

Nr 3(3) 2018



# KCO

*Kwartalnik dla Pacjentów Katowickiego Centrum Onkologii*



## Pamiętajmy o **samobadaniu**


Rozmowa z dr n. med.

*Bogusławem Mąką*

Zarządzającym Oddziału Chirurgii  
Onkologicznej z Pododdziałem  
Chirurgii Naczyniowej



 **Położne Katowickiego Centrum  
Onkologii w Poland Business Run Katowice  
2018**

 **Żadna z metod nie ma wyższości  
nad inną.** Rozmowa z lek. med. *Jędrzejem  
Głaskiem*





# Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice



## Aktualności

4. Położne Katowickiego Centrum Onkologii w Poland Business Run Katowice 2018
5. Lekarze dawali dobre, pozytywne nadzieje. Historia pacjentki KCO
6. Wiedza, doświadczenie, precyzja. Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. **Krzysztofem Składowskim**



## Twój szpital

10. 15 Października – Europejski Dzień Walki z Rakiem Piersi
12. Pamiętajmy o samobadaniu, obrazowych badaniach kontrolnych i ocenie piersi przy każdej wizycie u ginekologa. Rozmowa z dr n. med. **Bogusławem Mąką**
16. Samobadanie piersi – instrukcja
18. Mammografia Bezpieczne badanie ratujące życie
20. Żadna z metod nie ma wyższości nad inną. Rozmowa z lek. med **Jędrzejem Głaskiem**
22. Algorytm postępowania diagnostycznego w onkologii z wykorzystaniem biopsji celowanej pod kontrolą CT/US. Rozmowa z prof. dr n. med. **Markiem Chorążym**
26. Czy płęć osoby opiekującej się chorym onkologicznie członkiem rodziny wpływa na szanse i zagrożenie dla funkcjonowania psychospołecznego opiekuna. Spojrzenie psychoonkolog. Dr n hum **Agnieszka Pietrzyk**



## Ciało i umysł

28. Musimy dążyć do zmian. Rozmowa z prof. dr hab. n. med. **Maciejem Krzakowskim**
32. Dieta w czasie choroby onkologicznej
36. Biblioteczka książek onkologicznych
38. Pielęgnacja stomii



## Szanowni Państwo!

Kolejny raz mamy przyjemność przedstawić Państwu magazyn poświęcony Katowickiemu Centrum Onkologii. Jest to doskonała okazja, aby poznać sylwetki naszych specjalistów, specyfikę prowadzonych przez nich oddziałów oraz dostępnych w nich metod diagnostyki i terapii.

Numer ten w głównej mierze został poświęcony zagrożeniom związanym z nowotworem piersi. Zbliżający się dzień 15 października, który został ustanowiony Europejskim Dniem Walki z Rakiem Piersi, jest okazją do ponownego przypomnienia, jak groźna i wyniszczająca jest to choroba. I chociaż w ostatnich latach można zauważyć znaczny wzrost poziomu świadomości dotyczącej profilaktyki i wykrywania raka piersi, to jednak nadal nie jest on wystarczający na tyle, aby uchronić przed nim tysiące kobiet.

W dziale Twój Szpital przybliżymy Państwu, jak wielki problem stanowi ten nowotwór. W jednym z pierwszych artykułów wywiadzie z pracującym w Katowickim Centrum Onkologii wybitnym specjalistą dr n. med. Bogusławem Mąką omówiony został aspekt epidemiologiczny oraz najczęstsze sposoby walki z tą chorobą. Omówione zostały także sposoby profilaktyki, w tym prawidłowe metody samobadania piersi przez kobiety. W dziale tym poruszamy także temat dostępnych w naszym szpitalu metod radiologii, które omawia dr n. med. Jędrzej Głasek, a dr n hum Agnieszka Pietrzyk zwraca uwagę, jak ważnym aspektem w leczeniu chorób onkologicznych jest zdrowie psychiczne pacjentów.

W dziale Aktualności znajdą Państwo relację z charytatywnego biegu, w którym udział wzięły pielęgniarki z naszego ośrodka. Prezentujemy w nim także historię jednej z naszych pacjentek, która z powodzeniem przeszła nowoczesną terapię protonową. Interesującym materiałem jest także obszerna rozmowa z wybitnym specjalistą w sprawach radioterapii prof. Krzysztofem Składowskim. Pan profesor specjalnie dla czytelników naszego magazynu udzielił wywiadu, w którym w przystępny sposób nie tylko przedstawił obecne metody terapii, ale także nakreślił imponujące plany rozwoju tej dziedziny medycyny na najbliższą przyszłość. Okazuje się, że dostęp do nowoczesnej aparatury i innowacyjnych metod leczenia są na wyciągnięcie ręki dla śląskich pacjentów.

W ostatnim dziale Ciało i umysł jak zwykle znalazło się miejsce dla szeregu praktycznych porad i wskazówek dla pacjentów onkologicznych. Wiemy, że często szukają Państwo na własną rękę informacji o swojej przypadłości. Rynek wydawniczy obfituje w różne pozycje, od ogólnych poradników po specjalistyczne prace naukowe. Dlatego przygotowaliśmy krótkie zestawienie popularnych książek o tematyce onkologicznej, w których znajdą Państwo praktyczne informacje, które pomogą w walce z chorobą nowotworową.

Jak zwykle życzymy Państwu miłej lektury, która pomoże lepiej poznać naszą placówkę, przyniesie szereg przydatnych informacji oraz pozwoli zadbać o swoje 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 | Redakcja KCO

Tekst | Redakcja KCO



# Położne Katowickiego Centrum Onkologii



w Poland Business Run Katowice 2018

*Poland Business Run Katowice 2018 to bieg charytatywny będący częścią ogólnopolskiej akcji, której celem jest wsparcie osób z niepełnosprawnością. Fundacja Poland Business Run, została wydzielona z Fundacji Jaśka Meli „Poza Horyzonty” jako osobny podmiot dedykowany właśnie organizacji biegu Poland Business Run, który z powodzeniem od 5 lat realizuje pomoc i wsparcie osobom z niepełnosprawnością.*



**K**atowicka edycja biegu ma pomóc pięciu osobom, które w wyniku choroby lub wypadku musiały poddać się amputacji i potrzebują kosztownych protez i rehabilitacji.

Charytatywny bieg biznesowy ma formę sztafety, w skład każdej ze sztafet wchodzi pięć osób. W niedzielę 2 września w 6 edycji biegu wystartowało w 9 miastach w Polsce kilkadziesiąt drużyn, wśród których nie zabrakło położnych Katowickiego Centrum Onkologii. Położne: **Klaudia Balicka, Justyna Kulanty, Karolina Haberka, Michalina Marciniak** oraz **Małgorzata Skrzypczak** wystartowały w Dolinie Trzech Stawów w Katowicach pod nazwą „Położne KCO” w sztafecie 5 x 3,8 km dumnie reprezentując swój zawód, zakład pracy ale przede wszystkim pokazując swoje otwarte serce, empatię i chęć zrobienia czegoś dobrego.

Trasa w Katowicach nie należała do najłatwiejszych, jednak położne poradziły sobie z nią doskonale zmagając się z 600 drużynami i 3000 uczestników tegorocznego biegu.

Panie położne przez cały czas biegu czuły nie tylko wsparcie Zarządzającego Salą Porodową dr Jerzego Światły, który je dzielnie dopingował z za barierki, a także siłę i moc kibicujących im członków rodziny, znajomych i przyjaciół.

Dyrekcja KCO jeszcze raz składa drużynie L/564 ogromne gratulacje życząc dalszych sukcesów i takich fantastycznych pomysłów na przyszłość. Wasza postawa udowadnia światu, że są wśród nas anioły, choć nie zawsze chwalą się rozległymi skrzydłami.



# Lekarze dawali dobre, pozytywne nadzieje...

Historia pacjentki Katowickiego Centrum Onkologii

**D**zień dobry, mam na imię Wanda, mam 62 lata. W marcu tego roku z dnia na dzień dostałam wysokiego ciśnienia tętniczego, poszłam do lekarza przepisano mi w tym kierunku leki obniżające ciśnienie. Po kilku dniach pojawiły się wymioty, znów wizyta u lekarza rodzinnego, stwierdzono tzw. jelitówkę, znów kolejne leki. Pewnego dnia, zaczęłam się zataczać, dosłownie ściągano mnie na jedną stronę, myślałam, że to udar. Moja synowa zabrała mnie na izbę przyjęć do szpitala, tam przeprowadzono szereg badań m.in. tomografię komputerową głowy czy rezonans magnetyczny.

„ Okazało się, że mam guza mózgu.

Potrzebna natychmiastowa operacja, trzeba wyciąć guza, rokowania w miarę pozytywne, ale sam fakt uczucia tego, że mam raka był okropny...

Po kilku dniach nadszedł czas operacji, mogło wszystko się wydarzyć, mogłam umrzeć, mogłam być sparaliżowana, mogłam zostać „rośliną”. Lekarze dawali dobre, pozytywne nadzieje...

Operacja trwała około trzy godziny, wybudziłam się od razu, bez komplikacji, po kilku dniach zostałam wypisana do domu. Wycinek został oddany do badania histopatologicznego, znów był strach, jaki stopień złośliwości...

Po kilku tygodniach, odebrałam wyniki badania histopatologicznego -WHO II.

Chirurg, który Mnie operował po zapoznaniu się z wynikiem, skierował Mnie do Centrum Onkologicznego w Katowicach w celu, kontynuowania terapii. Tam po zapoznaniu się z historią mojej choroby, zaproponowano mi dwa wyjścia: naświetlanie tradycyjne Elekta, bądź protonową terapię nowotworową w Krakowie Bronowicach. Tą protonową terapię niestety nie może mieć każdy... Ja dostałam tę szansę, aby leczyć się nowoczesną metodą protonową, po której są bardzo małe skutki uboczne, jak po tradycyjnych naświetlaniach. Obawiałam się wyłysienie, wymiotów, bólów głowy, ale chciałam dalej żyć, normalnie jak inni ludzie. Lekarze cały czas byli ze Mną w kontakcie, rozwiali każde pytania. Opieka była wspaniała. Przebieg terapii wymagał zamieszkania w szpitalu na 6 tygodni, bez przepustek, codziennie rano została transportowana karetką pogotowia z centrum onkologicznego Katowice do Karkowa Bronowic. W weekendy miałam przerwę. Zespół, który Mnie przewoził, był bardzo wykwalifikowany, a przede wszystkim na tyle sympatyczny, że zżyłam się z nimi jak z prawdziwymi przyjaciółmi. Fantastyczna opieka oraz niezwykła uprzejmość.



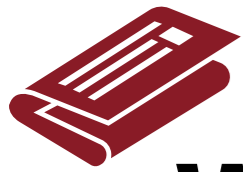
\* Pacjentka KCO, Wanda 62 lata

Lekarze, którzy opiekowali się mną w trakcie naświetlań, byli bardzo wrozumiali, opiekuńczy, odpowiadali na każde pytanie budzące mój ewentualny niepokój. Nigdy nie było żadnych opóźnień, wszystko było idealnie przygotowane na czas. Po przeprowadzonym leczeniu czuję się dobrze, troszkę brakuje mi włosów w miejscu naświetlania, ale już odrastają. Każdy kto potrzebuje terapii nowotworowej powinien dostać szansę, aby móc skorzystać z naświetlań protonowych, z tego co wiem to wykorzystania cyklotronu są ograniczone przez decyzje resortu zdrowia.

Dlatego może moja historia chociażby w małym rąbku pozwoli rozwiązać ich decyzje.

Serdeczne podziękowania dla zespołu w Krakowie w Bronowicach DZIĘKUJĘ





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

# Wiedza, doświadczenie, precyzja

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med.

*Krzysztofem Składowskim*

**?** *Panie profesorze, na czym polega radioterapia? Jak dzieli się tę metodę leczenia, biorąc pod uwagę różne kryteria?*

**R**adioterapia polega na napromienianiu ciała pacjenta. Po wnikięciu do wnętrza jego organizmu, wiązka promieniowania doprowadza w nim do szeregu zjawisk biologicznych, w wyniku których komórka nowotworowa nie jest zdolna wypełniania swoich funkcji życiowych, w tym przede wszystkim do rozmnażania się, a więc po prostu obumiera. W porównaniu z chirurgią, która również jest wykorzystywana w leczeniu nowotworów, radioterapia jest zabiegiem bezkrwawym, bezbolesnym i nie powoduje żadnych ran, ponieważ nie wiąże się z przerywaniem ciągłości tkanek, ich uszkodzeniem i mechanicznym usuwaniem.

Oczywiście, doskonale wiemy, że guz nowotworowy jest otoczony zdrowymi tkankami, co rodzi ogromny problem z dotarciem do niego. Promieniowanie niszczy bowiem wszystko, co znajduje się na jego drodze, doprowadzając do mimowolnego uszkodzenia również zdrowych tkanek. W tej kwestii z pomocą przychodzi nam nowoczesna technologia, która umożliwia nam podawanie promieniowania w taki sposób, że jego najwyższa dawka koncentruje się w guzie nowotworowym. Dzięki temu oddziaływanie promieniowania na tkanki otaczające guz jest dużo mniejsze i nie wywołuje tak dużych zniszczeń w organizmie.

**?** *Jak Pan ocenia rozwój tej dziedziny medycyny w ostatnich latach?*

W Polsce, wraz z XXI wiekiem, pojawiła się nowoczesna radioterapia oparta o technologie cyfrowe i komputerowe planowanie leczenia. Co to oznacza? Najpierw u każdego pacjenta, który został zakwalifikowany do radioterapii, wykonujemy jego cyfrowy, trójwymiarowy fantom. Nie całego człowieka, lecz jedynie tej części ciała, w której radioterapia ma zadziałać. Jest ona dostępna w postaci cyfrowej w odpowiednio skonfigurowanym do planowanej radioterapii systemie komputerowym. Zanim podamy jakąkolwiek dawkę promieniowania, całe leczenie, od początku do końca, musi zostać zasymulowane. Na podstawie tej symulacji

jestemy w stanie ustalić najlepszą drogę dojścia promieniowania do guza. A wszystko po to, by zmaksymalizować prawdopodobieństwo wyleczenia, związane z podaniem określonej dawki promieniowania, jej jednorodnością w obrębie nowotworu i z jak najmniejszym ryzykiem powikłań ze strony zdrowych komórek.

Przygotowanie do leczenia jest czasochłonne, zajmuje co najmniej kilka dni. Opieramy się na badaniach obrazowych, w tym przede wszystkim na tomografii komputerowej, która może zostać wsparta rezonansem magnetycznym. Dokonujemy wówczas fuzji obrazów, aby w 100 procentach wykorzystać zalety obu badań w celu uzyskania jak najlepszego i najostrzejszego zobrazowania guza. Wykorzystujemy również pozytonową tomografię emisyjną (PET-CT) – badanie, które pozwala na bardzo dokładną ocenę zmian metabolicznych zachodzących w komórkach nowotworowych oraz określenie stopnia ich złośliwości. Dopiero po zakończeniu przygotowań, kiedy mamy już wyliczoną dawkę promieniowania i opracowaną geometrię wiązek, chory może rozpocząć leczenie. To, ile zabiegom zostanie poddany, zależy od wykorzystanej technologii napromieniowania oraz cech jego nowotworu.

**?** *Czy zapotrzebowanie polskich pacjentów na ten rodzaj zabiegów jest w pełni zaspokojone?*

Dostępność radioterapii w Polsce jest dużo lepsza niż była chociażby jeszcze 10 lat temu. Mamy coraz więcej ośrodków radioterapii – obecnie jest ich około 50. Jesteśmy także w posiadaniu znacznie większej liczby zaawansowanej technologicznie, niezbędnej w naszej pracy, aparatury medycznej. Jako przykład mogę podać produkujące promieniowanie megawoltowe fotonowe przyspieszacze liniowe, których jest ponad 160 w całym kraju. Problemem jest jednak rozmieszczenie ośrodków radioterapii i tej nowoczesnej aparatury. Niestety, nie jest ono równomierne. Na tle całego kraju województwo śląskie przedstawia się imponująco: mamy sześć ośrodków radioterapii (po jednym w Gliwicach, Bielsku-Białej, Częstochowie i Dąbrowie Górniczej oraz dwa w Katowicach) oraz około 25 przyspieszaczy liniowych spełniających wszystkie normy określone przez Europejskie Towarzystwo Radioonkologii.



Fot | Adam Słowikowski



\* **Prof. dr. hab. n.med. Krzysztof Skłodowski** – specjalista radioonkolog, dyrektor Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach, pracuje w tym ośrodku od początku swojej kariery zawodowej, a od ponad 20 lat pełni funkcję kierownika I Kliniki Radiochirurgii i Chemioterapii



Fot | Adam Słowikowski

“

**Dostęp do radioterapii na Śląsku jest naprawdę łatwy, choćby z powodu dobrej komunikacji.**

**Co ważne, wszystkie ośrodki ze sobą współpracują, nie ma między nimi rywalizacji ani podziałów.**

**Dodam nieskromnie, że we wszystkich ośrodkach radioterapii województwa śląskiego kierownikami są moi uczniowie.**

Oczywiście oprócz niego istnieją jeszcze fundusze unijne, dzięki którym nasz ośrodek od lat systematycznie wymienia aparaturę do radioterapii. Ostatnio otworzyliśmy Centrum Radiochirurgii Nowotworów, które – nie waham się tego powiedzieć – posiada unikalną w skali światowej aparaturę do radiochirurgii. Tego typu leczenie polega na jednym, maksymalnie pięciu zabiegach, w których stosuje się wysokie dawki promieniowania, które niemal natychmiast niszczy komórki nowotworowe, doprowadzając do ich ablacji. W starszych metodach, żeby komórka nowotworowa obumarła, musi zostać zniszczona podczas próby podziału albo ulec tzw. apoptozie, czyli procesowi zaprogramowanej śmierci. Przy pomocy radiochirurgii niszczymy również system naczyniowy guza nowotworowego, przez co nowotwór „dusi się” albo „umiera z głodu”. Jednak radiochirurgia jest metodą wymagającą bardzo dużej precyzji i doświadczenia – jeśli nie trafi się w guz albo zrobi się to nie dość precyzyjnie, zdrowe tkanki zostaną zniszczone w takim samym stopniu jak nowotwór. Dlatego tak ważne jest zachowanie niezwyklej dokładności i ostrożności.

**? W czym widzi Pan przyszłość radioterapii? Jakie drogi rozwoju obierze ta metoda leczenia w najbliższych latach?**

Moim zdaniem w najbliższych latach doskonała będzie właśnie radiochirurgia. Stanie się częstsza i powszechniejsza. Z czasem coraz więcej ośrodków, nie tylko tych największych, będzie miało niezbędny sprzęt, doświadczenie i umiejętności, aby wykorzystywać pełnię jej możliwości.

Równie wielkie nadzieje wiąże z radioterapią cząsteczkową. Stopniowo zwiększać się będzie dostępność protonów i np. ciężkich jonów, które mają bardzo dobre właściwości fizyczne w radioterapii. Obecnie rozwój tej dziedziny radioterapii jest hamowany przez ogromne koszty związane z potrzebą zakupu odpowiedniego sprzętu. O ile pojedynczy przyspieszacz liniowy, o czym już powiedziałem, kosztuje około 10 mln zł, to aparatura do protonoterapii jest od niego dziesięciokrotnie droższa, a przy jonoterapii koszty wznoszą się nawet kilkadziesiąt razy. Są to ogromne wydatki, niemożliwe do udźwignięcia przez pojedyncze szpitale. Dostępność i powszechność tych terapii jest więc ograniczona w głównej mierze finansami. Jeśli koszty z czasem będą maleć, przewiduję coraz szersze wprowadzenie terapii cząsteczkowych do praktyki.

Bliższa teraźniejszość wydaje się tzw. radioterapia adaptacyjna. W tym miejscu nawiążę do tego, co mówiłem o cyfrowym fantomie, na podstawie którego planujemy leczenie. Jeśli napromienianie jest powtarzane kilkadziesiąt razy przez określoną



“

**Mitem jest to, że radioterapia jest trudną dziedziną i mało medyczną, a bardziej inżynierską i w związku z tym wymaga tylko znajomości fizyki promieniowania.**

Sytuacja pacjentów z Polski południowej na pewno jest w lepszą niż tych, którzy mieszkają w północnej części kraju, gdzie dostęp do radioterapii jest ograniczony z powodu mniejszej liczby ośrodków i dużych odległości między nimi. Poza tym, jeśli pacjent ma do pokonania 100 km, to wyklucza to możliwość jego dojazdu na każdy zabieg z domu. A część radioterapii może być realizowana w formie ambulatoryjnej, zwłaszcza jeżeli nie ma odczynów popromiennych i powikłań. Jest to rozwiązanie korzystne dla pacjentów, ponieważ pozwala uniknąć „syndromu szpitalnego”. Niestety, nie wszyscy mogą z tego rozwiązania skorzystać.

**? Jak przedstawia się sytuacja polskiej radioterapii na tle Europy?**

Niestety, nadal odbiegamy poziomem świadczonych usług od standardów obowiązujących w krajach Europy Zachodniej. Wciąż nie osiągamy wskaźników określonych przez Unię Europejską. Jednak dzięki Narodowemu Programowi Zwalczenia Chorób Nowotworowych, realizowanemu pod kontrolą Ministerstwa Zdrowia, ośrodki radioterapii są systematycznie wyposażane w nową aparaturę medyczną. Warto sobie zdać sprawę, że koszt jednego przyspieszacza liniowego – urządzenia, którego średnia żywotność wynosi około 10 lat, to około 10 mln zł. Dla szpitala, nawet tego, który ma zbilansowany budżet, taki wydatek stanowiłby zbyt duże obciążenie finansowe. Dzięki Narodowemu Programowi Zwalczenia Chorób Nowotworowych wiele ośrodków zostało wyposażonych w nowoczesny sprzęt, nie wydając praktycznie ani grosza na ten cel. Ten program pchnął polską radioterapię bardzo mocno do przodu.

liczbę dni w czasie półtora miesiąca, to jaką mamy gwarancję, że ten zabijany stopniowo nowotwór się nie zmieni? Najczęściej guz się zmniejsza, więc po co napromieniać miejsca, w których już go nie ma? I do tego zmierza radioterapia adaptacyjna. Być może w przyszłości standardem staną się zabiegi radioterapii codziennie dopasowywane do aktualnej sytuacji chorego. Jak to zrobić? Pewnie nie jedną metodą, ale można sobie wyobrazić sytuację, że pacjent będzie często przed zabiegiem radioterapii poddawany badaniu tomografem i rezonansem magnetycznym. Będziemy mogli na bieżąco obserwować zmniejszający się guz i dopasowywać geometrycznie napromienianie do jego wielkości i kształtu. Możemy też wykonywać inne badania, które pokażą nam, jak zmienia się jego wpływ na organizm. Jest wiele nowotworów, które wytwarzają w organizmie specyficzne substancje chemiczne nazywane markerami nowotworowymi. Jeżeli taki marker zniknie z krwi, może to oznaczać, że nie ma już komórek nowotworowych w krwiobiegu i leczenie można zakończyć. Jest to dla mnie najbardziej wiarygodna i atrakcyjna przyszłość radioterapii.

Jednak taka forma leczenia może w przyszłości pogłębić niedostatek specjalistów. Radioonkolodzy, podobnie jak lekarze innych specjalności, emigrują z Polski. Może ich po prostu w pewnym momencie zabraknąć. Obecnie lekarz po zaplanowaniu leczenia nie jest potrzebny w jego realizacji, nie musi wizytować każdego dnia leczonego pacjenta. Nadzoruje, monitoruje, sprawdza liczbę dawek, konsultuje i umawia wizyty, ale nie jest niezbędny przy każdym zabiegu. Przy radioterapii adaptacyjnej będzie musiał być obecny zawsze. A to oznacza konieczność poświęcenia znacznie więcej czasu pojedynczemu pacjentowi. Nie będzie już

w stanie nadzorować terapii kilkunastu chorych, będzie musiał ograniczyć się do kilku. Wymaga to zwiększenia liczby specjalistów, tymczasem radioonkologia nie jest popularnym kierunkiem kształcenia podyplomowego, specjalistycznego. Między innymi dlatego, że na jej temat krąży wiele mitów. Mówi się na przykład, że jest niebezpieczna, bo lekarz cały czas obcuje z promieniowaniem. To nieprawda. Jeśli już, to radioonkolodzy nie są bardziej na nie narażeni, niż radiolodzy, a ta specjalność lekarska cieszy się sporym wzięciem. Kolejnym mitem jest to, że radioterapia jest trudną dziedziną i mało medyczną, a bardziej inżynierską i w związku z tym wymaga tylko znajomości fizyki promieniowania.

**? Co wskazałby Pan jako największy sukces gliwickiego ośrodka?**

Największym sukcesem naszej placówki jest wdrożenie radiochirurgii do powszechnej praktyki. Jesteśmy właściwie jedynym ośrodkiem w Polsce, który stosuje tę metodę nie tylko w leczeniu wszystkich rodzajów nowotworów, ale także w powtórnych ich napromienianiu. Inne ośrodki tego nie robią, ponieważ ponowne wykonanie zabiegu w tym samym miejscu po roku czy nawet po pięciu latach jest obciążone bardzo dużym ryzykiem powikłań. Trzeba mieć wiedzę, doświadczenie i sprzęt, który pozwala realizować tak precyzyjną terapię. Dodam, że metodą radiochirurgii leczonych jest 20-30 procent wszystkich naszych pacjentów. W Polsce jest jeszcze kilka ośrodków, które ją wykorzystują, jednak w o wiele mniejszej, nieporównywalnej z nami, skali.



**Rak piersi to nowotwór złośliwy najczęściej atakujący kobiety w Polsce. Rocznie dotyka około 15 tys. Polek. Kiedyś choroba ta zagrażała głównie paniom w przedziale wiekowym 50-60 lat, które przeszły menopauzę; obecnie wzrost zachorowalności odnotowuje się nawet po 30 roku życia. Na świecie - ok. 1,7 mln nowych, diagnozowanych co roku zachorowań. Umiera ponad 500 tys. kobiet.**

**W** związku ze zwiększającym się zagrożeniem Europejska Koalicja do Walki z Rakiem Piersi (Europa Donna) ustanowiła 15 października Europejskim Dniem Walki z Rakiem Piersi. Organizowane są wówczas przeróżne przedsięwzięcia mające na celu zwiększenie społecznej świadomości na tematy związane z tą chorobą – profilaktyką, wykrywaniem, leczeniem, a także działaniach, które należy podjąć po jej zwalczeniu. W akcje edukacyjne włącza się nie tylko środowisko lekarzy, fundacje i organizacje pozarządowe, ale także media, w których o chorobie informują ludzie znani i cieszący się autorytetem oraz zaufaniem. Symbolem walki z rakiem piersi stała się różowa wstążka.

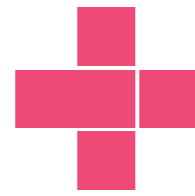
#### Do najważniejszych czynników ryzyka zachorowania na raka piersi zalicza się:

- wystąpienie raka piersi w przeszłości – zwiększa ryzyko wystąpienia raka w drugiej piersi 3-krotnie,
- wystąpienie raka piersi w rodzinie – ryzyko jest szczególnie wysokie jeśli nowotwór wystąpił u krewnych pierwszego stopnia (mama, córka, siostra),
- czynniki genetyczne – w ok. 5% przypadków raka piersi stwierdza się jego rodzinne występowanie,
- wiek – ryzyko wzrasta wraz z wiekiem, szczególnie po 50 r.ż.,
- czynniki hormonalne (długa ekspozycja na estrogeny) – kobiety, które rozpoczęły miesiączkowanie przed 12 r.ż., przeżyły menopauzę po 55 r.ż.

W życiu każdej kobiety istnieje kilka aspektów, na które należy zwrócić uwagę, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania na tę chorobę do minimum. Oczywiście podstawą są regularne badania. W ramach badań profilaktycznych, w Polsce działają dwa programy skierowane do kobiet, w ramach których można bezpłatnie wykonać następujące badania:

- badanie mammograficzne stosowane w profilaktyce raka piersi jest przeznaczone dla kobiet w wieku 50-69 lat, które nie miały takiego badania w ciągu ostatnich dwóch lat
- badanie cytologiczne stosowane w profilaktyce raka szyjki macicy dla pań w wieku 25-59, które nie miały takiego badania w ciągu ostatnich 3 lat.

Do innych działań profilaktycznych, o które należy zadbać samodzielnie, należą m.in. regularna aktywność fizyczna oraz zachowanie szczupłej sylwetki. Nadmierna otyłość oraz brak aktywności fizycznej są przyczyną około 25-33% zachorowań na raka piersi. Dowlone ćwiczenia wykonywane przez 90 minut dziennie (w porównaniu do 30 minut dziennie) mogą obniżyć ryzyko zachorowania na raka piersi po menopauzie nawet o ok. 25%.



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

## Października Europejski Dzień Walki z Rakiem Piersi

**W życiu każdej kobiety istnieje kilka aspektów, na które należy zwrócić uwagę, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania na tę chorobę do minimum. Oczywiście podstawą są regularne badania.**

#### Fundacje Onkologiczne:

- Stowarzyszenie Różowa Wstążeczka [www.rozowawstazeczka.com.pl](http://www.rozowawstazeczka.com.pl),
- Federacja Stowarzyszeń Amazonki [www.amazonkifederacja.pl](http://www.amazonkifederacja.pl),
- Fundacja W Związku Z Rakiem [www.zrakiem.pl](http://www.zrakiem.pl),
- Fundacja Onkologiczna Alivia [www.alivia.org.pl](http://www.alivia.org.pl),
- Fundacja Onkologiczna No pasaRAK [www.amazonka.org](http://www.amazonka.org),
- Fundacja Onkologiczna Nadzieja [www.fundacjaonkologicznanadzieja.org](http://www.fundacjaonkologicznanadzieja.org).

Kolejnym czynnikiem jest karmienie piersią po urodzeniu dzieci. Ważne jest także zrezygnowanie z popularnych używek. Zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu (zalecaną bezpieczną maksymalną dzienną dawką jest 10 gramów) Spożycie trzech lub więcej napojów alkoholowych dziennie zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi do około 30-50%, z czego każdy drink zwiększa ryzyko zachorowania o około 7%. Lekarze, nie tylko w przypadku tej choroby, zalecają całkowite rzucenie palenia wyrobów tytoniowych, które wpływają nie tylko na płuca, ale na całość naszych organizmów. Kobiety, które obecnie lub w ostatnim czasie przyjmowały doustne środki antykoncepcyjne charakteryzują się o 15-25% większym ryzykiem zachorowania na raka piersi w porównaniu z kobietami, które nigdy ich nie przyjmowały.

#### Niezwykle istotne jest pilnowanie terminów badań profilaktycznych (indywidualnie lekarz może zalecić inne):

- od 20. roku życia – samobadanie piersi raz w miesiącu, a co 3 lata badanie lekarskie, które może zostać uzupełnione o badanie ultrasonograficzne piersi,
- od 40. roku życia – samobadanie oraz badanie u lekarza co roku, które również może zostać uzupełnione o usg i/lub badanie mammograficzne,
- od 50. roku życia – samobadanie oraz co 2 lata mammografia (skorzystaj z bezpłatnego badania – Populacyjnego Programu wczesnego Wykrywania Raka Piersi, dla kobiet w wieku 50 – 69 lat),
- od 70. roku życia – samobadanie, raz w roku badanie lekarskie, możliwość uzupełniania co 2 lata mammografią.

Zaawansowanie choroby o choćby jedno stadium zmniejsza szansę na wyleczenie o 25 procent. Bardzo wczesny rak (I i II stopień choroby) jest uleczalny w 90 procentach przypadków. Oznacza to, że cztery z pięciu chorych kobiet można uratować. To właśnie dlatego tak ważne jest samobadanie oraz regularne badania kontrolne. Im mniejsza zmiana, tym ewentualnie wcześniejsze stadium rozwoju choroby, a więc i znacznie większe szanse na powodzenie terapii.

W Polsce działa kilkadziesiąt fundacji onkologicznych, które w swoich programach uwzględniają pomoc kobietom zmagającym się z rakiem piersi. Wsparcie psychologiczne oraz dzielenie się szerokim zakresem wiedzy w tym temacie może pomóc wielu pacjentkom w tym trudnym okresie życia i w walce z chorobą.





Tekst | Redakcja KCO

# Pamiętajmy o **samobadaniu**, obrazowych badaniach kontrolnych i ocenie piersi przy każdej wizycie u ginekologa. Rozmowa z dr n. med. *Bogusławem Mąką*

**„Panie Doktorze, proszę, aby krótko się Pan przedstawił oraz opowiedział naszym czytelnikom, jakie funkcje pełni Pan w KCO.**

**N**owo otwarty Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej w Katowickim Centrum Onkologii został otwarty w październiku 2016 roku, obecnie w nowej siedzibie (od marca 2017) liczy 22 łóżka. Pełnię funkcję zarządzającego Oddziałem. Ponadto uczestniczę w konsyliach lekarskich dla chorych z nowotworami przewodu pokarmowego i nowotworami piersi Breast Unit.

**„Jakie zabiegi są wykonywane najczęściej na Pańskim Oddziale? Które typy nowotworów występują najczęściej? W jakich typach nowotworów chirurgia jest najskuteczniejszą metodą walki z chorobą?”**

Częstość wykonywania poszczególnych rodzajów operacji wynika z częstości występowania poszczególnych typów nowotworów i miejsca chirurgii onkologicznej w ich leczeniu. Najczęstsze są zabiegi wykonywane z powodu nowotworów piersi, przewodu pokarmowego (nowotworów odbytnicy, jelita grubego, żołądka), również nowotwory wtórne czyli przerzuty do wątroby, węzłów chłonnych, nowotwory tarczycy i czerniak skóry. W dużej grupie nowotworów we wczesnych postaciach choroby chirurgia jest jedyną metodą leczenia. Dotyczy to nowotworów jelita grubego, tarczycy, czerniaka, raka nerki. Obowiązuje indywidualizacja leczenia z uwzględnieniem czynników prognostycznych, wieku, stanu ogólnego i chorób towarzyszących.

**„Ogromne znaczenie ma doświadczenie chirurgiczne, wyposażenie bloku operacyjnego, a po zabiegu operacyjnym odpowiednia opieka.**

**„Jaki typ operacji jest najtrudniejszy do przeprowadzenia? Jak na ich przebieg wpływa wykrycie na wczesnym etapie?”**

Trudności mogą wynikać z samej lokalizacji nowotworu, dotyczy to takich nowotworów jak rak (trzustki, przełyku, wątroby); zaawansowania choroby (rak nerki, mięsaki); oraz chorób towarzyszących. Ogromne znaczenie ma doświadczenie chirurgiczne, wyposażenie bloku operacyjnego, a po zabiegu operacyjnym odpowiednia opieka pozwalająca na wczesne wykrycie ewentualnych powikłań i odpowiednia rehabilitacja.

**„Jak terapia skojarzona wpływa na jakość zabiegów onkologii chirurgicznej?”**

Znajomość możliwości innych metod leczenia stosowanych w onkologii pozwala na ograniczenie zakresu wybranych zabiegów chirurgicznych i związanego z nim urazu i kalectwa, czasu hospitalizacji i następowej rehabilitacji.



## Rak piersi pod względem częstości zachorowania stanowi największy problem epidemiologiczny.

**Jak przebiegał rozwój chirurgii onkologicznej w ostatnich latach w Polsce? Co zmieniło się najbardziej? Jakie nowe metody są dostępne dla pacjentów KCO?**

Aktualnie obowiązuje tendencja do ograniczenia zakresu zabiegów chirurgicznych. Wszędzie tam gdzie to tylko możliwe usuwa się guz z adekwatnym marginesem tkanek miękkich, a nie cały narząd, np. w przypadku nowotworów złośliwych piersi, mięsaków, raka nerki. Wprowadzane są techniki małoinwazyjne i coraz częściej zabiegi laparoskopowe.

W Katowickim Centrum Onkologii dostępna jest również termoablacja, embolizacja nieresekcyjnych guzów nowotworowych. W wybranych przypadkach stosuje się brachyterapię po śródoperacyjnym wprowadzeniu drenów w czasie zabiegów operacyjnych.

**Czy pakiet szybkiej terapii onkologicznej DiLO przyniósł spodziewane efekty? Jak zmieniła się sytuacja pacjentów po jego wprowadzeniu?**

Uważam, że pakiet szybkiej opieki onkologicznej DILO pomimo wielu wad, umożliwił chorym na nowotwory złośliwe szybszą diagnostykę i co równie ważne daje dostęp do konsyliarnych decyzji terapeutycznych. Niestety wcześniej, ale i dzisiaj zdarzają się przypadki leczenia odbiegającego od zasad, a tym samym dające mniejsze szanse na wyleczenie.

**Jakie wyzwania i problemy widzi Pan w rozwoju tej dziedziny medycyny na najbliższe lata?**

W wielu lokalizacjach narządowych możliwe jest ograniczenie zakresu operacji bez pogorszenia wyniku onkologicznego, czasem te zabiegi są trudniejsze niż te tradycyjnie wykonywane. Konieczny jest dalszy rozwój i doświadczenie w wykonywaniu zabiegów laparoskopowych.

**Co uważa Pan za największy sukces swojego Oddziału?**

Zespoły pracujące w dziedzinach zabiegowych buduje się latami. W Katowickim Centrum Onkologii udało się stworzyć zespół lekarzy i pielęgniarek gotowych do nowych wyzwań, ogromnie zaangażowanych w rozwój oddziału i własne kształcenie. Plany wprowadzania nowych zabiegów spotykają się tu z aprobatą dyrektora szpitala, która jest niezbędna w zakresie finansowym, bo wiąże się kosztami często jednorazowymi urządzeń.

**W październiku obchodzony jest Światowy Dzień Walki z Rakiem Piersi. Jak z tym problemem radzi sobie polska chirurgia onkologiczna? Czy dostępne metody terapii są takie same jak w innych krajach Europy? Jakie terapie są najczęściej zalecane kobietom po jego wykryciu?**

Rak piersi pod względem częstości zachorowania stanowi największy problem epidemiologiczny. Wiemy o nim znacznie więcej i współczesna medycyna dysponuje całą gamą możliwości terapeutycznych dedykowanych konkretnym pacjentkom i konkretnym guzom. Bardzo dobre wyniki dotyczą przypadków wczesnych, gdzie leczenie chirurgiczne obejmuje tylko miejscowe wycięcie guza i biopsję węzła wartowniczego dołu pachowego. We wczesnych przypadkach tylko wyjątkowo niezbędne jest usunięcie całej piersi. W tych przypadkach proponujemy zabiegi rekonstrukcyjne.

## W Polsce ciągle odsetek zabiegów oszczędzających pierś jest niższy niż wynikałoby to z możliwości stosowania tej metody. Ciągle zbyt często wykonuje się mastektomię czyli usuwa się całą pierś.

W momencie wykrycia raka obowiązuje pełna diagnostyka obejmująca badania obrazowe (mammografię, USG, a w wybranych przypadkach również rezonans magnetyczny), biopsje (dotyczy to guza, pachy lub innych lokalizacji w razie potrzeby), i badania wykrywane w celu wykluczenia obecności przerzutów odległych. Plan leczenia ustalany jest zespołowo w zespole wielodyscyplinarnym (czyli Breast Unit). Lekarze różnych dziedzin onkologii wyznaczają na nim plan leczenia. Pierwszym etapem leczenia może być leczenie chirurgiczne, chemioterapia lub hormonoterapia. Breast Unit monitoruje przebieg leczenia i ewentualnie modyfikuje plan w zależności od wyników leczenia, stanu pacjenta i jego indywidualnych życzeń.



**Jakie symptomy mogą towarzyszyć rakowi piersi? W jakim wieku rak piersi najczęściej się ujawnia?**

Pamiętajmy o samobadaniu, obrazowych badaniach kontrolnych i ocenie piersi przy każdej wizycie u ginekologa. Najczęściej panie wykrywają guzek, wzmocnienie konsystencji, asymetrię piersi, zmianę wyglądu brodawki sutkowej, znacznie rzadziej ból, zmiany na skórze, wyciek z brodawki sutkowej.

Należy podkreślić, że wczesne zmiany mogą nie dawać żadnych objawów. Rak piersi najczęściej występuje po 50 roku życia, ale choroba ta dotyczy również kobiet bardzo młodych.

**Jak dotrzeć do kobiet, jak je edukować, aby zdały sobie sprawę, że rak piersi wcześniej wykryty jest uleczalny?**

Prowadzona edukacja i dostępna bezpłatna profilaktyka już przyczyniła się do obniżenia przeciętnego zaawansowania choroby w momencie jej rozpoznania. Ma to też oczywiście przełożenie na wyniki leczenia, które są bardzo dobre lub dobre we wczesnych stadiach choroby. Równocześnie należy przypomnieć, że we wczesnym etapie leczenia wyjątkowo konieczne jest usunięcie całej piersi.

**\* dr n. med. Bogusław Mąka -  
Zarządzający Nowo otwartego Oddziału  
Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem  
Chirurgii Naczyniowej w Katowickim  
Centrum Onkologii, konsultant  
w konsyliach lekarskich dla chorych  
z nowotworami przewodu pokarmowego  
i nowotworami piersi Breast Unit.**

**Pomoc z zakresu chirurgii onkologicznej  
oferuje dr n. med. Bogusław  
Mąka. Specjalista doświadczenie zawodowe  
zdobywał pracując m.in. w  
Samodzielnym Publicznym Szpitalu  
Klinicznym im. A. Mieleckiego Śląskiego  
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.  
Doktor Bogusław Mąka obecnie  
Zarządzający Oddziałem Chirurgii  
Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii  
Naczyniowej leczy operacyjnie nowotwory  
głowy i szyi, tarczycy oraz  
piersi, a także żołądka, jelita i odbytu.**

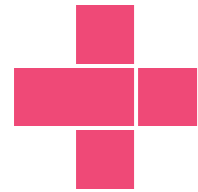
**Jak wygląda rehabilitacja po zabiegu  
mastektomii i rekonstrukcji?**

Rehabilitacja rozpoczyna się zaraz po zabiegu i dotyczy zarówno chorych po mastektomii jak i tych po leczeniu oszczędzającym. Podstawowe informacje przekazywane są pacjentkom na oddziale. Kontynuacja rehabilitacji w warunkach domowych stwarza pewien problem i wymaga moim zdaniem usprawnienia na etapie płatnika (finansowania). Dostępne jest leczenie sanatoryjne, którego celem jest głównie rehabilitacja. Dotyczy to jednak niewielkiego odsetka chorych.

Rekonstrukcja piersi może być przeprowadzona jednocześnie z mastektomią lub po zakończeniu całego leczenia onkologicznego. Planowanie rekonstrukcji może decydować o pewnych modyfikacjach mastektomii. Wymaga to omówienia z pacjentką.

Dla osiągnięcia z jednej strony najlepszego możliwego efektu onkologicznego, a z drugiej strony zadowolenia z leczenia konieczna jest rehabilitacja we wszystkich aspektach życia kobiety.





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

# Samobadanie piersi – instrukcja

**Ważnym elementem profilaktyki jest samobadanie piersi. Już od dwudziestego roku życia każda z pań powinna regularnie badać piersi, a raz w roku takie badanie powinno być wykonane przez ginekologa, chirurga lub onkologa.**

Większość nowotworów piersi kobiety wykrywają same, często jednak już w zaawansowanym okresie choroby. Systematyczna samokontrola (samobadanie) piersi umożliwia wcześniejsze wykrycie raka, a więc wtedy, gdy może on być uleczalny.

## Technika samobadania

Warto więc pamiętać, że istnieje metoda, która pozwala badać piersi „we własnym zakresie”. Jest to tzw. samobadanie piersi, które polega na sta-rannym, według określonego schematu, oglądaniu własnych piersi oraz badaniu ich poprzez ucisk swoimi palcami. Musimy wówczas zaufać swoim dłoniom. Takie badanie wykonywane regularnie, czyli raz w miesiącu, pozwala na poznanie budowy własnych piersi i wykrycie stosunkowo niewielkich nieprawidłowości, których np. nie było wcześniej, a pojawiły się i mogą być „sygnałem ostrzegawczym”. Najlepszy moment na badanie piersi u kobiet miesięczkujących przypada pomiędzy 5 a 10 dniem cyklu, gruczoły są wówczas mniej obrzęknięte a piersi mniej bolesne. Kobieta w okresie menopauzy (klimakterium) lub po jego zakończeniu powinna wybrać sobie jeden dzień w miesiącu, np. piąty i powtarzać badanie zawsze w tym samym dniu przez kolejne miesiące.

Zanim przystąpimy do samobadania piersi, powinniśmy obejrzeć je, najlepiej jeżeli zrobimy to w łazience przy dużym lustrze, czyli w ciepłym miejscu, gdzie można się skupić i zachować prywatność, najlepiej wieczorem, np. przed kąpielą lub udaniem się na spoczynek.

## Oglądanie piersi

Powinniśmy zwrócić uwagę na zmiany w kształcie piersi, na wygląd brodawek i otoczek, na symetrię obu piersi. Piersi powinnyśmy oglądać w następujących pozycjach: z rękami na biodrach, z rękami podniesionymi do góry, z rękami założonymi za głowę, z rękami opuszczonymi wzdłuż tułowia oraz w pozycji pochylonej. W każdej z wymienionych pozycji oceniamy kształt i symetrię całych piersi oraz dołów pachowych.

Oglądamy piersi szczegółowo, zwracając uwagę na wszelkie zmiany na brodawkach, otoczkach brodawkowych i skórze. Oceniamy wielkość i kształt brodawek oraz ich stan. „Wciągnięcie” brodawek może być objawem niepokojącym, jeżeli nie było go wcześniej. Zwracamy również uwagę na ułożenie piersi, kształt, wielkość. Oglądamy skórę zwracając uwagę czy nie pojawiły się poszerzone podskórne naczynia żyłne, na rozstępy, przebarwienia, zmarszczenia tzw. „skórka pomarańczowa”, uwypuklenia skóry oraz wciągnięcia, zaczerwienienia skóry piersi miejscowe i ogólne, nie gojące się zmiany, owrzodzenia.

## Pamiętaj, że:

- nie badasz się po to by wykryć guza, lecz aby upewnić się, że go nie ma
- gdy zauważysz coś niepokojącego, zgłoś się do lekarza, nie zwlekaj!
- nie wyciągaj pochopnych wniosków – nie każdy guzek jest rakiem, ale każdy guzek należy skontrolować
- piersi trzeba obserwować i kontrolować



## Badanie palpacyjne

Samobadanie przeprowadza się w pozycji siedzącej lub stojącej oraz leżąc na plecach. Badanie wykonujemy ruchami okrężnymi, półkolistymi i linijnymi, uciskając pierś płasko ułożonymi palcami (są to palce: wskazujący, środkowy i serdeczny). Zbadać należy całą pierś zataczając koła zgodnie z ruchem wskazówek zegara, wykonując ruchem spiralnym coraz węższe kręgi i kierując się ku brodawce. Tak, aby podczas badania nie pominąć żadnego kawałka piersi. Pamiętajmy o zbadaniu piersi w kierunku pachy (górna część piersi położona na klatce piersiowej) i okolicy fałdu podpiersiowego. Badanie kończymy, badając dół pachowy, gdzie znajdują się węzły chłonne. Sprawdzamy, czy nie są powiększone. Na koniec jeszcze ściskamy brodawkę sutkową, sprawdzając czy nie wydobywa się z niej wydzielina. To samo powtarzamy na drugiej piersi.

Po zakończeniu badania na stojąco lub siedząco powtarzamy te same czynności dla obu piersi w pozycji leżącej. Badanie w pozycji leżącej jest konieczne do zbadania dolnych kwadrantów, szczególnie w przypadku większych piersi.

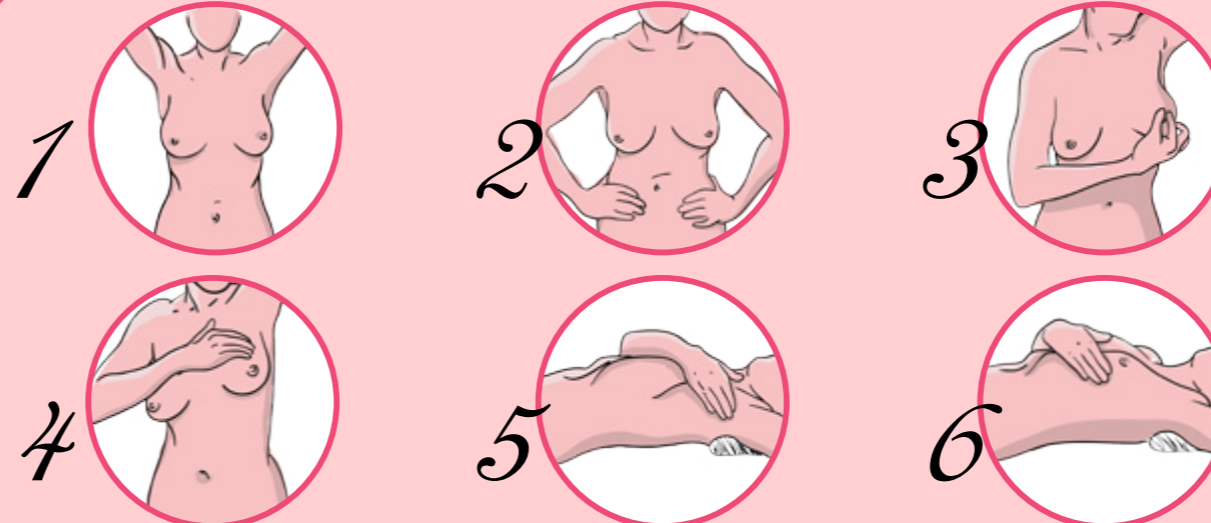
## Czynniki ryzyka zachorowania

Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia raka piersi to:

- region geograficzny – w Europie zachorowalność na raka piersi jest większa niż w Azji;
- wiek – najwięcej zachorowań występuje u kobiet po 50 roku życia (zagrożenie nowotworem wrasta wraz z wiekiem);
- obciążenie genetyczne – występowanie raka wśród najbliższych krewnych (pierwszy stopień pokrewieństwa – matka, siostra, córka) szczególnie przed 40 rokiem życia, występowanie mutacji genów BRCA1 i BRCA2;
- wiek pokwitania i przekwitania – wystąpienie pierwszej miesiączki przed 12 rokiem życia oraz początek menopauzy po 54 roku życia;
- brak potomstwa – ryzyko jest większe u kobiet, które nigdy nie rodziły;
- późne rodzicielstwo – ryzyko jest od 2 do 3 razy większe u kobiet, które pierwsze dziecko urodziły po 40 roku życia;
- wieloletnia hormonalna terapia zastępcza – stosowanie terapii w okresie menopauzy

zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi o około 2,7% na każdy rok jej stosowania;

- zbyt duża masa ciała, podwyższone BMI – największe ryzyko dotyczy kobiet, które znacząco przybrały na wadze po 18 roku życia. Kobiety otyłe po menopauzie są 2 razy bardziej narażone na zachorowanie na raka piersi. Otyłość to także czynnik, który sprzyja przerzutom;
- niewłaściwa dieta – nadmiar tłuszczów nasyconych (zwierzęcych) w diecie oraz nadmierne spożywanie alkoholu (30 – 60 gramów dziennie);
- promieniowanie jonizujące – ekspozycja na promieniowanie, szczególnie w młodym wieku;
- wcześniejsze choroby piersi;
- łagodne zmiany w piersi – u kobiet, u których wykryto atypową hiperplazję nabłonkową, ryzyko zachorowania jest od 4 do 5 razy większe.





Tekst | lek. med. Katarzyną Józefiną Kołodziej  
z Zakładu Diagnostyki Obrazowej ŚCO



# Mammografia

## Bezpieczne badanie ratujące życie



*Badanie jest całkowicie bezpieczne, a zastosowany ucisk nie uszkadza piersi i nie stanowi żadnego zagrożenia dla zdrowia.*

**M**ammografia jest radiologiczną metodą badania piersi u kobiet. Polega na wykonaniu czterech zdjęć gruczołu piersiowego przy użyciu promieni rentgenowskich. Badanie ma wysoką czułość i swoistość, co pozwala na rozpoznanie i wykrycie tzw. zmian bezobjawowych (guzków oraz innych nieprawidłowości w piersiach) we wczesnym etapie rozwoju, kiedy nie są jeszcze wyczuwalne przez kobietę lub lekarza, co zwiększa szansę ich wyleczenia. U kobiet przed 40 rokiem życia mammografię wykonuje się rzadko, jedynie w szczególnych przypadkach. Wynika to z ograniczonej czułości tego badania w gęstych sutkach gruczołowych u młodych kobiet. U kobiet w wieku od 40 do 50 roku życia, zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologicznego mammografię wykonuje się raz na 2 lata, a po 50 roku życia - raz w roku, na podstawie skierowania od lekarza. Dla kobiet w wieku 50-69 lat, które nie chorowały na raka piersi istnieje możliwość wykonania bezpłatnej mammografii w ramach programu NFZ. To badanie wymaga skierowania i powinno się je wykonywać co 2 lata. Pacjentki z obciążonym wywiadem rodzinnym (rak piersi występował wśród członków rodziny – u matki, siostry lub córki), lub u których występują mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA 2 mają wskazanie do częstszego wykonywania badań mammograficznych (raz w roku).

Mammografia jest badaniem całkowicie bezpiecznym. Dawka promieniowania występująca w czasie badania jest bardzo niska, porównywalna z promieniowaniem, jakie występuje podczas prześwietlenia zęba. Niektóre kobiety mogą odczuwać w czasie badania dyskomfort, dlatego ważnym jest, by było ono wykonane w odpowiednim dniu cyklu, wtedy gdy piersi są mniej wrażliwe na dotyk. Jedynym przeciwwskazaniem do badania mammograficznego jest ciąża. Mimo że dawka promieniowania jest niska, nie pozostaje obojętna dla rozwijającego się płodu.

Badanie mammograficzne należy przeprowadzić w I fazie cyklu miesięczkowego (najlepiej w drugim tygodniu cyklu), kiedy piersi są najmniej wrażliwe na dotyk. Do badania pacjentka bierze się od pasa w górę. Podczas badania, które trwa kilka minut, wykonuje się cztery zdjęcia po dwa ujęcia każdej piersi, w dwóch podstawowych projekcjach, tzn. w projekcji góra-dół oraz w projekcji skośnej. Podczas badania technik elektroradiologii umieszcza pierś na stoliku aparatu mammograficznego, a następnie pierś zostaje uciśnięta przy pomocy przezroczystej płytki. Ucisk zastosowany w czasie unieruchomienia piersi jest niezbędny w celu zmniejszenia dawki promieniowania rentgenowskiego oraz uzyskania wyraźnego obrazu prawidłowych struktur sutka i ewentualnych zmian.

Badania przesiewowe (czyli skryningowe) wykonuje się u kobiet bez objawów klinicznych w celu wykrycia małych, niewyczuwalnych zmian. Badanie skryningowe jest badaniem bezpłatnym, niewymagającym skierowania, wykonywanym w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, zorganizowanego przez Ministerstwo Zdrowia i finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Badanie to wykonywane jest u kobiet w wieku 50-69 lat, które nie chorowały na raka piersi i powinno być wykonywane co 24 miesiące. Badanie skryningowe oceniane jest niezależnie przez dwóch lekarzy radiologów, a kobiety, u których wykryto nieprawidłowości kierowane są na dodatkowe badania diagnostyczne do jednego z ośrodków wytypowanych przez NFZ celem postawienia ostatecznego rozpoznania. Wynik badania drukowany jest z systemu informatycznego NFZ, a jego treść zawiera najistotniejsze informacje dotyczące postawionego przez lekarzy rozpoznania.

Mammografia diagnostyczna to badanie mammograficzne wykonywane na podstawie skierowania od lekarza, oceniane jest przez jednego lekarza radiologa, a wynik badania wydawany jest w formie opisu z zaleceniami dotyczącymi kontrolnego badania lub wskazaniem wykonania dodatkowych procedur medycznych niezbędnych do postawienia ostatecznej diagnozy (np. badania USG).

Na zdjęciach RTG piersi (mammogramach) widoczna jest struktura tkanek gruczołu piersiowego. Tkanka gruczołowa ma obraz jasny, tkanka tłuszczowa – ciemny. Wraz z wiekiem piersi ulegają tzw. inwolucji tłuszczowej – ich utkanie zmienia się z występującej w przewodzie tkanki gruczołowej na tkankę tłuszczową. W związku z tym piersi u kobiet starszych są „ciemniejsze” w badaniu mammograficznym niż kobiet młodszych. U tych ostatnich dominuje tkanka gruczołowa, pierś jest więc na mammogramie jasna. Ale nie jest to regułą. Obraz piersi w badaniu mammograficznym zależy od indywidualnej ich budowy, dlatego ważne jest, by dopasować odpowiednie badanie diagnostyczne do danej pacjentki. Zmiany ogniskowe na mammogramach są pojedynczymi jasnymi obszarami. Ich kształt, obrys, lokalizacja świadczą o charakterze łagodnym bądź złośliwym. Za zmianą łagodną przemawia jej jednolity charakter, o gładko zarysowanych obrysach. Zmiana podejrzana o złośliwość jest niejednorodna i ma spikularne, zatarte zarysy. Jeśli któraś z wymienionych cech widocznej na mammogramach zmiany budzi wątpliwość, lekarz radiolog zaleca rozszerzenie zakresu badań diagnostycznych (w zależności od potrzeby może być to kontrolna mammografia, badanie USG lub biopsja – badanie histopatologiczne). Jeżeli natomiast mammogramy nie wykażą żadnych zmian w piersiach, pacjentka „powraca” do normalnego trybu diagnostycznego, odpowiedniego dla jej wieku. Końcowym etapem pracy radiologa jest opis badania mammograficznego. Każdy opis powinien zawierać ocenę utkania piersi, obecności zmian ogniskowych, zwapnień. Lokalizację zmian ogniskowych określa się poprzez godziny, przy czym pierś jest w tym przypadku odzwierciedleniem tarczy zegarowej. Wnioski końcowe w wyniku badania mammograficznego wyraża się w formie systemu BI-RADS zaproponowanego przez American College of Radiology. Skala ta obejmuje kategorie od 0 do 5. Kategoria 0 oznacza, iż do wykonanej mammografii wskazane jest przeprowadzenie dodatkowych badań piersi (np. USG), kategoria 1 oznacza mammografię prawidłową, kategorie od 2 do 5 oznaczają zmiany w piersiach - od łagodnej (2) do zmiany o wysokim prawdopodobieństwie złośliwości (5). Często spotykana kategoria BI-RADS 6 oznacza zmianę złośliwą, już zweryfikowaną poprzez badanie histopatologiczne.



## Na jakie grupy dzielimy metody obrazowania? Co jest głównym kryterium ich podziału?

Diagnostyka obrazowa obejmuje takie działy jak:

- radiologię klasyczną (czyli między innymi zdjęcia rtg, skopie...)
- ultrasonografię
- mammografię
- tomografie komputerową
- tomografie rezonansu magnetycznego
- radiologię zabiegową

Wszystkie z wymienionych powyżej metod obrazowania radiologicznego są dostępne w naszym szpitalu.

## Które metody są obecnie najskuteczniejsze? Czy sama diagnostyka obrazowa w obecnym stopniu rozwoju sprawia, że bardziej inwazyjne metody diagnostyczne stają się zbędne?

Każda z metod obrazowania radiologicznego zajmuje się diagnostyką różnych organów, oraz różnych schorzeń. Część z metod obrazowania radiologicznego jest metodami uzupełniającymi się.

Żadna z metod nie ma wyższości nad inną. Radiologia klasyczna czy tomografia komputerowa wykorzystują promieniowanie rentgenowskie, ultrasonografia wykorzystuje ultradźwięki a rezonans magnetyczny fale radiowe. Każda z tych metod pokazuje co innego.

Celem diagnostyki obrazowej jest uwidocznienie zmiany przy jak najmniejszej inwazyjności metody (jak najmniejsza ilość szkodliwych promieni, jak najmniejsza ingerencja w ciało chorego oraz jak najkrótszy czas badania).

## Jak nowe technologie wpłynęły na rozwój technik diagnostyki obrazowej? Jak duże jest wykorzystanie komputerów?

W ostatnich kilkudziesięciu latach widzimy szybki rozwój informatyki. Dziedzina ta bardzo dynamicznie wkroczyła także do radiologii, przyczyniając się do niesamowitego postępu stosowanych metod diagnostyki i terapii. W dzisiejszych czasach nie ma urządzenia radiologicznego niewyposażonego w komputer. Wśród pacjentów nadal pokutuje zła opinia o badaniach radiologicznych, jakie były przeprowadzane w latach siedemdziesiątych. i wcześniej. Obecnie to już zamierzchła historia lub nawet prehistoria. Dziś wszystkie nowoczesne badania diagnostyczne są przetwarzane przez najrozszybsze komputery, programy, aplikacje. Informatyzacja pozwoliła skrócić czas badania, zmniejszyć dawki promieni X, poprawić jakość obrazu, ułatwić ocenę zmian. Trudno w krótkiej wypowiedzi wymienić wszystkie korzyści i nowe możliwości, jakie dały nam nowe technologie.



Tekst | Redakcja KCO

# Żadna z metod nie ma wyższości nad inną.

Rozmowa z lek. med. **Jędrzejem Głaskiem**

## Jak będzie wyglądał rozwój tej dziedziny medycyny w najbliższych latach?

Prognozowanie przyszłości radiologii jest dość trudne. Nie sposób przewidzieć, czy nie powstaną nowe metody obrazowania oraz czy inne zanikną.

## Jak przedstawiają się prace nad projektem telemedycyny w diagnostyce? Na czym ona polega, jakie korzyści wynikają z tego dla pacjentów?

Ostatnio rozwija się w diagnostyce obrazowej teleradiologia. Jest to ocena badań radiologicznych przez radiologa znajdującego się poza miejscem badanego pacjenta, nierzadko dziesiątki czy nawet setki kilometrów. Przy początkowej fascynacji możliwościami technicznymi jakie zostały udostępnione lekarzom zaczęto również dostrzegać pewne niedogodności. Bezpośredni kontakt z pacjentem, rozmowa z nim, rozmowa z lekarzem prowadzącym są często niezastąpione w postawieniu ostatecznej diagnozy. Tego teleradiologia jest jednak niezatopiona w sytuacjach braku radiologa w badaniach pilnych na dyżurach czy w konsultacjach pomiędzy różnymi ośrodkami i tu widzę jej przyszłość.

## Radiologia to nie tylko diagnostyka. Jakie są najważniejsze osiągnięcia tej dziedziny medycyny w terapii pacjentów?

Radiologia, o której mówiłem powyżej, zajmuje się diagnostyką. Jest również dział radiologii zabiegowej zajmującej się terapią lub znacznie ją wspomagającą. Terapia cewnikowa, obliteracja, rekanalizacja, ablacja terminy które określają zabiegi których efekt jest niewspółmierny do drobnej, wydawałoby się, ingerencji w organizm chorego. Zabiegi te również naszym szpitalu wprowadzamy.

## Czy pacjenci powinni się obawiać niepożądanych skutków w związku z promieniowaniem, podchodząc do badań? Czy istnieją grupy osób, które muszą szczególnie uważać?

Cześć z pracy o której wspomniałem wykorzystuje promienie X. Czy należy się ich obawiać? Odpowiedz jest trudna, z jednej strony są to promienie szkodliwe dla zdrowia, z drugiej strony pomagają to zdrowie przywrócić. Zawsze należy rozważyć korzyści

i koszty. W sytuacji ratowania życia zawsze korzyści przeważają. Oczywiście zawsze należy kilkakrotnie zastanowić się nad badaniem radiologicznym dzieci i kobiet w ciąży. Jest to troska zarówno lekarza kierującego jak i wykonującego badanie radiologiczne.

## Jak w wygląda sytuacja pacjentów na Śląsku, którzy powinni być poddani badaniom i zabiegom z zakresu radiologii? Czy obecne zaplecze medyczne jest wystarczające do zapewnienia optymalnej opieki?

Województwo śląskie na tle reszty kraju przedstawia się całkiem nieźle jeśli chodzi o dostęp do badań i zabiegów z zakresu radiologii. Ok. 10% sprzętu i personelu radiologicznego naszego kraju znajduje się właśnie tutaj. Natomiast czy jest to wystarczające? Patrząc na kolejki oczekujących można powiedzieć nie. Zawsze powinniśmy porównywać się do najlepszych, a tu niestety mamy braki.

Fot | Kto robił zdjęcie?



\* lek. med. **Jędrzej Głasek**, specjalista radiodiagnosta, zarządzający Pracownią Diagnostyki Obrazowej w Katowickim Centrum Onkologii.





# Algorytm postępowania diagnostycznego

## w onkologii z wykorzystaniem biopsji celowanej pod kontrolą CT/US

Tekst | prof. dr n. med. Marek Chorąży

\* prof. dr n. med. Marek Chorąży autor 49 prac naukowych drukowanych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych oraz autor 32 referatów wygłoszonych na zjazdach naukowych polskich (16 referatów) i zagranicznych (16 referatów), w tym w Waszyngtonie (4 referaty), Sztokholmie (1 referat), Kopenhadze (3 referaty), Helsinkach (2 referaty), Wiedniu (1 referat) Stuttgart (1 referat) oraz Dubaju (4 referaty).

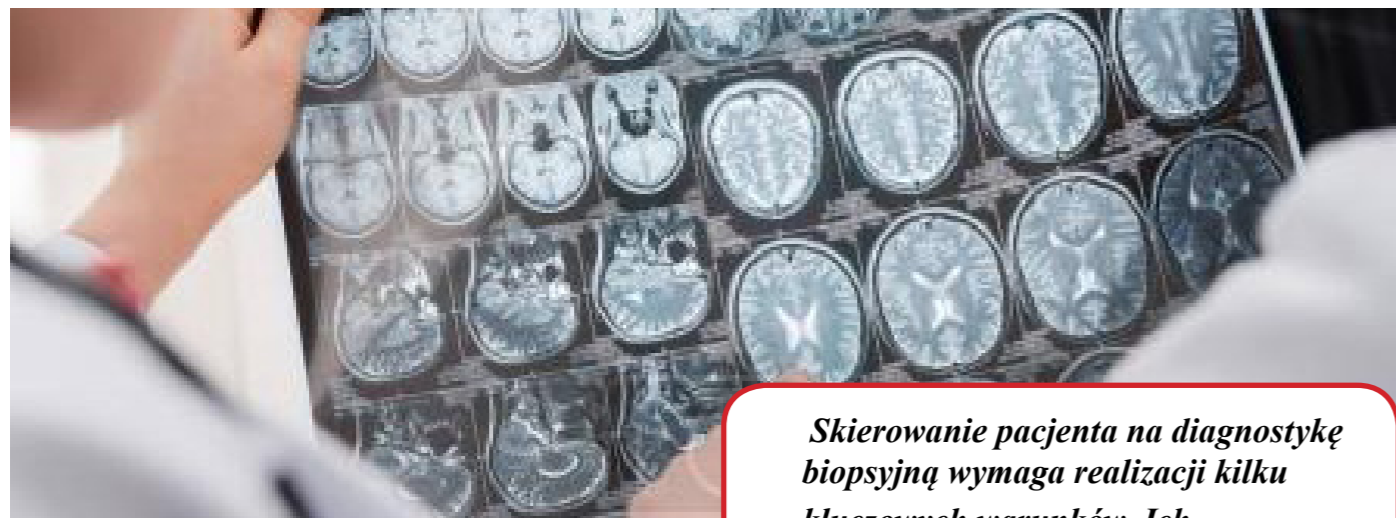


Pierwszym wyzwaniem dla lekarza zajmującego się diagnostyką onkologiczną jest jak najszybsze ustalenie typu utkania histopatologicznego zmiany guzowatej. Poza utkaniem staramy się ocenić pochodzenie narządowe, wielkość, penetrację oraz ewentualną obecność bliskich i odległych przerzutów. Od tego bowiem zależy dalsze postępowanie terapeutyczne. Jeszcze nie tak dawno temu, pobieranie próbek z guza odbywało się tylko na drodze operacyjnej. Związane to jednak było z szerokim naruszeniem ciągłości tkanek, wymagało stosowania w trakcie zabiegu znieczulenia ogólnego, które samo w sobie było obciążeniem dla wycieńczonego chorobą organizmu. Operator widział jednak tylko zmiany położone na powierzchni narządu, położone wewnątrz były dla niego niewidoczne. Dlatego w chwili obecnej zabiegi operacyjne mające na celu tylko diagnostyczne pobranie wycinków są wykonywane sporadycznie. Głównie jest to diagnostyczne pobranie wycinków w trakcie dużych leczniczych zabiegów chirurgicznych. Samo chirurgiczne pobranie materiału do badań w zasadzie ogranicza się do zmian położonych powierzchownie lub do diagnostycznego pobrania węzłów chłonnych. W innych zmianach narządowych w chwili obecnej głównie posługujemy się przy diagnostyce zmian ogniskowych biopsją celowaną pod kontrolą metod obrazujących.

Biopsja celowana wykonywana jest najczęściej pod kontrolą ultrasonografii (US) lub tomografii komputerowej (KT). Ponieważ obraz KT jest statyczny wykonanie biopsji tylko pod tą metodą obrazowania jest częściowo wykonywane na „ślepo”. US pokazuje zmianę dynamicznie w czasie rzeczywistym ale uzyskiwany obraz jest w niektórych przypadkach mniej dokładny niż w KT, dlatego nie zawsze możemy precyzyjnie zobrazować miejsce penetracji igły. Dlatego w naszym ośrodku połączyliśmy te dwie uzupełniające się metody (fot 1), co w trudniejszej lokalizacji zmian dało wzrost prawidłowych diagnoz o około 10%.

“ **By wykonać biopsję w miarę bezpiecznie, do minimum ograniczając wystąpienie ewentualnych powikłań musimy się ściśle trzymać zasad bezpieczeństwa powszechnie wymaganych w medycynie.** ”





**Skierowanie pacjenta na diagnostykę biopsyjną wymaga realizacji kilku kluczowych warunków. Ich niedopełnienie opóźnia lub wręcz uniemożliwia diagnostykę. Najczęściej należą do nich:**

- kierowany Pacjent nie jest na czczo (nie można zrobić badań dodatkowych czy zweryfikować skierowania badaniem US),
- kierowanie chorych bez wstępnych badań których złe wyniki mogą wykluczać możliwość bezpiecznego wykonania zabiegu lub dyskwalifikują do dalszego leczenia co wykonanie biopsji czyni bezprzedmiotowym (np. niska morfologia, wysoka bilirubina, zaburzenia krzepnięcia krwi itp.),
- kierowanie chorego stosującego z powodu innych schorzeń leki zmniejszających krzepliwość krwi (np. xallerto, warfin, acard, plavix, acenocumarol, itp.),
- kierowanie chorych w stanie terminalnym. (biopsja nie jest zabiegiem leczniczym lecz tylko diagnostycznym),
- kierowanie chorych bez weryfikacji badań obrazowych, opierając się tylko na opisie.

Biopsję wykonujemy najczęściej w narządowych zmianach ogniskowych takich narządów jak wątroba, tarczycza, trzustka, sutek, płuca, ślinianka, nadnercza, nerki, guzy zaotrzewnowe, guzy jamy brzusznej o nieznanym punkcie wyjścia, zmiany w obrębie tkanek miękkich kończyn, zmiany w obrębie kości. Celowo nie wymieniono węzłów chłonnych bo lepsze i dokładniejsze wyniki histopatologiczne otrzymujemy przy chirurgicznym usunięciu węzła w całości, a ich biopsję wykonujemy tylko wtedy, gdy z jakichś obiektywnych przyczyn nie można wykonać usunięcia chirurgicznego. Natomiast biopsję nie celowaną (ślepa) wykonujemy by ocenić rozlane zmiany narządowe a metody obrazujące są pomocne przy omijaniu ewentualnych anatomicznych przeszkód np. pęcherzyk żółciowy, duże naczynia, nerwy, itp.

By wykonać biopsję w miarę bezpiecznie, do minimum ograniczając wystąpienie ewentualnych powikłań musimy się ściśle trzymać zasad bezpieczeństwa powszechnie wymaganych w medycynie. I tak lekarz kierujący powinien po kolei, przed skierowaniem na badanie biopsyjne wykonać następujące procedury:

**1. Zebrać wywiad (z zaznaczeniem istotnych informacji na skierowaniu np. leki które stosuje chory)**

**2. Wykonać pełne badanie fizykalne**

**3. Ocenic wyniki badań dodatkowych**

- Biochemicznych - Morfologia, OB, Cholesterol lipidy, Markery nowotworowe, Kał na krew utajoną, a w treści torbieli nerki – LDH i cholesterol.
- Wykonanych badań obrazowych - US, KT, RM, PET, Badania izotopowe.

**4. Rozważyć wykonania innych badań mogących dać weryfikację histopatologiczną zmiany.**

- gastroscopia EUS,
- kolonoskopia,
- bronchofiberoskopia EBUS,
- biopsja szpiku.

Opisane powyżej sytuacje skutkują niepotrzebnym wydłużeniem czasu oczekiwania na zabieg bo lekarz kwalifikujący do zabiegu sam musi zweryfikować opisane powyżej dane.

Po prawidłowej kwalifikacji samo wykonanie biopsji nie powinno być zabiegiem obciążającym dla chorego. Po lokalizacji zmiany w US lub planowaniu toru igły w US/CT wprowadza się pod kontrolą wzroku końcówkę igły do guza i wykonując jednocześnie podciśnienie w strzykawce i obrót igły pobiera się materiał do badania histopatologicznego.

Kiedyś dzielono biopsję na cienko (do 0,9mm średnicy igły) i grubo igłowe. Związane to było z wielkością pobieranego wycinka – bloczka tkanki lub rozmazu. Cienkoigłowa dawała najczęściej rozmaz cytologiczny, gruba igła wycinek tkanki do badania histopatologicznego. Ponieważ obecnie także z igły 0,8mm potrafimy uzyskiwać bloczki do badania histopatologicznego sensowniejszy wydaje się podział na biopsje histologiczne i cytologiczne.



## Wyniki biopsji za okres ostatnich 5 lat (analiza 1643 zabiegów)

	wątroba	trzustka	pluca	węzły	nadnercza	nerki	tu zaotrz.	tkanki miękk. kończyn	zmiany kostne
2017 Biopsji 233	202	46	12	12	14	12	14	15	6
rozpoznanie	165 81,69%	37 80,4%	8 66,7%	8 66,7%	11 76,6%	10 83,3%	10 71,4%	14 93,3%	4 66,6%
2016 – 321	206	44	10	9	14	10	13	11	4
rozpoznanie	173 83,9%	35 80,4%	7 70%	6 66,7%	8 57,15%	8 80%	10 76,93%	8 72,7%	2 50%
2015 – 343	207	48	12	13	18	12	13	14	6
rozpoznanie	168 81,16%	38 79,1%	8 66,7%	9 69,2%	13 72,23%	11 91,6%	10 71,4%	12 85,7%	3 50%
2014 – 328	201	45	34	10	16	8	10	10	4
rozpoznanie	165 82,1%	30 66,6%	25 73,5%	8 80%	9 64,24%	6 75%	7 70%	8 80%	2 50%
2013 – 318	199	41	22	7	21	7	8	8	5
rozpoznanie	168 84,4%	27 65,98%	18 81,8%	5 71,4%	16 76,1%	5 71,4%	6 75%	6 75%	2 40%
<b>Razem 1643</b>	<b>1015</b>	<b>224</b>	<b>90</b>	<b>51</b>	<b>83</b>	<b>49</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>25</b>
rozpoznanie	839 82,66%	167 74,5%	66 74,7%	36 70,6%	57 68,7%	5 71,4%	43 74,1%	48 82,7%	13 52%

Osobnym zagadnieniem jest wykorzystanie badań obrazowych do wykonywania mało inwazyjnych zabiegów terapeutycznych, głównie do drenażu narządowych zbiorników płynowych. (torbiele i ropnie) oraz jako pomoc przy drenażu płynów z jam ciała (wodobrzusze, płyn w opłucnej). W naszym ośrodku drenujemy torbiele i zropiałe torbiele wątroby, trzustki, nerek, tarczycy, oraz gruczołów piersiowych. Ważnym elementem zabiegu jest konieczność, w trakcie jego trwania, pobrania wycinków tkankowych ze ścian torbieli i wysłanie tak pobranej treści torbieli jak i uzyskanych wycinków na badanie histopatologiczne jak i cytologiczne. Związane to jest z faktem, że wielokrotnie stwierdzamy pod postacią torbieli maskowanie rozrostu nowotworowego. Istotnym jest również wykonanie badań biochemicznych w treści torbieli. Na tej podstawie oceniamy, czy pobrany płyn to wysięk czy przesiek. W torbieli nerki (co sygnalizowano powyżej), należy oznaczyć cholesterol i LDH, bo ich wzrost budzi podejrzenia obecności nowotworu. Także stwierdzane w nietypowych miejscach zbiorniki płynowe mogą maskować rozrost nowotworowy. W naszym Ośrodku opisaliśmy przerzut raka pęcherza moczowego na udo maskujący się pod postacią torbieli. Badanie biochemiczne treści torbieli może nam również przybliżyć jej pochodzenie tkankowe co nie zawsze udaje się jednoznacznie ustalić w badaniach obrazowych. Na przykład wysoki poziom enzymu amylazy w treści torbieli przemawia za trzustkowym pochodzeniem zmiany. Wyjątkiem mogą być stare torbiele trzustki zawierające tzw. diastazę nieaktywną.



**Rozmiary drenowanych torbieli są różne i ich objętość wynosi od kilku mililitrów (tarczycza, sutek) do kilku litrów (wątroba, trzustka).**

Na zakończenie parę zdań o powikłaniach. Niestety, jak przy każdej procedurze medycznej w której dochodzi do przerwania ciągłości skóry i tkanek może dojść do powikłań. Na szczęście przy prawidłowej kwalifikacji i przy prawidłowym wykonaniu jest to znikoma ilość. W naszym materiale podczas 25-letniego okresu wykonywania tego typu zabiegów obserwowaliśmy zaledwie cztery powikłania polegające na krwawieniu do jam ciała. Dwa opanowano farmakologicznie, a dwa wymagały zaopatrzenia chirurgicznego. Jedno z nich było spowodowane hemofilią, której obecność pacjent wcześniej zataił.

Daje to w sumie 0,047% co stanowi naprawdę niewielką liczbę w porównaniu z innymi zabiegami. Oczywiście te cztery powikłania to te, które wymagały dalszej hospitalizacji. Po każdej bowiem biopsji pacjent odczuwa dolegliwości bólowe tak w miejscu wkłucia, jak i promieniujące. Np. po biopsji wątroby chory może skarżyć się na ból prawego barku. Dolegliwości te nie trwają jednak dłużej niż dwie godziny i nie wymagają dodatkowych interwencji.

Innym zagadnieniem jest czułość stosowanej metody. Przeciętnie przyjmuje się że biopsja daje jednoznaczną odpowiedź średnio w około 70%. Wprowadzenie metodyki US/CT w naszym ośrodku poprawiło ilość uzyskanych wyników do około 80%. Nie mniej brak utkania nowotworu w materiale nie wyklucza jego obecności. Na wynik oprócz zagadnień technicznych związaną z samą biopsją ma wpływ duża ilość innych czynników np. konsystencja guza jego położenie czy przygotowanie chorego do zabiegu. Dlatego przy ujemnych wynikach zawsze jest polecana czujność onkologiczna polegająca na okresowym badaniu chorego, a przy niepokojących innych wynikach stwierdzanych u chorego, wykonanie kolejnych biopsji.

Nie mniej, coraz szersze wprowadzanie tej metodyki do codziennej praktyki lekarskiej w wielu przypadkach bardzo ułatwiło postawienie rozpoznania i pomogło w sposób właściwy leczyć wielu pacjentów.



Tekst | *Dr n hum Agnieszka Pietrzyk*

# Czy płeć osoby opiekującej się chorym onkologicznie

członkiem rodziny wpływa na szanse i zagrożenie dla funkcjonowania psychospołecznego opiekuna **Spojrzenie psychoonkologa**

**\* Dr n hum Agnieszka Pietrzyk – psychoonkolog, psycholog kliniczny, superwizor psychoonkologii. Od 10 lat pracuje w Katowickim Centrum Onkologii z pacjentami onkologicznymi i ich bliznami w Oddziale Onkologicznym zarządzanym przez dr n med. Wojciecha Poborskiego, a od 25 lat z dorosłymi pacjentami zmagającymi się z różnymi przewlekłymi problemami zdrowotnymi (psychologicznymi i somatycznymi) oraz z ich rodzinami.**

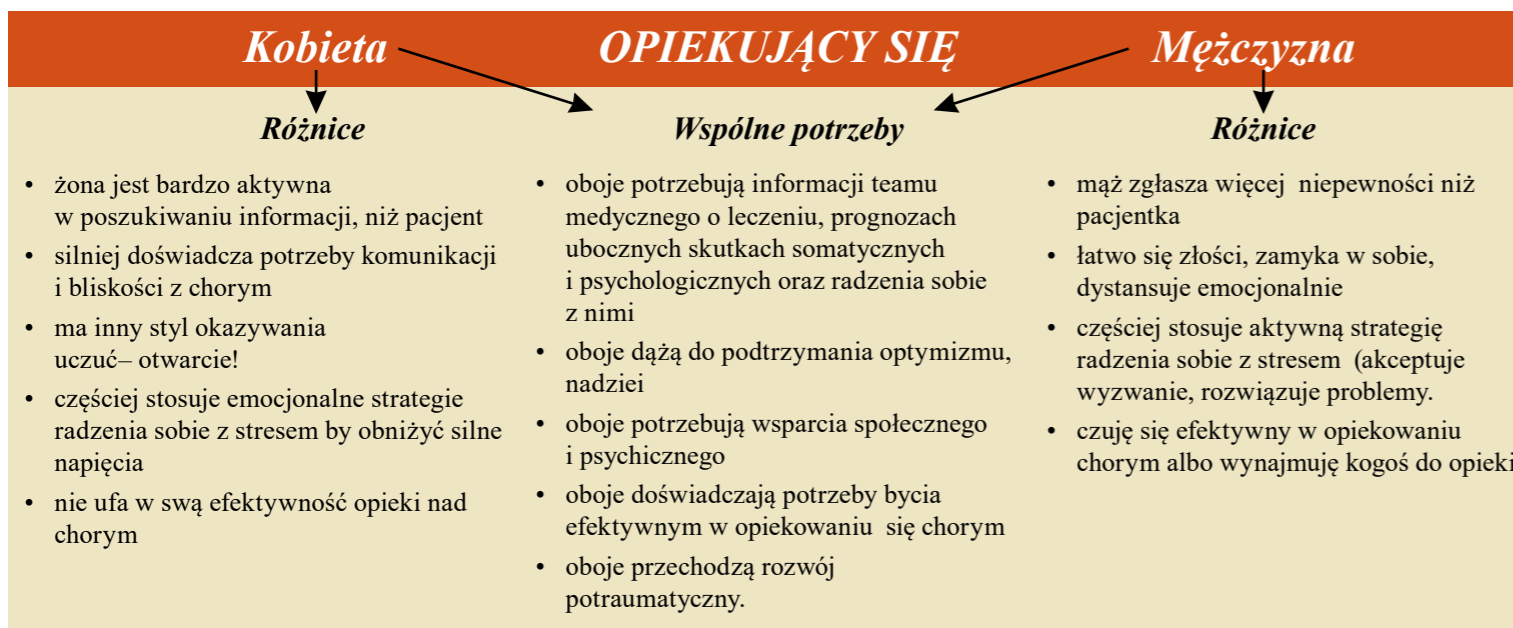


Choroba nowotworowa to nie tylko ważna sprawa dla pacjenta, ale też dla jego najbliższych, którzy są pierwszą linią pomocy dla niego. Członkowie rodziny z reguły otrzymują niewystarczającą ilość wskazówek jak wspierać, opiekować się chorym, jak zreorganizować dotychczasowe życie rodzinno- małżeńskie, zawodowe, by móc zaspokoić nie poznane dotychczas potrzeby chorego, swoje własne (opiekuna) zdrowych członków rodziny. Gdzie szukać pomocy w rozwiązywaniu problemów technicznych, materialnych, opiekuńczych, psychoonkologicznych i społecznych po to, by budować nowy wymiar równowagi w rodzinie z oczekiwaniem przez chorobą nowotworową i jej leczenie.

Na ogół osoby/osoba opiekująca się pacjentem odwołują się do swych obecnych sposobów radzenia sobie z nowymi wyzwaniami życiowymi i z reguły są to zasoby psychospołeczne wystarczające do pełnienia nowej roli, nawet wtedy, kiedy pomagający ponosi spore koszty emocjonalne, społeczne, a nawet zdrowotne, wywołane przez przeciążenie stresem. Pytaniem otwartym pozostaje kwestia, czy w obecnym systemie ochrony zdrowia w Polsce jest możliwość profesjonalnego świadczenia interwencji psychologicznych dla opiekujących się chorym dzieckiem, współmałżonkiem, rodzicem-seniorem.

### \* Potrzeby

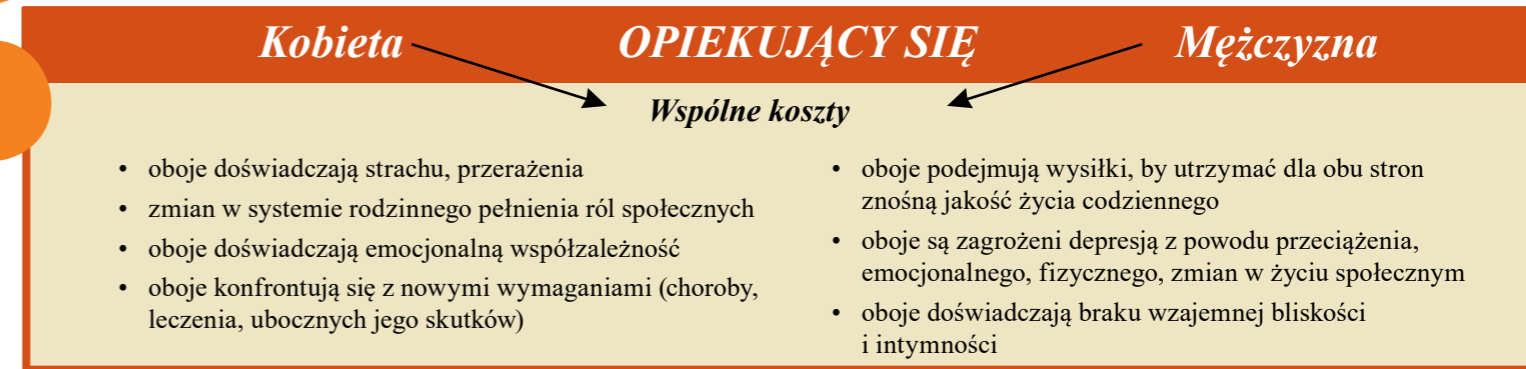
Patrząc na kobietę i mężczyznę w roli opiekuna swojego bliskiego z chorobą nowotworową przez pryzmat ich potrzeb psychologicznych widzi się obszary wspólne, ale również różnice. Te wspólne mogą ich jednoczyć w trudzie pełnienia nowej roli rodzinno-małżeńskiej. Ale znaczące różnice zagrażają ich współpracy, bliskości, wzajemnego rozumienia i współodczuwania. A treść owych różnic i podobieństw psychologicznych kobiety i mężczyzny, pełniących rolę opiekuna chorego obrazuje poniższy rysunek:



Uwzględniając ponoszenie przez kobietę i mężczyznę koszty psychologiczne w pełnieniu roli opiekuna swojego pacjenta onkologicznego za-uważać można wielki obszar wspólny,

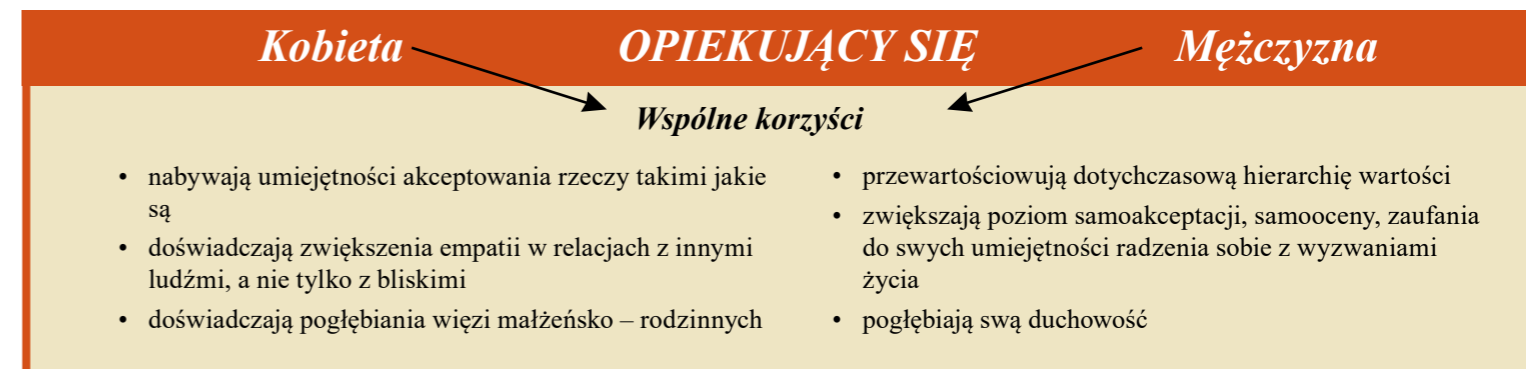
bez zróżnicowania przez płeć. Czy to, co takie trudne do udźwignięcia przez oboje staje się ich wspólną kładką do porozumienia, współodczuwania dla okazywania więzi bliskości? Obserwacja,

doświadczenia kliniczne w pracy z opiekunami pokazują, że częściej tak niż nie. A koszty te są niemałe, co pokazuje poniższy rysunek:



### \* Korzyści

Innym wspólnym, niezróżnicowanym przez płeć opiekuna są korzyści doświadczane przez kobietę i mężczyznę w procesie opiekowania się swym bliskim chorym onkologicznie. A poniższy rysunek obrazuje to, że co dobre wnoszą z traumatycznej, ekstremalnej sytuacji życiowych, wyzwań.



### \* PROPOZYCJA ZWIĘKSZENIA KOMPETENCJI

Co można im- opiekującym się zaproponować, by odnaleźli swą dobrą drogę w sztucznym radzeniu sobie z wyzwaniem życiowym?

Na wzór amerykańskiego programu treningowego budowania osobistego przeświadczenia o skuteczności roli opiekuna chorego członka rodziny, działania treningowe pisane są przez anagram: „Cope” (radzenie sobie):

- C- (creativity) = bycie twórczym w swym działaniu
- O- (optimism) = zachowanie optymizmu, że można „umiejętnie działać”
- P- (planning) = planowanie większego działania „krok po kroku” zależnie od wymogów zmieniającej się sytuacji w leczeniu pacjenta
- E- (expert informafian) = stanie się ekspertem w kwestii niezbędnych informacji do skutecznego własnego działania w roli opiekuna.

Zastosowanie samodzielne tego schematu można zawsze wzmacniać własną świadomością, co łączy, co wspólne pod względem doświadczalnych potrzeb, korzyści, oraz kosztów psychologicznych. Świadomość różnic można interpretować, iż to różnice płci i nie powiększać ich znaczenia, nie demonizować po to, by nie utrudniać sobie wzajemnie i tak trudnego doświadczenia choroby osoby bliskiej.





# Musimy dążyć do zmian

Rozmowa z prof. dr hab. n. med. *Maciejem Krzakowskim*



**?** *Panie Profesorze, nasz magazyn kierowany jest do Pacjentów polskich szpitali, czy mógłby Pan w prosty sposób przedstawić, czym zajmuje się onkologia kliniczna? Z którą metodą w niej stosowaną wiąże Pan największe nadzieje w leczeniu nowotworów?*

**O**nkologia kliniczna jest specjalnością, która obejmuje stosowanie farmakologicznego leczenia. Farmakologiczne leczenie (inna nazwa – systemowe leczenie) obejmuje stosowanie:

- leków przeciwnowotworowych (tradycyjne leki cytotoksyczne – chemioterapia, leki hormonalne – hormonoterapia, leki biologiczne – immunoterapia i terapie ukierunkowane na cele molekularne);
- leków wspomagających (np. leki przeciwwymiotne, leki poprawiające stan układu kostnego, leki o działaniu zwiększającym liczbę krwinek białych, antybiotyki przeciwbakteryjne lub przeciwgrzybicze stosowane w zakażeniach, leki przeciwkrzepliwie zapobiegające lub zmniejszające nasilenie powikłań zakrzepowo-zatorowych), które są wykorzystywane w celu zapobiegania lub zmniejszenia nasilenia objawów nowotworów lub następstw przeciwnowotworowego postępowania.

Poza tym, specjaliści w zakresie onkologii klinicznej są bardzo często koordynatorami w procesie kompleksowego i wielospecjalistycznego postępowania u chorych na nowotwory. Leczenie systemowe jest bardzo często stosowane łącznie (w sekwencji lub jednocześnie) z metodami chirurgicznymi lub/i radioterapią. Onkolodzy kliniczni bardzo często prowadzą obserwację chorych po zakończeniu leczenia (obserwacja ma na celu wczesne wykrywanie nawrotów choroby i powikłań).

**?** *W jakich przypadkach ma zastosowanie immunoterapia? Jakie są największe korzyści z niej płynące, w jaki sposób może przyczynić się do poprawy jakości życia pacjentów?*

Immunoterapia jest metodą leczenia stosowaną w niektórych nowotworach od wielu lat (np. w postaci dopęcherzowych aplikacji szczepionki BCG u chorych na raka pęcherza moczowego). Istotą immunoterapii jest pobudzanie mechanizmów odpornościowych w celu zwalczania obcych dla organizmu komórek nowotworowych. W ostatnich latach nastąpiło znaczne zwiększenie znaczenia immunoterapii związane z poznaniem mechanizmów odpowiedzialnych za regulację reakcji odpornościowych uczestniczących w zwalczaniu nowotworów. Została zrozumiana rola tzw. punktów kontrolnych reakcji immunologicznej – hamowanie oddziaływania wymienionych punktów kontrolnych z czynnikami na nie działającymi (tzw. ligandy) może uruchamiać bardziej skuteczne zwalczanie obcych komórek nowotworowych. Hamowanie wymienionego oddziaływania można osiągnąć za pomocą stosowania monoklonalnych przeciwciał.

Nowoczesna immunoterapia z wykorzystaniem hamowania punktów kontrolnych reakcji immunologicznej jest już wykorzystywana w praktyce – między innymi – u chorych na czerniaki, raki nerki, niedrobnokomórkowe raki płuca lub chłoniaki. Zasadniczą wartością nowoczesnej immunoterapii jest – w porównaniu do tradycyjnej chemioterapii – możliwość uzyskania lepszej kontroli nowotworu (w tym dłuższe okresy poprawy) przy ogólnie lepszej tolerancji leczenia.

**?** *Jak w ostatnich latach przedstawiają się tendencje zapadalności Polaków na choroby nowotworowe? Czy programy profilaktyczne i edukacyjne są skuteczne?*

Liczba zachorowań na nowotwory – ogólnie – zwiększa się, ale Polska należy do krajów z umiarkowanym tempem wzrostu zachorowalności. W 2016 roku nowotwory rozpoznane zostały u około 170 tysięcy osób. Najczęstszymi nowotworami u mężczyzn są rak płuca (około 14 500 rocznie), rak gruczołu krokowego (około 14 000 rocznie) oraz rak jelita grubego (około 9 000 rocznie). Natomiast u kobiet stwierdzono najwięcej zachorowań na raka piersi (około 18 000 rocznie) i raka płuca (około 7 500 rocznie) oraz raka jelita grubego (około 7 500 rocznie). Najbardziej niepokojący jest wzrost zagrożenia u kobiet w związku z rakiem płuca.

**!** *Najczęstszymi nowotworami u mężczyzn są rak płuca (około 14 500 rocznie), rak gruczołu krokowego (około 14 000 rocznie) oraz rak jelita grubego (około 9 000 rocznie).*

**!** *U kobiet stwierdzono najwięcej zachorowań na raka piersi (około 18 000 rocznie) i raka płuca (około 7 500 rocznie) oraz raka jelita grubego (około 7 500 rocznie).*



**?** *Niezwykle ważnym problemem jest rak płuca. Dlaczego jest tak groźny? Jakie są najczęstsze przyczyny jego powstania? Jakie są ostatnie dokonania naukowe na polu walki z nim? Jakie rozwiązania wdrażane są w polskich placówkach?*

Rak płuca jest na świecie i w Polsce najczęstszym nowotworem. W Polsce rocznie rak płuca jest rozpoznawany u około 22 tysięcy osób, a około 21 500 chorych umiera z powodu wymienionego nowotworu. Jedynie około 14% chorych z rozpoznaniem raka płuca przeżywa pięć lat. Przyczyną niekorzystnych wyników jest rozpoznawanie raka płuca u większości chorych w zaawansowanym stadium (zaawansowanie miejscowe lub przerzuty). Późne rozpoznanie jest następstwem wieloletniego przebiegu bezobjawowego. Objawy zwykle występują w zaawansowanym stadium choroby.

**Przyczyną większości (ponad 90%) zachorowań na raka płuca jest wieloletnie narażenie na działanie szkodliwych składników dymu tytoniowego, przy czym czynnikiem ryzyka jest palenie czynne oraz bierne (wdychanie dymu tytoniowego powstałego podczas palenia papierosów przez inne osoby).**

Najważniejszym działaniem w celu zmniejszenia zagrożenia rakiem płuca jest wyeliminowanie narażenia na dym tytoniowy. W krajach (np. USA), które wprowadziły skuteczne działania wskazujące na zagrożenie związane z paleniem papierosów, uzyskano zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu raka płuca. W Polsce również zmniejszają się współczynniki zachorowalności i umieralności w związku z rakiem płuca u mężczyzn, ale nadal bardzo wiele kobiet pali papierosy i choruje oraz umiera na raka płuca. Wyeliminowanie narażenia na dym tytoniowy nazywamy profilaktyką pierwotną.

Innym sposobem zmniejszenia zagrożeń związanych z rakiem płuca jest wprowadzenie badań przesiewowych, co jest profilaktyką wtórną. Ogólnopopulacyjne badania przesiewowe – z wykorzystaniem komputerowej tomografii niskodawkowej – w kierunku wykrywania raka płuca nie zostały dotychczas wprowadzone w Europie, co wynika z wysokiego odsetka wyników nieprawdziwie dodatnich oraz bardzo znacznych kosztów. Perspektyw należy szukać na identyfikowaniu osób o szczególnie wysokim ryzyku za pomocą badań genetycznych, aby w wymienionej populacji prowadzić przesiewowe badania za pomocą komputerowej tomografii klatki piersiowej.

**?** *Co uważa Pan za największe bolączki polskiej onkologii klinicznej? Jak jej sytuacja przedstawia się na tle europejskim i światowym? Czy wynikają one jedynie z braku dostatecznie dużych środków finansowych?*

Jeden z najistotniejszych problemów dotyczy koordynacji opieki w zakresie onkologii. W Polsce tworzenie nowych ośrodków onkologicznych nie zawsze wynika z rzeczywistych potrzeb, które można określić na podstawie wskaźników demograficznych oraz epidemiologicznych. Nie działają ośrodki satelitarne, które mogłyby udzielać świadczeń ustalonych w ośrodkach koordynujących. Brakuje wyspecjalizowanych ośrodków, które zajmowałyby się nowotworami o niewielkiej częstości występowania i prowadziłyby – z racji posiadanego doświadczenia i możliwości kadrowych oraz sprzętowych – najwłaściwsze postępowanie (tzw. ośrodki doskonałości). W nowotworach częstych (np. rak piersi, rak jelita grubego lub rak płuca) powinny powstać ośrodki kompetencji, które prowadziłyby kompleksowe postępowanie w zakresie rozpoznawania i leczenia oraz współpracowałyby ściśle z ośrodkami satelitarnymi. Postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne nie zawsze jest realizowane zgodnie z powszechnie przyjętymi wytycznymi. Występuje zjawisko wybiórczego udzielania świadczeń – prymat ekonomii powoduje, że w niektórych ośrodkach realizowane są jedynie procedury bardziej opłacalne i rezygnuje się z trudniejszych (np. równoczesnej radiochemioterapii). Nie posiadamy systemu oceny jakości postępowania i finansowego wzmocnienia ośrodków, które prowadzą najsukcesywniejsze rozpoznawanie i leczenie. Wzmocnienia wymaga wreszcie onkologia w wyższych uczelniach medycznych, z których jedynie część ma możliwości prowadzenia kompleksowego postępowania oraz nauczania przeddyplomowego.

**Świadomie wymienilem na początku problemy organizacyjne, ponieważ oczywista potrzeba przeznaczenia większych środków finansowych powinna być uwzględniona równolegle do zmian systemowych. Onkologia – podobnie do całej ochrony zdrowia – jest niedofinansowana.**

Ważnym problemem, który w pogłębia się, jest brak odpowiedniej liczby specjalistów (przede wszystkim – lekarzy, ale również – w innych dziedzinach). Przykładowo – w Polsce obecnie mamy około 850 specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej, a potrzeby oceniam na około 1200. Podobna sytuacja jest z patomorfologami, którzy są niezbędnym uczestnikiem procesu rozpoznawania i leczenia – pod względem liczby patomorfologów wobec liczebności populacji jesteśmy na jednym z ostatnich miejsc w Europie.



**\* prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, kierownikiem Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.**

**?** *Jakie systemowe działania są wdrażane i podejmowane w celu walki z chorobami nowotworowymi? Jak ocenia Pan dostępność leczenia dla przeciętnego pacjenta?*

Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) poprawia, co nie oznacza pełnej normalizacji, sytuację w zakresie profilaktyki i wyposażenia w sprzęt (np. aparatura do diagnostyki lub radioterapii). Program spowodował wiele korzystnych zmian, a niewielka poprawa w zakresie wskaźników jest z pewnością wynikiem działań NPZChN.

Trwają prace nad wprowadzeniem systemu skoordynowanej opieki, a rezultatem będzie – mam nadzieję – utworzenie Narodowej Sieci Onkologicznej. System wspomniany powinien poprawić sytuację w wielu obszarach, które wymienilem w odpowiedzi na pytanie o największe problemy w Polsce.

W ostatnim czasie wprowadzane są lepsze rozwiązania w zakresie zwiększenia dostępności nowoczesnych metod rozpoznawania i leczenia. Przykładem jest ewolucja programów lekowych – przy okazji należałoby zaprzeczyć tezie, że Polska jest „pustynią w zakresie nowoczesnych leków przeciwnowotworowych”. W kilku przypadkach dysponujemy pełnymi możliwościami, a w kilku innych jedynie w niewielkim stopniu odbiegamy od poziomu europejskiego. Nie oznacza to jednak, że sytuacja jest idealna i należy nadal sytuację poprawiać.

Myslę, że dostępność diagnostyki i leczenia jest różna w poszczególnych nowotworach – w niektórych sytuacjach mamy stan zadowalający, ale w wielu występują opóźnienia w rozpoznawaniu i rozpoczynaniu leczenia oraz brak niektórych metod postępowania. Problemem o największym znaczeniu jest zbyt długi czas od wystąpienia objawów do rozpoczęcia właściwego leczenia.

**?** *Jak Pan, jako krajowy konsultant, ocenia ostatnie działania Służby Zdrowia mające na celu podjęcie skutecznej walki z nowotworami?*

Jestem krajowym konsultantem w dziedzinie onkologii klinicznej, co upoważnia mnie do oceniania działań w wymienionym zakresie. Uważam, że – mając na uwadze ogromną liczbę nowych metod leczenia systemowego i ich najczęściej bardzo znaczny koszt – działania są pozytywne. Zwróciłbym uwagę na potrzebę uelastycznienia systemu finansowania leczenia farmakologicznego (np. w niektórych sytuacjach przeznaczenie określonych środków finansowych na leczenie nowotworu zamiast wyznaczania kwot na poszczególne leki w celu stworzenia możliwości

dostosowania działań do bieżącej sytuacji klinicznej). Zwróciłbym również uwagę na problem zwiększenia zasobów kadrowych i udoskonalenie systemu szkolenia podyplomowego. Wreszcie sugeruję zmniejszenie obciążeń administracyjnych i sprawozdawczych w odniesieniu do lekarzy.

**?** *Jakie są najważniejsze cele i wyzwania, przed którymi stoi polska onkologia? Także jakie ostatnie osiągnięcia w tej dziedzinie medycyny uważa Pan za najważniejsze?*

W Polsce wyzwania dzielą się na dwie grupy – musimy starać się poprawić wyniki w wielu nowotworach będących nadal ogromnym problemem (np. rak płuca i rak trzustki) oraz w innych o rokowaniu lepszym, ale nadal niedoskonałym (np. rak piersi i rak jelita grubego). Wymienione wyzwania nie dotyczą wyłącznie Polski – są ogólnoswiatowe. Musimy – po drugie – dążyć do wprowadzenia zmian organizacyjnych i w zakresie finansowania, co jest oczywiście problemem specyficznym dla Polski, ale należy czerpać przykłady rozwiązań wprowadzonych w innych krajach.

Osiągnięciem – o niewątpliwym znaczeniu – jest postępująca personalizacja postępowania w onkologii. Coraz częściej dostosowujemy działania diagnostyczne i – przede wszystkim – metody leczenia do indywidualnych cech chorych oraz charakterystyki morfologicznej i genetycznej lub molekularnej nowotworu. Przykładem wspomnianego podejścia indywidualizowanego jest możliwość stosowania różnych metod leczenia chorych na czerniaki i niedrobnokomórkowe raki płuca, przy czym wyboru możemy dokonywać – przede wszystkim – na podstawie charakterystyki genetycznej.

**?** *Jakie są Pana cele, pod względem kariery zawodowej? Co chciałby Pan jeszcze osiągnąć jako lekarz?*

Chciałbym doczekać momentu, gdy będziemy mogli pracować w warunkach lepszego niż obecnie systemu organizacyjnego. Chciałbym mieć możliwość posiadania szerszego wachlarza metod leczenia. Chciałbym widzieć coraz większą liczbę nowoczesnie wyszkolonych onkologów. Chciałbym doczekać momentu, gdy w wielu nowotworach osiągniemy poziom wyleczalności widoczny dzisiaj w przypadku chorych na niektóre chłoniaki lub nowotwory zarodkowe jądra. Najważniejszy celem jest, żeby – wskutek lepszej profilaktyki – coraz mniej ludzi chorowało na nowotwory.





Tekst | Maja Łowińska

# Dieta w czasie choroby onkologicznej

Słowo „dieta” kojarzy się większości z ograniczeniami, ciągłym poczuciem głodu i drogą żywnością. W języku starogreckim dieta to po prostu styl życia. I tak powinniśmy kojarzyć silne marketingowe słowo „dieta”. Mówiąc o wpływie diety w chorobie onkologicznej, należy podzielić to zagadnienie na dietę w profilaktyce oraz na dietę w trakcie choroby onkologicznej. Prawidłowo zbilansowana zapewni wszelkie składniki niezbędne do wzrostu nowych tkanek i wzmocnienia sił obronnych organizmu. Spożywanie odpowiednich pokarmów i płynów wpłynie pozytywnie nie tylko na stan fizyczny pacjenta, ale również psychiczny.

**Najważniejszym aspektem w leczeniu żywieniowym** pacjentów onkologicznych jest zapobieganie: spadkowi masy ciała i efektów ubocznych leczenia onkologicznego. Dostępne metody leczenia choroby nowotworowej wpływają negatywnie na smak, zapach i apetyt, zmniejszając ilość spożywanego pokarmu oraz jego wchłanianie. W konsekwencji może rozwinąć się niebezpieczny stan jakim jest kacheksja\*, czyli niedożywienie nowotworowe. Niedożywiony pacjent jest osłabiony i niezdolny do walki z rakiem, czego następstwem może być przedłużona hospitalizacja oraz pogorszenie wyników leczenia.

Dieta zależy od kilku czynników, **nie można więc podać jednej definicji „dieta dla pacjenta onkologicznego”**. Są nimi: wiek, płeć, stan psychiczny, lokalizacja zmian nowotworach i ich stadium, obecność przerzutów, metody leczenia. Komórki nowotworowe wpływają także na metabolizm organizmu. Może się wydawać, że jemy dużo i zdrowo, a w rzeczywistości organizm nie wchłania z pożywienia wszystkich składników odżywczych. W idealnej sytuacji dieta powinna być wdrożona przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego, by wzmocnić organizm i zniwelować skutki uboczne terapii. Uzupełnianie niedoborów związków odżywczych oraz witamin, redukcja skutków ubocznych leczenia, zwiększenie efektywności terapii należy do głównych zadań dobrze dobranej diety.

**?** *Czy odpowiednią dietą i wsparciem żywieniowym możemy wpłynąć na poprawę wyników leczenia? Jakie pokarmy przyczyniają się do powrotu do zdrowia i zapobieganiu nawrotom?*

Jak najbardziej. Jest to potwierdzone wieloma badaniami klinicznymi. Udowodniono między innymi pozytywny wpływ na wyniki leczenia po zwiększeniu ilości kalorii i białka w diecie pacjentów onkologicznych. Pewnym jest, że zdrowy sposób żywienia zwiększa nasze szanse na zapobiegnięcie rozwojowi komórek nowotworowych. Z uwagi na fakt, iż nowotwór oraz dostępne metody jego leczenia mogą być odpowiedzialne za zmiany metaboliczne wpływające na zapotrzebowanie żywieniowe, wsparcie dietetyczne powinno być dostosowane indywidualnie do każdego pacjenta.

**?** *Jakie pokarmy dobierać, aby zmniejszyć dolegliwości chorego i zwiększyć jego apetyt?*

Pierwszym krokiem powinno być odpowiednie monitorowanie pacjenta przez cały okres leczenia onkologicznego. Odpowiednio wykwalifikowany dietetyk oceni skalę jego dolegliwości i dobierze odpowiednie wsparcie żywieniowe. Istotnym czynnikiem jest, w której fazie choroby znajduje się pacjent. Czy jest to faza remisji czy paliatywna. Związki produkowane przez guza często przyczyniają się do zmniejszonego apetytu. Pacjentom zaleca się więc, aby spożywali około **5-8 małych posiłków dziennie**. Pożywienie powinno być lekkostrawne, bogate w chude białko, łatwo przyswajalne węglowodany oraz zdrowe tłuszcze. Co więcej, łatwiejsze do przelknięcia będą zimne potrawy. Na czas leczenia powinno zrezygnować się z ciężkostrawnych, tłustych dań oraz intensywnych przypraw.



Dobrym sposobem na pobudzenie apetytu jest wypicie na 30 min przed posiłkiem wody z sokiem z cytryny (jeśli nie ma stanów zapalnych i owrzodzeń w obrębie przewodu pokarmowego). Nigdy **nie powinno się popijać w trakcie jedzenia**. Ponadto warto przygotowywać **małe porcje, gotowe do spożycia w każdej chwili**, gdy tylko pojawi się ochota na jedzenie (jeść zawsze, kiedy pojawia się głód, a w przypadku jego braku koniecznie wyznaczyć stałe pory posiłków).

**?** *Co jeść, aby zmniejszyć nasilenie biegunek czy wymiotów?*

Zwracanie treści pokarmowej, gdyż tak fachowo należy określić wymioty, nie kojarzy się dobrze. Uporczywe zwracanie treści pokarmowej jak i biegunki mogą przyczynić się do:

- odwodnienia (gdy organizm jest odwodniony, tracimy chęć na jedzenie!),
- utraty składników mineralnych,
- zmęczenia,
- problemów z koncentracją,
- utrudnionego gojenia się ran (bardzo ważne w przypadku pacjentów, u których zastosowano leczenie chirurgiczne),
- utraty masy ciała.

Wymienione następstwa mają ogromny wpływ na dalszy plan leczenia.

**?** *Jakie czynniki powodują, iż u chorych na raka pojawiają się powyższe dolegliwości?*

Wyróżnia się wiele determinant. Począwszy od samej obecności guza, zastosowanego leczenia, zakażeń, ogólnego niepokoju pacjenta, po spowolnienie jelit, farmakoterapię, aż po tzw. wymioty przepowiadające. Wymioty przepowiadające spowodowane są lękiem, niepokojem chorego, który jest już „nastawiony” na częste występowanie takich dolegliwości u pacjentów onkologicznych. Wówczas poniekąd ich oczekuje. Nudności i wymioty są powszechnym skutkiem chemioterapii oraz radioterapii okolic brzucha i miednicy.

**Zastosowanie kilku zmian w żywieniu pomoże pozbyć się tych objawów lub zmniejszyć ich nasilenie:**

1. Spożywane posiłki powinny być niewielkie objętościowo. Jeżeli nie jesteś w stanie zjeść posiłku za jednym razem, to część zjedz teraz, a drugą część później.
2. W diecie powinny znaleźć się tylko produkty, które nie pobudzają funkcji wydzielniczych żołądka i wątroby (surowe warzywa i owoce oraz tłuste potrawy należy wyeliminować). W momentach lepszego samopoczucia i stanu fizjologicznego dozwolone są odstępstwa.
3. Zaraz po przebudzeniu oraz w kilkugodzinnych odstępach w ciągu dnia jedz pokarmy suche, jak krakersy, tosty oraz **o wysokiej zawartości rozpuszczalnego błonnika**, w tym zwykłej mąki owsianej, białego ryżu, dojrzałych bananów, musu jabłkowego.
4. Jedz pokarmy nie mające silnego zapachu, który pobudza pracę przewodu pokarmowego (ziemniaki, kasze jaglana, manna, zimne owoce, sorbety, puddingi, sałatki).
5. Jedz pokarmy chłodne zamiast gorących.
6. Nawadniaj organizm płynami: woda mineralna niegazowana, słaba herbata. Staraj się unikać kofeiny.





“  
Według danych szacunkowych 3/4 pacjentów onkologicznych umiera z powodu niedożywienia, a nie z powodu raka!



“  
Ważne jest indywidualne podejście do leczenia żywieniowego.

## ✿ Wskazówki żywieniowe dla pacjentów:

### Po przebytej operacji

Od tego, jak jest odżywiony nasz organizm, w dużej mierze będzie zależał okres okołoperacyjny i pooperacyjny. W tym czasie Twój organizm zwiększa swoje zapotrzebowanie przede wszystkim na białko, ale również na inne składniki (cynk, selen, miedź, mangan). Niezwykle istotne jest wzmocnienie naszego organizmu przed planowanym zabiegiem chirurgicznym i tym samym minimalizacja ryzyka powikłań. Ważnym jest, jakiego typu będzie to białko. Najkorzystniej będzie zwiększyć spożycie produktów będących źródłem białka zwierzęcego (mleko i produkty mleczne, jaja, ryby, mięso). Niestety przebytej operacji często uniemożliwia lub zniechęca do spożycia odpowiedniej ilości jedzenia. Taką sytuację należy przewidzieć i z wyprzedzeniem zadbać o prawidłowe odżywienie organizmu. Im lepszy stan odżywienia, tym mniejsze ryzyko powikłań pooperacyjnych i szybszy powrót do codziennego życia.

### W trakcie chemioterapii

Dieta w chemioterapii powinna być przede wszystkim lekkostrawna i wysokobiałkowa, ale jednocześnie ściśle dopasowana do stopnia zaawansowania nowotworu. Duże znaczenie ma również miejsce występowania guza, inne dolegliwości oraz samopoczucie pacjenta. Osoby chore powinny skonsultować się lekarzem oraz dietetykiem klinicznym specjalizującym się w kwestiach żywienia w chorobie. W przypadku nasilonych efektów ubocznych bądź trudności z samodzielnym odżywianiem, co ma miejsce przy nowotworach układu pokarmowego, konieczne będzie nie tylko wyeliminowanie z codziennej diety produktów wzmacniających owe dolegliwości, ale także wprowadzenie pokarmów o konsystencji papkowatej i płynnej.

Właściwe żywienie podczas chemioterapii ma na celu dostarczenie odpowiedniej ilości płynów, pełnowartościowego białka, dobrej jakości tłuszczów, witamin i składników mineralnych. Kluczowy będzie stan zaawansowania choroby oraz lokalizacja guza, natomiast niektóre produkty należy całkowicie wyeliminować z diety. Są to przede wszystkim:

- potrawy wyjątkowo tłuste, wzdymające i bardzo słodkie,
- produkty smażone i wędzone,
- ostre przyprawy,
- napoje gazowane, alkohol i kawa,
- posiłki zbyt zimne lub zbyt gorące,
- w wielu przypadkach także kwaśne owoce, soki i orzechy.

### W trakcie radioterapii

Zalecenia żywieniowe przy radioterapii zależą głównie od miejsca naświetlania. W przypadku niektórych nowotworów układu krwiotwórczego konieczne może okazać się włączenie diety bezglutenowej. Stosując ją w czasie radioterapii i miesiąc po jej zakończeniu można uniknąć wielu nieprzyjemnych dolegliwości. Przy naświetlaniu okolic głowy i szyi objawy kserostomii (suchość błony śluzowej jamy ustnej) czy dysfagii (problemy z połykaniem) mogą wystąpić po upływie 2-3 tygodni od rozpoczęcia naświetleń. Przypuszczalnie po 4-6 tygodniach od zakończenia radioterapii poczujesz się zdecydowanie lepiej. Pamiętaj, by pić dużo płynów ok. trzech litrów dziennie. Utrzymanie dobrego nawodnienia pomaga ciału leczyć uszkodzenia powstałe w trakcie radioterapii.

Jak widać w powyższym artykule wiele informacji wyklucza się nawzajem.

Dlatego tak ważne jest indywidualne podejście do leczenia żywieniowego i wizyta u dietetyka specjalizującego się w żywieniu pacjentów onkologicznych.



? **Co pacjent powinien jeść, aby przestać tracić na masie?**

Według danych szacunkowych 3/4 pacjentów onkologicznych umiera z powodu niedożywienia, a nie z powodu raka! Zarówno chorzy w trakcie terapii onkologicznej, jak i po jej zakończeniu mają zwiększone ryzyko rozwoju lub pogłębienia się niedożywienia. Wynika to ze zmienionej anatomii przewodu pokarmowego. Może być ona następstwem: radioterapii, operacji, problemów metabolicznych wynikających z zastosowanej chemioterapii (w tym cytostatyki, leczenie hormonalne, biologiczne) czy zaburzeń metabolicznych (osteoporoza, cukrzyca, zespół złego wchłaniania). Kwasy omega-3 przyczyniają się do zmniejszenia kacheksji. Dzieje się tak dzięki przestawieniu metabolizmu organizmu w kierunku zmian anabolicznych. Nie przejmuj się, jeżeli zaobserwujesz zmianę preferencji smakowych w trakcie lub po leczeniu chemioterapią. Jest to częsty skutek działania leczenia.

**Produktami, które pomogą w zapobieganiu spadkowi masy ciała są:**

- produkty mleczne: pełne mleko, ser, jogurt (zwłaszcza grecki), śmietana,
- tłuszcze i oleje: oliwa z oliwek, olej rzepakowy, masło, margaryna,
- mięso, drób i ryby,
- orzechy i masło orzechowe (dobre na chleb, krakersy i koktajle mleczne),
- jajka,
- fasola, nasiona i inne rośliny strączkowe (jeżeli cierpisz na niestrawność, wzdęcia, problemy gastryczne, zrezygnuj z tej grupy produktów),
- ONSy.

✿ *kacheksja*- stan charakteryzujący się spadkiem masy mięśniowej i tłuszczowej u pacjentów. Może rozwinąć się w przypadku niespożywania odpowiedniej ilości kalorii i makroskładników.

? **Jaka jest prawidłowa częstotliwość posiłków dla pacjentów onkologicznych?**

Trudno mówić o częstotliwości. Najważniejsze by jeść zawsze, gdy pojawi się głód. Nawet jeśli są to godziny nocne. W przypadku braku apetytu warto ustawić sobie w telefonie przypomnienia o posiłkach. Jedz minimum 5-6 małych posiłków lub przekąsek co 2-3 godziny zamiast trzech dużych posiłków dziennie.

? **Jakie są właściwe proporcje składników odżywczych i ich źródła w diecie?**

Dieta powinna być po prostu urozmaicona. W niektórych przypadkach powinna zawierać więcej białka w innych tłuszczu. Wszystko zależy od indywidualnego zapotrzebowania pacjenta na danym etapie leczenia.

? **Czy warto wspomagać się doustnymi suplementami pokarmowymi?**

Poradnictwo dietetyczne, w tym stosowanie doustnych suplementów diety (ONS), powinno być pierwszym krokiem do osiągnięcia zadowalającego spożycia energii. Spożywając jakiegokolwiek suplementy, należy niezwłocznie powiadomić o tym swojego onkologa oraz dietetyka klinicznego. Często dochodzi do interakcji między suplementem a leczeniem onkologicznym. Może to przyczynić się do pogorszenia wyników leczenia.





**N**a polskim rynku wydawniczym dostępnych jest wiele pozycji dotyczących nowotworów. Poruszane w nich problemy dotyczą bardzo szerokiego spektrum zagadnień: od poradników dla każdego po specjalistyczne opracowania naukowe. W krótkich streszczeniach postaramy się Państwu przybliżyć kilka publikacji, ukazujących wielokierunkowość tematyki związanej z nowotworami.



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

## Biblioteczka książek onkologicznych

### anty**rak** NOWY STYL ŻYCIA

Książka, która na całym świecie rozeszła się w milionowych nakładach. Dr Servan-Schreiber zajmował się terapią osób cierpiących na nowotwory i inne ciężkie schorzenia. W wieku 31 lat zdiagnozowano u niego nieoperacyjnego guza mózgu. Nagle lekarz stał się jednym z pacjentów. Choć rokowania nie były zbyt optymistyczne nie poddał się i podjął walkę z chorobą. Determinacja i upór pozwoliły mu jeszcze przez 20 lat cieszyć się życiem. Największą siłą tej pozycji jest dwoista perspektywa autora: z jednej strony wybitnego specjalisty z wieloletnim doświadczeniem, z drugiej zwykłego człowieka dotkniętego śmiertelną chorobą, wraz ze wszystkimi lękami i niepewnościami, które jej towarzyszą. Książka jest jednak nie tylko zapisem historii osobistych zmagania autora z nowotworem, ale odpowiada również na podstawowe, kluczowe dla zdrowia ludzi pytania. Czytelnik nie znajdzie tu opisów cudownych kuracji, które w krótkim czasie wyleczą nowotwór, lecz cały system rad i wskazań, co i jak możemy zrobić, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka i jak się odżywiać, aby pobudzić naturalne mechanizmy obronne organizmu. Autor był zwolennikiem wprowadzania do tradycyjnych sposobów terapii niekonwencjonalnych metod leczenia, które miałyby wesprzeć konwencjonalną medycynę.

Autor: David Servan-Schreiber  
Wydawca: Albatros

### RAK PIERSI ODBUDUJ SWOJE CIAŁO I SWOJE ŻYCIE

Najlepsi eksperci - polski onkolog dr. hab. Tadeusz Pieńkowski oraz słoweński specjalista prof. Uros Ahcan - stworzyli wyczerpujący, przystępny przewodnik po współczesnych metodach terapeutycznych i rekonstrukcyjnych. Wielu kobietom w chorobie towarzyszy poczucie zagubienia oraz bezradności. Choroba jednak nie musi odbierać możliwości decydowania o własnym życiu. Trzeba wiedzieć, jak dokonywać najlepszych wyborów, jak radzić sobie z dolegliwościami i bólem w trakcie i po terapii tak, by komfort życia był jak największy. Autorzy w swojej publikacji nie wskazują tylko jednego wybranego, preferowanego przez nich, sposobu walki z nowotworem, ale przedstawiają całe spektrum środków, które pacjentki mogą podjąć w trakcie leczenia, jak i po nim. Podział książki na logicznie następujące po sobie rozdziały, od zagadnień ogólnych po omawiające w sposób szczegółowy dany aspekt związany z rakiem piersi, pozwala czytelnikom nie tylko na szybką lekturę, ale pomaga także usystematyzować zdobywaną wiedzę i ją utrwalić. Książkę kończą historię trzech kobiet, które dotknął omawiany problem. Bez lekarskiego, specjalistycznego żargonu czytelnik może dowiedzieć się, jak wygląda przebieg walki z chorobą oraz rekonstrukcja piersi z perspektywy kobiet, które tego wszystkiego doświadczyły osobiście. Autorzy starają się przywrócić pacjentkom spokój i kontrolę nad swoim życiem, jaki dają wiedza o najnowocześniejszych metodach stosowanych w leczeniu raka piersi.

Autor: Ahcan Uros, Pieńkowski Tadeusz  
Wydawca: Agora

### POKONAĆ RAKA 10-STOPNIOWY PLAN, KTÓRY POMOŻE CI POKONAĆ RAKA LUB MU ZAPOBIEC

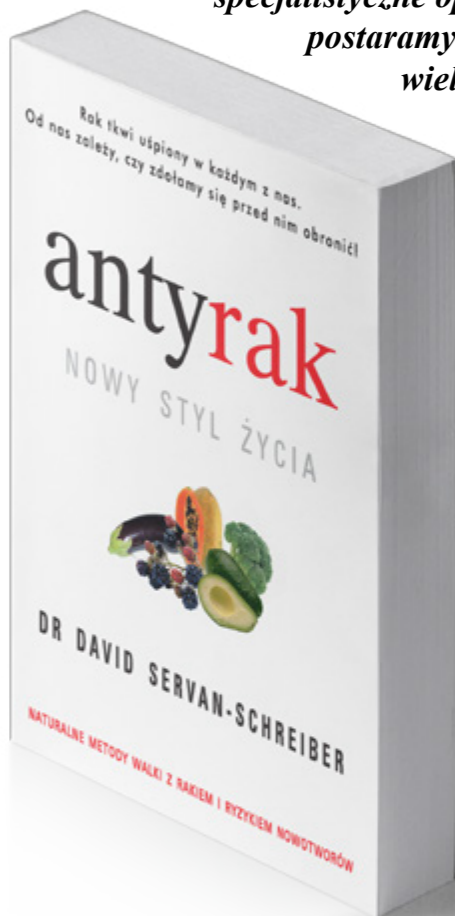
Eksperti w dziedzinie onkologii, profesorowie Mustafa Djamgoz i Jane Plant, przedstawiają jasny i poparty naukowymi dowodami plan, który pomoże pokonać raka. Prosta forma poradnika - najważniejsze zagadnienia zamknięte w dziesięciu krokach, które chory musi podjąć dla swojego dobra - prowadzi do dużej przejrzystości poruszanych tematów i pozwala czytelnikowi na stałe odnalezienie się w gąszczu terminów i zjawisk związanych z terapią onkologiczną. Autorzy prowadzą nie tylko przez początki, kiedy następuje rozpoznanie choroby, ale udzielają praktycznych rad w czasie terapii, jak i po niej. Czytelnik dowie się czym jest rak, co go wywołuje i jak mu zapobiegać. Pozna dogłębny przegląd wszystkich dostępnych terapii konwencjonalnych i komplementarnych. Uzyska wskazówki dotyczące zmiany stylu życia, czyli co można zrobić, aby przeciwdziałać nawrotom. Autorzy podkreślają nadzwyczajną wagę, jaką posiada samoświadomość oraz wiedza o chorobie, które pozwolą nam na podjęcie jak najlepszych działań w celu jej zwalczania. Całość została napisana w niezwykle przystępny sposób, bardziej skomplikowane zagadnienia są dodatkowo ilustrowane tabelami i wykresami. Książka jest doskonałym źródłem dodatkowych informacji i porad, które pomogą chorym przetrwać czas terapii. Z „Pokonać raka” będziesz gotów by zmierzyć się z chorobą i pozostać w remisji.

Autor: Mustafa Djamgoz, Jane Plant  
Wydawca: Burda Publishing Polska

### DIETA KONTRA RAK

Autor: Anna Rogulska  
Wydawca: PZWL

Wiele badań naukowych dowodzi, że niewłaściwy sposób odżywiania jest drugą, zaraz po paleniu, najczęstszą przyczyną pojawienia się raka. I choć do tej pory nie opracowano diety, która chorych mogłaby wyleczyć, to jednak istnieją opracowane metody żywienia, które przeciwdziałają powstawaniu i rozwojowi nowotworów oraz chronią przed przerzutami. Poradnik zawiera najistotniejsze zalecenia i wskazówki dietetyczne dla osób leczonych onkologicznie. Znalazło się w nim miejsce na przepisy lekkich, zdrowych potraw. Autorka postarała się także o umieszczenie całych przykładowych jadłospisów na poszczególne dni wraz ze wskazówkami, jak je zmieniać i dopasowywać do indywidualnych potrzeb i gustów chorego. Książka ta pozwoli dowiedzieć się wiele na temat takich dolegliwości, jak brak apetytu, zaparcia, wymioty czy biegunka, które towarzyszą każdego dnia choremu onkologicznie. Pomoże zrozumieć cierpienie bliskiej osoby i da wskazówki, jak odpowiednia dieta może łagodzić i minimalizować te dokuczliwości.







“

**STOMIA nie boli – nie jest unerwiona i jej dotykanie nie wiąże się z odczuwaniem bólu.**

Tekst | Anna Firasiewicz, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego



# Pielęgnacja stomii

**Trudne chwile przed zabiegiem chirurgicznym wyłonienia stomii, pobyt w szpitalu i nowa rzeczywistość nasuwa liczne pytania i budzi lęk przed tym co nieznanne.**

**Operacja wyłonienia stomii nie oznacza, że wszystko się zmieni. Odpowiednia wiedza na temat stomii, jej właściwej pielęgnacji i sprzętu stomijnego pozwala na realizację wcześniejszych planów i korzystanie z pełni życia.**

**S**tomia w języku greckim oznacza otwór. Jest to chirurgicznie wytworzone ujście na powierzchni brzucha, które łączy jelito cienkie, grube lub układ moczowy ze skórą na brzuchu. Stomia umożliwia wydalanie treści jelitowej albo moczu wtedy, gdy z powodu zmian chorobowych czy urazowych wydalanie drogą naturalną staje się utrudnione bądź niemożliwe. Rozróżnia się trzy rodzaje stomii: kolostomię, ileostomię i urostomię.

**KOLOSTOMIA** – to połączenie jelita grubego ze ścianą brzucha w wyniku procesów chorobowych lub urazowych w obrębie jelita grubego. Kolostomia jest najczęściej okrągła albo owalna, powinna wystawać około 1 cm ponad powierzchnię skóry. Treść jelitowa przypomina normalny stolec lub jest nieco luźniejszej konsystencji w zależności od części jelita grubego, w której się znajduje. W przeważającej większości jest wyłaniana po lewej stronie brzucha.

**ILEOSTOMIA** – powstaje na jelicie cienkim, gdy zachodzi konieczność usunięcia jelita grubego lub gdy chora jest końcowa część jelita cienkiego. Ileostomia ma kształt okrągły, czasami owalny i powinna znajdować się około 1,5 – 2 cm ponad powierzchnią skóry, najczęściej jest wyłaniana po prawej stronie brzucha. Treść jelitowa jest płynna, wodnista i niezwykle drażniąco działa na skórę.

**UROSTOMIA** – jest połączeniem obu moczowodów ze ścianą brzucha bezpośrednio lub poprzez wyodrębnioną część jelita cienkiego (operacja metodą Brickera). Urostomia powinna wystawać około 2 cm ponad powierzchnią brzucha. Jest to zabieg wykonywany w sytuacji gdy układ moczowy lub pęcherz moczowy jest objęty procesem chorobowym i trzeba odprowadzić mocz inną drogą. Zarówno kolostomia, ileostomia jak i urostomia stanowią drogę wydalania treści jelitowej lub moczu w sposób niekontrolowany, związany z koniecznością stosowania odpowiedniego sprzętu stomijnego i właściwej pielęgnacji.

## Pielęgnacja stomii – warto wiedzieć, że...

Prawidłowa, zdrowa stomia ma kolor czerwony (jak śluzówka u jamie ustnej), jest miękka, jędrna i dobrze ukrwiona (przy myciu może pojawić się śladowa ilość krwi na powierzchni). Zmiana koloru stomii z czerwonej na bardzo ciemną, fioletową czy czarną to sygnał aby natychmiast skontaktować się z lekarzem lub pielęgniarzką stomijną.

Właściwa pielęgnacja i kontrola stanu stomii przy każdej zmianie sprzętu stomijnego pomoże uniknąć nieprzyjemnych powikłań.



**Wymiana sprzętu stomijnego: Przed zmianą sprzętu stomijnego umyj ręce, przygotuj wszystkie niezbędne akcesoria czyli – miskę z wodą, mydło, miękki ręcznik, chusteczki, nożyczki, ewentualnie produkty do pielęgnacji stomii, jeżeli są konieczne (pastę stomijną, krążki uszczelniające, spray do ochrony skóry) i odpowiedni do rodzaju stomii sprzęt stomijny – worek jednoczęściowy lub dwuczęściowy.**

1

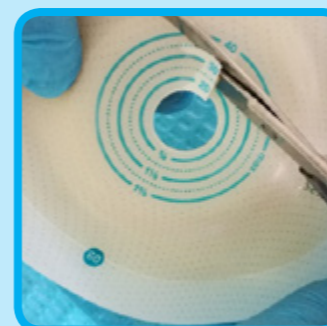
Ostrożnie odklejamy worek stomijny przytrzymując skórę, możemy użyć środka do usuwania przylepca. Czynność zawsze wykonujemy od góry ku dołowi. W przypadku ileostomii przed odklejeniem opróżniamy worek z płynnej treści jelitowej.



2

Myjemy skórę wokół stomii i stomię ciepłą wodą z użyciem mydła lub płynów zmywających dedykowanych do pielęgnacji stomii. Delikatnie osuszamy stomię i skórę miękkim ręcznikiem

3



W worku stomijnym wycinamy otwór, który odpowiada wielkości i kształtowi stomii, może to być elipsa. Informujemy pacjenta, że wielkość i kształt stomii w pierwszych dwóch miesiącach ulega zmianom i należy kontrolować to przy pomocy specjalnych miarek dołączanych do sprzętu stomijnego.



4

W ostatnim kroku do czystej i suchej skóry przyklejamy nowy worek. Dokładnie sprawdzamy czy przylega on do skóry. W celu właściwego założenia worka delikatnie dociskamy przylepiec do skóry na całej powierzchni zaczynając ruchem kolistym tuż przy stomii w kierunku na zewnątrz. W przypadku sprzętu dwuczęściowego do przyklejonej płytki dołączamy worek stomijny.



5

Prawidłowo dobrany i założony sprzęt stomijny daje poczucie bezpieczeństwa, zapewnia komfort w codziennym funkcjonowaniu i jest zupełnie dyskretny, niewidoczny pod ubraniem.



**W sytuacji gdy zmienił się kształt, wielkość lub wygląd stomii i powstały trudności w zmianie sprzętu, podciekanie treści pod przylepiec powodujące dyskomfort warto skonsultować to z pielęgniarzką stomijną. Zaczerwienienie, podrażnienie z naruszeniem ciągłości naskórka to sygnał aby włączyć odpowiednie środki chroniące skórę wokół stomii lub rozważyć zmianę sprzętu stomijnego. W przypadku odczucia pieczenia i swędzenia pod przylepcem natychmiast należy zmienić worek na nowy.**

**Pamiętając o właściwej pielęgnacji stomii i skóry wokół niej, które są narażone na drażniące działanie treści jelitowej lub moczu unikniesz podrażnień i dyskomfortu.**



# Katowickie Centrum Onkologii

ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice



Lek. med.  
Jędrzej Głasek



Fot. | Monika Raszkievicz

Prof. dr n. med.  
Marek Chorąży



Fot. | Monika Raszkievicz



Fot. | Monika Raszkievicz



Katarzyna Marciniak pielęgniarka Joan-  
na Prandzioch Oddziałowa



Fot. | Monika Raszkievicz



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