

KOBIECE ZDROWIE *w centrum uwagi*

Dr n. med.
Małgorzata Stawicka-Niełacna

*Diagnostyka
genetyczna
raka jajnika*



Dr hab. n. med.
Lubomir Bodnar

*„Właściwa klasyfikacja diagnostyczna
i określenie stopnia zaawansowania
nowotworu pozwala dopasować dany
schemat leczenia.”*

*Dlaczego każda kobieta w ciąży
powinna wykonać test na HIV?*

In vitro pozwala spełnić
marzenie o rodzicielstwie

czytaj
online

www.dbajozdrowie.info

Dodatek promocyjny zawierający materiały przygotowane i pochodzące od Medical Media Solutions

PARTNERZY STRATEGICZNI

PARTNERZY MEDIALNI





Dr n. med. Grażyna Cholewińska

Specjalista chorób zakaźnych, ordynator
w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie

Dlaczego kobiety w ciąży powinny robić testy na HIV?

Badanie w kierunku HIV znajduje się w koszyku świadczeń lekarza prowadzącego ciążę w ramach opieki zdrowotnej nad ciężarną, finansowanej z Narodowego Funduszu Zdrowia, zatem jest zupełnie bezpłatne. Wykrycie HIV i włączenie leczenia antyretrowirusowego (ARV) u matki sprawia, że ryzyko zakażenia dziecka jest praktycznie eliminowane.



Czy ginekolodzy zlecają kobietom w ciąży badania pod kątem nosicielstwa wirusa HIV?

Wykonywanie testów na HIV nie jest tylko dobrą wolą ginekologa, gdyż badanie ciężarnej w kierunku zakażenia HIV jest usankcjonowane prawnie. Istnieje obowiązek Ministra Zdrowia z 7 lipca 2016r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Dokument ten stanowi o tym, że ciężarnej należy się dwukrotne badanie w kierunku HIV.

Pierwsze badanie powinno się odbyć do 10 tyg. ciąży, a drugi test należy wykonać między 33 a 37 tyg. ciąży. Ten drugi test jest niezwykle istotny dlatego, że kobiety w ciąży prowadzą aktywne życie seksualne (czasami nawet zmieniają partnerów) i w związku z tym nawet pierwszy wynik negatywny na początku ciąży nie gwarantuje, że kobieta w ciąży się nie zakazi. Obowiązek respektowania i realizowania tego dokumentu Ministra Zdrowia ciąży na ginekologu, który prowadzi ciążę.

Największe ryzyko zakażenia noworodka przez kobietę ciężarną jest w czasie samej akcji porodowej - kiedy dziecko ma bezpośredni kontakt z krwią matki, a we krwi matki znajduje się duży ładunek wirusa. W związku z tym można wyróżnić dwie sytuacje. Pierwsza, w której kobieta wie, że jest zakażona wirusem HIV, zachodzi w ciążę i ten przypadek jest o tyle lepszy, że wówczas jest ona pod opieką lekarza specjalisty. Niewątpliwie dostaje leczenie antyretrowirusowe - specjalista od HIV dobiera takie leki, które nie szkodzą i gwarantują donoszenie ciąży. Jeżeli tak się dzieje, że kobieta podczas ciąży jest

skutecznie leczona i jej poziom wirusa jest niewykrywalny wówczas jest szansa na urodzenie zdrowego dziecka. W takiej sytuacji ryzyko zakażenia dziecka wynosi 0,1%. Druga sytuacja to taka, kiedy kobieta nie wie o swoim wcześniejszym zakażeniu, zachodzi w ciążę i nadal nie ma świadomości zakażenia. W związku z tym nie wiedząc, że ma we krwi dużo wirusa podczas akcji porodowej wirus ten jest przekazywany dziecku. I taki przypadek jest niezwykle groźny dla dziecka, gdyż ryzyko zakażenia wynosi aż 95%. Dlatego bardzo ważne jest, aby kobieta знаła swój status serologiczny najlepiej przed ciążą.

Ile kobiet w ciąży wykonuje test na HIV?

W dużych miastach, kiedy pacjentka jest pod opieką położnika ginekologa w publicznej służbie zdrowia, około 70% kobiet ma wykonywany przynajmniej jeden test.

W przypadku wykonania jednego testu jest rekomendacja, aby kobieta przychodząc do porodu miała wykonany rapid test. Test ten w ciągu 10 min. daje wynik dodatni albo ujemny. Jeśli kobieta zgłasza się do porodu bez żadnego testowania, to również jest rekomendacja Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS i Polskiego Towarzystwa Ginekologów, aby ten test na izbie porodowej wykonać. U dziecka matki HIV(+) nieleczzonej przeciw-wirusowo, należy wykonać w drugiej dobie życia badanie określające wysokość wirerii HIV w jego krwi i rozpocząć farmakoprofilaktykę noworodka. Kobiety trzeba zacząć regularnie leczyć z powodu przewlekłej infekcji HIV. Takie są standardy postępowania.

Co się zmienia w prowadzeniu ciąży, gdy stwierdzimy u kobiety obecność wirusa HIV?

Jeśli u kobiety w ciąży wykryje się zakażenie to należy jej podać tak zwaną profilaktykę okołoporodową. Ciężarna musi 2 tyg. przed porodem dostawać leki przeciwwirusowe, po to żeby wytłumić ładunek wirusa w jej krwi. Natomiast noworodek tej kobiety, niezależnie czy jest zakażony czy nie, musi dostawać profilaktycznie leki przeciwwirusowe przez 4 tyg. Takie postępowanie gwarantuje mniejsze ryzyko zakażenia noworodka. Techniki te bardzo sprawdziły się w Afryce, ponieważ tam kobiety raczej w sposób nieplanowany zachodzą w ciążę i rodzą dzieci nie znając swojego statusu zakażenia HIV. Po roku 2000 wprowadzono dyrektywę WHO ochrony ciężarnej i noworodka. Dzięki wprowadzeniu tej profilaktyki okołoporodowej o 70% zmniejszyła się zakaźność noworodka, nawet jeśli matka była zakażona.

A czy nosicielstwo wirusa HIV jest przeciwwskazaniem do porodu naturalnego?

Nie ma takich przeciwwskazań. Były robione badania na kobietach afrykańskich, które nie potwierdziły wyższości cesarskiego cięcia nad porodem siłami natury. Czyli kobieta, która jest dobrze prowadzona podczas ciąży, jeżeli jest zakażona wirusem HIV i ma niewykrywalną wiramię w dniu porodu, wówczas może rodzić siłami natury i ma dużą szansę na urodzenie zdrowego dziecka. Jeśli kobieta o swoim zakażeniu nie wie i w dniu porodu ma bardzo wysoką wiramię (a to oczywiście da się zmierzyć laboratoryjnie), to rzeczywiście jest to wskazanie do cesarskiego cięcia oraz do rozpoczęcia farmakoprofilaktyki u matki i noworodka. ■



Malina Wieczorek

Prezes Fundacji SM-walcz o siebie

Kobiety z SM

Szczególną uwagę wśród osób żyjących z SM zwracają kobiety. Diagnozę dostają jako osoby młode, w okresie rozrodczym, chcące planować swoje życie rodzinne. To około dwóch trzecich zachorowań w stosunku do mężczyzn.

Tymczasem, jak pokazują prowadzone przez Fundację SM-walcz o siebie badania, temat ciąży w dalszym ciągu nie jest traktowany priorytetowo podczas planowania terapii. W trakcie wizyt najrządziej zadawanym pytaniem okazuje się to o plany rodzicielskie – aż połowa kobiet nie była pytana o to, czy chciałaby urodzić pierwsze czy kolejne dziecko.

Być może zależy to od mniej lub bardziej otwartej postawy samej pacjentki. My zachęcamy do dzielenia się swoimi planami z lekarzem, do zadawania pytań, do bycia partnerem w całym procesie leczenia. Przeprowadzony panel badawczy wskazuje, iż osoby, które były pytane przez lekarza o różne aspekty swojego życia mają poczucie, że lekarz uwzględnił tę wiedzę przy rekomendowaniu im konkretnej formy leczenia. W SM zaczynamy mówić o personalizacji leczenia,

ale to wymaga aktywnego udziału pacjenta w procesach dotyczących ścieżki leczenia.

Wracając do młodych kobiet z SM. W chwili obecnej w trakcie ciąży możemy stosować jeden lek, ale są informacje, iż kolejne leki z grupy interferonów są dopuszczane przez amerykańskie agencje medyczne do stosowania w ciąży. To znane leki, mające korzystny profil bezpieczeństwa. W lekach bardziej zaawansowanych wiemy dokładnie jak postępować, kiedy chcąc zająć w ciąży odstawić lub zmienić leczenie. Dlatego tak ważne jest wspólne z lekarzem planowanie życia rodzinnego.

W przypadku życia z SM, życia z chorobą przewlekłą świadomość samego siebie jest niezwykle ważna. Pozwala przygotować się na różne sytuacje, uniknąć pułapek. My wiedzę z zakresu samego leczenia, ale też wielu aspektów życia, w tym rodzinnego, seksualnego, z zakresu psychologii, budowania kariery zawodowej przekazujemy poprzez portal Szkoła Motywacji. (szkola-motywacji.pl), w tym roku wyróżniony Laurem Eksperta. Zachęcam do oglądania. ■

SM to przewlekła choroba ośrodkowego układu nerwowego. Objawy SM różnią się w zależności od pacjenta i bywają nieprzewidywalne. Mogą do nich należeć: męczliwość lub zmęczenie, zamglone widzenie w jednym oku lub w obojgu oczach, podwójne widzenie, zawroty głowy, niewyraźna mowa, odrętwienie i mrowienie, osłabienie co najmniej jednej kończyny, sztywność mięśni i utrata kontroli nad pęcherzem.

Stwardnienie ROZSIANE

Diagnoza. To czas by działać! Indywidualne rozwiązania, wcześniej podjęta terapia i kompleksowe podejście sprawdzają się w SM najlepiej, zarówno w postaciach rzutowych, jak i postępujących.

LICZY SIĘ CZAS – SM WALCZ O SIEBIE!

sm-walczosiebie.pl | szkola-motywacji.pl



Walka z rakiem jajnika



Dr n. med. Małgorzata Stawicka – Niełacna

Katedra Genetyki Klinicznej i Patomorfologii
Uniwersytetu Zielonogórskiego
Centrum Konsultacyjno – Diagnostyczne GenOn Poznań



Dr hab. n. med. Lubomir Bodnar

Oddział Kliniczny Onkologii i Immunoonkologii
SPZOZ MSWiA z Warmińsko- Mazurskim
Centrum Onkologii w Olsztynie

Statystyki dotyczące raka jajnika wskazują, że jest to choroba bardzo trudna w diagnostyce i niestety w większości przypadków wykrywana w zaawansowanym stadium. Czy dysponujemy zatem działaniami profilaktycznymi, które mogą pomóc w identyfikacji czynników ryzyka zachorowania na ten nowotwór, jaki wpływ na leczenie ma typologia pacjentek z mutacją genu *BRCA*, na te i inne pytania odpowiadają nasi eksperci w edukacyjnym panelu.

Co to są mutacje genów *BRCA*, co powodują, dlaczego istotna jest ich diagnostyka?

Od ponad 20 lat znane są dwa geny *BRCA1* i *BRCA2*. Nazwa pochodzi od angielskiego skrótu BReast CAncer (rak piersi), bo pierwotnie głównie z tym nowotworem były kojarzone. Szybko okazało się jednak, że geny te związane są również w bardzo istotny sposób z powstawaniem raka jajnika. Oba są ważne dla prawidłowego funkcjonowania komórek. Geny *BRCA* należą do tzw. genów przeciwnowotworowych. Białka przez nie produkowane kontrolują wiele ważnych procesów takich jak naprawa uszkodzonego materiału genetycznego, kontrola podziałów komórki czy kontrola aktywności innych genów. Jeśli z jakiegoś powodu dochodzi do uszkodzenia w genach *BRCA*, czyli tzw. mutacji, geny, a w konsekwencji produkowane przez nie białka nie działają prawidłowo, co wpływa na ryzyko zachorowania lub rozwój nowotworów.

Od dawna lekarze kierują pacjentów na badania diagnostyczne w celu oceny występowania mutacji w genach *BRCA*.

Dlaczego warto diagnozować mutacje w genie *BRCA1* lub *BRCA2* u wszystkich kobiet, które zachorowały na raka jajnika?

Diagnostyka mutacji w genach *BRCA* u chorych na raka jajnika jest bardzo ważna. Częstość występowania mutacji w genach *BRCA* w raku jajnika jest bardzo wysoka. Jeśli zbadamy wszystkie chore na raka jajnika, to okaże się, że w ok. 18% będą one nosicielkami mutacji dziedzicznych w genie *BRCA1* lub *BRCA2*, a w ok. kolejnych 7% wystąpią mutacje tzw. somatyczne tylko w tkance nowotworowej. Oznacza to, że średnio 1/4 chorych na raka jajnika ma mutację, która może wpłynąć na sposób ich leczenia.

W tym miejscu warto wyjaśnić różnicę między mutacjami dziedzicznymi a somatycznymi. Mutacje dziedziczne mogą być przekazywane z pokolenia na pokolenie. W przypadku genów *BRCA* mutacje takie odpowiadają za tzw. zespoły dziedzicznego raka piersi i / lub jajnika. W rodzinach, w których mutacja jest dziedziczna, często choć nie zawsze obserwujemy przypadki zachorowań w kolejnych pokoleniach. Z kolei mutacje somatyczne występują tylko w komórkach nowotworowych np. w raku jajnika. Nie są dziedziczne z pokolenia na pokolenie, ale ich wystąpienie podobnie jak w przypadku mutacji dziedzicznych wpływa na możliwość leczenia celowanego z użyciem inhibitorów PARP.

Biorąc pod uwagę, częstość występowania mutacji w genach *BRCA*, postęp w leczeniu raka jajnika oraz możliwości opieki nad zdrowymi nosicielkami, konieczna jest diagnostyka mutacji optymalnie w momencie rozpoznania choroby. Nie bez znaczenia jest również wybór metody badania, tak aby u chorej oba geny zostały zbadane w całości. Umożliwia to nowoczesna technologia sekwencjonowania genów nowej generacji tzw. NGS (ang. Next Generation Sequencing).

Jak wygląda kwalifikacja do bezpłatnego badania mutacji w genach *BRCA1* i *BRCA2* w Polsce?

Dla pacjentek z rozpoznaniem raka jajnika, dostępna i rekomendowana jest przede wszystkim diagnostyka refundowana przez NFZ. Takie badanie należy zrobić z materiału pobranego w trakcie zabiegu operacyjnego lub z błočka archiwalnego, w przypadku pacjentki leczonej wcześniej.

W obu przypadkach diagnostyka dotyczy oceny występowania mutacji patogennych w obu genach *BRCA* w tkance raka jajnika.

Drugą opcją jest badanie w ramach realizowanego programu Ministerstwa Zdrowia. Jego celem jest skuteczna diagnostyka grupy wysokiego ryzyka raka piersi i jajnika, w celu prowadzenia celowanej profilaktyki pierwotnej i wtórnej.

Ostatnia refundowana możliwość badania to specjalistyczne poradnie genetyczne, jednak w tym przypadku, ze względu na limity świadczeń problemem jest długi czas oczekiwania.

Obecność mutacji w genach *BRCA1* lub *BRCA2* u chorej na raka jajnika wpływa też na diagnostykę u członków jej rodziny.

Tak to ważna kwestia, jeśli myślimy o kompleksowym wykorzystaniu informacji o wykrytej mutacji w genie *BRCA1* lub *BRCA2*. Jeśli diagnostyka rozpoczyna się od chorej na raka jajnika pacjentki i od tkanki nowotworowej, to w momencie wykrycia mutacji, nie wiemy czy jest to mutacja dziedziczna czy somatyczna. Konieczna jest ocena charakteru dziedzicznej mutacji, co nie jest trudne i polega na sprawdzeniu, czy mutacja występuje również w innych tkankach. Wystarczy zbadać pod tym kątem próbkę krwi, śliny lub wymaz z jamy ustnej pacjentki. Jeśli okaże się, że mutacja jest dziedziczna, to ta informacja jest niezwykle ważna dla całej rodziny pacjentki. Dzięki niej w łatwy i tani sposób możemy ustalić kto w rodzinie jest również nosicielem tej konkretnej mutacji (tzw. markerowej dla rodziny), a więc kto jest narażony na wysokie ryzyko zachorowania, a także kto może dalej taką mutację przekazać swoim dzieciom.

Podsumowując, diagnostyka mutacji w genach *BRCA* powinna dotyczyć każdej pacjentki chorej na raka jajnika, najlepiej w momencie rozpoznania choroby. Powinna uwzględniać kompleksową diagnostykę genetyczną chorej oraz zdrowych osób w rodzinie nosicielki, rodzinne poradnictwo onkogenetyczne, czego efektem jest prawidłowa profilaktyka i celowane leczenie. Postępowanie takie powinno być więc codzienną i rutynową praktyką kliniczną. ■

Dlaczego rak jajnika jest najgorzej rokującym nowotworem ginekologicznym?

Po pierwsze, choroba nie ma określonej symptomatologii, jej objawy są dosyć niespecyficzne i pojawiają się bardzo późno, kiedy zazwyczaj nowotwór jest już w zaawansowanym stadium. Sygnały takie jak: utrzymujące się wzdęcia, bóle brzucha, uczucie pełności, powiększanie się obwodu brzucha, parcie na pęcherz są bagatelizowane przez same pacjentki i najczęściej spowalniają poszukiwanie pomocy medycznej.

Po drugie, wciąż nie dysponujemy możliwościami skutecznego screeningu raka jajnika, co ma miejsce w przypadku innych nowotworów.

Jakie są najważniejsze czynniki ryzyka występowania tego nowotworu?

Najistotniejszą rolę odgrywają mutacje genetyczne i związane z nimi rodzinne zespoły dziedzicznego raka piersi i jajnika. Często i nie bez przyczyny przywołuje się tu nosicielstwo mutacji genów *BRCA1* i *BRCA2*, gdyż dotyczy ono aż 25% przypadków.

Istnieją również inne czynniki, ale są już mniej specyficzne, takie jak bezdzietność, długotrwałe leczenie niepłodności, hormonalna terapia zastępcza czy rodzinne występowanie dziedzicznego niepolipowatego raka jelita grubego.

Co jest podstawą ustalenia odpowiedniego postępowania terapeutycznego u chorej, jakie znaczenie ma stadium rozpoznania choroby?

Właściwa klasyfikacja diagnostyczna i określenie stopnia zaawansowania nowotworu pozwala dopasować dany schemat leczenia. Na pierwszych etapach zaawansowania choroby, obecnie dysponujemy narzędziami szeroko rozumianej chirurgii, w przypadku której (jeśli oczywiście pozwala na to kwalifikacja) celem staje się całkowita resekcja, czyli całkowite usunięcie guza bądź cytoredukcja – czyli usunięcie jak największej ilości resztek choroby. W przypadku raka jajnika im wyższy stopień zaawansowania nowotworu, tym chirurgia staje się mniej skuteczna. Jako leczenie podstawowe stosujemy również chemioterapię, opartą na związkach platyny, która obejmuje kilka linii leczenia. W zależności od tej kwalifikacji często stosuje się leczenie systemowe skojarzone z najnowszymi lekami. Do tej grupy należą m.in. leki antyangiogenne, które w skojarzeniu z chemioterapią są dedykowane pacjentkom, z chorobą rozpoznaną w stadiach zaawansowanych.

Należy przyznać, że rak jajnika w większości przypadków to choroba przewlekła, składająca się z następujących po sobie wznów i okresów wolnych od objawów. Ogromny wpływ wywarły na to zarejestrowane w ostatnich latach leki, które przedłużają życie pacjentek po nawrocie raka jajnika. Na uwagę zasługują inhibitory PARP, które dedykowane są szczególnie pacjentkom, u których rak rozwinął się na podłożu mutacji w genach *BRCA1/2* i to one odnoszą największe korzyści z tej terapii.

Leki te u chorych z takimi genetycznymi predyspozycjami dają ogromne szanse znacznego wydłużenia czasu bez objawów choroby. Na razie stosowane są tylko w kolejnych rzutach leczenia, jednak wierzymy że wkrótce leki z grupy inhibitorów PARP będą dostępne również na wcześniejszych etapach leczenia.

W jaki sposób wykrycie mutacji w genach *BRCA1* lub/i *BRCA2* u kobiet chorych na raka jajnika, wpływa na wybór optymalnego schematu leczenia?

Na ten moment, niestety nie wpływa jeszcze na wybór leczenia w pierwszym rzucie choroby, ale mamy nadzieję, że to się wkrótce zmieni. Natomiast odgrywa istotnie znaczenie przy wyborze terapii w momencie progresji choroby. Dysponujemy obecnie leczeniem dedykowanym i refundowanym pacjentkom, u których nowotwór rozwinął się właśnie na podłożu mutacji zarodkowej, czyli stwierdzonej we wszystkich komórkach organizmu, tzw. mutacji germlinalnej, jak i w samym guzie nowotworowym, tzw. mutacji somatycznej. Szacuje się, że aż 1/4 chorych ma raka z takimi zaburzeniami genetycznymi i to właśnie u nich, dzięki zastosowaniu inhibitorów PARP mamy szansę uzyskiwać konkretne korzyści kliniczne w postaci wydłużenia czasu wolnego od choroby.

Jakie znaczenie mają działania prewencyjne w przypadku kobiet ze zdiagnozowanym wysokim ryzykiem zachorowania? Proszę nam wytłumaczyć, na czym polega zespół dziedzicznego raka jajnika?

Jest to zaburzenie związane z występowaniem rodzinnej predyspozycji do tego nowotworu. Najczęściej związane są z występowaniem nosicielstwa mutacji w genach *BRCA1* i/lub *BRCA2*. Zespół ten powinien być rozpoznawany z wywiadu i spełniać kryteria wysokiego ryzyka. O takowych mówimy w momencie, kiedy np. w rodzinie danej kobiety (u krewnych I i II stopnia) wystąpiły co najmniej dwa przypadki raka jajnika i/lub raka piersi. Jednak wywiad każdego zachorowania w rodzinie na raka piersi i jajnika powinien skłonić pacjentki do zgłoszenia się do poradni genetycznej. ■

Zrosty pooperacyjne



Nie zawsze istnieje możliwość porodu naturalnego. Czasem jest konieczny poród przez cesarskie cięcie. Wbrew niektórym potocznym opiniom, jest to zabieg operacyjny w obrębie jamy brzusznej mogący nieść ze sobą szereg powikłań śród- jak i pooperacyjnych. Cięcie cesarskie, jak każda inna operacja może wiązać się z ryzykiem powstania zrostów pooperacyjnych.

Cesarskie cięcie jest w chwili obecnej najczęściej wykonywaną operacją spośród wszystkich operacji położniczych. Coraz więcej porodów zarówno w Polsce, jak i na świecie odbywa się właśnie tym sposobem. Zarówno poród sposobem naturalnym, jak i drogą cięcia cesarskiego posiada swoje plusesy i minusy, a lekarz prowadzący rozważania dotyczące poszczególnych wskazań i przeciwwskazań obu sposobów rozwiązania powinien przedyskutować również z ciężarną. Choć wielu kobietom z różnych powodów może wydawać się, że poród drogą cięcia cesarskiego będzie lepszym rozwiązaniem, należy mieć na uwadze fakt, że tak jak każda inna operacja, tak i ta niesie za sobą pewne ryzyko powikłań m.in. powstania zrostów.

Zrosty pooperacyjne są efektem nieprawidłowego zrośnięcia się rany, wskutek czego mogą one powstawać nie tylko w linii łączenia jej brzegów, ale także w jej okolicy. To natomiast prowadzi do tego, że zrastają się ze sobą struktury, które nie były ze sobą połączone przed operacją oraz nie powinny być połączone po prawidłowym zrośnięciu i wygojeniu się rany. W wyniku przecięcia a czasami nawet podrażnienia przez chirurga powłok i leżących niżej tkanek, tak jak ma to miejsce np. w przypadku cesarskiego cięcia, w organizmie uruchamiane są procesy naprawcze. Dochodzi do wykrzepiania krwi, co ma na celu zahamowanie dalszego krwawienia z danego miejsca oraz zaczyna stopniowo odtwarzać się ciągłość przerwanych tkanek. W miejscu połączenia dochodzi do regeneracji nabłonka pokrywającego się włóknikiem i powstania blizny. Kiedy włóknik oprócz obszaru rany, zaczyna pokrywać również okoliczne obszary, dochodzi do nieprawidłowego zrastania się poszczególnych tkanek i powstawania zrostów.

Zrosty należą do częstszych powikłań występujących nie tylko po operacjach położniczych m.in. cesarskiego cięcia, ale mogą wikać również inne zabiegi np. przeprowadzane na narządach jamy brzusznej. Mogą dawać dokuczliwe objawy w postaci bólu i dyskomfortu, a w niektórych przypadkach utrudniać prawidłowe zapłodnienie i rozwój kolejnej ciąży. Istnieją pewne czynności, które po zastosowaniu przez zespół operujących mogą zmniejszyć ryzyko ich powstania, jednak należy pamiętać o tym, że nie ma obecnie techniki, która byłaby w stanie całkowicie wyeliminować możliwość tworzenia się zrostów w obszarze operowanych przez zabiegowców tkanek. ■

Zrosty w przebiegu pooperacyjnym mogą prowadzić do poważnych powikłań w postaci:

1. niedrożności jelit – jest to najpoważniejsze powikłanie, które najczęściej wymaga leczenia operacyjnego (powtórnej operacji), uwolnienia zrostów i przywrócenia drożności przewodu pokarmowego
2. dysfunkcji przewodu pokarmowego związanej ze zwężeniem jelita, co powoduje wzdęcia i dolegliwości bólowe
3. niepłodności – zrosty zlokalizowane w miednicy małej i wewnątrz narządu rodowego (np. po cięciu cesarskim)
4. zespołów bólowych

Zrosty stanowią codzienny problem praktyki chirurgicznej, są najczęściej występującym powikłaniem pooperacyjnym i główną przyczyną uporczywych i przewlekłych dolegliwości bólowych. Badania i obserwacje potwierdzają, że zrosty powstają nawet u 95% pacjentów po laparotomii (klasycznej operacji z otwarciem powłok brzusznych).

Czeka Cię operacja ginekologiczna?

Zapytaj swojego lekarza
www.zrosty.pl

Czeka Cię poród przez cięcie cesarskie?

Czy wiesz, że...
cesarskie cięcie wiąże się z ryzykiem powstania zrostów?

Czy wiesz, że...
Zrosty mogą utrudnić kolejny poród przez cesarskie cięcie?

Czy wiesz, że...
Zrosty mogą powodować przewlekłe bóle brzucha?

Czy wiesz, że...
Jest sposób zapobiegania powstawaniu zrostów?

Hyalobarrier Gel - produkt w formie żelu, którym pokrywa się operowane pole.
Hyalobarrier Gel - rozważ jego zakup przed planowanym porodem przez cięcie cesarskie i porozmawiaj o tym z lekarzem.

Więcej informacji znajdziesz na stronie
www.zrosty.pl

Zapytaj swojego lekarza
www.zrosty.pl

**Dr n. med. Tomasz Ciszewski**

Kierownik Oddziału Onkologicznego z Pododdziałem
Dziennej Chemioterapii Wojewódzkiego Szpitala
im. Św. Ojca Pio w Przemyślu

Zaawansowany rak piersi to choroba przewlekła, która często wymaga długotrwałego leczenia. Jak ważna w tym procesie jest indywidualizacja terapii?

Rzeczywiście, rak piersi to zróżnicowana choroba wymagająca od lekarza dokładnej analizy różnych czynników. W uproszczeniu można je podzielić na dwie grupy – pierwsza dotyczy cech choroby – takich jak stopień złośliwości guza czy ekspresja różnych receptorów a także stadium zaawansowania nowotworu, umiejscowienie przerzutów lub obecność objawów schorzenia. Jednak w indywidualnym podejściu do sytuacji konkretnego pacjenta należy również wziąć pod uwagę drugą grupę czynników – charakteryzującą chorego – jego stan ogólny, wiek a także obecność chorób towarzyszących, szczególnie w kontekście spodziewanej toksyczności terapii. W nowoczesnym podejściu do indywidualizacji leczenia bierzemy również pod uwagę preferencje pacjentki, czynniki psychospołeczne takie jak na przykład poczucie bezpieczeństwa w trakcie terapii czy stopień aktywności zawodowej, a nawet potrzeby estetyczne, jak chęć zachowania włosów.

Czy pacjentka powinna uczestniczyć w podejmowaniu decyzji o doborze terapii?

Jestem zwolennikiem dokładnego omówienia z pacjentem opcji terapeutycznych, które są najlepsze w jego sytuacji. Takie też są zalecenia towarzystw onkologicznych. Rolą lekarza jest przedstawienie zarówno potencjalnych korzyści, jak i działań niepożądanych, które mogą wpłynąć na jakość życia pacjentów. Rozmowa powinna być prowadzona w taki sposób, aby wspierała chorego w wyborze najbardziej optymalnej dla niego opcji.

Przy doborze formy leczenia należy zwrócić uwagę na różne czynniki, jakie?

Przed wszystkim należy wziąć pod uwagę spodziewaną skuteczność nowotworu na wybrany sposób terapii, co przekłada się na skuteczność. Z drugiej strony należy uwzględnić toksyczność terapii wobec konkretnego pacjenta, który ma własną indywidualną historię dotychczasowego leczenia zarówno choroby nowotworowej, jak i innych schorzeń. W przypadku pacjentek, które nie wykazują objawów choroby należy zwracać szczególną uwagę na jakość życia i unikanie działań niepożądanych leczenia, bo terapia jest często długotrwała. Inne podejście będzie dotyczyło chorych z nasilonymi objawami choroby, które czasami mogą bezpośrednio zagrażać życiu pacjentek – wówczas leczenie powinno być, o ile to możliwe agresywne.

Jakie miejsce w tej drabinie leczenia zajmuje chemioterapia doustna?

Chemioterapię doustną w raku piersi stosujemy zwłaszcza u pacjentek z zaawansowaną, uogólnioną chorobą, chociaż w ostatnich latach coraz więcej mówi się o jej znaczeniu w bardzo wyselekcjonowanych grupach w trakcie leczenia radykalnego, po zabiegu operacyjnym. W większości sytuacji chemioterapia w tabletkach proponowana jest pacjentkom po zastosowaniu wcześniejszych opcji terapeutycznych, uważanych za bardziej aktywne w raku piersi, takich jak antracykliny i taksany, które są stosowane na wcześniejszych etapach choroby w formie doustnej. Pamiętam jednak jeden z wykładów Fatimy Cardoso, onkologa o światowym autorytecie w leczeniu zaawansowanego raka piersi, która jako przykład indywidualizacji terapii podawała sytuację młodej, aktywnej zawodowo pacjentki, która po

rozmowie z lekarzem, jako pierwszą wybrała formę doustną chemioterapii, bo była ona dla niej najwygodniejsza i nie niosła za sobą dużego ryzyka wyłysienia. Istnieje jeszcze jedna metoda leczenia z wykorzystaniem doustnej formy chemioterapii – tzw. terapia metronomiczna. Jest to sposób podawania cytostatyków, najczęściej w formie tabletek, który powoduje najmniej działań niepożądanych, bo dawki leków podawanych jednorazowo są mniejsze i niejako rozłożone na kilka dni. Zamiast podawać dużą dawkę leku na przykład raz w tygodniu podawane są mniejsze dawki kilka razy w tygodniu, co jest lepiej tolerowane przez pacjentów. Terapia taka może być opcją szczególnie pomocną u obciążonych, starszych i „kruchych” pacjentek.

Jak chemioterapia doustna wpływa na jakość życia pacjenta w trakcie leczenia?

Na pewno chemioterapia doustna ma wiele zalet w odniesieniu do jakości życia w porównaniu do doustnej. Pacjent nie musi być narażony na nieprzyjemne wkłucia, spędza dużo mniej czasu w ośrodku onkologicznym. Nie musi być przyjmowany do oddziału na kilkudniowe pobyty, a zaoszczędzony czas, który jest tak cenny w zaawansowanej chorobie nowotworowej może przeznaczyć na realizację osobistych planów czy relację z bliskimi. Forma tabletkowa leczenia, które może być stosowane w warunkach domowych, wpływa również pozytywnie na psychikę pacjenta, bo leczenie doustne czy przebywanie w szpitalu zawsze kojarzy się z poczuciem ciężkości choroby. Należy pamiętać, że chemioterapia doustna ma również swoje działania niepożądane i nie jest to leczenie obojętne. Nie wolno również zapominać o niezbędnym poinstruowaniu pacjenta, jak powinien zażywać lek i o tym jak ważne jest regularne i dokładne jego stosowanie. ■

❓ Rak piersi – co każda kobieta chce i powinna wiedzieć

Rak piersi, ale...

**Elżbieta Kozik**

Prezes organizacji
Polskie Amazonki Ruch Społeczny

...co dalej?

Kobiety wciąż mają niską świadomość dotyczącą raka piersi. Lekarz, do którego udają się z wynikami, które często są dla nich „jak wyrok”, powinien być pierwszym wsparciem na drodze do leczenia. Chore kobiety muszą wiedzieć, z czym się zmagają i jak należy to robić. To wiedza, choć „nie po naszej myśli”, pozwala urzeczywistnić chorobę i podejść do niej zadaniowo. Lekarz wprowadza chore do tematyki możliwości leczenia, a te wraz z upływem lat i postępem medycyny są coraz lepsze. Może je również podbudować, zachęcić do zmiany stylu życia (diety, aktywności) czy chociażby właśnie do poznania choroby, z którą przyszło im się zmagać poprzez różnego

rodzaju materiały edukacyjne, a także kontakt z organizacjami pacjenczkami, takimi jak Amazonki. Lekarz musi mieć świadomość, że to od niego pacjentki oczekują drogowskazu, gdzie iść dalej.

...dlaczego ja?

Często kobiety zadają sobie pytanie „czy to moja wina, że zachorowałam?”. Wynika to z braku świadomości, dlaczego i jak rozwija się rak piersi. Tu również potrzebna jest interwencja lekarza. Jak rozwija się rak piersi, jakie są czynniki ryzyka i w konsekwencji – jak nieprzewidywalna jest ta choroba. Mnogość czynników ryzyka, to również informacja, którą pacjentka może pozyskać od lekarza.

Obwinianie się kobiet o chorobę wpływa negatywnie na ich nastawienie do leczenia, obniża ich motywację, która jest przecież tak bardzo istotna w walce z chorobą. Nie są pierwszymi, ani ostatnimi kobietami, które zmagają się z rakiem piersi. Trzeba nauczyć je traktować chorobę, jak kolejne doświadczenie, które pozwoli patrzeć na życie z większym dystansem, ale przede wszystkim, wobec której podejmą działania.

...z kim mogę porozmawiać?

Nie zawsze kobiety chcą rozmawiać z rodziną na temat choroby. Warto więc pokierować je do odpowiednich ośrodków, stowarzyszeń, organizacji, czy chociażby do psychoonkologa. Mogą jednak znaleźć także kogoś ze swojego bliskiego otoczenia – osoby, które ją dobrze znają i przede wszystkim będą dla niej wsparciem.

...mam jeszcze tyle do zrobienia

Choroba nie zamyka drzwi do nowych wyzwań. To może być czas, aby zrobić coś wyjątkowego. Często różne powody odciągają kobiety od tego co chciałyby naprawdę zrobić w życiu, może to właśnie ten moment żeby przestać się bronić? Może są pasje, które chciały rozwijać, ale nie było okazji? Niech choroba będzie szansą na otwarcie drzwi, których dotąd bały się otworzyć.

Przełamanie tabu zaawansowanego raka piersi

Społeczeństwo zrobiło krok do przodu – o raku piersi mówi się głośno. Jest jednak wiele kobiet, które o swojej chorobie dowiaduje się

zbyt późno. Mówi się o tym niewiele, ponieważ raka piersi jest o wiele trudniej pokonać w zaawansowanym stadium, a codzienne życie z zaawansowaną chorobą jest dużo bardziej złożone niż czarno – biała wizja nowotworu tak często prezentowana na łamach kolorowych mediów: wygrał lub przegrał walkę z rakiem.

To bardzo istotne, aby obudzić świadomość społeczną, że z zaawansowanym rakiem piersi można nie tylko żyć, ale również w pełni się tym życiem cieszyć. Należy przełamać barierę lęku, jaka budzi się w ludziach, kiedy dowiadują się o zaawansowanej chorobie nowotworowej. Chory musi mieć świadomość, że mimo zaawansowanego stadium raka może pracować, spełniać swoje pragnienia i być wartościowym członkiem społeczeństwa.

Nie rezygnuj z pracy

Choroba nowotworowa nie musi oznaczać rezygnacji z pracy. Pacjentów powinno się zachęcać, aby wracali na swoje stanowiska, a tak naprawdę, wracali do normalnego życia. To szansa na poprawę ich samooceny, wzrost pewności siebie, ale także większa motywacja do walki z chorobą. ■



Lek. med. Robert Gizler

Specjalista ginekolog-położnik,
dyrektor medyczny w InviMed Wrocław

In vitro szansą na rodzicielstwo

Dla wielu par, jedyną metodą pozwalającą spełnić marzenia o rodzicielstwie, jest in vitro.

Czego Pacjenci obawiają się najbardziej? Niepowodzenia. Na sukces in vitro wpływa bowiem szereg czynników, często niezależnych od Pary, starającej się o dziecko.

W Polsce działa wiele ośrodków leczenia niepłodności. Pacjentom, szczególnie tym będącym na początku swojej ścieżki terapeutycznej, nierzadko trudno jest zdecydować się na jedną placówkę. Gdyby był Pan pacjentem, na co zwróciłby Pan uwagę przy wyborze kliniki leczenia niepłodności?

Diagnostyka i leczenie niepłodności jest procesem złożonym i niekiedy długotrwałym, pacjenci więc powinni przygotować się na to, że z ośrodkiem leczenia niepłodności „zwiążą się” na dłuższy okres. Na pewno wybierałbym ośrodek o uznanej renomie, funkcjonujący na rynku od co najmniej kilku lat, oferujący swoim podopiecznym pełen zakres zarówno działań diagnostycznych jak i leczniczych. Oczywiście drugim, równie ważnym czynnikiem jest skuteczność działania wyznaczana odsetkiem ciąż i urodzeń u par leczących się w danym miejscu. Większość ośrodków chwali się na swoich stronach fantastycznymi wynikami, ale do opracowań statystycznych należy podchodzić ostrożnie, bo odpowiedni dobór wskaźników może znacząco poprawiać wizerunek – np. podawanie efektów tylko w grupie młodych pacjentek albo w przeliczeniu na transfer zarodków w wysokim stopniu rozwoju. Dobrym wskaźnikiem efektywności kliniki byłyby ujednolicone wyniki programu rządowego z lat 2015-17 (dostępne na stronie Stowarzyszenia „Nasz Bocian”). Kolejnym czynnikiem jest poziom obsługi klienta – najlepiej udać się do danej kliniki na wizytę pierwszorazową i ocenić samemu, czy atmosfera będzie nam odpowiadać – i nie chodzi tu tylko o wystrój wnętrz, ale głównie o przyjazność personelu, obsługę, jasność i transparentność kosztów, sposób przekazywania informacji i jej zrozumiałość. Ponieważ problem niepłodności w chwili obecnej jest bardzo powszechny można też zasięgnąć informacji wśród znajomych albo poszukać na forach internetowych. Istotna jest też dostępność usług i tu, paradoksalnie, wybierałbym raczej kliniki z dużą ilością pacjentów niż takie, w których poczekalnie świecą pustkami.

Dlaczego w leczeniu niepłodności ważny jest jeden lekarz prowadzący i indywidualna ścieżka leczenia?

Diagnostyka i leczenie niepłodności zawsze wymaga zastosowania pewnej metodyki i posiadania jasno określonego planu postępowania. Lekarz podejmujący się leczenia powinien posiadać bardzo skonkretyzowaną wizję i schemat podejmowania kolejnych kroków w określonej sytuacji klinicznej. Podobnie para przystępująca do leczenia oczekuje także konkretnego planu, określonego i doprecyzowanego w czasie, jasno przedstawionego im w trakcie wizyt. Takie postępowanie buduje zaufanie między pacjentami a lekarzem i stanowi dla pary doskonałe wsparcie i motywuje do konsekwentnego działania. Brak

tego wszystkiego, brak jasnych wytycznych, zmienianie kierunku działań w trakcie, niezdecydowanie, powtarzanie nieskutecznych kroków, takie „chodzenie w kółko” wokół tematu, a zwłaszcza brak pełnego i kompleksowego potraktowania problemu niepłodności, wywołuje zniechęcenie i zmęczenie pacjentów. Jeżeli pacjenci są traktowani przedmiotowo – od procedury do procedury – z pominięciem istotnego czynnika komfortu psychicznego, spadają szanse powodzenia a rośnie ryzyko przerwania leczenia.

Zgodnie z ustawą, tylko w przypadkach, w których inne metody leczenia nie dają szans na dziecko, można od razu przejść do leczenia metodą in vitro. Jak to wygląda?

Klasycznym wskazaniem jest obustronna niedrożność jajowodów. Jajowód jest strukturą niezbędną do zapłodnienia i jego brak lub dysfunkcja uniemożliwia zajście w ciążę w sposób naturalny. Jajowody mogą zostać zniszczone w wyniku stanów zapalnych w obrębie miednicy mniejszej (np. po zapaleniu wyrostka czy zapaleniu przydatków) albo mogą być zniszczone przez ciężą pozamaciczną zlokalizowaną w jajowodach.

Endometrioza miednicy mniejszej w stadium zaawansowanym stanowi drugie wskazanie do IVF. W endometriozie prawidłowa tkanka wyścielająca jamę macicy występuje też w innych miejscach - na narządach miednicy mniejszej, jelitach, za otrzewną, prowadząc do stopniowego niszczenia jajników i dysfunkcji narządu rodowego. W 98% endometrioza w wysokim stopniu zaawansowania idzie w parze z niepłodnością.

Kolejnym wskazaniem jest ciężki czynnik męski, czyli zbyt niska liczebność prawidłowych plemników w nasieniu. Jeżeli mamy poniżej 3 milionów plemników w mililitrze ejakulatu to szanse poczęcia naturalnego są znikome.

Na końcu mamy tzw. czynnik jajnikowy, czyli chroniczny brak owulacji i brak możliwości wywołania owulacji innymi metodami – czy to farmakologicznymi, czy chirurgicznymi.

Kiedy należy się zgłosić do kliniki leczenia niepłodności?

Zalecenia mówią o roku bezskutecznych starań, ale jest to zasada bardzo ogólna. Jeżeli kobieta ma powyżej 36 lat, występują zaburzenia cyklu miesięczkowego lub poważne choroby ogólnoustrojowe np. cukrzyca czy leczenie w przeszłości, np. z powodu chorób nowotworowych lub rozległe zabiegi chirurgiczne, należy zgłosić się do kliniki diagnostyki i leczenia niepłodności po okresie krótszym – około 6 miesięcy starań. ■



Mgr Bartłomiej Wojtasik

Z-ca Dyrektora ds. Embriologii Klinik InviMed, ESHRE Senior Clinical Embryologist, Embriolog kliniczny PTMRI

Na czym polega zapłodnienie in vitro?

Procedura IVF polega na zapewnieniu warunków, które pozwalają na pozaustrojową interakcję komórek rozrodczych pary, prowadzącą do pozyskania prawidłowo rozwijających się zarodków, które po podaniu do jamy macicy kobiety, podejmą rozwój skutkujący uzyskaniem ciąży. Metoda ta jest stosowana, w przypadku, gdy podczas starań naturalnych bądź na drodze innych metod lecze-

nia niepłodności, szanse na wytworzenia zarodka w organizmie kobiety są znacznie utrudnione bądź niemożliwe.

Czym się różni klasyczne in vitro od np. in vitro ICSI lub IMSI?

Klasyczne in-vitro to metoda, polegająca na umieszczeniu izolowanych komórek jajowych wraz z wcześniej przygotowanymi plemnikami, w specjalnym fizjologicznym roztworze, którego właściwości i skład imitują warunki panujące w jajowodzie. Plemniki, samodzielnie penetrują komórkę jajową, bez ingerencji embriologa, przez co zachodzące podczas zapłodnienia procesy są najbardziej zbliżone do naturalnych. Metodę stosuje się w przypadku, gdy wywiad niepłodnościowy, jakość i ilość pozyskanych komórek jajowych oraz parametry nasienia pozwalają na jej wykonanie. Jednym z głównych wskazań jest niedrożność jajowodów.

Techniki ICSI i IMSI, czyli procedury docytoplazmatycznego wprowadzenia plemnika do komórki jajowej, w odróżnieniu od klasycznego IVF, są metodami inwazyjnymi, jednak w pełni skutecznymi i bezpiecznymi. Stosuje się je w przypadku, gdy metoda klasycznego zapłodnienia IVF ma niskie, bądź nie ma szans powodzenia.

Głównym wskazaniem jest czynnik męski, czyli słaba jakość nasienia i plemników. Techniki polegają na wprowadzeniu plemnika do komórki jajowej, przy użyciu zaawansowanych narzędzi do mikromanipulacji pod kontrolą wysokiej klasy systemów optycznych. Plemniki są selekcjonowane przez embriologów na podstawie morfologii, czyli oceny budowy plemnika oraz żywotności i fizjologicznych cech czynnościowych np. reakcji z hialuronianem.

W czym może pomóc parze leczącej niepłodność metodą in vitro konsultacja z embriologiem? Dlaczego warto z niej skorzystać?

Embriolodzy dysponują szeroką wiedzą na temat leczenia niepłodności, zwłaszcza ze strony kluczowych, biologicznych aspektów funkcjonowania komórek rozrodczych i zarodków. Posiadane informacje stanowią uzupełnienie diagnostycznych i medycznych danych związanych z leczeniem niepłodności. Przekazane przez embriologa informacje, prowadzą do pełnego zrozumienia procesu leczenia przez pacjentów. ■

OGŁOSZENIE



InviMed

Kliniki leczenia niepłodności

Tu rodzi się szczęście



WWW.INVIMED.PL



500 900 888

Nasze kliniki: Warszawa • Wrocław • Poznań • Gdynia • Katowice



Reumatoidalne zapalenie stawów

Im wcześniej nastąpi właściwe rozpoznanie choroby oraz wdrożenie leczenia tym mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia trwałego uszkodzenia stawów, niepełnosprawności i innych powikłań. Dlatego w przypadku częstych bólów stawów oraz ich obrzęków należy jak najszybciej zgłosić się do lekarza.

Czym jest reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)?

RZS jest układową chorobą zapalną związaną z zaburzeniami w układzie immunologicznym, która rozpoczyna się w błonie maziowej stawów. Proces zapalny początkowo dotyczy stawów, następnie struktur okołostawowych i prowadzi do ich stopniowego uszkodzenia. Dodatkowo mogą rozwinąć się inne powikłania narządowe związane z chorobą np. zajęcie układu oddechowego, czy narządu wzroku. Nieleczona choroba prowadzi do rozwoju niepełnosprawności oraz przedwczesnej śmierci.

Jakie są objawy RZS?

Przebieg RZS jest indywidualny, jednak pewne objawy są wspólne dla większości pacjentów. Najczęściej obserwuje się:

- Ból stawu i jego obrzęk (manifestuje się poszerzeniem jego obrysów)
- Sztywność stawów, czyli potrzebę dłuższego uruchomienia ich w zakresie funkcjonowania codziennego – w RZS proces ten może trwać nawet kilka godzin w ciągu dnia, zwłaszcza rano
- Występowanie symetrycznego zapalenia stawów – zajęte są stawy po obu stronach ciała
- Inne niespecyficzne dolegliwości np. uczucie przewlekłego zmęczenia, stany podgorączkowe, bóle mięśni, utrata apetytu

Istota diety w chorobie

Współczesne badania naukowe dowodzą, że sposób odżywiania i dobór składników żywieniowych mają istotny wpływ na powstawanie rozmaitych chorób, a także ich przebieg. Odpowiednio skomponowana dieta w RZS wytlumia układ immunologiczny, obniża poziom kwasu arachidonowego, przyczynia się do zmniejszenia lub nawet wyeliminowania bólu, poprawy sprawności fizycznej co jest bardzo korzystne dla pacjenta.

Dieta w RZS powinna być pozbawiona używek (narkotyki, alkohol, nikotyna, kofeina, cukier), pełnowartościowa, urozmaicona, składać się z produktów naturalnych bogatych w składniki odżywcze: witaminy, minerały, fitohormony, błonnik, antyoksydanty. Ponadto uwzględniać indywidualne potrzeby organizmu pacjenta, w tym m.in. jego nietolerancje pokarmowe.

Zwiększenie ilości kwasów omega-3 w diecie u chorych na RZS sprawia, że proporcja przesuwają się na ich korzyść, co powoduje zmniejszenie zapalenia, bólu i zmniejsza aktywność choroby

Znaczenie kwasów tłuszczowych omega-3 i omega-6 dla organizmu

Kwasy tłuszczowe omega-3 i omega-6 są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Budują one błonę w komórkach, są prekursorami różnych substancji, które regulują ciśnienie krwi i proces zapalny. Organizm człowieka ma ograniczoną możliwość ich syntezy, dlatego powinny być one dostarczone z zewnątrz z pokarmem. Dla prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka istotna jest także nie tylko ilość kwasów tłuszczowych, ale także zachowanie odpowiedniej proporcji pomiędzy kwasami omega-3 a omega-6. Wiadomo bowiem, że kwasy omega-3 wykazują działanie przeciwzapalne, natomiast omega-6 w nadmiarze mają efekt nasilający zapalenie. Zaleca się by proporcja kwasów omega-3 do omega-6 wynosiła 1:4, choć najlepiej by było, aby 1:1.

Kwasy omega-3 znajdują się w różnych produktach żywnościowych. Długołańcuchowe kwasy omega-3 takie jak: kwas eikozapentaenowy (EPA) i kwas dokozaheksaenowy (DHA) występują w tłustych rybach np. w łososiu, tuńczyku, makreli, śledziach czy sardynkach oraz w kurzych jajach.

Kwasy tłuszczowe omega-6 podobnie jak kwasy omega-3 wymagają dostarczenia z dietą. Kwasy omega-6 – szczególnie kwas arachidonowy (ARA) są prekursorami licznych substancji nasilających proces zapalny w organizmie. Z kolei inny kwas z tej grupy – kwas gamma-linolenowy (GLA) ma działanie przeciwzapalne. GLA można znaleźć w oleju z wiesiołka, oleju z pestek czarnej porzeczki oraz w oleju z ogórecznika.

Wpływ kwasów omega-3 i omega-6 na RZS

Dla prawidłowego funkcjonowania organizmu istotna jest odpowiednia proporcja pomiędzy kwasami omega-3 i omega-6. Zwiększenie ilości kwasów omega-3 w diecie u chorych na RZS sprawia, że proporcja przesuwają się na ich korzyść, co powoduje zmniejszenie zapalenia, bólu i zmniejsza aktywność choroby. Dlatego dieta śródziemnomorska, która jest bogata w produkty, w których występują kwasy omega-3 jest bardzo korzystna dla osób z RZS. Jeśli jednak codzienna dieta nie będzie w stanie dostarczyć odpowiedniej ilości kwasów omega-3 wówczas warto zastosować ich suplementację. ■



mega
wsparcie w RZS*

Kwasy Omega-3

Ogórecznik

Selen Wit. D₃

PREPARAT STOSOWANY w ramach postępowania dietetycznego:



U chorych na reumatoidalne zapalenie stawów



U chorych cierpiących na stany zapalne stawów



W obniżonej odporności organizmu chorych na reumatoidalne zapalenie stawów



U chorych na reumatoidalne zapalenie stawów w zaburzeniach układu sercowo-naczyniowego

Wejdź na **www.sklep.nutropharma.pl** i przy zakupie Omega Artre® wpisz kod **KOBIETA19** a otrzymasz **10% rabatu** i **prezent** w postaci praktycznego Poradnika RZS

PRODUKT OBJĘTY SYSTEMEM BEZPIECZEŃSTWA I JAKOŚCI

PARTNER SPOŁECZNEJ KAMPANII EDUKACYJNEJ




*wsparcie psychologiczne poprzez poradnictwo profesjonalistów na dedykowanej stronie www.omegaaarte.pl oraz postępowanie dietetyczne.

POZNAJ SWÓJ STATUS SEROLOGICZNY ŻYJ PEŁNIĄ ŻYCIA!



WORKING ON BEHALF OF
ViiV HEALTHCARE IN HIV

HIV to ludzki wirus niedoboru odporności, który uszkadza układ odpornościowy zakażonej osoby¹. Obecnie prawie **37 milionów** ludzi na świecie ma dodatni wynik świadczący o obecności wirusa HIV. To wielkość odpowiadająca mniej więcej liczbie ludności Polski¹. Szacuje się, że w Polsce może żyć około 20 tysięcy ludzi z wirusem HIV – to liczebność średniej wielkości miasta²⁻⁵. **Jednak znaczna liczba osób nie jest świadoma swojej choroby⁶.**

**! TO WŁAŚNIE OSOBY NIEŚWIADOME SWOJEGO STATUSU SEROLOGICZNEGO !
SĄ GŁÓWNYM ŹRÓDŁEM NOWYCH ZAKAŻEŃ³.**

Wirusem HIV nie można zarazić się poprzez zwykły codzienny kontakt, tj. wspólne jedzenie, pocałunki, uścisk ręki. Wirus nie przenosi się przez ślinę. Jest bardzo wrażliwy na detergenty i wyższą temperaturę – traci swoją zakaźność już w 56 stopniach Celsjusza oraz przy kontakcie z mydłem czy płynem do zmywania naczyń¹⁻³.

Tylko NIELECZONE zakażenie wirusem HIV wywołuje AIDS, który jest chorobą śmiertelną³.

JEŚLI JEDNAK W TWOJEJ HISTORII ZDARZYŁY SIĘ^{1, 6}



niezabezpieczone kontakty seksualne
(homoseksualne lub heteroseksualne)



kontakt z czyjąś krwią lub jej pochodnymi
(zastrzyki, transfuzje, zranienia, transplantacje)

KONIECZNIE ZRÓB BADANIE I POZNAJ SWÓJ STATUS SEROLOGICZNY.

W Polsce wszystkie osoby HIV-dodatnie objęte są bezpłatną terapią przeciwretrowirusową, która:

pozwalą hamować replikację wirusa,

- stabilizuje pracę układu odpornościowego chorego,
- hamuje rozwój AIDS,
- pomaga zapobiegać dalszemu przenoszeniu wirusa.



Dzięki lekowi, prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia przez osobę HIV-dodatnią na partnera HIV-ujemnego można zmniejszyć nawet o **96%**¹.

Czy jesteś w grupie ryzyka?

Zakażenie wirusem HIV nie jest powszechne, jednak w życiu jest wiele sytuacji, w których może dojść do zakażenia przypadkowo. Warto pamiętać, iż prawdopodobnie 50% osób HIV-dodatnich nie wie o swojej chorobie¹². Najwięcej zakażeń diagnozuje się w wieku 20-49 lat, jednak coraz częściej także w grupie osób po 50 roku życia^{13, 14}.

Dzięki leczeniu osoba zarażona może prowadzić normalnie życie, mieć rodzinę i pracować³.

MASZ OBAWY PRZED BADANIEM?



Test jest anonimowy, bezpłatny i łatwo dostępny. Badanie można wykonać w jednym z 30 Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych w całej Polsce⁹.



Wyszkoleni doradcy prześlą Ci najważniejsze informacje przed badaniem oraz po otrzymaniu wyników. Nie ma się czego bać.



W aptekach dostępny jest także szybki test domowy. W przypadku pozytywnego wyniku należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza i wykonać badanie profesjonalne.



Testy w kierunku HIV zrobisz też w wielu laboratoriach diagnostycznych.

1. <http://www.who.int/hiv/en/> 2. Wg różnych danych w Polsce może żyć od 16 tysięcy do ponad 23 tysięcy osób zarażonych HIV. Eksperci podają, że z jednej strony obecny system rejestrowania nie wyklucza możliwości multiplikowania rejestrów o 30-40%, z drugiej strony ok 40% nie jest świadoma swojego zarażenia. 3. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2018 http://www.ptnaids.pl/images/rekomendacje_ptn_aids_2018.pdf; 4. Przegląd Epidemiologiczny 2018; 72(2):175-187 „HIV and AIDS in Poland in 2016 / Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2016 roku” 5. <https://www.portalsamorzadowy.pl/pliki/55421.html> 6. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2017 <http://www.ptnaids.pl/images/pliki/zalecenia2017-FINAL.pdf> 7. <https://aids.gov.pl/publikacje/179/> 8. http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm 9. <https://aids.gov.pl/pkd/> 10. <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S2352301817301558?via%3Dihub>

Wszystkie działania niepożądane produktów leczniczych należy zgłaszać do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel. (22) 492-13-01, fax (22) 492-13-09, zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych lub do podmiotu odpowiedzialnego za produkt, którego zgłoszenie dotyczy. Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego dostępny jest na stronie Urzędu www.urpl.gov.pl.

GSK Commercial Sp. z o.o., ul. Rzymowskiego 53, 02 - 697 Warszawa, tel.: 22 576 90 00, fax: 22 576 90 01, pl.gsk.com.

PM-PL-HVU-JRNA-190001, maj 2019

Treści zamieszczone w materiale mają wyłącznie charakter informacyjny, nie mogą być traktowane jako forma konsultacji medycznej i nie mogą zastąpić konsultacji lekarza, do którego należy ostateczna decyzja o sposobie i zakresie stosowanego leczenia.