10
Jak przygotować się do badania endoskopowego?

17
Jak zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwór?

48
Hydrocaravaning
Wielki krótki rejs

LUTY 2014

Terapia & Zdrowie

Czy to jeszcze można leczyć?

str. 5

ISBN ISSN 2353-639X

Spis treści

TERAPIA & ZDROWIE
ISSN 2353-639X
NR 1, LUTY 2014

25 DIETA

Jak chronić się w naturalny sposób przed zaparciami?

Błonnik pokarmowy to nie jedna substancja, a cały zbiór pod jedną nazwą. Zawarty jest w ścianach komórkowych roślin. Nie ulega klasycznemu trawieniu i wchłanianiu ale jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania układu pokarmowego. Dlaczego?

5 Ciekawostki ze świata nauki
6 Czy to jeszcze można leczyć?
8 101 pytan do...
10 Badania endoskopowe.
14 Ocena węzła wartowniczego w chirurgii piersi
17 Choroby nowotworowe – jak zmniejszyć ryzyko zachorowania
20 Leczenie bólu w nieoperacyjnym raku trzustki
22 Jak zapobiegać i leczyć zaparcia
25 Jak chronić się w naturalny sposób przed zaparciami
28 Stomia – nie wyrok!
31 Aktywne życie ze stomią
32 Port dożylny. Alternatywa dla standardowego dożylnego podawania leków
35 Wypadnięcie (wysunięcie się) drenu z przetoki jelitowej
36 Badania kliniczne – szansa dla chorych, gdy wydaje się, że już jej nie ma
38 Zabiegi fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne
43 Elektrochemioterapia – leczenie przerzutów czerniaka i raka piersi do skóry
45 Psychologiczna problematyka relacji lekarz-pacjent
46 Przez winnice i piwnice z Krzysztofem Sułkiem
48 Wielki krótki rejs
54 Adventure Club zrodził się z pasji
57 Konkurs fotograficzny
58 Krzyżówka

→ 14

Od redakcji

„Terapia i Zdrowie"– oto czasopismo stworzone dla pacjentów, ich rodzin, oraz dla każdego, kto interesuje się tematyką medyczną, propagowaniem zdrowego trybu życia i zachowaniami prozdrowotnymi. Tematyka pisma obejmuje też praktyczne porady dotyczące postępowania wobec osób chorych, wyjaśniania problemów zdrowotnych z punktu widzenia pacjenta i osób nim się zajmujących.

Przygotowując pierwszy numer, mieliśmy na uwadze przekazywanie i poszerzanie wiedzy praktycznej, która może być potrzebna w codziennym życiu z chorobą nowotworową, w opiece nad pacjentem, w leczeniu różnych stanów chorobowych, jak obrzęki limfatyczne, problemy ze stomią czy zaparcia. Chcieliśmy przekazać informacje o możliwości skutecznego leczenia – nawet w sytuacjach, gdy wydaje się, że jest już na to zbyt późno.

Stąd artykuły o leczeniu przerzutów do otrzewnej a także informacja o badaniach klinicznych, o których wiadomo, że są, ale trudno do nich dotrzeć. Czasopismo „Terapia i Zdrowie" jest redagowane z myślą o przekazaniu w sposób możliwie przystępny – „niemedyczny" – informacji z zakresu diagnostyki, leczenia i ogólnie pojętej problematyki zachowań prozdrowotnych. Informacje w nim zawarte będą rozszerzane i kontynuowane w następnych numerach, które będą pojawiały się w odstępach dwumiesięcznych. Będziemy starali się, aby teksty w nich zawarte były nie tylko wysokiej jakości pod względem merytorycznym, ale także aby miały zastosowanie praktyczne dla Czytelnika nie mającego na co dzień kontaktu z medycyną.

Choroba nowotworowa może być skutecznie leczona lub wstrzymana. Jest wiele czynników wpływających na te możliwości i zadaniem, które postawiliśmy sobie tworząc niniejsze czasopismo, jest propagowanie zachowań prozdrowotnych, ale także informacji z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania. Nowotwór wcześnie wykryty może być nie tylko skutecznie leczony, ale także leczony w sposób jak najmniej inwazyjny.

Mając świadomość, że zainteresowania człowieka obracają się nie tylko wokół chorób, integralną częścią treści „Terapii i Zdrowia" uczyniliśmy tematykę zdrowego odżywiania się oraz turystyki i przygody. W tym numerze – reportaż o tak zwanym hydrocaravaningu – czyli zjawisku coraz bardziej popularnym, także w naszym kraju – samodzielnych włóczęgach małymi barkami po szlakach wodnych Polski i Europy.

Oddając w Państwa ręce niniejszy numer mamy nadzieję, że wypełni on w jakimś zakresie lukę, która istnieje w pozycjach dotyczących informacji medycznych dla pacjentów, ich rodzin i wszystkich osób potrzebujących tego typu informacji. Na bieżąco będziemy wsłuchiwać się w Państwa głosy co do zakresu, formy i tematyki przedstawianych artykułów. Mając na uwadze, że jest to w pewnym sensie pismo pionierskie na rynku wydawniczym, liczymy na Państwa wyrozumiałość i opinie.

Tomasz Jastrzębski

Terapia&Zdrowie

Dwumiesięcznik
nr 1, luty 2014
ISSN 2353-639X

Zespół i Współpracownicy:
Janusz Czerwiński (redaktor naczelny)
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski
dr med. Kamil Drucis
lek. med. Tomasz Polec
lek. med. Paulina Cichon
mgr Magdalena Olech (dietetyk)

Sekretarz redakcji
mgr Małgorzata Jastrzębska

Konsultant medyczny
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Adres redakcji
ul. Gwiazdowskiego 20
80-526 Gdańsk

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

Skład
StudioA
e-mail: studioa@onet.pl

Druk
Drukarnia Wydawnictwa
„Bernardinum" Sp. z o.o.
Pelplin
ul. Biskupa Dominika 11

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych oraz zastrzega sobie prawo do adiustacji, doboru tytułów i śródtytułów oraz dokonywania skrótów w nadesłanych artykułach. Zdjęcia niepodpisane pochodzą z archiwum redakcji. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam.

Ciekawostki ze świata nauki

Curry na raka?

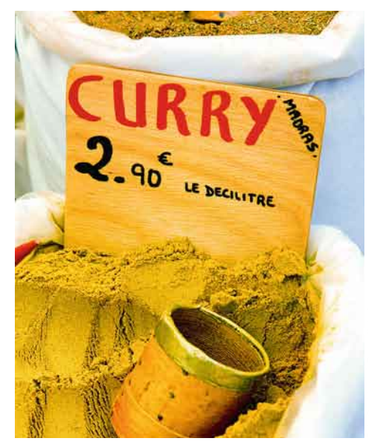
W jednym z numerów British Journal of Cancer pojawiło się wspólne badanie kliniczne naukowców polskich i irlandzkich wykazujące, że kurkumina – składnik zawarty w curry niszczy w warunkach laboratoryjnych komórki raka przełyku. Co ciekawe, nie dzieje się to ani na zasadzie apoptozy (zaprogramowana genetycznie śmierć komórki), ani nekrozy (martwicy) komórki nowotworowej.

Curry, czyli przyprawa szeroko stosowana w kuchni indyjskiej, a także i w naszym kraju znajdująca coraz więcej zwolenników już wcześniej potwierdziła swoje lecznicze właściwości – naukowcy amerykańscy dowiedli, że jedzenie przyprawy curry raz lub dwa razy w tygodniu może zapobiec rozwojowi choroby Alzheimera oraz złagodzić objawy demencji starczej. Odkrycie destruktywnego działania curry na komórki raka przełyku może przyczynić się do przełomu w walce z tym zabójczym nowotworem. Rak przełyku stanowi siódmą najczęstszą przyczynę zgonów w grupie chorych onkologicznych w Wielkiej Brytanii. Każdego roku z powodu raka przełyku umiera prawie 8 tys. chorych – mniej niż 20 proc. przeżyje pięć lat od momentu postawienia diagnozy.

Omawiane badanie wyraźnie udowodniło, że w warunkach laboratoryjnych działanie kurkuminy było widoczne już po 24 godzinach, powodując „wzajemne zjadanie się komórek rakowych".

Takie działanie kurkuminy stawia przed nami pytanie, czy zastosowanie curry jako naturalnej terapii przeciwnowotworowej umożliwi nam wyindukowanie wzajemnej walki i destrukcji komórek rakowych, bez włączania toksycznych dla zdrowych komórek organizmu sposobów leczenia.

www.nature.com/bjc/press_releases/p_r_oct09_6605308.html



Fot. © phb.cz | Depositphotos.com

Fot. AFP/JUJI

Kapsułka endoskopowa

Rokowanie w raku jelita grubego zależy od stopnia zaawansowania – im wcześniej rak jest wykryty, tym możliwości leczenia i rokowanie są lepsze. W diagnostyce badanie endoskopowe (kolonoskopia) nie zawsze jest możliwe do wykonania. Często zmiany anatomiczne, niski próg bólu i inne czynniki nie pozwalają na wykonanie badania lub są przyczyną jego przerwania w trakcie wykonywania. W takich sytuacjach, a także jako mniej inwazyjny sposób skriningu (screening – wczesne wykrywanie zmian chorobowych w badaniach przesiewowych populacji) można wykonać badanie z użyciem małej kamery, którą należy połknąć. Kolonoskopia więc nie musi już być jedyną alternatywą dla pacjentów – jest nią kapsułka endoskopowa. Ma ona wymiary 11x31 mm, i jest na obu końcach wyposażona w miniaturowe kamery. Zostaje aktywowana w momencie wyjęcia z opakowania – zaczyna wtedy połyskiwać bladym światłem. Pacjent połyka kapsułkę i rozpoczyna się badanie, które może potrwać do 10 godzin. W czasie badania można wykonywać normalne codzienne czynności. Miniaturowa kamera umieszczona wewnątrz kapsułki wykonuje cztery zdjęcia na sekundę. Kapsułka przesuwa się w przewodzie pokarmowym, a po kilkunastu godzinach jest wydalana w sposób naturalny z organizmu. Tak, jak w przypadku innych kapsułek dane przesyłane są do rejestratora umieszczonego na pasie wokół talii, przegrywane na stację roboczą a następnie oglądane i oceniane przez lekarza.

Przeciwwskazaniami do zastosowania kapsułki endoskopowej są znane zmiany przewężeniowe przewodu pokarmowego (np. w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna), układ stymulujący serce (rozrusznik), ciąża. Należy także pamiętać, że uwidocznienie rozrostowych zmian chorobowych w jelicie grubym jest wskazaniem do kolonoskopii, w czasie której można pobrać wycinki do badania histopatologicznego.

Na stronie: **www.hammer.pl/33,lista-osrodkow-wykonujacych-endoskopie-kapsulkowa.html** można znaleźć adresy ośrodków w Polsce, w których badanie to jest wykonywane

Olej z dżdżownic – a pigułki... złote!

Nakładem wydawnictwa Medycyna Praktyczna ukazała się ostatnio książka Zbigniewa Beli pt. „O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji.

To „propozycja innego sposobu poznawania historii aptekarstwa: nie za pomocą chronologicznego wykładu (starożytność, średniowiecze itd.), lecz poprzez prezentację związanych z tą historią przedmiotów – takich na przykład jak oryginalna porcja teriaku, szklane naczyńka w kształcie monstrancji na olejki lecznicze, dzban apteczny na olej z dżdżownic, majolikowe naczynie z napisem Alkermes, miedziany alembik z XVI wieku, kapsuła do pozłacania pigułek, oryginalne opakowanie na salwarsan, plakieta portretowa przedstawiająca profil Samuela Hahnemanna, grecko-łacińskie wydanie Hipokratesa, portret prof. Łobaczewskiego pędzla Jacka Malczewskiego itp." O książce tej prof. A. Śródka, kierownik Katedry Historii Medycyny Collegium Medicum UJ, napisał (na 4.stronie okładki książki), że „to zwykle, wydawałoby się, omówienie blisko czterdziestu eksponatów krakowskiego Muzeum Farmacji (…) dzięki szerokiej wiedzy Autora i umiejętności jej przekazania, staje się de facto fascynującą podróżą po dziejach europejskiej farmacji i europejskiego aptekarstwa." Walory poznawcze i estetyczne tej książki podkreśla atrakcyjna szata graficzna, w tym liczne barwne ilustracje.

www.mp.pl/ksiegarnia

Fot. Maciej Maciejewski

Przerzuty nowotworów przewodu pokarmowego do otrzewnej

Czy to jeszcze można leczyć?

Przerzuty do otrzewnej, czyli błony pokrywającej od wewnątrz jamę brzuszną są poważnym problemem pod kątem skutecznego leczenia. Zazwyczaj sama chemioterapia dożylna nie jest wystarczająca do opanowania tego rodzaju rozprzestrzeniania się nowotworu. O to, czy można to skutecznie leczyć, zapytaliśmy zastępcę kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku, dr. hab. med. Tomasza Jastrzębskiego.

Redakcja: Czy można skutecznie leczyć przerzuty raka jelita grubego które są umiejscowione na otrzewnej?

Dr hab. med. Tomasz Jastrzębski: Przerzuty raka jelita grubego do otrzewnej, czyli rozprzestrzenianie się tego nowotworu przez ciągłość i wszczepy w otrzewnej są bardzo często traktowane jako nieoperacyjne i kwalifikowane jedynie do leczenia objawowego. Jest to postępowanie niesłuszne, gdyż tę postać nowotworu można leczyć skutecznie za pomocą zabiegów cytoredukcyjnych i dootrzewnowej chemioterapii perfuzyjnej w hipertermii.

Red.: Brzmi to bardzo specjalistycznie, a jak można to zrozumieć bez znajomości terminów specjalistycznych?

T.J.: Leczenie przerzutów raka jelita grubego do otrzewnej polega na uch całkowitym wycięciu, bez względu na to, gdzie się znajdują i jakiej są wielkości. Zabiegi mające na celu usunięcie całej tkanki nowotworowej widocznej wzrokowo w jamie brzusznej to właśnie zabiegi cytoredukcyjne. Im rzetelniej i bardziej radykalnie są one wykonane, tym większe prawdopodobieństwo, że możemy wydłużyć życie chorego a nawet go wyleczyć.

Red.: Do czego służy i jakie ma zadanie dootrzewnowa chemioterapia perfuzyjna w hipertermii?

T.J.: Po usunięciu tkanki nowotworowej z jamy brzusznej nie można założyć, że wszystko jest zrobione, gdyż w tym stopniu zaawansowania są obecne komórki nowotworowe, których nie widać gołym okiem. Żeby je zlikwidować, konieczne jest podanie leków przeciwnowotworowych (tzw. cytostatyków) które mają za zadanie je zniszczyć. Dodatkowo podaje się je w ogrzanym do 42 st. C. płynie. Taka temperatura, bezpieczna dla zdrowych tkanek, jest zabójcza dla komórek, które się szybko dzielą, a takimi są komórki raka. Mało tego: podwyższona temperatura wzmaga działanie przeciwnowotworowe leków cytostatycznych, które przez to są bardziej skuteczne.

Red.: Czy te zabiegi są proste do wykonania i gdzie się je wykonuje?

T.J.: Zabiegi cytoredukcyjne mają na celu usunięcie wszystkich widocznych w jamie brzusznej przerzutów. Jeśli znajdują się one na otrzewnej pokrywającej od wewnątrz jamę brzuszną, to należy ją wyciąć. Jeśli są nacieki nowotworowe na ścianę pęcherza moczowego, jelito cienkie, jelito grube, u kobiet na jajniki i macicę – to wszystkie te narządy trzeba wyciąć. To samo dotyczy śledziony, ściany żołądka, torebki wątroby i wielu innych struktur anatomicznych. Są to zabiegi bardzo trudne i długo trwające. Doświadczony chirurg wykonuje ten zabieg średnio w czasie 6–8 godzin, a bywa że i 12 godzin to mało. Z tego powodu zabiegi te wykonuje się w wyspecjalizowanych ośrodkach. W Polsce należy do nich Klinika Chirurgii Onkologicznej w Gdańsku oraz w Lublinie. W innych ośrodkach (Kraków, Bydgoszcz) zabiegi te są wykonywane rzadko, ale istnieją możliwości do ich wykonywania.

Red.: Czy taki zakres zabiegów jest bezpieczny dla pacjenta?

T.J.: Każdy zabieg operacyjny, czy to wycięcie wyrostka robaczkowego czy pęcherzyka żółciowego aż po zabiegi wycięcia narządów (żołądek trzustka i inne) jest obarczony możliwością wystąpienia powikłań związanych z wykonaniem zabiegu operacyjnego. Także i zabiegi cytoredukcyjne nie są ich pozbawione. Jednak w doświadczonym, wyspecjalizowanym ośrodku, powikłania te są ograniczone. W naszej klinice pacjent po takim olbrzymim zabiegu opuszcza szpital w 8–9 dniu po zabiegu. Dotyczy to także innych zabiegów, takich jak zabiegi wykonywane w raku jelita grubego czy żołądka.

Red.: A co z chemioterapią? Czy i ona jest bezpieczna dla pacjenta?

T.J.: W odróżnieniu od chemioterapii podawanej droga dożylną, chemioterapia podawana dootrzewnowo jest o wiele bardziej bezpieczna. Jest to związane z tzw. barierą „otrzewna-krew". Bariera ta bardzo ogranicza przechodzenie leków przeciwnowotworowych przez otrzewną do krwi, przez co powikłania chemioterapii są zdecydowanie mniejsze. Bariera ta ma jednak także i inną stronę: z jej powodu leki przeciwnowotworowe podawane drogą dożylną bardzo słabo przechodzą do jamy otrzewnej i z tego powodu nie są skuteczne w leczeniu przerzutów raka jelita do otrzewnej.

Red.: Wspomniał Pan o możliwości leczenia raka jelita grubego przerzutami do otrzewnej za pomocą zabiegów cytoredukcyjnych i chemioterapii dootrzewnowej w podwyższonej temperaturze (tzw. hipertermia). A czy leczenie to jest skuteczne w innych nowotworach, które mogą dać przerzuty do otrzewnej?

Procedura HIPEC na sali operacyjnej.

T.J.: Owszem, wiele nowotworów można leczyć w taki sposób. Klasycznie należą do nich także rzadkie nowotwory otrzewnej, takie jak śluzak rzekomy (*pseudomyxoma peritonei*) czy międzybłoniak otrzewnej (*mesothelioma peritonei*), ale metoda ta jest skuteczna także w raku żołądka, aczkolwiek ten ostatni w przerzutach do otrzewnej jest trudny do uzyskania całkowitej cytoredukcji, a także w raku jajnika.

W najlepszych ośrodkach zabiegi cytoredukcji i dootrzewnowej chemioterapii perfuzyjnej pozwalają na uzyskanie ponad 45 proc. przeżyć!

Red.: Kto kwalifikuje się do leczenia za pomocą zabiegów cytoredukcyjnych i dootrzewnowej chemioterapii perfuzyjnej w hipertermii?

T.J.: Im wcześniej wykryte przerzuty w otrzewnej, tym większe szanse na wyleczenie. Im jest ich mniej i mniejszy zasięg, tym lepsze wyniki leczenia. W najlepszych ośrodkach światowych, zabiegi te, w połączeniu z późniejszą chemioterapią drogą krwi, pozwalają na uzyskanie ponad 45 proc. przeżyć 5-letnich, co jest synonimem wyleczenia w onkologii. Im wcześniej pacjent jest przysłany przez onkologa na te zabiegi, tym jego szansa na przeżycie rośnie. Podawanie kolejnych cykli chemioterapii dożylnej przy przerzutach do otrzewnej nie jest skuteczne ze względu na wspomnianą już barierę krew-otrzewna.

Red.: Jak można skontaktować się z Państwem, w przypadku, gdy pacjent ma przerzuty do otrzewnej?

T.J.: Bardzo dużo informacji na temat tej metody, wskazań, kwalifikacji do zabiegu i wyników umiejscowiliśmy na stronie **www.hipec.pl**. Z tej strony dowiedzieć się można więcej o kwalifikacji, metodzie oraz wynikach leczenia. ❖

Zespół Klinik Chirurgii Onkologicznej z Gdańska i Bydgoszczy.

101 pytań do...

Co możemy poprawić w przygotowaniu chorego do leczenia onkologicznego?

Rozpoznanie choroby nowotworowej stanowi zawsze szok dla człowieka. W chwili diagnozy każdy człowiek staje się „pacjentem". To, logiczne przecież stwierdzenie, pociąga za sobą wielką zmianę w świadomości, psychice i metabolizmie człowieka. Z badań klinicznych przeprowadzonych u osób zgłaszających się na leczenie wynika, że większość z nich znajduje się w stanie średniego bądź ciężkiego stresu i depresji! Osoby te mają problemy z normalnym funkcjonowaniem w rodzinie, społeczeństwie, występuje u nich brak apetytu, utrata wagi, zmiana metabolizmu z anabolizmu (przyswajanie substancji odżywczych) na katabolizm (spalanie substancji odżywczych). Wszystko to powoduje, że w okresie przed podjęciem leczenia u osób chorych na nowotwór często dochodzi do obniżenia odporności, chudnięcia, spadku poprawy funkcjonowania organizmu. A przecież to nawet nie jest początek leczenia! Za chwilę będzie zabieg operacyjny, chemioterapia, radioterapia, immunoterapia – a wszystko to obarczone możliwymi powikłaniami i skutkami ubocznymi leczenia. Jak się temu przeciwstawić? Co można zrobić, żeby przygotować organizm chorego człowieka na leczenie choroby nowotworowej? Czy jest na to czas? Co można zrobić, żeby było jak najlepiej w tej trudnej sytuacji? Pierwszym pytaniem, na które należy sobie odpowiedzieć, jest stopień zaawansowania nowotworu w chwili jego wykrycia i podjęcie decyzji o sposobie jego leczenia. W tym celu należy przeprowadzić odpowiednią diagnostykę (badania diagnostyczne) pozwalające na uzyskanie odpowiedzi. Badania diagnostyczne mogą obejmować wiele typów: badania krwi, badania radiologiczne, endoskopowe i wiele innych. Wszystkie wymagają czasu, ale należy wykonać je w sposób zaplanowany i możliwie jak najkrótszy.

Czas potrzebny na wykonanie badań diagnostycznych należy wykorzystać na poprawę stanu organizmu, przygotować go jak najlepiej na czekające go leczenie. Istnieje wiele elementów diagnostyki i leczenia, które wymagają zarówno współpracy z lekarzem jak i świadomości, co można samemu poprawić. Do elementów postępowania diagnostycznego, przygotowania do leczenia i postępowania terapeutycznego należą:

- optymalizacja leczenia chorób współistniejących
- prawidłowa diagnostyka
- konsultacja radiologiczna przed leczeniem
- konsultacja onkologiczna przed leczeniem chirurgicznym
- zaplanowanie leczenia
- leczenie żywieniowe przed planowanym leczeniem
- fast track
- zabieg operacyjny
- leczenie żywieniowe pooperacyjne
- konsultacja onkologiczna
- leczenie żywieniowe przed leczeniem uzupełniającym
- profilaktyka przeciwzakrzepowa pooperacyjna
- leczenie uzupełniające
- leczenie żywieniowe

W kolejnych numerach czasopisma „Terapia i Zdrowie" będziemy omawiać te zagadnienia, które powinny być brane pod uwagę przy kwalifikacji chorych do leczenia, diagnostyki i samego leczenia oraz postępowania na wszystkich etapach prowadzenia pacjenta przez cały proces terapii, a także obserwacji po leczeniu. ❖

O zagadnieniach tych, które są niezbędne jako informacja dla pacjenta jak najszybciej, można przeczytać na stronie **http://onkonet.pl/dp_diagnoza_rak.php**

Co może mieć wpływ na długi okres od rozpoznania choroby do jej leczenia? Dlaczego wcześnie wykryty nowotwór jest późno leczony? Poznaj obiektywne przyczyny tego stanu!

Osoby chore na inne choroby, zwłaszcza przewlekłe, powinny skonsultować się ze swoim lekarzem prowadzącym i odpowiednio przygotować się do leczenia onkologicznego. Jest cały szereg chorób lub stanów współistniejących, mogących mieć wpływ na wydłużenie czasu leczenia. Odpowiednie przygotowanie pozwala na skrócenie tego czasu.

Poniżej przykłady chorób, które mogą mieć wpływ na odroczenie leczenia chorób nowotworowych:

- niewydolność (szczególnie nadczynność) tarczycy – pacjent powinien brać leki i być w stanie tzw. eutyreozy, tzn. nie wykazywać objawów nadczynności lub niedoczynności tarczycy i mieć poziom hormonów tarczycy w zakresie wartości normalnych. Jeśli to zostanie przeoczone, może być przyczyną przesunięcia rozpoczęcia leczenia (np. operacji) o przynajmniej dwa tygodnie. Osoby z chorobami tarczycy powinny być zbadane przez internistę lub endokrynologa, powinny mieć wykonane badanie krwi (zleca lekarz rodzinny).
- nie leczone lub źle leczone nadciśnienie tętnicze – może być przyczyną odsunięcia terminu leczenia oraz wykonania niektórych badań diagnostycznych, takich jak badania z użyciem kontrastu (tomografia komputerowa, urografia).
- choroby zębów i jamy ustnej – konieczne jest leczenie stanów zapalnych, które mogą uniemożliwiać rozpoczęcie leczenia (zabiegi chirurgiczne, chemioterapia).
- choroby mięśnia sercowego, podobnie jak choroba nadciśnieniowa, powinny być skonsultowane przed rozpoczęciem leczenia przez internistę lub kardiologa. Niekiedy trzeba wykonać dodatkową diagnostykę, taką, jak EKG czy echokardiografia lub badania krwi.
- choroba zakrzepowa kończyn dolnych – może stanowić zagrożenie życia w trakcie leczenia onkologicznego (uraz jakim jest zabieg operacyjny, może spowodować oderwanie się skrzepliny i spowodować zator, chemioterapia może zwiększać ryzyko zakrzepicy). Tacy pacjenci powinni przyjmować przed leczeniem, w trakcie i przynajmniej 1 miesiąc po leczeniu zastrzyki z heparyną drobnocząsteczkową (profilaktyka zakrzepicy). Jeśli pacjent przyjmuje z powodu zakrzepicy inne leki, na około 7–10 dni przed planowanym zabiegiem należy je odstawić i włączyć heparynę drobnocząsteczkową. Taka sama sytuacja dotyczy wykonania niektórych inwazyjnych badań diagnostycznych, takich jak np. biopsja guza piersi, biopsja guza tkanki podskórnej czy badania endoskopowe.
- przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych może być przyczyną poważnego krwawienia, a częściej przesunięcia terminu badania na czas włączenia heparyn drobnocząsteczkowych.
- u osób, które mają wszczepiony rozrusznik serca wymagana jest opinia internisty lub kardiologa odnośnie możliwości i warunków wykonania zabiegu operacyjnego. Często rozrusznik trzeba odpowiednio ustawić przed zabiegiem i po zabiegu przywrócić pierwotne ustawienia.

Uwaga! W momencie wykrycia nowotworu i informacji o planowanym leczeniu bardzo ważne jest wyleczenie wszelkich stanów zapalnych w obrębie jamy ustnej (zęby, dziąsła i inne części jamy ustnej). Choroby zapalne jamy ustnej i zepsute zęby mogą uniemożliwić proces leczenia onkologicznego.

Jednym z czynników opóźniających proces diagnostyczny, a więc wydłużający czas do rozpoczęcia leczenia jest nieodpowiednie przygotowanie pacjenta do badania diagnostycznego. Lekarz dający skierowanie na konkretne badanie powinien wyjaśnić, na czym to badanie polega i jak należy się do niego przygotować, tak, aby mogło ono być nie tylko wykonane, ale i by była możliwa rzetelna i prawidłowa ocena stanu choroby. ❖

Jakie dokumenty należy mieć ze sobą zgłaszając się na badanie lub leczenie do szpitala lub przychodni w ramach NFZ?

- dowód osobisty lub inny dokument tożsamości,
- skierowanie na badanie lub leczenie,
- aktualny dokument potwierdzający ubezpieczenie pacjenta:
- osoby na zasiłku przedemerytalnym – decyzja o przyznaniu zasiłku
- osoby bezrobotne – zaświadczenie z urzędu pracy
- osoby uczące się – aktualna legitymacja szkolna lub studencka

Ważne! Należy zwrócić uwagę, czy lekarz wypisuje odpowiednie skierowanie: jeśli na oddział szpitalny, to nie do przychodni, ani odwrotnie. Zazwyczaj każdy oddział i przychodnia jest osobno rozliczana z NFZ i źle wypisane skierowanie uniemożliwia przyjęcie pacjenta. Powoduje wyznaczenie nowego terminu i wydłużenie tym samym czasu oczekiwania na rozpoczęcie diagnostyki i leczenia. Na skierowaniu powinno być wyraźnie napisane, w jakim jest ono celu wystawione. ❖

Fot. © Gergely Zsolnai | Depositphotos.com)

Badania endoskopowe

Jak przygotować się do badania? O czym należy pamiętać?

1 Gastroskopia

W dniu badania pacjent musi być na czczo. Dopuszczalne jest picie wody, ale na godzinę przed badaniem nie powinno być przyjmowane nic doustnie

Osoby z chorobami wymagającymi stałego, regularnego przyjmowania leków (np. nadciśnienie tętnicze, choroby serca, padaczka i inne) w dniu badania powinny przyjąć poranną dawkę leku popijając niewielką ilością wody. Należy zapytać o to lekarza w czasie konsultacji poprzedzającej badanie

Osoby chorujące na cukrzycę powinny skonsultować z lekarzem prowadzącym sposób przygotowania do badania oraz poinformować lekarza wykonującego badanie.

Osoby przyjmujące leki obniżające krzepliwość krwi (kwas acetylosalicylowy, clopidogrel, acenokumarol, warfaryna i inne) powinny poinformować lekarza wykonującego badanie.

2 Kolonoskopia

Przed wykonaniem badania pacjent powinien poinformować lekarza o współistniejących chorobach, a szczególnie o:

- cukrzycy
- nadciśnieniu tętniczym
- chorobie niedokrwiennej mięśnia sercowego
- przebytym zawale
- wszczepionym rozruszniku
- a także jakie leki są przyjmowane. Warto mieć przy sobie opakowania od przyjmowanych leków lub ich spis.

Uwaga: w przypadku zaburzeń w wypróżnianiu, podejrzenia zwężenia jelita grubego – należy dokładnie omówić, w jaki sposób, inny niż opisany poniżej, powinno się oczyścić jelito do badania.

3 Przygotowanie jelita do badania

Cztery dni przed badaniem nie należy jeść owoców i warzyw zawierających drobne pestki (pomidory, winogrona, arbuzy, siemię lniane itp.). Mogą one utrudniać lub wręcz uniemożliwiać wykonanie badania

Przez dwie doby poprzedzające badanie należy zastosować dietę płynną: woda, klarowne soki owocowe, herbata, kisiel, galaretki owocowe.

Przygotowanie pacjenta w zależności od godziny, o której badanie kolonoskopowe będzie wykonane:

Badanie wykonywane do godz. 12

W dniu poprzedzającym badanie w godz. od 14:00 do 18:00 należy wypić cztery saszetki preparatu Fortrans rozpuszczone w czterech litrach wody – można doprawić sokiem z cytryny. To ostatnie zalecane szczególnie w sytuacji, gdy z powodu smaku nie można powstrzymać się od nudności i odruchów wymiotnych.

Badanie wykonywane po godz. 12:00

W dniu poprzedzającym badanie w godz. od 14:00 do godz. 18:00 należy wypić trzy saszetki preparatu Fortrans rozpuszczone w trzech litrach. W dniu badania w godzinach porannych należy wypić jeden litr Fortransu.

W razie trudności z przygotowaniem proszę skontaktować się z lekarzem wykonującym badanie. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy:

- po wypiciu 1–2 litra płynu z fortransem nie doszło do wypróżnienia
- brak jest wypróżnienia, brzuch jest wzdęty i bolesny
- wystąpiły objawy uczulenia (pokrzywka, duszność, swędzenie skóry i inne) – w tym przypadku należy przerwać picie przygotowanego płynu i natychmiast skontaktować się z lekarzem

Fot. © Bork | Depositphotos.com

Typowa głowica urządzenia endoskopowego.

Fot. © Jim_Film | Depositphotos.com

Badania endoskopowe należą do najmniej przyjemnych. Jednak odpowiednie przygotowanie może znacząco poprawić komfort pacjenta i wykonaującego trudny zabieg lekarza.

Po wykonaniu kolonoskopii nie można prowadzić pojazdów mechanicznych! Najlepiej przyjść na badanie z drugą osobą, która będzie towarzyszyła w drodze do domu.

Osoby przyjmujące leki obniżające krzepliwość krwi (kwas acetylosalicylowy, clopidogrel, acenokumarol, warfaryna i inne) powinny poinformować lekarza wykonującego badanie. Leki te mogą być odstawione przez lekarza na 7 dni przed planowanym badaniem, a zamiast nich włączone inne – heparyny drobnocząsteczkowe. Uwaga: decyzja o zamianie leków przeciwkrzepliwych powinna być uzgodniona z lekarzem które je włączył do leczenia.

Na co należy zwrócić uwagę planując wykonanie badania endoskopowego (gastroskopia i kolonoskopia):

- należy mieć przy sobie wyniki wszystkich wcześniejszych badań i konsultacji, wypisy ze szpitala (szczególnie gdy były wykonywane wcześniej zabiegi operacyjne)
- należy pamiętać, że jeśli w krótkim okresie przed badaniem (np. w dniu poprzednim) było wykonane badanie przewodu pokarmowego z użyciem kontrastu barytowego (białe „mleczko" podane doustnie) kontrast może zalegać w żołądku i jelitach, uniemożliwiając wykonanie endoskopii.
- osoby uczulone na glikol polietylenowy nie powinny przyjmować fortransu
- jeśli są brane wycinki do badania histopatologicznego, należy zapytać, kto i gdzie będzie wykonywał badanie. Często ta informacja umożliwia szybszy dostęp do badania i skraca czas od diagnostyki do leczenia
- należy zapytać o możliwość zarejestrowania się na następną wizytę od razu po kolonoskopii.. ❖

DR MED. JERZY WEGNER

Prewencja Pierwotna Nowotworów

Ministerstwo Zdrowia

Kodeks Walki z Rakiem

Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Skóra pod lupą

czyli co musisz wiedzieć o czerniaku i innych nowotworach złośliwych skóry

Czym są nowotwory złośliwe skóry? Co to jest czerniak?

Nowotwory skóry stanowią około 10% wszystkich wykrywanych nowotworów złośliwych. Mogą występować na całej powierzchni skóry, jednak najczęściej pojawiają się na odsłoniętych częściach ciała. Większość z nich daje się wyleczyć za pomocą prostego zabiegu chirurgicznego.

Czerniak jest jednym z kilkudziesięciu nowotworów złośliwych skóry. Jest jednak najbardziej agresywnym nowotworem i spośród wszystkich nowotworów skóry, diagnozowanych u młodych ludzi, to właśnie czerniak jest jednym z najczęściej spotykanych. Charakteryzuje się agresywnym wzrostem oraz możliwością tworzenia przerzutów, które są trudne w leczeniu. Tymczasem, usunięcie czerniaka, kiedy choroba nie jest jeszcze zaawansowana pozwala na wyleczenie ponad 80% chorych. Dlatego tak ważne jest szybkie i prawidłowe rozpoznanie nowotworu.

Czy jestem w grupie podwyższonego ryzyka?

Ryzyko zachorowania na czerniaka i inne nowotwory złośliwe skóry wzrasta, jeżeli:

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

Na co muszę zwracać uwagę?

Nowotwory skóry można łatwo zdiagnozować samemu, jeśli obserwuje się swoją skórę. Zawsze kiedy widzisz nowe znamiona, narośla, przebarwienia lub zmiany w już istniejących pieprzykach jest to sygnał, aby jak najszybciej skonsultować się z lekarzem.

Szczególnie zwróć uwagę na cechy charakterystyczne czerniaka – zapamiętując ABCDE czerniaka.

A – asymetria np. znamię „wylewające" się na jedną stronę

B – brzegi poszarpane, nierównomierne, posiadające zgrubienia

C – czerwony, czarny, niejednolity kolor

D – duży rozmiar, wielkość zmiany powyżej 6mm

E – ewolucja, czyli postępujące zmiany zachodzące w znamieniu

Jak mogę uchronić się przed nowotworami złośliwymi skóry?

1. Raz w miesiącu oglądaj swoją skórę – sprawdź, czy Twoje znamiona nie zmieniają się lub czy nie pojawiły się nowe.
2. Jeśli zauważysz, że coś podejrzanego dzieje się z Twoim znamieniem, udaj się do chirurga-onkologa.
3. Jeśli chcesz się opalać, to z głową – pamiętaj o stosowaniu filtrów UV, noszeniu czapki i okularów przeciwsłonecznych.
4. Unikaj słońca w godzinach 11.00-16.00
5. Nie opalaj się w solarium!
6. Przynajmniej raz na rok odwiedzaj dermatologa lub chirurga-onkologa.

Jak leczyć czerniaka i inne nowotwory złośliwe skóry?

Czerniak oraz inne nowotwory skóry we wczesnym stadium są łatwe do wyleczenia poprzez proste chirurgiczne wycięcie zmiany wraz z szerokim marginesem okolicznej tkanki. Często dokonuje się także biopsji węzłów chłonnych położonych najbliżej nowotworu, a jeśli choroba jest zaawansowana włącza się także inne formy leczenia, np. chemioterapię, radioterapię, leki biologiczne.

Jak wygląda badanie skóry?

Wszystkie znamiona, narośla, pieprzyki, które mogą budzić niepokój powinny zostać zbadane przez lekarza dermatologa lub chirurga – onkologa i w razie jakichkolwiek wątpliwości wycięte. Badanie przeprowadzane u specjalisty jest szybkie, bezbolesne i nieinwazyjne. Lekarz ogląda skórę za pomocą dermatoskopu, który wychwytuje wszelkie atypowe zmiany.

Garść statystyk

- W Polsce co roku rejestruje się około 13 000 przypadków nowych zachorowań na nowotwory złośliwe skóry, w tym ponad 2500 zachorowań na czerniaki.
- Czerniak stanowi tylko 6% wszystkich nowotworów skóry, ale jest odpowiedzialny za śmierć aż 80% chorych, którzy umrą z powodu nowotworu złośliwego skóry.
- Liczba zachorowań na czerniaka w Polsce podwaja się co 10 lat.

Więcej informacji na ten temat znajdziesz na stronie **www.kodekswalkizrakiem.pl**

Zadanie Prewencja pierwotna nowotworów jest finansowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych.

Zamieszczone zdjęcia czerniaków są własnością prof. Piotra Rutkowskiego - Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.
Dane dotyczące zachorowań na nowotwory złośliwe pochodzą z Krajowego Rejestru Nowotworów, www.onkologia.org.pl

Fot. © Nobilior | Depositphotos.com

Nowoczesne leczenie raka piersi (część 1)

Ocena węzła wartowniczego w chirurgii piersi

Nowoczesne, jak najmniej inwazyjne, leczenie raka piersi jest możliwe we wczesnych przypadkach. Stąd tak ważne są wszelkie formy badań mających na celu jak najszybsze wykrycie zmian patologicznych w piersiach. Jeśli wykryta zmiana jest widoczna tylko w badaniu obrazowym (badanie ultrasonograficzne, badanie mammograficzne) możliwe są zazwyczaj wszelkie formy skutecznego leczenia oszczędzającego pierś.

Ale nie tylko ważne jest samo zaoszczędzenie piersi. Z punktu widzenia możliwych powikłań po zabiegu operacyjnym, jednym z najważniejszych, zagadnień jest możliwość zaoszczędzenia tkanek pachy i nie usuwania wszystkich węzłów chłonnych z tego obszaru. Ale możliwe jest to wyłącznie, gdy węzły chłonne pachy nie są wyczuwalne w badaniu ręcznym i nie ma podejrzenia że mogą być zmienione przez przerzuty w badaniu ultrasonograficznym. Im wcześniej wykryta zmiana, tym większe prawdopodobieństwo, że nie ma przerzutów do węzłów chłonnych.

Metodą pozwalającą na ocenę stanu regionalnych węzłów chłonnych jest tzw. biopsja węzłów wartowniczych. Węzeł wartowniczy to ten, który jest pierwszym na drodze naczynia chłonnego (limfatycznego) biegnącego od strony guza. Nie musi to być wcale węzeł leżący najbliżej guza, stąd konieczność jego rzetelnej oceny, że jest to najpewniej ten, a nie inny, węzeł chłonny.

Metoda biopsji węzła wartowniczego (ang. Sentinel Lymph Node Biopsy) jest znana od roku 1977, kiedy po raz pierwszy zastosował ją Cabañas w raku prącia. Ale dopiero prof. Donald Morton z John Wayne Cancer Institute w Kalifornii, USA, wprowadził ją do praktyki klinicznej w czerniaku w 1992 roku. W raku piersi metodę tę zastosował po raz pierwszy prof Armando Giuliano z Cedars-Sinai Medical Center w Los Angeles, USA.

Węzeł wartowniczy w raku piersi można oznaczyć za pomocą metody barwnikowej, metody izotopowej i metody ferromagnetycznej. W standardzie postępowania diagnostycznego zazwyczaj używana jest metoda izotopowa, najbardziej wiarygodna, często połączona z metodą barwnikową.

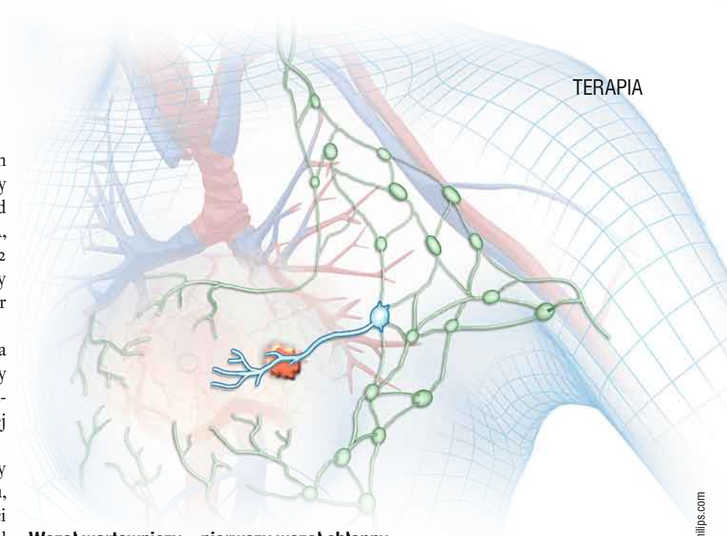
Metoda izotopowa polega na podaniu podskórnie, przy otoczce brodawki sutkowej, izotopu rozpuszczonego w nośniku, którym jest np. albumina (białko). W zależności od wielkości cząsteczki nośnika podaje się go od 1 do około 6 godzin przed planowanym zabiegiem operacyjnym. Objętość podanego znacznika to około 1 cm3. Po podaniu często poleca się pacjentce masować pierś, aby znacznik łatwiej przedostał się do naczyń chłonnych. Dawka izotopu, którym jest radioaktywny izotop technetu Tc99m, wynosi zazwyczaj 1 mCi (millicurie) albo w innych jednostkach promieniowania: 37 megabecquerels (MBq). Jest to bardzo niska dawka, całkowicie bezpieczna zarówno dla pacjenta i jego rodziny, jak i dla personelu medycznego. Oczywiście należy pamiętać, że bez względu na podaną dawkę należy chronić przed promieniowaniem kobiety będące w ciąży, a szczególnie w pierwszym trymestrze (w pierwszych trzech miesiącach ciąży).

Po podaniu izotopu, zazwyczaj już na sali operacyjnej, na 10–15 min przed rozpoczęciem operacji, można podać znacznik barwnikowy, którym najczęściej są barwniki anilinowe. Miejsce podania jest takie same jak dla izotopu. Także w tym przypadku zaleca się delikatny masaż po iniekcji. Jak wspomniano powyżej, dawka izotopu jest tak mała, że nie wymaga dodatkowej ochrony radiologicznej, jak np. fartuchy ochronne czy specjalne rękawiczki. Nie przekraczając dopuszczalnej dawki, którą może otrzymać pracownik medyczny w ciągu roku, może on wykonać ponad 2 tys. tego typu zabiegów rocznie!

Za pomocą ręcznego detektora promieniowania gamma (tzn. gamm-kamera) przed nacięciem skóry wyznacza się obszar promieniowania w obrębie pachy, co pomaga we wstępnym umiejscowieniu węzła wartowniczego, do którego doszedł już izotop. Następnie nacina się skórę nad tym obszarem i delikatnie preparuje, sprawdzając od czasu do czasu gamma-kamerą prawidłowy kierunek preparowania. Za pomocą gamma-kamery znajduje się węzeł zawierający izotop, czyli węzeł wartowniczy. Jeśli podano także znacznik barwnikowy, węzeł ten jest zazwyczaj wybarwiony na kolor zielononiebieski, co pozwala łatwiej go dostrzec. Po wycięciu węzła wartowniczego należy dokładnie sprawdzić gamma-kamerą, czy nie ma innych ognisk gromadzenia izotopu, gdyż u około 10–15% pacjentów mogą być dwa, a nawet więcej węzłów gromadzących izotop.

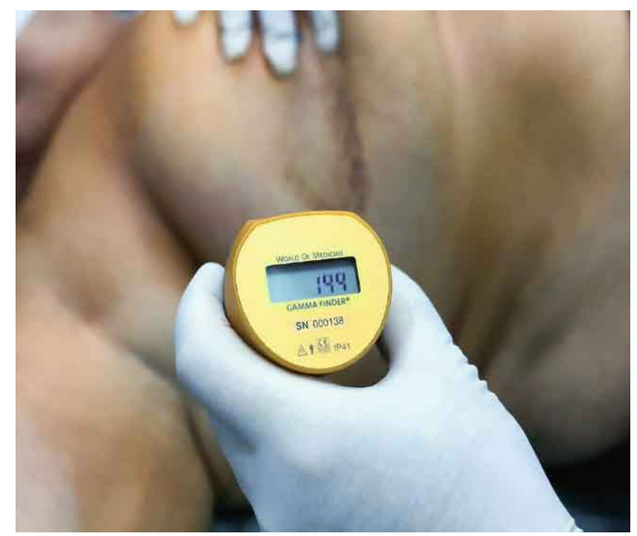
Ocena izotopowa ma niestety swoje ograniczenia, wynikające z przepisów ochrony radiologicznej i dostępności do zakładów medycyny nuklearnej, gdzie przygotowuje się roztwór izotopu do podania go pacjentowi. We wczesnych latach po wprowadzeniu techniki identyfikacji węzłów wartowniczych stosowano jedynie oznaczenia metodą barwnikową. Obecnie jest to rzadko stosowane, gdyż przy braku doświadczenia chirurga w tym typie zabiegu może dochodzić do zbyt dużego urazu chirurgicznego przy preparowaniu tkanek pachy. Bywa, że chirurg zanim znajdzie wybarwiony węzeł wartowniczy, usunie sporą część tkanki tłuszczowo-węzłowej, co może powodować chłonkotok. Są to jednak rzadkie przypadki, zaś ocena węzłów wartowniczych jest wykonywana zazwyczaj w ośrodkach, w których chirurgia piersi jest wykonywana w szerokim zakresie.

W ostatnich latach jest możliwe zastosowanie innego sposobu celowanej identyfikacji węzłów wartowniczych aniżeli metoda izotopowa. Jest to metoda wykorzystująca cząstki tlenku żelaza, które są wykrywane za pomocą detektora magnetycznego – SentiMag®.

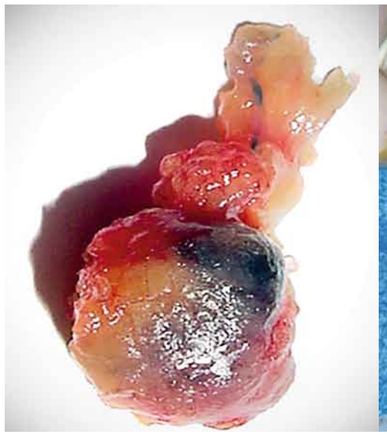


Rys. Phillips.com

Węzeł wartowniczy – pierwszy węzeł chłonny na drodze naczynia chłonnego biegnącego od guza



Ręczny detektor promieniowania gamma.



Wybarwiony węzeł chłonny – węzeł wartowniczy.

Wybarwiony węzeł wartowniczy.

Detektor magnetyczny SentiMag.

SentiMag® jest detektorem magnetycznym i został zaprojektowany do wykrywania niewielkich ilości wprowadzonego przez chirurga supermagnetycznego znacznika Sienna+®. By wykrywać znacznik, sonda ta emituje zmienne pole magnetyczne, które jest absorbowane przez cząstki Sienna+®. Zwrotnie, cząstki emitują zsynchronizowane pole magnetyczne które jest wykrywane przez sondę.

Stosowanie sondy jest bardzo zbliżone do standardowego systemu oceny za pomocą izotopu (podany izotop i ocena gamma-kamerą). Umożliwia ultraczułe wykrywanie i lokalizowanie węzłów chłonnych wyznakowanych Sienna+®.

Sienna+® jest czarno-brązową zawiesiną zawierającą superparamagnetyczne cząstki tlenku żelaza pokryte dekstranem o średnicy kilkudziesięciu nanometrów. Cząstki tej wielkości są w łatwy sposób absorbowane przez naczynia węzłów chłonnych, umożliwiając tym samym jego lokalizację dzięki urządzeniu SentiMag®. Znacznik magnetyczny Sienna+® może być stosowany również przez ośrodki które nie mają dostępu do medycyny nuklearnej.

Bez względu na sposób wykonywania identyfikacji i biopsji węzłów wartowniczych, jest to w chwili obecnej standardowa procedura, która powinna być wykonywana w tych wszystkich przypadkach, gdy nie ma podstaw do podejrzeń, że węzły chłonne pachy mogą zawierać przerzuty. Metoda ta pozwala na uniknięcie niepotrzebnego wycinania całego układu chłonnego pachy, co może spowodować różne powikłania, takie jak zaburzenia ruchomości ręki, chłonotok, obrzęk piersi, czy, w krańcowych przypadkach, słoniowaciznę całej kończyny górnej, co jest bardzo trudne w leczeniu jeśli w ogóle możliwe.

Biopsja węzła wartowniczego jest też bardzo ważna w leczeniu oszczędzającym, gdyż powikłania obrzękowe piersi po wycięciu wszystkich węzłów chłonnych pachy mogą utrudniać leczenie za pomocą radioterapii, która musi być wykonana jeśli ma być zaoszczędzona pierś. ❖

DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI

Fot. © beerkoff1 | Depositphotos.com

Choroby nowotworowe – jak zmniejszyć ryzyko zachorowania

Nowotwory złośliwe to jedne z najgroźniejszych chorób występujących współcześnie. Liczba zachorowań i zgonów z ich przyczyn stale rośnie. Znajdują się na drugim miejscu, zaraz po chorobach serca, wśród przyczyn śmierci w Polsce i innych krajach rozwiniętych.

Rozwój chorób nowotworowych stymulowany jest przez wiele czynników m.in. predyspozycje genetyczne, których wpływ może się nasilać lub zmniejszać pod naporami czynników środowiskowych takich jak chociażby dieta.

Naukowcy ustalili, że liczbę zgonów z powodu nowotworów można zmniejszyć nawet o około 30–40% unikając między innymi: nadwagi i otyłości, niskiej aktywności fizycznej, palenia tytoniu, nieprawidłowych nawyków żywieniowych czy nadużywania alkoholu.

Amerykański Instytut Badań nad Rakiem (American Institute of Cancer Research, AICR) i Światowy Fundusz Badań nad Rakiem (World Cancer Research Fund, WCRF) opracowały wytyczne dotyczące stylu życia oraz sposobu żywienia, które mają wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia nowotworów. **Oto i one:**

1 Utrzymuj masę ciała w przedziale wartości rekomendowanych jako prawidłowe.

Wystarczy, jeśli w ciągu całego życia utrzymujesz masę ciała na poziomie 19–25 BMI (Body Mass Index: masa ciała wyrażona w kilogramach, podzielona przez wzrost w metrach podniesiony do kwadratu: BMI= kg/m^2). Wskaźnik ten jest dość zawodny jeśli chodzi o kulturystów ▶

Fot. © fotokris44 | Depositphotos.com

Mieszanka ziołowa w diecie bezsolnej

Składniki:
- 6 łyżek suszonej naci pietruszki
- 6 łyżek suszonej bazylii
- 6 łyżek suszonego tymianku
- 6 łyżek suszonego (i przesianego) majeranku
- 4 łyżki suszonego i sproszkowanego rozmarynu
- 4 łyżki suszonego szczypiorku
- 4 łyżki słodkiej sproszkowanej papryki
- 2 łyżki granulowanego czosnku

Wykonanie:
- Przyprawy dokładnie wymieszać.
- Mieszankę można przechowywać w suchym i chłodnym miejscu przez trzy miesiące.

i osoby intensywnie uprawiające sport. Rozwijają one duży udział beztłuszczowej masy ciała (tkanki mięśniowej), co w efekcie rzutuje na przyrost wagi czyli podwyższone BMI. Nie można ich jednak zaliczyć do osób otyłych lub nadważnych gdyż o tym decyduje podwyższony udział tłuszczu, a nie mięśni.

Ważne jest także unikanie otyłości brzusznej, dla kobiet prawidłowy obwód talii wynosi <80 cm, dla mężczyzn <94 cm. Otyłość brzuszna, inaczej nazywana trzewną, przekłada się na otłuszczenie narządów wewnętrznych: serca, trzustki czy wątroby, co oznacza pogorszenie ich pracy.

Nadmiar tkanki tłuszczowej to aktywny narząd wydzielania wewnętrznego, uwalnia m.in. związki nasilające procesy zapalne w organizmie zwiększając tym samym także ryzyko schorzeń sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2 i innych zaburzeń metabolicznych. Jest bezpośrednio związany z wyższym ryzykiem raka jelita grubego – wynika z badań, które opublikowało pismo „Cancer Prevention Research".

2 Bądź aktywnym fizycznie przynajmniej przez 30 min.

Niestety, wspomniane 30 minut aktywności nie zawiera się w codziennej drodze z domu do samochodu i z samochodu do miejsca pracy. Nie mówię też o codziennym spacerze po hipermarkecie czy centrum handlowym. Zalecenie to dotyczy dodatkowego ruchu, który musisz specjalnie wykonać w ciągu dnia (najlepiej na świeżym powietrzu) np. na szybki marsz, pływanie, jazdę na rowerze.

3 Zrezygnuj ze spożywania słodkich napojów oraz ogranicz spożywanie żywności o dużej gęstości energetycznej.

Zaleca się aby spożywane produkty żywnościowe i płyny zawierały w 100 g mniej niż 125 kcal. Żywność wysokoenergetyczna to taka, która zawiera około 300 kcal na 100 g. Jakie to konkretnie produkty? Głównie słodycze i słodkie gazowane napoje, produkty wysoko przetworzone i typu fast food. Jeśli chcesz mieć pewność, że jesz właściwie – czytaj etykiety, oprócz wartości kalorycznej warto też zerknąć na skład danego produktu; im będzie krótszy, tym lepiej!

4 Zwiększ w diecie ilość pełnoziarnistych produktów zbożowych, owoców, warzyw i warzyw strączkowych.

Wskazana dzienna dawka to 5 porcji (około 400 g) warzyw i owoców. Pod pojęciem „warzyw" nie kryją się jedynie ziemniaki, które wypadają stosunkowo blado jeśli chodzi o wartości odżywcze, porównując z całą resztą warzywniaka.

W składzie każdego posiłku (a powinno ich być pięć w ciągu dnia) powinny się znaleźć m.in. pełnoziarniste produkty zbożowe (kasze, brązowy ryż, ciemne, pełnoziarniste pieczywo – uwaga na barwione słodem pieczywa, pełnoziarniste makarony) i/lub nasiona roślin strączkowych takich jak np. groch, fasola, soczewica, ciecierzyca, bób.

Dzięki takiej kombinacji dostarczysz odpowiednią ilość błonnika – którego jak się okazuje wciąż spożywamy zbyt mało, sporą ilość białka oraz całą gamę witamin i składników mineralnych niezbędnych w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu.

5 Ogranicz w diecie ilość czerwonego mięsa oraz przetworzonych produktów mięsnych

Badania Światowej Fundacji Badań nad Rakiem (WCRF) wskazują, że wzrost zachorowań na raka jelita grubego ma związek z mięsną dietą. Spożywanie w dużych ilościach mięsa, zwłaszcza czerwonego, zwiększa także ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych.

Czerwone mięso czyli jakie? Np. wołowina, wieprzowina, cielęcina. Pod pojęciem „ogranicz" kryje się nie więcej niż 500 g (po ugotowaniu) takiego mięsa tygodniowo.

Mięso przetworzone to takie, które jest wędzone, konserwowane lub solone i ma sporo konserwantów np. szynka, wędliny, bekon ale też mięso stosowane w fast foodach.

6 Ogranicz spożycie napojów alkoholowych

Według organizacji, mężczyźni powinni ograniczyć się do maksimum 2 drinków dziennie (20–30 g czystego etanolu), kobiety zaś do jednego (10–15 g czystego etanolu).

7 Ogranicz spożycie soli i żywności zawierające duże jej ilości.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 2013 r. podtrzymała zalecenie, żeby dzienne spożycie soli nie przekraczało 5 g, czyli 1 płaską łyżeczkę.

A ile spożywają Polacy? Podobno przodujemy pod tym względem w Europie, i zdaniem ekspertów z Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego spożywamy jej aż 3 razy więcej niż zaleca Światowa Organizacja Zdrowia (czyli ok. 15 g na dobę).

Należy pamiętać też, że nie tylko dosalanie obiadu jest złym nawykiem, ale także nadmierne spożycie tak zwanej soli ukrytej, czyli produktów, które zawierają spore jej ilości takie jak: sery, wędliny, konserwy, kiszonki, dania gotowe, marynaty oraz mieszanki przypraw (50% składników to sól).

8 Zapewnij pokrycie z dietą zapotrzebowania na wszystkie witaminy i składniki mineralne.

Odpowiednio zbilansowana i urozmaicona dieta w zupełności wystarcza aby pokryć zapotrzebowanie organizmu na składniki odżywcze. Zmniejsza też ryzyko wielu chorób, także nowotworowych.

Sztuczna suplementacja nie idzie w parze z prewencją nowotworową, a w nadmiarze może mieć szkodliwy wpływ na zdrowie. Niektóre przypadki chorobowe wymagają zastosowania suplementów diety ale pod kontrolą lekarza.

Jak mawiał Paracelsus wszystko jest trucizną, i nic nie jest trucizną. Tylko dawka czyni truciznę. ❖

MGR MAGDALENA OLECH

Liczbę zgonów z powodu nowotworów można zmniejszyć nawet o 30-40% przestrzegając prawidłowego trybu życia.

Fot. © Wavebreakmedia | Depositphotos.com

Zawartość błonnika w 100 g wybranych owoców i warzyw

Banan	1,7 g
Borówki amerykańskie	2 g
Czarne jagody	3.2 g
Czereśnie	1,3 g
Figi suszone	12,9 g
Granat	4,2 g
Grejpfrut	1,9 g
Gruszka	2,1 g
Jabłko	2 g
Pomarańcza	1,9 g
Rodzynki	6,5 g
Truskawki	1,8 g
Śliwki węgierki	1,6 g
Wiśnie	1,0 g
Bób	5,8 g
Brokuły	2,5 g
Brukselka	5,4 g
Burak	2,2 g
Cukinia	1 g
Dynia	2,8 g
Fasola biała	5,6 g
Fasola czerwona	5 g
Fasola szparagowa	3,2 g
Groszek zielony	6 g
Kapusta biała	2,4 g
Kalafior	2,3 g
Kukurydza	3,3 g
Marchew	3,6 g
Ogórek	0,5 g
Papryka czerwona	2 g
Rzodkiewka	2 g
Sałata	1,4 g
Szpinak	2,6 g
Ziemniaki	1,2 g

Leczenie bólu w nieoperacyjnym raku trzustki

Rak trzustki jest jednym z gorzej rokujących nowotworów. Jedynie około 20% pacjentów kwalifikuje się do leczenia operacyjnego, a pięć lat przeżywa zaledwie 5% chorych.

Wynika to z początkowo bezobjawowego przebiegu i objawów, które mogą zwrócić uwagę na chorobę tego narządu dopiero w zaawansowanym jej stadium. Umiejscowienie blisko dużych pni naczyniowych (pień trzewny, naczynia krezkowe górne zaopatrujące w krew jelito cienkie), dróg żółciowych (końcowy odcinek przewodu żółciowego przebiega w obrębie głowy trzustki), wnęki wątroby (miejsca wnikania do miąższu wątroby żyły wrotnej odprowadzającej krew m.in. z jelit, tętnicy wątrobowej, wychodzenia dróg żółciowych z obu płatów wątroby) powoduje, że rosnący guz nacieka te struktury i często jest z tego powodu nieoperacyjny w chwili, gdy jest możliwy do wykrycia. Dodatkowo nowotwór ten szybko daje przerzuty do węzłów chłonnych, wątroby, otrzewnej, płuc i innych narządów.

Trzustka leży także blisko splotów nerwowych (splot trzewny **http://pl.wikipedia.org/wiki/Splot_trzewny**) co skutkuje tym, że w przypadku ich naciekania występują bardzo sile bóle, trudne do opanowania standardowym leczeniem przeciwbólowym. Jest to tzw. ból nocyceptywny, czyli ból receptorowy, o charakterze trzewnym.

Metody inwazyjne leczenia bólu w raku trzustki polegają na podaniu substancji niszczących sploty nerwowe. Jest to neuroliza splotu trzewnego a także wycięcie pnia współczulnego (drogi nerwowej przewodzącej impulsy nerwowe ze splotu trzewnego) za pomocą torakoskopii (zabieg wykonywany w obrębie klatki piersiowej bez jej otwierania, analogicznie jak laparoskopia w obrębie jamy brzusznej).

Neuroliza powoduje efekt przeciwbólowy, który utrzymuje się do kilku miesięcy. Zmniejszenie dolegliwości bólowych może się nawet utrzymać do kilkunastu miesięcy. W tym celu obstrzykuje się splot trzewny środkami powodującymi jego neurolizę (rozpad komórek nerwowych) takimi jak alkohole etylowy, fenol lub glicerol. Procedurę tę można wykonać w warunkach ambulatoryjnych, stosując znieczulenie miejscowe a także w czasie zabiegu operacyjnego, gdy możliwe jest bezpośrednie dojście do splotu trzewnego.

Wycięcie pnia współczulnego wykonuje się poprzez zabieg torakoskopowy (wprowadzenie układu optycznego do jamy opłucnej i operacja narzędziami wprowadzonymi przez małe nacięcia pod kontrola wideo) w znieczuleniu ogólnym.

Inną opcją stosowaną dla zniszczenia dróg nerwowych jest zastosowanie termoablacji za pomocą fal radiowych (ang. Radiofrequency Thermocoagulation). Metoda ta wykonywana jest z użyciem specjalistycznego sprzętu w znieczuleniu miejscowym, w warunkach szpitalnych, z wykorzystaniem oceny radiologicznej.

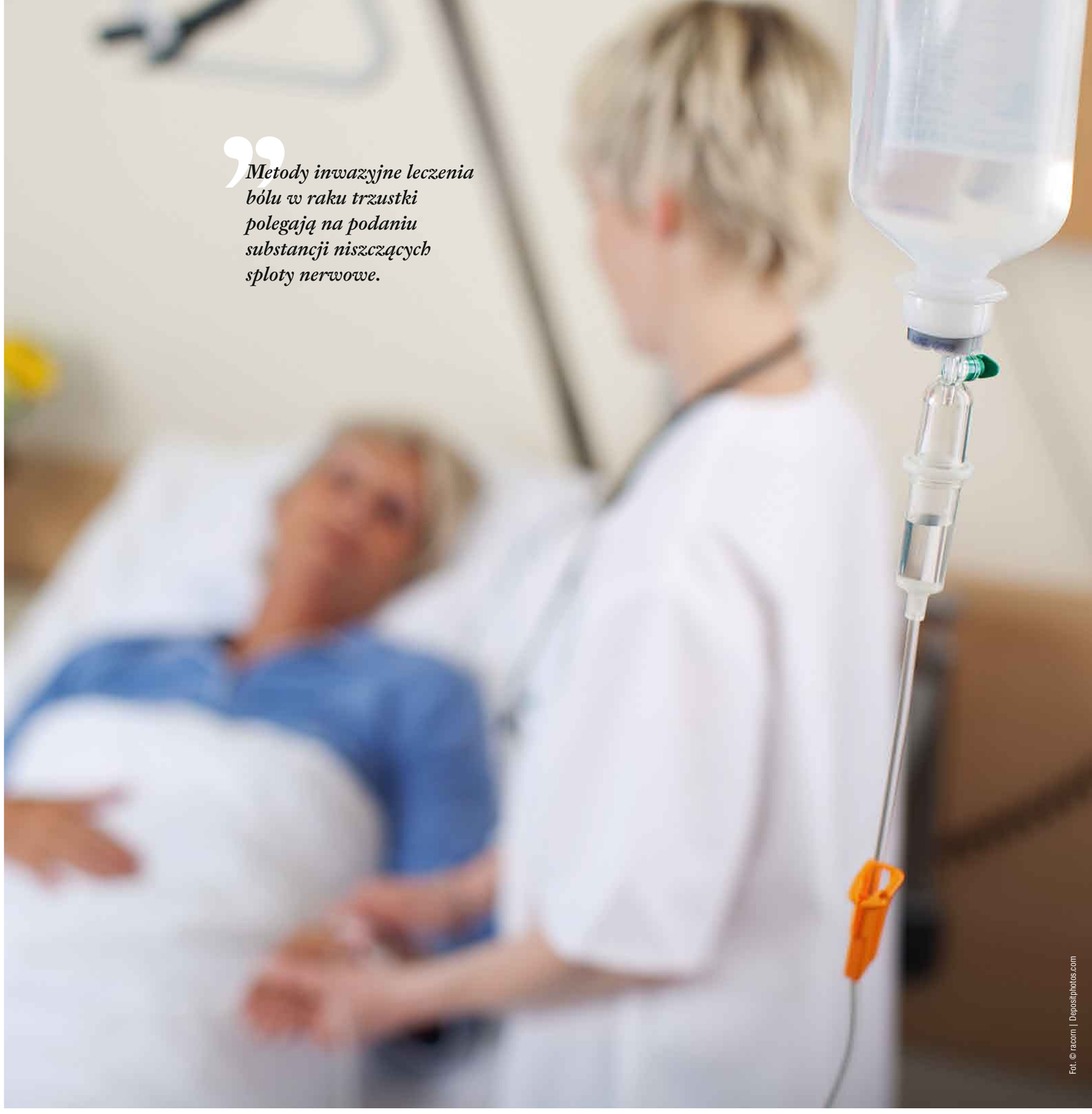
Oba te sposoby leczenia bólu, wykonywane między innymi w nieoperacyjnym raku trzustki, są stosowane w przypadku, gdy leczenie środkami przeciwbólowymi nie przynosi spodziewanej korzyści, a bóle są coraz mocniejsze i jedyną drogą jest zwiększanie już stosowanych leków, co wiąże się z częstszym i silniejszym występowaniem skutków ubocznych (zaparcia, zaburzenia świadomości, senność i inne).

Zastosowanie inwazyjnych metod leczenia bólu pozwala na ograniczenie stosowania silnych leków przeciwbólowych, często nawet o połowę. Zabiegi te mają uzasadnienie w silnych, ciągłych bólach, nie reagujących na leczenie silnymi lekami przeciwbólowymi. W innych przypadkach silnych bólów, na przykład w bólach przebijających, bardziej zasadne jest stosowanie silnych leków przeciwbólowych w jednorazowym bolusie, dodatkowo do dobranego, skutecznego schematu leczenia bólu. ❖

Opracowanie: LEK MED. PAULINA CICHON

Materiały źródłowe:

1. Pain Physycian 2013;16:125-133
2. Eur J Surg Oncol 2005;31:768-773
3. Pol Med Paliat 2004;3:343-352
4. www.puo.pl/pdf/leczenie_bolow_nowotworowych.pdf



Metody inwazyjne leczenia bólu w raku trzustki polegają na podaniu substancji niszczących sploty nerwowe.

Fot. © racorn | Depositphotos.com

Jak zapobiegać i leczyć zaparcia u osób z chorobą nowotworową?

Fot. © AndreyPopov | Depositphotos.com

Zaparcia ciężkie to nawet dwa lub mniej wypróżnień w miesiącu, podczas gdy w stanach fizjologii mówi się o kilku wypróżnieniach dziennie, do 2–3 tygodniowo (w zależności od uwarunkowań osobniczych, diety, aktywności fizycznej).

Problem zaparć jest istotny u pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową – ze względu na sam proces nowotworowy, zaburzenia czynności przewodu pokarmowego na tle choroby podstawowej, osłabienie jak i przyjmowane przewlekle leki, które jeszcze dolegliwości nasilają.

Objawy zaparć

Bóle towarzyszące zaparciom przewlekłym lokalizowane są często po lewej stronie śród- i podbrzusza, opisywane przez pacjentów, jako skurczowe lub kolkowe przed oddaniem stolca, z uciążliwym parciem na stolec nawet, gdy nie dojdzie do defekacji, po oddaniu natomiast ze znacznym utrudnieniem, ból lokalizuje się w okolicy odbytu. Niekiedy po wydaleniu z wysiłkiem twardego stolca następuje 1–2 dniowy okres biegunkowy (stolec obfity i luźny). Pojawienie się świeżej bądź hemolizowanej krwi lub śluzu w kale powinno zawsze wzbudzić niepokój a zmusić do wnikliwszej obserwacji i pilnej diagnostyki zwłaszcza wtedy, gdy towarzyszy temu znaczna utrata wagi, osłabienie, inne dolegliwości, które wcześniej nie były obserwowane.

Zaparcia mogą dotyczyć pacjentów w każdym wieku, jednak statystycznie częściej obserwowane są w grupie osób starszych. Mogą być związane z błędami dietetycznymi, chorobą podstawową, ale i być powikłaniem dotychczas prowadzonego leczenia farmakologicznego, a w przypadku pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, po leczeniu, również radio- i chemioterapii.

Leczenie zaparć zależy głównie od przyczyny, wagi i czasu ich trwania. Niejednokrotnie do leczenia przyczynowego należy dołączyć leczenie objawowe dolegliwości towarzyszących. Co niezmiernie istotne, szczególnie u pacjentów większego ryzyka, wdrażać postępowanie zapobiegawcze.

Zaparcia to utrudnione lub nieczęste defekacje (wypróżnienia).

Zapobieganie występowaniu zaparć

Modyfikacja diety jest pierwszym i podstawowym krokiem u każdego pacjenta zgłaszającego się z tym schorzeniem. Wystarczająca ilość błonnika (od 20 do 35 gramów dziennie), pokarmy wysokoresztkowe i nieprzetworzone: pełne ziarna zbóż i otręby, świeże owoce i warzywa pomagają w formowaniu miękkich stolców o dużej masie. Produkty ubogie w błonnik lub nie zawierające go wcale jak i wysokoprzetworzone powinny być w miarę możliwości wykluczane z diety. Poza tym należy unikać przejadania się – spożywania obfitych posiłków, rzadziej niż 5 razy na dzień. Niedopuszczalne są długie przerwy pomiędzy posiłkami.

Spożywanie dziennie przynajmniej 2 litrów płynów, najlepiej wody mineralnej niegazowanej bądź przegotowanej to kolejna istotna zmiana w stylu życia, jaką należy podjąć w walce z zaparciami. Poza wodą, wskazane są soki owocowe i warzywne oraz zupy – poza wodą pokarmową stanowią źródło błonnika i witamin. W porach letnich, gdy bilans płynowy jest ujemny (silniejsze pocenie i większe parowanie) – podawanych doustnie płynów powinno być odpowiednio więcej, aby nie doprowadzić organizmu do odwodnienia. Pacjenci hospitalizowani, w szczególności ci, u których podaż drogą doustną jest niewystarczająca, powinni być nawadniani pozajelitowo – kroplówki dożylne, płyny wieloelektrolitowe fizjologiczne, pod kontrolą dobowego bilansu płynowego.

Regularna aktywność fizyczna poprawia ogólną kondycję, wytrzymałość, zwiększa siłę mięśniową, wpływa na stan hormonalny pacjenta, poprawia funkcjonowanie przewodu pokarmowego. U pacjentów przewlekle chorych, leżących warto w planie dnia uwzględnić zajęcia z fizjoterapeutą – ćwiczenia czynne, bierne oraz masaże (masaż brzucha).

Modyfikacja farmakoterapii u pacjentów przewlekle chorych może przyczynić się do spadku ryzyka nawracających zaparć. Chorzy obciążeni, z aktywną chorobą nowotworową, towarzyszącymi silnymi dolegliwościami bólowymi wielokrotnie, jako jedyny bądź jeden z wielu leków przeciwbólowych mają często podawane pochodne opioidowe. Środki te istotnie wpływają na funkcjonowanie układu krążenia (bradykardia, spadek ciśnienia tętniczego), jak i przewodu pokarmowego (wymioty, nudności, bardzo uciążliwe zaparcia).

Działanie zapierające pochodnych opioidowych jest popularnie wykorzystywane w słabszych preparatach podawanych przy uporczywych biegunkach (loperamid). Przy długotrwałym stosowaniu morfiny, jako jednego z silniejszych leków, należy się liczyć z ryzykiem zaparć, w szczególności u pacjentów, którzy w związku z brakiem sił, bólem bądź ogólnym pogorszeniem stanu zdrowia większą część dnia spędzają w łóżku. Istotne są modyfikacje dietetyczne, kontrola oddawania stolca, a w przypadku pierwszych oznak osłabienia funkcjonowania przewodu pokarmowego, stosowanie środków delikatnie usprawniających perystaltykę – rozluźniających stolec (laktuloza lek z wyboru w tym wskazaniu).

O ile to możliwe, należy rozważyć modyfikację leczenia farmakologicznego przewlekłych dolegliwości bólowych na tle choroby podstawowej. Słabszy opioid z lekiem nieopioidowym bądź połączenie leku nieopioidowego z morfiną w mniejszej dawce pozwala uniknąć części skutków ubocznych obu stosowanych farmaceutyków. Mimo, iż morfina jest lekiem silnym, skurczowe bóle kolkowe towarzyszące zaparciu i pogłębiającej się podniedrożności nie reagują w pełni na jej działanie. Poza opioidami, zaparcia są nasilane przez leki zobojętniające, zawierające związki glinu, preparaty wapnia, leki psychotropowe, pochodne fenotiazyny, leki uspokajające oraz trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne – warto mieć to na uwadze i w miarę możliwości wprowadzać odpowiednie modyfikacje lekowe. Uzupełnienie diety o probiotyki, również w istotny sposób wpływa na regulowanie cyklu wypróżnień. Są to preparaty zawierające żywe mikrobiologiczne, podawane doustnie wyselekcjonowane kultury bakterii lub drożdży, najczęściej pałeczki kwasu mlekowego (*Lactobacillus*). Bakterie, poza korzystnym wpływem na pasaż jelitowy, są bezpośrednim producentem witamin z grupy B, wpływają na utrzymanie odpowiedniej kwasowości jelita, zapobiegają rozwojowi mikroflory patologicznej, poprawiają wchłanianie wapnia, żelaza i cynku, stymulują układ immunologiczny.

Środki poślizgowe, np. laktuloza, parafina, ułatwiają defekacje. Są szczególnie zalecane w małych dawkach u pacjentów przewlekle chorych, leżących, u których ważna jest długotrwała kontrola rytmu wypróżnień. ▶

Przyczyny zaparć:

- dieta ubogoresztkowa (niska zawartość błonnika)
- zbyt mała podaż płynów (poniżej 2 litrów na dobę)
- długotrwałe unieruchomienie(po zabiegach operacyjnych, po wypadkach, ciężkie choroby przewlekłe)
- niewielka aktywność fizyczna bądź zupełny jej brak
- zespół jelita drażliwego
- bolesne schorzenia odbytu(szczelina odbytu, żylaki odbytu, ropnie okołoodbytnicze, kłykciny kończyste)
- przewlekła terapia lekami upośledzającymi pasaż jelitowy (leki psychiatryczne)
- przewlekłe stosowanie opioidów, nadużywanie w celach rozrywkowych
- nadużywanie środków przeczyszczających i nagłe ich odstawienie
- stres przewlekły
- powstrzymywanie się przed wypróżnieniem
- choroby internistyczne: niedoczynność tarczycy, choroby idiopatyczne jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna);
- problemy onkologiczne: nowotwór jelita grubego lub odbytnicy, stany podniedrożności jelit po leczeniu: chemio lub radioterapii na obszarze miednicy, nowotwory miednicy powodujące ucisk na jelito grube z zewnątrz, przerzuty do otrzewnej i zwężenia, zrosty na ich podłożu
- stan po licznych zabiegach operacyjnych – laparotomiach (podniedrożność zrostowa)
- zaburzenia neurologiczne: stany po udarze, stany po wypadkach z uszkodzeniem kręgosłupa, uszkodzenie lędźwiowego odcinka rdzenia kręgowego, splotu miednicznego, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, zespół ogona końskiego
- skłonności osobnicze

Leczenie zaparć

Uwaga! Każde postępowanie, zarówno dietetyczne jak i lecznicze u chorych z rozpoznaną chorobą nowotworową lub inną dotyczącą przewodu pokarmowego wymaga konsultacji z lekarzem! Nie wolno samemu modyfikować ani zmieniać zalecenia lekarza. Może to skończyć się perforacją jelita lub wystąpieniem niedrożności. Oba te stany mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia i należy leczyć je chirurgicznie.

Leki drażniące błonę śluzową i podśluzową jelita grubego to pochodne polifenoli (bisakodyl) oraz atrachinony (liście senesu, kłącze rzewienia, aloes, kora kruszyny). Drażnią podśluzówkowe sploty nerwowe (sploty Auerbacha) ściany jelita grubego – pobudzają perystaltykę jelit, zwiększają sekrecję wody i elektrolitów do światła jelita. Efekt przeczyszczający pojawia się po upływie 6 do 10 godzin od podania leku. Są to preparaty działające łagodnie, podawane z rozsądkiem nie powodują przyzwyczajenia.

Nie należy stosować leków stymulujących jelito grube u chorych z niedrożnością mechaniczną na tle procesu rozrostowego jelita grubego – może to nasilić bóle kolkowe, w skrajnych przypadkach, przy istotnym przedawkowaniu, doprowadzić do perforacji. Poważne zaburzenia elektrolitowe (hipokaliemia, hipokalcemia i towarzysząca im wtórna atonia jelit) w trakcie przyjmowania tych preparatów jak i odwodnienie nie powinny być obserwowane w przypadku odpowiedniej diety oraz spożywania dużej ilości płynów doustnie w trakcie przyjmowania leków.

Leki pęczniejące tworzą z wodą galaretowaty żel, o dużej objętości i właściwościach poślizgowych, a w związku z brakiem enzymów hydrolizujących je do mniejszych cząsteczek, nie są wchłaniane przez błonę śluzową przewodu pokarmowego. Należą do nich: sole kwasu alginowego (agar-agar, karagen, alginian sodowy i potasowy), nasiona pełsznika (*Semen Psyllii*), nasiona lnu (*Semen Lini*) oraz syntetyczne etery celulozy (metyloceluloza, karboksymetyloceluloza). Mechanizm ich działania polega na zwiększaniu objętości treści pokarmowej i nadawaniu jej luźnej konsystencji. Są to leki działające łagodnie, jednak długo stosowane, tracą skuteczność. Stosując te preparaty również należy pamiętać, iż do ich prawidłowego działania istotna jest odpowiednia podaż płynów.

Środki poślizgowe (a wśród nich najpopularniejsze parafina) ułatwiają przemieszczanie mas kałowych w jelicie oraz powodują zmiękczenie stolca i zapobiegają zwrotnemu wchłanianiu wody. Parafina ciekła stanowi mieszaninę wyższych nienasyconych węglowodorów. Powleka wewnętrzną ścianę jelita śliską warstwą, pełni funkcję ochronną oraz zmiękcza masy kałowe. Absorbując je, zaburza wchłanianie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K) co należy mieć na uwadze przy częstym stosowaniu parafiny.

Leki osmotycznie czynne, na drodze zwiększenia ciśnienia osmotycznego w świetle jelita, prowadzą do aktywnego transportu wody i zwiększania objętości mas kałowych. Ich skuteczność ujawnia się po kilku godzinach od podania. Do grupy tej należą sole przeczyszczające (siarczan magnezu, siarczan sodowy, fosforan dwusodowy, tlenek magnezowy, nadtlenek magnezowy, węglan magnezowy), sole wielowartościowych kwasów organicznych (winowego, cytrynowego, jabłkowego, fumarowego) oraz dwucukry – bardzo często stosowana laktuloza. Laktuloza rozkładana jest dopiero w jelicie grubym przez bakterie saprofityczne. Powstające w jej przemianach kwasy organiczne (kwas mlekowy i kwas octowy) zakwaszają treść pokarmową, pobudzają perystaltykę, powodują czynne przechodzenie wody do światła jelita – na skutek zmian ciśnienia osmotycznego. Z obserwowanych działań niepożądanych najistotniejsze wydają się bolesne wzdęcia, z masywnym oddawaniem gazów, niekiedy z kurczowymi ruchami robaczkowymi (u niektórych pacjentów konieczność stosowania leków przeciwbólowych rozkurczowych). Czopki glicerynowe wykazują podobne działanie, jednak ich działanie ograniczone jest wyłącznie do końcowych odcinków jelita grubego.

Leczenie towarzyszące

Leki przeciwbólowe są również niezwykle istotne w leczeniu objawów towarzyszących zaparciom. Pacjenci zgłaszający się do lekarza z objawami podniedrożności, wymagają pomocy zarówno przyczynowej: podania leków propulsywnych, przyspieszających perystaltykę jelit, zwiększających objętość stolca i ułatwiających wydalenie mas kałowych, ale i leków objawowo zmniejszających ból.

Dolegliwości opisywane są przez pacjentów, jako: bóle skurczowe, słabo zlokalizowane, wędrujące. Zastosowanie leków rozkurczowych (np. butylobromek hioscyny) działających rozkurczowo (spazmolitycznie) na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego (również celowe w innych schorzeniach – zmniejszające napięcie zwieraczy dróg żółciowych i układu moczowego), zmniejsza dolegliwości bólowe towarzyszące zaparciom. Należy pamiętać, iż nieznacznie zwalniają one perystaltykę jelit, dlatego też celem przywrócenia prawidłowego pasażu istotna jest farmakoterapia przyczynowa.

O ile do objawów podniedrożności dołączają się nudności i wymioty, kolejnym lekiem działającym objawowo jest metoklopramid: lek przyspiesza opróżnianie żołądka, hamuje nudności i wymioty, pobudza perystaltykę przewodu pokarmowego.

Leki przeciwbólowe niesteroidowe powinny być lekami z wyboru celem objawowego łagodzenia dolegliwości bólowych towarzyszących zaparciom. Wśród wszystkich niesteroidowych, nieopioidowych, pyralgina i paracetamol mają najmniejszy wpływ niekorzystny na czynność przewodu pokarmowego, stąd też mogą być lekami z wyboru.

Należy pamiętać, że leki opioidowe, silnie działające, w bardzo małym stopniu łagodzą bóle kolkowe (niektóre preparaty mogą je nawet nasilać). Poza tym, w przypadku opioidów, obserwujemy znaczący wpływ na czynność perystaltyczną przewodu pokarmowego: nasilenie skłonności do zaparć jest jednym z głównych działań niepożądanych przewlekłej terapii morfiną. ❖

Opracowanie: LEK. MED. PAULINA CICHON

Fot. © Ertekmali | Dreamstime.com

Jak chronić się w naturalny sposób przed zaparciami

Błonnik pokarmowy to nie jedna substancja, a cały zbiór pod jedną nazwą. Zawarty jest w ścianach komórkowych roślin. Nie ulega klasycznemu trawieniu i wchłanianiu ale jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania układu pokarmowego. Dlaczego?

Dzieje się tak dlatego, ponieważ błonnik zwiększa masy kałowe, powoduje szybsze ich przesuwanie i tym samym usuwanie toksyn i zbędnych substancji przemiany materii. Zapobiega też tworzeniu się złogów w jelitach.

Ponadto błonnik ma jeszcze inne pozytywne działanie – sprzyja powstawaniu prawidłowej flory bakteryjnej w jelicie, która ma bezpośrednie przełożenie na odporność naszego organizmu. Usuwa zaparcia, reguluje poziom cukru we krwi, obniża poziom cholesterolu i zapobiega powstawaniu nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Jak więc widać roli błonnika nie sposób przecenić. ▶

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca dzienne spożycie błonnika od 20 do nawet 40 g na dobę – a zatem, uśredniając około 30 g błonnika zawierają:

- około 6 garści daktyli,
- 4 szklanki porzeczek czerwonych,
- 2,5 szklanki otrębów pszennych,
- 1 szklanka siemienia lnianego,
- 2 szklanki wiórków kokosowych,
- 1 szklanka kaszy bulgur,
- 1 szklanka białej fasoli,
- 2 szklanki czerwonej soczewicy,
- 1 szklanka nasion amarantusa,
- 3 garści suszonych fig,
- 8 kromek pumpernikla,
- 2 szklanki ryżu brązowego,
- 3 szklanki kaszy jęczmiennej pęczak,
- 3,5 szklanki makaronu pełnoziarnistego,
- 15 średnich bananów,
- 3 szklanki malin,
- 8 jabłek,
- 8 szklanek startych buraków,
- 30 ziemniaków.

Niestety nie są to ilości, które można zjeść na raz, dlatego lepiej odwzoruje taką zawartość błonnika przykładowe zestawienie posiłków:

- **Śniadanie**, kanapki z jajkiem: 2 kromki chleba żytniego pełnoziarnistego, garść rukoli oraz średni pomidor.
- **Drugie śniadanie:** kiwi, gruszka.
- **Obiad**, duszona pierś z indyka z następującymi warzywami: pół szklanki fasoli czerwonej, 3 średniej wielkości ziemniaki, 7 sztuk oliwek czarnych, 2 łyżeczki tymianku, ząbek czosnku, szczypta pieprzu.
- **Podwieczorek**, sałatka z tuńczykiem: garść roszponki, papryka czerwona cała, łyżka kiełków
- **Kolacja**, faszerowany pomidor: średni pomidor, ¼ szklanki kaszy jaglanej, średni ogórek kwaszony.

Uwaga: nabiał, mięso, wędliny, ryby, jaja nie zawierają błonnika i zostały podanej jedynie jako przykłady kompozycji posiłków.

1 Sałatka z makaronem, fasolką szparagową i czosnkiem

Składniki:

- drobny makaron z semoliny ugotowany al dente,
- ser pleśniowy lub feta – kilka plasterków,
- szynka drobiowa pokrojona w kosteczkę – kilka plasterków,
- fasolka szparagowa zielona (może być mrożona),
- czosnek (2 ząbki przeciśnięte przez praskę),
- natka pietruszki i świeża bazylia,
- olej sezamowy, łyżeczka.

Wykonanie:
Składniki łączymy, mieszamy z dowolnymi przyprawami i olejem sezamowym.

Fasolka szparagowa:

- wspomaga procesy trawienne dzięki wysokiej zawartości błonnika,
- obniża ciśnienie krwi zapobiegając udarom (dzięki zawartości przeciwutleniaczy, witaminy B_6, ryboflawiny, magnezu, kwasu foliowego oraz potasu),
- pomaga kontrolować poziom cukru, ma niski indeks glikemiczny (IG 15),
- stymuluje prawidłowy przepływ moczu, działa moczopędnie, i przyspiesza usuwanie kwasu moczowego z organizmu.

2 Kurczak Curry

Składniki:
Mięso z piersi kurczaka, pojedyncza średnia:

- 1 szklanka jogurtu naturalnego,
- 1 średnia cebula,
- 3 łyżeczki curry,
- 3 łyżeczki kurkumy,
- 2 łyżeczki papryki czerwonej słodkiej, mielonej,
- 2 łyżeczki oliwy z pierwszego tłoczenia,
- ryż Basmati lub razowy około ¼ szklanki (45 g).

Sałatka:

- pomidor,
- roszponka,
- olej sezamowy.

Wykonanie:
Mięso myjemy, kroimy w kostkę, mieszamy z jogurtem i przyprawami, odstawiamy na przynajmniej pół godziny do lodówki.
Cebulę posiekaną w kosteczkę szklimy na oliwie w głębszej patelni, dodajemy kurczaka (porcjami, aby patelnia się zbytnio nie wychłodziła) i całość dusimy, co jakiś czas mieszając. Jeśli będzie zbyt dużo sosu można jego nadmiar odparować.
Opcjonalnie można też dodać ostrą paprykę.
Podawać z ryżem, najlepiej brązowym lub Basmati, kaszami lub komosą ryżową i dowolnymi warzywami.

Kurkuma: jej składnik – kurkumina to polifenol, który ma korzystny wpływ na ludzkie zdrowie, posiada właściwości przeciwzapalne, antyoksydacyjne, przeciwnowotworowe, żółciopędne i oczyszczające. Hamuje także rozwój pierwotniaków chorobotwórczych.
Badania zebrane w ciągu ostatnich 50 lat potwierdzą, że kurkumina m.in.:

- obniża poziom cholesterolu,
- hamuje zakrzepicę,
- hamuje replikację HIV,
- hamuje tworzenie się guzów,
- przyspiesza gojenie ran,
- chroni przed zaćmą,
- hamuje objawy wywołane cukrzycą typu II.
- zapobiega zawałowi mięśnia sercowego.

Naukowcy z Centrum Badań nad Rakiem w Houston udowodnili, że ludzie spożywający przynajmniej ¼ łyżeczki kurkumy dziennie o 10 razy rzadziej chorują na raka nerki, 8 razy rzadziej na raka płuc i 5 razy rzadziej na raka piersi.
Badania opublikowane w czasopiśmie „Annals of Indian Academy of Neurology" w 2008 wskazują, że właściwości antyoksydacyjne, przeciwzapalne i lipofilne kurkuminy poprawiają funkcje poznawcze pacjentów z chorobą Alzheimer'a. ❖

MGR MAGDALENA OLECH

Fot. © takokonov | Depositphotos.com

WAŻNE!

Jeśli do tej pory twoja dieta była uboga w błonnik, wprowadzaj je powoli stopniowo! Zacznij od niedużych ilości i zwiększaj nieznacznie każdego dnia, aby układ pokarmowy przyzwyczaił się do trawienia błonnika. Bardzo ważne jest również, aby więcej pić. Włókno roślinne bowiem potrzebuje dużej ilości wody, by napęcznieć i osiągnąć optymalną konsystencję. Jeśli nie będziesz wystarczająco pił efekt może być przeciwny od zamierzonego – błonnik stanie się twardy i gęsty. W efekcie pojawią się bóle brzucha, zaparcia i poczucie ciężkości.

Fot. © ean-marie Guyon | Dreamstime.com

Stomia – nie wyrok!

Kiedy spotyka nas ciężka choroba, uświadamiamy sobie, że coś tracimy. Dla jednych są to przyjaciele, dla innych rodzina, inni znowu tracą zapał i chęci do codziennych, zwykłych czynności.

Przed jedenastu laty przeszedłem kilka skomplikowanych operacji jamy brzusznej, dokonano resekcji wielu narządów wewnętrznych i wyłoniono mi stomię. Dopełnieniem tego wszystkiego było żywienie pozajelitowe, czyli kilkanaście godzin dziennie ze stojakiem szpitalnym w ręku.

Początkowo pomyślałem, że to już za dużo, jak na jedną osobę. Jak z tym żyć, jak odnaleźć choćby cząstkę wcześniejszego życia pełnego kontaktów ze znajomymi, wyjazdów i pasji jaką są góry.

Przez wiele lat uprawiałem czynnie narciarstwo, wspinaczkę, trekking i nagle... takie wyzwanie. Tak, piszę: wyzwanie! ponieważ tylko w takiej kategorii starałem się myśleć, postawić kolejny cel. Ale jaki?

Na początku – bardzo prosty. Przejście korytarza szpitalnego. Raz, drugi, trzeci... Leżąc w szpitalnej sali, z rurkami w brzuchu, skrycie i ze strachem czytałem o znajomych, którzy zdobywają kolejne szczyty. Wówczas postawiłem sobie cel: aby jako stomik i osoba z żywieniem pozajelitowym – zdobyć dach Europy. Mont Blanc!

Cel wydawał się nieosiągalny, ale to marzenia wyznaczają naszą przyszłość, a dążenie do ich realizacji staje się dźwignią naszych, nawet najbardziej wyssanych przez chorobę sił.

Po wyjściu ze szpitala rozpocząłem długi proces przygotowań do realizacji tego celu. Zaoszczędzone pieniądze przeznaczałem na wymieniany sprzęt i sprawy logistyczne, spotkałem też wielu wspaniałych ludzi którzy, rozumiejąc mój trud – wspierali mnie, na ile tylko mogli to uczynić.

Wyjazd się powiódł i w roku 2011 – prawdopodobnie jako pierwsza osoba żywiona pozajelitowo na świecie – stanąłem na najwyższym szczycie Europy, Mont Blanc – ale o tym może innym razem.

Namawiając ludzi ze stomią do aktywności fizycznej, korzystając ze swojego doświadczenia uczulam zawsze na dopasowanie właściwego sprzętu do okoliczności. Sam przez wiele lat korzystam ze sprzętu pewnej firmy, ale w ostatnich latach, zauważyłem pewne braki w asortymencie i pogorszenie jakości.

Dopiero będąc na prezentacji sprzętu firmy Salts znalazłem produkty, których zawsze poszukiwałem na naszym rynku. Poprosiłem więc o przesłanie próbek worków i środków do pielęgnacji stomii. Produktów tych używałem przez kilka miesięcy i chciałbym podzielić się z Państwem swoją opinią. Sprzęt był testowany podczas pobytu narciarskiego w Beskidach oraz wyjazdu w Tatry.

Worek jednoczęściowy **confidence** (normalnie korzystam ze sprzętu dwuczęściowego) po przyklejeniu bardzo dobrze przylega do ciała, dopasowuje się do fałd brzusznych, przy skłonach, zgięciach nie uciska, ma bardzo przemyślane zapięcie. W normalnych warunkach daje to dwa dni bezpiecznego korzystania, awaryjnie zaś można mu przedłużyć „żywotność" do trzech dni – oklejając krawędzie plastrami SecuPlast Hydro.

Fot. © swisshippo | Depositphotos.com

Wyzwanie! Tylko w takiej kategorii starałem się myśleć, postawić kolejny cel...

Plastry to następny produkt godny uwagi każdego stomika, w sytuacjach kiedy odklejały się krawędzie płytek i aby nie doszło do wycieku treści jelitowej – na przykład w trakcie podróży. Wielokrotnie używałem zwykłego przylepca, który uczulał skórę, teraz zaś stosuję plastry SecuPlast, nawet przy intensywnym ruchu (rower, narty, działka, bieganie) powodują, że nie myślę o tym iż płytka może mi się odkleić, jest to produkt, którego zawsze brakowało mi w asortymencie innych firm na rynku sprzętu stomijnego.

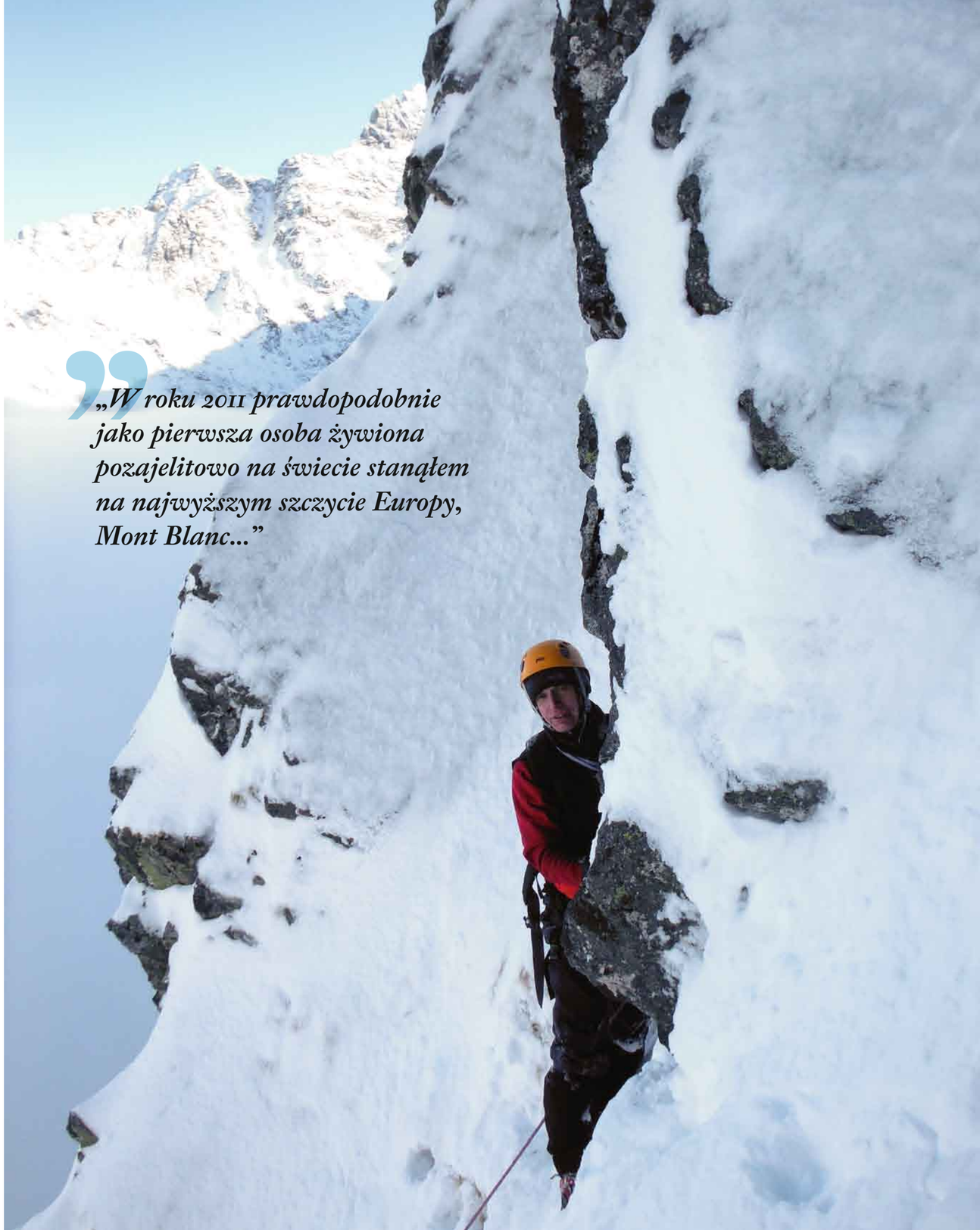
Moją bolączką było też niejednokrotnie podciekanie treści jelitowej; tutaj z pomocą przyszły mi pierścienie z elastycznego materiału o właściwościach uszczelniających.

Firma SALTS ma wiele produktów, zachęcam do zapoznania się z ich propozycją. Najgorszą rzeczą jest przyzwyczajenie – podczas, gdy wypróbowanie nowych produktów może pomóc nam w likwidacji zjawisk, które w chwili obecnej stanowią dla nas problem.

Wybrałem kilka produktów tej firmy, co nie oznacza że nie korzystam z innych, każdy zakupiony przez nas produkt powinien sprawiać że będziemy czuć się bezpieczniej, pewniej i choć na chwilę zapomnimy o naszej chorobie.

Serdecznie pozdrawiam wszystkich stomików i osoby, które nas wspierają! ❖

TOMASZ Z BIAŁEGOSTOKU
Ileostomia, 2002



„W roku 2011 prawdopodobnie jako pierwsza osoba żywiona pozajelitowo na świecie stanąłem na najwyższym szczycie Europy, Mont Blanc..."

SALTS
Profesjonalista w pielęgnacji stomii

British Skin Foundation
Recognising Salts research into healthy stoma skin
SALTS HEALTHCARE
Skin Health Alliance
DERMATOLOGICALLY ACCREDITED
IDEALNY W PRZYPADKU PRZEPUKLINY

infolinia 800 633 463 www.salts.pl

Aktywne życie ze stomią

Wyłonienie stomii jest zawsze koniecznością wynikającą ze stanu chorobowego. Mogą to być choroby zapalne jelit, choroby nowotworowe, powikłania pooperacyjne po różnych zabiegach, urazy. Na początku trudno zaakceptować tę nową sytuację, która ma wpływ na wiele aspektów życia.

Z czasem osoba ze stomią przyzwyczaja się w mniejszym lub większym stopniu do jej posiadania, ale proces ten jest związany z wieloma czynnikami. Zaczynają się one od tego, czy stomia została prawidłowo wykonana, czy dobrze jest dobrany sprzęt stomijny i wiele, wiele innych czynników, o których będziemy pisać w następnych numerach „Terapii i Zdrowia".

Ale jednym z ważniejszych aspektów posiadania stomii jest pytanie: „Czy będę mógł prowadzić takie samo życie jak dotychczas?" Z listu Pana Tomasza, załączonego na poprzedniej stronie, widać, że w aspekcie aktywności fizycznej jest to możliwe. Stomia nie powinna ograniczać tej dziedziny życia.

Należy jednak mieć na uwadze kilka podstawowych zasad dotyczących obsługi stomii. Przy wymianie sprzętu stomijnego należy bezwzględnie pamiętać o dokładnej toalecie stomii i skóry wokół:

- delikatnie, bez zbędnego pocierania umyć skórę ciepłą wodą z dodatkiem mydła o pH zbliżonym do pH skóry, używając do tego celu miękkich gazików, dotykanie stomii nie jest niebezpieczne i nie jest bolesne,
- dostępne są także na polskim rynku specjalne kosmetyki stomijne skutecznie usuwające wszystkie zanieczyszczenia i pozostałości przylepca płytki, zmywacz do skóry (spray), chusteczki bezalkoholowe lub płyn myjący (bez konieczności tarcia i spłukiwania),
- jeśli istnieje taka możliwość stomię i skórę wokół niej najlepiej umyć pod prysznicem (mechanicznie strumieniem wody wypłukać zanieczyszczenia, bez szorowania i tarcia),
- podczas toalety stomii na gazikach mogą pojawić się ślady krwi (delikatna śluzówka jelita może nieznacznie krwawić, podobnie jak śluzówka jamy ustnej w trakcie mycia zębów),
- nie jest wskazane używanie do oczyszczania skóry wokół stomii wilgotnych chusteczek dla dzieci (substancje zapachowe i dodatkowe mogą podrażnić skórę i osłabić przylepność płytki do skóry,
- bezwzględnie nie wolno stosować benzyny, spirytusu, eteru do usuwania pozostałości po kleju płytki stomijnej, niszczą bowiem powłokę ochroną i florę fizjologiczną skóry, powodując maceracje i podrażnienia naskórka,
- po umyciu stomii i skóry wokół należy dokładnie osuszyć okolice stomii, także ruchem dotykowym, bez pocierania,
- nie należy stosować na okolicę stomii żadnych kremów, maści, pudrów nie przeznaczonych do specjalistycznej pielęgnacji stomijnej (osłabiają działanie kleju na płytce, zatem łatwo o podciekanie treści jelitowej, a w konsekwencji podrażnienie skóry).

„Jednym z ważniejszych aspektów stomii jest pytanie: „Czy będę mógł prowadzić takie samo życie jak dotychczas?"

Ważne jest, aby przed przyklejeniem nowego, wcześniej przygotowanego worka stomijnego, skóra wokół stomii była idealnie czysta i sucha.

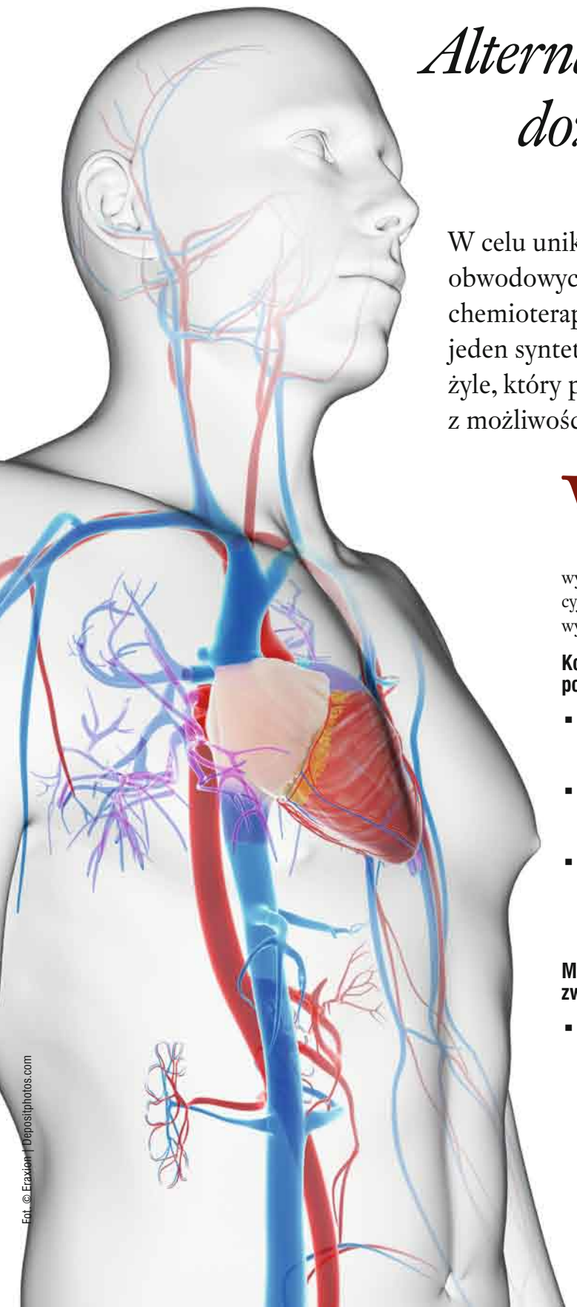
Istotnie ważną kwestią jest prawidłowe dostosowanie średnicy otworu w płytce do rozmiaru stomii, a w przypadku występowania nierówności , fałdów, czy rany pooperacyjnej w okolicy stomii, zastosowanie past uszczelniających, zwiększających przylepność płytki i zapobiegających podciekaniu treści , chroniących tym samym skórę.

O zasadach ochrony skóry wokół stomii przed podciekaniem i radzenie sobie ze stanem zapalnym skóry – już w następnym numerze naszego pisma. ❖

Fot. © Feverpitch | Depositphotos.com

Port dożylny

Alternatywa dla standardowego dożylnego podawania leków



Fot. © Fraxiom | Depositphotos.com

W celu uniknięcia konieczności wielokrotnych nakłuć żył obwodowych (między innymi na kończynach) w trakcie chemioterapii, u niektórych pacjentów można zastosować jeden syntetyczny przewód umieszczony głęboko w dużej żyle, który posiada wyprowadzony powierzchownie element z możliwością łatwego nakłucia.

Wszczepienie cewnika odbywa się poprzez krótki (do 45 min.) zabieg chirurgiczny, wykonywany w warunkach sali operacyjnej, najczęściej w znieczuleniu miejscowym, tj. bez konieczności usypiania.

Komu można wszczepić port dożylny?

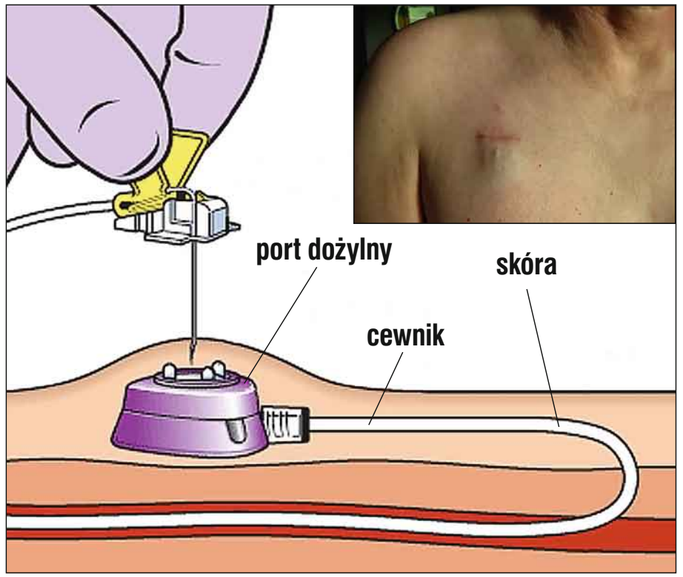
- osobom wymagającym wielokrotnego i powtarzanego podawania leków dożylnie (np. w trakcie chemioterapii),
- w przypadku stosowania leków drażniących (wywołujących odczyny w tkankach),
- w sytuacjach, gdy założenie wkłucia obwodowego (tzw. wenflonu) jest utrudnione, a takie wkłucie jest niezbędne do prowadzenia leczenia.

Możliwe niedogodności związane z wszczepieniem portu

- poddanie się zabiegowi w znieczuleniu miejscowym (nakłucie, nacięcie skóry, szycie rany w okolicy szyi i obojczyka),
- przygotowanie się do zabiegu w toku już prowadzonego leczenia (chemioterapia), zapewnienie prawidłowych wyników badań laboratoryjnych,
- tolerowanie syntetycznego urządzenia wprowadzonego podskórnie i do żyły,
- okresowe (co 4–6 tygodni) płukanie cewnika roztworem soli fizjologicznej, pozwalające utrzymać drożność cewnika (czynność wykonana w warunkach gabinetu zabiegowego z zachowaniem warunków sterylnych).

Jak wygląda zabieg wszczepienia portu dożylnego?

Procedurę wykonuje się w warunkach sali operacyjnej, najczęściej w trybie jednodniowym. Zespół stanowi personel posiadający doświadczenie w kaniulacji żył centralnych (lekarz anestezjolog/chirurg; pielęgniarka anestezjologiczna, zabiegowa). W ułożeniu pacjenta na plecach, po odkażeniu, znieczula się miejscowo przy pomocy iniekcji okolicę boczną szyi u dołu bądź okolicę podobojczykową (w zależności od warunków anatomicznych, żyła na szyi, pod obojczykiem, na ramieniu. Wybraną żyłę nakłuwa się specjalną igłą, następnie przy pomocy cienkiego prowadnika dociera się tą drogą do żyły głównej górnej.



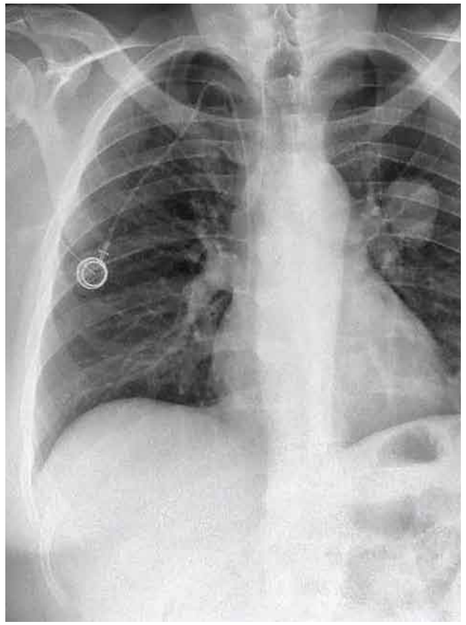
Rysunek schematyczny przedstawiający zamontowany port dożylny. W przebiegu użytkowania portu należy liczyć się z ryzykiem wystąpienia powikłań na tle infekcyjnym. Dlatego ważne jest utrzymywanie okolicy kopułki w czystości.

Po prowadniku wprowadza się w miejscu nakłucia miękki cewnik silikonowy, który łączy się ze specjalną kopułką wszywaną powierzchownie pod skórą. Najczęstszym miejscem wszycia kopułki jest okolica 4–5 cm pod obojczykiem. Sprawdzenie drożności układu (płukanie roztworem soli fizjologicznej) i założenie opatrunku kończy zabieg.

Krótka obserwacja (do ok. godziny) oraz wykonanie zdjęcia RTG klatki piersiowej są wymagane po zabiegu; pacjent może odpoczywać w pozycji siedzącej. W tym czasie można stosować ucisk miejsca operowanego.

Możliwe powikłania związane z implantacją portu

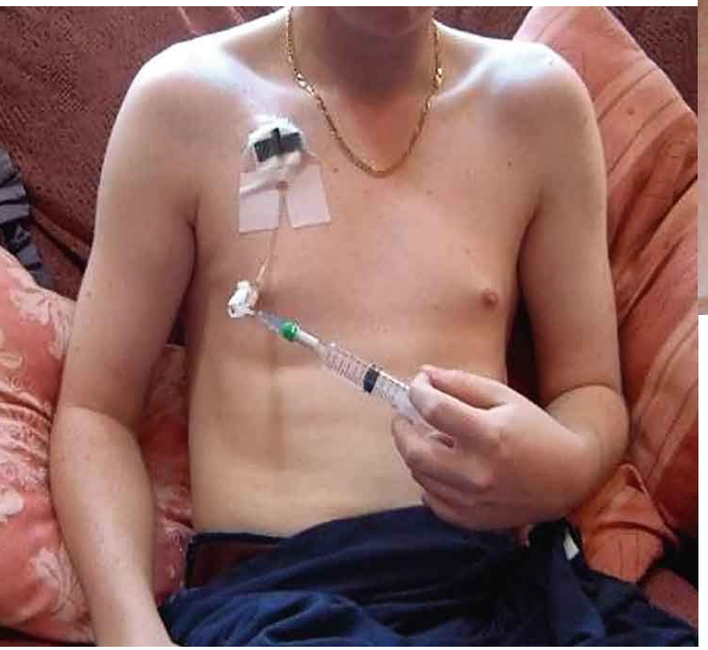
- **Nakłucie tętnicy** – łatwe do rozpoznania powikłanie, wynikające z bezpośredniego sąsiedztwa naczyń. Nie stanowi dużego zagrożenia; wymaga zastosowania ucisku przez 5–10 min. i zmiany lokalizacji nakłucia. Zastosowanie aparatu USG podczas operacji niweluje taką ewentualność.
- **Odma opłucnowa** – nakłucie przestrzeni opłucnowej wynikające z bezpośredniego sąsiedztwa szczytu płuca. W zależności od stopnia natężenia może wymagać obserwacji albo nawet hospitalizacji z zastosowaniem drenażu klatki piersiowej. Z uwagi na ewidentne objawy kliniczne rozpoznanie nie nastręcza wielu trudności. Objawy odmy: narastający ból klatki piersiowej, kaszel, duszność mogą wystąpić nawet do paru dni po zabiegu. Konieczna jest wówczas niezwłoczna kontrola lekarska. Zastosowanie aparatu USG podczas operacji niweluje taką ewentualność.
- **Krwiak w miejscu wkłucia** – niekiedy w okolicy wkłucia dochodzi do wynaczynienia krwi. W większości przypadków postępowanie w warunkach domowych jest wystarczające: ucisk i okład z lodu. W przypadku niepowodzenia należy zgłosić się do lekarza.

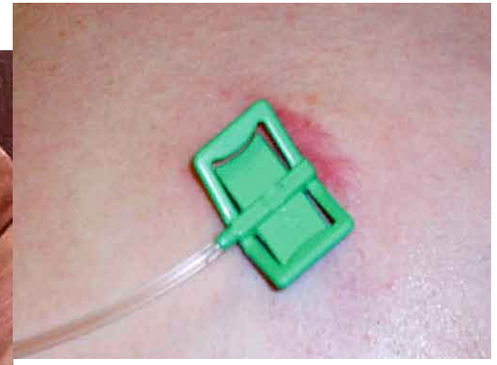


Wybraną żyłę nakłuwa się specjalną igłą, następnie przy pomocy cienkiego prowadnika dociera się tą drogą do żyły głównej górnej. Po wykonaniu zabiegu dokonuje się obserwacji pacjenta i zdjęcie RTG klatki piersiowej potwierdzające poprawność zamontowania portu.

- **Zator powietrzny** – bardzo groźne, choć na szczęście obserwowane niezwykle rzadko, powikłanie mogące prowadzić szybko do śmierci. Polega na dostaniu się do krwiobiegu pęcherzyków powietrza. Zapobiegają temu właściwe ułożenie pacjenta oraz ścisła kontrola szczelności układu cewnika (zarówno przy zabiegu, podczas kroplówek jak i w domu).
- **Niewłaściwe umiejscowienie cewnika** – położenie cewnika inne niż w żyle centralnej wiązać się może z brakiem możliwości jego wykorzystania, jak i zwiększonym ryzykiem wystąpienia zmian zakrzepowych. Zastosowanie aparatu USG podczas operacji niweluje taką ewentualność. Wykonanie RTG po zabiegu pozwala na rozpoznanie dyslokacji cewnika i wykonanie korekty.
- **Nakłucie naczyń chłonnych** (przewodu piersiowego), uszkodzenie struktur nerwowych (włókien splotu ramiennego), uszkodzenie ściany serca – to powikłania na tyle rzadkie, że stanowią one raczej przypadki wyjątkowe. Zastosowanie aparatu USG podczas operacji niweluje taką ewentualność.

Wymienione wyżej powikłania rozpoznawane są w toku ścisłej opieką nad pacjentem w trakcie zabiegu oraz bezpośrednio po jego wykonaniu. Obserwację uzupełnia rutynowe wykonanie badania RTG klatki piersiowej po zabiegu. ▶





Najczęstszym problemem związanym z użytkowaniem cewnika jest jego niedrożność. Należy więc przestrzegać zachowania szczelności układu podczas infuzji.

Najczęstszym miejscem wszycia kopułki jest okolica 4–5 cm pod obojczykiem.

Pielęgnacja cewnika, możliwe problemy z użytkowaniem

Cewnik wymaga regularnego przepłukiwania roztworem soli fizjologicznej. Płukanie układu powinno odbywać się co 4–6 tyg. Konieczne jest również utrzymywanie okolicy kopułki w czystości. Należy zawsze przestrzegać zachowania szczelności układu podczas infuzji.

Najczęstszym problemem związanym z użytkowaniem cewnika jest jego niedrożność (brak cofania się krwi do strzykawki po nakłuciu portu), którego główną przyczyną jest powstanie skrzepliny w okolicy końcówki cewnika w żyle.

Jeśli niedrożność jest częściowa (tzn. gdy podawanie odbywa się bez przeszkód a niemożliwa jest aspiracja krwi), należy wykonać kontrolne badanie radiologiczne. W przypadku prawidłowego położenia cewnika można podejmować próby poprawy lokalizacji cewnika, ewentualnie delikatnego płukania lekami rozpuszczającymi skrzeplinę. Niedopuszczalne jest stosowanie dużego ciśnienia w celu przepchnięcia skrzepliny. Nie należy forsować udrażniania; w razie niepowodzenia udrożnienia – cewnik należy wymienić.

Niekiedy proces zakrzepowy może rozszerzyć się na sąsiednie naczynia żylne powodując zakrzepicę żylną. Objawy zakrzepicy powodowane utrudnionym odpływem żylnym występują u około 6 proc. pacjentów i obejmują obrzęk, zaczerwienienie lub zasinienie, ból kończyny górnej po stronie założonego wkłucia, poszerzenie żył powierzchownych tej okolicy (w rzadkich przypadkach nawet szyi, twarzy, górnej połowy ciała). Leczeniem z wyboru jest podawanie czynników obniżających krzepliwość (heparyny drobnocząsteczkowe – np. Fragmin, Fraxiparine, Clexane w iniekcjach podskórnych). W wybranych przypadkach, przebiegających z pogarszającym się stanem ogólnym pacjenta, konieczna jest hospitalizacja.

W przebiegu użytkowania portu należy liczyć się również z ryzykiem wystąpienia powikłań na tle infekcyjnym. Z reguły rozpoznanie ich nie nastręcza trudności, a objawy polegają na pojawieniu się bolesnego zaczerwienienia z wzmożonym ucieplenieniem. Gdy proces ogranicza się do okolicy wkłucia, to z reguły wystarczającym postępowaniem jest zastosowanie antybiotyku (doustnie i miejscowo w maści). Natomiast symptomy takie jak gorączka z dreszczami, potami, złe samopoczucie, osłabienie, mogą nasuwać podejrzenie zakażenia uogólnionego (wówczas konieczna jest niezwłoczna kontrola lekarska).

Do rzadkich problemów z którymi mogą spotkać się pacjenci posiadający wkłucie centralne należą:

- przemieszczenie cewnika (np. wskutek nasilonego, długotrwałego kaszlu, znacznego wysiłku fizycznego),
- zaburzenia rytmu serca (drażnienie przez końcówkę cewnika),
- uszkodzenia mechaniczne zestawu (np. nieszczelność, oderwanie).

W tych przypadkach wdrożone postępowanie zależy od indywidualnej sytuacji. Możliwa jest korekta położenia cewnika, wymiana nieprawidłowego elementu. Jednak najskuteczniejszym jest usunięcie całego układu. W niektórych przypadkach usuwanie cewnika może wiązać się z hospitalizacją i wykonaniem zabiegu wewnątrznaczyniowego (tj. wprowadzenie narzędzi do naczyń w pachwinie). Z reguły usunięcie portu dożylnego jest związane z obciążeniem zbliżonym zabiegiem do jego implantacji.

W razie jakichkolwiek wątpliwości i pytań związanych z implantacją i użytkowaniem wkłucia centralnego, należy zgłosić się do lekarza bądź pielęgniarki w ośrodku, w którym był wykonywany zabieg. ❖

OPRACOWANIE: LEK. MED. MICHAŁ KĄKOL

Wypadnięcie (wysunięcie się) drenu z przetoki jelitowej

W przypadku, gdy nie jest możliwe, z różnych przyczyn, podawanie pokarmów drogą doustną, ale nie ma przeciwwskazań do ich podawania bezpośrednio do jelita cienkiego, zakłada się w tym celu przetokę żywieniową.

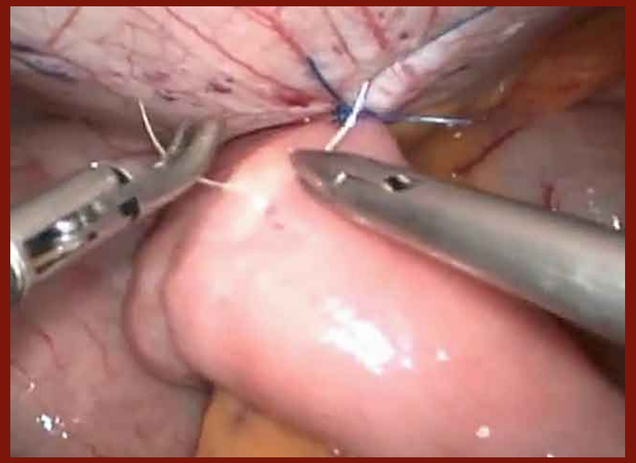
Jest to zabieg chirurgiczny, wykonywany w warunkach znieczulenia ogólnego (ale w niektórych przypadkach, gdy stan chorego nie pozwala na bezpieczne znieczulenie ogólne, także w znieczuleniu miejscowym). Polega on na włożeniu drenu do jelita cienkiego i wyprowadzeniu go przez powłoki jamy brzusznej na zewnątrz.

Zabieg ten można wykonać poprzez otwarcie jamy brzusznej lub laparoskopowo (fot. 1). Jelito cienkie przyszywa się w kilku miejscach do powłok (fot. 2), zaś dren obszywany jest na długości około 10 cm zdwojona ścianą jelita (fot. 3). Pozwala to na wytworzenie kanału (tzw. „mufka"), w którym położony jest dren od przejścia przez powłoki jamy brzusznej do wejścia do jelita. Pozwala to na bezpieczne jego umiejscowienie bez niebezpieczeństwa skręcenia jelita.

Dren po wyprowadzeniu na zewnątrz jest obszywany szwem niewchłanialnym, który mocuje dren do skóry. Dobrze jest wykonać drugi, dodatkowy szew mocujący, stanowiący zabezpieczenie przed wysunięciem się drenu.

Dren może wysunąć się podczas snu, przy zmianie pozycji, a także w sytuacji, gdy doszło do zmian zapalnych w miejscu przyszycia i szew oderwie się od skóry.

W takiej sytuacji należy jak najszybciej skontaktować się z lekarzem z ośrodka, gdzie przetoka odżywcza była wykonana. Zazwyczaj w ciągu 24 godzin od wysunięcia się drenu jest możliwe jego ponowne włożenie przez kanał w skórze i „mufkę" do jelita cienkiego. Im dłuższy czas od zabiegu do wysunięcia się drenu, tym większe prawdopodobieństwo, że w ciągu 24–48 godzin będzie można ponownie włożyć go do jelita, bez potrzeby wykonywania zabiegu operacyjnego. ❖



Podszycie jelita do powłok jamy brzusznej wykonane laparoskopowo

Obszycie drenu ścianą jelita cienkiego (tzw. „mufka")

Fot. © GalinaGGM | Depositphotos.com

Badania kliniczne – szansa dla chorych, gdy wydaje się, że już jej nie ma

Corocznie na świecie wykrywanych i produkowanych jest wiele leków, które mogą być skuteczne w chorobach nowotworowych. Jednak by stwierdzić, czy na pewno tak jest, trzeba zbadać ich skuteczność. Do tego celu służą badania kliniczne, które mogą odpowiedzieć na to pytanie. Zazwyczaj, badając nowy lek, porównuje się go z innym, dotychczas stosowanym w danym typie choroby, lub, jeśli nie ma uznanego sposobu leczenia – porównując jego działanie z grupą traktowaną standardowo, czyli bez leczenia. Droga do zastosowania i wdrożenia nowego leku jest długa i kosztowna, bo przecież nie można tak po prostu porównywać go z innym sposobem leczenia bez wiedzy, że MOŻE on być skuteczny i bezpieczny dla pacjenta.

W tym celu wykonuje się badania różnych faz, poczynając od oceny, czy ma on w ogóle jakiekolwiek działanie przeciwnowotworowe aż do fazy, w której jest on porównywany z innymi, dotychczas stosowanymi lekami. Badania odbywają się w zgodzie z przepisami prawnymi ustanowionymi przez Deklarację Helsińską oraz lokalnymi.

Zazwyczaj pacjenci są kwalifikowani do fazy II badań, która ma na celu zbadanie skuteczności klinicznej leczenia nowym lekiem oraz do fazy III, która ostatecznie ma ocenić skuteczność nowej formy leczenia.

Badania kliniczne są często prowadzone w przypadku zaawansowanych stadiów choroby nowotworowej, gdzie dotychczasowe leczenie nie przyniosło spodziewanych efektów. Jest to więc szansa dla tych chorych na podjęcie jeszcze jednej próby leczenia. Należy pamiętać, że warunkiem leczenia jest dobry stan ogólny chorych, pozwalający na przeprowadzenie terapii i musi on spełniać tzw. kryteria włączenia, czyli spełniać szereg warunków wstępnych, zapisanych w protokole badania.

Badania są zazwyczaj randomizowane. Oznacza to, że po spełnieniu wstępnych warunków uczestnictwa w badaniu sposób leczenia jest dobierany losowo. Lekarz prowadzący badanie nie ma wpływu na wynik losowania, który jest zazwyczaj podawany przez ośrodek je koordynujący.

Pomimo wielu ograniczeń, dla wielu chorych jest to jeszcze jedna szansa na leczenie, gdy dotychczasowe formy terapii nie przyniosły spodziewanych wyników. ❖

W tabeli przedstawiono wybrane badania kliniczne w guzach litych prowadzone w ośrodkach w Polsce, których termin ważności jeszcze trwa. Badania są przedstawione w porozumieniu z Polskim Towarzystwem Onkologicznym, na którego stronie znajduje się baza badań, w tym także w nowotworach krwi i układu chłonnego.
Informacja na ich temat jest dostępna na stronach: www.pto.med.pl oraz http://clinicaltrials.gov

Nr badania	Nazwa badania	Zakres badania	Wskazania	Faza badań	Sponsor	Badanie do:
NCT00375674	A Clinical Trial Comparing Efficacy And Safety of Sunitinib Versus Placebo for TheTreatment of Patients At High Risk of Recurrent Renal Cell Cancer	rak nerki	po resekcji/uzupełniająco	III	Pfizer	06/2017
NCT00643565	A Study of Avastin (Bevacizumab) in Combination With Standard Chemotherapy in Children and Adolescents With Sarcoma.	mięsaki		II	Roche	11/2019
NCT00858364	Anemia Treatment for Advanced Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) Patients Receiving Chemotherapy	n. rak płuca	po 1. linii chemioterapii	III	Amgen	06/2019
NCT00929188	A Study of the Safety and Effectiveness of JNJ-42160443 as add-on Treatment in Patients With Cancer-related Pain	leczenie wspomagające	ból	II	Janssen	06/2015
NCT01026142	A Study of a Combination of Trastuzumab and Capecitabine With or Without Pertuzumab in Patients With HER2-positive Metastatic Breast Cancer (PHEREXA)	rak piersi	przerzutowy HER2+	II	Roche	08/2017
NCT01077154	Study of Denosumab as Adjuvant Treatment for Women With High Risk Early Breast Cancer Receiving Neoadjuvant or Adjuvant Therapy (D-CARE)	rak piersi	wczesny	III	Amgen	10/2021
NCT01149343	Evaluation of a New Vaccine Treatment for Patients With Metastatic Skin Cancer	czerniak	stopień III i IV	I	GSK	03/2018
NCT01151215	Study of Anastrozole +/- AZD8931 in Postmenopausal Women With Endocrine Therapy Naive Breast Cancer	rak piersi	zaawansowany/ przerzutowy	II	AstraZeneca	08/2015
NCT01160211	A Study to Compare the Safety and Efficacy of an Aromatase Inhibitor in Combination With Lapatinib, Trastuzumab or Both for the Treatment of Hormone Receptor Positive, HER2+ Metastatic Breast Cancer	rak piersi	przerzutowy	III	GSK	02/2017
NCT01160744	A Study of Pemetrexed & Carboplatin/Cisplatin or Gemcitabine & Carboplatin/Cisplatin With or Without IMC-1121B in Patients Previously Untreated With Recurrent or Advanced Non-small Cell Lung Cancer (NSCLC)	rak płuca	zaawansowany nowotwór	II	ImClone	12/2014
NCT01168973	A Study of Chemotherapy and Ramucirumab vs. Chemotherapy Alone in Second Line Non-small Cell Lung Cancer Patients Who Received Prior First Line Platinum Based Chemotherapy	rak płuca	po 1 linii	III	Lilly	04/2015
NCT01204749	TRINOVA-1: A Study of AMG 386 or Placebo, in Combination With Weekly Paclitaxel Chemotherapy, as Treatment for Ovarian Cancer, Primary Peritoneal Cancer and Fallopian Tube Cancer	rak jajnika	po operacji	III	Amgen	04/2017
NCT01212991	A Safety and Efficacy Study of Oral MDV3100 in Chemotherapy-Naive Patients With Progressive Metastatic Prostate Cancer	rak prostaty	zaawansowany/ przerzutowy	III	Astellas	09/2014
NCT01217697	Study of Abiraterone Acetate in Patients With Advanced Prostate Cancer	rak gruczołu krokowego	leczenie bifosfonianami	III	J&J	10/2014
NCT01235962	A Study to Evaluate Pazopanib as an Adjuvant Treatment for Localized Renal Cell Carcinoma (RCC)	rak nerki	pooperacyjny	III	GSK	04/2017
NCT01265849	Efficacy and Safety Study of Leukocyte Interleukin,Injection (LI) to Treat Cancer of the Oral Cavity (IT-MATTERS)	rak Jamy ustnej	rak płaskonablonkowy	III	CEL-SCI Corporation	05/2015
NCT01285557	Diffuse Gastric and Esophagogastric Junction Cancer S-1 Trial	rak żołądka	operacyjny	III	Taiho Pharma	08/2014
NCT01285609	Trial in Squamous Non Small Cell Lung Cancer Subjects Comparing Ipilimumab Plus Paclitaxel and Carboplatin Versus Placebo Plus Paclitaxel and Carboplatin	rak płuca	1. linia	III	BMS	06/2016
NCT01308567	Cabazitaxel Versus Docetaxel Both With Prednisone in Patients With Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer	rak gruczołu krokowego	zaawansowany nowotwór	III	Sanofi	12/2017
NCT01308580	Cabazitaxel at 20 mg/m² Compared to 25 mg/m² With Prednisone for the Treatment of Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer	rak gruczołu krokowego	hormonooporny przerzutowy	III	Sanofi	09/2017
NCT01327885	Phase 3 Study to Compare the Efficacy and Safety of Eribulin With Dacarbazine in Subjects With Soft Tissue Sarcoma	mięsak	zaawansowany nowotwór	III	Eisai	03/2015
NCT01328951	A Study of First-line Maintenance Tarceva (Erlotinib) Versus Tarceva at Time of Disease Progression in Patients With Advanced Non-small Cell Lung Cancer After Chemotherapy	rak płuca	zaawansowany nowotwór	III	Roche	06/2016
NCT01358877	A Study of Pertuzumab in Addition to Chemotherapy and Herceptin (Trastuzumab) as Adjuvant Therapy in Patients With HER2-Positive Primary Breast Cancer	rak piersi	leczenie adjuwantowe	III	Roche	08/2024
NCT01381874	A Study of Abiraterone Acetate Plus Prednisone With or Without Exemestane in Postmenopausal Women With Estrogen Receptor-Positive (ER+) Metastatic Breast Cancer Progressing After Letrozole or Anastrozole Therapy	rak piersi	ER+, z progresją	II	Janssen	07/2014
NCT01390948	A Study of Avastin (Bevacizumab) in Combination With Temolozomide (TMZ) and Radiotherapy in Paediatric and Adolescent Patients With High-Grade Glioma	glejak	stopień III i IV	II	Roche	01/2018
NCT01395017	Dasatinib Added to Gemcitabine for Subjects With Locally-advanced Pancreatic Cancer	rak trzustki		II	Otsuka	08/2014
NCT01419197	A Study of Trastuzumab Emtansine in Comparison With Treatment of Physician's Choice in Patients With HER2-Positive Breast Cancer Who Have Received at Least Two Prior Regimens of HER2-Directed Therapy (TH3RESA)	rak piersi	przerzutowy HER2+	III	Genentech	04/2015
NCT01441414	PF-04856884 (CVX-060) In Combination With Axitinib In Patients With Previously Treated Metastatic Renal Cell Carcinoma	rak nerki	przerzutowy	II	Pfizer	11/2014
NCT01450696	A Study of Herceptin (Trastuzumab) in Combination With Cisplatin/Capecitabine Chemotherapy in Patients With HER2-Positive Metastatic Gastric or Gastro-Esophageal Junction Cancer	rak żołądka	przerzutowy HER2+	III	Roche	06/2020
NCT01450761	Trial in Extensive-Disease Small Cell Lung Cancer (ED-SCLC) Subjects Comparing Ipilimumab Plus Etoposide and Platinum Therapy to Etoposide and Platinum Therapy Alone	rak płuca	drobnokomórkowy	III	BMS	09/2016
NCT01454089	A Phase 2 Study Comparing Chemotherapy in Combination With OGX-427 or Placebo in Patients With Bladder Cancer	rak pęcherza	przerzutowy nie leczony	II	OncoGenex	06/2014
NCT01454934	A Randomized, Open-label, Multicenter, Phase 3 Study to Compare the Efficacy and Safety of Eribulin With Treatment of Physician's Choice in Subjects With Advanced Non-Small Cell Lung Cancer	rak płuca	zbadany EGFR	III	Eisai	10/2014
NCT01500720	Cabazitaxel Compared to Topotecan for the Treatment of Small Cell Lung Cancer	rak płuca	drobnokomórkowy	II	Sanofi	06/2014
NCT01523015	Efficacy and Safety Study of the Combined Modality Therapy in Adenocarcinoma of the Esophago-gastric Junction	rak żołądka	operacyny	III	UM Lublin	12/2020
NCT01535209	Stereotactic Radiotherapy of Resection Cavity For Single Brain Metastasis Versus Whole-Brain Radiotherapy After Resection	przerzuty do mózgu	po resekcji pojedynczego ogniska	III	CO-I Warszawa	12/2014
NCT01566721	A Safety and Tolerability Study of Assisted- and Self-Administered Subcutaneous Herceptin (Trastuzumab) as Adjuvant Therapy in Patients With Early HER2-Positive Breast Cancer (SafeHer)	rak piersi	adjuwant	III	Roche	09/2019
NCT01582269	A Study in Recurrent Glioblastoma (GB)	glejak	leczeni	II	Lilly	08/2014
NCT01597908	Dabrafenib Plus Trametinib vs Vemurafenib Alone in Unresectable or Metastatic BRAF V600E/K Cutaneous Melanoma (COMBI-v)	czerniak	zaawansowany, nieoperacyjny nowotwór	III	GSK	06/2015
NCT01704716	High Risk Neuroblastoma Study 1 (1.5) of SIOP-Europe (SIOPEN)	neuroblastoma		III	St. Anna Kinder-krebsforschung	12/2014

OBRZĘK LIMFATYCZNY KOŃCZYN

Zabiegi fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne

Obrzęk limfatyczny należy do tych sytuacji klinicznych, wobec których medycyna nie znalazła do tej pory skutecznej metody leczenia. Dlatego tak ważne są metody postępowania terapeutycznego, które zastosowane łącznie mogą spowolnić ich powstawanie a także doprowadzić do uniknięcia powikłań.

Do najczęstszych przyczyn obrzęków limfatycznych należą zabiegi w obrębie dołu pachowego, takich jak np. wycięcie węzłów chłonnych pachowych (limfadenektomia pachowa) stosowane w chirurgicznym leczeniu raka piersi czy wycięciu węzłów chłonnych pachwinowych (limfadenektomia pachwinowa) w leczeniu czerniaka. Prawdopodobieństwo wystąpienia obrzęku kończyny zwiększa się, gdy zabieg ten będzie uzupełniony radioterapią tej okolicy. Może wówczas dojść do takich powikłań jak słoniowacizna (zdjecie na stronie 40), którą bardzo trudno jest leczyć.

Terapia przeciwobrzękowa jest procesem długotrwałym, w którym bardzo istotną rolę odgrywa samoświadomość pacjenta dotycząca jego choroby, gdyż pełna współpraca pomiędzy lekarzem, fizjoterapeutą i chorym gwarantuje pozytywny rezultat tych działań.

Metody fizjoterapeutyczne możemy podzielić na dwie podstawowe grupy – metody bierne oraz metody czynne. Do pierwszej z nich zaliczymy – drenaż limfatyczny ręczny jak i pneumatyczny, noszenie elastycznych rękawów i pończoch, pozycje ułożeniowe. Do metod czynnych zaliczymy różnego rodzaju ćwiczenia ruchowe.

Postępowanie terapeutyczne ma charakter kompleksowy i uwzględnia najczęściej trzy zasadnicze sposoby: chirurgiczny, farmakologiczny i fizjoterapię udrażniającą.

Międzynarodowe Towarzystwo Limfologiczne (International Society for Limphology) w 2003 r. sformułowało zasady zachowawczego leczenia obrzęku, gdzie pierwszoplanowe miejsce zajmuje kompleksowa terapia odbarczająca (CDT – complete decongestive therapy) zwana również – kompleksową fizyczną terapią udrożniającą (KFTU), składającą się z: manualnego drenażu limfatycznego (MDL – manual lymph drainage), kompresjoterapii, terapii ruchowej oraz pielęgnacji skóry.

Fot. © monkeybusiness | Depositphotos.com

Kompleksową terapię odbarczającą dzielimy na:

- **I faza** – udrażniająca, okres trwania – ok. 3–6 tygodni, stosowanie manualnego drenażu limfatycznego, kompresji – bandażowania ewentualnie kompresji pneumatycznej terapii ruchowej i pielęgnacji skóry.
- **II faza** – optymalizująco – utrwalająca – utrzymywanie efektu uzyskanego w fazie I, zapobieganie nawrotom, stosowanie rękawów/pończoch, pielęgnacja skóry, samokontrola swojego stanu zdrowia połączona z edukacją i stosowanie automasażu.

Kompleksowa fizyczna terapia odbarczająca daje pozytywne efekty i o wiele zwiększa poprawę stanu chorego w porównaniu z prowadzeniem jednorodnej terapii np. tylko drenażu limfatycznego lub tylko kompresoterapii.

Drenaż limfatyczny

Stymulacja powierzchniowego układu limfatycznego poprzez delikatny dotyk powoduje udrożnienie naczyń limfatycznych i poprawę odprowadzania chłonki do układu krążenia.

Podstawą masażu u chorych z obrzękiem limfatycznym są chwyty Voddera, ruchy okrężne, chwyt pompujący, obrotowy i czerpiący, wykonywane w fazach przesuwania i odprężania. ▶

Słoniowacizna (łac. *elephantiasis*) – w taki sposób określa się nasilony obrzęk kończyny, powstały wskutek utrudnionego odpływu chłonki. Przyczyną tego stanu jest zamknięcie naczyń chłonnych wskutek masywnych przerzutów nowotworu do układu limfatycznego, a także wskutek powikłań po radioterapii. Jest bardzo trudny w leczeniu, często nie udaje się uzyskać zadowalających wyników w postaci zmniejszenia obrzęku.

W tej technice opróżnia się i przygotowuje odpowiednie węzły chłonne z zalegającej chłonki, następnie udrożnia drogi odpływu i na końcu wykonuje się masaż obrzękniętej części ciała.

Takie przygotowanie poprawia na dłuższy czas limfangiomotorykę naczyń chłonnych. W trakcie manualnego drenażu limfatycznego stymulowana jest nadpowięziowa część układu chłonnego kończyny. Jego stosowanie potwierdziło spadek dolegliwości bólowych oraz zmniejszenie obrzęku.

Kompresjoterapia

Bandażowanie ciał przez ludzi znane było już w czasach Hipokratesa i opisane przez niego w dziele „Corpus Hippocratcumm" poch. z IV w. p.n.e. Obecnie kompresjoterapia ma zastosowanie w leczeniu obrzęku limfatycznego.

Kompresjoterapię dzielimy na:

- stałą (bandażowanie, wyroby uciskowe)
- sekwencyjną (pompa pneumatyczna)

W zależności od stopnia i zaawansowania obrzęku stosuje się jedną z tych metod, która pozwala na utrzymanie efektu drenażu limfatycznego oraz ułatwia pracę pompy mięśniowej.

Bandaże uciskowe wywołują ciśnienie które działa na objętość naczyń limfatycznych oraz tętniczych i żylnych. Ważnym czynnikiem jest dobór odpowiedniego rodzaju bandaża do stanu klinicznego chorego, jak również sposób bandażowania.

Bandaże kompresyjne dzielimy ze względu:

- na stopień rozciągliwości:
  - short-stretch 40–70% – niski stopień;
  - medium-stretch 70–140% – średni stopień;
  - long-stretch powyżej 140% – wysoki stopień;
- na elastyczność:
  - kompresja nieelastyczna (short-stretch, gotowe warstwowe systemy kompresyjne);
  - kompresja elastyczna (medium-stretch, i long, pończochy;
  - elastyczne, podkolanówki, rękaw).

Ułożenie odciążające dla kończyny górnej w celu wspomagania przepływu chłonki po operacji. Powinno się używać klina podczas snu i odpoczynku w okresie wczesnym i późnym po operacji.

Fot. W. Sarna

W czasie terapii obrzęku limfatycznego stosujemy bandaże o średniej i niskiej rozciągliwości, owijamy całą kończynę, zaczynając od palców. Na kończynę nakładamy bawełniany rękaw. Na tak przygotowaną kończynę nakładamy paski waty lub gąbki i dopiero wówczas warstwowo owijamy kończynę bandażem, pamiętając, że każda kolejna warstwa nachodzi na poprzednią na 50% szerokości bandaża. Taki sposób postępowania gwarantuje nam, że ucisk jest równomiernie rozłożony i stopniowany.

W końcowym okresie kompresjoterapii chory może stosować gotowe wyroby uciskowe, jednakże dopasowanie takich wyrobów musi odbywać się wyjątkowo dokładnie, gdyż w innym wypadku nie będą spełniały swojej roli.

W tej metodzie najczęściej zaleca się noszenie rękawa czy pończochy w ciągu dnia i ściąganie na noc na około 6 miesięcy od daty zakupu, ponieważ wyroby te, tracą swoje właściwości fizyczne (elastyczność).

Kompresja pneumatyczna jest wytwarzana przez specjalny mankiet powietrzny i służy do terapii uciskowej stosowanej w leczeniu obrzęku limfatycznego.

Aparat ten składa się z 5–12 komór powietrznych umieszczonych w podłużnym mankiecie, który generuje dynamiczny ucisk lub też w zależności od potrzeb przerywaną kompresję pneumatyczną.

W terapii uciskowej stosuje się pompy z regulacją ciśnienia od 50–200 mmHg:

- 20–30 mmHg – I stopień obrzęku limfatycznego,
- 30–40 mmHg – II , III stopień obrzęku limfatycznego,
- 40–50 mmHg – III, IV stopień obrzęku limfatycznego,
- 50–60 mmHg – IV, V stopień obrzęku limfatycznego.

Najczęściej stosuje się ciśnienie ok. 40–60 mmHg , gdyż krótkotrwałe oddziaływanie takiego ciśnienia z małymi (kilkusekundowymi) przerwami, poprawia krążenie żylne i perfuzję tkankową.

Mankiety pneumatyczne. Przykład działania na kończynach dolnych

Kinezyterapia

W leczeniu obrzęku limfatycznego ćwiczenia są bardzo ważnym elementem całościowego postępowania fizjoterapeutycznego. Polepsza się funkcja pompy mięśniowej i automatycznie w sposób czynny jest redukowany obrzęk. Ruchy ciała a szczególnie kończyn przyczyniają się do skurczy mięśni szkieletowych, które powodują przesuwanie chłonki.

W czasie wykonywanych ćwiczeń ruchy klatki piersiowej zwiększają ujemne ciśnienie i działają jak pompa ssąca na naczynia żylne i chłonne. W czasie skurczów przepony wypierana jest chłonka przez odnogi części lędźwiowej przepony.

Przykładowe ćwiczenie z laseczką

A:Pozycja wyjściowa: leżenie tyłem (na plecach), ramiona wyprostowane, dłonie trzymają laseczkę.
B: Ruch: uniesienie kończyn górnych przodem w górę, w tył i powrót do pozycji wyjściowej.

A. Poz. wyjściowa. **B. Ruch.**

Fot. W. Sarna

Ćwiczenia które chory może wykonywać powinny się odbywać według określonych zasad:

- powinny być przeprowadzane w rękawie / pończoszce uciskowej,
- program ustalany indywidualnie
- tempo powolne (stosowanie przerw)
- krótki i łatwy program
- uwzględnienie nauki oddychania torem przeponowym (poprawa powrotu żylnego i chłonnego w okolicy klatki piersiowej).

Można przeprowadzać ćwiczenia kilka razy dziennie, ale w krótkich seriach, najlepiej w pozycjach z wysokim ułożeniem kończyn. Już samo bierne uniesienie kończyny powoduje zmniejszenie się obrzęku. Pozycja podniesiona kończyny w czasie snu może doprowadzić do zmniejszenia objętości obrzęku o około 100 ml.

Należy zwracać szczególną uwagę aby praca mięśni nie była intensywna, ponieważ w momencie gdy zaczyna się proces metabolizmu beztlenowego powstaje kwasica, która wpływa na poszerzenie naczyń krwionośnych, a to z kolei powoduje lepsze ukrwienie mięśni. Sytuacja ta powoduje zwiększenie przepływu krwi przez mięśnie a ilość powstającej chłonki jest wprost proporcjonalna do przepływu przez łożysko naczyniowe. Należy ćwiczyć bez nadmiernego wysiłku, bo w innym wypadku nie osiągniemy zamierzonego celu.

Kinesiotaping

Japończyk dr Kenzo Kase opracował metodę terapii naturalnej polegającej na użyciu specjalnych taśm naklejanych bezpośrednio na skórę Są to taśmy, które swymi parametrami są zbliżone do ludzkiej skóry posiadają podobną rozciągliwość, ciężar właściwy oraz grubość. W 1963 roku została użyta po raz pierwszy. Początkowo znalazła zastosowanie w medycynie sportowej, obecnie

Aplikacja wachlarzowa przeciwobrzękowa na kończynie górnej

znajduje coraz szersze zastosowanie w innych specjalnościach klinicznych.

Taśmy są wodoodporne i dobrze przylegają. Z tego powodu mogą więc być stosowane przez parę dni po aplikacji, wykorzystują naturalne procesy samolecznia organizmu. Po nałożeniu taśmy skóra jest lekko podciągnięta i w ten sposób zwiększa się przestrzeń pomiędzy skórą właściwą i powięzią, dając możliwość zwiększonemu przepływowi krwi przez sieć naczyniową podbrodawkową oraz w naczyniach głębokich skóry, a także zwiększa transport chłonki.

Dzięki tej metodzie pacjenci z obrzękiem limfatycznym mają możliwość zredukować zastoje oraz obrzęki chłonne a także zmniejszyć ból towarzyszący chorobie poprzez uaktywnienie endogennego systemu znieczulenia.

Przy stosowaniu kinesiotapingu w obrzękach chłonnych stosuje się tzw. techniki limfatyczne. W terapii obrzęków plastry można ciąć na wybraną długość i szerokość, nadając im odpowiedni kształt w zależności od anatomicznych warunków. ❖

MGR FIZJOTERAPII WOJCIECH SARNA

Bibliografia

1. Petrek J.A., Pressman P.,Smith I.: Lymphedema: Current issues in research and management. Cancer Journal for Clinicians 2000; 50(5): 292–307.
2. Woźniewski M.: Fizjologiczne podstawy fizjoterapii chorych z obrzękami chłonnymi kończyn, Fizjoterapia 1998; 6(4): 28–31
3. Andersen L., Hojris I.,Erlandsen M. Andersen J.: Treatment of breast- cancer related lymphedena witch or without manual lymphatic drainage. Acta Oncologica 2000; 39(3): 399–405.
4. Harris S.R., Hugi M.R., Olivotto I.A., Levine M.: Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 11 Lymphedema , Canadian Medical Assciation Journal 2001; 164 (2): 101–199.
5. Sutkowska E., Sutkowski K., Palka – Kisielowska I.: Możliwości kompresjoterapii w warunkach ambulatoryjnych. Balneologia Polska 2008; 5(2): 99–101.
6. Opuchlik A., Migurska A., Bernacik E.: Kompleksowa Fizyczna Terapia Udrażniająca w leczeniu zachowawczym obrzęku limfatycznego kończyny górnej u kobiet po mastektomii; Kwartalnik Ortopedyczny 2006; 2: 138–140
7. Wysocka M.: Kompleksowe leczenie obrzęku limfatycznego u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2008; 13(2): 14–18.
8. Kołodziejski L., Łobaziewicz W., Ochałek K., Niedbała E.: Obrzęk limfatyczny kończyny górnej po radykalnym leczeniu chorych na raka piersi – aktualne zasady postępowania. Rehabilitacja Medyczna 2009; 13 (2): 23–31.
9. Kazimierczak U., Hagner W., Hagner M.: Wpływ drenażu wg Voddera na zmniejszenie obrzęku limfatycznego i dolegliwości bólowych u kobiet po mastektomii. Kwartalnik Ortopedyczny 2003; 4: 229–231.
10. Victor M., Synowiec T., Litwień M.: Podstawy fizjologii układu limfatycznego. Obrzęk chłonny. Przewodnik Lekarza 2006 ; 5: 80–89.
11. Golshan M., Smith B.: Prevention and management of arm lymphydema in the patient with breast canacer. Journal of Supportive Oncology 2006; 4(8): 381–386.
12. Bieda J., Sopata M.: Obrzęk chłonny – klasyfikacja, diagnostyka i leczenie. Przegląd Flebologiczny 2004 ; 12(1): 21–27.
13. Choucair M., Phillips T.: Compression therapy. Dermatologic Surgery 1998; 24(1); 141–148.
14. Demska M.: Zastosowanie kompresjoterapii u chorych po mastektomii i radioterapii. Ginekologia Onkologiczna 2006; 4(1): 63.
15. Woźniewski M.: Fizjologiczne podstawy fizjoterapii chorych z obrzękami chłonnymi kończyn. Fizjoterapia 1998; 6(4): 28–31.
16. Majewski M.: Fizjoterapia kobiet z obrzękiem chłonnym kończyny górnej po leczeniu raka sutka. Fizjoterapia 2006; 14(4): 60–68.
17. Chachaj A., Małyszczak K., Lukas J., Pyszel K., Pudełko M., Tarkowski R., Andrzejak R., Szuba A.: Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. Współczesna onkologia 2007; 11(9): 444–448.
18. McKenzie D.C., Kalda A.L.: Effect of upper extremity of seccondary lymphydema in breast cancer: a pilot study, Journal of Clinical Oncology 2003; 21(3): 463–466.
19. Lipińska A., Śliwiński Z., Kiebzak W., Senderek T., Kirenko J.: Wpływ aplikacji kinesiotapitngu na obrzęk limfatyczny kończyny górnej u kobiet po mastektomii. Fizjoterapia Polska 2007; 7(3): 258–269.
20. Chachaj A., Szuba A.: Obrzęk limfatyczny kończyny górnej po leczeniu raka piersi. Przegląd Flebologiczny 2007; 15(4): 129–136.
21. Kozikowska J., Łuczak J.: Obrzęk limfatyczny – patomechanizm, podział, zasady leczenia. Przewodnik Lekarza 2001; 5: 48–54.
22. Jawień A., Szewczyk M.: Kompresjoterapia. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań 2009.
23. Zajt – Kwiatkowska J., Rajkowska – Labon E., Skrobot W., Bakuła S.: Kinesio taping metoda wspomagająca proces usprawniania fizjoterapeutycznego – wybrane aplikacje kliniczne. Nowiny Lekarskie 2005; 74 (2): 190–194.

Fot. © pressmaster | Depositphotos.com

Elektrochemioterapia

– leczenie przerzutów czerniaka i raka piersi do skóry

Przerzuty czerniaka i raka piersi do skóry stanowią bardzo poważny problem leczniczy. Chemioterapia systemowa (podawana dożylnie) zazwyczaj nie pomaga, a leczenie miejscowe – takie jak radioterapia czy chirurgia – albo nie może być zastosowane ze względu na rozległość zmian, albo też leczenie to nie jest skuteczne.

Przerzuty do skóry rosną w postaci guzka lub guzków, zlewają się ze sobą, wrzodzieją, krwawią. Często rozwiązaniem problemu może być amputacja kończyny (jeśli można w ten sposób ograniczyć miejscowe rozprzestrzenianie się nowotworu, gdy znajduje się on jedynie w obrębie dalszych 2/3 jej części) ale zazwyczaj leczenie jest bardzo trudne i zazwyczaj nieskuteczne.

Nowa metoda lecznicza – elektrochemioterapia – pozwala na miejscowe zniszczenie nawet licznych, mnogich zmian przerzutowych w skórze i tkance podskórnej. Metoda ta polega na skojarzeniu chemioterapii systemowej z elektroablacją guza. Prąd zmienny biegnący poprzez elektrody wbite w guz – doprowadza do rozrzedzenia struktury błony komórkowej komórki nowotworowej i umożliwia w ten sposób przejście leku przeciwnowotworowego (bleomycyna lub cisplatyna) do jej wnętrza. Komórka ulega zniszczeniu, zaś w obrębie guza dochodzi do zmian włóknistych i komórki nowotworowe obumierają. Wyniki leczenia tą metodą pozwalają na uzyskanie remisji (cofnięcia się rozrostu guza, zniszczenia nowotworu) aż u 95% chorych poddanych elektrochemioterapii.

Wyniki leczenia pozwalają na uzyskanie remisji aż u 95% chorych!

Do tego typu leczenia najlepiej nadają się krwawiące, owrzodziałe guzy skóry, gdzie nie można zastosować innego, skutecznego leczenia.

Wskazaniem zarejestrowanym przez AOTM (Agencja Oceny Technologii Medycznych) są przerzuty do skóry czerniaka i raka skóry, ale dobre wyniki leczenia można też uzyskać przy nawrotowym dermatofibrosarcoma, angiosarcoma (mięsak z tkanki naczyniowej), nowotwory głowy i szyi (w tym przerzuty nowotworów do skóry głowy, guzy śluzówki jamy ustnej oraz inne).

Metoda nie jest tania: koszt samych elektrod używanych do zabiegu wynosi około 1000 c, ale biorąc pod uwagę wyniki innych, nieskutecznych sposobów leczenia, koszt ten wydaje się relatywnie niski i uzasadniony.

W Polsce jedynym ośrodkiem zajmującym się tym sposobem leczenia jest Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaka Centrum Onkologii w Warszawie, kierowana przez prof. Piotra Rutkowskiego, który stara się, aby metoda ta była dostępna w większej liczbie ośrodków onkologicznych w kraju. ❖

Fot. © Wavebreakmedia | Depositphotos.com

Psychologiczna problematyka relacji lekarz–pacjent

W czasach postępu technicznego oraz farmaceutycznego, który wspiera rozwój medycyny i poprawia jakość leczenia pacjentów, okazuje się że odczucia człowieka chorego bywają zróżnicowane. Pacjenci oczekują od lekarzy okazania im zainteresowania, spojrzenia na nich w osobisty sposób, nie przedmiotowo. Takie podejście powoduje u osób chorych ulgę, zmniejsza towarzyszące im na co dzień takie stany emocjonalne jak niepewność, depresja czy niepokój.

Tymczasem pojęcie opieki nad pacjentem koncentruje się często wyłącznie na fachowym wykonywaniu diagnostyki i zabiegów, stanowiących proces leczenia. Sprawność i prawidłowość wykonania procedur medycznych, możliwie najlepsze zajęcie się problemem, z którym chory zgłosił się do lekarza, koncentracja na biologicznych potrzebach człowieka to między innymi kryteria profesjonalizmu. Widzenie pacjenta przez lekarza jedynie przez pryzmat „problemu", który trzeba rozwiązać wywołuje u chorych poczucie niezadowolenia i frustracji.

Dla prawidłowego funkcjonowania relacji lekarz-pacjent, w epoce informatyzacji, biurokracji medycznej i ciągłego braku specjalistów powodującego kolejki, ważne jest uzmysłowienie sobie, że wynik leczenia zależy także od zbudowania zaufania, jakim pacjent obdarza lekarza.

Trening umiejętności komunikacyjnych personelu medycznego z pacjentem staje się istotną częścią programu kształcenia zarówno lekarzy, jak i studentów medycyny. Komunikacja, wymiana informacji na linii lekarz-pacjent są kluczem do postawienia prawidłowej diagnozy i planowania skutecznego leczenia.

Bardzo istotnym aspektem w kategorii ograniczenia czasowego interakcji lekarz-pacjent jest pierwszy wywiad z chorym. Rzetelnie zebrany, uwzględniający aspekt autoprezentacji, o której mowa powyżej, czyli wysłuchania drugiego człowieka, upodmiotowienia go wzbudza zaufanie pacjenta do lekarza. Zaufanie powoduje, że w przyszłości konsultacje wcale nie muszą pochłaniać dużo czasu a jednocześnie jakość leczenia i relacji lekarz-pacjent pozostaje optymalna. Aby do tego doszło, zachowanie lekarza, styl komunikacji werbalnej i niewerbalnej powinien być dopasowany do pacjenta. Lekarz okazujący pewność siebie, a jednocześnie zachowujący się w sposób serdeczny, empatyczny i zrozumiały dla pacjenta, buduje także własny autorytet, poparty cechami osobowościowymi, a nie tylko poziomem wykształcenia. Bardzo istotne jest również otoczenie, w którym odbywa się pierwsza rozmowa z pacjentem: cisza służąca skupieniu, wystrój gabinetu i dodatkowy pokój do badań, wszystko to wpływa na sposób postrzegania przez pacjenta swojego lekarza.

Wielu lekarzy uważa, że właściwa diagnoza stanowi odpowiedź na wszelkie pytania ich pacjentów. Tymczasem dla cierpiącego człowieka dopiero w leczeniu pojawia się czas zadawania wielu pytań, psychoedukacji oraz potrzeba wsparcia społecznego. Bardzo piękne słowa można znaleźć w Historii filozofii po góralsku księdza Józefa Tischnera:

„...człek jest dusom...a w dusy cnota siedzi. Siedzi, ale śpi. Nie wiys człeku, ze jóm mos. Siedzi tam mądrość, a ty nie wiys, ze jóm mos. Siedzi tam sprawiedliwość i ty tyz o niej nic nie wiys. Jak się dowiys? Dowiys się wte, kie ci jóm kto przebudzi. I nie trza duzo, wystarcy dobrze pytać. Kie się dobrze spytos, óna się budzi i na wierzch wychodzi. Teraz już wies. Przódzi nie wiedziołeś, a teroz, wiys. A jak wiys, to robis wedle tego, jak wiys..."

Filozof w pewnym sensie wytycza optymalną drogę współczesnej medycynie. Nie narzuca gotowych rozwiązań a jedynie zachęca do podejmowania prób poznania drugiego człowieka. A przecież wszystko sprowadza się do dobrych chęci, z obu stron: zarówno lekarza, jak i pacjenta. ❖

MGR PSYCH. RAFAŁ RYBKA

Przez winnice i piwnice

...z Krzysztofem Sułkiem

Fot. © Elena Ray | Dreamstime.com

Fot. © David Hancock | Dreamstime.com

W obecnych czasach, gdy co dzień zalewa nas potok nowych zdarzeń i medialnego, nachalnego, promocyjnego zgiełku – odwoływanie się do subtelności, sięganie po delikatność, tęsknota za lekkością – bywają odbierane jako coś niemodnego, passé.

Podobnie rzecz ma się z winem z perspektywy konsumenta. Ów, niekoniecznie miłośnik, a często jedynie amator wina – lubi trunki esencjonalne, czytelne, skoncentrowane. Barwa, zawartość alkoholu, jaskrawy styl – oczywiście w entourage'u dopracowanego marketingowo opakowania – to nie wyjątkowość. To codzienność.

Dyktator Parker

Gdy świat zachłysnął się powszechnie dostępną wiedzą o winie, gdy branżowe magazyny zaczęły lansować poszczególnych producentów – **nastała epoka Parkera**, który niczym Pytia rozstrzygał, kogo wywyższyć spośród winiarzy i wznieść go na Olimp punktacji, a tym samym ustawić finansowo na najbliższe lata – a kogo strącić do Tartaru zwyczajności.

Winiarze szybko podchwycili temat tworząc wina takie, jakie znalazłyby uznanie owego proroka współczesnego winiarstwa. Jednakże aby wina mogły wkraść się w jego łaski, często musiały być winami potężnymi, niemal koncentratami w butelce, o muskulaturze godnej Pudzianowskiego – tak, aby ich wypicie nie pozostawiało marginesu na jakąkolwiek wątpliwość. Stąd tak liczne w naszych sklepach wina, które choć nie mają szans na punktację – lubią naśladować: być choćby cieniem wielkich i mamić konsumenta ową barwą inkaustu, trzynastoma i wyżej procentami alkoholu, opakowanego w dopracowany przez sztab ludzi strój.

Jednak jest też i nisza, coraz większa i bardziej dostępna. Nisza, w której nie chodzi o kropkę nad i, nisza w której liczy się konsument i radość jaką można czerpać z wina; niekoniecznie kończąc na jednej butelce dżemu, lecz sięgając po kolejną – zwiewną, lekką i wielowymiarową. Takich win nie trzeba szukać ze świecą, są na wyciągniecie ręki. Często jednak przypisujemy im niewłaściwe role – a szkoda.

> **Parker zasłużył się kulturze winiarskiej propagując dobre wina i tworząc stupunktową skalę ich oceny.**

Wina musujące, mylone są często z szampanami. Przypominają o sobie zazwyczaj, gdy zbliża się koniec roku i trzeba przywitać czymś rok nowy. Szkoda, że tak po macoszemu traktujemy ten typ wina. Trunki Bachusa zawierające dwutlenek węgla w postaci urokliwych bąbelków są bowiem w gronie najbardziej plastycznych i uniwersalnych win na świecie. Potrafią idealnie zaistnieć jako aperitif, ale i odpowiedni digestif. Trzymają fason podczas bankietów, komponują się całkiem nieźle z różnorodnością dań na stole. Świetnie radzą sobie z tak zwaną, choć nie mającą nic z tym wspólnego, tradycyjną kuchnią polską.

Podczas rautów, gdy schabowy – nie tyle w płaszczyku co wręcz kożuchu panierki – podawany jest z rozgotowanymi ziemniakami, w asyście buraczków na półsłodko – alternatywą dla wina pozostaje wódka. Niemniej – bąbelki potrafią przebrnąć trudy mariażu nawet z takim daniem. Gdy mamy przed sobą dylemat: co dobrać do dania, albo też jeśli dań jest w nadmiarze a do dyspozycji dostaliśmy jeden rodzaj wina – bąbelki zamknięte w szkle często bywają dobrym rozwiązaniem. Bywają – lecz tylko wtedy, gdy są dobrze dobrane oraz gdy są to bąbelki właściwe. Z winami musującymi mamy bowiem problem mentalny. Często konsumenci mylą pojęcia, stosują niewłaściwą nomenklaturę, a jeszcze częściej nie oczekują zbyt wiele od win tego typu, nie chcą tym samym wydawać zbyt wiele.

A przecież ich wachlarz mamy całkiem spory. W zasadzie w każdym kraju winiarskim wytwarza się wina musujące – nawet w krajach nieposądzanych o istnienie tam kultury uprawy winnej latorośli. Często pierwsze wina jakie się wytwarza to właśnie bąbelki.

Oczywiście wzorcem dla wielu będzie Szampania, która jest niemal jak miara metra w Sevres. Tutaj powstaje przeszło trzysta milionów butelek rocznie, a co za tym idzie – trafiają one na cały świat. Jednak o to czy to Szampania była pierwsza, i czy jest najlepsza – toczy się od pokoleń spór nierozstrzygalny. Na Wyspach Brytyjskich również bowiem wytwarza się od dawna zacne wina musujące, a w innych regionach Francji wina, które choć nie mogą nosić miana szampana a jedynie cremant – śmiało z szampanem konkurują.

Włoska Lombardia nikogo naśladować nie próbuje; idzie własną drogą, wytwarzając (od kilkudziesięciu zaledwie lat) oszałamiające niczym primabalerina w swej subtelnej stylistyce wina musujące. Ich ciekawą wersją jest **satin**, gdzie kwasowość jest wyraźnie stonowana a i udział dwutlenku węgla również jest mniejszy, co czyni to wino miękkim, przyjemnym a uniwersalnym.

Hiszpańską ścieżką ku lekkości jest **cava**, wino katalońskie, wytwarzane metodą wtórnej fermentacji, często z rodzimych odmian winorośli – ku większemu jeszcze podkreśleniu odrębności swej i stylu.

Po wina musujące, w poszukiwaniu lekkości i oderwania się od ciężaru win spokojnych, podróżują w krainę nowych doznań – choćby takie nacje jak nasi południowi sąsiedzi, Słowacy. Tam prędko w niektórych winiarniach zastosowano najbardziej szlachetny sposób produkcji czyli metodę tradycyjną. Z niej to korzystają Rosjanie z Kraju Krasnodarskiego, gdzie powstają bąbelki z wyraźnym piętnem woskowości, Gruzini, którzy w Kachetii również nie boją się, a wręcz przeciwnie – mają sukcesy w tworzeniu tych trunków.

Dla tych, którzy lekkość wolą bardziej stonowaną, dla których wystarczającą pożywką w zastosowaniu win musujących był Sylwester – alternatywą mogą być ciekawe wina typu **frizzante** lub nawet **semi-frizzante** – by użyć włoskiej nomenklatury o wyraźnie kosmopolitycznym zasięgu.

Tutaj mamy do czynienia z winami o mniejszej zawartości dwutlenku węgla, często ledwo zauważalnej, która niczym mgiełka pojawia się na podniebieniu by podkreślić charakter wina, i stanowić nieodłączne, pożądane niczym na obrazie, tło.

Doskonałym przykładem są tutaj wina z Piemontu, które często dołączają w swym przesłaniu nutę słodyczy. Najbardziej znanym winem z bąbelkami jest jednak portugalski Mateus, który od chwili inicjacji swej sprzedaży, został wytworzony już w przeszło miliardzie butelek (sic!). Nie bójmy się zatem win, w których do głosu dochodzą bąbelki; nie jest ekstrawagancją, gdy smakujemy je na co dzień. ❖

KRZYSZTOF SUŁEK

Warto zwrócić uwagę na wina niekomercyjne, lekkie i wielowymiarowe, w których liczy się konsument i radość jaką można czerpać z degustacji

Fot. © eRobertParker.com

Robert Parker

Dla jednych nieomylny demiurg w świecie kreacji wina. Dla innych człowiek, który swą punktacją oraz swoimi wyborami zglobalizował świat wina. Ci pierwsi często bezkrytycznie wierzą w każdą jego notę, czasem od razu sięgając po wina z najnowszej listy, w niebyt strącając wina, które na tą listę się nie załapały. Ci drudzy mają mu za złe, że wina doceniane przez niego są przewidywalne, o dużej koncentracji, że wielu producentów wytwarza wina parkerowskie, by przypodobać się tej winiarskiej Pytii. Jak zwykle prawda leży pośrodku. Dla winomanów, niewątpliwie zasłużył się Parker propagując kulturę winiarską, tworząc swoją stupunktową skalę oceny wina, i wydając swoje czasopismo The Wine Advocat (tu warto wspomnieć, że Parker z zawodu, który zresztą przez lata uprawiał jest prawnikiem, stąd nazwa magazynu). Dziś w dobie Internetu jego nie tyle sława, co znaczenie sporo zmalało, jednak w sklepach winiarskich, czy opisach win jego nazwisko jest nader często przywoływane. Co ciekawe sam Parker wycofuje się pomału z intensywnych degustacji, teraz ma od tego cały sztab ludzi, a co za tym idzie mimo sygnatury swoim nazwiskiem nie są to już jego oceny. Nie mówiąc już o skandalach z przeszłości, kiedy znaleźli się wśród jego ekipy ludzie nie obojętni na duże pieniądze, które w biznesie winiarskim wchodzą w grę, zwłaszcza, że parkerowska nota podbija zarówno sprzedaż jak i przede wszystkim cenę. Stąd nadal jego oceny będą odgrywać rolę, będąc swego rodzaju nośnikiem marketingowym dla producentów, którzy od razu ją odnotowują na swoich butelkach czy stronach internetowych.

ODKRYWAMY HYDROCARAVANING

Wielki krótki rejs

Wrześniowy upał. Żar leje się z nieba. Silnik pyrkocze leniwie. Baaardzo leniwie. Sielski krajobraz powolutku przesuwa się wzdłuż burt. Szczęściem – od pobliskiej, lecz niewidocznej teraz zza grobli morskiej tafli, powiewa lekka bryza. To pozwala przeżyć na odsłoniętym, wystawionym na słońce górnym pokładzie.

Płyniemy! Wczoraj wieczorem samochodem – jednym skokiem z Gdańska, przez Dusseldorf – dotarliśmy do Montpellier i jego nowoczesnego, pełnego jachtów portu. Ta, oddalona o około 2 kilometrów od morza i otoczona eleganckimi apartamentowcami, spokojna po sezonie przystań – jeszcze kilka lat temu była pustkowiem mokradeł. Teraz jest m.in. bazą dla flotylli Penichettes – turystycznych barek.

Nasza Penichette

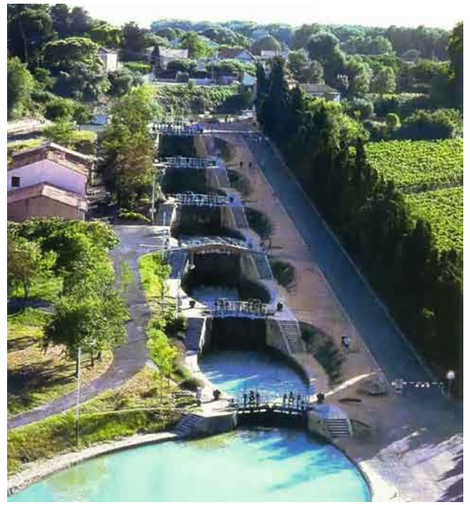
Po polsku: bareczka. Powiedzmy: stateczki. Niewielkie, lecz komfortowe i samowystarczalne. Różnią się wielkością i szczegółami wyposażenia. Nasz – przeznaczony w zasadzie dla czterech osób – bez problemu pomieścił piątą. Płyniemy! Wystarczyła niecała godzina. Najpierw portowy bosman oprowadził nas po tajemnych zakamarkach „Laval" (nazwa od jednego z francuskich miast) – naszego domu na najbliższy tydzień. Potem – przećwiczyliśmy kilka manewrów i... wio! Resztę koniecznej wiedzy nasz cicerone beztrosko pozostawił nam w formie opasłych tomiszczy, z zaleceniem samokształcenia. I tyleśmy go widzieli... A już po kwadransie rejsu przyszło nam zmierzyć się z wyzwaniem pokonania pierwszej na naszym szlaku śluzy. Dalece nie to samo, ale. przydało się doświadczenie z kajakowych wypraw.

Flamingi i wiatr

Płyniemy poprzez rozlewiska, gdzie słona woda miesza się ze słodką. Brodzą w niej flamingi, hula nad nią wiatr. Szlak wytyczają nam wątłe groble, mocno nadwerężone zębem czasu. Wygląda na to, że nikt nie zadbał o ich stan od chwili zakończenia budowy. Nic dziwnego, że – w trosce o ich stan – w węższych miejscach znaki nawigacyjne każą nam zwolnić – nawet do 4 kilometrów na godzinę. Z każdą chwilą czujemy się na wodzie pewniej. Artur, nasz kapitan, pozwala już sobie na wyprzedzanie wolniejszych jednostek, a nawet wielgachnych barek, długich może nawet na jakieś 100 metrów. Na wciąż wąskim kanale to niełatwe. W chwilach spokoju – wszyscy wprawiamy się w sterowaniu.

Canal du Midi

Pomysł wybudowania drogi wodnej łączącej Morze Śródziemne z Garonną pojawił się już w starożytności. Wielu władców począwszy od Oktawiana Augusta i Karola Wielkiego przymierzało się do jego realizacji, dostrzegając korzyści, jakie dałoby skrócenie drogi morskiej z Atlantyku na Morze Śródziemne o ponad 3000 kilometrów. W 1666 roku prace ▶



Kompleks siedmiu śluz

High-life na pokładzie...

...a w kubryku praca wre.

ruszyły, a ukończono je w roku 1681. Kanał Południowy, zwany także Kanałem Dwóch Mórz, ma 240 km długości. Początek swój bierze w lagunie Etang du Thau koło Sete, a kończy się w Tuluzie, skąd rzeką Garonną można dopłynąć aż do Atlantyku. Szerokość kanału wynosi od 20 do 24 m, a jego głębokość 2,25–2,5 m. Oznacza to, że trzeba było wydobyć aż 7 milionów metrów sześciennych ziemi, co wystarczyłoby do usypania piramidy wyższej niż wieża Eiffla. Znacznie bardziej skomplikowane od kopania było pokonywanie przeszkód na trasie kanału, co wymagało zbudowania aż 350 różnego typu budowli i urządzeń hydrotechnicznych. To one sprawiają, że Canal du Midi jest dziś niezwykle cennym zabytkiem techniki. Najbardziej charakterystycznym elementem kanału są śluzy, których jest aż 63. Największa jest 8-komorowa śluza w Fonserannes koło Beziers – ponad 300-metrowa budowla, niwelująca 21,5 metra różnicy wysokości.

Kopią i wiosłem

Odwiedziliśmy już Aiques Mortes, średniowieczne miasteczko zalane hordami turystów, skąd uleciał bezpowrotnie średniowieczny klimat, jaki pamiętam sprzed lat trzydziestu. Z epoki, kiedy o turystycznej żegludze barkami nikt jeszcze nie słyszał. Teraz na naszym kursie Palavas les Flots – też bardzo uczęszczane miejsce. Dla nas ma jednak walor taki, że spotykamy się tam z morzem. Pozostawiwszy nasz statek w marinie, pełnej też. kamperów – gnamy ku plaży, gdzie czeka nas. rozczarowanie. Woda jest zimna, a plaża szara – gdzie jej tam do polskich, złocistych. Za to wieczorem w porcie – atrakcja: wobec tłumu widzów, na wodzie, walczą ze sobą dwie osady wioślarzy na wymyślnych łodziach. Niczym średniowieczni rycerze, z tarczami i długimi kopiami w dłoni – tkwią na wysokich platformach wojownicy. Gdy rozpędzone łodzie, jak konie w szrankach, mijają się z sobą – siła i celne oko decydują, kto z nich zwycięży, strącając przeciwnika w toń kanału. To sport regionalny – w dalszej drodze w wielu portach i porcikach widzieliśmy takie łodzie, a w gazetach czytaliśmy relacje z kolejnych zawodów. Cóż – wszak to Langwedocja – kraina, która kojarzy nam się z rycerstwem średniowiecza. Wydała niejednego zakutego w stal woja. Teraz – tradycje rycerskie i morskie, ku uciesze gawiedzi – łączą się z sobą. Podczas, gdy w porcie bawiliśmy się w najlepsze – nad wzgórzami majaczącymi na odległym horyzoncie gorzały złowieszcze łuny. To, o kilkanaście kilometrów dalej, szalał żywioł – największy tego lata pożar we Francji. Mocny wiatr podsycał morze ognia. Bezpieczni za wodą – w nocy budziliśmy się z popiołem w ustach, zamykając pośpiesznie wszystkie okna.

Prawie morze

Słoneczny żar wysysa z nas resztki energii. Już trzy godziny tkwimy przy zwodzonym moście, którego przęsło unosi się dwa razy na dzień. Wraz z nami czeka spora gromadka jednostek. Lekki stres: czas upływa, a przed nami wyzwanie, w postaci laguny Thau, której 18 kilometrów trzeba pokonać przed zmrokiem. Nasz statek nie ma bowiem radia ani innych urządzeń nawigacyjnych. Wiatr wciąż spory, a w przewodniku – na taką okoliczność zalecają konsultacje z portowym kapitanatem. Ktoś już to zrobił i wieści ma niewesołe. Jesteśmy na pograniczu dozwolonych do pływania warunków. Kiedy wreszcie otwiera się przed nami droga – spora flotylla stateczków wypływa na szeroką wodę. Akwen jest duży. Wzmagają się fale. Większość – mniejszych od naszej – jednostek kieruje się do najbliższych porcików. My trzymamy się twardo obranego kursu. Chcemy pokonać dziś cały dystans. Im bliżej celu – wiatr tężeje. Silnik na pełnych obrotach – teoretycznie 10–12 km na godzinę. „Laval" walczy z falą, więc prędkość podróżna spada o połowę. Pod naporem fal i wiatru trudno jest utrzymać właściwy kurs. Czas się dłuży. Tuż przed zmrokiem wreszcie wpływamy do Marseillan – małego portu na krańcu laguny.

Witaj, historio!

Teraz dopiero wpływamy na właściwą, najstarszą część Canal du Midi. Rychło oddalamy się od morza. Krajobraz się zacieśnia. Wreszcie ochronę od wiatru dają wzgórza, leśne zagajniki, no i niemal wszechobecne we Francji platany, którymi przez całe kilometry wysadzane są brzegi kanału. Coraz częściej napotykamy śluzy – w zdecydowanej większości mocno już sterane latami służby. Najciekawsza z nich, to śluza obrotowa,

Wpływamy na właściwą, najstarszą część Canal du Midi. Rychło oddalamy się od morza i krajobraz się zacieśnia.

Langwedocja – kraina, która kojarzy nam się z rycerstwem średniowiecza.

Gdy rozpędzone łodzie, jak konie w szrankach, mijają się z sobą – siła i celne oko decydują, kto z nich zwycięży, strącając przeciwnika w toń kanału.

Posprzątamy...

...i do domu!

173-metrowy tunel Malpas niedaleko miejscowości Enserune: ciemno i wąsko.

Konsultacje z portowym kapitanatem. Czy możemy płynąć dalej?

w której nawet długie wycieczkowce są w stanie pokonać 90-stopniowy zakręt. Na to widowisko zjeżdżają się licznie „lądowi" turyści a także ciekawscy w motorówkach. Zbliżamy się do Beziers. To spore miasto. I kolejne osobliwości na naszej trasie. Najpierw – skrzyżowanie wodnych szlaków. Kanał prowadzi nad rzeką okazałym akweduktem, a przepływające nim statki to efektowny temat fotografii. Stąd już blisko do kolejnej hydrotechnicznej ciekawostki. To imponujący łańcuch siedmiu niezwykłych, beczkowatego kształtu, śluz. Pozwala na pokonanie niemal 22-metrowego wzgórza w ciągu mniej niż godziny. Znów kibicują nam tłumy ciekawskich. Tłok w śluzach duży. Dobrze, że w trakcie rejsu opanowaliśmy do perfekcji zgranie naszej załogi. Tuż za zespołem śluz stajemy na noc. Można to robić gdziekolwiek na szlaku, byleby tylko go nie tarasować.

I zstąpiliśmy w ciemność

To była niespodzianka. Studiując opisy szlaku przeoczyliśmy bowiem istnienie jedynego takiego na Kanale miejsca. Tunel Malpas! Obok miejscowości Enserune szlak natrafia na wzgórze, na którym Rzymianie wznieśli niegdyś warownię. Uznano, że przebicie tunelu przez środek wzgórza będzie bardziej ekonomiczne niż okrążanie go. 173 metry tunelu: ciemno, wąsko. Wyzwanie dla sternika i wdzięczne miejsce do zdjęć.

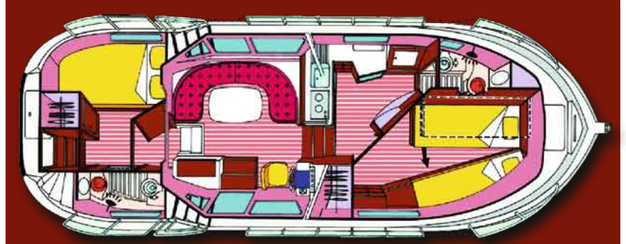
Koniec?!

Aniśmy się obejrzeli, a już meta! Sześć dni rejsu minęło błyskawicznie. Poznaliśmy tylko niewielki fragment słynnego szlaku, ledwie liznęliśmy jego uroków. W jednej z baz flotylli armatora naszej barki, po gruntownych porządkach na i pod pokładem – czas było wracać. A szkoda. ❖

TEKST I ZDJĘCIA: JANUSZ CZERWIŃSKI

Więcej informacji na temat możliwości korzystania z rejsów turystycznymi barkami w Polsce i Europie: **www.barki.pl**

Penichette 1020FB



- Na dziobie: kabina z podwójnym łóżkiem, z możliwością rozdzielenia na trzy osobne + kabina toaletowa z prysznicem, umywalką i WC
- Na rufie: kabina z podwójnym łóżkiem + kabina toaletowa z prysznicem, umywalką i WC
- Pośrodku: salon i stanowisko sterowania z wewnątrz + kuchnia
- Na górnym pokładzie: główne stanowisko sternika + stół, ława i krzesła
- Do prowadzenia barki turystycznej potrzeba tylko prawa jazdy kategorii B2.

Dane techniczne:

- Długość: 10,2 m
- Szerokość: 3,55 m
- Wysokość wnętrz: dziób i rufa 1,92 m; pośrodku –1,97 m
- Zbiornik wody pitnej:440 l
- Zbiornik paliwa (diesel) 330 l
- Spalanie: 4 l/h

Adventure Club
zrodził się z pasji

Adventure Club zrodzi się z pasji do zwiedzania świata, poznawania nowych ludzi, eksploracji innych kultur, odkrywania ekscytujących miejsc. Pasji do podróżowania i przygód. Ponieważ już od ponad piętnastu lat spełniamy własne marzenia podróżując do najdalszych zakątków świata, a jednocześnie posiadamy solidną wiedzę z branży turystycznej i długoletnią praktykę w realizacji niestandardowych projektów biznesowych, telewizyjnych i reklamowych, zdecydowaliśmy że nadszedł czas, aby podzielić się naszym zamiłowaniem z innymi.

Proponujemy wyprawy w małych grupach, cztero- do dziesięciosobowych. Staramy się zapewnić najwyższy możliwy standard podróżowania, z noclegami w wyszukanych miejscach, aby fascynująca podróż pozostawiła jedynie pozytywne, niezapomniane wspomnienia. Wszystkie programy przygotowywane są specjalnie dla naszej firmy, przez ludzi mieszkających na stałe w danym kraju, z perspektywy mieszkańca a nie obcokrajowca. Dzięki temu mamy dostęp również do unikalnych miejsc i wydarzeń zastrzeżonych zwykle dla lokalnej ludności, spoza utartych szlaków turystycznych. Nie jesteśmy biurem dla kolekcjonerów pieczątek w paszporcie, chcących odwiedzić cztery kraje w dwanaście dni. Nasze wyjazdy kierujemy do prawdziwych pasjonatów podróży, chcących zrozumieć i zbliżyć się do ludzi innych kultur i odkryć dziki świat przyrody. Nawet popularne kierunki egzotyczne chcemy przedstawić w zupełnie nowym, zaskakującym wydaniu.

Jednocześnie naszym priorytetem jest uczciwość i partnerskie podejście do klienta. Posiadamy wszystkie certyfikaty, ubezpieczenie i wpis do rejestru organizatorów turystyki (wgląd w dokumentach na stronie). Każde przedsięwzięcie opracowujemy indywidualnie i rzetelnie, z dbałością o każdy szczegół, zwłaszcza o względy bezpieczeństwa. Przeloty opieramy tylko na liniach rejsowych, a na miejscu zapewniamy opiekę pilotów – pasjonatów danego zakątku świata, doskonale znających miejscowe języki i obyczaje.

Chcemy, żeby Adventure Club nie był jedynie kolejnym biurem podróży, a raczej klubem zrzeszającym ludzi otwartych, ciekawych świata, żądnych nowych wrażeń i przygód. Chcemy, by wyjazd z nami nie był zwykłą objazdową wycieczką z anonimową grupą, tylko ekscytującą, pełną przygód wyprawą ludzi o tym samym światopoglądzie i pasji do życia.

Zapraszamy na Nowy Wymiar Przygody! ❖

ZESPÓŁ ADVENTURE CLUB

KONKURS FOTOGRAFICZNY

Wspomnienie zimy

Prześlij nam zimowe zdjęcie i wygraj fantastyczne nagrody!

Fot. © Marcin Lipiński | StudioA

Regulamin konkursu fotograficznego „Wspomnienie zimy"

1. Konkurs organizowany jest przez Onkonet Sp. z o.o., wydawcę czasopisma „Terapia i Zdrowie"
2. Konkurs ma charakter otwarty.
3. W Konkursie mogą wziąć udział osoby dorosłe.
4. W konkursie nie mogą brać udziału pracownicy i przedstawiciele organizatorów konkursu, współorganizatorów Konkursu oraz innych podmiotów biorących bezpośredni udział w przygotowaniu i prowadzeniu konkursu oraz członkowie ich rodzin.
5. Udział w konkursie jest bezpłatny.
6. Tematyka konkursu dotyczy wakacji zimowych.
7. Uczestnik może zgłosić maksymalnie 5 zdjęć w formie cyfrowej.
8. Wymagania techniczne:
   - pliki o minimalnej wielkości 8 milionów pikseli,
   - proporcje boków 2:3
   - fotografie zapisane w formacie JPG lub TIF,
   - prace należy przesłać na płycie CD lub DVD wraz z kartą zgłoszenia,
   - wszystkie pliki należy umieścić w folderze zatytułowanym nazwiskiem i pierwszą literą imienia autora (np: Kowalski_J). Nazwa pliku powinna składać się z nazwiska i pierwszej litery imienia oraz kolejnego numeru fotografii, np. Jan Kowalski przysyła dwie fotografie zatytułowane: Kowalski_J_01, Kowalski_J02. Numer musi być zgodny z podanym w zgłoszeniu.
9. Uczestnik, zgłaszając się do konkursu oświadcza, iż przysługują mu wyłączne i nieograniczone prawa autorskie do nadesłanych fotografii. Ponadto oświadcza, że wyraża zgodę na wielokrotne, nieodpłatne publikowanie nagrodzonych fotografii oraz opublikowanie jego imienia, nazwiska oraz miejscowości zamieszkania w materiałach promocyjnych związanych z konkursem, w wydawnictwach oraz na stronach internetowych Konkursu, w szczególności na utrwalanie, modyfikowanie i zwielokrotnianie fotografii każdą techniką, w tym m. in. drukarską, reprograficzną, zapisu magnetycznego, cyfrową, audiowizualną, na jakichkolwiek nośnikach, bez ograniczeń co do ilości i wielkości nakładu, oraz rozpowszechnianie fotografii poprzez publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć do nich dostęp w miejscu i w czasie przez siebie wybranym, w szczególności w sieciach komputerowych, Internecie i Intranecie oraz telefonach komórkowych.
10. Karty zgłoszenia i płyty ze zdjęciami w sztywnych opakowaniach należy do dnia **30.04.2014 r. (decyduje data wpływu)** na adres: Onkonet Sp. z o.o., ul. Śnieżna 3, 80-554 Gdańsk, z dopiskiem: „Konkurs fotograficzny-Zima"
11. Nadesłanie prac jest jednoznaczne z akceptacją niniejszego Regulaminu.
12. Organizator konkursu ma prawo odrzucić prace niezgodne z Regulaminem, odbiegające od tematu, wadliwe technicznie i naruszające prawa innych osób.
13. Organizator konkursu nie bierze odpowiedzialności za uszkodzenie lub zaginięcie prac w trakcie przesyłki.
14. Wyniki konkursu zostaną opublikowane na stronie internetowej Onkonet.pl a także w numerze kwietniowym czasopisma „Terapia i Zdrowie"
15. Organizator konkursu uhonoruje laureatów nagrodami rzeczowymi
    - **I Nagroda – aparat fotograficzny firmy Fuji**
    - **II Nagroda – Komplet kawowy Ambasador na 12 osób**
    - **III nagroda – Zestaw kawowy dla 6 osób**
16. Planowana jest wystawa pokonkursowa, o terminie i miejscu której osoby zainteresowane zostaną powiadomione po ogłoszeniu wyników Konkursu
17. Udział w konkursie jest równoznaczny z wyrażeniem przez osoby uczestniczące zgody na przetwarzanie przez organizatora konkursie ich danych osobowych na potrzeby konkursu oraz w celach marketingowych (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Dz.U. Nr 133, poz. 833 z póz. zm.).
18. Skład jury: Janusz Czerwiński (redaktor naczelny „Terapii i Zdrowie"), Maciej Kosycarz (Agencja Fotograficzna KFP), Robert Olech (www.optyczne.pl).

Więcej informacji na stronach: **www.onkonet.pl**

Karta zgłoszenia uczestnictwa w konkursie fotograficznym „Wakacje zimowe"

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

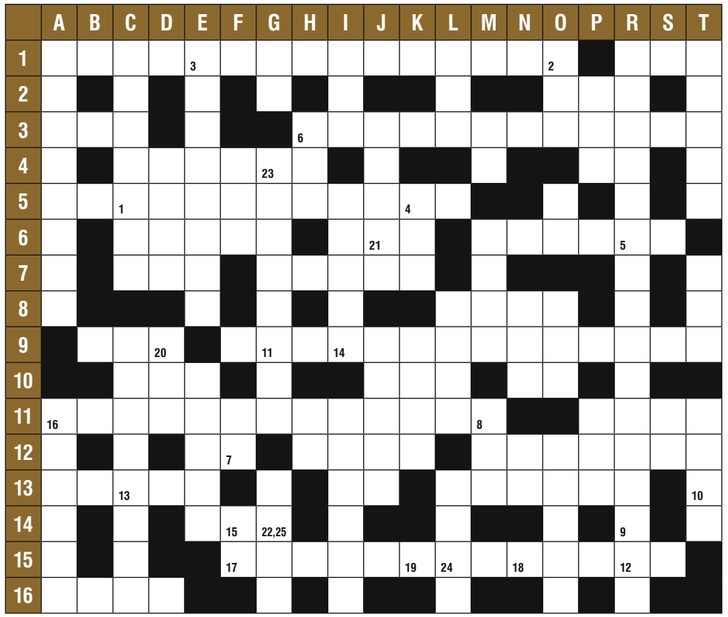
Nr tel.: ..... E-mail: .....

Nr	Tytuł pracy	Komentarz (opcjonalnie)

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

.....

Data i odręczny podpis



Poziomo

1A Czasopismo, które czytasz.
1R Zwierzę domowe.
2L Starożytne miasto na Bliskim Wschodzie.
3A Jednostka geochronologiczna.;
3H Przetoka żywieniowa do jelita cienkiego.
4C Rosyjskie imię męskie, zdrobniale.
5A Badanie endoskopowe jelita grubego.
6C Specjalnie przygotowany napój z alkoholem.;
6I Czerwony (ang.);
6M Objaw choroby dróg oddechowych.
7C ..... do młodości.
7G Topola drżąca.
8L Gastronomia w pociągu.
9B Gatunek małego ptaka.
9F Dieta z niską zawartością błonnika, będąca jedną z przyczyn zaparć.
10C Amerykańska grupa rockowa.
10J Wyciskany z owoców.
11A Sposób leczenia chorób nowotworowych.
11P Popularne imię psa.
12E Inna forma ortograficzna „ż".
12H Trend.
12M Gatunek byliny rosnący nad wodą.
13A Wieś kaszubska w powiecie kościerskim, w gminie Karsin.
13L Dużo ich w lesie.
14E Po ostrym piciu.
15F Stan wymagający włączenia leczenia żywieniowego.
16A Rodzaj tokaju.

Pionowo

A1 Forma turystyki, uprawiana w trudnych warunkach terenowych.
A11 Krótki okres czasu.
C1 Znany piłkarz.
C9 Imię męskie.
D4 Tytuł arystokratyczny.
D9 Pisarz science fiction.
E1 Nazwisko aktora grającego postać Robespierre'a.
E10 Imię męskie.
F11 Kraina Czarnoksiężnika.
G1 Jednostka powierzchni gruntu.
G4 Choroba z niedoboru witaminy C.
G13 Wieś w Polsce położona w województwie małopolskim.
H3 Gatunek dużego ssaka.
I1 Imię żeńskie pochodzenia greckiego.
I5 Rodzaj uszczelki.
I11 Zawijana potrawa.
J3 Znana polska piosenkarka.
J9 Niewielkie, zamieszkane miejsce.
K5 Żeńskie imię germańskie.
K9 ..... naftowa.
L1 Francuski skrót ONZ.
L8 Do zapraw domowych.
L13 Znoszenia z kursu jednostki pływającej.
M1 Wojskowa Rada Ocalenia Narodowego.
M6 Nie zasada.
M11 Pasażerski samolot turbośmigłowy.
O5 Wysoka karta w talii.
O8 Po 99.
O12 Fragment powierzchni lądowej.
P2 Ogród zoologiczny.
R1 Jeden ze sposobów leczenia obrzęków limfatycznych.
T1 Rośnie na trawniku.
T7 ..... Thurman.
T11 Kasa Stefczyka.

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

Słownik terminów onkologicznych (cz.I)

Afagia
całkowity brak możliwości połykania, zarówno pokarmów stałych, płynnych, jak i śliny, zwracanie pokarmów po ich połknięciu (np. w raku przełyku lub żołądka) lub brak możliwości połykania (np. rak gardła, rak krtani).

Agranulocytoza
sytuacja, w której szpik kostny nie wytwarza normalnej ilości białych krwinek, co może prowadzić do spadku odporności na infekcje. Występuje m.in. jako powikłanie leków przeciwnowotworowych (cytostatycznych).

Alfa-fetoproteina (AFP)
białko produkowane m.in. przez niektóre guzy nowotworowe, np. raka wątroby, co ułatwia diagnostykę i monitorowanie przebiegu leczenia.

Angiografia
badanie radiologiczne, polegające na podaniu kontrastu dożylnie bądź dotętniczo i ocenie naczyń krwionośnych. Stosowane w onkologii m.in. w ocenie ukrwienia guzów nowotworowych oraz ewentualnego naciekania struktur naczyniowych przez naciekający guz nowotworowy.

AnnArbor Klasyfikacja
klasyfikacja stopni zaawansowania ziarnicy złośliwej.

Anoreksja
brak łaknienia. Objaw występujący m.in. w zaawansowanej postaci choroby nowotworowej.

Antygen karcinoembrionalny, antygen rakowo-płodowy (CEA)
białko produkowane m.in. przez komórk raka jelita grubego. Służy jako marker do diagnostyki tego nowotworu oraz do monitorowania przebiegu leczenia. U części osób (tzw. „niewydzielaczy") z rakiem jelita grubego nie jest obecny i nie ma zastosowania diagnostyczno-monitorującego.

Apoptoza
zaprogramowana śmierć komórki – naturalny stan, który osiąga każda komórka.

ARDS
z ang.: adult respiratory distress syndrome – zespół niedomogi oddychania dorosłych.

Ascites
wodobrzusze. W onkologii: stan, w którym z powodu rozległych przerzutów do błony otrzewnej w jamie brzusznej pojawia się wysięk płynu.

EURO MEDIC
EUROMEDIC Polska *Dla Twojego zdrowia*

Pracownia PET/CT – Pozytonowa Tomografia Emisyjna

NU-MEDIC Pracownie Diagnostyczne Sp. z o.o.
Pracownia PET-CT
ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn
tel. +48 89 538 63 00, fax +48 89 538 65 46
e-mail: pet.olsztyn@euromedic.pl
www.euromedic.pl

Świadczymy usługi w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

Euromedic Wielkopolskie Centrum Medyczne
Pracownia PET-CT
ul. 28 Czerwca 1956 nr 194/202
61-485 Poznań
tel. **+48 61 641 40 71/72**
fax **+48 61 641 40 75**
e-mail: pet.poznan@euromedic.pl

Euromedic Zachodniopomorskie Centrum Medyczne PET-CT
ul. A. Sokołowskiego 11
70-891 Szczecin-Zdunowo
tel. **+48 91 831 27 30/31**
fax **+48 91 831 27 49**
e-mail: pet.szczecin@euromedic.pl

Euromedic Mazowieckie Centrum PET/CT
(przy Wojskowym Instytucie Medycznym)
ul. Szaserów 128
04-349 Warszawa
tel. **+48 22 380 15 91/92**
fax **+48 22 380 15 93**
e-mail: pet.warszawa@euromedic.pl

Euromedic Wrocławskie Centrum Medycyny PET/CT
(Nowa Akademia Medyczna)
ul. Borowska 213
50-557 Wrocław
tel. **+48 71 750 40 40/41**
fax **+48 71 750 40 49**
e-mail: pet.wroclaw@euromedic.pl
pet-ct@euromedic.pl

NU-MEDIC Olsztyn
ul. Żołnierska 18
10-561 Olsztyn
tel. **+48 89 538 63 00**
fax **+48 89 538 65 46**
e-mail: pet.olsztyn@euromedic.pl

onkonet.pl
Twój serwis onkologiczny