

Nr 2(2) 2018



KCO

Kwartalnik dla Pacjentów Katowickiego Centrum Onkologii




W postępie widzę przyszłość Rozmowa z lek. med **Jerzym Świtałą**



 **Szkoła rodzenia – więcej pewności na starcie rodzicielstwa**



 **Nie ma bezpiecznej dawki solarium – o zagrożeniach związanych z opalaniem**
Rozmowa z Prof. dr hab. med. **Piotrem Rutkowskim**



Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice



Aktualności

- 4. Niespotykane dotąd możliwości. Rozmowa z dr n. med. **Robertem Kwiatkowskim**
- 6. Medycyna nuklearna. Wywiad z krajowym konsultantem Prof. dr hab. n. med. **Leszkiem Królickim**
- 10. Zakrzepica: przyczyny, objawy, leczenie. Tekst | dr hab. n. med. **Damian Ziąja**



Twój szpital

- 14. W postępie widzę przyszłość. Rozmowa z lek. med **Jerzym Świtałą**
- 18. Szkoła rodzenia – więcej pewności na starcie rodzicielstwa
- 20. Projektujemy naszą przyszłość. Rozmowa z prezes KIGS, **Marzeną Rudnicką**
- 22. Choroby nowotworowe u osób w wieku podeszłym. Wywiad z lek. med. **Aleksandrą Orylską**
- 24. Zdrowe odżywianie w każdym wieku. Rozmowa z mgr. **Ewą Marchlewską**



Ciało i umysł

- 28. Borelioza – objawy, diagnostyka, leczenie. Rozmowa z lek. med. **Radosławem Balajem**
- 30. Nie ma bezpiecznej „dawki” solarium – o zagrożeniach związanych z opalaniem. Rozmowa z Prof. dr hab. med. **Piotrem Rutkowskim**
- 34. Szybka terapia onkologiczna
- 36. Medycyna podróży. Rozmowa z dr **Barbarą Barton** oraz z dr **Mileną Dorosz**



Szanowni Państwo!

To już kolejny numer naszego magazynu, który mamy przyjemność Państwu zaprezentować. Wiedząc, jak ważna jest stała komunikacja między personelem medycznym a pacjentami, staraliśmy się na czterdziestu stronach naszego pisma w najlepszy i najbardziej przystępny sposób przedstawić zasady funkcjonowania Katowickiego Centrum Onkologii oraz dostępnych w nim metod diagnostycznych i stosowanych terapii.

W dziale Aktualności poruszamy tematy związane z radioterapią. Szczególnie ważnym jej rodzajem jest terapia protonowa. O jej niepodważalnych zaletach oraz rozwoju w naszym kraju opowiada dr n. med. Robert Kwiatkowski. W szerszym ujęciu o medycynie nuklearnej rozmawialiśmy z prof. Leszkiem Królickim – konsultantem krajowym tej dziedziny medycyny. Wywiad zawiera wiele ciekawych informacji z teorii, jak i praktyki jej wykorzystania, co pozwoli w łatwy i przyjemny sposób zgłębić ten temat osobom, które nie miały z nim wcześniej żadnej styczności.

W dziale „Twój Szpital” obszernie omawiamy zagadnienia związane z naszą działalnością. Zarządzający Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej – lek med. Jerzy Świtała w udzielonym wywiadzie omawia ostatnie osiągnięcia medycyny z pola ginekologii onkologicznej. W dalszej części magazynu można natomiast znaleźć tekst Pani Doktor (lek med.) Aleksandry Orylskiej poświęcony zagrożeniom chorób nowotworowych u osób starszych.

W naszym szpitalu wysoką jakość opieki oferuje szkoła rodzenia „Miś Kuleczka”. Kobiety spodziewające się dziecka, uczestnicząc w zajęciach, mogą dowiedzieć się wielu niezbędnych informacji, które przydadzą się w okresie ciąży, podczas samego porodu, jak i w pierwszych miesiącach życia długo oczekiwanej pociechy. O ofercie „Misia Kuleczki” szeroko piszemy na stronach 18-19 naszego magazynu.

Czekają nas ciepłe i słoneczne dni lata. W czasie wypoczynku nie możemy jednak zapominać o własnym zdrowiu. O zagrożeniach związanych z opalaniem w dziale Ciało i umysł pisze prof. Piotr Rutkowski – wybitny specjalista w dziedzinie nowotworów skóry. W dziale tym ponadto przybliżamy Państwu zasady funkcjonowania systemu szybkiej terapii onkologicznej, a także wyjaśniamy, jak chronić się przed kleszczami. Zbliżający się okres wakacji jest także czasem wzmożonego ruchu turystycznego. Coraz częściej wybieramy odległe, egzotyczne kierunki, takie jak Azja czy Ameryka Południowa. O czym warto pamiętać przed taką podróżą i jak zadbać o swoje bezpieczeństwo już na miejscu, aby jak najlepiej wykorzystać czas urlopu, piszemy w ostatnim z naszych artykułów.

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



Fot. Krzysztof Zembrzycki

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**



Tekst | IRONteam Sp. z o. o.

Niespotykane dotąd możliwości

Rozmowa z dr n. med. *Robertem Kwiatkowskim*

Pracę w Zakładzie Radioterapii rozpocząłem w 2002 roku jako starszy asystent, następnie zastępca Zarządzającego Zakładem Radioterapii. Od 2005 roku pełnię funkcję Zarządzającego Zakładem Radioterapii w Katowickim Centrum Onkologii.

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

Promieniowanie protonowe jest promieniowaniem jonizującym o innym profilu wiązki niż promieniowanie fotonowe. Inna charakterystyka fizyczna wiązki pozwala na uzyskanie innych rozkładów dawki, co może wiązać się z mniejszą dawką w narządach otaczających napromienioną zmianę. Ma to szczególne znaczenie w napromienianiu dzieci, młodych dorosłych, w przypadku powtórnego napromieniania. Największa dawka promieniowania trafia bezpośrednio w guza. Niepodważalną, ogromną zaletą terapii protonowej jest jej niezwykła w porównaniu do metod wykorzystujących promieniowanie fotonowe, precyzja. Skoncentrowana wiązka cząsteczek wnika głęboko, nawet do 30 cm. Daje to możliwość podwyższenia o około 25% dawki w obszarze terapeutycznym przy redukcji dawki w narządach krytycznych do 40%. Skutkuje to większym prawdopodobieństwem wyleczenia miejscowego nowotworu.

W jakich przypadkach terapia protonowa jest szczególnie zalecana?

Jak już mówiliśmy w leczeniu dzieci, najlepszym przykładem jest napromienianie osi mózgowo-rdzeniowej w przypadku rdzeniaka płodowego. Przy napromienianiu fotonami znaczna część płuc, serca, narządów jamy brzusznej otrzymuje znaczącą dawkę co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na kolejne nowotwory w polu napromienianym, zwiększone ryzyko choroby wieńcowej, niewydolności nerek.

W przypadku leczenia radioterapią z zastosowaniem promieniowania fotonowego ograniczeniem eskalacji dawki w obszarze terapeutycznym jest dawka w otaczających narządach krytycznych. Prawdopodobieństwo wyleczenia guza nowotworowego zależy od dawki promieniowania, rośnie wraz z dawką promieniowania, rośnie także prawdopodobieństwo powikłań. Zmniejszenie dawki w narządach krytycznych umożliwia



Centrum Cyklotronowe Bronowice, IFJ PAN
(źródło: materiały informacyjne CCB, ccb.ifj.edu.pl)

bezpieczne podanie dawki promieniowania i co za tym idzie, daje możliwość na wyleczenie chorych z nowotworami zlokalizowanymi w pobliżu struktur krytycznych, co jest niemożliwe w przypadku zastosowania promieniowania fotonowego. Wiązka protonowa ze względu na swoje właściwości w niektórych, wybranych przypadkach umożliwia podanie zaplanowanej dawki z oszczędzeniem okolicznych tkanek.

Ze względu na stosunkowo długi okres indukcji wtórnych nowotworów grupą, u której zastosowanie promieniowania protonowego przynosi zysk, są młodzi dorośli i występujące często guzy śródpiersia, jak chłoniaki ziarnicze i nieziarnicze, guzy grasicy. Napromienianie z zastosowaniem wiązki protonowej wiąże się z redukcją dawki w sercu, co przekłada się na zmniejszone ryzyko choroby wieńcowej i zawału mięśnia sercowego.

Wiemy, że u części chorych po pierwotnym leczeniu dochodzi do wznowy miejscowej. Chorzy Ci wymagają rozległych zabiegów ablacyjnych lub są kierowani do leczenia paliatywnego lub objawowego. Część z tych chorych może znowu być poddanych leczeniu z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, jednak problemem są ograniczenia związane z dawkami w narządach krytycznych.

Więc wracając dla kogo zalecana jest radioterapia protonowa: dzieci, młodzi dorośli, pacjenci powtórnie napromieniani, napromienianie w pobliżu promienio-wrażliwych narządów krytycznych.

Czy istnieją konkretne grupy pacjentów, którzy powinni być poddani właśnie protonoterapii?

Grupę taką niewątpliwie stanowią dzieci. Tradycyjne promieniowanie w wielu przypadkach niesie ze sobą zbyt wysokie ryzyko uszkodzenia rozwijającego się jeszcze organizmu. U dzieci niebezpieczeństwo wystąpienia nowotworu wtórnego bądź wywołanie niedorozwoju któregoś z kluczowych narządów pod wpływem dawki promieniowania jest zdecydowanie wyższe niż u osoby dorosłej. Przy zastosowaniu niezwykle precyzyjnej protonoterapii unikamy wszelkiego tego typu niebezpieczeństw, poprzez skupienie wiązki jedynie na guzie, ograniczenie dawki promieniowania poza obszarem terapeutycznym.

Czy protonoterapia może być wykorzystywana w leczeniu każdego typu nowotworu?

Niestety, na obecnym poziomie rozwoju tej dziedziny medycyny ma ona swoje ograniczenia. Stosowana jest jedynie w przypadku kilku bardzo konkretnych typów nowotworów. Należą do nich m.in.: nowotwory podstawy czaszki i okolicy okołordzeniowej u dorosłych, mięśniaki tkanek miękkich i kości u dzieci, nowotwory zatok obocznych nosa, rak gruczołu krokowego oraz wysoko zróżnicowane glejaki. Pierwotnie i do tej pory najczęściej leczonym nowotworem tą metodą jest czerniak gałki ocznej. Jest to niezwykle czuły narząd, umieszczony dodatkowo w takim obszarze, którego napromienianie daje liczne skutki uboczne. Nie nadaje się niestety do leczenia tzw. guzów ruchomych (np. w górnej części jelita grubego). Jednak wraz z ciągle postępującym w ostatnich latach często milowymi krokami, rozwojem medycyny, bardzo prawdopodobne jest rozszerzenie jej na inne typy schorzeń. Wykorzystanie skoncentrowanej wiązki protonów stanie się remedium na wiele problemów pacjentów i pozwoli cieszyć się życiem naprawdę szerokiej grupie osób.

Protonoterapia nie jest panaceum na raka. Jest stosowana w niektórych przypadkach, w wielu nie wykazano jej wyższości nad promieniowaniem fotonowym.

Dr n. med. Robert Kwiatkowski - absolwent Lekarskiej Akademii Medycznej w Gdańsku, członek Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej oraz European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO), współautor międzynarodowych artykułów medycznych, np. „VDR gene polymorphism in prostate cancer”, od 2005 roku zarządzający Zakładem Radioterapii w Katowickim Centrum Onkologii

Można usłyszeć głosy mówiące, że terapia protonowa jest zbyt kosztowna i w porównaniu z tradycyjnym naświetlaniem po prostu się nie opłaca? Czy to prawda?

Nie do końca. Wyższe koszty radioterapii protonowej częściowo są rekompensowane niższymi kosztami leczenia powikłań bo jest ich zdecydowanie mniej, mniejsze jest ryzyko wtórnych nowotworów indukowanych pierwotnym leczeniem, ponieważ dawka deponowana w organizmie jest mniejsza i obszar napromienianych tkanek jest mniejszy po leczeniu fotonami.

Protonoterapia nie jest panaceum na raka. Jest stosowana w niektórych przypadkach, w wielu nie wykazano jej wyższości nad promieniowaniem fotonowym. Zaleta związana z charakterystyką wiązki, wąski pik Bragga jest wadą w przypadku guzów o dużej ruchomości. To nie dotyczy tylko raków płuca, ale także narządów wewnętrznych, jak trzustka, gdzie różne wypełnienie jelit powoduje różną odległość guza od skóry w pik może budować się w jelicie, co grozi perforacją. I nie zapominajmy, że podstawową metodą leczenia miejscowego nowotworów jest chirurgia.

Jak przedstawia się rozwój protonoterapii w Polsce i na świecie?

Metoda ta znana jest na świecie od lat 60. XX wieku. Najwięcej ośrodków, w których się ją przeprowadza znajduje się w Stanach Zjednoczonych oraz Japonii. Wynika to z wysokiego stopnia zaawansowania technologicznego tych krajów. W Europie znajduje się tylko siedem placówek posiadających takie możliwości. Najbliższym ośrodkiem poza granicami naszego kraju jest ten zlokalizowany w czeskiej Pradze. Pierwszy tego typu ośrodek został wybudowany w Polsce w 2015 roku. Centrum Cyklotronowe Bronowice stanowi dział Instytutu Fizyki Jądrowej Polskiej Akademii Nauk w Krakowie. Przez pierwszy rok działalności podejmowano się w tym ośrodku jedynie leczenia nowotworów oka. Dopiero z czasem rozszerzono działalność na inne obszary ciała. Obecnie trwają rozmowy z Ministerstwem Zdrowia o zakwalifikowaniu jeszcze większej grupy nowotworów nadających się do leczenia terapią protonową. Pozwoli to na przyjmowanie większej grupy pacjentów, u których taki rodzaj leczenia jest wskazany i pozwoli zwiększyć długość i komfort ich życia.

Medycyna nuklearna

Wywiad z krajowym konsultantem

Prof. dr hab. n. med. *Leszkiem*

Królickim



Panie Profesorze, zacznijmy od podstaw. Czym jest medycyna nuklearna?

Medycyna nuklearna jest działem medycyny stosującym różnego rodzaju radioizotopy w diagnostyce i leczeniu chorych. Radioizotopy wykorzystywane są do znakowania różnych substancji wykazujących powinowactwo do określonych komórek. Na przykład, stosowane są związki fosfonianowe, które ulegają wbudowaniu w strukturę kości. Związki te znakowane są radioizotopem Technetem-99m. Dzięki temu, stosując aparaturę pozwalającą na pomiar radioaktywności możemy badać procesy naprawcze w tkance kostnej. Substancja wyznakowana radioizotopem określana jest mianem radiofarmaceutyku. Sama idea farmaceutyków zrodziła się dawno. W latach 20. G. Hevesy (węgierski naukowiec) stwierdził, że radioizotopy zachowują się w organizmach żywych dokładnie tak samo, jak pierwiastki, z których dany organizm jest zbudowany. Oznacza to, że można podać pierwiastek emitujący promieniowanie, mierzyć radioaktywność i w ten sposób dowiedzieć się, jak naturalny pierwiastek jest wykorzystywany przez organizm. To była rewolucyjna myśl! Wprowadziła potężne narzędzie w badaniach biologicznych, w tym także w medycynie. Radiofarmaceutyki stosowane są zarówno do celów diagnostycznych, jak i leczniczych. Metody diagnostyczne polegają na podaniu radiofarmaceutyku wyznakowanego emitującym promieniowanie gamma. Promieniowanie gamma jest rejestrowane przez specjalne urządzenia – gamma-kamery. Dzięki temu można określić gdzie, i w jakim stopniu radiofarmaceutyk gromadzi się w ciele chorego.



Czym różni się medycyna nuklearna od innych technik obrazowych?

Badanie radioizotopowe jest badaniem czynnościowym – pozwala na ocenę funkcji danego narządu. To podstawowa różnica między badaniami radioizotopowymi i innymi badaniami obrazowymi. Tomografia komputerowa, czy ultrasonografia czy nawet klasyczne techniki MRI przedstawiają budowę narządu i na podstawie zaburzeń w budowie (w morfologii) określane jest rozpoznanie. Medycyna nuklearna pozwala na stwierdzenie zaburzeń

w czynności narządu i na tej podstawie charakteryzowane jest schorzenie. Tomografia, czy rezonans magnetyczny pozwalają na uwidocznienie guza wątroby, natomiast metody radioizotopowe umożliwiają określenie jego charakteru: czy guz charakteryzuje się zwiększoną aktywnością układów receptorowych, albo zwiększoną objętością krwi, albo zwiększonym zapotrzebowaniem na substancje odżywcze. Informacje te niejednokrotnie decydują o sposobie leczenia. Metody radioizotopowe charakteryzują się bardzo dużą czułością: rezonans magnetyczny pozwala na ocenę stężenia wybranych związków chemicznych, jeśli stężenie to wynosi co najmniej 10^{-4} mola. W badaniach radioizotopowych możliwe jest stwierdzenie obecności związków chemicznych, jeśli ich stężenie wynosi zaledwie 10^{-11} mola. Różnica rzędu 10^{-4} i 10^{-11} jest porównywalna do wagi słonia i komara. Dobrym przykładem badania, które nie będzie zastąpione tomografią rezonansu magnetycznego czy innym badaniem obrazowym jest choćby analiza aktywności układu dopaminergicznego w mózgu u chorych na chorobę Parkinsona. Obraz morfologiczny mózgu u większości chorych jest prawidłowy, natomiast badanie radioizotopowe wykaże zmniejszone stężenie dopaminy odpowiedzialne za objawy chorobowe.

Innym przykładem zastosowania metod z zakresu medycyny nuklearnej jest lokalizacja tzw. węzła wartowniczego. Jest to pierwszy węzeł, do którego sływa chłonka z okolicy guza nowotworowego. Jeśli w węzle wartowniczym w badaniu mikroskopowym stwierdza się komórki nowotworowe, należy przyjąć, że guz spowodował już przerzuty i konieczne jest nie tylko leczenie operacyjne, ale także leki działające ogólnoustrojowo (chemioterapia). Jeśli obraz węzła jest prawidłowy należy przyjąć, że choroba ma charakter miejscowy. Badanie polega na podaniu w okolicę guza nowotworowego substancji koloidowej znakowanej ^{99m}Tc . Wielkość cząsteczki tego radiofarmaceutyku powoduje, że odpływa on tylko drogą naczyń chłonnych, trafia do węzła wartowniczego i gromadzi się w nim. Węzeł zawierający znacznik może być zlokalizowany przez chirurga z zastosowaniem małej sondy śródoperacyjnej i pobrany do badania.



“

Medycyna nuklearna jest metodą spełniającą ideę Paula Ehrlicha – uczonego ten, laureat nagrody Nobla, działający we Wrocławiu - zdefiniował pojęcie magicznego leku („magic bullet”) – leku, który po podaniu choremu potrafiłby sam połączyć się tylko z nieprawidłowymi komórkami i zniszczyć je.



A jak wygląda terapeutyczna część medycyny nuklearnej?

Techniki lecznicze polegają na podaniu odpowiedniego, swoistego dla określonej choroby radiofarmaceutyku znakowanego emitującym promieniowanie beta albo alfa. Promieniowanie to powoduje zniszczenie komórki, z którą połączy się radiofarmaceutyk. Metod leczniczych jest już całkiem dużo. Były one elementem towarzyszącym medycynie nuklearnej od samego jej powstania. Już kilka lat po otrzymaniu przez Fryderyka i Irène Joliot-Curie radioaktywnego fosforu, zastosowano go do leczenia białaczki. Wtedy było już wiadomo, że fosfor gromadzi się w szybko dzielących się komórkach.

Medycyna nuklearna jest metodą spełniającą ideę Paula Ehrlicha – uczonego ten, laureat nagrody Nobla, działający we Wrocławiu - zdefiniował pojęcie magicznego leku („magic bullet”) – leku, który po podaniu choremu potrafiłby sam połączyć się tylko z nieprawidłowymi komórkami i zniszczyć je. Co więcej, medycyna nuklearna spełnia kryteria tzw. teranostyki. Pojęcie to zostało zdefiniowane przez John'a Funkhousera, który opracowując dalszą strategię dla firmy PharmaNetics podkreślił, że konieczne jest wprowadzenie testów diagnostycznych potwierdzających przed leczeniem skuteczność wprowadzanego leku. Medycyna nuklearna pozwala na wykonanie badania diagnostycznego z zastosowaniem znakowanego leku i dopiero po stwierdzeniu, że lek ten gromadzi się w ognisku chorobowym, podawany jest radiofarmaceutyk w celu zniszczenia guza.

*** Prof. dr hab. n. med. Leszek Królicki - specjalista endokrynologii oraz medycyny nuklearnej, konsultant krajowy tej dziedziny medycyny, były prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej, kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej i Rezonansu Magnetycznego Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie**

Żeby przybliżyć tą ideę, prześledźmy radioizotopowe leczenie nadczynności tarczycy: początkowo podawana jest mała dawka radioaktywnego jodu, następnie wykonywane jest badanie sprawdzające, czy i w jakim stopniu radioizotop gromadzi się w tarczycy. Dopiero mając dowód, że radiojod gromadzi się w odpowiednio dużym stopniu, podawana jest choremu dawka lecznicza tego samego radiojodu. Innym przykładem jest leczenie guzów neuroendokrynych, które charakteryzują się znacząco zwiększoną ilością receptorów dla somatostatyny. U chorych tych wykonywane jest badanie po podaniu somatostatyny znakowanej radioizotopem stosowanym w diagnostyce i dopiero, jeśli jej gromadzenie jest bardzo duże w guzie, czy przerzutach, podawana jest dawka somatostatyny wyznakowana radioizotopem mającym na celu zniszczenie ognisk chorobowych. Podobnie potrafimy łagodzić objawy bólowe związane z przerzutami nowotworowymi do kości. Stosowany jest radioaktywny stront, albo samar, które zachowują się w naszym organizmie podobnie do wapnia - wbudowują się do pobudzonej tkanki kostnej.

Nowoczesne aparaty zbudowane są zarówno z tomografu komputerowego, jak i gamma-kamery. Dzięki temu możliwe jest wykonanie w tym samym czasie zarówno badania anatomicznego, jak i badania czynnościowego.



W obrębie zmian przerzutowych obrót wapnia jest znacznie większy, dlatego gromadzenie radioaktywnego chlorku strontu czy związków samaru jest również zwiększone. Emitowane przez te radioizotopy promieniowanie beta niszczy przerzut i zmniejsza dolegliwości bólowe. Istotnym przełomem w tej chwili w leczeniu raka prostaty jest zastosowanie radioaktywnego radu-223, który emituje promieniowanie alfa. Wykazano, że zastosowanie radu-223 nie tylko łagodzi objawy bólowe, ale również znacząco przedłuża czas przeżycia u chorych, u których inne metody lecznicze okazują się już zawodne.

Które z radiofarmaceutyków są stosowane najczęściej w medycynie nuklearnej?

Obecnie dostępnych jest kilkadziesiąt różnych radiofarmaceutyków. Do diagnostyki każdej choroby musimy zastosować odpowiedni znacznik: w celu określenia zużycia glukozy stosujemy ¹⁸F-DG, w badaniach serca – ^{99m}Tc-MIBI, w badaniach mózgu – ^{99m}Tc-HM-PAO, w badaniach płuc ^{99m}Tc-makroagregaty.

Tak więc zapotrzebowanie na radiofarmaceutyki zależy od konkretnego szpitala i prowadzonej przez niego działalności. Inne będzie zapotrzebowanie w ośrodku ukierunkowanym na badania kardiologiczne, a inne w ośrodku onkologicznym. W szpitalu kardiologicznym będzie przede wszystkim wykorzystywany ^{99m}Tc-MIBI, a w szpitalu onkologicznym swoiste znaczniki do badania nowotworów i ich przerzutów.

Czy pacjenci powinni obawiać się jakichś niepożądanych skutków?

Niczego nie trzeba się obawiać. Nasze badania, dzięki wykorzystaniu niewielkich dawek promieniowania, są w dużo większym stopniu bezpieczniejsze niż nawet tomografia komputerowa. W czasie badania PET-CT średnia dawka pochłonięta przez pacjenta wynosi 20 mSv, z czego dawka pochłonięta związana z emitowanym przez radiofarmaceutyk promieniowaniem wynosi tylko 5 mSv. Kolejnym ogromnym problemem tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego jest konieczność stosowania kontrastu. Jego dawki są bardzo duże: 80 – 120 ml kontrastu w tomografii

komputerowej, 15-20 ml w badaniu techniką tomografii rezonansu magnetycznego. Kontrasty te mogą działać szkodliwie przede wszystkim na nerki, niejednokrotnie wywołują również uczulenia. Każdy pacjent przed podaniem kontrastu musi mieć sprawdzoną czynność nerek. W badaniach radioizotopowych dawki radiofarmaceutyków są tak znikome, że nie mają wpływu na organizm.

Jak produkowane są radiofarmaceutyki?

Cała idea polega na tym, aby skutecznie połączyć radioizotop z wybraną przez nas substancją. Jest na to bardzo dużo recept; każdy radiofarmaceutyk wymaga innego sposobu postępowania chemicznego. Zajmują się tym radiochemicy, którzy dokładnie znają odpowiednie procedury. W większości przypadków znakowanie jest dosyć proste i odbywa się bezpośrednio przed badaniem. Odrębną sprawą są metody pozyskiwania radioizotopów. Wyróżniamy trzy podstawowe sposoby. Najprostszą jest metoda generatorowa. Wykorzystywane są niewielkie urządzenia, w których znajduje się tzw. „radioizotop matka”. Radioizotop ten osadzony jest na specjalnych kolumnach i sam rozpada się do tzw. „radioizotopu córki”. Kolumny są przemywane solą fizjologiczną, dzięki czemu otrzymywany jest roztwór pożądanego radioizotopu. Najczęściej stosowany generator molibdenowo-technetowy składa się z kolumn, na których osadzony jest molibden-99m. Rozpada się on do technetu-99m, który jest wypłukiwany z kolumn. Innymi przykładami są generatory do uzyskiwania galu-68 czy rubidu-82. Ponad 90% podstawowych badań wykonywanych jest z zastosowaniem radioizotopów otrzymywanych w ten sposób. Kolejną metodą jest metoda reaktorowa polegająca na bombardowaniu tarczy zawierającej pierwiastek wyjściowy przez neutrony. Tak powstaje np. radioaktywny jod-131 do leczenia tarczycy. Trzeci sposób oparty jest na zastosowaniu cyklotronu. W cyklotronie tarcza zawierająca pierwiastki wyjściowe bombardowana jest przez cząsteczki elementarne posiadające ładunek elektryczny.

Od czego zależy rozwój medycyny nuklearnej?

Decydującymi czynnikami są oczywiście dalszy rozwój aparatury do pomiaru radioaktywności w ciele badanego oraz zastosowanie nowych swoistych radiofarmaceutyków, pozwalających na coraz lepszą charakterystykę schorzenia. Najlepszym przykładem postępu w medycynie nuklearnej jest wprowadzenie technik hybrydowych: PET-CT, SPECT-CT, PET-MR. Nowoczesne aparaty zbudowane są zarówno z tomografu komputerowego, jak i gamma-kamery. Dzięki temu możliwe jest wykonanie w tym samym czasie zarówno badania anatomicznego, jak i badania czynnościowego. Z kolei przykładem postępu w zakresie radiofarmacji jest wprowadzanie obecnie do zastosowań klinicznych nowego radiofarmaceutyku – PSMA. Peptyd ten gromadzi się w dużym stopniu w obrębie komórek nowotworowych raka gruczołu krokowego. Badanie PET po podaniu ⁶⁸Ga-PSMA odznacza się bardzo dużą czułością i swoistością. Co więcej, zgodnie z zasadą teranostyki (o której rozmawialiśmy) peptyd ten wyznakowany odpowiednim radioizotopem jest stosowany do leczenia chorych z rozsianym procesem nowotworowym.

Wyniki badań radioizotopowych są na tyle dokładne, że na podstawie oceny zaawansowania choroby możliwe jest już obecnie odpowiednie dobranie skutecznego leczenia, co znacząco ogranicza końcowy rachunek finansowy.

Kolejnym elementem, który będzie decydował o rozwoju medycyny nuklearnej jest rozwój technik związanych z pojęciem medycyny precyzyjnej. Idea ta polega na wszechstronnym zbadaniu każdego chorego i dobraniu odpowiedniego leczenia – Realizacja tej filozofii będzie wymagała szerokiego dostępu do technik obrazowania molekularnego – a więc w dużej mierze do metod z zakresu medycyny nuklearnej.

Jak przedstawia się pod tym względem sytuacja Polski na tle Europy?

Sytuacja Polski wyglądała przez wiele lat naprawdę źle. Dopiero w 2003 roku powstała pierwsza pracownia wykonująca badania PET-CT. W tej chwili posiadamy już kilkanaście tego typu aparatów. Bardzo prężnie rozwija się nasz narodowy producent radiofarmaceutyków – POLATOM, oferując niemal całą paletę niezbędnych znaczników, w tym szereg znaczników unikalnych i nowatorskich. Nadal problemem jest jednak liczba nowoczesnych gamma-kamer, liczba zakładów medycyny nuklearnej i oczywiście personelu. W porównaniu do innych krajów europejskich powinniśmy wykonywać 2-3 razy więcej badań radioizotopowych i powinniśmy dysponować co najmniej 2-3 krotnie większą bazą aparaturową. Czas oczekiwania na niektóre badania z zakresu medycyny nuklearnej wynosi już wiele miesięcy.

Jak wysokie są koszty procedur wykorzystujących radiofarmację?

Koszty te są bardzo zróżnicowane w zależności od ceny radiofarmaceutyku i koniecznej do wykonania badania aparatury. Typowo klasyczne badanie scyntygraficzne tarczycy kosztuje około 100 PLZ, natomiast badanie PET-MR około 6 000 PLZ. Jednak nie można w ten sposób analizować kosztów procedur radioizotopowych. Liczne analizy farmako-ekonomiczne wskazują, że w dłuższej perspektywie nawet drogie procedury są korzystne dla płatnika. Sztandarowym przykładem było wprowadzenie refundacji za badanie PET u chorych z podejrzeniem wznowy raka jelita grubego. Ze względu na bardzo dużą czułość i swoistość badania liczba niepotrzebnie wykonywanych operacji na tyle zmalała, że ubezpieczyciel w Stanach Zjednoczonych mógł zmniejszyć koszty leczenia średnio o 3.500 USD w przeliczeniu na jednego chorego. Wyniki badań radioizotopowych są na tyle dokładne, że na podstawie oceny zaawansowania choroby możliwe jest już obecnie odpowiednie dobranie skutecznego leczenia, co znacząco ogranicza końcowy rachunek finansowy. Skuteczne leczenie oznacza przecież zastosowanie właściwej procedury, która zwiększa prawdopodobieństwo wyleczenia i znacznie zmniejsza ryzyko powikłań, których leczenie dodatkowo obciąża płatnika.

Zakrzepica: przyczyny, objawy i leczenie

Tekst | dr hab. n. med. Damian Ziaja

? Czy zakrzepica może być „pierwszym” objawem choroby nowotworowej? Czym zakrzepica jest w chorobie nowotworowej?

Do głównych objawów zakrzepicy należą małe, często bardzo bolesne guzki na przebiegu żył podudzia, podłuzne bolesne stwardnienie żyły, czasami zaczerwienione oraz nadmiernie ocieplone. Zdarzają się przypadki, kiedy samoistnie czasami ustępują po kilku dniach bez leczenia lub po domowych leczniczych okładach. Zwykle chory szybko o nich zapomina. U części pacjentów te objawy powtarzają się co kilka tygodni. Najczęściej w takich przypadkach lekarz pierwszego kontaktu zleca zastrzyki z heparyny oraz leki przeciwbólowe, po których w zasadzie choroba, a przynajmniej jej najbardziej odczuwalne i dokuczliwe objawy ustąpiły. Nie ma jednak najmniejszej wątpliwości, że po pewnym czasie pojawi się po raz kolejny. Pacjent kierowany jest w takich przypadkach do specjalistów na dalsze konsultacje – chirurga naczyniowego, angiologa podejmującego działania, które mają na celu dalsze leczenie zakrzepicy. Jednak ciągle jej prawdziwa przyczyna zostaje nierozpoznana.

Pierwszym badaczem, który zwrócił uwagę na zakrzepicę towarzyszącą rakowi trzustki, był XIX-wieczny lekarz Armand Trousseau, który napisał: „w raku trzustki występuje special crasis krwi i tworzy zakrzepy w żyłach”.

To proste stwierdzenie Armanda Trousseau będąc aktualnym do chwili obecnej potwierdzili liczni badacze, stało się ono zaczynem licznych badań mających uchronić pacjenta przed następstwami zakrzepicy.



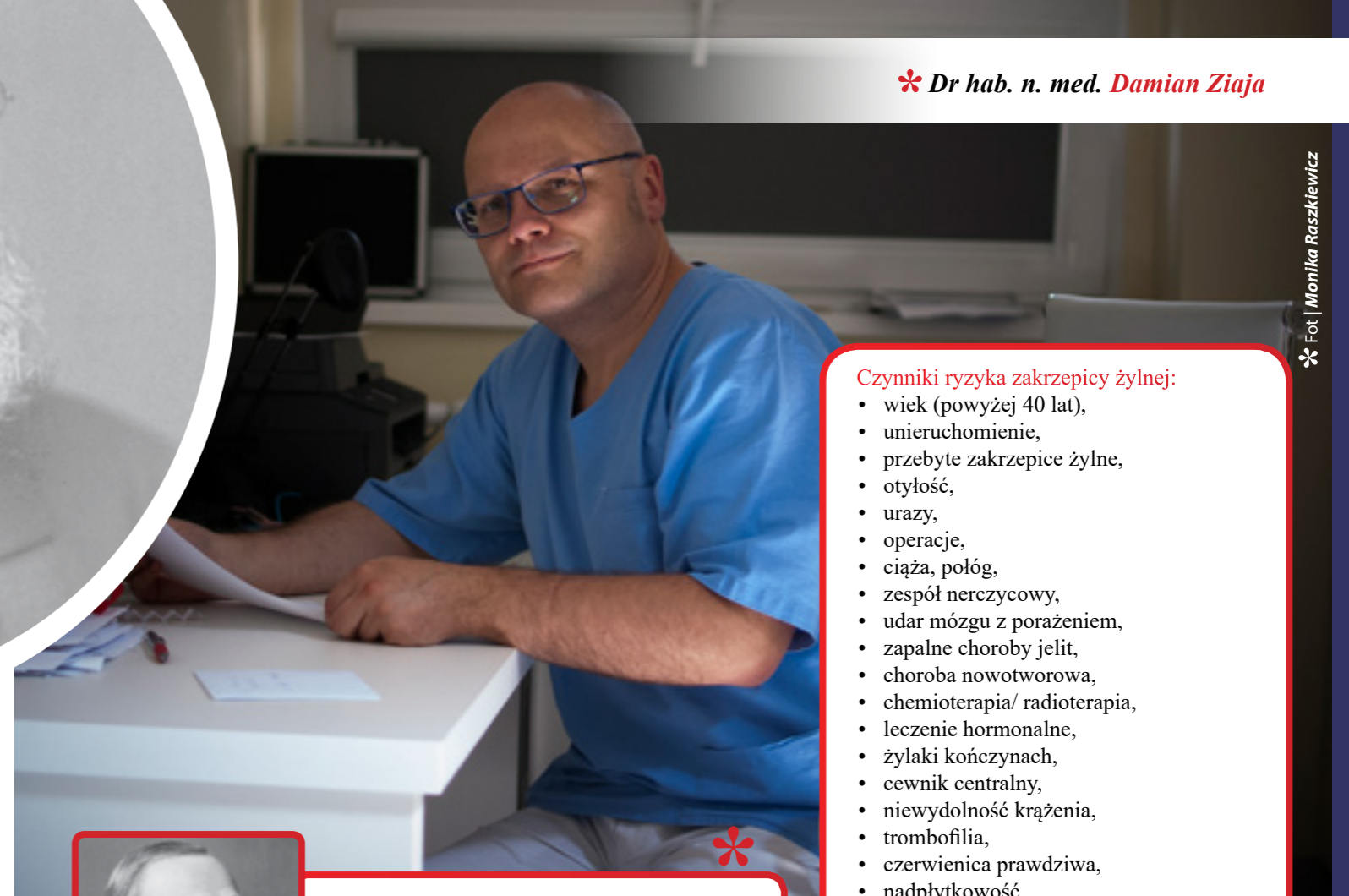
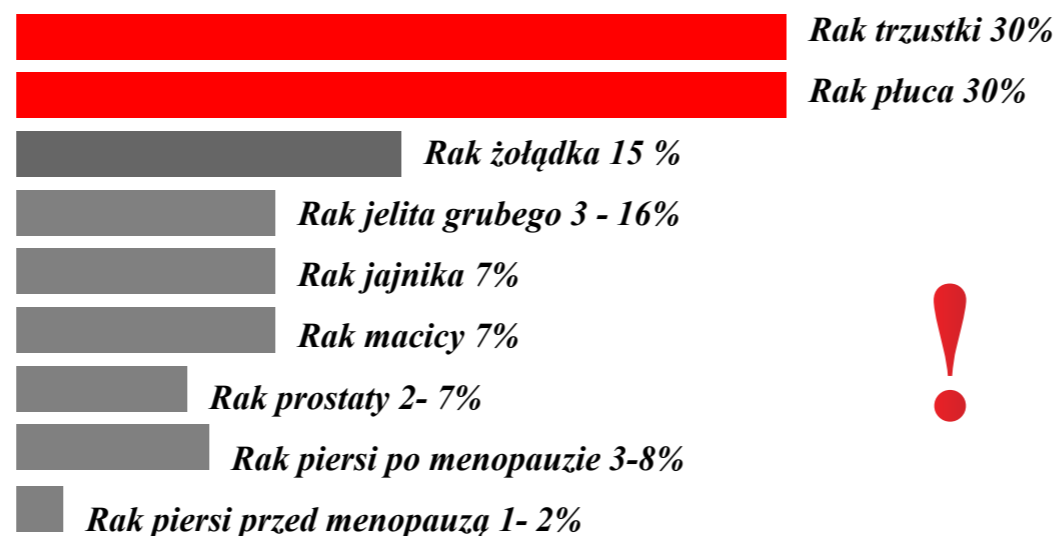
* Fot. | Wikipedia

* **Armand Trousseau** pierwszy lekarz który powiązał występowanie zakrzepicy z chorobą nowotworową.

? Czym są i jak powstają owe „zakrzepy w żyłach”?

W warunkach pełnego zdrowia krew płynąca w naczyniach tak żylnych, jak i tętniczych jest płynem zawierającym około 45% upostaciowanych elementów, takich jak erytrocyty, krwinki białe, płytki krwi oraz wszelkie elementy upostaciowane i nieupostaciowane jak np. jakże ważne białka. Siła napędowa lewej komory serca po stronie tętniczej i mięśnie łydki - „serce układu żylnego” - utrzymują krew w ruchu, co zapobiega jej zagęszczeniu i wykrzepnięciu w świetle naczyń nie tylko żylnych, ale i tętniczych. Choroba nowotworowa poprzez zmiany równowagi wewnątrzustrojowej zaburza ten układ – kaskadę krzepnięcia, tworzy warunki do formowania się zakrzepów w naczyniach. Różne rodzaje nowotworów są przyczyną formowania zakrzepów. W raku trzustki ten odsetek sięga aż 30%.

Odsetek pacjentów z chorobą nowotworową u których zakrzepica żył powierzchownych i głębokich jest jednym z dominujących objawów



* **Rudolf Virchow** lekarz, który w sposób prosty, zrozumiały i aktualny do dzisiaj wypunktował przyczyny formowania się zakrzepicy żylniej.

Czynniki ryzyka zakrzepicy żylniej:

- wiek (powyżej 40 lat),
- unieruchomienie,
- przebyte zakrzepice żyłne,
- otyłość,
- urazy,
- operacje,
- ciąża, połóg,
- zespół nerczycowy,
- udar mózgu z porażeniem,
- zapalne choroby jelit,
- choroba nowotworowa,
- chemioterapia/ radioterapia,
- leczenie hormonalne,
- żyłki kończynach,
- cewnik centralny,
- niewydolność krążenia,
- trombofilia,
- czerwienica prawdziwa,
- nadpłytkowość,
- przewlekłe choroby płuc,
- aktywne choroby tkanki łącznej,
- poważna infekcja.

Ponad 100 lat temu inny wielki wizjoner XIX wiecznej medycyny Rudolf Virchow napisał: „uszkodzenie śródbłonna, zaburzenia krzepnięcia, zagęszczenie krwi oraz zwolnienie jej przepływu jest przyczyną formowania się zakrzepów w żyłach”.

Z końcem lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku Prandoni stwierdził, że od 8 do 12% objawowej wędrującej zakrzepicy podudzi, w której nie znajdujemy przyczyny na kilka lat wyprzedza pojawienie się raka.

Aby w jak najprostszy sposób przybliżyć przyczyny tego jakże złożonego zjawiska, jakim jest zakrzepica wewnątrznaczyniowa Moussa zebrał je w kilku punktach.

Schematyczne przedstawienie czynników ryzyka i przyczyn formowania się zakrzepów żylnych:

Czynniki trombopatogenne u chorych z nowotworem złośliwym

- **nadkrzepliwość** TF ↑, VIIa, ↑TAT↑, PF 1+2 ↑, XIIIa ↑, ATIII ↓, białko C ↓
- **uszkodzenie śródbłonna** inwazja guza, chemioterapia, naświetlenia, cewniki
- **dysfunkcja płytek** aktywacja, trombocytoza
- **zastój żylny** zatkanie naczyń żylnych, wzrost lepkości krwi, unieruchomienie

*** Dr hab. n. med. Damian Ziaja - doświadczony chirurg naczyniowy. Dr hab. n. 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.**

Starając się przedstawić ponownie w sposób schematyczny wszystkie dodatkowe problemy związane z zakrzepicą z dominującą pozycją choroby nowotworowej w szczególności RAKa dodatkowo wyszczególniono schorzenia związane z dziedziczeniem, czyli chorobami uwarunkowanymi genetycznie, różnego rodzaju zabiegami operacyjnymi, w tym urazowymi. Nie wolno i nie należy wszystkiego dopasować do swoich objawów, a kierując się rozsądkiem pewne jego elementy przyjąć do wiadomości i zgodnie z decyzją zespołu lekarsko-pielęgniarskiego zastosować w leczeniu.

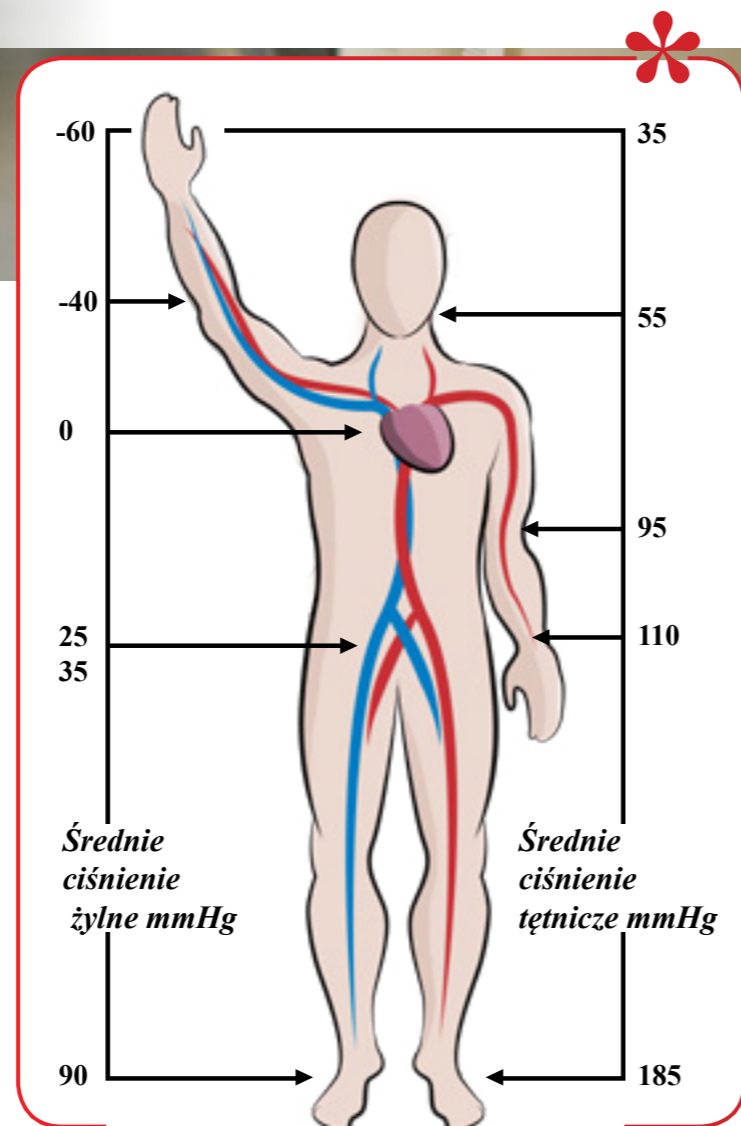
? Co to jest zatem zakrzep, jak on powstaje dlaczego w tej a nie innej lokalizacji?

Zakrzep żylny powstaje najczęściej w miejscu poszerzenia żyły – żyłaka z uszkodzoną zastawką żylną. Wystąpienie żyłaka i uszkodzonej zastawki jednocześnie powoduje cofanie się prądu krwi i zwolnienie jej przepływu. Stwarza to warunki do odkładania się włókien fibryny na uszkodzonej zastawce, płytek krwi oraz erytrocytów, początkowo luźno przytwierdzonych do ściany żyły, a po upływie 8-14 dni trwale.

Zakrzepy zlokalizowane są w ponad 90% w kończynach dolnych, szczególnie w żyłach podudzi.

W pierwszym okresie trwania zakrzepicy, do 7 dni, mogą się od zakrzepu odrywać drobne skrzeplinki płynące z prądem krwi do prawej komory serca, a stamtąd do płuc. Te skrzeplinki zamykają przepływ krwi w mikrokrążeniu płucnym, będąc przyczyną zatorowości i zaburzeń wymiany dwutlenku węgla na tlen, co powoduje nastające duszności połączone z odpluwaniem różowej wydzieliny, w skrajnych przypadkach oderwana skrzeplina może być przyczyną śmiertelnego zatoru płuc.

Schemat rozkładu ciśnień w tętnicach i żyłach przedstawia stojącego zdrowego człowieka wzrostu 170 cm, odległość od stopy

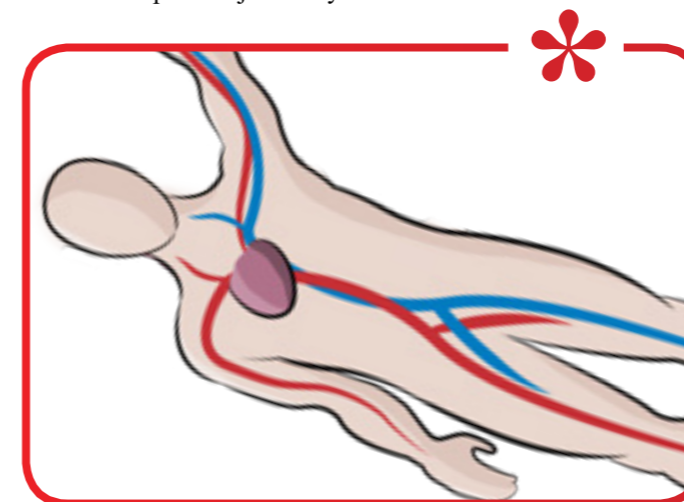


do serca wynosi u niego około 130 cm słupa krwi, czyli w przybliżeniu słupa wody. Tą wysokość musi pokonać strumień krwi, aby dopłynąć do prawej komory serca z poziomu stopy. Siła ssąca serca i klatki piersiowej to około 20 – 30 cm słupa wody pozostaje 100 cm, które są transportowane poprzez skurcz mięśni podudzi – „serca układu żylnego”. U Pacjentów z niewydolnością zastawek żylnych krew zalega w kończynach dolnych. Dalszemu uszkodzeniu ulega śródbłonek naczyń żylnych, wskutek czego formują się obrzęki dodatkowo utrudniające transport krwi do serca.

Zmiana pozycji ze stojącej na leżącej co prawda znacznie ułatwia odpływ krwi z kończyn dolnych do serca, ale poprzez ucisk

powierzchni przylegających do pościeli utrudnia, a w krańcowych przypadkach zamyka mikrokrążenie, na łokciach, piętach, kolanach okolicy kości krzyżowej, przec co mogą się formować odleżyny. Dlatego częsta zmiana pozycji jest bardzo wskazana. Uruchamia bowiem wszelkie elementy kurczu mięśni, tym samym transport do prawej komory serca.

Istnieją dodatkowe, występujące przy nietypowych okolicznościach, przyczyny powstawania takiego stanu rzeczy. Jeśli po wypiciu nadmiernej objętości alkoholu, zdarzy się zasnąć w niefizjologicznej pozycji na twardym podłożu, może to powodować zahamowanie odpływu krwi i uformowania się zakrzepicy w kończynach dolnych i górnych. U sportowców grających w siatkówkę spostrzegamy powysiękowy zakrzep żyły podobojczykowej. Innym czynnikiem ryzyka zakrzepicy żył kończyn jest antykoncepcja. Wszelkie postaci trombofilii, czyli zaburzeń i uwarunkowanych genetycznie, takich jak obecność białka S, C czy czynnika C Leiden także powoduje szkody dla zdrowia.



Ten sam schemat przedstawiony w pozycji leżącej. Rozkład tak ciśnień żylnych, jak i tętniczych ulega daleko idącej zmianie. Na poziomie stopy ciśnienie żylnie zbliżone jest do „0”, a tętnicze wynosi tyle samo co ciśnienie napędowe lewej komory serca czyli około 90 mmHg.

Pozycja stojąca, którą jako ludzie przyjęliśmy kilka milionów lat temu sprzyja zatem zastojowi krwi w kończynach dolnych w pozycji stojącej bez lub z małą liczbą wykonywanych ruchów. Jeżeli dodamy, że 40-50% populacji po 50 r.ż. cierpi i jest leczona z powodu przewlekłej niewydolności żylnych mamy narastający problem związany z możliwością uformowania się zakrzepu.

Guz nowotworowy to początkowo jedna komórka, której „udało” się zamknąć naczynie mikrokrążenia, pobrać od gospodarza, czyli człowieka naczynie tętnicze i żylnie i na tej drodze rozrastać się. By te warunki mogły być spełnione jednym z elementów jest uszkodzona ściana żyłki, opłaszczenie komórki nowotworowej włóknami fibryny, płytkami krwi oraz erytrocytami. Dochodzi do tego w czasie choroby, aby zapobiec dwóm elementom możliwej śmierci komórki nowotworowej. Jako pierwszy wymienia się apoptozę, czyli zaplanowaną przez organizm śmierć komórki nowotworowej, drugi to zniszczenie jej przez krwinki białe. W okresie bezobjawowym rozwoju guza nowotworowego dochodzi do bardzo dużych zaburzeń homeostazy ustrojowej. Obrazowo można to porównać do bajki o siedmiu krasnoludkach, z których

każdy dostawał jednakową porcję jedzenia, rozrastający się guz zabiera „bez pytania o zgodę gospodarza” wszystko co najlepsze, pozostałe gorszej jakości jest dla całego organizmu.

Chory odnotuje spadek masy ciała, z czego zwykle w początkowym okresie trwania choroby jest zadowolony, zmniejsza się jednak wydolność fizyczna tym samym chory staje się mniej ruchliwy przyjmując chętnie pozycję siedzącą lub leżącą. Pojawia się wstręt do spożywania pewnych pokarmów często mięsnych, a dominującym jest niechęć do wypijania odpowiedniej objętości płynów.

Śródbłonek naczyniowy jest tym elementem naczynia, który najszybciej ulega uszkodzeniu przez brak odpowiednich składników odżywczych, zwolnienie przepływu krwi, zagęszczenie doprowadza do rozwoju zakrzepicy – tak jak w Triadzie Virchowa. Kolejnym elementem towarzyszącą chorobie już objawowej jest ból i jakże często dopiero on zmusza nas do udania się do lekarza. Lekarz ustala rozpoznanie, konsylium lekarskie kolejność leczenia. Podmiot, czyli Pacjent w związku z rozpoczęciem leczenia skarży się na całkowity brak apetytu, często wymioty, wstręt do wypijania płynów, stany zapalne śluzówek – jest bardzo często znacząco odwodniony. Otrzymuje profilaktyczne dawki leków „rozrzedzających krew w zastrzykach”, ale czasami ta profilaktyka nie zabezpiecza przed uformowaniem się objawowej zakrzepicy, szczególnie w zaawansowanych stadiach choroby.

LMWH – sugerowany mechanizm działania w chorobie nowotworowej

- hamowanie angiogenezy poprzez aktywację tkankowego inhibitora wzrostu naczyń TFPI/ TFPI2,
- bezpośredni wpływ na aktywność enzymów degradujących matrix (I etap neoangiogenezy)
- modulacja aktywności kompleksu TF/ VIIa,
- zapobieganie opłaszczeniu komórki nowotworowej płytkami krwi – wpływ na możliwość powstawania przerzutów,
- bezpieczeństwo stosowania (mniejszy odsetek krwawień w porównaniu z doustnymi antykoagulantami).

Puentą tego artykułu niech będzie sformułowanie, że najważniejszym elementem zapobiegania zakrzepicy jest podstawowa, dla niektórych być może wydająca się nazbyt prosta, definicja życia – ruch i woda. Każdy z nas nie powinien lekceważyć, wydawać by się mogło, takich banalnych objawów jak :

- pojawiający się w coraz innych miejscach podudzia bolesny guzek na przebiegu żyły,
- stwardnienie i zaczerwienienie na przebiegu żyły,
- obrzęk podudzia a czasami uda jednej kończyny bez związku z urazem, ustępujący bez leczenia,
- zmniejszenie objętości oddawanego moczu i jego ciemna barwa,
- lekarz powinien zlecić odpowiednie badania w kierunku rozpoznania choroby nowotworowej u pacjentów zgłaszających się do niego z objawami wędrującej zakrzepicy żył kończyn dolnych.



Tekst | Redakcja KCO



W postępie widzę przyszłość

Rozmowa z lek. med *Jerzym Świtą*

? *Panie Doktorze, kiedy ginekologia onkologiczna wyodrębniła się jako oddzielna dziedzina medycyny?*

W historii ginekologii onkologicznej można zapisać parę istotnych dat, które dały początek i miały wpływ na dalszy jej rozwój w Polsce. Ginekologia Onkologiczna wyodrębniła się z ginekologii i położnictwa w Stanach Zjednoczonych Ameryki w 1970 roku. Amerykańskie Towarzystwo Położników i Ginekologów w celu poprawienia opieki nad kobietami z nowotworami narządu rodowego wyodrębniło ten kierunek jako nadspecjalizację w ginekologii. W roku 1983 w Wenecji powołano Europejskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (ESGO), którego głównym celem była i jest promocja wiedzy w tej dziedzinie i doskonalenie opieki nad pacjentkami. Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (PTGO) powołano w 1991 roku. Zatwierdzenie tej specjalizacji w Polsce jako specjalizacji szczegółowej nastąpiło 16 maja 2003 r.

? *Jak ważne w ginekologii onkologicznej jest wczesne wykrycie i diagnoza?*

Od stycznia 2015 roku weszły w życie regulacje prawne, tzw. pakiet onkologiczny. Jak wiadomo, wczesne wykrycie daje dłuższe przeżycie lub nawet całkowite wyleczenie. Warunkiem tego jest tzw. czujność onkologiczna, która obowiązuje nas wszystkich, zarówno lekarzy, jak i pacjentki. Złe wyniki leczenia nowotworów to z jednej strony słaba świadomość onkologiczna społeczeństwa i późna zgłaszalność do ginekologa, z drugiej zaś przedłużająca się niejednokrotnie obserwacja i wdrożenie leczenia specjalistycznego. Wiadomo, że nowotwory we wczesnym etapie rozwoju mogą nie dawać żadnych objawów lub ich objawy są mało swoiste, dlatego każdy objaw zgłaszany przez chore nie może być lekceważony. Szczególną rolę we wczesnym wykryciu mają lekarze rodzinni i specjaliści ginekologów. Wiadomo, że do dermatologa, ginekologa, onkologa nie jest potrzebne skierowanie, stąd wiele pacjentek korzysta w pierwszym etapie z konsultacji u tych specjalistów. Dlatego, aby wdrożyć jak najszybciej postępowanie diagnostyczno-lecznicze przy podejrzeniu, czy rozpoznaniu nowotworu wprowadzono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (Zielona Karta), która umożliwia rozpoczęcie leczenia w ramach tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. Karta ta jest jednocześnie skierowaniem, historią leczenia i gwarantuje kompleksową opiekę onkologiczną.

? *Jakie czynniki sprzyjają zachorowaniu?*

Dane statystyczne nie pozostawiają złudzeń. Palenie tytoniu, picie alkoholu, nieprawidłowe żywienie (otyłość), nadmierna ekspozycja na słońce, spożywanie pokarmów wysoce przetworzonych lub zmodyfikowanych mają szczególnie negatywny wpływ na zwiększenie ryzyka wystąpienia wielu nowotworów poprzez wpływ tych czynników na ludzkie DNA. Każdego roku w Unii Europejskiej 25000 kobiet zapada na raka szyjki macicy, którego związek z wirusem brodawczaka ludzkiego jest ewidentny. Według WHO w 2005 roku nowotwory odpowiadały za 7,5 miliona, z ogólnej liczby 58 milionów zgonów na świecie. W 2015 roku liczba ta wyniosła 9 milionów, a w 2030 wyniesie 11,4 miliona, co uczyni raka wiodącą przyczyną zgonów. Wykazano, że w etiologii nowotworów trzonu macicy, szyjki macicy, jajników i piersi ogromne znaczenie mają czynniki genetyczne i indywidualne predyspozycje. Oczywisty jest związek cukrzycy z rakiem endometrium. Badania wykazują, że wczesny wiek pierwszej i późny ostatniej miesiączki sprzyjają rakowi piersi. Rodność i płodność, późny wiek pierwszej ciąży u pacjentek może mieć wpływ na powstanie raka jajnika, piersi, endometrium, natomiast laktacja chroni w dużym stopniu przed tym nowotworem.

? *Jakie istnieją metody profilaktyki w ginekologii onkologicznej?*

Wszyscy wiemy, że lepiej podjąć zawczasu działania profilaktyczne, niż leczyć. Priorytetem w ginekologii onkologicznej jest zapobieganie nowotworom złośliwym i wczesne ich wykrycie. O pierwotnej profilaktyce mówimy wtedy, kiedy chcemy zapobiegać chorobie. W ginekologii istnieje np. tzw. antykoncepcja barierowa, czyli stosowanie popularnej prezerwatywy. Ma to zabezpieczać przed wieloma chorobami jak HIV, HPV, HSV, czy rzeżączka. Oczywiście odpowiedni styl życia to też element profilaktyki pierwotnej nowotworów. Wtórna profilaktyka to wczesne wykrywanie. Głównym badaniem w profilaktyce wtórnej nowotworów narządu rodowego są regularne wizyty u ginekologa. Cytologia w profilaktyce zalecana jest obecnie co 3 lata, gdy poprzedni wynik był prawidłowy, lub częściej w grupach ryzyka. W Polsce prowadzony jest program rządowy pozwalający kobietom w wieku 25-59 lat na wykonanie tego badania nieodpłatnie.



Fot. | Monika Rusziewicz

* lek. med. Jerzy Świtała - absolwent (1977) Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach (dzisiaj Śląski Uniwersytet Medyczny). Od 1990 roku, Ordynator później i do chwili obecnej Zarządzający Oddziałem Położniczo-Ginekologicznym Szpitala im. St. Leszczyńskiego (od stycznia 2016r. Katowickie Centrum Onkologii).

Inne metody stosowane w profilaktyce wtórnej to: kolposkopia, mammografia i USG. Badanie palpacyjne gruczołów piersiowych powinien przeprowadzić każdorazowo lekarz, bez względu na posiadaną specjalizację. Ważnym etapem profilaktyki jest samokontrola piersi. Mammografia jest zalecana kobietom powyżej 40 r.ż. W Polsce program rządowy zaleca badanie między 50-69 r.ż. co 2 lata. USG piersi wykonywane jest w każdym wieku. USG narządu rodowego należy do rutynowego badania okresowego w ginekologii. Ważną rolę w profilaktyce pełnią szczepienia HPV. Szczepić należy dziewczęta przed ich inicjacją seksualną.

? *Jakie grupy kobiet są najbardziej narażone na zachorowanie?*

Do najczęstszych czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy należą zarażenia wirusami HPV. Klas 16, 18, 32, 33, 45 i innymi wirusami i infekcjami bakteryjnymi przenoszonymi drogą płciową. Wśród czynników predysponujących należą palenie tytoniu, czynniki genetyczne, immunosupresja, częste zmiany partnerów, niski status socjoekonomiczny, wcześniej rozpoczęte współżycie płciowe. Rak szyjki macicy jest zaliczany do chorób przewlekłych, rozwija się przeciętnie 3-10 lat. Nikotyzm u kobiet powyżej 35 r.ż. stanowi przeciwwskazanie do stosowania antykoncepcji hormonalnej. Stosowanie antykoncepcji hormonalnej zwiększa ryzyko raka piersi, ale jest jednocześnie profilaktyką rozwoju raka jajnika i endometrium. Nierodność jest stanem zwiększonego ryzyka zachorowania na raka endometrium lub piersi. Obciążenia genetyczne sprzyjają rozwojowi nowotworów. Mutacje genów BRCA1 i BRCA2 prowadzą do powstania nowotworów piersi, jajnika, jelita grubego i trzustki. Zagrożone są pacjentki, które już chorowały na raka piersi, szczególnie nosicielki tych mutacji, krewni tych osób, stosujące HTZ i antykoncepcję hormonalną.

Okazuje się, że na rozwój choroby nowotworowej mogą mieć wpływ także takie czynniki, jak wzrost, waga, miejsce i jakość życia, wielkość piersi, liczba dzieci, a nawet kolor włosów. Zauważono np. że bardziej narażone na raka jajnika są kobiety otyłe i wysokie. Z badań wynika, że na każde dodatkowe 5 cm wzrostu, ryzyko zachorowania rośnie o 7%, a na każde dodatkowe 5 kg aż o 10%. Ryzyko to wzrasta szczególnie po menopauzie.

Zauważono np. że bardziej narażone na raka jajnika są kobiety otyłe i wysokie. Z badań wynika, że na każde dodatkowe 5 cm wzrostu, ryzyko zachorowania rośnie o 7%, a na każde dodatkowe 5 kg aż o 10%.

Brytyjscy uczeni doszli do wniosku, że kobiety z gęsto utkanymi piersiami mają aż czterokrotnie wyższe ryzyko zachorowania na raka piersi. Uczeni z Uniwersytetu w Liverpoolu dowiedli, że kobiety o asymetrycznym biuście chorowały na raka piersi częściej od zdrowych, a każde 100 ml różnicy w objętości zwiększa to ryzyko o 50%. Niektóre badania wykazują, że kobiety, które urodziły co najmniej 3 dzieci częściej chorują na raka piersi. Naukowcy alarmują, że kobiety sukcesu, pracujące w stresie, na wysokich stanowiskach są aż o 70% bardziej narażone na zachorowanie na raka piersi. Z niektórych badań wynika, że kobiety narażone w życiu płodowym na syntetyczne estrogeny częściej chorują na raka jajnika. Badania o wpływie alkoholu na raka piersi dowiodły, że kobiety, które piły alkohol 6-7 razy w tygodniu, 5,5 razy częściej zapadały na raka piersi.

? *Jakie objawy powinny zaniepokoić pacjentkę i skłonić ją do wizyty u lekarza?*

Warunkiem wczesnego wykrycia wielu nowotworów ginekologicznych są regularne badania okresowe, na które kobiety z tzw. grup wysokiego ryzyka powinny się zgłaszać raz w roku. Dotyczy to szczególnie młodych kobiet, po 30 r.ż. lub kobiet po menopauzie. Wystąpienie nieprawidłowych objawów takich jak bóle podbrzusza, czy krwawienia w okresach międzymiesiączkowych lub po menopauzie powinno skutkować pilną wizytą u ginekologa. Każde krwawienie po 6 miesiącach przerwy nie jest miesiączką u tych ostatnich. Pojawienie się krwistych upławów o nieprzyjemnym zapachu, krwawienia samoistne i kontaktowe, bóle podbrzusza i okolicy lędźwiowo krzyżowej, obrzęki kończyn, objawy dyzuryczne, powiększenie obwodu brzucha, utrata wagi w krótkim okresie czasu, wzdęcia, odbijania, zaparcia, nieprawidłowe wyniki parametrów krwi (niedokrwistość, wysoki poziom krwinek płytkowych, wysokie OB), nieprawidłowe wyniki analizy moczu (obecność krwinek), to główne objawy przy podejrzeniu nowotworów macicy i jajników. Stwierdzenie nieprawidłowej struktury w obrębie piersi, zgrubienia pod pachą, wciągnięcie brodawki, wycieki z sutka, obrzęk są bezwzględnym wskazaniem do konsultacji lekarskiej. Świąd i pieczenie sromu, zmiany makroskopowe na sromie, to ważne sygnały alarmowe dla kobiety.

❓ **Jakie rodzaje nowotworów należą do działy ginekologii? Które z nich występują najczęściej, a które są najgroźniejsze?**

Blisko połowa wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet dotyczy narządu rodowego i piersi. Nowotwory narządu rodowego mogą pojawiać się w jajnikach, jajowodach, w trzonie macicy (mięśni i endometrium) i szyjce macicy, w pochwie i na sromie. Najczęściej występuje rak szyjki macicy, rak jajnika oraz rak trzonu. W 2007 roku prawie połowa z nowo rozpoznanych raków szyjki była w wieku 47-57 lat. Na szczęście śladem innych krajów europejskich wprowadzono Program Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Niektóre nowotwory lekarz może rozpoznać podczas rutynowego badania ginekologicznego np. rak sromu, inne wymagają dodatkowych badań: jak: cytologia, kolposkopia, badania USG, tomografii, NMR, pobrania wycinków, biopsji, abrazji diagnostycznych, wykonania oznaczeń tzw. markerów nowotworowych. Najtrudniejszym problemem w ginekologii onkologicznej są nowotwory jajnika, ponieważ stanowią największy odsetek zgonów kobiet chorych na nowotwory narządu rodowego.

❓ **Jakie metody leczenia stosowane są najczęściej w zależności od poszczególnych przypadków/typu nowotworu?**

Leczenie nowotworów złośliwych narządów płciowych u kobiety jest obecnie leczeniem interdyscyplinarnym, co pozwala pacjentkom ustalić optymalne leczenie. W leczeniu nowotworów narządu

Leczenie powinno być skojarzone i jest ustalane w trakcie wielospecjalistycznego konsylium lekarskiego. Obowiązuje nas indywidualizacja leczenia, które jak wspomniałem, czasem jest modyfikowane w trakcie leczenia, ale najważniejsze jest prawidłowe zaplanowanie leczenia.

❓ **Jakie metody diagnostyki i terapii dostępne są w KCO?**

Do dyspozycji pacjentów w trakcie diagnostyki i leczenia mamy poza oddziałami szpitalnymi, poradnie specjalistyczne i pracownie diagnostyczne. Diagnozowanie odbywa się przy współpracy z wyspecjalizowanym laboratorium analitycznym i mikrobiologicznym, pracownią endoskopii, bronchoskopii, radiologii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, kolposkopii, usg, mammografii. Katowickie Centrum Onkologii prowadzi diagnostykę i leczenie zgodnie z aktualnymi standardami i wiedzą medyczną. Leczenie odbywa się w ramach tzw. procedur wysokospecjalistycznych.

❓ **Jak duża jest obecnie przeżywalność pacjentek po terapii onkologicznej?**

Rokowanie przeżywalności w nowotworach złośliwych narządu rodowego zależy od wielu czynników, głównie od stopnia zaawansowania choroby w momencie rozpoczęcia leczenia, wieku i stanu ogólnego zdrowia chorej, postaci histologicznej nowotworu, rodzaju nowotworu i jego wrażliwości na rtg i chemioterapię, stanu węzłów chłonnych, stanu aktualnej wiedzy medycznej i możliwości ośrodka onkologicznego. W raku szyjki np. ważnymi czynnikami rokowniczymi

Leczenie powinno być skojarzone i jest ustalane w trakcie wielospecjalistycznego konsylium lekarskiego. Obowiązuje nas indywidualizacja leczenia, które jak wspomniałem, czasem jest modyfikowane w trakcie leczenia, ale najważniejsze jest prawidłowe zaplanowanie leczenia.

rodowego zwykle kojarzy się kilka wymienionych metod ze sobą, ustalając ich rodzaj i kolejność indywidualnie dla każdej pacjentki. Schemat leczenia zależy od wielu czynników. W wyborze metody leczenia bierzemy pod uwagę lokalizację nowotworu, jego stopień zaawansowania, wynik badania histopatologicznego, wiek pacjentki, jej ogólny stan zdrowia, choroby współistniejące. Jednak głównym celem pierwotnego leczenia nowotworów macicy, szyjki, jajników i jajowodów jest usunięcie narządu rodowego w całości, choć wiadomo, że nie zawsze jest to możliwe w pierwszym etapie leczenia i zmusza nas do jego modyfikacji. Często koniecznym jest usunięcie dodatkowo węzłów chłonnych, sieci większej. Koniecznym jest dążenie do usunięcia wszystkich wszczepów, które stwierdzamy makroskopowo podczas zabiegu i w miarę możliwości przetrzutów do innych narządów jamy brzusznej, czasem z usunięciem tych narządów lub ich fragmentów. W przypadku pojedynczych ognisk (srom, pochwa, pierś) usuwamy zmiany w całości z odpowiednim marginesem, czasem z okolicznymi węzłami chłonnymi.

czynnymi będą wielkość guza, jego histologia, głębokość naciekania, przetrzuty do węzłów, wiek pacjentki, ogólny stan zdrowia. W raku trzonu macicy, gdzie większość przypadków to I stopień zaawansowania, 5-letnia przeżywalność w tym stopniu wynosi ponad 80-90%. Ważnymi czynnikami rokowniczymi w nowotworach trzonu macicy są: stopień kliniczny zaawansowania choroby, tzw. dojrzałość histologiczna, głębokość naciekania mięśnia, przetrzuty do węzłów chłonnych. Jako ocenę skuteczności opieki i leczenia uznaje się odsetek 5-letnich przeżyć. Obecnie częstość występowania nowotworów szyjki macicy ulega zmniejszeniu we wszystkich grupach wiekowych. Dotychczasowe obserwacje wskazują na wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe trzonu macicy. Trendy umieralności wykazują przeciwną tendencję. Zachorowalność na raka jajnika utrzymuje się na stałym poziomie i jest najwyższa u kobiet po 60 roku życia, umieralność będzie spadać, choć najwyższy odsetek będzie dotyczył nadal kobiet po 70 r.ż. w 2013 roku zachorowało w Polsce 3639 kobiet na raka jajnika i tylko mniej niż 30% zostało wyleczonych.



Możliwości leczenia kompleksowego w jednym ośrodku, gdzie poza leczeniem operacyjnym mamy do dyspozycji chemio- i radioterapię, immunoterapię, hormonoterapię, terapię fotodynamiczną jest niezmiernie ważną rzeczą.

❓ **Jak przygotować się do terapii i jakie są zalecenia tuż po niej?**

pozytywne nastawienie, edukacja pacjentki, dieta zbilansowana. Jest rzeczą wiadomą, że dla każdej pacjentki wiadomość o nowotworze złośliwym jest szokiem, dlatego warto przyjść na wizytę z kimś bliskim, ponieważ nie wszystko, co lekarz ma do przekazania dociera do chorej. Wciąż pokutuje przekonanie, że rak oznacza śmierć, a jest zupełnie odwrotnie. Dzisiaj zdecydowanie więcej pacjentek przeżyje, niż umrze, szczególnie gdy rozpoznanie postawimy we wczesnych stadiach rozwoju raka. Bardzo istotnym jest wyczerpująca rozmowa, która ma wyjaśnić istotę schorzenia i rozwiązać wątpliwości. Ma wyjaśnić czym jest nowotwór, jakie jest najbardziej odpowiednie postępowanie, jaki jest zakres i etapy proponowanego leczenia, jak długo będzie ono prowadzone, jakie rodzaje terapii będą stosowane, jakie ograniczenia w zdrowiu i w życiu to leczenie może wywołać. Celem tej rozmowy jest zdobycie zaufania i nabrania wiary w powodzenie leczenia. W trakcie pobytu w oddziale ginekologii onkologicznej do dyspozycji pacjentek przygotowaliśmy bogate materiały edukacyjne dotyczące postępowania przed i pooperacyjnego z informacjami, co warto wiedzieć o raku jajnika, raku szyjki macicy, raku trzonu macicy, raku piersi, zalecenia dietetyczne po operacji, produkty i potrawy zalecane w tzw. diecie bogatobiałkowej, postępowaniu z blizną pooperacyjną, postępowanie ze stomią, na temat rehabilitacji po operacji, postępowaniu np. w zapobieganiu obrzękom limfatycznym. Rehabilitacja ma na celu przyspieszenie powrotu do zdrowia i zmniejszenie psychicznych i fizycznych konsekwencji leczenia, takich jak nietrzymanie moczu, niestabilność pęcherza i innych.

❓ **Jakie są perspektywy dalszego rozwoju ginekologii onkologicznej w Polsce?**

Każdy pacjent choruje inaczej. Postęp w medycynie, a w szczególności w ginekologii onkologicznej powoduje, że powstają wyspecjalizowane centra onkologiczne. Możliwości leczenia kompleksowego w jednym ośrodku, gdzie poza leczeniem operacyjnym mamy do dyspozycji chemio- i radioterapię, immunoterapię, hormonoterapię, terapię fotodynamiczną jest niezmiernie ważną rzeczą. Perspektywy rozwoju ginekologii onkologicznej w Polsce są bardzo duże. Przede wszystkim rośnie liczba lekarzy specjalistów w tej dziedzinie, choć ich ilość nadal jest niewystarczająca. Proces szkolenia jest długi, trwający do 10 lat. Potrzeby krajowe ocenia się na ponad 500 specjalistów. Na drugim miejscu wymienilibym nowe metody leczenia: chemioterapia dootrzewnowa w warunkach HIPEC połączona z operacją cytoredukcyjną, immunoterapia, choć stosowana jest obecnie do leczenia tylko niektórych rodzajów nowotworów, stosowanie leków biopodobnych (biologicznych). Dzięki dynamicznemu rozwojowi genetyki odkrywano są specyficzne zaburzenia genetyczne będące przyczyną wielu nowotworów. Poszukuje się leków, które działają bezpośrednio na zmianę genetyczną. Terapia ta zwana jest terapią celowaną molekularnie, personalizowaną. Uważa się, że terapia celowana molekularnie jest przyszłością leczenia w onkologii. Celem jest stworzenie takich leków, które działają celowo na komórkę nowotworową, nie mając wpływu na komórki zdrowe. Obecnie leczy się tylko niektóre nowotwory tą metodą. W postępie widzę przyszłość.

Tekst | Wioletta Przeniak-Colta

Szkoła rodzenia – więcej pewności na starcie rodzicielstwa

Kiedy przyszła mama odkrywa, że jest w ciąży, często obok radości i wzruszenia pojawia się niepokój i lęk. Lęk przed nieznanym, lęk przed bólem, lęk o zdrowie dziecka, niepewność, co spakować do torby do szpitala, kiedy w ogóle tam jechać, jak rozpoznać początek porodu, czy blok porodowy można zobaczyć, jakie są położne w danym szpitalu itd. Lista pytań wydaje się nie mieć końca. Okazuje się, że nie ma znaczenia, ile kobiet już wcześniej urodziło, każda historia jest inna i każda mama przeżywa to inaczej.

Skąd rodzice czerpią wiedzę o porodzie i rodzicielstwie?

Głównie czytają fora internetowe, sięgają do artykułów, książek, pytają znajomych oraz wracają do rodzinnych doświadczeń i okazuje się, że otrzymują ogrom sprzecznych ze sobą informacji i odpowiedzi. Pojawia się mętlik w głowie, lęki, często niewłaściwe przekonanie na temat porodu.

Gdzie zatem rodzice mogą uporządkować wiedzę?

Odpowiedź jest prosta: u bezpośredniego źródła. Takie źródło stanowi szkoła rodzenia, w której kompetentne i doświadczone położne wprowadzają rodziców w tajniki porodu siłami natury i cięcia cesarskiego, a także opieki nad noworodkiem. Przygotowują na nieznane, uświadamiają wpływ nastawienia przyszłej mamy na przebieg porodu, uświadamiają wartość kobiecego instynktu i wrodzonych możliwości.

Jak wybrać szkołę rodzenia? Czy szkoły rodzenia różnią się między sobą?

Wybór szkoły rodzenia jest bardzo ważny. Szkoły różnią się nie tylko wyposażeniem, ale i sposobem prowadzenia zajęć. Zmiany, jakie zaszły w szkołach rodzenia w ciągu ostatnich lat, są ogromne. Niegdyś dominującą formą przygotowania Mam do porodu były wykłady, a dziś wzbogaciła je możliwość praktycznej nauki umiejętności noszenia, przewijania, czy karmienia maluszka.

Dlatego też warto zwrócić uwagę podczas wyboru szkoły rodzenia na to:

- czy program obejmuje ważne dla rodziców tematy,
- czy oprócz wykładów, szkoła zapewnia możliwość nabywania praktycznych umiejętności, jak m.in. pielęgnacja noworodka,
- czy przygotowuje rodziców na radzenie sobie z niektórymi, typowymi dla tego okresu trudnościami,
- czy spotkania prowadzą położne z wybranego szpitala (daje to okazję do ich poznania).

Przy Katowickim Centrum Onkologii działa nowoczesna Szkoła Rodzenia MIŚ KULECZKA.

To w niej rodzice dowiadują się m.in. jakie są symptomy rozpoczynającego się porodu, jak może on przebiegać, na co ma wpływ rodzica, czy i jak można lepiej radzić sobie z bólem. Położne z tutejszego bloku porodowego dzielą się informacjami, na co może liczyć Mama podczas porodu. Nowoczesne sale porodowe, wyposażenie w worki sako, tensy, możliwość rodzenia w pozycjach wertykalnych oraz dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego i inne udogodnienia zwiększają poczucie bezpieczeństwa i pewności przyszłej mamy. W szkole rodzenia rodzice mają też okazję zobaczyć, dotknąć i dowiedzieć się do czego służą np. niplette, aniball, epino, laktatory, nakładki, pieluszki wielorazowe, monitor oddechu.

Czymś wyjątkowym, o czym warto wspomnieć nieco dłużej, jest możliwość zajmowania się symulatorem niemowlęcia. Ten symulator to lalka, która waży tyle co prawdziwe niemowlę, bywa głodna, ma czasem mokrą pieluszkę, a nawet lubi być noszona i kołysana. Kiedy zapomnimy o trzymaniu jej główki mamy pewność, że rozlegnie się głośny płacz. Rodzice zajmują się nią podczas spotkań i mają okazję do niecodziennych doświadczeń: typu próba skoncentrowania się na wykładzie, podczas gdy symulator noworodka płacze. Zadaniem rodziców jest odgadywanie jego potrzeb, przystawianie go do piersi (do czujnika) oraz zmienianie pieluszki. W zamian mogą usłyszeć odgłos przełykania pokarmu i radość nakarmionego dziecka.



Odgadywanie i zaspokajanie potrzeb symulatora bywa początkowo sporym wyzwaniem, ale i satysfakcjonującym doświadczeniem.

Część zajęć poświęcona jest na praktyczną naukę pielęgnacji noworodka. Przyszli rodzice mają możliwość wykąpania lalek, sprawdzenia temperatury wody, poćwiczenia bezpiecznego trzymania dziecka podczas kąpieli czy przenoszenia go. Spore zamieszanie wprowadza nauka zasady niezostawiania noworodka samego na przewijaku. Uzmysławiamy rodzicom, jedną z najważniejszych zasad bezpieczeństwa, która brzmi „zapobiegaj”. Zwiększa się zaufanie pomiędzy rodzicami, bo każdy z nich już wie, że w razie potrzeby należy zabrać maluszka ze sobą lub go zabezpieczyć. Są silne emocje, a wraz z nimi nauka.

Dodatkowo w Szkole Rodzenia Miś Kuleczka czekają na uczestników różne niespodzianki i promocje. Są to np. gratisowe, fotograficzne sesje ciąży, mini produkty kosmetyków, czy materiały merytoryczne do poczytania.

Czy szkoła rodzenia to również dobry pomysł dla taty?

Obecnie zmieniła się rola taty. Wydaje się, że jest on bardzo zaangażowany już na etapie ciąży, ciekawy jej przebiegu oraz tego, jak dzidzius się rozwija. Współcześni ojcowie często poszukują informacji, jak można skutecznie wesprzeć swoją partnerkę i tego, co mogą zrobić dla dziecka. W związku z tym ojcowie są coraz częściej obecni na bloku porodowym podczas narodzin dziecka. Nie brakuje niepewności i pytań, co zrobić i jak się zachować. Uczestniczący w szkole rodzenia przyszli ojcowie zgodnie potwierdzają, że absolutnie warto przyjść na oferowane zajęcia. Dostają oni sporą dawkę informacji o tym, jakie zachowania mogą utrudniać prawidłowy przebieg porodu, jak można pomóc rodzącej

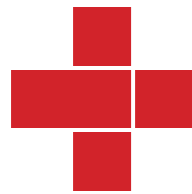
w zredukowaniu stresu czy bólu. Słowo WSPARCIE nabiera konkretnego wymiaru, są to konkretne działania np. podawanie wody, właściwy masaż i przypomnianie pozycji łagodzących ból porodowy, wspólne pakowanie torby do szpitala, podawanie dziecka do karmienia, przewijanie, kąpanie itp. Dzięki temu tata może poczuć się jeszcze bardziej potrzebny i kompetentny w swojej nowej roli.

Jakie korzyści niesie dla rodziców szkoła rodzenia?

Rodzice na starcie potrzebują wiary w siebie, że poradzą sobie w opiece nad dzieckiem, że będą umieli przewijać, karmić i rozpoznawać potrzeby dziecka. Ta wiara w siebie, we własne możliwości rośnie wraz z nabywaniem umiejętności praktycznych, uporządkowaniem wiedzy. To zaś zwiększa szanse na pozytywne doświadczenia, jakie wyniosą oni z porodu. Szkoła rodzenia staje się taką grupą wsparcia, zdarza się, że ci rodzice spotykają się potem na sali porodowej, a czasem nawet utrzymują relacje po narodzinach. Spotykają się na tym samym etapie swojego życia i mają ze sobą wiele wspólnego.

Szkoła rodzenia to dobry start, to źródło wiedzy o tym, o co warto zadbać i co można przygotować zanim na świat przyjdzie maluszek. To miejsce, w którym możesz zyskać więcej pewności i wiary w siebie w nowej roli mamy i taty.





Wywiad | IRONteam Sp. z o. o.

Projektujemy naszą przyszłość

Rozmowa z prezes KIGS, *Marzeną Rudnicką*

Jak przedstawia się sytuacja osób starszych w polskim społeczeństwie?

Osoby starsze stanowią już ponad 23% polskiego społeczeństwa i liczba ta dynamicznie wzrasta. W 2035 roku osoby starsze będą stanowiły już 25%, czyli co czwarty Polak będzie po 60 roku życia. Najbardziej dynamiczny przyrost będzie dotyczył osób z najstarszej grupy naszego społeczeństwa. Obecnie odnotowujemy 1,5 mln osób po 80 roku życia, a za niespełna 20 lat liczba osób w tym wieku podwoi się. Już teraz obserwujemy postępujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa, który w najbliższych latach będzie coraz bardziej intensywny. Rozwiązania przygotowujące polskie społeczeństwo do tych zmian musimy zacząć wdrażać już teraz, gdyż tak naprawdę to w tym momencie projektujemy naszą przyszłość – nas osób aktywnych i pracujących.

Jak duży jest udział osób starszych na rynku pracy?

Seniorzy zazwyczaj nie są aktywni zawodowo. Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny w 2016 roku pokazuje, że tylko 6,1% ogółu osób aktywnych zawodowo to osoby 60+. Dlaczego tak się dzieje? Większość badanych jako główną przyczynę bierności zawodowej podała emeryturę. W następnej kolejności wskazywano chorobę lub niepełnosprawność. To na tym polu mamy tak naprawdę wiele do nadrobienia. Poziom aktywności zawodowej seniorów jest wciąż zbyt niski. Ogromną rolę w tej kwestii odgrywają zarówno rozwiązania prawne, jak i postrzeganie przez społeczeństwo pracowników w wieku emerytalnym. Musimy nauczyć się, myśleć o starszych osobach nie jako o obciążeniu dla firm, ale patrzeć na nich przez pryzmat ich doświadczenia zawodowego, umiejętności i kompetencji.

Jakie największe zagrożenia i trudności pojawiają się w starszym wieku?

Najbardziej dotkliwą chorobą starszego wieku jest samotność, co w konsekwencji skutkuje wykluczeniem społecznym. Po zakończeniu aktywności zawodowej, osoby starsze czują się niepotrzebne i zaprzestają jakichkolwiek aktywności. Skutkuje to obniżeniem jakości życia i spadkiem samooceny.

Niski poziom aktywności społecznej obok niskiej aktywności zawodowej to problem dotyczący polskich seniorów. Sytuacji w znaczącym stopniu nie rozwiązują Uniwersytety Trzeciego Wieku, organizacje senioralne czy Kluby Seniora. Tego typu instytucje czy organizacje, pomimo swojej aktywności i niesamowitych działań, wciąż skupiają jedynie część polskich seniorów. Pomimo rozwoju tych form aktywności osób starszych, pozostaje wciąż znacząca grupa osób nieaktywnych, zepchniętych na margines społeczeństwa między innymi z powodu problemów finansowych – część seniorów nie stać na wyjście do kawiarni, teatru czy do kina. Powodem „uwięzienia” seniorów w ich domach są również bariery architektoniczne. To tak zwany syndrom czwartego piętra. Czwarte piętro przez dziesięciolecia było graniczną kondygnacją, powyżej której montowano w budynkach windy. Obecnie to właśnie ci młodzi ludzie, którzy w latach 50-tych, 60-tych wprowadzali się do nowobudowanych bloków, są już seniorami, a ich mieszkania na wyższych kondygnacjach stały się dla nich więzieniem.

Jak w starszym wieku pozostać aktywnym pod różnymi względami?

Warto zagospodarować sobie każdy dzień i w miejsce dotychczasowej pracy zawodowej umieścić inne aktywności, np. zajęcia sportowe czy spotkania ze znajomymi. Ważne, aby na emeryturze rozwijać swoje pasje lub poszukiwać nowych. Tu z ofertą wychodzą Kluby Seniora – gminne czy osiedlowe, Uniwersytety Trzeciego Wieku czy inne organizacje senioralne czy prosenioralne realizujące projekty dla seniorów. Samemu można też zaangażować się w życie swojej lokalnej społeczności i pomyśleć o zakładaniu kół zainteresowań i zebraniu osób, które podzielają pasje.

Jak przeciwdziałać społecznemu wykluczeniu osób starszych?

Rola gminy i liderów środowiskowych jest bardzo ważna w aktywizowaniu osób starszych. Ważne, aby pokazać seniorom inspiracje oraz przykłady aktywnego życia na emeryturze. Nie należy zapominać o aktywności fizycznej, która sprzyja zdrowiu. Nawet jakby to miał być tylko krótki codzienny spacer. Warto zauważyć, że Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej realizuje Program Wieloletni „Senior +” na lata 2015-2020 (wcześniej Program „Senior-WIGOR”) adresowany do nieaktywnych zawodowo osób w wieku 60+.

Marzena Rudnicka - fundator oraz prezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, który integruje podmioty komercyjne, organizacje pozarządowe działające w obszarze usług dla osób starszych oraz przedstawiciele samorządów i rządu z obszaru polityki senioralnej. Marzena Rudnicka jest autorką innowacyjnych rozwiązań w silver economy oraz m.in. publikacji „Gospodarka senioralna nową gałęzią gospodarki narodowej”. Współautorka systemu certyfikacji dóbr i usług dla osób starszych OK SENIOR. Pomysłodawczyni i Wiceprezydent URBI Unii Rynku Budowlano-Inwestycyjnego. Ekspert Centrum im. Adama Smitha w dziedzinie budownictwa i inwestycji.

W ramach tego programu przedstawiciele samorządów mogą uzyskać fundusze na jednorazowe wsparcie finansowe na utworzenie, przebudowę lub remont placówki „Senior+” (dienne domy pobytu, kluby seniora) i jej wyposażenie lub na zapewnienie funkcjonowania już istniejących placówek. W tegorocznej edycji programu dofinansowanie na utworzenie i wyposażenie nowych placówek „Senior+” otrzyma 214 nowych placówek, a 224 już istniejące miejsca uzyskają fundusze na zapewnienie bieżącego funkcjonowania.

Jakie istnieją organizacje zajmujące się opieką nad osobami starszymi?

Osrodki Pomocy Społecznej organizują i świadczą usługi opiekuńcze, również usługi specjalistyczne. Zarówno w miejscu zamieszkania, w domach dziennego pobytu, czy w domach pomocy społecznej. Każda gmina indywidualnie określa warunki przyznawania świadczeń oraz odpłatność za te usługi dla swoich mieszkańców. Z tego powodu pomoc osobom potrzebującym wsparcia może się różnić w zależności od miejsca zamieszkania.

Również my, jako Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej podjęliśmy wyzwanie na tym obszarze i wspólnie z trzema pienińskimi gminami: Szczawnica, Czorsztyn i Łapsze Niżne, realizujemy projekt zakładający powstanie trzech placówek dziennej opieki dla osób niesamodzielnymi i świadczenie usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych i aktywizujących dla osób starszych, niesamodzielnymi oraz wsparcie dla ich opiekunów. Zapewni to opiekę i aktywizację osób starszych oraz przyczyni się do pozostawienia ich jak najdłużej w miejscu zamieszkania. To rozwiązanie stanowi również istotne wsparcie w ich codziennym funkcjonowaniu, a także funkcjonowaniu ich rodzin. Mamy nadzieję, iż nasz projekt „Pienińskie Domy Dziennego Pobytu” stanowić będzie inspirację dla innych samorządów, które podążą naszym przykładem i będą tworzyć tego typu placówki na terenie całego kraju.

Od kilku lat w Polsce prężnie rozwija się również rynek prywatnych usług opiekuńczych i domów opieki dla osób starszych. Jesteśmy starzejącym się społeczeństwem i coraz więcej osób potrzebuje codziennego wsparcia. Pamiętajmy jednak, aby sprawdzić referencje i wiarygodność firmy czy osoby, z której pomocy zamierzamy skorzystać.

Jakie technologie cyfrowe wykorzystywane są w opiece nad osobami starszymi?

Wszystkie technologie telemedyczne mogą i powinny znaleźć zastosowanie w opiece nad osobami starszymi. Mogą być wykorzystywane zarówno przez opiekunów instytucjonalnych, jak i podmioty komercyjne świadczące usługi opiekuńcze. Jest ich wiele. Są to m.in. systemy wspomagające zarządzanie domami opieki społecznej, systemy dyspozytorskie wspierające zarządzanie opiekunami osób niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi, systemy monitorujące środowisko zamieszkania starszych osób, zarówno w aspekcie medycznym, jak i fizycznego bezpieczeństwa, np. detektory CO2.

Ważnym, chociaż wciąż nie w pełni docenianym aspektem działań opiekuńczych jest komunikacja z seniorami za pośrednictwem mediów elektronicznych. Z biegiem lat, wykluczenie cyfrowe starszego pokolenia przestanie być problemem. Ten, kto pierwszy pojawi się na rynku z dedykowanym kanałem informacyjnym, dostępnym w przeglądarce internetowej, będzie mógł zgnać premię z tytułu pierwszeństwa.



Starzenie się jest naturalnym, fizjologicznym procesem dotyczącym każdego organizmu. Jego istota polega na obniżaniu zdolności do samoregeneracji i odtwarzania komórek, powodując stopniowy spadek funkcjonalności tkanek, narządów i układów organizmu.

Zmiany zachodzące w starzejących się komórkach nadszatkują procesy karcynogenezy (tworzenia się komórek nowotworowych). Nie oznacza to, że starzejąca się komórka staje się od razu komórką nowotworową, ale wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwinięcia nowotworu w przypadku zadziałania niekorzystnych czynników karcynogennych (np. stres, obniżenie odporności, infekcje, urazy, środki chemiczne, itp). Wydłużający się okres życia, który zawdzięczamy zarówno rozwojowi nauki i technologii, jak i świadomości zdrowotnej społeczeństwa powoduje, iż procesy karcynogenezy (przebiegające czasami wiele lat) zostają zakończone, dając kliniczną manifestację w postaci choroby nowotworowej.

Częstość chorób nowotworowych wzrasta wykładniczo wraz z wiekiem. Dane statystyczne wskazują, że ok. 60-70% pacjentów onkologicznych stanowią osoby po 60 roku życia. Wskaźniki demograficzne, prognozujące dalszy wzrost w populacji osób starszych, przewidują podwojenie liczby rozpoznanych nowotworów w tej grupie pacjentów w przeciągu najbliższych 15-20 lat. Choroby nowotworowe mieszczą się w grupie najczęściej diagnozowanych w geriatrici, zaraz po chorobach układu sercowo-naczyniowego, degeneracyjnych mózgu i układu kostno-stawowego.

Fot | Monika Raszkievicz



*** Lek. med Aleksandra Orylska - specjalista Chorób Wewnętrznych oraz Specjalista Geriatrii pracuje w Katowickim Centrum Onkologii od 2009 roku jako Zarządzająca Oddziałem Geriatrii.**

Objawy kliniczne chorób nowotworowych, podobnie jak innych schorzeń nie różnią się od dolegliwości występujących u osób młodszych, inna jednak jest ich ekspresja. Często przebieg dolegliwości jest subkliniczny („niepełnoobrazowy”), zwłaszcza gdy występuje wielochorobowość i polipragmazja, powodując wzajemne nakładanie się objawów. Charakterystyczną cechą w wieku podeszłym jest występowanie niewydolności mózgowej, jako jednej z pierwszych reakcji toczących się stanów chorobowych. Jeżeli obserwujemy u starszej osoby widoczne zmiany w postaci zaburzeń zachowania czy „zmiany charakteru”, zaburzenia

urojeniowe, problemy z pamięcią czy zaburzenia emocjonalne (np. obniżenie nastroju, spadek aktywności), to w pierwszej kolejności należy wykluczyć obecność rozwijającej się choroby somatycznej. Również objawem, który nie koreluje z obecnością schorzeń jest tzw. nieprawidłowy ubytek masy ciała (chudnięcie). Ze względu na naturalne procesy starzenia, w tym „przebudowę” mięśni (zmniejszenie ilości włókien mięśniowych na rzecz tkanki tłuszczowej) spadek masy ciała może mieć charakter fizjologiczny i, o ile inne wskaźniki nie potwierdzają obecności chorób, nie jest objawem chorobowym.

Tekst | Lek. med. Aleksandra Orylska

Choroby nowotworowe u osób w wieku podeszłym

Do najczęściej rozpoznawanych nowotworów należą:

1. Rak płuc (ok. 30% chorych stanowią osoby powyżej 60 r.ż., najczęściej rozpoznawany w wieku 60-70 lat),
2. Rak sutka u kobiet (wzrost zachorowalności po 50 r.ż., czterokrotnie częściej rozpoznawany w wieku 60-79 lat),
3. Rak żołądka, trzustki, jelit - głównie jelita grubego (wzrost zachorowalności po 80 r.ż.),
4. Rak gruczołu krokowego (stwierdzany u co czwartego mężczyzny po 70 r.ż.),
5. Rak nerki, pęcherza moczowego (wzrost zachorowalności po 60 r.ż., częściej u mężczyzn),
6. Rak n. rodnych u kobiet - macicy, jajników, sromu (wzrost zachorowalności po 50 r.ż.),
7. Szpiczak mnogi – plasmocytoma (najczęściej rozpoznawalny po 50 r.ż.),
8. Przewlekła białaczka limfocytowa (występuje głównie u osób starszych po 60 r.ż.),
9. Znacznie częściej występują nowotwory skóry (z wyjątkiem czerniaka).

Zarazem jednak, diagnozując i lecąc chorych z powodu schorzeń nienowotworowych, ujawnia się obecność zmian nowotworowych, stwierdzanych na tyle wcześnie, iż podjęcie terapii przynosi znaczne korzyści. Niewątpliwym dość czułym, wczesnym markerem mogący sygnalizować rozwijającą się chorobę nowotworową jest niedobór żelaza (poprzedzający wystąpienie niedokrwistości), stąd też w geriatrici określanie tego wskaźnika mieści się w zakresie badań podstawowych. Również obecność przewlekających się lub nawracających infekcji wielokrotnie jest związana z rozwijającym się nowotworem. Niewątpliwie najpoważniejszym „błędem diagnostycznym” i niestety powtarzającym się dość często, jest przypisywanie wszelkich dolegliwości i zaburzeń wiekowi. Pamiętajmy, że zdrowa starość nie boli, nie zapomina, nie dokucza i funkcjonuje samodzielnie, choć w swoim indywidualnym rytmie.

Starzenie się populacji, wzrost liczby zachorowań na nowotwory, odmienność fizjologii i patologii u osób starszych, a co za tym idzie odrębność terapii, doprowadziły do powstania nowej dyscypliny medycznej, jaką jest onkologia geriatriczna. Skuteczność obecnych metod leczenia onkologicznego u młodszych pacjentów, w przypadku choroby nowotworowej o przewlekłym przebiegu, spowoduje, że z czasem będą oni wymagali wsparcia lekarza geriatry.

Onkologia geriatriczna opiera się na wielowymiarowym i wielodyscyplinarnym podejściu do chorych na nowotwory. Podstawą jej działania są cztery zasady:

- zachowanie autonomii chorego,
- odnoszenie przez chorego rzeczywistej korzyści klinicznej w trakcie terapii,
- nieszkodzenie choremu,
- sprawiedliwości w podejmowaniu decyzji.



Zlecenie diagnostyki i terapii onkologicznej na podstawie wieku kalendarzowego i ogólnego stanu klinicznego obarczone jest dużym błędem. Bardzo różnorodny przebieg starzenia się i odmienny stopień dysfunkcji organizmu u osób starszych wymaga indywidualnej oceny ryzyka terapii onkologicznej. Zachodzące z upływem lat procesy fizjologiczne prowadzące do zmian w funkcjonowaniu układu pokarmowego, nerwowego, nerek czy szpiku kostnego, a zarazem obecne schorzenia współistniejące zwiększają ryzyko działań niepożądanych. Stosowanie wielu leków (polipragmazja), dodatkowych nefarmaceutyków (np. zioła), czy złe nawyki żywieniowe stanowią dodatkowe zagrożenia w trakcie leczenia onkologicznego. Analiza tych danych klinicznych może przyczynić się do zaplanowania działań, które zmniejszą stopień utraty sprawności i ograniczą dodatkowe wizyty lekarskie, pielęgniarskie i hospitalizacje.

Dlatego wieloletnie badania i analizy doprowadziły do stworzenia Całościowej Oceny Geriatricznej (COG), która pozwala na kompleksową ocenę pacjenta, z wykryciem obecnych u niego zaburzeń klinicznych, funkcjonalnych, psychicznych i socjalnych. Pozwala to na wyodrębnienie chorych, którzy pomimo wieku mogą otrzymać pełną terapię onkologiczną (bez zwiększonego ryzyka powikłań) oraz tych osób, które kwalifikują się jedynie do leczenia paliatywnego. Określenie tzw. wieku funkcjonalnego (nie metrykalnego) umożliwia podjęcie decyzji terapeutycznych i zaplanowanie procedur optymalizujących stan chorego przed terapią onkologiczną, zmniejszając ryzyko powikłań lub przerwania leczenia. Ocena taka przeprowadzana jest w oddziałach geriatricznych i wymaga współpracy zarówno lekarzy geriatrów, jak i fizjoterapeutów, psychologa, pielęgniarek a często też lekarzy innych specjalności - neurologa, psychiatry, okulisty, ortopedy. Kompleksowa ocena chorego w znacznym stopniu umożliwia przeprowadzenie bezpiecznej diagnostyki i terapii onkologicznej.

Wywiad | IRONteam Sp. z o. o.

Zdrowe odżywianie w każdym wieku

Rozmowa z mgr. *Ewą Marchlewską*

? *Wraz z wiekiem zwiększa się zagrożenie związane z pojawieniem się pewnych chorób czy schorzeń. Jak się odżywiać, aby minimalizować szanse na ukazanie się niepożądanych objawów?*

Wiek jest jednym z niemodyfikowalnych czynników chorób układu krążenia, np. miażdżycy tętnic, nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej. Wraz z wiekiem częściej występują zaburzenia gospodarki węglowodanowej, częściej pojawia się insulinooporność oraz wzrasta ryzyko cukrzycy typu II. Żeby istotnie zmniejszyć ryzyko należy zadbać o odpowiednią dietę. Co więcej, wiele schorzeń, zwłaszcza metabolicznych, których ryzyko wystąpienia wzrasta z wiekiem dodatkowo potęgowane jest przez nadmierną masę ciała! Dlatego też w celu utrzymania dobrego stanu zdrowia konieczna jest zbilansowana dieta, dostosowana do potrzeb danej osoby. Należy pamiętać o zjedaniu 4 – 5 posiłków dziennie w regularnych odstępach czasu, unikaniu żywności przetworzonej, obecności warzyw i owoców w każdym posiłku, prawidłowym nawodnieniu. Zadbaj także o odpowiednią podaż błonnika pokarmowego – znajdziemy go przede wszystkim w pełnoziarnistych produktach zbożowych oraz warzywach i owocach. Spożycie błonnika musi pociągać za sobą odpowiednią ilość wypijanej wody (1,5 – 2 litry) – jest to szczególnie ważne, ponieważ wraz z wiekiem mechanizm odczuwania pragnienia staje się mniej wrażliwy. Ważne jest także dostarczenie odpowiedniego rodzaju tłuszczu, należy unikać tłuszczów nasyconych, których źródłem są przede wszystkim produkty pochodzenia zwierzęcego, a także oleje palmowy i modny w ostatnich latach – kokosowy. Drugim szkodliwym rodzajem tłuszczu są tłuszcze trans znajdujące się w twardych margarynach, wyrobach cukierniczych. Bazujmy na tłuszczach roślinnych tj. olej rzepakowy i oliwa z oliwek, olej lniany, orzechy, nasiona, awokado.

? *Jak zmienia się nasze ciało, procesy metaboliczne po osiągnięciu pewnego wieku?*

Wraz z wiekiem w znaczący sposób zmienia się skład ciała. Dochodzi do stopniowego spadku beztłuszczowej masy, zmniejsza się masa mięśni szkieletowych, ich siła, wytrzymałość i elastyczność. Za przyczynę utraty masy i siły mięśniowej uznaje się brak pokrycia zapotrzebowania na białko oraz brak aktywności fizycznej.

Dochodzi również do ubytku tkanki kostnej, zwłaszcza u kobiet po menopauzie, obniża się gęstość mineralna kości. Ponadto wzrasta procentowa zawartość tkanki tłuszczowej, spowalnia metabolizm spoczynkowy, dochodzi także do ubytku wody z organizmu. Oczywiście to, w jakim stopniu zajdą niekorzystne zmiany w dużej mierze zależy od odpowiedniego odżywiania i aktywności fizycznej.

? *Jeśli przez większość życia odżywialiśmy się nieprawidłowo, czy nagła zmiana nawyków na zdrowsze po latach zaniedbań ma sens? Czy zdołamy naprawić wyrządzone naszemu organizmowi szkody?*

Tak! Zawsze warto zmieniać swoje nawyki żywieniowe i nawet po latach zaniedbań, w przypadku już istniejących chorób cywilizacyjnych i dietozależnych zmiana nawyków żywieniowych na właściwe przyniesie korzyści – może zapobiec lub opóźnić wystąpienie innych chorób, powikłań już istniejących schorzeń, poprawić wyniki badań (np. lipidogram, poziom glukozy, stężenie kwasu moczowego, parametry wątrobowe itd.), zapewnić lepszą jakość życia, lepsze samopoczucie.

? *Dlaczego w naszym społeczeństwie coraz częściej pojawia się problem otyłości?*

Problemy z nadmierną masą ciała wynikają w dużej mierze ze spożywania żywności przetworzonej, która jest źródłem pustych kalorii, dużej ilości cukrów prostych, tłuszczów nasyconych... - często robimy to z wygody i z lenistwa. Ponadto wraz z wiekiem coraz mniej się ruszamy, jak pokazują badania, tylko co siódmy Polak spełnia normy rekomendowane przez WHO dotyczące aktywności fizycznej w czasie wolnym. Wśród osób w wieku 30–39 lat blisko 60% Polaków nie podejmuje aktywności fizycznej, natomiast wśród seniorów (60 i więcej lat) odsetek ten wzrasta prawie do 80%!



“ *Zawsze warto zmieniać swoje nawyki żywieniowe i nawet po latach zaniedbań, w przypadku już istniejących chorób cywilizacyjnych i dietozależnych zmiana nawyków żywieniowych na właściwe przyniesie korzyści – może zapobiec lub opóźnić wystąpienie innych chorób, powikłań już istniejących schorzeń, poprawić wyniki badań (np. lipidogram, poziom glukozy, stężenie kwasu moczowego, parametry wątrobowe itd.), zapewnić lepszą jakość życia, lepsze samopoczucie.*

? *Często największym problemem w utrzymaniu wagi jest nasza słaba wola. Czy są jakieś sposoby, niejako „sztuczki”, które można stosować, aby ułatwić odchudzanie i zwiększyć samodyscyplinę?*

Przede wszystkim należy jasno określić cel, a następnie rozłożyć go na mniejsze, krótsze etapy, które łatwiej będzie osiągnąć, np. „Moim głównym celem jest zrzucenie 20 kg, więc pierwszym małym celem będzie pozbycie się pięciu kg”. Warto uświadomić sobie, dlaczego chcemy zmienić masę ciała, z jakimi korzyściami to się wiąże. Na niektóre osoby świetnie działa metoda małych kroków, wprowadzenie zmian stopniowo, np. w pierwszym tygodniu celem jest praca nad regularnością posiłków, w drugim dodatkowo picie półtora litra wody, w kolejnym zadbanie o obecność warzyw w każdym posiłku itd. Nasze menu nie może być monotonne, zdrowa dieta to nie tylko

sałata...Wielu moich pacjentów stwierdza, że nie spodziewali się tak dużej ilości jedzenia i jeszcze w dodatku tak smacznych posiłków. Ważne jest również to, że jeżeli zdarzy się jakaś „wpadka” nie można traktować tego w kategorii klęski, a często jak już sięgnęliśmy po czekoladę, to później działamy lawinowo... Swoich pacjentów często pytam, czy jeżeli kupili nowy telefon i niefortunnie upadł na ziemię rozbijając szybkę, ale nadal działa to czy go wyrzucają czy naprawiają szkodę? Tak samo warto pomyśleć o zmianie swoich nawyków – czy jeden batonik jest powodem, dla którego mamy wyrzucić swoje starania do kosza?

? Ile powinna trwać dieta odchudzająca? Jak uniknąć efektu jo-jo?

Tempo chudnięcia jest kwestią indywidualną, zależy m.in. od wieku, wyjściowej masy ciała i stanu zdrowia. Prawidłowy, zdrowy spadek masy ciała to pół, jeden kilogram tygodniowo, więc długość okresu odchudzania zależy przede wszystkim od celu wagowego, jaki chcemy osiągnąć. Jednak nie należy traktować diety jako okresu przejściowego, na miesiąc, dwa czy pół roku. Ważne jest, aby wprowadzić właściwe nawyki żywieniowe na stałe! Jeżeli osiągniemy swój wagowy cel, a później wrócimy do starych nawyków, które doprowadziły do nadwagi lub otyłości to z całą pewnością tak będzie znowu. Celem jest nie tylko osiągnięcie wymarzonej masy ciała, ale przede wszystkim jej utrzymanie. Żeby uniknąć efektu jo-jo, należy wystrzegać się wszelkich „diet cud”, które w przeważającej większości są zbyt niskokaloryczne, niedoborowe, a w rezultacie mogą doprowadzić do negatywnych konsekwencji zdrowotnych.

? Mamy coraz mniej czasu, aby dbać o prawidłowe odżywianie. Co zrobić, aby przy jak najmniejszej ilości czasu maksymalnie zoptymalizować naszą dietę?

Najważniejszą kwestią, od której należy zacząć jest planowanie posiłków i organizacja czasu! Trzeba określić ile czasu dziennie możemy przeznaczyć na przyrządzanie posiłków, niekoniecznie skomplikowane menu będzie odpowiednie dla osób, które większość dnia spędzają poza domem i nie lubią eksperymentować w kuchni. Warto również wybrać sobie jeden dzień w tygodniu, w którym będziemy robić duże zakupy, oczywiście po uprzednim planowaniu i zrobieniu listy. Warto korzystać z wszelkich ułatwień: gotować obiad na dwa dni, korzystać z mrożonych warzyw, czy np. mieszanek warzyw na patelnię (zwłaszcza w sezonie jesiennozimowym), które w połączeniu z kaszą lub ryżem oraz dodatkiem białkowym w postaci chudego mięsa, ryby, jajka czy strączków będą stanowiły zdrowy, zbilansowany obiad lub lunch do zabrania w pracy. Ponadto jeden, dwa posiłki w ciągu dnia mogą stanowić zwyczajne... kanapki, ważne, aby były z dobrej jakości pieczywa pełnoziarnistego i z dużą ilością warzyw!

? Czy w zdrowym żywieniu są inne zalecenia dla kobiet, a inne dla mężczyzn?

Jeżeli chodzi o ogólne zasady zdrowego żywienia, to są one takie same dla obu płci, natomiast zapotrzebowanie na energię i niektóre składniki odżywcze różni się. Spoczynkowy i całkowity wydatek energetyczny jest większy u mężczyzn, stąd ich wyższe zapotrzebowanie na energię, a co za tym idzie poszczególne makroskładniki. W porównaniu do kobiet mężczyźni mają większe zapotrzebowanie na witaminy takie jak A, E, K, C, niektóre witaminy z grupy B oraz niektóre składniki mineralne, np. cynk, magnez, fluor. W przypadku wapnia, zapotrzebowanie wzrasta wraz z wiekiem, u mężczyzn wzrasta od 66 roku życia, natomiast u kobiet jest większe już od 51 roku życia, co z związane jest z okresem menopauzy. W przypadku żelaza, do 50 roku życia zapotrzebowanie jest wyższe u kobiet, później u obu płci jest takie samo.

? Jak duży procent w naszej diecie powinny stanowić poszczególne grupy żywieniowe?

Należy kierować się najnowszą „Piramidą zdrowego żywienia i aktywności fizycznej”. Podstawą naszej diety powinny być warzywa i owoce – powinny stanowić połowę tego, co zjemy, z czego 3/4 - warzywa, a 1/4 - owoce. Kolejną grupą są produkty zbożowe, najlepiej z mąki pełnoziarnistej, grube kasze, brązowy ryż. Nad produktami zbożowymi znajdują się produkty mleczne, najlepiej wybierać częściej odtłuszczone produkty z tej grupy, unikajmy nabiału 0% - nie ma w nim witamin rozpuszczalnych w tłuszczach! Kolejny poziom piramidy to mięso i substytuty - najlepiej wybierać chude mięso drobiowe, nie zapominajmy również o nasionach roślin strączkowych, stanowiących świetną alternatywę dla mięsa. Na szczycie piramidy znajdują się tłuszcze – najlepiej bazować na tłuszczach roślinnych: oliwie, olejach; w tej grupie zostały umieszczone także orzechy i nasiona. Ilość porcji poszczególnych grup spożywczych zależy od naszego zapotrzebowania na energię, więc jest dostosowywana indywidualnie do danej osoby.

? Czy na przestrzeni lat coś zmieniło się w ogólnych zaleceniach żywieniowych?

W 2016 roku Instytut Żywności i Żywienia opublikował nową piramidę żywieniową, najważniejszą zmianą w stosunku do poprzedniej wersji, jest awans warzyw i owoców z drugiego poziomu na podstawę, tym samym produkty zbożowe, które wcześniej umieszczone były na podstawie, teraz znajdują się poziom wyżej. Zmieniła się także sama nazwa „Piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej”, przez co podkreśla się istotność codziennej aktywności obok zdrowej, zbilansowanej diety. Ważną zmianą jest także umieszczenie orzechów w piramidzie oraz wyszczególnione zostały zioła i przyprawy, którymi zaleca się zastępować sól.

? Jakich grup produktów powinno się szczególnie unikać? Co i w jakich ilościach jest dla nas szkodliwe?

Przede wszystkim w zdrowej diecie należy unikać produktów o wysokim stopniu przetworzenia – wszelkich potraw „instatnt”, fast-food, sklepowych słodczy, słodzonych napojów, chipsów itp. Należy także ograniczyć spożycie tłustego, mięsa oraz produktów zbożowych z białej mąki.

Warto uważać na wszelkie produkty reklamowane jako „dietetyczne”, często jest to tylko chwyt marketingowy. Kluczem do sukcesu jest nauka czytania etykiet.



* mgr Ewa Marchlewska - absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na kierunku dietetyka, specjalizując się w dietach odchudzających, dietoterapii zaburzeń metabolicznych i hormonalnych, głównie insulinooporności; chętnie pracuję z wegetarianami i osobami w wieku starszym (mail: ewa.marchlewska@mojdietetyk.pl).

Warto także uważać na wszelkie produkty reklamowane jako „dietetyczne”, często jest to tylko chwyt marketingowy. Kluczem do sukcesu jest nauka czytania etykiet. Również alkohol nie wpisuje się w ramy zdrowej diety, jeden gram etanolu dostarcza siedmiu kcal (dla porównania jeden gram węglowodanów czy białka – cztery kcal, jeden g tłuszczu – dziewięć kcal). Oczywiście wszystko jest zawsze kwestią umiaru! Jeżeli na co dzień odżywiamy się zdrowo, to jeden kieliszek wina, czy jeden pączek zjedzony w Tłusty Czwartek nie będzie miał negatywnego wpływu na nasze zdrowie czy masę ciała, bo „wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną, bo tylko dawka czyni trucizną”.

? Zdrowe odżywianie czy aktywność fizyczna? Czy któryś element jest istotniejszy w dbaniu o zdrowie?

Najlepsze rezultaty daje połączenie zdrowej diety z aktywnością fizyczną, zarówno w przypadku redukcji masy ciała, jak i profilaktyki oraz leczenia wielu chorób. Oczywiście ważne jest, aby obydwa elementy były dostosowane do stanu zdrowia i możliwości danej osoby, w przeciwnym wypadku mogą przynieść więcej szkody niż pożytku. Warto również zaznaczyć, że w przypadku aktywności nie trzeba codziennie odwiedzać siłowni czy biegać długie dystanse – dla początkujących jest to wręcz niewskazane!

Warto zacząć od... chodzenia. Polecam zainstalowanie w telefonie aplikacji liczącej kroki lub zakup takiej opaski na nadgarstek, dziennym celem powinno być przejście 10 tys. kroków! Nie można także bagatelizować innych możliwości dnia codziennego – zamiast windy – schody, zamiast samochodu/ tramwaju – rower.

? Czy jesteśmy w stanie samodzielnie ułożyć optymalną dla siebie dietę czy lepiej skonsultować się ze specjalistą?

W przypadku osób zdrowych, bez konieczności wprowadzania specjalistycznego postępowania dietetycznego czy eliminacji produktów, myślę, że kierując się zasadami zdrowego żywienia, spożywając produkty z wszystkich grup, dbając o urozmaicenie diety nie powinno stanowić to problemu, jeśli jednak nie mamy pomysłów na posiłki lub nie jesteśmy pewni swoich wyborów żywieniowych, warto skonsultować się z dietetykiem. Tym bardziej w przypadku trudności z redukcją masy ciała, występowaniu chorób, w których konieczna jest zmiana dotychczasowego sposobu żywienia warto skorzystać z pomocy dietetyka, który odpowie na wszystkie pytania, przekaze zalecenia żywieniowe i ułoży zbilansowaną, dostosowaną do potrzeb dietę.

? Skąd zainteresowani mogą czerpać najpotrzebniejsze informacje o zdrowym odżywianiu?

Główną jednostką zajmującą się żywieniem w Polsce jest Instytut Żywności i Żywienia – na stronie internetowej znajdziemy wiele informacji z zakresu żywienia i dietetyki, aktualne normy i piramidę. Należy jednak pamiętać, że ogólne zalecenia mogą nie sprawdzić się u każdego, a część osób będzie potrzebowała indywidualnego podejścia – w takim przypadku zachęcam do skorzystania z usług dietetyka. Polecam również stronę internetową poradni Mój Dietetyk, w której pracuję (<http://www.mojdietetyk.pl/>) znajdziemy tam m.in. wiele ciekawych, przepisów na zdrowe dania oraz artykuły pisane przez wykwalifikowanych dietetyków.



mojdietetyk

UCZYMY ZDROWEGO ODŻYWIANIA

www.mojdietetyk.pl

WIELE CIEKAWYCH, PRZEPISÓW NA ZDROWE DANIA ORAZ ARTYKUŁY PISANE PRZEZ WYKWALIFIKOWANYCH DIETETYKÓW.

? Jak dochodzi do zakażenia się boreliozą?

Do zakażenia boreliozą dochodzi poprzez ukąszenie kleszcza, który sam jest nosicielem tej bakterii. Dotychczas panowało przekonanie, że kleszcz musi być w ciele ponad 24 godziny, żeby nas zakazić. Jest to mit, szybkie wyjęcie kleszcza zdecydowanie zmniejsza ryzyko zakażenia lecz go nie wyklucza.

Niestety większość osób zakażonych boreliozą nie pamięta ukąszenia. Dzieje się tak, ponieważ bardzo często winowajcą są nimfy kleszczy (młociana postać kleszcza) wielkości główki od szpilki. Trudno ją dostrzec na ciele w widocznym miejscu, a na przykład na plecach jest to prawie niemożliwe. W świadomości społecznej kleszcz to duży opity krwią stwór, którego trudno przeoczyć. Niestety winowajcą większości zakażeń jest jego młociana postać. Najczęściej po napełnieniu się krwią żywiciela odpada od niego niezauważony.

? Jakie borelioza daje objawy?

Pierwszym i jedynym charakterystycznym jest rumień wędrujący. Niestety pojawia się tylko w około 30 % przypadków. Nawet jeśli się pojawi to łatwo go przeoczyć, jeśli wystąpi np. na plecach i będzie tylko bardzo lekko wybarwiony.

W późniejszej fazie choroby, bakteria boreliozy daje bardzo niespecyficzne objawy. Jednak istnieje kilka, które bardzo często występują wspólnie uprawdopodobniając diagnozę boreliozy.

Jeśli mamy co najmniej trzy z poniższych powinniśmy pomyśleć o diagnostyce w kierunku boreliozy:

- przewlekłe zmęczenie - nieustępujące po śnie,
- stany lękowo-depresyjne,
- bóle mięśniowo-stawowe,
- zaburzenia pamięci,
- zaburzenia zdolności logicznego myślenia (tzw. mgła umysłowa),
- kołatania serca,
- fasykulacje - mimowolne drżenia mięśni.

? Ile osób ma w Polsce boreliozę?

Wg oficjalnych statystyk w Polsce jest zakażonych boreliozą ponad 20 tys. osób rocznie. W USA (gdzie borelioza stanowi równie poważny problem) odpowiednik polskiej Państwowej Inspekcji Sanitarnej przyjął, że oficjalne dane to jedynie 10% faktycznie zakażonych. Jeśli przyjąć tą samą metodologię, to w Polsce bardzo szybko ilość zakażonych będziemy liczyć w milionach. Nawet jeśli te szacunki są zawyżone, to mamy do czynienia z olbrzymim, narastającym problemem zdrowotnym, który będzie mieć istotne negatywne oddziaływanie na całe społeczeństwo.



* Lek. med. Radosław Bałaj - Centra Terapii Boreliozy BioRife



Wywiad | IRONteam Sp. z o. o.

Borelioza – objawy, diagnostyka, leczenie

Rozmowa z lek. med. *Radosławem Bałajem*

? Jak wykryć boreliozę?

Jedynym 100% dowodem na istnienie zakażenia jest rumień wędrujący. Wówczas należy bezzwłocznie wdrożyć leczenie. W późniejszej fazie choroby podstawą diagnozy jest diagnoza kliniczna przez doświadczonego lekarza, wspierana testami laboratoryjnymi. Podkreślam wspierana. Ostatnie publikowane metaanalizy (np. M.J. Cook 2016) pokazują skuteczność dwustopniowego testu laboratoryjnego stosowanego w Polsce tzw. Elisa/Western Blot na poziomie 53,70%. To oznacza, że 46,30% osób zakażonych bakterią boreliozy otrzyma negatywny wynik. Większość z nich rozpocznie wieloletnią tułaczkę po specjalistach. Każdy z tych lekarzy, będzie starać się nieskutecznie leczyć inny objaw tej samej niezdiagnozowanej prawidłowo choroby.

? Jak leczy się boreliozę w Polsce? Jakie są dostępne metody terapii?

Obecnie w Polsce mamy do czynienia z jedną terapią potwierdzoną badaniami klinicznymi, stosowaną przez naszą publiczną służbę zdrowia. Polega ona najczęściej na podawaniu jednego antybiotyku przez okres 14-30 dni. W uzasadnionych przypadkach taka kuracja jest powtarzana. Jeśli objawy się utrzymują, przyjmuje się że nie są one skutkiem boreliozy i należy szukać ich przyczyny gdzie indziej. My uważamy, że taka terapia jest skuteczna w pierwszym okresie choroby. Im szybciej podany antybiotyk, tym większe prawdopodobieństwo wyleczenia.

Osoba po przejściu standardowego leczenia ma do wyboru dwie terapie alternatywne, obie nie mają potwierdzonej skuteczności w badaniach klinicznych (choć zarówno antybiotyki, jak i pole elektromagnetyczne mają udowodnione działanie bakteriobójcze i bakteriostatyczne). Mamy do wyboru przewlekłą antybiotykoterapię popularnie zwaną ILADS oraz terapię polem elektromagnetycznym BioRife.

Ze względu na dużo dłuższy szacowany okres terapii oraz znaczne ryzyko ciężkich powikłań, uważamy, że przewlekła antybiotykoterapia co do zasady powinna być stosowana po ewentualnym niepowodzeniu terapii BioRife. Zastosowanie najpierw przewlekłej terapii antybiotykowej, a dopiero po niej terapii BioRife, niesie ze sobą mniejsze prawdopodobieństwo sukcesu niż kolejność odwrotna.

Opublikowane w kwietniu 2018 roku badania grupy amerykańsko-kanadyjskich naukowców dowodzą, że borelioza potrafi przetrwać w organizmie mimo prawidłowo przeprowadzonej kuracji antybiotykowej. Praca została opublikowana przez zespół Dr Marianne Middelveen w czasopiśmie Healthcare. W konkluzji czytamy: „Korzystając z wielu potwierdzających metod wykrywania, wykazaliśmy, że pacjenci z uporczywymi objawami choroby z Lyme mogą cierpieć na aktywne zakażenie krętkami pomimo leczenia antybiotykami, podobnie jak w przypadku naczelnych innych niż ludzie.”

Wcześniej opublikowano szereg badań wskazujących na nieskuteczność antybiotykoterapii w walce z boreliozą u zwierząt (badano konie, myszy, małpy i psy). Do dziś nie było wprost dowodów na to, że standardowa kuracja antybiotykowa nie eliminuje zawsze bakterii boreliozy również u ludzi. To się zmieniło. Wiemy, że dla osób chorych na boreliozę to żadne „odkrycie”, ale mamy nadzieję, że dla części środowiska medycznego tak.

? Jak działa terapia polem elektromagnetycznym w BioRife?

Metoda polega na wprowadzeniu bakterii w drgania (pod wpływem pola elektromagnetycznego), które w rezultacie powodują albo rozzerwanie jej błony komórkowej i następnie jej śmierć albo takie osłabienie jej mechanizmów ochronnych, że staje się łatwym łupem naszego własnego systemu odpornościowego.

Co robić, kiedy ktoś zauważy, że ma kleszcza?

- kleszcza usuwamy pęsetą (nie używamy palców) tak, aby uchwycić go przy samej skórze nie uszkadzając jego odwłoku,
- następnie kleszcza wyciągamy jednym ruchem (nie ukreścamy kleszcza, robimy to prostym odciągającym ruchem),
- nie stosujemy żadnych kremów, olejów, masła,
- jeśli pozostaną jakiegokolwiek części kleszcza w ciele, należy je usunąć i odkazić miejsce ukąszenia,
- jeśli nie jesteśmy pewni, czy usunęliśmy kleszcza dobrze, natychmiast udajmy się do lekarza, gdzie kleszcz zostanie fachowo usunięty,
- tak czy inaczej po ukąszeniu kleszcza należy jak najszybciej
- skonsultować się z lekarzem, najlepiej z takim, który ma wiedzę i doświadczenie w leczeniu boreliozy.

Opracowanie efektywnych programów terapii boreliozy zajęło nam mnóstwo czasu i wymagało zainwestowania znacznych środków finansowych. Dziś możemy odpowiedzialnie powiedzieć, że doszliśmy do punktu, w którym nasza terapia działa znacznie szybciej i efektywniej od terapii prowadzonych w USA (kolebce technologii Rife'a - oddziaływanie na organizmy żywe polem elektromagnetycznym niskiej częstotliwości).

? Gdzie szukać lekarzy, którzy znają się na leczeniu boreliozy?

Niestety lekarzy, którzy mają wiedzę i doświadczenie w leczeniu tej choroby jest zdecydowanie za mało w stosunku do potrzeb. Mając to na uwadze, w centrach BioRife wprowadziliśmy okresowe konsultacje z naszymi lekarzami, gdzie można bezpłatnie skonsultować się w zakresie chorób odkleszczowych.

? Jak można dowiedzieć się czegoś więcej o tej chorobie?

Polecamy mimo wszystko pozyskiwanie wiedzy od kompetentnego lekarza. To powinno być pierwsze źródło. Publikacje internetowe oraz wydawnictwa niemedyczne często zawierają sprzeczne i niepotwierdzone badaniami informacje.

? Czy można żyć z boreliozą?

Można, ale jest to bardzo bardzo trudne życie. Borelioza najczęściej drastycznie obniża jakość życia, natomiast przypadki zgonów występują rzadko. Choroba może doprowadzić do niepełnosprawności, problemów z myśleniem, liczeniem, pamięcią, orientacją w terenie, które wykluczają z życia zawodowego. Przy boreliozie możemy doświadczać bardzo silnych bólów stawowo-mięśniowych, bólów głowy, oczu. Dla części największym problemem są stany lękowo-depresyjne, które wykluczają ich z życia rodzinnego i towarzyskiego. Znajomym, bliskim, lekarzom, trudno jest zrozumieć ogrom cierpienia związany z tą chorobą. Brak zrozumienia otoczenia, nieustające dolegliwości, utrudniające lub uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności, utrata pracy, pogorszenie relacji z bliskimi doprowadzają często do prób samobójczych.



✱ **Prof. dr hab. med. Piotr Rutkowski**
(Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków; Przewodniczący Rady Naukowej Akademii Czerniaka - sekcji naukowej Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej), Past-Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej.

Co to jest czerniak

Czerniak jest nowotworem złośliwym skóry. Może pojawić się na skórze, ale także w obrębie ust, nosa oraz gałki ocznej. Czerniak charakteryzuje się agresywnym wzrostem oraz możliwością tworzenia przerzutów, które są trudne w leczeniu. Tymczasem, usunięcie czerniaka, kiedy choroba nie jest jeszcze zaawansowana, pozwala na wyleczenie ponad 80% chorych. Dlatego tak ważne jest szybkie i prawidłowe rozpoznanie tego nowotworu.

Zwiększenie liczby zachorowań na czerniaka i raków skóry w Polsce jest bezpośrednio związane ze zmianami zwyczajów naszych rodaków od lat 90-tych XX wieku i zwiększoną ekspozycją na promieniowanie ultrafioletowe.

Wywiad | IRONteam Sp. z o. o.

Nie ma bezpiecznej dawki solarium – o zagrożeniach związanych z opalaniem

Rozmowa z Prof. dr hab. med. **Piotrem Rutkowskim**

Panie profesorze, w ostatnich latach coraz częstsze są przypadki zachorowań na nowotwory skóry w Polsce. Z czego to wynika?

Zwiększenie liczby zachorowań na czerniaka i raków skóry w Polsce jest bezpośrednio związane ze zmianami zwyczajów naszych rodaków od lat 90-tych XX wieku i zwiększoną ekspozycją na promieniowanie ultrafioletowe. Większość czerniaków i innych nowotworów skóry jest związana z uszkadzającym działaniem promieniowania ultrafioletowego, a więc słońca i solarium. Jeśli nierozważnie narażamy się na nadmierną ekspozycję tego promieniowania, zwiększamy ryzyko uszkodzenia skóry. Co gorsza, kiedyś nowotwór ten występował w wieku podeszłym, teraz zachorowalność wzrasta we wszystkich grupach wiekowych. Nie powinno być tak, że młodzi ludzie chorują na czerniaka, bo to oznacza, że musieli na to naprawdę zapracować. Większość Polaków ma fototyp skóry pierwszy albo drugi, czyli taki, który łatwo ulega oparzeniom, a słabo opala. To w naturalny sposób sprzyja powstawaniu nowotworów skóry, więc Polacy są w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na czerniaka.

Jak zadbać o swoje zdrowie w tym aspekcie? Jak długo musimy się opalać, aby spowodować uszczerbek na naszym zdrowiu?

Nie ma „bezpiecznego” opalania się, ale nie oznacza to, że nie należy przebywać na słońcu, gdyż wszystkie ekstrema są groźne dla zdrowia. Jednym słowem z medycznego punktu widzenia zamierzonego opalania powinno się unikać, pełne wystawianie się na słońce nie powinno przekraczać 10 minut w godzinach popołudniowych, nie ma bezpiecznej „dawki” solarium. Oczywiście sport na świeżym powietrzu jest samą przyjemnością, ale w stroju i po zastosowaniu kremów z protekcją UV. Należy unikać nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne, szczególnie pomiędzy godziną 11 a 15, kiedy słońce świeci najintensywniej. I nie dotyczy to tylko miesięcy letnich, bowiem zachorowania na czerniaka są rozpoznawane w ciągu całego roku, a nie tylko latem, kiedy mamy odsłoniętą skórę. Wychodząc z domu, należy zadbać o odpowiednie ubranie ograniczające ekspozycję ciała na słońce oraz używanie kremów z filtrem, a także okularów przeciwsłonecznych.

Jak zbyt długie przebywanie na słońcu czy nadmierne korzystanie z solarium wpływa na nasze zdrowie?

Opalanie wiąże się z ekspozycją skóry na promieniowanie UV (ultrafioletowe), którego źródłem jest słońce lub lampa UV (w przypadku solarium). Ekspozycja na promieniowanie UV jest głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia nowotworów skóry (raki, czerniak), ale także przyspiesza jej starzenie. Efekty te rosną wraz z łączną dawką promieniowania UV pochłoniętego przez skórę. Jednym słowem z medycznego punktu widzenia zamierzonego opalania powinno się unikać, pełne wystawianie się na słońce nie powinno przekraczać 10 minut w godzinach popołudniowych, nie ma bezpiecznej „dawki” solarium. Jak wspomniano nadmierna ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe zarówno naturalne, czyli promienie słoneczne, jak i sztuczne, emitowane przez solarium jest głównym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na czerniaka i innych nowotworów skóry (raka podstawnokomórkowego i raka kolczystokomórkowego), które są najczęstszymi nowotworami złośliwymi u osób rasy białej. Z opalaniem ścisły związek ma powstawanie czerniaka.

Warto także podkreślić, że nie ma nic takiego, jak „zdrowa” opalenizna. Nagromadzenie w skórze barwnika lub jej zaczerwienienie pod wpływem promieniowania UV jest objawem uszkodzenia skóry oraz próbą jej samoobrony. Opalenizna u osoby rasy białej ma własności filtra UV o wartości od 2 do 4, co do pewnego stopnia chroni głębsze warstwy skóry przed dalszym uszkodzeniem. Nie chroni jednak przed odległymi, negatywnymi skutkami ekspozycji na promieniowanie UV !!!

Poza negatywnym wpływem na skórę promieniowanie UV obniża także efektywność układu odpornościowego, co może sprzyjać infekcjom lub nasileniu przebiegu niektórych chorób - dość częste jest wystąpienie pod wpływem UV opryszczki wargowej u osób zakażonych wirusem opryszczki.

Czy jestem w grupie podwyższonego ryzyka

Zagrożenie zachorowaniem na czerniaka wzrasta, jeżeli:

- Posiadasz jasną karnację, rude lub blond włosy, niebieskie oczy, liczne piegi
- Masz dużą liczbę znamion barwnikowych, znamion w miejscach drapania
- Doznałeś oparzeń słonecznych, szczególnie w dzieciństwie
- Słabo tolerujesz słońce, opalasz się z dużym trudem lub w ogóle
- W rodzinie występowały przypadki czerniaka lub inne nowotwory skóry
- Korzystasz z solarium

Jedź na wakacje odpocząć, a nie opalić się!

Przed czerniakiem można się uchronić – to jest pewne! Dzięki stale pogłębianej wiedzy lekarzy na temat profilaktyki nowotworów skórnych opracowano Złote Zasady Ochrony przed Czerniakiem (źródło: akademiaczerniaka.pl). Oto one:

1. Unikanie intensywnego słońca szczególnie w godz. 11.00-16.00
2. Stosowanie kremów z wysokimi filtrami UVA i UVB w okresie wakacyjnym i wiosennym, nie tylko na plaży, ale także podczas poruszania się w warunkach miejskich
3. Noszenie okularów przeciwsłonecznych oraz okrycia głowy
4. Szczególna ochrona części ciała, które nie są często ekspozowane na słońce, przed promieniowaniem
5. Całkowita rezygnacja z opalania się w solarium

Dodatkowo:

6. Regularna samokontrola skóry w celu szybkiej identyfikacji nowych lub zmieniających się znamion
7. Wizyty u dermatologa lub chirurga-onkologa raz na rok

Maj rozpoczyna okres letnich wyjazdów. Niektórym wydaje się, że możemy wtedy bezkarnie wystawiać naszą skórę na promienie słoneczne, bez jakiegokolwiek ochrony – ale tak nie jest.

Opalanie bez właściwej ochrony, może prowadzić do oparzeń, które objawiają się zaczerwienieniem skóry. Podczas planowania wakacyjnych wypraw warto pamiętać o „zestawie urlopowicza”, na który składają się niezbędne akcesoria do ochrony skóry przed słońcem. Taki komplet zawiera nakrycie głowy, koszulkę z długim rękawem, krem do opalania SPF 50, okulary przeciwsłoneczne, zegarek (aby kontrolować czas przebywania na słońcu).

Jaka jest społeczna świadomość na temat zagrożeń związanych z opalaniem się?

Niestety w Polsce istnieje duża rozbieżność pomiędzy wiedzą o zagrożeniach związanych z opalaniem a stosowaniem ich w praktyce. „Znamy, ale nie badamy – co Polacy wiedzą o czerniaku?” to hasło ostatniego Tygodnia Świadomości Czerniaka. Ankieta przeprowadzona przez TNS na zlecenie Akademii Czerniaka pokazuje bowiem, że większość z nas (90%) wie czym jest czerniak. Niestety tylko 15% respondentów udało się do lekarza choć raz, aby skontrolować pieprzyki. Tymczasem regularne badania i obserwacja zmian na skórze mogą uratować życie, gdyż wczesne wykrycie pozwala jednak na całkowite wyleczenie ponad 90% przypadków czerniaków.

“

Należy bezwzględnie zrezygnować z korzystania z solarium - promieniowanie ultrafioletowe w solarium jest nawet 10-15 razy silniejsze od promieniowania słonecznego. Taka opalenizna jest bardzo niezdrowa. Nie tylko wysusza skórę i przyspiesza jej starzenie się, ale przede wszystkim może być przyczyną rozwoju czerniaka.

Jakie działania można podjąć, aby zmniejszyć odsetek zachorowań wśród Polaków?

W krajach skandynawskich i Stanach Zjednoczonych zaobserwowano po kampaniach społecznych dotyczących opalania się brak przyrostu liczby nowych przypadków nowotworów skóry, na to jednak w Polsce potrzeba kilku lat, stąd tak istotna jest informacja dla Polaków o zagrożeniach związanych z opalaniem. Należy bezwzględnie zrezygnować z korzystania z solarium - promieniowanie ultrafioletowe w solarium jest nawet 10-15 razy silniejsze od promieniowania słonecznego. Taka opalenizna jest bardzo niezdrowa. Nie tylko wysusza skórę i przyspiesza jej starzenie się, ale przede wszystkim może być przyczyną rozwoju czerniaka. Światowa Organizacja Zdrowia wpisała promieniowanie ultrafioletowe na listę kancerogenów, czyli uznała je za czynnik bezpośrednio sprawczy w rozwoju nowotworów skóry. Co więcej mamy dowody, jak silne jest działanie rakotwórcze promieniowania UV, gdyż czerniak ma najwięcej zaburzeń molekularnych wśród wszystkich nowotworów! Korzystanie z solarium zwiększa nie tylko ryzyko zachorowania na czerniaka, ale również ryzyko wystąpienia raka skóry - 2,5-krotnie kolczystokomórkowego i 1,5-krotnie podstawnkomórkowego. Z badań wynika, że zdecydowana większość klientów solarium to kobiety. Jeśli opalają się pod lampą częściej niż raz w miesiącu, ryzyko rozwoju czerniaka zwiększa się u nich o 55%. Jeszcze bardziej zagrożone są osoby młode, poniżej 30. roku życia. W ich przypadku ryzyko zachorowania wzrasta o 75%. Na tym jednak nie koniec. Ze względu na potwierdzone badaniami ryzyko zachorowania na czerniaka w większości krajów Unii Europejskiej (m.in. w Niemczech, Szkocji, Walii i części stanów w USA) wprowadzono zakaz korzystania z solarium przez osoby niepełnoletnie. Od lutego br. w Polsce dzięki inicjatywie Prezydenta RP, Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP i Akademii Czerniaka wprowadzono prawne ograniczenie dostępu do solarium osób poniżej 18 roku życia (dzieci i młodzieży), jak również konieczność informowania o negatywnych skutkach solarium.

Na co muszę zwracać uwagę

Poznaj ABC czerniaka. Czerniaki mają wiele cech charakterystycznych, które pomagają w ich rozpoznaniu



asymetria np. znamię „wylewające” się na jedną stronę



brzegi poszarpane, nierównomierne, posiadające zgrubienie



czzerwony, czarny, niejednolity kolor



duży rozmiar, wielkość zmiany powyżej 6mm



ewolucja, czyli postępujące zmiany zachodzące w zmianie



Źródło: www.akademiaczerniaka.pl

O co powinniśmy zadbać w okresie letnim, kiedy jesteśmy szczególnie narażeni na działanie promieni słonecznych, aby ustrzec się przed ich szkodliwym działaniem?

Należy unikać nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne, szczególnie pomiędzy godziną 11 a 15, kiedy słońce świeci najintensywniej. I nie dotyczy to tylko miesięcy letnich, bowiem zachorowania na czerniaka są rozpoznawane w ciągu całego roku, a nie tylko latem, kiedy mamy odsłoniętą skórę. Wychodząc z domu, należy zadbać o odpowiednie ubranie ograniczające ekspozycję ciała na słońce (w tym kapelusz/czapkę) oraz używanie kremów z filtrem, a także okularów przeciwsłonecznych. Opalanie jest szczególnie groźne w okresie dzieciństwa. Poparzenie słoneczne w wieku 4-5 lat dwukrotnie zwiększa ryzyko rozwoju czerniaka w dorosłym życiu. Dzieci nie mają jeszcze w pełni wykształconego systemu obronnego organizmu i bardzo łatwo ulegają takim oparzeniom. A więc czapki z daszkami, kapelusze z dużymi rondami, okulary przeciwsłoneczne z filtrem, okrycie ciała są absolutnie konieczne. W nadmiarze wszystko oddziałuje negatywnie na skórę człowieka. Synteza witamina D, czyli największego pożytku, jaki daje słońce, przy odsłoniętej skórze trwa od 10 do 12 minut, nie da się jej wyprodukować na zapas (stąd coraz częściej zalecamy również suplementację doustną witaminy D). Wszystko powyżej, a zwłaszcza to, co powoduje pojawienie się rumienia, który jest pierwszym stopniem oparzenia skóry - oznacza, że skóra jest uszkodzona. Źle jest przebywać bez słońca, ale zbyt długie przebywanie na słońcu bez ochrony, też nie jest dobre. Nie dotyczy to tylko osób, które czynnie wyjeżdżają na wakacje, ale również tych, którzy pracują na słońcu. Jeżeli przebywamy na słońcu, musimy skórę ochronić. Najłatwiej jest użyć kapelusza, okularów przeciwsłonecznych, kremu z filtrem UV (minimum 30 SPF) i odzieży. Jeżeli planujemy dłuższy pobyt na słońcu, kremu z filtrem powinniśmy użyć pół godziny wcześniej. Żeby być dobrze zabezpieczonym kremem z filtrem, trzeba powtarzać nakładanie kremu z filtrem przeciętnie co 3-4 godziny i po każdym wyjściu z wody. Gdyby każdy tak robił, to 4-osobowa rodzina, która wyjeżdża na tydzień, dwa tygodnie, potrzebowałaby 6 kg kremu. To jest nierealne, nie mówiąc o kosztach. Odzież jest znacznie tańsza, nie mamy bowiem sierści, skorupy czy łusek jak zwierzęta, które w ten sposób chronią się przez promieniowaniem UV!

Jak leczyć czerniaka

Czerniak skóry we wczesnym stadium jest bardzo łatwy do wyleczenia poprzez proste chirurgiczne wycięcie zmiany wraz z szerokim marginesem okolicznej tkanki

Nie zwlekaj, nie daj się pokonać czerniakowi

Tekst | IRONteam Sp. z o. o.

SZYBKĄ TERAPIĄ ONKOLOGICZNA



W przypadku osób dotkniętych chorobą nowotworową, ze względu na specyficzny rodzaj schorzenia, niezwykle istotną rolę odgrywa czas. Tylko pacjenci zdiagnozowani na odpowiednio wczesnym etapie rozwoju nowotworu mają szansę na przeżycie. Dlatego tak ważne było stworzenie systemu opieki, który zapewniłby jak najszybszą ochronę pacjentów onkologicznych.

Pakiet onkologiczny to potoczna nazwa całego szeregu aktów prawnych wprowadzających szybką terapię onkologiczną. W jej ramach od 1 stycznia 2015 roku pacjenci z podejrzeniem nowotworu muszą uzyskać pełną diagnozę najpóźniej siedem tygodni po zgłoszeniu się do specjalisty.

Ujednolicenie procedur stało się możliwe dzięki wprowadzeniu do powszechnego użycia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Karta pełni rolę skierowania, która rozpoczyna leczenie w ramach systemu DiLO. Pacjent otrzymuje ją od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty w poradni ambulatoryjnej, jeśli zachodzi u niego podejrzenie nowotworu złośliwego, lub po jego stwierdzeniu po badaniach realizowanych w czasie hospitalizacji. Karta przez cały okres terapii jest własnością pacjenta – oryginał zostaje mu przekazany nieodpłatnie, a kopia obowiązkowo przechowywana jest w świadectwiu. W poszczególnych rubrykach karty lekarze kolejnych etapów terapii

umieszczają informacje o prowadzonym dotychczas leczeniu. Dzięki temu w jasny i przejrzysty sposób w jednym dokumencie zawarta jest cała historia choroby. Ten prosty zabieg przyspiesza i systematyzuje procedury.

Po otrzymaniu skierowania, czyli karty DiLO, czas oczekiwania na przyjęcie do lekarza specjalisty nie może przekroczyć dwóch tygodni. W kolejnych dwóch tygodniach w ramach wstępnej diagnostyki wykonywane są wszystkie zalecone badania w celu ostatecznego potwierdzenia bądź wykluczenia nowotworu. Do siódmego tygodnia wykonywane są badania z diagnostyki pogłębionej, w czasie której określa się stopień zaawansowania choroby. W sprzyjających warunkach czas poświęcony na szczegółową diagnozę nie powinien przekroczyć sześciu tygodni, jednak jeden dodatkowy tydzień został przewidziany w przypadku konieczności przeniesienia pacjenta z jednego ośrodka do drugiego, jeśli sytuacja tego wymaga.

Najważniejszym zyskiem z wprowadzenia systemu szybkiej terapii onkologicznej jest oczywiście poprawa w opiece nad zdrowiem i życiem pacjentów. Dzięki przyspieszeniu procesów diagnozy nowotworu są wykrywane w ich wczesnych stadiach, co jest jednym z decydujących czynników wpływających na szansę na wyleczenie, wydłużenia przewidywanego czasu i komfortu życia chorych.

Na zmniejszenie ilości czasu potrzebnego na przeprowadzenie pełnej diagnostyki miało też wpływ podjęcie decyzji o zniesieniu limitów na badania prowadzone w ramach terapii onkologicznej. Pacjenci z nowotworem złośliwym nie muszą więcej czekać na potrzebną jak najszybciej pomoc i ich terapia rozpoczyna się niemal natychmiast po dokonaniu rozpoznania. Przyczynia się to nie tylko do przyspieszenia procesu leczenia w ich przypadku, ale także innych chorych, którzy czekają w regularnej, lecz krótszej o pacjentów systemu DiLO w kolejce. Dzięki zastosowaniu tego jednego rozwiązania zyskuje cały system.



Najważniejsze korzyści, które przyniosło wdrożenie pakietu:

- skrócenie kolejek dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu;
- uporządkowanie procesu diagnostyki i leczenia pacjenta;
- wprowadzenie szybkiej diagnostyki i kompleksowego leczenia;
- zmniejszenie śmiertelności pacjentów onkologicznych;
- obniżenie kosztów leczenia, dzięki wykryciu choroby we wczesnym stadium.



Najczęściej zadawane pytania:



? *Jestem już po przebytych nowotworze. Co teraz?*

Po zakończeniu leczenia (także w ramach szybkiej terapii onkologicznej) pacjent wraca pod opiekę lekarza POZ, który na podstawie badań diagnostycznych monitoruje jego stan zdrowia. Na badania kontrolne może kierować pacjenta zarówno lekarz specjalista, jak i lekarz POZ.



? *Zauważyłem u siebie niepokojące objawy, podejrzewam, że może być to związane z nowotworem. Co mam zrobić?*

Pacjent, który zauważy u siebie jakiegokolwiek niepokojące objawy związane ze stanem zdrowia, powinien jak najszybciej skorzystać z porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Od 1 stycznia 2015 r., aby monitorować stan zdrowia pacjenta, lekarz POZ może zlecać większą liczbę badań diagnostycznych bez potrzeby konsultacji ze specjalistą. Jeśli lekarz stwierdzi, że objawy wskazują na ryzyko nowotworu, ma obowiązek skierować pacjenta na badania, które szybko potwierdzą lub wykluczą to podejrzenie.



? *Czy w przypadku nawrotu choroby nadal przysługują mi świadczenia w ramach pakietu?*

W przypadku podejrzenia nawrotu choroby pacjent może otrzymać kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty w poradni ambulatoryjnej (AOS).



? *Wielu członków mojej rodziny chorowało na nowotwory. Czy mogę się zbadać w ramach pakietu onkologicznego?*

Formalnie pakiet onkologiczny nie jest programem profilaktycznym ani przesiewowym. W ramach pakietu onkologicznego nie można wykonywać badań profilaktycznych. Szybka terapia onkologiczna, którą wprowadza pakiet onkologiczny, jest przeznaczona dla pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy oraz pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego (chemioterapia, radioterapia, leczenie chirurgiczne). W Pana przypadku zalecana jest wizyta w poradni genetycznej.



Pakiet onkologiczny w liczbach (stan na październik 2017 roku):

590 643 wydanych Kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
117 817 wykonanych diagnostyk wstępnych (88,3% w terminie)
201 086 wykonanych diagnostyk pogłębionych (84,4% w terminie)
343 024 zwołanych konsyliów (98,6% w terminie)

Wywiad | IRONteam Sp. z o.o.

Medycyna podróży

Rozmowa z dr **Barbarą Barton**
oraz z dr **Mileną Dorosz**

? Czym zajmuje się medycyna podróży?

Milena Dorosz: Jest to nowy dział medycyny, który wykształcił się w ciągu ostatnich lat w związku ze zwiększającym się regularnie ruchem turystycznym. Medycyna podróży zajmuje się medycznym przygotowaniem do podróży w regiony świata o odmiennej specyfice medycznej i zazwyczaj innej strefie klimatycznej niż miejsce zamieszkania. Obejmuje wyprawy dowolnym transportem, w dowolne miejsce na dowolny czas, w zależności od celu i rodzaju podróży, czy to turystycznie, czy służbowo.

? Czy choroby, którymi zajmuje się medycyna podróży, można w jakiś sposób podzielić na kategorie?

Milena Dorosz: Można je w podzielić na kilka głównych grup: choroby przenoszone przez komary (jak np. malaria, denga czy wirus zika), choroby przenoszone drogą pokarmową (jak np. biegunka podróżnych czy choroby pasożytnicze przewodu pokarmowego), choroby skóry (w tym bardzo często pogryzienia przez różnego rodzaju owady oraz zespół larwy skórnej wędrującej). Ponadto choroby, które po części związane są z samą podróżą, jak zespół nagłej zmiany strefy czasowej (tzw. „jet lag”) oraz choroba zakrzepowa głównie żył kończyn dolnych, do której najczęściej przyczyniają się długie przeloty samolotem. Inne choroby związane bezpośrednio z transportem to choroba lokomocyjna czy morska oraz choroby związane przebywaniem na dużych wysokościach powyżej 2500 m. n.p.m., jak choroba wysokościowa. Należy również tu wspomnieć o urazach związanych z wypadkami.

Barbara Barton: Często zapomina się o tej ostatniej grupie. Należy zacząć od tego, aby w takiej podróży poza przyjemnościami, po prostu dbać o własne bezpieczeństwo. Ze statystyk wynika, że urazy spowodowane wypadkami są najczęstsze wśród podróżujących.

Milena Dorosz: Spośród chorób przenoszonych przez komary jednym z najgroźniejszych zagrożeń jest malaria. Obszarami na świecie o największym zagrożeniu malarycznym są: Afryka Subsaharyjska i Oceania. Oczywiście malaria może występować także w różnych innych rejonach strefy tropikalnej Ameryki Południowej i Środkowej oraz Azji. Należy tutaj wspomnieć o bardzo popularnych obecnie destynacjach obejmujących kraje Azji

Południowo-Wschodniej (jak np. Tajlandia, Kambodża, Wietnam czy Laos), gdzie malaria również występuje, a jej ryzyko jest uzależnione od wybranego regionu danego kraju

Barbara Barton: Obszar występowania danej choroby obrazują mapy dostępne na stronach internetowych różnych światowych organizacji zajmujących się zdrowiem globalnym i prewencją chorób zakaźnych takich jak m.in. CDC lub WHO. Zalecenia te musimy stale monitorować, ponieważ w zależności od aktualnej sytuacji epidemiologicznej mogą się zmieniać. Co pewien czas również są wydawane alerty (czyli takie specjalne ostrzeżenia zdrowotne) dla wybranych regionów. Warto tutaj wspomnieć, że niestety bardzo często biura podróży dysponują nieaktualizowanymi na bieżąco danymi i podają często błędne, przestarzałe informacje dla swoich klientów.

Milena Dorosz: Podróżnicy niestety również często czytają różnego rodzaju fora internetowe i sugerują się podanymi na nich informacjami. Następnie przychodzą do nas z wiedzą, która nie ma już pokrycia w rzeczywistości. Dobrym przykładem tego stanu rzeczy jest powszechnie panująca świadomość dotycząca profilaktyki przeciwmalarycznej. W Internecie można znaleźć wiele opinii zalecających ich unikania. Leki starszej generacji stosowane w przeszłości mogły rzeczywiście powodować częstsze i bardziej poważne działania niepożądane. Dlatego myślę, że stąd wzięło się to błędne, acz częste przekonanie wielu osób o szkodliwości leków przeciwmalarycznych. Jednak w przeciagu ostatnich lat dużo się w tej kwestii zmieniło – wprowadzono nowe leki, które są bezpieczne i w większości przypadków jednak dobrze tolerowane. Nie ma jednak na ten temat powszechnej świadomości, ponieważ w sieci nadal znajdują się przestarzałe, ciągle powielane informacje, rozpowszechniane głównie przez laików, którzy profilaktyki nigdy nie stosowali.

A malaria sama w sobie jest chorobą bardzo groźną, nieleczona czy rozpoznana za późno może być nawet śmiertelna. Co roku na świecie zabija około miliona osób. W Polsce stwierdza się rocznie kilkadziesiąt przypadków malarii oraz kilka zgonów z powodu tej choroby i obie te liczby stale rosną, co jest związane ze zwiększającą się liczbą podróżników. Niestety świadomość lekarzy i wiedza na temat tej choroby jest dość niska, przez co chorzy trafiają do zakaźników za późno. Skutkuje to śmiertelnością w Polsce kilka razy wyższą niż na zachodzie Europy.



* dr Barbara Barton oraz dr Milena Dorosz, specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych oraz medycyny podróży, pracujące w Poradni Medycyny Podróży Medellan.

„W Polsce stwierdza się rocznie kilkadziesiąt przypadków malarii oraz kilka zgonów z powodu tej choroby i obie te liczby stale rosną, co jest związane ze zwiększającą się liczbą podróżników. Niestety świadomość lekarzy i wiedza na temat tej choroby jest dość niska, przez co chorzy trafiają do zakaźników za późno.

? Jakie są najczęstsze kierunki podróży Polaków?

Milena Dorosz: Obecnie najczęściej wybieramy kraje Azji Południowo-Wschodniej, z czego na pierwsze miejsce wysuwa się Tajlandia i kraje ościennie.

Barbara Barton: Wzmógł się ruch turystyczny w powyższe rejony wynika chociażby ze względów ekonomicznych i jest związany z dostępnością biletów o wielokrotnie niższych cenach niż jeszcze kilka czy kilkanaście lat temu. Zmieniła się także jakość podróży. Uruchomiono wiele połączeń bezpośrednich, które pozwalają unikać wielokrotnych przesiadek. W ciągu dziesięciu godzin jesteśmy w stanie przylecieć do Azji czy Afryki – znaleźć się na drugiej półkuli. Na przestrzeni ostatnich pięciu lat nastąpił znaczny wzrost liczby podróżnych, co widać zresztą w liczbie zgłaszających się do nas pacjentów. Regiony świata, które kiedyś wydawały się być nieosiągalne, teraz są na wyciągnięcie ręki.

Milena Dorosz: Pozostając nadal w obszarze Azji Południowo-Wschodniej, chciałabym poruszyć kwestię zagrożeń występujących w powyższym rejonie. I tak jednym z najczęstszych problemów napotykanym w podróży w ten rejon to wspomniane już wcześniej infekcje przewodu pokarmowego, w szczególności biegunka podróżnych. Następna jest denga, czyli choroba wirusowa należąca do grupy gorączek krwotocznych, a przenoszona również przez komary z grupy Aedes. Jest to inny gatunek komarów niż te przenoszące malarię. Mają większą aktywność w ciągu dnia, a zasięg ich występowania to również obszary zurbanizowane, duże miasta. Z kolei aktywność komarów malarycznych jest większa w godzinach wieczornych, po zmroku. I tu warto też wspomnieć, że w obszarze obejmującym część Kambodży, Laosu i Mjanmy (Birmanii) występuje tzw. „supermalaria”, czyli odmiana malarii opornej na leki przeciwmalaryczne.

Barbara Barton: Rozmawiając o chorobach przenoszonych przez insekty, trzeba wspomnieć o repelentach, czyli środkach przeciwkomarom. Leki lekami, szczepionki szczepionkami, ale zapobieganie pogryzieniom czy ukłuciom różnych owadów, w tym komarom, jest bardzo ważne. W tym celu powinniśmy stosować odpowiednie środki - tzw. repelenty. Ważny jest ich skład, zawierający odpowiednią substancję czynną np. DEET lub ikarydynę i odpowiednie ich stężenie. Środki przeciwko komarom należy stosować na odkryte części ciała, a nie na ubrania i zawsze jako ostatnią warstwę na skórze. Pacjenci często po ich użyciu aplikują jeszcze na skórę kremy przeciwsłoneczne. Repelent jednak, aby był maksymalnie skuteczny, musi być zastosowany w ostatniej kolejności.

Milena Dorosz: Nie mogą to być preparaty kupione w hipermarketach. Dostępne są w niektórych aptekach, ale przede wszystkim w sklepach podróżniczych. Preparaty te działają nie tylko na komary, ale są skuteczne przeciw wszystkim insektom, jak mrówki, pluskwy czy kleszcze.

? Jakie są podstawowe rzeczy, o których powinniśmy pamiętać przed wyjazdem?

Milena Dorosz: Przede wszystkim należy zebrać podstawowe informacje (dotyczące również kultury czy obyczajowości) na temat kraju, do którego udajemy się w podróż. Zaraz po tym należy pomyśleć o własnym zdrowiu i własnym bezpieczeństwie. W celu odpowiedniego przygotowania pod względem medycznym przed wyjazdem w strefę tropikalną należy najlepiej zgłosić się na cztery, sześć tygodni przed planowanym wyjazdem do poradni medycyny podróży w celu ustalenia niezbędnych szczepień, ustalenia wskazań do profilaktyki przeciwmalarycznej, skompletowania apteczki podróżnej i w zależności od charakteru naszej podróży omówienia innych zagadnień, np. dotyczących profilaktyki choroby wysokościowej. A zatrzymując się na chwilę przy szczepieniach ochronnych, to tutaj chciałabym obalić mit również dość powszechnie krążący wśród podróżujących. Otóż niektórzy pacjenci uważają, że jeśli szczepienia do danego kraju są tylko zalecane, a nie ma obowiązkowych, to nie muszą wykonywać żadnych. A przecież w ogóle nie o to chodzi.

Ważną kwestią, którą dużo osób bagatelizuje, jest fakt, że po przyjeździe do danego kraju dostajemy zazwyczaj informację przychodzącą SMS-em o numerach alarmowych i kontaktowych do polskiej ambasady. Jeśli w danym kraju polska placówka nie posiada swojej siedziby, to ambasada każdego kraju Unii Europejskiej ma obowiązek nam pomóc w sytuacjach tego wymagających.

Szczepienie obowiązkowe jest wprowadzane przez dany kraj głównie ze względów administracyjno-prawnych, mających na celu zabezpieczenie się danego kraju przed zawleczeniem danej choroby, co w konsekwencji może dalej prowadzić do dalszego jej szerzenia się wśród pozostałej części społeczeństwa. W celu ochrony zdrowia pojedynczej osoby służą szczepienia zalecane. Szczepieniem obowiązkowym określonym przez międzynarodowe przepisy zdrowotne (IHR-International Health Regulations) jest właściwie tylko szczepienie przeciwko żółtej gorączce.

Barbara Barton: Obecnie w 16 krajach jest to szczepienie obowiązkowe dla wszystkich przybywających. Czasami nawet tylko z uwagi na sam transfer (zazwyczaj jednak trwający dłużej niż 12 godzin) na lotnisku, lecąc do innego kraju, powinniśmy takie szczepienie wykonać, żeby uzyskać zgodę na wjazd do danego państwa. Jest to już jednak wiedza specjalistyczna i wszystkie należne informacje pacjent powinien może uzyskać w Poradni Medycyny Podróży. Zgłaszając się na taką wizytę, istotne jest odpowiednie wcześniejsze przygotowanie i zaznajomienie z planem naszej podróży i trasą, którą będziemy pokonywać. Należy również przygotować najważniejsze informacje na temat własnych chorób, alergii, listę przyjmowanych leków na stałe i książeczkę czy kartę szczepień Historia dotychczasowych szczepień jest bardzo pomocna w planowaniu dalszych szczepień. Istnieją na przykład szczepienia, których nie powinno się powtarzać częściej niż pięć czy dziesięć lat. A niektóre raz wykonane mogą być ważne na całe życie. Może się okazać również, że jakieś szczepienie mogło być pominięte w dzieciństwie i przed podróżą należy je uzupełnić.

Milena Dorosz: A wracając do kwestii szeroko pojętego bezpieczeństwa, warto pamiętać po prostu o ubezpieczeniu zdrowotnym na czas podróży. Koszty leczenia za granicą w nagłych przypadkach są ogromne. Zwracamy także uwagę, aby pokrywało nasze ubezpieczenie nie tylko samo leczenie, ale także transport powrotny do Polski. Ważną kwestią, którą dużo osób bagatelizuje, jest fakt, że po przyjeździe do danego kraju dostajemy zazwyczaj informację przychodzącą SMS-em o numerach alarmowych i kontaktowych do polskiej ambasady. Jeśli w danym kraju polska placówka nie posiada swojej siedziby, to ambasada każdego kraju Unii Europejskiej ma obowiązek nam pomóc w sytuacjach tego wymagających. Można także zarejestrować swoją podróż na stronie Ministerstwa Spraw Zagranicznych „Odyseusz” (odyseusz.msz.gov.pl) z wyszczególnieniem miejsc, które planujemy odwiedzić. W razie różnych nagłych sytuacji losowych, będzie łatwiej nas zlokalizować i w ten sposób pomóc.

? *Czy są specjalne zalecenia różniące się w zależności od środka transportu? Czy musimy pamiętać o innych rzeczach lecąc samolotem czy płynąc statkiem?*

Milena Dorosz: Powyżej sześciu godzin spędzonych w samolocie, zwłaszcza jeśli u danej osoby występują dodatkowe czynniki obciążające, grozi nam choroba zakrzepowa żył kończyn dolnych.

Te czynniki ryzyka to np. żyłki kończyn dolnych, otyłość, starszy wiek, nikotynizm, antykoncepcja hormonalna czy hormonalna terapia zastępcza, ciąża. Do tego dołącza się długotrwała, niezmienna pozycja kończyn dolnych, specyficzne środowisko na pokładzie samolotu i odwodnienie.

Barbara Barton: Działaniem profilaktycznym w tym przypadku jest stosowanie odpowiednich leków. Najczęściej stosujemy iniekcje podskórne z heparyny drobnocząsteczkowej. Często podróżni zażywają kwas acetylosalicylowy (czyli aspirynę), która wykazuje działanie przeciwkrzepliwie i ma zastosowanie w leczeniu czy profilaktyce innych schorzeń, ale w profilaktyce choroby zakrzepowej żył kończyn dolnych nie ma udowodnionej skuteczności. Można też stosować inne dodatkowe metody profilaktyki, chociażby pończochy uciskowe, dbanie o odpowiednie nawodnienie podczas lotu.

Milena Dorosz: W przypadku podróżowania samolotem specyficznym zjawiskiem jest „jet lag”, czyli zespół nagłej zmiany strefy czasowej. Bo w krótkim czasie pokonujemy bardzo odległe dystanse, przekraczamy strefy czasowe i nasz organizm doświadcza czegoś w rodzaju szoku i na początku jest mu trudno zaadaptować się do nowych warunków. Podróże statkiem są oczywiście o wiele dłuższe, ale bez ryzyka nagłego przekraczania strefy czasowej, organizm wówczas stopniowo przystosowuje się do nowych warunków klimatycznych, czasowych. Ale z kolei podróżowanie statkiem niesie za sobą ryzyko choroby morskiej.

? *Jakie osoby szczególnie narażone powinny pamiętać o dodatkowych środkach bezpieczeństwa?*

Milena Dorosz: Osoby starsze, z chorobami przewlekłymi, małe dzieci oraz kobiety w ciąży. Należy pamiętać, że szczególnie dla tej grupy osób podróże w inną strefę klimatyczną są dużym obciążeniem. Trzeba sobie zdawać sprawę z ryzyka. A naszym zadaniem jest przygotować pacjenta do podróży w sposób maksymalnie bezpieczny. Czasami wystarczy np. tylko zmienić kierunek czy trasę, żeby to ryzyko zminimalizować. Pamiętajmy też, że kobiety w ciąży i małe dzieci mogą mieć bardzo ciężki przebieg malarii. Dlatego, jeśli nie jest możliwe uniknięcie podróży, to staraliśmy się w takich sytuacjach zasugerować chociażby zmianę celu podróży na bardziej bezpieczny i mniej ryzykowny dla zdrowia.

Barbara Barton: W kontekście ciąży trzeba powiedzieć także o relatywnie nowej chorobie, jaką jest wirus zika. Często zdarzają się pary podróżujące, młode małżeństwa udające się podróż poślubną

czy też inne osoby też planujące w niedalekiej przyszłości posiadanie dzieci. Należy przy tym pamiętać o unikaniu wówczas regionów występowania tego wirusa. Udowodniono bowiem, że sam wirus może powodować wady płodu, w tym małogłowie. Po powrocie z kraju występowania wirusa zika należy unikać zachożenia w ciążę przez okres kolejnych kilku miesięcy, w przypadku kobiet to okres 2 miesięcy, mężczyzn (mogą bowiem przekazać wirusa drogą seksualną partnerce) to 6 miesięcy.

Milena Dorosz: Wirus jest przenoszony przez komary. Jest groźny nie tylko podczas wyjazdu. Po przechorowaniu nawet bezobjawowym, bo takie również się zdarzają, wirus może utrzymać się w różnych płynach ustrojowych, dlatego istnieje ryzyko transmisji seksualnej. Wirus ten, poprzez nagłośnienia przypadków w mediach, kojarzony jest głównie z Brazylią. Jednak obecnie występuje w prawie wszystkich krajach Ameryki Południowej i Środkowej, ale jest też obecny w niektórych krajach afrykańskich czy azjatyckich, choćby w tak popularnej Tajlandii czy w Indiach.

? *Jak zadbać o swoje zdrowie, będąc już na miejscu docelowym naszego wyjazdu?*

Barbara Barton: Po pierwsze należy zwracać uwagę na to, co jemy. Nasze posiłki powinny być jak najbardziej przetworzone, przede wszystkim poddane obróbce termicznej, owoce i warzywa umyte i obrane. Unikamy lokalnych ujęć wody i pijemy wodę butelkowaną, bez kostek lodu, które często dodawane są do różnych napojów. Zwracamy uwagę na warunki, w których mieszkamy. Zapobiegamy udarowi słonecznemu i odwodnieniu.

Milena Dorosz: Unikamy również wykonywania zabiegów kosmetycznych, tatuaży, akupunktury ze względu na możliwość użycia niesterylnego sprzętu i możliwość zarażenia się w ten sposób wirusowym zapaleniem wątroby typu B, C czy HIV. Ryzyko zarażenia wyżej wymienionymi wirusami niosą za sobą również przygodne kontakty seksualne. Możemy w ten sposób wrócić z wakacji z niechcianą „pamiątką” na całe życie. Jeszcze jedna kwestia unikania wód stojących, słodkich, w których mogą występować pasożyty, przenikające nawet przez nieuszkodzoną skórę.

Barbara Barton: I problem pogryzień przez zwierzęta. Nie należy głaskać czy dokarmiać bezpańskich psów oraz małp, co także często się zdarza w podróży. Niesie to za sobą ryzyko pogryzienia, a tym samym ryzyko wścieklizny. Po prostu trzeba zachowywać się tak, jak w Polsce. Nie zostawiamy zdrowego rozsądku w domu, tylko zabieramy go ze sobą również na wakacje.

! *Nie należy głaskać czy dokarmiać bezpańskich psów oraz małp, co także często się zdarza w podróży. Niesie to za sobą ryzyko pogryzienia, a tym samym ryzyko wścieklizny.*

Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice



Dr hab. n. med.
Damian Ziaja



Fot | Monika Raszkwicz

Jowita Zawisza
sekretarka medyczna



Fot | Monika Raszkwicz



Fot | Monika Raszkwicz



Fot | Monika Raszkwicz



Katarzyna Marciniak pielęgniarka Jo-
anna Prandzioch Oddziałowa

Dr n. med. Bogusław Mąka
Zarządzający Oddziałem Chirurgii



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