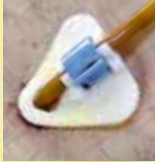




6

Chirurgia XXI wieku jako część wielospecjalistycznego leczenia nowotworów



10

Przeżytkowa endoskopowa gastrostomia (PEG)



24

HPV a rak szyjki macicy

PAŹDZIERNIK 2015

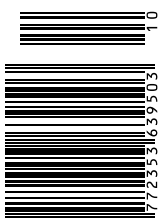
Terapia & Zdrowie



O melancholii słów kilka

str. 28

ISBN ISSN 2353-639X



9 772353 1639303 10



Spis treści

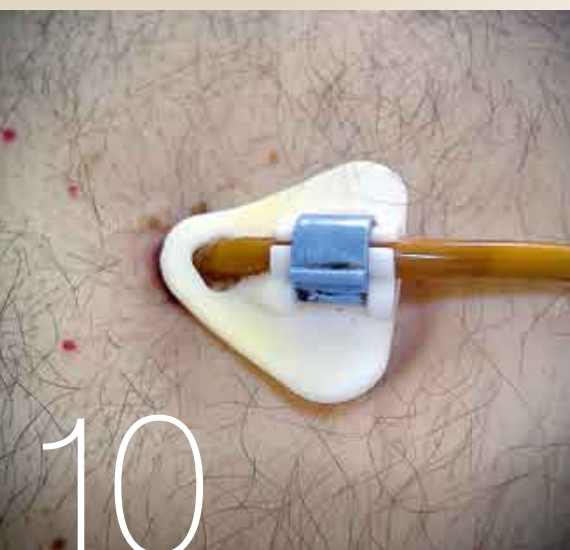
TERAPIA I ZDROWIE
ISSN 2353-639X
NR 4-5 (10-11), PAŹDZIERNIK 2015

28

PSYCHOLOG RADZI

O melancholii słów kilka

O Melancholii mówi się z szacunkiem, często nawet z zazdrością, bo zazwyczaj zwiastowała człowiekowi talent. Jest też inne imię Melancholii – Depresja. Ta jest chorobą, która rozwija się wraz ze światem. Pojawiają się nowe metody jej klasyfikacji i lekarstwa, które wypierają się w porażającym tempie.



↓ 20



- 6 Chirurgia XXI wieku – jako część wielospecjalistycznego leczenia nowotworów
- 10 PEG – nie taki straszny
- 14 Zaparcia
- 18 Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby
- 20 Dieta bezglutenowa
- 22 Zespół stopy cukrzycowej
- 24 HPV a rak szyjki macicy

- 28 O melancholii słów kilka
- 32 Pierwsza pomoc poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych
- 38 Urazy więzadła krzyżowego, prewencja, diagnostyka i leczenie
- 42 Wina słońcem palone
- 46 Krzyżówka
- 46 Słownik terminów onkologicznych (cz. X)

24 →





Drodzy Czytelnicy,

oddając w Wasze ręce nowy numer „Terapii i Zdrowia” chciałbym podzielić się refleksjami dotyczącymi zmian, które na pewno zauważyliście Państwo w kolejnych numerach naszego czasopisma. Tak jak pory roku ulegają zmianie w sposób harmonijny, tak i tematyka „TiZ” ulega zmianom w zależności od zainteresowania Czytelników i uwag zgłaszanych do Redakcji.

W tym numerze zamieściliśmy ciekawe artykuły o różnej tematyce, więc na pewno każdy znajdzie coś interesującego.

Na początek zachęcam do przeczytania wywiadu z prof. Mariuszem Frączkiem na temat chirurgii małoinwazyjnej oraz nowoczesnych technik leczenia zaawansowanej choroby nowotworowej. Jego działalność na wielu polach, nie tylko chirurgicznych, jest godna i podziwu, i naśladowania. Artykuł wielce ciekawy i pouczający.

Kolejny artykuł porusza problem choroby stłuszczeniowej wątroby, niezwiązanej ze spożyciem alkoholu. Okazuje się, że choroba ta jest o wiele częstsza niż nam się wydaje i dotyczy aż 5 proc. populacji. Problem jest szczególnie ważny w czasach, gdy coraz więcej osób cierpi na otyłość. Stłuszczenie wątroby prowadzi do włóknienia miąższu i postępującej niewydolności tego narządu.

Trzymając się zagadnień żywieniowych polecam Państwu uwadze artykuły na temat diety bezglutenowej, a także możliwości żywienia osób, które nie mogą przyjmować pokarmów drogą doustną (przeszkórna gastroskopowa endoskopia).

Z dziedziny profilaktyki polecam tekst o możliwościach zabezpieczenia się przed infekcją wirusem brodawczaka ludzkiego, co ma bezpośredni wpływ na obniżenie zachorowalności na raka szyjki macicy. Temat nie tylko na czasie, ale dla wiedzy każdego świadomego rodzica.

Okres jesienny jest czasem, gdy nadal uprawiamy sporty, ale warunki atmosferyczne nie są już tak przyjazne jak latem. Opady deszczu mogą sporo namieszać w naszym zdrowiu, szczególnie w przypadku osób uprawiających takie sporty jak bieganie czy jazda na rolkach. Jednym z najczęstszych urazów jest skręcenie stawu kolanowego. Problem ten szeroko opisano w artykule na temat urazu więzadła krzyżowego przedniego.

A jak o jesieni, to i o melancholii: jak zwykle w fascynujący świat psychologii poprowadzi nas Rafał Rybka. Jak zwykle w niezwykle interesujący sposób porusza to niezwykle ważne zagadnienie.

Każdy z nas spotkał się z pracą lekarzy i ratowników medycznych, udzielających pomocy w wypadkach drogowych. Jak ważne jest zachowanie osób, które są na miejscu wypadku i mogą udzielić pomocy, porusza artykuł dr. J. Gołaszewskiego. Będąc na miejscu wypadku należy pamiętać nie tylko o udzielaniu pomocy innym, ale przede wszystkim nie wolno zapominać o bezpieczeństwie własnym. Co robić, jak się zachowywać i co jest ważne w takich sytuacjach, dowiecie się Państwo z tego artykułu.

Zachęcam do lektury!
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Terapia & Zdrowie

Dwumiesięcznik
nr 4-5 (10-11), październik 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. M. Skłodowskiej-Curie 3
80-210 Gdańsk

Wydawca

Onkonet sp. z o.o.
ul. M. Skłodowskiej-Curie 3
80-210 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 adiacji, doboru tytułów i śródtytułów oraz dokonywania skrótów w nadesłanych artykułach. Zdjęcia nieopisane pochodzą z archiwum redakcji. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam. Wszelkie prawa do tekstów i zdjęć własnych zastrzeżone.

Ciekawostki ze świata nauki

Sport na zdrowie!

Opublikowane ostatnio doniesienie analizujące ponad 70 badań prospektywnych dotyczących przeżywalności osób chorych na raka i uprawiających sport, wykazało niezbicie, że zalecana przez WHO (World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia) aktywność fizyczna w stopniu umiarkowanym (2,5 godziny w tygodniu) zmniejsza ryzyko śmierci na raka o 13 proc. w całej populacji osób badanych. Co więcej, okazało się, że aktywność fizyczna u osób z rozpoznaną chorobą nowotworową także niesie ze sobą poprawę wyników leczenia, gdyż obniża ryzyko zgonu o 21 proc. osób uprawiających sport przed rozpoznaniem, i aż o 35 proc. u osób, które wykazują aktywność fizyczną po rozpoznaniu raka.

To bardzo ważna informacja zarówno dla pacjentów jak i lekarzy: jak najszybszy powrót do aktywnego życia i zwiększenie aktywności fizycznej po leczeniu znacznie poprawiają rokowanie.

Li T. i wsp.: *The dose-response effect of physical activity on cancer mortality: findings from 71 prospective cohort studies.* Br J Sport Med. 2015 Sept 18

Ochrona przed pestycydami w pożywieniu

Ciekawe spostrzeżenie dotyczące profilaktyki narażenia ludzi na pestycydy używane w rolnictwie przedstawili naukowcy z Kanady. Ludzie i zwierzęta są zazwyczaj narażeni na spożywanie pestycydów zawartych w produktach rolniczych, ale także w zanieczyszczonej nimi wodzie. Pestycydy mogą wpływać negatywnie na system nerwowy, endokrynologiczny, mogą być przyczyną nowotworów, a nawet śmierci. Kanadyjscy uczeni wykryli, że zastosowanie probiotyków zawierających bakterie *Lactobacillus* obniża narażenie na absorbcję pestycydów. Zawarte są one m.in. w jogurtach, serze, kapuście kiszzonej oraz ogórkach kiszonych. Do znanych dobroczynnych działań tych bakterii – jak absorbcja związków rtęci i arsenu u kobiet w ciąży i dzieci – dołączyła profilaktyka przed absorbcją powszechnie występujących pestycydów, polegająca m.in. na tworzeniu funkcjonalnej bariery w przewodzie pokarmowym, zmniejszającej stany zapalne.

Trinder M. i wsp.: *Probiotic lactobacilli: a potential prophylactic treatment for reducing pesticide absorption in humans and wildlife.* Beneficial Microbes, 2015 (on-pine)



Muzykoterapia w opiece paliatywnej

Muzykoterapia stanowi szczególną formę terapii. Wpływa na emocjonalną sferę osobowości, a także na przebieg procesów fizjologicznych, harmonizując i porządkując psychomotorykę pacjenta. Muzykoterapia łączy w sobie elementy wielu dziedzin: medycyny, psychologii, muzyki oraz estetyki. W opiece paliatywnej wspiera i poprawia inne formy terapii. Pozytywny wpływ muzykoterapii jest widoczny w odniesieniu do takich objawów fizycznych jak ból, nudności i wymioty. Okazuje się, że muzykoterapia poprawia jakość życia w zaawansowanej chorobie nowotworowej na zasadzie „wsparcia duchowego” oraz zmniejszania stresu towarzyszącego chorobie.

Future Oncol. 2014;10:2409–1;
Psychoonkologia 2015;1:37–40





Chirurgia XXI wieku

– jako część wielospecjalistycznego leczenia nowotworów



Wywiad z prof. dr hab. med. **MARIUSZEM FRĄCZKIEM**, profesorem nadzwyczajnym WIML, ordynatorem Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Praskiego w Warszawie, kierownikiem Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Europejskiego Centrum Zdrowia Otwock, redaktorem naczelnym „Chirurgii po Dyplomie”, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chirurgii ogólnej województwa mazowieckiego.

Mimo ogromnego postępu wiedzy i doświadczeń klinicznych w przypadku niemal wszystkich nowotworów radykalne wycięcie guza pierwotnego pozostaje podstawowym i decydującym elementem umożliwiającym wyleczenie chorego. Jednocześnie w początkach XXI wieku każdy chirurg ma świadomość, że jego działania są jedynie częścią wielospecjalistycznego leczenia jakemu poddawany jest chory na nowotwór.

Rozpoznanie histopatologiczne i ustalenie stopnia zaawansowania na podstawie różnych metod obrazowania umożliwia ustalenie programu terapeutycznego. Chorzy mogą być zakwalifikowani do: chemioterapii lub radioterapii neoadiuwantowej, resekcji guza pierwotnego, chemioterapii adiuwantowej, chirurgicznej resekcji zmian przerzutowych, chemioterapii paliatywnej, chirurgii paliatywnej i innych współczesnych metod leczenia. Podstawowym wyznacznikiem drogi terapeutycznej jest zaawansowanie nowotworu i tak chorzy na wczesną postać nowotworu, po ich radykalnej resekcji unikają złożonych systemów leczenia. Mnogość metod stosowana u chorych na raka w stadium uogólnienia prowadzi ostatecznie do próby kompromisu między toksycznością prowadzonego leczenia i jego wynikiem, a utrzymaniem optymalnego stanu fizjologicznego organizmu.

? Redakcja: Od lat jest Pan chirurgiem zajmującym się leczeniem chorych na nowotwory, przede wszystkim dotyczące układu pokarmowego. Żyjemy w świecie dynamicznego rozwoju metod i sposobów leczenia. Czy ten postęp dotyczy również operacyjnego leczenia nowotworów?

Prof. Mariusz Frączek: W polskich warunkach podstawową metodą operacji nowotworów układu pokarmowego pozostaje klasyczny dostęp chirurgiczny. Jednocześnie coraz więcej ośrodków wykonuje operacje wycięcia nowotworów technikami laparoskopowymi u wybranych chorych. Mniejszy uraz tkanek, szybszy powrót funkcji układu pokarmowego oraz zapobieganie immunosupresji związanej z urazem to niewątpliwe zalety chirurgii małoinwazyjnej. Niemniej biorąc pod uwagę zasady medycyny opartej na dowodach laparoscopia znalazła swoje miejsce przede wszystkim w chirurgii nowotworów jelita grubego. Trwają liczne badania kliniczne służące wypracowaniu dowodów medycznych odnośnie roli chirurgii laparoskopowej w nowotworach pozostałych narządów układu pokarmowego. Wydaje się, że jest tylko kwestią czasu upowszechnienie technik małoinwazyjnych w oparciu o coraz doskonalsze instrumentarium oraz rosnące doświadczenie chirurgiczne. Już dziś jakość stosowanych urządzeń pozwala na uzyskanie trójwymiarowego obrazu wzbogaconego o elementy niewidoczne gołym okiem ułatwiając precyzyjne i bezpieczne wykonanie operacji. Dalszy

rozwoj technologiczny armamentarium robotycznego, sposobów sterowania, wizualizacji doprowadził do gwałtownego rozwoju zakresu operacji wykonywanych za pomocą robotów.

? Red.: Co w takim razie należy zrobić, aby doprowadzić do rozpowszechnienia technik chirurgii małoinwazyjnej?

Prof. M.F.: Chirurgia jest metodą leczenia o skuteczności lokalnej. Zasadniczym celem chirurgicznego leczenia nowotworów jest całkowite wyeliminowanie go z ustroju niezależnie od przyjętej metody leczenia. Jeśli więc wszystkie komórki nowotworowe znajdują się w wyciętym preparacie, to cel ten zostanie osiągnięty. Zatem zasięg wycięcia chirurgicznego tkanek i narządów uwarunkowany jest przede wszystkim zaawansowaniem choroby nowotworowej i opiera się o powszechnie przyjęte standardy postępowania leczniczego. W ten sposób wczesny rak, ograniczony wyłącznie do błony śluzowej, może być leczony nawet metodami endoskopowymi i taka operacja spełnia kryteria radykalności chirurgicznej. Nieco bardziej zaawansowane postacie, ale wciąż zakwalifikowane jako rak





Z wizytą na cmentarzu Obrońców Lwowa



Oczekujący na badania, Ukraina 2011 r.



Badania USG, Ukraina 2013 r.

► wczesny, mogą być leczone metodami hybrydowymi, w których zmianę np. z żołądka wycinamy posługując się metodami endoskopowymi, a węzły chłonne usuwane laparoskopowo. Niestety, znaczna grupa chorych z nowotworami układu pokarmowego trafia do leczenia już w zaawansowanych postaciach, w których nawet rozległe zabiegi operacyjne mogą nie spełniać kryteriów radykalności. Kluczem sukcesu jest zatem wczesne rozpoznanie nowotworu.

Red.: Co więc robić? Nie mamy wystarczającej bazy diagnostycznej?

● **Prof. M.F.:** Nie chodzi tu tylko o liczbę placówek dysponujących odpowiednią liczbą endoskopów, aczkolwiek i w tym zakresie wymagana jest poprawa. Aby lekarz rozpoznał nowotwór chory musi się do niego zgłosić. Tymczasem praktycznie wszystkie nowotwory układu pokarmowego w początkowych stadiach przebiegają bezobjawowo lub też ich symptomatologia jest bardzo uboga. Wynika z tego, że aby zwiększyć odsetek rozpoznawalności wczesnego raka należałoby badać populację potencjalnie zdrowych, bo bezobjawowych chorych. Są takie próby w Polsce odnośnie raka jelita grubego. Odsyłam Państwa do artykułu „Profilaktyka i skryning raka jelita grubego” zamieszczonego w kwietniowym wydaniu „Terapii i Zdrowia”. Od lat lekarze apelują o wykonywanie badania kolonoskopowego u każdego po ukończeniu pięćdziesiątego roku życia, nawet jeżeli nikt w rodzinie nie chorował na nowotwór i pacjent nie ma żadnych objawów sugerujących obecność raka. Realizacja tych zaleceń w skali makro pozostaje wciąż problematyczna, niemniej liczba kolonoskopii stale się zwiększa.

Red.: Jest Pan Konsultantem Wojewódzkim w Dziedzinie Chirurgii Ogólnej w Województwie Mazowieckim i ma Pan z pewnością obraz chorych na terenie województwa. Jak wygląda rzeczywistość dotycząca zaawansowania rozpoznawanych nowotworów?

Prof. M.F.: Niestety nie mamy się czym pochwalić. Mimo nieznanego postępu wciąż do oddziałów i klinik chirurgicznych zgłaszają się chorzy z zaawansowanymi postaciami nowotworu już w chwili pierwszego rozpoznania. Z ankiet docierających zwłaszcza z oddziałów pozawarszawskich wynika, że wciąż wielu chorych na nowotwór przyjmowanych jest w ramach ostrego dyżuru, np. z powodu niedrożności spowodowanej rakiem jelita grubego. W tej sytuacji trudno mówić o operacjach oszczędzających.

Red.: Co w takim razie może zaoferować współczesna medycyna chorym na zaawansowane nowotwory?

Prof. M.F.: Wszystko zależy od stopnia zaawansowania. Jeśli choroba jest uogólniona, szansą na wyleczenie jest jedynie terapia systemowa. Zmienia się jednak podejście w stosunku do niektórych nowotworów ograniczonych do jamy brzusznej. Od niedawna u chorych na raka jelita grubego staramy się wyciąć wszystkie makroskopowe zmiany jakie stwierdzamy śródoperacyjnie. Doszczędność przeprowadzonej operacji uzupełniamy podając leki przeciwnowotworowe dootrzewnowo w ogrzanej do 42 stopni Celsjusza płynie. Wyniki tak prowadzonego leczenia w odpowiednio dobranych grupach chorych są bardzo zachęcające.



Przed Domem Polskim w Bielcach w Mołdawii w 2011 r.

Red.: To bardzo ważne. Gdzie na Mazowszu można leczyć chorych na nowotwory jelita grubego z przerzutami do otrzewnej?

Prof. M.F.: Jesteśmy w trakcie organizacji ośrodka chirurgii cytoredukcyjnej i chemioterapii dootrzewnowej (HIPEC) w Szpitalu Praskim. Pracujemy wspólnie z zespołem chirurgów z Gdańska pod kierunkiem prof. Tomasza Jastrzębskiego oraz z Centrum Inżynierii Biomedycznej Wojskowej Akademii Technicznej. Mam nadzieję, że jesienią tego roku będę mógł zaprosić Państwa do wyposażonego i działającego ośrodka.

Red.: Przygotowując się do dzisiejszej rozmowy dowiedzieliśmy się o Pana rozlicznych zainteresowaniach. Sport, fotografia, podróże, ale i misje medyczne.

Prof. M.F.: Tak, od lat organizuję i prowadzę, działając w ramach Stowarzyszenia Wspólnota Polska, misje medyczne nakierowane przede wszystkim na środowiska Polaków i Polonii zamieszkałej na wschodzie. Odbyliśmy kilka misji na Ukrainę, do Mołdawii, Gruzji i Armenii. Prowadząc szeroko zakrojone badania populacyjne przebadano około półtora tysiąca osób. Organizuję i prowadzę szkolenia dedykowane dla lekarzy polskiego pochodzenia z terenów Ukrainy, Mołdawii, Litwy i Białorusi.

Red.: Dziękujemy serdecznie za rozmowę i życzymy wielu sukcesów.

● **Prof. M.F.:** Dziękuję i pozdrawiam czytelników „Terapii i Zdrowia”. ♦

PEG

– nie taki straszny

Przezskórna endoskopowa gastrostomia (ang. *percutaneous endoscopic gastrostomy* – PEG) jest to zabieg wykonywany techniką małoinwazyjną, endoskopową, polegający na umieszczeniu w żołądku rurki (cewnika) do podawania żywienia bezpośrednio do żołądka, wyprowadzonej przez powłoki brzucha.

Zabieg założenia PEG wykonuje się u pacjentów, u których występują trudności z przyjmowaniem pokarmów drogą doustną. Jego celem jest zapewnienie podaży pokarmu odpowiadającego dziennemu zapotrzebowaniu na kalorie i podstawowe składniki odżywcze diety: białka, tłuszcze, węglowodany, mikroelementy i witaminy. Po raz pierwszy zabieg implantacji PEG został wykonany w 1980 roku w Cleveland Clinic u dziecka.

Wskazania

Wytworzenie sztucznego dostępu do żywienia różnego typu należy rozważyć, jeżeli istnieje prawdopodobieństwo długoczasowej niewystarczającej ilościowo i jakościowo podaży energetycznej naturalną drogą doustną. Przy decyzji odnośnie techniki dostępu analizuje się stan kliniczny pacjenta, rozpoznanie, rokowanie, zagadnienia etyczne, spodziewany wpływ na jakość życia pacjenta, wolę chorego oraz techniczne możliwości wytworzenia stomii. Głównym celem żywienia przez zgłębnik dojelitowy jest zapobieganie dalszej utracie masy ciała, eliminacja znaczących niedoborów żywieniowych, nawodnienie chorego oraz polepszanie jakości życia. U dzieci zaś, poza wspomnianymi, pobudzanie wzrostu w fazie najaktywniejszego wzrostu i rozwoju poprzez suplementację najważniejszych składników odżywczych.

Różne dostępy żywieniowe stosowane są u chorych wymagających suplementacji żywieniowej. Należy zaznaczyć, że podaż pokarmów drogą enteralną (dojelitową) czy dożołądkową nie wymagają pobytu chorego w szpitalu. Pacjent może być żywiony w domu, pod okresową kontrolą lekarzy specjalistów żywienia klinicznego. Przeciwnie, żywienie parenteralne (pozajelitowe)

jest możliwe prawie jedynie w szpitalach i niektórych typach placówek opiekuńczych przyjmujących pacjentów wymagających stałej, fachowej opieki.

Zgłębniki do żywienia można wprowadzać bezpośrednio do przewodu pokarmowego: wsuwając je przez jamę nosową (zgłębnik nosowo-żołądkowy), stosując przezskórną technikę małoinwazyjną (PEG) lub zakładając mikroprzetokę (mikrojejunostomia) drogą laparotomii (z otwarciem jamy brzusznej).

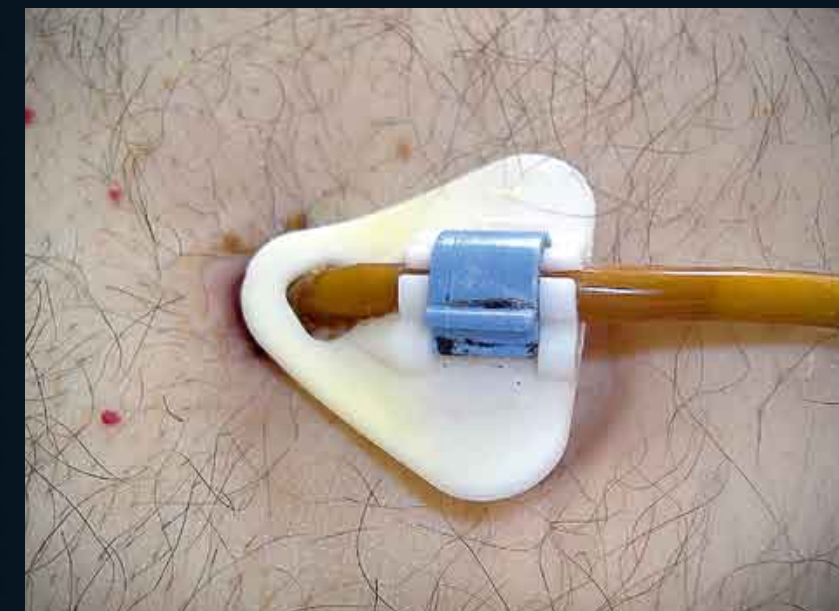
Ostatni sposób – mikrojejunostomia – wiąże się z największą ingerencją, bowiem zakładana jest podczas zabiegu chirurgicznego, który, zwłaszcza u chorych niedożywionych, jest dużym stresem dla i tak już osłabionego kacheksją organizmu. Poza tym u chorych niedożywionych rany pooperacyjne goją się wolniej i mają tendencję do powikłań.

Żywienie przez zgłębnik nosowo-żołądkowy u znacznej części pacjentów jest przyczyną dyskomfortu, również psychicznego i tutaj należy liczyć się z minusami tego dostępu (podrażnienia nosowo-gardłowe, odleżyna w nosie i gardle, krwawienie, przemieszczenie lub zatkanie zgłębnika).

Żywienie poprzez PEG zyskało większą akceptację dzięki łatwości „ukrycia”. Ta metoda wiąże się również ze zmniejszeniem częstości zarzucania treści pokarmowej do przełyku oraz z mniejszą częstością zachyłstowego zapalenia płuc. Poza tym założenie PEG to metoda endoskopowa, która nie ciągnie za sobą ryzyka ciężkich powikłań pooperacyjnych. Wykazano w sposób przekonujący, że żywienie przez PEG było korzystniejsze również pod względem skuteczności odżywiania (podaż pokarmu do najbardziej proksymalnych (najwyżej położonych) części przewodu pokarmowego).

Główne wskazania do stosowania PEG:

- **onkologia:** ronowotwory nosa, gardła i krtani oraz górnego odcinka przewodu pokarmowego z towarzyszącymi zaburzeniami polykania (dysfagią) – jako zabezpieczenie żywieniowe przed leczeniem operacyjnym, planowaną radioterapią i chemioterapią (do usunięcia po zakończeniu leczenia, gdy doustna podaż pokarmu będzie zaspokajała podstawowe potrzeby pacjenta) bądź jako dostęp dożywni u chorych paliatywnych;
- **neurologia** – zaburzenia polykania (dysfagia) po udarach mózgu, po urazach czaszkowo-mózgowych, u chorych z guzami OUN, w pierwotnych chorobach OUN oraz z innymi typami dysfagii na tle neurologicznym (porażenie opuszkowe, choroba Parkinsona, stwardnienie zanikowe boczne); zyskało również powszechną akceptację jako skuteczny sposób żywienia w dziecięcym porażeniu mózgowym;
- w **przebiegu innych chorób wyniszczających** np. w przebiegu chorób oportunistycznych rozwijających się w AIDS, zespołów krótkiego jelita, mnogich obrażeniach ciała, chorobach nieswoistych jelit, przewlekłej niewydolności nerek, wadach wrodzonych przewodu pokarmowego.



Żywienie poprzez PEG zyskało większą akceptację dzięki łatwości jej ukrycia. Poza tym nie ciągnie ona za sobą ryzyka ciężkich powikłań pooperacyjnych.

W grupie pacjentów onkologicznych wdrożenie odpowiedniego leczenia żywieniowego przed rozpoczęciem chemioterapii, radioterapii czy planowanym leczeniem chirurgicznym ma niezwykle istotne znaczenie dla ich skuteczności. Jeżeli istnieje prawdopodobieństwo przejściowego wzmocnienia reakcji katabolicznych oraz związane z tym zagrożenie niekontrolowaną utratą masy ciała w trakcie leczenia, skuteczność terapii może nie być zadowalająca. Chory niedożywiony jest bardziej podatny na działania niepożądane toksycznych terapii, gorzej znosi okres okołoperacyjny. Rekonwalescencja po leczeniu chirurgicznym również przebiega wolniej – stąd też podkreślenia wymaga waga odpowiedniego leczenia żywieniowego.

Przeciwwskazania do założenia PEG:

- zaburzenia krzepnięcia krwi (INR > 1,5)
- liczba płytek krwi < 50.000/mm³
- zaburzenie stosunków anatomicznych w jamie brzusznej
- stan po wielokrotnych zabiegach na jamie brzusznej
- stan po usunięciu żołądka z powodu raka bądź innych przyczyn
- nowotwór pierwotny otrzewnej, rozsiew wewnątrzotrzewnowy innych nowotworów złośliwych
- wodobrzusze znacznego stopnia
- zapalenie otrzewnej
- ostre psychozy, jądłowstręt psychiczny
- znaczne skrócenie oczekiwanego okresu przeżycia (< 2–3 tygodni)
- konieczność prowadzenia dializ otrzewnowych
- brak technicznych możliwości interwencji endoskopowej bądź niebezpieczeństwo ich wykonania: zwężenie przełyku nieprzepuszczające endoskopu, ciężkie nadżerkowe zapalenie błony śluzowej przełyku i żołądka, przetoka przełykowo-tchawicza
- choroba wrzodowa żołądka
- miejscowe przeciwwskazanie: rozległe naciekanie nowotworu w miejscu potencjalnego nakłucia ściany żołądka
- zły stan skóry: zmiany troficzne, zapalenie skóry, czyrączność itp.



Fot. Wikipedia

- podawanie diety o zbyt wysokiej lub zbyt niskiej temperaturze.
Poza tym błędy mogą dotyczyć techniki zmiany opatrunku, częstości zmiany, pielęgnacji i czyszczenia zgłębnika.

Powikłania po założeniu PEG:

- perforacja żołądka
- krwotok wewnątrzbrzuszny
- zapalenie otrzewnej
- zapalenie podskórnej tkanki łącznej
- miejscowe zakażenie rany dookoła zewnętrznego otworu kanału stomii (w większości przebiegające łagodnie, do wyleczenia za pomocą środków antyseptycznych i poprzez codzienną zmianę opatrunków w warunkach jałowych)
- konieczność antybiotykoterapii: wdrożenia leczenia antybiotykami na podstawie posiewów pobranych z rany w przypadku jej zakażenia
- w badaniu radiologicznym: obecność powietrza w jamie otrzewnej – jeśli nie ma przesłanek klinicznych, które wiązałyby ten obraz z wystąpieniem efektów niepożądanych (perforacja przewodu pokarmowego) nie jest uznawane za powikłanie, wymaga jedynie obserwacji
- gorączki i stany podgorączkowe – najczęściej związane z zakażeniem okołostomijnym
- wyciek treści żołądkowej dookoła stomii
- zatkanie zgłębnika
- porowatość i pęknięcie zgłębnika z wyciekaniem ze zgłębnika lub jego złącza.

Rozwój większości z tych powikłań zależy od techniki operacyjnej, doświadczenia endoskopisty i jakości sprzętu, a po zabiegu od skrupulatnej pielęgnacji stomii i stosowania się do zaleceń zespołu terapeutycznego. Częściej obserwuje się powikłania u pacjentów w gorszej kondycji i z większym stopniem niedożywienia w momencie rozpoczęcia terapii, a także u chorych niewspółpracujących. Podjęcie odpowiednich środków zaradczych może im skutecznie zapobiegać.

Istotny jest staranny dobór chorych do żywienia przez PEG w oparciu o ustalone wskazania medyczne i etyczne oraz uwzględnienie przeciwwskazań.

Podsumowując – żywienie dojelitowe przez wprowadzony endoskopowo zgłębnik (PEG) stanowi bardzo skuteczną, prostą i akceptowalną technikę zapewnienia chorym z ryzykiem kacheksji odpowiedniej suplementacji żywieniowej, dostosowanej do indywidualnego zapotrzebowania pacjenta. Stosowanie PEG wiąże się z małą częstością powikłań i pozwala na utrzymanie odpowiedniego stanu odżywienia chorych niezdolnych przyjmować pokarmy drogą doustną czasowo lub przewlekle. Jest to metoda powszechnie akceptowalna przez chorych, zaś poprawa stopnia odżywienia w trakcie leczenia żywieniowego przez PEG pozytywnie wpływa na ocenę jakości życia pacjenta. ❖

OPRACOWANIE: LEK. MED. PAULINA CICHON

Terapia i Zdrowie
nr 4-5 (10-11) październik 2015

Opieka nad pacjentem z PEG

W celu lepszej adaptacji ścian żołądka do ściany jamy brzusznej nie zaleca się utrzymywania nowo wprowadzonego systemu PEG pod napięciem przez pierwsze 24 godziny po zabiegu. Jest to czynnik ryzyka niebezpiecznego niedokrwienia tkanek, i związanych z nim powikłaniami w trakcie gojenia się kanału stomii oraz zwiększonym ryzykiem zakażenia okołostomijnego. Chorego należy obserwować pod kątem ewentualnych objawów mogących sugerować wczesne powikłania pozabiegowe (silne bóle brzucha, brak perystaltyki, nudności).

Pierwszą zmianę opatrunku należy wykonać rano, w pierwszym dniu po zabiegu endoskopowym i kontynuować postępowanie pielęgnacyjne codziennie, do momentu wytworzenia ziarniny w kanale stomii (zazwyczaj do 7–10. dnia po zabiegu).

Mycie wodą z mydłem jest dopuszczalne po całkowitym zagojeniu rany (1–2 tyg. po zabiegu). Przed myciem należy zawsze usunąć opatrunek, a przed założeniem nowego starannie osuszyć zgłębnik i okolice dookoła zgłębnika, bez pocierania skóry. Po każdym podaniu pokarmu lub leków zgłębnik przepłukuje się małą ilością wody pitnej lub soli fizjologicznej (około 50 ml).

Dalsza opieka nad chorym z PEG powinna odbywać się w zespole wielodyscyplinarnym: ważne jest przygotowanie indywidualnego planu żywieniowego (wyliczenie dziennego zapotrzebowania energetycznego i płynowego, właściwy dobór preparatów odżywczych itd.) przez dietetyka doświadczonego w żywieniu chorych przez PEG, szkolenie rodziny i bliskich w zakresie obsługi zgłębnika i techniki podawania pokarmu.

Błędy podczas obsługi PEG

Do błędów często popełnianych w trakcie leczenia żywieniowego przez PEG, które mogą istotnie przełożyć się na skuteczność i tolerancję stosowanej terapii, należą:

- zbyt raptowne zwiększanie objętości podawanego pokarmu,
- podaż nadmiernej objętości pokarmu w jednej porcji,
- nieodpowiedni dobór preparatu odżywczego,

PEG stanowi bardzo skuteczną, prostą i akceptowalną technikę żywienia.

I2

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, polykaniem 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 leczenia bez żywienia

NUTRICIA Nutridrink Protein 125 ml

WYSOKOBIAŁKOWY
0,14 g protein/ml

WYSOKOENERGETYCZNY
2,4 kcal/ml

białko 18g

kcal 300

pojemność 125 ml

witamina i minerały

Protein

Protein

Protein

Dostępny w 3 smakach:
mokka, waniliowy, truskawkowy

* 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.

ZAPARCIE STOLCA

jest to pojęcie rozumiane jako zbyt mała częstość wypróżnień (mniej niż trzy wypróżnienia na tydzień) lub oddawanie stolców twardych, z trudem bądź po prowokacji. Inne objawy towarzyszące zaparciom to uczucie niepełnego wypróżnienia, krwawienia z okolicy odbytu po oddaniu stolca z dużym wysiłkiem.

Zaparcia

Niekiedy, w sytuacjach mocno zaawansowanych, chory cierpiący na zaparcia wymaga ręcznych zabiegów ułatwiających ewakuację stolca (zazwyczaj chorzy starsi, mocno obciążeni, leżący). U chorych zmagających się z problemem przewlekłych zaparć, biegunkowe luźne stolce są rzadko oddawane bez zastosowania leków przeczyszczających (prowokacji farmakologicznej).

U chorych onkologicznych etiologia zaparć ma charakter złożony. Większość nowotworów rozpoznaje się w trzeciej i czwartej dekadzie życia. Obciążenia dodatkowe – internistyczne, których ilość statystycznie wzrasta wraz z wiekiem chorego jak i leczenie farmakologiczne wedle wskazań pozakonkologicznych, może potencjalizować zależne od choroby podstawowej objawy z przewodu pokarmowego. Choroba nowotworowa upośledza odporność, przyczynia się do spadku apetytu, a co za tym idzie – mniejszego przyjmowania pokarmów drogą doustną.

Przewlekła terapia opioidami, zwłaszcza u chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej, również jest powodem nasilenia omawianych dolegliwości. Działanie zapierające opioidów związane jest z ich wpływem na kurczliwość mięśniówki gładkiej przewodu pokarmowego. Trudności z wypróżnieniem to najczęstsza działająca niepożądana zgłaszana przez

pacjentów przewlekle przyjmujących leki z tej grupy. Działania zapobiegające zaparciom poopiodowym powinno się podejmować już od pierwszych dni terapii.

Poza wspomnianymi, chorzy onkologiczni są zazwyczaj osłabieni, zwłaszcza w trakcie najbardziej obciążających etapów leczenia. Słaba kondycja fizyczna, brak sił i ogólny zły stan chorego uniemożliwiają prowadzenie aktywnego trybu życia, co potęguje objawy zaparć.

Co więcej, w przypadku obecności guza w jamie brzusznej bądź innej patologii mechanicznie upośledzającej pasaż pokarmowy (zrosty pooperacyjne, wodobrzusze), zaparcia należą do tych częściej zgłaszanych przez pacjentów onkologicznych.

Postępowanie terapeutyczne i profilaktyka zaparć

Przewlekłe zaparcie jest pojęciem niejednorodnym i różne formy terapii powinny być wdrażane, indywidualnie u każdego pacjenta. Wśród pacjentów onkologicznych problem jest powszechny i dotyczy nie tylko chorych, u których choroba

nowotworowa pierwotnie rozwija się w przewodzie pokarmowym bądź zajmuje inne narządy jamy brzusznej.

Dieta

Zalecenia odnośnie modyfikacji dietetycznych powinny być przekazywane wszystkim pacjentom onkologicznym z uwagi na większe ryzyko zaparć. Niezwykle istotne jest rozszerzenie diety o pokarmy wysokoresztkowe oraz suplementację diety preparatami zawierającymi naturalny błonnik pokarmowy. Po znalezieniu się w przewodzie pokarmowym, prowadzi do zatrzymania wody w świetle jelita – powoduje zwiększenie objętości mas kałowych i na drodze fizycznej pobudzenie odruchów perystaltycznych jelit. Naturalny błonnik zawarty jest w warzywach, owocach, zwłaszcza surowych, ciemnym pieczywie i otrębach oraz w innych pokarmach nieprzetworzonych. Optymalna dzienna podaż błonnika u osób zdrowych wynosi 20–30 g. Skuteczne jest wzbogacenie diety o suszone śliwki, morele, rodzynki, daktyle, figi czy nasiona. Podczas

Czynniki mające wpływ na większe ryzyko wystąpienia zaparć

- Wiek – przewlekle lub okresowe zgłasza co trzecia osoba w wieku powyżej 70 lat
- Płeć żeńska – dwukrotnie częściej zaparcie stolca występuje u kobiet
- Cięża
- Zwyczaje żywieniowe – dieta ze skąpą zawartością błonnika
- Styl życia – zmianowy tryb pracy, mała aktywność fizyczna, częste podróżowanie – zmiany stref czasowych i klimatu
- Unieruchomienie – po wypadkach komunikacyjnych, urazach wielonarządowych
- Zespół jelita drażliwego
- Choroba nowotworowa, zwłaszcza w schyłkowej fazie
- Organiczna (anatomiczna) przyczyna zaburzenia pasaży przewodu pokarmowego (mechaniczna podnierność przewodu pokarmowego np. w przebiegu nowotworów złośliwych)
- Choroby neurologiczne – neuropatie zwalniające pasaż przewodu pokarmowego, stwardnienie rozsiane, porażenia, choroba Hirshprunga u dzieci
- Miopatie – zaburzenia funkcji mięśniówki gładkiej przewodu pokarmowego i ograniczenie aktywności motorycznej jelit
- Przewlekła terapia przeciwbólowa lekami z grupy opioidów
- Choroby odbytu – żylaki odbytu, szczelina odbytu, przetoki okołoodbytnicze
- Niedostateczna pielęgnacja chorych leżących
- Spożywanie zbyt małej ilości pokarmów, posiłki w nieregularnych odstępach czasu, jedzenie w pośpiechu, posiłki złej jakości
- Spożywanie zbyt małej ilości wody dziennie (poniżej dwóch litrów)
- Leki przyjmowane przewlekle: środki zobojętniające kwas solny, suplementy: żelaza, wapnia, leki przeciwwymiotne, przeciwhistaminowe (difenhydramina), leki rozkurczowe (antycholinergiczne), antagoniści kanałów wapniowych (np. werapamil), diuretyki (furosemid), niesteroidowe leki przeciwzapalne (np. ibuprofen)
- Leki psychotropowe (np. chlorpromazyna), leki p/parkinsonoskie, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (np. amitryptylina)
- Chemioterapia: np. alkaloidy barwinka (winkrystyna, winblastyna)
- Guz struktur sąsiadujących powodujący kompresję jelita z zewnątrz
- Zrosty pooperacyjne, zrosty pozapalne
- Wodobrzusze
- Uszkodzenie przewodu pokarmowego w wyniku radioterapii, po leczeniu chirurgicznym, neuropatia współczulna po chemioterapii
- Choroby endokrynologiczne: niedoczynność przysadki mózgowej, niedoczynność tarczycy, nadczynność przytarczyc
- Zaburzenia elektrolitowe: hiperkalcemia, hipokaliemia, hipomagnezemia.

Optymalna dzienna podaż błonnika u osób zdrowych wynosi 20–30 g.

suplementacji błonnika, dla pożądanego efektu, ważna jest dostateczna podaż płynów. Poprawnie działają również produkty nabiałowe – jogurt, maślanka, kefir zawierające naturalne kultury bakterii, które wpływają na zachowanie homeostazy przewodu pokarmowego i usprawniają pasaż treści pokarmowej. Należy również wspomnieć o higienie posiłków – a więc regularnym spożywaniu posiłków, ze stałą częstotliwością, o określonych porach.

Aktywność fizyczna

Niska aktywność fizyczna, siedzący tryb życia to kolejne z częściej wymienianych czynników przewlekłych zaparć. U pacjentów onkologicznych, nawet tych unieruchomionych oraz osłabionych, nie należy rezygnować z codziennej aktywności fizycznej, dostosowanej do możliwości i wytrzymałości chorego – spacer, delikatna gimnastyka. Chorym leżącym

powinno się zaproponować ćwiczenia bierne pod okiem fizjoterapeutów i masaże mobilizujące mięśnie.

Środki farmakologiczne

Środki farmakologiczne delikatnie przeczyszczające są dopuszczalne, jednak z rozwagą należy je stosować u pacjentów z mechaniczną częściową niedrożnością przewodu pokarmowego. Są natomiast przeciwwskazane u chorych z pełną niedrożnością. Nie ma dowodów klinicznych dotyczących długotrwałej skuteczności leków przeczyszczających w przewlekłym zaparciu, z wyjątkiem leków osmotycznie czynnych, takich jak glikol polietylenowy i laktuloza (poprzez zwiększenie ciśnienia osmotycznego w świetle jelita nasilają transport wody i zwiększanie masy oraz upłynnianie stolca). Działanie leków prokinetycznych (metoklopramid, cisaprid) ograniczone jest do górnego odcinka przewodu pokarmowego, tak więc w objawach niedrożności wysokiej z wymiotami – tak, natomiast z zaparciem – nie odgrywają istotnej roli, choć u części pacjentów bywają skuteczne.

Opioidy a zaparcia

Zaparcie w trakcie terapii przeciwbólowej lekami opioidowymi jest ich najczęstszym działaniem niepożądanym i dużym problemem wśród pacjentów oddziałów onkologicznych – podstawą leczenia bólu nowotworowego jest bowiem farmakoterapia złożona analgetykami opioidowymi i lekami wspomagającymi, według zasad drabiny analgetycznej WHO. Poza działaniem przeciwbólowym, opioidy działają poprzez swoje receptory w przewodzie pokarmowym (osłabienie motoryki), układzie nerwowym (zawroty głowy, senność, znużenie, sedacja, utrata apetytu, euforia, dysforia, drgawki, allodynia – nieprzyjemne doznania jak np. uczucie bólu, pieczenia, parzenia), układzie krążenia (hipotonia – obniżenie ciśnienia krwi), układzie oddechowym (zmniejszenie duszności, odruchu kaszlowego) oraz w skórze (świąd, potliwość).

Wpływ opioidów na układ pokarmowy wynika zarówno z ich działania ośrodkowego – centralnego, jak i obwodowego – bezpośrednio na jelitowy układ nerwowy, głównie poprzez pobudzenie receptora κ i w mniejszym stopniu μ na błonie komórek nerwowych splotów błony mięśniowej przewodu pokarmowego (Auerbacha) oraz podśluzówkowych jelita cienkiego i grubego (Meissnera). Hamowane są skurcze propulsyjne (rozpoczynające się w losowym miejscu i biegnące w obu kierunkach) jelita cienkiego i grubego wydłużając czas pasaży treści pokarmowej z jelita cienkiego dojelita grubego. W wyniku aktywacji receptorów opioidowych hamowana jest również kinetyka żołądka, co prowadzi do wydłużenia czasu jego opróżniania.

W przeciwieństwie do objawów z innych układów i narządów (takich jak senność, nudności, wymioty), w odniesieniu do zaparcia stolca wywołanego opioidami, nie obserwuje się zjawiska tolerancji ani też tendencji do ich ustępowania wraz z czasem stosowania leków z tej grupy. Przeciwnie, częstość zaparcia zwiększa się wraz z czasem trwania terapii morfiną i jej pochodnymi. Leki z grupy, tak jak różnią się siłą działania przeciwbólowego, tak też niejednokrotnie zaburzą perystaltykę

przewodu pokarmowego. Tramadol, słabszy opioid, rzadziej powoduje zaparcie niż dihydrokodeina i morfina – wobec tego jeśli zapewniamy skuteczną analgezję (zniesienie dolegliwości bólowych) i jest dobrze tolerowany, powinien być lekiem pierwszego wyboru. Droga podania leków opioidowych ma również znaczenie w przewidywaniu ich wpływu na przewod pokarmowy. Leki te stosowane parenteralnie i przezskórnie np. fentanyl TDS (*Transdermal System* – system przezskórny), buprenorfina TDS w mniejszym stopniu zaburzają motorykę przewodu pokarmowego niż podawana doustnie morfina, mimo, że leki te działają silniej i dają lepszy efekt przeciwbólowy w leczeniu przewlekłym.

Nie jest określony związek pomiędzy dawką opioidu, a częstością występowania i natężeniem zaparcia. Różnice wydają się być osobnicze, indywidualne, u niektórych pacjentów już niewielkie dawki analgetyków opioidowych są wystarczające do wywołania zaparcia, u innych przez długi okres nie obserwuje się ich.

Niezależnie od stosowanej dawki i preparatu, zaleca się edukację pacjentów rozpoczynających terapię opioidami i profilaktykę przeciwzaparciową – narastanie działań niepożądanych przyjmowanych preparatów wiąże się nierozdzielnie z mniejszą tolerancją terapii, pogorszeniem jakości życia pacjenta i analgezją suboptymalną (nieodstateczne opanowanie bólu) – ze względu na obawę nasilenia działań po przyjęciu kolejnej bądź większej dawki leku.

Postępowanie wobec zaparcia poopoidowego

Nie różni się ono od ogólnie przyjętych zasad. Z psychologicznego punktu widzenia, należy zwrócić uwagę na zapewnienie choremu warunków intymności podczas wypróżnienia – pacjent ich pozbawiony może świadomie powstrzymać naturalny odruch fizjologiczny.

Do uformowania stolca niezbędne jest dostarczenie odpowiedniej ilości pokarmu – najlepiej drogą przewodu pokarmowego, co na drodze odruchu w naturalny sposób pobudza motorykę. Można zalecić choremu spożywanie posiłków częściej ale w mniejszej ilości, akceptowanej przez pacjenta, posiłki powinny być atrakcyjne – złożone z ulubionych składników, pociągające wyglądem i zapachem.

Nie u wszystkich pacjentów podaż błonnika pokarmowego skutecznie wpływa na pobudzenie perystaltyki – niekiedy prowadzi jedynie do przeładowania atonicznego jelita i zaleganie stolca oraz tworzenie się kamieni kałowych. Lepsze wówczas wydaje się być wzbogacenie diety o suszone owoce (śliwki, morele), oraz nabiał z naturalnymi kulturami bakterii probiotycznych: jogurt, kefir czy maślankę. Ważne jest dostarczenie odpowiedniej ilości płynów w diecie – przynajmniej dwa litry wody mineralnej dziennie, poza tym kompoty i soki owocowe (szczególnie polecane – z suszonych śliwek). Jeśli pacjent lubi i toleruje kawę, nie jest ona przeciwwskazana.

Na rynku dostępnych jest wiele preparatów dostępnych bez przepisu lekarza, które pacjenci narażeni na zaparcia mogą stosować w ich profilaktyce. Są to najczęściej środki



Fot. © inesbazdar | Depositphotos.com

Nie u wszystkich pacjentów błonnik skutecznie wpływa na pobudzenie perystaltyki. Niekiedy prowadzi jedynie do przeładowania jelita i zalegania stolca oraz tworzenia się kamieni kałowych. Ważne jest więc dostarczenie odpowiedniej ilości płynów – przynajmniej dwa litry wody dziennie, poza tym kompoty i soki owocowe (szczególnie polecane – z suszonych śliwek). Jeśli pacjent lubi i toleruje kawę, nie jest ona przeciwwskazana.

roślinne, działające łagodnie, bezpieczne jeśli stosowane wedle zaleceń lekarza lub farmaceuty. Parafina spożywcza, podawana doustnie, zmniejsza tarcie i ułatwia wydalanie nawet silnie zapartego, twardego stolca. Środki osmotycznie czynne powodują wzrost ciśnienia w świetle jelita, gromadzenie wody i upłynnianie stolca.

Wlewki doodbytnicze oraz ręczne zabiegi wydobycia stolca to metody interwencyjne, stosowane w sytuacji nieskuteczności środków przeczyszczających doustnych, zwłaszcza u chorych leżących, wyniszczonych, paliatywnych.

Na rynku farmaceutycznym w ostatnim okresie czasu znaleźć można grupę preparatów – nową alternatywę leczenia silnych bólów nowotworowych u chorych obciążonych większym ryzykiem zaparcia poopoidowego. Leki te to połączenie: analgetyku opioidowego i antagonisty opioidowego np. oksykodonu z naloksonem. Oksykodon, z siłą działania około 1,5 raza większą od podawanej doustnie morfiny, zalecany jest jako preparat pierwszego wyboru w leczeniu silnego bólu nowotworowego (III stopień drabiny analgetycznej). Nalokson – czysty

Do uformowania stolca niezbędne jest dostarczenie odpowiedniej ilości pokarmu – najlepiej drogą przewodu pokarmowego, co na drodze odruchu w naturalny sposób pobudza motorykę.

antagonista opioidowy – blokuje kompetycyjnie wszystkie typy receptorów opioidowych w przewodzie pokarmowym, uniemożliwiając podanemu równocześnie oksykodonowi ich aktywację i wywołanie efektów odpowiedzialnych za powstanie poopoidowych zaparcia. Ponieważ nalokson słabiej od oksykodonu penetruje do krążenia ośrodkowego, nie znosi efektu analgetycznego podawanego jednocześnie opioidu wynikającego z pobudzenia receptorów centralnych. Oksykodon z naloksonem w formie tabletek o zmodyfikowanym uwalnianiu istotnie zmniejsza konieczność stosowania środków przeczyszczających przy braku wpływu na skuteczność przeciwbólową oksykodonu, przekłada się to na lepszą tolerancję terapii niż monoterapia oksykodonem. Szczególnie cenne może być jego zastosowanie u osób obciążonych licznymi czynnikami ryzyka wystąpienia zaparcia, u pacjentów leczonych opioidami, u których wystąpiło zaparcie stolca pomimo stosowania środków przeczyszczających oraz u pacjentów wymagających leczenia opioidami z wywiadem przewlekłego zaparcia z innych przyczyn. ♦

Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby

Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, czyli gromadzenie się nadmiaru tłuszczu w wątrobie z przyczyn niezwiązanych ze spożyciem alkoholu ani wirusowymi chorobami wątroby, jest coraz częściej występującą przypadłością osób otyłych, zwłaszcza ze współistniejącą cukrzycą i zaburzeniami lipidowymi, (czyli nadmiernym stężeniem we krwi cholesterolu i trójglicerydów).



Fot. © imagepointtr | Depositphotos.com

W Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych jest to najczęstsza choroba wątroby. W niektórych badaniach odsetek osób ze stłuszczeniem wątroby w społeczeństwach zachodnich dochodził do 46 procent, a u osób z otyłością i cukrzycą – do 80 procent. Co szczególnie niepokojące, coraz częściej chorują też dzieci – w Stanach Zjednoczonych jest to 3 procent wszystkich dzieci i 30 procent dzieci otyłych.

W przebiegu stłuszczenia wątroby w komórkach wątroby gromadzą się kropelki tłuszczu. Choroba jest często wykrywana przypadkowo podczas wykonywania badania ultrasonograficznego jamy brzusznej z innego powodu, na przykład w poszukiwaniu złogów w pęcherzyku żółciowym. Wyniki badań laboratoryjnych (tzw. profilu wątrobowego) są zwykle prawidłowe lub wykazują minimalne odchylenia. Również czynność wątroby jest prawidłowa.

Podstawowym sposobem leczenia jest redukcja masy ciała. Leczenie farmakologiczne zwykle nie jest potrzebne. Podobnie jak u pacjentów z innymi chorobami wątroby, zaleca się jedynie szczepienia przeciwko wirusom zapalenia wątroby typu A i B. U większości osób choroba przebiega łagodnie, lecz u części z nich w wątrobie rozwija się stan zapalny, co określamy mianem niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby (z języka angielskiego *Nonalcoholic Steato Hepatitis*, w skrócie NASH).

W przebiegu NASH w wątrobie występuje naciek zapalny – gromadzenie się komórek zapalnych, któremu często towarzyszy włóknienie, czyli zastępowanie zdrowej tkanki – tkanką włóknistą, w skrajnej postaci prowadzące do zniszczenia prawidłowej struktury wątroby i tak zwanej marskości wątroby. Nie wiadomo dokładnie, co decyduje o tym, że u danego pacjenta proste stłuszczenie przejdzie w stadium zapalenia. Ryzyko progresji choroby jest większe u osób z otyłością, cukrzycą, hiperlipidemią, jak również pod wpływem niektórych leków.

Dokładna częstość NASH nie jest znana, ponieważ większość osób nie ma żadnych objawów. Rozpoznaje się je u 3 do 5 procent osób poddawanych biopsji wątroby, częściej u mężczyzn niż u kobiet. Co ciekawe, pewne działanie ochronne wydaje się mieć umiarkowane spożycie kawy, które w niektórych badaniach wiązało się z mniejszym ryzykiem włóknienia.

Pewne rozpoznanie NASH wymaga wykonania biopsji wątroby, która pomaga też wykluczyć inne choroby i pozwala ocenić ryzyko dalszej progresji. W ostatnich latach pojawiają się też mniej inwazyjne metody oceny stanu wątroby, np. specjalny rodzaj badania ultrasonograficznego pozwalający określić sztywność wątroby, a zatem pośrednio także obecność włóknienia (tak zwany Fibroscan).

Dotychczas nie udało się znaleźć skutecznej metody leczenia. Najważniejsze jest leczenie choroby podstawowej, czyli zwalczanie otyłości, kontrola cukrzycy i redukcja stężenia lipidów w surowicy krwi.

Redukcja masy ciała nie powinna być zbyt szybka, ponieważ gwałtowna utrata wagi może paradoksalnie spowodować zaostrzenie choroby. Zaleca się zmniejszenie masy ciała o ok. 1,5 kg tygodniowo. Wskazany jest także umiarkowany wysiłek fizyczny. Trwają badania nad skutecznymi metodami leczenia farmakologicznego. Obiecujące wydają się niektóre grupy leków przeciwcukrzycowych, które zwiększają wrażliwość tkanek na insulinę.

Najpoważniejszym powikłaniem NASH jest marskość wątroby. Ryzyko progresji NASH do marskości może sięgać nawet 25 procent. Marska wątroba jest przerośnięta tkanką włóknistą, a komórki wątroby nie tworzą prawidłowych struktur,

tw. zrazików. Między pasmami tkanki włóknistej tworzą się skupienia komórek zwane guzkami regeneracyjnymi. Czynność marskiej wątroby jest poważnie zaburzona, co może objawiać się żółtaczką, wodobrzuszem (nagromadzeniem płynu w jamie brzusznej), krwawieniem z przewodu pokarmowego, a także zmienioną świadomością od łagodnych zaburzeń koncentracji do śpiączki włącznie.

Jednym z możliwych powikłań marskości wątroby na tle NASH jest rak wątrobowokomórkowy. Nowotwór ten rzadko występuje u osób bez wcześniejszej choroby wątroby. Ryzyko jego rozwoju w przebiegu NASH ocenia się na około 2,4 procent rocznie. Rozpoznanie zwykle stawiane jest późno, kiedy choroba jest już zaawansowana. W razie odpowiednio wczesnego rozpoznania możliwe jest leczenie radykalne, które zwykle polega na wykonaniu transplantacji wątroby.

Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby jest coraz częstszym problemem w społeczeństwach rozwiniętych. U większości osób nie powoduje objawów, co sprawia, że często jest lekceważona zarówno przez pacjentów, jak i lekarzy. Tymczasem bez odpowiedniej interwencji, polegającej przede wszystkim na zmianie stylu życia, stłuszczenie wątroby może prowadzić do stanu zapalnego, marskości wątroby, a nawet raka. ❖



LEK. MED. MAGDALENA STOJEK jest absolwentką Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, specjalistką chorób wewnętrznych i gastroenterologii. Pracuje w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii UCK GUMed jako lekarz i nauczyciel akademicki.

Enzymy wątrobowe



- **AspAT, AIAT** – aminotransferaza asparaginowa, aminotransferaza alaninowa
- Enzymy szeroko rozpowszechnione w tkankach, stosowane m.in. w diagnostyce chorób wątroby i dróg żółciowych, zwłaszcza AspAT. Zwiększony poziom obserwuje się w przypadku martwicy komórek wątrobowych, szczególnie w zapaleniu wirusowym wątroby, a także w marskości wątroby, niedrożności dróg żółciowych oraz nowotworów wątroby zarówno pierwotnych (hepatoma) jak i przerzutów.
- **GGTP** – gammaglutamylotranspeptydaza – jest to enzym związany z błoną komórkową komórki wątrobowej. Podwyższone stężenie występuje w m.in. ostrym i przewlekłym zapaleniu wątroby, alkoholowym zapaleniu wątroby (także jako wskaźnik uzależnienia od alkoholu), marskości wątroby, stłuszczeniu wątroby (wraz ze wzrostem AspAT i AIAT) w żółtaczce spowodowanej niedrożnością dróg żółciowych, w przerzutach nowotworowych do wątroby.
- **Fosfatasa zasadowa** – zwiększony poziom występuje w zastojach żółci w wątrobie, w takich stanach jak niedrożność dróg żółciowych czy marskość wątroby.

Skuteczność szczepów VSL#3 wchodzących w skład poliprobiotyku Vivomixx® jest przedmiotem badań* in vitro oraz in vivo, m. in. schorzeń wątroby o podłożu zapalnym, np. NAFLD czy marskości wątroby (również poalkoholowej).

Mechanizm działania szczepów VSL#3 preparatu Vivomixx® to m. in. hamowanie translokacji endotoksyn bakteryjnych oraz tłumienie destrukcyjnych reakcji molekularnych. Towarzyszy mu zwiększanie wytwarzania cytokin przeciwzapalnych i osłabienie działania cytokin prozapalnych. Wyhamowaniu ulegają m. in. procesy zapalne w wątrobie oraz postęp zmian i w następstwie poprawia się stan kliniczny pacjentów.



W badaniu *Lunia et. al.*¹ stwierdzono m. in., że szczepy VSL#3 mogą zapobiegać epizodom encefalopatii wątrobowej towarzyszącej marskości wątroby.

Natomiast według badania *Nobili et. al.*² szczepy VSL#3 można wziąć pod uwagę jako postępowanie wspomagające w leczeniu przewlekłych chorób wątroby (NAFLD). W badaniach stosowano co najmniej 2 saaszki preparatu Vivomixx® (450 mld jtk.) przez okres od kilku do kilkunastu miesięcy.

*Bibliografia do artykułu i dodatkowe informacje: biuro@pharmabest.pl lub pod nr tel. +48 22 404 94 10

1. Lunia K. Probiotics Prevent Hepatic Encephalopathy in Patients with Cirrhosis: a Randomized Controlled Trial. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* (2013). 2. Nobili V. et. al. Randomised clinical trial: The beneficial effects of VSL#3 in obese children with non-alcoholic steatohepatitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014 Jun.

www.pharmabest.pl

PHARMABEST

Dieta bezglutenowa

CELIAKIA, czyli choroba trzewna, określana również w piśmiennictwie enteropatią glutenową, jest to choroba gastroenterologiczna związana z nieprawidłową odpowiedzią immunologiczną organizmu na gluten. Diagnozuje się ją najczęściej u osób genetycznie predysponowanych, u których objawy kliniczne pojawiają się zależnie od obecności w diecie glutenu – przy całkowitej jego eliminacji, nie obserwuje się ich.

Wsurowicy krwi pacjentów chorych na celiakię obecne są przeciwciała specyficzne dla choroby trzewnej, to znaczy: przeciwciała przeciw transglutaminazie tkankowej (tTG), przeciwciała przeciwendomizjalne (EmA), przeciwtretikuliny (ArA), przeciwiagliadynowe (AgA) i przeciwciała przeciwko deaminowanemu peptydom gliadyny (DGP).

Patogeneza choroby zależy od nieprawidłowej, patologicznej odpowiedzi układu odpornościowego (nadwrażliwości) na grupę białek występujących w zbożach, zwanych prolaminami i ich frakcji: gliadyny, występującej w pszenicy, sekaliny – jako

U pacjentów ściśle przestrzegających diety bezglutenowej nie obserwuje się objawów celiakii.

składnik żyta oraz hordeiny pochodzącej z jęczmienia. Owies zawierający aweninę nie wywołuje reakcji immunologicznej nadwrażliwości u 95% pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą trzewną, jeśli produkty z niego przygotowane nie są skażone domieszką innych ziaren niedozwolonych zbóż.

Do najczęstszych objawów celiakii, należą:

- bóle brzucha
- wzdęcia występujące w połączeniu z biegunkami
- utrata masy ciała
- zmienność nastrojów, bóle głowy
- u dzieci: opóźniony wzrost i rozwój
- anemia i jej objawy (bładość powłok, osłabienie, zmęczenie, zmniejszenie tolerancji wysiłku)
- zaburzenia endokrynologiczne
- objawy niedoboru witamin, pierwiastków śladowych



Fot. © iotrakon | Depositphotos.com



Założeń diety bezglutenowej, powinni przestrzegać do końca życia wszyscy chorzy ze zdiagnozowaną celiakią. Polegają one na całkowitej eliminacji z pożywienia produktów zawierających gluten.

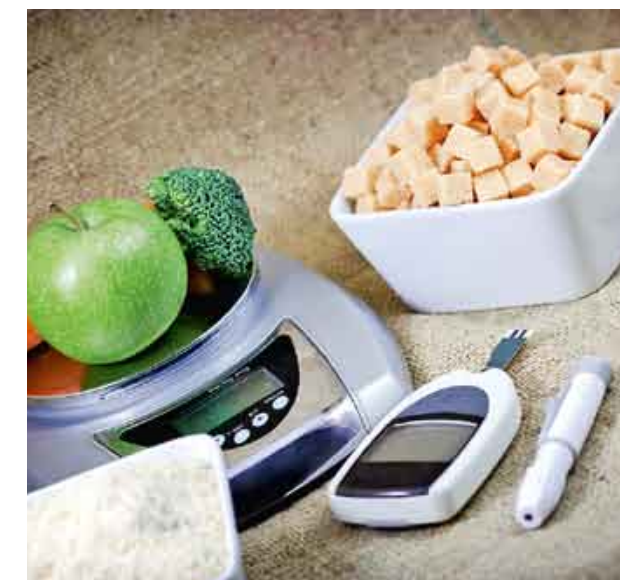
Założeń diety bezglutenowej, powinni przestrzegać do końca życia wszyscy chorzy ze zdiagnozowaną celiakią. Polegają one na nieprzerwanej, całkowitej eliminacji z pożywienia produktów zawierających gluten a więc z dodatkiem naturalnych bądź przetworzonych (również po obróbce termicznej – gluten jest antygenem termostabilnym) zbóż: pszenicy, żyta i jęczmienia. Należy pamiętać, że wiele gotowych produktów spożywczych dostępnych w sprzedaży, mimo, że nie czysto zbożowych, może zawierać gluten jako jeden z wielu składników obecnych w produkcie (np. zagęszczacze na bazie skrobi pszennej).

U pacjentów ściśle przestrzegających diety bezglutenowej nie obserwuje się objawów celiakii. Po błędzie dietetycznym, choćby niewielkim spożyciu produktów zawierających ziarna niedozwolonych zbóż, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego nawracają – dobra kondycja pacjenta jest więc obrazem stosowania się do zaleceń dietetycznych. ♦

LEK. MED. PAULINA CICHON



LEK. MED. PAULINA CICHON
lekarz-rezydent w Klinice Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku



Fot. © iole19 | Depositphotos.com

Produkty niedozwolone w chorobie trzewnej

- mąka pszenna
- mąka żytnia
- makarony
- chleb biały i razowy
- kasze: manna, jęczmienna (pęczak, perłowa)
- otręby pszenne, żytnie (naturalne, granulowane, przetworzone)
- słodycze zawierające mąkę pszenną (np. zagęszczane kremy)
- niektóre wędliny (zwłaszcza utwardzane – mogą zawierać domieszkę glutenu np. pasztety)
- kawa zbożowa
- Należy zwrócić uwagę, że niektóre produkty zawierające owoce mogą zawierać domieszkę bądź być zanieczyszczone ziarnami pszenicy, żyta czy jęczmienia – wówczas należy i je eliminować z diety.

Produkty dozwolone w chorobie trzewnej

- ryż, mąka ryżowa, płatki i kaszki ryżowe, pieczywo ryżowe
- skrobia ziemniaczana
- mąka kukurydziana, płatki, chrupki i inne produkty kukurydziane
- produkty na bazie soi – pasztety, kotlety sojowe
- makaron bezglutenowy, pieczywo bezglutenowe
- kasza: gryczana i jaglana
- słodycze bezglutenowe
- mleko, przetwory mleczne – z zastrzeżeniem produktów zagęszczanych, np. jogurtów, serków – mogą zawierać domieszkę glutenu
- jajka kurze
- mięso przemysłowo nie przetworzone, wędliny o ile nie zawierają glutenu, podroby, tłuszcze nieutwardzane
- owoce, warzywa
- kawa naturalna, herbata, kakao naturalne
- przyprawy, cukier, miód
- produkty spożywcze określane jako „produkt bezglutenowy” i oznaczone przekreślonym kłosem

Zespół stopy cukrzycowej

Zespół stopy cukrzycowej to grupa specyficznych dolegliwości neurologiczno-niedokrwiennych dotyczących stopy, najczęściej jako powikłanie długotrwanie źle kontrolowanej cukrzycy. Notuje się je nawet u 10% pacjentów z rozpoznaną chorobą. Cukrzyca, jeśli w porę nie jest zdiagnozowana i nie w pełni skutecznie leczona, prowadzi do nieodwracalnych skutków: deformacji stopy, martwicy obwodowej nierzadko zakończonych koniecznością amputacji palców a niekiedy kończyny.

Wieloletnia, późno zdiagnozowana a następnie nie w pełni skutecznie leczona cukrzyca wiąże się z licznymi powikłaniami, z których przynajmniej jednego doświadcza każdy pacjent lekarzy diabetologów. Stopa cukrzycowa należy do grupy cięższych powikłań, ryzyko jej wystąpienia wzrasta u pacjentów otyłych, nie w pełni samodzielnych, unieruchomionych, nieprzestrzegających zaleceń dietetycznych i niestosujących się należycie do zaleceń lekarskich.

Hiperглиkemia (podwyższony poziom cukru) utrzymująca się przez dłuższy czas prowadzi do uszkodzenia naczyń krwionośnych (szczególnie tętnic), zmniejszenia ich elastyczności i gorszego zaopatrzenia w krew głównie dystalnych części ciała – stóp. Poza tym na skutek hiperглиkemii zwiększa się lepkość krwi, która pogłębia zaburzenia krążenia obwodowego (agregacja płytek krwi, wykrzepianie) i upośledza gojenie ran przewlekłych bądź promuje powstawanie nowych.

W skutek niedokrwienia tworzą się opuchlizny, miejscowe martwice i pęknięcia, deformują się paznokcie, tkanki miękkie zanikają, a cała stopa jest sina, jak w obrazie przewlekłego niedokrwienia.

Poza reologią (problemy z przepływem krwi), problem stopy cukrzycowej ma swoje podłoże w zaburzeniach neurologicznych – uszkodzeniach nerwów czuciowych obwodowych (drobnych naczyń doprowadzających krew do nerwów, na skutek czego dochodzi do ich niedokrwiennej destrukcji): zmniejszenia czucia dotyku, bólu i wibracji – również przy otarciach czy

uszkodzeniach naskórka, będących początkiem tworzenia się ran przewlekłych w przebiegu stopy cukrzycowej bądź też objawów przeczulicy, związanych z patologiczną funkcją uszkodzonych nerwów obwodowych.

Wspólnym i ostatecznym obrazem stopy cukrzycowej jest zniszczenie, maceracja tkanek stopy, większa podatność na infekcje, nieustanny ból neuropatyczny i niemożność chodzenia.

Profilaktyka zespołu stopy cukrzycowej

Zdrowie stóp diabetyka zależy w największym stopniu od unormowanych poziomów glikemii oraz dbałości o higienę i pielęgnacji miejscowej. Stopy chorych na cukrzycę są bardzo wrażliwe, skóra bardziej skłonna do infekcji – które w środowisku hiperглиkemicznym, a zaburzonym pH, gorzej się goją. Poza tym czucie nacisku na stopy jest znacznie osłabione w wyniku neuropatii – powstawanie nowych odcisków, otarć może być przez chorego nieodczuwalne a co za tym idzie, niezauważone.

Chorym na cukrzycę zalecane jest noszenie odpowiednio, indywidualnie, profesjonalnie dobranego, dostosowanego do stopy chorego obuwia, tak aby zapewnić maksymalny komfort chodzenia i minimalne ryzyko uszkodzeń delikatnych stóp i narażenia na powstawanie otarć naskórka. Ważna jest kontrola obuwia – pod kątem obecności ciał obcych np. kamieni, piasku dostających się do ich środka niepostrzeżenie, wystających elementów zużytej podeszwy, które dodatkowo uciskają i obcierają stopy.

Co więcej, zaleca się noszenie bezuciskowych skarpet które chronią przed zaburzeniami przepływu krwi w kończynach dolnych. W porach chłodnych ważną jest ochrona przed zimnem i zranieniami, latem przed nadmiernym przegrzaniem stóp, poza tym nienarażanie na zbyt długi kontakt z wodą, po kąpieli dokładne osuszanie skóry. Chory powinien oglądać swoje stopy w poszukiwaniu nowych zmian, zauważone aktywnie leczyć, mając na uwadze większe ryzyko powikłań i gorsze gojenie, niż u osób zdrowych.

Warto wiedzieć

Mając na uwadze skalę problemu stopy cukrzycowej jak i trudności terapeutyczne każdy pacjent diabetologiczny powinien być stosownie edukowany czego się wystrzegać, jak postępować, aby zmniejszyć ryzyko objawów zespołu a w końcu jak leczyć owrzodzenia przewlekłe. Regularne kontrole wykwalifikowanego zespołu pielęgniarskiego jak i okresowe wizyty u specjalisty są równie istotne jak codzienna pielęgnacja i stosowanie zasad profilaktyki stopy cukrzycowej. ♦

LEK. MED. PAULINA CICHON

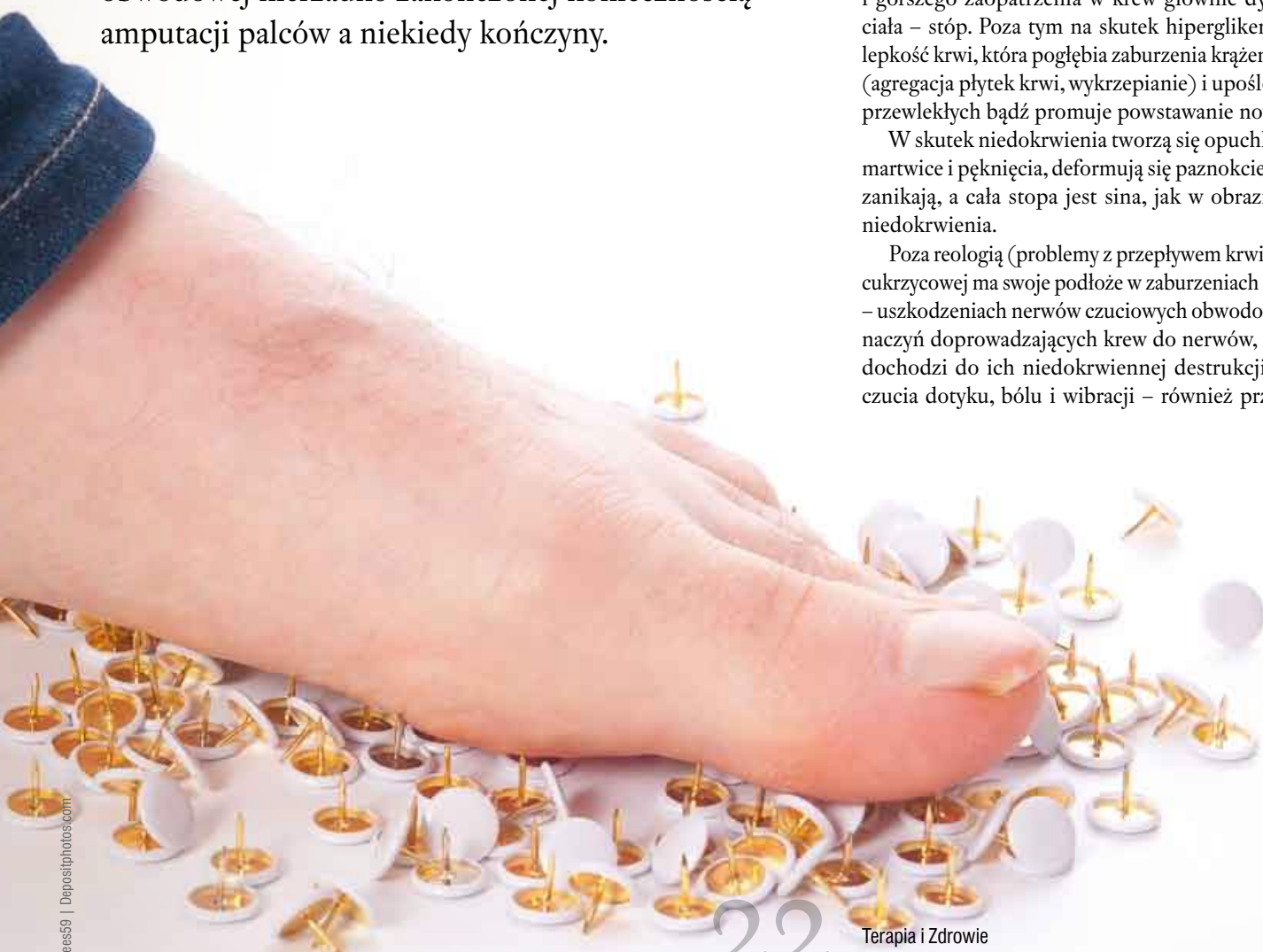


Fot. © paisant91 | Depositphotos.com

W aktywnym leczeniu ran przewlekłych stopy cukrzycowej, powinno się zwracać uwagę na:

- Odpowiednie mycie okolicy rany – skórę wokół rany myć krótko, nie dłużej jak 5 minut, w letniej wodzie z delikatnym mydłem o fizjologicznym pH, unikać długiego moczenia stóp gdyż przyspiesza ono rogowacenie naskórka i tworzy wrota do wnikania drobnoustrojów
- Ranę odkażać środkiem jałowym, najlepiej niedrażniącym – solą fizjologiczną; jeśli używamy antyseptyku, powinien to być płyn bezbarwny, bezzapachowy, hipoałergiczny i bakteriobójczy, bez zawartości alkoholu i substancji barwiących; środki pomocnicze – gaziki, kompresy – powinny być również jałowe
- Usuwać zrogowacenia naskórka – najlepiej przy użyciu specjalnej tarki lub pumeksu przeznaczonego dla chorych na cukrzycę (istotna również higiena sprzętu – mycie, osuszanie, częsta wymiana)
- Dokładnie osuszać skórę, a w szczególności przestrzenie międzypalcowe, gdyż tu, w środowisku wilgotnym i ciepłym łatwiej może dojść do rozwoju grzybów i bakterii
- Na ranę stosować żele, środki utrzymujące optymalne środowisko rany, a tym samym przyspieszające proces gojenia
- Stosować maści na zdrową skórę stopy – nawilżające, natłuszczające, zwiększające elastyczność i odporność skóry i zmniejszające ryzyko uszkodzeń, odgnieceń
- Dobierać odpowiednie opatrunki – przylegające szczelnie do rany i zapobiegające powstawaniu zakażenia, specjalistyczne np. opatrunki aktywne, które pochłaniają nadmiar wysięku, zapachu (np. opatrunki węglowo-srebrowe), działają przeciwbakteryjnie (np. opatrunki srebrowe) – rodzaj, typ opatrunku najlepiej konsultować z lekarzem lub pielęgniarką, gdyż jego dobór powinien być również indywidualny, w zależności od fazy gojenia się rany
- W trakcie odpoczynku utrzymywać elewację kończyny – postępowanie zmniejszające obrzęki obwodowe.

Ostatecznym obrazem stopy cukrzycowej jest zniszczenie, maceracja tkanek stopy, większa podatność na infekcje, nieustanny ból neuropatyczny i niemożność chodzenia!



HPV

a rak szyjki macicy

Wirus brodawczaka ludzkiego HPV (*Human papilloma virus*), z grupy papilloma-wirusów, istnieje w naturze w ponad stu podtypach. Część z nich może być przyczyną zmian o morfologii brodawek na skórze czy łagodnych guzów okolic anogenitalnych w postaci kłykcin kończystych. Wpływ innych typów, bardziej agresywnych może mieć swój udział w rozwoju nowotworów złośliwych, głównie raka szyjki macicy u kobiet i raka prącia u mężczyzn.

Wirusy brodawczaka są bardzo szeroko rozpowszechnione wśród ludzi poprzez kontakty bezpośrednie, a więc seksualne oraz poprzez dotyk to – główne drogi transmisji wirusa. Większość zakażeń HPV obserwuje się u kobiet między 16 a 26 rokiem życia. Około 70–80% osób aktywnych seksualnie przed 50 rokiem życia przebędzie zakażenie wirusem HPV, w większości przypadków nie wiedząc o tym.

Rozpowszechnienie i tzw. potencjał onkogenny poszczególnych typów HPV jest różny. Szacunkowe dane wskazują, że dwa onkogenne i najbardziej rozpowszechnione typy wirusa: HPV16 i 18 są odpowiedzialne za rozwój aż 70–80% przypadków raka szyjki macicy, a pięć najczęściej rozpowszechnionych onkogennych typów HPV – HPV 16, 18, 31, 33 i 45 jest odpowiedzialnych za rozwój blisko 98% przypadków rozpoznania tego nowotworu.

Typy niskiego ryzyka

Około 40 podtypów wirusa HPV niskiego ryzyka wywołuje skąpoobjawowe, samoistnie przemijające infekcje narządów moczowo-płciowych zarówno kobiet jak i mężczyzn (u kobiet jednak zazwyczaj częściej z manifestacją kliniczną). Większość zakażeń nie ma żadnego znaczenia klinicznego u osób immunokompetentnych (zdolnych do odpowiedzi immunologicznej), mogą stanowić jednakże istotny problem w przypadku pacjentów z obniżoną odpornością (pierwotnie i wtórnie niedobory odporności, przewlekła sterydoterapia,



chemioterapia nowotworowa). Typy HPV nr 1 i 2, jedne z częściej notowanych, wywołują ponadto kurzajki oraz brodawki skóry rąk i stóp.

Kłykciny kończyste (inaczej brodawki płciowe) to zmiany łagodne skóry i błon śluzowych narządów rozrodczych kobiet i mężczyzn wywołane przez niektóre podtypy wirusa HPV. Są to zmiany o morfologii grudek i brodawek różnej wielkości, powstające na skutek przerostu naskórka zainfekowanego wirusem HPV. Zmiany te zlokalizowane są najczęściej w okolicy odbytu, kanału odbytu i w okolicach narządów płciowych – u kobiet w pochwie, na sromie i szyjce macicy, u mężczyzn zaś w obrębie penisa, moszny i krocza. Mimo powszechnego poglądu, nie stanowią zazwyczaj ryzyka transformacji nowotworowej, bywają jednak bardzo istotnym problemem natury estetycznej.

Do grupy niskiego ryzyka zalicza się podtypy wirusa HPV: 1, 2, 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81. Dwa pierwsze typy są najczęstszą przyczyną brodawek płciowych.

Typy wysokiego ryzyka tzw. onkogenne

Rozpowszechnienie i tzw. potencjał onkogenny poszczególnych typów HPV wysokiego ryzyka jest różny. Najczęściej wspomina się o agresywnych typach HPV 16 i 18, rzadziej 31, 33, 35, 39, 40, 43, 51, 52, 53, 54, 55, 56 i 58. Po zakażeniu, wirusy HPV 16 i 18 promują niekontrolowane podziały komórkowe nabłonka szyjki macicy i narządów płciowych. Podejrzewa się, że około 2/3 przypadków nowotworów tych lokalizacji wiąże się z infekcją wirusami HPV 16 i 18. Zakażenie nimi i przewlekłe nosicielstwo nie jest natomiast przyczyną występowania wspomnianych wyżej brodawek (kłykcin kończystych) w okolicach narządów płciowych.

Wskazuje się również na związek pomiędzy infekcją onkogennymi typami wirusa brodawczaka a rozwojem innych nowotworów, takich jak: rak sromu i pochwy u kobiet oraz rak prącia u mężczyzn, a ponadto niektórych nowotworów głowy i szyi, jamy ustnej, górnych dróg oddechowych, a nawet płuc.

Spośród onkogennych typów wirusa HPV, podtyp HPV 16 wydaje się stwarzać największe zagrożenie onkologiczne dla kobiety zakażonej – szanse na rozwój nowotworu szyjki macicy rosną kilkusetkrotnie (nawet do 500 razy). Niektóre z onkogennych typów HPV są wykrywane w naszym regionie geograficznym tylko w zmianach przednowotworowych szyjki macicy (dysplazjach małego stopnia – CIN 1, średniego – CIN 2 lub wysokiego stopnia – CIN 3) i najprawdopodobniej powodują infekcje przemijające, które rzadko doprowadzają do rozwoju inwazyjnego raka szyjki macicy.

Profilaktyka i leczenie

Główną drogą przenoszenia zakażeń wirusem brodawczaka, poza wieloma innymi, są kontakty seksualne.

Gdy dojdzie do infekcji, bardziej narażone na ryzyko powikłań nosicielstwa są osoby z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności, dzieci, osoby starsze, osoby nieszczepione.



Czynniki zwiększające ryzyko zakażenia wirusem HPV

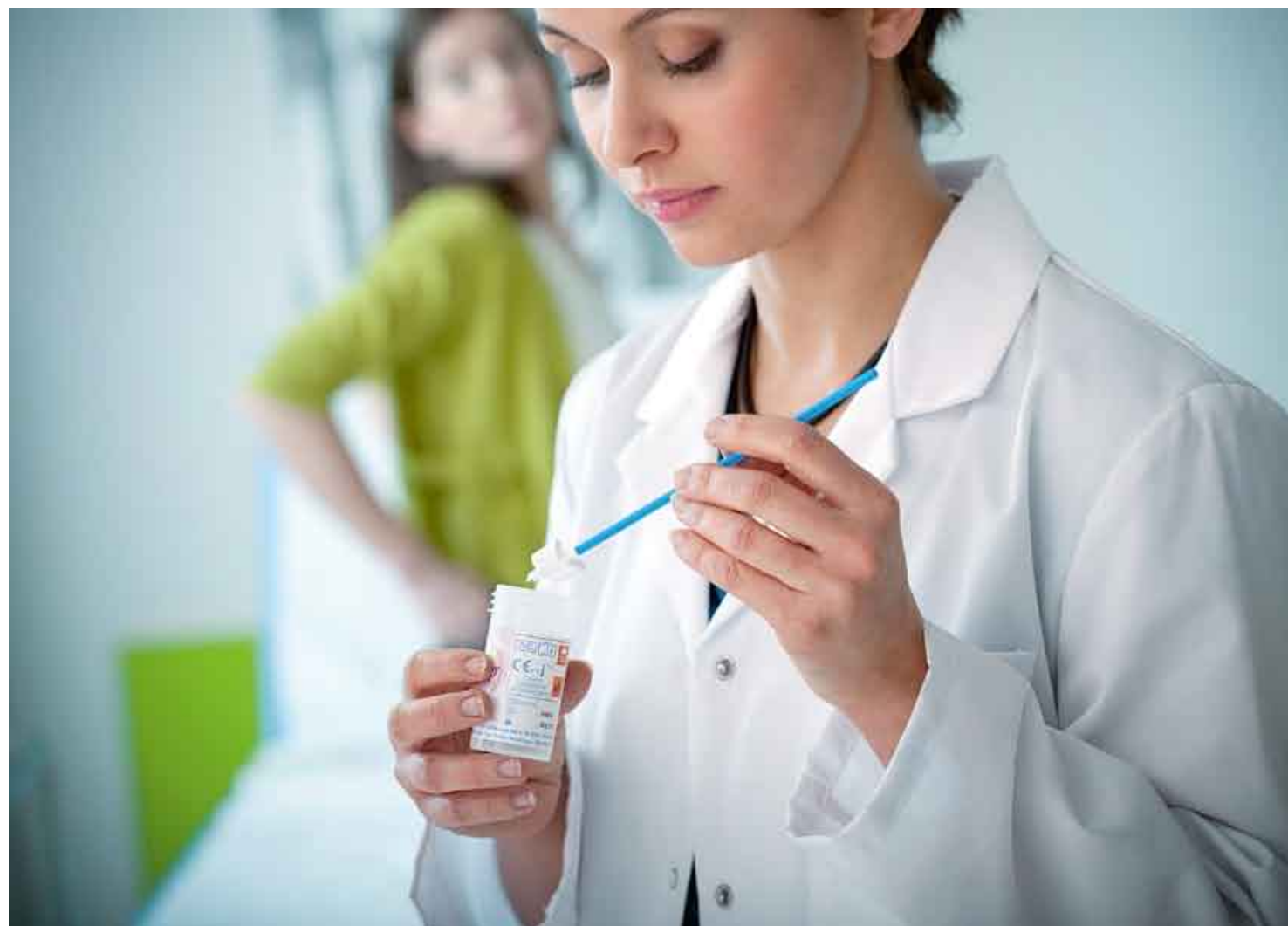
- wczesne rozpoczynanie współżycia seksualnego,
- uprawianie seksu bez zabezpieczenia – prezerwatyw,
- duża liczba partnerów seksualnych,
- partnerzy seksualni z grupy ryzyka,
- nieodpowiednia higiena okolic intymnych,
- duża liczba przebytych porodów,
- długotrwała antykoncepcja hormonalna,
- korzystanie z wspólnych ręczników, publicznych pryszniców.

U kobiet będących w wieku rozrodczym, wczesne zapobieganie zakażeniom HPV stanowi element profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy.

Dostępna jest na rynku szczepionka zapobiegająca całkowicie długotrwałym infekcjom HPV typ 16/18 – związanymi z rozwojem 70% raków szyjki macicy, oraz typ 6/11 – wywołującymi brodawki narządów płciowych. Skuteczność szczepień nie jest 100%, chronią one przed zakażeniem wybranymi typami wirusa. Dlatego też regularne badania cytologiczne pozostają nadal podstawą profilaktyki onkologicznej, nawet kobiety zaszczepionej we wczesnym okresie swojego życia przed HPV.

Należy podkreślić, że szczepionka HPV jest elementem profilaktyki – nie leczy już nabytej infekcji wirusem brodawczaka a jedynie zmniejsza ryzyko nowego zakażenia i późniejszego nosicielstwa.

Z tego też względu jej skuteczność maleje po rozpoczęciu współżycia płciowego.



Fot. © Imagepointtr | Depositphotos.com

Regularne badania cytologiczne pozostają nadal podstawą profilaktyki onkologicznej, nawet kobiety zaszczepionej we wczesnym okresie swojego życia przed HPV.

Aktualnie nie ma metody celowanego leczenia farmakologicznego infekcji wirusem HPV. U osób immunokompetentnych, większość przypadków zakażeń HPV przebiega bezobjawowo na skutek sprawnie działających mechanizmów układu immunologicznego.

W chorobie objawowej, zmiany wywołane przez wirusy brodawczaka mogą być skutecznie leczone chirurgicznie (brodawki płciowe, stany przedrakowe szyjki macicy), laseroterapią bądź krioterapią.

Leczenie choroby objawowej nie jest leczeniem zakażenia wirusem – może on pozostawać w formie „uśpionej” i stwarzać zagrożenie transmisji podczas kontaktów seksualnych i innych.

W ciągu ostatnich lat, wraz z postępem w biologii molekularnej, mamy możliwość precyzyjnej diagnostyki infekcji HPV u ludzi, jako uzupełnienie badań cytologicznych i jako kolejny z elementów profilaktyki raka szyjki macicy. Testy HPV nie tylko znacznie zwiększają skuteczność we wczesnym wykrywaniu zmian chorobowych na podłożu HPV, ale także pozwalają na określenie ryzyka rozwoju nowotworu i objęcie bardziej dokładną opieką pacjentek – nosicielek wirusa. Infekcja HPV często wyprzedza bowiem wystąpienie

zmian komórkowych widocznych w badaniu cytologicznym (nieprawidłowości komórek nabłonka, atypia). Zaawansowane technologie molekularno-genetyczne pozwalają na dokładniejszą interpretację obrazów cytologicznych (zwłaszcza tych niejednoznacznych – tzw. ASC-US) oraz precyzyjną ocenę: czy u pacjentki doszło do infekcji HPV, jaki typ wirusa spowodował infekcję, czy infekcja onkogennym typem HPV ma charakter przetrwały i związana jest z ryzykiem progresji do zaawansowanych zmian przednowotworowych (CIN 2/3 lub HSIL) i raka szyjki macicy. ♦

OPRACOWANIE:
LEK. MED. PAULINA CICHON

KONSULTACJA
DR HAB. MED. DARIUSZ WYDRA

26

Terapia i Zdrowie
nr 4-5 (10-11) październik 2015



RinaMed Sp. z o.o.
ul. Mickiewicza 24/2, 60-836 Poznań
tel./fax 61-6627-394
e-mail: kontakt@rinamed.pl
www.rinamed.pl

W trosce o komfort
i zdrowie pacjenta



Żelowe podkładki i maty przeciwoślizynowe



O melancholii słów kilka

„(...) Nie tak dawno temu moja przyjaciółka Olivia zaprowadziła swoją kotkę do weterynarza, ponieważ Izabella wygryzała sobie kępki futra i bez przerwy wymiotowała. Lekarz spojrzął na Izabellę i w mgnieniu oka stwierdził, że zwierzę zapadło na manię nadmiernego porządkowania, co w normalnym języku oznacza, że wpadło w **MELANCHOLIĘ.**”

Pisać o niej to wielkie ryzyko, gdyż jest niczym najbardziej wyrafinowana w swoich knowaniach femme fatale. Uwiodła Piotra Czajkowskiego, genialnego kompozytora muzyki. To dla niej napisał finał *VI Symfonii b-moll*. To prawdopodobnie ona nadała jej tytuł Patetyczna. Widziano ją z Vincentem van Goghem, genialnym malarzem holenderskim. Malował dla niej obrazy przepelnione ciemnym kolorytem, gdyż takie właśnie ona lubiła najbardziej. Gdy artysta próbował rozjaśnić barwy na swej palce zgorzowało ją to do tego stopnia, że obcięła mu ucho. Gdy malował złociste słoneczniki postanowiła go zabić. Wiedziała, że kwiaty nie są dla niej.

Jej przyjaciółnie z kobietami okazywały się równie tragiczne. Dla amerykańskiej poetki Sylwii Plath była uosobieniem siły i natchnieniem. W jednym ze swoich licznych wierszy dedykowanych jej, poetka napisała, że „za korzonki mych włosów jakiś bóg schwytał mnie”. Chwilę później były już we trójkę. Dołączyła do nich inna poetka, Anne Sexton. Nieraz przy

kawiarnianym stoliku zapewniały się wzajemnie o nierozwitalności i dożgonności ich przyjaciółni. Tak też było. Pewnego ranka ona zabrała ze sobą ukochaną Sivy w krainę o której nic nie wiemy. Następnie wróciła po Anne Sexton.

I wraca permanentnie do dnia dzisiejszego. Stara się o nikim nie zapominać. Daje o sobie znać na jawie oraz w snach. Ona – Melancholia.

Pod rządami Saturna

Cytat na początku tego artykułu pochodzi z autobiografii Elizabeth Wurtzel „Kraina prozaca”. Książka ta jest zapisem dramatycznych zmagania znanej amerykańskiej dziennikarki z Melancholią. A ten kot? Izabella? Cóż biedny kot ma wspólnego

28

Terapia i Zdrowie
nr 4-5 (10-11) październik 2015

z Melancholią poza orzeczeniem wydanym przez weterynarza-psychologa? Podobieństwa są nie do przeoczenia.

Koty chadzają własnymi drogami, są dumne i nieskore do zabawy. Często drzemają w cichym kącie z dala od zgiełku dnia powszedniego. No i podobno żyją siedem razy! A Melancholia? Ludzie, których dopada często kroczą z nią dalej w strasznych mękach, jakby przez siedem kręgów dantejskiego piekła, a siódemka sama w sobie jest przypisywana Saturnowi – rzymskiemu bogowi, który uważany jest za symbol Melancholii.

O Melancholii mówi się z szacunkiem, często nawet z niejaką zazdrością bo zazwyczaj zwiastowała człowiekowi talent, przez co pomagała mu wzbogacić kulturę.

Jest też inne imię Melancholii – Depresja

Co oznacza? W potocznym języku oznacza smutek. De facto jest ciężką chorobą. Istnieje wiele opisów naukowych depresji. Zewsząd jesteśmy bombardowani poradnikami opartymi na zawartości domowej apteczki przeciętnego człowieka, które pokazują jak skutecznie z nią sobie radzić. Oczywiście poradnik zawsze znajdzie nabywcę. Bo gdy wraca się wieczorem z pracy z „własnoręcznie” zdiagnozowaną „deprechą” i silnym postanowieniem, iż do teje pracy nigdy już się nie wróci, to genialnym lekarstwem okazuje się przeczytany na dobranoc bajkowy poradnik o depresji. Depresja jest chorobą, która zapewne rozwija się wraz ze światem, na którym wraz z ludźmi żyje. Pojawiają się nowe metody jej klasyfikacji, lekarstwa które wypierają się w porażającym tempie. I dobrze bo oznacza to, że problem depresji nie jest bagatelizowany przez ludzi.

Antoni Kępiński w swojej książce „Melancholia” wprowadził pojęcie metabolizmu informacyjnego. Czym jest metabolizm informacyjny i dlaczego jest tak ważny? Wyraz „metabolizm” wywodzi się z greckiego *metabole*, który oznacza przemianę. Przemiana ta, w biologicznym tego słowa znaczeniu, dotyka chemicznych związków żywych komórek. Każda żywa komórka ludzkiego organizmu posiada jądro z „kwasem życia”, czyli DNA, który przypomina poskręcaną drabinkę dzięki, której oddychamy, wydalamy, rozmnażamy się, odżywiamy. Pokarm dostarcza nam energii a energia pozwala nam na zaistnienie w świecie opartym na informacji. A czym jest informacja? Skąd się bierze? W języku łacińskim wyraz *informatio* oznacza wyobrażenie, pojęcie. Więc nabywamy wyobrażenia o świecie. W atmosferze przemiany niepowtarzalnej wspinamy się po drabinie mijając świat pojęć. Na jedne zwracamy większą uwagę, na inne mniejszą. Ale zawsze pniemy się do przodu. No, może czasem wspinaczka ta jest mozolna. Na przykład w depresji.

Antoni Kępiński wyróżnia dwa prawa biologiczne, które sterują metabolizmem informacyjnym. Są to prawa: zachowania życia własnego oraz zachowania życia gatunku. Jak zauważa Kępiński na każdym kroku poddani jesteśmy rytmom biologicznym dzień – noc. Zmieniające się pory roku. Życie chcemy spokojnie, ale ciekawie. Lęku nie lubimy, choć jest nieuchronny a czasem działa korzystnie na organizm, pobudza go do działania, ucieczki przed agresorem. A gdy lęk zdominuje

nasze życie? Pojawiają się ból, cierpienie, które w końcu mogą doprowadzić do depresji. Lęk zaczyna rządzić naszym życiem, jest pożywką na której depresja rozkwita w czarnych kolorach. Dynamizm życiowy zaczyna opadać, wkrótce sięga minimum swej wartości.

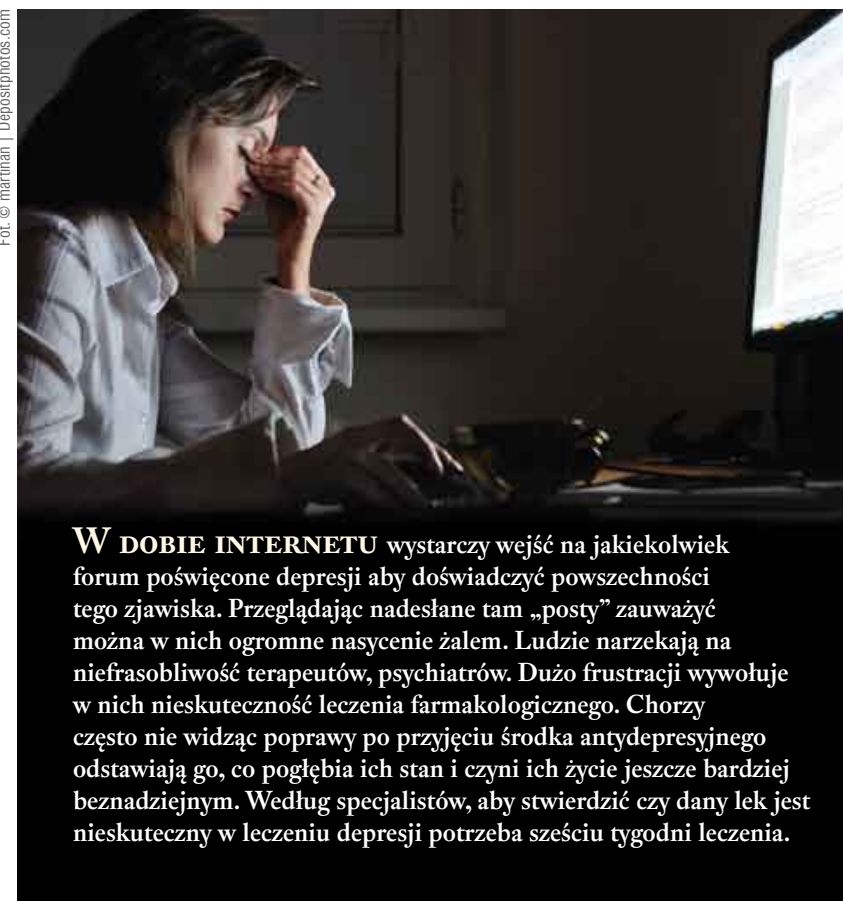
Z wymienionych przez autora postaw twórczych wobec życia dominować zaczyna postawa „od”. Stajemy się zamknięci w sobie, wycofujemy się z życia, unikamy znajomych, paradoksalnie najlepiej czujemy się we własnym świecie, który jest przepelniony bólem psychicznym. Ten psychiczny ból przechodzi w ból fizyczny. Już starożytni myśliciele twierdzili, że dusza i ciało tworzą funkcjonalną jedność. Najczęściej udajemy się do lekarza rodzinnego, próbując wytłumaczyć mu, że głowa nas boli inaczej, że czujemy w głowie pustkę, coś w środku krzyczy własnym głosem, obcym nam całkowicie. Gdy pojawia się depresja zanika postawa „do”, kluczowa dla prawa zachowania gatunku, bo przecież aby doszło do aktu prokreacji do drugiego człowieka należy przede wszystkim się do niego zbliżyć a nie uciekać. Postawami wobec życia rządzi grecki odpowiednik wspomnianego na początku Saturna, Kronos – władca Czasu. Czas dla depresji jest nieubłagalny, ale w innym sensie niż o nim na co dzień myślimy. Podczas gdy radosny, cieszący się życiem człowiek narzeka na upływający zbyt szybko czas to człowiek w depresji w czasie się zatrzymuje. Każdy dzień wydaje się dla niego identyczny, więc rezygnuje z najbardziej podstawowych czynności dnia. Czas dla depresji jest zamknięty. Pułapka to tym tragiczniejsza, że pomimo zamykających się z dnia na dzień kręgów Piekła człowiek nie próbuje się z niej wydostać.



W DEPRESJI rytm dobowy eksponuje noc. Noc jest czarna jak myśli chorego. Noc potrafi zniekształcać obraz myśli ludzkich niczym depresja, która zniekształcała obrazy van Gogha. Koloryt uczuciowy jest czarny, a gdy wokół jest ciemno, że trudno dostrzec kontury własnego ciała, więc nie dziwne wydaje się, że stan taki prowadzić może do samounięstwienia się. Gdy w życiu panuje Noc i dostrzegamy w niej wszelkie możliwe do wyobrażenia potworności to gdy przychodzi będący w szponach Nocy Dzień tracimy nadzieję, że odzyskamy kiedykolwiek pełny obraz samego siebie.

Terapia i Zdrowie
nr 4-5 (10-11) październik 2015

29



W DOBIE INTERNETU wystarczy wejść na jakiegokolwiek forum poświęcone depresji aby doświadczyć powszechności tego zjawiska. Przeglądając nadesłane tam „posty” zauważyć można w nich ogromne nasycenie żalem. Ludzie narzekają na niefrasobliwość terapeutów, psychiatrów. Dużo frustracji wywołuje w nich nieskuteczność leczenia farmakologicznego. Chorzy często nie widząc poprawy po przyjęciu środka antydepresyjnego odstawiają go, co pogłębia ich stan i czyni ich życie jeszcze bardziej beznadziejnym. Według specjalistów, aby stwierdzić czy dany lek jest nieskuteczny w leczeniu depresji potrzeba sześciu tygodni leczenia.

Piramida nawyków

Ludzie mają wiele nawyków, dobrych i złych. Wśród tych złych znajduje się niewątpliwie zdolność do wyolbrzymiania problemów. Gdy coś nie idzie po naszej myśli, szybko się zalamujemy. Z możliwości jakie mamy do wyboru w drugiej fazie metabolizmu informacyjnego, wybieramy niekoniecznie tę najlepszą. Człowiek bywa istotą egoistyczną, nie przejmującą się potrzebami innych ludzi. Chce mieć coraz więcej, zarabiać coraz więcej, wspinać się po „drabinkach” nie swoich, a cudzych. Czy istnieje jakaś zależność pomiędzy statusem społecznym a występowaniem depresji? Można przypuszczać, że im wyżej człowiek znajduje się w hierarchii społecznej, tym dłużej spada „na ziemię”, tym większego hałasu narobi, gdy już spadnie. Taki człowiek ma pod sobą ludzi, którymi nieraz rządzi, a sam nad sobą traci kontrolę. Zaczyna się zastanawiać nad własnym życiem, ale ciągle ktoś mu w tym przeszkadza, wciąż ktoś coś od niego chce. Popada we frustrację, która przejawia się postawą „od” otoczenia, agresją. Nie umiając sobie poradzić z terażniejszością ciężko wyobrazić sobie przyszłość. Gdy przyszłości nie ma to po co żyć? Objawy jak w depresji, ale równie dobrze może to być coraz częściej zauważana przez specjalistów jednostka chorobowa – Zespół Przewlekłego Zmęczenia.

Depresja? A może...

To, że jesteśmy zmęczeni, że brakuje nam woli życia nie musi od razu oznaczać, że mamy depresję. Pojawia się ona gdy główne objawy chorobowe utrzymują się co najmniej dwa tygodnie. Charakterystyczną cechą depresji są problemy ze snem. Chory może zasnąć, jednak budzi się we wczesnych

godzinach nocnych i reszta nocy jest już pozbawiona snu.

Widząc człowieka przygnębionego nie można przypisywać mu od razu choroby. Są ludzie, którzy generalnie trzymają się na uboczu życia towarzyskiego, nie nawiązują nowych kontaktów interpersonalnych. Mówi się o takich ludziach, że są samotnikami. Często przypina im się etykietę gburów. Wydaje się, że jest to etykieta o wiele bezpieczniejsza niż bycie postrzeganym jak „świr”. Zaburzenia psychiczne są najmniej tolerowane przez społeczeństwo, budzą lęk i gardzący uśmiech na twarzy. Pogłębia to tym bardziej stan chorego i sprawia, że jeszcze bardziej wycofuje się z kontaktów ze środowiskiem. Bardzo pomocna wydaje się być w leczeniu depresji psychoterapia grupowa, która może być istotnym wprowadzeniem do psychoterapii indywidualnej. W grupie ludzi, którzy przeżywają podobne problemy o wiele łatwiej jest się otworzyć. Pewną ulgę sprawia fakt, że ktoś czuje podobnie, że nie jest się na tym świecie samemu.

Manie

Stany depresyjne mogą przeplatać się z pełnym ich przeciwieństwem – manią. Jest to stan, w którym dynamika życiowa podnosi się do maksymalnego poziomu. W manii człowieka interesuje wszystko i wszystkiego chce spróbować, charakteryzuje go nadmierna aktywność, która najczęściej prowadzi do konfliktu z otoczeniem.

Gdy stany depresyjne i maniackalne występują naprzemiennie, mówimy wtedy o zaburzeniach dwubiegunowych. Natomiast gdy faza depresyjna lub maniackalna występują samodzielnie, to mówimy o zaburzeniach jednobiegunowych.

Warto zauważyć, że przełomy biologiczne w ustroju człowieka, mają ogromny wpływ na nastrój. Nie trudno się z tym nie zgodzić. Wiadomo jak wielkie wahania nastroju ma w sobie okres dojrzewania, ciąży czy stan po porodzie, a także okres przekwitania. Mówi się, że na depresję najczęściej chorują kobiety, natomiast częściej umierają na nią mężczyźni. Oczywiście dane statystyczne dają tylko pewne wyobrażenie o sile tej choroby.

Depresja to nie jest zły duch, którego można wygonić z ciała za pomocą egzorcyzmów, jednak konieczna jest wiara, aby z nią walczyć. Oczywiście walka ta może być długotrwała i monotonna, ale przy zaangażowaniu się lekarza czy terapeuty, a także przy współpracy samego chorego może to być walka, którą na pewno można wygrać. Gdy smutek ma się przemienić w radość warto zaangażować wszystkie siły, aby ta przemiana nastąpiła. Jak mawiał Johan Wolfgang Goethe: „Tylko przemianie pozostaje wierny”. W końcu nic nie trwa wiecznie, więc dlaczego wiecznie miałyby trwać depresja? ♦



mgr RAFAŁ RYBKA
psycholog

Terapia i Zdrowie
nr 4-5 (10-11) październik 2015

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@tripolska.com.pl

Pierwsza pomoc poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych

Przyczyny wypadków komunikacyjnych w naszym kraju są dość oczywiste: dominuje pośpiech, brawura, zły stan techniczny naszych pojazdów, zły stan dróg i niestety alkohol. Pomimo wielu akcji prewencyjnych i kampanii społecznych, liczba wypadków utrzymuje się stale na wysokim poziomie. Co roku w okresie wyjazdów wakacyjnych pada pytanie: ile znowu będzie tragedii?

Z raportu Wydziału Ruchu Drogowego i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji wynika, że w 2014 roku w 34.970 wypadkach życie straciły 3202, a 42.545 osób zostało rannych. Gdyby trumny z ofiarami ułożyć jedna za drugą, to żalobny szlak ciągnąłby się przez około osiem kilometrów – to tyle ile wynosi na przykład odległość od Pałacu Kultury i Nauki do Lotniska im. F. Chopina w Warszawie. Szacuje się, że około 35 proc. ofiar można byłoby uratować, gdyby otrzymały natychmiastową pomoc.

Produkujemy coraz nowocześniejsze samochody z licznymi systemami bezpieczeństwa, które mają ocalić nasze zdrowie i życie, ale... za kierownicą siedzi człowiek. Niedoskonała istota.

Wyniki ostatnich 20 lat badań prowadzonych przez naukowców ze Stanów Zjednoczonych, Kanady, Francji, Niemiec pokazują, że liczbę śmiertelnych ofiar wypadków można znacząco zmniejszyć. Jak to zrobić? Odpowiedź jest prosta:

trzeba uczyć udzielania pierwszej pomocy. I uczyć się. Uczyć, uczyć, uczyć... I nie ustawać w wysiłkach. A jak się nie udaje, to... uczyć dalej. Do skutku. Uczyć mądrze – profesjonalnie. Uczyć naprawdę.

Uczyć się musimy, bo ustawodawca stawia przed nami obowiązek udzielania pierwszej pomocy.

W ciągu ostatnich lat sądy w Polsce nie wydały żadnego wyroku skazującego za niewłaściwe udzielenie pierwszej pomocy, a tym bardziej za przyczynienie się w sposób nieświadomy do utraty zdrowia i życia w trakcie jej udzielania. Zapadło jednak już ponad osiemset surowych wyroków skazujących za nie udzielenie pierwszej pomocy oraz jej świadome zaniechanie.

Festina lente

Podstawową zasadą postępowania na miejscu zdarzenia jest zachowanie spokoju, zgodnie z łaciński hasłem *festina lente* – spiesz się powoli.

Art. 162 Kodeksu Karnego

„...kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu **nie udziela pomocy**, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, **podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech...**”

Art. 93. Kodeksu Wykroczeń

§ 1. Prowadzący pojazd, który, uczestnicząc w wypadku drogowym, nie udziela **niezwłocznej pomocy** ofierze wypadku, podlega karze aresztu albo grzywny.

§ 2. W razie popełnienia wykroczenia, o którym mowa w § 1 orzeka się zakaz prowadzenia pojazdów.



Fot. © AndreyPopov | Depositphotos.com

Nie wolno wpadać w panikę, nikomu w ten sposób nie pomożemy, a w skrajnym przypadku zaszkodzimy poszkodowanym, a nawet sobie. Zanim wezwiemy służby ratunkowe musimy dokładnie ocenić sytuację. Dzięki właściwej i spokojnej ocenie, informacje przekazywane w trakcie zgłoszenia do Centrum Powiadomienia Ratunkowego pozwolą na właściwe zaordynowanie środków i odpowiednich służb. Może się okazać, że w danym miejscu wystarczy tylko Pogotowie Ratunkowe i Policja, a obecność strażaków nie będzie konieczna.

Pomoc Straży Pożarnej jest priorytetowa w sytuacji gdy, pojazdy biorące udział w wypadku mogą się zapalić lub już się pałą, mają wyciek płynów eksploatacyjnych, a poszkodowani są uwięzieni w pojazdach.

Jak wszędzie, i tu trzeba zachować jednak umiar, bo spokój nie może oznaczać godzinnych deliberacji. Ocena sytuacji nie powinna trwać dłużej niż kilkadziesiąt sekund. Niepotrzebne przedłużanie tego momentu powoduje, że czas na ratowanie zaczyna się kurczyć. Jak zaoszczędzić na czasie? Na przykład wysiadając z samochodu od razu zabieramy ze sobą choćby telefon i gaśnicę – nie będziemy musieli po to wracać i możemy od razu przystąpić do czynności ratowniczych (Foto 1)

Od czego trzeba zacząć pomoc?

Każdy wypadek jest inny, więc trudno stworzyć jeden uniwersalny schemat udzielania pomocy, ale jaki by on nie był,

to musi uwzględniać pewną triadę zachowań: zatrzymaj się, pomyśl i działaj. Wtedy udzielanie pomocy będzie efektywne, nawet podczas skomplikowanych przypadków. Przedstawiony poniżej algorytm postępowania pozwoli prawidłowo zabezpieczyć miejsce wypadku komunikacyjnego.

Zabezpieczenie miejsca zdarzenia

- **Zaparkuj pojazd przed miejscem wypadku.** Swoją jazdę zostaw w takiej odległości, aby nie był narażony na uszkodzenia związane z odłamkami karoserii, płynami eksploatacyjnymi oraz paliwami. W przypadku zerwania trójki elektrycznej, niebezpieczeństwa pożarowego, wycieku paliwa lub innych niebezpiecznych substancji zatrzymaj samochód w odległości minimum 30 metrów od miejsca zdarzenia. Następnie zabezpiecz swój pojazd poprzez: skierowanie



Sprzęt ratowniczy



kół (lub całego pojazdu w zależności od warunków) w stronę pobocza. Zaciągnij hamulec ręczny oraz włącz światła awaryjne. Skieruj koła w stronę pobocza – ma to na celu ochronę miejsca znajdującego się przed pojazdem. W sytuacji gdyby nadjeżdżający pojazd uderzył w tył naszego samochodu, dzięki takiemu ustawieniu kół, zmniejszymy prawdopodobieństwo, że pojazd ten przesunie się do przodu, gdzie być może będziemy udzielać pomocy.

- **Bądź widoczny.** Załóż na siebie kamizelkę odblaskową. Używaj latarki, najlepiej czołowej dzięki czemu będziesz miał obie ręce do dyspozycji. Stosuj ogólne zasady bezpieczeństwa oraz dobrze oznacz miejsce zdarzenia
- **Zapewnij sobie pomoc innych osób.** Zaangażuj swoich pasażerów lub innych świadków zdarzenia. Nikt nie jest w stanie sam w szybki i prawidłowy sposób przeprowadzić koniecznych czynności, poświęcając im odpowiednią ilość

czasu. Zadbaj, aby inne osoby również były widoczne oraz miały podstawową ochronę osobistą – np. rękawiczki lateksowe i kamizelki odblaskowe.

- **Ustaw trójkąt ostrzegawczy**
 - na autostradzie, drodze ekspresowej w odległości 100 metrów od miejsca zdarzenia – odpowiednio, zależnie od umiejscowienia wypadku na jezdni lub poboczu
 - w terenie niezabudowanym w odległości 30–50 metrów
 - w obszarze zabudowanym bezpośrednio za pojazdem lub na pojeździe na wysokości nie większej niż 1 metr.
 - pamiętajmy, aby trójkąt był widoczny, ustawiamy go przed wzniesieniem lub przed zakrętem.
- **Oceń miejsce zdarzenia.** Postaraj się określić liczbę poszkodowanych, ich stan (przytomny/nieprzytomny) oraz czy trzeba wezwać specjalistyczne jednostki ratownicze. Wezwanie odpowiedniej pomocy jest kluczową sprawą. Postaraj się zrobić to sam, lecz wiąże się to z upływającym czasem, który w danej chwili może być decydujący dla życia i zdrowia poszkodowanych.
- **Jeśli masz możliwość oraz wymaga tego sytuacja, poproś świadków wypadku, aby ostrzegali nadjeżdżających kierowców oraz powiadomili Policję, Pogotowie Ratunkowe, Straż Pożarną.** Poproś o to kilka niezależnych osób poprzez bezpośrednie zwrócenie się do każdej z nich, aby mieć pewność że pomoc zostanie wezwana. Jeżeli krzykniesz do tłumu „wezwanie pomocy” może się zdarzyć, że nikt tego nie zrobi – każdy będzie myślał, że ktoś inny zatelefonował. Natomiast jeżeli palcem wskażesz konkretną osobę, będzie się ona czuła zobowiązana, a ponadto inni będą „pilnować” wykonania polecenia.
- **Zwróć uwagę czy pojazdy są w stabilnym położeniu.** Jeśli samochód stoi na wszystkich kołach, zaciągnij hamulec ręczny, włącz bieg lub zablokuj koła. W razie potrzeby spróbuj

zabezpieczyć pojazd przed przewróceniem się. Rozejrzyj się, czy istnieją inne zagrożenia. Być może w najbliższym otoczeniu są pojazdy z oznakowaniem wskazującym na niebezpieczny ładunek, została zerwana linia energetyczna, bądź jest rozlane paliwo itd. Pamiętaj o niebezpieczeństwie „wyrzelenia” poduszki powietrznej, jeżeli nie nastąpiło to podczas zderzenia. Ustawiaj się wówczas tak, abyś zawsze był odwrócony plecami do niej.

- **Wyłącz zapłon** (połóż kluczyki na podszyciu przed kierowcą lub na dywaniku kierowcy) we wszystkich uszkodzonych pojazdach i jeśli masz możliwość, odłącz akumulator. Jeżeli pod maską auta wystąpił pożar, niezwłocznie zaopatrz się w kilka gaśnic. Przy pomocy np. drążka lub saperki podnieś maskę na kilka centymetrów (nigdy nie otwieraj do końca – większa ilość tlenu może doprowadzić do zwiększenia się pożaru), abyś mógł swobodnie opróżnić całą zawartość gaśnicy.

Wezwanie pomocy

Wszystkie kraje europejskie dążą do unifikacji systemu ratownictwa i ujednoczenia procedur, a także sposobu wzywania służb ratowniczych. Jedynym słusznym i coraz lepiej działającym telefonicznym numerem alarmowym jest **112**.

Kolejność przekazywania informacji przekazywanej dyspozytorowi Centrum Powiadomienia Ratunkowego powinna zawierać się w poniższym schemacie:

- gdzie jesteśmy (miejsce, ulica, słupki kilometrażowy, numer drogi, punkt charakterystyczny, pozycja z GPS itp.),
- co się stało,
- ile i jakich pojazdów brało udział w zdarzeniu,
- ilu rannych widzimy (przytomni, nieprzytomni, inne urazy – wszystko co jesteśmy w stanie podać),
- czy będzie według nas potrzebna pomoc straży pożarnej

(dym, wycieki, osoby uwięzione w pojazdach bądź pod pojazdami, itp.),

- być może trzeba będzie podać swoje dane, numer telefonu (pozwoli w razie potrzeby na kontakt z wami).

Czynności ratownicze

- **Selekcja.** Nie przystępujemy od razu do udzielania pomocy pierwszemu napotkanemu poszkodowanemu. Spośród wszystkich poszkodowanych wybieramy osobę w najcięższym stanie, ale z szansą na przeżycie. Docelowo należy udzielić pomocy wszystkim poszkodowanym, lecz w początkowej fazie akcji ratowniczej niezbędne jest również określenie liczby poszkodowanych. Należy bardzo rozsądnie i poważnie podzielić materiały opatrunkowe. Zaczynamy od opatrzenia masywnych krwotoków, a następnie zajmujemy się drobniejszymi skaleczeniami.
- **Trudno określić szczegółową kolejność zabezpieczania obrażeń. Jednakże udrożnienie górnych dróg oddechowych oraz tamowanie krwotoków to priorytety.** Czynności te wystarczą, aby podtrzymać kogoś przy życiu do przyjazdu profesjonalnych służb ratowniczych. W stabilnych warunkach staramy się nie poruszać poszkodowanymi.
- **Jeżeli masz kołnierz stabilizujący odcinek szyjny kręgosłupa, i potrafisz go założyć, bezwzględnie zrób to.** Każdego z poszkodowanych w wypadku komunikacyjnym traktujemy jako osobę z prawdopodobnym uszkodzeniem kręgosłupa.
- **Staraj się zawsze udzielać poszkodowanemu pomocy nie zmieniając jego pozycji ciała.**
- **Nieustannie monitoruj stan poszkodowanych.** W wielu przypadkach pomimo naszej pomocy, stan poszkodowanych może się pogarszać i być może będą potrzebne kolejne czynności ratownicze.

WAŻNE:
nie rozłączamy się pierwszy.
To dyspozytor kończy rozmowę!

Prawidłowa ewakuacja poszkodowanych z pojazdu

Jeżeli zachodzi potrzeba ewakuacji poszkodowanych z pojazdu, trzeba to zrobić w sposób jak najmniej traumatyczny tj. nie zwiększając dotychczas odniesionych obrażeń. Aby to zrobić w prawidłowy sposób należy zastosować się do poniższych wskazówek zilustrowanych zdjęciami.



Sprawdzamy, czy poszkodowany jest przytomny i czy ma tętno na tętnicy szyjnej



Odpinamy bądź przecinamy pasy bezpieczeństwa



Delikatnie przemieszczając uda i podudzia do wnętrza pojazdu wychylamy na zewnątrz tułów poszkodowanego



Za pomocą zaprezentowanego chwytu wyciągamy tułów z samochodu, pamiętając o konieczności stabilizacji kręgosłupa szyjnego

- **Utrzymuj stały kontakt głosowy z poszkodowanymi.** Poszkodowani czując i słysząc, że w kryzysowej sytuacji nie pozostali sami są spokojniejsi i lepiej tolerują zjawisko szoku pourazowego – nasza obecność jako nieodzowny aspekt pomocy psychologicznej.

Ewakuacja poszkodowanych z pojazdów

Jeżeli nie ma ewidentnych wskazań do ewakuacji poszkodowanych z pojazdów, należy poczekać na profesjonalne służby ratownicze. Tylko w określonych sytuacjach możemy samodzielnie ewakuować poszkodowanych.

Zagrożenia przy ewakuacji z pojazdów

Zagrożenia wynikające ze stanu poszkodowanego

- poszkodowany nie oddycha, brak wyczuwalnej akcji serca
- masywny krwotok zagrażający życiu

Zagrożenia wynikające z pojazdu

- masywny wyciek płynów (paliwa)
- z komory silnika wydobywa się dym i płomienie

Zagrożenia wynikające z miejsca zdarzenia

- istnieje realne zagrożenie zmiążdżenia pojazdu przez spadający przedmiot (np. drzewo, skała z urwiska)
- samochód stoi nad przepaścią
- samochód stoi na przejeździe kolejowym

Parę słów o apteczkach samochodowych i innym sprzęcie ratowniczym

Wyposażenie apteczki samochodowej – zestaw standardowy

1.	zestaw plastrów	(14 szt.)
2.	plaster na szpulce 5 m x 2,5 cm	(1 szt.)
3.	bandaż elastyczny 4 m x 6 cm	(2 szt.)
4.	bandaż elastyczny 4 m x 5 cm	(3 szt.)
5.	rękawiczki winylowe	(2 pary)
6.	chusteczki nasączone	(2 szt.)
7.	chusta opatrunkowa 60 x 80 cm	(1 szt.)
8.	chusta opatrunkowa 60 x 40 cm	(1 szt.)
9.	bandaż z kompresem (opatrunek indywidualny) 6 x 8 cm	(1 szt.)
10.	bandaż z kompresem (opatrunek indywidualny) 8 x 10 cm	(12 szt.)
11.	bandaż z kompresem (opatrunek indywidualny) 10 x 12 cm	(1 szt.)
12.	kompres na rany 10 x 10 cm	(6 szt.)
13.	ustnik do sztucznego oddychania	
14.	chusta trójkątna 96 x 96 x 136 cm	(2 szt.)
15.	koc termiczny 160 x 210 cm	(1 szt.)
16.	nożyczki 14,5 cm	(1 szt.)
17.	Instrukcja udzielania pierwszej pomocy	
<i>Termin ważności produktów sterylnych to ok. 5 lat od daty produkcji</i>		

Dodatkowy sprzęt ratunkowy

Nóż ratowniczy ze specjalnym ostrzem do przecinania pasów bezpieczeństwa i rękojeścią do wybijania szyb
Latarka czołowa
Latarka wielofunkcyjna z możliwością mocowania do karoserii za pomocą magnesów – przecinak do pasów, latarka, młotek do szyb, pulsacyjne światło ostrzegawcze
Dodatkowe rękawiczki lateksowe
Składana solidna łopatką typu „saperka”
Dodatkowe koce NRC – „folie życia”
Dodatkowa 1 kg gaśnica proszkowa
Nożyczki, najlepiej z tzw. stopką (uniemożliwia skaleczenie poszkodowanego m.in. podczas cięcia ubrania)

Apteczki samochodowe

Można przyjąć, że dobra apteczka, to ta spełniająca normę DIN, np. 13164. Przy zakupie tego typu apteczki możemy być pewni, że jej zawartość na pewno podoba statystycznemu wypadkowi z dwiema lub trzema osobami poszkodowanymi. Są też apteczki z normą 13157, różniące się tak naprawdę ilością dostępnych środków. Są również w sprzedaży apteczki droższe, z dodatkowym sprzętem typu: kołnierz ortopedyczny, rurki ustno-gardłowe itp.

Warto wzbogacić swój sprzęt ratowniczy o jeszcze parę przydatnych rzeczy, które nie zajmą wiele miejsca w samochodowym schowku lub bagażniku, a mogą okazać się niezbędne i to nie tylko w trakcie udzielania pomocy.

Wiele przedmiotów może mieć wiele zastosowań. Gaśnicą można podeprzeć samochód, podłożyć ją pod koło zapobiegając stoczeniu się pojazdu, wybić szybę, czy nawet podważyć pedały aby uwolnić stopy poszkodowanego.

Fakty i mity dotyczące folii NRC

Folia NRC zwana także kocem ratunkowym lub folią życia w pełni zasłużyła na swój przydomek. Jest dość często pomijana w trakcie tak zwanych rutynowych szkoleń, a to znów z powodu braku wiedzy pseudoinstruktorów. Fakt ewakuacji poszkodowanego z pojazdu i przetransportowanie go w bezpieczne miejsce nie pozwala nam ogłosić zwycięstwa. W trakcie oczekiwania na profesjonalne służby ratownicze wiele może się jeszcze zdarzyć.

W organizmie poszkodowanego, w wyniku doznanego urazu oraz znacznego obciążenia psychicznego dochodzi do znacznego przyspieszenia procesów metabolicznych. Szalony i rozpędzający się katabolizm jest wyrażony wzmoczoną akcją serca, przyspieszonym oddechem, poszerzeniem powierzchni naczyni krwionośnych, a co się z tym wiąże zwiększoną o ponad 80% utratą energii cieplnej. W przypadku mnogich obrażeń w tym także urazu narządów wewnętrznych obniżenie temperatury ciała o 0,5 st. C. powoduje wzrost prawdopodobieństwa śmiertelności o około 15%!

Folia spełnia rolę genialnego izolatora termicznego, pod jednym i ważnym warunkiem: złotą stroną jest na zewnątrz, srebrną przylega do poszkodowanego.

Odwroćcie folii (tzn. srebrną stroną na zewnątrz) sprawia, że koc spełnia funkcję „odpromiennika” energii i chroni organizm przed przegrzaniem. W przypadku pomocy osobom poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych, ta funkcja nie ma zastosowania.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

Jeżeli stwierdzimy brak oddechu oraz brak akcji serca musimy przystąpić do resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Nie możemy czekać na przybycie służb ratowniczych. Statystycznie rzecz ujmując, pierwsze służby ratownicze w terenie miejskim pojawiają się na miejscu zdarzenia po około 8 minutach, a w terenie niezabudowanym po około 15 minutach. Mózg umiera po około 4 minutach niedokrwienia – rozpocznij reanimację, daj mu szansę, podaruj mu ten czas! W Tobie jako pierwszemu na miejscu zdarzenia jest cała nadzieja na przeżycie poszkodowanego.

Jeśli stwierdzisz brak oddechu zacznij od udrożnienia dróg oddechowych (fotografia po prawej). Pamiętaj, że potencjalnie każdy poszkodowany w wypadku komunikacyjnym ma uszkodzony kręgosłup szyjny i nie możesz udrażniać dróg oddechowych rękojczyem czoło-żuchwa.

Rękojczy Esmarcha stosuje się w przypadku uszkodzenia kręgosłupa i czaszki, polega on na oburęcznym uchwyceniu żuchwy w okolicy jej kątów, tak aby małe palce IV i V opierały się na jej ramionach, kciuki uciskały okolicę bródkową, a pozostałe palce II i III obejmowały trzon. Następnie przesuwamy żuchwę do przodu i ku górze w ten sposób, żeby zęby dolne znalazły się przed przednimi. Później wystarcza już zwykłe przetrzymywanie żuchwy w okolicy bródkowej. Najlepiej wykonać go od tyłu głowy.

Jeżeli masz opory natury estetycznej bądź innej i nie możesz prowadzić oddechów ratowniczych, dobrze będzie jeżeli swoje działania sprowadzisz choćby do prawidłowego uciskania klatki piersiowej.

Aby efektywność masażu była jak największa zadбай o prawidłową postawę. Jest ona przedstawiona na zdjęciu po prawej.

Pomagasz nawet jesteś daleko od miejsca zdarzenia!

Jeżeli w lusterku wstecznym swojego samochodu zobaczysz karetkę Państwowego Ratownictwa Medycznego, wóz bojowy Straży Pożarnej, radiowóz Policji, poruszający się z użyciem



Folia NRC zwana także kocem ratunkowym lub folią życia w pełni zasłużyła na swój przydomek.

Terapia i Zdrowie
nr 4-5 (10-11) październik 2015



Udrażnianie dróg oddechowych



Prawidłowa pozycja do RKO (resuscytacja krążeniowo-oddechowa)

Liczby, które trzeba zapamiętać to:

30:2

– trzydzieści uciśnień i dwa oddechy ratownicze

100/min.

– z tą częstotliwością trzeba prowadzić uciski klatki piersiowej.

sygnałów świetlnych i dźwiękowych ustąp miejsca, zjedź w prawo pozostawiając wolny lewy pas, pod żadnym pozorem nie zatrzymuj się gwałtownie na lewym pasie. Jeżeli już musisz zjechać w lewo to zrób to sprawnie i płynnie oraz zadбай o to, aby pas po którym się poruszałeś był całkowicie przejezdny. Utrudniając przejazd służbom ratowniczym, bądź powodując bezpośrednie zagrożenie dla pojazdów uprzywilejowanych, możemy zostać ukarani tak jak za utrudnianie udzielania pierwszej pomocy. Nasza opieszałość może kosztować kogoś życie.

Pierwsza pomoc powinna być traktowana globalnie, jako ogół wszystkich czynności, ponieważ jedynie jednoczesne wezwanie pomocy, zabezpieczenie miejsca zdarzenia i fizyczna pomoc ofiarom zapewnia pełne bezpieczeństwo poszkodowanym.

Urazy więzadła krzyżowego

prewencja, diagnostyka i leczenie

Minął okres wakacyjno-urlopowy, ale jesienna pogoda nadal sprzyja aktywności na otwartym powietrzu, aczkolwiek w warunkach pogodowych mniej komfortowych niż w okresie letnim dla uprawiania sportów rowerowych, jeżdżenia na deskorolkach, grania w piłkę nożną czy biegania. Jesień to okres, w którym łatwo jest narazić się na kontuzje mięśni i stawów.

Stawem, który jest najbardziej narażony na urazy jest staw kolonowy. Jedną z najbardziej podatnych struktur na uszkodzenie wewnątrz stawu kolanowego jest więzadło krzyżowe przednie (ACL – *Anterior Cruciate Ligament*).

Wieżadło krzyżowe przednie jest odpowiedzialne zarówno za stabilność kolana statyczną jak i dynamiczną. Najważniejszą funkcją ACL jest zapobieganie przedniemu przemieszczeniu kości piszczelowej względem uda, nadmiernej wewnętrznej rotacji piszczeli, przeprosie kolana. Jest zbudowane z włókien kolagenowych, ma 2 główne pęczki, których zadaniem jest zapewnienie izometrycznej stabilności kolana.

Pęczek przednio-przyśrodkowy (AM), który napina się w zgięciu i pęczek tylnoboczny (PL) napinający się w wyproście. Napięcie ACL jest największe w ostatnich 30 stopniach wyprostu i przy przeprosie. ACL dodatkowo kontroluje ruchy rotacyjne i zmniejsza rotacje wewnętrzną piszczeli. Wspomaga stabilizację na koślawość i szpotawość. Ukrwienie więzadła pochodzi z tętnicy środkowej kolana,

unerwienie od nerwu piszczelowego tj. tylnego stawowego.

ACL posiada prioreceptory biorące udział w dynamicznej kontroli stawu.

Najczęściej do jego uszkodzenia dochodzi wtedy, kiedy stopa uderza o ziemię przy prawie pełnym wyproście w kolanie, nagłym zatrzymaniu czy bocznym podcięciem. Najczęściej do urazów dochodzi w takich sportach jak piłka nożna, narciarstwo, gimnastyka, piłka ręczna, koszykówka, judo i inne sporty walki. Ponad ¾ urazów ACL powstaje w trakcie urazu pośredniego (tj. kiedy kolano nie ma bezpośrednio kontaktu z żadnym przedmiotem podczas urazu) i najczęściej są to urazy całkowite.

Co roku np. w USA dochodzi do ponad 200 tys. uszkodzeń ACL – jest to jedno z najczęstszych uszkodzeń stawu kolanowego na świecie.

Pacjent najczęściej słyszy przy urazie dźwięk przypominający robienie popcornu, ból nie jest patognomiczny podobnie jak obrzęk. Jedni pacjenci mają duży obrzęk stawu i silne dolegliwości bólowe inni nie.

Na wizycie u ortopedy przeprowadzane jest badanie kliniczne stawu. „Złotym standardem” w badaniu jest przeprowadzenie testu Lachmana (przy kolanie zgiętym 20–30 stopni sprawdza się zdolność więzadła do kontroli niestabilności przedniej). Wykonywane są również inne testy: szufladkowy przedni, pivot shift oraz testy łąkotkowe.

Badaniem obrazowym, które jest złotym standardem dla poparcia badania klinicznego jest MRI (badanie rezonansem magnetycznym) kolana. Pokazuje on stan chrząstki stawowej, więzadeł, łąkotek. Samo badanie radiologiczne (rtg) służy jedynie do oceny tkanki kostnej ew. towarzyszących złamań, USG często daje wyniki niewiarygodne.

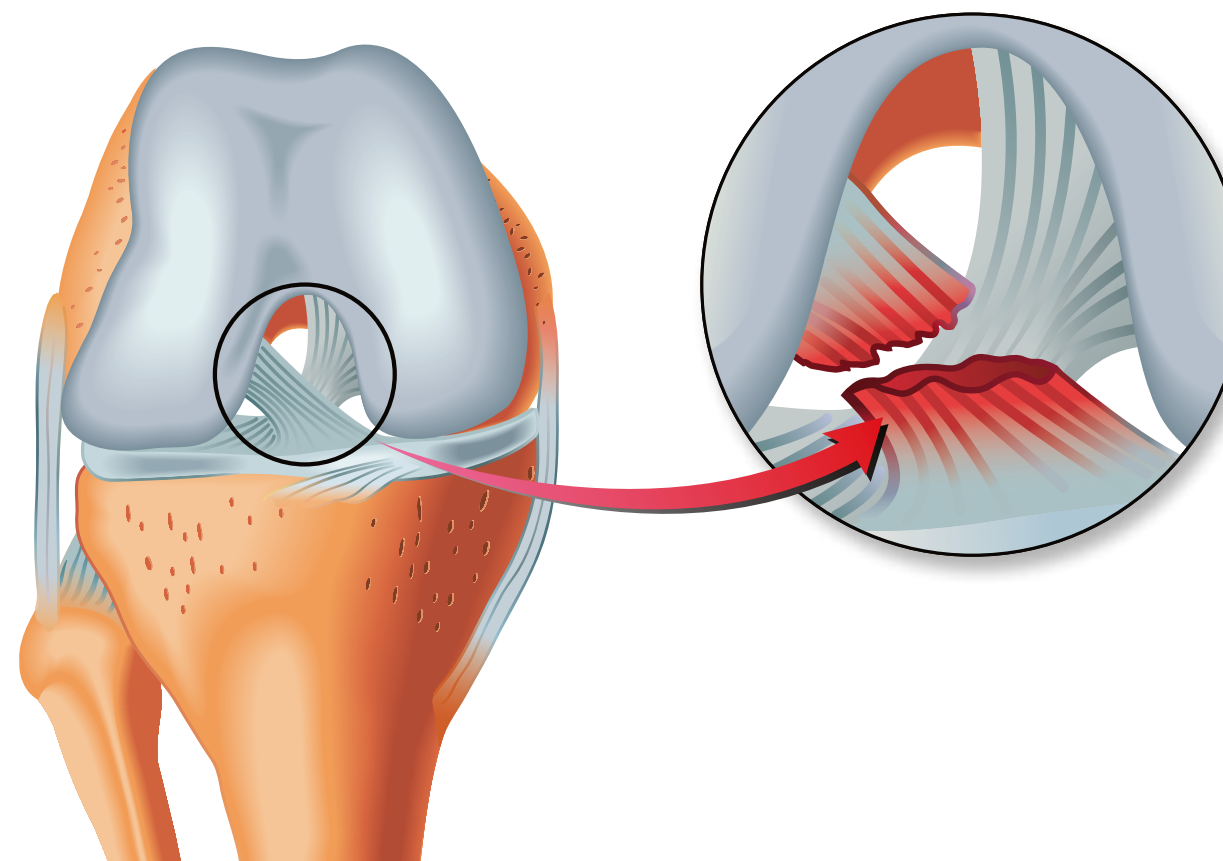
Pacjent, który ma uczucie niestabilności w stawie z powodu uszkodzenia ACL może uzyskać stabilność dwoma drogami: zachowawczo lub operacyjnie.

Leczenie nieoperacyjne ma na celu zmianę aktywności, wzmocnienie aparatu mięśniowego kończyny dolnej, ćwiczenie stabilności i ewentualnie używanie stabilizatorów stawu kolanowego. Leczenie uszkodzeń zachowawczo zarezerwowane jest raczej dla pacjentów, którzy zwyczajnie nie wyrażają zgody na zabieg operacyjny, bądź nie mogą go mieć przeprowadzonego z różnych względów (przeciwwskazania do znieczulenia, wiek biologiczny itp.) lub też zabieg ten muszą odwlec w czasie z różnych powodów.



Badanie radiologiczne (rtg) służy do oceny tkanki kostnej ewentualnych towarzyszących złamań, USG często daje wyniki niewiarygodne. Z tego względu standardem diagnostyki urazów więzadła krzyżowego jest badanie rezonansem magnetycznym (MRI) kolana.

Uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego (ACL) kolana



Co roku w USA dochodzi do ponad 200 tys. uszkodzeń ACL – jest to jedno z najczęstszych uszkodzeń stawu kolanowego na świecie!

Rekonstrukcja ACL jest preferowaną techniką, jeśli chodzi o przywrócenie funkcjonalnej stabilności stawu, zarówno, co do aktywności życia codziennego jak i aktywności sportowej zarówno amatorskiej jak i zawodowej.

Co do samej techniki przeprowadzenia rekonstrukcji w standardzie jest ona przeprowadzana „artroskopowo” tj. pod kontrolą kamery tak, aby jak najmniej traumatyzować (uszkadzać) tkanki.

Są różne techniki: zarówno co do tego jaki przeczep mający posłużyć jako więzadło zostanie użyty: autograft (więzadła mięśnia półścięgnistego i smukłego (ST-G) aktualnie raczej

najczęściej używane; z więzadła rzepki, m. czworogłowego) lub allograftu. Różne są też techniki mocowania: podwieszanie na guzik tzw. button, blokowanie śrubami interferencyjnymi, kołkami, pinami itp.

Wielość sposobów mocowania, rodzajów przeszczepu jak i materiałów, z którego wykonane są materiały blokujące (tytan, polimery kwasu mlekowego, hydroksyapatyt, PEEK (polieter eter keton), włókna węglowe (CF) pokazują, iż nadal, mimo tego, że pierwsze próby rekonstrukcji ACL sięgają początku XX wieku (pierwsza rekonstrukcja ACL 1917 Groves przeszczep z pasma biodrowo-piszczelowego), nie ma idealnej metody zabiegu.

Co zrobić aby zminimalizować możliwość uszkodzenia ACL?

Aby nie doprowadzić do uszkodzenia ACL aktualnie zalecany jest program PEP (*Prevent injury and Enhance Performance*) – program zapobiegający urazom i zwiększający wydolność stawu

Faza	Aktywność (długość wykonywania aktywności)	Czas kiedy aktywność jest wykonywana podczas treningu	Powód ćwiczeń
Rozgrzewka Powód: przygotowanie	Jogging od linii do linii, 30 sek.	0 do 30 sek.	Przygotowanie do sesji treningowej
	Bieganie od boku do boku, 30 sek.	0,5 do 1 min.	Rozgrzewa mięśnie przywodziciele i odwodziciele uda, promuje szybkość
	Bieganie tyłem, 30 sek.	1 do 1,5 min.	Pobudza prostowniki biodra i kulszowo-goleniowe
Wzmacnianie Powód: wzmacnianie siły kończyny dolnej	Chodzenie z wyrzutem goleni (1min.)	1,5 do 2,5 min.	Wzmacnia mięsień czworogłowy
	Rosyjskie hamstringi, 30 sek.	2,5 do 3,5 min	Wzmacnia mięsień kulszowo-goleniowe
	Podnoszenie pięt naprzemiennie, 1 min	3,5 do 4,5 min.	Wzmacnia goleń, poprawia balans
Pliometryka Powód: siła, szybkość, wytrzymałość	Boczne podskoki nad wałkiem, 30 sek.	4,5 do 5 min.	Zwiększa siłę i wytrzymałość
	Podskoki przednie i do tyłu nad wałkiem, 30 sek.	5 do 5,5 min.	Zwiększa siłę i wytrzymałość
	Podskoki na jednej nodze nad wałkiem, 30 sek.	5,5 do 6 min.	Zwiększa siłę i wytrzymałość
	Pionowe podskoki, 30 sek.	6 do 6,5 min.	Zwiększa siłę skoku
	Pajacyki, 30 sek.	6,5 do 7 min.	Zwiększa siłę skoku
Zwinność	Podbieg do przodu z 3-krotnym zatrzymaniem, 1 min.	7 do 8 min.	Zwiększa dynamiczną stabilność kompleksu staw skokowy – kolano-biodro
	Boczne biegi po przekątnej, 1 min.	8 do 9 min.	Stabilizuje biodro i kolano
	Bieg z wyskokami, długość 12 metrów, 1 min.	9 do 10 min.	Zwiększa siłę, wytrzymałość i szybkość bioder
Rozciąganie	Rozciąganie goleni, 2 powtórzenia po 30 sek.	10 do 11 min.	Skupienie na rozciągnięciu mięśni
	Rozciąganie mięśni czworogłowych, 2 powtórzenia po 30 sek.	11 do 12 min.	Skupienie na rozciągnięciu mięśni
	Rozciąganie mięśni kulszowo-goleniowych, 2 powtórzenia po 30 sek.	12 do 13 min.	Skupienie na rozciągnięciu mięśni
	Rozciąganie mięśni kompleksu gęsiej stópki, 2 powtórzenia po 30 sek.	13 do 14 min.	Skupienie na rozciągnięciu mięśni
	Rozciąganie mięśni bicepsa uda, 2 powtórzenia po 30 sek.	14 do 15 min.	Skupienie na rozciągnięciu mięśni

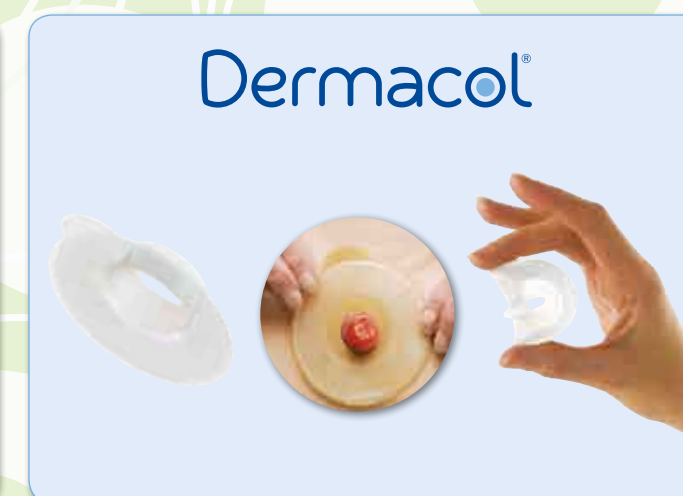
Oczywiście program taki najlepiej wykonywać w centrum fitness lub pod okiem trenera personalnego. Gwarantuje on zmniejszenie możliwości urazu stawu kolanowego, a także zwiększenia wydolności, siły i wytrzymałości mm. kończyn dolnych tak ważnych dla bezpiecznego uprawiania różnego rodzaju sportów. ❖

OPRACOWANIE: DR N. MED. RAFAŁ CAMILLERI
SPECJALISTA ORTOPEDA



Rafał Camilleri – doktor medycyny, specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu; W latach 2004–2010 asystent w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu gdzie w 2008 roku uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny na podstawie pracy doktorskiej „Ocena odległych wyników operacyjnego leczenia złamań w obrębie stawu łokciowego”. Jego głównym obszarem zainteresowań w ortopedii jest chirurgia kolana, barku i łokcia ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów endoskopowych.

PROFESJONALNE ROZWIĄZANIE PROBLEMÓW ZE STOMIĄ



WWW.SALTS.PL • BEZPŁATNA INFOLINIA 800 633 463



Wina

stońcem palone

Hiszpania większości z nas kojarzy się z idealnym miejscem do wypoczynku w czasie wakacji. Wypalona słońcem, zawsze gorąca, co roku przyciąga tysiące turystów swoimi plażami i bogatą historią. Jednak Hiszpania potrafi zaskakiwać. Nie każdy wie, że na południu Hiszpanii, w górach Sierra Nevada znajdują się wspaniałe ośrodki sportów zimowych. W ciągu dnia można szaleć w białym puchu, z niektórych stoków roztacza się nawet widok na morze, a wieczorem delektować się kieliszkiem wina w jednej z restauracji przy plaży w Maladze.

Swiat hiszpańskich win jest równie zaskakujący. Wielkie sklepy przyzwyczajają nas do masowych, uniwersalnych win stołowych. Ponieważ doskonale łączą się one z niezwykle szerokim wachlarzem potraw, a jednocześnie są znacznie tańsze od swoich odpowiedników z Francji, czy Włoch, często są wybierane przez restauracje na wino lokalne. Czasami w sklepie można było spostrzec butelkę wina z regionu Rioja, jednak zasadniczo największe skarby Hiszpanie zwykli zachowywać dla siebie. Od niedawna jednak, dostępne kiedyś jedynie w sklepach specjalistycznych, wina z mniej popularnych zakątków Hiszpanii coraz częściej pojawiają się w supermarketach, docierając do szerokiego grona odbiorców.

Aby lepiej poznać i móc docenić różnorodność Hiszpańskich win, powinniśmy przestać myśleć stereotypowo o Hiszpanii jako o surowej, wypalanej słońcem ziemi. Oczywiście takie miejsca też istnieją, jednak oprócz nich Hiszpania oferuje olbrzymią różnorodność warunków, w których hoduje się winogrona.

Swojego czasu Hiszpanie mieli zauważalną tendencję do nadmiernego udziwniania procesu produkcji. Za długo pozwalali winu dojrzewać w dębowych beczkach lub wlewali je do za małych beczek. Dobierali do tego wina zbyt mało skoncentrowane, nie na tyle intensywne, aby mogło ono oprzeć się aromatom pochodzącym z beczki. W konsekwencji powstawał trunek zbyt tani i nie dało się w nim wyczuć aromatów owocowych. Hiszpanie wyciągnęli jednak naukę. Obecnie, otwarci na oczekiwania konsumentów, którzy również zmienili nieco swoje preferencje, bardziej selektywnie podchodzą do dojrzewania wina w beczkach dębowych. Przeznaczają na ten cel tylko najwyrazistsze i najbardziej skoncentrowane wina tak, aby ich bukiety stały się pełniejsze, nie zaś zdominowane przez aromaty wynikające z dojrzewania w dębie.

42

Terapia i Zdrowie
nr 4-5 (10-11) październik 2015

Dotyczy to większości regionów produkujących popularne, czerwone wina. W szczególności ze szczepu Tempranillo, który zyskał sobie szczególnie rozległą sławę. To właśnie z Tempranillo powstaje słynna Rioja oraz wspaniałe wina z dorzeczy Duero, Toro i podobnych im miejsc, zazwyczaj znajdujących się blisko granicy z Portugalią. W Portugalii natomiast, Tempranillo pod nazwą Tinta de Roriz staje się składnikiem wzmocnianych win Porto.

Położona na północno-zachodnim krańcu Półwyspu Iberyjskiego Galicja, za sprawą sąsiedztwa Oceanu Atlantyckiego charakteryzuje się łagodnym klimatem. Słone i wilgotne powietrze oraz zapach oceanu jak mgła roztaczają się u wybrzeży tego regionu. Wszędzie rozpościera się roślinność, którą trudno spotkać w innych miejscach. W Galicji jest chłodniej niż w pozostałych regionach Hiszpanii. Jednym z ciekawych lokalnych szczepów jest Albarino, najpopularniejszy w winiarskim regionie Rias Baixas. Z tego szczepu powstają wyraziste wina o subtelnym słomkowym lub zielonkawym kolorze, które są w stanie długo dojrzewać, zyskując przy tym niezwyklej aromaty kwiatowych, czy nawet nafty. Albarino jest również składnikiem popularnego portugalskiego Vinho Verde.

Po drugiej stronie Półwyspu Iberyjskiego, na południu Hiszpanii znajduje się Andaluzja. Region ten słynie z wyrazistych win wzmocnianych. Burzliwe losy okolicy, w tym panowanie Fenicjan, Rzymian, Maurów i Arabów odcisnęły swoje piętno na produkowanych tutaj trunkach, zwłaszcza kojarzonej z tym regionem Sherry. Wino produkowano tu już od XI wieku p.n.e.,



ale dopiero ok. VII wieku n.e. pojawiły się wina wzmocniane brandy. Niestety, podobnie jak w innych obszarach Europy, smak produkowanych tutaj win zmienił się pod koniec XIX wieku, kiedy przez Europę przetoczyła się Filoksera – mały owad, który niemal doszczętnie zniszczył uprawy winogron.





Latarnia morska Soller

Zdewastowane uprawy zastąpiono innymi szczepami, które wykazały się odpornością na szkodnika. Wino produkowane z tych szczepów możemy smakować również i dzisiaj.

Na południe od stolicy Hiszpanii – Madrytu – znajdują się winiarskie regiony La Mancha i Valdepenas. Wymienione regiony są położone na przeciętnej wysokości ponad 700 metrów, panują tam suche i bardzo słoneczne warunki. Krzewy winorośli są zazwyczaj hodowane nisko przy ziemi oraz w sporych odstępach od siebie. Efektem takiej uprawy, warunków atmosferycznych oraz wyjątkowo dużej powierzchni są spore ilości stosunkowo niedrogiego, lecz znakomitego,

w szczególności uniwersalnego w parowaniu z potrawami, wina czerwonego. Dominują tu takie szczepy jak: Monastrell, Syrah, Tempranillo i Garnacha.

Hiszpańskie wino musujące – Cava – może powstawać w różnych regionach Hiszpanii. Najcharakterystyczniejsze dla Cava są te regiony, które znajdują się blisko wybrzeża Morza Śródziemnego, w szczególności sąsiadujące z Barceloną Penedes. W Penedes tradycja produkcji wina sięga aż VI wieku p.n.e., kiedy to Fenicjanie zaczęli hodować tam szczepy Chardonnay. Tego regionu nie można jednoznacznie zaklasyfikować ze względu na panujący w nim klimat. Z jednej strony mamy silny wpływ Morza Śródziemnego na klimat, z drugiej wznoszące się tam góry. To powoduje, że każdy z obszarów w Penedes ma swój własny unikalny mikroklimat.

W tym artykule zaprezentowane zostały tylko nieliczne winiarskie regiony Hiszpanii. W rzeczywistości jest ich znacznie więcej, a każdy z regionów posiada własny, specyficzny terroir. Ponieważ w Hiszpanii możemy znaleźć zarówno wysokie pokryte śniegiem góry, jak również płaskie i suche, niemal pustynne tereny, również różnorodność hodowanych tutaj gatunków winogron jest olbrzymia, jednak w porównaniu z innymi krajami produkującymi wina, Hiszpanie wydają się najbardziej przywiązani do tradycji i win, które były produkowane podobnymi metodami od setek lat. ♦

Z

**WINN
ŚWIAT**
www.winnswiat.com

Fot. © Mariasalgado | Depositphotos.com



**Poznaj nas
na nowo**

**Bo najważniejsze
jest zdrowie**

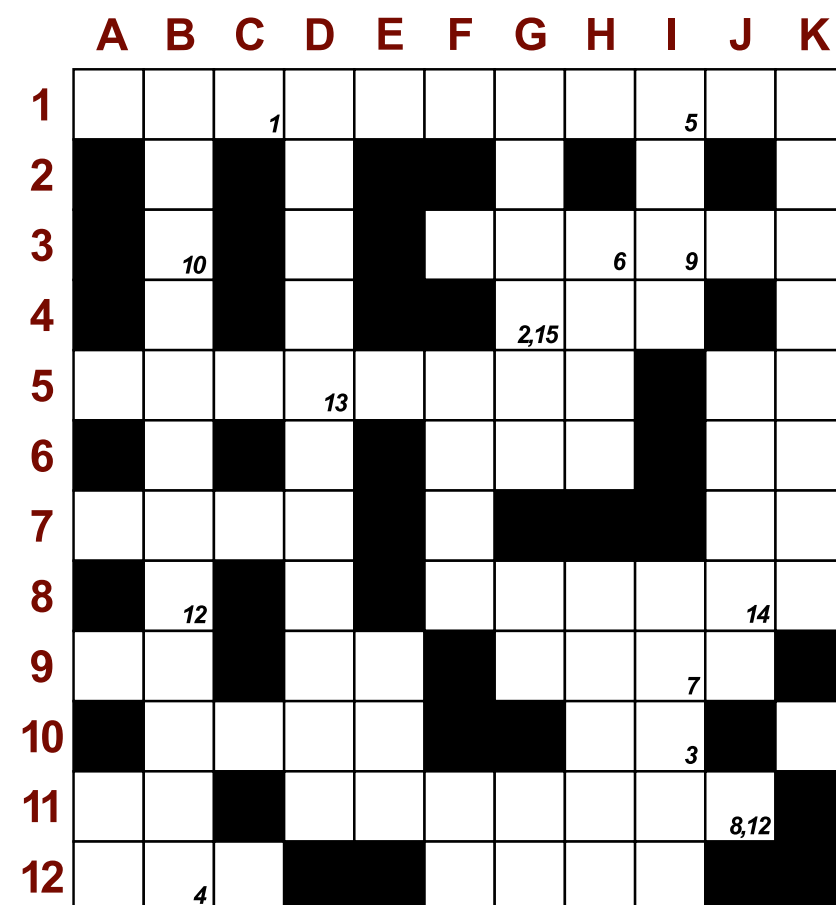
Nazwa **affidea** zawiera trzy najważniejsze wartości, na których opieramy swoją codzienną pracę.

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.





POZIOMO

- 1 badanie wzornikowe stawu
- 3 zostaje po nacięciu skóry
- 4 np. mezozoiczna
- 5 zupa z młodych buraków, 2/3 SOS
- 6 Fleming, ona i ...
- 7 nakrycie głowy żołnierzy Legii Cudzoziemskiej, Narodowa Demokracja
- 8 przetoka na jelicie cienkim lub grubym
- 9 bóstwo egipskie, Technikum Budowlane, rodzaj zwierzęcia lub medyczny
- 10 górnej lub dolnej fermentacji, symbol pierwiastka tor, ostatnia litera alfabetu
- 11 3.14159265359..., przy zastoiu chłonki lub niewydolności krążenia
- 12 najniższy głos męski, wykrzyknik zachęcający do wykonania skoku

PIONOWO

- A symbol pierwiastka używanego do obciążenia haczyka na ryby
- B jeden ze sposobów leczenia nowotworów
- D ...medyczne (artykuł w tym numerze „TiZ”)
- E ...Budowniczy z bajek dla dzieci
- F producent rolek sportowych, symbol grupy krwi
- G osoba dotknięta kalectwem, Towarzystwo Sportowe
- H państwo na Bliskim Wschodzie, jednostka systematyzacji lasu
- I miasto we Włoszech, towarzysz Engelsa
- J wygrał Rajd Dakar
- K wąż z rodziny dusicielii występujący w lasach Ameryki Południowej

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----

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



Słownik terminów onkologicznych (cz. X)

P

Paraneoplastyczny zespół

objaw towarzyszący nowotworom, niezależnie od miejsca wzrostu lub rozsięwu nowotworu

PEG (Przeżyłkowa Endoskopowa Gastrostomia)

sposób podawania pokarmów płynnych przez założoną drogą endoskopową przetoką dożyłkową. PEG należy rozważyć, gdy trudności w przyjmowaniu pokarmów drogą doustną, przy zachowanej drożności i czynności przewodu pokarmowego, trwają dłużej niż 3 tygodnie (np. u chorych z rakiem jamy nosowo-gardłowej leczonych za pomocą radioterapii, w przypadku przetoki przełykowo-oskrzelowej). Metoda ta powinna być wykonywana przez doświadczonego endoskopistę, zajmującego się endoskopią zabiegową, w obecności chirurga (ze względu na ewentualne powikłania, wymagające postępowania chirurgicznego).

Perfuzja kończynowa

sposób leczenia przerzutów czerniaka lub zaawansowanych miejscowo mięsaków na kończynach, polegający na wyłączeniu kończyny z krążenia, podłączenie krążenia pozaustrojowego, ogrzanie krwi do temperatury 41,5°C i podanie cytostatyków uzyskując większe ich stężenie w kończynie aniżeli po podaniu dożylnym. Leczenie polega na podaniu wysokiej dawki cytostatyku i synergistycznego (uzupełniającego, poprawiającego) działania podwyższonej temperatury kończyny

Perfuzja dootrzewnowa

sposób leczenia drobnych zmian przerzutowych w otrzewnej raka jelita grubego, raka żołądka, międzybłoniaka otrzewnej, śluzaka rzekomego otrzewnej. Polega na podaniu cytostatyku do płynu perfuzyjnego, ogrzanego do temperatury 42°C, co pozwala na synergistyczne działanie wysokich dawek tych leków i podwyższonej temperatury

Peritonitis carcinomatosa

wysiew nowotworu do błony pokrywającej ścianę jamy otrzewnej lub pokrywającej narządy umiejscowione w jamie otrzewnej. Często z obecnym wysiękiem płynu w jamie otrzewnej (wodobrzusze nowotworowe – *Ascites neoplastica*)

Per rectum badanie

badanie palcem przez odbyt dla oceny odbytu i bańki odbytnicy

PET

Pozytronowa tomografia emisyjna, badanie obrazowe pozwalające na ocenę rozległości nowotworu przy wykorzystaniu zwiększonego metabolizmu komórek nowotworowych

Phaeochromocytoma

guz chromochłonny rdzenia nadnerczy

Plasmocytoma

szpiczak mnogi

Protezy samorozprężalne (samorozprężające się)

w onkologii: rodzaj protezy, która po wprowadzeniu w miejsce zwężone przez nowotwór pod wpływem temperatury ciała ulega rozprężeniu i zwiększa swoje światło, udrażniając zwężony odcinek przewodu pokarmowego. Używana najczęściej w zwężeniach nowotworowych przetyku

Przednowotworowa zmiana

tkanka zmieniona morfologicznie na podłożu której nowotwór rozwija się częściej niż na niezmiennych tkankach tego narządu



medgart
CENTRUM MEDYCZNE

Oferujemy usługi medyczne w zakresie poradnictwa z dziedzin:

- kwalifikacja i przygotowanie do leczenia onkologicznego
- chirurgia onkologiczna
- prowadzenie pacjenta po zabiegu operacyjnym
- leczenie żywieniowe
- profilaktyka chorób onkologicznych
- poradnictwo w zaawansowanej chorobie nowotworowej
- konsultacje z zakresu neurochirurgii i schorzeń kręgosłupa
- gastroenterologia
- poradnia leczenia bólu
- choroby wewnętrzne
- konsultacje z zakresu chorób osób starszych (geriatria)
- konsultacje z zakresu chorób psychicznych oraz nerwic
- psychologia kliniczna pacjentów i ich rodzin
- kompleksowe leczenie ran
- konsultacje z zakresu dietetyki

Profesjonalna ocena znamion skóry (badania dermatoskopowe i kwalifikacja do zabiegów)

- zabiegi ambulatoryjne w znieczuleniu miejscowym wykonywane przez doświadczonych chirurgów
- usługi pielęgniarskie i opiekuńcze

ZAPRASZAMY: od poniedziałku do piątku w godz. 9–20

Rejestracja codziennie pod nr tel. 58 550 7 333

Marii Skłodowskiej-Curie 3, 80-210 Gdańsk

(budynek Polon-Park II piętro)

www.medgart.pl





onkonet.pl

Twój serwis onkologiczny