

Nr 1(5) 2019 Kwiecień



KCO

Kwartalnik dla Pacjentów Katowickiego Centrum Onkologii



Powstanie i funkcjonowanie Oddziału Intensywnej Terapii

Dr n. med. Eugeniusz Frączyk



+ **Żywienie kobiet w ciąży**
Lek Dominika Jasińska-Stasiaczek



+ **Terapia onkologiczna w Pododdziale
Chemioterapii Diennej**



Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice



Aktualności

- 4. Powstanie i funkcjonowanie Oddziału Intensywnej Terapii – dr n. med. **Eugeniusz Frączyk**
- 6. Terapia onkologiczna w Pododdziale Chemioterapii Dzielnej



Twój szpital

- 8. Radioterapia protonowa w polsce i na świecie
- 9. Rak jajnika. Profilaktyka, diagnostyka, terapia – dr n. med. **Adam Nowara**
- 12. O czerniaku skóry – lek. med. **Anna Pyplacz-Grumprecht**
- 16. Popromienne zapalenie odbyticy – Prof. dr hab. **Marek Kawecki**
- 19. Wczesna prewencja niedożywienia pacjentów onkologicznych – **Karolina Janion, Maciej Rutkowski**
- 22. Konsorcjum Uroonkologiczne. Nasz Partner w walce o zdrowie pacjenta – dr n. med. **Jan Kawecki**
- 24. Wybrane skutki uboczne w terapii nowotworowej



Ciało i umysł

- 26. Biblioteczka onkologiczna
- 28. Nigdy nie jest za późno na rzucenie palenia
- 30. 12 sposobów na zdrowie
- 32. Mam żylaki i co dalej? – dr hab. n. med. **Damian Ziąja**
- 35. Przesilenie wiosenne
- 36. Żywienie kobiet w ciąży – lek med. **Dominika Jasińska-Stasiaczek**



Szanowni Państwo!

Pragniemy Państwa powitać na łamach kolejnego numeru kwartalnika Katowickiego Centrum Onkologii. Ostatni numer był w dużej części podsumowaniem ubiegłego roku. Ten zaś przynosi nam napawające dużym optymizmem informacje o rozpoczętych w 2019 roku działaniach i przedsięwzięciach, które w znaczący sposób przyczynią się do poprawy komfortu i bezpieczeństwa naszych pacjentów.

Wydarzeniem o niebagatelnym znaczeniu jest rozpoczęcie działalności Poddziału Chemioterapii Diennej. Ideą, która przyświecała jego utworzeniu, było zapewnienie pacjentom wymagającym chemioterapii odpowiednich warunków, które pozwoliłyby im na odbycie całego procesu bez potrzeby rezygnowania z aktywnego życia zawodowego czy prywatnego. Dzięki ciągłym staraniom naszego personelu medycznego udało nam się skrócić czas całej procedury do niecałych sześciu godzin. Jest to pierwsza z wielu korzyści powstania Poddziału Chemioterapii Diennej, którą już teraz mogą odczuwać nasi pacjenci.

W dziale Aktualności znajdą Państwo relację z pierwszych miesięcy funkcjonowania Oddziału Intensywnej Terapii, który został otwarty pod koniec ubiegłego roku. Zarządzający Oddziałem Dr n. med. Eugeniusz Frączyk opowiada w artykule, dlaczego powstanie OIT jest tak istotne dla mieszkańców naszego regionu, jakim sprzętem dysponuje pracujący w nim personel oraz jacy pacjenci uzyskują w nim pomoc.

Troje naszych specjalistów podjęło temat czerniaka skóry. Dzięki ich wspólnym staraniom powstał artykuł, który w kompleksowy sposób omawia problem tego nowotworu, przedstawia przyczyny jego powstawania oraz opisuje interdyscyplinarne podejście do metod wyleczenia. Na łamach naszego kwartalnika gościemy dr n. med. Jana Kaweckiego z zaprzyjaźnionego Szpitala Specjalistycznego im. prof. Emila Michałowskiego. Nasze Centrum podjęło ścisłą współpracę z ekspertami tego ośrodka w obszarze terapii nowotworów urologicznych. Pan dr n. med. Kawecki w swoim artykule przedstawia specyfikę prowadzonej przez niego placówki oraz omawia korzyści, jakie przyniesie pacjentom nasza współpraca.

W dziale Ciało i umysł kontynuujemy cykl krótkich omówień książek o tematyce onkologicznej. Każdy chętny znajdzie w nich szereg porad i wskazówek, jak własnymi działaniami wesprzeć prowadzoną terapię czy wesprzeć chorych bliskich. Na kolejnych stronach znalazło się również miejsce na artykuły, które mają Państwa zachęcić do porzucenia złych nawyków i wypracowania nowych, które zapewnią zdrowe i długie życie. Okazuje się, że trzeba naprawdę niewiele działań, abyśmy zapobiegli powstaniu chorób.

Wszystkim naszym czytelnikom życzymy miłej lektury i mamy nadzieję, że każdy znajdzie w naszych artykułach przydatne dla siebie informacje, które pomogą mu w zadbaniu o własne zdrowie.



Redaktor Naczelna:
Barbara Zembrzycka

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**

Powstanie i funkcjonowanie

Tekst | Dr n. med. Eugeniusz Frączyk

Oddziału Intensywnego Terapii

Oddział Intensywnej Terapii Katowickiego Centrum Onkologii przyjmuje pacjentów od 1 grudnia 2018 roku. W tym czasie leczonych było 35 pacjentów.



Dr n. med. Eugeniusz Frączyk

Jestem absolwentem Wydziału Lekarskiego ŚAM w Katowicach, po odbyciu stażu podyplomowego rozpocząłem pracę w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Górniczego Zabrze Biskupicach. Uzyskałem I stopień specjalizacji z Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Po obronie na ŚAM pracy doktorskiej pt. „Hemodylucja dwuatapowa z dopełnieniem łóżyska naczyniowego, jako metoda zapobiegania hipotensji u chorych operowanych w znieczuleniu podpajęczynówkowym” uzyskałem stopień naukowy dr n. med. W kolejnym roku uzyskałem drugi stopień specjalizacji w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W 1999 r. rozpocząłem pracę w Szpitalu im. Stanisława Leszczyńskiego, a obecnie Katowickim Centrum Onkologii na stanowisku Kierownika Dz. Anestezjologii, wprowadziłem i doskonaliłem techniki znieczulenia regionalnego m. in. znieczulenia zewnątrzoponowe porodu, które od 20 lat cieszą się dużym zainteresowaniem rodzących. W kolejnych latach zostałem specjalistą w zakresie farmakologii klinicznej.



Intensywnej Terapii

* Czym jest OIT?

Oddział Intensywnej Terapii jest miejscem, w którym leczeni są chorzy w stanach zagrożenia życia, często obciążeni niewydolnością wielonarządową. Tacy chorzy wymagają użycia specjalistycznej aparatury, która podtrzymuje i zastępuje pracę niewydolnych narządów np. płuc, nerek, krążenia, jednocześnie umożliwia monitorowanie ich funkcji. Do obsługi tych urządzeń wymagana jest wyskosp specjalistyczna kadra lekarsko-pielęgniarska. Połączenie specjalistycznej aparatury i profesjonalnego zespołu daje możliwość skutecznego ratowania zdrowia i życia pacjentów.

* Jakie są cele leczenia?

Ratowanie i podtrzymanie czynności życiowych organizmu u ciężko chorych z potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub wielu narządów. Zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom powracającym do zdrowia po ciężkiej chorobie, operacji lub urazie.

* Chorzy do OIT przyjmowani są w oparciu o:

- priorytety,
- szczególne wskazania wynikające z jednostek chorobowych,
- niezależne wskazania wynikające z parametrów fizjologicznych.

Priorytet 1: pacjenci w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wynikającego z destabilizacji krążenia lub oddychania, np.: ostra niewydolność oddechowa, chorzy we wstrząsie, w okresie pooperacyjnym bez względu na charakter wykonanej operacji.



* Znaczenie OIT dla pacjentów

Katowickie Centrum Onkologii rozwija się bardzo intensywnie. Wyrazem tych zmian jest powstanie w ostatnim czasie nowoczesnego Pawilonu Operacyjnego, w którym znajduje się Blok Operacyjny składający się z czterech sal operacyjnych, Oddziału Intensywnej Terapii posiadający siedem stanowisk oraz inne oddziały łóżkowe. Te wszystkie inwestycje zapewniły pacjentom KCO możliwość kompleksowego leczenia. Pacjenci pooperacyjni mają zabezpieczone miejsce w Oddziale Intensywnej Terapii, także inni pacjenci leczeni zachowawczo, jeśli tego wymagają mogą być leczeni w OIT. Dzięki powstaniu w/w oddziałów KCO jest nowoczesnym szpitalem świadczącym usługi medyczne na najwyższym poziomie.

* Nasz personel

Personel OIT stanowią lekarze, pielęgniarki, sekretarka medyczna oraz personel pomocniczy. Wszystkie pielęgniarki posiadają specjalizacje anestezjologii i intensywnej opieki, lekarze to specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii o dużym doświadczeniu. Leczenie na OIT jest leczeniem interdyscyplinarnym, korzystamy z konsultacji różnych specjalistów. Decyzje terapeutyczne są decyzją lekarzy OIT.

Terapia onkologiczna w Pododdziale Chemioterapii Diennej

Pododdział Chemioterapii Diennej w Katowickim Centrum Onkologii funkcjonuje od połowy lutego 2019 roku. Terapię onkologiczną pacjentów prowadzą w trybie dziennym doświadczeni lekarze specjaliści onkologii.

Oddział służy pacjentom z rozpoznaną chorobą nowotworową i przeznaczony jest do leczenia systemowego w trybie ambulatoryjnym, czyli dziennym i niewymagającym noclegu związanego z leczeniem. Chorzy, którzy trafiają do Oddziału z komisji interdyscyplinarnej, poradni onkologicznej czy też innego oddziału, mają ustalony indywidualny schemat leczenia. W jego skład wchodzi klasyczna chemioterapia dożylna lub doustna, hormonoterapia, immunoterapia, leczenie celowane tzn. ukierunkowane wcześniejszymi badaniami genetycznymi oraz leczenie w programach lekowych finansowanych przez NFZ.

Głównym celem, jaki przyświecał stworzeniu Oddziału w strukturach naszego szpitala, było zapewnienie Pacjentom onkologicznym profesjonalnej terapii i opieki z jednoczesnym zachowaniem ich aktywności w życiu codziennym.

Ściśle współpracujemy z Zakładem Radioterapii KCO (radio-terapia), co umożliwia leczenie skojarzone z zastosowaniem radiochemioterapii.

Przez cały cykl leczenia, chorzy są ściśle monitorowani panelem badań dodatkowych. Przed każdym podaniem dawki leczenia systemowego wykonywane jest pełne badanie lekarskie, pielęgnarskie oraz laboratoryjne. Ocenę wyników leczenia umożliwia dostęp do badań radiologicznych, tym konwencjonalnej radiologii, ultrasonografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz do badań scyntygraficznych. Współpracujemy z ośrodkami wykonującymi badanie PETscan.

W oddziale posiadamy 32 nowoczesne i wygodne fotele dla pacjentów, przeznaczone do hospitalizacji jednodniowej, punkt pobierania krwi, gabinet EKG, gabinet zabiegowy oraz 9 gabinetów do konsultacji lekarskich.

Dysponujemy doświadczoną kadrą lekarzy specjalistów onkologii klinicznej i pielęgniarek onkologicznych.

* Zakres działalności oddziału:

- konsultacje onkologiczne (w tym leczenie hormonalne),
- chemioterapia w trybie jednodniowym dziennym,
- ocena skuteczności leczenia oraz kontrole onkologiczne,
- leczenie przeciw bólowe,
- planowanie leczenia objawowego,
- profilaktyka nowotworów.

* W Poddziale Chemioterapii Diennej opieką obejmujemy chorych na nowotwory:

- przewodu pokarmowego (rak żołądka, jelita grubego),
- układu oddechowego,
- głowy i szyi,
- układu moczowego,
- narządów rodnych,
- skóry we wszystkich stopniach zaawansowania klinicznego.

Po leczeniu pacjenci pozostają pod kontrolą naszej Poradni Onkologicznej.

Badania wstępne, profilaktyka, leczenie i kontrola chorób nowotworowych objęte są refundacją NFZ.

**Pododdział Chemioterapii Diennej -
szczegółowe informacje i rejestracja
tel. 32 42 00 254, 32 42 00 255**



**Pracujemy od poniedziałku do piątku od godz.
7.00 do godz. 19.00.**

**Rejestracja do Poradni Onkologicznej przez
telefoniczną rejestrację pacjenta
CALL CENTER tel. 32 420 0 420**



Tekst | *Dr n. med. Izolda Mrochen-Domin*

Pobyt w szpitalu najczęściej kojarzy się z cierpieniem, umiarem, samotnością, badaniami diagnostycznymi, zabiegami operacyjnymi i strachem przed ich wykonaniem.

Personel lekarski i pielęgniarski mimo swoich starań w natłoku obowiązków i stale rosnącej liczby chorych często nie znajduje wystarczająco dużo czasu na spokojną rozmowę ze szpitalnym Pacjentem co jest powodem frustracji i poczucia osamotnienia, lęku hospitalizowanego Chorego.

Dla wielu Chorych pobyt w salach szpitalnych to nieprzyjemne przeżycie i związane z nim niedogodności w postaci wspólnej łazienki, włączonego całą dobę telewizora, nieatrakcyjnego jedzenia szpitalnego, a także niejednokrotnie niezbyt sympatycznego a nawet uciążliwego towarzystwa innych Pacjentów.

Całodobowy pobyt w szpitalu podnosi koszty leczenia, może być źródłem infekcji i pogorszenia stanu psychicznego Pacjenta.

Wielomiesięczna terapia systemowa Pacjenta onkologicznego z hospitalizacją w szpitalu powoduje często utratę aktywnego kontaktu z otaczającą rzeczywistością. Pacjent hospitalizowany funkcjonuje od wypisu do kolejnego przyjęcia zmieniając tylko zestaw rzeczy w torbie do szpitala.

Dlatego tworzenie oddziałów z terapią ambulatoryjną jest bardzo dobrym pomysłem i inwestycją dla Pacjenta.

Takie leczenie jest prowadzone w Oddziale Diennej Chemioterapii. Jest to miejsce, gdzie Pacjent po otrzymaniu zaleconego leczenia systemowego wraca tego samego dnia do domu. Nie musi zostać w szpitalu, nie musi być hospitalizowany.

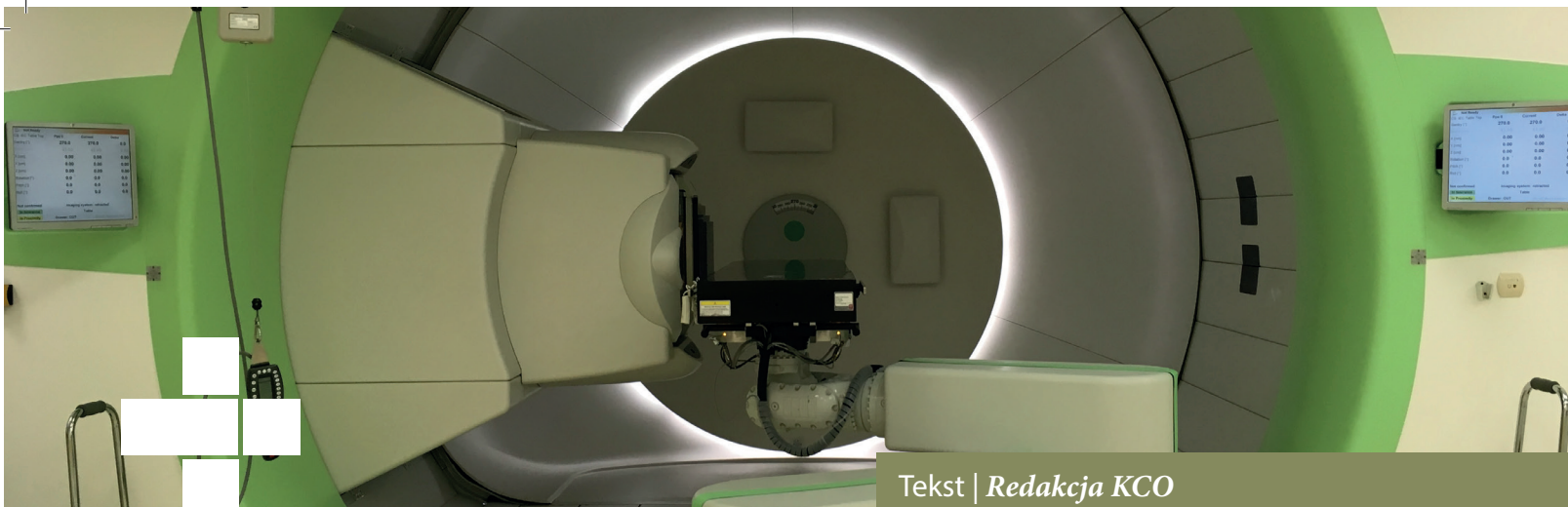
Z chemioterapią dzienną kojarzy się też „szybkość” w podaniu terapii. Po ocenie stanu klinicznego przez lekarza, pobraniu krwi i analizie jej wyników Pacjent otrzymuje leczenie i wypis potwierdzający terapię łącznie z zaleceniami, receptami wydanymi do domu.

Wobec trudności, które związane są z leczeniem szpitalnym uważa się, że dla wielu chorych których stan sprawności określa się jako dobry najbardziej optymalnym sposobem podawania chemioterapii jest właśnie leczenie ambulatoryjne. Pacjent nie musi zostać na noc w szpitalu, po zaaplikowanej terapii wraca do domu. Kładzie się do swego łóżka, spędza czas z najbliższymi – z rodziną, znajomymi. Może przytulić się do swego czworonożnego pupila, pójść na spacer czy wyjść na własny ogródek i posiedzieć na tarasie.

Dla wielu Pacjentów brak konieczności hospitalizacji pozwala prowadzić aktywny tryb życia, a nawet niejednokrotnie kontynuować pracę zawodową.

Dla Pacjenta, który nie musi przebywać w szpitalu jedynie otrzymuje terapię ambulatoryjną poziom stresu jest zawsze mniejszy, co z kolei przekłada się na lepsze ogólne samopoczucie, mniejsze objawy lęku czy zmniejszenie nasilenia stanów depresyjnych. Pozytywne myślenie, wsparcie osób najbliższych warunkach domowych pozwala na akceptację ciężkiej choroby i aktywizowanie organizmu w walce o życie.

Trudno nie wspomnieć, że istotną zaletą leczenia ambulatoryjnego jest redukcja kosztów terapii w czasie stale rosnących cen usług medycznych.



Tekst | Redakcja KCO

Radioterapia protonowa w Polsce i na świecie

Powszechnie na całym świecie w radioterapii wykorzystywane jest promieniowanie fotonowe. Jednak ma ona swoje wady oraz ograniczenia. Dlatego coraz więcej ośrodków oferuje swoim pacjentom terapię przy wykorzystaniu protonów.

Największą zaletą stosowania radioterapii protonowej, co podkreślają zgodnie wszyscy eksperci, jest niezwykła precyzja dostarczania wiązki promieniowania w wybrany obszar naświetlania. Tym samym znacznie większa dawka promieni uderza w samego guza, nie uszkadzając zdrowych tkanek będących w jego bezpośrednim sąsiedztwie. Pozwala to na ograniczenie powikłań i ewentualnych skutków ubocznych po promieniowaniu.

Jest to niezwykle ważne w przypadkach, kiedy napromieniowanie, a tym samym uszkodzenie tkanek sąsiadujących bezpośrednio ze zmianą nowotworową jest szczególnie niekorzystne, a nawet niebezpieczne dla zdrowia i życia pacjenta. Z tego samego powodu, protonoterapii zalecana jest w przypadku pacjentów dziecięcych. Ich młode, ciągle rozwijające się organizmy są bardziej narażone na negatywne skutki promieniowania niż ciało dorosłego.

Terapia protonowa może być wykorzystywana samodzielnie w leczeniu chorych lub jako część leczenia skojarzonego jako wsparcie dla zabiegu chirurgicznego lub chemioterapii.

Protonoterapia może być zatem wykorzystywana w leczeniu nowotworów głowy i szyi, np. guzów podstawy czaszki i mózgowia. Przynosi efekty w leczeniu czerniaka gałki ocznej. Niszczy bowiem nowotwór, ale nie uszkadza nerwu wzrokowego i to nawet wówczas, gdy guz znajduje się 1 milimetr od nerwu wzrokowego.

* *Terapia protonowa może mieć zastosowanie dla następujących wskazań klinicznych:*

- guzy podstawy czaszki,
- guzy mózgu i kręgosłupa szyjnego,
- naczyniaki naczyniówki,
- nowotwory przewodu pokarmowego, w tym przełyku i trzustki (nieprzerzutowe i bez zmian przerzutowych),
- rak gruczołu krokowego,
- nowotwory głowy i szyi,
- nowotwory wątroby (nieprzerzutowe i bez zmian przerzutowych),
- chłoniaki,
- nerwiaki,
- niedrobnokomórkowy rak płuca,
- glejaki (I-III stopień złośliwości),
- nowotwory wieku dziecięcego.

Pierwszy ośrodek stosujący terapię protonową na terenie Polski powstał w 2015 roku. Narodowe Centrum Radioterapii Hadronowej Centrum Cyklotronowe Bronowice funkcjonuje w Bronowicach pod Krakowem. Do czasu powstania tej placówki polscy pacjenci, aby skorzystać z takich możliwości musieli wyjeżdżać co najmniej do Pragi lub Monachium. Ponadto istnieją plany budowy ośrodków naukowo-badawczo-klinicznych w Warszawie i Poznaniu.

Katowickie Centrum Onkologii na bieżąco śledzi i współuczestniczy w światowych trendach. W celu zapewnienia pacjentom jak najlepszej opieki i dostępu do najnowszych metod terapeutycznych od lat współpracuje z Centrum Cyklotronowym w Bronowicach. Dzięki wspólnym działaniom udało się za pomocą radioterapii protonowej pomóc z bardzo dobrymi wynikami dużej grupie pacjentów zdiagnozowanych w naszym ośrodku. Jednym z nich jest pani Wanda, która podzieliła się swoją historią w jednym z poprzednich numerów naszego kwartalnika.

* *Ośrodki terapii protonowej na świecie:*

- Massachusetts General Hospital, USA
- Paul Scherrer Institute, Szwajcaria
- TERA, Włochy
- Uppsala Universitet, Szwecja
- Clatterbridge Center for Oncology, Wielka Brytania
- Charité Universitätsmedizin Berlin, Niemcy



Rak jajnika.

Profilaktyka, diagnostyka, terapia



Dr n. med. Adam Nowara

Jestem absolwentem Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach.

Położnictwem i ginekologią zajmuję się od 1993 roku. Po zakończeniu studiów podjąłem pracę w Oddziale Położnictwa i Ginekologii Szpitala w Katowicach przy ulicy Raciborskiej (obecnie Katowickie Centrum Onkologii), w którym pracuję do dziś.

Przez kilka lat zdobywałem doświadczenie zawodowe pracując w Klinice Położnictwa i Ginekologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. W 1996 roku uzyskałem I, a następnie w 1999 roku II stopień specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii. Stopień doktora nauk medycznych otrzymałem w 2008 roku po obronie rozprawy doktorskiej z zakresu uroginekologii. W 2012 roku zdałem egzamin specjalizacyjny z ginekologii onkologicznej. Obecnie pełnię funkcję zastępcy zarządzającego oddziałem ginekologiczno-położniczym z pododdziałem ginekologii onkologicznej.



Fot. | Krzysztof Zembrzycki

Rocznie odnotowuje się na świecie około 240 tys. zachorowań na raka jajnika. Najczęściej rozpoznawany jest w Europie, Ameryce Północnej oraz w Australii i Nowej Zelandii. W Polsce stwierdza się około 3,5 tys. nowych zachorowań, co stawia go na drugim miejscu (po raku trzonu macicy) wśród najczęściej występujących nowotworów narządów płciowych. Rak jajnika jest piątym, co do częstości występowania nowotworem złośliwym u kobiet, zaraz po: raku płuca, raku piersi, raku trzonu macicy i raku jelita grubego. Do drugiej połowy lat 90. XX wieku częstość zachorowań na raka jajnika wzrastała, po czym nastąpił spadek i stabilizacja zachorowań na poziomie 11 kobiet na 100 tys. rocznie. W województwie śląskim stwierdza się około 18 nowych zachorowań na 100 tys. w ciągu roku.

Większość zachorowań na raka jajnika przypada po menopauzie. Szczyt zachorowań występuje pomiędzy 55 a 59 rokiem życia, a aż 50% wszystkich zachorowań dotyczy kobiet między 50 a 69 rokiem życia.

Okolo 5-15% raków jajnika rozwija się u nosicielek zmutowanych genów BRCA1/2 oraz MMR odpowiedzialnych za rozwój zespołu Lyncha, ale przeważająca część nowotworów jajnika to tzw. rak sporadyczny, na którego występowanie wpływ mają przede wszystkim czynniki środowiskowe.

Jednym z nich jest niepłodność. Niektóre badania wskazują na niemal dwudziestokrotny wzrost ryzyka zachorowania u kobiet z niejasną przyczyną niepłodności, poddanych procedurze in vitro. Przebycie ciąży i porodu zmniejsza prawdopodobieństwo zachorowania na raka jajnika. **✿ Dowiedziono, że cztery porody zredukują ryzyko zachorowania o około 40%.** Na obniżenie ryzyka wystąpienia raka jajnika mają wpływ nie tylko przebyte porody, ale także poronienia. Kolejnym czynnikiem obniżającym to ryzyko jest antykoncepcja hormonalna. **✿ Opublikowano liczne badania pokazujące spadek zachorowań nawet o 60% u kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne przez 10 lat.** Przyjmowanie doustnej antykoncepcji w krótszym, pięcioletnim okresie, również oddziałuje korzystnie, redukując zachorowania, ale już tylko o 20-30%.

Ograniczenie zachorowań na skutek przebytych ciąży i porodów, a także w wyniku stosowania antykoncepcji tłumaczą dwie teorie. Pierwsza z nich zakłada, że u podstaw korzystnego oddziaływania tych dwóch czynników leży hamowanie owulacji, które zapobiega uszkodzeniom nabłonka na powierzchni jajnika. Dzięki czemu nie dochodzi do rozwoju torbieli inkluzyjnych i rozpoczęcia nowotworzenia. Druga hipoteza tłumaczy tę sytuację apoptozą (naturalny proces zaprogramowanej śmierci komórki w organizmie wielokomórkowym) indukowaną przez progesteron lub progestageny. W jej wyniku dochodzi do usunięcia komórek nowotworowych z jajnika.

Rozróżniamy dwa typy raka jajnika: typ I i typ II. Raki typu I są na ogół ograniczone do jajnika w momencie rozpoznania i rozwijają się z dobrze zróżnicowanych zmian prekursorowych tzw. „guzów granicznych”. W przeciwieństwie do nich, raki typu II charakteryzują się dużą dynamiką wzrostu i agresywnym przebiegiem. I to właśnie jest powodem, dla którego rak jajnika jest niestety najczęściej rozpoznawany w późnych stadiach zaawansowania klinicznego. Jak dotąd nie udało się opracować skutecznego programu badań przesiewowych pozwalających wykryć nowotwór w I stopniu zaawansowania, czy to w oparciu o metody obrazowe, czy też o metody wykorzystujące biomarkery takie jak Ca 125, HE4, Beta2-mikroglobulina, transferyna, apolipoproteina i prealbumina.

Spadek masy ciała, zwiększenie obwodu brzucha, duszność, łatwe męczenie się, czasem żółtaczka czy krwawienie z dróg rodnych to łatwo zauważalne objawy zaawansowanego raka jajnika. Wbrew powszechnemu przekonaniu, że rak jajnika przebiega bezobjawowo aż do stadiów zaawansowanych, istnieją wczesne oznaki tego nowotworu. Wśród nich wymienić można niecharakterystyczne i często słabo wyrażone symptomy, głównie ze strony przewodu pokarmowego, takie jak wzdęcia, nudności, bóle brzucha, zmniejszenie apetytu, ale także częste oddawanie moczu. Powyższe dolegliwości niejednokrotnie są dla kobiet mało niepokojące i często bagatelizowane albo też skłaniają je do poszukiwania przyczyny pośród chorób układu pokarmowego lub moczowego. Pierwszym objawem raka jajnika może też

Pośród czynników związanych z prokreacją korzystnie oddziałuje laktacja, obniżając zachorowania o 8% na każde 5 miesięcy karmienia piersią.



Kobiety mogą ograniczyć szanse rozwoju raka jajnika poprzez modyfikację czynników środowiskowych, w tym nawyków żywieniowych. Zachowania zgodne z promowaną przez WHO piramidą żywieniową, w tym zwłaszcza wzrost spożycia zielonych jarzyn i niska konsumpcja tłuszczu, redukują prawdopodobieństwo wystąpienia raka jajnika. Udowodniono, że dieta bogata w warzywa oraz w owoce, a zwłaszcza w pomidory zmniejsza to prawdopodobieństwo o 70%. Innym elementem środowiskowym, na który mamy wpływ jest sen. Zaobserwowano, że długość snu ma istotne znaczenie dla ryzyka wystąpienia raka jajnika. **7 godzin snu na dobę może obniżyć je o 60%. Niekorzystny efekt może natomiast wywołać stosowanie kosmetyków zawierających talk, takich jak puder, na okolice genitalne.**


Warto omawiając czynniki zachorowania na raka jajnika wspomnieć o endometriozie, chorobie na którą cierpi 176 milionów kobiet na całym świecie. Niektóre typy histologiczne raków jajnika, mogą rozwijać się na jej podłożu. Zauważono, że w populacji ogólnej jedna kobieta na 76 tj. 1,3% zachoruje na raka jajnika. Wśród chorujących na endometriozę ryzyko to wynosi 1,8%. Tak niewielki wzrost zachorowań z całą pewnością nie może usprawiedliwiać usuwania jajników i jajowodów tylko i wyłącznie w celu prewencji zachorowania na raka jajnika w tej grupie kobiet, zwłaszcza, że wczesne wywołanie menopauzy prowadzi do 162% wzrostu zachorowania na choroby układu krążenia.

Inaczej, niż w przypadku zachorowań sporadycznych, przedstawia się profilaktyka uwarunkowanych genetycznie raków jajnika. Działaniem rekomendowanym w literaturze naukowej jest usunięcie jajników i jajowodów u nosicielek mutacji BRCA1/2 po zakończeniu prokreacji.



czasem być zakrzepica żylna lub inne powikłania zakrzepowo-zatorowe (przy braku innych czynników ryzyka). Objawy te mogą wyprzedzić rozpoznanie raka jajnika nawet o rok. Dlatego w przypadku wystąpienia takich objawów, przy braku innych zauważalnych przyczyn, warto poprowadzić diagnostykę w kierunku raka jajnika w poradni ginekologicznej. Ta diagnostyka obejmuje badanie ginekologiczne, badania biochemiczne i obrazowe. Zwykle rozpoczyna się od oznaczenia poziomu Ca-125 i HE4 oraz określenia prawdopodobieństwa raka jajnika za pomocą algorytmu ROMA. U 17-48% pacjentek odnotowuje się podwyższone poziomy Ca-19,9, markeru, który przede wszystkim wykorzystany jest do rozpoznawania i monitorowania raka trzustki i nowotworów przewodu pokarmowego. Równoległe wykonywane są badania obrazowe. Badanie ultrasonograficzne zwłaszcza interpretowane w oparciu o kryteria grupy IOTA lub RMI (risk of malignancy index) ułatwia postawienie rozpoznania. W następnej kolejności przed zaplanowaniem leczenia wykonywane są kolejne badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej, rezonans magnetyczny, zdjęcie płuc oraz badania laboratoryjne. Na ich podstawie ustalane jest dalsze postępowanie. W niektórych sytuacjach właściwe zaplanowanie leczenia umożliwia przeprowadzenie laparoskopii zwiadowczej w trakcie której, z dużym prawdopodobieństwem można przewidzieć szanse doszczętniej resekcji guza.

Leczenie raka jajnika jest postępowaniem interdyscyplinarnym, tzn. takim, w którym uczestniczą lekarze różnych specjalności medycznych. Kluczową rolę w leczeniu raka jajnika odgrywa leczenie operacyjne. Zasadniczym zadaniem chirurgii jest usunięcie guza, czyli cytoredukcja. Na przestrzeni lat cele stawiane cytoredukcji zmieniały się. Początkowo oczekiwano jedynie pozostawienia resztek guza nie większych niż 2 cm. Obecnie pierwszorzędowym celem operacji jest uzyskanie pełnej doszczętności, czyli braku jakichkolwiek widocznych gołym okiem ognisk nowotworu. W przypadkach, kiedy jest to niemożliwe wskazane jest pozostawienie resztek nieprzekraczających 1 cm, a lepiej mniej niż 0,5 cm. W trakcie operacji pobieramy materiał do badania histopatologicznego w celu ustalenia dokładnego rozpoznania oraz ustalamy stopień zaawansowania klinicznego. Zabiegi operacyjne w raku jajnika przekraczają zakres standardowej chirurgii ginekologicznej. Już początkowe stadia wymagają wykonywania zabiegów w nadbrzuszu takich jak np. resekcja sieci większej czy zabiegów w przestrzeni pozaotrzewnowej jak na przykład usunięcie węzłów chłonnych okołoaortalnych. W zaawansowanych stopniach choroby konieczne są niejednokrotnie resekcje wielonarządowe obejmujące jelito grube, jelito cienkie, żołądek, śledzionę, ogon trzustki, wątrobę czy otrzewną kopuł przepony. Bezpieczne i możliwe jak najkrótsze przeprowadzanie tak rozległych zabiegów operacyjnych wymaga dobrego wyszkolenia personelu, ale również dostępności nowoczesnych narzędzi, takich jak modułowe retraktory chirurgiczne, monopolarne i bipolarne narzędzia chirurgiczne, bipolarne instrumenty koagulująco-tnące, staplery jelitowe, nóż wodny, koagulacja argonowa, nowoczesne materiały hemostatyczne. Wszystkie te możliwości mamy w Katowickim Centrum Onkologii (KCO). Ponieważ leczenie operacyjne raka jajnika u znaczącej liczby chorych jest bardzo rozległe i tym samym obciążające, poza postępowaniem mającym na celu rozpoznanie nowotworu jajnika i określenie jego zaawansowania, a tym samym możliwości resekcji guza, równoległe przebiegają działania pozwalające ustalić ogólny stan zdrowia pacjentki i występujące u niej choroby towarzyszące. Niejednokrotnie dopiero po przygotowaniu pacjentki przez lekarzy innych specjalności, internistów, kardiologów, pulmonologów, anestezjologów, możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne. Niezwykle istotne jest również zadbanie o prawidłowe odżywienie pacjentek, uzyskanie odpowiednich poziomów albumin, stosowanie diety bogato białkowej, a także ćwiczeń poprawiających sprawność ogólną organizmu. Takie postępowanie redukuje ilość powikłań, skraca rekonwalescencję i poprawia efekty leczenia.



Skuteczność leczenia i szansa na uratowanie życia w dużej mierze zależy od wczesnego wykrycia i szybkiego wdrożenia leczenia.

Pomimo bardzo istotnej roli jaką ma chirurgia w leczeniu raka jajnika nie jest ona samodzielną metodą terapii, za to pozwala stworzyć optymalne warunki do następczej chemioterapii, immunoterapii czy w wybranych przypadkach radioterapii. Wyjątek stanowią jedynie bardzo wczesne postacie raka jajnika, gdzie właściwe przeprowadzenie operacji jest działaniem wystarczającym. W KCO, tak jak i na świecie, terapią pierwszego rzutu po leczeniu operacyjnym jest chemioterapia z użyciem karboplatyny i paklitakselu uzupełniana, jeśli to konieczne i możliwe, o immunoterapię Bevacizumabem. Aktualnie toczą się badania, które starają się znaleźć skuteczniejsze metody postępowania. Dotyczą wprowadzenia nowych metod diagnostyki, zastosowania nowych leków oraz schematów lekowych, podania dootrzewnowego chemioterapii czy zastosowania hipertermii. Choć wiele kierunków tych badań jest obiecująca, dotychczasowe wyniki wciąż pozostają niejednoznaczne.

Nadal jednak skuteczność leczenia i szansa na uratowanie życia w dużej mierze zależy od wczesnego wykrycia i szybkiego wdrożenia leczenia. Dlatego też, każda kobieta powinna poddawać się regularnym, profilaktycznym badaniom ginekologicznym, reagować na niepokojące sygnały wysyłane przez jej organizm oraz prowadzić zdrowy tryb życia.

O czerniaku skóry

Czerniak wywodzący się ze skóry stanowi najpoważniejszy problem onkologiczny w dermatologii. Częstość występowania i śmiertelność z powodu czerniaka wzrosły w ciągu ostatnich dekad. W porównaniu z innymi nowotworami złośliwymi występujących u człowieka czerniak rozwija się u względnie młodej populacji zachorowania są niezmiernie rzadkie u dzieci przed pokwitaniem i wykazuje tendencję do przerzutów we wczesnym stadium choroby. Wczesne wykrycie z następującym właściwym wycięciem prowadzi do uzyskania wskaźnika wyleczeń sięgającego >90% w przypadku czerniaków o niskim stopniu ryzyka. W ostatnich 6 latach nastąpił przełom w leczeniu czerniaków w stadium uogólnienia. Wiąże się to zarówno z rozwojem leczenia ukierunkowanego molekularnie, jak i immunoterapii. Nowe metody leczenia wprowadzone do codziennej praktyki klinicznej sprawiły, że obecnie sposób postępowania w przypadku rozpoznania nieresekcyjnego przerzutowego czerniaka skóry ma niewiele wspólnego z praktyką kliniczną sprzed kilku lat. W Polsce w ramach programów lekowych dostępnych jest obecnie siedem nowych terapii - wemurafenibem, dabrafenibem, kobimetynibem, trametynibem, ipilimumabem, pembrolizumabem i niwolumabem. Obecnie podstawę leczenia systemowego stanowi immunoterapia i leczenie skojarzone lekami ukierunkowanymi molekularnie. Co więcej, najnowsze dane dają nadzieję również na postęp w leczeniu uzupełniającym u chorych o dużym ryzyku nawrotu choroby.

Czerniak to jeden z najbardziej złośliwych nowotworów skóry, powstający w obrębie znamion barwnikowych lub w skórze nie zmienionej, dający wczesne przerzuty. Punktem wyjścia czerniaka są melanocyty, które ulegają złośliwej transformacji. Aczkolwiek czerniak nie wydaje się być nowotworem dziedzicznym, na rolę czynników genetycznych w jego powstawaniu wskazują przypadki rodzinnego występowania (ok. 10%) oraz stwierdzone aberracje chromosomalne. Czerniak jest prawdopodobnie związany z kilkoma genami oraz wieloma czynnikami wywołującymi. Znaczenie w rozwoju zmian mogą mieć promienie słoneczne, gdyż czerniaki są częstsze u osób o bardzo jasnej karnacji oraz w przypadkach przewlekłej ekspozycji na słońce, zwłaszcza w dzieciństwie, co może powodować obniżenie odczynowości komórkowej. Czerniak jest nowotworem immunogennym. Powstają p/c skierowane przeciwko antygenom glikoproteinowym na powierzchni komórek nowotworowych, niektóre reagujące jedynie z własnym guzem, niektóre zaś dające reakcje krzyżowe z czerniakami innych osób. Obecne są również limfocyty T, swoście reagujące z komórkami nowotworowymi in vitro, oraz limfocyty cytotoksyczne nieswoiste, które ulegają uaktywnieniu po zadziałaniu IL-2, co zostało wykorzystane w leczeniu czerniaków. O znaczeniu mechanizmów immunologicznych w patogenezie melanoma świadczy 3-5 krotny wzrost zachorowań w przebiegu immunosupresji wywołanej leczeniem (np. u osób po przeszczepach) oraz częstsze występowanie u chorych z AIDS. Co do wpływu hormonów istnieje kontrowersja - czerniaki wg jednych autorów uaktywniają się w czasie ciąży, połogu i okresu pokwitania, a wg innych czynniki wewnętrzwydzielnicze nie mają większego znaczenia dla rozwoju melanoma, podobnie jak środki antykoncepcyjne.

* Rozróżnia się 4 główne typy czerniaka w zależności od zmian, z jakich powstają, oraz sposobu szerzenia się nowotworu:


1. czerniak wychodzący z plamy soczewicowatej-lentigo maligna melanoma (LMM) 5-15% umiejscowiony prawie wyłącznie na twarzy lub w innych okolicach odsłoniętych, jest to stosunkowo łagodna odmiana czerniaka.

2. czerniak szerzący się powierzchownie-superficial spreading melanoma (SSM) najczęstsza odmiana 60-70% przypadków, wychodząca na ogół ze znamion barwnikowych w większości dysplastycznych, zajmuje okolice odsłonięte kończyny dolne i odsłonięte tułów.

3. czerniak guzkowy - nodular melanoma (NM), odmiana najcięższa występująca w 15-30% wychodząca bądź ze znamion barwnikowych, bądź ze skóry zdrowej; najczęstsze umiejscowienie: głowa, plecy, kark.

4. czerniak umiejscowiony na kończynach wychodzący z plam soczewicowatych-melanoma acro - lentiginosum (ALM) 5-10%; zajmuje głównie okolice około- i podpaznokciowe stóp i dłoni.

Poza tym w bardzo rzadkich przypadkach czerniaki mogą rozwijać się ze znamion błękitnych (naevus coeruleus malignus).



*lek. med. Anna Pyplacz-Gumprecht
specjalista dermatolog-wenerolog. Absolwentka
Śląskiej Akademii Medycznej w 1980 roku,
zatrudniona w KCO od 1980 roku. Po odbyciu
stażu podyplomowego od 1981 pracuje
w Oddziale Dermatologicznym, w 1988 roku
uzyskała I stopień specjalizacji, 1996 roku II
stopień specjalizacji z zakresu dermatologii
i wenerologii. Zarządzająca Oddziałem
Dermatologicznym od 2000 roku*



Kliniczne różnicowanie diagnostyczne czerniaka:

Do najcięższych postaci należą czerniaki bezbarwnikowe (melanoma amelanoticum), nie zawierające barwnika lub zawierające tylko niewielkie jego ilości; mogą to być pierwotne guzy skórne lub przerzuty.

Umiejscowienie czerniaka w innych narządach niż skóra: gałka oczna i spojówki 70-80%, srom, odbyt i odbytnica, nosogardło, n. płciowe męskie, zatoki, (OUN), żołądek, krtań.

Przerzuty do skóry otaczającej powstają drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych. Często są przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych. Najgorzej rokują zmiany umiejscowione na tułowiu.

** Czynniki ryzyka rozwoju czerniaka:*

- czerniak w rodzinie
- uprzednio stwierdzony czerniak u chorego
- znamiona dysplastyczne, zwłaszcza gdy w rodzinie występował czerniak
- wrodzone znamiona
- bardzo duża liczba znamion barwnikowych, znamion w miejscach drażnienia
- jasna karnacja, rude lub blond włosy, niebieskie oczy, liczne piegi
- oparzenia słoneczne, szczególnie w dzieciństwie
- korzystanie z solarium

1. Guzy melanocytowe:

- znamiona melanocytowe, szczególnie dysplastyczne
- atypowe znamię melanocytowe
- znamię Spitz
- znamię błękitne
- znamiona podrażnione lub ulegające regresji

2. Guzy nabłonkowe:

- barwnikowy rak podstawnokomórkowy
- podrażniona brodawka łojotokowa
- brodawka pospolita
- barwnikowe rogowacenie słoneczne
- guzy przydatków, szczególnie gdy są zabarwione/nabłonniak, wapniejący barwnikowy, gruczolak potowy

3. Guzy naczyniowe:

- naczyniak rogowaciejący
- naczyniak krwionośny, szczególnie z zakrzepami
- ziarniniak naczyniowy
- guz kłębka
- mięsak Kaposiego
- flebektazje

4. Różne:

- barwnikowy włókniak twardy
- krwotok, szczególnie pod paznokciowy lub czarna pięta

Rozpoznanie histologiczne powinno być uzupełnione badaniami przy użyciu p/ciał monoklinalnych: S100/zawsze dodatnie w komórkach czerniaka, ale nie całkiem swoiste/ oraz bardziej swoistych-HMB45.

Na co muszę zwracać uwagę .Poznaj ABCDE czerniaka.

Czerniaki mają wiele cech charakterystycznych, które pomogą w ich rozpoznaniu:



A

asymetria, np. znamię „wylewające” się na jedną stronę



B

brzozi poszarpane, nierównomierne, posiadające zgrubienia



C

czerwony, czarny, niejednolity kolor



D

duży rozmiar, wielkość zmiany powyżej 6 mm



E

ewolucja, czyli postępujące zmiany zachodzące w znamieniu

Jak mogę uchronić się przed czerniakiem:

- raz w miesiącu oglądaj swoją skórę - sprawdź, czy Twoje znamiona nie zmieniają się lub czy nie pojawiły się nowe,
- jeśli zauważysz, że coś podejrzanego dzieje się z Twoim znamieniem, udaj się do dermatologa, lub chirurga-onkologa
- unikaj słońca w godzinach 11.00-16.00,
- nie opalaj się w solarium!,
- jeśli chcesz się opalać, to z głową-pamiętaj o stosowaniu filtrów UV, noszeniu czapki i okularów p/słonecznych,
- przynajmniej raz na rok odwiedzaj dermatologa lub chirurga- onkologa.

Jak wygląda badanie skóry

Wszystkie znamiona, narośla, pieprzyki, które mogą budzić niepokój powinny zostać zbadane przez dermatologa i w razie jakichkolwiek wątpliwości wycięte przez chirurga-onkologa. Badanie przeprowadzane u specjalisty jest szybkie, bezbolesne i nieinwazyjne.

Lekarz ogląda skórę za pomocą dermoskopu, który wychwytuje wszelkie atypowe zmiany.

Jak leczyć czerniaka

Czerniak skóry we wczesnym stadium jest bardzo łatwy do wyleczenia poprzez proste chirurgiczne wycięcie zmiany wraz z szerokim marginesem okolicznej tkanki. W przypadku występowania większych czerniaków o grubości ponad 1 mm (w głąb skóry) dokonuje się biopsji węzłów chłonnych położonych najbliżej nowotworu. Jeśli w pobranych węzłach znajdują się komórki nowotworowe, konieczne jest ich całkowite wycięcie oraz, w wybranych przypadkach, leczenie uzupełniające. W zaawansowanym stadium czerniaka stosuje się chemioterapię, radioterapię, immunoterapię i terapię celowaną.

W Oddziale Dermatologicznym KCO hospitalizowani pacjenci mają możliwość badania dermoskopowego barwnikowych zmian skórnych co umożliwia wczesne wykrycie zmian podejrzanych i w konsekwencji kompleksowe leczenie chirurgia onkologiczna, radioterapia, onkologia kliniczna.



W Polsce co roku odnotowuje się ok. 50 000 przypadków nowych zachorowań na nowotwory skóry, w tym 3000 zachorowań na czerniaki. Czerniak stanowi tylko 6% wszystkich nowotworów skóry, ale aż 80% chorych na czerniaki umiera z powodu tej choroby. Liczba zachorowań na czerniaka w Polsce podwaja się co 10 lat.

Dr n. med. Wojciech Poborski – specjalista onkologii klinicznej, chemioterapii nowotworów chorób wewnętrznych. Zarządzający Oddziałem Onkologii w Katowickim Centrum Onkologii. Lekarz z wieloletnim doświadczeniem w walce z chorobami nowotworowymi, jak i sprawnym zarządzaniem całym szpitalnym oddziałem.

Podstawowym sposobem leczeniem czerniaka złośliwego jest wycięcie zmiany w jak najwcześniejszym stadium. Skuteczność tego typu postępowania potwierdzają dane epidemiologiczne z Australii, gdzie wraz z wprowadzeniem obowiązkowych przeglądów skóry osób ubezpieczonych stwierdzono gwałtowny spadek umieralności przy utrzymującym się wysokim poziomie zachorowań (korelacja zachorowań u rasy białej z promieniowaniem UV).

Przez wiele lat leki stosowane w rozsianym, zaawansowanym czerniaku złośliwym wpływały jedynie u części chorych na zmniejszenie wielkości guzów, natomiast nie wykazywały wpływu na wydłużenie czasu przeżycia.

Zasadniczym przełomem w terapii czerniaka złośliwego było opublikowanie wyników badań III fazy na Konferencji Amerykańskiego Stowarzyszenia Onkologii Klinicznej w 2010 roku zastosowania Ipilimumabu w skojarzeniu z innymi substancjami u pacjentów z rozsianą chorobą. U około ¼ pacjentów uzyskano przeżycia wieloletnie. Mechanizm działania Ipilimumabu opiera się na hamowaniu odpowiedzi immunologicznej (a więc pośrednio nasilenie odpowiedzi). Obecnie Ipilimumab stosowany jest w skojarzeniu z tzn. inhibitorami punktu kontrolnego (Checkpoint inhibitor).

Leki te, wykazują inny mechanizm, który w rezultacie nasila odpowiedź immunologiczną przy równoczesnym stosowaniu z Ipilimumabem.

Wyniki leczenia tymi skojarzeniami pozwalają na uzyskanie u znacznej części chorych długotrwałych remisji, utrzymujących się nawet po zakończeniu leczenia.

Kolejną grupą leków stosowanych od około 2013 roku, które okazały się skuteczne w leczeniu czerniaka złośliwego są inhibitory BRAF (skuteczna u chorych z mutacją BRAF V600), które obecnie stosowane są w skojarzeniu z inhibitorami MEK. Skuteczność skojarzeń jest znacznie wyższa niż samych inhibitorów BRAF.

W grupie tej w Polsce dysponujemy dwoma skojarzeniami tj. Vemurafenib z Kabimety nibem oraz Dabrafenib z Tramety nibem. Leki te charakteryzują się nieco odmiennymi profilami działań ubocznych.

W 2018 roku amerykańska agencja FDA oraz Komisja Europejska na wniosek EMEA zarejestrowały kolejne skojarzenie Enkorafenib z Binimety nibem charakteryzujący się znacznie niższym poziomem zmian skórnych związanych z leczeniem. Skojarzenie to nie jest na razie dostępne w Polsce.

Wybór leków związany jest z jednej strony z obecnością mutacji BRAF, z drugiej zaś z dynamiką choroby. Odpowiedzi na terapię Ipilimumabem w skojarzeniu z checkpoint inhibitorami jest znacznie wolniejsza i występuje nawet po dłuższym czasie po zastosowaniu leków.

Dr n. med. Marek Heitzman - studia w latach 1996-2002, absolwent Śląskiej Akademii Medycznej, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej, 2004-2016 Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej SUM, w KCO od 01.10.2016 Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej

Czerniak złośliwy skóry jest najgroźniejszym nowotworem złośliwym wywodzącym się ze skóry, jednak wcześniej rozpoznany jest w ogromnej większości przypadków całkowicie wyleczalny.

Rozpoznanie czerniaka skóry dokonuje się na podstawie badania histopatologicznego wyciętego, podejrzanego klinicznie, znamienia barwnikowego. Znamiona budzące niepokój onkologiczny to znamiona duże (> 6-7 mm), asymetryczne, o nierównych brzegach, zmieniające kolor, kształt i wielkość, sączące treścią surowiczą lub krwawiące. Niepokoić powinno również pojawienie się takich objawów jak stan zapalny skóry, przeczulica lub świąd w okolicy znamienia.

Każdy chory po biopsji wycinającej znamienia barwnikowego, u którego w badaniu histopatologicznym rozpoznano czerniaka złośliwego skóry powinien niezwłocznie zgłosić się do chirurga onkologa bądź onkologa klinicznego. Specjalista zbada chorego m.in. oceni bliznę po biopsji wycinającej oraz regionalne węzły chłonne. Po założeniu karty DILO (szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego) zleci niezbędne badania obrazowe np. usg regionalnych węzłów chłonnych, usg/ TK jamy brzusznej, RTG/TK klatki piersiowej. Po zakończeniu diagnostyki pogłębionej, mającej na celu ocenę zaawansowania choroby, pacjent zostanie skierowany na Konsylium w celu ustalenia planu leczenia.

Leczenie chirurgiczne pacjentów z rozpoznaniem czerniakiem złośliwym skóry w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej Katowickiego Centrum Onkologii obejmuje radykalne wycięcie blizny po biopsji wycinającej czerniaka, biopsję węzłów wartowniczych wykonywaną celem oceny regionalnych węzłów chłonnych pod kątem ich zajęcia przez przerzuty nowotworowe, regionalne limfadenektomie (pachowe, pachwinowe, szyjne,) u chorych z potwierdzonym rozsiewem do regionalnych węzłów chłonnych, operacje wznów miejscowych czerniaka. Wykonywane są również zabiegi operacyjne u chorych z pojedynczymi lub policzalnymi przerzutami do skóry, warstwy podskórnej lub narządów wewnętrznych.

W latach 2016-2018 w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej Katowickiego Centrum Onkologii zoperowano ponad 40 chorych z rozpoznaniem czerniakiem złośliwym skóry.

Radioterapia powoduje destrukcję komórek guza nowotworowego prowadzącą do zatrzymania progresu lub wyleczenia choroby. Pomimo stale doskonalonych metod leczenia i aparatury do radioterapii promieniowanie uszkadza także zdrowe, okoliczne tkanki.

Popromienne zapalenie odbytnicy – to niepożądana reakcja na promieniowanie jonizujące, stosowne w radioterapii nowotworów miednicy mniejszej, obejmująca błonę śluzową, a w zaawansowanych przypadkach ścianę odbytnicy i stanowi tzw. odczyn popromienny niepożądaną reakcją tkanek zdrowych na promieniowanie. Nie jest uszkodzeniem jatrogennym ani błędem w procedurze, stanowi naturalną konsekwencję radioterapii. Manifestacja odczynu popromiennego zależy od rodzaju tkanki oraz schematu i dawki napromieniania. Popromienne zapalenie odbytnicy należy podejrzewać zawsze, gdy chory jest w trakcie lub przebył radioterapię na narządy zlokalizowane w miednicy mniejszej (np. nowotwory gruczołu krokowego, jelita grubego, narządu rodnego) i manifestuje wymienione objawy kliniczne: nudności, bóle w podbrzuszu, częste i nagłe wypróżnienia, daremne i bolesne parcia na stolec, śluz z domieszką krwi na stolcu, biegunki. Do czynników zwiększających ryzyko popromiennego zapalenia odbytnicy należą: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby tkanki łącznej (tzw. kolagenozy) choroby zapalne jelit, przebyte operacje w miednicy mniejszej i jamie brzusznej powodujące zrosty i unieruchomienie odbytnicy, wyniszczenie, starszy wiek, jednoczesna chemioterapia i radioterapia.

*** Podział kliniczny zapaleń popromiennych odbytnicy:**

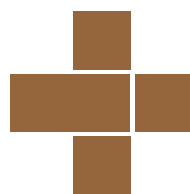
1. Postać ostra: pojawia się bezpośrednio po rozpoczęciu radioterapii lub w okresie do trzech miesięcy od jej początku. Manifestuje się powierzchownym zapaleniem błony śluzowej odbytnicy.

Objawy kliniczne: nudności, kurczowe bóle w podbrzuszu, biegunka, bolesne, daremne i nagłe parcia na stolec, śluzowe wypróżnienia, krew na stolcu.

Postać ostra ustępuje samoistnie po zaprzestaniu radioterapii.

2. Postać przewlekła: może pojawić się w pierwszych dniach radioterapii, najczęściej kliniczne objawy ujawniają się po 8-12 miesiącach, w nielicznych przypadkach po kilku latach od zakończenia radioterapii.

Objawy kliniczne są takie jak w punkcie 1, jednak bardziej nasilone. Dodatkowo mogą występować obfite krwawienie z odbytu, zwężenia i perforacje odbytnicy, przetoki wewnętrzne i zewnętrzne odbytnicy, niedrożność jelit. W diagnostyce duże znaczenie ma badanie endoskopowe (rektosigmoideoskopia, koloskopia) z weryfikacją histopatologiczną pobranych wycinków.



Popromie!



Rozpoznanie ustala lekarz w oparciu o wywiad i badanie chorego, oraz ocenia stopień zaawansowania popromiennego zapalenia odbytnicy według następujących kryteriów:

1. Kryteria kliniczne:

stopień I: sporadycznie występujące, nagłe wypróżnienia, ból odbytu, krew utajona w stolcu, biegunka do 5 razy dziennie.

Kryterium endoskopowe: powierzchowne owrzodzenia błony śluzowej odbytnicy o średnicy nie przekraczającej 1 cm.

stopień II: nawracające bóle podbrzusza i nagłe biegunki częściej niż 5 razy dziennie, nawracające krwawienia z odbytu.

Kryterium endoskopowe: powierzchowne owrzodzenia błony śluzowej o średnicy ponad 1 cm.

stopień III: stała nagłość wypróżnień-biegunek, stałe bóle w podbrzuszu i stałe krwawienie z odbytu, zwężenie odbytnicy, niedrożność przepuszczająca odbytnicy wymagająca interwencji chirurgicznej.

Kryterium endoskopowe: rozlane, krwawiące owrzodzenia śluzówki ze zwężeniami światła jelita.

stopień IV: uporczywe bóle podbrzusza i stałe, nagłe biegunki, masywne krwawienia z odbytu, perforacje odbytnicy, martwica jelita, przetoki, pełna niedrożność przewodu pokarmowego,

Kryteria endoskopowe: badanie endoskopowe przeciwwskazane.

stopień V: rozlane zapalenie otrzewnej, sepsa, niewydolność wielonarządowa, zgon.

Kryteria endoskopowe: badanie endoskopowe przeciwwskazane.

enne zapalenie odbytnicy

* Leczenie popromiennego zapalenia odbytnicy:

W stopniu zaawansowania I i II leczenie doustne + dieta, w stopniu II i III dodatkowo wlewki doodbytnicze, często stosuje się czopki do odbytnicy. W stopniu IV – leczenie chirurgiczne. O sposobie leczenia decyduje lekarz.

Nietrzymanie stolca i/ lub wiatrów może towarzyszyć popromiennemu zapaleniu odbytnicy lub występować niezależnie u chorych po radioterapii okolicy miednicy mniejszej i odbytu. Może także występować bez związku przyczynowego z radioterapią: po porodach, urazach odbytu, miednicy mniejszej i rdzenia kręgowego, u osób w podeszłym wieku, cukrzyków, u chorych z zespołem jelita drażliwego, chorobami zapalnymi jelit, choroba hemoroidalną, wypadaniem odbytu, po udarze mózgowym. Wśród przyczyn wymieniane są uszkodzenia mięśni aparatu zwieraczowego odbytu, uszkodzenia nerwów biorących udział w mechanizmie wypróżnienia. Dolegliwości polegają na trudności w utrzymaniu stolca i gazów jelitowych, konieczności nagłych wypróżnień lub bezwiednym oddawaniu stolca (brudzenie bielizny), szczególnie gdy ma biegunkową konsystencję. Jest przypadłością kłopotliwą i krępującą, dlatego statystyki zachorowalności są niedoszacowane. Może doprowadzić do zakażeń odbytu, krocza i niegojących się ran tej okolicy. Stanowi także poważny problem psychiczny związany z niską samoocena chorych, co powoduje alienację z życia społecznego i towarzyskiego. Po ujawnieniu dolegliwości rozpoznanie dopełnia manometria anorektalna oraz wybrane badania obrazowe.

W pierwszym etapie terapii stosuje się preparaty przeciwbiegunkowe, zwiększające zwartą konsystencję stolca i trening mięśni dna miednicy. W przypadku ran krocza i odbytu stosuje się środki działające miejscowo zgodne ze schematem leczenia ran przewlekłych. Gdy zawiodą metody leczenia zachowawczego należy rozważyć zabieg operacyjny przywracający ciągłość mięśni zwieraczy odbytu lub usprawniający ich funkcje (plastyki, transpozycje mięśni).

Istotnym elementem profilaktyki i leczenia popromiennego zapalenia odbytnicy jest dieta.

Dominującym objawem popromiennego zapalenia odbytnicy jest bolesna biegunka z krwią i śluzem, co powoduje niedobory pokarmowe głównie w zakresie białka i składników mineralnych. Biegunka i towarzysząca często utrata łąknienia prowadzi do obniżenia wagi ciała, odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych.

Tekst | Prof. dr hab. Marek Kawecki



Fot. | Krzysztof Zembrzycki

W okresie intensywnych biegunek stosuje się nie dłużej niż trzy dni dietę płynną, a następnie półpłynną, początkowo podaje się soki owocowe, kompoty, gorzką herbatę. W następnym etapie można spożywać kleik z ryżu lub kaszki pszennej, rozmoczone suchary. W dalszym przebiegu leczenia w celu uzupełnienia niedoborów pokarmowych dieta powinna być bogatoenergetyczna z dużą zawartością białka 2000-3000 kcal i 80-120 gram białka dziennie. Zadaniem diety jest oszczędzenie chorego jelita poprzez eliminację pokarmów drażniących błonę śluzową. Jest to dieta ubogoresztkowa ograniczająca podaż błonnika pokarmowego i tłuszczu. Tłuszcz w ilości 50-70 gramów dziennie można podać w postaci surowej do potraw.

Właściwą formą profilaktyki popromiennego zapalenia odbytnicy jest przestrzeganie diety z eliminacją pokarmów drażniących błonę śluzową jelita.

* Podstawowe zasady diety i doboru produktów spożywczych:



1. Produkty zbożowe: zaleca się białe pieczywo (chleb i bułki pszenne) czerstwe, suchary, makaron drobny (typu nitki), kaszę pszenną, ryż. Przeciwwskazane jest pieczywo razowe, grube maskarony i grube kasze.

2. Mleko i przetwory mleczne: często są źle tolerowane i dlatego przeciwwskazane, przy braku niekorzystnych objawów można spożywać mleko, maślanke chudy twaróg.



3. Jaja: są zalecane w postaci na miękko lub omeletów przygotowanych na parze. Przeciwwskazana jajecznica, jaja faszerowane, smażone (sadzony).

4. Mięso chude i lekkostrawne: jagnięcina (najzdrowsza), cielęcina, kurczaki, indyki, chuda wołowina, królik (gotowane lub duszone w folii). Należy wyeliminować z diety mięsa smażone i tłuste, wieprzowinę, baraninę, gęsi, kaczkę i dziczyznę.

5. Wędliny: zalecane chude gatunki niewędzone i nie konserwowe: polędwica, szynka, parówki z cielęciny, wędliny z drobiu. Przeciwwskazane wędliny podrobowe, kaszanka.



6. Ryby: zalecane chude gatunki (szczupak, dorsz, sandacz, leszcz) gotowane lub duszone w folii. Przeciwwskazane ryby tłuste, smażone i marynowane.

7. Tłuszcze: zalecane masło lub margaryny miękkie (kubkowe).

8. Warzywa: polecane ziemniaki, marchew, dynia, pietruszka, pomidory gotowane lub przygotowane na parze, rozdrobnione, ewentualnie w formie soków. Zabronione są: kapusta, kalafior, brukselka, fasola, fasolka szparagowa, groch, groszek zielony, soja, cebula, rzodkiewka, kalarepa, bób.



9. Owoce: jabłka, brzoskwinie, morele bez skóry, banany, przeciera z owoców pestkowych. Przeciwwskazane: czereśnie, gruszki, figi.

10. Napoje: zalecana słaba herbata, kawa zbożowa, soki owocowe i warzywne. Zabronione są napoje alkoholowe, gazowane, mocna kawa naturalna.

11. Desery: bez tortów, słodkich ciast kremowych, szczególnie z dodatkiem alkoholu i kawy. Zalecane galaretki, lekkie ciasta, orzechy, czekolada.

12. Przyprawy: bez pieprzu, papryki, octu, musztardy, curry, chili. Dopuszczalne używanie zielonej pietruszki, koperku, wanilii, kminku, kwasku cytrynowego, soli i cukru.

Zaleca się by potrawy nie były pikantne, przygotowane za pomocą gotowania, duszenia, pieczenia w folii (bez obsmażania). Unikać należy potraw smażonych i duszonych tradycyjną metodą, zasmażanych lub zapiekanych.

* **Posiłki powinny być przyjmowane regularnie i w niewielkich porcjach, 5-6 razy dziennie.**

Należy unikać pokarmów zawierających składniki drażniące błonę śluzową jelita grubego: warzywa wzdymające (suche nasiona bobu, grochu, fasoli, soi, kalafiora, brokułów, świeżych ogórków, kapusty i ciężkostrawnych (w tym grzybów, suszonych i kandyzowanych owoców).

Także owoce zawierające drobne pestki (truskawki, agrest, porzeczki, maliny, jagody, jeżyny, poziomki) mogą drażnić mechanicznie śluzówkę odbytnicy i nasilać dolegliwości. Przeciwwskazane jest spożywanie mięsa, jaj i mleka w postaci surowej, ponieważ mogą być źródłem zakażeń pokarmowych komplikujących leczenie odczynu popromiennego. Pacjenci z popromiennym zapaleniem odbytnicy są szczególnie podatni na zakażenia pokarmowe. Zaleca się również ograniczenie spożycia cukru, który może nasilić biegunkę. Można stosować słodziki.

Przedstawione zalecenia dietetyczne powinny być modyfikowane w sytuacji współistnienia innych chorób wymagających leczenia żywieniowego, np. cukrzyca.

Opisane dolegliwości stanowiące objawy popromiennego uszkodzenia odbytnicy i odbytu należy niezwłocznie po zauważeniu zgłosić lekarzowi prowadzącemu. Podjęte we właściwym czasie leczenie poprawi jakość życia, eliminuje niebezpieczeństwo powikłań i skróci czas trwania choroby.





Tekst | *Maciej Rutkowski, Karolina Janion*

Wczesna prewencja niedożywienia pacjentów onkologicznych

Prawidłowo zbilansowana dieta odgrywa istotną rolę w przebiegu wielu chorób, w tym nowotworowych. W celu zaplanowania właściwej strategii żywieniowej należy przeanalizować swoje dotychczasowe nawyki, zwracając szczególną uwagę na ilość i jakość spożywanych posiłków w ciągu dnia. W trakcie leczenia onkologicznego potrzeby żywieniowe pacjenta ulegają zmianom, dlatego nie możemy mówić o jednym słusznym postępowaniu. Natomiast bezsporną kwestią jest odpowiednia podaż energii i składników odżywczych, by zapobiegać gwałtownemu spadkowi masy ciała, a tym samym problemowi niedożywienia i wyniszczenia nowotworowego.

Niedożywienie stanowi poważny problem kliniczny. Może ono towarzyszyć pacjentowi zanim zostanie zdiagnozowana choroba nowotworowa, jak również może pojawić się lub nasilić w trakcie leczenia onkologicznego. Jego częstość występowania waha się od 30 do 85%. Zależy od wielu czynników, m.in. od umiejscowienia nowotworu. Szacuje się, że niedożywienie może dotyczyć ponad 80% pacjentów z rakiem przełyku, około 60% z rakiem żołądka i 10-15% z rakiem jelita grubego. U chorych z nowotworami przewodu pokarmowego występuje największe ryzyko niedożywienia, dlatego w tej grupie pacjentów należy zwracać szczególną uwagę na profilaktykę utraty masy ciała.

Dieta pacjenta onkologicznego, według standardów ESPEN (ang. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN), powinna dostarczać od 25 do 30 kcal na kg masy ciała na dzień.

Zaleca się spożycie białka na poziomie co najmniej 1 g na kg masy ciała na dzień, przy czym jeśli jest to możliwe należy zwiększyć jego podaż do 1,5 g na kg na dzień. W przypadku współistniejącego niedożywienia należy wzbogacić dietę.

* *Wzbogacenie diety, czyli jej fortyfikacja, polega na zwiększeniu wartości odżywczej poprzez:*

- dodanie do posiłków produktów naturalnych, będących źródłem dodatkowych kalorii i składników odżywczych. Jednocześnie dodanie tych produktów do diety nie będzie zmieniało znacząco objętości posiłku – tzw. fortyfikacja diety kuchennej;
- stosowanie specjalistycznych preparatów odżywczych produkowanych przemysłowo, tzw. preparatów ONS (ang. oral nutritional supplements, ONS) – tzw. fortyfikacja diety preparatami przemysłowymi.

Fortyfikacja diety za pomocą naturalnych produktów spożywczych stanowi ważną umiejętność przy planowaniu jadłospisu dla pacjenta onkologicznego. Przygotowując posiłki należy rozważyć zwiększenie ich energetyczności poprzez niewielki dodatek produktów tłuszczowych, takich jak masło czy oliwa z oliwek. Najkorzystniej, jeśli oleje roślinne zostaną dodane pod koniec przygotowania posiłku, wówczas tłuszcze nie utleniają się i nie tracą swoich cennych właściwości. Możesz tego typu produkty dodawać zarówno do zup, jak i drugich dań.

Jeśli dobrze tolerujesz produkty mleczne, wybieraj produkty półtłuste zamiast ich odpowiedników o obniżonej zawartości tłuszczu. W ten sposób również zwiększysz kaloryczność posiłku. Na bazie tych produktów możesz przygotować smaczne koktajle, desery mleczne czy pasty kanapkowe. Wykorzystaj takie produkty jak: półtłusty twaróg, jogurt grecki, śmietaną, serek mascarpone czy mleczko kokosowe. Do past kanapkowych oraz koktajli możesz wykorzystać awokado. Jeśli nie ma przeciwwskazań i nie odczuwasz dolegliwości z przewodu pokarmowego, możesz rozważyć włączenie do swojej diety zmiakowanych nasion i/lub zmielonych orzechów. Przykładowo siemienia lnianego, pestek dyni, migdałów czy orzechów włoskich. Pamiętaj, że tego typu produkty należy wprowadzać do diety stopniowo i w bardzo małych ilościach, obserwując reakcję swojego organizmu.

Zwróć uwagę, aby posiłki były smacznie i atrakcyjnie zestawione, a dobór produktów spożywczych cechował się różnorodnością i uwzględniał preferencje smakowe chorego. Częstotliwość podawania posiłków, powinna być bezwzględnie dostosowana do aktualnych możliwości pacjenta. Kolejną ważną kwestią jest właściwe nawodnienie organizmu. Gdy towarzyszą Ci objawy związane z utratą apetytu unikaj spożycia dużych ilości płynów w trakcie posiłku – wypijaj je między posiłkami.

U pacjentów zagrożonych niedożywieniem i/ lub niedożywionych dieta powinna mieć charakter łatwo strawny. Szczególnie dotyczy to chorych, u których obserwuje się szybkie uczucie sytości. Przykładowo, pieczywo pszenne i pełnoziarniste mają podobną kaloryczność, zamiana pieczywa pełnoziarnistego na pszenne sprawia, że pacjent spożyje więcej kromek chleba pszennego i tym samym zwiększy kaloryczność swojej diety. Takie proste zabiegi mogą okazać się niezwykle pomocne w bilansowaniu jadłospisów dla tej grupy chorych.



* Tabela 1. Przykładowe produkty pomocne w fortyfikacji diety

Nazwa produktu	ilość [g]	Miara domowa	Wartość energetyczna [kcal]
Masło extra (82% tł.)	10	1 łyżeczka	75
Oliwa z oliwek	10	1 łyżeczka	90
Mleko (3,2% tł.)	230	1 szklanka	140
Jogurt grecki	20	1 łyżeczka	25
Śmietana (18% tł.)	25	1 szklanka	50
Twaróg półtłusty	30	1 plaster	40
Serek mascarpone	25	1 szklanka	50
Białko jaja kurzego	35	1 sztuka (rozmiar L)	17
Żółtko jaja kurzego	20	1 sztuka (rozmiar L)	65
Nasiona lnu (zmielone)	10	1 łyżeczka	25
Orzechy włoskie (zmielone)	10	1 łyżeczka	70
Awokado	70	1/2 sztuki	120

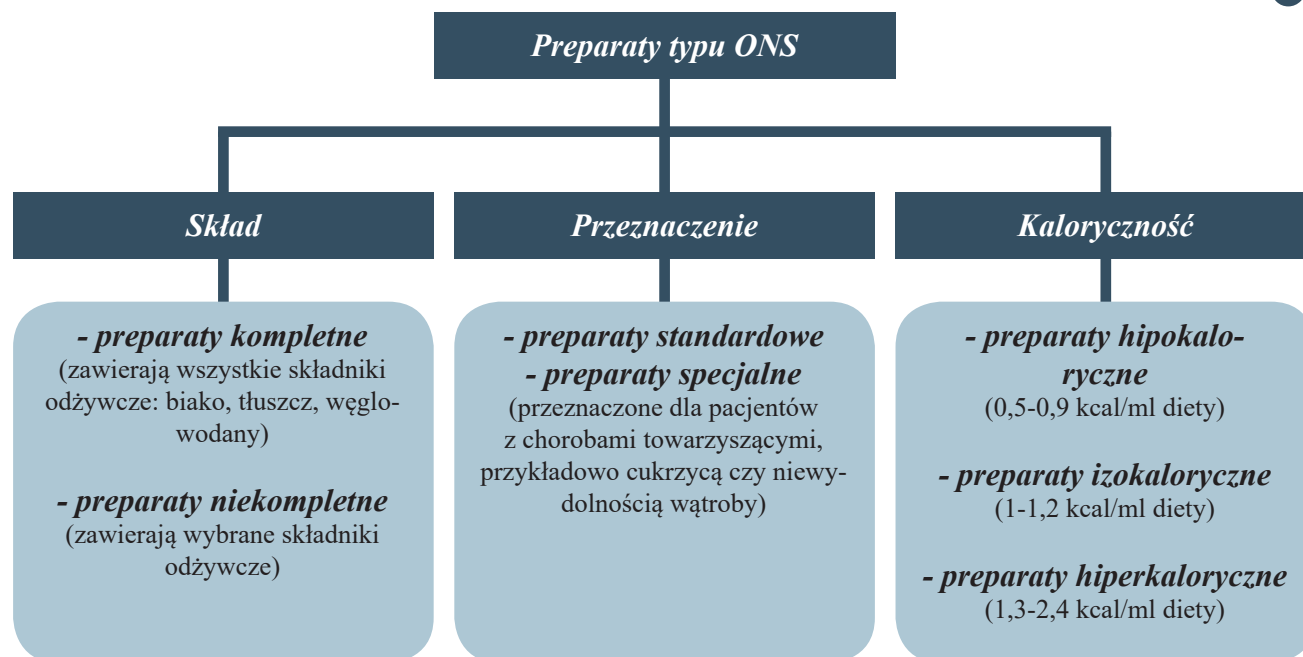
* Preparaty typu ONS

Gdy Twoja dieta nie jest prawidłowo zbilansowana i/lub nie pokrywa w pełni Twojego zapotrzebowania białkowo-energetycznego można ją uzupełnić wspomnianymi preparatami typu ONS. Jest to pierwsza forma pomocy dla pacjentów zagrożonych ryzykiem niedożywienia i/lub niedożywionych. Preparaty typu ONS stanowią specjalną kategorię żywności medycznej. Są szczególnie zalecane pacjentom, którzy akceptują taką formę wsparcia żywieniowego. Stosowanie preparatów typu ONS zawsze

powinno odbywać się pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego, który winien dobrać odpowiedni produkt uwzględniając stan kliniczny pacjenta, a następnie systematycznie kontrolować efekty działania zastosowanego preparatu typu ONS. Na polskim rynku wybór tego typu produktów jest szeroki. Różnią się one m.in. składem, przeznaczeniem, kalorycznością czy smakiem.



* **Rycina 1. Rodzaje preparatów typu ONS**



Dawkowanie preparatów typu ONS jest ściśle uzależnione od Twoich potrzeb żywieniowych oraz od tego jaką wartość energetyczną i odżywczą dostarczasz w ciągu całego dnia za pomocą naturalnych produktów spożywczych. Przed ich użyciem należy zapoznać się z informacjami umieszczonymi na opakowaniu. Niedostosowanie się do tych informacji może być przyczyną dyskomfortu brzuszno i przykrych dolegliwości z przewodu pokarmowego. Ważne, aby preparat typu ONS pić powoli, co najmniej przez 30 minut. Jest to związane z wysoką osmolarnością produktu, jego szybsze spożycie może wywołać biegunkę. Możesz również łączyć preparaty typu ONS z naturalnymi produktami spożywczymi, komponując z ich udziałem pełnowartościowe dania.

* **Nie tylko żywienie**

Aktywność fizyczna, dostosowana do możliwości pacjenta, stanowi również ważny element wspomagający leczenie onkologiczne. Krótki spacer może sprzyjać poprawie apetytu. Natomiast regularne podejmowanie wysiłku fizycznego, który nadmiernie nie będzie obciążał organizmu, zapobiega utracie beztłuszczowej

masy ciała oraz stymuluje syntezę tkanki mięśniowej. Ponadto, aktywność fizyczna wpływa na poprawę naszego samopoczucia w sferze nie tylko fizycznej, ale również psychicznej. Zwiększa samodzielność pacjenta oraz może sprzyjać zmniejszeniu uczucia przewlekłego zmęczenia.

Dieta nie można wyleczyć raka, natomiast właściwie jej skomponowanie może wspomóc Twój organizm, w tym poprawić tolerancję i skuteczność zastosowanego leczenia przeciwnowotworowego. Dieta powinna być zindywidualizowana i dostosowana do Twoich zmieniających się potrzeb żywieniowych. Zalecenia żywieniowe będą ulegały modyfikacjom, gdyż będą uwzględniały zmieniającą się sytuację kliniczną. Wskazówki jakie otrzymasz w momencie zdiagnozowania choroby nowotworowej mogą okazać się nieaktualne już w trakcie leczenia onkologicznego czy w okresie rekonwalescencji. Obserwuj swój organizm. Powiadom swojego lekarza lub dietetyka o ewentualnych niepokojących objawach związanych z przyjmowaniem pokarmów. Pamiętaj, że dobrze zaplanowana interwencja żywieniowa na wczesnym etapie choroby, zapobiegająca skutkom niedożywienia i poprawiająca Twój stan odżywienia, może przynieść wiele korzyści.



mgr Karolina Janion – absolwentka Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, obecnie kontynuuję naukę na studiach doktoranckich. Współautorka wielu publikacji naukowych w dziedzinie dietetyki. Stale poszerza swoją wiedzę uczestnicząc w szkoleniach z zakresu żywienia. Wykładowca akademicki. Pracuje w Katowickim Centrum Onkologii jako dietetyk, udzielając porad żywieniowych naszym Pacjentom.

mgr Maciej Rutkowski – absolwent Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Jego zainteresowania koncentrują się na wspomaganiu żywienia za pomocą specjalistycznych preparatów odżywczych. Pogłębia swoją wiedzę i doświadczenie poprzez uczestnictwo w licznych konferencjach naukowo-szkoleniowych. Pracuje w Katowickim Centrum Onkologii w charakterze dietetyka.



Konsorcjum Uro

Nasz partner w walce o



** Dr n. med. Jan Kawecki – specjalista urolog, chirurg ogólny, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. prof. Emila Michałowskiego MedHolding w Katowicach. Z lecznicą związany jest od 36 lat. Pracę w szpitalu rozpoczął jako asystent kliniczny. Przez 11 prowadził tu zajęcia dydaktyczne dla studentów. Uzyskał specjalizację z chirurgii ogólnej, II stopnia z urologii oraz doktorat nauk medycznych.*

MED  Holding S.A.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Specjalistyczny im. Prof. E. Michałowskiego

Szpital Specjalistyczny im. prof. Emila Michałowskiego w Katowicach to jeden z wiodących ośrodków urologicznych na Śląsku. O możliwościach placówki, jej rozwoju i zaangażowaniu kadry medycznej opowiada dr Jan Kawecki – dyrektor szpitala.

Szpital ten uznawany jest za kolebkę urologii na Śląsku – to dawna I Katedra i Klinika Urologii Śląskiej Akademii Medycznej, później Samodzielny Publiczny Zakład. To tu wiedzę i umiejętności z zakresu urologii zdobywała większość lekarzy tej specjalności pracujących na Śląsku, wielu pracuje dziś w ośrodkach medycznych w kraju i zagranicą. Aktualnie w Specjalistycznym Szpitalu im. prof. Emila Michałowskiego w Katowicach szkolonych jest siedmiu adeptów urologii. Ośrodek posiada Akredytację Ministerstwa Zdrowia (CMJ w Krakowie) oraz certyfikaty jakości ISO.

Katowicka urologia przy ul. Strzeleckiej od lat jest wiodącym ośrodkiem w tej dziedzinie. Tu wprowadzono rutynowo operacje endoskopowe prostaty i pęcherza moczowego.

W latach 80 i 90-tych ubiegłego wieku lekarze ze Szpitala im. E. Michałowskiego byli polskimi pionierami w endoskopowym leczeniu kamicy nerek, kamicy moczowej małoinwazyjną metodą ESWL. Jako pierwsi w Polsce stosowali laser holmowy w urologii. Dzisiaj to rutynowe zabiegi, ale wówczas były to przełomowe, historyczne osiągnięcia polskiej urologii.

Od wielu lat w rankingu prowadzonym przez gazetę WPROST Szpital im. E. Michałowskiego w Katowicach zajmuje pierwsze miejsca w Polsce w różnych dziedzinach urologii – najczęściej tej nowoczesnej, a więc endourologii, zastosowaniu laserów oraz urologii onkologicznej.

Dynamicznie zmieniający się świat, rozwój nauki i nowe osiągnięcia medycyny powodują, że przybywa możliwości małoinwazyjnego leczenia zabiegowego. Konieczny jest nieustanny rozwój, wprowadzanie nowych technik i ciągle podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego. I to właśnie w Specjalistycznym Szpitalu im. Emila Michałowskiego w Katowicach konsekwentnie realizujemy, dotrzymując kroku najnowocześniejszym placówkom medycznym na świecie.

W naszym szpitalu pacjenci mogą liczyć na skuteczne i nowoczesne techniki leczenia – podkreśla dr Jan Kawecki. – Operujemy rocznie ok. 5000 chorzych, z czego ok. 3800 technikami endoskopowymi. Posiadamy nowoczesne lasery do leczenia schorzeń prostaty i pęcherza moczowego, a także kamicy moczowej i to z zastosowaniem narzędzi giętkich znacznie mniej inwazyjnych a dających szansę dotarcia do wielu zakamarków układu moczowego i jeszcze skuteczniejszego usuwania kamieni.

Dysponujemy pełną paletą możliwości diagnostycznych w urologii poprzez najwyższej jakości ultrasonografy, właśnie wymienione na najnowsze modele uznanych firm.

Szpital przy ul. Strzeleckiej w Katowicach wykonuje pełny zakres badań radiologicznych. Posiada nowoczesny aparat tomografii komputerowej oraz zakład diagnostyki rentgenowskiej z 4 aparatami diagnostycznymi, z czego dwa to urządzenia mobilne. Niebawem planowane jest wprowadzenie technologii tzw. biopsji fuzyjnej stosowanej w trudnych diagnostycznie przypadkach, w których lekarze podejrzewają raka prostaty. Jest to metoda pozwalająca skutecznie wykorzystać dwie techniki obrazowania chorób prostaty: ultrasonografii 3D i rezonansu magnetycznego jednocześnie in vivo. Taka technika pozwala znacznie skuteczniej rozpoznawać tę groźną chorobę na etapie całkowicie uleczalnym. To bardzo ważne dla pacjentów.

onkologiczne. o zdrowie pacjentów



Zarząd szpitala pozyskał w tym roku fundusze unijne na rozwój małoinwazyjnych technik diagnostycznych i operacyjnych, stosowanych zwłaszcza w onkologii.

Zespół szpitala szczególną uwagę przywiązuje do rozwoju nowoczesnych technik operacyjnych: endourologii i sposobów operacji laparoskopowych. Ambicją medyków ze Szpitala im. E. Michałowskiego jest pozyskanie robota do operacji onkologicznych.

Szpital współpracuje z Katowickim Centrum Onkologii w ramach Konsorcjum Uroonkologicznego. Współpraca ta, jest bardzo korzystna dla pacjentów, ponieważ oba ośrodki zlokalizowane są tuż obok siebie, a zespoły medyczne obu placówek wzorowo współpracują w procesie leczenia wspólnych pacjentów.

Dzięki współpracy szpitali znacznie skróciliśmy czas oczekiwania na leczenie, a co najważniejsze nie absorbując chorego procesami administracyjnymi może on korzystać z leczenia i doświadczenia specjalistów obu placówek w zależności od wskazań medycznych w procesie leczenia. Pacjent nie musi się więc martwić o terminy badań, konsultacji, dat rozpoczęcia leczenia itp.

Szpital im. E. Michałowskiego wraz z Katowickim Centrum Onkologii angażuje się także w działania profilaktyczne i programy edukacyjne dla pacjentów. **-Aktywnie współpracujemy z mediami – dodaje dr Jan Kawecki. - Organizujemy pogadanki dla pacjentów, spotkania radiowe promujące zdrowy tryb życia oraz edukujemy w zakresie niepokojących objawów choroby, które powinny skłonić do konsultacji z lekarzem. Szczególnie wdzięczni jesteśmy redakcjom prasowym, radiowym i telewizyjnym takim jak Dziennik Zachodni, Radio Katowice, Radio Silesia czy TVP3 Katowice. Nie bez znaczenia jest też nasza aktywność w ramach Uniwersytetu III Wieku Uniwersytetu Śląskiego.**

Urologia to jednak nie tylko onkologia. Szpital zajmuje się leczeniem kamicy układu moczowego, wszelkich chorób nienowotworowych układu moczowego jak np. przewlekłego łagodnego przerostu stercza, leczeniem wodniaków wad wrodzonych, czy nietrzymania moczu. Zakres kompetencyjny urologa jest bardzo szeroki. Zaplecze szpitala stanowią m. in. poradnia urologiczna, która przyjmuje pacjentów przez cały tydzień, wyposażona w trzy gabinety lekarskie z najnowszym aparatem USG, pracownią endoskopową (cystoskopia), RTG (diagnostyka RTG w pełnym zakresie), urodynamiczną (badania oceny czynnościowej dolnych dróg moczowych), pracownią biopsji (w raku stercza

– najnowsze na rynku aparaty USG). Możliwość leczenia ambulatoryjnego powierzchownego raka pęcherza za pomocą wlewk dopęcherzowych to także atut ośrodka przy Strzeleckiej. Łącznie rocznie w poradni przyjmowanych jest ponad 50 000 chorych.

Szpital posiada też Izbę Przyjęć Ratunkową, gdzie zorganizowany został całodobowy, ostry dyżur urologiczny. Doktor Jan Kawecki podkreśla, że ma to duże znaczenie, ponieważ w każdej chwili cierpiący pacjent może uzyskać fachową pomoc, niezależnie od pory dnia. Dziennie korzysta z niej ponad 40 osób. Rocznie operowanych jest ponad 900 chorych: doraźnie, w nocy, w momencie zagrożenia życia.

Z kolei oddział szpitalny, dysponuje stoma łózkami. Zespół stanowi 20 urologów i adeptów urologii, w tym pięciu z tytułem doktora nauk medycznych oraz pięciu anestezjologów, w tym także z tytułem doktora nauk medycznych i specjalizacją II stopnia. Dziennie w Szpitalu im. Emila Michałowskiego przeprowadza się ponad 20 operacji otwartych i endoskopowych na 7 salach operacyjnych.

Urologia rozwija się bardzo dynamicznie na całym świecie. Rozwój ten idzie w kierunku poprawienia diagnostyki we wczesnej fazie choroby, aby chorych można było całkowicie wyleczyć. Leczenie zabiegowe oparte jest głównie na małoinwazyjnej endoskopii, laparoskopii i robotyce.

Szpital Specjalistyczny im. Emila Michałowskiego jest ośrodkiem z bardzo bogatym doświadczeniem merytorycznym i doświadczeniem we wprowadzaniu nowych technologii. Ambicją Zespołu jest stworzenie Regionalnego Centrum Robotycznego, gdzie możliwe byłoby przeprowadzanie operacji z pomocą robota medycznego nie tylko w dziedzinie urologii, ale też onkologii, chirurgii i ginekologii. Takie operacje są mniej inwazyjne, znacznie poprawiają jakość pola widzenia operatora poprzez stosowanie najnowocześniejszych technik obrazowania, trwają krócej i powodują szybszy powrót pacjenta do zdrowia. Skracają się także czas rekonwalescencji, znacznie niższe są też koszty leczenia.

-Mam nadzieję, że wprowadzenie na polski rynek najnowszych technologii, podobnie jak przed 30 laty odbywać się będzie z udziałem specjalistów naszego szpitala. Szpitala, którym mam przyjemność kierować i który od lat nie ustępuje kroku wiodącemu ośrodkom medycznym na świecie – podsumowuje dr Jan Kawecki.

Wybrane skutki uboczne w terapii nowotworów

Artykuł powstał na podstawie „Informatora dla pacjentów – metody leczenia oraz ewentualne skutki uboczne w terapii nowotworów” Katowickiego Centrum Onkologii. Zawiera jedynie wyciąg najważniejszych informacji. Pełna wersja tekstu jest dostępna dla pacjentów w Ośrodku.

W chemioterapii nowotworów stosowane są silnie działające leki tzw. cytostatyki. Istnieje wiele grup cytostatyków, każda z nich ma inny mechanizm działania i odpowiada za wystąpienie innych działań niepożądanych i powikłań, dotyczących różnych układów i narządów (tzw. toksyczność narządowa).

Należy bezwzględnie informować lekarza prowadzącego o wystąpieniu jakiegokolwiek niepokojącego objawu, ponieważ przynajmniej niektórym objawom niepożądanym można skutecznie zapobiegać lub leczyć. Na szczęście większość objawów ubocznych jest przejściowa i po zakończeniu leczenia stopniowo ustępuje.

* I. Zmiany zapalne w jamie ustnej

Wnętrze jamy ustnej pokryte jest błoną śluzową, która jest bardzo wrażliwa na działanie cytostatyków i dlatego właśnie tam często rozwijają się zmiany związane z ich podaniem. Są to najczęściej bolesne zmiany zapalne w postaci zaczerwienienia, obrzęku oraz nadżerek (powierzchniowe uszkodzenie błony śluzowej) i owrzodzenia z tendencją do krwawienia. U pacjentów z odpornością obniżoną wskutek zmniejszenia liczby białych krwinek może dojść do rozwoju poważnych infekcji bakteryjnych i grzybiczych nie tylko w obrębie jamy ustnej, ale także gardła i przełyku. Przed rozpoczęciem chemioterapii konieczne może być pilne leczenie stomatologiczne.

Do czynników ryzyka zmian zapalnych w jamie ustnej należy m.in.:

- współwystępowanie innych chorób jamy ustnej, w tym zaniedbane, nieleczone zęby,
- źle dopasowana proteza,
- zaburzenia odżywiania
- palenie tytoniu
- nadużywanie alkoholu

* II. Świąd skóry

Wysypka i świąd skóry to częste niepożądane objawy związane z chemioterapią. Świąd może być nierzadko bardzo dokuczliwy i prowadzić do uszkodzenia naskórka wskutek intensywnego drapania i zaburzać nocny wypoczynek. Celem ustalenia przyczyny i oceny nasilenia świądu bierze się pod uwagę również inne czynniki, takie jak choroby współistniejące, pobierane leki, stosowane kosmetyki i nawyki higieniczne oraz stan odżywienia i nawodnienia pacjenta. Zapobieganie temu dokuczliwemu objawowi polega na unikaniu stosowania perfumowanych kosmetyków (kremów, pudrów, balsamów itp.) i używaniu zamiast nich preparatów hipoalergicznym, czyli mniej uczulających.



✿ III. Zaburzenia płodności

U kobiet leczenie cytostatykami prowadzić może do wystąpienia zaburzeń cyklu miesięczkowego i niepłodności (trwałej lub przejściowej), gdyż leki te wpływają toksycznie na jajniki. Czasami dojść może do zatrzymania się miesiączki. Mimo wszystko istnieje jednak pewne ryzyko zajścia w ciążę w trakcie leczenia cytostatykami.

Cytostatyki mogą uszkadzać płód i prowadzić do powstania wad rozwojowych, dlatego należy w czasie ich przyjmowania, a także jeszcze przez jakiś czas po zakończeniu chemioterapii, stosować skuteczne środki antykoncepcyjne.

Niektóre kobiet, nawet bardzo młode, podczas chemioterapii mogą doświadczać objawów charakterystycznych dla okresu przekwitania, czyli menopauzy. Jest to związane z zaburzeniami hormonalnymi spowodowanymi uszkodzeniem jajników – głównego źródła hormonów płciowych u kobiety. Do objawów tych, oprócz nieregularnych miesiączek, należą uderzenia gorąca oraz nadmierna suchość skóry i błon śluzowych.

Należy pamiętać, że chore na raka piersi, jajnika czy macicy nie powinny bez porozumienia z onkologiem przyjmować w takiej sytuacji leków hormonalnych.

Niektóre z leków cytostatycznych stosowanych w chemioterapii nowotworów mogą prowadzić do niepłodności u mężczyzn (czasowej lub trwałej). Jest to spowodowane toksycznym wpływem cytostatyków na proces produkcji plemników. Czasami (zwłaszcza na początku terapii) płodność może być jeszcze lepiej zachowana. Istnieje wówczas ryzyko zapłodnienia partnerki, uszkodzenia płodu i urodzenia dziecka z wadami rozwojowymi.

Mężczyźni poddani chemioterapii nie powinni planować prokreacji w czasie leczenia, jak i bezpośrednio po jego zakończeniu. Można rozważyć oddanie nasienia do tzw. banku nasienia jeszcze przed rozpoczęciem leczenia, co umożliwi prokreację w późniejszym czasie, nawet wówczas, jeśli wskutek leczenia cytostatykami mężczyzna staje się bezpłodny.

✿ IV. Wypadanie włosów

Do najczęstszych powikłań chemioterapii należy wypadanie włosów, często prowadzące do wyłysienia. Niektóre cytostatyki powodują jedynie osłabienie i przerzedzenie włosów. Proces ten dotyczy nie tylko włosów na skórze głowy, ale także innych rejonów ciała: rzęs, włosów łuku brwiowego czy włosów łonowych. Niestety, nie istnieje żadna skuteczna metoda zapobiegania wystąpieniu tego jakże przykrego dla większości pacjentów objawu. Warto jednak przygotować się do tego, pamiętając, że dyskomfort jest tylko czasowy. Pacjent otrzyma wniosek na perukę, co umożliwi zaopatrzenie się w perukę, która podlega refundacji przez NFZ.

W trakcie samego leczenia warto szczególnie dbać o skórę głowy i włosy:

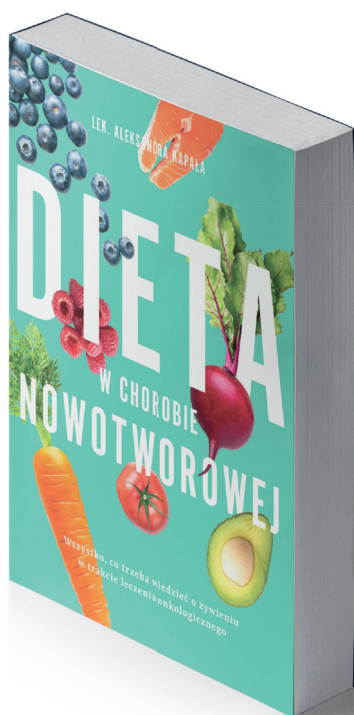
- używać łagodnych szamponów i miękkich szczotek,
- unikać silnie działających zabiegów fryzjerskich (onduacja, farbowanie, prostowanie).
- suszyć włosy w naturalny sposób lub za pomocą suszarki, ale nieco chłodniejszym strumieniem powietrza.

Wypadanie włosów może być poprzedzone nieprzyjemnymi objawami w postaci mrowienia i bolesności skóry głowy, a sama skóra może się łatwiej przesuszać i swędzieć. Warto wtedy zaopatrzyć się w łagodnie działające środki przeciwbólowe, a do miejscowej pielęgnacji stosować kremy i balsamy nawilżające.





Choroba nowotworowa, niezależnie od jej rodzaju czy stopnia zaawansowania, wzbudza w każdym uzasadniony lęk. Często wynika on z niepewności oraz braku wiedzy o jej specyfice i dostępnych metodach leczenia. Na polskim rynku wydawniczym istnieje wiele pozycji poruszających te tematy. Niektóre z nich są zapisem osobistych doświadczeń autora z przebiegu choroby, która dotknęła jego lub kogoś z kręgu jego bliskich; inne natomiast to poradniki zawierające szereg praktycznych wskazówek, jak pacjenci sami mogą wesprzeć prowadzoną przez specjalistów terapię. W krótkich omówieniach postaramy się Państwu przybliżyć kilka publikacji związanych z tym tematem, które uznaliśmy za godne polecenia.



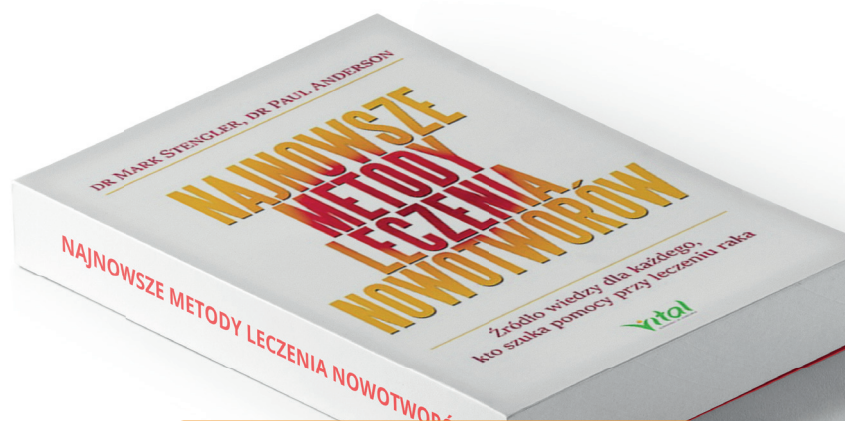
Dieta w chorobie nowotworowej

Nie istnieje jedna cudowna dieta, która wyleczy nas z choroby. Jednak odpowiednie dopasowanie posiłków do naszego stanu zdrowia oraz potrzeb organizmu pomoże przejść przez okres terapii. Wielką zaletą zawartych w książce przepisów jest prostota i łatwość przygotowania proponowanych posiłków. W systematyczny, uporządkowany i łatwy do przyswojenia sposób przedstawiono w niej zasady doboru odpowiednich składników do potrzeb naszych organizmów. Autorka, jako praktykująca lekarz specjalista z zakresu onkologii klinicznej, swoją wiedzę zdobyła w codziennej pracy z pacjentami. Zagadnienia teoretyczne poparte zostały praktycznymi radami i wskazówkami, jak wprowadzić nowe prozdrowotne praktyki do naszej codziennej rutyny tak, aby stały się naszymi nawykami.

* Autor: Aleksandra Kapala
Wydawca: Buchmann

Najnowsze Metody Leczenia Nowotworów.

Bogate i przede wszystkim zróżnicowane podejście do choroby, ukazujące nowoczesne metody leczenia. Szczególny nacisk został położony na znaczenie łączenia ze sobą różnych typów terapii oraz indywidualnego traktowania każdego pacjenta jako osobnego przypadku. W książce uwzględniono i omówiono nowoczesne metody diagnostyki, terapii oraz wykorzystywane najczęściej leki. Autorzy wykorzystali dostępne wyniki badań nad nowotworami z ostatnich dziesięcioleci z całego świata. Uzyskali w ten sposób kompleksowe spojrzenie na różnego rodzaju nowotwory oraz sposoby walki z nimi. Obok metod stosowanych przez specjalistów znalazło się miejsce na omówienie działań, które sam pacjent może podjąć, aby aktywnie przyczynić się do poprawy zdrowia, jak dieta, ćwiczenia czy redukcja stresu. Dzięki jasnemu i praktycznemu podejściu do zagadnienia udało się stworzyć przystępny dla każdego poradnik, jak przejść przez okres choroby.

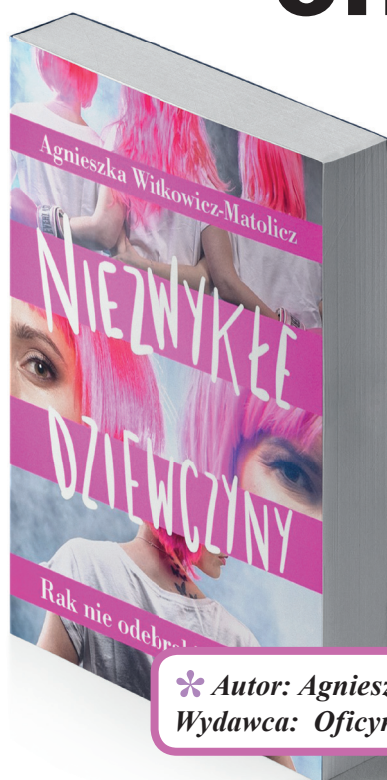


* Autor: Paul Anderson, Mark Stengler
Wydawca: Vital



Tekst | Adam Słowikowski, IRONteam Sp z. o. o.

Biblioteczka książek onkologicznych 3



* **Autor: Agnieszka Witkowicz-Matolich**
Wydawca: Oficyna 4eM

Niezwykłe dziewczyny. Rak nie odebrał im marzeń

Zbiór reportaży, w których przedstawiono historie dziesięciu młodych kobiet zmagających się z rakiem piersi. Żadna z nich w początkach choroby nie miała więcej niż czterdzieści lat – były w momencie życia, gdy myśli się o założeniu rodziny, karierze zawodowej i dalszej przyszłości. Bohaterki opowiadają, co stanowiło dla nich największe problemy w czasie choroby, jak pokonywały kolejne trudności oraz jak pomimo wszystkich przeciwności losu starały się wykorzystać życie w pełni. Podzieliły się swoimi doświadczeniami, aby osobom w podobnej do ich sytuacji było łatwiej. Często wzruszająca, ale przede wszystkim

dająca wsparcie i otuchę. Pokazuje, że nawet w sytuacji, która wydaje się bez wyjścia, możemy otrzymać pomoc i odnaleźć w sobie siłę do pokonania wszelkich przeciwności. Choroba może przydarzyć się każdemu z nas i choć nie mamy wpływu na rokowania, to tylko od nas zależy jak przejdziemy przez czas choroby.

Życie na pełnej petardzie. Czyli wiara, połędwica i miłość

Wywiad rzeka z księdzem Janem Kaczkowskim. Posługę kapłańską pełnił przez zaledwie jedenaście lat, jednak zdążył w tym czasie dokonać wiele na rzecz innych. Z jego inicjatywy udało się powołać hospicjum, prowadził także aktywną działalność na rzecz edukacji młodzieży. Pomimo zdiagnozowanego u niego nowotworu mózgu nie przerwał swoich starań w walce o innych. Po dwóch operacjach i przebytej chemioterapii nadal pracował w hospicjum i pomagał swoim wychowankom. Z właściwym dla siebie poczuciem humoru mówił o sobie, że jest onkocelebrytą. W pełnej optyzmizmu i dystansu do siebie rozmowie z dziennikarzem Piotrem Żyłką przedstawia swoje poglądy na życie oraz wiarę w to, co czeka nas po śmierci. Książka dla wszystkich zainteresowanych nietuzinkową postacią, która nawet w chwili ogromnego nieszczęścia, nie poddała się i postanowiła do samego końca w pełni korzystać z tego, co oferuje życie.



* **Autor: Jan Kaczkowski, Piotr Żyłka**
Wydawca: WAM

Tekst | Adam Słowikowski, IRONteam Sp z. o. o.

Statystyki dotyczące palenia nie pozostawiają złudzeń. Pomimo wielu kampanii społecznych informujących i nakłaniających do rzucenia tego nałogu, w naszym kraju regularnie pali około dziewięć milionów osób, a aż u 60 tysięcy jest ono głównym powodem śmierci.

Palenie tytoniu podwyższa ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe aż o 40%. W przypadku raka płuca odpowiada ono za 90% przypadków tej choroby. Należy jednak pamiętać, że palenie tytoniu to nie tylko nowotwory płuc, ale także w zakresie jamy ustnej, gardła, krtani, przelyku, a nawet układu moczowego odcinka naszego organizmu, który wydaje się nie mieć z paleniem nic wspólnego, ale także wyraźnie odczuwający jego skutki.

Istotną informacją jest fakt, że koszty związane z paleniem nie ograniczają się jedynie do zagadnień onkologicznych, ale także dotyczą innych chorób tytoniozależnych, do których zalicza się choroby układu krążenia (zawały, udary, choroba wieńcowa, serca) oraz układu oddechowego (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc).

Równie ważnym problemem jest zagadnienie biernego palenia. Dym tytoniowy jest niebezpieczny nie tylko przy bezpośrednim wdychaniu, ale także tzw. drugiej ręki, kiedy przebywamy w towarzystwie osoby palącej. Trzeba o tym pamiętać szczególnie w domu, kiedy wychowujemy dzieci. Narażamy je bowiem nie tylko na negatywne skutki zdrowotne (częstsze infekcje układu oddechowego czy przypadki astmy), ale także zwiększamy szansę na to, że same w przyszłości zostaną palaczami. Z tego powodu warto przemyśleć stworzenie w swoim domu stref wolnych od dymu i ograniczenie palenia do jednego miejsca (np. balkonu). Pomoże nam to stopniowo ograniczać, a może w przyszłości zupełnie zarzucić nałóg.

Mitem pozostaje stwierdzenie jakoby istniały bezpieczne formy palenia. Wielu ludzi uważa, że jeśli palą papierosy typu light lub elektroniczne, to nie wpływa to negatywnie na stan ich zdrowia. Lekarze są w tym temacie zgodni. Jedynie znaczące ograniczenie korzystania z jakichkolwiek wyrobów tytoniowych przyczynia się w wyraźny sposób do zmniejszenia ryzyka zachorowania na choroby nim wywołane. Stosowanie zamienników zwykłych papierosów nic w tym nie pomoże. Badania naukowe przeprowadzane na grupach palaczy w różnych grupach wiekowych w wielu krajach jednoznacznie dowiodły, że papierosy typu light w żaden sposób nie są bezpiecznie od innych rodzajów. A nawet mogą szkodzić bardziej, ponieważ osoby uzależnione od nikotyny rekompensują zmniejszoną jej dawkę poprzez większą liczbę wypalanych papierosów, głębsze się zaciąganie czy wypalanie aż do samego filtra. Natomiast długoterminowe oddziaływanie papierosów



Nigdy na rzucenie

elektronicznych, które są stosunkowo nowym produktem, nie zostało jeszcze dokładnie przebadane. Dlatego nie można z całą pewnością stwierdzić, że nie mają negatywnego wpływu na nasze zdrowie. Pojawiają się jednak już pierwsze doniesienia o obecności w nich tych samych szkodliwych substancji co w tradycyjnych odmianach papierosów.

Na co dzień nie jesteśmy świadomi, na jak wiele czynników wpływa palenie. Kiedy zastanawiamy się, czy warto je rzucić, należy pamiętać o szeregu korzyści, które odczuwamy dopiero po pewnym czasie, jednak ich pojawienie się może zupełnie odmienić nasze życie.

Co dzieje się z naszym organizmem po rzuceniu palenia:

- po 20 minut od zgaszenia ostatniego papierosa puls zaczyna się regulować,
- po 2 godzinach ciśnienie krwi i tętno wracają do właściwego poziomu. Nikotyna zaczyna opuszczać organizm,
- po 8 godzinach poziom tlenu we krwi wraca do stałego poziomu, stężenie nikotyny zmniejsza się o połowę,
- po 12 godzin zawartość tlenku węgla we krwi spada do normalnego poziomu
- po 48 godzinach płuca zaczynają oczyszczać się ze śluzu oraz innych zanieczyszczeń. Nikotyna jest już usunięta z organizmu,
- po 72 godzinach zaczynamy swobodniej oddychać, chociaż odczuwalne stają się skutki odstawienia, zyskujemy więcej energii,
- po 9 tygodniach praca płuc wraca do normy, spada ryzyko infekcji,
- po 12 tygodniach znacząco poprawia się praca układu krążenia,
- po 3-9 miesiącach ryzyko chorób układu krążenia zmniejsza się o połowę,
- po 5 latach zmniejsza się ryzyko chorób górnych dróg oddechowych,
- po 10 latach o 50% obniża się ryzyko raka płuc,
- po 15 latach ryzyko chorób serca wynosi tyle samo co u osoby niepalącej.

nie jest za późno palenia



Statystyki dotyczące palenia tytoniu w Polsce (źródło: wyniki badania GATS):

- w Polsce codziennie pali 33,5% dorosłych mężczyzn i 21% kobiet,
- zwyczaju codziennego palenia nabierają najczęściej osoby pomiędzy 18 a 24 rokiem życia,
- kobiety wypalają w ciągu doby średnio 16, a mężczyźni 18 sztuk papierosów,
- 60% codziennych palaczy pierwszego papierosa wypala w ciągu 30 po obudzeniu, aż 23% budzi się w nocy, aby zapalić,
- średnie miesięczne wydatki na palenie wynoszą około 208 złotych,
- aż 84% osób podejmujących próbę zaprzestania palenia wraca do nałogu przed upływem trzech miesięcy,
- jedynie 3,5% osób usiłujących rzucić palenie szukało pomocy u specjalisty.

Pamiętajmy, że nigdy nie jest za późno na zaprzestanie palenia. Niezależnie od naszego wieku zawsze przyniesie to szereg krótko- i długoterminowych skutków, które pozytywnie wpłyną na nasze zdrowie. Rzucenie tego nałogu nawet w wieku 50 czy 60 lat może wydłużyć życie o kilka lat.

Bezsporną kwestią jest fakt szkodliwości palenia tytoniu na nasze zdrowie. Każdy wcześniej czy później odczuje jego negatywne skutki i będzie musiał podjąć decyzję o wyrwaniu się z tego błędnego koła. Ważne jest, aby zadać sobie pytanie, dlaczego pomimo tej wiedzy, nadal palimy? Wszystkie nasze obawy i wątpliwości warto skonsultować z ekspertem, od którego otrzymamy zestaw profesjonalnych rad i wskazówek. Przyczynią się one do łatwiejszego rzucenia nałogu, wystąpienia łagodniejszych skutków odstawienia, a także uchronią nas przed ponownym powrotem do palenia.



12

Tekst | Adam Słowikowski, IRONteam Sp z. o. o.

Sposobów na

Zawarte w artykule informacje pochodzą z „12 sposobów na zdrowie. Europejski kodeks walki z rakiem. IV edycja”

Jeśli zadbamy o odpowiedni styl życia, możemy ograniczyć ryzyko zachorowania na raka. Rak to choroba polegająca na niekontrolowanym namnażaniu niektórych komórek ciała, wskutek czego powstają guzy mogące dawać przerzuty do różnych organów. Najczęściej choroba ta diagnozowana jest u osób w średnim i starszym wieku, ale pierwsze zmiany w komórkach mogą pojawić się znacznie wcześniej i w konsekwencji doprowadzić do powstania nowotworu. Już w młodości możemy mieć wpływ na ryzyko rozwoju choroby, tym bardziej że znamy sposoby, aby to ryzyko istotnie zmniejszyć. Dzięki prowadzonym od wielu dekad badaniom naukowym wiadomo, że zdrowy tryb życia oraz przestrzeganie kilku prostych zasad może ograniczyć nasze ryzyko zachorowania na nowotwór. Te proste wskazówki zawarte są w niniejszej broszurze. Zachęcamy do zapoznania się z 12 sposobami na zdrowie, czyli z zaleceniami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

Nowotwór powstaje w wyniku mutacji zachodzącej w pojedynczej komórce, czyli zmian w DNA obecnym we wszystkich komórkach ciała. DNA to „przepis” na funkcjonowanie pojedynczej komórki zgodnie z zasadami obowiązującymi w zdrowym organizmie. Organizm każdego z nas jest wyposażony w mechanizmy ochronne, które zapobiegają wyłamaniu się komórki spod obowiązujących zasad, czyli mutacjom. W sytuacji, gdy jesteśmy często i w dużym stopniu narażeni na substancje rakotwórcze,

np. zawarte w dymie tytoniowym, mechanizmy te mogą nas zawiść. Przyczyną mutacji mogą być także czynniki wewnętrzne, takie jak produkcja hormonów mogących stymulować powiększanie się niektórych guzów. Najważniejszą przyczyną zachorowań na nowotwory w Polsce wciąż pozostaje palenie tytoniu. Na podstawie badań ustalono, że do wzrostu ryzyka zachorowania na raka również przyczynia się nadwaga i otyłość, nieprawidłowa dieta, brak aktywności fizycznej oraz picie alkoholu, ale także nadmierna ekspozycja na promienie słoneczne i inne podobne źródła promieniowania.

Nie można przewidzieć, kto z nas na pewno zachoruje na nowotwór, jednak u części osób ryzyko choroby jest znacznie wyższe ze względu na częste narażenie na substancje rakotwórcze, nadmierną ekspozycję na słońce bądź nieprawidłowy styl odżywiania się i niedostateczną aktywność fizyczną. Często czynniki te występują równocześnie, zwiększając to ryzyko. Dzięki wieloletniej pracy naukowców wiemy, że nawet połowy obserwowanych dziś w Europie zachorowań na nowotwory można byłoby uniknąć, gdyby wszyscy Europejczycy stosowali 12 sposobów na zdrowie, które przedstawiono poniżej.

Jak sami Państwo się przekonają, zapobieganie nowotworom jest całkiem proste.

Zalecenie 1

Nie pal. Nie używaj tytoniu w żadnej postaci.

Najbardziej niebezpieczną formą używania tytoniu jest palenie papierosów. Połowa palaczy tytoniu umrze przedwcześnie (tj. przed 70 rokiem życia) z powodu chorób spowodowanych paleniem.

Zalecenie 2

Stwórz w domu środowisko wolne od dymu tytoniowego

Wspieraj politykę miejsca pracy wolnego od tytoniu. Według badań ponad 14 milionów Polaków jest narażonych na bierne wdychanie dymu tytoniowego w domu, a ponad 4 miliony w miejscu pracy (pomimo zakazu palenia).

Zalecenie 3

Utrzymuj prawidłową masę ciała

Jest to drugi po paleniu tytoniu najważniejszy czynnik ryzyka nowotworów.





Na podstawie badań ustalono, że do wzrostu ryzyka zachorowania na raka również przyczynia się nadwaga i otyłość, nieprawidłowa dieta i brak aktywności fizycznej

zdrowie

Zalecenie 4

Bądź aktywny fizycznie w codziennym życiu.

Ogranicz czas spędzany na siedząco. Regularne ćwiczenia chronią przed rakiem jelita grubego, piersi i błony śluzowej macicy. Dodatkowo według niektórych badań bycie aktywnym może chronić nas także przed rakiem płuca, wątroby, jajnika, prostaty, nerki i żołądka.

Zalecenie 5

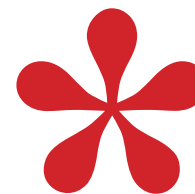
Przestrzegaj zaleceń prawidłowego sposobu żywienia:

Jeźdz dużo produktów pełnoziarnistych, roślin strączkowych, warzyw i owoców, ogranicz spożycie wysokokalorycznych produktów spożywczych (o wysokiej zawartości cukru lub tłuszczu) i unikaj napojów słodzonych, unikaj przetworzonego mięsa; ogranicz spożycie mięsa czerwonego i żywności z dużą ilością soli.

Zalecenie 6

Jeśli pijesz alkohol dowolnego rodzaju, ogranicz jego spożycie.

Abstynencja pomaga zapobiegać nowotworom.



Zalecenie 7

Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne:

(dotyczy to szczególnie dzieci) chroń się przed słońcem, używaj produktów przeznaczonych do ochrony przeciwsłonecznej, nie korzystaj z solarium.

Zalecenie 8

Chroń się przed działaniem substancji rakotwórczych w miejscu pracy.

Postępuj zgodnie z zaleceniami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy.

Zalecenie 9

Dowiedz się, czy w domu jesteś narażony na naturalne promieniowanie spowodowane wysokim stężeniem radonu.

Podjmij działania na rzecz zmniejszenia jego poziomu.

Zalecenie 10

Kobiety powinny pamiętać o tym, że:

karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na nowotwory. Jeśli możesz, karm swoje dziecko piersią, hormonalna terapia zastępcza zwiększa ryzyko rozwoju niektórych nowotworów. Ogranicz jej stosowanie.

Zalecenie 11

Zadbaj o to, aby twoje dzieci poddano szczepieniom ochronnym przeciwko:

wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (dotyczy noworodków), wirusowi brodawczaka ludzkiego – HPV (dotyczy dziewcząt).

Zalecenie 12

Bierz udział w zorganizowanych programach badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania:

raka jelita grubego (zalecenie dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet), raka piersi (u kobiet), raka szyjki macicy (u kobiet).

Tekst | Dr hab. n. med. Damian Ziąja

Mam



żylaki i co dalej

Zylaki kończyn dolnych to problem, który powinien być rozpatrywany z poziomu kilku płaszczyzn. Trudno określić, która z nich jest najważniejsza z punktu widzenia samego pacjenta, a w szczególności pacjentki. Czy najważniejszym jest problem zdrowotny, czy też estetyczny. Celem przybliżenia i uszeregowania priorytetów leczenia tej choroby (Przewlekła Choroba Żyłna - PChŻ) dokonano licznych podziałów. Aktualnie obowiązującym i zatwierdzonym przez Światową Unię Flebologiczną jest podział wg. CEAP. Odpowiednie literki i cyferki odpowiadają za stopień zaawansowania PChŻ, co w znaczący sposób ułatwia kwalifikację oraz zaszeregowanie pacjenta/teki do konkretnej grupy.

* **Litery zawarte w skrócie klasyfikacji CEAP oznaczają odpowiednio:**

- C0 Niewidoczne lub niewyczuwalne objawy choroby żyłnej
- C1 Teleangiektazje lub żyły siatkówkowe
- C2 Żylaki
- C3 Obrzęk
- C4a Pigmentacja lub egzema
- C4b Przewlekła niewydolność żylna lub atrofia biała
- C5 Zaleczone owrzodzenie żyłne
- C6 Aktywne owrzodzenie żyłne



Kolejne literki skrótu umieszczono w poniższej tabeli

<i>Klasyfikacja etiologiczna</i>	<i>Klasyfikacja anatomiczna</i>	<i>Patofizjologia</i>
<i>Ec: wrodzona</i>	<i>As: żyły powierzchowne</i>	<i>Pr: refluks</i>
<i>Ep: pierwotne</i>	<i>Ap: żyły perforujące</i>	<i>Po: niedrożność</i>
<i>Es: wtórne</i>	<i>Ad: żyły głębokie</i>	<i>Pr,o: refluks i niedrożność</i>
<i>En: przyczyna żylna nie została zidentyfikowana</i>	<i>An: nie określono lokalizacji żyłnej</i>	<i>Pn: nie zidentyfikowano patofizjologii żyłnej</i>

S = Objawowa, w tym ból, ciasnota, podrażnienie skóry, uczucie ciężkości i skurcze mięśni oraz inne dolegliwości, które są powiązane z zaburzeniami żylnymi

A = Bezobjawowa



ej?

Fot | Monika Raszkiewicz

Analizując tę kwalifikację CEAP dla pacjenta najważniejsza będzie pierwsza literka skrótu „C”. Pacjent, szczególnie ten niezwiązany z branżą medyczną, nie wykazuje zainteresowania dotyczącego pochodzenia żylaków, mechanizmu powstania i jakiego układu żył dotyczą. Oczywiście jest to spore uproszczenie, ponieważ w swojej praktyce często słyszę, że „Babcia, mama także miały żylaki, a ja je mam odkąd pamiętam”. Czasem pacjent/ka mówi, że ktoś w jego przypadku zdiagnozował żylaki wewnętrzne. W tych może nie do końca medycznie sformułowanych zdaniach lekarz może się dopatrzeć tego, co zawarte jest w pod znaczeniem pozostałych liter skrótu klasyfikacji CEAP.

Ciągle w społeczeństwie pokutuje opinia, że jak się już ma żylaki to nawet, jak się je usunie to dojdzie do nawrotu. Jest w tym wiele prawdy, ale stwierdzenie, że nie należy z tym nic robić jest całkowicie błędne. To tak, jakby postanowić, że nie obetnę paznokci bo i tak odrosną... Pierwsze objawy oraz pojawienie się żylaków powinno być skonsultowane z lekarzem specjalistą – najlepiej z chirurgiem naczyniowym lub angiologiem. Niestety najczęściej taka osoba zgłasza się do lekarza wtedy, gdy zmian jest już bardzo dużo lub gdy dają dolegliwości utrudniające normalne funkcjonowanie. Spotkałem się jednak też z innym problemem, gdy lekarz mówi, żeby z tym nic nie robić i poczekać aż będzie więcej lub jak coś się zacznie dziać. To ostatnie stwierdzenie, bardzo mnie jako specjalistę irytuje. Oczywiście są przypadki, w których należy odstąpić od leczenia żylaków (miażdżyca tętnic kończyn dolnych, choroby układu krążenia, inne schorzenia uniemożliwiające przeprowadzenie leczenia zabiegowego), ale to są wyjątki. Jeśli nie ma przeciwwskazań do leczenia należy pacjentowi zaproponować odpowiednie leczenie. Pacjent powinien być poinformowany o korzyściach z leczenia, ale także i o powikłaniach. Myślę, że w dzisiejszych czasach problemowi powikłań należy poświęcić więcej czasu niż osiągniętych z leczenia korzyściom. I nie chodzi tylko o te najgorsze powikłania, ale także o to, że rana

po zabiegu może goić się źle i może powstać tak zwany „bliznowiec”, na którego powstanie lekarz nie ma żadnego wpływu, ale jak już się pojawi, a przeprowadzający zabieg nie poinformował pacjenta o takiej możliwości, to zaczyna być problem. Dlatego pacjenci są zobowiązani do przeczytania i podpisania obszernej zgody na zabieg. A to czasami jest problemem, bo pacjent mówi: nie mam okularów albo po prostu nie chce mu się przeczytać. No, ale jeśli podpisał to może mieć pretensje tylko do siebie, jeśli coś się podziało, o czym było napisane w zgodzie na zabieg. Oprócz podpisania przez pacjenta zgody lekarz powinien udzielić też słownych informacji, zapytać czy pacjent ma jakieś wątpliwości.

W tym miejscu chciałbym stanąć trochę w obronie lekarzy. My naprawdę nie mamy interesu, żeby zaszkodzić pacjentowi. Choć jak w każdej branży zdarzają się „czarne owce”, które rzutują potem na całą społeczność lekarską.

Innym problemem związanym z żylakami jest dobór metody leczenia. Obecnie najczęściej słyszy się o laserze. „Laser jest dobry na wszystko” - wszechobecne reklamy gabinetów o świadczeniu usług przy użyciu lasera do leczenia żylaków. Nic bardziej błędnego. Sam jestem posiadaczem kilku rodzajów laserów i oczywiście proponuję je w leczeniu żylaków i pajączków. Należy jednak stanowczo podkreślić – w chwili obecnej nie ma lasera na wszystko. Chirurg naczyniowy/ angiolog/ flebolog powinien posiadać umiejętność kilku metod leczenia żylaków – jeśli nie, to powinien odesłać pacjenta do kogoś kto posługuje się daną metodą, której on nie wykonuje., a powinna być zastosowana u konkretnego pacjenta. Do najważniejszych i najczęściej używanych metod leczenia żylaków należą: leczenie chirurgiczne, laser endoluminalny, fale wysokiej częstotliwości (RF), skleroterapia, laser przezskórny, para wodna, krioterapia, użycie klejów do zamykania żylaków.

Leczenie chirurgiczne – odbywa się w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym. Chirurg usuwa żyłę odpiszczelową i przeprowadza miniflebektomię (usunięcie żylaków z małych naciec – tak zwane szydełkowanie, bo narzędzie używane do tego faktycznie ma kształt szydełka)



*Dr hab. n. med. **Damian Ziaja***

— doświadczony chirurg naczyniowy.

Dr hab. m. med. Damian Ziaja od 13 już lat jest pracownikiem Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Zajmuje stanowisko starszego asystenta w Katowickim Centrum Onkologii na Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej. Łącząc zawód nauczyciela akademickiego z pracą na Oddziale, operuje pacjentów, jednocześnie nieustannie pogłębiając posiadaną wiedzę naukową.

Lasery endoluminalne (wewnątrznaczyniowe)/RF to metody zamykania żył z dostępu przez nakłucie żyłki i wprowadzenie do jego światła specjalnego włókna, które emituje w przypadku lasera odpowiednią wiązkę światła, a w przypadku RF falę wysokiej częstotliwości, które doprowadzają do zamknięcia poszerzonej żyły.

- Skleroterapia to tak zwane w języku potocznym „piankowanie”. Lekarz poprzez nakłucie żyłki podaje do jego światła spieniony lek, który wywołuje lokalnie stan zapalny, prowadzący ostatecznie do zamknięcia naczynia żylnego.
- Laser przezskórny to metoda zamknięcia niewielkich żyłków lub pajęczek przy pomocy fali świetlnej (lasera) podczas emitowania pojedynczych impulsów z głowicy urządzenia. Impuls świetlny powoduje absorpcję światła przez zawartą w krwi hemoglobinę, co prowadzi do wytworzenia skrzepu i zamknięcia naczynia.
- Para wodna to nowoczesna metoda, gdzie do żyłki wprowadza się parę wodną, która poprzez oparzenie śródbłonna naczyniowego prowadzi do obkurczenia i zamknięcia naczynia żylnego.
- Krioterapia polega na zamknięciu naczynia przy użyciu w tym przypadku niskich temperatur. Analizując powyższe metody należy zwrócić uwagę, że odpowiedni rodzaj leczenia należy zastosować indywidualnie do danego pacjenta. Tylko wtedy można osiągnąć odpowiedni poziom leczenia. Leczenie małoinwazyjne przeważnie przeprowadzane jest w znieczuleniu miejscowym lub bez znieczulenia. W takich przypadkach pacjent po zabiegu udaje się do domu i nie musi pozostawać w szpitalu.

Niestety innym problemem jest dostępność wymienionych metod, a raczej ich odpłatność. Tylko leczenie chirurgiczne jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozostałe metody pacjent musi sfinansować we własnym zakresie.

Nie należy zapominać o leczeniu farmakologicznym. Nie ma co prawda tabletki „na żyłki”, ale dostępne w aptekach środki, odpowiednio stosowane (nie zachęcam do stosowania leków flebotropowych (na żyły/ żyłki) odnosząc się do wszechobecnych reklam), mogą w znaczący sposób poprawić komfort życia, spowolnić postępującą chorobę żylną, a także zapobiegać powstawaniu nowych żyłków. Dawkowanie i sposób przyjmowania powinien jednak określić lekarz specjalista.

Na koniec należy jeszcze wspomnieć o zachowaniach prozdrowotnych. Należy unikać długotrwałego siedzenia, zakładania nogi na nogę, ubierania źle dobranych obcisłych ubrań (nie należy tu mylić z wyrobami uciskowymi odpowiednio dobranymi przez lekarza), długotrwałego stania w jednym miejscu lub uprawiania sportów ekstremalnych (podnoszenie ciężarów). Należy unikać zaparć i częstego spożywania pokarmów wywołujących wzdęcia. Duże znaczenie w powstawaniu niewydolności żyłnej w tym żyłków ma nadwaga. Odpowiednia dieta i ruch wpływają prozdrowotnie nie tylko na układ żylny ale na prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu.



Przesilenie wiosenne

Wiosna to czas kiedy wielu z nas może odczuwać przedłużający się okres zmęczenia i osłabienia. Brak słońca zimą oraz dieta uboższa w niezbędne witaminy i minerały prowadzą do wyczerpania organizmu. Sprawy dodatkowo komplikują skokowe zmiany temperatur oraz ciśnienia. Co możemy zrobić, aby w pełni cieszyć się z pierwszych słonecznych dni roku?

Tekst | Adam Słowikowski, IRONteam Sp z o. o.

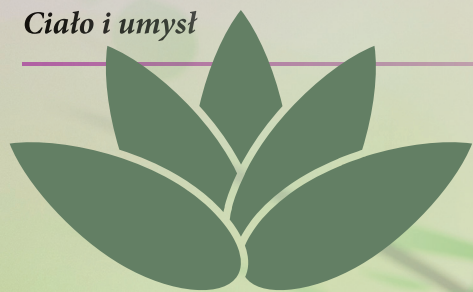
Przesilenie wiosenne to czas dużych zmian zachodzących w środowisku. Nasze organizmy muszą przestawić się na nowy rytm funkcjonowania. Po przedłużającym się okresie zimy nasze rezerwy energii są już na wyczerpaniu. Niedostatecznie zaspokajanie zapotrzebowania na witaminy i minerały oraz ciągły stres w codziennym życiu skutecznie uszczuplają nasze siły. Prowadzi to do ogólnego osłabienia układu odporności, przez co szczególnie narażeni jesteśmy na różnego rodzaju choroby i infekcję, które dodatkowo podkopią nasze samopoczucie. Proces adaptacji do nowych warunkach trwa około trzech tygodni.

Główne objawy związane z przesileniem: alergię, zmniejszony apetyt, uczucie niepokoju, problemy z żołądkiem, zawroty głowy, niezbyt klarowne myślenie, zwiększone pragnienie, podirytowanie, obniżona temperatura, słaba koncentracja, zaczerwienienia skóry, zaburzenia widzenia, powiększone węzły chłonne, wrażliwość na zimno, bóle stawów.

Nie ma jednego cudownego remedium na złe samopoczucie związane z tym okresem roku. Musimy podjąć cały szereg działań, które wpłyną pozytywnie na nasze organizmy. Szczególnie ważne, co jest niejednokrotnie podkreślane przez ekspertów z różnych dziedzin medycyny, jest życie w zgodzie z trybem naturalnego zegara biologicznego. Nadmierny wysiłek, ciągle zmuszanie się do podwyższonego stanu koncentracji i wysiłku, zaniedbywanie, a często świadome ignorowanie podstawowych komunikatów, które wysyła nam organizm, na dłuższą metę musi skończyć się uczuciem ciągłego osłabienia i poirytowania. Dlatego tak istotne jest, aby nie zaburzać naszego rytmu dobowego – wstawać i kłaść się o ustalonych porach, pamiętając o odpowiedniej ilości snu (dla nastolatków – nawet do dziewięciu godzin, osób dorosłych – siedem, seniorów – sześć). Kolejnym elementem jest odpowiednie odżywianie. Na wzmocnienie organizmu zalecana jest dieta złożona z produktów bogatych w witaminy i minerały. Niespodzianką może być wysoka wartość odżywcza mrożonych warzyw, które pod tym względem

przebijają przechowywane całą zimę w różnych warunkach warzywa korzeniowe. Naszą odporność poprawiają także bogate w żywe kultury bakterii mleczne, fermentowane napoje. Nie zapomnijmy jednocześnie o źródłach zdrowych tłuszczów: rybach, orzechach, pestkach dyni czy słonecznika. W razie konieczności można wesprzeć się suplementacją tranu, magnezu czy wapnia. Zalecana jest również jakakolwiek forma aktywności fizycznej, aby „rozruszać” nasze organizmy i wybudzić je z zimowego letargu. Nawet zwykłe spacerowanie, jeśli odbywają się regularnie, mogą przynieść niespodziewaną poprawę samopoczucia.

Wprowadzenie choć części z tych zmian do naszego trybu życia pozwoli na uniknięcie nieprzyjemnych konsekwencji związanych ze zmianą pór roku. Poprawimy ogólną kondycję, zniwelujemy objawy zmęczenia i przygnębienia, przez co w pełni będziemy mogli powitać nadchodzącą wiosnę i przygotować się na lato, kiedy nasza aktywność fizyczna osiągnie najwyższy poziom.



Żywnienie kobiet w ciąży



Tekst | Lek Dominika Jasińska - Stasiaczek

Zbilansowana dieta w ciąży i zdrowy tryb życia to bardzo istotne czynniki sprzyjające prawidłowemu rozwojowi płodu oraz niepowikłanemu przebiegu ciąży i porodu. No dobrze, każdy o tym wie. A właściwie co to znaczy? Postaram się przybliżyć Wam ten temat.

Tak naprawdę to, jak jemy i co jemy, powinniśmy zwerfikować przed zajściem w ciążę. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Sprzyja to płodności i zmniejsza częstość występowania niektórych przewlekłych chorób niezakaźnych w okresie koncepcyjnym i w ciąży, a także pomaga przetrwać trudy rodzicielstwa. Temat jest obszerny i wychodzi poza ramy dzisiejszego artykułu, więc ograniczę się tylko do krótkich zaleceń. Należy odstawić palenie - u mężczyzn pogarsza jakość nasienia, u kobiet ogranicza płodność, a w przypadku wczesnej ciąży (tej, o której jeszcze nie wiemy) powoduje zwiększone ryzyko zakrzepowo-zatorowe, utrudnia zagnieżdżanie ciąży i powoduje zmiany w budowie przyszłego łożyska, mogą przyczyniać się do groźnych powikłań w późniejszym etapie ciąży, m.in. zaburzeń wzrastania wewnątrzmacicznego płodu.

Kobieta planująca potomstwo powinna suplementować 400 mikrogramów kwasu foliowego przynajmniej przez 3-6 miesięcy przed zajściem w ciążę. Niedobór kwasu foliowego jest przyczyną wad cewy nerwowej u płodu, w szczególności rozszczepu kręgosłupa, a u matki może powodować niedokrwistość. Warto jednocześnie zwiększyć podaż produktów bogatych w kwas foliowy: warzyw liściastych (szpinaku, sałaty, kapusty), brokułów, kalafiora, brukselki, orzechów, nasion i owoców, takich jak banany, truskawki. Należy ograniczyć spożycie kawy, gdyż wydłuża okres starania się o ciążę. Ograniczyć lub zaprzestać spożywanie alkoholu, który zwiększa ryzyko zaburzeń hormonalnych skutkujących zaburzeniami owulacji i cyklu miesięczkowego, a u płodu powoduje FAS, płodowy zespół alkoholowy. Dieta młodych dorosłych powinna być urozmaicona, bogata w mikroelementy, warzywa i owoce. Szczególnie należy zwrócić uwagę na spożywanie produktów bogatych w żelazo, żeby zapobiegać jego niedoborom jeszcze przed zajściem w ciążę. Regularny wysiłek fizyczny o charakterze aerobowym (częstość rytmu serca o charakterze 100-130 uderzeń/minutę) sprzyja płodności, podczas gdy nadmierny trening, szczególnie jeśli jest powiązany z chudnięciem bądź niedoborem wagi i tkanki tłuszczowej, powoduje zaburzenia owulacji i trudności w zajściu w ciążę. Z drugiej strony nadwaga i otyłość, zwłaszcza brzuszna, sprzyjają występowaniu takich zaburzeń jak insulinooporność, zespół policystycznych

jajników, androgenizacja, a w konsekwencji zaburzenie owulacji. Światowa organizacja zdrowia zaleca utrzymanie stałej wagi ciała w zakresie BMI 18,5-24,9 kg/m². Wskaźnik masy ciała BMI (body mass index) obliczamy dzieląc masę ciała w kg przez wzrost podniesiony do kwadratu w m². (tabela BMI).

$$\text{Wskaźnik masy ciała BMI} \quad = \quad \frac{\text{masa ciała kg}}{\text{(wzrost w m}^2\text{)}} \\ \text{(body mass index)}$$

Byłoby idealnie, gdybyśmy nieustannie dbali o zdrowy styl życia, ale w zabieganej codzienności często zapominamy o własnym zdrowiu. Poza tym ciąża bywa niekiedy zaskoczeniem dla przyszłej mamy i wtedy trzeba tym bardziej położyć nacisk na właściwe żywienie w ciąży. Ważna jest jakość pożywienia. Powiedzenie: „jesteś w ciąży, jedz za dwoje” jest nieaktualne. Jesteś w ciąży, jedz dla dwojga.



Stan organizmu	BMI kg/m ²	Całkowity przyrost masy ciała w ciąży (kg)	Łączny przyrost masy ciała w I trymestrze	Przyrost masy ciała w II i III trymestrze (kg/tydz.)
Niedowaga	<18,5	12,5 - 18	0,5 - 2kg	0,5 (0,5 - 0,6)
Prawidłowa masa ciała	18,5-24,9	11,5-16	0,5 - 2kg	0,5 (0,4 - 0,5)
Nadwaga	25,0 - 29,9	7-11,5	0,5 - 2kg	0,3 (0,2 - 0,3)
Otyłość	≥ 30	5-9	0,5 - 2kg	0,2 (0,2 - 0,3)
Otyłość olbrzymia	> 40,0	Zaleca się minimalny przyrost lub brak przyrostu masy ciała, a nawet chudnięcie	0,5 - 2kg	0 - 0,1

Kilka prostych zasad:

1. Pilnuj właściwego przyrostu masy ciała - kontroluj wagę raz w miesiącu. Zapotrzebowanie na energię w I trymestrze ciąży jest identyczne, jak przed ciążą, w II trymestrze rośnie o 340 kcal/dobę, a w III trymestrze o 450 kcal/dobę. Jest to stosunkowo niedużo, dlatego zalecana jest zmiana nawyków żywieniowych celem uzyskania bardziej zbilansowanej, bogatej w witaminy, mikro- i makroelementy, diety. Średnio spożywaj około 35 kcal/kg masy ciała/dobę.

2. Podziel dzienne zapotrzebowanie kaloryczne na 5-7 posiłków, w małych porcjach.

3. Warzywa i owoce dodawaj do każdego posiłku lub traktuj jako dodatkowy posiłek pomiędzy nimi. Są źródłem witamin i składników mineralnych oraz dostarczają duże ilości błonnika pokarmowego. Zaleca się 4-5 porcji warzyw i owoców dziennie, gdzie jedna porcja to np. 1/2 szklanki soku owocowego, 1/2 szklanki gotowanych warzyw czy szklanka surowych warzyw lub owoców. Pamiętaj o proporcjach warzyw do owoców 4:1. Wybieraj soki bez dodatku cukru.

4. Codziennie spożywaj mleko i produkty mleczne. Zaleca się spożycie 3-4 niskotłuszczowych porcji mleka i produktów mlecznych dziennie (np. 1 szklanka mleka, 1 plaster sera żółtego, 4 łyżki chudego twarogu). Są bogatym źródłem wapnia i witaminy B2, dostarczają wysokowartościowego białka. Wapń jest niezbędny do prawidłowej budowy kośćca płodu. Właściwa podaż wapnia zapobiega takim powikłaniom, jak wystąpienie nadciśnienia ciążowego (jako niezależny czynnik od masy ciała, wieku czy hematokrytu matki). Chroni przed osteoporozą u matki w przyszłości.

5. Stosuj pełnoziarniste produkty zbożowe i rośliny strączkowe, jako podstawę Twojej diety. Dostarczają zdrowych węglowodanów i dają Ci energię na cały dzień i noc. Wybieraj produkty o niższym indeksie glikemicznym, unikaj nagłych spadków poziomu cukru w krwi, a tym samym zmniejsz dolegliwości związane z mdłościami. Produkty zbożowe, orzechy i rośliny strączkowe są źródłem cynku i magnezu, a ich niedobór zwiększa ryzyko nadciśnienia i innych powikłań ciążowych. Dostarczają witaminę E, której niedobór w III trymestrze ciąży może wiązać się z wcześniactwem i niską masą urodzeniową noworodków. Zaleca się 7-8 porcji dziennie - przykładowo: 1 kromka chleba, 3 łyżki surowych płatków owsianych, 1/2 szklanki gotowanej kaszy lub ryżu itp.

6. Kilka razy w tygodniu spożywaj ryby, szczególnie morskie i owoce morza, które są źródłem nienasyconych kwasów tłuszczowych oraz jodu. Ponadto zawierają mnóstwo cennych witamin i minerałów: selen, fosfor, magnez, wapń, potas, witaminy A i D. Wybieraj ryby małe, krótkożyjące i niedrapieżne, w związku z niską zawartością rtęci. Europejski Urząd do spraw Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) w 2004 r. wydał zalecenie niespożywania przez kobiety ciężarne gatunków ryb szczególnie zanieczyszczonych rtęcią. Są to: marlin, miecznik, rekin, tuńczyk. Z ryb często spożywanych w Polsce najwięcej rtęci mają: ryba maślana, okoń, węgorz, płoć i dorsz, natomiast najmniej: śledź, mintaj i łosoś (głównie norweski). Staraj się wybierać ryby świeże, nie wędzone, nie kupuj ryb przetworzonych np. w postaci paluszków rybnych.



7. 2-3 razy w tygodniu spożywaj jaja, które są cennym źródłem lecytyny i fosfatydylocholiny, które są konieczne do prawidłowego dojrzewania płuc płodu i zapobiegają porodowi przedwczesnemu. Ponadto zwiększona podaż ryb i jaj w żywieniu poprawiają przyswajanie witaminy D.

8. Kilka razy w tygodniu spożywaj mięso, które jest podstawowym źródłem pełnowartościowego białka, a także żelaza i witamin, szczególnie z grupy B. Wybieraj mięsa chude.

9. Tłuszcze są niezbędne do prawidłowego rozwoju mózgu twojego dziecka. Jednak w Twojej diecie powinno być ich najmniej. Wybieraj zatem cenne źródła tłuszczów, np. awokado, orzechy, słonecznik, olej rzepakowy lub oliwę z oliwek. Staraj się unikać smażenia na tłuszczu na korzyść produktów przygotowywanych na parze, gotowanych, duszonych lub surowych.

10. Dostarczaj 2-3 litry płynów na dobę. Najbardziej wskazane dla kobiet w ciąży jest picie wody. Powinna ona stanowić 60-80% wszystkich przyjmowanych płynów. Unikaj picia kawy ze względu na zawartość kofeiny i jej niekorzystny wpływ na płód (zwiększa ryzyko poronienia, porodu przedwczesnego i obniża masę ciała noworodka). Pamiętaj, że kofeina znajduje się też w herbacie, kakao, napojach typu cola, napojach energetycznych, a także w czekoladzie.

11. Unikaj surowych ryb i mięs (sushi, tatar, carpaccio) ze względu na ryzyko zakażenia pasożytami. Jaja spożywaj całkowicie ugotowane, unikaj kremów, domowych majonezów itp. w związku z ryzykiem infekcji salmonellozą. Unikaj potraw przygotowywanych z wątroby, która jest bogatym źródłem witaminy A - jej nadmiar wiąże się z częstym występowaniem poronień i uszkodzeń płodu. Myj ręce przed każdym posiłkiem, myj lub obieraj owoce i warzywa, żeby chronić się przed chorobami odzwierzęcymi, takimi jak toksoplazmoza. Unikaj surowych lub niepasteryzowanych produktów mlecznych, w tym serów pleśniowych. Ograniczaj spożywanie słodczy. Wyeliminuj z diety produkty typu „fast food”. Ograniczaj dodawanie soli do potraw oraz spożywanie produktów zawierających znaczne jej ilości. Na koniec to, co wydaje się oczywiste, a jednak nie zawsze stosowane - NIE PAL PAPIEROSÓW (ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, niewydolności łożyska, zaburzenia wewnątrzmacicznego wzrostu płodu, ciężkiego niedotlenienia płodu, ze zgonem wewnątrzmacicznym włącznie) i NIE PIJ ALKOHOLU - jest najsilniejszym związkiem teratogennym, mogącym powodować śmierć płodu, wady anatomiczne, upośledzenie wzrostu i rozwoju oraz deficyty funkcjonalne.

* Lek. **Dominika Jasińska - Stasiaczek**

Ukończyła Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Lekarski w Katowicach. Pracuje na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym w KCO od 2011 roku



Fot. | Krzysztof Zembrzycki

Pamiętaj, aby Twoja dieta była urozmaicona. Nie jedz codziennie tego samego. Pozwoli Ci to zapobiegać poważnym niedoborom pokarmowym, a przy okazji unikniesz nudy i chętniej będziesz spożywać posiłki dla swojego maluszka. Zbilansowana dieta zwykle wystarczy, żeby pokryć zapotrzebowanie witaminowe kobiety w ciąży, dlatego unikaj nadmiernej ilości suplementów diety. Suplementy diety to preparaty o działaniu leczniczym, które można kupić w aptece bez recepty. Charakteryzują się tym, że zwykle nie przeprowadzono żadnych badań dotyczących ich skuteczności i bezpieczeństwa stosowania, ponieważ nie są zarejestrowane jako leki i nie podlegają kontroli. Tylko niektóre preparaty przeszły takie badania, dlatego zawsze warto zapytać lekarza ginekologa, które spośród dostępnych w aptece suplementów diety będą bezpieczne i najlepsze w ciąży. W oparciu o standardy Evidence Based Medicine, czyli medycyny opartej na dowodach naukowych, określono które substancje koniecznie trzeba uzupełniać w ciąży:

- 1. Kwas foliowy w dawce 400ug/d – substancja niezbędna do prawidłowego rozwoju układu nerwowego Twojego dziecka; niedawno opublikowane badanie na polskiej populacji wykazało, że >50% osób nie metabolizuje i źle wchłania foliany, dlatego dobrze, żeby wybrany suplement diety zawierał gotowe metabolity kwasu foliowego – tj. metafolinę
- 12. Kwasy DHA 500-600mg/d – niezbędne do prawidłowego rozwoju mózgu i wzroku płodu; udowodniono, że ich przyjmowanie zmniejsza ryzyko porodu przedwczesnego, a także stanu przedrzucawkowego i depresji poporodowej. U pacjentek, które mają duże ryzyko porodu przedwczesnego należy zwiększać ilość przyjmowanych kwasów DHA do poziomu 1000mg/d.
- 13. Jod 200ug/d – niezbędny do prawidłowego działania tarczycy u kobiet w ciąży, u których od samego początku znacznie rośnie zapotrzebowanie na hormony tarczycy; do ich produkcji niezbędny jest jod, a jego niedobór może prowadzić do hypotyreozy, czyli niedoczynności tarczycy; niewystarczająca ilość jodu, a dalej hormonów tarczycy, może prowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu u płodu, którego objawami są: opóźnienie rozwoju umysłowego i zaburzenia neurologiczne u dziecka.
- 14. Witamina D 1000-2000 IU/d – potrzebna do prawidłowej gospodarki wapniowej i mineralizacji kości płodu, zwiększa odporność matki; jej niedobór grozi poporodową hipokalcemią i krzywicą u dziecka.



- 15. Żelazo – decyzję o suplementacji żelazem podejmuje lekarz zależnie od morfologii kobiety ciężarnej, poziomu żelaza i ferrytyny (oceniającej zapasy żelaza). W czasie ciąży rośnie zapotrzebowanie na żelazo w związku ze znacznym zwiększeniem liczby erytrocytów oraz transportem żelaza do płodu i łożyska. Dziennie zapotrzebowanie na żelazo w czasie ciąży u kobiet o masie ciała 55 kg wynosi odpowiednio:
 - a. w I trymestrze 0,8 mg
 - b. w II trymestrze 4–5 mg
 - c. w III trymestrze zaś powyżej 6 mg (w ostatnich 6–8 tygodniach ciąży sięga 10 mg).
- Poza suplementacją pacjentka powinna stosować odpowiednią dietę. Produkty bogate w żelazo to m.in.: ostrygi, wątroba, wołowina, krewetki, indyk, wzbogacone płatki śniadaniowe, groch, soczewica. Produkty zmniejszające wchłanianie żelaza to m.in.: produkty mleczne, produkty sojowe, szpinak, kawa i herbata.
- 6. Cholina – nie ma oficjalnej rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, żeby suplementować cholinę w ciąży. Jednak badania naukowe dowodzą wpływu tej substancji na rozwój układu nerwowego płodu już od poczęcia, a dzieci matek stosujących cholinę w ciąży wykazują lepsze wyniki w testach poznawczych. Ponadto cholina stosowana prenatalnie chroni nasze dzieci przed ryzykiem wystąpienia u nich takich chorób, jak cukrzyca t.2 czy nadciśnienie tętnicze, a także zwiększa ich odporność.

Jeśli chorujesz na chorobę przewlekłą lub Twoja ciąża jest powikłana, koniecznie skontaktuj się ze specjalistą, gdyż Twoja dieta może znacząco różnić się od tej zalecanej u kobiet zdrowych i w ciążach niepowikłanych.

Smacznego!

1. Biblioteka ginekologa praktyka tom 9 - Żywnienie kobiet w ciąży
2. Poradnik żywienia kobiet w ciąży Instytutu Matki i Dziecka
3. Instytut Żywności i Żywienia

Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice



Pododdział Chemioterapii Diennej
Szczegółowe informacje i rejestracja:
tel. 32 42 00 254, 32 42 00 255

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