

PORADNIK OPIEKUNA

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

wsparciedlaopiekuna.pl

WYDANIE BEZPŁATNE

numer 3/2022 (12)



Centrum Wsparcia Opiekunów w Miejskim Centrum Opieki
dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie,
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 530,
e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl; mco@mco.krakow.pl

SPIS TREŚCI

<u>Od redakcji</u>	<u>3</u>
<u>Rak płuca - poznaj wczesne objawy.....</u>	<u>4</u>
<u>Rak piersi - poznaj wczesne objawy nowotworu sutka.....</u>	<u>6</u>
<u>Rak jelita grubego - objawy i badania, które warto wykonać</u>	<u>9</u>
<u>Opieka nad podopiecznym z rakiem płuca.....</u>	<u>13</u>
<u>Opieka nad podopiecznym z rakiem piersi</u>	<u>17</u>
<u>Opieka nad podopiecznym z rakiem jelita grubego</u>	<u>21</u>
<u>Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą starszą w trakcie chemioterapii?</u>	<u>25</u>
<u>Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą starszą w trakcie radioterapii?.....</u>	<u>29</u>
<u>Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą z zespołem kacheksji nowotworowej?.....</u>	<u>31</u>
<u>Opiekunie, rozpoznaj swoje potrzeby</u>	<u>33</u>

Poradnik opiekuna

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

Wydawca: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 4467500, www.mco.krakow.pl

Publikacja bezpłatna, współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

Szanowni czytelnicy

Z wielką przyjemnością, w ramach kontynuacji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, przekazujemy do Państwa rąk - opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych - dwunasty numer Kwartalnika w wersji online. Stanowi on alternatywną formę prezentacji treści zawartych na [naszym portalu](#).

Bieżący numer rozpoczynamy od omówienia najczęściej występujących nowotworów u mężczyzn (raka płuca i raka jelita grubego) i u kobiet (rak piersi). Choroby nowotworowe stanowią w Polsce drugą najczęstszą przyczynę zgonów. Rocznie z powodu nowotworów umiera niemal 100 000 ludzi, co oznacza, że każdego dnia zabijają one prawie 300 osób. Wbrew błędnemu, choć powszechnemu przekonaniu, występowanie tych chorób rzadko ma podłoże genetyczne. Aż w 80% przypadków zachorowanie na nowotwór jest następstwem niezdrowego stylu życia, skutkiem nieprawidłowych nawyków lub efektem ekspozycji na szkodliwe czynniki. W grupie wiekowej 65+ na chorobę nowotworową cierpi co dziesiąta osoba. Wyraźnie widać, że ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem.

W aktualnym wydaniu poruszamy także ważny problem profilaktyki, tzw. czujności nowotworowej - wykrywania wczesnych objawów i wczesnej diagnostyki. Podpowiadamy opiekunom nieformalnym, jak pomóc chorym onkologicznie radzić sobie z dolegliwościami, problemami natury psychicznej i społecznej oraz powikłaniami chemio- i radioterapii.

Zachęcamy do lektury Kwartalnika. Wierzymy, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa, a wydanie okaże się cennym źródłem wiedzy. Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Prosimy pisać pod adres:

centrumwsparcia@mco.krakow.pl

Życzymy miłej lektury!
Redakcja



Rak płuca - poznaj wczesne objawy

Rak płuc to podstępna choroba, która atakuje znienacka i rozwija się bardzo powoli, latami. Jest jednym z najczęstszych oraz najgorzej rokujących nowotworów. W początkowej fazie nie są widoczne żadne objawy, później zaś rozwija się w tempie błyskawicznym. Z tego powodu liczba osób, które umierają na raka płuc, jest wciąż wysoka.

Uważa się, że najczęstszą przyczyną zachorowalności na raka płuc jest palenie papierosów i działanie substancji szkodliwych w środowisku pracy (np. azbest, metale ciężkie). Trzeba jednak pamiętać, że ryzyko zachorowalności dotyczy nie tylko aktywnych palaczy, ale także i biernych.

Rak płuc to najczęściej występujący nowotwór złośliwy w Polsce. Ponad 57% zachorowań diagnozowanych jest u osób powyżej 65. roku życia, co roku natomiast odnotowuje się prawie 20 000 nowych rozpoznań. W ostatnich latach liczba zachorowań wśród mężczyzn zaczęła się spadać, niestety jednak – odnotowujemy odwrotną tendencję wśród kobiet.

Nowotwór płuc, jeśli chodzi o podział histopatologiczny, dzielimy na **drobnokomórkowego raka płuc**, który stanowi około 20% wszystkich zachorowań, a także na **niedrobnokomórkowego raka płuc**, który stanowi aż 80% nowotworów płuc. Guz rozwija się przez większość czasu

w sposób bezobjawowy, zatem diagnostyka raka płuc jest problematyczna. Pierwsze objawy zaczynają się pojawiać, kiedy wielkość guza zaczyna naciekać i uciskać tkanki zewnątrzpłucne lub wiąże się z jego rozrostem wewnątrzskrzelowym. Objawy raka płuc we wczesnym stadium rozwoju są niespecyficzne i mylone często z innymi jednostkami chorobowymi. Dlatego nowotwór płuca diagnozowany jest najczęściej przypadkowo, podczas wykonywania badania rentgenowskiego czy tomografii komputerowej z zupełnie innych wskazań. Potencjalne symptomy choroby nowotworowej są często błędnie interpretowane i ignorowane, chorzy często próbują je też łagodzić różnymi sposobami, np. antybiotykami.

Najczęstsze objawy raka płuca

Kaszel, duszność i świszczący oddech

Kaszel to główny objaw raka płuc (45-75% chorych). U niektórych pacjentów (1/3 chorych) wraz z kaszlem odkształcana jest także wydzielina. Kaszel jest objawem raka płuc, który występuje

zazwyczaj w nowotworze położonym centralnie w drzewie oskrzelowym: płaskonabłonkowym oraz drobnokomórkowym, natomiast rzadziej i później w nowotworze położonym obwodowo: rak gruczołowy, wielokomórkowy. W związku z tym, że objawy raka płuc nie dają bardzo długo o sobie znać, to pojawienie się długotrwałego i uciążliwego kaszlu (powyżej 2-3 tygodni) lub zmiana charakteru dotychczasowego kaszlu są potencjalnymi objawami nowotworu, o których należy poinformować lekarza. Drugim pod względem częstości występowania objawem raka płuc są duszności (30-50% chorych) oraz świszczący oddech. Duszność zazwyczaj występuje u palaczy ze względu na rozedmę płuc oraz zapalenie oskrzeli i może mieć wiele przyczyn. Rosnący guz zaczyna blokować całkowicie lub częściowo światło jednego z oskrzeli i dochodzi do niedodmy lub powstaje zakażenie w części płuc. Przy raku płuc dochodzi często do wysięku opłucnowego. Jeśli zbierze się duża ilość tego płynu, to dochodzi do ucisku na płuco, a następnie do duszności. Świszczący oddech jest również bardzo poważnym objawem raka płuc. Dochodzi do niego przez zwężenie jednego z oskrzeli lub tchawicy. Czasami wymaga pilnej konsultacji lekarza POZ, pulmonologa lub onkologa.

Zmęczenie i utrata masy ciała

Uczucie zmęczenia i znużenia mogą być potencjalnymi objawami raka płuc, ale występują także w innych chorobach i z wielu różnych przyczyn. Jednak pojawienie się nagle takich dolegliwości u palacza powinno być traktowane bardzo poważnie.

Kolejny objaw raka płuc – utrata masy ciała (nawet do 6 kg) występuje u ponad połowy chorych i jest częstym objawem raka płuc.

Naciekanie przez raka płuc – odkształcanie krwi podczas kaszlu to potencjalne objawy raka płuc, ale występują one także na przykład przy infekcji w obrębie klatki piersiowej. U prawie 30% pacjentów chorych na raka płuc występuje jednak objaw krwioplucia. **Ból w klatce piersiowej** to również objaw raka płuc i występuje u prawie 50% chorych. Spowodowany jest zazwyczaj przez naciekanie raka płuc na ściany klatki piersiowej, żeber lub kręgosłupa. **Chrypka** występuje w dużej części populacji, zwłaszcza u osób zapadających na przeziębienia lub infekcje dróg oddechowych. W przypadku palaczy, chrypka która nie ustępuje po okresie 2-3 tygodni, powinna zostać zdiagnozowana przez lekarza rodzinnego. Niekiedy rak płuca rozwija się w szczytach płuca (guz Pancoasta), powodując dolegliwości bólowe w okolicy barku, opadanie powieki, zwężenie źrenicy i zanik potliwości po jednej stronie twarzy – wiąże się to z uszkodzeniem przez guz nerwów przebiegających w rejonie szyi i unerwiających twarz. W miarę rozrostu guza, gdy nacieka dużą część tkanki płucnej, dając przerzuty do węzłów węzły płucnej i śródpiersia, może wystąpić utrudnione połykanie, objaw zespołu żyły głównej górnej, tj. obrzęk szyi i twarzy, zaczerwienienie skóry twarzy.

Rak płuca szerzy się przez ciągłość, naciekając miąższ płuca, drogą naczyń limfatycznych (powiększone węzły chłonne) i drogą naczyń krwionośnych (przerzuty odległe) do kości, wątroby, mózgu (ból i złamania kości, żółtaczka, napady padaczkowe).

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Rak piersi - wczesne objawy nowotworu sutka

Rak piersi (rak gruczołu piersiowego, rak sutka) to najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet, który przeważnie wywodzi się z tkanki nabłonkowej gruczołu piersiowego. Pomimo, że choroba ta dotyka przede wszystkim kobiet, to ok. 1% zachorowań dotyczy również mężczyzn.

Jest to groźna choroba nowotworowa, ponieważ zazwyczaj przez długi czas nie daje żadnych objawów, a w momencie jej wykrycia bardzo często występują już przerzuty komórek nowotworowych do innych narządów, np. do płuc, wątroby, mózgu lub kości. Dlatego też najważniejszym czynnikiem warunkującym wyleczenie jest odpowiednio wczesne postawienie diagnozy, które możliwe jest dzięki odpowiedniej profilaktyce i regularnym badaniom, w tym samokontroli prowadzonej przez kobietę.

Bezpośrednią przyczyną raka piersi jest niekontrolowane namnażanie się wadliwych komórek nabłonkowych gruczołu piersiowego, na wczesnych etapach rozwoju formujących guzek, który może być wyczuwalny przez pacjentkę. Zazwyczaj (w około 55% przypadków) zmiana pierwotna pojawia się w górnym, bocznym kwadrancie piersi, czyli w ćwiartce piersi najbliższej okolicy dołu pachowego. Następnie, w niektórych przypadkach może dojść do powstawania przerzutów, czyli przenoszenia się komórek nowotworowych poprzez układ limfatyczny do innych narządów

i formowania się tam kolejnych ognisk choroby.

Okolo 5-10% przypadków raka piersi warunkowanych jest genetycznie. Oznacza to, że jeżeli w danej rodzinie występowały już przypadki tej choroby, to osoby w kolejnych pokoleniach są bardziej narażone na jej rozwinięcie się w ciągu życia. Najbardziej powszechnymi mutacjami genetycznymi, związanymi z rakiem piersi, są mutacje BRCA1 i BRCA2 – ich odpowiednio wczesne wykrycie przy pomocy badań molekularnych znacząco ułatwia prowadzenie odpowiedniego procesu diagnostyczno-leczniczego.

Czynniki ryzyka:

- płeć,
- wiek – najczęściej chorują kobiety po 50. roku życia (najwięcej zachorowań obserwuje się między 50-70 rokiem życia), choć może także pojawiać się u młodszych kobiet,
- czynniki genetyczne – występowanie raka piersi w najbliższej rodzinie (matka, siostra, córka),

- otyłość i brak aktywności fizycznej,
- brak potomstwa lub urodzenie dziecka po 35. roku życia,
- niekarmienie piersią,
- nadużywanie alkoholu,
- palenie papierosów,
- przewlekły stres,
- zanieczyszczenia powietrza,
- wysoko przetworzona żywność i konserwanty,
- czynniki hormonalne endogenne – zbyt wczesna miesiączka (przed 12. rokiem życia) lub późna menopauza (po 55. roku życia),
- czynniki hormonalne egzogenne – długotrwałe stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej i/lub hormonalnej terapii zastępczej,
- narażenie na promieniowanie jonizujące
- inne nowotwory – np. przebyty już wcześniej rak piersi, rak jajnika, rak trzonu macicy.

Rak piersi w stadium początkowym zwykle przebiega bezobjawowo. Na tym etapie jest rozpoznawany przypadkowo, podczas samokontroli prowadzonej przez kobietę lub badania lekarskiego, jako twardy guzek w piersi. Często inne objawy pojawiają się dopiero w późniejszych etapach zaawansowania choroby, gdy skuteczne leczenie jest już znacznie utrudnione. Dlatego tak bardzo ważna jest edukacja kobiet w zakresie regularnego, samodzielnego badania piersi. Informacja o wykryciu jakichkolwiek zmian w obrębie piersi zawsze powinna skutkować rozpoczęciem diagnostyki w kierunku potwierdzenia zmian nowotworowych. Wraz z postępem raka piersi mogą pojawiać się zmiany rozmiaru, kształtu lub inne zmiany dotyczące ogólnego wyglądu piersi. Niepokojącymi oznakami są:

- zmiana kształtu brodawki sutkowej, tzw. inwersja, czyli zaciągnięcie brodawki do środka piersi,
- zaczerwienienie skóry piersi, zwiększone jej napięcie,
- wyciek z brodawki sutkowej, który może zawierać w sobie krew,
- ból piersi lub w okolicy piersi – na przykład w dole pachowym.

W przypadku wystąpienia choć jednego z wymienionych objawów, należy niezwłocznie udać się na konsultację lekarską w celu rozpoczęcia pogłębionej diagnostyki i ustalenia ich przyczyny.

Najważniejszym aspektem zmniejszania śmiertelności na raka piersi jest odpowiednia profilaktyka, czyli zapobieganie jego występowaniu. Opiera się



ona przede wszystkim na eliminacji czynników ryzyka, na które możemy mieć wpływ, np. dieta oraz aktywność fizyczna, a także na regularnym wykonywaniu badań profilaktycznych. Najważniejszym badaniem jest samodzielna ocena piersi przez pacjentkę pod kątem ewentualnej obecności w niej guzków lub innych niepokojących zmian, które mogą być wyczuwalne w dotyku. Dodatkowo u kobiet po 50. roku życia wskazane jest profilaktyczne wykonywanie badania mammograficznego raz na dwa lata.

Podczas **samobadania piersi** kobieta może wykryć pojedyncze guzki czy zgrubienia. Powodem do niepokoju powinna być przede wszystkim zmiana kształtu lub symetrii piersi. Większość zmian nowotworowych występuje w postaci guzków łatwo wyczuwalnych i bezbolesnych. **Wczesne wykrycie zmian, jeśli guzek ma nie więcej niż 2 cm i nie ma przerzutów do węzłów chłonnych, to duża szansa na całkowite wyleczenie.** Niestety, często zmiany są wykrywane zbyt późno – tymczasem nasze zdrowie, a nierzadko i życie, jest w naszych rękach. Dlatego tak ważne jest, by kobiety jak najwcześniej wypracowały nawyk regularnego samobadania piersi. Jak wynika ze statystyk, około 80% zmian wykrywanych jest przez same kobiety lub ich

partnerów. I aż 75% z nich ma charakter łagodny – są to: torbiele, włókniaki, tłuszczaki. A mimo to, wciąż za mało kobiet docenia i stosuje tę metodę diagnostyki. Jak zauważają specjaliści, samobadanie to lepszy sposób wykrycia zmian nowotworowych niż USG i mammografia. Regularne samobadanie piersi minimalizuje ryzyko przeoczenia choroby. Oczywiście, jest to metoda mniej dokładna niż USG czy mammografia, jednak przy regularnym badaniu kobieta poznaje budowę własnych piersi i może wykryć relatywnie niewielkie nieprawidłowości. Badanie przez ginekologa nie zastąpi samobadania. Kobieta podczas samobadania może wykryć zmiany nawet o połowę mniejsze niż ginekolog, USG czy mammografia.

Nowotwór rośnie wiele lat, dlatego mamy sporo czasu, by zauważyć zmiany w naszym organizmie. Rak piersi, by osiągnąć wielkość 2 cm, rozwija się ok. 8 lat. Ryzyko zachorowania na raka rośnie z wiekiem, większe jest także w przypadku osób obciążonych genetycznie – około 5–10% przypadków raka piersi ma podłoże genetyczne – u kobiet z nieprawidłową mutacją (głównie genu BRCA1), u których ryzyko raka piersi jest około 5-10-krotnie wyższe niż przeciętnie.

Samobadanie piersi powinno się wykonywać od 20. roku życia co miesiąc, tego samego dnia cyklu, najlepiej tydzień po miesiączce, między 6. a 9. dniem cyklu (podczas miesiączki, z powodu wahaniami hormonów piersi mogą być obolałe i nadwrażliwe, nieco zmienia się także konsystencja ich tkanki), natomiast kobiety w okresie przekwitania – tego samego dnia każdego miesiąca. Samobadanie piersi może być trudniejsze w przypadku piersi o gęstej, gruczołowej budowie, zwłaszcza u młodych kobiet, jednak nawet w takich przypadkach, dzięki regularności i znajomości własnych piersi kobieta może zauważyć ewentualne zmiany.

Samobadanie piersi składa się z dwóch etapów – oglądania stanu piersi i badania dotykowego, czyli palpacyjnego. Stojąc przed lustrem sprawdź, czy nie zauważasz zmian wielkości, kształtu, położenia, koloru, wciągnięć.

W pozycji stojącej oglądaj piersi:

- z uniesionymi do góry rękoma,
- ze swobodnie opuszczonymi ramionami,
- z rękoma opartymi na biodrach – naciskaj je tak mocno, by czuć napinanie się mięśni klatki piersiowej – obejrzyj, czy nie ma żadnych

zmian,

- ściśnij brodawkę i obserwuj, czy nie wydobywa się z niej jakaś wydzielina,
- nie zapominaj o obejrzeniu górnej części piersi pod samą pachą,
- z profilu – spleć ręce z tyłu głowy i obróć się tak, by obejrzeć biust z lewej, a następnie z prawej strony,
- pochylając się do przodu sprawdzić, czy nie ma widocznych pofałdowań skóry, zmian w kształcie piersi czy wciągnięcia brodawek

W pozycji leżącej – leżąc wygodnie na plecach, podkładamy prawą rękę pod głowę, a drugą wykonujemy badanie ruchami okrężnymi, półkolistymi, uciskając piersi miejsce po miejscu, płasko ułożonymi palcami. Badanie lewej piersi wykonuje się prawą dłonią i odwrotnie – całą procedurę należy powtórzyć dla prawej piersi. Na końcu sprawdzamy pachę, czy nie ma powiększonych węzłów chłonnych.

Pierwsze USG piersi kobieta powinna wykonać między 20. a 30. rokiem życia, a później powtarzać je mniej więcej co 2 lata. Po przekroczeniu 30-tki USG piersi należy wykonywać już średnio co 12 miesięcy – chyba że w poprzednich badaniach lekarz wykrył jakieś patologiczne zmiany lub pacjentka ma obciążony wywiad rodzinny. Wówczas trzeba je robić z większą częstotliwością, nawet raz na 6 miesięcy.

W Polsce ustalono, że każda kobieta w wieku 50-69 lat powinna mieć wykonaną mammografię co 2 lata. Pierwsze badanie najlepiej wykonać po 35. roku życia. Osoby, które miały w rodzinie przypadki raka piersi, powinny poddać się pierwszej mammografii 10 lat przed osiągnięciem wieku, w jakim bliski zachorował. Kobiety, u których stwierdzono mutację genów BRCA1 lub BRCA2, znajdują się pod opieką poradni genetycznych i są włączane do programu profilaktycznego odpowiednio wcześniej, a badania wykonywane są częściej. W przypadku mammografii pacjentkom tym zaleca się wykonywanie badania już od 35. roku życia, z powtarzaniem go co roku. Są to szczególne sytuacje i zawsze wymagają pozostawania pod opieką specjalnych ośrodków, w których nad pacjentką czuwają lekarze z różnych dziedzin: genetyk kliniczny i onkolog.

Piśmiennictwo:

Scisło L. (red.): Pielęgniarstwo chirurgiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.



Rak jelita grubego - objawy i badania, które warto wykonać

Rak jelita grubego to jeden z najczęściej występujących nowotworów złośliwych. Do grupy raków jelita grubego zalicza się rak okrężnicy, zgięcia esiczo-odbytniczego oraz odbytnicy. Choć nowotwór potrafi być groźny w skutkach, dzięki odpowiednio wczesnemu wykryciu jest w pełni uleczalny.

Pamiętaj – obserwacja organizmu, a następnie konsultacja lekarska mogą uratować zdrowie i życie. Rak jelita grubego to choroba, w której komórki w okrężnicy lub odbytnicy wymykają się spod kontroli i nieprawidłowo się namnażają. Tworzą się polipy, które z czasem mogą przekształcić się w nowotwór.

Przebieg raka jelita grubego, ze względu na brak specyficznych objawów (zwłaszcza w pierwszej fazie), przez wiele lat potrafi pozostać niezauważony. Wczesne rozpoznanie nowotworu nie jest proste, ponieważ wymaga ono szczególnej obserwacji własnego organizmu. **Objawy początkowego stadium mogą bowiem wskazywać na wiele innych, mniej poważnych schorzeń**, takich jak infekcje, hemoroidy, zespół jelita drażliwego czy nieswoiste zapalenie jelit.

Wczesne objawy (mogące świadczyć o początkowym rozwoju raka jelita grubego) są niestety czę-

sto trywializowane. Specyficzne objawy i dolegliwości bólowe, z którymi pacjenci najczęściej zgłaszają się po poradę lekarską, wynikają z nacieku guza na sąsiednie struktury, jego znacznego wzrostu oraz obecności przerzutów.

Objawy wczesne raka jelita grubego:

- krwawienie z przewodu pokarmowego (szczególnie krew w stolcu);
- bóle brzucha;
- uczucie niepełnego wypróżnienia;
- zmiana rytmu wypróżnień (biegunki oraz zaparcia);
- zwężenie stolców (tzw. stolce ołówkowate);
- niezamierzony (i niekontrolowany) spadek masy ciała.

Znaczny wzrost guza może spowodować zatknięcie światła jelita grubego – co skutkuje niedrożnością jelit. W takim wypadku może również

wystąpić utajone krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, co z czasem doprowadzi do anemii (czyli niedokrwistości). Warto również zwrócić uwagę na objawy typowe dla raka odbytu (czyli podtypu raka jelita grubego): świąd odbytu, wydzielina śluzopodobna, bolesne parcie na stolec, nietrzymanie gazów i stolca.

Objawy raka jelita grubego w późniejszych stadiach (zwłaszcza w ostatnim) są bardziej zauważalne i trudniej pomylić je z innymi schorzeniami. W takim wypadku można dodatkowo doświadczyć:

- , nadmiernego zmęczenia, osłabienia organizmu,
- , regularnych wymiotów.

Ostatnie stadia raka jelita grubego mogą wiązać się z wystąpieniem przerzutów na inne części ciała. Choć w tym wypadku objawy również nie będą specyficzne, mogą one różnić się w zależności od zaatakowanych narządów.

Ważna jest stała, świadoma obserwacja własnego organizmu i wizyta u lekarza, jeśli którykolwiek z niepokojących objawów występuje dłużej niż tydzień lub dwa. Możliwa jest wtedy profesjonalna diagnoza przyczyny dolegliwości, a w razie potrzeby – rozpoczęcie odpowiedniego leczenia. Choć rak to dla wielu nierówna walka z czasem, jego wczesna diagnoza w większości przypadków gwarantuje powrót do pełnego zdrowia. **Wdrożenie odpowiedniego działania w pierwszym stadium choroby pozwala również uchronić przed przerzutami, których prawdopodobieństwo wzrasta w każdej kolejnej fazie.**

Czynniki ryzyka

Do raka jelita grubego prowadzi przede wszystkim nieodpowiedni styl życia. Wśród czynników ryzyka zachorowania na raka jelita grubego wyróżniamy m.in.: nieprawidłowe odżywianie, skłonność do używek i choroby współistniejące, które mogą dodatkowo zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworu. Powstanie nowotworu (w tym raka jelita grubego) jest więc efektem długotrwałej ekspozycji na te czynniki – czyli połączeniem nieodpowiedniego stylu życia i niesprzyjającej genetyki. Z czasem prowadzi to do zaburzenia równowagi w komórkach, w efekcie której powstają mutacje wzmacniające geny sprzyjające rozwojowi nowotworu. Mutacje te mogą być dziedziczne lub nabyte. Ich wystąpienie nie oznacza, że na pewno zachorujemy na ra-

ka. Warto jednak mieć na uwadze, że wystąpienie mutacji plasuje nas w grupie ryzyka, co może oznaczać konieczność wykonywania regularnych badań przesiewowych.

Nieprawidłowa dieta

Dieta może być kluczowym czynnikiem rozwoju raka jelita grubego. Większość z nas wybiera posiłki oparte na smaku, a nie na wartościach odżywczych. Szczególnie narażone na rozwój raka jelita grubego są osoby spożywające zbyt dużo słonych przekąsek, czerwonego mięsa (szczególnie smażonego), a także tłuszczów nasyconych. Chociaż istnieją „dobre tłuszcze”, zawarte m.in. w awokado i orzechach, to dieta wysokotłuszczowa, bogata w tłuszcze nasycone (zawierająca m.in. olej palmowy, nabiał, mięso czy jedzenie typu fast food) może być katastrofalna dla okrężnicy. Częste (więcej niż jedną porcję dziennie) spożywanie czerwonego mięsa może zwiększyć ryzyko raka jelita grubego. Należy m.in. ograniczyć burgery i inne dania z wołowiny. Spożywanie czerwonego mięsa powoduje uwalnianie w organizmie substancji chemicznych, które mogą hamować naprawę materiału genetycznego. Co więcej, diety roślinne mają najniższe ryzyko raka jelita grubego. Oczywiście nie musi się być wegetarianinem, jednak im więcej warzyw w codziennej diecie, tym lepiej.

Nadmierne spożywanie alkoholu

Alkohol jest niebezpieczny nie tylko dla okrężnicy – jego spożywanie jest powiązane z siedmioma rodzajami raka. Choć sporadyczny drink to nic złego, nadmierne spożycie alkoholu wiąże się z wyższym ryzykiem wystąpienia nowotworu – zarówno jelita grubego, jak i odbytnicy. U osób spożywających mniejsze ilości alkoholu ryzyko również jest podwyższone (jednak odpowiednio mniej).

Otyłość

Nadwaga lub otyłość zwiększają ryzyko zachorowania i śmierci z powodu raka okrężnicy lub odbytnicy. Zdrowe odżywianie i zwiększenie aktywności fizycznej pomaga w kontrolowaniu masy ciała.

Brak aktywności fizycznej

Uważa się, że zwiększająca się liczba zachorowań na raka jelita grubego w krajach rozwiniętych mo-



że być wynikiem siedzącego trybu życia i nadmiernie kalorycznej diety. Regularna aktywność fizyczna znacznie obniża więc ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Ruch reguluje również pracę układu pokarmowego i przyspiesza wypróżnienia. Oznacza to, że substancje zawarte w niestrawionym pokarmie, z których część może inicjować zmiany nowotworowe, szybciej opuszczają jelita.

Palenie tytoniu

Ostatnim czynnikiem, na który mamy rzeczywisty wpływ, jest palenie tytoniu. Toksyny i substancje rakotwórcze zawarte w dymie tytoniowym prowadzą z czasem do uszkodzenia tkanek, co może powodować szereg problemów zdrowotnych. Ryzyko rozwoju raka jelita grubego jest dwukrotnie wyższe u palących kobiet niż mężczyzn.

Czynniki genetyczne

Około 20% raków jelita grubego występuje rodzinie, z czego ok. 2-3% z nich spowodowane jest przez zespoły zwiększonej predyspozycji do rozwoju nowotworów, jak np. rodzinna polipowatość gruczolakowata.

Choroby współistniejące

Do rozwoju raka jelita grubego predysponują również niektóre choroby. Należą do nich: cukrzyca, choroby zapalne jelit, akromegalia.

Do czynników zwiększających prawdopodobieństwo raka odbytu, zaliczyć można: infekcję HPV (głównie podtypem 16 i 18, ale także 31, 33 i 45); przebytego raka szyjki macicy, pochwy lub sromu; infekcję HIV; ryzykowne zachowania seksualne (posiadanie kilku partnerów seksualnych oraz bierne stosunki analne).

Profilaktyka – jak skutecznie zapobiec rakowi okrężnicy

Profilaktyka raka jelita grubego obejmuje przede wszystkim modyfikację stylu życia i eliminację czynników zwiększających ryzyko – jak zaprzestanie picia alkoholu i palenia tytoniu, włączenie warzyw i owoców do diety oraz regularna aktywność fizyczna. Istotne jest wdrożenie do diety błonnika pokarmowego. Jego korzystne działanie w diecie wiąże się ze zwiększeniem objętości stolca, wiązaniem potencjalnych karcynogenów w świetle jelita, wiązaniem wtórnych kwasów żółciowych, obniżeniem pH stolca i korzystnym wpływem błonnika na florę bakteryjną jelita grubego. Warto również pamiętać o polifenolach. Są to przeciwutleniacze chroniące organizm przed uszkodzeniami oksydacyjnymi. Właściwości przeciwutleniające polifenoli zapewniają ochronę przed wieloma chorobami związanymi z reaktywnymi formami tlenu, w tym rakiem jelita grubego. Mogą one hamować powstawanie guzów, indukować apoptozę w komórkach rakowych, a także

zakłócać progresję guzów. Polifenole są obficie występującymi składnikami w żywności pochodzenia roślinnego, warto zatem regularnie sięgać po owoce jagodowe (borówki, maliny, owoce leśne), cytrusy, kolorowe warzywa (dynia, zielenna, papryka, jarmuż), orzechy czy gorzkie kakao. Dobrą rutyną jest także włączenie do diety zielonej herbaty, która wykazuje silne właściwości antyoksydacyjne. W przypadku pojawienia się stanów zapalnych, infekcyjnych, obfitych miesiączek, niedokrwistości poziom żelaza zaczyna spadać, dlatego najlepszym parametrem oceniającym aktualne zapasy żelaza w organizmie jest oznaczenie poziomu ferrytyny. To najlepszy parametr służący do diagnostyki niedoborów żelaza. Przy chorobach związanych z nieprawidłowym stężeniem żelaza we krwi zaleca się wykonanie pozostałych parametrów gospodarki żelaza: TIBC (całkowite wysycenie żelazem), transferyna.

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego pomogą skutecznie wykryć polipy, dzięki czemu można je usunąć, zanim zmienią się w raka. Mogą one również wykryć raka jelita grubego w najwcześniejszym stadium, kiedy leczenie jest

najskuteczniejsze. Do badań takich należy m.in. kolonoskopia, która pozwala na ocenę światła jelita, diagnozę i usunięcie ewentualnych niegroźnych zmian przedrakowych o typie polipów gruczolakowych. Większość osób powinna rozpocząć wykonywanie regularnych badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego wkrótce po ukończeniu 45. r.ż., a następnie kontynuować je w regularnych odstępach czasu. Odpowiednio wczesna diagnostyka pozwala na wyleczenie raka jelita grubego nawet w 90% przypadków. Jednym z najczęstszych badań profilaktycznych jest wykonanie badania krwi utajonej w kale. Zalecane jest ono pacjentom po 45. roku życia – jako badanie profilaktyczne. Warto w takim wypadku wykonać je raz do roku. W przypadku uzyskania wyniku dodatniego, lekarz prowadzący najczęściej zleca wykonanie kolonoskopii. Do badań przesiewowych – zwłaszcza po przekroczeniu 45. roku życia – należy również badanie per rectum (badanie palcem odbytnicy).

Piśmiennictwo:

Scisło L. (red.): Pielęgniarstwo chirurgiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.



Opieka nad podopiecznym z rakiem płuca

Przyjęcie roli opiekuna nad podopiecznym z rakiem płuca nie jest łatwe. Chorzy zwracają się do swoich opiekunów o różne rodzaje wsparcia, począwszy od praktycznych potrzeb (np. transport na wizyty lekarskie, naświetlania, chemioterapię), aż po wsparcie emocjonalne.

Bycie opiekunem może być satysfakcjonujące, ale także i wyczerpujące. Ważne jest, by zrozumieć, na czym polega ta rola i jak zapobiegać wypaleniu.

1. Staraj się unikać nadmiaru informacji. Choć zrozumienie choroby i możliwości jej leczenia jest ważną częścią bycia opiekunem, przeglądanie statystyk dotyczących raka płuca może wywołać niepokój i przygnębienie. Co więcej, może to również wpłynąć na stan emocjonalny osoby, którą się opiekujesz.
2. Skoncentruj się na indywidualnym postrzeganiu danej osoby. Wskaźniki przeżycia i inne statystyki dotyczące dużej liczby osób z rakiem płuc często nie znajdują odniesienia do indywidualnej historii twojego podopiecznego. Ponadto, perspektywa osoby może się znacznie zmienić, jeśli zakwalifikuje się na przykład do badań klinicznych lub zatwierdzone zostaną nowe sposoby leczenia.
3. Polegaj na zespole opieki zdrowotnej Twojego podopiecznego, który odpowie na konkretne

pytania dotyczące raka płuca lub jego perspektyw.

4. Przewyciężaj piętno choroby nowotworowej i działaj jako rzecznik/adwokat podopiecznego. Jednym z wyzwań radzenia sobie z rakiem płuca jest piętno związane z chorobą. Badania wskazują na powszechność poczucia winy, złości, żalu, wstydu wśród osób z rakiem płuca. Zaleca się unikanie nadmiernego podkreślania tego, czy podopieczny jest lub był palaczem. Jeśli ktoś zapyta, czy osoba z rakiem płuca kiedykolwiek paliła, wyjaśnij, że zadawanie tego pytania może być bolesne. Delikatnie przypomnij innym, że rak płuca dotyka nie tylko osoby palące w przeszłości, by zwiększyć świadomość na temat tej choroby. Bliscy krewni mogą również sprawić, że osoba z rakiem płuca poczuje się winna z powodu swojej choroby, nawet jeśli nie mają takiego zamiaru. Spotkanie z pracownikiem socjalnym, psychologiem, onkologiem może pomóc rozwiązać niektóre z tych problemów i zapewnić sposoby radzenia sobie ze złożonymi emocjami w roli

opiekuna. Wreszcie – osoba, którą się opiekujesz, może również radzić sobie z uczuciem żalu poprzez przekonanie, że zasługuje na chorobę i zacząć angażować się w zachowania autodestrukcyjne, takie jak niestosowanie się do zaleceń lekarza. Jeśli zdarzy się to Twojemu podopiecznemu, porozmawiaj z jego zespołem opieki zdrowotnej o sposobach uzyskania dodatkowego wsparcia.

5. Pamiętaj, że dobre samopoczucie osoby chorej na raka płuca zależy od niezawodnego wsparcia opiekuna. Będziesz odgrywać podwójną rolę pomocnika i towarzysza w domu, musisz zapewnić połączenie opieki medycznej, praktycznej i emocjonalnej.

Opieka medyczna

Jako opiekun osoby z rakiem płuca możesz być odpowiedzialny za pomoc w zakresie podstawowej opieki medycznej. Może ona obejmować:

- podawanie leków,
- pomoc w radzeniu sobie ze skutkami ubocznymi stosowanego leczenia,
- chodzenie na wizyty lekarskie z podopiecznym,
- komunikowanie się z zespołem medycznym,
- prowadzenie listy kontaktów, do których należy zadzwonić w nagłych wypadkach,
- pomaganie w kąpaniu się i ubieraniu przez podopiecznego,
- uczestniczenie w realizacji potrzeb opieki paliatywnej.

Praktyczna pielęgnacja

Codziennie czynności mogą być przytłaczające dla osoby poddawanej leczeniu lub borykającej się z zaawansowanym rakiem płuca. Może zwrócić się do opiekuna o wsparcie instrumentalne, w tym:

- zakupy spożywcze,
- przygotowywanie posiłków,
- sprzątanie domu,
- dojazdy na wizyty lekarskie i z powrotem,
- robienie prania,
- opłacanie rachunków,
- zajmowanie się ubezpieczeniem zdrowotnym,

- rozwiązywanie problemów finansowych.

Opieka emocjonalna

Zapewnienie wsparcia emocjonalnego podopiecznemu z rakiem płuca może być jednym z najtrudniejszych elementów opieki. Być może będziecie musieli wspólnie stawić czoła niepewności, starając się zachować nadzieję:

- ćwicz umiejętności aktywnego słuchania, gdy podopieczny opowiada o swojej chorobie. Choć naturalna jest chęć znalezienia rozwiązania jego problemów, pamiętaj, że nie możesz zmienić obecnych okoliczności;
- posłuchaj, jak się wyraża podopieczny i pomóż mu zaakceptować chorobę. To jeden z najlepszych sposobów zapewnienia wsparcia emocjonalnego;
- staraj się nie zmieniać emocji podopiecznego. Każdy inaczej radzi sobie z rakiem. To normalne, że podopieczny może mieć emocjonalne wzloty i upadki w trakcie choroby. Zaakceptuj to, co czuje podopieczny na co dzień.

Opieka nad osobą chorą na raka płuca może być fizycznie i emocjonalnie wyczerpująca. Pamiętaj o codziennym poświęcaniu odrobiny czasu na regenerację, by zapobiec wypaleniu. Dołączenie do grupy wsparcia opiekunów może dać Ci okazję do porozmawiania z innymi ludźmi w podobnych sytuacjach. Rozmowa z doradcą może również pomóc w znalezieniu odpowiednich sposobów radzenia sobie. Poradnictwo bywa być również pomocnym sposobem uczenia się strategii radzenia sobie ze stresem i samotnością, radzenia sobie z problemami praktycznymi i znajdowania odpowiednich słów, aby rozmawiać o swoich doświadczeniach z podopiecznym. Postaraj się również, aby Twoje zdrowie było priorytetem. Zachowaj aktywność, wykonując 30-minutowy spacer dla zachowania sprawności. Wprowadź zdrową żywność do swojej diety i ogranicz spożycie alkoholu. Dbaj o higienę snu, aby dobrze się wysypiać. Jeśli nie czujesz się najlepiej, porozmawiaj ze swoim lekarzem o możliwych zmianach, które możesz wprowadzić. W ramach samoopieki rozważ wypróbowanie jogi i medytacji. Zarezerwuj czas na swoje ulubione hobby, takie jak jazda na rowerze, gotowanie lub ogrodnictwo. Znajdź czas na rzeczy, które lubisz, co może pomóc zmniejszyć ogólny stres. Wreszcie – bądź dla siebie delikatny. Będąc opiekunem, to normalne, że odczuwasz niewygodne emocje, takie jak poczucie wi-

ny, złość i smutek. Poproś o pomoc, kiedy jej potrzebujesz, bierz rzeczy z dnia na dzień. Poświęcenie czasu dla siebie może pomóc uniknąć wypalenia opiekuna. Codziennie traktuj priorytetowo swoje zdrowie i dobre samopoczucie.

Wykrycie guza na wczesnym etapie zaawansowania daje nadzieję na wykonanie możliwie doszczętnego zabiegu chirurgicznego i usunięcie raka płuca zanim choroba rozprzestrzeni się na inne narządy. Oprócz **profilaktyki raka płuca**, która opiera się na fundamencie, jakim jest niepalenie tytoniu, unikanie biernego palenia tytoniu, ekspozycji zawodowej na azbest i niektóre metale, krzemionkę oraz promieniowanie jonizujące (szczególnie na rodon) oraz poradnictwie antytytoniowym – kluczowe znaczenie zdaniem ekspertów odgrywa szybka diagnostyka i możliwe wczesne wykrycie choroby. To nie tylko RTG klatki piersiowej, ale też niskodawkowa tomografia komputerowa klatki piersiowej – LDCT, A low-dose CT scan jako badanie przesiewowe/skriningowe w populacji wysokiego ryzyka (byli oraz obecni palacze w wieku 50-75 lat, palący więcej niż 10 papierosów dziennie przez ponad 30 lat oraz osoby palące więcej niż 15 papierosów



dziennie przez minimum 25 lat). W zasadzie każdy nałogowy palacz w wieku powyżej 50 lat lub wcześniej, jeżeli osiągnie poziom 30 paczkolet, powinien cyklicznie (raz w roku, raz na pół roku) zgłaszać się na badanie tomograficzne. Cena takiego badania to równowartość 25 paczek, czyli około 500 papierosów. Wystarczy zatem wypalić 2 papierosy dziennie mniej, aby zaoszczędzić na wykonanie badania wartego 300 zł, które może uratować życie.

Paczkoleta = liczba paczek papierosów dziennie × lata palenia. Paczkoleta – umowne określenie zagrożenia rozwoju chorób zależnych od dymu tytoniowego, stosowane w medycynie. Wypalanie 40 sztuk papierosów (2 paczek) dziennie w ciągu jednego roku oznacza 2 paczkoleta.

Badania diagnostyczne w przypadku podejrzenia raka płuca można podzielić na te, które przeprowadza się w celu ustalenia rozpoznania oraz te, które przeprowadza się w celu określenia, jakie jest stadium zaawansowania procesu nowotworowego. W przypadku wstępnego podejrzenia choroby nowotworowej, diagnostyka raka płuca rozpoczyna się od pierwszej wizyty u lekarza i składa się z badania podmiotowego, obejmującego wywiad w kierunku objawów, czynnego i biernego narażenia na dym tytoniowy, rodzinnego występowania nowotworów oraz narażenia zawodowego. Niezbędnym elementem wstępnej diagnostyki jest badanie kliniczne oraz ocena sprawności, którą należy przeprowadzić posługując się skalą Zubroda.

Coraz większą rolę odgrywają **badania genetyczne** w kierunku np. mutacji w genie EGFR czy rearanżacji w genie ALK, które u części pacjentów pozwalają na zastosowanie leczenia celowanego molekularnie. Podstawowym **badaniem diagnostycznym obrazowym** w podejrzeniu raka płuca jest RTG klatki piersiowej w projekcji przednio-tylnej i bocznej (okrągły cień, zmiany zarysu wnęki, zmiany naciekowe, zaburzenia o charakterze rozedmy lub niedodmy). Prawidłowy wynik konwencjonalnego badania RTG klatki piersiowej nie wyklucza nowotworu, który może być umiejscowiony w okolicach o ograniczonej dostępności (szczyt płuca, śródpiersie). Z tego powodu należy wykonać badanie tomografem komputerowym z użyciem kontrastu obejmującego jamę brzuszną do poziomu nadnerczy. W szczególnych sytuacjach wykonuje się badanie klatki piersiowej za

pomocą rezonansu magnetycznego, który może określić stan okolicznych struktur. W przypadku guza o nieznanym charakterze można wykonać PET – pozytonową tomografię emisyjną, która ułatwia różnicowanie zmian łagodnych od złośliwych. Przed planowanym leczeniem należy dokonać oceny wydolności oddechowej (spirometria), wydolności układu krążenia (EKG, ewentualnie echokardiografia i EKG wysiłkowe). W ramach wstępnej **diagnostyki laboratoryjnej** raka płuc konieczne jest wykonanie morfologii krwi z rozmazem i oceny układu krzepnięcia, badań biochemicznych (stężenie kreatyniny w surowicy krwi, mocznika, sodu, potasu, wapnia, bilirubiny, transaminaz, fosfatazy zasadowej, LDH, glukozy) oraz badania ogólnego moczu. W ramach **patomorfologicznej diagnostyki** raka płuca wykonuje się ocenę histologiczną wycinka guza pobranego w czasie bronchoskopii lub ocenę cytologiczną popłuczyn z oskrzeli. W przypadku zmian o obwodowej lokalizacji rozpoznanie ustala się na podstawie oceny materiału pobranego drogą biopsji przez ścianę klatki piersiowej. Można też wykonać badanie cytologiczne płwociny, biopsję węzłów chłonnych śródpiersia w czasie ultrasonografii wewnątrzoskrzelowej, badanie cytologiczne wysięku opłucnowego. Dzięki badaniu histopatologicznemu możliwe jest rozróżnienie czy u danego chorego mamy do czynienia z rakiem drobnokomórkowym (20%) czy niedrobnokomórkowym (80%). Pomimo dynamicznego rozwoju onkologii i wprowadzania nowych metod leczenia (immunoterapia, leczenie celowane), rak płuca to choroba, w której rokowania pozostają najczęściej niepomyślne. Szansą dla wielu chorych jest udział w badaniach klinicznych. Szczegółowe metody leczenia ustala się na podstawie typu histologicznego guza, stadium zaawansowania oraz ogólnej sprawności pacjenta. W przypadku raka niedrobnokomórkowego płuca możliwe jest zastosowanie leczenia radykalnego lub paliatywnego. W przypadku raka drobnokomórkowego główną metodą leczenia jest chemioterapia. Wskazania do radioterapii chorych na drobnokomórkowego raka płuca zależą od stopnia zaawansowania nowotworu. W przypadku chorych w stopniu zaawansowania I - III radioterapia klatki piersiowej powinna być stosowana w skojarzeniu z chemioterapią, najlepiej jednocześnie. U chorych w stopniu IV radio-

terapia jest również ważnym elementem leczenia, aczkolwiek zwykle rozważa się ją po zakończeniu chemioterapii. Poza tym, chorzy na drobnokomórkowego raka płuca są kandydatami do tzw. elektywnego napromieniania ośrodkowego układu nerwowego. Natomiast u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca wskazania do radioterapii obejmują napromienianie pooperacyjne wybranych chorych poddawanych resekcji mięszu płucnego. Jest ona bezwzględnie uzasadniona – w skojarzeniu z chemioterapią – u większości chorych w stadium miejscowego zaawansowania oraz powinna być zawsze uwzględniana w postępowaniu paliatywnym u osób z nowotworem uogólnionym (np. napromienianie przerzutowych zmian kostnych lub umiejscowionych w ośrodkowym układzie nerwowym). Nie można również zapomnieć o możliwości stosowania radioterapii stereotaktycznej, będącej alternatywą leczenia chirurgicznego chorych, którzy nie mogą być poddawani resekcji mięszu płucnego z powodu poważnych chorób współistniejących.

Skala ECOG (skala sprawności ECOG, skala sprawności według Eastern Cooperative Oncology Group) – pozwalająca określić stan ogólny i jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową, nazywana też **skalą Zubroda**.

Stopień sprawności i definicja

- 0 - sprawność prawidłowa, zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności;
- 1 - obecność objawów choroby, możliwość chodzenia i wykonywania lekkiej pracy;
- 2 - zdolność do wykonywania czynności osobistych, niezdolność do pracy, spędza w łóżku około połowy dnia;
- 3 - ograniczona zdolność wykonywania czynności osobistych, spędza w łóżku ponad połowę dnia;
- 4 - konieczność opieki osoby drugiej, spędza w łóżku cały dzień;
- 5 - zgon.

Piśmiennictwo:

Scisło L. (red.): Pielęgniarstwo chirurgiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.



Opieka nad podopiecznym z rakiem piersi

Nowotwory osób w podeszłym wieku różnią się nieco przebiegiem oraz sposobem postępowania terapeutycznego w stosunku do osób młodych. Nie zmienia się jednak podejście psychologiczne. Każdy chory, u którego zdiagnozowano nowotwór, wymaga nie tylko leczenia fizykalnego, ale i pomocy oraz wsparcia duchowego.

Ważne jest, aby nie zrzucać wszystkich objawów starszego pacjenta na karb jego podeszłego wieku. Nagłe zmiany stanu zdrowia czy dołączenie nowych objawów muszą zawsze budzić czujność opiekuna i skłaniać go do rozważenia konsultacji lekarskiej. Do objawów niepojących należą na przykład zmiana kształtu i wyciek z brodawki sutkowej. Aby móc właściwie opiekować się osobą z chorobą nowotworową, należy poznać jej główne dolegliwości fizyczne, a także spróbować wyobrazić sobie jej stan psychologiczny. Wiadomość o chorobie onkologicznej jest dla wielu osób ciężka do uniesienia, a pogodzenie ze swoim stanem trudne, a czasem nieosiągalne. Nowotwór wciąż funkcjonuje w społeczeństwie jako choroba nieuleczalna, potencjalnie śmiertelna i piętnująca chorego. Postęp w zakresie leczenia i badań klinicznych pozwala nam powiedzieć dziś, że zaawansowany rak piersi jest chorobą poddającą się leczeniu. Mimo to, istnieje swoiste poczucie wyobcowania pacjenta z dotychczasowego życia, często pojawia się apatia i depresja. Tymczasem badania naukowe jasno wskazują, że psychika chorego odgrywa ogromną rolę w walce z chorobą. Pa-

cjenci w stanie depresji słabiej odpowiadają na leczenie, gorzej znoszą jego skutki uboczne i w konsekwencji przeżywają krócej niż osoby z wyrównanym nastrojem. Wsparcie opiekuna oraz osób najbliższych odgrywa kluczową rolę w powrocie do zdrowia. Jeśli jednak, mimo starannej opieki, chory pozostaje w stanie patologicznie obniżonego nastroju, źle sypia (lub przeciwnie, przesypia całe dnie), nie chce przyjmować pokarmów – warto pomyśleć o wsparciu farmakologicznym. Osoby chorujące odczuwają lęk przed śmiercią, obawiają się o przyszłość dzieci, partnerów i rodziny. Silną obawę wzbudza możliwość dalszej progresji nowotworu. Naturalnymi reakcjami na wieść o chorobie nowotworowej są między innymi: gonitwa myśli, sprzeczne i zmienne nastroje, szok, strach, smutek, poczucie winy i niesprawiedliwości. Chora może odczuwać je wszystkie lub tylko niektóre. Nie ma bowiem jednego wzoru emocji, których doświadcza pacjentka z rakiem piersi. Nie ma także jednego sposobu radzenia sobie z nimi. Wiadomo jednak, że bywają one silne i mogą wpłynąć na kondycję organizmu, a także na relacje z najbliższymi i otocze-

niem. To, w jaki sposób pacjentka poradzi sobie z tymi emocjami, zależy od wielu czynników, w tym między innymi od: jej charakteru, osobowości, doświadczenia, sytuacji rodzinnej, zaawansowania choroby, chęci skorzystania z pomocy profesjonalistów medycznych, psychologa, dietetyka, grup wsparcia. Rak piersi i jego leczenie wpływają ponadto na wygląd oraz postrzeganie własnej atrakcyjności jako kobiety. Choroba nowotworowa nie oznacza rezygnacji z dbania o siebie. Zadowolenie z własnego wyglądu czy utrzymanie aktywności fizycznej poprawiają samopoczucie, kondycję emocjonalną i jakość życia, a dzięki temu wspierają także proces leczenia.

Pacjent z chorobą nowotworową jest narażony na niedożywienie, które może pogarszać przebieg leczenia. Brak apetytu związany jest z przyjmowanymi lekami, które nasilają mdłości i zniechęcają do posiłków. Wyniszczające działanie ma również sam nowotwór. Apetyt podopiecznego można pobudzić, podając mu ulubione potrawy – przyrządzone i podane w estetyczny sposób. Jeśli chory dobrze reaguje na zapachy, warto zadbać o to, by potrawy były również aromatyczne. W okresie leczenia nowotworu, a także przez kilka najbliższych lat po terapii nie należy podawać choremu na własną rękę preparatów witaminowych ani innych suplementów diety. Wszelkie dodatkowe leki należy wcześniej konsultować z lekarzem prowadzącym chorego.

Nierzadko u osób starszych odstępuje się od pełnej, agresywnej terapii, która doszczętnie niszczy nowotwór, ale też naraża chorego na znacznie większe ryzyko utraty zdrowia lub życia. Podejmuje się wówczas raczej leczenie paliatywne – mające na celu łagodzenie objawów choroby oraz jak największy komfort życia pacjenta i redukcję dolegliwości bólowych. Ból nowotworowy może być skutecznie kontrolowany, a chory nie musi cierpieć. Jedną z wygodnych form leczenia przeciwbólowego są plastry naklejane na ciało pacjenta, z których stopniowo uwalnia się lek opioidowy. Jeśli chory korzysta z innej formy terapii przeciwbólowej, a w okresie pomiędzy poszczególnymi dawkami pojawiają się dolegliwości (tak zwane bóle przebijające), należy porozmawiać z lekarzem o zastosowaniu dodatkowej bariery lekowej. Mimo choroby, starszy pacjent może w spokojnej i ciepłej atmosferze przeżyć swoje ostatnie lata życia, a kluczem do tego jest właściwa opieka, która zapewnia nie tylko zaspokojenie podstawowych potrzeb fizycznych, ale także

wsparcie psychiczne. W obawie przed pogorszeniem sytuacji materialnej chorzy mogą również korzystać z różnych form wsparcia materialnego. Wsparcie informacyjne i emocjonalne można natomiast uzyskać ze strony profesjonalistów: onkologa, psychiatry, pielęgniarki, psychologa, dietetyka, ale także organizacji społecznych i religijnych czy grup wsparcia (Amazonki, Rak’n’Roll, Onco-Cafe).

Współcześnie leczenie raka piersi przybiera coraz mniej inwazyjne formy i wykorzystuje coraz więcej nowych technologii. Rzadziej wymaga wielodniowego przebywania w szpitalu czy stałego podłączenia do kroplówki. Chemioterapię można przyjąć na oddziale dziennym, a nawet – jeśli zachodzi taka potrzeba – w miejscu pracy i w domu. Naświetlanie zajmuje teraz czasami tylko kilkanaście minut, a leki mają formę tabletek lub implantów podskórnych. Żadna z tych form terapii nie jest aż tak czasochłonna, aby odebrać możliwość normalnej egzystencji i realizacji planów, np. zawodowych. Należy jednak pamiętać o zachowaniu umiaru.

Wybór sposobu leczenia zależy od dwóch kluczowych informacji: pierwsza to stopień zaawansowania nowotworu. Lekarz ustala go przy pomocy tzw. klasyfikacji TNM (z ang. tumor – guz, nodes – węzły chłonne, metastasis – przerzuty odległe), czyli poprzez określenie: wielkości pierwotnego guza w piersi (T), obecności przerzutów nowotworu w węzłach chłonnych (N) oraz ewentualnej obecności przerzutów nowotworu w innych narządach (np. w wątrobie, płucach, kościach i in. (M)). Druga to podtyp biologiczny. Lekarz określa go na podstawie oceny obecności receptorów hormonalnych (estrogenowych – ER i progesteronowych – PR) w komórkach raka oraz ekspresji receptora HER2 i markera Ki67. Rak piersi jest bowiem niejednorodną chorobą i w różnych podtypach stosuje się różne leczenie. Oceny wspomnianych receptorów i markera dokonuje lekarz patomorfolog podczas badania mikroskopowego fragmentu pierwotnego guza lub przerzutu.

Stopnie zaawansowania raka piersi

STOPIEŃ 0

Jest to bardzo wczesna postać nowotworu piersi, do której kwalifikowane są raki nienaciekające (przedinwazyjne). W tym stadium choroba jest praktycznie całkowicie wyleczalna. Stosowane



leczenie ma na celu nie tylko uzyskanie miejscowego wyleczenia, lecz także zapobiegnięcie wystąpieniu raka inwazyjnego.

WCZESNY RAK PIERSI – STOPIEŃ I i II

Choroba jest ograniczona do gruczołu piersiowego i/lub najbliższych pachowych węzłów chłonnych stępu choroby.

MIEJSCOWO ZAAWANSOWANY RAK PIERSI – STOPIEŃ III

W tym stopniu występuje duże zróżnicowanie zaawansowania zarówno w piersi, jak i węzłach chłonnych. Guz piersi może naciekać skórę i ścianę klatki piersiowej, a także przybierać postać raka zapalnego. Możliwe jest występowanie przerzutów nowotworu do regionalnych węzłów chłonnych pachowych i/lub węzłów podnadobojczykowych. W tym stopniu nie stwierdza się przerzutów do narządów odległych.

UOGÓLNIONY, PRZERZUTOWY RAK PIERSI – STOPIEŃ IV

W tym stopniu stwierdza się przerzuty raka piersi do narządów odległych, np. kości, płuc, wątroby lub mózgu.

ZAAWANSOWANY RAK PIERSI

„Zaawansowany rak piersi” jest terminem stosowanym do opisanego zarówno miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego raka piersi (wybrane postaci stopnia III wg wspomnianej skali TNM),

jak i raka piersi z przerzutami do narządów odległych (stopień IV).

Wyróżnia się trzy główne podtypy raka piersi:

- hormonozależny (luminalny)
- HER2-dodatni
- potrójnie ujemny

Hormonoterapia – metoda leczenia systemowego (leczenie systemowe to leczenie działające w całym organizmie) wskazana do stosowania u pacjentek, których komórki nowotworowe wykazują obecność receptorów hormonalnych. Leczenie za pomocą hormonoterapii ma zmniejszyć wpływ estrogenów na wrażliwe komórki nowotworowe.

Leczenie celowane – leczenie systemowe z zastosowaniem nowoczesnych leków działających na wybrane procesy komórkowe, odpowiedzialne za przeżywanie i namnażanie się komórek nowotworowych. Opiera się na znajomości mechanizmów powstawania i rozwoju nowotworów. Leczenie takie jest bardziej precyzyjne niż chemioterapia, jednak może również oddziaływać na komórki zdrowe.

Chemioterapia – jedna z metod systemowego leczenia raka piersi. Polega na podawaniu leków, które niszczą komórki nowotworowe. Leki takie mogą również uszkadzać zdrowe komórki, wywołując wiele działań niepożądanych. Chemioterapia jest stosowana w leczeniu choroby zaawansowa-



nej, a także w chorobie wczesnej przed leczeniem chirurgicznym lub po nim.

Radioterapia – metoda leczenia miejscowego, która polega na wykorzystaniu promieniowania jonizującego w celu zniszczenia komórek nowotworowych. Może być stosowana samodzielnie lub w połączeniu z metodami leczenia systemo-

wego i chirurgią. Napromienianiu podlegać może – zależnie od sytuacji klinicznej – cały gruczoł piersiowy, blizna po amputacji piersi, regionalne węzły chłonne, a także wybrane przerzuty do narządów odległych.

Immunoterapia – nowoczesna metoda leczenia nowotworów, która polega na aktywacji układu odpornościowego pacjenta. Nowotwór potrafi bowiem oszukiwać nasz układ odpornościowy tak, aby komórki obronne nie potrafiły rozpoznać i zniszczyć komórek nowotworowych. Immunoterapia przywraca układowi odpornościowemu tę zdolność.

Leczenie radykalne – prowadzone z intencją wyleczenia. Zasadniczo dotyczy pacjentek, u których choroba rozpoznana jest we wczesnym stadium. W raku piersi najczęściej polega na zastosowaniu leczenia miejscowego i systemowego w różnych kombinacjach.

Leczenie paliatywne – stosowane w chorobie zaawansowanej, gdy wyleczenie nie jest możliwe. Służy ono wydłużeniu życia i łagodzeniu objawów choroby. W leczeniu paliatywnym dominują metody systemowe, aczkolwiek w niektórych sytuacjach stosuje się także radioterapię czy chirurgię.

Piśmiennictwo:

Poradnik dla pacjentek z zaawansowanym rakiem piersi i ich bliskich.

Scisło L. (red.): Pielęgniarstwo chirurgiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.



Opieka nad podopiecznym z rakiem jelita grubego

Rak jelita grubego może rozwijać się w każdym fragmencie jelita, umiejscawiać się po prawej lub lewej stronie okrężnicy lub w odbytnicy i rozrastać się wieloogniskowo. Wszystkie typy raka jelita grubego podczas rozrostu mogą doprowadzić do przedziurawienia ściany jelita i spowodowania niedrożności.

W przypadku guza w lewej części okrężnicy często występują krwawienia świeżą krwią z odbytu. Guzy prawej części okrężnicy objawiają się niedokrwistością z powodu utajonego krwawienia, zmianą trybu wypróżnień. Leczenie nowotworu jelita grubego składa się z zabiegów chirurgicznych i terapii uzupełniającej. Dobór metody zależy od stopnia zaawansowania i umiejscowienia guza nowotworu. Różnokierunkowość w procedurze terapeutycznej obejmuje leczenie przedoperacyjne, działania pooperacyjne, techniki oraz zakres zabiegu chirurgicznego.

W nowotworach jelita grubego wykonuje się **przetokę jelitową**, określaną też **stomią jelitową**. Stomie dzielimy na **czasowe** (w przypadku których istnieje możliwość przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego w czasie następnej operacji) i **stałe** (definitywne). Pierwsze z nich wyłanianie są zazwyczaj po urazie jamy brzusznej w celu zagojenia jelita. Stomia nie zawsze jest możliwa – brany jest pod uwagę wiek i obciążenie

dotyczące zdrowia. Przetoka jelitowa to celowo wykonane połączenie światła narządu jamistego z powierzchnią ciała. W zależności od jej umiejscowienia, wyróżnia się **kolostomię** (połączenie światła jelita grubego ze skórą powłok brzusznych) zlokalizowaną w lewym podbrzuszu i **ileostomię** (połączenie światła jelita krętego – końcowego odcinka jelita cienkiego ze skórą powłok brzusznych) zlokalizowaną w prawym podbrzuszu. Kolostomię wykonuje się między innymi w przypadku: nowotworu jelita grubego (okrężnicy, odbytnicy), wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego-Crohna, niedrożności, urazów okrężnicy lub odbytnicy. Ileostomię wyłania się natomiast z powodu między innymi: wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego-Crohna, urazów, niedrożności mechanicznej lub porażennej jelita grubego, polipowatości rodzinnej jelita grubego. Stomia może być: **jednolufowa**, boczna – ujście przewodu pokarmowego kończy się w powłokach jamy brzusznej, a pozostała część jest

wycięta lub zaszyta na ślepo; stomia **dwulufowa**, czyli pętlowa – w której jeden otwór jest końcowym odcinkiem jelita, a drugi otwór jest naturalną drogą do odbytu.

Stomia powinna być wyłoniąca w taki sposób i w takim miejscu, aby było ono najlepsze z punktu widzenia możliwości chirurgicznych oraz późniejszej pielęgnacji. Prawidłowa stomia powinna: mieć kolor różowo-czerwony, być lekko wilgotna, mieć kształt zbliżony do okrągłego, wystawać na około 1-3 cm ponad powierzchnię skóry brzucha, mieć centralne ujście do wydalania treści, a skóra wokół niej powinna wyglądać jak w innych miejscach na brzuchu.

Do powikłań wczesnych po wyłonięciu stomii można zaliczyć: obrzęk w obrębie stomii, krwawienie, zakażenie rany stomijnej, martwicę, niedokrwienie stomii, wciągnięcie stomii oraz brak zrostu śluzówkowo-skórnego.

Do 30-stego dnia po zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić **powikłania późne**: wypadnięcie stomii, zwężenie stomii, przepuklina okołostomijna, uszkodzenie jelita podczas przepłukiwania, jak i również skręcenie w okolicy stomii. Zapalenie skóry wywołane przez zawartość jelitową, uczulenie spowodowane częścią przylepną, zakażenie bakteriami bądź grzybami będą powikłaniami dermatologicznymi. Dochodzi do nich w wyniku niewłaściwej pielęgnacji wyłonięcej stomii. Częściej takie przypadki występują w ileostomii niż kolostomii.

Do powikłań psychologicznych dochodzi na skutek: niskiej samooceny wizerunku własnego, braku wsparcia ze strony bliskich, strachu przed odrzuceniem przez społeczeństwo, depresji. Opieka na rzecz chorych ze stomią powinna być zindywidualizowana ze względu na swoiste problemy chorego. Pielęgniarka/opiekun w opiece okołozabiegowej, jak i późnej powinni mieć wysoką jakość działań opiekuńczych, które rzutują w przyszłości na jakość życia chorych z wyłonią stomią.

Następstwa spowodowane wyłonią stomią są dla chorych przyczyną zmian w życiu, na co wpływa ocena ich jakości życia. Osoby po operacji powinny pamiętać o unikaniu sytuacji, które mogą doprowadzić do powstania przepukliny okołostomijnej. Przez 3 miesiące powinni wstrzy-

mać się od dźwigania ciężarów i innych czynności obciążających organizm. Chorzy ze stomią powinni wykonywać ćwiczenia na mięśnie brzucha, ponieważ minimalizują powstanie przepukliny. Mogą podjąć pracę po upływie 8-12 tygodni. Powinni spożywać posiłki w regularnych odstępach czasowych oraz wypijać dużą ilość płynów. Posiadanie stomii nie jest przeciwskazaniem do posiadania dzieci, współżycia, podróży oraz rozwijania się zawodowo. Działania medyczne ukierunkowane są nie tylko na przedłużanie życia chorych, ale również na to, by mogło ono być zbliżone do życia osób w pełni zdrowych. Z badań wynika, że wiek nie ma najmniejszego znaczenia co do poziomu życia. Negatywne nastawienie do własnej sytuacji wynika ze zmiany wyglądu własnego ciała, poczucia dyskomfortu, braku wsparcia oraz lęku co do nowej sytuacji życiowej. Osoby starsze narażone są w większym stopniu na stomię stałą ze względu na powikłania oraz wydłużony pobyt w szpitalu. Badania dowodzą, że rodzaj stomii, nieodpowiednia lokalizacja oraz stan psychiczny (depresja) decydują o jakości życia chorych. Ważna jest pomoc ze strony grup wsparcia (np. Polskie Towarzystwo Stomijne Pol-ilko, Fundacja STOMAlife). Liczba osób z ileostomią wzrasta z roku na rok i pomimo powikłań metabolicznych (np. odwodnienia lub zaburzeń elektrolitowych z powodu zapalenia jelit), powikłań dermatologicznych (np. kontaktowego zapalenia skóry, zmian alergicznych) oraz powikłań chirurgicznych (np. zakażenie, przepuklina, martwica), badania wykazują lepszą jakość życia tych pacjentów w porównaniu z pacjentami z kolostomią. Jakość życia chorych znacznie poprawia się ze względu na rozwój technologiczny zawierający wysokiej jakości wyposażenie stomijne, opiekę i świadczone usługi.

Stomia w żaden sposób nie powinna wymuszać zmiany dotychczasowego trybu życia. Konieczne jest tylko wyrobienie nowych nawyków i przyzwyczajenie się do prawidłowej pielęgnacji stomii i skóry wokół niej. Wyłonięcie stomii w wyniku operacji często stanowi trudne doświadczenie. Stawia pacjenta w obliczu zupełnie nowej sytuacji – utraty naturalnych funkcji organizmu i konieczności nauczenia się funkcjonowania w innej rzeczywistości. Dlatego tak ważne jest, by od początku uczyć się prawidłowej pielęgnacji stomii oraz skóry wokół niej. To zdecydowanie poprawia ogólny dobrostan i przywraca pewność siebie.



Przede wszystkim trzeba pamiętać, że stomia zmienia się wraz z ciałem. Obserwacja pozwala na właściwe dobranie sprzętu stomijnego, co wpływa na jakość samopoczucia. Ważna jest kontrola sprzętu i jego ewentualne uzupełnianie bądź zmiana. Nie można zakładać, że raz dobrany sprzęt wystarczy na resztę czasu funkcjonowania ze stomią. Stomia formuje się do 30 dni po operacji. Mogą wtedy pojawić się zakażenia, stany zapalne prowadzące do zaczerwienienia skóry i obrzęku. Należy wtedy skontaktować się z chirurgiem lub pielęgniarką stomijną, którzy pomogą dobrać sprzęt i w razie potrzeby skierują na dalsze leczenie. Po 30 dniach rozpoczyna się okres poperacyjny. Zmienia się także stomia, pacjent może np. zwiększyć masę ciała. Należy obserwować stomię i wraz z pielęgniarką stomijną odpowiednio dobrać sprzęt. Warto wziąć pod uwagę: miejsce chirurgicznego wyłonienia stomii, napięcie mięśni, blizny, rany, kształt brzucha (może być on regularny, wklęsły lub wypukły). Dopasowanie sprzętu stomijnego do kształtu ciała zapobiega podciekaniu i powikłaniom. Mogą to być np. podrażnienia skóry przez treść jelitową czy odparzenia skóry z powodu rzadkiej wymiany sprzętu stomijnego. Brak systematyczności w wymianie worka stomijnego może prowadzić do nieprzyjemnego zapachu.

Codzienna pielęgnacja

1. Wymiana worka stomijnego w pomieszczeniu z umywalką i toaletą.
2. Przygotowanie potrzebnych akcesoriów przed czynnościami pielęgnacyjnymi i odklejeniem sprzętu stomijnego.
3. Przycięcie przylepca/płytki do wielkości stomii – zawsze trzeba pamiętać o tym, że stomia się zmienia. Można skorzystać z miarki pozwalającej na zmierzenie wielkości stomii.
4. Po odklejeniu worka – dokładne umycie skóry wodą z mydłem i jej osuszenie. Nie wolno na okolice stomii stosować preparatów na bazie spirytusu, benzyny aptecznej czy innych odtłuszczających skórę. Może to doprowadzić do tego, że sprzęt nie będzie się trzymał. Do mycia skóry nie należy stosować także chusteczek pielęgnacyjnych dla niemowląt. Dostępne są specjalne chusteczki do oczyszczania skóry wokół stomii. Nie należy stosować także tłustych kremów, balsamów, oliwek.
5. Umycie rąk po każdorazowej zmianie worka.
6. Nie należy obawiać się brać kąpieli pod prysznicem lub w wannie, także po zdjęciu worka stomijnego. Jedynie woda nie powinna być zbyt gorąca, gdyż śluzówka jelita jest mniej odporna na temperaturę. Woda powinna mieć

temperaturę nie wyższą niż 40°C.

7. Usunięcie włosów ze skóry brzucha pomoże w pewniejszym przyklejeniu sprzętu stomijnego. Jednak nie należy robić tego za pomocą kremów depilujących, gdyż mogą powodować podrażnienia.
8. Ogrzanie przylepca/płytki w dłoniach przed bezpośrednim przyklejeniem na skórę.
9. Zmiana worka stomijnego nie musi być dokonywana codziennie, jeśli treść jelitowa nie podcieka, a przylepiec nie stracił szczelności; w przypadku płytki może być na skórze kilka dni, a worek zmienia się w razie potrzeby.
10. Sprawdzanie przed wyjściem z domu, czy sprzęt stomijny jest na odpowiednim miejscu i czy nie stracił szczelności.

Utrzymanie zdrowej skóry wokół stomii

1. Pewność, że skóra jest czysta i sucha, gdy chcemy nałożyć przylepiec/płytkę.
2. Dobrze dopasowany otwór w przylepcu/płytkce do średnicy stomii.
3. Regularne sprawdzanie rozmiaru stomii, zwłaszcza w przypadku przepukliny.
4. Dociśnięcie przylepca/płytki ręką, aby sprawdzić czy w pełni przylega do skóry.
5. Zmiana sprzętu stomijnego, jeśli następuje jakikolwiek dyskomfort lub swędzenie skóry.
6. Pewność, że stosowany sprzęt stomijny jest dopasowany do kształtu ciała.

Podrażnienie skóry wokół stomii – co wtedy robić?

Skóra wokół stomii powinna wyglądać jak reszta skóry ciała. Jeśli zaróżowienie po zdjęciu przylepca nie zniknie lub jeśli skóra jest uszkodzona, prawdopodobnie nastąpiło podrażnienie. Po pierwsze sprawdź – usuń przylepiec/płytkę i zobacz czy są na nim treści jelitowe.

1. Obserwuj, czy wokół stomii jest podrażnienie, które odpowiada temu, co widać na przylepcu/płytkce.
2. Sprawdź dopasowanie przylepca/płytki do stomii oraz zabezpieczenie skóry przed kontaktem z treścią wydostającą się ze stomii.
3. Oceń kształt i średnicę stomii, czy rozmiar otworu w przylepcu/płytkce odpowiada rozmiarowi i kształtowi stomii.

4. Sprawdź, gdzie w stosunku do powierzchni skóry znajduje się otwór stomii – czy powyżej poziomu powierzchni skóry, na równi czy poniżej. Jeżeli stomia znajduje się na równi albo poniżej powierzchni skóry lub gdy znajduje się w głębokim fałdzie, być może potrzeba innego rodzaju sprzętu lub akcesoriów stomijnych odpowiednich dla kształtu ciała. Firma Coloplast udostępnia nowe narzędzie BodyCheck pomagające w ocenie kształtu ciała, dostępne pod adresem www.coloplast.pl/bodycheck. Dzięki niemu sprawdzisz, czy Twój sprzęt jest odpowiedni dla Twojego kształtu ciała.
5. Jeśli przylepiec/płytkę uległ/-a uszkodzeniu, być może za późno został zmieniony worek stomijny. Można wówczas spróbować częstszej zmiany worka, zastosowania przylepca o przedłużonym czasie noszenia lub płytki zamiast przylepca.
6. Skonsultuj się z lekarzem lub pielęgniarką stomijną, jeśli nie wiesz, co jest przyczyną podrażnień.

Osobom ze stomią przysługuje bezpłatny, w 100% refundowany przez NFZ sprzęt stomijny. Chorym przysługuje jednolity limit miesięczny w kwocie 300 zł przy kolostomii i 400 zł przy ileostomii. Zlecenia są wydawane przez uprawnioną osobę (specjalista chirurg, lekarz POZ, pielęgniarka, położna) na maksymalnie 12 miesięcy, przy czym pacjent powinien rozpocząć realizację zlecenia w ciągu miesiąca od daty jego wystawienia. Zlecenia wystawiane i weryfikowane są za pośrednictwem eZWM i nie wymagają potwierdzenia w placówce NFZ. Pacjent lub jego opiekun może odebrać sprzęt stomijny w wybranych przez siebie specjalistycznych sklepach zaopatrzenia medycznego lub w punktach dystrybucji znajdujących się w szpitalach i poradniach stomijnych. Firmy dostarczające sprzęt stomijny na rynek polski (np. Convatec, Coloplast) prowadzą sprzedaż wysyłkową swoich produktów pocztą kurierską do domu, także w ramach refundacji

Piśmiennictwo:

Scisło L. (red.): Pielęgniarstwo chirurgiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.



Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą starszą w trakcie chemioterapii?

Priorytetową zasadą leczenia systemowego pacjentów nowotworowych w wieku podeszłym jest wybór najlepiej tolerowanej metody. W przypadku chemioterapii u seniorów zaleca się dobór leków o jak najmniejszym ryzyku skutków ubocznych i powikłań.

Jeśli to możliwe, zaleca się prowadzenie chemioterapii z należnymi dawkami leków, ich zmniejszenie może wpływać na skuteczność terapii. U chorych leczonych paliatywnie dopuszcza się zmniejszenie intensywności postępowania terapeutycznego. Dobrze tolerowaną strategią leczenia jest chemioterapia metronomiczna, polegająca na stosowaniu niskich dawek leków w schematach ciągłych. W przypadku leczenia nowotworów w wieku podeszłym zaleca się wprowadzenie odpowiedniego leczenia wspomagającego.

U seniorów poddanych chemioterapii częściej występują: uszkodzenia szpiku (mielosupresja), zaburzenia krzepnięcia powodujące zakrzepicę, zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, wymioty. Zastosowanie chemioterapii zwiększa ryzyko infekcji, odwodnienia, zaburzeń elektrolitowych, niedożywienia, stanów depresyjnych i lękowych. Chemioterapia u osób starszych z zaburzeniami poznawczymi może nasilać stany depresyjne i otępienne, prowadząc do ograniczenia lub utraty

samodzielności. Chemioterapia jest najbardziej skuteczna, gdy można ją przeprowadzić według odpowiedniego dla danego nowotworu schematu, z uwzględnieniem ścisłych przedziałów czasowych oraz dawkowania leków. Powikłania powodują przerwanie cyklu leczenia, wymuszają jego wydłużenie i zmniejszenie dawek leków, a czasami odstawienie leków ze stosowanego dotychczas schematu i zastąpienie go innym schematem leczenia. W istotny sposób zaburzają zatem prawidłowy przebieg procesu leczenia – wymuszają bowiem okresowe przerwy w kolejnym cyklu chemioterapii, co może doprowadzić do zmniejszenia efektywności leczenia. Występujące u osób w starszym wieku zmniejszone rezerwy czynnościowe wątroby i nerek, zmieniona farmakokinetyka leków, nasilone interakcje między przyjmowanymi lekami w związku z chorobami współistniejącymi nasilają toksyczność cytostatyków (leków przeciwnowotworowych), co zwiększa ryzyko powikłań i ogranicza leczenie do monoterapii. Niepożądane działanie leków cytostatycz-

nych może wystąpić zarówno w chwili podawania, jak i w okresie kilku miesięcy po zakończeniu cyklu terapii.

Opiekunie, pamiętaj! Procedury stosowane w leczeniu nowotworów są niejednokrotnie bardzo obciążające. Przy maksymalizacji ich działania terapeutycznego niosą za sobą wiele skutków ubocznych, stąd leczenie wspomagające, które musi być procesem przemyślanym, skojarzonym, wielotorowym, by zapewnić jak najlepszą jakość życia pacjenta i umożliwić mu powrót do zdrowia nie tylko szybko, ale również maksymalnie komfortowo.

Biorąc pod uwagę toksyczność chemioterapeutyków, niejednokrotnie będziesz obserwował skutki uboczne ich działania. Bywa, że będą one bardziej uciążliwe dla pacjentów niż objawy choroby podstawowej – szczególnie, gdy została ona zdiagnozowana w fazie wczesnej. Powikłania chemioterapii przeciwnowotworowej mają u swoich podstaw niewybiórcze działanie cytostatyków na komórki, co oznacza, że uszkadzają zarówno te, będące przyczyną patologii, jak i te zdrowe.

Opiekunie, poznaj mechanizm objawów ubocznych leczenia cytostatycznego i sposoby radzenia sobie z nimi

Nudności i wymioty towarzyszące terapii cytostatykami to skutek uszkodzania komórek enterochromatofilnych żołądka i jelit. Z komórek enterochromatofilnych uwalniana jest serotonina, która prowadzi do pobudzenia włókien nerwowych, a w efekcie do wystąpienia nudności i wymiotów. Poza tym chemioterapeutyki bezpośrednio drażnią receptory w OUN (ośrodkowy układ nerwowy), pobudzając ośrodek wymiotny w rdzeniu przedłużonym przez krew lub płyn mózgowo-rdzeniowy. Wymioty ostre, wczesne, występują w ciągu pierwszych 24 godzin po podaniu cyklu chemioterapii i mogą utrzymywać się przez kilka dni. Nieleczone i nasilone u osób starszych mogą w krótkim czasie doprowadzić do odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych. Dotyczą większości pacjentów poddawanych leczeniu przy użyciu schematów zawierających pochodne platyny (cisplatyna, oksaliplatyna, karboplatyna), także cyklofosfamid w większych dawkach czy dakarbazynę. Leki przeciwwymiotne o największym wskaźniku terapeutycznym to antagoniści receptora serotoninowego (ondansetron, granisetron i dolasetron)

i kortykosteroidy (prednizon). Obie klasy są bardzo skuteczne, bezpieczne, a przy odpowiednim dawkowaniu wywołują niewiele istotnych skutków ubocznych. W razie wskazań i szczególnie nasilonych objawów, można je bezpiecznie łączyć. Oba leki warto zastosować w dawce jednorazowej, przed podaniem cyklu chemii, gdyż ich skuteczność jest wtedy największa, a w pojedynczych dawkach rzadko powodują skutki niepożądane. Istnieje kilka innych grup leków przeciwwymiotnych, również stosowanych wspomagająco w terapii nowotworowej. Są one po pierwsze mniej skuteczne od antagonistów receptora serotoninowego i kortykosteroidów, a po drugie powodują więcej skutków niepożądanych z powodu mniejszej wybiórczości działania. Antagoniści receptora serotoninowego często stosowane są po wystąpieniu reakcji wymiotnej, nie natomiast zapobiegawczo. Inne leki: haloperidol i droperidol, oraz fenotiazyny (prochlorperazyna i tietylperazyna) nie są tak chętnie stosowane ze względu na mniejszą skuteczność i większe niebezpieczeństwo objawów niepożądanych, zwłaszcza u chorych w starszym wieku.

Ważna jest obserwacja pacjenta. Nie każdy bowiem reaguje gwałtownie na podanie cytostatyku, a poza tym nudności i wymioty mogą być skutkiem innej patologii, o czym również nie powinno się zapominać. Tych pacjentów, dla których reakcje wymiotne są szczególnie uciążliwe, należy profilaktycznie zabezpieczyć farmakologicznie przed rozpoczęciem terapii, by móc załagodzić jej skutki i nie powodować psychicznej niechęci do kontynuacji leczenia. Ważne jest nawadnianie podopiecznego.

Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej – jest częstym powikłaniem, zwłaszcza u osób starszych, ze względu na zmniejszone właściwości regeneracyjne nabłonka i zaburzenia odporności. Objawia się suchością, zaczerwienieniem, obrzękiem, owrzodzeniem błony śluzowej, bólem, utrudnionym spożywaniem pokarmów. Ważna zatem jest obserwacja błon śluzowych jamy ustnej, wyeliminowanie z diety chorego surowych warzyw i owoców, serów pleśniowych, surowego mięsa, pokarmów słodkich, pikantnych, kwaśnych, tłustych, smażonych oraz właściwa pielęgnacja jamy ustnej (szczotkowanie zębów po każdym posiłku miękką szczoteczką, płukanie jamy ustnej i gardła delikatnymi środkami odkażającymi).

Mielodysplazja (uszkodzenie szpiku kostnego)

– to tkanka, na którą cytostatyki oddziałują w bardzo odczuwalny sposób. Szpik niszczone jest najbardziej między 6. a 14. dniem leczenia, później następuje jego stopniowa regeneracja i odbudowa. Uszkodzenie szpiku kostnego, będącego jednym z kluczowych narządów w zapewnieniu równowagi ustroju, negatywnie odbija się na wielu podstawowych funkcjach życiowych pacjenta, prowadząc to wystąpienia nowych patologii bądź zaostrzenia schorzeń współistniejących. Proste badanie, takie jak morfologia krwi obwodowej daje pewne znaki odnośnie jego funkcjonowania, dlatego też istotna jest kontrola parametrów morfologii przed każdym kolejnym podaniem cytostatyku, by nie uszkadzać już osłabionego poprzednim podaniem szpiku.

Niedokrwistość (anemia), jako efekt uszkodzenia komórki krwiotwórczej, istotnie pogarsza jakość życia i wyniki leczenia onkologicznego. Manifestuje się ogólnym osłabieniem, zmęczeniem, trudnościami w koncentracji, bladością powłok skórnych i błon śluzowych, a przy znacznym nasileniu – bólami, zawrotami głowy, tachykardią, złą tolerancją wysiłku fizycznego. Pacjenci starsi, z chorobami towarzyszącymi, obciążeni kardiologicznie (choroby układu sercowo-naczyniowego) mają większe ryzyko zawału serca, zwracają uwagę na bóle wieńcowe, pacjenci ze współistniejącymi chorobami układu oddechowego zgłaszają nasilenie duszności. W przypadku zauważalnego na podstawie kontrolnej morfologii deficytu – istotna jest substytucja żelaza, kwasu foliowego, witaminy B12 (szczególnie istotna w momencie regeneracji szpiku). W stanach zagrożenia, przy znacznej anemii stosuje się przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych, niekiedy również stosowane są czynniki stymulujące erytropoezę (takich jak erytropoetyna), co jest wskazane szczególnie przy towarzyszącym uszkodzeniu nerek.

Neutropenia z kolei prowadzi w konsekwencji do spadku odporności organizmu i wzrostu ryzyka zakażeń bakteryjnych, wirusowych czy grzybiczych, zarówno narządowych, jak i systemowych, często również tych oportunistycznych (niewrażliwych na ogólnie stosowane leki), gorączki neutropenicznej. Wszelkie oznaki spadku odporności, zakażenia, które niekiedy na skutek upośledzenia odporności mogą manifestować się w sposób niestandardowy, powinny być wnikliwie



analizowane. Celem leczenia wspomagającego jest utrzymanie stężenia neutrofilów na poziomie, który zapewni ochronę organizmu przed zakażeniami, a równocześnie pozwoli na prowadzenie optymalnego i skutecznego leczenia onkologicznego. W przypadku spadku odporności bardzo istotne jest działanie prewencyjne – ochrona pacjenta przed infekcją, niedopuszczenie do kontaktu z potencjalnym źródłem zakażenia, eliminowanie czynników mających dodatkowy wpływ na spadek odporności. W momencie objawowych zakażeń towarzyszących neutropenii, istotne jest aktywne leczenie infekcji, a niekiedy podawanie czynników wzrostu granulocytów (jak np. Filgrastim), które stymulują wzrost i pobudzają dojrzewanie komórek macierzystych granulocytów i niedojrzałych granulocytów, przyczyniając się do odbudowania odporności nieswoistej. Pacjenci, w stosunku do których planowane jest długotrwałe leczenie osłabiające odporność, powinni być poddani szczepieniom (szczepienie przeciwko grypie, pneumokokowi itp.).

Małopłytkowość, szczególnie u pacjentów z pierwotnie rozpoznanymi zaburzeniami krzepnięcia

stanowi istotne powikłanie terapii onkologicznej. Rozpoznanie można postawić już przy spadku liczby płytek krwi poniżej 150.000 mm³, natomiast wartości poniżej 20.000 mogą grozić krwawieniami zagrażającymi życiu, m.in. z przewodu pokarmowego czy do ośrodkowego układu nerwowego. Przyczynę małopłytkowości związanej z chemioterapią wiąże się ze zmniejszoną produkcją płytek krwi – niejednokrotnie w nacieczonym pierwotnie przez nowotwór szpiku kostnym, jak i osłabionym wtórnie poprzez działanie cytostatyków. Poza tym, w przebiegu terapii może dochodzić do mikrouszkodzeń naczyń i zespołów wykrzepiania, co związane jest ze zwiększonym zużyciem i rozpadem płytek krwi i deficytem ich w ustroju. Istotnym jest znalezienie przyczyny spadku poziomu płytek krwi i wdrożenie leczenia przyczynowego jak najszybciej po rozpoznaniu. Przetaczanie Koncentratu Krwinek Płytkowych (KKP) zarezerwowane jest dla pacjentów z objawami czynnego krwawienia, skazy krwotocznej przy poziomie poniżej 20.000 lub wcześniej, gdy są inne wskazania. Deficyt płytek nie jest jedyną przyczyną krwawień w przypadku pacjentów onkologicznych. Zaburzona może być również produkcja czynników krzepnięcia (przy uszkodzeniu prawidłowej funkcji wątroby), wystąpić może nadmierne wydalenie ich z moczem (w przypadku uszkodzenia nerek) lub brak substratów do produkcji (właściwa podaż aminokwasów). Stąd istotny nacisk należy położyć na wielokierunkową analizę stanu pacjenta, by nie przeoczyć żadnej patologii i możliwe szybko im przeciwdziałać. Zachęcić należy podopiecznego do przestrzegania higieny osobistej i otoczenia, unikania dużych zbiorowisk ludzi, ograniczenia kontaktu ze zwierzętami, osobami chorymi, dziećmi w wieku przedszkolnym. Powinno zadbać się o zapewnienie odpoczynku i właściwego odżywiania podopiecznego (dieta bogatobiałkowa i bogatoenergetyczna), jego edukację dotyczącą minimalizowania zagrożeń, które mogą spowodować krwawienia podczas golenia, obcinania paznokci, uprawiania sportu, używania szczotek do mycia zębów.

Pacjenci z aktywną chorobą nowotworową są bardziej narażeni na **powikłania zatorowo-zakrzepowe** – pierwotnie w związku ze zmianami związanymi z chorobą podstawową i wtórnie, po radiochemioterapii, która zaburza naturalną ho-

meostazę ustroju. W trakcie chemioterapii może dochodzić do powstawania skrzeplin w świetle naczyń – na skutek uszkodzenia ściany naczynia przez toksyczny wpływ cytostatyku, zaburzenia składu krwi (białka, komórki nowotworowe, toksyny, rozpad guza) i przepływu (zaburzenia gęstości krwi). Pacjenci onkologiczni są bardziej narażeni na powikłania zatorowe zarówno w krążeniu płucnym, jak i w ośrodkowym układzie nerwowym. Niejednokrotnie zaburzenia zakrzepowe są pierwszą manifestacją aktywnego procesu nowotworowego – co obserwujemy w raku trzustki (wędrujące zapalenie żył powierzchownych – zespół Trusseau), raku płuca, jajnika czy ostrych białaczkach i szpiczaku mnogim. Poza tym, pacjenci wyniszczeni (kacheksja nowotworowa), niejednokrotnie unieruchomieni, są bardziej narażeni na wspomniane powikłania. Diagnostyka powikłań krążeniowych powinna być stosowana rutynowo u każdego pacjenta onkologicznego. W przypadku pierwotnych zaburzeń krążenia, obciążeń internistycznych, pacjenci ci powinni być profilaktycznie zaopatrzeni w środki poprawiające krążenie krwi. Po zabiegach operacyjnych (leczenie chirurgiczne nowotworu, inne zabiegi) powinni być zaopatrywani w heparyny drobnocząsteczkowe w okresie okołozabiegowym, co jest postępowaniem standardowym.

Wypadanie włosów – może mieć różne nasilenie, od nieznacznej utraty włosów, do całkowitego wyłysienia. Ma charakter odwracalny, ustępuje po zakończeniu leczenia. Należy zadbać o zakup peruki, zaproponować noszenie czapek, chust, szali, które mogą być elementem dekoracyjnym.

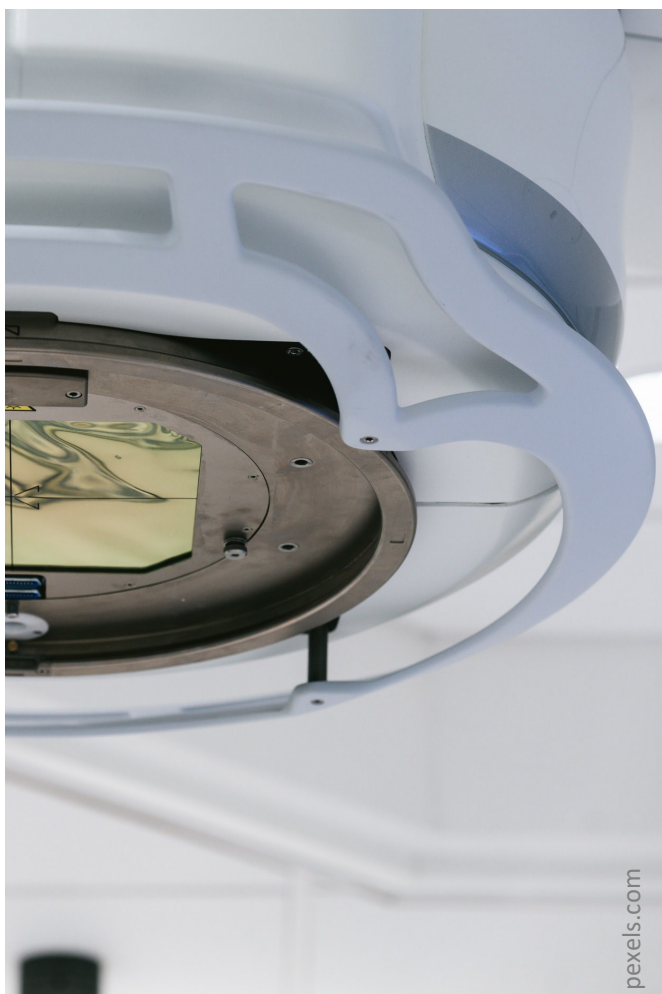
Należy pamiętać, że u osób starszych alternatywą dla chemioterapii (z powodu lepiej tolerowanego profilu toksyczności) jest terapia celowana w postaci tabletek doustnych. Oprócz tego, podczas terapii dożylnych u osób starszych żyły często są cienkie, co powoduje trudności z wkłuciem i zwiększa ryzyko wynaczynienia podawanego leku.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.

Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą starszą w trakcie radioterapii?

Szacuje się, że blisko dwie trzecie chorych na raka w wieku podeszłym wymaga zastosowania radioterapii. W grupie tej częściej stosuje się hipofrakcjonowanie, zmniejszenie całkowitej dawki napromieniania oraz wykluczenie obszarów elektywnych z napromieniania.



U osób starszych, w dobrym stanie ogólnym i spodziewanym czasem przeżycia przekraczającym 5 lat, zaleca się stosowanie radioterapii zgodnie z ogólnymi standardami postępowania. Starszy wiek nie stanowi przeciwwskazań do radioterapii, jednak osoby powyżej 65. roku życia, ze względu na zmiany zachodzące w procesie starzenia i choroby współistniejące, są bardziej narażone na powikłania radioterapii. Jej zastosowanie zwiększa ryzyko infekcji, odwodnienia, zaburzeń elektrolitowych, niedożywienia, stanów depresyjnych i lękowych.

W radioterapii, jako metodzie leczenia onkologicznego wykorzystywane jest promieniowanie jonizujące. Radioterapia może być stosowana ja-

ko uzupełnienie leczenia chirurgicznego i systemowego, jako wstępna terapia przedoperacyjna lub jako samodzielna metoda leczenia choroby nowotworowej.

Opiekunie, pamiętaj! Radioterapia, stosowana w niektórych przypadkach jako samodzielna metoda, a w innych jako składowa leczenia skojarzonego, naraża pacjenta na wiele niedogodności. Zatem będziesz zobowiązany zapewnić podopiecznemu poczucie bezpieczeństwa, wsparcie psychiczne (rozległe, szpecące zmiany, będące źródłem kompleksów), wsparcie informacyjne (przebieg terapii, możliwe działania niepożądane, konieczność izolacji), kontrolować stan skóry podopiecznego, edukować pacjenta i jego rodzinę w zakresie zaleceń dotyczących trybu życia (ograniczenie wysiłku fizycznego), prawidłowego odżywiania i właściwej pielęgnacji skóry (skóry w miejscu napromieniowania nie wolno myć wodą, narażać na działanie kosmetyków, golić, ekspozować na działanie promieni słonecznych, zalecane jest noszenie przewiewnego, bawełnianego, luźnego ubrania).

Podstawowa forma radioterapii polega na napromieniowaniu guza źródłem położonym w pewnej odległości od chorego. Napromieniowaniu ulegają zarówno komórki nowotworowe, jak i zdrowe tkanki w obszarze napromieniowania. Napromieniowanie tych ostatnich prowadzi do wystąpienia odczynów popromiennych, które mogą pojawić się w trakcie lub po zakończeniu terapii w postaci odczynu miejscowego bądź reakcji ogólnoustrojowej (złe samopoczucie, osłabienie, nudności, wymioty, objawy dyspeptyczne).

Ostre popromienne zapalenie skóry – objawy uszkodzenia pojawiają się bezpośrednio po narażeniu na promieniowanie, w przeciągu godzin lub dni, 2-3 tygodni, a niekiedy nawet przed zakończeniem ekspozycji. W zależności od czasu trwania oraz przyjętej dawki, objawy mogą ograniczać

się do niewielkiego zaczerwienia, poszerzenia naczyń krwionośnych, pieczenia lub przybrać postać rozległych pęcherzy, głębokich owrzodzeń ze znacznie nasilonym bólem. W zależności od lokalizacji, pojawić się mogą ogniska wyłysienia. Powstałe zmiany wymagają leczenia i ustępują w ciągu kilku tygodni po zakończeniu radioterapii.

Odczyn popromienny przewlekły – objawy uszkodzenia mogą pojawić się po 6 miesiącach lub kilku latach od napromieniowania. Wśród objawów dominuje zanik elementów budujących skórę (naskórek, tkanka podskórna) oraz jej przydatków (gruczołów łojowych, potowych, włosów), uszkodzenia w obrębie tkanki łącznej doprowadzają do ścieńczenia skóry, zwłóknienia oraz spadku elastyczności. W wyniku głębokiego uszkodzenia tkanek może powstać niegojące się owrzodzenie, niedokrwienie, martwica.

Drugim rodzajem radioterapii jest **brachyterapia**, która polega na napromieniowaniu izotopem promieniotwórczym umieszczonym w odpowiednim aplikatorze w bezpośredniej okolicy guza lub w samym guzie. Stosowana jest w leczeniu nowotworów narządów płciowych, pęcherza moczowego, odbytu i piersi. W przypadku brachyterapii narządów miednicy mniejszej wczesny odczyn popromienny objawia się jako zespół złego wchłaniania lub popromienne zapalenie pęcherza moczowego, a w konsekwencji zwężenie jelita grubego, zwłóknienie pęcherza moczowego, przetoki: pęcherzowo-pochwowa, odbytniczo-pochwowa.

Leczenie popromiennego zapalenia skóry opiera się przede wszystkim na metodach zachowawczych, w mniejszym stopniu na chirurgicznych. Terapia zachowawcza polega na stosowaniu leków miejscowych oraz doustnych.

Terapia miejscowa obejmuje:

- Maści zawierające łagodne lub średniej mocy glikokortykosteroidy – stosowane głównie dla ich działania przeciwzapalnego, nie powinny być aplikowane na zmiany zlokalizowane w obrębie skóry twarzy, należy również unikać ich długotrwałego stosowania ze względu na

miejscowe działania niepożądane, przede wszystkim znaczne ścieńczenie i osłabienie skóry. Miejscowe stosowanie sterydów nie wywołuje zwykle tak nasilonych ogólnoustrojowych skutków ubocznych, jak przy podaniu doustnym.

- Maści zawierające antybiotyki – stosowane przede wszystkim profilaktycznie, zapobiegają ewentualnym nadkażeniom bakteryjnym będących skutkiem drobnych uszkodzeń skóry. Najczęściej przepisywane łącznie z miejscowo działającymi glikokortykosteroidami.
- Maści zawierające sól srebrową sulfadiazyny – preparaty te wykazują podwójne działanie przeciwbakteryjne, wyjściowe właściwości bakteriostatyczne sulfadiazyny wzmacniane są działaniem jonów srebra, które łącząc się z materiałem genetycznym zawartym w komórkach bakterii oraz z ich błonami komórkowymi skutecznie uniemożliwiają ich namnażanie.

Terapia ogólna opiera się przede wszystkim na doustnym podawaniu antybiotyków oraz preparatów witaminowych (witaminy E działającej antyoksydacyjnie, witaminy PP, która oprócz wpływu na metabolizm ustroju wspomaga również ukrwienie skóry oraz witaminy C wzmacniającej ściany naczyń krwionośnych). W wyjątkowo ciężkich przypadkach przewlekłego popromiennego zapalenia skóry można stosować doustną terapię sterydową. Należy jednak liczyć się z ogólnoustrojowymi skutkami ubocznymi takiego leczenia.

Leczenie chirurgiczne zarezerwowane jest dla zaawansowanych zmian popromiennych, głównie rozległych owrzodzeń (III stopień). Polega na usunięciu martwiczo zmienionych tkanek i pokryciu ubytku przeszczepem skóry. Jedną ze skutecznych metod domowych zapobiegania oraz leczenia łagodnych form popromiennego zapalenia skóry jest regularne przemywanie zmian wodą z mydłem, niedrażniącym, bezzapachowym, o pH obojętnym.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą z zespołem kacheksji nowotworowej?

Zespół wyniszczenia nowotworowego (kacheksja nowotworowa) podobnie, a niekiedy nawet częściej jak ból, rysuje typowy obraz choroby nowotworowej. Dotyczy on według różnych źródeł do 70% chorych na nowotwory złośliwe – niekiedy już w momencie stawiania diagnozy.

Objawia się brakiem łaknienia i postępującą utratą masy ciała (spadek masy ciała powyżej 2% w okresie 2 miesięcy lub 5% w okresie 6 miesięcy), której towarzyszy narastające osłabienie i uczucie zmęczenia. Niedożywienie może być następstwem pogorszenia odżywiania się chorego lub wynikać z choroby nowotworowej, w której przebiegu na skutek pobudzenia procesów katabolicznych dochodzi do równoległej utraty tkanki tłuszczowej i masy mięśniowej. W wielu przypadkach na zespół wyniszczenia nakładają się skutki uboczne leczenia, które dodatkowo osłabiają pacjenta, stanowią przyczynę pogłębiania się niedożywienia. Częstość występowania wyniszczenia nowotworowego nie zależy od typu histologicznego nowotworu, istnieje jednak wyraźna korelacja pomiędzy występowaniem objawów wyniszczenia a umiejscowieniem nowotworu. Najwcześniej objawy wyniszczenia zauważalne są u chorych na nowotwory górnego odcinka przewodu pokarmowego, na drugim biegunie widzimy chorych na nowotwory piersi, mięsaki czy

chłoniaki nieziarnicze, którzy rozpoczynają leczenie będąc klinicznie w dobrym stanie. Wyniszczenie nowotworowe jest złym czynnikiem rokowniczym: wpływa niekorzystnie na stan pacjenta, nie tylko fizyczny (niedokrwistość, zmniejszona odporność, zaburzenia czynności narządów wewnętrznych), ale i psychiczny, ogranicza efektywność leczenia przeciwnowotworowego, a co również istotne – pogarsza jakość i komfort życia chorego oraz skraca czas przeżycia.

Opiekunie, pamiętaj! W momencie diagnozy i przygotowywania do leczenia, niezwykle istotny jest tzw. skreening niedożywienia (wczesne wykrywanie i zapobieganie cechom niedożywienia). Jego celem jest identyfikacja chorych niedożywionych, określenie zaawansowania niedożywienia, w przypadku stwierdzenia rażących niedoborów wdrożenie leczenia żywieniowego i monitorowanie skuteczności podjętych działań. Przy każdorazowej ocenie stanu odżywienia chorego niezwykle istotny jest wywiad dotyczący ostat-

nich miesięcy, postęp utraty masy ciała i inne związane z tym objawy: ogólne osłabienie organizmu, zaburzenia hormonalne, metaboliczne, odpornościowe. Poza tym, dokonuje się pomiarów antropometrycznych: wagi ciała i wzrostu (BMI), obwodu ramienia, ocenę morfologii i składu biochemicznego krwi (albumina, białko całkowite, transferryna, białko ostrej fazy [CRP – C-Reactive Protein], limfocyty, bilans azotowy), badanie moczu, ocenę aktualnego zapotrzebowania energetycznego i pokarmowego chorego. Należy przy tym pamiętać, że nawet pacjent z nadwagą może cierpieć z powodu niedożywienia a w ostatnim okresie poprzedzającym wizytę żyć na ujemnym bilansie kalorycznym (niejednokrotnie w fazie katabolicznej).

Po wdrożeniu leczenia monitorujemy uboczne efekty leczenia onkologicznego i ich nasilenie, gdyż powodem rozwoju wyniszczenia jest nie tylko sama choroba nowotworowa, ale i konsekwencje leczenia przeciwnowotworowego. Jako że stan ogólny chorego bywa przyczyną dyskwalifikacji z leczenia onkologicznego, niejednokrotnie włączamy leczenie żywieniowe jako pierwszy krok poprzedzający wdrożenie leczenia. Takie działanie pozwala odbudować zapasy energetyczne organizmu, utrzymać optymalną masę ciała i zapobiegać ponownej jej utracie, zapewnić przewagę anabolizmu nad katabolizmem i wspomóc zachowanie odpowiedniej gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej oraz odbudować barierę odpornościową ustroju.

Leczenie żywieniowe włączane jest standardowo w momencie stwierdzenia cech niedożywienia (utrata wagi o ponad 10% w ostatnich 3 miesiącach, poziom białka lub albumin poniżej zakresu normy). Preferowane jest (jeśli tylko to możliwe) żywienie enteralne (dojelitowe) – jako najbardziej fizjologiczna droga podaży pokarmów. Do diety

standardowej powinny być włączane suplementy pokarmowe, uzupełniające dietę standardową w brakujące składniki – białka, mikroelementy, witaminy. Aby pobudzić apetyt chorego, należy dbać o smak i atrakcyjność spożywanych pokarmów, tolerować preferencje chorego i usunąć odwracalne przyczyny braku apetytu. Należy pamiętać, że dobowe zapotrzebowanie energetyczne organizmu wyniszczonego jest zdecydowanie większe niż zdrowego.

Żywnienie pozajelitowe należy stosować u tych chorych, u których drogą doustną zapotrzebowanie kaloryczne nie może być zaspokojone. Pacjenci, u których istnieją ewidentne wskazania do żywienia pozajelitowego to ci z całkowitą niedrożnością przewodu pokarmowego, u których przewidziane jest leczenie operacyjne. O wdrożeniu farmakologicznego leczenia niedożywienia można myśleć odpowiednio wcześniej, zanim utrata masy ciała będzie znaczna.

Leki stymulujące apetyt – hormonalne, jak np. octan megestrolu, powoduje wzrost apetytu i przyrost masy ciała (tkanka tłuszczowa, tkanka mięśniowa) u większości pacjentów. Pierwsze efekty pojawiają się po około 2 tygodniach systematycznego stosowania leku. Deksametazon – zalecany do krótkiego stosowania (gdyż przy dłuższym trzeba się liczyć z wystąpieniem objawów ubocznych) stymuluje apetyt i jednocześnie zmniejsza nudności.

Leki usprawniające perystaltykę przewodu pokarmowego: Metoclopramid, Dronabinol, Cyproheptadyna – działają przeciwwymiotnie, poprawiają apetyt i samopoczucie pacjentów.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): Pielęgowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.

Opiekunie, rozpoznaj swoje potrzeby

Pośród licznych obowiązków, związanych z opieką nad osobą niesamodzielną, czasem trudno jest nam wskazać priorytetowe potrzeby. Warto zatem na chwilę zatrzymać się i zastanowić – jakiego rodzaju pomocy potrzebuję?

Poszukujesz informacji i wskazówek?

Skorzystaj z indywidualnych szkoleń opiekunów.

Praktyczne szkolenia, prowadzone przez pielęgniarkę i fizjoterapeutę, realizowane w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną (np. w domu osoby niesamodzielnej lub opiekuna).

Zależy Ci na aktywizacji bliskiego?

Skorzystaj z zajęć Diennej Placówki Opieki i Aktywizacji.

Usługa bezpośrednio skierowana do osób z ograniczoną samodzielnością. Placówka specjalizuje się w opiece, aktywizacji oraz integracji osób starszych po udarach mózgu, z dysfunkcjami ruchowymi, chorobą Alzheimera oraz innymi zaburzeniami neuropoznawczymi. Zapewnia fizjoterapię, nowoczesną terapię zajęciową, wsparcie psychologa, pielęgniarki oraz opiekuna. Ośrodek pracuje przez 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku) przez 8 godzin dziennie.

Chcesz zrobić sobie przerwę i odpocząć?

Skorzystaj z możliwości pobytu na oddziale opieki wytchnieniowej.

To profesjonalna opieka nad osobą niesamodzielną w ramach czasowego, całodobowego pobytu na oddziale. Usługa realizowana jest głównie przez zespół opiekunów i pielęgniarek, przy wsparciu fizjoterapeuty. Pobyt uwzględnia wyżywienie (śniadanie, obiad i kolację), jak również niezbędny sprzęt medyczny, pielęgnacyjny, reha-

bilitacyjny oraz możliwość korzystania z zaplecza do prowadzenia terapii zajęciowej (w tym swobodny dostęp do ogrodu sensorycznego).

Potrzebujesz wsparcia w opiece domowej?

Skorzystaj z usługi Menadżera Opieki.

Polega na cyklicznych wizytach personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego i opiekuna medycznego) w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną. Celem wizyt jest zapewnienie opiekunowi wsparcia merytorycznego, ułatwiającego realizację obowiązków w środowisku domowym. Czas trwania usługi doradztwa ustalany jest indywidualnie, według potrzeb i stanu zdrowia osoby niesamodzielnej.

Nie masz odpowiedniego sprzętu medycznego?

Skorzystaj z bezpłatnej wypożyczalni sprzętu medycznego.

Asortyment wypożyczalni stanowią sprzęty niezbędne w opiece nad osobą niesamodzielną: łóżka medyczne, materace przeciwoleżynowe, chodziki, balkoniki wysokie ze stabilizacją przedramion, wózki inwalidzkie, koncentratory tlenu, rotory rehabilitacyjne, pionizatory statyczne, podnośniki, laski typu trójnóg, laski typu czwórnóg. Wypożyczalnia oferuje także doradztwo i instruktaż w zakresie właściwego wykorzystania sprzętu.

Potrzebujesz więcej informacji? Nasi rekruterzy służą pomocą w dobraniu odpowiedniej usługi. Zachęcamy do kontaktu telefonicznego pod numerem telefonu: **124 467 530**.



Zapraszamy do skorzystania z naszych usług!

**Centrum Wsparcia Opiekunów przy Miejskim Centrum Opieki
w Krakowie, ul. Wielicka 267**

tel.: +48 12 44 67 530

e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl; mco@mco.krakow.pl

www.wsparciedlaopiekuna.pl

WSPARCIE JEST BEZPŁATNE dzięki dofinansowaniu ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – zit.