



PL-BY-UA
2014-2020

Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego MSS-KKA-080-142-8/21/BK

KATALOG DOBRYCH PRAKTYK

*Niniejszy dokument został przygotowany przy pomocy
finansowej Unii
Europejskiej, w ramach Programu Współpracy
Transgranicznej
Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020.*

Katalog powstał przy współpracy:

Lidera: Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr.
Józefa Psarskiego w Ostrołęce

Partnera: Communal Noncommercial Enterprise of Lviv
Regional Council Lviv Regional Children's Clinical
Hospital "OHMATDYT"

W ramach realizacji projektu pn: „Wspólna inicjatywa Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce i Lwowskiego Obwodowego Dziecięcego Szpitala Klinicznego „OHMATDYT” jako zwiększenie dostępności do usług opieki zdrowotnej w zakresie współczesnej chirurgii” w ramach Programu Współpraca Transgraniczna Polska – Białoruś – Ukraina 2014-2020, Cel Tematyczny 3 Bezpieczeństwo, Wspólne wyzwania w obszarze bezpieczeństwa i ochrony, Priorytet 3.1 Wsparcie dla rozwoju ochrony zdrowia i usług socjalnych.

CEL PROJEKTU:

Poprawa dostępności wysokiej jakości usług medycznych w zakresie współczesnej chirurgii i wzrost świadomości społeczeństwa dotyczącej wpływu diety na zdrowie człowieka.

Autorzy tekstów:

Lek.med. Sabina Ponikowska
Dr n. med. Tomasz Szkółka
Lek. med. Seweryn Grzymała

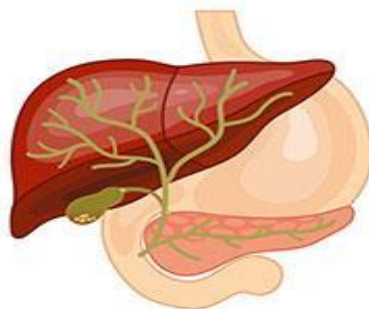


Spis treści

KAMICA PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO (KPŻ).....	3
OSTRE ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO (OZWR).....	5
PRZEDZIURAWIENIE WRZODU TRAWIENNEGO	7
RAK JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY	10
RAK ENDOMETRIUM.....	13
RAK JAJNIKA.....	17
RAK PROSTATY.....	22
RAK NERKI	25



KAMICA PĘCZERZYKA ŻÓŁCIOWEGO (KPŻ)



Jest chorobą polegającą na powstawaniu i gromadzeniu się kamieni w pęcherzyku żółciowym. U ok. 1/5 populacji stwierdza się, na różnym etapie życia, wykonując badanie USG jamy brzusznej, kamienie w pęcherzyku żółciowym. Częściej chorują kobiety, osoby otyłe (zwłaszcza te, które gwałtownie się odchudzają), oraz osoby cierpiące na cukrzycę. Ponadto ryzyko zachorowania na KPŻ zwiększa wystąpienie marskości wątroby, choroby wieńcowej, liczne ciążę, duże stężenie trójglicerydów we krwi, stan po zabiegach chirurgicznych (resekcje żołądka, zespół krótkiego jelita). U ok. 50% przebiega bezobjawowo.

Mając na uwadze powyższe, widać iż tylko na niektóre czynniki mamy osobisty wpływ. Zapobieganie kamicy pęcherzyka żółciowego polega więc przede wszystkim na zmianie stylu życia. Wskazane jest dbanie o odpowiednią kaloryczność posiłków, aktywność fizyczna trwająca przynajmniej 30 minut dziennie, stopniowe zmniejszanie masy ciała do wartości pożądaných (1-2 kg na tydzień). Leki zwiększające produkcję żółci np. Raphacholin, w przypadku kamicy żółciowej powinien być stosowany z zachowaniem środków ostrożności. Sprawia on, iż pęcherzyk żółciowy lepiej opróżnia się z żółci ale może spowodować utknięcie kamienia w przewodzie pęcherzykowym i drogach żółciowych a w konsekwencji napad kolki żółciowej, mogący prowadzić do ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, zapalenia dróg żółciowych a nawet ostrego zapalenia trzustki. Leczenie zachowawcze przy pomocy kwasu ursodeoksycholowego, może okazać się skuteczne w przypadku małych złogów cholesterolowych, w których nie ma zwapnień i doprowadzić do „rozpuszczenia” kamieni żółciowych.

Najczęstsze objawy objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego (kolki wątrobowej):

- ból w prawym podżebrzu, czasami promieniujący do łopatki, z towarzyszącymi nudnościami trwający od 0,5 do 6 godzin,





- ból pojawia się po posiłku i chory wiąże występowania dolegliwości bólowych z przyjmowaniem określonych pokarmów.

Jeżeli pomimo przyjmowania leków p/bólowych i rozkurczowych dolegliwości nie przechodzą skontaktuj się z lekarzem, gdyż mogło rozwinąć się ostre kamicze zapalenie pęcherzyka żółciowego, które może wymagać pilnego leczenia operacyjnego.

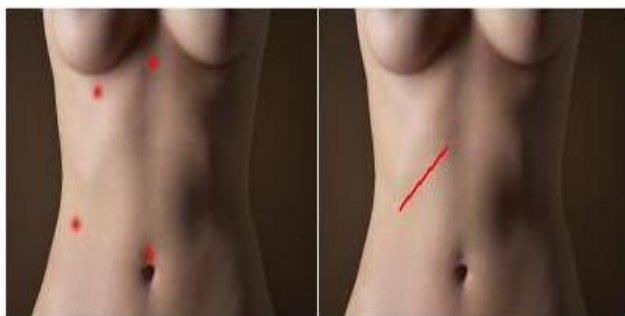
U ok. 30% pacjentów nie występują bóle kolkowe a jedynie objawy nieswoiste takie jak: odbijanie, nudności, wzdęcia, zgaga, uczucie pełności w nadbrzuszu. Podobne objawy spotykane są również u osób chorujących na inne choroby, dlatego też jeżeli cierpisz na ww. dolegliwości konsultuj skonsultuj się z lekarzem chirurgiem celem właściwej kwalifikacji do leczenia.

W Oddziale Chirurgii Ogólnej im. dr. Jerzego Olszewskiego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce wykonuje się operacje usunięcia pęcherzyka żółciowego (cholecystektomia) drogą laparoskopową (najczęściej) i drogą chirurgii otwartej klasycznej).



W przypadku cholecystektomii laparoskopowej wykonuje się 3 lub 4 małe cięcia(7-15 mm) na powłokach brzusznych, przez które to zakłada się trokary do jamy otrzewnej. Dzięki specjalnej kamerze i zestawie narzędzi możliwe jest zlokalizowanie pęcherzyka żółciowego i jego wycięcie.

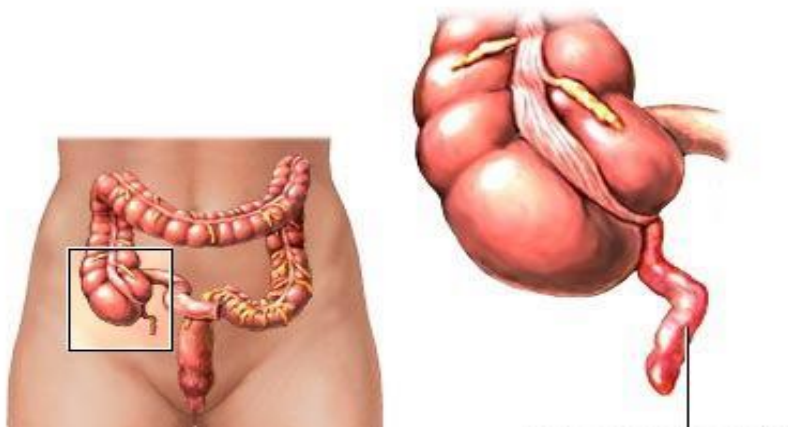
Natomiast w przypadku metody klasycznej na powłokach brzusznych nacięcie wynosi 15 – 20 cm. przez, które wykonuje się usunięcie pęcherzyka razem ze złogami.





Ponadto umożliwia to stwierdzenie czy nie ma innych patologii w jamie otrzewnej. W bardziej skomplikowanych przypadkach, kiedy występują trudności śródoperacyjne z identyfikacją dróg żółciowych i naczyń wnęki wątroby może wystąpić konieczność zmiany metody operacji na metodę otwartą. Także w przypadku wystąpienia przeciwwskazań do leczenia metodą laparoskopową następuje kwalifikacja do cholecystektomii klasycznej. W przypadku wykonania planowej cholecystektomii laparoskopowej chory może opuścić Oddział w ciągu 48 godzin od zabiegu. Następnie odbywa wizytę kontrolną w Poradni Chirurgicznej.

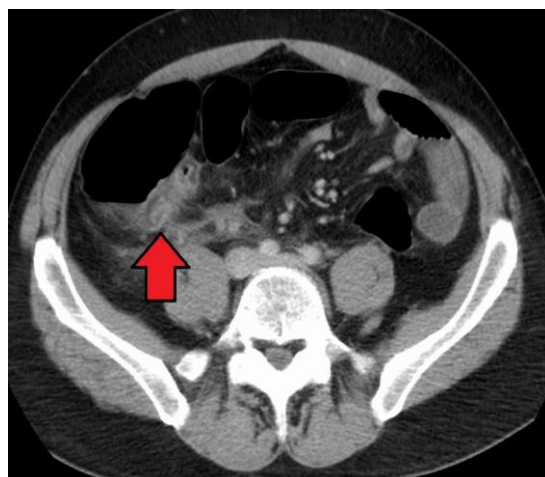
OSTRE ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO (OZWR)



Jest jedną z najczęstszych przyczyn bólów brzucha. Może wystąpić w każdym wieku, dotyczy obu płci w równym stopniu. W Polsce jest to najczęstsza przyczyna pilnego zabiegu operacyjnego. Jest ono spowodowane niedrożnością światła wyrostka robaczkowego (kamień kałowy, owsica, powiększenie okolicznego węzła chłonnego). Liczne prace naukowe sugerują, iż niedobór błonnika w diecie zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na OZWR. Pamiętajmy o prawidłowej diecie.

Najczęstsze objawy zapalenia wyrostka robaczkowego:

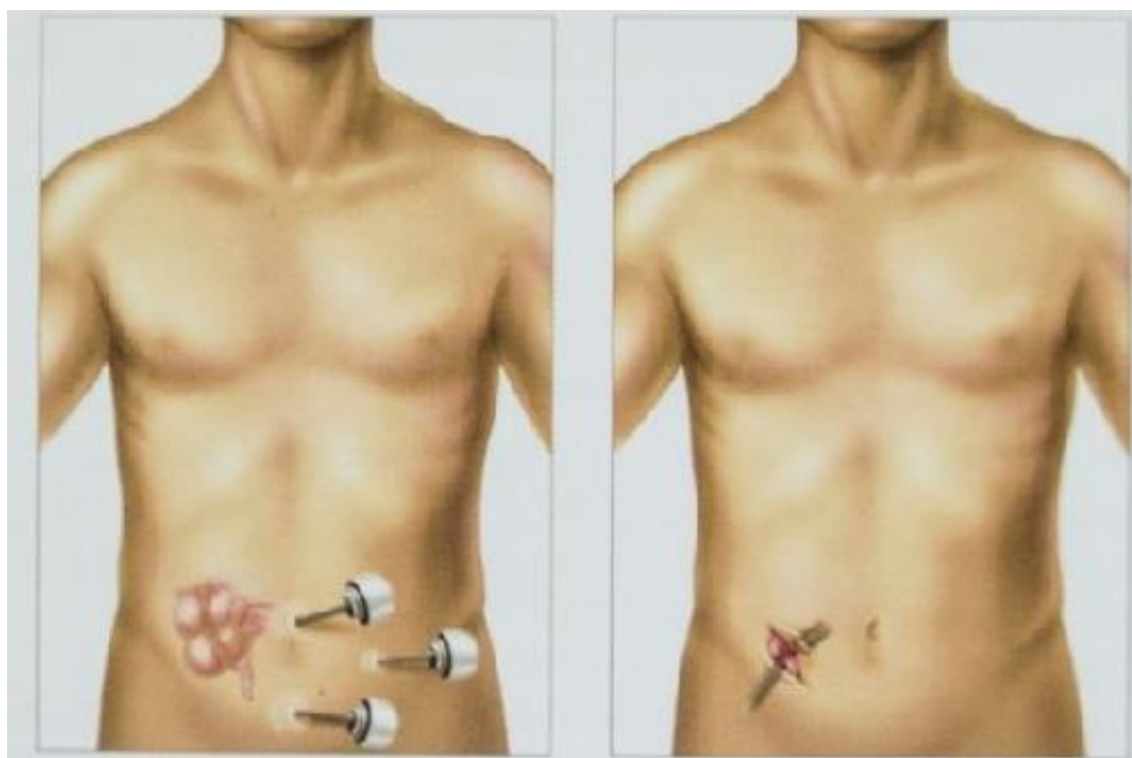
- na początku ból o charakterze stałym zlokalizowany w nadbrzuszu lub w okolicy pępka, później z czasem przeniesienie bólu do prawego dolnego kwadrantu brzucha,
- współistnieje brak apetytu, nudności, niekiedy wymioty, zatrzymanie gazów i stolca,
- często występuje gorączka.



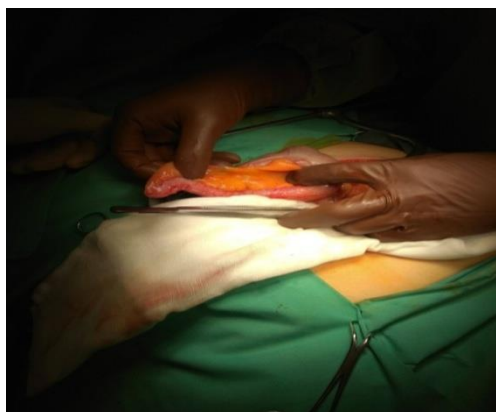


Obraz kliniczny może odbiegać od powyższego ze względu na różnice w jego położeniu anatomicznym. Jeżeli wystąpią powyższe objawy skonsultuj się z lekarzem. Rozpoznanie OZWR na podstawie badania lekarskiego nie musi być łatwe, nawet dla doświadczonego lekarza, a inne choroby jamy brzusznej mogą przebiegać podobnie. Dlatego często wykonuje się badania dodatkowe w tym badania laboratoryjne, USG jamy brzusznej czy też Tomografię Komputerową(TK) jamy brzusznej z kontrastem i na tej podstawie dochodzi do rozpoznania choroby.

W Oddziale Chirurgii Ogólnej im. dr. Jerzego Olszewskiego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce wykonuje się zabieg usunięcia wyrostka robaczkowego (appendektomia) drogą laparoskopową (najczęściej) i drogą chirurgii otwartej (klasycznej).



W przypadku appendektomii laparoskopowej wykonuje się 3 małe cięcia (7-15 mm) na powłokach brzusznych, przez które to zakłada się trokary do jamy otrzewnej. Dzięki specjalnej kamerze i zestawie narzędzi możliwe jest zlokalizowanie chorego wyrostka i jego wycięcie. Ponadto umożliwia to stwierdzenie czy nie ma innych patologii w jamie otrzewnej.



W bardziej skomplikowanych przypadkach, kiedy dochodzi do perforacji wyrostka robaczkowego, powstanie ropnia w jego pobliżu czy też rozlanego zapalenia otrzewnej może wystąpić konieczność zmiany metody operacji na metodę otwartą.



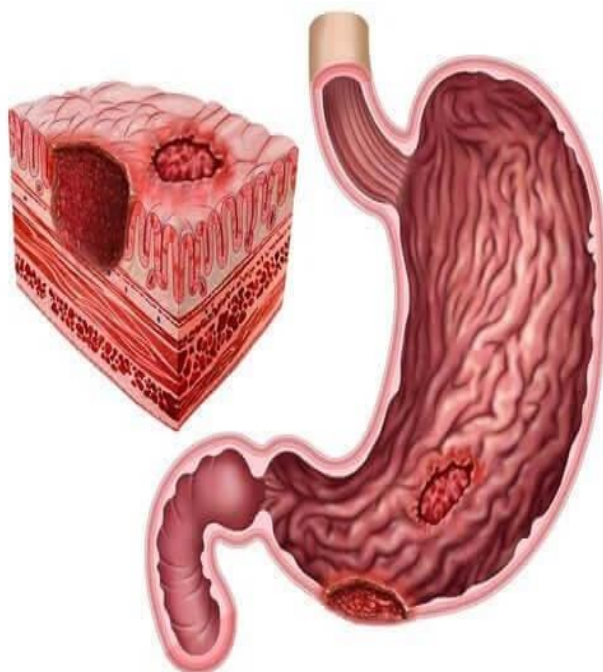
Czasami rozmiar wyrostka robaczkowego może być imponujący – w tym przypadku wyrostek robaczkowy o długości ok 15 cm,

W przypadku niepowikłanego zapalenia wyrostka robaczkowego leczonego operacyjnie chory może opuścić Oddział w ciągu 48 godzin od zabiegu. Następnie odbywa wizytę kontrolną w Poradni Chirurgicznej.

PRZEDZIURAWIENIE WRZODU TRAWIENNEGO



W przypadku nieleczzonej choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy może dojść do perforacji przewodu pokarmowego, wylania się treści żołądkowej do jamy otrzewnej i w konsekwencji do rozwinięcia ostrego zapalenia otrzewnej, co jest wskazaniem do pilnego zabiegu operacyjnego. Najczęściej dochodzi do przedziurawienia dwunastnicy (90%).

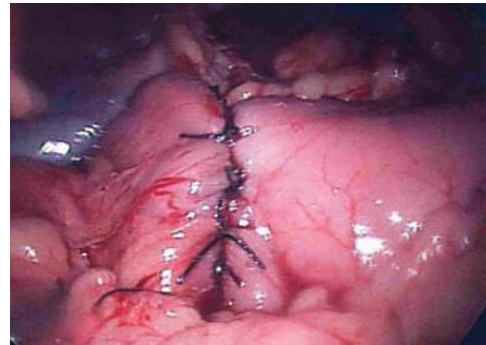
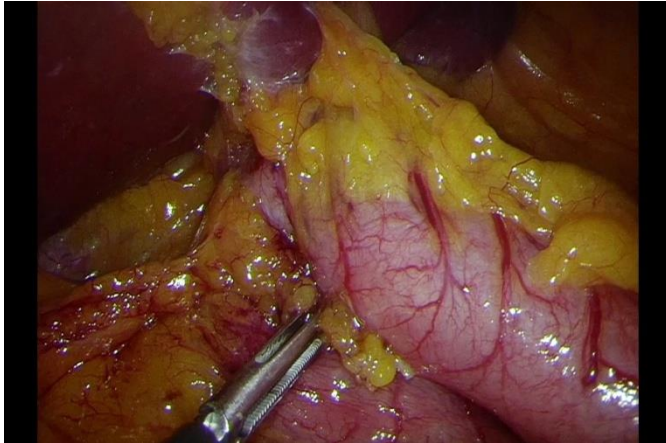


Najczęstszy obraz perforacji wrzodu trawiennego to nagły bardzo silny ból całego brzucha, utrzymujący się pomimo zażycia leków przeciwbólowych. Wystąpienie takich objawów, powinno skłonić Cię do jak najszybszego kontaktu ze szpitalem, celem wykonania diagnostyki, gdyż jest to stan zagrożenia życia i utraty zdrowia. Perforacja wrzodu trawiennego, pomimo podjęcia

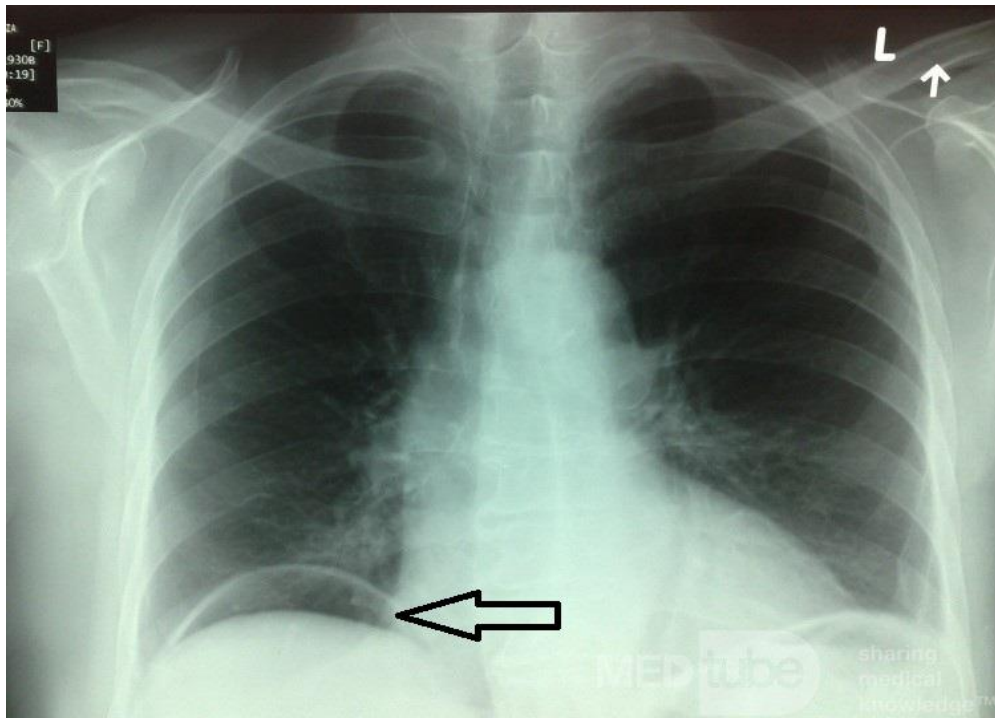


leczenia operacyjnego, wiąże się z wysoką śmiertelnością sięgającą od 10 do 20%.

Leczenie operacyjne polega na zszyciu miejsca perforacji, resekcji fragmentu żołądka i /lub wykonaniu wagotomii pniowej (przecięcie pni nerwów błędnych znajdujących się pod przeponą) oraz włączenia leczenia farmakologicznego. .



W Oddziale Chirurgii Ogólnej im. dr. Jerzego Olszewskiego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce zabieg wykonuje się zarówno z dostępu otwartego jak i laparoskopowego. Długość pobytu na Oddziale zależy od stanu chorego oraz czasu trwania choroby przed zastosowaniem leczenia operacyjnego.



Po stronie prawej widoczny gaz pod kopułą przepony(strzałka) typowy obraz perforacji przewodu pokarmowego widoczny w rtg klatki piersiowej.



Chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy rozpoznaje się wykonując badanie endoskopowe zwane gastroskopią. *Helicobacter pylori* odpowiada za 70-90% wrzodów żołądka i dwunastnicy, lecz tylko ok 10% nosicieli *H. pylori* rozwinie chorobę wrzodową. Ponadto do jej rozwoju przyczynia się palenie papierosów, przyjmowanie dużych ilości niesteroidowych leków przeciw zapalnych (NLPZ) takich jak aspiryna, diklofenak, ibuprofen, ketoprofen, naproksen. Alkohol co prawda nie wpływa na powstawanie choroby wrzodowej, ale osoby nadużywające go, chorują ciężiej i gorzej goją się ich rany.

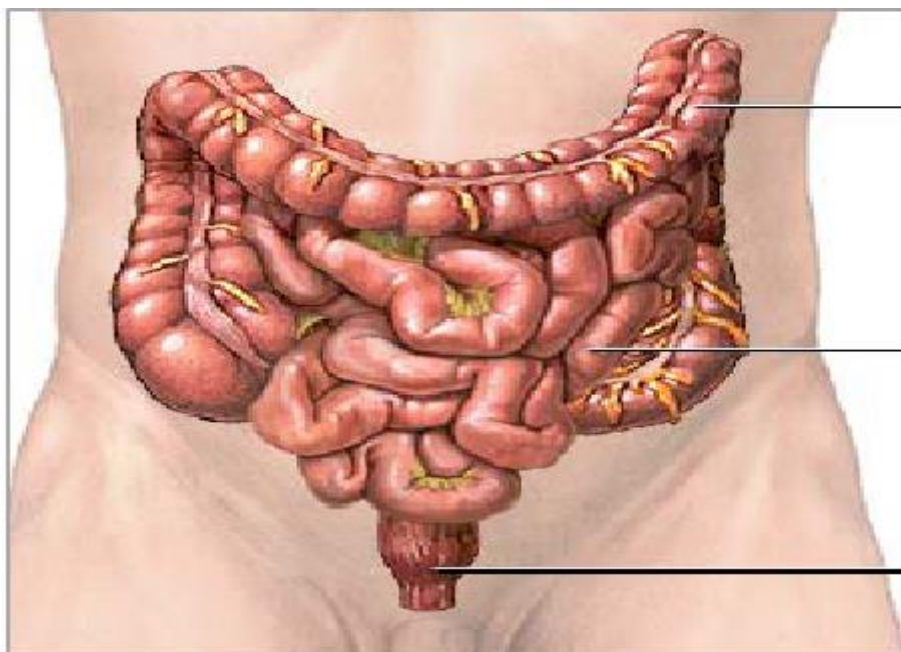
Rozpoznanie i włączenie leczenia farmakologicznego w przypadku choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy jest najważniejszym postępowaniem. Pozwala ono w pełni kontrolować przebieg choroby, wyleczyć ją i zapobiec powikłaniom w postaci perforacji wrzodu. Leczenie farmakologiczne mające na celu eradykację *H. pylori* powinno być wspomagane przez odpowiednią dietę zwaną wrzodową.

1. Posiłki powinny być spożywane regularnie, co 3-4 godziny, w niewielkich porcjach.
2. Ostatni posiłek powinien być spożywany przed snem.
3. Posiłki powinny być spożywane bez pośpiechu i zdenerwowania, ważne jest dokładne przeżuwanie kęsów pokarmu.
4. Pokarmy powinny być łatwostrawne, niedrażniące błony śluzowej żołądka, a także niedziałające pobudzająco na wydzielanie kwasu żołądkowego oraz dobrze przyswajalne.
5. Dania powinny mieć umiarkowaną temperaturę oraz powinny być świeżo przygotowywane.
6. Należy ograniczyć lub całkowicie wyeliminować spożycie soli oraz ostrych przypraw, jak również octu.
7. Należy unikać produktów bogato tłuszczowych
8. Należy ograniczyć spożycie błonnika oraz produktów o działaniu wzdymającym.
9. Należy zrezygnować ze wszelkich używek – kawa, alkohol, palenie tytoniu.
10. Należy unikać potraw smażonych, a posiłki przygotowywać zdrowszymi metodami obróbki.
11. Nie należy stosować niesteroidowych leków przeciwzapalnych.
12. Powinno się wyeliminować wszelkie napoje gazowane oraz zawierające kofeinę.
13. Leki należy popijać wodą niegazowaną.

Jeżeli odczuwasz ból w nadbrzuszu o charakterze piekącym, dyskomfort występujący na czczo tzw. ból głodowy ustępujący po przyjęciu posiłków lub leków zobojętniających kwas żołądkowy powinieneś zgłosić się do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) celem przeprowadzenia wstępnej diagnostyki w tym kierunku.



RAK JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY



Rak jelita grubego i odbytnicy jest trzecim co do częstości zachorowania na nowotwory złośliwe u mężczyzn i czwartym u kobiet. Jest to choroba podstępna, ponieważ przez wiele lat może przebiegać bezobjawowo. Ok 90% nowotworów powstaje sporadycznie, a tylko w 5-10% jest to choroba mająca podłoże dziedziczne. Istnieje wiele czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo zachorowania. Część z nich możemy i powinniśmy kontrolować.

Do czynników ryzyka należą:

- wiek po 50 roku życia,
- zespół metaboliczny czyli otyłość brzuszna, cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, niski poziom cholesterolu HDL, wysoki poziom tri glicerydów,
- palenie tytoniu,
- niska aktywność fizyczna,
- dieta ubogo błonnikowa, bogato tłuszczowa, wysokokaloryczna, uboga w wapń,
- nadużywanie alkoholu,
- dodatni wynik w kierunku raka jelita grubego u krewnych (zwłaszcza I stopnia).

Truizmem jest stwierdzenie, iż „lepiej jest zapobiegać niż leczyć”. Mając na uwadze, iż rak jelita grubego rozwija się przez lata a nie minuty czy dni, tym bardziej należy przyjrzeć się naszym codziennym nawykom, by w przyszłości zminimalizować ryzyko zachorowania na tę poważną chorobę. Jedzmy warzywa i owoce, gdyż tam zawarte są naturalne antyoksydanty. Z tego samego powodu należy eliminować z diety produkty wysoko przetworzone, w których dodatkowo występują „polepszacze smaku i koloru”. Należy pamiętać, iż wiele z nich to substancje niebezpieczne dla zdrowia, które w wysokich dawkach mogą mieć działanie rakotwórcze. Dieta ubogo resztkowa zwalnia pasaż jelitowy, powodując dłuższą ekspozycję komórek na działanie substancji rakotwórczych. Dlatego tak ważne jest codzienne dostarczanie ok 25g błonnika dziennie. Kolejnym



krokiem powinna być eliminacja z diety produktów typu „fast food” z wysoką zawartością tłuszczu „trans”, które oprócz nowotworów odpowiedzialne są za udary mózgu, zawały mięśnia sercowego, impotencję, miażdżycę, cukrzycę, czy też astmę oskrzelową.

Wielu pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego nie zauważa żadnych objawów choroby. Jednym z częstszych symptomów jest obecność krwi w/na stolcu i objawy związanej z tym niedokrwistości z niedoboru żelaza (łatwe męczenie się, osłabienie). U około 3/4 chorych krwawienie ma charakter utajony, co wiąże się z użytecznością wykonywania badania krwi utajonej w kale jako testu przesiewowego. Do pozostałych objawów należą: zmiana rytmu wypróżnień, utrata masy ciała, wyczuwalny guz brzucha, wzdęcie brzucha, brak łaknienia. Często zdarza się, iż do szpitala trafiają pacjenci z niedrożnością przewodu pokarmowego spowodowana zamykającym światło rakiem jelita grubego. Świadczy to o wysokim stopniu zaawansowania miejscowego choroby.



Mając na uwadze powyższe, jeżeli należysz do grupy ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i zauważysz u siebie niepokojące objawy zgłoś się do swojego lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej celem rozpoczęcia diagnostyki.

W Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce w Pracowni Endoskopowej wykonuje się badania kolonoskopowe w ramach programu badań przesiewowych raka jelita grubego. Jest to o tyle istotne, iż te badanie pozwala nie tylko rozpoznać ale w przypadkach tzw. wczesnego raka jelita grubego (rak w polipie) wraz z wykonaniem polipektomii (usunięcie polipa) jednocześnie wyleczyć z choroby.



W Oddziale Chirurgii Ogólnej im. dr. Jerzego Olszewskiego z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce wykonuje się zabiegi radykalne i paliatywne z zakresu raka jelita grubego i odbytnicy stosując nowoczesne techniki operacyjne, zarówno metodą chirurgii otwartej jak i laparoskopowej. Zespół doświadczonych chirurgów onkologów gwarantuje wykonanie operacji na najwyższym poziomie zgodnie z wytycznymi Polskich i Światowych Towarzystw Chirurgii Onkologicznej i Kolorektalnej.



Stan po nieradykalnej polipektomii endoskopowej- końcówka noża wskazuje miejsce nacieku raka jelita grubego w esicy.

W przypadku rozpoznania choroby należy wykonać badania obrazowe (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) i laboratoryjne celem określenia stopnia jej zaawansowania oraz odpowiedniej kwalifikacji do leczenia.



Rak esicy – stadium miejscowego zaawansowania T3



RAK ENDOMETRIUM

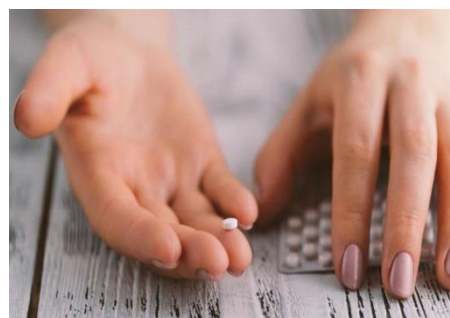


Według światowych statystyk rak endometrium jest drugim, po raku szyjki macicy najczęściej wykrywanym nowotworem żeńskich narządów płciowych. Jeśli przyjrzymy się współczynnikom zachorowalności na nowotwory złośliwe w zależności od położenia geograficznego, zauważymy, że w krajach wysoko rozwiniętych dominuje rak endometrium nad rakiem szyjki, plasując się na czwartym miejscu po raku piersi, płuc i jelita grubego. Największą zachorowalność na raka endometrium odnotowuje się w Ameryce Północnej.

W Polsce, według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów nowotwory złośliwe trzonu macicy stanowią ok. 7% zachorowalności.

Szczyt zachorowań na raka endometrium przypada na okres okołomenopauzalny, między 55 a 64 rokiem życia. Od 65 do 70 roku życia ryzyko rozwoju tego nowotworu systematycznie spada.

Rak endometrium jest najczęstszym nowotworem złośliwym kobiet w krajach rozwiniętych ekonomicznie. Tłumaczy się to częstszym występowaniem otyłością w konsekwencji cukrzycy t2 i jej powikłań, siedzącym trybem życia oraz niską dietnością. Uważa się, że takie czynniki, jak zespół metaboliczny, brak aktywności fizycznej, a także zaawansowany wiek, wczesna pierwsza miesiączka, późna menopauza, brak potomstwa i zaburzenia miesiączkowania, predysponują do rozwoju raka błony śluzowej trzonu macicy. Do czynników ryzyka nowotworu zalicza się również stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) i tamoksifenu. Istnieją także predyspozycje genetyczne do powstawania raka endometrium, tj. dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością(zespół Lyncha) oraz rzadko zespół Cowdena. Typ II stwierdza się u kobiet o niskiej masie ciała, w 7 i 8 dekadzie życia. Raki należące do typu I w ok.





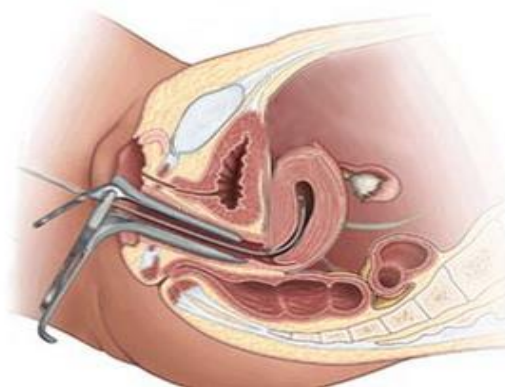
75-80% przypadków diagnozowane są we wczesnych stadiach, cechują się powolnym przebiegiem i dobrym rokowaniem. Dominujący typ histologiczny, powstaje na bazie rozrostu endometrium z obecnością atypii w wyniku nadmiernej stymulacji estrogenami.

Skuteczna walka z otyłością czy z chorobami metabolicznymi należy z pewnością do czynników obniżających ryzyko zachorowania na raka endometrium. Dotyczy to przede wszystkim utrzymywania na odpowiednim poziomie naszej wagi, prawidłowe BMI, czyli wskaźnik masy ciała powinien mieścić się w przedziale 18,5-24,99. Na utrzymanie właściwej masy ciała ma wpływ zbilansowana dieta, czyli taka, która ogranicza dużą podaż mięsa, zastępując je dietą bogatą w warzywa i owoce. Zgodnie z badaniami nadmierne spożycie mięsa jest przyczyną powstawania wielu nowotworów, w tym przede wszystkim raka jelita grubego oraz raka trzonu macicy u kobiet. Nie zawsze jednak utrzymanie odpowiedniej masy ciała jest łatwe. Dla kobiet dotkniętych chorobliwą otyłością jest to wręcz niemożliwe bez wsparcia chirurgicznego. Z pomocą przychodzą zabiegi bariatryczne (redukcja żołądka i jelit). Kolejnym ważnym czynnikiem ochronnym jest aktywność fizyczna. Obecnie istnieje wiele danych naukowych, potwierdzających związek braku aktywności fizycznej z ryzykiem wystąpienia raka, w tym raka błony śluzowej macicy. Udowodniono, że ryzyko zachorowania można obniżyć nawet o 20–30 – proc. u kobiet aktywnych fizycznie. Podczas wysiłku fizycznego o umiarkowanej intensywności następuje uruchomienie mechanizmów immunologicznych, wśród których zauważamy wzrost aktywności granulocytów i limfocytów, które są odpowiedzialne za niszczenie komórek nowotworowych. Udowodnione działanie chroniące przed rakiem endometrium ma również stosowanie doustnej antykoncepcji ale tylko w postaci dwuskładnikowych tabletek, czyli estrogenowo-gestagenowych. Posiadanie dzieci jest także czynnikiem chroniącym nas przed rozwojem tego nowotworu albowiem każda ciąża skraca ekspozycję kobiety na działanie estrogenów za sprawą progesteronu, który wydziela się w ciąży i blokuje rozwój tej choroby.

Wiele przyczyn powstawania choroby nowotworowej ma związek z naszym stylem życia. Dlatego najlepszą ochroną przed rakiem jest połączenie zdrowego odżywiania, regularnego zażywania ruchu, wystarczającej ilości odpoczynku oraz radości życia

Niestety nie istnieją przesiewowe badania w kierunku raka endometrium tak jak np. cytologia w przypadku raka szyjki macicy czy mammografia w przypadku raka piersi. Dlatego też ginekolodzy biją na alarm, aby zgłaszać się do nich w razie dostrzeżenia niepokojących objawów albowiem tylko szybka diagnostyka i wczesnie podjęte leczenie pozwalają uchwycić raka endometrium we wczesnym stadium, co znacznie zwiększa szansę na wyleczenie. Wykonanie konkretnych badań zaleca się tylko kobietom z grupy podwyższonego ryzyka.

Należą do niej pacjentki, chorujące m.in. na zespół Lyncha, zespół policystycznych jajników, otyłość i nadciśnienie tętnicze, a także w przypadku występowania w rodzinie nowotworu piersi, trzonu macicy lub jelita grubego. To im w szczególności zaleca się dbałość o regularne wizyty ginekologiczne połączone z USG dopochwowym.

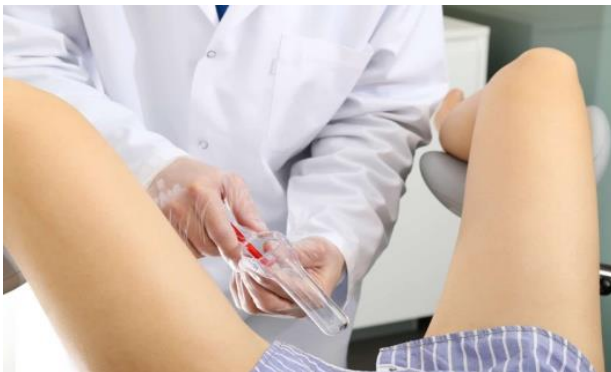




W celu zapobiegnięcia rozwoju raka i wczesnego wykrycia niepokojących zmian w obrębie błony śluzowej macicy wszystkim paniom natomiast zaleca się regularne kontrole ginekologiczne.

Pomimo różnorodności histologicznej nowotworów endometrium najczęstszym i często jedynym objawem jest nieprawidłowe krwawienie maciczne związane z rozpadem zmienionych nowotworowo tkanek. Częstość krwawień u pacjentek z rakiem endometrium wynosi 90%. Krwawienia skłaniają pacjentki do dalszej diagnostyki, w związku z powyższym rak endometrium wykrywany jest w 75% w pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego. Ocenia się, że 20% krwawień pomenopauzalnych związanych jest z rakiem endometrium.

Wraz z upływem czasu od menopauzy prawdopodobieństwo raka endometrium w przypadku krwawień wzrasta. Do innych objawów raka endometrium należą upławy o charakterze krwisto-ropnym, bóle w podbrzuszu i okolicy krzyżowej oraz obrzęki kończyn dolnych. Objawy są związane z naciekiem okolicznych tkanek i narządów, głównie pęcherza moczowego, odbytnicy, naczyń krwionośnych i chłonnych oraz nerwów. Do późnych objawów zalicza się niedokrwistość oraz utarte masy ciała. Około 5% przypadków raka endometrium ma charakter bezobjawowy. Diagnozowane jest na podstawie nieprawidłowego obrazu endometrium w USG przezpochwowym.



Obecnie trwają poszukiwania metod skriningowych w diagnostyce stanów przednowotworowych i raka endometrium. Zasadniczym postępowaniem profilaktycznym pozostaje regularna kontrola ginekologiczna w okresie około-i pomenopauzalnym. W przypadku podejrzenia raka endometrium stosowana jest diagnostyka obrazowa i patomorfologiczna.

Leczenie operacyjne odgrywa zasadniczą rolę w procesie terapeutycznym pacjentek z nowotworem trzonu macicy.

Całkowite usunięcie macicy wraz z obustronnym usunięciem przydatków jest podstawową procedurą chirurgiczną wykonywaną z powodu raka endometrium.



laparoskopową. Po otwarciu powłok jamy brzusznej

W ostatnich dwóch dekadach coraz częściej w tego typu operacjach stosuje się metodę





należy pobrać do badania cytologicznego płyn z jamy otrzewnej lub w razie jej braku - popłuczyny. Kolejna procedura to dokładna inspekcja jamy brzusznej z uwzględnieniem otrzewnej ściennej, wątroby, sieci, wątroby, jelit, a także węzłów chłonnych miedniczych i okołoaortalnych. Ponadto zakres operacji raka endometrium obejmuje poza macicą przydatki.

Istotne odmienności w leczeniu chirurgicznym raka endometrium dotyczy sytuacji, w których rozpoznanie przedoperacyjne wskazuje na inny niż endometrialny typ histologiczny raka. Nowotwory surowicze brodawkowate i jasnokomórkowe wiążą się z bardziej agresywnym przebiegiem klinicznym i istotnie gorszym rokowaniem. Dla tych rozpoznań przyjmuje się taki protokół operacyjny, jak w raku jajnika.

Istotnym zagadnieniem związanym z chirurgią raka endometrium jest leczenie operacyjne nowotworu o wyższym stopniu zaawansowania niż I wg FIGO. W większości sytuacji klinicznych II stopień zaawansowania klinicznego zazwyczaj jest rozpoznawany w materiale pooperacyjnym. W przypadku FIGO II stopnia zaawansowania przed operacją, pacjentka powinna zostać poddana rozszerzonemu wycięciu macicy wraz z przydatkami i węzłami chłonnymi około aortalnymi i miednicznymi. Ryzyko przerzutów w tym stopniu zaawansowania wynosi nawet 30%.



Część pacjentek, zwłaszcza z internistycznymi przeciwwskazaniami do leczenia operacyjnego np. otyłość patologiczna, rozchwiana cukrzyca, może być leczona radykalnie za pomocą radioterapii.

Również pacjentki z nawrotem raka endometrium są leczone z powodzeniem radioterapią. Pozwala ona na zmniejszenie

odsetka wznów miejscowych, ale jak pokazują badania, nie wpływa jednoznacznie na zmniejszenie częstości występowania przerzutów odległych ani na czas przeżycia całkowitego.

Chemioterapia we wczesnych stopniach zaawansowania klinicznego (FIGO I i II) zalecana jest w przypadku współistnienia czynników ryzyka nawrotu, do których należą: wysoki stopień złośliwości, głębokie naciekanie mięśnia trzonu macicy, zajęcie przestrzeni wokół naczyń limfatycznych, wielkość guza powyżej 2cm. W nowotworach typu II zaleca się chemioterapię uzupełniającą bez względu na stadium zaawansowania.





RAK JAJNIKA



Nowotwory złośliwe jajnika stanowią u kobiet 5% zachorowań z czego około 80% dotyczy kobiet po 50 roku życia. Ryzyko powstania raka jajnika wzrasta z wiekiem aż do połowy siódmej dekady życia po czym zmniejsza się. Przeżycia 5-letnie zależą głównie od stopnia zaawansowania klinicznego, typu histologicznego, dojrzałości histologicznej, wieku pacjentki oraz zakresu wykonanej operacji i obniżają się wraz z rozległością choroby. W I stopniu wynoszą między 78% a 92%, w II – 70%, w III – 37% i w IV – od 14% do 25%. Szacuje się, że nawet 5-15% raków jajnika jest związanych z nosicielstwem zmutowanych genów BRCA1/2 oraz MMR odpowiedzialnych za rozwój zespołu Lyncha. Kliniczna i histologiczna heterogenność raka jajnika ma podstawę molekularną. W 2004r Shih i Kurman zaproponowali dualistyczny model karcynogenezy raka jajnika.

Według przedstawionej teorii raka jajnika można podzielić na dwa typy:

Typ I - do którego należą raki o niskim potencjale złośliwości (*low grade*). Raki te charakteryzują się wolnym wzrostem oraz dobrym rokowaniem: odsetek 5-letnich przeżyć wynosi ok. 55%,
TYP II - do których należą raki o niskim stopniu dojrzałości (*high grade*).

Szczyt zachorowań na raka jajnika na świecie przypada na 65 rok życia. Raki dziedziczne rozwijają się mniej więcej 10 lat wcześniej. Wiek wystąpienia pierwszej miesiączki nie ma wpływu na późniejszy rozwój raka jajnika.

Czynniki sprzyjające rozwojowi raka jajnika:

- niepłodność,
- nieródki.

Czynniki obniżające ryzyko raka jajnika:

- stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej zniżyło ryzyko wystąpienia raka jajnika. Przedstawiono dwie hipotezy dotyczące związku między OC a rozwojem raka jajnika. Pierwsza zakłada, że czynniki te redukcją ryzyko nowotworu przez zapobieganie pęknięciu nabłonka jajnika w czasie owulacji, a według drugiej, zmiany hormonalne w czasie ciąży, a w



szczególności duże stężenie progesteronu, prowadzą do usunięcia komórek transformowanych z nabłonka jajnika przez efekt apoptotyczny,

- wydłużona laktacja,
- wpływ hormonalnej terapii zastępczej na rozwój raka jajnika nie został jednoznacznie określony. Zależy on od typu stosowanego preparatu, wieku pacjentki, czasu trwania terapii,
- wieloródki.

Badania wskazują na związki pomiędzy sposobem żywienia a rozwojem nowotworów, w tym również nowotworu jajnika. Wskazówki tam zawarte pokrywają się ze znanymi zaleceniami zdrowego żywienia:

- utrzymuj prawidłową masę ciała,
- ogranicz spożycie tłuszczu ogółem (normy żywienia zalecają około 30% kaloryczności całej diety),
- ogranicz spożycie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego (masło, smalec, słonina, tłuste mięsa),
- zastąp części białka zwierzęcego (głównie produktów mięsnych) roślinami strączkowymi, a przede wszystkim soją w postaci nasion, mąki sojowej, tofu, czy sojowych zastępników produktów mlecznych,
- pamiętaj o dostarczaniu z pożywieniem β -karotenu (prowitaminy A) - np. marchew, dynia, pomidor, batat, papryka czerwona, brokuł, jarmuż, morela, śliwka, brzoskwinia, mango oraz inne owoce i warzywa.

Tego typu dieta oparta na warzywach i owocach, ograniczonej ilości nasyconych kwasów tłuszczowych oraz zrównoważonych proporcjach białka roślinnego do zwierzęcego nie tylko mniejszy ryzyko nowotworu jajnika, ale również poprawi ogólny stan zdrowia.

Nie należy zapominać również o codziennej aktywności fizycznej (min. 30 min. dziennie), co jak wspomniano wcześniej również ma wpływ na redukcję prawdopodobieństwa zachorowania na raka jajnika.

Pomimo dużych wysiłków zmierzających do jego wczesnego wykrycia poza przypadkami powikłanymi i rzadko występującymi guzami hormonalnie czynnymi rak jajnika w niskich stopniach zaawansowania wykrywany jest przypadkowo. Stanowi to duży problem ginekologii onkologicznej. Nowotwór jajnika jest obecnie na pierwszym miejscu pod względem częstości zgonów na nowotwory narządu rodno w Polsce. Złe wskaźniki epidemiologiczne spowodowane są późnym wykryciem i stopniem zaawansowania klinicznego.

W związku z powyższym podejrzenie raka jajnika opiera się o wywiad rodzinny, badanie przedmiotowe i badania dodatkowe. Z jednej strony objawy są mylące i mało niepokojące pacjentki,

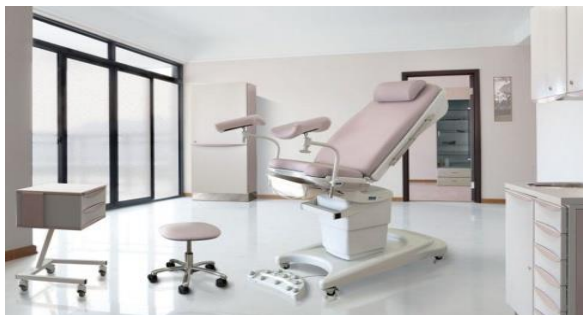


a z drugiej nie skłaniają lekarza do zalecenia szczegółowej diagnostyki, rozpoznanie jest stawiane ze znacznym opóźnieniem. Mogą to być dolegliwości dżuryczne, objawy uciskowe, uczucie pełności podczas jedzenia, wzdęcia brzucha, objawy zespołu jelita drażliwego. Przypadki takie powinny być objęte szczególnym nadzorem i wnikliwą diagnostyką. Zwiększenie obwodu brzucha związane



z wodobrzuszem, duszność i osłabienie będące następstwem obecności płynu w jamie opłucnej, nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych, nerwobóle związane z naciekiem na sploty miednicy małej, brak łaknienia, wymioty, chudnięcie, żółtaczkę oraz wyniszczenie stanowi o III/IV stopniu zaawansowania FIGO.

Poza późną zgłaszalnością wśród innych czynników opóźniających rozpoznanie podczas pierwszej wizyty wymienia się: brak badania ginekologicznego, różnorodność objawów, depresja, stres, jelito nadwrażliwe, niestrawność oraz młody wiek chorej. Należy również pamiętać o kobietach z obciążonym rodzinnym wywiadem raka piersi, jajnika, nosicielkami genu BRCA1/2, które powinny być objęte coroczną kontrolą ginekologiczną z ultrasonografią i oznaczeniem markerów w tym Ca125.



I stopień zaawansowania raka jajnika, jajowodu i otrzewnej

I stopień zaawansowania rozpoznaje się, gdy jajnik lub jajowód są zajęte przez nowotwór lub też stwierdza się obecność komórek nowotworowych w płynie lub popłuczynach z jamy otrzewnej.

II stopień zaawansowania raka jajnika, jajowodu i otrzewnej

II stopień zaawansowania, do którego zalicza się około 10% wszystkich raków jajnika pozostaje trudny do precyzyjnego zdefiniowania i bardzo heterogenny. Dotyczy on sytuacji, gdy guz jajnika bezpośrednio nacieka inne struktury miednicy mniejszej, a także obejmuje przypadki, w których stwierdza się przerzuty do otrzewnej miednicy mniejszej (poniżej płaszczyzny wchodu). Esica i odbytnica znajdują się w obrębie miednicy mniejszej, a więc przerzuty i naciekanie ich surowicówki (ale bez naciekania mięśniówki ściany jelita i zajęcia śluzówki) powinno być klasyfikowane jako II stopień zaawansowania



III stopień zaawansowania raka jajnika, jajowodu i otrzewnej

W III stopień zaawansowania dotyczy większości przypadków raka jajnika. Obejmuje on chore z przerzutami poza obszar miednicy mniejszej; do otrzewnej, przepony, sieci większej, jelit, torebki wątroby lub torebki śledziony bez zajęcia mięszu tych narządów, wreszcie węzłów chłonnych przestrzeni wewnątrzotrzewnowej. O ile częstość występowania przerzutów do węzłów chłonnych w stopniach zaawansowania I i II wynosi 9% i 36%, to w III stopniu zaawansowania sięga 55%. Opiswane są także izolowane przerzuty do węzłów chłonnych okołoaortalnych .



IV stopień zaawansowania raka jajnika, jajowodu i otrzewnej

IV stopień zaawansowania nowotworów jajnika, jajowodu i otrzewnej obejmuje przerzuty odległe z wyłączeniem zmian na otrzewnej (stopnie II i III).

Leczenie

Podstawą terapii raka jajnika jest postępowanie skojarzone, które obejmuje leczenie chirurgiczne oraz chemioterapię.

Leczenie chirurgiczne

Zakres zabiegu operacyjnego oraz terapia uzupełniająca zależą głównie od zaawansowania klinicznego.



Nowotwór ograniczony makroskopowo do narządu rodnego

Po inspekcji jamy brzusznej, wykluczającej obecność makroskopowych zmian poza miednicą, leczenie chirurgiczne obejmuje:

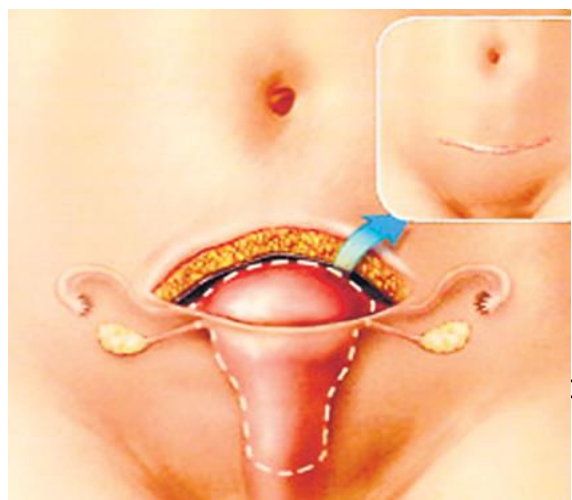
- pobranie płynu i popłuczyn do badania cytologicznego (przed rozpoczęciem procedur chirurgicznych);
- obustronne usunięcie przydatków;
- całkowite wycięcie macicy;
- wycięcie sieci większej;
- pobranie rozmazów oraz losowe pobranie wycinków z otrzewnej;
- wykonanie limfadenektomii miednicznej i aortalnej;
- usunięcie wyrostka robaczkowego wskazane jest jedynie w przypadku makroskopowych zmian w jego obrębie.



U młodych kobiet, które chcą zachować płodność, w przypadku zmiany ograniczonej do jednego jajnika bez nacieku torebki i zrostów wewnątrzotrzewnowych przy stopniu histologicznego zróżnicowania G1 i G2 można pozostawić macicę i drugi jajnik.

Zaawansowany rak jajnika

Pierwszorzędowym celem zabiegu jest całkowita cytoredukcja – brak makroskopowych resztek





choroby. Celem zabiegu jest usunięcie wszystkich widocznych zmian nowotworowych. W przypadku niemożności osiągnięcia tego celu należy dążyć do cytoredukcji optymalnej (pozostawienia resztek <1 cm średnicy).

Ważna jest identyfikacja pacjentek, które nie rokują uzyskania co najmniej optymalnej cytoredukcji z uwagi na zaawansowanie choroby. Głównym powodem uniemożliwiającym uzyskanie całkowitej cytoredukcji u chorych w stopniu III są zajęcia krezki jelita cienkiego oraz zmiany we wnętrzu wątroby. Również nieerekcyjne ogniska >1 cm w klatce piersiowej powinny być podobnie klinicznie traktowane.

Podczas kwalifikacji do zabiegu badania obrazowe (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) powinny pozwolić na wykluczenie obecności zmian powodujących pozostawienie resztek >1 cm. Szereg danych wskazuje, że zastosowanie kryteriów Fagotti (laparoskopowa ocena reelekcyjności) może być efektywną metodą selekcji chorych. W przypadku wykonania laparotomii przy braku możliwości uzyskania cytoredukcji optymalnej należy dążyć do ograniczenia zakresu zabiegu w celu zredukowania możliwych powikłań okołoperacyjnych i możliwie szybkiego skierowania chorej do chemioterapii.

Pacjentki, u których w trakcie kwalifikacji do zabiegu lub w trakcie oceny reelekcyjności (laparoskopowej lub za pomocą laparotomii) stwierdza się brak możliwości uzyskania co najmniej optymalnej cytoredukcji, są kandydatkami do chemioterapii neoadiuwantowej.

Nieoptymalne zabiegi w istotny sposób skracają czas do wystąpienia progresji oraz całkowity czas przeżycia, dlatego szczególnie dokładnie należy udokumentować powód nieuzyskania całkowitej/optymalnej cytoredukcji. Leczenie cytoredukcyjne zaawansowanego raka jajnika obejmuje swoim zakresem usunięcie macicy z przydatkami i siecią wraz z resekcjami narządów zajętych przez nowotwór – śledziony, otrzewnej pokrywającej przeponę, otrzewnej pokrywającej miednicę. Należy unikać przeprowadzania zabiegów okaleczających, takich jak całkowite resekcje jelita grubego, co ogranicza możliwość późniejszego leczenia systemowego. Dodatkowo w skład zabiegów cytoredukcyjnych wchodzi usuwanie powiększonych węzłów chłonnych zaotrzewnowych.

Chemioterapia

Większość chorych z rakiem jajnika ma wskazania do leczenia systemowego. Odstąpienie od pooperacyjnej chemioterapii jest możliwe jedynie w nielicznej grupie chorych.

U pozostałych chorych podstawą leczenia I rzutu jest skojarzenie pochodnych platyny (karboplatyna lub cisplatyna) i taksoidu (paklitaksel), podawanych dożylnie w schemacie co 21 dni. Leczenie powinno składać się z 3 lub 6 cykli. Oba wymienione schematy chemioterapii mają identyczną skuteczność. Za

stosowaniem karboplatyny przemawiają lepsza tolerancja oraz wygoda podawania. U chorych w





wyższych stopniach zaawansowania raka jajnika (IIB–IV wg FIGO) chemioterapia pooperacyjna składa się rutynowo z 6 cykli.

Standardem powinno być wykonanie tomografii komputerowej przed kwalifikacją do chemioterapii, co pozwala obiektywnie oceniać wyniki leczenia oraz kwalifikować do stosowania bewacyzumabu.

RAK PROSTATY



Gruczoł krokowy (stercz, prostata) to jeden z męskich narządów płciowych, który znajduje się poniżej pęcherza moczowego, a przez jego miąższ przebiega cewka moczowa. Rak prostaty jest jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych u mężczyzn. Szacuje się, że połowa mężczyzn pomiędzy 60 a 70 rokiem życia choruje na raka stercza. Jego częstość występowania ciągle wzrasta. Trzeba jednak zauważyć, że wielu z nich rak stercza nigdy nie ujawni się klinicznie i nie będzie stanowił podstawy leczenia. Najczęściej występuje w części obwodowej gruczołu, co powoduje, że można go wykryć podczas badania fizykalnego przez odbytnicę. Rak prostaty względnie późno przyczynia się do powstania dolegliwości i we wczesnym stadium rozwoju przebiegu bezobjawowo. Komórki nowotworowe, krążąc we krwi, mogą tworzyć przerzuty. Najczęściej tworzą się one w obrębie węzłów chłonnych, kości, płuc. U jednych chorych przerzuty powstają względnie wcześnie, u innych długo obserwuje się ograniczony do stercza charakter nowotworu, a przerzuty powstają późno.

Do czynników sprzyjających zachorowaniu na raka gruczołu krokowego możemy zaliczyć:

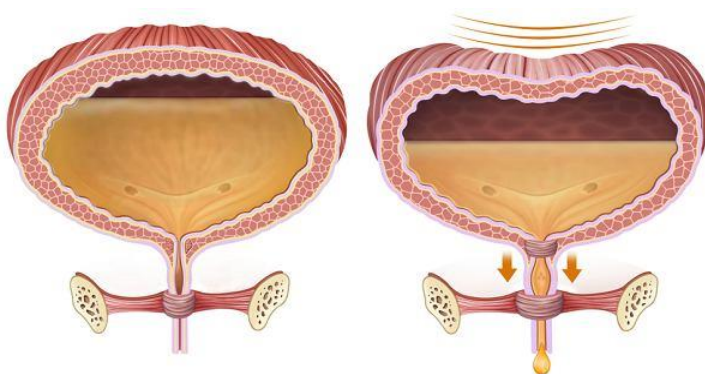


- wiek męczyzny,
- rodzinny wywiad występowania raka stercza,
- rasę czarną.

Wczesne wykrycie nowotworu zwiększa szanse na wyleczenie. Podejrzenie raka stercza wysnute na podstawie badania fizykalnego lub nieprawidłowego stężenie PSA we krwi jest pierwszym krokiem do jego rozpoznania. U większości mężczyzn nie występują żadne objawy. U części mogą wystąpić łagodne zaburzenia w oddawaniu moczu, które narastając powoli na przestrzeni wielu lat są bagatelizowane. Tymczasem pojawienie się objawów klinicznych zwykle wiąże się z większym zaawansowaniem nowotworu (guz jest już na tyle duży, że utrudnia odpływ moczu z pęcherza lub nacieka sąsiednie tkanki).

Do objawów utrudnionego oddawania moczu zaliczamy:

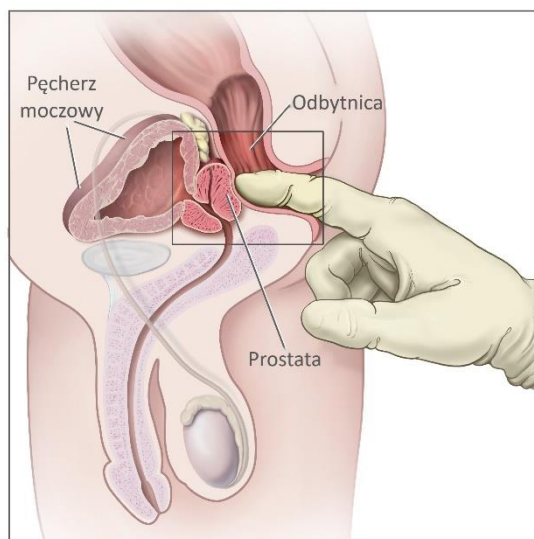
- konieczność częstego oddawania moczu, także w nocy,
- trudność w rozpoczęciu mikcji,
- oddawanie moczu słabym bądź przerywanym strumieniem,
- uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza,
- występowanie nagłej potrzeby oddania moczu.



U mężczyzn z zaawansowanym rakiem stercza pierwszymi objawami mogą być bóle pleców, bioder lub miednicy- takie dolegliwości mogą świadczyć o obecności przerzutów kostnych.

Pierwszym elementem rozpoznania raka stercza oprócz zebrania wywiadu jest badanie fizykalne- badanie przez odbytnicę. Zazwyczaj podczas badania chory przyjmuje jedną z pozycji: pozycję stojącą z maksymalnym pochYLENIEM tułowia do przodu; pozycję kolankowo-łokciową lub leżącą na boku ze zgiętymi kończynami dolnymi w stawach kolanowych i biodrowych. Podczas badania mężczyzna może odczuwać niewielki dyskomfort.

PSA jest powszechnie stosowanym markerem swoistym dla chorób stercza. Nieprawidłowy wynik PSA może wiązać się oprócz raka z innymi chorobami stercza i nie zawsze oznacza, że badany mężczyzna choruje na nowotwór. Do najczęstszych przyczyn podwyższonego stężenia PSA we krwi należą: łagodny rozrost gruczołu krokowego oraz stany zapalne. Ostatecznie rozpoznanie raka stercza ustala się na podstawie biopsji, która polega na pobraniu wycinków z prostaty za pomocą specjalnej igły. Biopsję





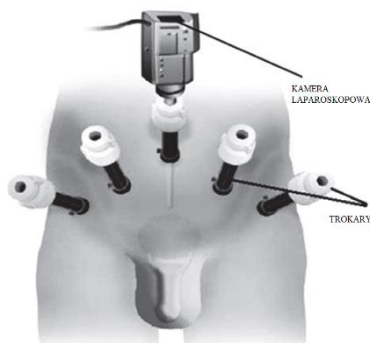
wykonuje się pod kontrolą głowicy usg wprowadzonej do odbytnicy. Wycinki z prostaty są następnie oceniany pod mikroskopem. W diagnostyce zaawansowania raka prostaty wykorzystuje się także badania obrazowe: rezonans magnetyczny, tomografię komputerową, scyntyografię kości.

Powszechnie dostępnych jest kilka różnych metod leczenia. Wśród nich do najważniejszych należą:

- aktywny nadzór,
- leczenie operacyjne (prostatektomia radykalna),
- radioterapia,
- leczenie hormonalne,
- chemioterapia.

Aktywny nadzór polega na śledzeniu stanu nowotworu po to, aby w chwili jego progresji wdrożyć leczenie radykalne. Operacja polega na wycięciu tkanki nowotworowej poprzez całkowite wycięcie stercza wraz z pęcherzykami nasiennymi i dystalnymi fragmentami nasieniowodów. Prostatektomię radykalną wykonuje się w klasyczny otwarty sposób, laparoskopowo lub laparoskopowo z pomocą robota. Zabieg wykonuje się w znieczuleniu ogólnym.

W przypadku metody klasycznej urolog otwiera jamę brzuszną wykonując pionowe cięcie od pępka do spojenia łonowego. W czasie zabiegu starannie usuwany jest zmieniony nowotworowo gruczoł krokowy wraz z otaczającymi tkankami, a niekiedy również węzły chłonne miedniczne. Wszystkie usunięte struktury przesyłane są do badania histopatologicznego, które pozwala ostatecznie określić złośliwość i zaawansowanie nowotworu. Operację kończy odtworzenie połączenia pomiędzy cewką moczową i pęcherzem. Podczas operacji w pęcherzu moczowym pozostawiony jest cewnik wprowadzony przez cewkę moczową.



Pierwszym krokiem w laparoskopowej prostatektomii jest wykonanie niewielkiego nacięcia skóry w okolicy pępka, przez które do jamy brzusznej wpompowywany jest gaz. Następnie przez kolejne nacięcia skóry do jamy brzusznej wprowadza się narzędzia. Kamera przesyła obraz



widoczny na monitorze. Kolejne etapy operacji są takie same jak w przypadku zabiegu wykonywanego metodą



klasyczną. Wśród zalet operacji laparoskopowej wymienia się krótszy pobyt w szpitalu i szybszy powrót do zwykłej aktywności,





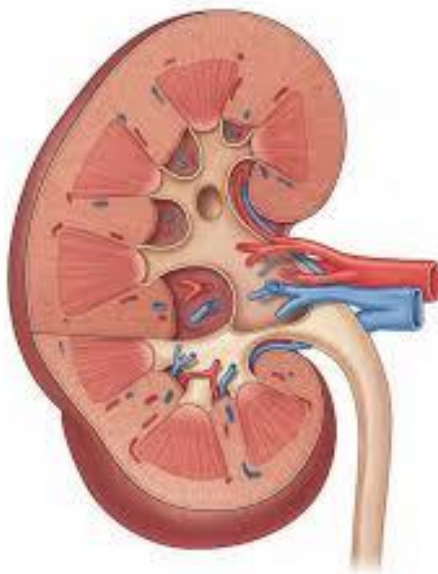
związany z mniejszym śródoperacyjnym uszkodzeniem tkanek, mniejsze ryzyko infekcji i lepszy końcowy efekt kosmetyczny.

Radioterapia polega na wykorzystaniu promieniowania rentgenowskiego do zniszczenia komórek nowotworowych. Wyróżnia się radioterapią z pól zewnętrznych oraz brachyterapią.

Leczenie hormonalne najczęściej polega na zmniejszeniu stężenia testosteronu. W wyniku tego zjawiska dochodzi do spowolnienia progresji raka stercza, a nawet zmniejszenia zmian. Niekiedy po początkowym opanowaniu raka stercza dochodzi do nawrotu choroby czyli wznowy. W ostatnich latach istotnie udoskonalono leczenie zaawansowanych postaci raka stercza.

Niezależnie od wybranej metody leczenia pacjent wymaga wnikliwej obserwacji i kontroli urologicznych.

RAK NERKI



Guz nerki najczęściej stwierdzany jest przypadkowo podczas badania ultrasonograficznego brzucha. Guzy nowotworowe nerek można podzielić na łagodne lub złośliwe. Guzy łagodne charakteryzuje powolny wzrost miejscowy oraz to, że nie dają przerzutów. Niektóre wymagają usunięcia operacyjnego ze względu na znaczne powiększenie się, co zagraża ich pęknięciem lub gwałtownym krwawieniem. Rak nerki to nowotwór złośliwy, który początkowo rośnie powoli jednak zwiększając swoje rozmiary może dać przerzuty. Początkowo przebiega bezobjawowo, a objawy takie jak ból czy krwimocz daje w późnym, zaawansowanym stanie choroby. Na nowotwór nerki najczęściej chorują pacjenci powyżej 50 roku życia. Częściej dotyczy on mężczyzn niż kobiet i rzadko ma charakter dziedziczny.

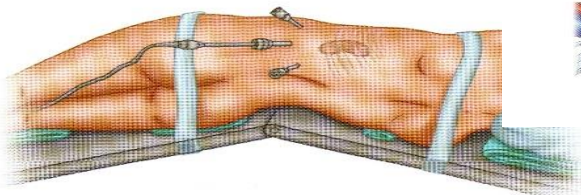


Do czynników sprzyjających zachorowania na raka nerki zaliczamy:

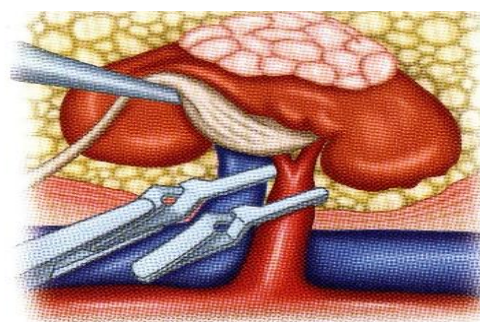
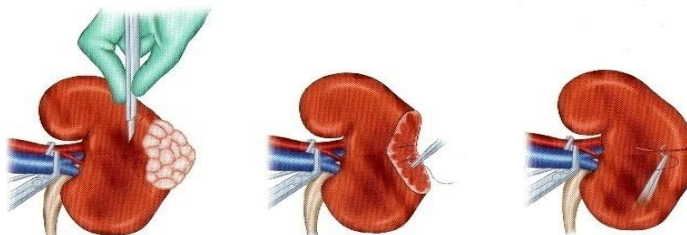
- zanieczyszczenie środowiska,
- palenie tytoniu,
- otyłość.

Znajdując najczęściej przypadkowo guz nerki w badaniu USG należy wykonać dodatkowe badania. Oprócz rutynowych badań krwi i moczu wykonuje się RTG płuc, tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny jamy brzusznej. Rzadko wykonuje się biopsję guza. Rozpoznanie raka nerki potwierdza się po wycięciu zmiany w badaniu histopatologicznym.

Podstawowym sposobem leczenia



Nefrektomia częściowa metodą otwartą



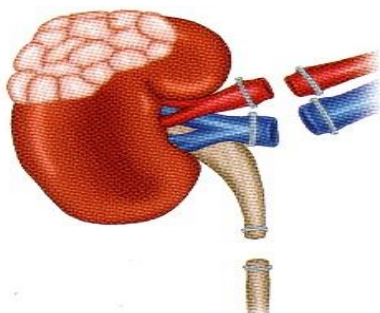
raka nerki jest leczenie chirurgiczne. Leczenie operacyjne polega na usunięciu guza nerki (tzw. częściowa nefrektomia) lub w przypadku większych guzów usunięciu nerki wraz z guzem. Powyższe zabieg można wykonać metodą klasyczną tzw. otwartą lub laparoskopową.

Nefrektomię radykalną otwartą wykonuje się przez długie ponad 10 cm nacięcie jamy brzusznej tuż pod żebrami. W przypadku nefrektomii laparoskopowej są to trzy lub cztery drobne 1,5 cm nacięcia w skórze. Decyzja o tym jaki rodzaj zabiegu wybrać-otwarty czy laparoskopowy, zależy od wielu czynników takich jak wielkość i lokalizacja guza, stan pacjenta choroby współtowarzyszące.

Pacjenci po zabiegach laparoskopowych nie wymagają dużej ilości leków przeciwbólowych i krócej trwa ich rekonwalescencja, czyli powrót do normalnej aktywności.

Częściowa nefrektomia jest standardowym leczeniem guzów poniżej 4 cm. W trakcie tej operacji

Nefrektomia radykalna



usuwa się guz nerki z niewielkim marginesem zdrowej tkanki, oszczędzając jak to najbardziej możliwe mięsz nerki. Zabieg ten często określamy jest mianem leczenia nerkooszczędzającego.



Ponieważ większość nowotworów nerek rozwija się powoli, u niektórych pacjentów z licznymi schorzeniami lub w bardzo zaawansowanym wieku nowotwór ten nie zdąży zagrozić ich życiu lub zdrowiu. U takich pacjentów możliwe jest zastosowanie jedynie aktywnej obserwacji. Leczenie zaawansowanego rozlanego raka nerki wymaga wielodyscyplinarnego postępowania. W leczeniu uczestniczą wtedy urolodzy, onkolodzy oraz radioterapeuci.



Pamiętaj wczesna diagnoza daje większe szanse na wyleczenie!

Bibliografia:

1. Podstawy Chirurgii tom 1 i 2 – podręcznik dla specjalizujących się w chirurgii ogólnej, praca zbiorowa pod redakcją Jacka Szmidta i Jarosława Kuźdzała, wyd. II, Kraków 2010
2. Sabiston Chirurgia, praca zbiorowa pod redakcją Cortney M. Townsend, redakcja wydania polskiego Tadeusz Popiela, Wrocław 2010
3. Chirurgia Onkologiczna, praca zbiorowa pod redakcją Arkadiusz Jeziorski, wyd I, Warszawa 2018
4. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej
5. Normy żywienia dla populacji Polski 2017r. – opracowane przez Instytut Żywności i Żywienia im prof. dra med. Aleksandra Szczygła
6. Krajowy Rejestr Nowotworów www.onkologia.org.pl
7. Zarys ginekologii onkologicznej tom 1-2, pod red. J. Markowska, R. Mądry, Termedia Poznań 2015, wyd. 2.
8. Łukasz Wicherek, Z. Kojas, G. Bręborowicz „Ginekologia onkologiczna” wyd. PZWL, IV kwartał 2016
9. Leczenie chirurgiczne raka jajnika ESGO 2021r
10. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka jajnika 2021r
11. Rak jajnika – patobiologia, diagnostyka i przegląd współczesnych metod leczenia pod red. Gabriela Wcisło i Cezarego Szczylika
12. Albers P., Heidenreich A., Podstawowe operacje urologiczne, wyd. Czelej 2017
13. Chłosta P.L., Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, Warszawa 2017.
14. Drewna T., Juszcak K., Urologia ilustrowany Podręcznik dla studentów i stażystów, wyd. PZWL 2018
15. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021
16. Partin A. W., Dmochowski R. R., Kavoussi L.R., Wein A., Peters C. A., Campbell Walsh Wein Urology, 12th Edition, wyd. Elsevier 2020
17. Reynard J., Brewster S., Biers S., Oksfordzki podręcznik urologii, wyd. Czelej 2011
18. https://pl.wikipedia.org/wiki/Badanie_per_rectum
19. <https://docplayer.pl/105078522-Laparoskopowa-prostatektomia-radykalna-lpr.html>
20. UROLOGIA ONKOLOGICZNA UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY Ilustrowany materiał edukacyjny z możliwością rysowania na stronach, wyd. IPSEN