

Onkologia...

Wiesław Duda

Co roku (wg ostatnich danych) na raka w Polsce zapada ok. 135 tysięcy osób.

Na podstawie statystyk ocenia się, iż 5-letnia przeżywalność chorych od momentu wykrycia choroby wynosi 42 %.



Przyczyn takiego stanu rzeczy jest wiele. Bez wątpienia pierwszą z nich są niskie nakłady na leczenie (w przeliczeniu na jednego mieszkańca 34 euro – w porównaniu do sąsiednich Czech 65 euro, a w Szwajcarii aż 189 euro). Kolejną przyczyną jest sposób edukacji specjalistów onkologów.

Obecnie w Polsce, rakiem zajmuje się pięciu profesorów onkologii klinicznej i trzystu onkologów klinicznych, natomiast lekarzy ze specjalizacjami onkologicznymi jest około tysiąca. Badania Eurocare-3, pokazują, iż Polska jest na ostatnim miejscu pod względem skuteczności leczenia nowotworów.

Analizując sytuację pacjentów, nie można pominąć ich zachowań dotyczących czasu zgłoszenia się do lekarza specjalisty. Około 80 % chorych zgłasza się do lekarza (średnio) w siedem miesięcy po zauważeniu pierwszych objawów choroby. 55 % chorych leczonych jest przez lekarzy przed skierowaniem do leczenia onkologicznego z niewłaściwym (mylnym) lub właściwym rozpoznaniem - średnio przez 6 miesięcy. Wina za późne rozpoznanie leży zarówno po stronie pacjenta, jak i lekarza. Podstawowymi przyczynami takiego stanu jest niski poziom świadomości oraz lęk.

„...Czasami pacjenci zdają sobie sprawę z ryzyka, ale wolą odroczyć moment zgłoszenia się do lekarza z obawy przed usłyszeniem rozpoznania, którego podświadomie się obawiają.

Boją się wreszcie badań diagnostycznych, a także ciągle spieszących się i oschłych lekarzy, którzy niemal żądają, aby pacjent przy wejściu do gabinetu sam sobie postawił diagnozę.

Lekarz pierwszego kontaktu spotyka się rocznie z 10 nowymi przypadkami raka, które właśnie on musi rozpoznać (źródła angielskie). Od niego będzie zależało, a nie od lekarza poradni onkologicznej, ilu z tych 10 chorych będzie wyleczonych. Istotna sprawa nie polega tylko na tym, jak długo będzie trwało ustalenie wstępnego rozpoznania (tak zwane opóźnienie z winy lekarza), ale jak dużo czasu upłynie, zanim pacjent zgłosi się do niego od momentu zauważenia

pierwszych objawów choroby, a to zależy również od zaufania, jakim darzy pacjent lekarza.

Sytuacja lekarza jest o tyle trudna, że np. spośród 500 chorych, którzy zgłoszą się do niego z bólami kręgosłupa, tylko u 1-2 będą one sygnałem choroby nowotworowej. Często jednak takimi bólami „pseudodyskowymi” mogą się manifestować np. nowotwory narządu rodno, rak jelita, odbytu czy stercza, zwłaszcza w zaawansowanych okresach choroby.

Wyniki leczenia zaawansowanych nowotworów są nadal złe. Już teraz można poprawić sytuację około 70 tysięcy ludzi rocznie, zgłaszających się do lekarza w późnych okresach choroby (stopień III i IV). Lekarze muszą umieć przekazać chorym odpowiednie minimum wiedzy onkologicznej, maksymalnie rozszerzać współpracę z dziennikarzami w prasie, radiu i telewizji...”*

Zmianie musi ulegać sposób dotarcia z informacją. Setki tysięcy ulotek, wydawanych przez lata za pośrednictwem różnych organizacji, programy telewizyjne i radiowe w zakresie rozpoznawania i profilaktyki chorób nowotworowych nie przynoszą spodziewanego efektu. Propozycją Opolskiego Centrum Onkologii, na sposób przekazu informacji mieszkańcom naszego regionu jest nasze czasopismo. Píše się w nim, o objawach, rozpoznaniu i leczeniu chorób nowotworowych korzystając z doświadczeń i opracowań wielu specjalistów.

Dzięki kapłanom, którzy włączyli się do wspólnej pracy docieramy z wiedzą do najdalszych zakątków województwa. Efekty blisko dwuletniej pracy informacyjnej są już widoczne. W roku ubiegłym udzielono ponad 100 tysięcy porad (więcej niż w poprzednich latach o ponad 20 tysięcy). Posiadamy także przykłady, iż dzięki Biuletynowi Opolskiego Centrum Onkologii, udało się przekonać wiele osób do badań (stwierdzano raka we wczesnym stadium), co dało im szansę na ich całkowite wyleczenie. Praca w tej formie przekazu informacji będzie w dalszym ciągu kontynuowana.

Tym artykułem pragnę pożegnać się z czytelnikami, oraz współpracownikami – dziękuję pielęgniarkom oraz lekarzom, którzy pomagali mi w zbieraniu i opracowywaniu materiałów. Składam serdeczne podziękowania księdzu abp. Alfonsowi Nossolowi, księżom oraz siostrze Weronice z Kurii Biskupiej za jej ogromny wkład pracy w zakresie kolportażu. Przede mną kolejne wyzwania.

Wiesław Duda – Redaktor Naczelny

*z wykładu Prof. Marka Pawlickiego wygłoszonego w trakcie II Spotkań Otwartych UNICORN 2003 - Żyj z chorobą nowotworową, w Krakowie 8 marca 2003 roku.

Rak żołądka

lek. med. Tomasz Sachanbiński
Opolskie Centrum Onkologii



Pomimo faktu, że częstość zachorowań na raka żołądka w Polsce i Europie Zachodniej spada, nadal pozostaje on jednym z najczęściej występujących nowotworów.



Najlepsze wyniki leczenia raka żołądka osiąga się, kiedy rozpoznany jest on wcześniej. Niestety wyraźne objawy choroby nowotworowej występują najczęściej wtedy, gdy jest on już mocno zaawansowany.

Objawy raka żołądka

Wczesne objawy są niespecyficzne i niecharakterystyczne. Mogą występować bóle w nadbrzuszu, uczucie pełności, odbijania. Takie dolegliwości występują również w przebiegu innych chorób, co utrudnia właściwe rozpoznanie. Często choroba nowotworowa żołądka powoduje niewielkie przewlekłe podkrwawianie do przewodu pokarmowego co powoduje anemię dającą uczucie zmęczenia, osłabienia.

Kiedy choroba jest bardziej zaawansowana dołączają się takie objawy jak utrata wagi ciała, czarne, „smoliste” stolce, wymioty, czasami wymioty treścią krwistą, uczucie pełności po zjedzeniu nawet niewielkich objętościowo posiłków, bóle okolicy nadbrzusza. Oczywiście występowanie takich objawów nie jest jednoznaczne z rozpoznaniem raka żołądka, gdyż jak wspomniałem podobne oznaki występują również w przebiegu innych chorób niekoniecznie nowotworowych.

Dlaczego rozwija się rak żołądka?

Rozwój, dojrzewanie, podział i śmierć każdej komórki w tym również komórek żołądka kontrolowane są przez geny zawarte w DNA każdej komórki. Jeżeli nastąpi uszkodzenie genów odpowiedzialnych za kontrolę podziału komórek takie komórki dzielą się niezależnie, niekontrolowanie i mogą tworzyć nieprawidłową strukturę - guz, owrzodzenie, naciek.

Chociaż sam mechanizm powstawania nowotworu nie jest do końca poznany, to w przypadku nowotworów żołądka naukowcy określili niektóre czynniki uszkodzające geny w komórkach żołądka, mogące prowadzić do rozwoju no-

wotworu. Czynniki tymi są:

- infekcja bakterią *Helicobacter Pylori*. Ta bakteria powoduje przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka, zniszczenie gruczołów żołądkowych i w efekcie zwiększa ryzyko zachorowania na raka żołądka,
- azotany, azotyny - substancje te często dodawane do żywności np.: obecne w szynce, hot-dogach, bekonie, uznane są jako czynniki mogące powodować raka żołądka,
- smażone, peklowane, wędzone mięso - takie pożywienie zawiera dużą ilość azotynów i azotanów,
- tytoń i alkohol - tytoń powoduje drażnienie błony śluzowej żołądka, w efekcie u palaczy rak żołądka występuje dwukrotnie częściej niż w grupie niepalących. Także nadużywanie alkoholu zwiększa ryzyko raka żołądka.

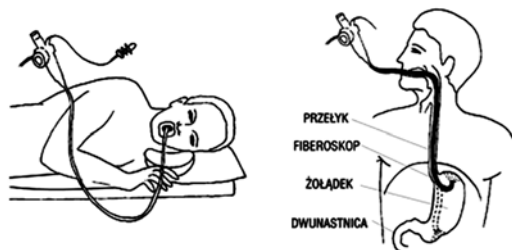
Kiedy szukać pomocy lekarza?

Wczesne objawy raka żołądka są niecharakterystyczne, a jedynie wczesne rozpoznanie daje szansę pełnego wyleczenia. Dlatego powinno się wykonywać badanie gastroskopowe u każdego pacjenta z jakimikolwiek dolegliwościami z zakresu górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Na pewno konieczna jest kontrola lekarska w przypadku utrzymujących się dolegliwości bólowych w nadbrzuszu, uczucia pełności i dyskomfortu w nadbrzuszu, szczególnie jeżeli połączone jest z utratą wagi ciała i łatwą męczliwością.

Diagnostyka i rozpoznanie raka żołądka

Podstawowym badaniem diagnostycznym w przypadku podejrzenia raka żołądka jest **gastroskopia**. Jest to badanie w którym lekarz wprowadza przez usta pacjenta do przełyku i dalej do żołądka i dwunastnicy cienką elastyczną rurkę (fiberoskop, gastroskop) ze źródłem światła. Dzięki temu można zobaczyć przełyk, żołądek i początkowy odcinek dwunastnicy, w razie stwierdzenia jakiejś nieprawidłowej struktury pobierany jest wycinek do badania mikroskopowego.



Obecnie znacznie rzadziej stosowanym badaniem jest prześwietlenie żołądka po podaniu środka kontrastującego. Pacjent wypija płyn, który zatrzymuje pro-

mienie rentgena, następnie ma wykonywane zdjęcie rentgenowskie brzucha. Na zdjęciu można zobaczyć nieregularności ściany żołądka. Obecnie rola tego badania znacznie się zmniejszyła z uwagi na dostępność endoskopii, która jest badaniem dokładniejszym i umożliwiającym pobranie wycinków.

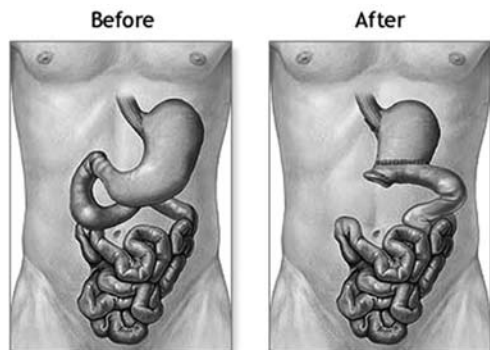


Po stwierdzeniu raka żołądka potrzebne jest wykonanie badań dodatkowych umożliwiających określenie stopnia zaawansowania choroby, są to:

- zdjęcie klatki piersiowej - mające za celu określenie czy choroba nowotworowa nie zajęła płuc,
- USG jamy brzusznej, lub tomografia komputerowa jamy brzusznej - służą do określenia zaawansowania choroby nowotworowej w jamie brzusznej.

Leczenie raka żołądka

Leczenie chirurgiczne - jest jak dotychczas podstawowym sposobem leczenia raka żołądka. W zależności od lokalizacji, rozległości i typu raka, konieczne może być częściowe, lub całkowite usunięcie żołądka wraz z otaczającymi tkankami. Usuwane są węzły chłonne okolicy guza. W zależności od rozległości resekcji po usunięciu żołądka, pozostała część żołądka zespała się z jelitem cienkim, lub w przypadku usunięcia całego żołądka przelyk łączy się z początkiem jelita cienkiego. W zaawansowanym raku żołądka z naciekiem obejmującym sąsiednie narządy w niektórych sytuacjach potrzebne może być usunięcie żołądka i częściowe narządów sąsiednich takich jak trzustka, jelito grube, wątroba, śledziona. Czasami niemożliwe jest chirurgiczne usunięcie całego nowotworu a pomimo to podejmuje się leczenie chirurgiczne mające na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych, krwawienia, lub umożliwienie przyjmowania pokarmów. W wyniku takiej operacji nie uzyskuje się całkowitego



ADAM

wyleczenia a jedynie złagodzenie dolegliwości - wówczas zabieg taki nazywamy paliatywnym. W przypadku rozległego raka żołądka, który uniemożliwia przyjmowanie pokarmów doustnie, konieczne może być założenie specjalnej rurki do żołądka (gastrostomii), przez którą chory będzie mógł przyjmować pokarmy i płyny.

Chemioterapia - czyli podawanie leków (cytostatyków), mających na celu zniszczenie komórek nowotworowych. W niektórych przypadkach stosowane jest jako uzupełnienie leczenia operacyjnego. U niektórych pacjentów w ramach badań klinicznych próbuje się podawać cytostatyki przed planowanym leczeniem operacyjnym. Nie jest to jednak jak dotychczas standardowy sposób leczenia.

Chemioterapia stosowana jest również jako leczenie łagodzące objawy (paliatywne), w niektórych przypadkach zaawansowania choroby nowotworowej żołądka uniemożliwiającej zabieg operacyjny.

Radioterapia - napromienianie promieniowaniem rentgenowskim, zajętej przez nowotwór okolicy, także nie jest standardowym leczeniem raka żołądka. Podejmowane są próby radioterapii przed, śród i pooperacyjnej w ramach badań klinicznych.

Po resekcji żołądka

Po resekcji żołądka pacjenci często odczuwają nudności, wymioty, biegunkę, ból w nadbrzuszu. Część z tych dolegliwości spowodowane jest zbyt szybkim przechodzeniem pokarmu do jelita cienkiego. Tacy chorzy narażeni są też na zaburzenia elektrolitowe, utratę wagi ciała i braki witaminowe. Szczególnie dotyczy to niedoboru witaminy B12, we wchłanianiu której żołądek odgrywa ważną rolę.

Część z tych dolegliwości można zmniejszyć poprzez przestrzeganie następujących zaleceń dietetycznych:

- 1) Jedzenie małych objętościowo posiłków, ale często. Przed operacją żołądek mógł się rozciągnąć i zmagazynować większą ilość pożywienia, po zabiegu organizm nie jest już w stanie zmagazynować spożytego w dużej ilości „na raz” pokarmu. Dlatego lepiej spożywać 6 mniejszych posiłków niż 2-3 duże objętościowo posiłki w ciągu dnia.
- 2) Unikanie picia w trakcie spożywania posiłków. Popijanie w trakcie spożywania posiłków przyspiesza przejście pożywienia przez przewód pokarmowy. Po resekcji żołądka lepiej pić na 30 min. przed lub 60 min. po posiłku.
- 3) Jedzenie powoli i dokładne przeżuwanie. Pozwoli to na lepsze wchłanianie zawartych w pożywieniu składników odżywczych. Zmniejszy też nudności i wymioty.
- 4) Unikanie gorących i bardzo zimnych posiłków.

- 5) Odpoczywanie po spożyciu posiłków - unikniesz nudności i wymiotów.
- 6) Unikanie cukru i bardzo słodkich potraw.
- 7) Ostrożne spożywanie mleka i produktów mlecznych.
- 8) Uzupełnianie diety o wapń i witaminy.

Podsumowanie

Chociaż nie wiemy jak uniknąć raka żołądka, znamy sposoby, aby zredukować ryzyko zachorowania na tę chorobę. Te sposoby to:

- 1) Jedzenie dużej ilości warzyw i owoców - wg. badań witamina C i B- karoten zmniejszają ryzyko zachorowania na raka żołądka.
- 2) Unikanie pokarmów zawierających duże ilości azotynów i azotanów - związki te obecne na przykład w salami, szynce, bekonie są jednym z czynników powodujących raka żołądka.
- 3) Niepalenie papierosów.
- 4) Ograniczenie spożywania alkoholu.
- 5) Zmniejszenie ilości spożywanego pieczonego i smażonego „czerwonego” mięsa - zamiast tego, lepiej jeść ryby, drób.

Zgłoś się do lekarza, kiedy odczuwasz bóle w nadbrzuszu, odbijania, pieczenia, kiedy przez dłuższy czas jesteś osłabiony, łatwo się męczysz, schudłeś, wymiotowałeś krwią. Nie ignoruj dolegliwości powszechnie uznawanych za objawy choroby wrzodowej. Poproś lekarza o skierowanie na gastroskopię. Jeżeli okaże się że jesteś zakażony bakterią Helicobacter Pylori – weź leki aby wyeliminować tą bakterię.

*Tomasz Sachanbiński – lekarz specjalista chirurgii ogólnej. W OCO od 1.02.07, wcześniej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu, oddział chirurgii ogólnej i naczyniowej.

KWAS FOLIOWY

Nazwa „kwas foliowy” pochodzi od łacińskiego słowa folium, czyli liść. Witamina ta została wyizolowana po raz pierwszy z liści szpinaku.

Kwas foliowy, zwany także folanem, folacyną lub witaminą B9, należy do dużej rodziny rozpuszczalnych w wodzie witamin B. Spełnia wiele ważnych funkcji w organizmie. Jest niezbędny dla prawidłowego podziału komórek, wpływa na funkcjonowanie układu nerwowego, bierze udział w procesach krwiotwórczych.

Substancja ta odgrywa niezwykle ważną rolę w zapobieganiu powstawania wad wrodzonych u noworodków. Pierwsze sugestie dotyczące związku tej witaminy

z powstawaniem wad rozwojowych ośrodkowego układu nerwowego pojawiły się w latach 60 XX wieku.

Kwas foliowy odgrywa ważną rolę w ochronie szyjki macicy przed dysplazją. Dysplazja jest stanem patologicznym, w którym wśród prawidłowych komórek nabłonka szyjki macicy występują komórki o cechach nieprawidłowych. Wykrywa się je w badaniu cytologicznym.

U pewnej grupy kobiet dysplazja może być etapem prowadzącym do rozwoju raka szyjki macicy. Wyniki badań klinicznych wskazują, że wysoki poziom kwasu foliowego w organizmie znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia dysplazji szyjki macicy, nawet w przypadku obciążenia takimi czynnikami ryzyka jak zakażenie wirusem HPV (brodawczaka ludzkiego).

Jest to także substancja niezbędna do powstawania i dojrzewania czerwonych krwinek – erytrocytów. Znaczny niedobór tej witaminy może prowadzić do powstania anemii megaloblastycznej, w przypadku której, krwinki czerwone nadmiernie się powiększają, ale nie dojrzewają we właściwy sposób i nie stają się prawidłowo funkcjonującymi erytrocytami. Anemia megaloblastyczna objawia się słabą wydolnością fizyczną, ciągłym zmęczeniem i problemami z koncentracją.

Kwas foliowy odgrywa również rolę w zapobieganiu chorobie wieńcowej i udarowi mózgu dzięki zdolności do obniżania poziomu homocysteiny - aminokwasu, który gromadzi się w nadmiernej ilości we krwi osób jedzących duże ilości wędlin i mięsa. Homocysteina podwyższa krzepliwość krwi i poziom tzw. złego cholesterolu LDL.

Witamina B9 ma duży wpływ na funkcje umysłowe i zdrowie psychiczne. Związane jest to z faktem, że uczestniczy ona w syntezie i utrzymaniu prawidłowego poziomu neuroprzekazników, czyli substancji biorących udział w przekazywaniu impulsów nerwowych. Neuroprzekazniki wpływają na nastrój, pamięć, jasność umysłu, w związku z czym niedobór witaminy B9 może objawiać się stanami depresyjnymi i lękowymi, bezsensownością oraz problemami z koncentracją i zapamiętywaniem.

Na niedobór kwasu foliowego mogą być szczególnie narażone:

- osoby, które jedzą przetworzoną żywność (np. fast food),
- osoby nadużywające alkoholu,
- kobiety stosujące restrykcyjne diety odchudzające,
- palacze tytoniu.

Szczególnie bogate w kwas foliowy są liczne produkty roślinne, takie jak: szpinak, sałata, kapusta, natka pietruszki, szparagi, brokuły, kalafior, papryka, a także kielki pszenicy i otręby pszenne. Wśród owoców dużą zawartością witaminy B9 wyróżniają się pomarańcze. Bardzo dobrym źródłem kwasu foliowego są

również produkty pochodzenia zwierzęcego, np. wątróbka i żółtko jaja. Sporo kwasu foliowego zawierają również drożdże piwne, które są doskonałym źródłem wszystkich witamin z grupy B. Mimo że kwas foliowy występuje w wielu produktach spożywczych, jest niestety substancją bardzo nietrwałą i wrażliwą. Ulega zniszczeniu pod wpływem wysokiej temperatury (np. podczas gotowania potraw), światła, a nawet w przypadku zbyt długiego przechowywania żywności w temperaturze pokojowej. Dlatego najlepszym sposobem na dostarczenie organizmowi optymalnej ilości tej witaminy jest jedzenie surówek z różnorodnych warzyw, przyrządzonych bezpośrednio przed podaniem.

DOMOWE LECZENIE TLENEM - DLT

*Na pytania pacjentów w zakresie leczenia tlenem odpowiada Anna Piskorowska - Pliś
Specjalista Chorób Wewnętrznych
Szpitala Wojewódzkiego*



Czym jest domowe leczenie tlenem?

Leczenie tlenem jest podstawowym leczeniem objawowym w niewydolności oddechowej zarówno ostrej jak i przewlekłej.

U jakich chorych ma zastosowanie ta metoda?

DLT jest stosowane w przewlekłych chorobach płuc - najczęściej jest to przewlekła obturacyjna choroba płuc, rozstrzenie oskrzeli, samoistne włóknienie płuc i mukowiscydoza.

Leczenie to, jest także prowadzone u chorych z niewydolnością serca oraz w zaawansowanym okresie chorób nowotworowych.

Jakie parametry kwalifikują do DLT?

Decydujące jest ciśnienie parcjalne tlenu (PaO₂) we krwi tętniczej wynoszące poniżej 60mm Hg (8kPa), co odpowiada zmniejszeniu wysycenia tlenem hemoglobiny krwi tętniczej (SaO₂) < 90 %.

Jakie są cele leczenia?

Celem tlenoterapii, jest zwiększenie stężenia tlenu w pęcherzykach płucnych i w konsekwencji – zwiększenie wysycenia hemoglobiny tlenem i dowozu tlenu do tkanek, aby zapobiec przemianom beztlenowym, wiodącym do kwasicy mleczanowej.

Jakie korzyści odnosi bezpośrednio pacjent?

Szczególnie u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP), udowodniono, że DLT istotnie wydłuża życie, pod warunkiem stosowanie tlenu

przez ok. 15 godzin/dobę.

Ponadto u chorych na POCHP leczonych tlenem, wykazano poprawę czynności ośrodkowego układu nerwowego, snu i wydolności wysiłkowej, zahamowanie rozwoju nadciśnienia płucnego i prawokomorowej niewydolności serca, oraz zmniejszenia częstości hospitalizacji.

Jakie źródła tlenu mamy do dyspozycji?

- koncentratory tlenu - urządzenia te zasilane głównie prądem z sieci elektrycznej, wykorzystują metodę sita molekularnego, dzięki któremu jest możliwe zagęszczenie tlenu pobieranego z otaczającego powietrza (uzyskanie stężenia 85-95 %) i dostarczenie go w sposób ciągły choremu. Chorzy używający koncentratorów stacjonarnych w domu, w celu ułatwienia korzystania z tlenu podczas codziennych czynności, mogą używać przewodów o długości do 12m, co pozwala im poruszać się i zapobiega niedotlenieniu występującemu podczas nawet niewielkich wysiłków. Nie powinno się używać dłuższych przewodów, ponieważ mogą powodować zmniejszenie stężenia wdychanego tlenu. Dostępne są również koncentratory o niewielkich wymiarach, zasilane baterią, oraz koncentratory umożliwiające sprężanie tlenu i napełnianie nim małych przenośnych butli.
- tlen gazowy sprężony w butlach - jest to czysty tlen sprężony w dużych butlach lub butlach o mniejszej pojemności. Przy stałej tlenoterapii (do 4 l/min) konieczna jest wymiana dużej butli co 2-3 dni, a małe (2kg) wystarczają jedynie na ok. 2 godziny. System taki jest kosztowny i niewygodny - nie jest popularny w Polsce.
- tlen ciekły - może być przechowywany w domu w specjalnych przenośnych zbiornikach o pojemności 35-50 l. Umożliwiają one napełnianie małych, osobistych, lekkich pojemników, pozwalających na swobodne poruszanie się.

Jakie środki ostrożności należy stosować przy DLT?

Chorzy nie mogą używać tlenu przy otwartym ogniu, szczególną uwagę należy zwracać na chorych, którzy byli lub są nałogowymi palaczami tytoniu.

Informacje na temat DLT można uzyskać w Wojewódzkiej Poradni Chorób Płuc w Opolu, ul. Katowicka 66.



Próba wysiłkowa może być niezbędna przed zaleceniem domowego stosowania tlenu



Koncentrator tlenowy zagęszcza tlen z powietrza, dzięki czemu nie trzeba dostarczać do domu ciężkich butli z tlenem

* Anna Piskorowska – Pliś jest asystentem oddziału pulmonologii od października 2005. Studia medyczne ukończyła w 1998 roku (Akademia Medyczna Wrocław). Specjalizacja z chorób wewnętrznych w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu.

Jedz 5 razy dziennie warzywa i owoce

Burak ćwikłowy

Burak pochodzi z krajów śródziemnomorskich. Część jadalną stanowi spichrzowy korzeń, który zawiera cenne dla zdrowia składniki pokarmowe. Barwnikami nadającymi burakowi czerwony kolor są antocyjany i betaniny, które zaliczają się do glikozydów, związków pełniących ważną rolę w profilaktyce nowotworowej. Jest to bardzo popularne warzywo, które tworzy wiele form różniących się kształtem i intensywnością zabarwienia bulwy. Burak jest niskokaloryczny. W 100 gramach tego warzywa znajduje się zaledwie 38 kcal. Zawiera niewielką ilość białka i tłuszczu. W stosunku do innych warzyw buraki zawierają dość dużo sacharozy. W jednym małym buraku (100-150 g) znajduje się łyżeczka cukru.

Porady dla konsumentów

Burak pobudza apetyt i jest łatwo strawny. Może być używany jako jarzyna, do sałatek lub do sporządzania zup. Buraki spożywa się gotowane, ale najlepiej jeść je na surowo, utarte i jako dodatek do surówek, np. z jabłkami. Korzeń można także marynować.

Porady dla kupujących

Wybieraj bulwy zdrowe, czyste bez uszkodzeń, niewłókniste o charakterystycznym kształcie dla odmiany (spłaszczonym, kulistym lub wydłużonym) i jednolitym ciemnopurpurowym zabarwieniu. Korzenie buraków przechowuje się dobrze, nie ma różnic między odmianami.

Korzyści zdrowotne

1 mały burak (100 g) zawiera:

energia – 38 kcal,

tłuszcz – 01 g,

sacharoza – 6,5 g,

witamina C – 10 mg,

białko – 1,8g,

węglowodany – 9,5 g,

potas – 348 mg,

błonnik pokarmowy – 2,2 g.

Buraki pobudzają funkcjonowanie systemu immunologicznego ustroju i są bogate w naturalne składniki zwalczające nowotwory. Jednym z takich składników jest witamina C, która ma właściwości antyoksydacyjne. Burak jest silnie zasadowotwórczy, stanowi bardzo dobre źródło potasu i dobre źródło kwasu foliowego. Potas jest bardzo ważnym składnikiem mineralnym, który reguluje pracę serca, warunkuje prawidłowe ciśnienie krwi oraz funkcjonowanie układu

dunerwowego. Niedobory potasu mogą doprowadzić do zaburzeń czynności mięśni i zakwaszenia tkanek ustroju. Kwas foliowy pełni podstawową rolę w procesach wzrostu i rozmnażania komórek. Bierze udział w powstawaniu kwasów nukleinowych budujących DNA, a także jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania układu krwiotwórczego. Niedobór kwasu foliowego może być przyczyną niedokrwistości. Kolejnym ważnym składnikiem pokarmowym zawartym w korzeniu jest błonnik pokarmowy, który reguluje perystaltykę jelit. Burak zawiera ważne aminokwasy, w tym egzogenne, jak lizyna, które organizm musi pobierać z pokarmem, gdyż nie potrafi ich syntetyzować. Lizyna jest niezbędna do prawidłowego wzrostu i rozwoju. W buraku występują również inne aminokwasy, jak arginina i kwas glutaminowy. Arginina stymuluje wydzielanie hormonu wzrostu, przyspiesza leczenie ran, hamuje rozwój nowotworów i wspomaga układ odpornościowy, a kwas glutaminowy stanowi jedno z niewielu źródeł energii dla mózgu oraz uczestniczy w powstawaniu soku żołądkowego.

Jarzynka „Zachód słońca”

3 kg buraków, 0,5 kg czerwonej papryki, 3 cebule, po pół szklanki octu, oleju i cukru, 1 łyżka soli.

Buraki ugotować, wystudzić, obrać i zetrzeć na grubej tarce. Z papryki usunąć środki i pokroić w kostkę. Podobnie pokroić cebule. Składniki włożyć do garnka, zalać octem, olejem wsypać cukier i sól. Gotować 10-15 minut od czasu do czasu mieszając. Gorące wkładać do czystych słoików i zakręcać. Pyszne jako dodatek do mięs.

* z poradnika Centrum Onkologii w Warszawie, (prof. Witold Zatoński, mgr inż. Kinga Janik)



KOMPLEKSOWA OPIEKA STOMIJNA

Stomia jest to połączenie światła jelita grubego (kolostomia), cienkiego (ileostomia) lub moczowodu (urostomia) ze skórą. Wykonuje się je najczęściej w przypadku nowotworu jelita grubego (okrężnicy, odbytnicy) lub moczowodu, przewlekłych zapaleń jelita grubego lub w następstwie urazów okrężnicy lub odbytnicy. Wykonanie stomii często jest zabiegiem ratującym życie, powoduje znaczną poprawę lub wyleczenie z ciężkich chorób. Zaopatrzenie w odpowiedniej jakości sprzęt stomijny, umożliwia pacjentom bezpieczeństwo i normalne życie.

Pacjenci z kolostomią używają worków stomijnych zamkniętych (w wersji 1 lub 2-częściowej), które powinno się zmieniać średnio 1 raz dziennie. Z kolei ileostomikom poleca się używanie worków otwartych (również w wersji 1 i 2-częściowej), które nie muszą być wymieniane po każdym wypróżnieniu. Dla pacjentów z urostomią przygotowane są specjalne worki, które zapobiegają cofaniu się moczu; powinny być wymieniane, co 24 godziny z powodu niebezpieczeństwa infekcji.

Przy wyborze odpowiedniego systemu sprzętu stomijnego dla pacjenta należy uwzględnić następujące kryteria:

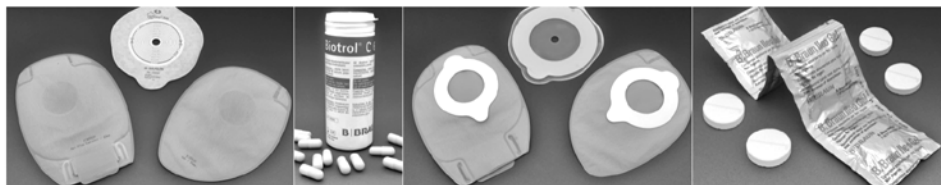
- ♦ rodzaj stomii (kolostomia, ileostomia, urostomia), częstotliwość i forma wypróżniania, wiek i przyzwyczajenia pacjenta (np. styl ubierania, hobby itp.), stan i wrażliwość skóry np. alergię.

Trzeba wiedzieć, że pacjent ze stomią może prowadzić normalne życie. Jednym z warunków dobrego samopoczucia jest prawidłowe zaopatrzenie pacjenta w sprzęt stomijny. Sprzęt proponowany przez firmę **Pofam-Poznań** pozwala na kompleksowe zaopatrzenie każdego pacjenta, niezależnie od rodzaju stomii. Zastosowanie innowacyjnych materiałów i rozwiązań zapewnia użytkownikowi komfort, bezpieczeństwo i dyskrecję.

Szeroka gama kosmetyków takich jak: ileo gel, pasta stomijna, neutralizator zapachu, pierścienie uszczelniające oraz zestawy do irygacji ułatwiają pielęgnację stomii.

Z naszymi produktami i zaangażowaniem naszych pracowników chcemy przyczynić się do polepszenia jakości życia pacjentów ze stomią.

Pofam-Poznań aktywnie wspiera organizacje skupiające ludzi chorych, Stowarzyszenia Pacjentów, organizuje szkolenia, konferencje, konsultacje ze specjalistami, Drzwi Otwarte we własnych sklepach w całej Polsce.



Serdecznie zapraszamy do odwiedzenia naszych **Sklepów Medycznych**, gdzie realizujemy wnioski na środki pomocnicze i sprzęt ortopedyczny:

OPOLE, pl. Piłsudskiego 15-17, tel/fax (077) 474-72-54

OPOLE, ul. Katowicka 66a, tel (077) 441-61-35

Przykra dolegliwość

lek. med. Maria Urbaniec
Opolskie Centrum Onkologii



Szczelina odbytu jest mniejszym ubytkiem błony śluzowej kanału odbytu, sięgającym do mięśnia zwieracza wewnętrznego odbytu, lub owrzodzeniem zlokalizowanym w dolnej części kanału odbytu. Szczelina odbytu jest przykrą dolegliwością z uwagi na trudne leczenie i częste nawroty choroby. Głównym objawem choroby jest ból, często bardzo silny, piekący zlokalizowany w kanale odbytu, występujący w czasie oddawania stolca i po jego oddaniu. Ból może się utrzymywać nieraz kilka godzin po wypróżnieniu. Bólowi towarzyszy niewielkie krwawienie w czasie oddawania stolca lub bezpośrednio po jego oddaniu. Szczelina może pojawić się w każdym wieku u obu płci, a nawet u małych dzieci.

Przyczyna powstawania szczeliny odbytu nie jest dokładnie znana. Uważa się, że powodem jej powstania może być:

- niedokrwienie błony śluzowej kanału odbytu - w następstwie wzmożonego napięcia mięśnia zwieracza wewnętrznego odbytu,
- przewlekłe zaparcie stolca które prowadzi do kaleczenia błony śluzowej kanału odbytu przez twarde masy stolca,
- stan zapalny gruczołów odbytu.
- duży wysiłek fizyczny,
- częste porody,

Do szczeliny odbytu usposabiają:

- choroba Leśniowskiego- Crohna,
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- białaczka.

Szczelinie odbytu często towarzyszy pieczenie oraz uporczywy świąt odbytu. Szczelina odbytu może być ostra lub przewlekła. Przewlekła powstaje po kilkutygodniowym nieudanym leczeniu. Rozpoznanie szczeliny odbytu opieramy na wywiadzie oraz badaniu palcem kanału odbytu. W okresie ostrym badanie kanału odbytu jest bardzo bolesne. Stwierdza się wzmożenie napięcia mięśnia zwieracza odbytu, a po rozchyleniu pośladków oraz otworu odbytowego stwierdza się mniejsze pęknięcie błony śluzowej. W przewlekłej szczelinie, wyczuwalne jest badaniem pogrubiałe dno szczeliny. Po ustąpieniu ostrych objawów zawsze należy wykonać rektoskopię, celem wykluczenia nowotworu odbytu,

lub odbytnicy, ropnia odbytu, żyłaków odbytu czy choroby Leśniowskiego – Crohna. Leczenie szczeliny odbytu rozpoczynamy od leczenia zachowawczego. Polega ono na zastosowaniu leków:

- zmniejszających napięcie mięśnia zwieracza odbytu,
- rozluźniających stolec,
- przeciwbólowych,
- działających miejscowo,
- przeciwwzapalnie,
- stosowaniu częstych nasiadówek, zmniejszających napięcie mięśnia zwieracza odbytu.

Wzmocnienie napięcie mięśnia zwieracza, można zmniejszyć wstrzykując miejscowo toksynę botulinową. Bardzo ważną rolę w zapobieganiu, a także leczeniu szczeliny odbytu odgrywa dieta zwłaszcza u tych chorych, którzy cierpią na zaparcia stolca. Dieta u osób ze skłonnością do zaparc, winna obfitować w odpowiednią ilość płynów (woda mineralna nie gazowana) warzywa, owoce, otręby. Należy ograniczyć, w czasie leczenia szczeliny, używek oraz wyeliminować ostre przyprawy. Jeżeli leczenie zachowawcze nie daje rezultatu należy szczelinę odbytu leczyć operacyjnie. Operacja szczeliny odbytu polega na wycięciu szczeliny odbytu i przyciągnięciu włókien zwieracza wewnętrznego celem zlikwidowania jego napięcia. W razie wystąpienie objawów świadczących o szczelinie odbytu należy zgłosić się do lekarza. Bez właściwego leczenia i cierpliwości chorego w leczeniu trudno poradzić sobie z tą chorobą.

Ponadto należy wykonać badanie pozwalające wykluczyć chorobę nowotworową.

Pamiętać należy, że nie leczona, szczelina odbytu, może doprowadzić do zwężenia odbytu, przewlekłych ropnych zakażeń odbytu, co powoduje długotrwałe leczenie oraz nie najlepszy psychiczny stan chorego.

Palenie a zdrowie

Szkodliwość palenia tytoniu jest obecnie faktem niepodważalnym. Każdy papieros zawiera ponad 4000 substancji szkodliwych dla zdrowia. Co najmniej czterdzieści spośród nich bezpośrednio zwiększa ryzyko zachorowania na raka (np. benzen, formaldehyd, chlorek winylu).

Wśród toksycznych składników papierosa trzeba również wymienić tak trujące, jak tlenek węgla, amoniak, tlenek azotu, arsenik, cyjanowodór, fenol i substancje smoliste. Palenie wywołuje raka płuca (schorzenie spotykane prawie wyłącznie u palaczy), a także wiele innych chorób.

Tytoń powoduje każdego roku na całym świecie blisko 5 milionów przedwczesnych zgonów (w Polsce jest ich 100 000 rocznie) co 6 sekund wskutek palenia

umiera kolejna osoba. Jest to sygnał o istnieniu światowej epidemii tytoniowej. Warto wiedzieć, że u palących jedną paczkę papierosów dziennie przez dwadzieścia lat w porównaniu z niepalącymi obserwuje się:

- 10 razy większe ryzyko zachorowania na raka płuca,
- 5 razy większe ryzyko zachorowania na chroniczny bronchit i rozedmę płuc,
- 2 – 3 razy większe ryzyko zachorowania na choroby serca.

Przeprowadzone badania w sposób niepodważalny ujawniają czynniki ryzyka związane z paleniem tytoniu. Siła tych dowodów sprawia, że wielu wybitnych badaczy wskazuje palenie tytoniu jako przyczynę największej liczby przedwczesnych zgonów.

Przyjrzyjmy się zatem czynnikom ryzyka wynikającym z palenia.

Palenie zwiększa ryzyko:

- choroby nowotworowej, płuca, tchawicy, jamy ustnej i nosowej, gardła, zatok, przetyku, krtani, pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych, żołądka, wątroby, szpiku, krwi,
- choroby naczyń wieńcowych serca, zawału serca, choroby naczyń mózgowych, choroby obwodowego układu naczyniowego łącznie z chorobą Burgera, tętniaka aorty, nadciśnienia, degeneracji mięszu sercowego,
- przewlekłego zapalenia oskrzeli (rozedmy), zespołu płucno-sercowego, astmy oskrzelowej, zapalenia płuc, gruźlicy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- chorób oczu (katarakty, niedowidzenia, degeneracji plamkowej), chronicznej choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, paradontozy, osteoporozy, choroby Crowna.

* „Jak stworzyć miejsce bez papierosa”, z przewodnika Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie

„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, B. Kurzyca

Zdjęcia: W. Duda, M. Frister

Skład komputerowy i druk

EUROCENT - 45-372 Opole, ul. Kośnego 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