



CHORY UKŁAD POKARMOWY



➔ NOWE METODY
LECZENIA **RAKA**
JELITA GRUBEGO

➔ **BÓLE BRZUCHA.**
NIESTRAWNOŚĆ
CZY CHOROBA?

➔ CZYM JEST
CHOROBA
HEMOROIDALNA

WSZYSTKO ZACZYNA SIĘ OD BRZUCHA

Wstydzimy się rozmawiać o swoich dolegliwościach trawiennych, ale od tego, jak będzie się czuł nasz układ pokarmowy, zależy, jak będziemy się czuli my sami. Ile zachowamy życiowej energii, jak dobrze będziemy spać i myśleć.

MARGIT KOSSOBUDZKA



Wydawałoby się, że układ pokarmowy to dość prosta struktura. Rurka, żołądek, do tego wątroba i trzustka. To jednak bardzo skomplikowana maszyna, której zadanie nie polega tylko na trawieniu!

Owszem, układ pokarmowy odpowiada za odżywianie naszego ciała – to właśnie tutaj przyjmujemy, trawimy i wchłaniamy wszystkie składniki odżywcze z jedzenia. Ale to także jeden z najważniejszych elementów układu

odpornościowego. Tu bytuje dwie trzecie komórek układu odpornościowego odpowiedzialnych za obronę organizmu przed zarazkami w naszych jelitach! Mają one nieustanny kontakt z ogromną ilością różnych substancji znajdujących się w jedzeniu i środowisku. By zachować zdrowie, układ odpornościowy stara się utrzymać równowagę, zwalczając to, co nam zagraża, i jednocześnie tolerując to, co jest dla nas korzystne.

Ta delikatna równowaga jest obecnie mocno za-

chwiana. Żyjemy w środowisku coraz bardziej zanieczyszczonym, karmimy się przetworzoną żywnością, pracujemy i jemy w wiecznym pośpiechu, a stres bardzo źle wpływa na pracę układu pokarmowego. Do tego jesteśmy nieaktywni fizycznie. Cóż to ma do rzeczy? Bardzo wiele. Nasze jelita uwielbiają ruch, zdecydowanie lepiej i efektywniej potem pracują. Brak aktywności fizycznej jest m.in. jednym z powodów uporczywych zaparć.

Problem w tym, że składniki przetworzonej żywności i substancje z zanieczyszczonego środowiska wchodzą w reakcje z naturalnymi bakteriami zasiedlającymi nasze jelita, m.in. stymulując w ten sposób układ odpornościowy. To go utrzymuje w ciągłej gotowości do ataku i może się stać przyczyną przewlekłych procesów zapalnych.

Alergie, nietolerancje na pokarmy, choroby metaboliczne czy choroby zapalne jelit, jak chociażby choroba Leśniowskiego-Crohna, to schorzenia m.in. o podłożu immunologicznym. Lekarze obserwują narastanie każdego z tych schorzeń.

NIE BAGATELIZUJ KŁOPOTÓW Z BRZUCEM

Układ pokarmowy narażony jest także na działanie drobnoustrojów patogennych i rozwój chorób. Głównie tych związanych z dietą. Aż 75 proc. przyczyn różnych objawów ze strony układu pokarmowego jest wynikiem złej diety!

Wzdęcia, zgaga, zaparcia to codzienność większości ludzi. W Europie około 60

milionów osób ma kłopoty z układem trawiennym.

Słodzone napoje, chipsy, kiepskiej jakości dania z torebek, dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, zawierają związki, które sprzyjają obniżeniu napięcia w tzw. dolnym zwieraczu przełyku. To, co dostaje się do naszego żołądka, nie zostaje na swoim miejscu, tylko się cofa. Pojawia się choroba refluksowa, z którą walczymy, stosując nagminnie leki obniżające kwas solny w żołądku, szczególnie beztrasko podchodzimy także do niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Coraz częściej zdarzają się stany zapalne w układzie pokarmowym związane z nadużywaniem tych środków.

W ogóle zresztą mamy skłonność do „leczenia brzucha” na własną rękę. To może się sprawdzać w lekkiej niestrawności, ale zaszkodzić w sytuacji, gdy cierpiemy na poważniejszą chorobę układu pokarmowego, którą stosowane przez nas leki tylko maskują.

Objawy, które powinny zwrócić naszą uwagę to, m.in. te, które pojawiają się nagle, tzn. jeśli wystąpiła nagle zmiana rytmu wypróżnień, np. dotychczas mieliśmy problem z zaparciami, a teraz nękają nas luźne stolce, pojawiły się domieszki w stolcu (krew, śluz), gorączka lub stany podgorączkowe, których nie było wcześniej. Objawem niepokojącym jest też stałe wzdęcie, niezależne od jedzenia, któremu towarzyszy np. powiększanie się obwodu brzucha.

Dlatego mimo to tak niechętnie odwiedzamy lekarza?

Po pierwsze, w Polsce jest kłopot z dostępnością do gastrologa czy gastroenterologa – długie kolejki zniechęcają pacjentów. Pod drugie, zgaga, wzdęcia, nadmierne gazy i zaparcia to tematy wstydlive. Nikt nie ma ochoty na rozmowy o tym, że dokuczają mu uporczywe gazy lub że cierpi na biegunki na zmianę z zaparciami. Niechętnie mówimy o takich rzeczach lekarzom. Wolimy w domowym zaciszu wypróbować wszelkie dostępne metody.

Organizm ostrzega nas

**PRZED ZJEDZENIEM
NIEODPOWIEDNIH RZECZY. NA
PRZYKŁAD LUDZIE ZĘBY POTRAFIAJĄ
WYCZUĆ ZIARENKA PIASKU
O ŚREDNICY 10 MIKRONÓW!
JEŚLI W SAŁACIE ZNAJDUJĄ SIĘ
DROBINKI ZIEMI,
NATYCHMIAST
TO POCZUJEMY**

KLUCZOWA ROLA GRUCZOŁÓW

Elementem układu pokarmowego są także gruczoły, jak wątroba czy trzustka. Na temat wątroby krąży wiele mitów, zaś o trzustce w ogóle mało wiemy. I tak, nie jest prawdą, że wątroba boli. Wątroba sama w sobie nie boli, ponieważ nie jest unerwiona czuciowo. Dlatego zatem, gdy np. zjemy coś bardzo tłustego, odczuwamy ból umiejscowiony z prawej strony, pod żebrami? Boli nas wtedy mocno unerwiona otrzewna, która otacza wątrobę.

Kiedy narząd ten z jakiejś przyczyny się powiększy, zaczyna napierać na otrzewną, która podrażniana i rozciągana zaczyna boleć. Ból jest zatem następstwem napięcia otrzewnej i niewątpliwie sugeruje, że z wątrobą coś się dzieje.

Boleć sama z siebie może natomiast trzustka, która jest unerwiona przez włókna dochodzące do splotu trzewnego (słonecznego). Odczuwamy wtedy ból w nadbrzuszu, który możemy mylić z bólem wątroby. Ból trzustki może być bardzo silny!

Narząd ten znajduje się za żołądkiem i odpowiada za wytwarzanie enzymów trawiących białko oraz kolagen. Co bardzo ważne, w trzustce produkowana jest także insulina, która odpowiada za rozkład i transport glukozy!

Wątroba natomiast jest największym gruczołem ludzkiego organizmu – aktywnie wspiera procesy trawienne. Odpowiada przede wszystkim za produkcję żółci, która trawi tłuszcze. Pomaga też zamienić glukozę na glikogen i magazynuje nadmiar energii. Aminokwasy zamienia w kwasy tłuszczowe i moczynik. W wątrobie gromadzone są też niektóre witaminy i metabolizowany jest alkohol.

Gruczoły te są kluczowe dla pracy naszego układu pokarmowego i całego ciała. Musimy o nie dbać, tak samo jak troszczyć się o jelita czy żołądek, a także jamę ustną! To w niej rozpoczyna się proces trawienia, a ubytki w uzębieniu spowodowane chorobami przyzębia czy próchnicą zaburzają cały ten

➔ PODRÓŻ, KTÓRA TRWA 30 GODZIN

TO, CO ZJE ZDROWY CZŁOWIEK WĘDRUJE PRZEZ JEGO UKŁAD POKARMOWY OKOŁO 30 GODZIN.

Skąd to wiadomo? Okazuje się, że ziarna kukurydzy i orzeszki ziemne są wyjątkowo odporne na trawienie - przechodzą przez cały układ pokarmowy w niezmienionej postaci. Wykorzystuje się je zatem jako znaczniki w testach tranzytu jelitowego, czyli czasu, jaki upłynął między spożyciem pokarmu a wydalaniem resztek.

proces i mają wpływ nawet na oddalone od jamy ustnej narządy.

W ramach profilaktyki warto zatem regularnie odwiedzać dentystę, wykonywać przynajmniej raz w roku badanie USG jamy brzusznej. Pozwala to wykryć wiele nieprawidłowości układu pokarmowego. Raz do roku trzeba też „zajrzeć do krwi” – wykonać morfologię oraz badania poziomu enzymów wątrobowych, tzw. transaminaz.

Dodatkowo po 45. roku życia warto poddać się badaniu kolonoskopowemu, które pozwala wcześniej wykryć raka jelita grubego.

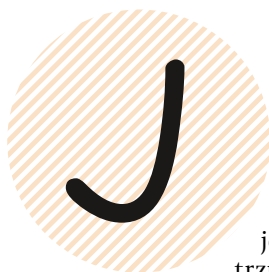
Od tego, jak będzie się czuł nasz układ pokarmowy, zależy bowiem, jak będziemy się czuli my sami. Ile zachowamy życiowej energii, jak dobrze będziemy spać i myśleć. Wszystko bowiem zaczyna się od brzucha.

DLACZEGO BOLI CIĘ brzuch



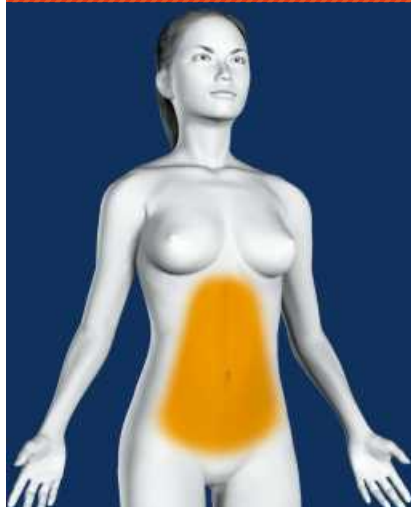
Każdego z nas od czasu do czasu boli brzuch - to jedna z najczęstszych dolegliwości, na jakie się skarżymy. **Co nas jednak dokładnie boli?**

WOJCIECH MOSKAL



Niestrawność, wrzody żołądka, nadwrażliwość jelit, zapalenie trzustki, a może wyrostek? Co nas może boleć w brzuchu i jak rozpoznać, czy tylko się przejedliśmy czy może cierpimy na poważną chorobę. Nie jest to wcale takie proste. Niekiedy to samo schorzenie u dwóch różnych pacjentów będzie dawać zupełnie różne grupy objawów. Każdy z nas też trochę inaczej odczuwa ból, jest na niego wrażliwy w innym stopniu, inaczej go opisuje. Niektórzy, np. osoby w starszym wieku, potrafią ze stoickim spokojem znosić ból, podczas gdy ktoś wiele lat młodszy wyolbrzymia swoje dolegliwości.

→ OSTRY BRZUCH. Do szpitala



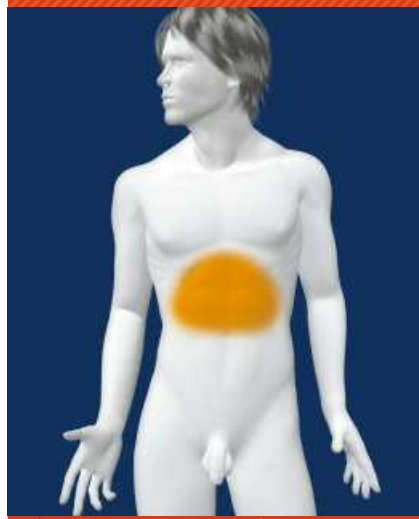
BÓL: MOŻE WYSTĄPIĆ PRAKTYCZNIE W KAŻDYM MIEJSCU JAMY BRZUSZNEJ

Ostre bóle brzucha, czyli tzw. ostry brzuch, to nagłe stany, które prawie zawsze wymagają interwencji chirurga. To objawy takich ciężkich chorób, jak zapalenie wyrostka robaczkowego, niedrożność jelit czy perforacja żołądka na skutek choroby wrzodowej. Dobrym wskaźnikiem różnicującym jest spojrzenie na dynamikę choroby. - W ostrych chorobach, niedrożności czy wyrostku, dolegliwości narastają z godziny na godzinę. Nie ma okresów poprawy charakterystycznych dla większości chorób przewlekłych. Jeżeli następuje ostre powikłanie, to niemal z każdą godziną może być gorzej, a na pewno z każdym dniem - tłumaczy dr n. med. Tadeusz Tacikowski, gastroenterolog. Jeżeli więc chory ma dolegliwości od kilku miesięcy i raz go boli, raz nie boli,

to z góry można powiedzieć, że to nie może być ostra choroba i jej podłożem jest jakiś przewlekły problem, np. zespół jelita drażliwego. Na to przewlekłe schorzenie oczywiście może się w pewnym momencie nałożyć dodatkowo np. ostre zapalenie wyrostka (ból występuje wtedy z reguły w podbrzuszu, po stronie prawej, w tzw. prawym dolnym kwadrancie), przy którym chory czuje się gorzej z dnia na dzień. Ból jest wtedy z reguły bardzo silny, może dojść do zatrzymania stolca i gazów oraz do wymiotów. Ale najbardziej typową rzeczą jest wspomniany szybki postęp choroby. Dochodzi do niego poczucie lęku i zagrożenia. W takich sytuacjach nie ma co czekać, tylko trzeba od razu jechać do szpitala, gdyż może być niezbędna interwencja chirurga.

Charakterystyczne okazuje się to, że chory odczuwa znacznie większy ból nie wtedy, gdy uciskamy brzuch, ale w momencie, gdy odrywamy od niego palce – to klasyczny w chirurgii objaw Blumberga. Brzuch może być też bardzo twardy, fachowo mówi się „deskowaty”. Ból jest tak silny, że żaden człowiek nie jest w stanie go zignorować i przeczekać.

➔ OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI. Nie myśl o lewej stronie



BÓL: NAD PĘPKIEM, W ŚRODKOWEJ CZĘŚCI JAMY BRZUSZNEJ

To choroba, która najczęściej powoduje wyjątkowo silne bóle brzucha. Szacuje się, że w ciągu roku zapada na nią od

kilkunastu do kilkudziesięciu osób na każde 100 tys. mieszkańców. W ok. 80 proc. przypadków choroba jest następstwem kamicy żółciowej lub konsekwencją nadużywania alkoholu. Inne przyczyny zachorowań na ostre zapalenie trzustki to stosowanie niektórych leków, urazy, hiperlipidemia i wrodzone wady trzustki. W ostrym zapaleniu trzustki bóle są z reguły zlokalizowane w środkowej części jamy brzusznej, w nadbrzuszu nad pępkiem – wbrew temu, co sądzi wielu pacjentów trzustka rzadko daje bóle po lewej stronie jamy brzusznej – mówi dr Tacikowski. Bóle te często mogą przypominać te w chorobie wrzodowej. Z reguły jednak są one tak silne, że chory szybko decyduje się pojechać na ostry dyżur. – Rozpoznanie jest względnie proste. Wykonuje się jedno podstawowe badanie – oznaczenie stężenia amylazy w surowicy krwi oraz w moczu i w większości przypadków pozwala to na postawienie diagnozy – mówi dr Tacikowski.

Przy ostrym zapaleniu trzustki leczenie jest bardzo zróżnicowane, gdyż choroba ta ma właśnie taki – różnorodny i nieprzewidywalny – przebieg.

– Może dać ostre powikłania we wczesnej fazie, czyli niewydolność wielonarządową, spadek ciśnienia, zaburzenia oddychania, bardzo silne bóle, wstrząs czy martwicę tkanek. Wtedy mamy już stan bezpośredniego zagrożenia życia i chory musi bezzwłocznie trafić na oddział intensywnej opieki medycznej. To są sytuacje związane z wysoką śmiertelnością, wymagające często nie jednej, ale kilku operacji – mówi dr Tacikowski.

Często jednak przebieg ostrego zapalenia trzustki może być zdecydowanie łagodniejszy. – Chory jest przyjmowany na zwykły oddział, wykonuje mu się odpowiednią diagnostykę (w której z reguły stwierdza się powiększenie trzustki), zaleca dietę kleikową, uzupełnianie płynów i po około tygodniu – gdy ustępują dolegliwości bólowe (z reguły też o wyraźnie mniejszym nasileniu) – wypisujemy go do domu – wyjaśnia dr Tacikowski.

UWAGA! Jest też przewlekłe zapalenie trzustki



dr. n. med.

TADEUSZ TACIKOWSKI

gastroenterolog

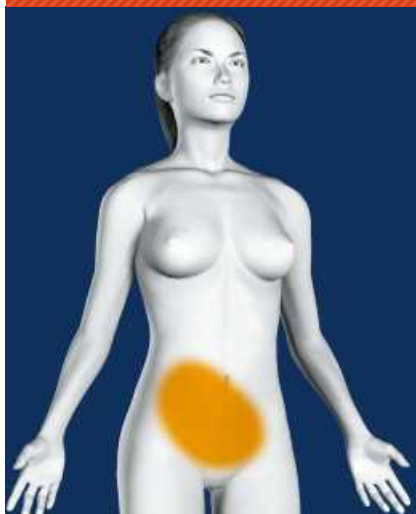
pracuje w Grupie LUX MED

Przy przewlekłym zapaleniu trzustki sprawa może być trochę bardziej skomplikowana. Pacjent odczuwa wyraźne okresy poprawy i pogorszenia swojego stanu. Zdecydowanie najczęstszą przyczyną przewlekłego zapalenia trzustki jest nadużywanie alkoholu przez długi czas (chorobie sprzyja też nałogowe palenie papierosów).

– Przewlekłe zapalenie trzustki to generalnie choroba rzadka. Objawy najczęściej wyglądają w ten sposób, że chory zje jakiś obfity posiłek z dużą ilością białka, niekoniecznie nawet z alkoholem, i pojawiają się silne bóle w tych samych okolicach co przy ostrym zapaleniu. Pacjent z reguły sam przechodzi wtedy na jakąś skąpą dietę, np. kleikową, lub też w ogóle zaordynuje sobie głodówkę przez kilka dni, i to wystarcza, żeby bóle ustąpiły. Przewlekłe zapalenie trzustki możemy potwierdzić za pomocą badań obrazowych. Wykonuje się USG lub tomografię komputerową, dzięki którym widać zwapnienia w trzustce oraz poszerzenie przewodu Wirsunga, czyli przewodu trzustkowego. Użytecznym testem jest też oznaczenie elastazy-1 w kale. To umożliwia już postawienie diagnozy. Rzadziej przydatne jest oznaczenie amylazy w surowicy czy moczu – mówi dr Tacikowski.

Podstawową metodą leczenia przewlekłego zapalenia trzustki jest wyeliminowanie czynników ją powodujących, czyli w tym przypadku całkowite odstawienie alkoholu. Niekiedy zaleca się również przejście na odpowiednią, ustaloną przez lekarza dietę (mniejsza zawartość tłuszczu, częste, ale mniejsze posiłki, unikanie potraw smażonych). Ciężkie przypadki wymagają leczenia operacyjnego lub endoskopowego.

→ **KOBIECE (I NIE TYLKO) SPRAWY.** Można pomylić z wyrostkiem



BÓL: W PODBRZUSZU

Narządy rodne często dają bóle zlokalizowane w dole brzucha. – W wielu chorobach to jest wręcz rutynowe różnicowanie tego, czy chora ma zapalenie wyrostka robaczkowego czy zapalenie przydatków. To jest kanon diagnostyczny, choć powiedzieć trzeba, że to różnicowanie wcale nie jest proste, nawet po konsultacji ginekologicznej. Podobnie ma się zresztą sytuacja z zapaleniem pęcherza, które często dotyka kobiety. Żeby to różnicować, robimy badanie ogólne moczu, chociaż tu występuje jednak trochę inna, bardziej typowa symptomatologia – częste chodzenie do toalety i ból przy oddawaniu moczu. Ale bóle w dole brzucha też oczywiście mogą się pojawiać – mówi dr Tacikowski.

Ból w podbrzuszu może też dawać endometrioza, torbiele jajnika czy skręt jąder.

→ **REFLUKS I ZGAGA.** Kłopoty z cofaniem

Zgaga to palenie, pieczenie w przełyku lub w klatce piersiowej związane z przesuwaniem się treści żołądkowej w przełyku.

Zgaga jest objawem choroby refluksowej. Refluks do pewnego stopnia jest zjawiskiem fizjologicznym – każdemu okresowo może się cofać treść żołądkowa. Chorobą staje się wtedy, gdy jego

nasilenie jest zbyt częste i pojawiają się kłopotliwe objawy i/lub towarzyszące temu zapalenie.

Zgaga może występować w raku przełyku albo innych stanach związanych ze złą perystaltyką i złym opróżnianiem przełyku, a również szczególnej postaci choroby refluksowej – przełyku Barretta.

Trzeba pamiętać, że refluks to nie tylko ból i pieczenie. Lekarze często mówią np. o masce laryngologicznej refluksu. To może być chrypka, chrząkanie, kaszel, ból gardła, pieczenie języka lub drapanie w uszach. Ale też wczesna próchnica, wybudzanie się nad ranem czy ból w klatce piersiowej. Dlaczego choroba refluksowa jest coraz bardziej powszechna?

Jemy fatalnie: wysoko przetworzoną żywność, pokarmy gazotwórcze, gazowane napoje, u niektórych pacjentów również mleko może nasilać objawy refluksu. Poza tym przyjmujemy coraz więcej leków – przeciwzapalnych, przeciwbólowych – często zupełnie niepotrzebnie.

Kluczową rolę w przypadku refluksu odgrywa wstępujący żołądek. To anatomiczna struktura, miejsce, gdzie kończy się przełyk, a zaczyna żołądek. Znajduje się tam pewien fragment nazywany linią Z – tu łączy się przełykowy nabłonek wielowarstwowy z żołądkowym nabłonkiem gruczołowym.

Nad linią Z jest przestrzeń zwana dolnym zwieraczem przełyku. Nie jest to mięsień sensu stricto, ale przestrzeń, gdzie



**BÓL: ZA MOSTKIEM W KLATCE
PIERSIOWEJ, POŚRODKU GÓRNEJ
CZĘŚCI BRZUCHA**

panuje większe ciśnienie. Gdy połykamy pokarm, zwieracz się rozkurcza, a potem powraca do swojego normalnego stanu. Na to, by utrzymywał właściwe ciśnienie chroniące przed częstym zarzucaniem treści, wpływa wiele czynników, np. nasza waga (nadwaga i otyłość to czynniki ryzyka choroby refluksowej).

Poza tym niektóre leki – przeciwzapalne, np. aspiryna, przeciwcukrzycowe, środki obniżające ciśnienie, niektóre antydepresanty czy inne leki psychotropowe – mogą wywierać niekorzystny wpływ na działanie dolnego zwieracza przełyku.

Również palenie papierosów i alkohol zdecydowanie nasilają refluks. Często wywołuje go piwo, bo nie dość, że to alkohol, to jeszcze gazowany. Oczywiście, jeżeli ktoś ma zgagę raz czy dwa razy na tydzień, nie ma wielkich powodów do obaw. Chyba że dołączają do tego inne objawy: ktoś w ostatnim czasie mocno schudł bez wyraźnej przyczyny, brak mu apetytu, ma niedokrwistość. Tych objawów nie można lekceważyć. Jeśli zgaga pojawia się w nocy i jest powodem wybudzania się ze snu, kiedy towarzyszą jej chrypka, kaszel, chrząkanie, ból w klatce piersiowej, smolisty stolec lub krew w stolcu, trudności bądź ból w połykaniu, wtedy koniecznie trzeba się skonsultować z lekarzem, który najpewniej skieruje nas na gastroskopię. W przeszłości lekarz z reguły zalecał któryś z dostępnych bez recepty środków alkaliczujących. To leki bezpieczne, działające miejscowo, ale dość słabe. Żeby dały pożądaną efekt przy nasilonych objawach, trzeba by je zażywać np. sześć razy dziennie między posiłkami, co dwie-trzy godziny.

Druga grupa leków to znane od dawna i też sprzedawane bez recepty blokery receptorów histaminowych zmniejszające wydzielanie soku żołądkowego. Zdecydowanie najskuteczniejsze są przepisywane na receptę (a również bez recepty w mniejszych dawkach) blokery pompy protonowej. – Ja stosuję taką metodę, że ustalam najmniejsze dawki leków, które wystarczają do tego, żeby chory nie miał refluksu. Czyli jeżeli komuś wystarczają raz na jakiś czas alkalia, to wspaniale, nic lepszego tego pacjenta nie mogło spotkać. Innym chorym wystarcza tylko dieta, ograniczenie kawy, tłustych, smażonych potraw, słodczy, ostrych przypraw, soków

itp. Większość chorych wymaga jednak inhibitora pompy protonowej - mówi dr Tacikowski.

Dieta, to co pomaga, a co szkodzi na refluks, jest jednak sprawą bardzo indywidualną. Dobrym przykładem jest reakcja na mleko, kawę czy owoce. Niektórzy eksperci mówią, że kawa pobudza perystaltykę przewodu pokarmowego, pomaga szybciej opróżnić żołądek i dzięki temu łagodzi refluks, u innych pacjentów kawa może nasilać refluks. Z kolei mleko może objawy refluksu nasilać.

- Są pacjenci, którym mleko nasila dolegliwości, ale są też tacy u których nie obserwujemy takiego efektu. Podobnie jest np. z owocami - są chorzy, którym surowe owoce wzmagają ból. Tutaj moim zdaniem najlepiej poobserwować przez dłuższy czas, co nasila, a co łagodzi objawy. Miałem pacjentów, którym po odstawieniu kawy całkowicie ustępował refluks, a także takich, u których ten czynnik miał niewielkie znaczenie - mówi dr Tacikowski.

Istotna jest też pora odżywiania. Dla jednego pacjenta będzie bardzo ważne to, żeby 4-6 godzin przed pójściem spać nic nie jeść. W ciągu dnia taka osoba może jeść wszystko, ważna jest tylko kolacja i to, żeby była wcześniej i bardzo skromna, np. tylko zupa. I wtedy noc jest w porządku. A jak taki pacjent zje późno tłuste rzeczy, np. żółty ser lub mięso, czy wypije czerwone wino, to ma refluks nocny, boli go, budzi się itd. Ale dla kogoś innego ten aspekt nie ma znaczenia, bo refluks występuje u niego w ciągu dnia - dla niego jest ważniejsze, żeby unikać pewnych pokarmów na śniadanie czy obiad.

UWAGA! Refluks można pomylić z zawałem

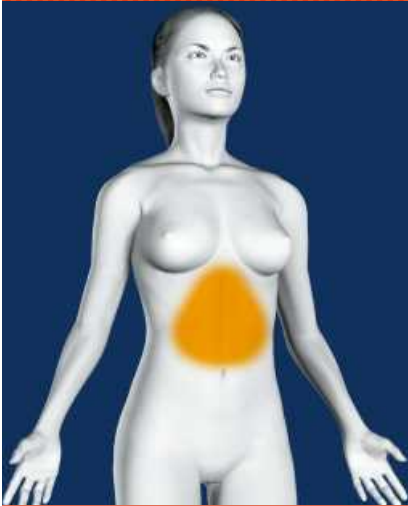
Choroby przewodu pokarmowego mogą powodować silny ból poza brzuchem. Klasyczny jest ból w klatce piersiowej powodowany przez refluks.

- To bardzo ważny problem, bo chorzy, którzy mają bóle w klatce piersiowej, prawie zawsze myślą, że to są sprawy kardiologiczne. A bóle te - w klatce piersiowej w dołeczku podsercowym - mogą nierzadko być tak bardzo silne, że chory jest przekonany, iż ma zawał - mówi dr Tacikowski. - To jest często problem pa-

cjentów, u których rozpoznano już chorobę wieńcową, a którzy mają jednocześnie refluks i związane z nim bóle. W rezultacie można tu zrobić dwa rodzaje pomyłek. Z jednej strony chory jednak może mieć zawał, a będzie uważał, że to refluks. I odwrotnie: zdenerwowany jedzie do szpitala, a to jest refluks.

Sytuację utrudnia to, że diagnostyka refluksu wcale nie jest łatwa. - Wielu pacjentów myśli, że jak zrobią gastroscopię, to sprawa jest rozstrzygnięta - mam refluks albo go nie mam. Tymczasem większość chorych z refluksiem ma prawidłowy obraz przełyku w gastroscopii. Gastroscopia nigdy nie jest w stanie wykluczyć refluksu, może go jedynie potwierdzić, jeżeli stwierdzi nadżerki czy zmiany zapalne w dolnej części przełyku. Dobrą w związku z tym metodą diagnostyczną okazuje się próbne leczenie. Chory ma jakieś dolegliwości w klatce piersiowej, ucisk w gardle czy też bóle w klatce piersiowej? Poddajemy go więc leczeniu antyrefluksowemu (czyli inhibitorem pompy protonowej) i jeżeli w trakcie tego leczenia objawy ustąpiły, to znaczy, że były związane z refluksiem. Jeżeli nie ustąpiły, to trzeba szukać innych przyczyn - mówi dr Tacikowski. W różnicowaniu użyteczne jest badanie przełyku metodą impedancji.

➔ **WRZODY ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY. Ostrożnie z lekami**



BÓL: W GÓRNEJ CZĘŚCI BRZUCHA, MOŻE NIEKIEDY WYBUDZAĆ W NOCY ZE SNU

Objawem choroby wrzodowej jest zazwyczaj ból. Mogą to też być: zgaga, uczucie pełnego brzucha czy wzdęcia. Kiedyś mówiło się, że chorobę wrzodową można rozpoznać przez telefon, tak charakterystyczne były objawy: ból w brzuchu, wyraźnie zlokalizowany - określane nawet jako ból, który można przykryć opuszką palca - nasilający się jesienią i wiosną. Gdy bolało na czczo - wrzód dwunastnicy, gdy po jedzeniu - wrzód żołądka.

Charakterystyczny okazywał się też wygląd chorych. Pacjent z wrzodem dwunastnicy był dobrze odżywiony, bo gdy zaczął jeść, to ból ustępował, dlatego jadał częściej i więcej. Pacjent z wrzodem żołądka był wychudzony, bo jego bolało właśnie po jedzeniu, więc go unikał.

Jednak ten klasyczny obraz bólów wrzodowych powoli zanika.

Wynika to z tego, że skutecznie wyniszczamy bakterię *Helicobacter pylori*, a więc główny czynnik wrzodotwórczy. Pojawił się za to inny problem - wrzody polekowe spowodowane nadużywaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych uszkadzających śluzówkę przewodu pokarmowego (Polacy łykają rocznie 500 mln leków przeciwbólowych bez recepty, w Europie pod tym względem wyprzedzają nas tylko Francuzi).

- Gdy zaczynałem jako młody doktor robić gastroscopię, to każdego dnia stwierdzałem trzy-cztery przypadki wrzodów żołądka czy dwunastnicy. Teraz mam maksymalnie jeden przypadek na 2-3 miesiące - mówi dr Tacikowski.

Przebieg choroby wrzodowej, dolegliwości bólowe jej towarzyszące, podobnie jak w przypadku np. refluksu czy jelita drażliwego, są bardzo indywidualne. Weźmy na przykład klasyczny opis, w myśl którego wrzody żołądka bolą po posiłku, a dwunastnicy - na czczo.

- U niektórych chorych można rzeczywiście zauważyć taką zależność, ale u innych wrzody żołądka czy dwunastnicy prawie w ogóle nie różnią się objawami. Jest też wiele przypadków wrzodów, które nie dają prawie żadnych objawów. Albo np. pacjent ma tylko objawy refluksu. Robimy wtedy gastroscopię ze względu na ten refluks i ze zdziwieniem stwierdzamy, że jest wrzód.

➔ CHORY UKŁAD POKARMOWY

Typowe dla wrzodu okazuje się to, że są to bóle właściwie stałe, pacjent ma codziennie ból w nadbrzuszu praktycznie przez całą dobę lub z drobnymi przerwami. Nie będzie tak, że kogoś poboli pół godziny, przejdzie i na dwa tygodnie będzie miał spokój. Nie, to raczej boli codziennie, przez np. 3-4 tygodnie, a później bóle stopniowo ustępują.

Ułatwia to zresztą diagnostykę. Jeżeli ktoś mówi, że boli go prawie cały dzień, a zjedzenie pokarmu pomaga, to raczej możemy podejrzewać wrzody. Przy refluksie jest odwrotnie – zjedzenie posiłku w większości przypadków pogarsza sytuację, chociaż są pacjenci, którzy dobrze reagują na jedzenie, bo u nich pokarm zobojętnia kwas w żołądku i zapobiega refluksowi – mówi dr Tacikowski.

Podstawowa metoda leczenia wrzodów to zażywanie inhibitorów pompy protonowej. Jeżeli jest zakażenie *Helicobacter pylori*, terapia ta musi być stosowana równolegle z antybiotykami, bo tylko wtedy jest szansa na pozbycie się zakażenia tą bakterią. Stosuje się różne układy, najczęściej dwa antybiotyki, choć można i trzy.

W przypadku wrzodów polekowych lekarze są w gorszej sytuacji, gdyż teoretycznie powinni zalecić odstawienie tych leków. Często problem dotyczy jednak np. osób ze schorzeniami reumatycznymi, cierpiącymi z powodów silnych bólów, w przypadku których odstawienie leków praktycznie by je unieruchomiło. Lekarze proponują więc najpierw zmniejszenie dawki, często przepisując równocześnie – do stałego zażywania – inhibitory pompy protonowej, by zmniejszyć wydzielanie kwasu żołądkowego.

Operacje z powodu wrzodów (w ich trakcie np. wycinano część żołądka, robiono wagotomię – przecięcie nerwu błędnego w celu zmniejszenia wydzielania kwasów) wykonywane są dziś wyjątkowo, głównie w leczeniu takich ostrych powikłań, jak perforacja wrzodu, tj. przedziurawienie ściany żołądka.

– Dawniej gojące się wrzody niekiedy wytwarzały blizny, co mogło prowadzić do zamknięcia odźwiernika, czyli miejsca, gdzie treść pokarmowa przechodzi z żołądka do dwunastnicy. Jeżeli na skutek tych blizn pokarm nie przechodził, chory silnie wymiotował i groziła mu śmierć gło-

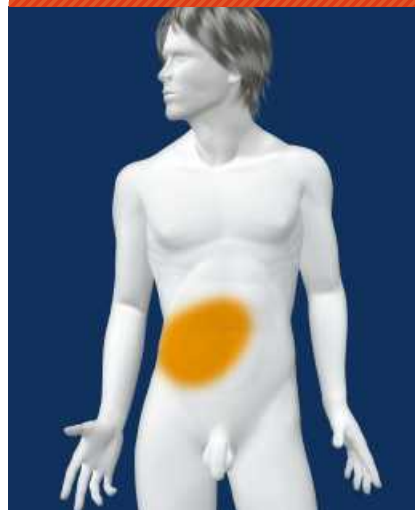
dowa, gdyby go nie zoperowano. W związku z tym konieczne było leczenie operacyjne. To są już historyczne sytuacje, dziś nie dopuszczamy do tak drastycznych powikłań – mówi dr Tacikowski.

? CZY MLEKO ZWALCZA BÓL?

TO JEDNA Z NAJSTARSZYCH METOD Z „DOMOWEJ APTECZKI” STOSOWANA W PRZYPADKU BÓLÓW WRZODOWYCH CZY REFLUKSOWYCH. NIE JEST TO JEDNAK METODA SKUTECZNA U WSZYSTKICH PACJENTÓW, U NIEKTÓRYCH PICIE MLEKA MOŻE WRĘCZ NASILAĆ NIEKORZYSTNE OBJAWY.

Mamy dwa główne czynniki wrzodotwórcze – *Helicobacter pylori* i niesterydowe leki przeciwzapalne, które stosujemy najczęściej z powodu jakichś zmian w układzie kostno-stawowym. Dieta generalnie nie ma tutaj żadnego znaczenia. Chyba że ktoś mówi, iż jakiś rodzaj pokarmu ewidentnie nasila mu bóle, to wtedy oczywiście jest logiczne, żeby tego nie jadł. Ale to przebiega trochę niezależnie od wrzodów, bo to samo mówimy pacjentom, którzy tych wrzodów na pewno nie mają. Jeżeli coś komuś szkodzi, źle się po tym czuje, nie powinien tego jeść. I to dotyczy też mleka – mówi dr Tacikowski. Raczej nie ma dziś specjalnej diety wrzodowej. Przed odkryciem *Helicobacter pylori* szukano różnych przyczyn wrzodów i zastanawiano się, co może je powodować. Szukano też – trochę na ślepo – różnych metod terapii. – Nie wiedziano, jak to leczyć, nie było dobrych leków, no to może dieta mleczna pomoże. To trochę jak z gruźlicą. Jak nie znano leków przeciwprątkowych, to leczono gruźlicę w sanatoriach, gdzie chory wypoczywał, regularnie się odżywił, często czuł się o wiele lepiej i nierzadko był w stanie zwalczyć zakażenie. Bo stan psychiczny, wypoczynek, nastawienie, wiara w skuteczność terapii pomagają w prawie każdej chorobie – mówi dr Tacikowski.

➔ WĄTROBA. Boli czy nie boli?



BÓL: MOŻE SIĘ NIEKIEDY POJAWIAĆ W GÓRNEJ CZĘŚCI BRZUCHA PO PRAWEJ STRONIE, CHOĆ BARDZIEJ JAKO UCZUCIE DYSKOMFORTU NIŻ KLASYCZNY BÓL

Panuje powszechna opinia, że wątroba nie boli. I to prawda, gdyż sam mięsz wątrobowy jest nieunerwiony. Unerwiona jest tylko jej torebka, więc teoretycznie wątroba mogłaby powodować jakiś ból czy dyskomfort w momencie szybkiego powiększania się, ale w większości przypadków tak się nie dzieje. Brak objawów bólowych nie jest zresztą dla nas do końca korzystny. Większość chorób wątroby przebiega latami i w związku z tym, że wątroba nie boli, również przez te długie lata nie daje żadnych objawów. A mówimy tu o takich naprawdę groźnych chorobach, jak np. wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C.

Objawy chorób wątroby pojawiają się z reguły w późnych fazach, gdy rozwinęła się już marskość lub rak, a sam narząd zmienił swoją strukturę i uległ dużemu powiększeniu.

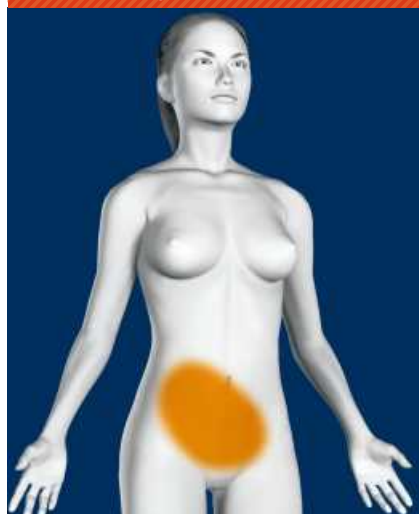
– To oczywiście wieloletnie procesy. Jeżeli więc ktoś ma bóle po prawej stronie jamy brzusznej pod żebrami, to raczej z góry można powiedzieć, że to nie jest wątroba – wbrew temu, co sam pacjent myśli najczęściej. O wiele większe jest prawdopodobieństwo, że ból w tej lokalizacji pochodzi od jelita lub nawet promieniuje wzdłuż żeber od żołądka – mówi dr Tacikowski.

UWAGA na pęcherzyk!

W odróżnieniu od chorób wątroby choroby pęcherzyka żółciowego, w tym przede wszystkim kamica, dają szybkie i wyraziste objawy.

Są to z reguły ostre, napadowe bóle trwające relatywnie krótko – dwie-trzy godziny. Pojawiają się w górnej części jamy brzusznej po prawej stronie. Są one na tyle silne, że wymagają zgłoszenia się do SOR lub izby przyjęć szpitala.

➔ JELITO DRAŻLIWE. Coraz częstsze



BÓL: NAJCZĘŚCIEJ W DOLNEJ CZĘŚCI BRZUCHA, CHOĆ ZARÓWNO LOKALIZACJA, JAK I NASILENIE MOGĄ SIĘ BARDZO RÓŻNIĆ U POSZCZEGÓLNYCH CHORYCH

Szacuje się, że problem jelita drażliwego dotyka co piątego mieszkańca krajów wysokorozwiniętych. To przyczyna niemal co drugiej konsultacji u gastrologa, a także druga – po przeziębieniu – przyczyna nieobecności w pracy.

Zespół jelita drażliwego to choroba, która charakteryzuje się bólami brzucha i towarzyszącymi im zaburzeniami wypróżniania, jeśli chodzi o częstotliwość oddawania i zmianę konsystencji stolca.

Ta ogólna i objawowa definicja powoduje pewne problemy z rozpoznaniem i sklasyfikowaniem pacjentów. Ktoś przecież chodzi do toalety trzy razy dziennie, a ktoś inny raz na dwa dni i wcale nie świadczy to o tym, że ta pierwsza osoba ma zespół jelita drażliwego. To klasyczny przypadek schorzenia, którego przebieg jest bardzo indywidualny.

? CZY TO JUŻ JELITO DRAŻLIWE?

TAK NAPRAWDĘ ROZSTRZYGA O TYM SAMOPOCZUCIE PACJENTA. JEŻELI KTOŚ MÓWI, ŻE SIĘ WYPRÓŻNIA RAZ NA TYDZIEŃ I TO MU W NICZYM NIE PRZESZKADZA, NIE MA PODSTAW, BY GO LECZYĆ NA SIŁĘ. ALE SĄ TEŻ PACJENCI, KTÓRZY WYPRÓŻNIAJĄ SIĘ TRZY-CZTERY RAZY DZIENNIE I TEŻ NIE DAJE TO DODATKOWYCH OBJAWÓW CZY DOLEGLIWOŚCI.

Są również oczywiście objawy ewidentnie alarmujące: krwawienie, chudnięcie, niewyjaśnione gorączki lub niedokrwistość. Dodatkowej uwagi wymagają osoby powyżej 50. roku życia, a również osoby z wywiadem rodzinnym w kierunku raka jelita grubego. Takim pacjentem zawsze trzeba się zająć i najczęściej wykonać kolonoskopię.

W Europie i USA częściej na jelito drażliwe skarżą się kobiety (częściej też mają zaparcia). Choroba pojawia się w bardzo różnym wieku, choć raczej uznaje się, że wśród starszych osób może pojawiać się częściej. – Ale mamy też bardzo dużo młodych ludzi z biegunkami, zaparciami czy bólami. Zespół jelita drażliwego to odwrotność np. problemów nowotworowych, które nawet w średnio zaawansowanej fazie mogą dawać minimalne dolegliwości. Chory z zespołem jelita drażliwego chodzi często od lekarza do lekarza, szuka pomocy – mówi dr Tacikowski.

W rozwoju jelita drażliwego rolę odgrywać może wiele różnych czynników, np. stres czy nieprawidłowa mikrobiota jelitowa (tj. nieprawidłowy skład drobnoustrojów w obrębie jelita). – Potwierdzają to obserwacje. Stosujemy leczenie przeciwbakteryjne, dajemy probiotyki, wprowadzamy odpowiednią dietę i pacjent nagle zdrowieje – mówi dr Tacikowski.

Różny przebieg choroby sprawia, że trudno jest podać jednoznaczne schematy leczenia. Lekarz dostosowuje się tu do poszczególnych pacjentów. – Jeżeli ktoś ma zaparcia, to zwalczamy zaparcia, jeżeli ma biegunki, to zwalczamy biegunki. I to w miarę umiemy zrobić. Bardzo dużym problemem są wzdę-

cia – prawie wszyscy pacjenci je mają. To są trzy podstawowe objawy – mówi dr Tacikowski.

W ostatnim czasie coraz większą wagę przykładają do wzdęć. – To kluczowa sprawa. Jeżeli jelito jest bardzo rozdęte, to bardzo boli. A jeżeli jest rozdęte, to znaczy, że znajduje się w nim za dużo gazów, czyli pacjent ma za dużo bakterii w jelicie. Możemy to korygować przez stosowanie leków przeciwbakteryjnych, które się nie wchłaniają z jelit, ale zmniejszą poziom bakterii. Możemy też dostarczać pacjentowi dobre bakterie. Trzecim etapem jest odpowiednia niskowzdęciowa dieta z mniejszą zawartością fruktozy, fruktanów i laktozy, czyli związków fermentujących powodujących gazy – mówi dr Tacikowski.

Składnikami takiej diety są np. chude mięso (wołowe lub drobiowe), jajka, banany, grejpfruty, kiwi, cytryna, ananasy, pomarańcze, ogórki, pomidory, ziemniaki, marchewka – to wszystko zmniejsza skłonność do wzdęć. Unikamy za to: jabłek, gruszek, sliwek, pestek, ziaren i suszonych owoców.

Do tego wszystkiego lekarz najczęściej dołącza probiotyki i leki przeciwbakteryjne.

Jednym z najpiękniejszych opisów zespołu jelita nadwrażliwego jest postać pani Emilii z „Nad Niemnem” Elizy Orzeszkowej. Osobowość lekko histeryczna, bolący brzuch, wiecznie duszący globus.

➔ NIESWOISTE JELITA. Dwie trudne choroby

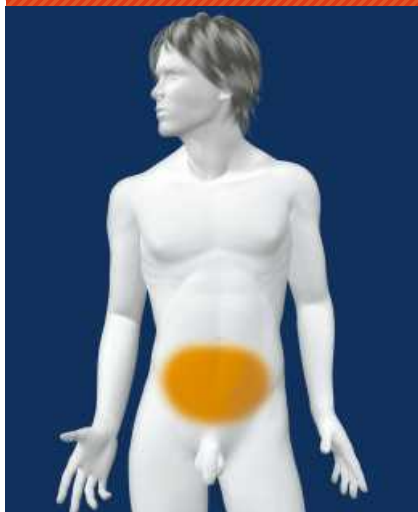
Najczęściej mamy dziś do czynienia z dwoma typami nieswoistych zapaleń, czyli z chorobą Leśniowskiego-Crohna i z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. I są to bardzo istotne jednostki chorobowe dla gastrologów, między innymi dlatego, że jest ich coraz więcej.

– To są dwie choroby w pewnym sensie podobne, ale jednak różniące się od siebie. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego to choroba tylko jelita grubego, jak sama nazwa zresztą wskazuje. Natomiast choroba Leśniowskiego-Crohna może zajmować każdy odcinek przewodu pokarmowego – od jamy ustnej do odbytu – i w związku z tym będzie też dawała inne objawy. Jeżeli choroba Leśniowskiego-Crohna zaj-

→ CHORY UKŁAD POKARMOWY

mie jelito grube, to będzie dawała objawy – w większości przypadków - podobne do wrzodziejącego zapalenia – tłumaczy dr Tacikowski.

→ WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO



BÓL: CZĘŚCIEJ BĘDZIE TO RACZEJ POCZUCIE DYSKOMFORTU, CHOĆ BÓL TEŻ MOŻE SIĘ POJAWIAĆ. JEŻELI TAK, TO Z REGUŁY MA TO MIEJSCE W PODBRZUSZU Z TOWARZYSZĄCYM PARCIEM NA STOLEC

Najczęstszym objawem wrzodziejącego zapalenia jelit jest krwista biegunka.

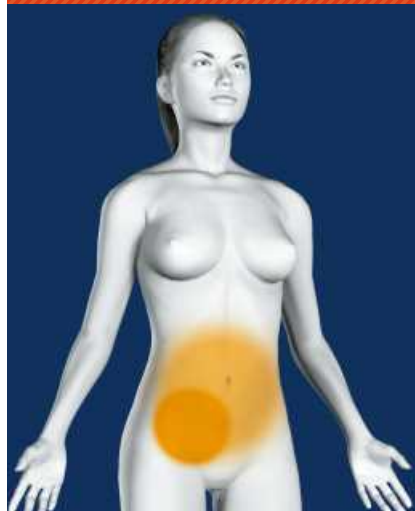
– Istotne jest to, że krew jest przemieszana z luźnym stolcem, wodnistym, papkowatym. Natomiast nie należy tego mylić z sytuacją, kiedy krew powleka na zewnątrz stolec. To jest typowe dla hemoroidów – tłumaczy dr Tacikowski.

Jeżeli jest krew w stolcu, to każdy pacjent powinien się zgłosić do szpitala i mieć przeprowadzoną kolonoskopię. To absolutnie konieczne, gdyż wielokrotnie rozpoznawałem przypadki raka jelita u pacjenta, u którego krwawienie wystąpiło pierwszy raz w życiu. Przyszłedł, zrobiliśmy kolonoskopię i był rak. Dlatego nie wolno w żaden sposób tego zlekceważyć – ostrzega dr Tacikowski.

W ostatnich latach wyniki kilku badań naukowych pokazały, że skuteczne w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita mogą być przeszczepy bakterii kałowych. W ciężkich zapaleniach jelita stosuje się również leczenie biologiczne, co zrewolu-

cjonizowało leczenie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

→ CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA



BÓL: OKRESOWY, NAJCZĘŚCIEJ W OKOLICY PRAWEGO PODBRZUSZA, CHOĆ MOŻE SIĘ POJAWIAĆ W KAŻDYM MIEJSCU PRZEWODU POKARMOWEGO

Inne objawy choroby Leśniowskiego-Crohna, czyli nieswoistego zapalenia jelit, to: biegunka, gorączka i wyczuwalny w jamie brzusznej guz. Problem w tym, że tu również przebieg schorzenia może bardzo odbiegać od podreżnikowego. Czasami jest to tylko ból, czasami tylko biegunka z gorączką lub bez. Poza tym sam ból jest mało charakterystyczny – może się pojawiać w różnych miejscach jamy brzusznej, przed jedzeniem, po jedzeniu itp.

Wszystko to sprawia, że chorobę tę – a pamiętajmy, że co czwarty jej przypadek dotyczy osoby poniżej 16. roku życia – bardzo trudno się rozpoznaje. Średni czas od momentu zachorowania do postawienia diagnozy to pięć lat.

Uważa się, że choroba Leśniowskiego-Crohna to schorzenie z autoagresji, czyli takie, w którym układ odpornościowy chorego atakuje – z niewyjaśnionych do tej pory przyczyn – własne tkanki jelita cienkiego i grubego.

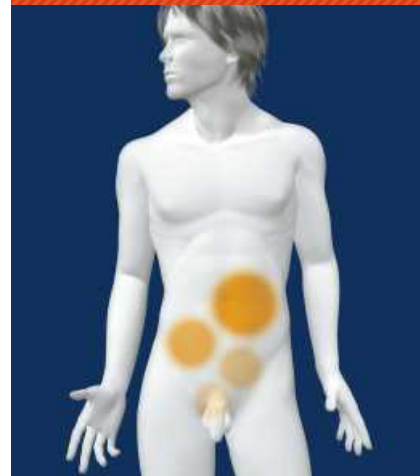
Choroba ta, podobnie jak wiele innych schorzeń układu pokarmowego, może mieć wiele twarzy. Przez lata

może przebiegać prawie bezobjawowo, aż nagle pojawia się duże zwężenie jelita i pacjent trafia do szpitala.

Wszystko może się też zacząć od niewielkich bólów brzucha, zaburzeń częstości oddawania stolca, luźniejszych wypróżnień, a więc objawów, które są naprawdę powszechne i częste w wielu różnych schorzeniach przewodu pokarmowego. Dopiero z upływem czasu, kiedy pojawiają się dodatkowe objawy, np. chudnięcie czy anemia, lekarz zaczyna myśleć o Crohnie.

Istnieją różne koncepcje leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna. Na przykład prowadzone są badania z podawaniem jaj glisty świńskiej, co ma przestroić układ odpornościowy jelit. Stosuje się też przeszczepy bakterii kałowych od osób zdrowych. W praktyce lekarze starają się na co dzień zahamować odczyn zapalny jelit za pomocą leków. Od kilkunastu lat pacjenci mają do dyspozycji tzw. leki biologiczne. To zwykle przeciwciała, które blokują pewien etap procesu zapalnego i dzięki temu jest on albo wyraźnie słabszy, albo go nie ma. Ale to oczywiście tylko zahamowanie choroby, stłumienie jej objawów, a nie pełne wyleczenie. Całkowicie wyleczyć chorobę Leśniowskiego-Crohna współczesna medycyna na razie nie potrafi.

→ CODZIENNA POLSKA NIESTRAWNOŚĆ. Trzy choroby plus głupota



BÓL: O RÓŻNEJ LOKALIZACJI I NASILENIU

Mówiąc o najczęstszych problemach gastrologicznych, w zasadzie mamy

na myśli cztery częste sytuacje, które tu dominują. Pierwsza to omówiona wcześniej choroba refluksowa. Druga to omówiony zespół jelita drażliwego. Trzeci to dyspepsja (niestrawność) czynnościowa – ból w nadbrzuszu, nie do końca wiadomo z czym związany, prawdopodobnie z zaburzeniami kurczliwości żołądka, z zaburzeniami opróżnianiem, z zaleganiem treści. Ocenia się, że z dyspepsją problem ma dziś 12-40 proc. populacji.

Czwarta sytuacja to oczywiście ta cała gama możliwości, w których się przejeliśmy, zjedliśmy coś, co nam szkodzi, popiliśmy zbyt dużą ilością alkoholu itp. Trudno to oczywiście nazwać chorobą, to raczej efekt naszych błędnych zachowań. Jeżeli ktoś zjadł 2 kg śliwek, to nie może oczekiwać, że sobie świetnie z tym poradzi.

Już dawno przestaliśmy jeść tylko po to, by zaspokoić głód i dostarczyć organizmowi niezbędnych kalorii. Dziś jedzenie to w dużej mierze przyjemność, nagminnie się więc przejadamy. Co zatem robić, jeśli przesadzimy

? MIĘTA POMOŻE?

DAWNIEJ W KAŻDYM DOMU ZNAJDOWAŁ SIĘ ŻELAZNY ZESTAW SAMOPOMOCOWY NA WYPADEK BÓLU BRZUCHA. A W JEGO SKŁAD ZAWSZE WCHODZIŁY KROPLE ŻOŁĄDKOWE, MIĘTA I RUMIANEK.

– Oczywiście, że metody te mogą realnie pomagać. Jeżeli komuś przynoszą ulgę, to bardzo dobrze, i należy je stosować. Są nawet badania naukowe pokazujące skuteczność mięty w pewnych stanach chorobowych. Te różne zioła, nalewki z alkoholem jednak ułatwiają trawienie. Ludzie przez setki lat szukali czegoś, co poprawia trawienie, a odżywiali się na pewno mniej prawidłowo niż teraz. I to działało. Oczywiście to może działać w jakichś lekkich zaburzeniach, lekkich niestrawnościach, po przejedzeniu. Przy poważniejszych chorobach należy już zasięgnąć porady lekarza i zastosować prawdziwe leki – mówi dr Tacikowski.

➔ ZABOLI NA JESIENI



W przypadku chorób przewodu pokarmowego pacjenci często skarżą się, że ich objawy bólowe nasilają się w konkretnej porze roku, z reguły jesienią i na wiosnę. Dotyczy to głównie choroby refluksowej oraz wrzodów. Czy tak jest naprawdę?

– Jest taka tendencja. Co więcej, nie tylko przy chorobie wrzodowej czy refluksie, ale też w chorobach zapalnych jelit, np. we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego. Nikomu tak naprawdę nie udało się dokładnie wyjaśnić, na czym polega to przestrojenie związane z porami roku. Wiele osób odczuwa to jednak jako dość duży dyskomfort. Wracamy z urlopu, rozpoczyna się jesień, pogarsza się nastrój itd. Gorszy nastrój to z kolei pogorszenie odporności, a akurat choroby zapalne jelit bardzo zależą od prawidłowej pracy układu odpornościowego – mówi dr Tacikowski.

Dużą rolę może tu też odgrywać nasłonecznienie i poziom witaminy D w organizmie, ale na razie to tylko teorie, nic jeszcze nie zostało jednoznacznie udowodnione. Faktem jednak jest to, że istnieje ogólna tendencja do tego, że choroby zapalne jelit występują częściej na północy Europy niż na południu. Czyli więcej zachorowań i więcej tych sezonowych zaostrzeń będzie się pojawiało w Szwecji, Finlandii i Polsce niż w Grecji czy we Włoszech.

i w nocy czy nad ranem dopadnie nas ból brzucha?

Ból bierze się z przeładowania przewodu pokarmowego. W aptekach są dostępne bez recepty żółciopędne herbatki, napary czy wyciągi ze zwierzęcych enzymów trzustkowych. Ich działanie polega na tym, że pokarm szybciej wędruje przez przewód pokarmowy i jest łatwiej trawiony. Tak naprawdę najlepszym sposobem na niestrawność i przejedzenie się jest jednak dieta.

– Z drugiej strony zawsze można się zastanowić, kiedy i jak często ta niestrawność się pojawia. Może mimo wszystko to zachowanie nie było wcale tak ekstremalne, a objawy się pojawiły. Jeżeli jednak nie przeszło to w stan przewlekły, nie powtórzyło się, tylko jeden dzień zabolalo, a później przez miesiące nic się nie dzieje, to myślę, że nie ma wielkiego uzasadnienia do robienia gastroskopii, kolonoskopii czy innych skomplikowanych badań – mówi dr Tacikowski.

Wątroba

CHORUJE PO CICHU

W ciągu ostatnich lat odsetek osób dotkniętych chorobami wątroby stale rośnie. Zgodnie z danymi brytyjskimi są one już piątą najczęstszą przyczyną zgonów. Według danych z USA choroby wątroby są zaś drugą najczęstszą przyczyną zgonów spośród wszystkich chorób układu pokarmowego

MARGIT KOSSOBUDZKA



Wątroba jest jednym z najważniejszych narządów w naszym ciele. Pełni ponad 500 funkcji i potrafi się regenerować. Ale podobnie jak inne narządy w naszym organizmie może zachorować. Najczęściej cierpi długo i niezauważalnie.

Jedną z takich chorób jest bezalkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD). Jest ona aktualnie jednym z poważniejszych wyzwań medycznych i uznawana jest za globalną epidemię. Szacuje się, że to problem nawet 9 milionów Polaków. Już teraz NAFLD jest trzecią najczęstszą przyczyną transplantacji wątroby w USA i Europie Zachodniej, z wyraźną tendencją rosnącą.

OTYŁOŚĆ, ALE I NIEDOWAGA

NAFLD prowadzi do przewlekłego uszkodzenia wątroby u osób niespożywających znacznej ilości alkoholu. To skutek nadmiernego gromadzenia się tłuszczu w wątrobie, co związane jest z insulinoopornością.

W pierwszym etapie choroby pojawia się samo jej stłuszczenie (tzw. stłuszczenie proste) bez cech uszko-

dzenia komórek tego narządu. Potem może dołączyć stan zapalny, a także włóknienie wątroby. Jeśli choroba postępuje, może prowadzić do marskości lub raka wątrobowokomórkowego.

U podłoża rozwoju NAFLD znajduje się zespół metaboliczny i insulinooporność oraz towarzyszący im stres oksydacyjny.

NAFLD częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet, szcze-

gólnie w starszym wieku. Do głównych czynników ryzyka możemy zaliczyć otyłość, a w szczególności tzw. otyłość brzuszna, która najczęściej powoduje nagromadzenie tkanki tłuszczowej w obrębie jamy brzusznej, oraz cukrzycę typu 2, dyslipidemię, zespół metaboliczny. Z NAFLD w mniejszym stopniu związane są niedoczynność tarczycy i przysadki, zespół policystycznych jajników czy obturacyjny bezdech senny.

Co ciekawe, nie tylko osoby z nadwagą czy otyłością mogą mieć niealkoholowe stłuszczenie wątroby – choroba ta dotyczy ok. 7 proc. osób w populacji o prawidłowej masie ciała.

Może się pojawić np. u niektórych młodych, szczupłych kobiet w wyniku stosowania tabletek antykoncepcyjnych.

W POLSCE JAK W USA

– W ciągu ostatnich lat odsetek osób dotkniętych chorobami wątroby stale rośnie. Zgodnie z danymi brytyjskimi są one już piątą najczęstszą przyczyną zgonów. Według danych z USA choroby wątroby są zaś drugą najczęstszą przyczyną zgonów spośród wszystkich chorób układu pokarmowego – mówił w ubiegłym roku podczas prezentacji wyników kampanii edukacyjnej „Szczęśliwa wątroba, szczęśliwy Ty” dr n. med Jan Gietka.

I dodawał: – Rosnąca częstość występowania NAFLD wyraźnie wiąże się z pandemią otyłości i cukrzycy typu 2. Ocenia się, że NAFLD występuje u 20-40 proc. ogólnej populacji, u 50 proc. osób z cukrzycą typu 2 oraz aż u 70 proc. osób z otyłością. Ponadto wykazano

dotatnią korelację między występowaniem NAFLD a dłuższym czasem spędzonym w ciągu dnia w pozycji siedzącej.

W Polsce obserwujemy teraz to, co stało się w latach 80. i 90. w USA. 30 lat temu było tam około 20 proc. osób otyłych, teraz to już 30 proc. społeczeństwa, a w niektórych statystykach uważa się, że prawie 40.

Stłuszczenie wątroby samo w sobie może być groźne, a do tego jest czynnikiem ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego. Większość pacjentów ze stłuszczeniową chorobą wątroby umiera właśnie na serce lub udar.

– Spośród pacjentów, którzy do mnie trafiają mniej więcej jeden na dwóch

to chory ze stłuszczeniową chorobą wątroby. Bardzo ważne jest rozróżnienie między pacjentami wysokiego i niskiego ryzyka rozwoju tej choroby. Pacjenci niskiego ryzyka to są osoby ze stłuszczeniem prostym. Mają oni we krwi prawidłowe poziomy trans-aminaz [enzymy określane skrótem ALT i AST] – wyjaśniał dr Gietka.

Tłumaczył, że lekarze bardziej boją się o chorych, którzy mają już багаż chorób dodatkowych, czyli m.in. cukrzycę, chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie, dnę moczanową. – Takich pacjentów jest około 20 proc. spośród chorych z niealkoholowym stłuszczeniem wątroby. W tej grupie liczba marskości wątroby,

transplantacji i śmierci na skutek raka wątrobowokomórkowego zdecydowanie narasta i sięga 30-40 proc. – mówił hepatolog.

NIE ZA SŁODKO

Choroby wątroby nie dają objawów przez wiele lat. – Dlatego trzeba wyłapywać pacjentów na początku schorzenia, bo wtedy nawet niewielka modyfikacja może spowodować, że oni do marskości nie dojdą w czasie swojego życia – mówił dr Gietka.

Jednym z największych mitów dotyczących tej choroby jest przekonanie, że to tłuszcze generują stłuszczenie wątroby.

– Tymczasem to są głównie węglowodany! To je trzeba ograniczać w diecie.



➔ CO SPRZYJA ZACHOROWANIU NA NAFLD?

- ➔ Obwód talii u mężczyzn i kobiet odpowiednio równy lub większy 94 cm i 80 cm.
 - ➔ Ciśnienie tętnicze równe lub wyższe niż 130/85 mm/Hg lub leczenie nadciśnienia tętniczego.
 - ➔ Glikemia na czczo równa lub wyższa niż 100 mg/dl lub leczenie cukrzycy typu 2.
 - ➔ Stężenie triglicerydów w surowicy powyżej 150 mg/dl.
 - ➔ Stężenie cholesterolu HDL u mężczyzn i kobiet odpowiednio poniżej 40 mg/dl i 50 mg/dl.
- Rozpoznanie pierwotnej NAFLD wymaga wykluczenia picia alkoholu w ilości równej lub większej niż 30 g/d przez mężczyzn i 20 g/d przez kobiety (większe spożycie alkoholu wskazuje na alkoholową chorobę wątroby) lub innych schorzeń powodujących stłuszczenie, jak schorzenia genetyczne lub wymagających np. przyjmowania leków hepatotoksycznych.

→ O CO POWINIEN ZAPYTAĆ CIĘ LEKARZ?

PODSTAWOWA DIAGNOSTYKA W PRZYPADKU NIEALKOHOLOWEGO STŁUSZCZENIA WĄTROBY obejmuje wywiad lekarski oraz badania. Lekarz najczęściej pyta o to, czy nie nadużywamy alkoholu, oraz czy mamy zdiagnozowaną cukrzycę, nadciśnienie tętnicze i choroby sercowo-naczyniowe. Spyta także o występowanie tych schorzeń w rodzinie. Zmierzy powód talii, wyliczy BMI oraz zapyta o zmiany masy ciała. Powinien także zlecić nam morfologię krwi, badania w kierunku zakażenia wirusami HBV i HCV, testy aktywności enzymów wątrobowych (AST, ALT, GGTP) w osoczu, badanie poziomu cukru we krwi na czczo oraz wykonanie testu obciążenia glukozą, stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji HDL, triglicerydów i kwasu moczowego w osoczu, a także badanie hemoglobiny glikowanej (HbA1c).

Może też od razu zlecić badanie USG (czasem jest to rezonans magnetyczny) lub wtedy, gdy badania wykażą podwyższone wartości enzymów wątrobowych.

Rozszerzona diagnostyka, zależnie od wstępnej oceny prawdopodobieństwa lub wyników badań, obejmuje: stężenie ferrytyny i wysycenie transferyny żelazem, badania w kierunku celiakii, chorób tarczycy i zespołu policystycznych jajników, badania w kierunku rzadkich chorób wątroby: choroby Wilsona, chorób autoimmunologicznych, niedoboru α 1-antytrypsyny. Do rozpoznania, czy choroba jest na początkowym etapie, czy też stłuszczeniu towarzyszy stan zapalny lub włóknienie, konieczna jest biopsja wątroby.

Za najgorsze uważa się te zawarte w słodzonych napojach oraz fruktozę. Gdy przychodzi do mnie pacjent i pyta, czy może czasem zjeść golonkę, mówię mu, że może, ale jednocześnie proszę, by nie jadał pączków, białego pieczywa, ciast, słodczy, cukru, miodu, nie pił słodzonych napojów – wyjaśniał lekarz.

I dodawał: – Pacjenci nie rozumieją też, że miód to także cukry proste. Jest on mieszaniną glukozy i fruktozy. I dokładnie tak samo jak cukier stołowy powoduje stłuszczenie. Pacjenci odstawiają słodczy i cukier, ale za to słodzą wszystko miodem. Dlatego tak ważna przy leczeniu tego schorzenia jest konsultacja dietetyka, który spokojnie wyjaśni zasady diety.

→ GDY ATAKUJĄ WIRUSY

WIRUSY WYWOŁUJĄCE ZAPALENIE WĄTROBY MOGĄ POWODOWAĆ NIEODWRACALNE ZNISZCZENIA. CZĘSTO DŁUGO NIE DAJĄ ŻADNYCH OBJAWÓW. DLATEGO BLISKO 90 PROC. ZAKAŻONYCH NIE WIE, ŻE NOSI W SOBIE TYKAJĄCĄ BOMBĘ.

ZA WIĘKSZOŚĆ PRZYPADKÓW MARSKOŚCI WĄTROBY W POLSCE ODPOWIADA NIE NADUŻYWANIE ALKOHOLU, JAK SIĘ CZĘSTO UWAŻA, ALE WIRUSY ZAPALENIA WĄTROBY (WZW) TYPU B I C. Bywa, że rujną organizm powoli. Słusznie nazywa się je cichymi zabójcami. Pacjent albo w ogóle nie odczuwa objawów, albo są one tak niespecyficzne, jak uczucie długotrwałego zmęczenia, apatia, senność, objawy grypopodobne – bóle mięśni, bóle stawów, stany podgorączkowe, utrata apetytu, nudności itp.

Większość chorych nie wie, kiedy została zakażona. Szczególnie czujne powinny być osoby, które:

- wielokrotnie leżały w szpitalu,
 - przechodziły transfuzje krwi przed 1992 r.,
 - korzystały lub korzystają z usług kosmetyczki, fryzjera, tatuażysty,
 - przyjmują lub przyjmowały dożylnie narkotyki, nawet incydentalnie,
 - utrzymują ryzykowne zachowania seksualne,
 - mają podwyższone normy badań wątrobowych: ALP, AspAT, ALAT.
- Do testu anty-HCV nie trzeba się specjalnie przygotowywać. Polega on na pobraniu kilku kropli krwi z opuszki palca i umieszczeniu ich na teście kasetkowym. Wynik znany jest już po około 15 minutach. Dodatni oznacza, że nasz organizm miał w przeszłości kontakt z wirusem. Aby dowiedzieć się, czy rozwinął się stan przewlekły WZW, należy wykonać pogłębioną diagnostykę.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A zwane jest też chorobą brudnych rąk. Do zakażenia może dojść poprzez spożycie skażonego pożywienia (np. nieumytych owoców) lub skażonej wody (podstawowa droga), kontakt bezpośredni z zakażonym człowiekiem (np. przeniesienie wirusa poprzez nieumyte po wyjściu z toalety ręce), kontakty seksualne. Podstawą w zapobieganiu zakażeniom jest przestrzeganie zasad higieny, także przy przygotowywaniu i spożywaniu posiłków. Przeciwno WZW A i B można się zaszczepić (WZW B jest obowiązkowe dla małych dzieci). Przeciwno WZW C nie odkryto jeszcze szczepionki. Pozostaje profilaktyka, a w przypadku zachorowania bardzo skuteczne leczenie! W Polsce główną drogą zakażeń HCV stanowią zakażenia szpitalne. Marginalne są te przenoszone drogą płciową czy też przez zabiegi kosmetyczne lub fryzjerskie.

JAK TO SIĘ LECZY?

W leczeniu NAFLD niezwykle ważna jest modyfikacja stylu życia polegająca przede wszystkim na zmianie nawyków żywieniowych oraz zwiększeniu aktywności fizycznej. W przypadku osób z nadwagą i otyłością konieczna jest stopniowa redukcja masy ciała - około 0,5 kg na tydzień. Utrata przynajmniej 7 proc.

wyjściowej masy ciała u tych osób powoduje zmniejszenie stłuszczenia i ogranicza proces zapalny w wątrobie!

Ale uwaga! Szybkie odchudzanie szkodzi wątrobie.

- Mam też pacjentów z anoreksją, głęboko niedożywionych, którzy też mają stłuszczenie. Dynamiczna utrata masy ciała, szczególnie restrykcyjne diety mają dwie złe cechy. Po pierwsze, prowadzą do stłuszczenia, po drugie, pogarszają je - tłumaczył dr Giętka.

Do istotnych żywieniowych czynników ryzyka rozwoju NAFLD zaliczamy przede wszystkim dietę wysokoenergetyczną prowadzącą do zwiększenia tkanki tłuszczowej w organizmie oraz nadmierne spożycie cukrów prostych i nasyconych kwasów tłuszczowych. - Podejmowane strategie żywieniowe powinny się zatem opierać na optymalizacji wartości energetycznej diety oraz zmniejszeniu spożycia cukrów prostych i nasyconych kwasów tłuszczowych - tłumaczy Klaudia Wiśniewska, mgr dietetyki klinicznej z Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie.

I dodaje: - Do tej pory najlepiej przebadaną dietą w kontekście prewencji i wspoma-

gania leczenia NAFLD jest niewątpliwie dieta śródziemnomorska. Jej podstawą są przede wszystkim warzywa liściaste, rośliny strączkowe oraz świeże zioła. W klasycznej diecie śródziemnomorskiej znajduje się również sporo produktów pełnoziarnistych, w umiarkowanych ilościach ryby i orzechy, jako źródło wielonienasyconych kwa-

sów tłuszczowych, a także mleko i produkty mleczne.

Dietetyczka podkreśla, że szczególnie miejsce zajmuje spożywana regularnie oliwa z oliwek, małe spożycie mięsa oraz umiarkowane

młodego czerwonego wina. Desery zaś to przede wszystkim owoce.

- Taki dobór produktów, czyli wysokie spożycie produktów roślinnych, niewielkie tłuszczów zwierzęcych, przekłada się na optymalny udział w diecie jednonienasyconych i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, błonnika pokarmowego oraz antyoksydantów wskazanych w kontekście prewencji i leczenia NAFLD - wyjaśnia dietetyczka.

Korzystne efekty diety obserwuje się u pacjentów z NAFLD już po 6 miesiącach od jej stosowania.

A co z alkoholem?

- Zalecenia dotyczące ograniczenia spożycia alkoholu w przypadku osób z NAFLD są takie same jak w przypadku zdrowych osób. Płynem bardzo pożądanym jest kawa! Badania wskazują, że spożycie 2-3 filiżanek kawy dziennie zmniejsza ryzyko rozwoju i progresji NAFLD - podsumowuje Klaudia Wiśniewska.

**DO TEJ PORY
NAJLEPIEJ PRZEBADANA
DIETA w kontekście
prewencji i wspomagania
leczenia NAFLD jest
niewątpliwie dieta
śródziemnomorska**



➔ CO POLACY WIEDZĄ O WĄTROBIE?

Tylko 35 proc. Polaków jest świadomych, że wątroba ma zdolność do regenerowania i odbudowywania! - wynika z badania przeprowadzonego na zlecenie Sanofi pt.

„Polacy, a niealkoholowe stłuszczenie wątroby”.

Niewiele wiemy też o objawach wskazujących na choroby wątroby. Ponad połowa badanych Polaków (56 proc.) uważa, że ból brzucha może sygnalizować problemy z wątrobą, co nie jest prawdą, ponieważ wątroba nie boli.

Objawy typowe dla chorób tego narządu (ogólne złe samopoczucie, zaburzenia snu, zmęczenie, zaburzenia koncentracji, brak apetytu) wymienia mniej niż 45 proc. respondentów.

Problemem okazuje się także diagnostyka chorób wątroby - tylko 10 proc. respondentów wykonywało badania w tym w kierunku w przeciągu ostatniego roku (badania krwi, USG). 41 proc. nie zrobiło tego... nigdy.

W badaniu sprawdzano również wiedzę respondentów na temat niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby. Aż 87 proc. badanej grupy nie ma pojęcia o istnieniu tej choroby. Co gorsza, takiej odpowiedzi udzieliło 81 proc. osób z chorobami takimi jak: nadciśnienie, cukrzyca typu 2, hipercholesterolemia, i tyle samo procent ze wskaźnikiem BMI powyżej 40, czyli mających już otyłość III stopnia.

LECZENIE RAKA JELITA GRUBEGO. CO SIĘ ZMIENIA

Wzrost liczby zachorowań na raka jelita grubego wśród osób młodych to jedno z najbardziej niepokojących zjawisk nie tylko w Polsce, ale również na całym świecie

Z DR. HAB. N. MED. PROF. INST. **LUCJANEM WYRWICZEM**, ONKOLOGIEM, ROZMAWIA
WOJCIECH MOSKAL



JAK SOBIE RADZIMY W POLSCE Z RAKIEM JELITA GRUBEGO?

Rozwój raka jelita grubego jest procesem długotrwałym. Od pierwszej nieprawidłowości do wystąpienia raka mija blisko 10 lat, mamy więc dużo czasu na to, żeby ten wczesny nowotwór usunąć na etapie, kiedy jeszcze nie postanowił zniszczyć organizmu. Ten etap nazywa się gruczolakiem. Jest on protoplastą - źródłem, z którego powstaje w przyszłości większość raków jelita grubego.

W kontekście raka jelita grubego profilaktyka jest ważniejsza niż innowacje w leczeniu. Jeżeli w czasie 20-minutowej kolonoskopii przesiewowej możemy usunąć np. trzy gruczolaki i uchronić pacjenta od raka w przyszłości, to jest to ogromny zysk dla samego pacjenta, ale też wielka oszczędność zasobów w systemie zdrowia.

Program badań przesiewowych autorstwa profesora Reguły realizowany jest wzorowo.

Niestety, autorzy programu przyznają, że mają jeden główny problem - zgłaszalność. Pacjenci się wstydzą?

WOJCIECH MOSKAL: Prof. Butruk ukuł kiedyś takie hasło - „To wstyd się wstydzić” - w kontekście niezgłaszania się do programu badań przesiewowych.

Nie ma co się wstydzić badania kolonoskopowego. Jest ono wykonywane przez przeszkolony personel medyczny, w odpowiednich warunkach i z poszanowaniem intymności.

Jednym z powodów niskiej zgłaszalności jest wciąż



Profilaktyka raka jelita grubego

JEST WAŻNIEJSZA NIŻ INNOWACJE W LECZENIU

dość powszechna obawa przed bólem podczas badania. Pamiętajmy jednak, że jeśli nie wykonujemy jakichś szczególnych zabiegów, to trzy czwarte osób nie odczuwa podczas kolonoskopii większego bólu.

Problemem jest też to, że generalnie nie dbamy o samych siebie, często lekceważymy oczywiście, niepokojące objawy. Ostatnio zgłosił się pacjent, który od pół roku miał jawne krwawienia z odbytu. Chodził od lekarza do lekarza i nie został zbadany. **Ale przyznawał się lekarzom, że ma ten objaw?**

WM: Tak, ale zrzucano to na chorobę hemoroidalną. Nie wykonano nawet prostego badania, które może wykonać każdy lekarz, a guz był dostępny na drugim centymetrze jelita.

Problemem tego konkretnego chorego było to, że był

w młodym wieku i nikt nie podejrzewał, że to może być rak. A skoro nikt tego nie podejrzewał, to nikt pacjenta nie zbadał.

To zresztą jedno z najbardziej niepokojących zjawisk, które obecnie widzimy - wzrost zachorowalności na raka jelita grubego wśród osób młodych. Nie tylko w Polsce, ale również na całym świecie.

Czy to prawda, że raki u młodszych przebiegają bardziej agresywnie niż u starszych? Czy w raku jelita grubego jest podobnie?

WM: W leczeniu chorych na raka jelita grubego mamy pewne standardowe terapie, które działają najlepiej właśnie w typowym wieku zachorowania. Wśród osób z nowotworami zarówno pediatrycznymi, jak i u młodych dorosłych jest więcej,

jak ja to nazywam, „szalonych raków”. To nowotwory, które w wyniku powstania doznały jakiegoś zaburzenia genetycznego, które nie musi koniecznie być typowe dla raka jelita grubego. Nie jest to związane z mutacjami genów, jakie dziedziczymy, ale z nabytymi zaburzeniami w toku naszego życia.

W raku jelita grubego częstym zaburzeniem jest mutacja genu KRAS czy NRAS - one występują u połowy pacjentów, są tutaj czynnikiem napędowym dla komórki nabłonka śluzówki jelita grubego do powstania nowotworu. Ale jak spojrzymy na młodych chorych, którzy nie mają tego typowego zaburzenia (czyli właśnie mutacji KRAS, NRAS), to widzimy wiele dziwnych typów nowotworów. To może być np. rak jelita grubego z nadmiarem białka HER2, co jest typowe dla części pacjentek z rakiem piersi, albo np. rak jelita grubego z mutacjami genów NTRK.

To jest nowy trend w onkologii - szukamy tych rzadkich typów. Na szczęście mamy coraz więcej leków działających na nie. Ostatnio zarejestrowano w Europie nowy lek, który hamuje właśnie mutacje aktywujące geny NTRK - i jest to pierwsza rejestracja europejska leku onkologicznego wyłącznie w oparciu o zaburzenia molekularne, a nie lokalizację nowotworu. Zanim jednak wspomniane nowości wejdą do praktyki codziennej, przed nami pozostaje jeszcze uzyskanie dostępu do takich terapii. Niewątpliwie jednak w przypadku pacjentów, którzy borykają się z zaawansowanym nowotworem i wyczerпали znane sposoby



→ BADAJ SIĘ

IMIENNE ZAPROSZENIA NA BEZPŁATNĄ PROFILAKTYCZNĄ KOLONOSKOPIĘ W RAMACH PROFILAKTYCZNEGO PROGRAMU BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO WYSYŁANE SĄ DO OSÓB W WIEKU 55-64 LATA. ZAPROSZENIE JEST IMIENNE I NIE MOŻE BYĆ PRZEKAZANE INNEJ OSOBIE. ZAWIERA PROPONOWANĄ DATĘ BADANIA, ALE ZAWSZE ISTNIEJE MOŻLIWOŚĆ ZMIANY TERMINU.

Można także przyjść na badanie w ramach programu oportunistycznego, który kierowany jest do dwóch grup.

- Pierwsza grupa to osoby w wieku 50-65 lat bez ewidentnych objawów raka jelita grubego. Mogą pobrać ze strony www.pbp.org.pl ankietę/skierowanie na bezpłatne badanie. Na stronie znajduje się również mapa ośrodków, w których można zrobić sobie badanie.
- Druga grupa to osoby w wieku 40-49 lat, które także nie mają objawów raka jelita grubego, ale w ich rodzinie był przynajmniej jeden krewny pierwszego stopnia (np. rodzice lub rodzeństwo) z rakiem jelita grubego.

W Polsce istnieje również program badań realizowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Gdzie można zrobić bezpłatnie kolonoskopię, sprawdź na stronie WylacZRaka.pl

leczenia, badania molekularne mogą wskazać nowe punkty uchwytu dla leków, które mogą być dostępne w ramach badań klinicznych.

Co się zmienia w leczeniu raka jelita?

WM: W leczeniu radykalnym, którego celem jest pełne wyliczenie, coraz bardziej dążymy do personalizacji leczenia pooperacyjnego. Dotychczas chemioterapię pooperacyjną stosowaliśmy w sposób uniwersalny – przez sześć miesięcy, uzależniając jej agresywność od stopnia zaawansowania choroby.

Dziś dzięki badaniom wiemy już, że u niektórych pacjentów trzy miesiące chemioterapii w zupełności wystarczają.

Personalizujemy leczenie, jednak nie przez dodatek nowych, drogich leków, ale przez dostosowywanie leczenia do indywidualnego ryzyka pacjenta.

Ci z niższym ryzykiem mają trzy miesiące chemioterapii, z wyższym – sześć miesięcy.

Na razie posiłkujemy się niedoskonałymi miernikami, takimi jak wielkość guza nowotworowego czy liczba zajętych węzłów chłonnych. Wciąż udoskonalamy tę technikę, ale za 2-3 lata będziemy badać krew pacjenta po operacji pod kątem wolnego DNA z guza (płynna biopsja) i na tej podstawie będziemy mogli wytypować tych z wyższym ryzykiem nawrotu choroby i tych z lepszym rokowaniem. Nie mówimy tu o małych różnicach, ale 20-30-krotnym względnie wyższym ryzyku nawrotu choroby.

Na czym polega badanie wolnego DNA?

WM: Wpierw badamy próbkę raka usuwanego w czasie operacji, szukając typowych

mutacji, np. KRAS czy NRAS. Zwykle wystarcza ocena siedmiu typowych genów, aby zidentyfikować zaburzenie typowe dla nowotworu u tego chorego. Następnie pobieramy próbkę krwi już po operacji, przy czym nie szukamy tam komórek raka, ale wspomnianych wyżej mutacji. Jeżeli stwierdzamy, że ta mutacja tam występuje, to mówimy, że stwierdziliśmy wolne DNA z guza.

Metody poszukiwania pojedynczych fragmentów DNA w morzu komórek, jakie są w kropli krwi, są obecnie bardzo czułe. Stwierdzenie takiego zaburzenia może świadczyć o tym, że gdzieś w organizmie wciąż istnieją komórki raka i choroba może powrócić.

Na ostatnim kongresie europejskich onkologów dużo mówiono o chemioterapii przedoperacyjnej.

WM: Byliśmy bardzo zaskoczeni, gdy wyniki badań pokazały, że krótka przedoperacyjna chemioterapia może zmniejszyć liczbę powikłań po operacji i obniżyć stopień zajęcia węzłów chłonnych.

Czym to wytłumaczyć?

WM: Przede wszystkim mamy dwa miesiące na przygotowanie się do planowej operacji. Nie operujemy chorego od razu, tylko dajemy mu zalecenie dietetyczne, oceniamy go internistycznie, korygujemy leczenie chorób przewlekłych itd. I okazuje się, że po takim przygotowaniu jest mniej powikłań. To kolejny ważny trend w onkologii i ogólnie w chirurgii. Nazywamy to prehabilitacją. W odróżnieniu od rehabilitacji prehabilitacja jest prowadzona przed zabiegiem. Jej celem jest jak najlepsze przygotowanie do niej pa-

cja - tak, by był on w dobrym stanie ogólnym.

W raku jelita grubego chodzi nie o to, by operować szybko, tylko o to, by operować dobrze. Tu dochodzimy też oczywiście do tego, by takie operacje były wykonywane w Colorectal Unitach, czyli jednostkach wyspecjalizowanych w leczeniu raka jelita grubego.

Organizacje pacjentów skarżyły się przez długi czas na dostępność do nowych leków w zaawansowanym raku jelita.

WM: Ostatnio praktycznie dogoniliśmy pod tym względem Europę Zachodnią. To coś, co jeszcze 2-3 lata temu wydawało się niemożliwe. Mamy leczenie celowane w pierwszej i drugiej linii leczenia i leczenie celowane dla chorych opornych na chemioterapię. Teraz na listę refundacyjną trafiła wreszcie triflurydyna w skojarzeniu z typiracylem w III i IV linii leczenia paliatywnego raka jelita grubego. To dobra wiadomość dla chorych.

Co bardzo ważne, mamy też w końcu działania, które mogą znacząco poprawić jakość życia pacjentów poddawanych chemioterapii.

W jakim sensie?

WM: Dziś, gdy podejmujemy decyzję o leczeniu pacjenta za pomocą chemioterapii, proponujemy rozpoczęcie konkretnego schematu leczenia, który będziemy powtarzać.

Wyobraźmy sobie sytuację całkowitego zaniknięcia choroby. Robimy kolejną tomografię komputerową

i mówimy pacjentowi, że wystąpiła remisja choroby. Tu pada pytanie: „Czy pacjent w tym momencie jest zdrowy?”

Niestety, w większości sytuacji nie i jeśli przerwiemy leczenie, to choroba po pewnym czasie wróci.

Czyli prowadzimy to leczenie w nieskończoność?

WM: I tu jest właśnie paradoks, gdyż u chorych najlepiej rokujących będziemy mieli tendencję do zbyt długiego leczenia. U takiego chorego, dobrze odpowiadającego na leczenie, mamy coraz głębszą odpowiedź, niekiedy nawet do całkowitego zaniknięcia. Tyle że dalsza chemioterapia nie poprawia losów chorego, a niekiedy nawet mu szkodzi. W związku z tym warto na pewien czas wycofać się z leczenia po to, żeby dać

organizmowi wytchnąć, pozwolić odbudować rezerwy, które będą potrzebne, gdy leczenie będzie na nowo potrzebne. Nazywamy to „wakacjami od chemioterapii”.

Dotychczas było to możliwe dla standardowych leków, z katalogu chemioterapii. Teraz będzie to możliwe także w przypadku leków celowanych. To bardzo ważny ruch, o który od dawna zabiegaliśmy.

Do tego będziemy mogli w końcu wypchnąć pacjentów w trakcie chemioterapii poza łóżko szpitalne.

Co pan ma na myśli?

WM: Bardzo dużo obecnie mówimy o poszanowaniu jakości życia chorego. Wydawałoby się, że jest to coś trudnego do zmierzenia w badaniach naukowych. Opracowano jednak do tego narzędzia, aby jakość życia mierzyć.

Najczęściej w badaniach naukowych stosowana jest skala EORTC QLQ-C30. Jest to zestaw 30 standardowych pytań ogólnych na temat dobrostanu życia pacjenta. Jeśli przeanalizujemy pytania zawarte w tej ankiecie, to okazuje się, że dla pacjenta przebywającego w szpitalu w trakcie leczenia blisko w jednej trzeciej pytań uzyskamy inne odpowiedzi tylko z powodu tego, że pacjent w trakcie leczenia jest w szpitalu, a nie ma możliwości przebywania w trakcie chemioterapii w domu. To powoduje trudności ze snem, trudności ze skupieniem uwagi, trudności w realizacji hobby, z pracą, trudności w przyjmowaniu posiłków, bo nikt z nas w naturalny sposób nie je przecież „na łóżku”.

Bardzo dużo aspektów zwykłego życia chorego jest zaburzonych tylko przez to, że jest on w szpitalu, a nie



dr hab. n. med. prof. inst.

LUCJAN WYRWICZ

kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii w Centrum Onkologii – Instytucji im. M. Skłodowskiej – Curie w Warszawie

**KRÓTKA
PRZEDOPERACYJNA
CHEMIOTERAPIA
może zmniejszyć liczbę
powikłań po operacji
i obniżyć stopień zajęcia
węzłów chłonnych**

w domu. Jeśli więc uda nam się poprawić jakość życia przez „wyjęcie” tych pacjentów ze szpitala, to nie dość, że oni poczują się lepiej, to i system odpocznie.

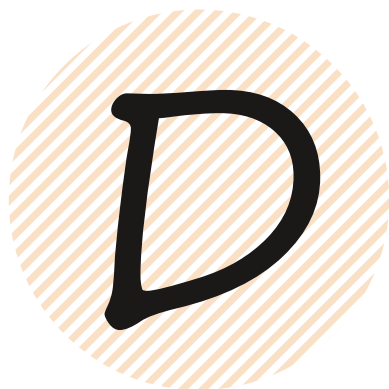
A skala hospitalizacji jest zaskakująco duża. Według moich szacunków codziennie w szpitalach w całym kraju około 500 pacjentów przebywa tylko w celu podawania wlewów ciągłych chemioterapii z powodu raka jelita grubego. Większości tych hospitalizacji można byłoby uniknąć. W ośrodkach takich jak Centrum Onkologii w Warszawie od dawna stawiamy na chemioterapię ambulatoryjną.

Obecny program lekowy jest tu bardziej przyjazny dla pacjenta. Z powodu braku szczegółowego opisu warunków realizacji chemioterapii możliwe będzie stosowanie jednorazowych urządzeń medycznych pozwalających na wypuszczanie chorego w toku ciągłej chemioterapii do domu. Jest to szczególnie ważne dla pacjentów leczonych z powodu raka jelita grubego długotrwale, co umożliwia nową rolę doświadczenia w Polsce.

WSTYDLIWY PROBLEM – CHOROBA HEMOROIDALNA

Kiedy twój lekarz badał cię per rectum? Jak pracują twoje zwieracze? Ten ukryty kanał wymaga uwagi, **jeśli zależy ci na zdrowiu**

WOJCIECH MOSKAL



Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, w tym te z jego dolnej części, należą do najczęstszych problemów zdrowotnych. Często traktuje się je jak nic nieznaczące „utrudnienia”, które przejdą. A tak naprawdę nie wolno ich lekceważyć.

DOKUCZLIWE SWĘDZENIE

Na pewno powinno nas zaniepokoić powtarzanie się objawów, takich jak: świąd, ból, krwawienie i obecność zmian - guzków, wyrosła, fałdów w okolicy odbytu. Ich występowanie w różnej konfiguracji i z różnym nasileniem może świadczyć o blisko setce różnych schorzeń.



– Świąd w okolicy odbytu w ponad 90 proc. ma prostą przyczynę. Najczęściej jest objawem infekcji toczącej się w kanale odbytu. A ta infekcja jest z kolei najczęściej efektem choroby hemoroidalnej. Obecność powiększonych guzków hemoroidalnych w kanale odbytu upośledza znacznie jego oczyszczanie i sprzyja podtrzymywaniu stanu zapalnego. Pojawia się świąd, pieczenie, być może wydzielina – mówi dr n. med. Katarzyna Borycka-Kiciak, chirurg ogólny i proktolog z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego w Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie.

Ale krwawienie z odbytu u osoby młodej, szczupłej i dotychczas na nic się nieskarżącej może świadczyć też o którejś z nieswoistych chorób zapalnych jelit.

– Ich częstość w ostatnich latach bardzo wzrosła. Choroba Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego, bo o nich mowa, rozpoczynają się w okolicy 20.-30. roku życia, a niejednokrotnie jeszcze w dzieciństwie, i ich głównymi objawami są biegunki oraz krwawienia z odbytu.

Te podstępne choroby o podłożu autoimmunologicznym przebiegają w postaci rzutów, oddzielonych od siebie różnej długości okresami wyciszenia, podczas których choremu może się wydawać, że choroba minęła. Niestety, tylko do kolejnego zaostrzenia. A ono może być już znacznie agresywniejsze i pozostawić nieodwracalne szkody – wyjaśnia dr Borycka-Kiciak.

Czy krwawienie u takiej osoby może też świadczyć



Świąd w okolicy odbytu

W PONAD 90 PROC. MA PROSTĄ PRZYCZYNĘ. NAJCZĘŚCIEJ JEST OBJAWEM INFЕКCJI TOCZĄCEJ SIĘ W KANALE ODBYTU.

o czymś poważniejszym. Czy należy myśleć o raku jelita grubego?

– Niestety tak. Rak jelita grubego może dotyczyć osób młodych, poniżej 35 roku życia. Dlatego krwawienie uznawane jest za objaw alarmowy, który należy koniecznie i bez zwłoki zweryfikować odpowiednią diagnostyką – wykonać rektoskopię lub kolonoskopię – dodaje proktolog.

HEMOROIDALNE PRAWDY I MITY

Hemoroidy wciąż kojarzą się głównie z kobietami w ciąży i osobami w starszym wieku. To w pewnym sensie mit, gdyż równie duży problem z nimi mają zdrowi, młodzi mężczyźni, zwykle prowadzący siedzący tryb życia.

Mitem jest też inne powszechne przekonanie – że, hemoroidy i żyłki odbytu to jedno i to samo.

– To bardzo mylące. Guzki krwawnicze, czyli hemoroidy, to naturalne struktury anatomiczne i każdy z nas je ma, nie ma czegoś takiego, jak czasami słyszymy, że „ktoś dostał hemoroidów” – mówi dr Borycka-Kiciak.

Hemoroidy to trzy poduszeczki, pokryte śluzówką odbytnicy, wewnątrz których mieszczą się sploty naczyń zarówno tętniczych, jak i żylnych. Żyłki – jak sama nazwa wskazuje – to same żyły. A hemoroidy zaopatrywane są w krew przez tętnice.

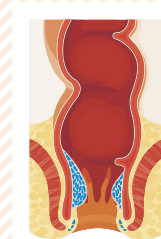
– O chorobie hemoroidalnej mówimy wtedy, kiedy guzki, początkowo małe, po-

IV STOPNIE ROZWOJU HEMOROIDÓW



FAZA I

Guzki wypełniają pół kanału odbytu



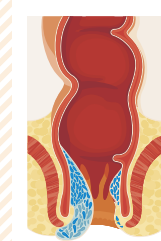
FAZA II

Guzki wypełniają prawie cały kanał odbytu



FAZA III

Guzki zaczynają wystawać na zewnątrz kanału



FAZA IV

Guzki wystają na stałe i nie da się ich odprowadzić do środka

→ CHORY UKŁAD POKARMOWY

większają się coraz bardziej. Guzki pierwszego stopnia wypełniają pół kanału odbytu; drugiego stopnia wypełniają już cały kanał; trzeciego stopnia zaczynają wystawać na zewnątrz kanału w postaci trzech guzków w okolicy odbytu – już je widzimy; czwartego stopnia – kiedy już wystają na stałe i nie da się ich odprowadzić do środka – wyjaśnia dr Borycka-Kiciak.

Choroba hemoroidalna w stopniu I i II jest zauważalna dla pacjenta tylko w pewnych sytuacjach, gdy pojawiają się już powikłania, a w ich wyniku objawy. Najpierw to może być uczucie, że mamy czegoś więcej i ciasniej w kanale odbytu. Pojawia się trudność w oddaniu stolca, trzeba do tego większej siły. Upośledzeniu ulegają mechanizmy oczyszczania, łatwiej dochodzi do infekcji, może pojawić się krwawienie.

– Czasem, gdy infekcja draży w głąb i obejmuje tzw. splot żylny przyodbytowy, tuż przy brzegu odbytu, może dojść do zakrzepu w naczyniu. Zakrzep taki pojawia się nagle w postaci siniego, bardzo bolesnego guzka. Wyczerpani bólem pacjenci przychodzą zwykle ok. trzeciej doby trwania choroby z informacją: „Wypadł mi hemoroid”. Tymczasem zakrzep przyodbytowy to zupełnie coś innego. Inne jest też postępowanie – mówi dr Borycka-Kiciak.

W przypadku zakrzepu w ciągu kilku dni od jego powstania należy się zgłosić do chirurga w celu nacięcia. To prosty, szybki zabieg, który natychmiast przynosi ulgę i rozwiązuje problem.



➔ JAK CZĘSTO MYĆ OKOLICE INTYMNE

GDY POJAWIAJĄ SIĘ KŁOPOTY W OKOLICACH ODBYTU, WIELE OSÓB W PIERWSZEJ CHWILI MYŚLI: A MOŻE TO KWESTIA HIGIENY, MOŻE ZA RZADKO SIĘ TAM MYJĘ, MOŻE ZAMIAST RAZ DZIENNIE POWINIENEM TO ROBIĆ 3-5 RAZY?

Tyle że akurat ta okolica świetnie broni się sama (pod warunkiem, że jest zdrowa i ma wydolne mechanizmy oczyszczania) i nie trzeba jej pomagać. Przeciwnie: im częściej się myjemy i stosujemy mydła czy mocniejsze środki chemiczne, tym bardziej jej szkodzimy. Jeśli natomiast coś tam się złego dzieje, objawy nie ustąpią po myciu. Może na chwilę tylko poczujemy ulgę.

Aby odbytnica mogła pełnić swoją funkcję - gromadzić stolec - kanał odbytu musi ją szczelnie i skutecznie zamykać. Nie dopuścić do najmniejszego wycieku treści, która zawiera przecież setki gatunków bakterii.

Dlatego kanał ten ma szczególną budowę, rządzi się własnymi prawami – sam się oczyszcza, utrzymuje swoje własne, dość niskie pH, które działa antybakteryjnie, wydziela różne substancje i poza otaczającymi go mięśniami

zwieraczami ma dodatkowe mechanizmy uszczelniające, jak guzki hemoroidalne, bo pamiętajmy, że są to prawidłowe struktury anatomiczne, które każdy z nas ma.

Jeśli te mechanizmy zawodzą i pojawiają się uciążliwe objawy, to znaczy, że coś się popsło. I trzeba się spotkać z lekarzem, mycie nie pomoże.

Uważa się, że wystarczy, jak podmyjemy się raz, dwa razy dziennie, w zależności od tego, jak często korzystamy z toalety.

Niektórzy lekarze radzą, by raz na jakiś czas robić sobie lewatywę, tym bardziej że zestaw można dziś kupić w każdej aptece.

Proktolodzy uważają jednak, że jeżeli mamy prawidłowo działające mechanizmy defekacji, to nie ma sensu, a wręcz przeciwnie - regularnie stosowane lewatywy zaburzają te mechanizmy.

Są sytuacje, kiedy lewatywy się przydadzą, np. do oczyszczenia odbytnicy przed planowanymi zabiegami. Stosują je też pacjenci z niewydolnymi zwieraczami - oczyszczenie odbytnicy daje kilkugodzinna ulgę od nieprzyjemnych objawów i pozwala na „bezpieczne” funkcjonowanie w otoczeniu innych ludzi.

W przypadku hemoroidów w pierwszej kolejności sięgamy z reguły po wszystkie domowo-apteczne sposoby - nasiadówki, czopki, maści bez recepty itp. Pamiętać jednak trzeba, że to jest tylko łagodzenie objawów. Nie leczymy w ten sposób przyczyny i nie zwalnia nas to absolutnie od pójścia do lekarza.

Po pierwsze, nawet jeżeli mamy rację i to rzeczywiście są hemoroidy, to lekarz musi to potwierdzić. Po drugie, ogólnodostępnych leków jest bardzo dużo, mają ściśle określone wskazania i tylko w nich są skuteczne. Więc lekarz musi powiedzieć, co z tej gamy preparatów możemy zastosować.

Jest też kilkadziesiąt preparatów recepturowych, które odpowiednio dobrze stanowią dla danego pacjenta najlepszy zestaw. Lek wykonywany jest przez aptekarza na zamówienie - w formie maści czy czopków - i zalecany do stosowania przez sześć-osiem tygodni. Potem wizyta kontrolna. Jeżeli objawy ustąpiły, a badanie wykazuje, że guzki się zmniejszyły, zleca się wizyta kontrolna za kilka miesięcy.

KIEDY NA ZABIEG?

Tak wygląda leczenie zachowawcze. Jeżeli nie pomoże, jeżeli objawy nadal się utrzymują lub nawracają w krótkim czasie po leczeniu - nadchodzi czas leczenia instrumentalnego.

Polega ono na potraktowaniu guzka jakimś rodzajem energii. Najczęściej to są fale radiowe, prąd o różnym natężeniu, fotokoagulacja (podczerwień), niska temperatura (ciekły azot)

czy popularne gumki Barro-na.

- Każda z tych metod ma swoje zalety i wady, ale łączy je jedno - są to zabiegi wykonywane ambulatoryjnie, które powtórzone kilkakrotnie (zwykle dwa-trzy razy) dają dobry efekt u ponad 80 proc. osób, przy niskim odsetku powikłań.

Metody te stosujemy często w przypadku choroby hemoroidalnej II stopnia, gdy leczeniem zachowawczym nie udaje się uzyskać wystarczającej poprawy lub gdy istnieje ryzyko szybkiego powiększania się guzków.



W okresie ciąży

W FIZJOLOGICZNY SPOSÓB NARASTAJĄ POZIOMY HORMONÓW I TO ONE DECYDUJĄ O TYM, ŻE ROZLUŻNIAJĄ SIĘ ZWIERACZE ODBYTU, ŚLUZÓWKA SIĘ ROZPULCHNIONA, POWIĘKSZAJĄ SIĘ GUZKI HEMOROIDALNE.

Taka sytuacja dotyczy np. młodych

kobiet po pierwszej ciąży chcących zająć w drugą. Rozsądnych, świadomych, wiedzących o tym,

że w ciąży w naturalny sposób te guzki znów się powiększą. Bo w tym stanie to jest naturalne, ale nie znaczy, że nie grozi pewnymi powikłaniami. Jeśli świadomie planujemy drugą ciążę, chorobę hemoroidalną trzeba wyleczyć wcześniej - mówi dr Borycka-Kiciak.

Jeżeli choroba hemoroidalna jest zbyt zaawansowana i leczenie instrumentalne może nie pomóc,

lekarz najprawdopodobniej zaproponuje nam leczenie operacyjne.

- Metod jest dużo. Mogą być mniej inwazyjne, jak leczenie laserem diodowym czy podwiązanie tętnic hemoroidalnych pod kontrolą USG Dopplera. I są też metody klasyczne, gdy po prostu bierzemy skalpel i wycinamy to, co zbędne. To metody najbardziej radykalne, więc obarczone największym ryzykiem powikłań, ale też najskuteczniejsze. Ryzyko nawrotu po operacji klasycznego wycięcia hemoroidów jest najmniejsze - wyjaśnia dr Borycka-Kiciak.

Osobną sytuacją są hemoroidy w ciąży. W tym okresie w fizjologiczny sposób narastają poziomy hormonów i to one decydują o tym, że rozluźniają się zwieracze odbytu, śluzówka się robi rozpulchniona, powiększają się guzki hemoroidalne.

- W II, III trymestrze ciąży dziecko uciska już spływ żylny do żyły głównej dolnej. Powiększają się hemoroidy, rośnie tendencja do tworzenia się zakrzepów, do powikłań. Jeżeli w czasie ciąży pacjentka miała znacznie powiększone hemoroidy, w trakcie porodu siłami natury i intensywnego parcia może dojść do ich uwięźnięcia. Zdarzają się niestety sytuacje, że zaraz po szczęśliwym przyjściu na świat dziecka młoda mama jedzie bezpośrednio na blok chirurgiczny. Uwięźnięte hemoroidy stanowią bezpośrednie zagrożenie życia i wymagają operacji w trybie pilnym - mówi dr Borycka-Kiciak.

” Bądź w środku wydarzeń, nie obok nich



- ▶ najnowsze fakty
- ▶ aktualna polityka
- ▶ najlepsze reportaże
- ▶ intrygujące rozmowy



**APLIKACJA
GAZETY
WYBORCZEJ**

ZAINSTALUJ

