pan oddziałem onkologii?

Oddział funkcjonuje od października 1999 roku. Od początku jestem jego zarządzającym. Wiele od tego czasu się zmieniło. Pracę zaczynaliśmy jeszcze w starym budynku w pomieszczeniach po oddziale dermatologii. Organizowaliśmy praktycznie wszystko od zera, a więc zarówno kwestie podawania, rozpuszczania leków cytostatycznych - obecnie, zgodnie z wymaganiami prawnymi leki te są już rozpuszczane przez aptekę, a dawniej było to zadanie pielęgniarek. Konieczne było organizowanie pracy całego oddziału. W przeciągu tych lat najpierw przeprowadzono remont starego oddziału, a następnie wybudowano nowy, co znacznie powiększyło liczbę łóżek, a to z kolei przełożyło się na zwiększenie komfortu pacjentów. Obecnie nasz oddział liczy ok. 60 osób personelu.

? Co wyróżnia katowicki oddział na tle innych w kraju?

Jesteśmy placówką, która maksymalnie szybko stara się wdrażać nowe metody leczenia. W okresie istnienia Kas Chorych istniała możliwość indywidualnych zgód na leczenie pacjenta, więc leki dostępne na świecie staraliśmy się sprowadzić jak najszybciej do Polski. Chcemy, w miarę możliwości, leczyć zgodnie z najnowszymi

światowymi wytycznymi, mimo że są ograniczenia związane z zakresem refundacji przez NFZ-et, co przekłada się na ograniczenia w dostępności do nowoczesnych leków.

? Czy mógłby Pan przybliżyć, jakie metody leczenia najczęściej stosowane są na Pańskim oddziale?

Diagnostyka w większości jest prowadzona na innych oddziałach albo w ramach przychodni onkologicznej, ponieważ sam oddział jest nastawiony głównie na leczenie. Diagnostyka opiera się o badania obrazowe, badania endoskopowe i uzyskanie materiału do badań histopatologicznych. W związku z tym odbywa się albo przy współpracy kilku oddziałów, albo w ramach opieki ambulatoryjnej, gdzie mogą być wykonane badania obrazowe takie jak tomografie. Są to metody, które mogą być prowadzone w ramach

najnowsze metody

Wywiad | IRONteam Sp. z o. o.

Wywiad z dr n. med. **Wojciechem Poborskim**



Oddział Onkologiczny

- Centrala: 32 42 00 100
- Gabinet psychologów: 32 42 00 380

poradni onkologicznej bez konieczności blokowania dla innych pacjentów dostępu do możliwości leczenia. Oddział zajmuje się zarówno chemioterapią, jak i terapiami celowanymi i skojarzonym leczeniem chemioradioterapią wraz z Zakładem Radioterapii.

Praktycznie leczymy większość tzw. guzów litych. Nie prowadzimy pacjentów ze schorzeniami hematologicznymi, ponieważ w rejonie są inne oddziały w tym się specjalizujące. Natomiast staramy się prowadzić większość programów terapeutycznych. Mamy zatrudnionego psychologa klinicznego, który rozmawia z pacjentami, udzielając im wielu porad, również w zakresie postępowania poszpitalnego, np. w kwestiach ośrodków opieki czy ośrodków pomocy społecznej. Zakres rehabilitacji pacjenta z chorobami onkologicznymi związany jest nie tylko z samą chorobą nowotworową, ale też z zabezpieczeniem późniejszej opieki, a czasami nawet materialnych aspektów życia. Jak wiadomo, wraz z chorobą część pacjentów traci zdolności zarobkowe. W tym momencie przydałby się pracownik socjalny zajmujący się tylko tego typu sprawami, niemniej jednak część tych zadań przejęła Pani dr Agnieszka Pietrzyk, która jest psychologiem klinicznym.

? Pacjenci sami wyrażają chęć kontaktu z psychologiem czy jest to raczej zalecane przez lekarzy?

Część pacjentów zgłasza się sama, ale część z nich to są ludzie, u których lekarze widzą przy pierwszym kontakcie dodatkowe problemy. Wtedy prosimy panią psycholog o rozmowę z pacjentem, porozumienie się w sprawie problemów nie tylko psychicznych, ale i socjalnych. Między innymi chodzi o kwestię dostępu do opieki hospicyjnej dla pacjentów, którzy takiej opieki wymagają,

a więc podania odpowiednich adresów, sposobów komunikacji z takimi ośrodkami, podania rodzinie sposobów porozumienia się z opieką hospicyjną domową, bądź ustalenia terminów w hospicjach stacjonarnych.

? Wspomniał Pan o leczeniu skojarzonym. Czy mógłby Pan powiedzieć dokładniej, na czym ono polega?

U części pacjentów optymalnym leczeniem jest stosowanie jednocześnie chemio- i radioterapii lub skojarzenia tych metod z leczeniem operacyjnym.

Dotyczy to przede wszystkim nowotworów ośrodkowego układu nerwowego, głowy i szyi, części nowotworów płuc i przewodu pokarmowego. Okołooperacyjna chemioterapia lub chemioradioterapia stała się standardem w wielu nowotworach.

Metoda ta daje lepsze wyniki niż stosowanie najpierw chemioterapii, a później dopiero radioterapii. Ten odsetek w ciągu dwudziestu lat znacząco się zwiększył, zwiększyły się zwłaszcza możliwości terapeutyczne radioterapii i leczenia powikłań, które z tego typu leczeniem są związane. Trzeba pamiętać, że terapia skojarzona daje o wiele większe szanse na wyleczenie, wiąże się niestety z większą liczbą działań niepożądanych i czasami też obciążających dla pacjenta. Często dochodzi do konieczności żywienia pozajelitowego, na przykład pacjenta, naświetlanego na obszary głowy i szyi lub przełyku, u którego wystąpi bardzo silny odczyn. Są to przypadki, kiedy pacjent w trybie ambulatoryjnym nie miałby szans na tego typu postępowanie.



*** dr n.med. Wojciech Poborski - specjalista onkologii klinicznej, chemioterapii nowotworów oraz chorób wewnętrznych. Od 1999 roku ordynator Oddziału Onkologicznego Katowickiego Centrum Onkologii, wcześniej adiunkt Kliniki Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Nowotworów Śląskiej Akademii Medycznej. Zajmuje się leczeniem systemowym nowotworów litych oraz terapiami molekularnymi w ramach programów terapeutycznych NFZ.**

? Z jakim typem nowotworu najczęściej spotyka się wśród pacjentów na oddziale?

Najczęściej pojawiają się pacjenci z rakiem jelita grubego, piersi, płuca. To są najczęstsze nowotwory w ogóle, więc i najczęściej spotykamy się z nimi na naszym oddziale. Część schematów leczenia to cykle jednodniowe, schematy wielodniowe staramy się prowadzić w trybie dziennym, aby pacjentów jak najmniej odrywać od zwykłego życia. Natomiast faktem jest, że chorzy, którzy wymagają dłuższej diagnostyki lub leczenia, które związane musi być z pobytem w szpitalu, oraz pacjenci w cięższym stanie, to właśnie większość pacjentów leżących na oddziale.

? Jak Pan ocenia społeczną świadomość na temat chorób nowotworowych? Czy na przestrzeni ostatnich lat cokolwiek poprawiło się w tym temacie?

Obserwujemy dwie grupy pacjentów. Pierwsi aktywnie dbają o swoje zdrowie, zgłaszają się w bardzo wczesnych stadiach - dotyczy to szczególnie raka piersi i jelita grubego; z drugiej strony obserwuje się pacjentów, którzy podobnie jak dawniej nawet po zauważeniu niepokojących objawów wolą schować jak struszą głowę w piasek i udawać, że nic się nie dzieje. W związku z tym trafiają już do nas w stadium zaawansowanym. Musimy pamiętać, że część nowotworów ma taką biologię, że były i, obawiam się, że jeszcze przez długi czas będą, rozpoznawane w stadiach stosunkowo zaawansowanych. Takim nowotworem jest np. rak jajnika, który daje objawy bardzo niecharakterystyczne i z reguły jest wykrywany w wysokim stopniu zaawansowania. Niestety dalej problemem są nowotwory płuc, a liczba palaczy jakimś dziwnym sposobem nadal nie spada. Musimy pamiętać, że palenie tytoniu to nie tylko nowotwory płuc, ale nowotwory w zakresie jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, a także układu moczowego – odcinek niby odległy, ale również zależny od tego nałogu. Palenie wpływa na ilość nowotworów, ale z tego, co obserwujemy odsetek osób palących nie spada w wyraźnym zakresie.

? W takim przypadku, jak Pan ocenia skuteczność kampanii społecznych przeciwko paleniu?

Kampanie takie są obecne, ale nie do końca przemawiają do ludzi. Z drugiej strony jednak bardzo szeroka dostępność wyrobów tytoniowych jest głównym problemem. Obserwując to, co się dzieje w Polsce, gdzie z jednej strony tak wiele mówi się o walce z paleniem, z drugiej olbrzymia liczba ludzi jest uzależniona ekonomicznie poprzez pracę w branży produkcji i przeróbki tytoniu, można zauważyć rozbieżności w polityce dotyczące traktowania tej używki. Obecność przemysłu tytoniowego jest opłacalna finansowo.

Nie ma jednak powiązania, że podatki czy akcyzy z palenia tytoniu idą na ochronę zdrowia. Powiem szczerze, że koszty związane z paleniem ponoszone na ochronę zdrowia są bardzo duże, bo to nie jest tylko kwestia onkologii, ale także wielu chorób internistycznych typu: przewlekłe zapalenie oskrzeli, niewydolność wieńcowa, miażdżyca, które również są tytoniozależne. Koszty związane z leczeniem pacjentów tego typu są bardzo wysokie. Należy pamiętać, że palenie dzielimy na czynne i bierne, osoby, które przebywają w środowisku palaczy również są zagrożone tymi wszystkimi schorzeniami, a więc zarówno nowotworami, jak i schorzeniami układu oddechowego, chorobą wieńcową, przewlekłymi stanami zapalnymi i wieloma innymi.

? Jakie są główne wyzwania i trudności stojące przed onkologią w naszym kraju?

Niestety mamy znacznie gorszą dostępność do leków innowacyjnych niż większość krajów w Europie, w tym dotyczy to krajów z dawnego Bloku Wschodniego. Dostępność do niektórych leków, np. w Słowacji czy Czechach, jest kilkukrotnie lepsza niż w Polsce. Uzyskanie refundacji w naszych warunkach potrafi trwać nawet kilka lat. Nie mamy więc dostępu do wielu leków, które na Zachodzie są standardem.

! Niestety dalej problemem są nowotwory płuc, a liczba palaczy jakimś dziwnym sposobem nadal nie spada. Musimy pamiętać, że palenie tytoniu to nie tylko nowotwory płuc, ale nowotwory w zakresie jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, a także układu moczowego – odcinek niby odległy, ale również zależny od tego nałogu.



*** Dr n. med. Wojciech Poborski**

Fot. | Monika Raszkiewicz

? Jak według Pana będzie rozwijać się ta dziedzina medycyny w najbliższych latach?

Jest to przede wszystkim kwestia rozwoju diagnostyki, znacznie lepszego dostępu do badań obrazowych, immunologicznych i genetycznych. Użycie tych metod pozwala na dobór optymalnego sposobu postępowania. Ponadto do skutecznego leczenia niezbędna jest możliwość precyzyjnej oceny odpowiedzi na prowadzonej terapii, a więc określenia, czy przy stosowanym sposobie leczenia uzyskujemy zatrzymanie rozwoju czy zmniejszenie nowotworu. Są tu różne kryteria oceny, zależne od typu nowotworu, ponieważ przy chemioterapii w zasadzie odpowiedzią jest zmniejszenie zmian nowotworowych, przy części terapii celowanych nie uzyskujemy cofania się tych zmian, a tylko ich zatrzymanie, co jest o tyle istotne, że pacjent może mieć stan stabilny przez kilka lat. Często pacjent z niewyeliminowanym nowotworem może żyć normalnie bez obciążenia z tym związanych. Oczywiście przez cały ten czas musi brać leki, ale powiedzmy sobie szczerze, że jeśli pacjent z rozsiałym nowotworem żyje w stanie stabilnym przez kilka lat, jest to duże osiągnięcie.

W momencie, kiedy zaczynałem tę pracę, a było to blisko 40 lat temu, rozsiały rak piersi miał rokowania przeżycia zaledwie ok. jednego roku. Obecnie ten typ nowotworu traktuje się jako chorobę przewlekłą i przeżycie ośmiu czy nawet dziesięciu lat nie jest żadnym ewenementem. Przy odpowiednim leczeniu pacjent może się cieszyć długim życiem bez konieczności rezygnacji z normalnego funkcjonowania. Trudno mówić o przypadkach wyjątkowych. Przykładowo są pacjenci, którzy żyją z rozsiałym rakiem nerki dziesięć lat, gdzie dawniej była to choroba o bardzo szybkim przebiegu. Mamy pacjentów z nowotworami płuc, które nie rokowały dłuższego przeżycia, a obecnie są od kilku lat obserwowani bez leczenia. W zasadzie każdy lekarz onkolog mógłby opowiedzieć o pacjentach, których przebieg choroby wykraczał poza statystyczne rokowanie i czas przeżycia.

Przy odpowiednim leczeniu pacjent może się cieszyć długim życiem bez konieczności rezygnacji z normalnego funkcjonowania.



Tekst | IROnteam Sp. z o. o.

Chemioterapia jako element leczenia skojarzonego

Czym jest leczenie skojarzone i od czego ono zależy? Jakie w nim miejsce zajmuje chemioterapia? Kto decyduje o tym, jak będzie wyglądać leczenie u poszczególnych Pacjentów? Te i inne pytania spędzają sen z powiek wielu osób, które mają być poddane chemioterapii. Nie należy ich jednak zadawać jedynie sobie, lecz spytać o wszystkie wątpliwości swojego lekarza. On zna naszą chorobę zna często lepiej niż my sami.

“

Chemioterapia polega na podawaniu pacjentowi specjalnych leków, które nazywane są cytostatykami lub lekami cytostatycznymi. Są to specjalne środki farmakologiczne, które skutkują atakiem na najszybciej dzielące się w organizmie komórki.

Chemioterapia polega na podawaniu pacjentowi specjalnych leków, które nazywane są cytostatykami lub lekami cytostatycznymi. Są to specjalne środki farmakologiczne, które skutkują atakiem na najszybciej dzielące się w organizmie komórki. Tymczasem specyfika komórek nowotworowych jest właśnie taka, że mnożą się one znacznie szybciej niż komórki zdrowe, dlatego stanowią cel ataku leków cytostatycznych. Stosowanie chemioterapii może odbywać się tylko i wyłącznie pod okiem specjalisty z zakresu onkologii klinicznej i tylko w placówkach medycznych mających odpowiedni sprzęt i wykwalifikowany personel.

Leki cytostatyczne podawane są pacjentom w różny sposób. Najczęściej jest to forma doustna (tabletki, kapsułki, które należy połknąć i popić wodą), aczkolwiek również dysponujemy lekami cytostatycznymi podawanymi podskórnie (zastrzyki) oraz dożylnie (zastrzyki i kroplówki).

W szczególnych przypadkach podaje się lek bezpośrednio do ciała (np. do jamy brzusznej, do jamy opłucnej, do pęcherza moczowego, do kanału rdzenia kręgowego i w inne miejsca), jednak nie jest to częsta metoda.

Mówiąc o chemioterapii, większość Pacjentów myśli jednocześnie o skutkach ubocznych pojawiających się wskutek tego rodzaju leczenia oraz o możliwych powikłaniach. Obawy takie są całkowicie naturalne, należy jednak przede wszystkim zwrócić uwagę na to, że reakcja organizmu na chemioterapię jest bardzo indywidualną sprawą. Pacjent powinien informować lekarza o wszelkich zmianach, które u siebie obserwuje. Dzięki temu lekarz może odpowiednio wcześniej interweniować i modyfikować tok terapii lub stosować leki osłonowe. Tolerancja leczenia onkologicznego jest sprawą indywidualną, więc nie u każdego Pacjenta występują skutki uboczne. Część Pacjentów znosi kurację bardzo dobrze i jedyną niedogodnością są nudności i uczucie osłabienia. Jednakże w przypadku wystąpienia skutków ubocznych należy pamiętać, że są one przejściowe i zwykle ustępują po zakończeniu kuracji. Zamiast zatem uciekać w domyśle, warto o wszystkich wątpliwościach porozmawiać ze swoim lekarzem. Nasz personel jest po to, by w możliwie jak najlepszy sposób pomagać pacjentom.

Chemioterapia to słowo, które niejednego Pacjenta wprawia w niepokój. Kojarzona z wypadaniem włosów, łuszczeniem skóry i innymi nieprzyjemnymi objawami, nie jest obecnie tak inwazyjna i wyniszczająca, jak była jeszcze kilka lat temu. W onkologii, jak w każdej innej dziedzinie, postęp technologiczny uczynił wiele dobrego, a gdzie – jak nie w medycynie właśnie jest on bardziej potrzebny?

Warto wiedzieć zatem o chemioterapii nieco więcej i oddzielić fakty od mitów. Przede wszystkim jest to jedna z podstawowych metod leczenia nowotworów. W zależności od typu nowotworu, stadium jego rozwoju oraz kondycji pacjenta, chemioterapia może być albo główną dla danego pacjenta linią terapeutyczną albo jedynie częścią wspomagającą leczenia skojarzonego z radioterapią i chirurgią onkologiczną. Chemioterapia, będąc często elementem leczenia skojarzonego, działa na zasadzie synergii z pozostałymi elementami. W przypadku zaawansowanych stadiów chorób nowotworowych to właśnie współgranie wszystkich trzech metod jest najbardziej skutecznym sposobem walki z chorobą. Wiele naszych sukcesów w tej dziedzinie jest tego dowodem.

“

Pacjent powinien informować lekarza o wszelkich zmianach, które u siebie obserwuje. Dzięki temu lekarz może odpowiednio wcześniej interweniować i modyfikować tok terapii lub stosować leki osłonowe.

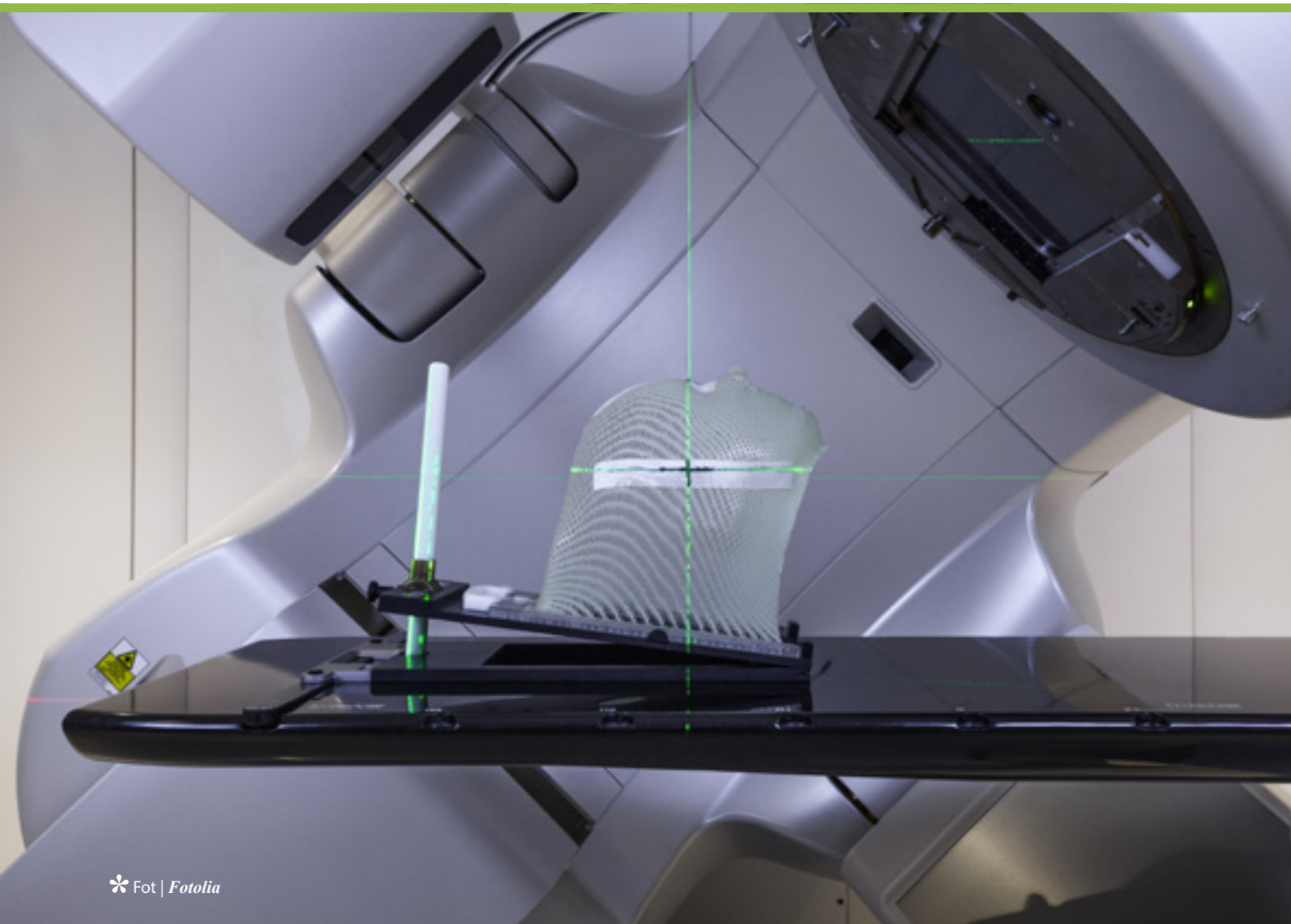


Tekst | IRONteam Sp. z o. o.

Radioterapia jako dominująca metoda leczenia nowotworów

Rozmowa z dr n. med. *Robertem Kwiatkowskim*

Radioterapia, pomimo wielu lat rozwoju oraz coraz lepszych efektów w leczeniu, u niektórych pacjentów ciągle wzbudza nieuzasadniony lęk. Czy powinniśmy w jakimkolwiek stopniu obawiać się promieniowania? Co należy o nim wiedzieć? Jakie są najnowsze sposoby jego wykorzystania? Wywiad z dr n. med. Robertem Kwiatkowskim.



* Fot | Fotolia

* Fot | Monika Raszkiewicz



* Dr n. med. Robert Kwiatkowski



? **Czym jest radioterapia? Jak przedstawia się jej skuteczność w porównaniu z innymi metodami leczenia?**

Radioterapia jest jedną z dwóch podstawowych form leczenia radykalnego nowotworów litych. Wyniki leczenia miejscowego i całkowitego przeżycia przy zastosowaniu chirurgii i radioterapii w wielu przypadkach są zbliżone. Część nowotworów, które historycznie były uznawane za promieniooporne są wyleczalne przy pomocy promieniowania jonizującego, ale wymaga to wyższych dawek i lepszej ochrony zdrowych tkanek. Radioterapia szczególnie stereotaktyczna pozwala na podanie bardzo wysokich dawek frakcyjnych, które powodują ablację napromienianej objętości. Jest to wykorzystywane do niszczenia pojedynczych ognisk przerzutowych w mózgowiu, oraz pozaczaszkowo w pierwotnych i przerzutowych zmianach w płucach, wątrobie, kościach, przestrzeni zaotrzewnowej, nadnerczach i węzłach chłonnych. Kolokwialnie: prawdopodobieństwo wyleczenia zależy od dawki promieniowania, a nie zawsze możemy ją bezpiecznie podać.



Dynamiczny rozwój radioterapii w ostatnim 20-leciu jest związany z rozwojem diagnostyki obrazowej, technik planowania leczenia i dostarczania wiązki promieniowania w ściśle określonej objętości tarczowej z oszczędzeniem tkanek i narządów otaczających.

Eskalacja dawki pozwoliła na zwiększenie wyleczalności i zmniejszeniu ilości nawrotów biochemicznych w raku gruczołu krokowego (drugiego najczęstszego nowotworu u mężczyzn po raku płuca) czy raku szyjki macicy.

Radioterapia stereotaktyczna pozwoliła na wyleczenie pewnego odsetka chorych z chorobą oligometastatyczną (ograniczonym rozszewem do kilku ognisk) lub wydłużeniem czasu przeżycia u kolejnej grupy chorych.



? **Jakie wyróżnia się rodzaje radioterapii?**

Ze względu na lokalizację źródła promieniowania wyróżniamy teleterapię, gdzie źródło promieniowania jest oddalone od chorego i brachyterapię, gdzie źródło promieniowania kontaktuje się z tkanką nowotworową kontaktowo lub jest do niej wprowadzane. Brachyterapia ze względu na konieczność ręcznego wprowadzania aplikatorów, co wymaga manualnej wprawy, jest obecnie rzadziej stosowana, jej skuteczność jest zależna od dokładności.

Jest wykorzystywana jako integralna część leczenia w raku szyjki macicy, w raku gruczołu krokowego o wysokim stopniu złośliwości. Może być użyta jako samodzielne leczenie w wybranych przypadkach raka gruczołu krokowego, piersi i innych wczesnych nowotworów, jak powierzchowne raki płuca, przełyku skóry, wargi, języka lub jako eskalacja dawki (boost) na ograniczoną objętość w rakach nosowej i ustnej części gardła, piersi, nowotworach regionu miednicy.

Inny podział związany jest z fizycznym charakterem promieniowania: fotonowe, elektronowe i cząsteczkowe (protonowe, jony węgla). Na uwagę szczególnie zasługują promieniowanie protonowe, ponieważ cyklotron takiego promieniowania w ośrodku PAN w Krakowie wykorzystywany jest w bardzo ograniczonym zakresie, a leczenie to umożliwia zmniejszenie narażenia na promieniowanie okolicznych tkanek, co jest istotne w leczeniu dzieci i powtórnego napromieniania nowotworów (co nie jest refundowane w Polsce).



Zakład Radioterapii

- Centrala: 32 42 00 100
- Rejestracja: 32 420 0 420
- Recepcja Zakładu Radioterapii: 32 42 00 100

? Jakie zmiany zaszły w tej dziedzinie medycyny od czasu, kiedy zaczął Pan pracę w zakładzie radioterapii?

Skok technologiczny jaki nastąpił w ostatnich dekadach jest związany z diagnostyką, planowaniem leczenia oraz realizacją napromieniania.

Pracę rozpocząłem w 2002 roku, początkowo jako starszy asystent, zastępca kierownika, a od 2007 roku pełnię funkcję zarządzającego zakładem radioterapii. W przeciągu ostatnich dwudziestu lat radioterapia zmieniła całkowicie swoje oblicze. Przeszła od technik dwuwymiarowych, planowania opartych o wizualizację struktur kostnych, poprzez włączenie systemów planowania trójwymiarowego opartego o tomografię i do technik intensywnej modulacji wiązki, dynamicznych i stereotaktycznych sterowanych obrazem lub pod kontrolą obrazu.

Precyzyjne wyznaczanie objętości tarczowej stało się możliwe dzięki rozwojowi technik obrazowych, możliwości wykonywania fuzji różnych modalności jak badanie metodą rezonansu magnetycznego czy pozytonowej tomografii emisyjnej (PET).

Leczenie radioterapią powinno obejmować 50-70% chorych, u których na pewnym etapie choroby leczenie z zastosowaniem promieniowania jonizującego powinno być składową postępowania wielodyscyplinarnego (przed, wśród i pooperacyjnie) jako samodzielne lub skojarzone z chemioterapią leczenie radykalne lub jako leczenie paliatywne np. w przypadku przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, kości.

Ważne jest także współdziałanie czasowe i przestrzenne chemio i radioterapii. W niektórych nowotworach efekty te są superaddytywne, zwiększające ilość wyleczeń miejscowych poprzez hamowanie repopulacji, regeneracji. Nowym kierunkiem jest wpływ radioterapii na układ immunologiczny i współdziałanie z lekami immunologicznym (efekt abscopalny).

Wszystkie te zmiany spowodowały zmianę podejścia do roli radioterapii w leczeniu chorób nowotworowych, otworzyły wiele nieznanych kierunków rozwoju, możliwości skutecznego leczenia z zastosowaniem radioterapii chorób, które wydawały się być niemożliwe do takiego postępowania.

? A jakie zmiany zaszły w wykorzystywanych w radioterapii urządzeniach?

Sama idea leczenia pozostała taka sama. Wprowadzenie kolimatorów wielolistkowych i zastąpieniem używanych wcześniej tac z osłonami skróciło czas przebywania chorego na stole terapeutycznym z kilkudziesięciu do kilku minut, obrazowanie zintegrowane z aparatem terapeutycznym umożliwiło kontrolę ułożenia na stole w oparciu o trójwymiarową rekonstrukcję.

Precyzję powtarzalności ułożenia możemy poprawić implementując znaczniki do narządów o zmiennej ruchomości, słabo widocznych w obrazowaniu tomograficznym np – rak gruczołu krokowego, przerzuty do wątroby.

Wykonując planowanie oparte o badanie tomografii 4D, możemy dowiedzieć się o zakresie ruchomości oddechowej objętości tarczowej, co jest szczególnie przydatne w radioterapii raka płuca, najczęstszego nowotworu

Aplikacje związane z kontrolą oddychania pozwalają na podawanie wiązki promieniowania tylko w wybranych fazach oddechowych. Wszystko to przekłada się na poprawienie precyzji i powtarzalności realizowanego planu napromieniania.

* Dr n. med. Robert Kwiatkowski



Fot | Monika Raszkievicz

? Jak szybko u pacjenta następuje powrót do zdrowia?

Często w trakcie radioterapii możliwe jest normalne funkcjonowanie społeczne i wykonywanie aktywności zawodowej. Odczyn popromienny, który jest związany z leczeniem radioterapią, jest zależny od okolicy napromienianej, objętości, dawki frakcyjnej i całkowitej. Czas jego wystąpienia zależy od tempa obrotu komórkowego i najczęściej wczesny odczyn popromienny goi się w ciągu czterech, sześciu tygodni, ale w przypadku wielu nowotworów nie jest on na tyle nasilony, żeby uniemożliwić całkowicie funkcjonowanie. Niektóre procedury radioterapii jak leczenie stereotaktyczne są wykonywane w trakcie jednego lub kilku seansów, w zasadzie bez zauważalnego odczynu popromiennego. Chory wymaga kontroli efektów takiego postępowania po jednym lub kilku miesiącach.

Dokuczliwy odczyn popromienny występuje w przypadkach napromieniania obszaru miednicy malej i jest związany z zapalnym stanem jelita, co przekłada się na uporczywe parcie na stolec i biegunki.

Kontrole po leczeniu są realizowane w ramach Poradni Onkologicznej. Dla większości nowotworów jest to okres pięciu lat, przez pierwsze dwa lata co trzy miesiące, później co pół roku. Część chorych po leczeniu jest objęta kontrolami przez dłuższy okres, co jest związane z prawdopodobieństwem wystąpienia nawrotu po wielu latach, jak w raku gruczołu krokowego, piersi. W kolejnych latach wizyty kontrolne wyznaczane są corocznie. Oprócz kontroli nawrotu danego nowotworu musimy pamiętać także o możliwości wystąpienia nowotworów wtórnych czy kolejnych ognisk pierwotnych w tym samym lub innych narządach, jak ma to miejsce w raku piersi, jelita grubego czy nowotworach tytoniozależnych. Odległe negatywne skutki radioterapii to uszkodzenia późne jelita, pęcherza moczowego czy błon śluzowych jamy ustnej i gardła powodujące uporczywe suchości i prowadzące do paradontozy.

? O czym powinni pamiętać pacjenci w czasie radioterapii?

Zalecenia dla chorych w trakcie radioterapii obejmują zalecenia dietetyczne, higieniczne.

Zawsze trzeba stosować tzw. dekalog raka: rzucić palenie, ograniczyć ilość niezdrowego jedzenia czy alkoholu, zwiększyć aktywność fizyczną, itp. Część chorych, szczególnie z nowotworami regionu głowy i szyi czy ginekologicznymi ma problemy z utrzymaniem prawidłowej higieny. Jej brak może być przyczyną powstania wnikających się infekcji, które również nasilają odczyn popromienny. Czynnikiem najczęściej o negatywnym wpływie jest picie alkoholu i palenie papierosów.

U chorych z trudnościami w połykaniu i wyniszczeniem wymagana jest hiperalimentacja, zabezpieczenie dodatkowej drogi żywieniowej - PEG, przetoka odżywcza czy żywienie pozajelitowe, dieta płynna lub papkowata.

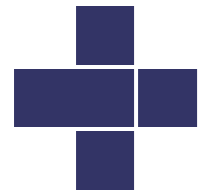
U chorych w odczynie popromiennym ze strony jelita, nasiloną biegunką wymagana jest dieta ubogo-resztkowa, zapierająca.

? Na czym polega protonoterapia i w jakich przypadkach może być wykorzystywana?

Wiązka protonowa mają inny profil wiązki niż promieniowanie fotonowe, deponuje mniej więcej 1/3 energii na swojej drodze do pewnego punktu, na bardzo krótkiej drodze deponując energię i dalej już przestaje oddziaływać na organizm. Największa dawka promieniowania trafia w bardzo ograniczony obszar, co pozwala na oszczędzenie zdrowych tkanek. Jest to doskonałe rozwiązanie do leczenia dzieci, w przypadkach powtórnej radioterapii. Pozwala na ograniczenie dawek w narządach krytycznych, zmniejsza ryzyko późnych powikłań np. sercowych.



Fot | Monika Raszkievicz



Tekst | Redakcja KCO

Dieta w leczeniu radioterapią

W zależności od obszaru ciała, jaki zostaje naświetlany i skutków ubocznych prowadzonej terapii, stosuje się odpowiednią dietę mającą na celu minimalizowanie ubocznych objawów naświetlań poprzez dostarczenie organizmowi niezbędnych składników odżywczych. Bardzo ważne jest też, aby Pacjent nie tracił na wadze.

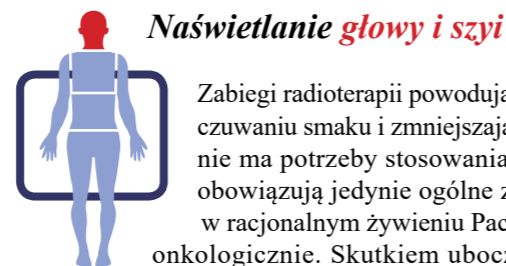
Jeżeli Pacjent nie odczuwa nasilonych skutków prowadzonego leczenia wówczas zastosowanie ma dieta oparta na zasadach racjonalnego żywienia, zalecana w leczeniu Pacjentów onkologicznych. W diecie tej trzeba uwzględnić produkty, które są źródłem pełnowartościowego białka oraz owoce i warzywa. Możliwe są wszelkie techniki kulinarne, należy jedynie ograniczyć smażenie ze względu na fakt, że potrawy tłuste długo zalegają w żołądku powodując tym samym mdłości. Ogranicza się w diecie tłuste gatunki wędlin, mięs oraz produkty wędzone, a także słodczyce i ostre przyprawy. Powinno się również wykluczyć z diety wszystkie przetwory konserwowe, solone, utrwalone octem, kremowe ciasta, cukier, niedojrzałe owoce, migdały, orzechy (podawać rozdrobnione). Ważne jest uwzględnienie w diecie produktów, które są bogatym źródłem witaminy C, A, E oraz mikroelementów jak cynk, selen, żelazo.

Jeżeli Pacjent odczuwa skutki naświetlania określonego obszaru (np. jamy brzusznej) zastosowanie ma wówczas dieta łatwostrawna o zwiększonej zawartości białka. Najważniejsze, by wykluczyć składniki źle tolerowanych (laktoza, gluten, błonnik), a w razie potrzeby zastosować zmianę konsystencji posiłków na bardziej płynną. W diecie łatwostrawnej zaleca się podawanie takich produktów jak: białe pieczywo (czerstwe), twaróg chudy lub półtłusty, jajka gotowane na miękko (w ograniczonych ilościach), dżem, miód, chude gatunki wędlin, chude gatunki mięs, warzywa gotowane (np. buraczki, szpinak, marchew, kwiat kalafiora, brokuły, seler, fasolka szparagowa, cukinia, kabaczek). Owoce najczęściej stosowane i dobrze tolerowane to gotowane jabłka i banany podawane w postaci surowej.

W ograniczonych ilościach mogą być stosowane dojrzałe pomidory bez skórki i kruche gatunki sałaty zielonej. Zaleca się dodawanie do dań łagodnych przypraw (np. sok z cytryny, wanilia, cynamon, kminek, majeranek, koper, zielona pietruszka).

Posiłki powinny być niewielkie i spożywane pięć razy w ciągu dnia. Temperatura potraw nie może być zbyt wysoka. Dozwolone techniki kulinarne to: gotowanie w wodzie, na parze, duszenie.

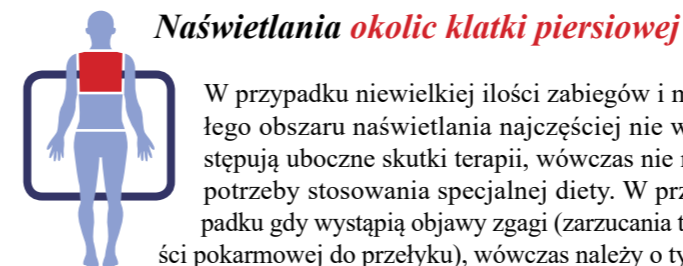
“ Najważniejsze, by wykluczyć składniki źle tolerowanych (laktoza, gluten, błonnik), a w razie potrzeby zastosować zmianę konsystencji posiłków na bardziej płynną.



Naświetlanie głowy i szyi

Zabiegi radioterapii powodują zaburzenia w odczuwaniu smaku i zmniejszają apetyt. Wówczas nie ma potrzeby stosowania specjalnej diety, obowiązują jedynie ogólne zasady stosowane w racjonalnym żywieniu Pacjentów leczonych onkologicznie. Skutkiem ubocznym terapii jest również zmniejszenie produkcji śliny powodujące suchość w ustach. Prowadzi to do kłopotów z przeżuwaniami i przełykaniem. Wówczas należy stosować dietę łatwostrawną mieloną. Oparta jest ona na tych samych zasadach, co dieta łatwostrawna, jednak potrawy powinny być rozdrobnione, dobrze ugotowane, a także nie mogą zawierać produktów drażniących błonę śluzową jamy ustnej i przełyku, a więc nie mogą być słone, bardzo kwaśne i pikantne. Przy zaburzeniach wydzielania śliny pomaga ssanie cukierków i żucie gumy.

W razie bardzo dużych trudności w gryzieniu lub połykaniu pokarmów stosuje się dietę płynną. Można ją wzbogacić gotowanym mięsem, śmietanką, mlekiem w proszku, twarożkiem homogenizowanym, warzywami gotowanymi, owocami, kisielem, budyniem, jogurtem. Składniki użyte w diecie muszą być dokładnie zmiksowane i przetarte. Zmniejszone porcje przyjmowanego pokarmu warto dodatkowo uzupełniać preparatami przemysłowymi.



Naświetlania okolic klatki piersiowej

W przypadku niewielkiej ilości zabiegów i małego obszaru naświetlania najczęściej nie występują uboczne skutki terapii, wówczas nie ma potrzeby stosowania specjalnej diety. W przypadku gdy wystąpią objawy zgagi (zarzucania treści pokarmowej do przełyku), wówczas należy o tych objawach powiadomić lekarza, który zleci stosowanie diety łatwostrawnej. Nie polecamy natomiast picia herbaty miętoowej, która często stosowana jest właśnie przeciwko zgadze.

“ W diecie łatwostrawnej zaleca się podawanie takich produktów jak: białe pieczywo (czerstwe), twaróg chudy lub półtłusty, jajka gotowane na miękko (w ograniczonych ilościach), dżem, miód, chude gatunki wędlin, chude gatunki mięs, warzywa gotowane (np. buraczki, szpinak, marchew, kwiat kalafiora, brokuły, seler, fasolka szparagowa, cukinia, kabaczek). Owoce najczęściej stosowane i dobrze tolerowane to gotowane jabłka i banany podawane w postaci surowej.



“ Naświetlanie brzucha

Naświetlanie okolic jamy brzusznej może spowodować chwilową niezdolność do trawienia laktozy (cukru mlecznego). Podstawowym objawem jest biegunka. Taki stan jest przeważnie przejściowy i po właściwie stosowanej diecie wraca do normy. Zwykle lekarz zaleca wtedy dietę łatwostrawną. To co jest jednak najważniejsze, to całkowite wykluczenie mleka. Przetwory mleczne są już najczęściej dobrze tolerowane. W sklepach dostępne jest mleko i produkty nie zawierające laktozy (informacja na opakowaniu) – można włączyć je do diety. Z powodu uszkodzenia kosmków jelitowych może też wystąpić nietolerancja na gluten zawarty w produktach zbożowych. Mąkę pszenną możemy wówczas zastąpić mąką ziemniaczaną, kukurydzianą lub ryżową.

Należy też ograniczyć błonnik, dlatego warzywa i owoce podaje się w postaci rozdrobnionej i gotowanej: jako przeciery, kompoty i soki pasteryzowane. Aby zminimalizować skutki uboczne biegunki musimy wyrównać niedobory płynów w organizmie – a więc trzeba dużo pić! Uzupełnić należy brakujący potas, którego bogatym źródłem są ziemniaki, pomidory oraz banany. Zaleca się picie siemienia lnianego na wodzie (działa osłaniająco na śluzówkę jelita).

Trzymając się zaleceń lekarza dotyczących diety można w sposób szybki i łaskawy dla organizmu przywrócić równowagę żywieniową, jednocześnie wprowadzając do swojego życia zdrowe nawyki dotyczące jedzenia. A to zawsze procentuje.



Fot | Chroma Stock



Wywiad | IRONteam Sp. z o. o.

Warzywa powinny znajdować się w każdym posiłku

– wywiad z dr n. med. *Agnieszka Jarosz*



Fot | Chroma Stock

W styczniu 2016 roku eksperci z Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie opublikowali nową Piramidę Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej. To odpowiedź na postęp w naukach medycznych i zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). U podstawy znalazły się ruch i aktywność fizyczna, a najważniejszymi produktami spożywczymi stały warzywa i owoce, które „awansowały” przesuwając na drugą pozycję produkty zbożowe. O zmianach i różnicach względem poprzedniej piramidy żywieniowej mówi dr n. med. Agnieszka Jarosz, Kierownik Centrum Promocji Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej w Instytucie Żywności i Żywienia.

? **Pani Doktor, dlaczego zdecydowano się zmienić dotychczasową piramidę żywieniową?**

Pierwszym zasadniczym powodem jest fakt, że w naszym kraju spadło spożycie warzyw i owoców. Nie było zbyt wysokie, nawet porównując z naszymi sąsiadami – Niemcami. Jedliśmy o połowę mniej warzyw. Drugim powodem jest fakt, że ta grupa spożywcza jest niedoceniana przez Polaków, a warzywa i owoce są podstawą. Warzywa powinny znajdować się w każdym posiłku i co ważne – możemy je też prawie bezkarnie podjadać, bo są niskokaloryczne, z wyjątkiem roślin strączkowych i w zależności oczywiście od sposobu ich przygotowania. Możemy chrupać marchewkę, seler, ogórka.

? **Dlaczego owoce i warzywa powinniśmy stosować w proporcji ¼ do ¾?**

Trzy średniej wielkości pomidory, to w przybliżeniu jedno jabłko. W związku z tym w tej piramidzie mówimy o proporcji ¾ warzyw i ¼ owoców. Łatwiej nam sięgnąć po owoc. I najczęściej to robimy w „sezonie”. Można korzystać też z innych form – czy mrożonych owoców, czy cytrusów. I tak: jeśli mamy 4 posiłki, to do jednego spożywamy owoce, do trzech – warzywa. Jeśli mamy 5 posiłków, to do dwóch możemy zjeść porcję owoców. Te osoby, które dbają o sylwetkę muszą pamiętać, że owoce zawierają cukier, który się łatwo wchłania i może w nadmiarze powodować wzrost wagi ciała.

? **Czym jeszcze różni się nowa piramida od swojej poprzedniczki?**

Z pozostałymi piętrami piramidy jest bardzo podobnie jak było. Są produkty zbożowe. Stawiamy na mało przetworzone z mąk grubego przemiału, ryż – raczej brązowy, makaron – al dente, a nie rozgotowany, odpowiednio przygotowany, makarony z mąk gruboziarnistych. Produkty zbożowe są bazą, podstawą energetyczną. Nabiał i produkty mleczne – najlepiej spożywać dwie szklanki mleka albo zastępcze produkty w postaci jogurtu, kefiru, maślanki, odrobinę sera żółtego, twarogu. To pozostaje bez zmian. Następnie mamy produkty pochodzenia białkowego. Tu jest ograniczenie jeśli chodzi o spożycie mięsa czerwonego – wieprzowego, wołowego. Naukowcy nie wskazują, czy lepsze jest mięso wołowe, czy wieprzowe. Spożycie nie powinno razem przekraczać 0,5 kg na tydzień. Czerwone mięso – jego składniki sprzyjają powstawaniu nowotworów. Te mięsa mają również więcej tłuszczu nasyconego, który jest niekorzystny.

? **Tłuszczu jak najmniej, ale jeśli już musimy go stosować?**

Powinniśmy zamieniać tłuszcze zwierzęce na tłuszcze roślinne. Mamy nasz wspaniały olej rzepakowy tzw. oliwę północy. Ona ma bardzo dobry skład, lepszy niż oliwa z oliwek. Nadaje się zarówno do surówek, sałatek jak i do smażenia. Z tego trzeba korzystać. Pamiętać należy o tym, że jest tak samo kaloryczny jak smalec.



* *Dr n. med. Agnieszka Jarosz – absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (dziś: Warszawski Uniwersytet Medyczny), gdzie uzyskała również tytuł doktora nauk medycznych; kierownik Centrum Promocji Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej w Instytucie Żywności i Żywienia; obszar badań naukowych: wpływ żywienia na zdrowie, ocena czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych, zapobieganie i leczenie chorób cywilizacyjnych; prowadzi szeroką działalność edukacyjno-szkoleniową.*

Nie można przesadzać z ilością. Dla zdrowej osoby potrzebna jest 1 łyżeczka oliwy lub oleju. Zazwyczaj jemy więcej. Pamiętajmy też, że tłuszcze są ukryte w innych produktach. Pamiętajmy więc, żeby nie przesadzać. To, co wydaje się być zdrowe – sałatka – po dolaniu oleju stanie się bardzo kaloryczna, a jak jest bardzo kaloryczna, to nie jest zdrowa, mimo, że może mieć te wszystkie zdrowe składniki.

? **Powinniśmy wyeliminować z diety kawę i herbatę?**

Polecamy, żeby pić wodę. Ona jest podstawą płynów. Osoby zdrowe nie muszą unikać kawy i herbaty. 2 filiżanki kawy, 2 filiżanki herbaty. Wykazano, że taka ilość świetnie działa na układ nerwowy, zapamiętywanie. U osób, które piją kawę i herbatę rzadziej występuje choroba Alzheimera. Oczywiście nie należy przesadzać, bo zbyt duża ilość kofeiny, występująca w kawie i herbacie, będzie wypłukiwać składniki odżywcze z naszego organizmu. Do 2 filiżanek – można.

? **Dlaczego dodano ziola?**

Ziolo dodano dlatego, że chcemy zmniejszyć spożycie soli. Nadal Polacy spożywają jej za dużo. Przeciętnie 11-12 gram soli, kiedy 5 gramów wystarczy i to we wszystkich produktach. A musimy pamiętać, że pieczywo, produkty przetworzone wędliniarskie, zwłaszcza produkty wędzone mają sporo soli. Sól nie sprzyja. Powoduje nadciśnienie, które może generować choroby serca, udary mózgu, a na podstawie badań japońskich – również nowotwór żołądka. Sól drażni żołądek, mogą powstawać mikro urazy i wtedy te niekorzystne związki z żywności mogą mieć łatwiejszy dostęp. Japończycy jedzą sporo słonych rzeczy, mają dużo wędzonek i raków żołądka – stąd badania i dlatego ziolo.

Musimy nauczyć się czytać etykiety. Dla ludzi sól przyprawowa jest ziołem. Gotowe przyprawy bardzo często mają sól. Przyprawa zawiera 80% soli, a ktoś sobie jeszcze dodatkowo jej dosypuje. Warto czytać. Co jest na pierwszym miejscu – tego jest najwięcej. Każde kolejne miejsce mówi o ilości w zawartości. Jak sól będzie na 10 miejscu – znaczy, że jest jej najmniej.

Jeśli będzie w pierwszej trójce, znaczy, że jest jej dominacja. Lepiej robić samemu mieszanki ziołowe, suszone, niesuszone, z tych ziół, które są dostępne na rynku. Można kupować gotowe, są firmy, które robią bez dodatku soli i warto takie wybierać. Jeżeli już korzysta się z takich, które tą zawartość soli posiadają, to pamiętać, żeby już nie solić.

? **W nowej piramidzie wyróżniono orzechy...**

Trzeba pamiętać, że orzechy są bardzo dobre. Mają dobre wartości odżywcze, chociażby w kontekście mózgu, świetnie działa fosfor, mają też bardzo dobre tłuszcze, ale lepiej je rozbić przed jedzeniem, lepiej. Tłuszcz ten może ulegać zmianom pod wpływem temperatury, światła. Trzeba o tym pamiętać przy kupnie orzechów bez łupinek, pozbawionych osłonki, rozpakowanych. Wierzymy, że są świeże, a okazać się może, że ten tłuszcz uległ pewnym zmianom. Orzechy są kaloryczne. Nie należy się nimi przejadać, ale jako przekąska, przegryzka – najlepiej byłoby nie podjadać – lepsza od batonika z orzechami.

? **Nowa nazwa – Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej – wskazuje, że aktywność fizyczna na stałe związane jest z terminem żywności i żywienia. Jak ważna jest aktywność fizyczna w codziennej diecie, życiu?**

Aktywność fizyczna zawsze była ważna tylko jej tak nie zaznaczaliśmy. Dodano ją do piramidy, bo ludność się za mało rusza. Korzystamy z windy, samochodu, wszystkich udogodnień, a nie powinniśmy. Powinniśmy się po prostu poruszać. Wykorzystywać każdą możliwość. Rozumiem, że wchodzenie na 8 piętro może być problematyczne, ale można chociaż schodzić. Trzeba pamiętać o takiej aktywności „zwyczajnej”. Wysiadać przystanek wcześniej i resztę drogi przespacerować się, dojść na dalszy przystanek. Brak aktywności skraca życie.

? Nie mówimy o sportach wyczynowych, tylko o spacerze czy przebieżce...

Nordic walking – jeżeli ktoś się obawia o zawroty głowy – ma podporę. Chodzi o to, żeby uprawiać sport regularny, rekreacyjny. Spacer, pływanie, biegi. Nawet od ławeczki do ławeczki. Od czegoś trzeba zacząć. Nie chodzi o to, żeby się umordować, następnego dnia mieć zakwas i przez 4 dni nie móc się poruszyć, tylko o ruch rekreacyjny. Jeśli ktoś lubi tańczyć, niech tańczy.

? Czy wzrasta świadomość jak ważne jest zdrowe odżywianie i ruch?

Moim zdaniem rzeczywiście wzrasta. Powiedziałabym, że nie tyle świadomość, ale zainteresowanie. Jest dużo większe. Dietetyka jest młodą nauką, zwłaszcza w naszym kraju. Zdobywa jednak coraz większe obszary zainteresowania. Widzę też po swoich pacjentach, że ulegamy modom. Podążamy za modą żywieniową. Jeśli dana gwiazda ma problemy z glutenem czy laktozą i przypisuje temu wszystkie choroby świata, to zaczyna się naśladownictwo. Mieliliśmy dietę Kwaśniewskiego, Atkinsa. Często bezkrytycznie podążamy za tą modą, a później na tej podstawie kreujemy własne pomysły i nie zawsze są one do końca trafione. Jest zainteresowanie, gabinetów dietetycznych jest dużo, ale trzeba zwracać uwagę kto je prowadzi i jaką uczelnię ukończył. To jest ważne.

? Czy jesteśmy w stanie sami sobie ułożyć optymalną dietę czy lepiej udać się do gabinetu dietetyka?

Jeżeli jesteśmy zdrowi to musimy pamiętać o 3 rzeczach: ograniczać tłuszcz, ograniczać cukier i sól, i dbać o urozmaicenie. Jedną z moich pacjentek jadła przez dwadzieścia lat codziennie to samo na każdy posiłek. Idealne może przy leczeniu cukrzycy, bo można ustawić leczenie. Ale to jest zbyt monotonne. Wiele diet nie jest kontynuowanych, bo nie mogą być – są jednostronne. Jak jemy natomiast w sposób urozmaicony, spożywamy różne warzywa, różne owoce – wybieramy z tych, które lubimy, nic na siłę – różne źródła białka, różny nabiał. Taka dieta zabezpiecza te składniki pożywienia, jakie musimy mieć i nie musimy się zastanawiać czy powinniśmy sobie czegoś jeszcze dołożyć. I wcale nie musimy korzystać z suplementów. Te powinny być zarezerwowane dla osób, które mają problemy, np. zespoły złego wchłaniania, czy inne choroby przewlekłe.

? A co z rybami?

Ryby są nie do zastąpienia. Strasznie boimy zanieczyszczenia. Oczywiście trzeba czytać o akwenach, dobrze jest się zaznajomić z tym tematem i wybierać ryby z czystych akwenów, zwłaszcza morskie. Ale zarówno ryby słodkowodne jak i morskie są znakomite. Są świetnym źródłem białka, na tym samym poziomie co mięso i wszelkiego innego rodzaju źródła. Ryby słodkowodne, jeśli sami nie zmienimy tego, są niskokaloryczne. Może poza karpem, ale z wody nie jest aż tak tłusty. Pozostałe są

niskokaloryczne. Ryby morskie, im więcej mają tłuszczu, są korzystniejsze pod względem zawartości tego tłuszczu, bo są w nich kwasy omega-3. Te kwasy są oczywiście w świecie roślinnym np. w siemieniu lnianym z produktów, tylko są one wtedy mniej trwałe. Dlatego butelki z olejem z siemienia lnianego są nieduże, żeby ta wartość odżywcza się utrzymywała. Ryby morskie dają nam dużo kwasów omega-3 i pod tym względem są niezastąpione. Warto by było jeść je przynajmniej dwa razy w tygodniu. To doskonała profilaktyka przeciwniażdżycowa.

? Nową piramidę przedstawiono podczas I Narodowego Kongresu Żywnościowego. Jakie wnioski wyciągnięto podczas obrad, o czym rozmawiano? Czy będą następne spotkania?

Następne spotkania będą. Zamierzamy robić je tematycznie. Być może będzie on dotyczył chorób nowotworowych, żywienia w wybranych stanach chorobowych. Raz w roku chcemy taki kongres robić. Odbił się on dużym echem. Widać zainteresowanie mediów i fachowców z innych ośrodków, którzy chętnie wzięli w Kongresie udział. Dyskusje trwały długo, każdy omawiał swoje doświadczenia w danych obszarach. Ale wszyscy zgodzili się, że ta piramida powinna być zmieniona, że nasze życie się też zmieniło i my musimy iść nie tylko za postęпами nauki o żywieniu, ale również za życiem. Nauka w służbie ludziom, tak powinno być.

? Liczba osób otyłych spada? Rośnie?

Przybywa otyłych dzieci. Mamy program z funduszu szwajcarskiego przeciwdziałający nadwadze otyłości, obejmujący kobiety w ciąży, dzieci w szkołach. Również z jedną z sieci sklepów organizujemy akcję „Czytaj etykiety”. Zapraszam na stronę internetową www.zachowajrownowage.pl

Dostępna jest również aplikacja na smartfony – Asystent Zdrowego Żywienia. Zawiera kalkulator, dzięki któremu można obliczyć zapotrzebowanie na kalorie, cukry, tłuszcz oraz pokazać jaki jest nasz procent realizacji normy. Aplikacja może pomóc zapobiegać nadwadze, otyłości oraz wielu innym chorobom przewlekłym.



PIRAMIDA
ZDROWEGO ŻYWIENIA
I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ



CO TO JEST PIRAMIDA ZDROWEGO ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ?

Jest to jak najprostsze i jak najkrótsze ogólne przedstawienie kompleksowej idei żywienia, której realizacja daje szansę na zdrowe długie życie oraz zachowanie sprawności intelektualnej i fizycznej do późnych lat życia.

JAK ROZUMIEĆ / CZYTAĆ PIRAMIDĘ?

Piramida to graficzny opis odpowiednich proporcji różnych, niezbędnych w codziennej diecie, grup produktów spożywczych. Im wyższe piętro piramidy, tym mniejsza ilość i częstota spożywanych produktów z danej grupy żywności.



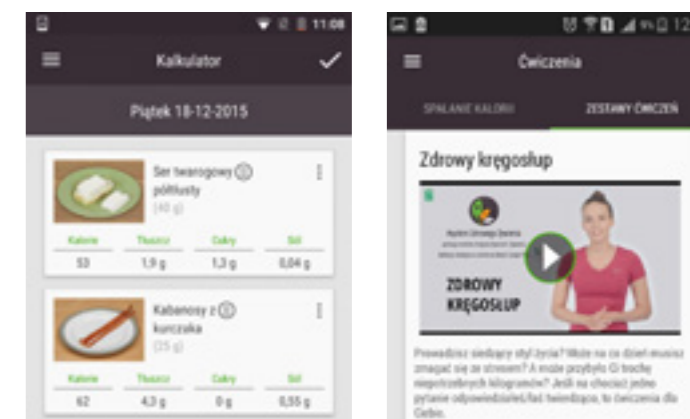
DO KOGO KIEROWANA JEST PIRAMIDA?

Piramida kierowana jest do osób zdrowych w celu zachowania dobrego stanu zdrowia. Należy pamiętać, że w przypadku współwystąpienia chorób cywilizacyjnych (typu otyłość, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie, osteoporoza) konieczna może być modyfikacja proponowanych zaleceń w porozumieniu z lekarzem i dietetykiem.

SPÓŻYWANIE ZALECANYCH W PIRAMIDZIE PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ODPOWIEDNICH ILOŚCIACH I PROPORCJACH ORAZ COŚCISNIA AKTYWNOŚĆ SĄ KLUCZEM DO ZDROWIA I DOBRZEGO SAMOPOCZUCIA.

Fot | Instytut Żywności i Żywienia

Asystent Zdrowego Żywienia aplikacja mobilna Instytutu Żywności i Żywienia



? Powstało mnóstwo blogów, stron internetowych poświęconych produktom, diecie, zdrowemu żywieniu. Czy warto z tego korzystać?

Są blogi osób profesjonalnych, są też blogi pasjonatów, którzy nie mają podbudowy, bazy naukowej. Ja jestem w stanie odróżnić, kto pisze dobrze. Trzeba zachować dystans i rozwagę. Szereg osób „robi dobrą robotę”, natomiast każdy pisać może. Trzeba uważać na strony, które tylko chwają. Należy zachować rozwagę i najlepiej skorzystać również z innego źródła.

Doskonale zdajemy sobie sprawę, że stres ma swoje zalety jak i wady. Z ostatnich badań wynika jednoznacznie, że nagromadzony codzienny stres, szkodzi ludziom niemal tak samo jak jedno poważne traumatyczne wydarzenie. Dlaczego, mimo tak szerokiej wiedzy i informacji na ten temat, wciąż zdajemy się ignorować istotę tego problemu?

? Nie palę papierosów, nie nadużywam alkoholu, dobrze się odżywiam. Panie Doktorze, dlaczego zachorowałam na raka?

Nie jeden raz lekarze onkolodzy mierzą się z podobnym pytaniem. Tym trudniej o odpowiedź, kiedy okazuje się, że pacjent faktycznie nie stosował używek, dobrze dbał o zdrowie. Po głębszej analizie, okazuje się często, że pacjenci żyli w chronicznym stresie. To wiele różnych kłopotów, które towarzyszą nam w każdej chwili i zaprzatają nam głowę od świtu do zmierzchu.

? Jak działa stres?

Stres jest reakcją naszego ciała na stawiane mu wymagania. Im trudniejsze do pokonania, tym reakcja organizmu staje się silniejsza. Krótkotrwały stres bywa korzystny dla organizmu. Powoduje wydzielanie hormonów stresu, czyli adrenaliny oraz kortyzolu, które zwiększają możliwości naszego organizmu w sytuacji zagrożenia. Dzięki temu słyszymy o nieprawdopodobnych historiach, w których ktoś podniósł samochód, czy uciekł przed watahą psów, co w przypadku normlanych warunków byłoby niemożliwe. To co jest dla nas szczególnie szkodliwe to stres długotrwały. Większość chorób spowodowana jest obniżeniem odporności. Nie zastanawiamy się nad tym, że podwyższony poziom kortyzolu (mający miejsce w sytuacjach stresowych) sprawia, że obniża się produkcja białych krwinek i przeciwciał. Nasz organizm staje się bezbronny wobec czynników chorobotwórczych, a my coraz częściej i mocniej podupadamy na zdrowiu. Jeśli przyjrzymy się bliżej liście chorób będących następstwem chronicznego stresu, prawdopodobnie będziemy bardzo zaskoczeni.

Na liście chorób znajdziemy: schorzenia układu krążenia oraz serca, bóle głowy, bóle mięśni, schorzenia układu pokarmowego, duszności, otyłość, problemy z cyklem miesiączkowym, a nawet bezpłodność, cukrzyca, bóle kręgosłupa, osteoporozę, problemy ze skórą, wypadanie włosów, a także... nowotwory. Z badań naukowców z Uniwersytetu w Bergen w Norwegii wynika, że osoby, które w testach wykazywały dużą nerwowość, o 25% częściej chorowały na raka związanego z nieprawidłowym działaniem układu immunologicznego, szczególnie na chłoniaki i nowotwory skóry.

Przewlekły stres może podstępnie zrujnować organizm, nie dając przy tym długo żadnych widocznych objawów. Każdy człowiek ma swój „limit”, po przekroczeniu którego pojawiają się pierwsze oznaki chorobowe. Zdarza się także, że pojawia się poważna choroba, mimo braku znaków ostrzegawczych. W wielu przypadkach



Tekst | IRONteam Sp. z o. o.

Stres poź ywką dla chor ób

ignorujemy znaki, które wysyła nasz organizm. Dopóki nie unie możliwiają nam codziennego funkcjonowania, leczymy się na własną rękę, bądź całkowicie staramy się nie reagować. Nigdy nie wiadomo, kiedy skończy się wytrzymałość organizmu. Początkowo odwracalne objawy przeradzają się w trwałe stany chorobowe. Patrząc w przeszłość, warto sobie przypomnieć ile razy unikaliśmy zwolnienia lekarskiego, aby nawet na chwilę nie wypaść „z obiegu”. Dopiero kiedy osiągnie nas poważna choroba, żałujemy tych wszystkich chwil, kiedy mogliśmy bardziej się o siebie zatroszczyć.

? Kto jest najbardziej narażony na stres?

Stres jest plagą naszych czasów i współczesnego stylu życia. Ciągła presja, pośpiech, niezliczone obowiązki. Dokładając do tego siedzący tryb życia, małą bądź znikomą aktywność fizyczną oraz odrzucenie relaksu na rzecz kariery – w efekcie otrzymujemy alarmujące statystyki chorobowe. Stres i jego negatywne skutki nie wybierają konkretnego wieku, jednak problem dotyczy zwłaszcza mieszkańców dużych miast. Do zawodów szczególnie narażonych na stres należą zawody o dużej odpowiedzialności osobistej: pilot, strażak, lekarz, pielęgniarka. Wszystkie zawody misji społecznej, a także te, które opierają się na kontakcie z drugim człowiekiem. Źródłem przewlekłego stresu mogą być także ciężkie lub przewlekłe choroby, zarówno nasze jak i naszych najbliższych. Trudne sytuacje finansowe np. kredyty, długi, praca np. zagrożenie zwolnieniem czy nadmiar obowiązków, a nawet brak perspektyw na dalszy rozwój.

? Jak radzić sobie ze stresem?

Zdając sobie sprawę z powagi sytuacji, powinniśmy pochylić się głębiej nad naszym zdrowiem. Wyeliminowanie stresu, może pomóc nam wyjść obroną ręką z wielu schorzeń. Żyjemy w takich czasach, kiedy samo zanieczyszczenie powietrza, jakoś spożywanego pożywienia czy czynniki genetyczne, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia chorób. Tym bardziej, powinniśmy troszczyć się o własne zdrowie psychiczne, nie ułatwiając chorobom dostępu do naszego życia.

Wielu specjalistów, lekarzy, psychologów publikuje rady dotyczące radzenia sobie ze stresem. Zazwyczaj, wiele z takich rad, spotyka się z dystansem i śmiechem. To bardzo przykry znak, pokazuje jednoznacznie jak mało dbamy o własne zdrowie psychiczne i jak odpychamy od siebie możliwości, które jak się okazuje – wcale nie należą do skomplikowanych. Nie warto oczekiwać gotowych recept na szczęście. Przede wszystkim zaś – nie ignorujmy najmniejszych znaków naszego organizmu, im wcześniej zareagujemy, tym dłużej będziemy cieszyć się życiem.

12 kroków do redukcji stresu wg Connie Stetler, amerykańskiej trenerki osobistej

1. Weź codziennie przynajmniej sześć głębokich oddechów, dzięki czemu rozluźnisz ciało i oczyścisz umysł.
2. Wykonuj 3-4 razy w tygodniu ćwiczenia, które przyspieszą puls. Jakie? Na przykład szybki spacer lub kilka rundek w górę i w dół po schodach.
3. Codziennie daj kilkanaście pocałunków dziecku lub domowemu zwierzątku. Kluczowym słowem jest tu „daj”. My, ludzie, zazwyczaj bierzemy, ale gdy dajemy, redukujemy nagromadzony stres.
4. Dwa, trzy razy w tygodniu wykonuj przez kilka minut ćwiczenia siłowe, na przykład podnoś ciężary, ruszaj się, napinaj mięśnie.
5. Sypiaj po osiem godzin dziennie.
6. Spożywaj każdego dnia dziewięć porcji owoców i warzyw – „smacznych lekarstw”. Mięso i produkty nie mają tej zalety.
7. Dwa razy dziennie zrezygnuj z czegoś, co mogłoby cię zestresować. To dużo mniej stresujące niż decyzja na „tak”, skutkująca przepracowaniem lub wypaleniem.
8. Dziesięć razy na dzień pomyśl sobie o czymś miłym. Pozytywne nastawienie wspina się zmniejsza stres, pozwalając nadziei przebić się do przeciążonego umysłu.
9. Pięć razy dziennie serdecznie się pośmiej. Naukowcy zaczynają powoli odkrywać, że jak stwierdził kiedyś mędrzec, śmiech to naprawdę dobre lekarstwo.
10. Raz, dwa razy na dzień posiedź sam w ciszy przez kilka minut. Przypomnij sobie, że masz niebiańskiego Ojca, który się tobą opiekuje.
11. Pij codziennie osiem szklanek wody. Nie soku owocowego, nie napoju gazowanego, nawet nie mleka sojowego. Wody. Dlaczego? Bo to ona przede wszystkim daje zdrowie. Czysta woda oczyszcza i nawilża organizm, a także wypłukuje toksyny.
12. Przynajmniej raz dziennie powiedz bliskiej osobie, że ją kochasz. Wyrażanie miłości może uspokoić zestresowane serce.

Fot | Chroma Stock

* Fot | Fotolia



Tekst | IRONteam Sp. z o. o.

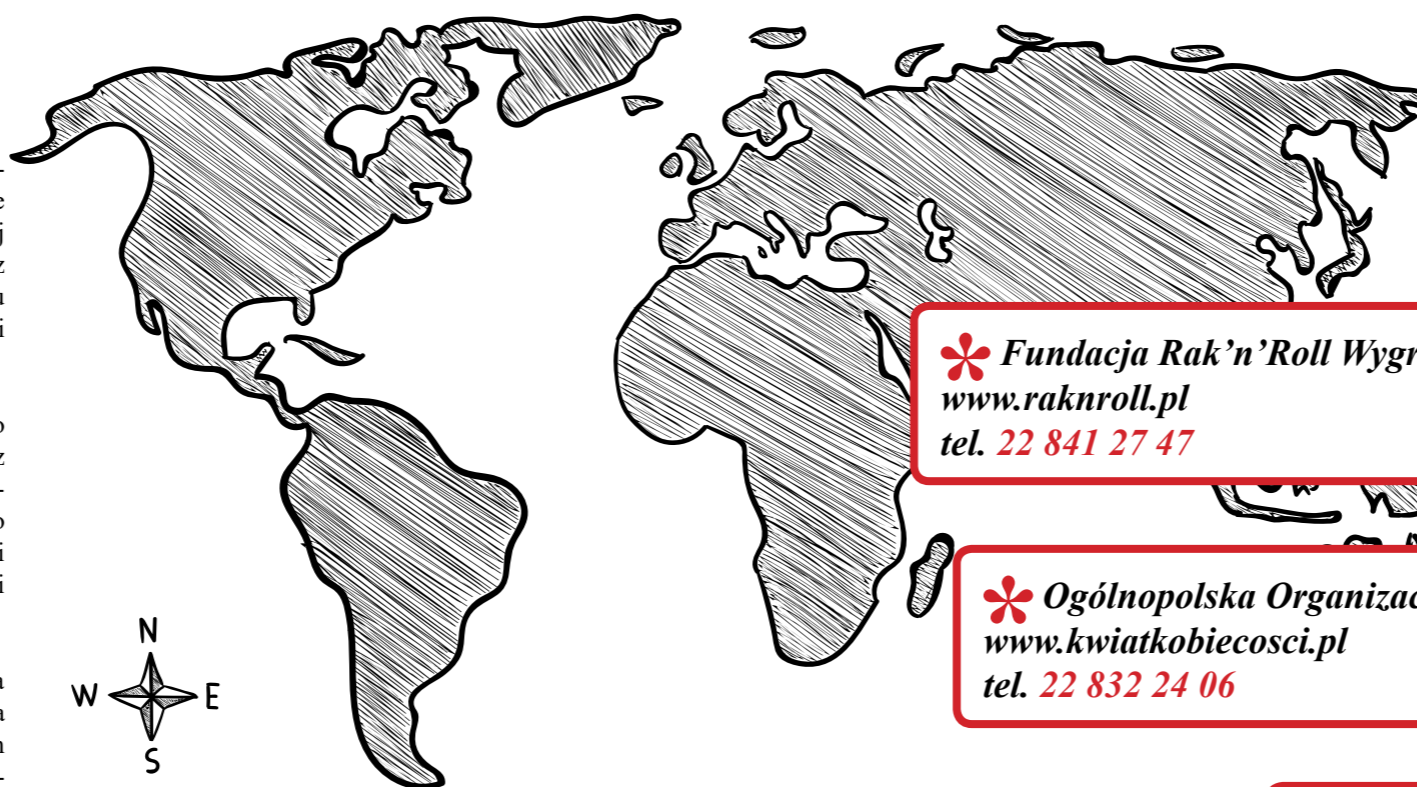
Światowy Dzień Walki z Rakiem – 4 lutego

Tekst | Autor tekstu?

Na przestrzeni ostatnich lat dokonał się ogromny postęp w świadomości społecznej na tematy związane z zachorowaniem na nowotwory. Nie tylko więcej o zagrożeniach związanych z nimi wiemy, ale coraz skuteczniej potrafimy im zapobiegać. W celu promocji tego typu działań 4 lutego każdego roku obchodzimy Światowy Dzień Walki z Rakiem.

Święto zostało ustanowione w 2000 roku w czasie Światowego Szczytu Walki z Rakiem pod patronatem prezydenta Francji oraz dyrektora generalnego UNESCO. Przyjęto wówczas Kartę Paryską. Państwa, które się pod nią podpisały zobowiązały się do prowadzenia działań mających na celu zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki oraz sposobu walki z chorobami nowotworowymi.

Liczba zachorowań na choroby nowotworowe zwiększa się na całym świecie. Według Krajowego Rejestru Nowotworów, liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w ciągu ostatnich trzech dekad wzrosła ponad dwukrotnie. Na szczęście efektywność ich leczenia w naszym kraju także jest coraz lepsza, choć nadal odstaje od europejskiej średniej. Dlatego lekarze zwracają uwagę na szczególną rolę jaką w walce z chorobami nowotworowymi odgrywa profilaktyka. Rak rozpoznany odpowiednio wcześniej jest niemal w każdym przypadku całkowicie wyleczalny.



Dlatego tak ważne jest samodzielne wykrywanie objawów oraz szybki kontakt z lekarzem w przypadku, gdy coś nas zaniepokoi. Nie można ignorować żadnych, najmniejszych nawet sygnałów ostrzegawczych.

Z inicjatywy Polskiej Unii Onkologii od 2008 roku podczas Światowego Dnia Walki z Rakiem organizowany jest Program Dnia Drzwi Otwartych w ośrodkach onkologicznych w całym kraju. Na specjalnie z tej okazji przygotowanych stanowiskach można otrzymać materiały edukacyjne, z których dowiemy się, jakie objawy powinny nas zaniepokoić oraz jak zmienić tryb swojego życia, aby najefektywniej bronić się przed niepożądanymi zmianami. Specjaliści udzielają darmowych konsultacji lekarskich, szczególnie pod kątem chirurgii onkologicznej, dermatologii oraz ginekologii. Należy pamiętać o konieczności zabrania ze sobą ważnego dokumentu tożsamości z numerem PESEL. Możliwe też będzie przeprowadzenie badań diagnostycznych. Obok podstawowych, takich jak pomiar tlenu węgla w wydychanym powietrzu czy pomiar cukru we krwi, będzie można wykonać także mammografię i cytologię. Jeśli lekarz stwierdzi taką konieczność, skieruje nas na dodatkowe badania kontrolne. Co więcej, w większości oddziałów organizowane są liczne wykłady oraz warsztaty edukacyjne, na których zainteresowani mogą dowiedzieć się podstawowych rzeczy związanych z nowotworami, sposobach ich wykrywania oraz leczenia. W niektórych placówkach przewidziana jest możliwość zwiedzenia danego ośrodka.

Również Polskie Towarzystwo Onkologiczne od lat działa na rzecz poprawy jakości leczenia chorych na nowotwory w Polsce. Wśród projektów zainicjowanych lub wspieranych przez PTO znalazła się m.in.: publikacje Strategia zwalczania raka piersi oraz raka jelita grubego czy Strategia Walki z Rakiem 2015-2024, z którymi można zapoznać się w internecie.

4 luty jest szczególną okazją, abyśmy zainteresowali się własnym zdrowiem i podjęli niezbędne kroki, aby utrzymać je w jak najlepszym stanie. I chociaż tego dnia mamy niezwykle dużo okazji do poszerzenia swojej wiedzy o możliwościach, jakie daje nam współczesna medycyna w walce z rakiem, o profilaktyce chorób nowotworowych należy pamiętać przez cały rok.

Każdy, kto zmagają się w swoim życiu z problemem choroby nowotworowej może zgłosić się do jednej z fundacji onkologicznych, które mają do zaoferowania swoim podopiecznym szeroki zakres pomocy. Wsparcie psychologiczne oraz informacyjne od członków i podopiecznych fundacji może okazać się bardzo wartościowe w walce z chorobą nowotworową. Organizacje działające lokalnie oferują grupy wsparcia, warsztaty, konsultacje oraz wspólne aktywności psychofizyczne. Podmioty ogólnopolskie organizują kampanie i akcje edukacyjne, internetowe zbiórki pieniędzy na leczenie oraz prowadzą działania na rzecz poprawy jakości życia chorych na raka. Na większości stron internetowych lub portali społecznościowych prowadzonych przez fundacje onkologiczne można znaleźć informacje o bieżących aktywnościach, przeprowadzanych akcjach oraz materiały edukacyjno-informacyjne.

Poniżej lista organizacji, które pomagają chorym na raka.

* Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
www.pkopo.pl
tel. 22 428 36 31

* Fundacja Rak'n'Roll Wygraj Życie!
www.raknroll.pl
tel. 22 841 27 47

* Federacja Stowarzyszeń Amazonki
www.amazonkifederacja.pl
tel. 61 8333 665

* Ogólnopolska Organizacja Kwiat Kobiecości
www.kwiatkobiecosci.pl
tel. 22 832 24 06

* Fundacja Pokonaj raka
www.pokonajraka.com
tel. 607 33 93 30

* Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych
www.alivia.org.pl
tel.: 22 266 03 40



Fot | Fotolia

Opracowanie | Redakcja KCO

Pytania od naszych Pacjentów

Czy skoro poddaje się operacji usunięcia guza, muszą poddawać się również chemioterapii i radioterapii?

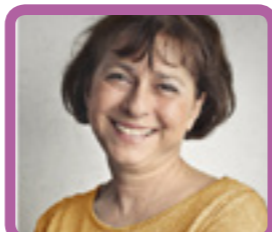
Chirurgiczne usunięcie zmienionych chorobowo komórek to najskuteczniejsza metoda pozbycia się nowotworu. Niemniej jednak należy pamiętać, że pomimo wysokiej precyzji takich zabiegów, w organizmie mogą pozostać zmienione chorobowo komórki, które nie zostały wycięte. Dlatego też często radioterapia lub chemioterapia stanowią leczenie uzupełniające, którego celem jest całkowita eliminacja komórek nowotworowych.

Zauważyłam lekkie przebarwienia skóry? Czy to jest groźne i jak można to sprawdzić?

Wszelkie zmiany skórne należy konsultować ze specjalistą. Może to być dermatolog, niemniej jednak również wskazane są konsultacje ze specjalistami z zakresu onkologii, ponieważ każda zmiana skórna może być – choć zdecydowanie nie musi – groźna dla organizmu.

W naszym Centrum działa Poradnia Onkologiczna, w której można skonsultować zmiany skórne i dowiedzieć się, czy wskazane są badania diagnostyczne.

Ludzie postawieni w obliczu choroby nowotworowej często mają takie same wątpliwości i obawy dotyczące ich stanu zdrowia. Postanowiliśmy udzielić odpowiedzi na wybrane najczęstsze pytania Pacjentów KCO, które pojawiają się przy okazji konsultacji lub zabiegów medycznych przeprowadzanych w naszym ośrodku.



Czy zmiany na skórze (przebarwienia) po leczeniu radioterapią są trwale?

Wszelkie zmiany skórne, a więc przebarwienia, pęknięte naczynka czy zmiana w dotyku są zazwyczaj przejściowe. Gdyby tego rodzaju objawy utrzymywały się dłużej (tj. ponad miesiąc po zakończeniu terapii), należy to skonsultować z lekarzem.

Czy powinienem unikać kontaktu z bliskimi po radioterapii? Jeśli tak, to jak długo?

Nie ma żadnych wskazań do tego, by unikać kontaktu z bliskimi po radioterapii. Mimo leczenia promieniami jonizującymi, ciało Pacjenta nie jest radioaktywne, a więc nie stanowi żadnego zagrożenia dla bliskich, nawet dla dzieci. Zaleca się natomiast, aby po każdej sesji radioterapeutycznej Pacjent pił jak najwięcej płynów (najlepiej wody mineralnej).



Czy oprócz badań specjalistycznych przeprowadzanych przez lekarza, sama też mogę jakoś kontrolować stan swojego zdrowia?

Kobiety mogą z powodzeniem samodzielnie badać swoje piersi w kierunku wykrycia zmian nowotworowych i innych. Ponadto należy uważnie obserwować skórę swojego ciała, ponieważ każda zmiana (pękające naczynka, żylaki, zmiany skórne, pieprzyki) mogą prowadzić do poważniejszych schorzeń. Podstawą do niepokoju jest również krew w moczu lub w kale. Niemniej jednak okresowe badania profilaktyczne w specjalistycznych placówkach medycznych są jak najbardziej wskazane – dzięki nim bowiem jest szansa na wykrycie zmian chorobowych w bardzo wczesnym stadium, kiedy ich leczenie jest najprostsze i najbardziej skuteczne.



Czy chemioterapia wpływa tylko na komórki nowotworowe czy na zdrowe również?

W zależności od specyfiki choroby stosowane są różne metody chemioterapii. Specjalne leki używane w chemioterapii (tzw. cytostatyki) są dobierane za każdym razem w sposób indywidualny. Niemniej jednak wszystkie te substancje działają w sposób niewybiórczy. Oznacza to, że cytostatyki atakują te komórki, które mnożą się najszybciej, jednak nie rozróżniają czy są to komórki nowotworowe czy nie. Tempo mnożenia się komórek nowotworowych jest znacznie szybsze niż komórek zdrowych, dlatego chemioterapia działa przede wszystkim na te właśnie komórki. Nie można jednak wykluczyć wpływu chemioterapii na komórki zdrowe.



Czy po chemioterapii zawsze wypadają włosy?

Nie w każdym leczeniu chemioterapią pojawia się wypadanie włosów, niemniej jednak jest to jeden ze skutków ubocznych, z jakim należy się liczyć. Należy pamiętać, że zwykle efekt przejściowy pojawia się dwa, trzy tygodnie po podaniu leków przeciwnowotworowych, następnie zaś włosy odrastają, nieznacznie silniejsze niż były.



Czy to prawda, że ryzyko raka szyjki macicy rośnie z wiekiem?

Nie, to nieprawda. Ryzyko związane z rakiem szyjki macicy dotyczy kobiet w każdym wieku, natomiast wzrasta w przypadku kobiet, które miały więcej partnerów seksualnych. Rośnie bowiem wówczas możliwość zakażenia wirusem HPV (brodawczak ludzki), który prowadzić może do zmian nowotworowych. Badania wykazują, że największym ryzykiem obarczone są kobiety między 20 a 30 rokiem życia właśnie ze względu na liczbę partnerów seksualnych w tym okresie. Należy również podkreślić, że stosowanie prezerwatyw nie chroni w 100 procentach przed zakażeniem, ponieważ wirus ten przemieszcza się poprzez zetknięcie męskich i żeńskich narządów rodnych. Prezerwatywy istotnie obniżają ryzyko, jednak nie dają pełnej gwarancji. Dlatego też tak istotne są regularne badania cytologiczne (minimum raz na sześć miesięcy), które pozwalają na wczesne wykrycie wirusa i skuteczne pozbycie się go.



Czy mogę prowadzić samochód po badaniach endoskopowych?

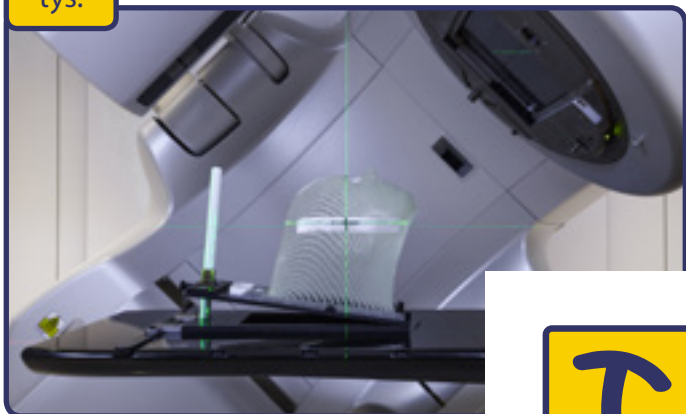
Prowadzenie samochodu po takich badaniach jest niewskazane ze względu na znieczulenie miejscowe, które zostaje Pacjentowi podane przed przystąpieniem do badań. Pacjent co prawda zostaje w naszym Centrum dopóki znieczulenie nie ustąpi, jednak najlepiej, żeby ktoś mógł odebrać Pacjenta ze szpitala bądź żeby Pacjent wrócił do domu taksówką.

Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice

50
tys.

Naświetleń rocznie wykonuje
zakład Radioterapii



Pracowni
specjalistycznych

8



12

Oddziałów
szpitalnych



Zabiegów
brachyterapii rocznie

500



TELEFONICZNA REJESTRACJA MEDYCZNA

32 420 0 420

ZADZWOŃ – NIE CZEKAJ W KOLEJCE

TOMOGRAF KOMPUTEROWY

REZONANS MAGNETYCZNY

MAMMOGRAFIA

RTG / USG

PORADNIE SPECJALISTYCZNE

PORADNIE ONKOLOGICZNE

PORADNIE LEKARZA POZ

ZAKŁAD RADIOTERAPII