

## Rak żołądka

*Wojciech Redelbach*

*Dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii*

Rak żołądka jest w Polsce obecnie stosunkową rzadką chorobą nowotworową. Od ćwierć wieku obserwuje się spadek zachorowalności na ten nowotwór. Mężczyźni chorują dwukrotnie częściej niż kobiety. Udowodniono wpływ określonych pokarmów na zwiększenie prawdopodobieństwa zachorowania. Należy unikać lub znacznie zmniejszyć spożycie pokarmów solonych, wędzonych, bogatych w skrobie (np. kukurydza, pszenica, ryż, ziemniaki, fasola) i zdecydowanie zwiększyć spożycie świeżych jarzyn i owoców (5 x dziennie porcja = garść).

Nie udowodniono w sposób bezsporny związku pomiędzy rakiem żołądka a zakażeniem bakterią *Helicobacter pylori*.

Ze względu na ukryty przebieg choroby, brak lub skąpość objawów, raka żołądka rozpoznaje się w stadium znacznego zaawansowania (90 %). Stąd nacisk na wykonywanie badań diagnostycznych, a zwłaszcza gastroscopii (wziernikowanie żołądka).

**Początkowe objawy** to pobolewania lub „niepokój” w nadbrzuszu, niedokrwistość (anemia), chudnięcie, brak apetytu. **Późne objawy** to krwawienie z przewodu pokarmowego, przedziurawienie żołądka, trudności w przełykaniu (rak wpustu żołądka), bóle po posiłkowej i wymioty.

Historycznie uważa się, że objawem raka może być pojawiający się nagle „wstręt do mięsa”. Pacjenci po operacjach żołądka z powodu choroby wrzodowej są bardziej zagrożeni wystąpieniem raka (bezkwaśność!).

**Stany przedrakowe**, to każdy przewlekły stan zapalny, bezkwaśność, tzw. niedokrwistość złośliwa, polipy żołądka. Choroba wrzodowa nie jest bezpośrednio stanem prowadzącym do raka żołądka. Jednakże każdy wrzód żołądka, nie gojący się po 6 tygodniach prawidłowego leczenia powinien być weryfikowany przez pobranie wycinka w celu wykluczenia procesu nowotworowego.



Rak żołądka szerzy się drogą krwionośną, chłoną i przez bezpośrednie naciekanie narządów sąsiednich. Możliwe jest wystąpienie przerzutów do odległych miejsc jak jajnik (guz Krukenberga) oraz lewych nadobojczykowych węzłów chłonnych (węzeł Virchowa).

Należy zauważyć, że pomimo coraz rzadszego występowania raka żołądka, jego lokalizacja zmienia się. Obecnie coraz częściej występuje w górnych częściach żołądka (wpust, dno) a wynikający z tej lokalizacji długi okres bezobjawowy choroby, powoduje późniejsze wykrycie i gorsze efekty leczenia.

**Leczenie raka żołądka** to przede wszystkim domena chirurgii onkologicznej. Operacyjność określa się w granicach 50 – 70 %. Najczęściej należy wykonać, prawie całkowite lub całkowite wycięcie żołądka. W większości przypadków radykalnego leczenia, chirurgii nie kojarzy się z innymi metodami leczenia. Znaczna ilość pacjentów jest leczona nie radykalnie, czyli paliatywnie (z intencją wydłużenia życia) ze względu na zaawansowanie choroby w momencie jej rozpoznania.

Leczenie paliatywne polega na kojarzeniu chirurgii onkologicznej z chemioterapią (zalecana do 70 roku życia – powyżej tej granicy wieku, ze względu na ryzyko zagrażających życiu objawów ubocznych nie stosowana).

Standard leczenia raka żołądka polega na stosowaniu jako metody wiodącej chirurgii, a w przypadkach paliatywnych kojarzenie jej z chemioterapią. Radioterapia stosowana jest wyjątkowo, najczęściej jako kontrolowane badanie kliniczne (eksperyment).

**Rokowanie** w raku żołądka zależy od zaawansowania, a zwłaszcza od istnienia przerzutów odległych do narządów (wątroba, płuca, kości, skóra!) oraz węzłów chłonnych.

W postaciach nie zaawansowanych przeżycia 5-letnie sięgają 60 – 90 %, w postaciach zaawansowanych 5 – 30 %.

***Raka żołądka można wyleczyć. Nie pozbywajmy się szans. Jeśli masz dolegliwości żołądkowe, „niestrawność”, zgłoś się do lekarza i pozwól sobie wykonać gastroskopię.***

**Poza tym pamiętaj!!!**

***Profilaktyka – „5 x dziennie porcja warzyw i owoców”.***

## Zaparcia stolca

lek. med. Anna Świercz  
Opolskie Centrum Onkologii



Zaparcie, to oddawanie stolca rzadziej niż trzykrotnie w ciągu tygodnia. Pacjent skarży się na bolesne oddawanie gazów, ma uczucie niepełnego wypróżnienia, uciążliwe wzdęcia. Oddawanie twardego, suchego stolca, przyjmowanie środków przeczyszczających umożliwiających wypróżnienie - możemy także mówić o zaparciach.

Przyczyny zaparć:

1. guzy nowotworowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego np. w esicy czy odbytnicy,
2. duże polipy w jelicie grubym,
3. ucisk na jelito z zewnątrz (np.: guzy w miednicy mniejszej, skręt jelit, zrosty zapalne czy pooperacyjne, zwężenie zapalne jelita z powodu np. choroby Crohna czy wrzodziejącego zapalenia jelit lub przy uwięźniętej przepuklinie),
4. po znieczuleniu ogólnym,
5. zaburzenia neurologiczne, związane z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (np.: guz ogona końskiego, czy porażenie kończyn dolnych),
6. zaburzenia psychiczne, nasilony lęk i zaburzenia nerwicowe, oraz zaburzenia snu,
7. zaburzenia polekowe, są wynikiem przyjmowania leków (m.in. opioidowych tj. tramadol, fentanyl, morfina, czy przeciwdepresyjnych, soli żelaza i inne),
8. zaburzenia - związane ze zmianą trybu życia i żywienia, unieruchomienie, brak aktywności, siedzący tryb życia, niedobór płynów.

Przy przewlekającym się braku prawidłowego wypróżnienia, może dochodzić do powstania typowych kamieni kałowych (można je wy badać przez powłoki brzuszne). Przy zaparciu przewlekłym, gdzie jelito jest wypełnione masami kałowymi, może dojść do przelewania się płynnego stolca przez powstałą przeszkodę i występuje wówczas luźny stolec. Nierzadko mylony z biegunką. Najprostszym sposobem ujawnienia zaparcia, jest badanie per rectum, (można ocenić, czy w bańce odbytnicy nie ma zalegania dużych ilości stolca).

Jeżeli zaparciom, towarzyszą inne objawy tj. krwawienia, bóle brzucha, czy też zaparcie trwa długo lub często nawraca z nasileniem dolegliwości,

a nie ma ustalonej przyczyny to należy wykonać badania diagnostyczne i ustalić rozpoznanie.

### ***Postępowanie w przypadku zaparcí***

Dieta powinna być bogata w płyny (soki, mleko), owoce i warzywa, a także miód. Można stosować otręby, (należy pamiętać o dodatkowych szklankach płynów), można podawać suszone śliwki i potrawy z roślin zbożowych. Ilość przyjmowanych płynów w diecie, nie może być mniejsza niż 1,5 litra na dobę. Bardzo ważne jest ustalenie stałych godzin posiłków i stałych godzin wypróżnień.

Należy, na ile to możliwe zwiększyć aktywność fizyczną, nawet w przypadku chorych leżących wskazane jest wykonywanie prostych ćwiczeń podczas leżenia, zmian pozycji ciała, co poprawia pracę jelit.

Można stosować środki farmakologiczne, ale z dużą ostrożnością, ponieważ mogą mieć wpływ na wchłanianie innych leków. Szczególnie należy pamiętać o przeciwwskazaniach do ich stosowania w przypadku niejasnego ostrego bólu brzucha, w niedrożności kałowej, przy zmianach zapalnych i zwężeniach jelita, a także w krwawieniach z przewodu pokarmowego.

W przypadku braku efektów, przy zastosowaniu przeczyszczających środków doustnych należy, wykonać wlew czyszczący najlepiej gotowym preparatem ENEMA.

***Nie wolno wykonywać wlewów z roztworu mydła, mogą one doprowadzić do wchłaniania się substancji chemicznych z jelita, i w konsekwencji do ciężkich zaburzeń wątroby i nerek!***

W przypadku zalegania dużych ilości mas kałowych, lub też obecności kamieni kałowych, należy wykonać zabieg ręcznego wydobycia stolca. Jest to zabieg bolesny dla chorego, dlatego wymaga wcześniejszego podania leków p/bólowych, oraz środków znieczulających miejscowo np. żel lignokainy.

### ***Niedrożność przewodu pokarmowego***

O niedrożności mówimy wówczas, gdy dochodzi do zamknięcia światła jelita, w wyniku czego, mamy do czynienia z zanikiem prawidłowej czynności skurczowej jelita i zaburzenia pasażu treści jelitowej. Rodzaje niedrożności: mechaniczna, porażenna i pseudoniedrożność.

Najczęściej dochodzi do niedrożności mechanicznej, w wyniku choroby nowotworowej w obrębie jamy brzusznej i miednicy. Zdarza się, że niedrożność może być jednym z pierwszych objawów choroby nowotworowej, lub też może wskazywać na wznowę procesu npl.

Przyczyną niedrożności mogą być: nowotwory jajnika, żołądka, trzustki, jelita grubego, a także powikłania po leczeniu chirurgicznym – zrosty pooperacyjne; powikłania po leczeniu promieniami – zapalenia, zwłóknienia, niedokrwienie jelit oraz po chemioterapii – neuropatie.

Przewlekłe przyjmowanie leków z grupy opioidów np. morfiny, oraz antycholinergicznych, przy braku kontroli prawidłowego wypróżniania się, może w końcu doprowadzić do zaczopowania jelita masami kałowymi i do niedrożności.

Niedrożność może być częściowa, przepuszczająca i całkowita.

Niedrożność mechaniczna, spowodowana może być, poprzez zamknięcie światła jelita przez guzy nowotworowe lub kamienie kałowe, przez zwężenie jelita wywołane uciskiem od zewnątrz np. guz naciekający otrzewną z narządów jamy brzusznej czy miednicy, lub też śródścienny rozrost guza - doprowadzający do zamknięcia światła jelita.

O pseudoniedrożności mówimy, gdy dochodzi do zaburzeń motoryki, a o porażonej np. w wyniku powikłań po chemioterapii lub cukrzycy.

Objawy kliniczne, to uporczywe wymioty czasami kałowe, kolkowe bóle brzucha, zatrzymanie gazów i stolca, bolesne wzdęcia. Objawy mogą się rozwijać stopniowo lub wystąpić nagle.

W każdym przypadku należy zgłosić się o lekarza.

Postępowanie w niedrożności zależy od stanu pacjenta. Może być chirurgiczne lub zachowawcze. Rzadko konieczne jest pilne wykonanie operacji. Zwykle postępowanie zaczyna się od leczenia zachowawczego, dopiero przy braku efektów i uprzedniej kwalifikacji, kieruje się chorego do zabiegu operacyjnego. Przeciwwskazaniem, do interwencji chirurgicznej są: zły ogólny stan chorego, wyniszczenie, wielopoziomowa niedrożność, rozsiany po jamie brzusznej proces nowotworowy, stwierdzony w poprzedniej operacji, wyczuwalne przez powłoki brzuszne guzy oraz brak zgody pacjenta na wykonanie zabiegu operacyjnego.

Jeżeli stan chorego, pozwala na wykonanie operacji, wówczas leczenie chirurgiczne polega na wyłonieniu sztucznego odbytu. Natomiast, gdy zabieg operacyjny jest niemożliwy do wykonania, prowadzi się leczenie zachowawcze, polegające na wykonaniu lewatywy, (przy wymiotach założenie sondy odbarczającej), podawaniu płynów drogą pozajelitową, podawaniu leków p/bólowych, środków zmiękczających stolec (np. laktuloza, olej parafinowy) oraz leków p/wymiotnych.

***Przy całkowitej niedrożności, nie należy podawać leków przeczyszczających, ponieważ one nasilają bóle kolkowe i wymioty!***

**Czkawka** - jest patologicznym odruchem oddechowym, polegającym na skurczu przepony i mięśni międzyżebrowych. Przewlekła czkawka trwająca dłużej niż 48 godzin, lub nawracająca wymaga ustalenia przyczyn, którymi mogą być:

1. choroby układu nerwowego: nowotwory lub stwardnienia rozsiane,
2. choroby i zmiany w obrębie szyi i klatki piersiowej: nowotwory, przepuklina przełykowa, guzy śródpiersia, opłucnej, przełyku,
3. zmiany nowotworowe w obrębie jamy brzusznej, choroba wrzodowa, zapalenia trzustki, powiększona śledziona i wątroba, rozdęcie żołądka, niedrożność jelit.

Postępowanie można rozpocząć od metod tradycyjnych tj. szybkie połknięcie 2 łyżeczek cukru bez popijania, szybko wypić napój, połknąć kawałek suchego chleba, lub skruszoną kostkę lodu, wstrzymać oddech, wykonać okład z lodu na kark z odgięciem głowy do tyłu, lub nagle i głośno odwrócić uwagę pacjenta. Można również zastosować podrażnienie podniebienia miękkiego za pomocą pałeczki z watą. Jeżeli nie uzyskamy efektów, lub gdy czkawka nawraca należy podać środki farmakologiczne zlecone przez lekarza.

## **POCHP - Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc** **Część II /rozpoznanie/**

*lek. med. Janusz Wójcicki*  
*specjalista chorób płuc*  
*z-ca Ordynatora Oddziału Pulmonologicznego*  
*Szpitala Wojewódzkiego w Opolu*

Rozpoznanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, w znacznej mierze oparte jest na wywiadzie, badaniu fizykalnym, wyniku spirometrii, oraz w mniejszym stopniu – na wynikach innych badań (w tym badań laboratoryjnych).

Rozpoznanie POCHP, należy rozważyć u każdej osoby palącej papierosy aktualnie lub w przeszłości, która ma następujące objawy: kaszel, odkrztuszanie płwociny, a także duszność podczas wysiłku fizycznego.



W wywiadach lekarskich, należy głównie zwrócić uwagę na nałóg palenia tytoniu, palenie bierne w dzieciństwie, infekcje oddechowe we wczesnym dzieciństwie i ekspozycję na pyły, gazy lub dymy w czasie pracy. Diagnozę trzeba jednak potwierdzić za pomocą badań czynnościowych płuc. Najlepszym badaniem pozwalającym ocenić wentylację płuc jest spirometria.

Spirometria - umożliwia pomiar objętości płuc i natężenia przepływu powietrza, podczas natężonego wydechu. Otrzymane wyniki, porównuje się z wartościami uzyskanymi na podstawie badań zdrowych osób niepalących (w różnych przedziałach wiekowych). Ważną rolę odgrywa również płeć i wzrost osoby badanej.

Spirometria pozwala na:

- wczesne wykrycie POCHP,
- określenie stopnia zaawansowania choroby,
- sprawdzenie odpowiedzi na stosowane leki,
- przewidywanie dalszego przebiegu choroby.

Wykonanie spirometrii, u osób z przewlekłym i produktywnym kaszlem jest najlepszą metodą identyfikowania pacjentów we wczesnym etapie rozwoju tej choroby. Ponadto jest to, spośród obecnie dostępnych, najlepiej wystandaryzowana, najbardziej powtarzalna i najbardziej obiektywna metoda pomiaru zaburzeń przepływu przez drogi oddechowe.

Standardowym wskaźnikiem drożności oskrzeli, ocenianym w spirometrii jest FEV1, czyli natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa. Drugim ważnym parametrem jest FVC, czyli pojemność życiowa płuc, tj. maksymalna objętość powietrza wydychanego w sposób natężony, po uprzednim wykonaniu maksymalnego wdechu. Następnie obliczany jest stosunek obu tych wartości /FEV1/FVC/.

Wraz ze starzeniem się organizmu wszystkie parametry spirometryczne ulegają stopniowemu obniżaniu.

Wykazano, że u osób zdrowych, fizjologiczny roczny spadek FEV1 wynosi do 30 ml. Stąd rozważając teoretycznie - u tych osób, kliniczne objawy POCHP mogłyby wystąpić dopiero w wieku około 120 lat. Jak więc widać, płuca człowieka zdrowego zachowują dobre rezerwy oddechowe do późnej starości. Natomiast u palaczy spadek FEV1 może sięgać 70 ml, a u niektórych nawet 120 ml rocznie. Stąd POCHP, często objawia się u nich między 50 - 60 rokiem życia, gdyż chory traci bezpowrotnie ponad 50 % rezerw oddechowych płuc. W tym też okresie pojawia się duszność w czasie wysiłku, stanowiąca poważne utrudnienie w życiu i pracy chorego. Wkrótce następuje utrata możliwości kontynuacji pracy, szczególnie w zawodach wymagających wysiłku fizycznego.

Obniżenie FEV1 poniżej 30 % następuje pomiędzy 60 i 70 rokiem życia, stanowiąc bezpośrednie zagrożenie życia, spowodowane powikłaniami – niewydolnością oddychania i niewydolnością serca.

Jeśli u badanego pacjenta stwierdza się zaburzenia wentylacji o charakterze obturacji, kolejnym krokiem jest wykonanie próby rozkurczowej z krótkodziałającym beta 2-mimetykiem lub z bromkiem ipratropium, w celu oceny odwracalności obturacji. W przebiegu POCHP często próba ta jest ujemna, czyli nie uzyskujemy poprawy wartości FEV1 powyżej 15 procent. Istnieje kilka innych badań, które mogą okazać się przydatne na różnych etapach rozwoju choroby. W początkowej fazie serca płucnego, może być potrzebna ocena hemodynamiki płucnej i nerkowej, oraz echokardiografia.

Wtórna policytemię (zagęszczenie krwi), stwierdza się na podstawie morfologii krwi (szczególnie ważny jest hematokryt – wartość przekraczająca 55 %).

Badanie wysiłkowe, jest ważnym składnikiem oceny rehabilitacji oddechowej. Badanie radiologiczne, jest niemal obowiązkowym elementem oceny pacjenta z POCHP.

Należy je wykonać dla wykluczenia innych chorób układu oddechowego. Nie należy się spodziewać postawienia rozpoznania POCHP, tylko na podstawie zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej, lecz w tej chorobie niezwykle ważne jest stwierdzenie, ewentualnych stanów współistniejących.

Splaszczanie kopuł przepony, nadmiernie jasne pola płucne i zanik unaczynienia płucnego, to główne cechy radiologiczne POCHP.

Tomografia komputerowa klatki piersiowej (TK), a w szczególności HRCT, (tj. TK o wysokiej rozdzielczości), odgrywa jedynie drugoplanową rolę w ocenie chorych z POCHP, jednakże z dużym prawdopodobieństwem badanie to będzie miało w przyszłości większe znaczenie. W chwili obecnej HRCT, ma znaczenie w diagnostyce różnicowej POCHP.

Gazometria krwi tętniczej, to kolejne badanie stosowane przy monitorowaniu stanu pacjenta z zaawansowanym POCHP, mające na celu potwierdzenia niewydolności oddechowej.

Stosunkowo łatwą metodą monitorowania stanu pacjenta, jest pulsoksymetria (badanie proste do wykonania także przez pielęgniarkę).

### **Dlaczego POCHP, często nie jest rozpoznawana, lub jest rozpoznawana bardzo późno?**

Większość chorych na POCHP, szuka pomocy lekarskiej dopiero wówczas, gdy choroba już znacznie im dokucza i ogranicza normalne funkcjonowanie. Przez wiele lat jedynym objawem choroby jest przewlekły kaszel, lekceważony przez chorego i traktowany jako nieistotne następstwo palenia papierosów.



W badaniu przeprowadzonym w USA w roku 2000, okazało się, że u blisko 10 milionów dorosłych POCHP była rozpoznawana przez lekarza, natomiast aż u 24 milionów stwierdzono za pomocą spirometrii upośledzenie czynności płuc odpowiadające tej chorobie.

W Polsce, podczas przesiewowego badania spirometrycznego palaczy papierosów, u 20 % badanych stwierdzono objawy odpowiadające POCHP – 45 % z nich miało łagodną postać choroby, 30 % umiarkowaną postać, a 25 % ciężką postać choroby.

Dlatego podstawowe znaczenie w aspekcie zdrowia publicznego ma edukacja społeczeństwa i pracowników służby zdrowia w zakresie rozpoznawania objawów POCHP oraz wdrażania właściwego leczenia w jej początkowym okresie.

***Należy pamiętać, że chorobę można rozpoznać stosunkowo wcześnie, w okresie bezobjawowym, wykonując tanie, niebolesne badanie spirometryczne.***

## Obrzęk chłonny limfatyczny —

*mgr Joanna Orzęcka*  
*Opolskie Centrum Onkologii*

W ostatnich latach, w krajach wysokorozwiniętych, obserwuje się tendencję wzrostową zapadalności na wtórny obrzęk limfatyczny związany z chorobą nowotworową, przede wszystkim w wyniku powikłań po usunięciu lub napromienianiu węzłów chłonnych. Według specjalistów obrzęki obserwowane są u około 200 – 300 milionów ludzi na świecie, z tego ok. 140 milionów to przypadki obrzęku limfatycznego. W Polsce cierpi na nie kilkanaście tysięcy osób.

Prawidłowe funkcjonowanie układu chłonnego jest nieodzownym czynnikiem utrzymania prawidłowego mikrokrążenia. Układ limfatyczny jest częścią układu odpornościowego, którego zadaniem jest walka z zakażeniami i chorobami. W jego skład wchodzi naczynia chłonne (podobne do krwionośnych), w których płynie limfa (chłonka). Układ limfatyczny bierze udział w procesach immunologicznych ustroju, transportuje wodę i sole mineralne, usuwa substancje obce z organizmu, oraz warunkuje powrót białka z przestrzeni poza naczy-



niowej do krwioobiegu. Bardzo ważną rolę w układzie limfatycznym pełnią węzły chłonne, które:

- oczyszczają chłonkę z substancji szkodliwych dla organizmu (bakterie, komórki nowotworowe, pył węglowy),
- produkują i magazynują limfocyty,
- wytwarzają przeciwciała,
- regulują przepływ chłonki.

Zaburzenia czynności układu limfatycznego, prowadzą do powstania obrzęku limfatycznego uważanego za chorobę przewlekłą i dotychczas nieuleczalną. Nieleczony obrzęk limfatyczny, może być przyczyną miejscowego osłabienia immunologicznego, nawracających stanów zapalnych, oraz groźnych dla zdrowia i życia powikłań. Stanowi też podłoże dla rozwoju gronkowców i paciorkowców, oraz ogranicza zasięg ruchów kończyną. Do przyczyn powstawania obrzęków limfatycznych zaliczyć możemy: zabiegi operacyjne, urazy, radioterapię, choroby nowotworowe, zmiany zapalne, choroby układowe oraz zespół pozakrzepowy.

Bardzo często, obrzęk chłonny występuje jako powikłanie terapii przeciwnowotworowej (zazwyczaj dotyczy to pacjentów po operacyjnym usunięciu guza wraz z okolicznymi węzłami chłonnymi, najczęściej pachwinowymi lub pachowymi. Ryzyko to wzrasta jeszcze bardziej, gdy leczenie chirurgiczne uzupełnione jest naświetlaniami – radioterapią.

Wyróżniamy cztery stadia obrzęku limfatycznego:

- stadium I – bez objawów klinicznych, występują zaburzenia odpływu chłonki widoczne tylko w badaniach obrazowych,
- stadium II – obrzęk o miękkiej konsystencji, odwracalny, wysokie ułożenie kończyny zmniejsza obrzęk,
- stadium III – obrzęk z wtórnymi zmianami tkankowymi, wysokie ułożenie kończyny nie przynosi efektu,
- stadium IV – słoniowacizna, twardy obrzęk, często ze zmianami skórnymi.

Głównym celem leczenia obrzęku limfatycznego, jest poprawa jakości życia pacjentów, poprzez zmniejszenie obrzęku oraz zapobieganie zakażeniom skóry.

Obrzęk limfatyczny, może pojawić się w każdym momencie po zabiegu operacyjnym, bezpośrednio po nim, lub po kilku miesiącach, a nawet latach. Dlatego tak ważnym elementem w rehabilitacji po usunięciu węzłów chłonnych, jest wczesna profilaktyka przeciwobrzękowa, która w znacznym stopniu zabezpiecza przed wystąpieniem obrzęku limfatycznego.

W skład profilaktyki przeciwobrzękowej wchodzi:

- bierne i czynne układanie kończyny w czasie snu, wypoczynku i pracy z zastosowaniem „klina przeciwoobrzękowego” (zapobiega powstawaniu lub zwiększaniu się obrzęku limfatycznego, poprzez wykorzystanie siły grawitacji ułatwiającej odpływ chłonki),
- systematyczne wykonywanie ćwiczeń ruchowych, od pierwszej doby po zabiegu, kontynuując je w domu,
- ćwiczenia oddechowe torem piersiowym,
- ćwiczenia rozluźniające i relaksacyjne,
- kilkakrotnie w ciągu dnia, wstrząsanie całą kończyną górną w pozycji jej wysokiego uniesienia,
- stosowanie automasażu (autodrenażu limfatycznego), 1 – 2 razy w ciągu dnia.

Po zabiegach, należy unikać następujących czynników, sprzyjających rozwojowi obrzęku limfatycznego w obrębie kończyny po stronie operowanej:

- nadmiernego wysiłku wykonywanego ręką (po stronie zabiegu),
- długiego noszenia, nawet lekkich przedmiotów (zwłaszcza przy opuszczonej kończynie górnej),
- noszenia obcisłych rzeczy na kończynie (np. ciasnych pasków zegarków, biżuterii),
- spania na kończynie (po stronie zabiegu),
- gorących kąpeli (temp. Wody nie powinna przekraczać 34 – 38°),
- gorących okładów i intensywnego opalania się,
- urazów kończyny – po stronie operowanej (zadrapań, skaleczeń, oparzeń)
- mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, robienia zastrzyków i wlewów kroplowych, oraz pobierania krwi w obrębie kończyny (po stronie operowanej),
- pchania i ciągnięcia,
- długiego moczenia kończyny (np. podczas prania),
- używania detergentów mogących podrażnić skórę,
- bielizny uszytej z szorstkich materiałów,
- ucisku strony operowanej (np. podczas jazdy samochodem, pod pas podłożyć coś miękkiego),
- noszenia ciasnej bielizny i biustonoszy (z ciasnymi i wąskimi ramiączkami).

Po opuszczeniu szpitala, a także w późniejszym okresie, zalecana jest kontrola sprawności oraz wymiarów kończyny po stronie zabiegu – w poradniach rehabilitacyjnych, lub w Klubach Amazonek (w miejscu zamieszkania).

**Wczesne wykrycie obrzęku limfatycznego umożliwi jego leczenie, oraz zapobiegnie groźnym powikłaniom.**

W następnym materiale, przedstawię informacje dotyczące, leczenia i usuwania obrzęku limfatycznego.

\* mgr Joanna Orzęcka - w roku 1993 ukończyła studia na Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Od roku 1997 pracuje na stanowisku rehabilitanta w Opolskim Centrum Onkologii - na oddziale chirurgii onkologicznej. W 2003 roku, po ukończeniu specjalistycznego szkolenia z kompleksowej terapii przeciwoobrzękowej, zajmuje się głównie usuwaniem obrzęku limfatycznego i rehabilitacją kobiet po mastektomii.

## Rak jelita grubego

*lek. med. Agnieszka Garczyńska*  
*Opolskie Centrum Onkologii*

Artykuł ten pozwala nam pogłębić wiedzę, może być także uzupełnieniem artykułu Pani dr Marii Urbaniec z numeru grudniowego Biuletynu OCO.

Rak jelita grubego należy do najczęściej występujących na świecie chorób nowotworowych. W Polsce, podobnie jak w innych krajach rozwiniętych jest istotnym społecznie problemem zdrowotnym. Niestety, w naszym kraju wyniki jego leczenia daleko odbiegają od wyników uzyskiwanych w krajach Europy Zachodniej oraz w Stanach Zjednoczonych. Wynika to przede wszystkim ze zbyt późnego rozpoznania choroby, a – jak wiadomo – wczesne wykrycie raka jelita grubego zwiększa szansę na jego całkowite wyleczenie.

Polska należy do krajów o średniej zapadalności na ten nowotwór, jednak liczba zachorowań ciągle się zwiększa. Zarówno u kobiet jak i u mężczyzn rak jelita grubego jest drugim, co do częstości nowotworem. Wprawdzie może wystąpić w każdym wieku, jednak zachorowania u młodych osób obserwuje się rzadko. Ryzyko zachorowania zaczyna się – tak u kobiet jak i u mężczyzn – od 30 roku życia i stopniowo się zwiększa, osiągając szczyt w starszych grupach wiekowych (60 - 70 lat).

Rak jelita grubego, w większości przypadków rozwija się powoli – przez kilka do kilkadziesiąt lat, często skrycie, a pacjenci zazwyczaj bagatelizują pierwsze objawy choroby, lub bojąc się niekorzystnego rozpoznania przeciągają decyzję o diagnostyce do granic ich wytrzymałości na dolegliwości.



Jelito grube, czyli ostatni odcinek przewodu pokarmowego stanowi znaczną jego część. Długość jelita grubego waha się w granicach 120 - 150 cm, co stanowi 20 % całego przewodu pokarmowego.

W skład jelita grubego wchodzi kolejno: kątnica z wyrostkiem robaczkowym, okrężnica wstępująca, poprzeczna i zstępująca, okrężnica esowata, odbytnica i odbyt. Istnieje również praktyczny podział jelita grubego na jego część prawą i lewą.

Do jelita grubego, dostaje się dziennie z jelita cienkiego od 500 - 1500 ml płynnej papki, zawierającej resztki pokarmowe, które nie zostały strawione i wchłonięte w jelicie cienkim. W kątnicy i okrężnicy następuje wchłanianie wody (ok. 900ml), co powoduje, że uformowany stolec zawiera jedynie 100 ml wody. Tak, więc treść prawej połowy jelita jest bardziej płynna niż treść lewej połowy.

W jelicie grubym oprócz wody wchłaniane są również takie jony jak sód i chlor, oraz sole żółciowe, glukoza, mocznik, amoniak i niektóre leki (np. morfina, hydrokortyzon).

Jelito grube odgrywa także ważną rolę w transporcie, magazynowaniu oraz wydalaniu stolca. W jego świetle żyje dużo bakterii. Ich rola nie jest do końca poznana. Wiadomo jednak, że wiele z nich produkuje np. witaminy. Największe znaczenie odgrywa produkcja witaminy K, której ilość w spożywanym pokarmie nie pokrywa dziennego zapotrzebowania organizmu.

Czynniki ryzyka zachorowania można podzielić na wewnętrzne i zewnętrzne.

Do wewnętrznych zalicza się przede wszystkim polipy (gruczolaki). Szacuje się, że czas przekształcenia polipa w raka wynosi ponad 10 lat. Do wewnętrznych czynników, należą także przewlekłe zapalne choroby jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Crohna) oraz polipowatość rodzinna. Ryzyko zachorowania na raka jelita grubego u osoby chorej na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa) jest większe, jeśli choroba wystąpiła przed 25 rokiem życia i trwa przeszło 10 lat. U osób z chorobą Crohna ryzyko zachorowania jest mniejsze.

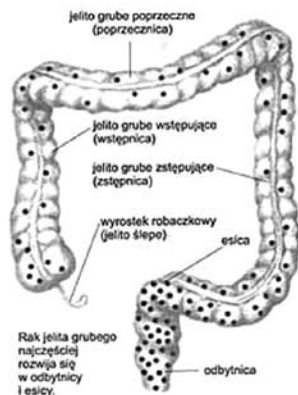
U niektórych chorych stwierdza się nieprawidłowość genetyczną. Wśród osób z „Zespołem Lynha”, aż 80 % zachoruje na raka jelita grubego, często w młodym wieku. Młodzi chorzy są najczęściej predysponowani genetycznie, stwierdza się u nich polipowatość rodzinną, wieloletni przebieg wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (pozytywny wywiad rodzinny w kierunku raka jelita grubego).

Czynniki zewnętrzne (środowiskowe) również przyczyniają się do zachorowań na ten nowotwór. Wśród nich składniki pożywienia - nie ma na to

jednak pewnych dowodów naukowych. Powszechnie uważa się, że dieta wysokokaloryczna, przetworzona (z małą ilością błonnika), obfita w tłuszcze, mięso – zwłaszcza czerwone, z małą ilością warzyw, owoców, produktów mlecznych, witamin (A, E, C) stwarza większe ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Zwiększa je, także palenie papierosów, nadmierne spożywanie alkoholu, w tym niskoprocentowego (piwa). U osób mieszkających w dużych, przemysłowych miastach ryzyko zachorowania jest większe niż u mieszkańców regionów wiejskich.

## Objawy

**Rak jelita grubego rozwija się przez wiele lat. Bardzo długo może nie dawać żadnych objawów lub są one tak nieznaczne i niecharakterystyczne, że mogą być lekceważone. Takie objawy jak krwawienie jelitowe, zmiana rytmu wypróżnień (zmiana pory wypróżnień, objętości stolca, zaparcia, biegunki), niejasne bóle brzucha, wymagają przeprowadzenia badań.**



Częstość występowania raka w poszczególnych odcinkach jelita grubego.

Stwierdzenie niedokrwistości wymaga także diagnostyki. Wymienione objawy powinny być szczególnie alarmujące u osób po 40 roku życia.

Objawy mogą wynikać z obecności guza pierwotnego, ale może się zdarzyć, że będą one zależały od wystąpienia przerzutów.

Pierwszym objawem, może być także **niedrożność** (gdy guz zatkał światło jelita): objawia się, silnymi bólami brzucha o charakterze skurczowym, wzdęciami, zatrzymaniem gazów i stolca. Czasami pacjent sam może wybadać sobie guza przez powłoki brzuszne, zwłaszcza gdy jest on duży.

W przypadku raków odbytnicy może wystąpić uczucie niepełnego wypróżnienia (parcie daremne). Charakterystyczne jest występowanie jawnego krwawienia (u 50 % chorych), może wystąpić świąd odbytu, pojawienie się nietypowej wydzieliny, bolesne i nagłe parcie na stolec, nietrzymanie gazów i stolca.

Takie dolegliwości, jak brak apetytu, utrata wagi ciała, gorączka należą do objawów późnych, sugerujących, że choroba jest zaawansowana.

\*lek. med. Agnieszka Garczyńska, jest absolwentką Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, lekarzem specjalistą z zakresu medycyny pracy, absolwentka Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu (zarządzanie w ochronie zdrowia). W Opolskim Centrum Onkologii pracuje ponad dwa lata.

## Miejsce pracy bez papierosa – wymierne korzyści

Palenie tytoniu przez pracowników jest pośrednią przyczyną strat pracodawcy. Przyjęcie zasady „miejsca pracy bez papierosa” jest, więc oczywistą korzyścią – pozytywny efekt dla zdrowia pracowników, wzrost bezpieczeństwa w firmie, oszczędności finansowe.

Badania pokazują, że rygorystyczne egzekwowanie zakazu palenia w miejscu pracy skłania pracowników do ograniczenia palenia papierosów w godzinach pracy, a pośrednio zmniejsza liczbę papierosów wypalanych także poza pracą.

***Jeżeli wypalenie jednego papierosa zajmuje około 10 minut, a pracownik wypala ich tylko 6 w ciągu dnia pracy, to pracuje o godzinę krócej niż niepalący współpracownicy***

Porównując zakłady pracy, gdzie wprowadzono zakaz palenia tytoniu, z tymi w których takie ograniczenia nie obowiązują, stwierdzono m.in., następujące straty tych drugich:

- koszty leczenia pracownika są wyższe o 18 %,
- liczba dni, kiedy pracownicy przebywają w szpitalu rośnie o 25 %,
- absencja pracowników wzrasta od 30 % do 50 %,
- w roku traci się od 2,2 do 5,5 dnia pracy,
- wypadki przy pracy zdarzają się o 29 % - 100 % częściej,
- pracodawcy są karani o 55 % częściej.

***Miejsce pracy bez papierosa to nie tylko niższe koszty osobowe, ale także oszczędności na sprzęcie.***

Dla pracodawców, którzy wprowadzili zakaz palenia w firmie, rzeczywiste oszczędności biorą się z wielu źródeł. Warto wiedzieć, że:

- zmniejsza się wówczas liczba wypadków przy pracy,
- zmniejsza się koszt klimatyzacji i ogrzewania pomieszczeń,
- maleje ryzyko wystąpienia awarii urządzeń wrażliwych na dym (np. procesorów), z czym wiąże się dodatkowo spadek kosztów utrzymania sprzętu o 23 % oraz spowolniony zostaje proces starzenia się sprzętu.

Można tu przytoczyć szczególny przykład papierni w Szczecinie. Podczas restrukturyzacji, kierownictwo postanowiło zlikwidować zakładową straż pożarną, w celu ograniczenia kosztów przedsiębiorstwa – i w związku z tym wprowadzono zakaz posiadania papierosów w miejscu pracy. Co ciekawe, pracownicy zareagowali na ten zakaz strajkiem. Papiernia była gotowa ponieść koszty leczenia pracowników uzależnionych od tytoniu. Na leczenie zgłosiła się tylko jedna osoba.\*

\* z Przewodnika Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, W-wa 2006

Przedstawiając komórki organizacyjne, funkcjonujące w Opolskim Centrum Onkologii nie sposób pominąć jednej z najważniejszych, jaką jest sekcja księgowości i plac. Sekcja ta realizuje zadania pozwalające na sprawne funkcjonowanie Centrum.

**Do najważniejszych z nich zaliczyć możemy:**

- opracowywanie, a także bieżącą kontrolę dokumentów stanowiących podstawę wszelkich wpłat i wypłat dokonywanych przez Opolskie Centrum Onkologii,
- prowadzenie księgowości syntetycznej i analitycznej,
- sporządzanie sprawozdań finansowych,
- regulację zobowiązań Centrum,
- organizację i obsługę kasową,
- sporządzanie list wynagrodzeń
- prowadzenie ewidencji środków trwałych w urządzeniach syntetycznych i analitycznych,
- dysponowanie środkami zgromadzonymi na rachunku bankowym,
- bieżącą kontrolę dokumentów obrotu materiałowego oraz kosztowych pod względem formalnym i rachunkowym,
- dekretacja dokumentów według obowiązującego planu kont,
- wycenę składników majątkowych,
- sporządzanie faktur za wykonane usługi,
- prawidłowe naliczanie podatków, składek ZUS, ZFŚS,
- przygotowywanie ofert na wykonywanie świadczeń dla Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dla Ministerstwa Zdrowia
- rozliczanie wykonanych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Zdrowia
- przygotowywanie wniosków o dotacje
- sporządzanie planów finansowych i inwestycyjnych
- sporządzanie analiz ekonomicznych

Sekcją tą od początku jej powstania kieruje główna księgowa Pani Teresa Wider, a pracownikami są panie: Barbara Bańkowska – st. księgowa-kasjer, Helena Skowronek, Łucja Boguszewska i Beata Słodkowska – st. księgowe, Krystyna Chraca – księgowa oraz Joanna Boguszewska – st. inspektor ds. ekonomicznych

**W następnym numerze:** m. in. antybiotyki, rola anestezjologa ...

**„Biuletyn informacyjny OCO”**  
Wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii  
www.onkologia.opole.pl  
**Redaktor Naczelny** Wiesław Krzysztof Duda  
**Sekretarz redakcji** Mariola Sobecka  
**Adres Redakcji**  
ul. Katowicka 66a, 45 – 060 Opole  
tel. 077 441 60 01  
fax 077 441 60 03  
Współpraca:  
M. Białas, K. Wróblewska, A. Łabińska  
Zdjęcia: W. Duda  
**Skład komputerowy i druk**  
EUROCENT - 45-372 Opole, ul. Koźnego 70  
tel. 077 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

**Sekretariat Centrum:** 0-77 441 6001 - fax 0-77 441 6003  
**Rejestracja Przychodni:** 0-77 441 6007, 0-77 4416008  
**Izba Przyjęć:** 0-77 441 6010  
**Rejestracja Pracowni Diagnostyki Obrazowej:**  
0-77 441 6039

**Sekretariaty:**  
**Zakładu Radioterapii:** 0-77 441 6050  
**Oddziału Chirurgii Onkologicznej:** 0-77 441 6073  
**Oddziału Onkologii Klinicznej:** 0-77 441 6090  
**Oddziału Onkologii Ginekologicznej:** 0-77 441 6087  
**Oddziału Radioterapii:** 0-77 441 6126 do 27