6

Wywiad z dr. hab. med. Tomaszem Jastrzębskim

10

Jak przygotować się do badania endoskopowego?

42

Jajko – jeść czy nie jeść?

Terapia Zdrowie

KWIECIEŃ 2015

ISBN ISSN 2353-639X

Przełamując tabu

str. 38

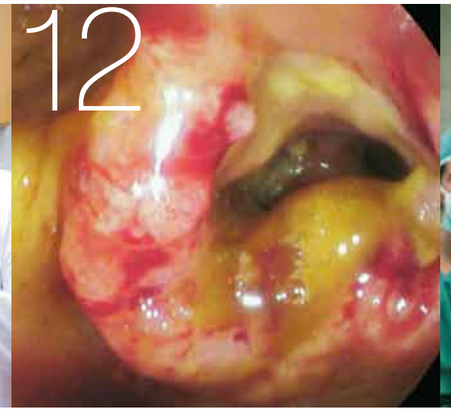
Spis treści

TERAPIA I ZDROWIE
ISSN 2353-639X
NR 2(8), KWIECIEŃ 2015

20 **DIAGNOSTYKA**

Leczenie raka jelita grubego

Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego polega na usunięciu odcinka jelita zajętego przez guz nowotworowy wraz z marginesem zdrowych tkanek oraz wycięciem krezki (część tkanek, zbudowanych głównie z tkanki tłuszczowej i włóknistej, w której przebiegają naczynia krwionośne oraz limfatyczne wraz z regionalnymi węzłami chłonnymi).



42

6 Przerzuty raka jelita grubego do otrzewnej. Jak można skutecznie leczyć?

10 Badania endoskopowe. Jak przygotować się do badania? O czym należy pamiętać?

12 Profilaktyka i skryning raka jelita grubego

16 Przygotowanie pacjenta przez fizjoterapeutę do zabiegu w obrębie jamy brzusznej

20 Leczenie raka jelita grubego

26 Miejsce wyłonienia stomii – najważniejsza sprawa dla jakości życia osoby ze stomią!

32 Pakiet

35 Integrować, informować, łączyć!

36 „Karta stomika" gwarancją bezpieczeństwa i intymności osób ze stomią

38 Przełamując tabu. Seks i stomia

42 Jajko – jeść czy nie jeść

44 Napięciowy ból głowy

48 Witamina B_{12}

50 Odleżyny

54 Nurkowanie – sport dla wszystkich

58 Barwa wina

61 Konkurs fotograficzny – Wiosenne impresje

62 W wolnym czasie

38

Od redakcji

Rak jelita grubego jest nowotworem, na który choruje coraz więcej osób. Rokowanie jest zależne od stopnia zaawansowania, a to często zależy z kolei od tego, czy zostanie wykryty wcześnie czy wtedy, gdy daje już objawy. Jeśli pacjent zgłasza się do lekarza z powodu krwawienia (guz już wytworzył swoje naczynia krwionośne, uległ owrzodzeniu lub rozpadowi) lub objawów niedrożności (guz urósł do rozmiarów zamykających światło jelita) to są objawy świadczące o tym, że nie jest to wczesna postać raka. Ponieważ rak jelita grubego nie daje wczesnych objawów, ważna jest profilaktyka. O tym jest artykuł zamieszczony na łamach niniejszego numeru. Jednym z badań jest kolonoskopia, do której należy się przygotować ażeby można byłoby ją wykonać i nie narażać się na konieczność powtórzenia. Także te informacje znajdziecie Państwo wewnątrz czasopisma.

Jeśli już nowotwór jelita grubego został wykryty i zdiagnozowany, należy go leczyć. W artykule na ten temat można znaleźć informacje zarówno o rodzajach leczenia chirurgicznego jak i leczeniu skojarzonym i uzupełniającym jakim jest chemioterapia systemowa i radioterapia.

Niezwykle ważny temat, zwłaszcza z punktu widzenia pacjenta, porusza artykuł prof. Tomasza Banasiewicza o miejscu wyznaczania stomii. Jak ważna to sprawa niech świadczy fakt, że o jakości życia chorego decyduje to, czy stomia jest wyłoniona prawidłowo, czy też sprawia problemy w normalnym funkcjonowaniu pacjenta. O problemach stomii znajdziecie Państwo wiele informacji w tym numerze „Terapii i Zdrowia", włącznie z informacją o tym, czy osoby ze stomią mogą uprawiać taką formę turystyki jaką jest nurkowanie.

W wywiadzie zamieszczonym na łamach czasopisma znajdziecie Państwo informację i odpowiedź, czy przerzuty raka jelita grubego do otrzewnej można skutecznie leczyć, w jaki sposób się to wykonuje i jakie ośrodki w Polsce wykonują tego typu leczenie.

Nie zabrakło w numerze informacji dotyczących innych zagadnień medycznych. Jak zwykle zachęcamy do lektury tekstu psychologa traktującym o kondycji psychicznej pacjenta w aspekcie „pakietu osobowościowego". Wnikliwa obserwacja pacjenta pozwala na jego zrozumienie i skuteczną pomoc najbliższych.

Z długotrwałym leczeniem osob obłożnie chorych niezmiennie związane są problemy wynikające z unieruchomienia i ucisku tkanek. Problemy te to między innymi odleżyny. Jak im zapobiegać, rozpoznawać i leczyć dowiedzieć się można z artykułu dr Pauliny Cichon.

Częstym problemem, uprzykrzającym życie, są bóle głowy. Ich szczególną postacią są tak zwane bóle napięciowe. Co to jest i jak należy z nimi postępować – o tym traktuje artykuł zamieszczony w tym numerze.

Jak zwykle znajdziecie Państwo informacje o lżejszym kalibrze i rozrywkę (artykuł na temat barwy wina i krzyżówka).

Zachęcam do lektury
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Terapia&Zdrowie

Dwumiesięcznik
nr 2(8), kwiecień 2015
ISSN 2353-639X

Zespół i Współpracownicy:
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski (Redaktor Naczelny)
dr med. Kamil Drucis
lek. med. Tomasz Polec
lek. med. Paulina Cichon
mgr Magdalena Olech (dietetyk)
Marcin Lipiński (grafika)

Sekretarz Redakcji
mgr Małgorzata Jastrzębska

Konsultant medyczny
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Adres Redakcji
ul. Śnieżna 3
80-554 Gdańsk

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

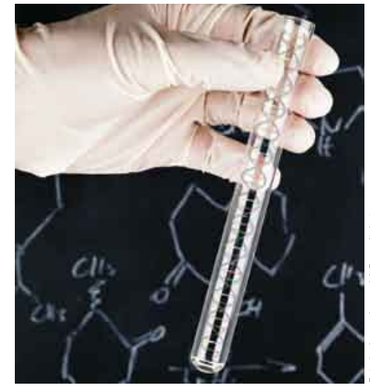
Skład
StudioA
e-mail: studioa@onet.pl

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. Wszelkie prawa do tekstów i zdjęć własnych zastrzeżone.

Ciekawostki ze świata nauki

Badania genetyczne w raku jelita grubego



Fot. © shawn_hempel | Depositphotos.com

Rak jelita grubego jest trzecim pod względem zachorowalności nowotworem złośliwym w Polsce. Negatywnym aspektem w procesie diagnostycznym związanym z nowotworami jelita grubego jest fakt wykrywania ich dopiero w momencie pojawienia się pierwszych objawów, co wiąże się często z zaawansowanym stadium choroby. Dlatego tak ważne jest wykonywanie przez pacjentów badań profilaktycznych, tj. kolonoskopii, testu na krew utajoną w kale, badania *per rectum*, które mają na celu postawienie diagnozy w stadium bezobjawowym.

Większość zachorowań na raka jelita grubego jest związana z mutacjami w genach powstających *de novo* w trakcie życia człowieka. Istnieje jednak grupa chorych obciążonych genetycznie, u których występują rodzinne mutacje odpowiedzialne za rozwój nowotworów jelita grubego. Właśnie w tej grupie chorych dzięki testom genetycznym jesteśmy w stanie wykryć potencjalną możliwość powstania raka. Wyselekcjonować tę grupę chorych możemy na podstawie szczegółowo zebranego wywiadu lekarskiego zwróconego na indywidualną predyspozycje rodzinną.

W przypadku podejrzenia obciążenia rodzinnego wskazane jest wykonanie badań genetycznych. Każdy, kto trafi do poradni genetycznej, na pierwszym spotkaniu ustala z lekarzem przebieg i częstość zachorowania na nowotwory wśród krewnych bliskiego stopnia. Jeżeli jest to możliwe, zwykle typuje się osobę, która jako pierwsza chorowała na raka. Dzięki niej łatwiej odnaleźć zmutowany gen, który w danej rodzinie jest przyczyną zachorowań. Gdy zostanie on oznaczony, szuka się go u innych jej członków. W ramach programów profilaktycznych szuka się genów, które najczęściej odpowiadają za rodzinne występowanie danego typu raka. W przypadku raka jelita grubego można oznaczyć obecność mutacji w następujących genach: MSH2, MLH1, MSH6 – zwiększone jest ryzyko raka jelita grubego / trzonu macicy ok. 10–40-krotnie; mutacje genu APC zwiększają ryzyko ok. 40-krotnie, NOD2 – zwiększone jest ryzyko ok. 2,5-krotnie. Mutacje w genie NOD2 są przyczyną ok. 15% wszystkich raków jelita grubego. Wczesne wykrycie mutacji odpowiedzialnych potencjalnie za rozwój raka mogą pozwalać na podjęcie działań profilaktycznych polegających między innymi na częstych badaniach kontrolnych np. kolonoskopowych, aby wykryć nowotwór we wczesnym stadium. Jest to ważne szczególnie u osób młodych.

Właściwości zdrowotne awokado

Awokado, jeden z najpopularniejszych owoców na świecie, zawiera wiele podstawowych substancji odżywczych oraz fitochemicznych. Według naukowców amerykańskich z *Nutrition Science Solutiuons* spożycie już połowy awokado (68 g) dostarcza 4,6 g włóknika, 2 g cukru, 345 mg potasu, 5,5 mg sodu, 19,5 mg magnezu, 43 μg witaminy A, 6,8 mg witaminy C, a także witaminy B_3, B_6, E i K_1, kwas foliowy, kwas pantotenowy, ryboflawinę, cholinę, luteinę, fitosterole i kwasy tłuszczowe. Dostarcza także około 114 kcal. Olej z awokado zawiera kwasy tłuszczowe MUFA, PUFA i SFA, które poprawiają profil lipidowy krwi, a także wpływają na polepszenie biodostępności witamin i substancji fitochemicznych rozpuszczalnych w tłuszczach. Badanie jest unikalnym przykładem pokazującym prozdrowotne właściwości tego owocu szczególnie w zakresie chorób sercowo-naczyniowych.

Fot. © Raphael Chay | Dreamstime.com

Clin Rev Food Sci Nutr 2013;53:738

Fot. © Danzmayr | Dreamstime.com

Palenie papierosów a rak pęcherza moczowego

Główną przyczyną umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce jest palenie tytoniu. Dym tytoniowy jest odpowiedzialny za ponad 50% zgonów nowotworowych w Polsce u mężczyzn. Substancje te są czynnikami ryzyka między innymi, tak oczywistych nowotworów jak rak płuc, rak przełyku i krtani, rak wargi, rak języka oraz rak jamy ustnej, jak również jednym z głównych znanych czynników zachorowania na raka pęcherza moczowego. Pierwsze doniesienia o wpływie dymu tytoniowego na rozwój nowotworu pęcherza moczowego pochodzą już z początku lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Od tego czasu przeprowadzono dziesiątki badań epidemiologicznych potwierdzających wzrost ryzyka nowotworów pęcherza moczowego u osób palących średnio 2–3-krotny w porównaniu z niepalącymi. Na podstawie licznych badań naukowcy oszacowali, że około 48% zgonów z powodu raka pęcherza u mężczyzn wynika z palenia tytoniu. Wyniki badań epidemiologicznych pokazały, że ryzyko rozwoju nowotworu pęcherza moczowego bardzo silnie zależy od liczby codziennie wypalonych papierosów oraz liczby lat czynnego palenia. Ponadto zauważono, że podobnie jak w przypadku innych nowotworów tytoniozależnych, u byłych palaczy tytoniu ryzyko raka pęcherza moczowego jest mniejsze niż u obecnie palących, zaś zaprzestanie palenia tytoniu skutkuje po 25 latach niepalenia 40% redukcją ryzyka zachorowania na ten nowotwór. Badania pokazują, że jednym z najważniejszych czynników zapobiegających powstawaniu raka pęcherza moczowego jest zaprzestanie palenia tytoniu.

Opracowanie: lek. med. Tomasz Cwaliński

Przerzuty raka jelita grubego do otrzewnej

Jak można skutecznie leczyć?

Obecność przerzutów raka jelita grubego do otrzewnej, czyli błony pokrywającej od wewnątrz jamę brzuszną, jest często traktowana jako sytuacja, gdzie nie można już zastosować skutecznego leczenia. Zazwyczaj sama chemioterapia dożylna nie jest wystarczająca do opanowania tego rodzaju rozprzestrzeniania się nowotworu. O to, jak można to skutecznie leczyć, zapytaliśmy 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 tą 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 ich całkowitym wycięciu, bez względu na to, gdzie się znajdują i jakiej są wielkości. Zabiegi mające na celu usunięcie całej tkanki nowotworowej widocznej makroskopowo 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 stopni Celsjusza 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.

> **W najlepszych ośrodkach zabiegi cytoredukcji i dootrzewnowej chemioterapii perfuzyjnej pozwalają na uzyskanie ponad 45 proc. 5-letnich przeżyć!**

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, Lublinie, Wrocławiu i Bydgoszczy.

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. Jest to zasługa doświadczenia i umiejętności zespołu chirurgicznego, anestezjologicznego i pielęgniarskiego na każdym etapie prowadzenia pacjenta, także w okresie przed- i pooperacyjnym.

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

T.J.: W odróżnieniu od chemioterapii podawanej drogą 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 otrzewnejh i z tego powodu nie są skuteczne w leczeniu przerzutów raka jelita do otrzewnej.

Red.: Wspomniał Pan o możliwości leczenia raka jelita grubego z 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?

T.J.: Faktycznie, 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 w tym nowotworze zazwyczaj trudno jest uzyskać całkowitą cytoredukcji. Stosuje się ją także w raku jajnika. Leczymy pacjentów z przerzutami do otrzewnej wszystkich tych nowotworów.

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 wyleczenia. Im jest ich mniej i mniejszy zasięg, tym lepsze wyniki leczenia. W najlepszych ośrodkach na świecie, zabiegi te, w połączeniu z późniejszą dożylną chemioterapią systemową, pozwalają na uzyskanie ponad 45% 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.

Zespół Klinik Chirurgii Onkologicznej z Gdańska i Bydgoszczy.

Red.: Jak można skontaktować się z Państwem w przypadku, gdy pacjent ma rozpoznane 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 o kwalifikacji, samej metodzie oraz wynikach leczenia. Coraz więcej onkologów klinicznych kontaktuje się z nami bezpośrednio w celu ustalenia wspólnego leczenia chorych z przerzutami do otrzewnej. Każda z tych metod ma swoje miejsce i zastosowanie (chirurgia, HIPEC, chemioterapia systemowa) w skojarzonym leczeniu chorych na raka jelita grubego z rozsiewem do otrzewnej.

Red.: Poza działalnością leczniczą zajmuje się Pan także edukacją onkologiczną i profilaktyką nowotworów. Dlaczego to takie ważne?

T.J.: Jak już wspomniałem, im wcześniej wykryty nowotwór, tym lepsze wyniki leczenia. Dbamy o swój dom, samochód, ubezpieczamy je, serwisujemy... A przecież, w odróżnieniu od rzeczy materialnych, zdrowie i życie jest jedno, nie kupimy drugiego. Naturalne jest więc, że powinniśmy o nie dbać. Rolą lekarzy jest przekazywać społeczeństwu wiedzę jak to robić, na co zwrócić uwagę i to, że wcześnie wykryty rak może być skutecznie leczony. A późno wykryty nie. No i oczywiście nie należy zapominać, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć, stąd tak ważna jest profilaktyka.

Red.: A co z czasem wolnym, czy znajduje Pan miejsce na odpoczynek, pasje, hobby?

T.J.: Tak, to ważne. I związane z profilaktyką wielu chorób (uśmiech). Nie można pracować efektywnie nie myśląc o wypoczynku. Lubię dalekie wyprawy, jazdę na rowerze, ale największą moją pasją jest nurkowanie. A także pokazywanie ludziom, także tym po chorobach nowotworowych, osobom ze stomią, że nurkowanie jest pięknym sportem, pełnym pięknych przeżyć, dającym spokój, niesamowite wewnętrzne przeżycia, pozwalającym poznać wielu wspaniałych ludzi. Jest to bezpieczny, wspaniały sport dla wszystkich.

Red.: Dziękuję za rozmowę

T.J.: Dziękuję i pozdrawiam czytelników czasopisma „Terapia i Zdrowie". ❖

Największą moją pasją jest nurkowanie, a także pokazywanie ludziom, także tym po chorobach nowotworowych, osobom ze stomią, że nurkowanie jest pięknym sportem.

dr hab med. TOMASZ JASTRZĘBSKI
Profesor nadzwyczajny Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,
specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej
Klinika Chirurgii Onkologicznej
Centrum Medycyny Inwazyjnej w Gdańsku

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_Filim | Depositphotos.com

Badania endoskopowe należą do najmniej przyjemnych. Jednak odpowiednie przygotowanie może znacząco poprawić komfort pacjenta i wykonującego 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

Profilaktyka i skryning raka jelita grubego

Rak jelita grubego pozostaje drugą co do częstości przyczyną zgonów z powodu choroby nowotworowej. Dla przeciętnej osoby, bez dodatkowych czynników ryzyka, ryzyko zachorowania na raka jelita grubego w ciągu całego życia wynosi około 5%. U osób z obciążonym wywiadem rodzinnym ryzyko to jest dwukrotnie większe.

Jak w przypadku każdego nowotworu, szansa wyleczenia jest największa we wczesnym stadium choroby. Niestety u około 25% chorych rozpoznanie stawia się późno, już w momencie wystąpienia przerzutów. Mimo znacznych postępów leczenia jedna trzecia chorych na raka jelita grubego umrze z powodu tej choroby. Jednym z najważniejszych czynników ryzyka raka jelita grubego jest wiek. 90% przypadków tej choroby wykrywa się u osób po 50 roku życia, chociaż może ona wystąpić także u osób bardzo młodych. Dlatego w każdym wieku zwracamy uwagę na tak zwane objawy alarmowe, wskazujące na konieczność szybkiej diagnostyki.

Pacjenci często nie mają świadomości, że wczesny rak jelita grubego może nie dawać żadnych objawów. Zachęcani do badań profilaktycznych odpowiadają, że przecież czują się świetnie i nie mają problemów z jelitami. Zgłaszają się do lekarza zwykle w momencie wystąpienia krwawienia z odbytu lub znacznej utraty wagi, albo nieprawidłowych wyników badań krwi. Tymczasem około 30% osób po 50 roku życia ma w jelicie grubym zmiany przedrakowe czyli gruczolaki, zwane potocznie polipami.

Ogromna większość przypadków raka jelita grubego powstaje właśnie z takich polipów. Polipy najczęściej nie dają żadnych objawów. Część polipów nigdy nie przekształci się w raka, ale wiadomo, że wykonywanie badań w celu wykrycia i usunięcia polipów bardzo znacznie zmniejsza ryzyko zachorowania na nowotwór złośliwy jelita grubego.

Wykrywanie i usunięcie polipów jelita grubego umożliwia badanie endoskopowe, czyli kolonoskopia. Polega ono na wprowadzeniu do jelita giętkiego wziernika zwanego endoskopem, zaopatrzonego w źródło światła. W czasie badania ogląda się błonę śluzową całego jelita grubego. Większość polipów można usunąć w czasie badania endoskopowego za pomocą specjalnych narzędzi wprowadzanych przez kanał endoskopu. Usuwanie polipów jest dla pacjenta nieodczuwalne. Zabieg wiąże się z niewielkim ryzykiem krwawienia, które zwykle ustępuje samoistnie bez konieczności dalszych interwencji. Bardzo rzadko zdarza się, że wykryte w czasie badania polipy są zbyt duże do usunięcia endoskopowego i wymagają zabiegu operacyjnego. Zdarza się czasami, że po zbadaniu pod mikroskopem usuniętego polipa otrzymujemy informację, że było w nim obecne ognisko wczesnego raka. W zależności od sytuacji pacjent może wymagać jeszcze leczenia uzupełniającego, ale w części przypadków już sama kolonoskopia z usunięciem polipa jest wystarczająca do wyleczenia.

Jeżeli kolonoskopia nie wykaże obecności polipów, kolejne badanie profilaktyczne jest zalecane po upływie dziesięciu lat, o ile rzecz jasna nie wystąpią inne powody wykonania badania. W razie stwierdzenia polipów czas badania kontrolnego ustala się na podstawie ich liczby, wielkości oraz obrazu mikroskopowego.

U osób, które z różnych przyczyn nie decydują się na kolonoskopię istnieje możliwość zastosowania innych metod wczesnej diagnostyki. Jedną z tych metod jest badanie stolca w kierunku obecności krwi utajonej. Badanie to powinno się wykonywać co roku. Zazwyczaj nie wykrywa ono polipów, które w większości przypadków nie krwawią, ale może wykryć obecność raka jeszcze przed wystąpieniem dolegliwości. Dzieje się tak dlatego, że w początkowym stadium rak jelita grubego powoduje krwawienia niewykrywalne gołym okiem. Badanie stolca metodami chemicznymi pozwala na stwierdzenie obecności nawet niewielkiej ilości krwi. Dodatni wynik badania wymaga dalszej diagnostyki, t.zn. wykonania kolonoskopii.

Stosunkowo niedawno pojawiła się możliwość wykonywania tak zwanej kolonoskopii wirtualnej, czyli badania jelita grubego metodą tomografii komputerowej. Badanie wiąże się z ekspozycją na promieniowanie rentgenowskie, ale dla części pacjentów może być alternatywą dla kolonoskopii klasycznej ze względu na mniejszy dyskomfort. Przed badaniem wymagane jest oczyszczenie jelita podobnie jak przed kolonoskopią. W czasie badania konieczne jest podanie do jelita pewnej ilości powietrza, tak zwana insuflacja, oraz dożylne podanie kontrastu. Specjalny program komputerowy umożliwia rekonstrukcję obrazu powierzchni błony śluzowej jelita. Badanie umożliwia wykrycie zarówno wczesnego raka, jak i polipów. W razie stwierdzenia zmian w obrębie błony śluzowej o wielkości powyżej 5 mm wykonuje się klasyczną kolonoskopię. Jeśli wynik jest prawidłowy, kolejne badanie przesiewowe zalecane jest po 5 latach. Skuteczność kolonoskopii wirtualnej w wykrywaniu polipów powyżej 1 centymetra jest podobna jak dla kolonoskopii.

Dzięki zastosowaniu opisanych powyżej metod skryningowych udało się w ciągu ostatnich trzydziestu lat wyraźnie zmniejszyć zachorowalność na raka jelita grubego oraz śmiertelność z powodu tej choroby. Wiadomo, że osoba, która przynajmniej raz w życiu miała wykonaną pełną kolonoskopię, ma ryzyko zachorowania na raka jelita grubego dziesięć razy mniejszą niż osoba, która nigdy jej nie miała.

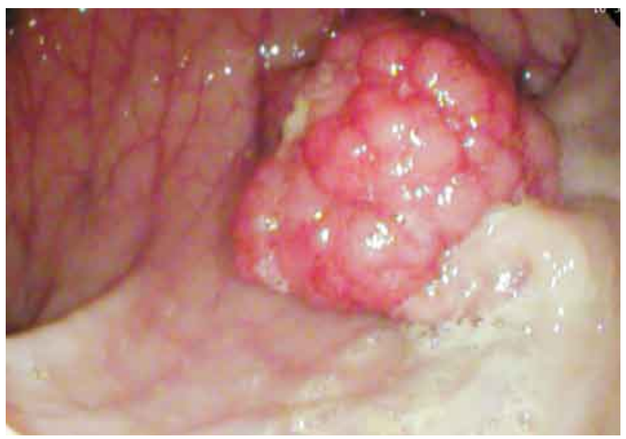
Wiadomo, że osoba, która przynajmniej raz w życiu miała wykonaną pełną kolonoskopię, ma ryzyko zachorowania na raka jelita grubego dziesięć razy mniejszą niż osoba, która nigdy jej nie miała.

Objawy alarmowe wskazujące na konieczność pilnej diagnostyki:

- obecność krwi w stolcu,
- niezamierzona utrata wagi,
- niedokrwistość (anemia) z niedoboru żelaza,
- narastające bóle brzucha, często w nocy.

Fot. © michaeljung | Depositphotos.com

Polip mały



Polip duży

Rak jelita grubego

W ostatnich latach duże zainteresowanie pacjentów budzi tak zwana endoskopia kapsułkowa jelita grubego. Polega ona na badaniu jelita za pomocą połykanej przez pacjenta mikrokamery, która przemieszcza się w świetle jelita biernie pod wpływem fal perystaltycznych, wykonując zdjęcia z częstością od 2 do 3 klatek na sekundę. Chociaż jest to badanie mało inwazyjne i dobrze tolerowane, należy podkreślić, że jego czułość jest zbyt niska dla wczesnego wykrywania raka i polipów jelita grubego. Badanie jelita grubego za pomocą kapsułki pozwala wykryć zaledwie 70% polipów większych niż 6 mm, nie zawsze też pozwala wykryć raka. Z tego względu badanie to nie jest obecnie zalecane w rutynowej prewencji raka jelita grubego.

W jaki sposób uchronić się przed rakiem?

W profilaktyce raka jelita grubego dużą rolę odgrywa prawidłowa dieta (bogata w warzywa i owoce, uboga w czerwone mięso). Wydaje się, że pewną, niewielką, rolę ochronną może odgrywać także spożycie mleka i nabiału. Wyraźnie mniejsze ryzyko zachorowania obserwuje się również u osób dbających o regularny wysiłek fizyczny. Mechanizm tego zjawiska nie jest znany i prawdopodobnie nie zależy wprost od samej masy ciała.

W celu zmniejszenia ryzyka inwazyjnego (złośliwego) nowotworu jelita zaleca się opisane powyżej badania przesiewowe, wykonywane w regularnych odstępach czasu począwszy od 50. roku życia u osób o przeciętnym ryzyku, lub od 40. roku życia u osób z obciążonym wywiadem rodzinnym (z jednym lub więcej krewnym pierwszego lub drugiego stopnia z rozpoznanym rakiem jelita grubego).

Najważniejsze jest jednak, by nie bać się szukać pomocy lekarskiej w sytuacji, gdy coś nas niepokoi. Wiele osób odwleka wizytę u lekarza z obawy przed rozpoznaniem choroby nowotworowej, tymczasem wczesne wykrycie nawet tak poważnej choroby, jaką jest rak jelita grubego, wiąże się z dużą szansą całkowitego wyleczenia. ❖

LEK. MED. MAGDALENA STOJEK
GASTROENTEROLOG

lek. med. MAGDALENA STOJEK
jest absolwentką Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, specjalistą chorób wewnętrznych i gastroenterologii. Pracuje w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii UCK GUMed jako lekarz i nauczyciel akademicki. Interesuje się szczególnie chorobami wątroby i chorobami zapalnymi jelit. Wykonuje badania endoskopowe przewodu pokarmowego, w tym również badania kapsułką endoskopową.

affidea

Poznaj nas na nowo

Bo najważniejsze jest zdrowie

Nazwa affidea zawiera trzy najważniejsze wartości, na których opieramy swoją codzienną pracę.

Włoskie słowo affinita oznacza zbudowanie relacji i więzi z drugim człowiekiem.

Fide pochodzi z łaciny i oznacza wiarę oraz zaufanie.

Idea jest tym, co każe nam nieustannie się rozwijać i poszukiwać najlepszych rozwiązań.

EURO MEDIC

Fot. © Procy | Depositphotos.com

Przygotowanie pacjenta

przez fizjoterapeutę do zabiegu w obrębie jamy brzusznej

Po kwalifikacji pacjenta do zabiegu w obrębie jamy brzusznej, zajęcia rehabilitacyjne powinny być przeprowadzone w miarę możliwości już przed zabiegiem operacyjnym. Taka wstępna rehabilitacja ma ogromne znaczenie w zapobieganiu i leczeniu wielu niekorzystnych zmian, które są skutkiem przeprowadzonego zabiegu chirurgicznego i związanego z nim znieczulenia.

Okres około dwóch tygodni przed zabiegiem powinien być z zasady wystarczający, aby odpowiednio przygotować pacjenta do tej skomplikowanej operacji. Przygotowanie to zazwyczaj obejmuje następujące czynności fizjoterapeutyczne: ćwiczenia usprawniające, poprawiające krążenie obwodowe, ćwiczenia rozluźniające oraz ćwiczenia oddechowe, które staną się szczególnie ważne i przydatne w pierwszym okresie po operacji.

Po zabiegu bezruch i długie przebywanie w łóżku może nieść za sobą wiele powikłań. Są to głównie: osłabienie ogólne, osłabienie mięśni, skłonność do zapaleń układu oddechowego, częstsze występowanie powikłań zakrzepowo-zatorowych. Celem przygotowania pacjenta przed zabiegiem jest odpowiednia edukacja i nauka niezbędnych ćwiczeń pod okiem fizjoterapeuty. Po zabiegu należy wrócić do przećwiczonych wcześniej i stopniowo aplikowanych pacjentowi ćwiczeń i czynności fizjoterapeutycznych. Ważne jest fizyczne i psychiczne przygotowanie pacjenta do operacji, a także jednoczesne przygotowanie go do okresu pooperacyjnego.

Wszelkie decyzje dotyczące przygotowania pacjenta do zabiegu przez fizjoterapeutę, powinny być podejmowane po uzyskaniu pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta i przy ścisłej współpracy z lekarzem prowadzącym. Okres przedoperacyjny jest dla każdego pacjenta czasem, w którym mogą wystąpić różnego rodzaju sytuacje stresowe, dlatego zespół opiekuńczy nie może zapomnieć o kompleksowym przygotowaniu pacjenta., tj. psychoterapii, czy innych terapiach wspierających, a przede wszystkim o przygotowaniu do zabiegu i do rehabilitacji po zabiegu pod okiem fizjoterapeuty. Niezbędne jest również wykonaniu badań, które będą już bardzo pomocne w tych działaniach.

W okresie przedoperacyjnym fizjoterapeuta powinien obejmować edukacją pacjenta, jak i najbliższą rodzinę oraz zadbać o skuteczne przyswojenie przez nich:

- ćwiczeń oddechowych (często niezbędne jest wykonanie badania spirometrii, w celu sprawdzenia pojemności płuc pacjenta),
- efektywnego kaszlu,
- ćwiczeń przeciwzakrzepowych,
- stabilizacji okolicy miejsca, w którym będzie rana pooperacyjna,
- ćwiczeń ogólnousprawniających,
- zmian pozycji w łóżku, półpionizacji (siadania), pionizacji (wstawania),
- czynności samoobsługi w okresie pooperacyjnym.

1 Ćwiczenia oddechowe

Ćwiczenia oddechowe należy rozpocząć od nauki prawidłowego oddechu, zwracając pacjentowi i jego bliskim szczególną uwagę na:

- wdech nosem, wydech ustami,
- krótki, głęboki wdech, długi, spokojny wydech,
- wydech powinien być 2 razy dłuższy od wdechu,
- oddechy w serii: 3–4.

Jeśli pacjent przygotowywany jest do zabiegu w obrębie jamy brzusznej, najczęściej stosowanym torem oddychania jest tor piersiowy. Ból pojawiający się po zabiegu może powodować ograniczenie ruchów oddechowych, a w efekcie powodować upośledzenie wentylacji. Przy oddychaniu torem piersiowym ruchy oddechowe klatki piersiowej możemy wspomóc ruchami kończyn górnych i tułowia. Uniesienie (wznos) kończyn górnych przy wdechu i opuszczenie (opust) przy wydechu wspomagają zazwyczaj zwiększenie i zmniejszenie objętości klatki piersiowej, ułatwiając tym samym pacjentowi oddychanie. Czynności te, zaprezentowane i przećwiczone przez fizjoterapeutę, mogą być po uzyskaniu zgody osób sprawujących opiekę wykonywane przez bliskich pacjenta w okresie przed i pooperacyjnym. Celem tych ćwiczeń jest: nauka prawidłowego oddychania, toru oddychania, zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym i zmniejszenie odczuwania nudności, wynikającego z zastosowania znieczulenia.

Nauka efektywnego kaszlu przed zabiegiem jest o wiele łatwiejsza, ponieważ pacjent nie odczuwa jeszcze bólu, ani lęku przed nim, nie ma obawy, że rana się rozejdzie. Aby kaszel był skuteczny, powinien być wykonywany w pozycji półsiedzącej. Przy nauce efektywnego kaszlu uczymy stabilizacji w obrębie rany pooperacyjnej przy użyciu rąk pacjenta. Najlepiej jak stabilizacja jest wykonywana oburącz, jeśli nie jest to możliwe jedną ręką, przez ucisk.

Wdech nosem...

...i wydech ustami

Nauka efektywnego kaszlu

2 Ćwiczenia przeciwzakrzepowe

▶ Ćwiczenia te należy wykonywać w rytmie oddechowym 16–18/min. kilka razy dziennie.

1. Zgięcia grzbietowe i podeszwowe stóp, krążenia stóp

2. Zginanie w stawach biodrowych i kolanowych (nie odrywając pięt od materaca łóżka)

3 Ćwiczenia ogólno-usprawniajace

Ćwiczenia te powinny uaktywniać cały organizm, zwracając uwagę na ewentualne przeciwwskazania związane z chorobą zasadniczą lub współistniejącymi.
Nauka tych ćwiczeń powinna odbywać się w pomieszczeniach przewietrzonych, dobrze naświetlonych, na dużych przestrzeniach i w odpowiednim stroju, nie krępującym ruchów. Ćwiczenia powinny być łatwe do wykonania i zademonstrowane przez fizjoterapeutę. Tempo ćwiczeń powinno być dostosowane do aktualnych możliwości chorego. Głównie zwracamy uwagę na ćwiczenia dotyczące mięśni tułowia, połączone z ćwiczeniami kończyn górnych i dolnych, uzyskując w efekcie synergizm napięcia mięśni brzucha. Ma to duże znaczenie w poprawie perystaltyki jelit i ukrwienia w okolicy planowanego zabiegu.
W dniu zabiegu polecamy pacjentowi założenie elastycznych pończoch zapobiegających zastojom krwi na obwodzie, albo zakładamy pacjentowi opaski z bandaża elastycznego. Po zabiegu, gdy lekarz prowadzący wyrazi zgodę, fizjoterapeuta może rozpocząć stopniową rehabilitację pooperacyjną pacjenta, nawiązując do nauczonych wcześniej procedur fizjoterapeutycznych, opisanych powyżej. W przypadku obecności bliskich osób, ćwiczenia te mogą być z czasem wykonywane przez pacjenta przy współpracy z rodziną. Ich skuteczność i efektywność będzie zależała w dużej mierze od zaangażowania w rehabilitację ruchową przed zabiegiem, stąd tak ważne jest by ten element zespołowej troski o pacjenta był prawidłowo wykonany. ❖

MAŁGORZATA SZTENCEL
FIZJOTERAPEUTA

Nutridrink Protein 125 ml
opracowany z myślą o pacjentach onkologicznych

- pomaga **zoptymalizować dietę** pod kątem wartości energetycznej i niezbędnych składników odżywczych
- **zawiera największą dawkę białka w najmniejszej objętości***
- **łatwy do spożycia** dla osób mających problemy z gryzieniem, połykaniem oraz ze spożywaniem standardowych objętości posiłków

Stosowane dawkowanie: 1–2 butelki dziennie przez 14 dni i więcej
Sposób użycia: Pomiędzy posiłkami lub zamiast posiłku. Pić powoli – 1 opakowanie ok. 30 min. Podawać schłodzony

nie ma bez leczenia żywienia

* Na podstawie analizy porównawczej produktów: Ensure, Prosure, Fresubin, Supportan, Resource

Nutridrink Protein 125 ml. Dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod nadzorem lekarza. Do postępowania dietetycznego w niedożywieniu związanym z chorobą. **Materiał przeznaczony dla osób posiadających kwalifikacje z zakresu medycyny, farmacji lub żywienia.**

Fot. © Wavebreakmedia | Depositphotos.com

Leczenie raka jelita grubego

Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego polega na usunięciu odcinka jelita zajętego przez guz nowotworowy wraz z marginesem zdrowych tkanek oraz wycięciem krezki (część tkanek, zbudowanych głównie z tkanki tłuszczowej i włóknistej, w której przebiegają naczynia krwionośne oraz limfatyczne wraz z regionalnymi węzłami chłonnymi).

Zakres jest związany także z przebiegiem naczyń krwionośnych i unaczynieniem przez nie danego odcinka jelita. Jeśli wytnie się zbyt mały odcinek jelita grubego a przetnie się naczynia krwionośne, może dojść do martwicy pozostałego odcinka jelita. Zbyt małe wycięcie jelita z krezką powoduje także pozostawienie części węzłów chłonnych wraz z ewentualnymi przerzutami, co czyni zabieg nieradykalnym. Zakres wycięcia jest jedną z podstaw szkolenia chirurga i stanowi standard postępowania.

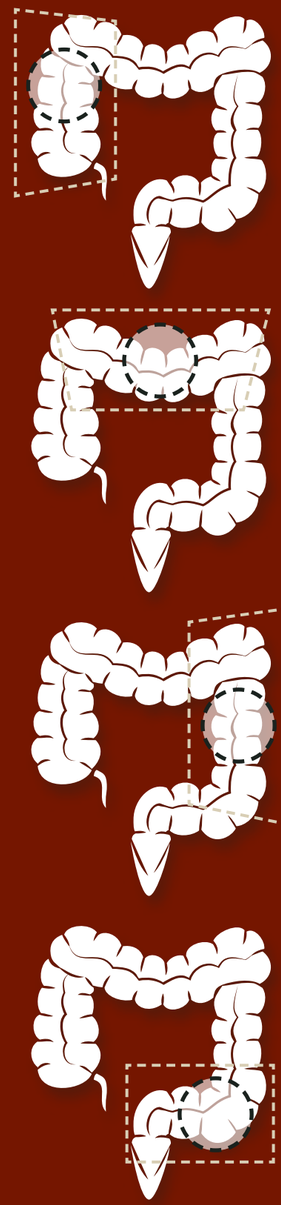
W przypadku umiejscowienia raka w obrębie odbytnicy postępowanie chirurgiczne różni się od zabiegów w obrębie wyżej położonych odcinków jelita grubego ze względu na szczególne umiejscowienie anatomiczne oraz brak otrzewnej (tkanki włóknistej pokrywającej od wewnątrz ścianę jamy brzusznej oraz leżące wewnątrz niej narządy). To powoduje, że nowotwór może rozprzestrzeniać się łatwiej w płaszczyźnie horyzontalnej (na boki) z naciekaniem tkanki okołoodbytniczej (mesorectum), a nawet innych narządów (pęcherz moczowy, pochwa, prostata, kość krzyżowa, mięśnie dźwigacze odbytnicy). Zakres wycięcia tkanek w obrębie odbytnicy obejmuje nie tylko samą odbytnicę ale odpowiedni zakres tkanek mesorectum z leżącymi w niej węzłami chłonnymi. Prawidłowa technika wycięcia odbytnicy polega na dokładnym, całkowitym usunięciu tych tkanej z zachowaniem dolnego marginesu (wolne tkanki poniżej guza nowotworowego) nie mniejszego niż 2 cm.

Jeśli możliwe jest zachowanie zwieraczy odbytu, wykonuje się tzw. „niską resekcję", z zespoleniem dolnej części odbytnicy z jelitem za pomocą staplera mechanicznego. Jeśli chirurg ma wątpliwości co do jakości takiego zespolenia, szczególnie jeśli przed zabiegiem była wykonywana radioterapia, zaleca się wykonanie powyżej zespolenia przetoki na jelicie cienkim w celu ochrony zespolenia (ileostomia protekcyjna). Po około trzech miesiącach można wykonać zabieg likwidacji stomii i przywrócić drożność całego przewodu pokarmowego.

Jeśli nie jest możliwe zachowanie zwieraczy, guz jest umiejscowiony zbyt nisko, wykonuje się całkowite wycięcie odbytnicy. Nie jest możliwe wytworzenie naturalnego odbytu (brak zwieraczy) wobec czego dystalny (dalszy, końcowy) odcinek jelita grubego wyłania się w powłokach jamy brzusznej jako przetokę kałową (stomia). Jest to zabieg nieodwracalny.

Czasami, w trudnych sytuacjach klinicznych (niedrożność operowana „na ostro", perforacja guza, martwica w obrębie guza ze zmianami ropnymi) w przypadku raka jelita grubego nie wykonuje się jednoczasowego zespolenia jelita po wycięciu jego części ze względu na zbyt duże niebezpieczeństwo nieszczelności takiego zespolenia i możliwych powikłań (perforacja jelita, martwica ściany jelita prowadzące do wydostania się treści jelitowej do jamy otrzewnej i kałowego zapalenia otrzewnej). Dolny odcinek jelita zaszywa się od góry, a górny odcinek wyprowadza się przez powłoki jako tzw. stomię czasową, możliwą do likwidacji w terminie późniejszym, gdy stan ogólny pacjenta na to pozwoli.

Zakres wycięcia raka okrężnicy w zależności od umiejscowienia



LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE RAKA JELITA GRUBEGO

Rak okrężnicy

Podstawowym leczeniem uzupełniającym (leczenie adjuwantowe) raka okrężnicy jest chemioterapia. Należy ją rozpocząć w terminie do sześciu tygodni od zabiegu operacyjnego. Wskazaniem do chemioterapii uzupełniającej jest obecność przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych (III stopień zaawansowania klinicznego) oraz chorych w II stopniu zaawansowania klinicznego, u których stwierdzono obecność czynników zwiększających ryzyko nawrotu choroby. Do czynników tych należą:

- wysoki stopień złośliwości histologicznej (G3),
- naciekanie naczyń krwionośnych lub nerwów,
- perforacja guza nowotworowego,
- obecność komórek nowotworowych lub nacieku nowotworowego w liniach odcięcia jelita (zabieg nieradykalny, wymagający powtórnego wycięcia, jeśli jest to możliwe),
- naciekanie okolicznych narządów (T4b).

Do najczęściej stosowanych schematów leczenia chemicznego należą:

- FOLFOX-4: Folinian wapniowy, 5-fluorouracyl, oksaliplatyna,
- XELOX: Kapecytabina, oksaliplatyna,
- LVFU2: Folinian wapniowy, 5-fluorouracyl,
- FLOX: Folinian wapniowy, 5-Fluorouracyl, oksaloplatyna,
- Kapecytabina.

Rak odbytnicy

Ze względu na specyficzne umiejscowienie oraz brak naturalnej bariery dla szerzenia się nowotworu, jaką jest otrzewna, w przypadku raka odbytnicy istnieje duże prawdopodobieństwo wznowy miejscowej po radykalnej operacji. Z tego powodu, na podstawie wielu badań klinicznych, określono wskazania do leczenia skojarzonego, w którym najpierw wykonuje się radioterapię (ewentualnie w połączeniu z chemioterapią) a następnie zabieg operacyjny. Ten sposób leczenia uzupełniającego zabieg operacyjny, ale wykonywany przed nim nosi nazwę leczenia neoadjuwantowego (radioterapia neoadjuwantowa, chemioterapia neoadjuwantowa).

W kwalifikacji do radioterapii przedoperacyjnej niezwykle ważne jest określenie stopnia zaawansowania miejscowego. Badaniem z wyboru jest rezonans magnetyczny (MRI – Magnetic Resonance Imaging). Na jego podstawie określa się, czy guz ograniczony jest do ściany odbytnicy (T1,T2), czy za nią wychodzi (T3), czy nacieka sąsiednie struktury (T4), czy są obecne przerzuty do węzłów chłonnych (N+).

Jeśli guz wychodzi poza ścianę odbytnicy lub są obecne radiologiczne cechy przerzutów do węzłów chłonnych, ale nie ma naciekania sąsiednich struktur i guz jest ruchomy – można wykonać „krótką" radioterapię przez 5 dni (5 Gy przez kolejne 5 dni) a następnie w ciągu 3–5 dni wykonać zabieg operacyjny. Tak krótki okres czasu wymagany jest ze względu na brak odczynu popromiennego w tym czasie, który występuje, gdy okres od radioterapii się wydłuża. Jeśli odczyn tren wystąpi, należy czekać do jego ustąpienia i dopiero wówczas wykonać operację.

Jeśli guz jest nieruchomy (naciekanie sąsiednich struktur), jest on potencjalnie nieoperacyjny. Ażeby doprowadzić do zmniejszenia wielkości guza i możliwości jego zoperowania, należy wykonać pełną radioterapię, polegającą na napromieniu guza dawką 50 Gy (w 25 frakcjach). Zazwyczaj w tym okresie podaje się także chemioterapię, która, łącznie z radioterapią, w sposób synergiczny doprowadza do zmniejszenia się guza nowotworowego. Po leczeniu występuje odczyn popromienny. Z tego powodu należy odczekać 4–6 tygodni od zakończenia radioterapii do zabiegu operacyjnego.

Fot. © kravka | Depositphotos.com

Ze względu na specyficzne umiejscowienie oraz brak naturalnej bariery dla szerzenia się nowotworu, jaką jest otrzewna, w przypadku raka odbytnicy istnieje duże prawdopodobieństwo wznowy miejscowej po radykalnej operacji.

CHEMIOTERAPIA

Do najczęściej stosowanych schematów chemioterapii w raku odbytnicy w skojarzeniu z radioterapią należą schematy oparte na 5-Fluorouracylu. ❖

OPRACOWANIE:
DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI

Zakresy wycięcia w zależności od zajętego odcinka jelita grubego

Umiejscowienie guza	Zakres wycięcia	Nazwa łacińska zabiegu
Kątnica, wstępnica	Prawa część okrężnicy	Hemicolectomia dx
Zgięcie wątrobowe		
Poprzecznica	Poprzecznica	Transversectomia
Zgięcie śledzionowe	Lewa część okrężnicy	Hemicolectomia sin
Zstępnica		
Esica	Wycięcie esicy	Sigmoidectomia
Górna, środkowa część odbytnicy	Wycięcie górnej (środkowej i górnej) części odbytnicy	Resectio recti anterior
Dolna część odbytnicy	Wycięcie całej odbytnicy. Resekcja brzuszno-kroczowa (amputacja odbytnicy) – z wytworzeniem stomii	Resectio recti abdomino-perinealis (amputatio recti) Stomia (anus praeter naturalis)

Piśmiennictwo:

1. Pazdur R. i wsp.: *Nowotwory złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne*. T1. Wyd. Czelej, Lublin 2012 (Red. Naukowa wyd. pol.: M. Krzakowski, A. Kawecki);
2. *Nowotwory układu pokarmowego.* Red.: P. Potemski, J. Jassem, M. Krzakowski. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2014;
3. Fuchs R. i wsp.: *Nowotwory przewodu pokarmowego.* Wyd. Czelej, Lublin 2012 (Red. Naukowa wyd. pol.: W. Polkowski).

STOMAlife

Róża, królewski kwiat, który otrzymaliśmy wraz z nowym życiem. Każdemu z nas dobrano gatunek do naszych potrzeb. Doświadczony specjalista pieczołowicie dobrał jej stanowisko aby na co dzień nie doskwierały nam jej kolce.

Wydaje się, że jest niezwykle wymagająca i zaborcza, że chce mieć nas tylko dla siebie. To prawda, że każdy rodzaj róży ma swoje specyficzne wymagania, które musieliśmy dokładnie poznać. Początkowo jej pielęgnacja przysparzała trudności. Wszystko wydawało się skomplikowane. Jednak to były tylko pozory. Wystarczyło dobrze zapoznać się z zasadami pielęgnacji aby z każdym kolejnym dniem dawała się oswajać. Umiejętne opanowanie jej humorów sprawiło, że dogadałyśmy się. Razem wychodzimy, podróżujemy i cieszymy się życiem. Bywa kapryśna i płata mi figle ale przecież wiemy, że to tylko chwilowe.

Moja róża, moja stomia.
Bez niej nie byłoby mnie.

ŻYCIE ZE STOMIĄ

Fot. © Di-Studio | Depositphotos.com

Miejsce wyłonienia stomii

– najważniejsza sprawa dla jakości życia osoby ze stomią!

Wyłonienie stomii to bardzo istotny element zabiegu operacyjnego. Wiadomo, że powinien on być wykonany przez lub pod nadzorem doświadczonego chirurga, gdyż decyduje on często o jakości życia pacjenta ze stomią.

Przy wyłanianiu stomii należy kierować się zasadami ustalonymi przez Turnbula i Weakley'a w 1967 roku, które w pełni zachowują swą aktualność:

- prawidłowa lokalizacja stomii (miejsce powinno być widoczne dla chorego)
- odpowiedni kanał stomijny (powinien przebiegać przez mięsień prosty brzucha lub w jego pobliżu, szeroki na dwa palce)
- brak napięcia jelita
- przyszycie krezki jelita do ściany brzusznej (z ominięciem naczyń w krezce)
- wywinięcie śluzówki i przyszycie jej do skóry dobre ukrwienie jelita.

Należy jednak mieć świadomość, iż wyłonienie stomii to nie tylko rękoczyn chirurgiczny a zakończenie złożonego procesu, który musi rozpocząć się już przed zabiegiem. Tak naprawdę stomię zaczynamy wyłaniać od rozmowy z pacjentem. Rozmowy przeprowadzonej przez lekarza, zawsze jeśli to możliwe lekarza operującego pacjenta. Lekarz, jak zresztą przed każdym zabiegiem, powinien wytłumaczyć choremu planowany przebieg i potencjalne powikłania operacji. Najważniejsze chyba jednak, to uświadomić pacjenta po co zabieg ten ma być wykonany. Każdy pacjent przed operacją chciałby wiedzieć, iż jej wykonanie jest w danym momencie niezbędne czy też zalecane. Chciałby mieć poczucie, że zabieg operacyjny jest w danym momencie najlepszą formą leczenia. Chciałby po prostu poddać się zabiegowi w pełni wierząc, że to najlepsze dla niego wyjście. Chirurg rozmawiając z pacjentem musi dodać mu wiary, iż operacja jest w danym momencie dobrodziejstwem dla pacjenta. W natłoku obowiązków biurokratycznych, obarczeni koniecznością wypełniania wciąż rosnącej liczby dokumentacji lekarze często dokładnie informują chorego o wszelkich potencjalnych skutkach ubocznych i powikłaniach zabiegu, czyli jego minusach, zapominając czy też nie mając już czasu na jeden „drobiazg" – aby podkreślić jego zalety, czyli utwierdzić pacjenta w przekonaniu, iż słusznie robi, podpisując dokument o pięknej nazwie „świadoma zgoda na zabieg operacyjny". Lekarz podejmując decyzję o zabiegu doskonale wie o wskazaniach do jego wykonania, jest to dla niego często tak oczywiste, iż zapomina, że pacjent ten wiedzy nie ma.

Informacja o stomii powinna dotrzeć do pacjenta, gdy lekarz wyjaśni już potrzebę zabiegu. W momencie gdy pacjent rozumie, dlaczego warto podjąć pewne ryzyko, należy omówić z nim kwestię wyłonienia stomii. Stomia i konieczność jej wytworzenia muszą być przedstawione jako jeden ze sposobów, by osiągnąć najlepszy wynik leczenia, by pacjent po zabiegu cieszył się jak najdłużej jak najlepszym zdrowiem. Niedopuszczalne jest poinformowanie pacjenta „Wyłonimy Panu stomię, gdyż ma Pan raka powodującego niedrożność". Brzmi to jak pewnego rodzaju wyrok, stomia zaś jawi się jako fatum, dodatkowa „kara" dla pacjenta obarczonego już przecież niezwykle obciążającą diagnozą. Posługując się dalej powyższym przykładem rozmowę powinniśmy rozpocząć od wyjaśnienia pacjentowi iż niedrożność, której przyczyną jest rak, stanowi dla niego bezpośrednie zagrożenie życia i źródło nieuchronnie nasilających się dolegliwości. Aby myśleć o poprawie jego samopoczucia i zmniejszeniu dolegliwości należy umożliwić odpływ treści jelitowej. Dopiero poradzenie sobie z problemem niedrożności pozwoli pacjentowi na odżywianie się, na lepsze funkcjonowanie czy wreszcie leczenie, choć czasem jest ono niestety paliatywne. Dopiero po wytłumaczeniu istoty zabiegu i wskazaniu jego zalet dla pacjenta należy poinformować go, że w obecnej sytuacji prawdopodobnie jedynym bezpiecznym i realnym chirurgicznie wyjściem jest wyłonienie stomii. Stomii, która stanowić będzie wentyl bezpieczeństwa, pozwoli pacjentowi dalej funkcjonować i przyczyni się do likwidacji problemu niedrożności.

Oczywiście niezwykle ważna jest forma prowadzenia tej, niełatwej przecież dla pacjenta, rozmowy. Musi mieć ona charakter bardzo indywidualny, być prowadzona w warunkach zapewniających pacjentowi poczucie intymności, pozwalających na zadawanie pytań, wyjaśnianie wątpliwości. Ważne, by była ona prowadzona w sposób „partnerski" tzn. gdy to możliwe i pacjent i lekarz powinni siedzieć, jeśli pacjent jest leżący lekarz powinien usiąść przy jego łóżku. Ważne, by nie prowadzić tej rozmowy w pozycji „leżący pacjent – stojący chirurg". Powoduje to z jednej strony u pacjenta poczucie, iż rozmowa będzie krótka, że nie należy zadawać zbyt wielu pytań i zbyt długo zastanawiać się nad potencjalnymi problemami. Sprawia wrażenie, iż chirurg przyszedł do pacjenta tylko na chwilę. Z drugiej strony powoduje ona powstanie, mniej lub bardziej świadomie dla pacjenta, poczucia pewnej hierarchii, w której to lekarz jest znacznie wyżej od pacjenta, i to lekarz jawi się jako główna osoba decydująca o dalszych wydarzeniach, z której decyzją się nie dyskutuje. Rozmowa na równym poziomie ułatwia pacjentowi zachowanie poczucia wpływu na przebieg jego leczenia, czyni go bardziej świadomym swych decyzji.

> **„Konieczność wyłonienia stomii musi być przedstawiona jako jeden ze sposobów, aby osiągnąć najlepszy wynik leczenia, aby po zabiegu pacjent cieszył się jak najdłużej zdrowiem.**

W rozmowie o stomii trzeba rzetelnie i jasno wskazać na jej niewątpliwe zalety, ale też potencjalne problemy. Pacjent musi być świadomy swego dalszego funkcjonowania ze stomią. Bardzo ważne są odniesienia i przykłady konkretnych sytuacji klinicznych, gdy chirurg może dawać przykłady świetnie funkcjonujących ze stomią, prowadzących pełne, szczęśliwe życia. Olbrzymią pomocą mogą być akcje prowadzone przez stowarzyszenia pacjentów czy też kampanie medialne. Bardzo dobrym przykładem jest prowadzona aktualnie Ogólnopolska Kampania Społeczna „STOMAlife. Odkryj Stomię". Jedną z jej ambasadorek jest Paulina Kaszuba, pokazująca w pięknej sesji zdjęciowej, że stomia nie jest ani dramatem ani stygmatem, że niczego nie zabiera, nie pozbawia kobiecości, nie zmniejsza ani atrakcyjności ani możliwości pracy czy realizacji swej pasji.

Świetnym przykładem realizacji pasji pomimo, choć właściwie to dzięki stomii, jest Tomasz Tobiaszewski, himalaista wspinający się w najwyższych górach i doskonale radzący sobie nawet w tak ekstremalnie trudnych warunkach ze stomią. ▶

http://stomalife.pl/stomia-ogranicza-niezwykle-zdjecia-stomiczki/

stomijna. Pielęgniarki stomijne, mając stały kontakt z pacjentem stomijnym najlepiej chyba znają jego najczęstsze bolączki i problemy, mają też bardzo dużą świadomość, iż najczęściej to miejsce wyłonienia stomii warunkuje jej dobre funkcjonowanie. Oczywiście w trybie zabiegów pilnych, w warunkach dyżurowych, miejsce takie wyznacza lekarz. Najważniejsze jednak, żeby zostało ono wyłonione przed zabiegiem. Pozycja pacjenta w trakcie zabiegu operacyjnego, zwiotczenie mięśni czy cięcie brzuszne znacznie zmieniają ułożenie powłok, pozycje łuków żebrowych czy kości biodrowych. Często stomia wyłoniona w bardzo dobrym, jak wydaje się w czasie zabiegu, miejscu, okazuje się być po zabiegu stomią zlokalizowaną zbyt nisko czy wysoko. Truizmem, choć niestety wymagającym ciągłego przypominania, jest już zwrócenie uwagi, by nie wyłaniać stomii w ranie.

Stomia nie jest wystarczającym powodem do tego, aby rezygnować z życia. Potwierdzeniem tych słów może być pozująca do zdjęć Paulina Kaszuba lub Tomasz Tobiaszewski – himalaista doskonale radzący sobie ze stomią nawet w ekstremalnie trudnych warunkach.

http://stomalife.pl/nasze-historie/tomasz-tobiaszewski-relacja/

Nieocenioną pomocą mogą służyć wolontariusze – inni pacjenci ze stomią, gotowi podzielić się swymi doświadczeniami a przede wszystkim swoją osobą najlepiej chyba zaświadczyć, iż ze stomią żyje się dalej, często lepiej i bardziej szczęśliwie niż przed zabiegiem. Można o rozmowę z pacjentem, u którego planowane jest wyłonienie stomii, poprosić pacjenta, który jest już po zabiegu wyłonienia stomii. Warunkiem niezbędnym jest oczywiście zgoda pacjenta ze stomią i jego gotowość do rozmawiania o niej. O pomoc taką możemy zwrócić się tylko do wybranych pacjentów, lekarz absolutnie nie może „wymuszać" jej na pacjencie ze stomią, który często sam jeszcze potrzebuje czasu by w pełni ją zaakceptować.

Ważnym elementem rozmowy jest uspokojenie chorego odnośnie pewnych prozaicznych problemów – że będzie otrzymywał nieodpłatnie sprzęt stomijny, że będzie pod opieką poradni dla chorych ze stomią, że istnieje szereg poradników dotyczących diety czy ćwiczeń fizycznych u chorych ze stomią. Pacjent nie może czuć obaw, iż po wyłonieniu stomii pozostanie sam z problemem jej zaopatrzenia i codziennej pielęgnacji.

Dopiero u tak przygotowanego pacjenta, który wie już, że potencjalne wyłonienie stomii jest dla niego w danym momencie najlepszą formą czy częścią leczenia, można przystąpić do wyznaczania miejsca na stomię. Nie można wyznaczać miejsca u pacjenta, który nie został o potrzebie wyłaniania stomii dokładnie poinstruowany, który nie zaakceptował tej decyzji. Miejsce na przyszłą stomię powinna wyznaczyć, jeśli tylko to możliwe, odpowiednio przeszkolona pielęgniarka

Niewłaściwe zlokalizowanie stomii mocno utrudnia prowadzenie rehabilitacji u pacjenta po zabiegu i prawidłowe zabezpieczenie stomii sprzętem stomijnym.

Najbardziej zalecane wyznaczenie stomii...

...to takie, w którym pacjent ubrany jest w swoją codzienną odzież i które odbywa się w pozycji leżącej, stojącej i siedzącej. W każdej z nich nieco inaczej układają się fałdy skórne. Poszukując miejsca na brzuchu do prawidłowego wyłonienia stomii szukamy go:

- **na przebiegu mięśnia prostego brzucha (co zmniejsza ryzyko powstania przepukliny okołostomijnej)**
- **na gładkiej powierzchni brzucha, widocznej i dostępnej dla pacjenta**
- **poza linią pasa, tak by worek stomijny znajdował się nad lub pod paskiem, aby pasek nie uciskał worka.**

Przedstawione powyżej zasady wyłaniania stomii mają oczywiście charakter bardzo ogólny i nie wyczerpują wszelkich innych uwarunkowań. Do najważniejszych należy z pewnością oddalenie miejsca stomii od linii cięcia o co najmniej 4–5 centymetry, by nie dochodziło do kolizji sprzętu stomijnego z raną. Zbyt bliskie zlokalizowanie stomii powoduje z jednej strony ryzyko zacieku treści jelitowej do rany (w etapie wczesnym), z drugiej zaś zmniejsza odporność mechaniczną ściany brzucha i podnosi ryzyko powstawania przepukliny, zarówno okołostomijnej jak i w samej ranie pooperacyjnej. Stomię powinniśmy wyłaniać w oddaleniu od poprzednich blizn, fałdów skórnych, miejsc, w których skóra zmieniona jest chorobowo. Nie powinna się ona znajdować zbyt blisko kości biodrowej czy łuku żebrowego, w pachwinie, pod fałdem skórnym lub obwisłym biustem.

Oczywiście należy mieć świadomość, iż u niektórych pacjentów, zwłaszcza po licznych poprzednich operacjach, znalezienie miejsca na stomię może być bardzo trudne i stanowić pewnego rodzaju kompromis. Tym bardziej jednak wyznaczanie miejsca na stomię przed zabiegiem pomoże w jego optymalnej lokalizacji.

Pacjent, który obudzi się po zabiegu ze stomią, powinien mieć poczucie, iż jej wyłonienie było konieczne i dla niego najlepsze. Powinien wierzyć, iż stomia stanowi dla niego „przepustkę do domu" – pomoże w uporaniu się z chorobą, z powodu której był operowany. Taki pacjent będzie dużo szybciej i łatwiej uczył się obsługi stomii, akceptował jej obecność. Aby tak się stało pamiętajmy, iż musimy przed zabiegiem dokładnie wytłumaczyć pacjentowi potrzebę wyłonienia stomii i wyznaczyć optymalne dla niej miejsce. Tylko wtedy stomia stanie się dla pacjenta przepustką do życia. Oby zawsze jak najdłuższego i najbardziej szczęśliwego. ❖

PROF. DR HAB. MED. TOMASZ BANASIEWICZ
MGR PIEL. URSZULA SOBCZAK
Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej
Uniwersytetu Medycznego im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wyznaczanie miejsca na stomię w pozycji leżącej, stojącej i siedzącej

STOMAlife
ODKRYJ STOMIĘ

Ogólnopolska Kampania Społeczna

wspierana przez
SALTS

Cel kampanii

Zadaniem kampanii społecznej „STOMAlife. Odkryj stomię" jest walka z wykluczeniem społecznym dotykającym pacjentów z tym problemem zdrowotnym. Celem kampanii jest przełamanie tabu związanego ze stomią oraz edukacja pacjentów i społeczeństwa w zakresie faktów i mitów związanych z tą przypadłością.

Do głównych zadań kampanii należy zaliczyć:

- edukację opinii publicznej na temat stomii oraz problemów osób z wyłonioną stomią,
- budowanie zrozumienia i wsparcia społecznego dla pacjentów stomijnych,
- aktywizację społeczną stomików,
- zmianę postaw pacjentów stomijnych w kierunku akceptacji swojej sytuacji życiowej.

Misja kampanii

Misją kampanii jest zbudowanie powszechnej akceptacji dla pacjentów ze stomią tak by mogli powrócić do normalnej aktywności zawodowej i społecznej.

Jak pokazują badania stomia to nie tylko obciążenie fizyczne ale i psychiczne, na które pacjent powinien zostać odpowiednio przygotowany. Aby zapewnić mu psychiczny komfort należy prowadzić dialog z personelem medycznym, który jest pierwszym źródłem informacji i wsparcia dla pacjentów. Współpraca może zaowocować wprowadzeniem lepszych praktyk w zakresie opieki nad pacjentami stomijnymi oraz odpowiednio przygotować ich do zabiegu.

Spodziewane efekty

- Stomicy staną się w mniejszym stopniu dyskryminowani w życiu zawodowym, publicznym oraz szkolnym, a pracodawcy i nauczyciele będą umieli z takimi osobami rozmawiać, aby przełamywać ich lęk przed brakiem akceptacji ze strony otoczenia.
- Stomicy przestaną wstydzić się stomii i podzielą się publicznie swoimi doświadczeniami.
- Stomicy będą realizować swoje pasje i zaczną uczestniczyć w aktywnościach, których do tej pory unikali, takich jak uprawianie sportu
- Stomicy na nowo nauczą się budować swoje relacje towarzyskie i rodzinne
- Stomicy będą mieli zapewnioną odpowiednią edukację na temat konsekwencji wyłonienia stomii oraz jej pielęgnacji.

*Jedną z głównych idei kampanii jest **włączenie w nią jak największej liczby osób.***

Przyłącz się do kampanii

Polub nasz profil na Facebooku!

- Facebook.com/KampaniaSTOMAlife. Śledź aktualności, komentuj, udostępniaj – chcemy, żebyś stał się częścią naszej społeczności!

Podziel się swoją historią!

- Zachęcamy do podzielenia się swoją historią, która stanie się inspiracją i wsparciem dla innych! Za pośrednictwem strony www.stomalife.pl stomicy mogą opowiedzieć np. o emocjach, które odczuwali zarówno przed, jak i podczas pierwszych tygodni po operacji, o problemach w życiu codziennym i zawodowym, o swoich pasjach i marzeniach, a także o tym, jak wyglądał proces akceptacji stomii.

Masz pytanie?

- STOMAlinia to miejsce, w którym żadne pytanie nie pozostanie bez odpowiedzi. Dzięki niej możecie uzyskać poradę i pomoc na temat stomii, jej pielęgnacji oraz życia z nią. Odpowiedzi udzielają psycholodzy, lekarze oraz pielęgniarki stomijne.
- Jeśli masz pytanie napisz: poradnia@stomalife.pl lub psycholog@stomalife.pl

Rozwijaj wiedzę na temat stomii!

- Zapraszamy do skorzystania z interaktywnego kursu dotyczącego stomii i jej pielęgnacji. Szkolenie dostępne jest nieodpłatnie dla każdego i kończy się wydaniem zaświadczenia o odbyciu kursu. Kurs składa się z dwóch części. Pierwsza z nich zawiera podstawowe informacje dotyczące stomii, jej pielęgnacji i sprzętu stomijnego. Druga związana jest z edukacją pacjenta stomijnego na temat jego stanu, codziennego życia ze stomią, a także refundacji sprzętu stomijnego. Kurs wraz z quizem porządkującym zdobytą wiedzę znajduje się pod adresem www.stomalife.pl/szkolenia.

Przysyłaj pomysły!

- Nikt nie wie lepiej od Ciebie, jak jeszcze możemy Ci pomóc w ramach kampanii! Jeżeli masz pomysł, jak ją rozwijać, podziel się biuro@stomalife.pl.
- Przysyłaj nam też swoje propozycje faktów i mitów dotyczących stomii oraz życia z nią.

Patroni honorowi

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Organizatorzy

Polskie Towarzystwo Stomijne

Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita

Partner medyczny

SALTS

trio ostomy care

Patroni medialni

termedia

onkonet.pl

Podoba mi się idea książki Keri Smith *Zniszcz ten dziennik*. Ponad dwieście stron kreatywnej destrukcji: prostych, choć czasami bardzo dziwnych, sposobów radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Genialna w swojej prostocie, oszczędna w słowa, dosadnie dyrektywna, a na dodatek w zasadzie bez ograniczeń wiekowych! Zwyczajnie pozazdrościłem autorce pomysłu i odwagi.

Pakiet

Fot. © michaeljung | Depositphotos.com

Żyjemy w takich czasach, że coraz mniej wymagamy od siebie, bo dużo łatwiej jest narzekać na wady systemów w obrębie których funkcjonujemy. Nasza lewa półkula mózgu, ta racjonalna (teoretycznie) i analityczna (czasami przekombinowana) nie nadąża za ustalaniem faktów, a prawa półkula mózgu, ta o dużym potencjale wyobrażeniowym, twórczym, oddaje się myślom zupełnie oderwanym od rzeczywistości, zarówno (nad wyraz) pozytywnym jak i (nad wyraz) negatywnym. Zdarza się, że czasami „zapominamy" o posiadaniu obu półkul.

PRAWA PÓŁKULA

Mam przed oczami pacjentkę, która podczas chemioterapii zaczęła nadrabiać lata zaległości w rozmowach z Bogiem. Na każdym kroku pani podkreślała, że Bóg jest dla niej jedynym ratunkiem, że choroba jest karą za jej dotychczasowe błędy życiowe i tylko modlitwa może ją uratować.

„Z panem to ja mogłabym się umówić kilkanaście lat temu na randkę i wierzy mi pan, że bym panu na pewno zawróciła w głowie, a teraz to ja mam swoich facetów, a i pan z obrączką na palcu serdecznym. Ja takich rozmów o chorobach nie potrzebuję! Ja sobie świetnie radzę, prawda dziewczyny?"

Patrzę na dwie pozostałe pacjentki. Są uśmiechnięte od ucha do ucha, potakują optymizmowi swojej liderki, widać w ich oczach ogromny podziw wobec jej postawy, nabierają przy niej pewności siebie. Na parapecie pod oknem udokumentowane dowody na istnienie jej facetów: obrazek przedstawiający Ojca Pio, zdjęcie uśmiechniętego wnuka.

Pakiet osobowościowy nie wymaga zwoływania konsylium, wystarcza nasza pewność co ten pakiet zawiera. Pakiet osobowościowy zawsze jest na czas, o ile mamy świadomość, że go posiadamy.

Otwiera portfel i legitymuje zdjęciem istnienie swojego partnera: „Jak nie popije to z niego złoty człowiek, a zresztą kto teraz nie pije? Ja też piłam, ale teraz to ani grama, bo trzeba dbać o siebie". Porusza się nerwowo na łóżku. Choroba nowotworowa umiejscowiona w odbycie wymaga od niej ciągłego poszukiwania wygodnej pozycji. Widać, że odczuwa znaczny dyskomfort, ale nie daje poznać po sobie cierpienia.

W pewnym momencie wstaje i jednym hasłem aktywizuje swoje koleżanki: „Pijemy kawusię dziewczyny! Panu też zrobić?".

O jej alkoholizmie rozmawiamy podczas każdego pobytu. Na każdym kroku podkreśla rolę jaką Bóg odgrywa w jej życiu, jak umacnia ją w dążeniu do zdrowia i abstynencji. Na więcej tematów sobie nie pozwala, wywiad jest zdawkowy, syzyfowa praca.

Wciąż dźwięczą mi w uszach jej słowa: „Bóg pomoże pani doktor mnie z tego wyciągnąć, zobaczy pan! I wtedy pozałatwiam całą resztę, naprawię wszystkie błędy".

LEWA PÓŁKULA

„Na pewno jest złośliwy!" – mówi mężczyzna, którego żona przyciągnęła do gabinetu podstępem. Kobieta patrzy na mnie bezradnie, czeka aż powiem coś, co zakończy jej koszmar. Troska o rodziny, w których pojawia się choroba skupia się głównie na osobie, która choruje. Przeważnie nikt nie zauważa cierpienia pozostałych członków rodziny. Oni także ponoszą ogromne koszty psychofizyczne zaistniałej sytuacji. Ich organizm pracuje na pełnych obrotach. Często nie odpoczywają, miewają zaburzenia rytmu snu, bo żyją w ciągłym strachu, że bliski chory może ich w każdym momencie potrzebować. To oni muszą radzić sobie ze zmiennością nastrojów osoby chorej i reagować z taktem, aby nie poczuła się gorzej. Oni nie wiedzą jak reagować, nigdy nie byli w takiej sytuacji, więc reagują tak, jak się utarło w sytuacjach trudnych: „wszystko będzie dobrze!".

„Ona ciągle to powtarza i mnie to strasznie...!" – patrzę na łzy płynące po policzkach obolałej od słownych ciosów chorego męża kobiety. Chory ma rację – nikt nie może mieć pewności jak będzie wyglądała jego przyszłość. Podkreślam mu jednak, że jego żona ma dobre intencje i sama żyje w tym przeświadczeniu nadziei, wiary w optymistyczne zakończenie leczenia.

„Ja wiem, że będzie złośliwy! Wszyscy mnie okłamujecie, nawet lekarz nie mówi mi prawdy tylko kręci, że to tylko podejrzenie...".

Nie chce mi powiedzieć skąd wie, że jest tak źle, nerwowo potrząsa głową dając sygnał „nie pogadamy, wiem swoje". Oczywiście nie może mi tego powiedzieć, więc pytam go co zamierza zrobić z tą pesymistyczną diagnozą. Opuszcza głowę, ale twardo stwierdza, że trzeba będzie umrzeć, bo z przerzutami jeszcze nikt nie wygrał. Pytam czy mając tak dużą pewność nieuchronnej śmierci zaczął porządkować swoje życie? Popatrzył na żonę z wyrzutem: „Widzisz! Pan też ▶

Fot. © CardyBoxImages | Depositphotos.com

Chory ma rację – nikt nie może mieć pewności jak będzie wyglądała jego przyszłość. Podkreślam mu jednak, że jego żona ma dobre intencje i sama żyje w tym przeświadczeniu nadziei, wiary w optymistyczne zakończenie leczenia...

mówi, że umrę i po co ta cała rozmowa?!". Pytam go co to jest nowotwór złośliwy – nie wie. Pytam go co to są te przerzuty – nie wie. W jaki sposób pewność czegokolwiek może obyć się bez silnych dowodów, faktów? Śmierć jest nieuchronna – pewne. Kiedy nastąpi? Nie wie nikt.

Pacjentka zmieniła się na twarzy. Zmęczenie podkrążyło jej oczy, wydusiło z nich łzy. Koleżanki odwrócone do niej tyłem, leżały na boku udając głęboki sen. „Bóg mnie opuścił, nie mam już siły, bardzo źle się czuję, nie dam rady" – patrzyła w okno, wypowiadała słowa bardzo powoli jak w kulminacyjnej scenie dramatu. Usiedliśmy wtedy w pustej sali na końcu oddziału. To znaczy ja siedziałem, a ona starała się znaleźć w miarę wygodną pozycję.

„Od kilku miesięcy już nie płakałam, duża ulga..." – pomyliła przejęcie kontroli Boga nad jej życiem ze wsparciem, jakie modlitwa niesie w leczeniu, zauważyła to. Zauważyła też, że za długo zwlekała z „naprawianiem" błędów. Zaczęła planować. Z portfela zniknęło zdjęcie uzależnionego od alkoholu partnera, postanowiła pojechać odwiedzić wnuka i przede wszystkim pogodzić się z córką i powiedzieć jej o swojej chorobie. Tuż przed zakończeniem linii leczenia chemioterapią w oddziale pacjentka zniknęła. Nie martwię się jednak o nią. Wierzę, że gdziekolwiek jest, daje sobie radę.

Pakiet osobowościowy

Każdy idzie z nim przez życie i zaczyna z nim leczenie onkologiczne. To nasze dotychczasowe doświadczenia, cechy genetyczne predestynujące nas do pewnej drogi życiowej, to nasze rodziny, przyjaciele, praca, zainteresowania, upodobania smakowe itp. Pakiet osobowościowy nie wymaga zwoływania konsylium, wystarcza nasza pewność co ten pakiet zawiera. Pakiet osobowościowy zawsze jest na czas, o ile mamy świadomość, że go posiadamy.

Od stycznia tego roku działa inny pakiet, ten „ważniejszy". Drogi Pacjencie nie poddawaj się! Ten pakiet też ma sens. Bo ma... prawda? Czas pokaże, a Ty bądź kreatywny w wyrażaniu emocji.

Tymczasem! ❖

MGR RAFAŁ RYBKA
PSYCHOLOG

Fot. © mjth | Depositphotos.com

Integrować, informować, *łączyć!*

Andrzej Piwowarski, prezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego Pol-ilko

Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO powstało w 1987 roku, w Poznaniu. Obecnie posiada ponad dwadzieścia regionalnych oddziałów i klubów w całej Polsce. Organizacja jest stowarzyszona w Europejskim (EOA) oraz Światowym Stowarzyszeniu Stomijnym (IOA).

Jednym z podstawowych zadań, jakie stawia sobie towarzystwo, jest integracja środowiska stomijnego, a przede wszystkim tworzenie okazji do spotkania się osób o podobnej sytuacji życiowej, to jest osób które „łączy" posiadanie stomii.

Obok spotkań grupowych, wspomnianemu celowi służy ruch ochotników i wolontariuszy, do którego regionalne oddziały towarzystwa angażują odpowiednio przygotowanych, doświadczonych już stomików. Wolontariusze pomagają przystosować się do nowej sytuacji zarówno osobie u której wyłoniono stomię, jak i jej rodzinie. Zapewniają wsparcie, którego nie mogą udzielić osoby nie posiadające stomii. W ten sposób towarzystwo stomijne wykorzystuje niezwykły potencjał stomików oraz ich osobiste przeżycia związane z akceptacją stomii. Jednocześnie, nie chce w ten sposób eliminować równie istotnej roli pomocy profesjonalistów z zakresu medycyny stomijnej.

Idea wolontariatu to dzielenie się własną wiedzą i udzielenie psychicznego wsparcia, poprzez osobisty wkład i empatię wolontariusza. Działanie jest szansą na to, że osoba potrzebująca pomocy – utożsamiając się z osobą wolontariusza – odbuduje własne zaufanie i zaakceptuje swoje życie. ❖

Cele statutowe Polskiego Towarzystwa Stomijnego:

- ochrona i promocja zdrowia w zakresie przypadków nowotworowych układu pokarmowego, a w szczególności sposobów ich leczenia przez wyłonienie stomii,
- działanie na rzecz osób niepełnosprawnych posiadających stomię,
- promocja i organizacja wolontariatu działającego na rzecz niesienia pomocy i wzajemnego wsparcia dla stomików,
- życiowa i zawodowa aktywizacja osób po zabiegu wyłonienia stomii: czasowej lub stałej, a w szczególności kolostomii, ileostomii, urostomii lub innej przetoki wymagającej zaopatrzenia w stomijny sprzęt,
- wsparcie psychologiczne zarówno dla pacjentów, jak i ich rodzin,
- edukacja społeczeństwa na temat problemów osób ze stomią, a także propagowanie idei pomocy i zrozumienia dla osób posiadających stomię.

Wolontariusz jest uosobieniem nadziei, jest człowiekiem szczęśliwym, żyjącym w zgodzie ze stomią.

Więcej informacji na stronie: **www.polilko.pl**

„Karta stomika”

gwarancją bezpieczeństwa i intymności osób ze stomią

Z inicjatywy organizatorów kampanii „STOMAlife. Odkryj stomię” osoby ze stomią mogą otrzymać kartę stomika. Jej posiadanie ma ułatwić stomikom funkcjonowanie w problematycznych sytuacjach, na przykład podczas kontroli granicznych i odpraw lotniczych.

Stomia jest chirurgicznie wytworzonym połączeniem części jelita z powierzchnią ciała. Do jej wyłonienia dochodzi w wyniku chorób układu pokarmowego. Obecnie szacuje się, że w Polsce jest około 40 tysięcy stomików. Ich liczba stale rośnie, gdyż coraz częściej zaleca się czasowe wyłonienie stomii.

Posiadanie stomii nie powoduje ograniczeń w normalnym funkcjonowaniu. Jednak, jak wynika z raportu „Personel medyczny o komforcie życia pacjentów stomijnych”, w opinii respondentów ponad 60% stomików odczuwa ograniczenia w kontaktach z otoczeniem zarówno z powodów fizycznych, jak i psychicznych.

Konieczność posiadania przy sobie zapasowego sprzętu stomijnego może przysporzyć stomikom kłopotliwych sytuacji. Wiele z nich wymaga poinformowania otoczenia o fakcie posiadania stomii i związanych z nią potrzebach. Karta stomika oraz towarzyszące jej zaświadczenie lekarskie jest odpowiedzią na zaistniały problem.

Udogodnienia w podróży

Mówiąc o kłopotliwych sytuacjach, organizatorzy kampanii mają na myśli kontrole celne, graniczne, sytuacje odpraw lotniczych, ale także momenty kiedy konieczna jest zmiana sprzętu stomijnego. W ostatniej sytuacji uzasadniona powinna być możliwość skorzystania z miejsca do parkowania dla osób niepełnosprawnych, czy pomieszczenia dla matki z dzieckiem, które jako jedyne daje możliwość wygodnej wymiany woreczka stomijnego.

Podczas kontroli lotniczej, każdy pasażer musi okazać wszystkie przedmioty, które zamierza zabrać w bagażu podręcznym, na przykład klucze, telefon, pasek, urządzenia elektryczne oraz okrycie wierzchnie – płaszcz, kurtka, szal. Brak wiedzy na temat stomii może sprawić, że osoba kontrolująca będzie się domagać także odklejenia worka stomijnego. Nakaz jego odklejenia oraz ingerencja osób niewykwalifikowanych może spowodować rozszczelnienie się sprzętu stomijnego, skutkujące wyciekaniem treści jelitowej lub moczu, posiadanie przy sobie karty stomika może zapobiec takim sytuacjom.

Taka inicjatywa, jak karta stomika, jest bardzo potrzebna. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że odprawy lotnicze nie należą do przyjemnych dla stomików. Kiedy leciałam samolotem do Turcji, podczas odprawy kontrolerka wymacała ręką mój woreczek. Mimo deklaracji, że jestem stomikiem, zostałam zaproszona na osobistą rewizję. Kiedy zobaczyłam, że oczy pozostałych oczekujących są skierowane na mnie, poczułam się jak przestępca, szczególnie, że prowadziły mnie dwie panie. Musiałam się rozebrać i pokazać woreczek. Dopiero, kiedy zapytałam, czy mam go odkleić i ostrzegłam, że zawartość może się wylać, panie odpuściły. Nie usłyszałam jednak słowa przepraszam. Nie wstydzę się swojej stomii, ale nie chciałabym też za każdym razem tłumaczyć się z jej posiadania – komentuje Hanna Hybicka, stomiczka i wolontariuszka Mazowieckiego Oddziału POLiLKO.

Konieczność posiadania przy sobie akcesoriów do pielęgnacji stomii nie powinna utrudniać stomikom możliwości pobytu za granicą czy też podróży samolotem.

Taka inicjatywa, jak karta stomika, jest bardzo potrzebna. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że odprawy lotnicze nie należą do przyjemnych dla stomików. Kiedy leciałam samolotem do Turcji, podczas odprawy kontrolerka wymacała ręką mój woreczek. Mimo deklaracji, że jestem stomikiem, zostałam zaproszona na osobistą rewizję. Kiedy zobaczyłam, że oczy pozostałych oczekujących są skierowane na mnie, poczułam się jak przestępca, szczególnie, że prowadziły mnie dwie panie. Musiałam się rozebrać i pokazać woreczek. Dopiero, kiedy zapytałam, czy mam go odkleić i ostrzegłam, że zawartość może się wylać, panie odpuściły. Nie usłyszałam jednak słowa przepraszam. Nie wstydzę się swojej stomii, ale nie chciałabym też za każdym razem tłumaczyć się z jej posiadania – komentuje Hanna Hybicka, stomiczka i wolontariuszka Mazowieckiego Oddziału POLiLKO, .

Przepisy dotyczące przewozu bagażu podręcznego, leków oraz środków medycznych nie mówią nic o sprzęcie stomijnym. Posiadanie karty stomika oraz zaświadczenia medycznego może okazać się pomocne w trakcie przewożenia i posiadania przy sobie sprzętu stomijnego.

Ze względu na specyfikę pielęgnacji stomii, stomicy powinni móc zabrać ze sobą odpowiednią ilość sprzętu na pokład samolotu, w ramach bagażu podręcznego, aby móc zmienić woreczek stomijny w każdym momencie, w którym zaistnieje taka potrzeba. Na akcesoria do pielęgnacji stomii mogą składać się nie tylko worki stomijne, ale także: pasta i pierścienie uszczelniające, zapinki, klipsy do systemu otwartych worków, pas stomijny – mogący zawierać metalowe części, a także kosmetyki do pielęgnacji stomii, które mogą występować w spray'u. – komentuje Agnieszka Wołowicz, pielęgniarka stomijna z punktu konsultacyjno-szkoleniowego w Warszawie.

> **Konieczność posiadania przy sobie akcesoriów do pielęgnacji stomii nie powinna utrudniać stomikom możliwości pobytu za granicą czy też podróży samolotem.**

Podręczny dokument

Karta stomika posiada wygodny format, dzięki czemu z łatwością można nosić ją w portfelu czy kieszeni. Do karty dołączane jest zaświadczenie medyczne, z którym stomik musi udać się do lekarza prowadzącego (lekarza POZ), w celu poświadczenia przez niego faktu posiadania stomii. Podpis oraz pieczątka odpowiedniego organu medycznego są warunkiem, ważności zaświadczenia oraz potwierdzą zasadność korzystania z karty stomika.

Zgodnie z założeniem, iż dokument może okazać się przydatny między innymi w czasie podróży, treść zaświadczenia została przetłumaczona w siedmiu językach angielskim, francuskim, niemieckim, hiszpańskim, rosyjskim, włoskim oraz greckim.

Karta nie posiada na razie sformalizowanego charakteru. Organizatorzy kampanii „STOMAlife. Odkryj stomię” będą dążyć do jej uprawomocnienia.

Wierzymy, że rozpoczęcie tej inicjatywy będzie początkiem dyskusji na temat egzekwowania praw stomików. Akceptacja społeczeństwa jest kluczowym elementem w tym procesie. Wywołanie reakcji łańcuchowej możliwe jest jedynie poprzez działania informacyjne – powiedział Andrzej Piwowarski, prezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO.

Aby otrzymać kartę i zaświadczenie medyczne wystarczy wysłać wiadomość na adres **biuro@stomalife.pl** lub adres pocztowy: **ul. Karola Dickensa 27, lok. 27, 02-382 Warszawa**.

Karty stomika są również dostępne w punktach konsultacyjno-szkoleniowych „STOMAlife. Odkryj stomię” oraz w regionalnych oddziałach POL-ILKO.

Więcej informacji na stronie: **www.stomalife.pl**
Dodatkowych informacji udziela Aleksandra Sołtysiak, tel.: **883 226 220**, e-mail: **biuro@stomalife.pl**

STOMAlife
ODKRYJ STOMIĘ

Celem kampanii społecznej „STOMAlife. Odkryj stomię” jest walka z wykluczeniem społecznym dotykającym stomików, przełamanie tabu związanego ze stomią oraz edukacja pacjentów i społeczeństwa w zakresie faktów i mitów z nią związanych. Misją inicjatywy jest zbudowanie powszechnej akceptacji dla stomików tak by mogli powrócić do normalnej aktywności zawodowej i społecznej.
Organizatorami kampanii są: Polskie Towarzystwo Stomijne Pol-ilko, Fundacja im. dr. Macieja Hilgiera oraz Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”. Partnerem medycznym jest firma SALTS POLSKA Sp. z o.o. oraz Maganimed Sp. z o.o.
Kampania została objęta honorowym patronatem Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Klubu Koloproktologii, Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Stomijnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Pomorskiego Stowarzyszenia Stomijnego, Prezydent Warszawy oraz Towarzystwa Chirurgów Polskich.

PRZEŁAMUJĄC TABU

Seks i stomia

Czy w XXI wieku, w czasach internetu i tak rozwijającej się techniki medialnej możliwe są tematy tabu? Niewiedza? Czy seks i stomia do nich należą? Niestety tak! A w połączeniu to dają wręcz mieszankę wybuchową. Media bombardują nas seksem, gazety i billboardy epatują erotyzmem, co powoduje, że temat ten się nam osłuchał i opatrzył.

Niektórym ludziom wydaje się, że już wiedzą wszystko o seksie. Tak sądzą dorośli w różnym wieku, a szczególnie dzieci, które opowiadają sobie kawały na temat seksu, buszują po Internecie, wchodzą na strony pornograficzne. W ten sposób wszyscy oswajamy się z nim i erotyzmem, ale to niestety wcale nie powoduje, że więcej wiemy na jego temat, na temat zdrowia seksualnego, satysfakcji, na temat antykoncepcji czy konsekwencji nieodpowiedzialnego współżycia. Nie umiemy ze sobą rozmawiać, artykułować swoich potrzeb, pragnień czy lęków. Problem zaczyna się już w samym języku, w którym brak neutralnych

Fot. © imagerymajestic | Depositphotos.com

określeń dla określenia samego miłosnego aktu jak i intymnych części ciała. W języku polskim mamy do czynienia ze zwrotami rodem z akademii medycznej albo z rynsztoka. Bardzo mało jest określeń neutralnych, przyjemnych dla naszych uszu. A przecież ten język ma opisywać bardzo przyjemną część naszego życia. A problem języka to także problem wstydu. Po prostu sfera ludzkiej seksualności jest tematem tabu. Wstydzimy się go, unikamy. Dzieje się to zarówno na poziomie ogólnospołecznym jak i na poziomie kochających się par. Tak więc mężczyźni nie chcą mówić o kłopotach z erekcją, a kobiety nie przyznają się do braku orgazmu, satysfakcji czy bólu podczas stosunku. Temat dotyczący zaburzeń erekcji jest tak wstydliwy, że mężczyźni nie chcą go poruszać nawet podczas wizyty u lekarza. Wielu panów cierpi na kłopoty z potencją, jednak nie chcą oni udać się ze swoim problemem do specjalisty. Przeraża ich nawet wizyta w aptece. Nie rozmawiają też ze swoimi partnerkami, które nie wiedzą, dlaczego ukochany nagle zaczyna unikać seksu. Prowadzi to do ogromnych napięć, a często do bezpodstawnych podejrzeń o zdradę. Jak na to nałoży się jeszcze fakt posiadania stomii, która jest kolejnym tematem tabu, tematem bardzo wstydliwym – choć co roku przeprowadza się w Polsce 6–8 tysięcy operacji jej wyłonienia! Ale w Polsce mało kto o tym wie. Kiedy chorował prezydent Czech Vaclav Havel, wszyscy Czesi wiedzieli, co to stomia. Dzieci uczyły się o niej na lekcjach biologii w szkołach. W Polsce stomię też mają znani politycy i aktorzy, ale niestety o tym boja się i wstydzą mówić. Naturalnie niełatwo się przyzwyczaić do myśli, że to, co inni mają z tyłu, stomicy mają z przodu. W dodatku kał lub mocz w niekontrolowany sposób trafia do przyklejonego na brzuchu worka. Ale stomia to wielka lekcja miłości. Trzeba nauczyć się ciała od nowa, zadbać o siebie.

Po operacji wyłonienia stomii ludzie czują się różnie fizycznie i psychicznie. Powrót do życia psychologiczno-seksualnego przebiega różnie w zależności od rodzaju operacji, którą dana osoba przebyła i chorób współwystępujących. Występują pewne trudności w relacjach intymnych pod kątem emocjonalnym, ale również fizycznym i technicznym.

Zaakceptowanie tego, że ma się stomię jest trudne w każdym wieku. I wtedy gdy mamy dwadzieścia parę lat jak również wtedy, gdy mamy pięćdziesiąt czy siedemdziesiąt. Nauka życia ze stomią nie trwa jedną dobę, wymaga czasu. Może minąć rok zanim pacjent przyzwyczai się do tego, że ma wyłonioną stomię. Akceptacja ciała, nauczenie się go na nowo to podstawa. Obraz samego siebie dana osoba tworzy przecież przez własne myśli. Jest to suma sądów dotyczących wyglądu, możliwości psychicznych i fizycznych, miejsca w świecie i społeczeństwie. Buduje się go w sposób bardzo subiektywny i często nieadekwatny do rzeczywistości.

Podstawą jest reedukacja i zmiana schematów oraz stereotypów związanych z seksualnością i intymnością, aby seksu nie spostrzegać jako czynności sprowadzonej do penetracji zakończonej wytryskiem, tylko w szerszym aspekcie i nie stawiało znaku równości pomiędzy wytryskiem i orgazmem.

> **Obraz siebie samego tworzymy przez własne myśli. To suma sądów dotyczących wyglądu, możliwości psychicznych i fizycznych, miejsca w świecie i społeczeństwie.**

Bezpieczny powrót do stosunków seksualnych to taki, kiedy wygoją się rany i kiedy dana osoba wróci do pełni sił (statystycznie około siódmego miesiąca). Próbowanie zbyt wcześnie po operacji może doprowadzić do porażki spowodowanej wyczerpaniem, co może nie być przyjemnym doświadczeniem. Należy pamiętać, że w kwestiach technicznych jest to również dobór / zmiana pozycji seksualnych z wykluczeniem tych, które powodują ocieranie czy nacisk stomii z woreczkiem oraz odpowiedni dobór sprzętu, umocowania / ozdobienia na sytuację intymną czy wcześniejsze przygotowanie np. pod kątem irygacji jeśli taka może być wykonana.

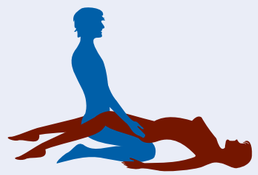
Główny problem kobiet ze stomią wiąże się z bolesnymi stosunkami. Uważa się, że wynika to z nieobecności odbytnicy, która amortyzuje pochwę podczas stosunku. Ważne, więc jest znalezienie takich pozycji, które będą najbardziej komfortowe i przyjemne dla obu stron. Ból może także wynikać ze zwężania lub bliznowacenia pochwy po radykalnym usunięciu pęcherza. Ale przecież jedną z najprzyjemniejszych sfer erogennych dla ▶

Najczęściej zalecane pozycje przy stomii

1. **NA JEŻDŹCA**, czyli partner leży na plecach, partnerka siada na nim i znajdując się na górze, porusza do przodu i tyłu. Obie strony dodatkowo mogą stymulować ręką narządy płciowe własne lub partnera.

2. Kolejna to: **NA PIESKA**, czyli partnerka klęczy, opierając dłonie o podłoże, a partner klęczy za nią, chwytając jej biodra dla zachowania równowagi. Pozycja ta nie obciąża żadnego z partnerów i jest wskazana dla osób z nadwagą, gdyż wymaga minimalnego wysiłku mięśni. Jest również dobra przy niewielkim penisie, ponieważ skraca kanał pochwowy, dzięki temu penetracja sprawia wrażenie głębszej.

3. Pozycja **PRZECHYŁ MIEDNICY** – mężczyzna siada na nogach (typ klęku), a partnerka leży na plecach i opiera się udami o uda partnera, który trzyma ją za biodra. U kobiety srom jest dociskany do spojenia łonowego mężczyzny. Powoduje to ocieranie o nie łechtaczki, cewki moczowej i warg sromowych.



Fot. © IuriSokolov | Depositphotos.com

Nasza seksualność zależy tylko od nas. Czas na szczęśliwe życie seksualne jest właśnie teraz, gdyż tu i teraz to odpowiedni czas na nowy start, na nowe poznanie i odkrycie.

kobiet jest łechtaczka, która jest narządem płciowym zewnętrznym i znajduje się w obrębie sromu właściwego. Jest ciałem jamistym zdolnym do wzwodu. Żołądź i napletek łechtaczki oraz jej błona śluzowa są zaopatrzone w liczne zakończenia narządów czuciowych, których drażnienie prowadzi do orgazmu. Uszkodzenie autonomicznego systemu nerwowego może powodować obniżenie nawilżenia pochwy. Dobrą metodą jest wtedy używanie przy kontaktach seksualnych żelu nawilżającego do pochwy, który jest do kupienia w każdej aptece i lepszej drogerii.

Czasem zdarzają się trudności po wyłonieniu stomii u kobiet z płodnością – spowodowane zrostami, wewnętrznymi bliznami powstałymi po zabiegu. Jeśli zrost wytworzy się w okolicy ujścia jajowodu, może blokować drogę spermy do jajeczka albo drogę jajeczka do macicy. Istnieją chirurgiczne procedury rozwiązania takich problemów np. zapłodnienie *in-vitro*. W niektórych sytuacjach stomia może spowodować wręcz wzrost płodności u kobiet, np. z chorobą Crohna – zwłaszcza jeśli miały przetokę pochwową, a operacja spowodowała remisję i rozwiązała ów problem. Ciężarna pacjentka z wyłonioną stomią musi znajdować się oczywiście pod ciągłą opieką lekarzy. Ciąża powinna być prowadzona jednocześnie przez chirurga i ginekologa. To oni decydują wspólnie o sposobie rozwiązania, którym może być zarówno cesarskie cięcie, jak i poród drogami natury. W okresie prawidłowej ciąży najczęstszą zmianą jest powiększenie się stomii w miarę wzrostu obwodu brzucha. Konieczna wtedy jest zmiana sprzętu na dopasowany do wielkości stomii i/lub używanie sprzętu o większej elastyczności.

Fizyczna zdolność u mężczyzn do osiągnięcia objawu zewnętrznego podniecenia, czyli erekcji zależy od tego, czy podczas operacji wyłonienia stomii zostały uszkodzone nerwy, które kontrolują erekcję i wytrysk nasienia. Im więcej cięć w okolicy krocza, tym większe ryzyko uszkodzenia nerwów. Dysfunkcje mogą rozciągać się od całkowitej impotencji po zdolność do erekcji bez zdolności do wytrysku. Szanse na wystąpienie komplikacji znacznie maleją, gdy operację wykonał doświadczony chirurg. Powikłania nie wynikają z samej stomii, ale z przypadkowego nacięcia w okolicy odbytnicy nerwów.

Jeśli uszkodzone są nerwy do terapii i reedukacji można dołączyć nastrzykiwanie ciał jamistych prącia (penisa). Odpowiednią dawkę leku przepisuje lekarz, wykonując pierwsze ostrzyknięcie pacjentowi w ramach nauki. Ma to charakter zabiegu inwazyjnego i wymaga pewnej wprawy u stosującego, który wykonuje go później już samodzielnie. Zasadą działania metody jest wazodylatacja, czyli rozszerzenie światła naczyń krwionośnych, wskutek rozkurczu mięśni gładkich. Leczenie ostrzykowe często polega na łączeniu środków dla uzyskania najlepszych efektów. Stosowanie jednak jakichkolwiek łączeń środków, jak również ustalanie dawkowania i kwalifikacja do stosowania metody musi być bezwzględnie skonsultowana z lekarzem specjalistą.

Pamiętajmy, że powrót do życia zawodowego, towarzyskiego czy aktywności seksualnej po operacji wyłonienia stomii dla różnych ludzi będzie wymagał radzenia sobie z różnymi obawami i problemami, a czas trwania tego procesu będzie zawsze zindywidualizowany.

Nasza seksualność zależy tylko od nas. Od tego: na ile sami sobie pozwalamy ją w nas rozbudzić, na ile sami zaakceptujemy siebie, swoje ciało i swoje odczucia. Kiedy powiemy sobie, że czas na szczęśliwe życie seksualne jest właśnie *teraz*, gdyż *tu i teraz* to odpowiedni czas na nowy start, na nowe poznanie i odkrycie. ❖

BIANCA-BEATA KOTORO
PSYCHOONKOLOG, PSYCHOSEKSUOLOG

Nastało jutro
w opiece stomijnej

Aby uzyskać odpowiednio dobre uszczelnienie sprzętu stomijnego, nawet w wysoce niesprzyjających warunkach lub jeśli powierzchnia skóry wokół stomii jest nierówna, konieczne jest stosowanie niezawodnych systemów przylepcowych, zapewniających optymalną przyczepność. Tradycyjne żele silikonowe (stosowane w leczeniu ran) nie przepuszczają powietrza, przez co uniemożliwiają skórze oddychanie. Przylepce Trio z żelem silikonowym na bazie specjalnie opracowanej formuły pozwalają wyeliminować problemy związane z tradycyjnymi żelami silikonowymi – nowy standard w opiece stomijnej.

Zamów BEZPŁATNĄ próbkę na stronie: www.triopolska.com.pl
BEZPŁATNA infolinia 800 633 463 info@triopolska.com.pl

Fot. © Jim_Filim | Depositphotos.com

Jajko – jeść czy nie jeść

KATARZYNA BŁAŻEJEWSKA
dietetyk

Mój pradziadek w wieku dziewięćdziesięciu czterech lat trafił do szpitala, na OIOM. Lekarz zadecydował, że trzeba mu wstawić rozrusznik. Mój tata poszedł go odwiedzić i przyniósł jakieś zdrowe i lekkie jedzenie – owoce, jogurcik, bułeczkę. Dziadek był bardzo niezadowolony.

– To na co masz ochotę? – pyta mój tata.

– Jak to?! Jajka na twardo! – krzyczy pradziadek, który każdy dzień zaczynał od jajek, miał je również często przy sobie, w torbie, ugotowane na twardo.

– W tym stanie, na tym oddziale, to może nie byłoby najlepsze... – próbuje tata.

– Zdrowia to ja mam dosyć! Mi zdrowia nie potrzeba. Mi potrzeba jajek!

Takie zwykłe jajo... kontrowersji budzi co nie miara. Pamiętam, że na początku studiów wbijano nam do głowy, że dwa w tygodniu i koniec. Nie wolno więcej, bo spowoduje to zawał i udar, olbrzymi cholesterol i nie wiadomo co jeszcze. Wierzyłam w to bardzo. Tak uczono nas na żywieniu klinicznym. Bo z kolei na towaroznawstwie mówiono inaczej – jajko najzdrowsze, esencja życia, ma wzorcowy skład aminokwasowy – pokarm idealny. Również wierzyłam.

Przy okazji akcji Slow Foodu na temat jajek poznałam hodowców kur. I dopiero mi się wszystko wyjaśniło. Jajko jajku nie równe! Jajko jest tym, co zjadła kura i w jakich warunkach żyła. A kura może żyć dobrze lub źle. Więc jajka mogą być dobre i złe. I dość łatwo je rozróżnić.

Na skorupce jajka znajduje się kod. Pierwsza cyfra tego kodu mówi nam o tym, jak kura, która jajo zniosła żyje. Czy ma dużo wolności, chodzi sobie spokojnie po trawce, je ekologiczne ziarenka i dziobie pazurami w ziemi, wygrzewając pióra w promieniach słońca – jajka oznaczone **cyfrą 0**. Czy może jajko pochodzi od kury zamkniętej w maleńkiej klatce, której obcina się dziób, żeby nie zrobiła sobie krzywdy kiedy będzie drapała swoją swędzącą skórę. Która nie oddychała świeżym powietrzem i cierpiała od dnia narodzin – jajko oznaczone **cyfrą 3**.

Oczywiście, wskazać można różnicę w cenie. Jeżeli jednak traktujemy jajko jako źródło niemal wszystkich składników odżywczych, to wyjątkowo ważne jest, aby były one dobrej jakości. O białku jajka mówimy, że ma ono wzorcowy skład aminokwasowy – zawiera wszystkie aminokwasy, których nasz organizm nie jest w stanie samodzielnie wyprodukować w odpowiednich dla nas ilościach.

Biorąc pod uwagę ilość wartości odżywczych w porównaniu z masą i kalorycznością jajek, śmiało można powiedzieć, że są małokaloryczne.

Ponieważ jajko ma zapewnić wszystkie niezbędne składniki dorastającemu zarodkowi, są przebogate w witaminy: A i jej prowitaminę β-karoten; witaminę E, D i K oraz B_2 i B_{12} oraz kwas pantotenowy. Jajka są również źródłem bardzo dobrze przyswajalnych składników mineralnych: fosforu, potasu, wapnia, żelaza, magnezu. W żółtku jest luteina, która zapobiega zwyrodnieniu plamki żółtej i poprawia widzenie oraz chroni oczy – przed szkodliwym promieniowaniem UVA i UVB.

Jedzmy jajka pochodzące od szczęśliwych kur – nie oszczędzajmy i traktujmy je niemal jak suplement diety.

Oszustwa czy może fałszerstwa, czynione przez niektórych producentów żywności są niekiedy wręcz zachwycające. Jajka są celowo brudzone ściółką, wytłaczanki wypełniane są słomą, a na ich wieczkach zobaczyć możemy zdjęcia niemal uśmiechniętych od ucha do ucha kur na zielonej trawce – przy czym wewnątrz wytłaczanki widzimy **cyfrę 3** na początku kodu.

Kolor skorupki czy żółtka również nie jest żadnym wyznacznikiem świadczącym o jakości jajka. Pewien hodowca kur pokazał mi próbnik rozdawany przez producenta pasz, gdzie jak w próbniku kolorów farb ściennych, prezentowane były kolory skorupek i kolor żółtka, jakie można uzyskać po odpowiednim zmieszaniu paszy z barwnikami do niej dodanymi.

Jajka mogą powodować nieprzyjemny zapach ze stomii, co zneutralizować można chociażby łącząc je w posiłkach z natką pietruszki – która jako świetne źródło witaminy C zwiększy wchłanianie żelaza z jajek. ❖

KATARZYNA BŁAŻEJEWSKA
DIETETYK

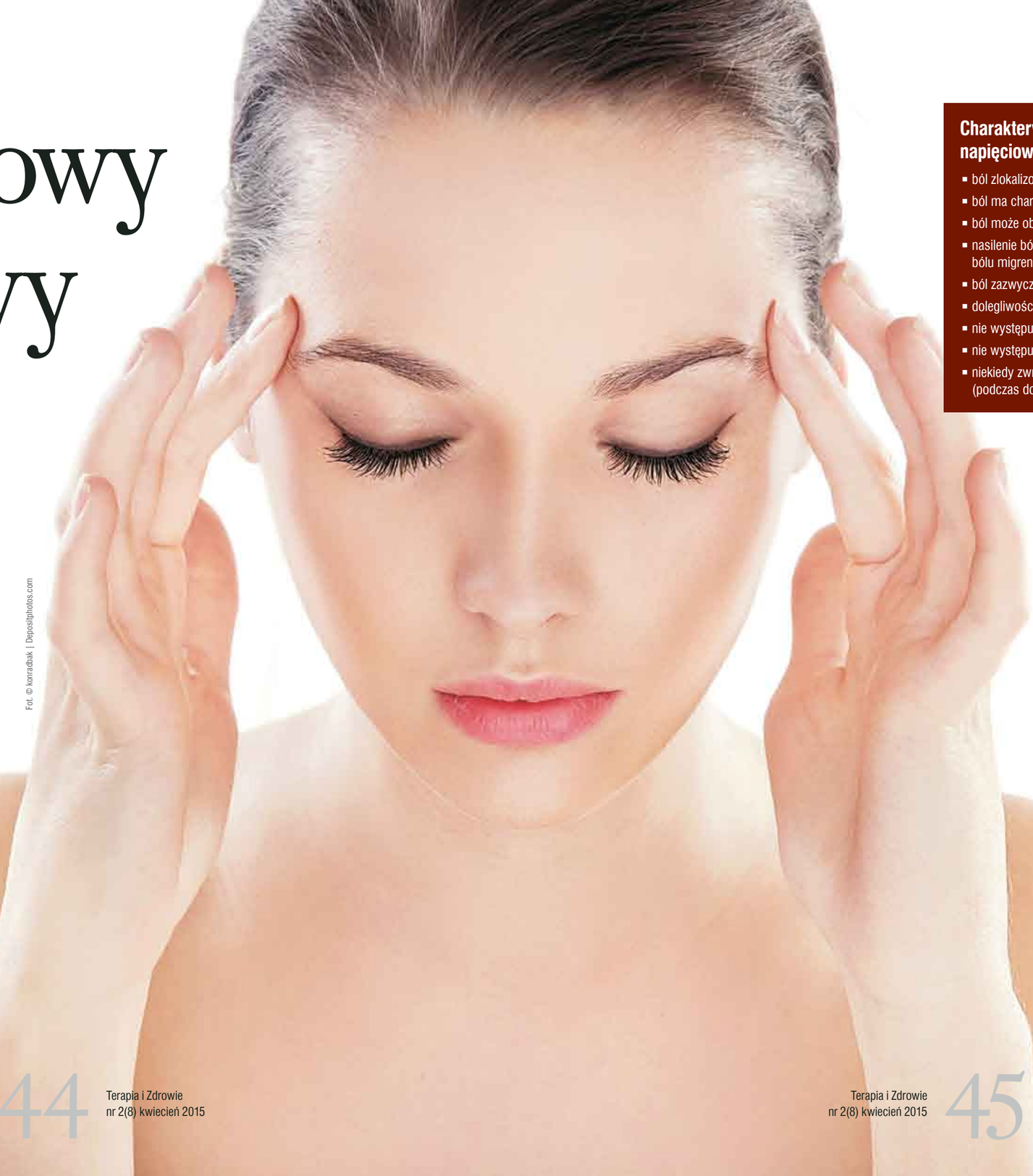
Klasyfikacja jakości jajek od kur

0 – hodowane ekologicznie
1 – z wolnego wybiegu
2 – z chowu ściółkowego
3 – z chowu klatkowego

Fot. © CogentMarketing | Depositphotos.com

Napięciowy ból głowy

Nawracające bóle głowy to częsty problem pacjentów zgłaszających się do lekarza. Przyczyny dolegliwości mogą leżeć u wielu podstaw, jednak, według różnych danych, od 30% do 80% z nich mogą stanowić napięciowe bóle głowy.



Fot. © konradbak | Depositphotos.com

Ból głowy jest tu dominującym objawem, a co ważne, nie ma związku z innymi schorzeniami (nadciśnienie tętnicze, choroby endokrynologiczne, urazy czy zatrucia), które mogą być przyczyną podobnych dolegliwości. U większości pacjentów, ból ma charakter epizodyczny, może jednak przechodzić w ból przewlekły, powodować duży dyskomfort i znacznie wpływać na codzienne funkcjonowanie chorego.

U podłoża napięciowego bólu głowy wymienia się:

- stres przewlekły,
- okresy głodzenia, hipoglikemię (obniżenie poziomu glukozy we krwi),
- zaburzenia elektrolitowe,
- odwodnienie,
- zaburzenia snu, niedosypianie,
- zmienne, niekorzystne warunki biometeorologiczne,
- nadużywanie alkoholu, narkotyków, leków,
- długie przebywanie w jednej, zwłaszcza niefizjologicznej i niewygodnej pozycji.

Według Międzynarodowego Towarzystwa Bólu Głowy, bóle napięciowe dzielimy ze względu na czas trwania: przewlekły napięciowy ból głowy oraz epizodyczny napięciowy ból głowy.

Bóle klasyfikowane jako napięciowe bóle głowy, nie mogą być skojarzone z innym schorzeniem np. być następstwem urazów – pourazowe bóle głowy, uszkodzeń rdzenia kręgowego zwłaszcza w odcinku szyjnym, chorób ośrodkowego układu nerwowego, występujące w przebiegu zespołów abstynencji jako bóle głowy u osób nadużywających leków przeciwbólowych; w przebiegu chorób reumatycznych: fibromialgii, bólów mięśniowo-powięziowych czy w trakcie epizodu depresji.

Charakterystyczne cechy napięciowych bólów głowy:

- ból zlokalizowany obustronnie miejscowo lub obejmujący całą głowę,
- ból ma charakter tępy, uciskowy, niekiedy promieniujący do czoła, potylicy,
- ból może obejmować tylną część szyi,
- nasilenie bólu jest łagodne lub umiarkowane, rzadko osiąga natężenie bólu migrenowego,
- ból zazwyczaj nie upośledza codziennej aktywności,
- dolegliwościom nie towarzyszy nadwrażliwość na światło i dźwięki,
- nie występują nudności i wymioty,
- nie występuje aura (aura charakterystyczna jest dla migreny),
- niekiedy zwraca uwagę ból z towarzyszącą tkliwością okostnową (podczas dotyku, ucisku).

Epizody napięciowego bólu głowy często poprzedzają takie czynniki jak stres, przemęczenie, przepracowanie, zbyt krótki sen. Przewlekłym napięciowym bólom głowy może towarzyszyć obniżenie nastroju, depresja i niekiedy zaburzenia lękowe.

W przypadku zaobserwowania objawów towarzyszących bądź poprzedzających, napięciowy ból głowy należy różnicować z innymi postaciami samoistnego bólu głowy, np. migreną oraz klastrowym bólem głowy (rzadki rodzaj pierwotnego bólu głowy). W stanach bardziej zaawansowanych, w bólach przewlekających się i bez reakcji na standardową farmakoterapię, wymaga niekiedy różnicowania z neuroinfekcjami, guzami OUN (Ośrodkowego Układu Nerwowego) lub innymi przyczynami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego (np. rzekomym guzem mózgu).

Leczenie

W doraźnym leczeniu napadów bólu głowy typu napięciowego zaleca się doustne zastosowanie jednego z prostych leków przeciwbólowych: ibuprofen, kwas acetylosalicylowy, naproksen, diklofenak, paracetamol. Dawki leku są mocno indywidualne i zaleca się stosowanie najbardziej skutecznej dawki: dobrze tolerowanej przez pacjenta, nie przekraczając dobowych dawek maksymalnych i bez narażenia na skutki uboczne działania leku. Pomimo znamiennie większej skuteczności wymienionych leków nad placebo, ogólny efekt terapeutyczny jest stosunkowo niewielki.

Należy pamiętać, iż stosowanie doraźnie leków przeciwbólowych zbyt często, bez ewidentnych wskazań i w nadmiernych dawkach, grozi rozwojem bólu głowy z nadużywania leków, które powinny być różnicowane z napięciowymi bólami głowy.

Lekami drugiego wyboru w łagodzeniu bólu głowy typu napięciowego są preparaty złożone zawierające np. kofeinę i niesteroidowy lek przeciwzapalny (np. ibuprofen) lub inny lek przeciwbólowy, np. paracetamol. Kofeina, która bardzo skutecznie przyjmowana jest w bólach głowy typu migrenowego, wzmacnia efekt działania leków typowo analgetycznych, może jednak zwiększać ryzyko rozwoju bólu głowy związanego z nadużywaniem leków. Mając to na uwadze, o ile proste leki ▶

Fot. © ArenaCreative | Depositphotos.com

W leczeniu chorych z napięciowymi bólami głowy, warto zwrócić uwagę na aspekt psychologiczny dolegliwości. Istotne jest odpowiednie podejście lekarza, który nie bagatelizuje dolegliwości chorego

przeciwbólowe lub NLPZ (niesterydowe leki przeciwzapalne) w monoterapii przynoszą oczekiwany efekt terapeutyczny, preparaty złożone powinny być traktowane jako leki drugiego wyboru.

Tryptany – leki pierwszego wyboru w napadach bólu głowy o typie migreny jak i leki łagodnie zwiotczające mięśnie są nieskuteczne w leczeniu bólu głowy typu napięciowego. Nie zaleca się również stosowania opioidów oraz preparatów złożonych zawierających prosty lek przeciwbólowy w skojarzeniu z pochodnymi morfiny (np. kodeiną) lub barbituranami ze względu na duże ryzyko rozwoju bólu głowy z nadużywania leków oraz nierzadkim rozwojem zależności, zwłaszcza przy długotrwałym przyjmowaniu.

U pacjentów z przewlekłą postacią bólu głowy typu napięciowego oraz mających postać epizodyczną z bardzo częstymi i uciążliwymi napadami bólu głowy, upośledzającymi codzienne funkcjonowanie, zaleca się niekiedy leczenie zapobiegawcze – po porównaniu spodziewanych korzyści klinicznych i możliwych działań niepożądanych.

Leczeniem pierwszego wyboru jest amitryptylina (rozpoczynając od małej dawki zwiększanej do osiągnięcia zadowalającego efektu terapeutycznego lub wystąpienia nietolerowanych działań niepożądanych). Amitryptylina jest lekiem przeciwdepresyjnym, ale wykazuje niezależne działanie zapobiegające nawrotom bólu głowy bez związku z występowaniem depresji.

W leczeniu chorych z napięciowymi bólami głowy, warto zwrócić uwagę na aspekt psychologiczny dolegliwości. Istotne jest odpowiednie podejście lekarza, który nie bagatelizuje dolegliwości chorego – dotyczy to szczególnie pacjentów zaniepokojonych stanem swojego zdrowia, chorujących przewlekle, z niewielką odpowiedzią na dotychczasową farmakoterapię. Dokładne zbadanie i uspokojenie pacjenta może w takim przypadku wiązać się również ze zmniejszeniem nasilenia bólu głowy typu napięciowego. Niekiedy wskazana jest interwencja psychologiczna bądź konsultacja psychiatryczna.

Niezwykle istotne jest ustalenie i próba eliminacji z życia codziennego czynników wyzwalających ból głowy, takich jak: stres emocjonalny lub fizyczny, przemęczenie, niedostateczne, nieregularne spożywanie posiłków bądź błąd dietetyczny (pokarmy niepełnowartościowe), nadużywanie kofeiny (kawa i napoje energetyczne), niedostateczna lub nadmierna długość snu, zbyt mała lub nieodpowiednia aktywność fizyczna, zaburzenia emocjonalne oraz zmiany hormonalne. ❖

LEK. MED. PAULINA CICHON

Witamina B_{12}

Witamina B12 (kobalamina) jest to złożony organiczny związek chemiczny pełniący niezwykle istotną rolę praktycznie we wszystkich organizmach żywych.

Witamina B_{12} bierze udział w reakcjach przemian węglowodanów, białek, tłuszczów, uczestniczy także w wytwarzaniu komórek krwi – erytrocytów, leukocytów, umożliwia syntezę kwasów nukleinowych (DNA i RNA) w komórkach dzielących się, reguluje prawidłowe funkcjonowanie szpiku kostnego oraz wpływa na zachowanie prawidłowej kondycji układu nerwowego i sferę emocjonalną. Zapewnia dobry nastrój, równowagę psychiczną, podnosi zdolności uczenia się, zapamiętywania, skupienia uwagi, pobudza apetyt.

Zapotrzebowanie dzienne dorosłego człowieka na witaminę B_{12} wynosi 2,4 μg. Kobiety w ciąży powinny spożywać 2,6 μg, natomiast kobiety karmiące piersią 2,8 μg witaminy na dobę. Należy brać pod uwagę osobnicze różnice w przyswajaniu witaminy, stąd dzienna podaż, jak dla każdej innej witaminy czy mikroelementu powinna być większa niż zapotrzebowanie.

Prawidłowe stężenie witaminy B_{12} w surowicy krwi dorosłego człowieka wynosi od 118 do 664 pmol/l, w okresach większego zapotrzebowania – jak na przykład ciąża, karmienie, masywna utrata krwi, choroby neurologiczne – powinno się wahać w pobliżu górnej granicy normy.

Witamina B_{12} produkowana jest przez bakterie żyjące w układzie pokarmowym – głównie jelicie grubym. W diecie występuje głównie w produktach pochodzenia zwierzęcego a więc: produktach i przetworach mięsnych, rybach, jajkach, mleku i nabiale. Produkty sojowe spożywane przez wegan są wzbogacane w witaminę B_{12} w celu zapobiegania jej niedoborom.

Niedobór witaminy B_{12} może dotyczyć poza tym grupy osób:

- alkoholików,
- anorektyków,
- osób starszych odżywiających się w nieprawidłowy sposób,
- w zespołach złego wchłaniania,
- w zespołach zaburzeń przyswajania i wchłaniania:
  - niedobór lub unieczynnienie czynnika wewnętrznego (choroba Addisona-Biermera),
  - choroby żołądka, nowotwory żołądka i stan po chirurgicznym ich leczeniu,
  - przewlekłe zanikowe zapalenie błony śluzowej, żołądka (autoimmunologiczne lub nieautoimmunologiczne, np. wywołane przez *H. pylori*),
  - przewlekłe przyjmowanie leków zobojętniających kwas solny w żołądku (inhibitory pompy protonowej, blokery receptora H2),
  - zespół rozrostu bakteryjnego żołądka,
  - wrodzony niedobór czynnika wewnętrznego (innego typu niż choroba Addisona-Biermea),
  - choroby jelita cienkiego (stan po odcinkowej resekcji jelita, nowotwory jelita cienkiego),
  - uchyłkowatość jelita grubego,
  - nieswoiste zapalenia jelit: choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego (*Collitis ulcerosa*),
  - wrodzone, wybiórcze zaburzenie wchłaniania (rzadko),
  - celiakia,
  - zwiększone zużycie przez organizmy obce (pasożyty).

Objawy niedoboru

Z uwagi na istotną rolę w organizmie, niedobór witaminy B12 manifestuje się jako złożony zespół chorobowy, którego główne objawy dotyczą sfery neurologicznej(najczęściej pierwsze z obserwowanych), hematologicznej i psychiatrycznej. Nieleczony, pełnoobjawowy, ciężki niedobór jest stanem zagrażającym życiu.

- Objawy niedokrwistości
  - osłabienie, męczliwość
  - upośledzenie zdolności koncentracji
  - silne bóle i zawroty głowy
  - tachykardia (przyspieszenie akcji serca powyżej 100/min.)
  - bladość skóry i błon śluzowych
- Objawy ze strony przewodu pokarmowego
  - utrata czucia smaku (zanik kubków smakowych na języku)
  - pieczenie języka, utrata łaknienia, chudnięcie
- Objawy neurologiczne
  - parestezje dłoni i stóp
  - znaczne osłabienie
  - niepewność chodu
  - zaburzenia czucia wibracji, dotyku, temperatury i bólu
  - osłabienie siły mięśniowej kończyn
  - wzrost spastycznego napięcia mięśniowego
  - zanik nerwu wzrokowego (mroczek paracentralny w polu widzenia, potem osłabienie ostrości wzroku, nieleczona choroba prowadzi nieodwracalnie do ślepoty)
- Objawy psychiatryczne
  - zaburzenia poznawcze – od łagodnych do otępienia
  - zaburzenia zachowania, apatia, drażliwość, częste zmiany nastroju
  - zespoły urojeniowe

Fot. © magepointfr | Depositphotos.com

Witamina B_{12} zapewnia dobry nastrój, równowagę psychiczną, podnosi zdolności uczenia się, zapamiętywania, skupienia uwagi, pobudza apetyt.

  - zaburzenia świadomości jakościowe (splątanie)
  - stany depresyjne (włącznie z tendencjami samobójczymi)
- Inne objawy
  - przedwczesne siwienie
  - zażółcenie skóry

Rozpoznanie niedoboru poza sugerującymi objawami stawia się na podstawie badań biochemicznych krwi, w których stwierdza się nieprawidłowo niskie stężenie witaminy B_{12} w surowicy (norma stężenia witaminy B_{12} w osoczu to 118–664 pmol/l – mogą różnić się w zależności od laboratorium). Niedobór jest rozpoznawany przy stężeniu poniżej 89 pmol/l (120 pg/ml).

Poza tym w morfologii krwi obwodowej stwierdza się makrocytozę (erytrocyty MCV zazwyczaj ponad 100 fl), normochromię (MCH 27–31 pg/l), zmniejszoną ilość retykulocytów z uwagi na zaburzoną funkcję odtwórczą układu krwiotwórczego przy niedoborze kobalaminy, leukopenię z neutropenią oraz małopłytkowość. W rozmazie ręcznym uwagę zwracają megalocyty i duże płytki krwi oraz granulocyty z nadmiernie segmentowanym jądrem (6 lub więcej segmentów).

Wszystkie te zmiany związane są z zaburzeniem podziałów komórkowych i zmniejszeniem produkcji dojrzałych krwinek białych, czerwonych jak i płytek.

Mielogram (obraz szpiku – materiał pobrany z nakłucia tzw. bioptat) wykazuje obecność odnowy megaloblastycznej z cechami dyserytropoezy (zaburzona produkcja komórek linii czerwonokrwinkowej), a szpik jest wybitnie bogatokomórkowy, obecne są olbrzymie metamielocyty i granulocyty z hipersegmentacją jąder, megakariocyty o wielopłatowym jądrze.

Leczenie

Leczenie farmakologiczne niedoboru witaminy B_{12} powinno być podjęte jak najwcześniej po ustaleniu rozpoznania. Terapia substytucyjna może odbywać się drogą doustną lub parenteralnie (pozajelitowo). Leczenie pozajelitowe – najczęściej domięśniowe – rozpoczyna się od bardziej intensywnego uzupełnienia niedoborów. W leczeniu przewlekłym dawki powinny być indywidualnie dostosowane w zależności od przyczyn niedoboru i efektów dotychczasowego leczenia.

Preparaty wielowitaminowe doustne dostępne bez recepty również zawierają witaminę B_{12}. Może być ona także przyjmowana w postaci niezależnych tabletek. Dawki również powinny być indywidualnie dostosowane, od 0,05 mg/dobę do 1 mg/dobę witaminy. O ile to możliwe, powinno się dążyć do leczenia przyczyny niedoboru – jeśli przyczyna jest nieuleczalna – leczenie musi być prowadzone stale.

Poprawa parametrów morfologii krwi obwodowej obserwowana jest po kilkunastu dniach od rozpoczęcia leczenia (wzrost ilości retykulocytów, poziomu hemoglobiny Hb, hematokrytu Hct).

Poza suplementacją, powinno się dążyć do zmian w diecie: wzbogacenia pokarmów w białko zwierzęce (szczególnie duże ilości witaminy B_{12} zawiera wątroba i inne podroby), u wegetarian należy zaproponować zawierające witaminę B_{12} produkty pochodzenia nie-zwierzęcego, żywność suplementowaną w witaminy i mikroelementy, np. płatki śniadaniowe i mąki. ❖

LEK MED. PAULINA CICHON

Odleżyny

Odleżyna (łac. *decubitus*) to miejscowa zmiana – martwica skóry i głębiej położonych tkanek, powstająca na skutek długotrwałego ucisku i związanego z tym niedokrwienia i niedotlenienia. Początkowo pojawia się zaczerwienienie skóry, przechodzące w owrzodzenie, penetrujące głębiej i dochodzące do tkanki podskórnej, a nawet mięśni i kości.

Odleżyna powstaje w miejscach przylegających do wypukłych części układu kostnego osób leżących i unieruchomionych. U chorego spędzającego większość czasu w pozycji leżącej na wznak są to najczęściej: okolica potylicy, małżowin usznych, okolice łopatek, łokcie, okolice kości krzyżowej i guzicznej. Natomiast jeśli chory preferuje pozycję boczną, odleżyny mogą pojawiać się w okolicy stawów barkowych, stawu biodrowego, na kolanach, zwłaszcza w ich wewnętrznej części (w miejscu styku obu kolan).

Czynniki predysponujące do powstania odleżyn:

- długotrwałe unieruchomienie i zły stan ogólny chorego
- pozostawanie długo w jednej pozycji – chory unieruchomiony
- nieodpowiednia technika zmiany pozycji pacjentów unieruchomionych („siłowe", zsuwanie)
- zła pielęgnacja skóry, między innymi niedokładne mycie i osuszanie skóry
- nieodpowiednia bielizna osobista i pościelowa (szorstkie, ze sztywnych materiałów, drażniących skórę, gumki, guziki w miejscu wyniosłości kostnych)
- brak wspomagania się sprzętem przeciwodleżynowym
- niedożywienie lub otyłość
- zniesienie lub osłabienie czucia bólu (neuropatie, stan po uszkodzeniu rdzenia kręgowego)
- cukrzyca (upośledzenie mikrokrążenia oraz zaburzenia czucia, gorsze gojenie już powstałych odleżyn)
- zanieczyszczanie się (nietrzymanie moczu i stolca)
- współistnienie chorób krążenia (miażdżyca)
- kolonizacja bakteriami, skórne infekcje bakteryjne
- podeszły wiek
- zbyt wysoka temperatura otoczenia, powodująca przegrzanie, nadmierną potliwość i odparzenia.

Klasyfikacja odleżyn

- **STOPIEŃ I:**
  Blednące zaczerwienienie – lekki ucisk palcem powoduje zblednięcie zaczerwienienia – mikrokrążenie nie jest jeszcze uszkodzone.
- **STOPIEŃ II:**
  Niebledn̨ące zaczerwienienie – rumień utrzymuje się po zniesieniu ucisku – wyraz uszkodzenia mikrokrążenia, postępującego zapalenia i obrzęku miejscowego tkanek, nierzadko towarzyszą mu uszkodzenia naskórka i pęcherze; zmiana bolesna.
- **STOPIEŃ III:**
  Uszkodzenie pełnej grubości skóry do granicy z tkanką podskórną, dobrze odgraniczone od skóry zdrowej, w otoczeniu obrzęk i rumień, w dnie rozpadające się tkanki bądź miejscowo ziarnina, zmiana bolesna.
- **STOPIEŃ IV:**
  Uszkodzenie obejmuje poza skórą również tkankę podskórną, tkankę tłuszczową; w okolicy stwierdza się postępujący proces zapalny, proces zakrzepowy w małych naczyniach utrudniający gojenie; brzegi zmiany są również dobrze odgraniczone ale obrzęk może rozprzestrzeniać się na tkanki otaczające, niekiedy w dnie zmiany obecna jest czarna martwica, zmiana bolesna.
- **STOPIEŃ V:**
  Najbardziej zaawansowana zmiana – martwicę stwierdza się do powięzi i mięśni, może także obejmować kości i, w zależności od umiejscowienia, stawy; powstają głęboko drążące jamy, przetoki; w ranie znajdują się rozpadające się masy tkanek i czarna martwica.

Profilaktyka przeciwodleżynowa

- nie wolno bagatelizować pierwszych objawów: zaczerwienienia skóry, uszkodzeń i pęcherzy naskórka w miejscu ucisku
- stała obserwacja skóry osoby zagrożonej powstaniem odleżyn
- eliminacja czynników ryzyka
- regularna zmiana pozycji ciała chorego, najlepiej wspomagając się matami i sprzętem do ślizgowego przemieszczania chorych
- ograniczenie ucisku na skórę, pozycja odciążająca (np. podpórki żelowe)
- stosowanie poduszek, akcesoriów przeciwodleżynowych np. kółka,
- zmiana materaca na materac przeciwodleżynowy (zmiennociśnieniowy)
- odzież bawełniana, pościel z tkanin naturalnych, delikatnych, nie wilgotna
- adekwatna, skrupulatna higiena chorego, krótkie przycinanie paznokci, oczyszczanie skóry chorego delikatnie, z użyciem specjalistycznych środków pielęgnacyjnych, dbałość o higienę również miejsc intymnych, unikanie stosowania silnych kosmetyków, szczególnie na bazie alkoholu
- aktywizacja chorego na miarę jego możliwości i wydolności, stopniowe zachęcanie do samodzielnego wykonywania jak największej ilości czynności
- masaże skóry, najlepiej z pomocą aktywizującego żelu a nie spirytusu, który może nadmiernie wysuszyć skórę
- odpowiednia, zbilansowana dieta.

Większość odleżyn to niestety przewlekłe rany, o bardzo niełatwym gojeniu i wielu możliwych powikłaniach. Ich leczenie wymaga wiele wysiłku zarówno ze strony osoby chorej jak i pielęgnującej.

Fot. © Wavebreakmedia | Depositphotos.com

Leczenie odleżyn

Odleżyna to rana przewlekła, o bardzo niełatwym gojeniu i wielu możliwych powikłaniach.

Warunki niezbędne dla prawidłowego i szybszego gojenia ran przewlekłych:

- zapewnienie wilgotnego środowiska, które sprzyja naturalnym procesom oczyszczania rany, stwarza możliwość aktywnej regeneracji uszkodzonych wcześniej tkanek, ułatwia utrzymanie higieny rany oraz relatywnie obniża dolegliwości bólowe
- utrzymywanie obniżonego pH – w granicach 5.0 – podnosząc kwasowość środowiska rany a tym samym stwarzając niekorzystne warunki dla drobnoustrojów, zmniejsza się ryzyko ich rozwoju i namnażania
- szczelne zamknięcie rany – okluzja chroni ranę przed zainfekowaniem bakteriami środowiska zewnętrznego (jak i florą fizjologiczną innych regionów ciała), poza tym chroni przed uszkodzeniami mechanicznymi w trakcie zmiany pozycji, ćwiczeń
- zapewnienie stałej temperatury na poziomie fizjologicznej temperatury ciała (ok. 37°C) co przyspiesza regenerację tkanek.

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami leczenia ran przewlekłych, opatrunek stosowany w leczeniu odleżyn powinien:

- utrzymywać wysoką wilgotność pod opatrunkiem (między opatrunkiem a raną),
- usuwać nadmiar wysięku i toksycznych cząstek,
- nie przylegać do rany by zapobiec uszkodzeniom tkanek regenerujących się,
- być nieprzepuszczalnym dla bakterii (mechaniczna bariera przed kolonizacją)
- zapewniać należytą wymianę gazową,
- utrzymywać odpowiednią temperaturę (nie dopuścić do przegrzania rany pod opatrunkiem – optymalna temperatura: bliska temperaturze ciała),
- zawierać w składzie substancje nietoksyczne, niedrażniące,
- być hipoalergiczny,
- być łatwym do wymiany (również przez osoby z najbliższego otoczenia chorego – nie tylko wykwalifikowany personel pielęgniarski)
- nie uszkadzać nowo powstałych tkanek w pierwszych etapach gojenia
- być odporny na tarcie, uszkodzenia.

Produkowanych jest wiele opatrunków, które różnią się składem, właściwościami, zastosowaniem. Należą do nich: błony poliuretanowe, hydrokoloidy, hydrożele, gąbki poliuretanowe, dekstranomery, opatrunki alginianowe lub złożone.

O doborze opatrunku powinien decydować lekarz, biorąc pod uwagę stadium zaawansowania odleżyny, umiejscowienie zmiany, aktywność chorego, możliwość samoobsługi i pomocy bliskich.

REKLAMA

Niekiedy, zwłaszcza w IV i V stadium zaawansowania, ranę odleżynową należy oczyścić chirurgicznie, usuwając nadmiar martwiczych tkanek z dna owrzodzenia. Tkanki martwicze upośledzają procesy gojenia rany, są źródłem zakażenia, uniemożliwiają miejscowe działanie lecznicze stosowanych opatrunków enzymatycznych (maści czy żeli). Do tego celu służy także terapia podciśnieniowa, która pozwala szybko i skutecznie oczyścić ranę, zmniejszając jej rozmiar i przygotowując do dalszego gojenia.

W przypadku stwierdzenia miejscowej infekcji rany, stosowane są antybiotyki zgodnie z antybiogramem bądź empirycznie, miejscowo (żele, maści) lub ogólnie (doustnie lub dożylnie w lecznictwie zamkniętym). ❖

LEK. MED. PAULINA CICHON
DR HAB MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI

Hydroaktywny opatrunek piankowy **HydroTac®**
spełnia wymagania ran ostrych oraz przewlekłych,
zarówno suchych jak i z dużym wysiękiem.

- HydroTac® jest kombinacją opatrunku piankowego z hydrożelem;
- **W przypadku ran suchych,** wierzchnia siatka hydrożelu, dzięki technologii AquaClear, uwalnia wilgoć do rany utrzymując w niej wilgotne środowisko. Zapobiega przyklejaniu się opatrunku do rany, jego zmiany są bezbolesne;
- **W przypadku ran o dużym wysięku,** warstwa pianki poliuretanowej szybko i bezpiecznie zamyka jego nadmiar w swojej strukturze;

- Siatka hydrożelu daje opatrunkowi efekt początkowej przylepności **„Initial Tack",** co znacznie ułatwia zakładanie i mocowanie opatrunku;
- Zewnętrzna wodoodporna folia poliuretanowa chroni ranę przed wnikaniem drobnoustrojów chorobotwórczych, nie utrudnia jednak przepływu powietrza i pary wodnej.

PAUL HARTMANN Polska Sp. z o.o.
Bezpłatna infolinia: 800 26 96 36 (8.00 – 16.00)
www.hartmann.pl
sklep internetowy: www.hartmann24.pl

HARTMANN
pomaga w leczeniu.

Nurkowanie – sport dla wszystkich

Gdy noworodek opuszcza wody płodowe swej matki rodzicielki, to jeszcze przez 6 do 8 miesięcy utrzymuje naturalny odruch nurkowy. Maluch nie boi się wody i nie otwiera ust, kiedy się w niej zanurza.

Ruch w wodzie jest świetną zabawą, która dostarcza nowych wrażeń (dziecko odbiera bodźce, których nie dozna na lądzie). Jednak w dalszej części lądowego życia, gdy kontakt z wodą mamy tylko pod prysznicem, odruch ten całkowicie zanika. Dlatego też warto na nowo zaprzyjaźnić się ze środowiskiem wodnym, założyć maskę i zanurzyć głowę pod wodę. Wiem z doświadczenia, że jeżeli chociaż raz zobaczymy świat podwodny i poczujemy delikatny dotyk wody, to jest to najczęściej miłość od pierwszego spojrzenia. Oczywiście środowisko podwodne jest dla zdecydowanej części homo sapiens obce i budzące mniejsze lub większe emocje. Dlatego tak dużą role odgrywa odpowiedni przewodnik (czytaj instruktor), który w bezpieczny i przyjazny sposób wprowadzi nas w świat podwodny. Nurkowanie jest obecnie najszybciej rozwijającą się dziedziną sportu, jest również najsilniejszym motorem napędzającym turystykę na świecie. Trzeba przyznać, że podwodny świat robi wrażenie.

I nie potrzebne są różne ujęcia, skomplikowane kadry, czy efekty specjalne – wystarczy woda i chęć zanurzenia się w niej. Głębiny mórz i oceanów przyciągają ciszą i zjawiskowym pięknem. Kto raz uległ ich urokowi wie, że wielki błękit działa jak magnes. Pod wodą zapominamy o troskach dnia codziennego, bogactwo kolorów i kształtów, niespotykana na lądzie fauna i flora, to uczta dla naszych zmysłów. Nurkowanie fascynuje. Podziwianie podwodnego świata, stan nieważkości lub po prostu chęć zrobienia czegoś nowego w życiu, kusi dostępnością. Nurkowanie jest również doskonałą formą aktywności dla osób niepełnosprawnych. Swobodne poruszanie się w toni wodnej daje poczucie niezależności, co ma szczególne znaczenie dla osób spędzających większość swojego życia na wózkach inwalidzkich, a także posiadających inne ograniczenia fizyczne. Nurkowanie pomaga odkryć nieznane dotąd możliwości ruchowe własnego ciała, uwierzyć we własne siły i przekroczyć barierę fizycznej niepełnosprawności. Zanurzenie w podwodnym świecie dla niektórych może być momentem przełomowym, a dla wielu pasją na całe życie. Medyczne przeciwwskazania do nurkowania są podobne jak w przypadku osób sprawnych – chodzi przede wszystkim o choroby serca i układu oddechowego oraz zaburzenia psychiczne. Jeśli potrafisz pływać, nie boisz się wody, oraz marzysz o wielkiej przygodzie i poznaniu nowych przyjaciół, to po prostu zacznij nurkować.

WALDEMAR WNOROWSKI

Nurkowanie osób ze stomią

W świadomości wielu osób funkcjonuje przekonanie, że stomia jest przeciwwskazaniem do nurkowania. Nic bardzie błędnego! Osoby ze stomią mogą nurkować i podziwiać uroki podwodnego świata tak jak osoby bez stomii. Sam fakt wyłonienia stomii (kolostomia, ileostomia, urostomia) nie ma medycznych przeciwwskazań do nurkowania. Wyjątkiem (jedynym!) jest stomia z wytworzeniem zbiornika jelitowego (tzw. J-Pouch, zbiornik Kocha, zbiornik Kock – ang. *Kock Pouch*), jednak zabieg ten jest bardzo rzadko wykonywany i praktycznie nie stosowany w polskiej chirurgii. Poza tym nie ma przeciwwskazań do nurkowania osób ze stomią.

Kursy nurkowania dla osób ze stomią
Kursy nurkowania dla osób niepełnosprawnych
Centrum Nurkowe „Tryton”
Waldemar Wnorowski,
Krzysztof Wnorowski
80-246 Gdańsk
ul. Pniewskiego 7/1
tel.: 58 340 35 10
tel. kom. +48 600 801 401
fax: 58 340 37 92
email: info@cn-tryton.pl
email: sklep@cn-tryton.pl

dr hab med. TOMASZ JASTRZĘBSKI
Specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej
Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej
Gdański Uniwersytet Medyczny

dr n. med. JACEK KOT
Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, adiunkt Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Krajowym Ośrodku Medycyny Hiperbarycznej w Gdyni, General Secretary of the European Committee for Hyperbaric Medicine (ECHM), President-Elect of the European Underwater and Baromedical Society (EUBS), Medical Representative of Poland in the European Diving Technology Committee (EDTC).

PROFESJONALNE ROZWIĄZANIE
PROBLEMÓW ZE STOMIĄ

WWW.SALTS.PL • BEZPŁATNA INFOLINIA 800 633 463

BRITISH SKIN FOUNDATION
Recognising Salts research into healthy stoma skin

SKIN HEALTH ALLIANCE
DERMATOLOGICALLY ACCREDITED

SALTS HEALTHCARE

IDEALNY W PRZYPADKU PRZEPUKLINY

Barwa Wina

Zazwyczaj mówimy o białym, czerwonym i różowym, jednak po przyjrzeniu się z bliska może się okazać, że barw wina jest znacznie więcej.

To nie prawda, że kobiety mają monopol na rozpoznawanie różnych barw. Jednym z aspektów pracy sommeliera jest rozkładanie wina na czynniki pierwsze w tym również analizowanie jego barwy i wyciąganie z niej różnych wniosków, a tych może być co nie miara.

Podczas *blind tasting*, czyli degustacji w której nie wiemy jakie wino nalano nam do kieliszka, a celem jest jego odgadnięcie, ważne są wszystkie wskazówki. Barwa wina zawiera mnóstwo informacji, które możemy w takiej sytuacji wykorzystać, jak chociażby, czy jest młode, czy stare oraz z jakiego regionu pochodzi. Przyglądając się zawartości kieliszka możemy również określić czy wino zawiera dużo alkoholu, czy jest słodkie, czy wytrawne, czy jest pełne, czy lekkie.

Na początku mówimy jedynie o barwie białej lub czerwonej. Kiedy jednak zestawimy ze sobą dwie butelki czerwonego wina okazuje się, że różnią się od siebie znacząco. Zdobywając kolejne doświadczenia zauważamy, że prawie każde dwa wina (pod warunkiem, że nie pochodzą z tej samej produkcji) różnią się od siebie kolorem. Różnice w kolorze wina wynikają z wielu czynników.

Miąższ większości winogron, zarówno białych jak i czerwonych jest jasny. To nie on, lecz skórki są źródłem koloru w czerwonym winie (w większości win białych skórki nie mają długiego kontaktu z sokiem, jednak istnieją wyjątki, na przykład wina *blush*). Podczas maceracji wyciśnięty z winogron sok pozostawia się z pestkami i skórkami w jednym naczyniu. To właśnie w skórkach winogron zawarte są pigmenty – antocyjany, które nadają winu odpowiedni kolor. Czas trwania maceracji oraz kilka innych czynników ma wpływ na to, jak wiele pigmentów zostanie wypłukane ze skórek i znajdzie się

w winie barwiąc naturalnie szary sok winogronowy. Oprócz antocyjanów w skórkach znajdują się taniny wpływające na wytrawny smak wina oraz substancje zapachowe.

Im dłużej moszcz ma kontakt ze skórkami (również z pestkami) winogron, tym większy jest ich wpływ na jego smak. Stąd możemy wyciągnąć ogólne wnioski: im intensywniejszy jest kolor wina, im mniej jest przejrzyste, tym jest pełniejsze, bogatsze i bardziej taniczne. Nie zawsze jednak celem producenta jest zrobienie mocarnego trunku. I dobrze, bo nie każdy lubi wina ultrawytrawne, zostawiające w ustach poczucie suchości.

Możemy powiedzieć, że im intensywniejsze w barwie wino, tym pełniejsze, jednak to dopiero początek dojrzewania wina. Niektóre tuż po fermentacji trafiają do butelek, a później na nasze stoły. Takie wina powoli starzejąc się w butelkach, robią się coraz mniej intensywne. Wina, które dojrzewają w beczkach znacząco zmieniają swoją barwę. Można powiedzieć, że beczki dębowe wyciągają kolor z wina. Dodatkowo wino powoli utlenia się w trakcie dojrzewania, zmieniając barwę z intensywnie fioletowej, rubinowej na bardziej stonowaną, ceglastą lub nawet brązowawą w przypadku win czerwonych. Wino białe w trakcie dojrzewania nabiera za sprawą tlenu i ewoluujących związków fenoli złocisto-bursztynowych odcieni. Dojrzewając w beczce wino staje się nieco bardziej wypłowiałe, mętne, nie iskrzy kiedy spojrzymy przez nie na źródło światła. Nie oznacza to jednak, że dojrzewanie wina w beczce osłabia jego smak. Nabiera ono nowych, niespotykanych wcześniej aromatów. Staje się bardziej harmonijne. Producenci proces krótkotrwałego dojrzewania wina w beczkach dębowych nazywają zaokrąglaniem.

Doświadczeni winemakerzy zauważyli, że w pewnym momencie dojrzewania wina w beczkach proces wytracania koloru odwraca się i beczki „oddają" kolor z powrotem do trunku. Dzieje się tak na przykład z Porto, jednak żeby takie zjawisko się pojawiło należy czekać dziesięciolecia.

Każdemu ze szczepów winogron możemy przypisać charakterystyczną dla niego barwę wina, które z niego powstaje. Oprócz barwy charakterystyczne są też: przejrzystość trunku, czyli to jak lśni, oraz zmiana barwy, jaka następuje przy brzegu kieliszka. Te czynniki jednak nie zawsze zależą od gatunku winogron, z którego wino powstało.

Pośród win białych najjaśniejsze charakteryzują się prawie przeźroczystą, krystalicznie czysta barwą. Często posiadają one zielonkawe refleksy. Najpopularniejszymi gatunkami takich winogron są *Pinot Grigio*, *Albarino* oraz niektóre *Sauvignon Blanc* z Nowej Zelandii. W ślad za jasną barwą idzie lekkość i świeżość win produkowanych z tych szczepów. Często również ponadprzeciętna kwasowość.

Najpopularniejszą kategorią pośród win białych są wina o słomkowej, lekko żółtej barwie, a pośród nich: europejskie *Sauvignon Blanc*, niebeczkowe *Chardonnay* czy *Garganega*. Wina produkowane z tych szczepów są zazwyczaj bardziej skomplikowane smakowo od win lekkich.

Winogrona Aszu

Ciemniejsze są wina dojrzewające w beczkach dębowych, pośród których absolutnie najpopularniejszym jest *Chardonnay*. Wina o złocistej, lub bursztynowej barwie, często poddawane fermentacji malolaktycznej są zazwyczaj mniej owocowe i kwasowe, bardziej dystyngowane, subtelne i bogate w aromaty wanilii, karmelu, czy też śmietanki.

Ostatnią kategorią są wina białe, które dojrzewając latami w beczkach i w butelkach, nabierają barwy pomarańczowej lub ciemnego bursztynu. Często są to wina deserowe: **Tokaj, Sauternes** ❶, niektóre niemieckie **Rieslingi**. Ze względu na małą zawartość antyoksydantów i innych naturalnie konserwujących związków niewiele wytrawnych win białych osiąga ten etap dojrzałości.

Z winami czerwonymi jest podobnie. Możemy wyróżnić trzy główne kategorie win: lekkie, umiarkowane i pełne oraz, pod kątem koloru wyróżnić ich dojrzałe wersje.

Lekkie wina czerwone są zazwyczaj transparentne. Ich barwa waha się pomiędzy ciemnoróżowym, a czerwonym, mają one podwyższoną kwasowość i mniej tanin. Najpopularniejszym szczepem z którego powstają takie wina jest *Pinot Noir*.

Wina o umiarkowanej budowie są najczęściej spotykane. Cieszą się sporą popularnością ze względu na zrównoważony poziom tanin i kwasowość oraz ciekawe, rozbudowane kompozycje smaków. Ich barwa jest półprzezroczysta, pomiędzy ▶

Uprawa tarasowa winogron Aszu.

kolorem ciemnoróżowym, a głęboko czerwonym z niebieskimi refleksami. Możemy tu wskazać między innymi szczepy *Merlot*, *Sangiovese*, czy niektóre *Cabernet Franc*.

Pełne wina zazwyczaj rozpoznajemy po bardzo intensywnym smaku wypełniającym całe usta. Często, lecz nie zawsze, towarzyszą im silne taniny dające poczucie suchości. Ich barwa waha się od intensywnie karmazynowej, po głęboki, śliwkowy fiolet. Zachowują przy tym jedną charakterystyczną cechę – nalane do kieliszka wina o pełnym ciele nie przepuszczają światła. Uznawanymi za najmniej przepuszczające światło, a jednocześnie bardzo pełnymi winami są te z dorzecza Douro. Są intensywnie fioletowe, niemal czarne, zazwyczaj pachną jagodami i fiołkami. Poza tym możemy wyróżnić *Syrah* (i *Shiraz*), *Nero D'Avola*, czy *Malbec*.

Tokaj Aszu 1

Pinot Grigio 2

Doświadczeni sommelierzy na podstawie barwy wina są w stanie wyciągać dużo obszerniejsze i bardziej szczegółowe wnioski. Na przykład wino ze szczepu *Syrah* posiadające niebieskawe refleksy na obwódce ma niższy poziom kwasowości, to sugeruje, że takie wina nie będą nadawały się do długiego dojrzewania w piwnicy. Skórek białych winogron nie wykorzystuje się przy produkcji ponieważ producenci win białych zazwyczaj wolą zachować ich lekkość i czystość smaku. Ci, którzy decydują się na stworzenie wina wyjątkowego, mineralnego, o niespotykanych aromatach, czasami pozostawiają przez jakiś czas sok wraz ze skórkami i pestkami, obniżając przy tym temperaturę fermentacji. Ciekawym przykładem takiego procesu produkcji są wina **Pinot Grigio Blush** 2, które zamiast częstej dla szczepu *Pinot Grigio* ryzynowej barwy nabierają za sprawą pestek unikalnego miedzianego koloru. Są one też wyjątkowe w smaku – niezwykle mineralne i kwiatowe, bardzo skomplikowane. Niektórzy uważają je za wina różowe.

Wino zazwyczaj sprzedawane jest w przyciemnianych butelkach, aby uchronić je przed skutkami działania światła na zawarte w nim związki. To powoduje, że nie możemy określić barwy w momencie jego zakupu. W takiej sytuacji możemy odwrócić ten proces i na podstawie danych na etykietach – gatunku, rocznika, dojrzewania w beczce informacji o ciele – próbować odgadnąć, jaką wino ma barwę. Takie podejście dostarcza wiele bogatych doświadczeń i istotnie zmienia nasze spojrzenie na wino. Zdecydowanie rozszerza nasze horyzonty.

JAKUB KOLECKI

KONKURS FOTOGRAFICZNY

Wiosenne impresje

Prześlij nam wiosenne zdjęcie i wygraj fantastyczne nagrody!

Fot. © Cta88 | Dreamstime.com

Regulamin konkursu fotograficznego „Wiosenne impresje"

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 impresji wiosennych.
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 **31.05.2015 r. (decyduje data wpływu)** na adres: Onkonet Sp. z o.o., ul. Śnieżna 3, 80-554 Gdańsk, z dopiskiem: „Konkurs fotograficzny – Wiosna"
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 sierpniowym 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 późn. zm.).
18. Skład jury: Tomasz Jastrzębski (redaktor naczelny „Terapii i Zdrowie"), Maciej Kosycarz (Agencja Fotograficzna KFP), Robert Olech (www.optyczne.pl).

Karta zgłoszenia uczestnictwa w konkursie fotograficznym „Wiosenne impresje"

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

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

Nr	Tytuł pracy	Komentarz (opcjonalnie)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Konkursu Fotograficznego „Wiosenne impresje" 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

Słownik terminów onkologicznych (cz. VIII)

Małopłytkowość
zmniejszenie liczby płytek krwi. Może występować m.in. jako powikłanie chemioterapii

Mammografia
badanie radiologiczne piersi, w celu oceny istnienia zmian chorobowych. Sama mammografia, bez badania piersi przez lekarza mającego doświadczenie w tego typu badaniach, nie powinna być stosowana jako jedyne badanie przesiewowe

Marker nowotworowy
substancja, którą wykrywa się w zwiększonej ilości w przebiegu choroby nowotworowej; należą do nich różne enzymy (np. fosfataza kwaśna w raku prostaty) lub hormony

Mastalgia
ból piersi, najczęstszy powód konsultacji lekarskich dotyczących stanu piersi

Mastektomia
zabieg amputacji piersi

Mastopatia
Wielostronny proces patologiczny hormonozależnej przebudowy gruczołu piersiowego (określana często jako łagodna zmiana dysplastyczna)

Medycyna nuklearna
gałąź medycyny zajmująca się wykorzystywaniem izotopów promieniotwórczych do diagnostyki i leczenia chorób. W onkologii ma zastosowanie m.in. w diagnostyce przerzutów do układu chłonnego (izotop technetu), diagnostyce guzów tarczycy (jod radioaktywny) a także leczeniu przerzutów do kości (radioaktywny stront)

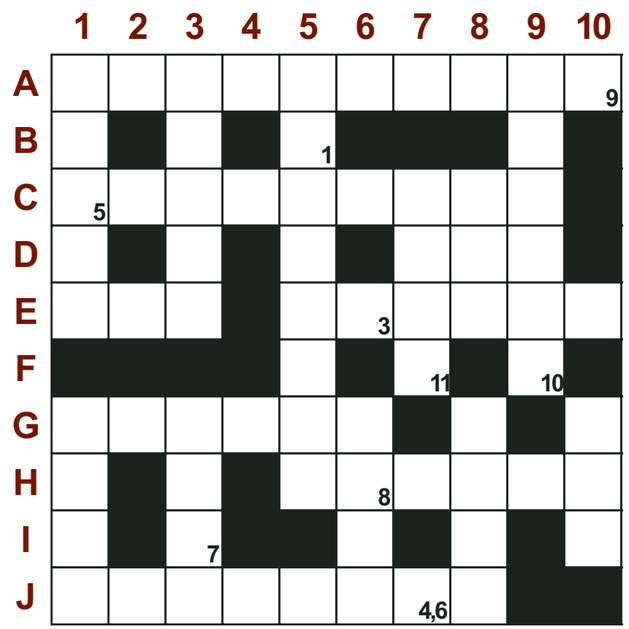
Metachroniczne przerzuty
przerzuty odległe ujawniające się z pewnym opóźnieniem w stosunku do wykrycia ogniska pierwotnego

Mezorectum
tkanka okołoodbytnicza, zawierająca tkankę tłuszczową, węzły chłonne i naczynia limfatyczne, ograniczona powięzią przedkrzyżową od tyłu i powięzią Denovilliersa od przodu.

Mięsaki (sarcoma)
grupa nowotworów wywodzących się z tkanki mezenchymalnej. Należą do nich m.in. tłuszczakomięsaki (liposarcoma), włókniakomięsaki (fibrosarcoma), maziówczaki złośliwe (sarkoma synoviale)

MRI
Magnetic rezonans imaging (ang.) – badanie za pomocą rezonansu magnetycznego. Jedna z metod obrazowania wnętrza ludzkiego ciała. Jest metodą z wyboru w określaniu stopnia zaawansowania np. raka odbytnicy

Mutageny
czynniki powodujące zaburzenia informacji genetycznej zawartej w komórkowym DNA



POZIOMO
A1 endoskopowe badanie odbytnicy
C1 dział medycyny zajmujący się chorobami nowotworowymi
D7 tusz, atrament po angielsku
E1 bóg wiatru
E5 np. z Saint-Tropez
G1 zmiana skórna będąca następstwem uszkodzenia
G10 skrót ośrodka wczasowego
H5 domki działkowe
I10 obowiązkowe ubezpiecznie pojazdu
J1 zabieg chirurgiczny

PIONOWO
1A ... Island, najmniejszy stan w USA
1G drugie, co do wielkości miasto w Czechach
3A kwiat z rodziny goździkowatych
3G pomysły, koncepty
5A ognisko martwicy skóry przechodzące w owrzodzenie
6G ... Baldwin, amerykański aktor
7C ... Davis, amerykańska aktorka
8C pierwiastek o symbolu In
8G uszkodzenie ciągłości skóry
9A plakat
10G narząd wzroku
11A Roman, rosyjski miliarder, właściciel klubu Chelsea Londyn

Opracowanie: JACEK ANDRZEJEWSKI

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

sysmex

Dokładna lokalizacja węzłów wartowniczych **bez promieniowania?** Moja decyzja: **SentiMag®**

NAJNOWSZE ROZWIĄZANIA:

- Procedura SLNB może być wykonywana wszędzie, przez każdego przeszkolonego lekarza specjalistę
- Technika bazuje na zdobytych wcześniej umiejętnościach
- Wyeliminowany problem materiałów radioaktywnych
- Chirurg w pełni kontrolujący procedurę SLNB
- Ultraczuła detekcja i lokalizacja węzłów chłonnych wartowniczych
- Bezpieczny i łatwy do przechowywania znacznik Sienna+® o długim okresie półtrwania
- SentiMag® oraz Sienna+® to system do lokalizacji SLN oznaczony znakiem CE

www.sysmex-lifescience.com
www.sysmex.pl

Shaping the Advancement of Healthcare

Partner dystrybucyjny w Polsce: Sysmex Polska Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 176, 02-486 Warszawa, Polska · Tel. +48 22 5728400 · Faks +48 22 5728410 · info@sysmex.pl · **www.sysmex.pl**
Partner dystrybucyjny: Sysmex Europe GmbH Bornbarch 1, 22848 Norderstedt, Niemcy · Tel. +49 40 52726-0 · Faks +49 40 52726-100 · info@sysmex-europe.com · **www.sysmex-europe.com**
Producent: Endomagnetics Ltd 325 Cambridge Science Park, Milton Road, Cambridge, CB4 OWG, Wielka Brytania

onkonet.pl
Twój serwis onkologiczny