National Cancer Institute of United States
Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
oraz Fundacja Tam i z Powrotem

CO WARTO WIEDZIEĆ

RAK JELITA GRUBEGO

Patronat merytoryczny: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

BEZPŁATNY

PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ

WWW.PROGRAMEDUKACJIONKOLOGICZNEJ.PL

Kierując się poczuciem odpowiedzialności i chęcią rozwoju metod wspierania chorych na nowotwory i ich rodzin, środowiska medycznego, wolontariuszy, a także będąc świadomymi potrzeby współdziałania – Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej i Fundacja „Tam i z powrotem" rozpoczęły w 2014 roku realizację Programu Edukacji Onkologicznej.

Program Edukacji Onkologicznej ma na celu upowszechnianie i propagowanie wiedzy o nowotworach, edukację osób zdrowych i osób z grupy podwyższonego ryzyka, osób chorych na nowotwory, ich rodzin i bliskich, a także wsparcie fachową wiedzą pracowników medycznych oraz wolontariuszy.

Do współpracy przy realizacji programu zaproszeni zostali Partnerzy oraz Sponsorzy, bez których wsparcia nie byłaby możliwa kontynuacja założeń programowych.

W tym miejscu chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania programu oraz jego rozwoju.

Patronaty:

MINISTER EDUKACJI NARODOWEJ

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

PTPO

SEKCJA DERMATOLOGII ONKOLOGICZNEJ

POLSKA UNIA ONKOLOGII

Dziękujemy, że jesteście z nami!

razem zwyciężymy raka!

„CO WARTO WIEDZIEĆ RAK JELITA GRUBEGO”

Tłumaczenie i adaptacja za pozwoleniem
National Cancer Institute of United States

Wydawca: PRIMOPRO
Warszawa 2018

Konsultacja merytoryczna: Prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski
Korekta: Katarzyna Kulesza
Tłumaczenie: Joanna Pieńkowska
Opracowanie graficzne: Tomasz Rupociński
Redakcja: Katarzyna Kowalska, Ewa Podymniak
Druk: Miller Druk Sp. z o.o.

Poradnik jest tłumaczeniem wydanego przez National Cancer Institute of United States „What You Need To Know About: Cancer of the Colon and Rectum"
NCI nie ponosi odpowiedzialności za tłumaczenie.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie i wykorzystywanie części lub całości informacji, zdjęć i innych treści zawartych w publikacji w jakiejkolwiek formie bez pisemnej zgody wydawcy zabronione. Niniejsza publikacja podlega ochronie na mocy prawa autorskiego.

PRIMOPRO 2018

ISBN: 978-83-65908-63-6

www.onkoteka.edu.pl

Pobierz bezpłatną aplikację i dowiedz się więcej na temat choroby nowotworowej.

Onkoteka to kompendium wiedzy na temat choroby nowotworowej.
Najważniejsze informacje dla osób z chorobą nowotworową, ich rodzin i bliskich.

bieżących informacji dotyczących Twojej choroby.

zdjęć i materiałów video,

słowników z najważniejszymi pojęciami

pobierz na IOS

pobierz na ANDROID

FUNDACJA TAM I Z POWROTEM

Fundacja powstała z potrzeby wspomożenia chorych na nowotwory pacjentów polskich szpitali. W Radzie Fundacji zasiadają wybitni onkolodzy oraz osoby pragnące poświęcić swój czas i energię realizacji działań statutowych Fundacji.

Jednym z głównych zadań Fundacji jest prowadzenie szeroko pojętej działalności informacyjno-promocyjnej. Działalność ta ma na celu podniesienie w polskim społeczeństwie świadomości i wiedzy na temat chorób nowotworowych, sposobów ich leczenia i profilaktyki.

Jesteśmy organizatorem akcji wydawniczej, której celem jest dostarczenie zainteresowanym – chorym i ich rodzinom – rzetelnej, fachowej wiedzy prezentowanej w zrozumiały i przystępny sposób. Wydawane w ramach akcji poradniki są bezpłatnie dystrybuowane w ośrodkach onkologicznych, szpitalach, przychodniach czy w fundacjach i stowarzyszeniach w całej Polsce. Poradniki można również bezpłatnie pobrać w formie elektronicznej. Dzięki wsparciu darczyńców, Fundacja do tej pory wydała i dostarczyła zainteresowanym ponad 2 miliony egzemplarzy poradników. Zainteresowanie przerosło wszelkie oczekiwania. Taki odbiór pokazuje również, jak bardzo ważne jest wsparcie przez sponsorów i partnerów.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) objęło akcję wydawniczą Honorowym Patronatem. Wsparcie tej inicjatywy przez wybitnych specjalistów zrzeszonych w PTOK jest ogromnym wyróżnieniem i stanowi potwierdzenie rzetelności oraz wiarygodności poradników.

www.tamizpowrotem.org

Na stronie uzyskasz również informacje o organizacjach niosących pomoc pacjentom z chorobami nowotworowymi i ich rodzinom, a także znajdziesz wiele informacji dotyczących samej choroby.

Skontaktuj się z nami:

- jeśli jesteś zainteresowany współpracą z Fundacją:
  biuro@tamizpowrotem.org

- jeśli jesteś zainteresowany otrzymaniem i/lub
  dystrybucją poradników:
  wydawnictwo@tamizpowrotem.org

Jesteśmy też na Facebook'u i Twitterze!

Jeśli chcesz nam pomóc w poradniku znajdziesz przygotowany przekaz pocztowy. Wystarczy wyciąć, uzupełnić o wybraną kwotę, dokonać wpłaty na poczcie lub w oddziale wybranego banku i gotowe!

Dziękujemy, że jesteście z nami!

W ramach akcji prowadzone są dwie serie wydawnicze, w ramach których zostały wydane następujące pozycje:

Seria wydawnicza „Razem zwyciężymy raka!":
1. Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
2. Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej. Poradnik dla kobiet i ich partnerów.
3. Seksualność mężczyzny w chorobie nowotworowej. Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek.
4. Pomoc socjalna – przewodnik dla pacjentów z chorobą nowotworową.
5. Pielęgnacja pacjenta w chorobie nowotworowej.
6. Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
7. Żywienie a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
8. Gdy bliski choruje. Poradnik dla rodzin i opiekunów osób z chorobą nowotworową.
9. Ból w chorobie nowotworowej. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
10. Mój rodzic ma nowotwór. Poradnik dla nastolatków.
11. Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
12. Moja rehabilitacja. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
13. Życie po nowotworze. Poradnik dla osób po przebytej chorobie.
14. Gdy nowotwór powraca. Poradnik dla osób z nawrotem choroby i ich bliskich.

Seria wydawnicza „Co warto wiedzieć":
Co warto wiedzieć. Rak skóry, czerniak i znamiona skóry.
Co warto wiedzieć. Rak płuca.
Co warto wiedzieć. Leczenie celowane chorych na nowotwory.
Co warto wiedzieć. Rak nerki.
Co warto wiedzieć. Przerzuty nowotworowe w kościach.
Co warto wiedzieć. Rak piersi.
Co warto wiedzieć. Rak gruczołu krokowego.
Co warto wiedzieć. Rak jelita grubego.
Co warto wiedzieć. Badania kliniczne.
Co warto wiedzieć. Białaczka.
Co warto wiedzieć. Rak wątroby.
Co warto wiedzieć. Rak trzonu macicy.
Co warto wiedzieć. Rak jajnika.
Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy.
Co warto wiedzieć. Immunoterapia.
Co warto wiedzieć. Rak tarczycy.
Co warto wiedzieć. Niedokrwistość w chorobie nowotworowej.
Co warto wiedzieć. Szpiczak.
Co warto wiedzieć. Powikłania zakrzepowo-zatorowe.
Co warto wiedzieć. Układ pokarmowy. Powikłania w leczeniu onkologicznym.
Co warto wiedzieć. Działania niepożądane.
Co warto wiedzieć. Prawa pacjenta.
Co warto wiedzieć. Leki biopodobne.

Poradniki są dostępne na stronie internetowej Fundacji oraz Programu Edukacji Onkologicznej:
www.tamizpowrotem.org, www.programedukacjionkologicznej.pl.

SPIS TREŚCI

Wstęp **7**
1. Okrężnica i odbytnica **7**
2. Zrozumieć nowotwór **8**
3. Czynniki ryzyka **9**
4. Objawy **11**
5. Badania przesiewowe **11**
6. Rozpoznawanie **12**
7. Stopnie zaawansowania **13**
8. Leczenie **14**
8.1. Uzyskanie dodatkowej opinii 14
8.2. Metody leczenia 15
8.2.1. Operacja 16
8.2.2. Chemioterapia 17
8.2.3. Leczenie Celowane 18
8.2.4. Radioterapia 19
8.2.5. Leki biopodobne 20
8.3. Leczenie raka okrężnicy 20
8.4. Leczenie raka odbytnicy 21
9. Odżywianie i aktywność fizyczna **21**
10. Rehabilitacja **22**
11. Opieka po zakończeniu leczenia **22**
12. Metody niekonwencjonalne **23**
13. Źródła wsparcia **23**
14. Nadzieje związane z badaniami klinicznymi **24**
15. Słowniczek **24**

Wstęp

Poradnik zawiera podstawowe informacje dotyczące raka występującego w okrężnicy lub odbytnicy. Rak, który pojawia się w okrężnicy, nazywany jest rakiem okrężnicy, a rak, który pojawia się w odbycie, nazywany jest rakiem odbytnicy. Rak, który pojawia się w jednym z wymienionych miejsc lub jednej z okolic jest nazywany rakiem jelita grubego.

W Polsce rak jelita grubego jest drugim – pod względem częstotliwości występowania – nowotworem złośliwym, który dotyczy kobiet i mężczyzn.

W niniejszym poradniku znaleźć można informacje o możliwych czynnikach ryzyka, wczesnym wykrywaniu zmian przedrakowych i raka w bardzo wczesnym stadium (badania przesiewowe), objawach i rozpoznawaniu nowotworu i leczeniu.

Poradnik zawiera również zestaw pytań, które możesz chcieć zadać swojemu lekarzowi. Wiele osób uważa, że pomocnym jest zabranie na wizytę do lekarza listy pytań, aby lepiej zapamiętać to, co Twój lekarz mówi. Możesz również poprosić członka rodziny lub przyjaciela, aby towarzyszyli Ci podczas wizyty u lekarza – brali aktywny udział w dyskusji, notowali lub po prostu słuchali.

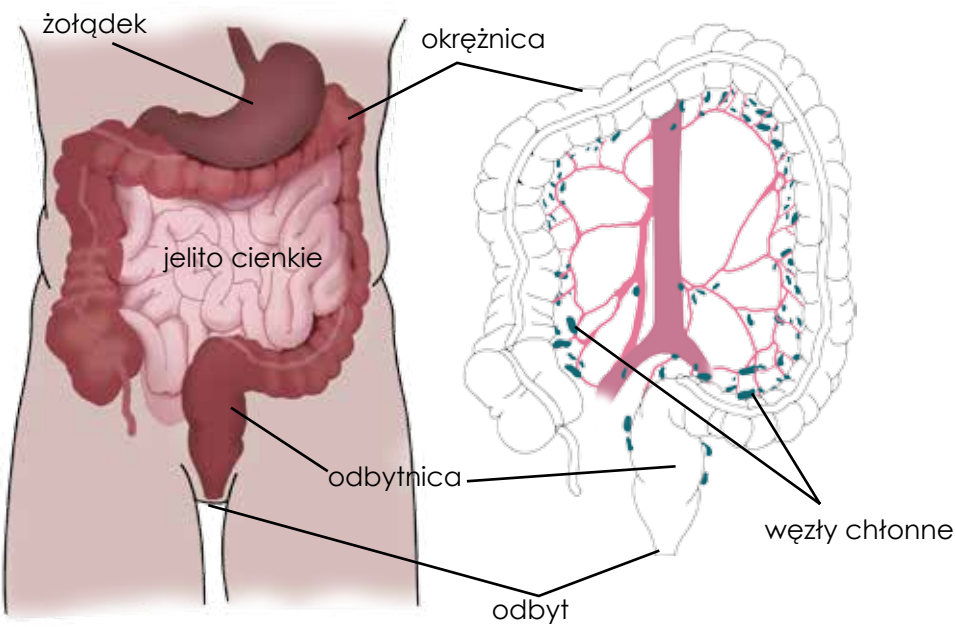
Słowa, które mogą być dla Ciebie nowe, zostały zebrane w słowniczku na końcu tego poradnika. Znajdziesz tam definicje, które być może pomogą Ci zrozumieć słowa i zwroty, które wypowiadane będą przez osoby w Twoim najbliższym otoczeniu przez personel medyczny.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 1 pt. „Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin", który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

1. Okrężnica i odbytnica

Okrężnica i odbytnica stanowią części układu pokarmowego - tworzą długi przewód zwany jelitem grubym. Okrężnica stanowi około 120-150 cm jelita grubego, odbytnica to ostatnie kilkanaście centymetrów.

Częściowo przetrawione jedzenie trafia do okrężnicy z jelita cienkiego. Okrężnica odprowadza wodę oraz składniki odżywcze z pokarmów i przekształca pozostałości w stolec. Pozostałości przesuwają się z okrężnicy do odbytnicy i są usuwane przez odbyt.



Zdjęcie przedstawia okrężnicę i odbytnicę (jelito grube).

2. Zrozumieć nowotwór

Nowotwory rozpoczynają się w komórkach, które są elementami tworzącymi tkanki. Z tkanek są złożone narządy organizmu.
W warunkach prawidłowych komórki rosną i dzielą się, aby tworzyć nowe komórki w miarę potrzeb organizmu. Kiedy komórki się starzeją i obumierają, są zastępowane przez nowe.
Czasami wspomniany proces starzenia przebiega nieprawidłowo. Nowe komórki powstają, kiedy organizm ich nie potrzebuje, a stare nie obumierają, gdy powinny. Powstające w nadmiarze komórki mogą stworzyć masę tkankową zwaną nowotworem.

Nowotwory mogą być łagodne lub złośliwe:

- **nowotwory łagodne:**
  - rzadko stanowią zagrożenie życia,
  - w większości mogą być usunięte i zwykle nie odrastają,
  - nie zajmują sąsiadujących tkanek i narządów,
  - nie rozprzestrzeniają się do innych części ciała.
- **nowotwory złośliwe (rak):**
  - są bardziej poważne niż nowotwory łagodne i mogą stanowić zagrożenie życia,
  - mogą być usunięte, ale czasami pojawiają się ponownie w miejscu pierwotnego umiejscowienia (tzw. wznowa),
  - mogą zajmować i niszczyć okoliczne tkanki oraz narządy,
  - mogą rozprzestrzeniać się do innych części ciała poprzez układ krwionośny lub układ limfatyczny i tworzyć kolejne ogniska nowotworowe, które uszkadzają następ-

ne narządy (opisane nowe zmiany mają nazwę przerzutów).

Kiedy rak jelita grubego rozprzestrzenia się poza okrężnicę lub odbytnicę, komórki nowotworowe mogą pojawić się w okolicznych węzłach chłonnych. Jeżeli komórki rakowe docierają do węzłów, często mogą rozprzestrzenić się do innych węzłów chłonnych lub innych narządów. Przerzuty raka jelita grubego najczęściej pojawiają się w wątrobie.

Kiedy nowotwór rozprzestrzenia się z pierwotnego miejsca do innych części ciała, kolejny nowotwór powstaje z takiego samego rodzaju nietypowych komórek i otrzymuje taką samą nazwę jak nowotwór pierwotny. Na przykład, jeżeli rak jelita grubego rozprzestrzenia się do wątroby, to komórki nowotworowe w wątrobie są komórkami raka jelita grubego. Chorobą jest rak jelita grubego z przerzutami, a nie rak wątroby. Z tego powodu jest też leczony jak rak jelita grubego, nie jak rak wątroby.

3. Czynniki ryzyka

Przyczyny powstawania raka jelita grubego nie są dokładnie znane. Nie można wyjaśnić, dlaczego u jednej osoby wystąpi choroba, a u innej nie. Wiadomo, że rak jelita grubego – podobnie do innych nowotworów – nie jest chorobą, którą można zarazić się od innego chorego.

Wyniki badań naukowych wykazują, że osoby o określonych czynnikach ryzyka mogą być bardziej podatne na rozwój raka jelita grubego. Czynniki ryzyka zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju choroby.

W badaniach wyróżniono następujące czynniki ryzyka dla raka jelita grubego:

- **wiek powyżej 50. roku życia** - wystąpienie raka jelita grubego staje się bardziej prawdopodobne wraz z wiekiem. U ponad 90% chorych rak jelita grubego jest rozpoznawany po 50. roku życia, a średnia wieku dla diagnozy wynosi 72 lata;

- **polipy jelita grubego** - polipy są narośla mi powstającymi na wewnętrznej powierzchni okrężnicy lub odbytnicy. Często występują po 50. roku życia. Polipy są łagodne (nie są rakiem), ale niektóre z nich (gruczolaki) mogą stać się złośliwymi. Wykrywanie i usuwanie polipów może zmniejszyć ryzyko wystąpienia raka jelita grubego;

- **rodzinna historia zachorowań na raka jelita grubego** - bliscy krewni (rodzice, bracia, siostry lub dzieci) osoby, która chorowała na raka jelita grubego, są w pewnym stopniu bardziej narażeni na rozwój tej choroby u nich samych (szczególnie, gdy rak u osoby bliskiej wystąpił w młodym wieku). Jeżeli wielu bliskich krewnych chorowało na raka jelita grubego, ryzyko zwiększa się;

- **zmiany genetyczne** - zmiany w określonych genach zwiększają ryzyko wystąpienia raka jelita grubego.

  - **dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (zespół Lyncha)** jest najczęstszym typem dziedziczonego (genetycznie) raka jelita grubego. Jest powodowany zmianami w genie HNPCC. U większości osób ze zmianami w genie HNPCC poja-

wia się rak jelita grubego, a średnia wieku dla diagnozy wynosi 44 lata;

- **rodzinna polipowatość gruczolakowata** jest rzadko występującą dziedziczną formą jelita grubego, w którym powstają bardzo liczne polipy. Stan taki jest wywołany przez zmiany w genie APC. Jeżeli polipy nie są usuwane, to zwykle dochodzi do powstania raka jelita grubego u osób około 40. roku życia. Rodzinna polipowatość jest przyczyną mniej niż 1% zachorowań na raka jelita grubego.

  Członkowie rodzin, w których występują wymienione wyżej zespoły, mogą przejść badania genetyczne pod kątem występujących zmian genetycznych. Dla tych, u których występują zmiany genetyczne, zespół medyczny może zaproponować sposoby redukowania ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub polepszenia sposobów wykrywania choroby. Dorosłym z rodzinną polipowatością gruczolakowatą lekarz może rekomendować operację usunięcia części okrężnicy lub odbytnicy.

- **indywidualna historia zachorowań** - osoba, która już przeszła raka jelita grubego, może zachorować po raz kolejny. Także kobiety, które miały nowotwór jajników, macicy (endometrium) lub piersi są w pewien sposób bardziej narażone na zachorowanie na raka jelita grubego;

- **wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna** - osoba, u której wystąpiły którekolwiek ze stanów powodujące zapalenie okrężnicy (takie jak zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna) przez wiele lat znajduje się w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego;

- **dieta** - badania sugerują, że dieta bogata w tłuszcze (zwłaszcza zwierzęce) oraz uboga w wapń, kwas foliowy i błonnik może zwiększać ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Dodatkowo niektóre badania sugerują, że osoby stosujące dietę z bardzo małą ilością owoców i warzyw mogą mieć większe szanse na zachorowanie na raka jelita grubego. Jednak wyniki badań nad dietami nie zawsze są zgodne i konieczne jest przeprowadzenie większej ilości badań, aby lepiej zrozumieć wpływ diety na ryzyko wystąpienia raka jelita grubego;

  Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 7 pt. „Żywienie a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin", który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

- **palenie papierosów** - osoba paląca papierosy może być bardziej narażona na rozwój polipów oraz raka jelita grubego.

Ponieważ u osób chorujących na raka jelita grubego mogą występować ponowne zachorowania lub nawroty choroby, ważne jest to, aby poddawać się badaniom kontrolnym. Jeżeli chorujesz na raka jelita grube-

go, możesz także martwić się o rozwój tej choroby u członków Twojej rodziny. Osoby, które przypuszczają, że mogą znajdować się w grupie ryzyka powinny skonsultować się ze swoim lekarzem. Lekarz może zasugerować sposoby zmniejszenia ryzyka oraz zaplanować odpowiednio częste wizyty kontrolne. Przeczytaj rozdział nr 5 pt. „Badania przesiewowe", aby dowiedzieć się więcej o badaniach wykrywających polipy i raka jelita grubego.

4. Objawy

Częstym objawem raka jelita grubego są zmiany czynności jelit.

Do objawów zalicza się:
- biegunki lub zaparcia,
- wzdęcia,
- krew w stolcu (jasno- lub ciemnoczerwona),
- stolce węższe niż zwykle,
- częste bóle związane z powstawaniem gazów lub skurcze, uczucie pełności lub opuchnięcia,
- utrata wagi ciała bez znanego powodu,
- uczucie stałego zmęczenia,
- nudności i wymioty.

Najczęściej wymienione objawy nie są związane z rakiem. Inne problemy zdrowotne mogą wywoływać takie same objawy. Osoby z powyższymi objawami powinny zwrócić się do lekarza i zostać poddane diagnostyce oraz leczeniu możliwe szybko.
Zwykle w początkowym okresie rozwoju nowotwory nie wywołują bólu. Ważne jest, aby nie czekać z wizytą u lekarza aż pojawi się ból.

5. Badania przesiewowe

Badania przesiewowe pomagają lekarzowi wykryć polipy lub nowotwór zanim pojawią się ich objawy. Wykrycie i usunięcie polipów może przeciwdziałać pojawieniu się raka jelita grubego. Również leczenie raka jelita grubego ma szanse większego powodzenia, jeżeli choroba zostanie wykryta wcześnie.

Aby wykryć polipy lub początki raka jelita grubego:
- osoby w wieku 50 lat i starsze powinny być poddawane badaniom przesiewowym,

- osoby, które znajdują się w grupie więcej niż przeciętnego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego powinny porozmawiać ze swoim lekarzem na temat badań przesiewowych przed 50. rokiem życia (konieczne jest ustalenie tego, jakie badania wykonać, jakie są korzyści i zagrożenia związane z każdym badaniem oraz jak częste powinny być wizyty kontrolne).

Wymienione niżej badania przesiewowe mogą być wykorzystywane do wykrywania polipów, raka oraz innych nietypowych obszarów. Twój lekarz może powiedzieć więcej na temat każdego badania.

- **badanie obecności krwi w kale** - czasami nowotwory lub polipy krwawią i badanie obecności krwi w kale może wykryć niewielkie ilości krwi w stolcu. Jeżeli badanie wykryje krew, to należy wykonać inne w celu wykrycia źródła krwawienia. Łagodne przyczyny (takie jak hemoroidy) również mogą powodować krwawienia,

- **sigmoidoskopia** - lekarz bada wnętrze odbytnicy oraz dolne części okrężnicy za pomocą sigmoidoskopu, który jest przewodem rurowatym zakończonym światełkiem. Wykryte polipy powinny być usunięte,

- **kolonoskopia** - lekarz bada wnętrze odbytnicy oraz całej okrężnicy przy użyciu kolonoskopu, który jest długą rurką ze źródłem światła na końcu. Lekarz usuwa wykryte polipy,

- **podwójny wlew kontrastowy jelita grubego** - po podaniu środka kontrastującego (roztwór baru) i wpompowaniu powietrza wykonuje się kilka zdjęć rentgenowskich jelita grubego. Bar i powietrze powodują, że zdjęcia są bardziej czytelne i mogą uwidocznić polipy lub guzy,

- **badanie odbytnicy przez lekarza** - badanie palcem przez odbyt (per rectum) powinno być elementem podstawowego badania lekarskiego. Lekarz wkłada nawilżony palec (w rękawiczce) do odbytu, aby wykryć nieprawidłowe obszary,

- **wirtualna kolonoskopia** - metoda jest w trakcie badań. Przeczytaj rozdział nr 14 pt. „Nadzieje związane z badaniami nad rakiem".

Pytania dotyczące badań przesiewowych, które możesz chcieć zadać lekarzowi:

1. *Które z badań są polecane w moim przypadku? Dlaczego?*
2. *Ile kosztują badania? Czy moje ubezpieczenie pokryje koszty badań?*
3. *Czy badania są bolesne?*
4. *Jak szybko po badaniu otrzymam wyniki?*

6. Rozpoznawanie

Jeżeli Twoje wyniki badań wskazują na obecność nowotworu lub masz jego objawy, lekarz musi sprawdzić, czy są one spowodowane rakiem lub inną przyczyną. Lekarz wypyta o Twoją i rodzinną historię chorób oraz Cię zbada. Możesz zostać skierowany na jedno lub więcej badań opisanych w rozdziale 5 pt. „Badania przesiewowe".
Jeśli Twoje badanie i wyniki nie wskazują na raka, lekarz może zadecydować, że kolejne badania ani leczenie nie są konieczne. Jednak może też zalecić następne wizyty kontrolne.

Jeżeli testy pokazują nieprawidłowy obszar (np. polip), może być konieczne wykonanie biopsji dla sprawdzenia charakteru zmiany pod kątem występowania w niej komórek nowotworowych. Często nietypowa tkanka może być usunięta podczas kolonoskopii lub sigmoidoskopii. Patolog bada tkankę w celu wykrycia lub wykluczenia obecności komórek rakowych przy użyciu mikroskopu.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 1 pt. „Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin", który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub www.programedukacjionkologicznej.pl

Pytania, które możesz chcieć zadać lekarzowi przed poddaniem się biopsji:

1. *W jaki sposób zostanie wykonana biopsja?*
2. *Czy na biopsję muszę iść do szpitala?*
3. *Jak długo potrwa zabieg? Czy będę przytomny? Czy to będzie bolało?*
4. *Jakie jest ryzyko? Jakie są szanse infekcji lub krwawienia po zabiegu?*
5. *Jak długo zajmie rekonwalescencja? Kiedy mogę normalnie jeść?*
6. *Jak szybko otrzymam wyniki?*
7. *Jeżeli mam raka, kto porozmawia ze mną o kolejnych krokach? Kiedy?*

7. Stopnie zaawansowania

Jeżeli biopsja wykaże obecność raka, lekarz będzie musiał poznać stopień (stadium) zaawansowania choroby, aby zaplanować najlepsze leczenie. Stadium jest określane na podstawie oceny zasięgu miejscowego oraz zajęcia innych narządów.

Lekarz może skierować Cię na niektóre z poniższych badań:

- **badanie krwi** - lekarz sprawdza obecność antygenu rakowo-płodowego (CEA) – wskaźnika obecności nowotworu (przydatny w ocenie wyniku leczenia) – oraz innych substancji we krwi. U osób chorych na raka jelita grubego lub z innymi problemami, występuje podwyższony poziom CEA,

- **kolonoskopia** - jeżeli kolonoskopia nie została wykonana wcześniej, to lekarz poszukuje nietypowych obszarów na długości całej okrężnicy i odbytnicy za pomocą kolonoskopu,

- **wewnątrz odbytnicza ultrasonografia** - sonda ultrasonografu jest wprowadzana przez odbyt i wysyła ona fale dźwiękowe niesłyszalne dla ludzi, które odbijają się od odbytnicy i okolicznych tkanek, a komputer wykorzystuje echo do stworzenia obrazu. Obraz może pokazać, jak daleko rozrósł się nowotwór odbytnicy lub czy rozprzestrzenił się do węzłów chłonnych bądź okolicznych tkanek,

- **badanie rentgenowskie klatki piersiowej** - badanie rentgenowskie może pokazać, czy nowotwór rozprzestrzenił się do płuc,

- **badanie komputerowej tomografii** - aparat rentgenowski połączony z komputerem dokonuje serii szczegółowych zdjęć warstwowych obszarów wewnątrz ciała. Często przed badaniem podawany jest środek kontrastowy w postaci zastrzyku. Tomografia komputerowa pozwala wykazać, czy rak rozprzestrzenił się do wątroby, płuc i innych organów.

Lekarz może także wykorzystać inne badania (takie jak rezonans magnetyczny), aby sprawdzić, czy rak się rozprzestrzenił. Czasami określenie stadium choroby nie jest możliwe aż do operacji usunięcia nowotworu (leczenie operacyjne w przypadku raka jelita grubego zostało opisane w rozdziale 8 pt. „Leczenie").

Lekarze opisują zaawansowanie raka jelita grubego za pomocą następujących stadiów:

- **Stadium 0**
  Nowotwór znajduje się wyłącznie w wewnętrznej tkance wyścielającej okrężnicę lub odbytnicę (nowotwór lokalny jest innym określeniem dla stadium 0 raka jelita grubego),

- **Stadium I**
  Nowotwór wrasta w wewnętrzną ścianę okrężnicy lub odbytnicy, ale nie przekracza ściany,

- **Stadium II**
  Nowotwór rozprzestrzenia się bardziej w głąb poprzez ścianę okrężnicy lub odbytnicy i nacieka okoliczne tkanki, ale komórki rakowe nie rozprzestrzeniają się do węzłów chłonnych,

- **Stadium III**
  Nowotwór rozprzestrzenia się do okolicznych węzłów chłonnych, ale nie powoduje przerzutów w innych częściach ciała,

- **Stadium IV**
  Nowotwór szerzy się do innych części ciała (np. wątroba lub płuca).

Nawrót ma miejsce wtedy, gdy wcześniej leczony nowotwór powraca po pewnym czasie bezobjawowym. Choroba może pojawić się ponownie w okrężnicy lub odbytnicy, a także w innej części ciała.

8. Leczenie

Wiele osób z rozpoznaniem raka jelita grubego chce brać aktywny udział w podejmowaniu decyzji na temat swojego leczenia. Naturalna jest chęć uzyskania wiedzy o swojej chorobie i możliwościach leczenia. Jednak zaskoczenie, lęk i stres towarzyszący otrzymaniu diagnozy mogą powodować trudności w myśleniu o wszystkim, o co chcesz zapytać lekarza. Często pomocne jest spisanie listy pytań przed wizytą lekarską.

Aby zapamiętać, co mówi lekarz, możesz robić notatki. Możesz także chcieć na wizytę lekarską zabrać ze sobą członka rodziny lub przyjaciela – żeby brali udział w dyskusji, robili notatki lub po prostu słuchali.
Nie musisz zadawać wszystkich pytań od razu. Będziesz mieć wiele okazji, aby poprosić lekarza lub pielęgniarkę o wyjaśnienie spraw, które są dla Ciebie niezrozumiałe lub zapytać o dodatkowe szczegóły.

Lekarz może skierować Cię do specjalisty, który ma doświadczenie w leczeniu raka jelita grubego lub poprosić o dodatkową opinię. Wśród specjalistów, którzy leczą raka jelita grubego znajdują się: gastroenterolog (lekarz specjalizujący się w chorobach układu pokarmowego), chirurg, onkolog i radiolog. Może się Tobą opiekować zespół lekarzy.

8.1. Uzyskanie dodatkowej opinii

Przed rozpoczęciem leczenia możesz chcieć zasięgnąć opinii innych specjalistów na temat diagnozy i planu leczenia. Zorganizowanie drugiej wizyty oraz zebranie dokumentacji medycznej może wymagać czasu i wysiłku. Zwykle nie jest jednak problemem, aby uzyskać drugą opinię w przeciągu kilku tygodni. W większości przypadków opóźnienie rozpoczęcia leczenia nie

wpłynie na jego efektywność. Skonsultuj z lekarzem, czy leczenie może zostać opóźnione. Czasami osoby chore na raka jelita grubego muszą być leczone natychmiast.

8.2. Metody leczenia

Wybór metody leczenia zależy głównie od lokalizacji nowotworu w okrężnicy lub odbytnicy i stadium zaawansowania choroby. Leczenie raka jelita grubego może wiązać się z operacją, chemioterapią, immunoterapią lub radioterapią. Niektóre osoby poddawane są kombinacji metod leczenia. Rak okrężnicy jest czasami leczony w inny sposób niż rak odbytnicy. Sposoby leczenia raka okrężnicy i odbytnicy zostały opisane osobno w kolejnych rozdziałach.

Lekarz może opisać dostępne dla Ciebie metody leczenia i oczekiwane rezultaty. Wspólnie z lekarzem możecie opracować plan leczenia, który odpowiada Twoim potrzebom.

Leczenie raka odbywa się za pomocą terapii lokalnej lub systemowej:

- **terapia lokalna** - operacja lub radioterapia to terapie lokalne. Usuwają lub niszczą nowotwór w okolicach okrężnicy bądź odbytnicy. Kiedy rak jelita grubego rozprzestrzenił się do innych części ciała, terapia lokalna może być wykorzystywana do kontroli choroby w tych konkretnych obszarach,

- **terapia systemowa** - chemioterapia i immunoterapia to terapie systemowe. Leki wprowadzane do układu krwionośnego niszczą lub kontrolują nowotwór w całym organizmie.

Ponieważ leczenie raka często uszkadza zdrowe komórki i tkanki, często pojawiają się efekty uboczne. Efekty uboczne zależą głównie od typu i rozległości leczenia. Efekty uboczne mogą być u każdej osoby różne, a także mogą się zmieniać po kolejnych sesjach leczenia. Zanim rozpocznie się leczenie, Twój zespół medyczny wyjaśni możliwe efekty uboczne lub zasugeruje sposoby radzenia sobie z nimi.

Na każdym z etapów choroby dostępna jest opieka paliatywna, która pomaga zmniejszyć efekty uboczne oraz kontrolować ból i inne symptomy, a także zmniejszyć wątpliwości emocjonalne.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 9 pt. „Ból w chorobie nowotworowej. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin", który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

Pytania, które możesz chcieć zadać lekarzowi przed rozpoczęciem leczenia:

1. *Jakie jest stadium choroby? Czy rak się rozprzestrzenił?*
2. *Jakie są dostępne dla mnie metody leczenia? Które z nich są polecane dla mnie? Czy będę leczony więcej niż jedną metodą?*
3. *Jakie są oczekiwane korzyści każdej z metod?*
4. *Jakie są ryzyka i możliwe efekty uboczne każdej z metod leczenia? Jak będziemy zaradzać efektom ubocznym?*

5. *Co mogę zrobić, aby przygotować się na leczenie?*
6. *Jak leczenie wpłynie na moje codzienne aktywności? Czy będę mieć problemy z oddawaniem moczu? Co z problemami jelitowymi takimi jak biegunki lub krwawienie z odbytu? Czy leczenie wpłynie na moje życie seksualne?*

8.2.1. Operacja

Chirurgiczne leczenie (operacja) jest najbardziej skutecznym postępowaniem u chorych na raka jelita grubego.

Wśród metod operacyjnego leczenia wyróżnia się:

- **usunięcie zmian polipowatych za pośrednictwem kolonoskopii** - niewielki polip o charakterze złośliwym może być usunięty z okrężnicy lub górnej części odbytnicy za pomocą kolonoskopu. Niektóre niewielkie nowotwory w dolnej części odbytnicy mogą być usunięte przez odbyt bez użycia kolonoskopu,

- **laparoskopię** - wczesny rak jelita grubego może być usunięty za pomocną laparoskopu (cienka rurka zakończona lampką). Trzy do czterech nacięć Twojego podbrzusza są konieczne, aby lekarz mógł wprowadzić laparoskop. Nowotwór i część zdrowej okrężnicy są usuwane. Okoliczne węzły chłonne także mogą być usunięte. Chirurg sprawdza resztę jelita oraz wątrobę pod kątem rozprzestrzeniania się raka,

- **otwartą operację** - chirurg wykonuje duże nacięcie podbrzusza, aby usunąć nowotwór i część zdrowej okrężnicy lub odbytnicy. Niektóre okoliczne węzły chłonne także są usuwane. Chirurg ogląda resztę jelita i wątroby, żeby stwierdzić, czy rak się rozprzestrzenił.

Podczas usunięcia części okrężnicy lub odbytnicy chirurg zwykle może połączyć ze sobą zdrowe części, jednak czasami ponowne połączenie nie jest możliwe - wówczas chirurg tworzy nową drogę dla wydalania stolca. Chirurg tworzy nowy otwór (stomię) w Twoim podbrzuszu i zamyka drugi koniec. Operacja stworzenia stomii nazywana jest kolostomią. Płaska torebka jest przyłączana do otworu, aby zbierać odchody, a specjalna uszczelka przytrzymuje ją na miejscu.

U większości osób stomia jest tymczasowa. Jest konieczna tylko do czasu aż okrężnica lub odbytnica zagoją się po operacji. Po zakończeniu leczenia lekarz ponownie łączy ze sobą części jelita i zamyka stomię. Niektóre osoby, zwłaszcza te z nowotworem w niższej części odbytnicy, mogą wymagać permanentnej stomii.

U osób poddawanych kolostomii mogą wystąpić podrażnienia skóry w pobliżu stomii. Lekarz, pielęgniarka lub terapeuta od kolostomii mogą nauczyć Cię jak oczyszczać ten obszar, aby unikać podrażnień oraz infekcji. W rozdziale 10 pt. „Rehabilitacja" zawartych jest więcej informacji o tym, jak troszczyć się o obszar stomii.

Czas rekonwalescencji po operacji jest różny dla różnych osób. Przez pierwsze kilka dni możesz czuć się gorzej.
Leki mogą pomóc kontrolować ból. Przed operacją powinieneś poroz-

mawiać o planie kontrolowania bólu z lekarzem lub pielęgniarką. Po operacji lekarz może dostosować plan do Twoich potrzeb.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 9 pt. „Ból w chorobie nowotworowej. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin" lub poradnikiem nr 12 pt. „Moja rehabilitacja. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin", które zostały wydane w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępne są do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

Częstym jest uczucie zmęczenia lub osłabienia przez jakiś czas. Dodatkowo po operacji czasami występują zaparcia lub biegunki. Twój zespół medyczny monitoruje oznaki krwawienia, infekcji oraz inne problemy wymagające natychmiastowego leczenia.

Przed operacją możesz chcieć zadać lekarzowi następujące pytania:

1. *Jaki rodzaj operacji jest rekomendowany dla mnie?*
2. *Czy konieczne jest usunięcie węzłów chłonnych? Czy inne tkanki też będą usuwane? Dlaczego?*
3. *Jakie jest ryzyko związane z operacją? Czy wystąpią długotrwałe efekty uboczne?*
4. *Czy będę potrzebować kolostomii? Jeśli tak, czy stomia będzie permanentna?*
5. *Jak będę się czuć po operacji?*
6. *Jeżeli będę odczuwać ból, jak będzie on kontrolowany?*
7. *Jak długo pozostanę w szpitalu?*
8. *Kiedy mogę powrócić do normalnych czynności?*

8.2.2. Chemioterapia

Chemioterapia wykorzystuje leki w celu niszczenia komórek nowotworowych. Leki przenikają do krwiobiegu i mogą wpływać na komórki nowotworowe w całym ciele.

Leki przeciwnowotworowe (najczęściej fluorouracyl w skojarzeniu z oksaliplatyną lub irynotekanem) są zwykle podawane dożylnie, ale niektóre z nich mogą być podawane doustnie. Możesz być leczony w oddziale szpitala lub przyszpitalnej przychodni, a leki doustne możesz przyjmować w domu. Stosowanie chemioterapii w szpitalu jest rzadko wymagane.

Skutki uboczne chemioterapii zależą głownie od rodzaju podawanych leków i ich dawek.

Leki mogą uszkadzać normalne komórki, które szybko się dzielą:

- **komórki krwi (krwinki)** - komórki krwi zwalczają infekcje, pomagają w prawidłowym krzepnięciu oraz transportują tlen do wszystkich części ciała. Kiedy leki oddziałują na komórki krwi i zmniejszają ich liczbę, jesteś bardziej podatny na infekcje, zasiniaczenia, łatwość krwawienia oraz uczucie osłabienia i zmęczenia,

- **komórki w cebulkach włosów** - leki stosowane podczas chemioterapii mogą powodować utratę włosów. Włosy odrosną, choć mogą być innego koloru i struktury,

- **komórki wyścielające układ pokarmowy** - chemioterapia może powodować brak apetytu, mdłości i wymioty, biegunkę lub suchość w ustach.

Chemioterapia stosowana na raka jelita grubego może również powodować zaczerwienienie i ból, a także łuszczenie się skóry wewnątrz dłoni oraz spodów stóp.
Twój zespół medyczny może zasugerować sposoby kontrolowania wielu z efektów ubocznych. Większość z nich zwykle przemija po zakończeniu leczenia.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 6 pt. „Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową", który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

8.2.3. Leczenie celowane

Niektóre osoby chorujące na raka jelita grubego z przerzutami mogą otrzymać przeciwciała monoklonalne (panitumumab, bewacyzumab lub cetuksymab), które należą do kategorii leczenia ukierunkowanego (leczenie celowane). Przed zastosowaniem tych leków niezbędne jest oznaczenie mutacji genów RAS i BRAF, które są biomarkerami leczenia. U chorych z prawidłowym stanem genów RAS i BRAF (bez mutacji), co dotyczy około 40% chorych, rekomendowanym leczeniem są przeciwciała anty-EGFR (skierowane przeciwko receptorom naskórkowego czynnika wzrostu), czyli cetuksymab i panitumumab. W zależności od linii leczenia wymienione leki mogą być stosowane w skojarzeniu z chemioterapią lub samodzielnie. U właściwie kwalifikowanych chorych dołączenie przeciwciał anty-EGFR do chemioterapii powoduje niszczenie i hamowanie rozprzestrzeniania się komórek raka jelita grubego w większym stopniu niż wyłączna chemioterapia. Chorzy z zaburzeniem stanu genów RAS mogą otrzymywać chemioterapię wyłączną lub w połączeniu z przeciwciałem anty-VEGF skierowanym przeciw czynnikowi wzrostu śródbłonka naczyniowego, którym jest bewacyzumab (bewacyzumab hamuje tworzenie nowych naczyń krwionośnych w nowotworze i przez to hamuje jego rozwój). W związku z opisanymi możliwościami terapii celowanej raka jelita grubego niezwykle ważne jest oznaczenia stanu genów RAS i BRAF na jak najwcześniejszym etapie diagnostyki choroby.

Chorzy z zaburzeniem stanu genów RAS mogą otrzymywać wyłączną chemioterapię lub monoklonalne przeciwciało innego rodzaju (bewacyzumab), które hamuje tworzenie nowych naczyń krwionośnych w nowotworze i przez to działa przeciwnowotworowo.
Stosowanie przeciwciał monoklonalnych polega na ich dożylnym podaniu w szpitalu lub przychodni pod nadzorem lekarzy o odpowiednim doświadczeniu.

Podczas leczenia zespół medyczny będzie nadzorował występowanie niepożądanych następstw. Niektórzy chorzy otrzymują odpowiednie leki zapobiegające powikłaniom. Efekty uboczne zwykle zależą od zastosowanego przeciwciała. Mogą wśród nich wystąpić: wysypka, gorączka, ból podbrzusza, wymioty, biegunka, zmiany ciśnienia krwi, krwawienia, problemy z oddychaniem. Efekty uboczne zwykle stają się lżejsze po pierwszej sesji leczenia.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem pt. „Co warto wiedzieć. Leczenie celowane chorych na nowotwory", który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

Możesz chcieć zadać lekarzowi następujące pytania przed rozpoczęciem chemioterapii lub leczenia celowanego:

1. *Jakie leki zostaną mi podane? Jak będą działać?*
2. *Jakim badaniom genetycznym będę poddany przed rozpoczęciem leczenia?*
3. *Kiedy rozpocznie się leczenie? Kiedy się zakończy? Jak często będę otrzymywać leczenie?*
4. *Gdzie odbędzie się leczenie? Czy potem będę mógł prowadzić samochód?*
5. *Jak mogę dbać o siebie podczas leczenia?*
6. *Skąd będziemy wiedzieć, że leczenie przynosi rezultaty?*
7. *O jakich efektach ubocznych powinienem powiedzieć?*
8. *Czy pojawią się długotrwałe efekty uboczne?*

8.2.4. Radioterapia

Radioterapia wykorzystuje promieniowanie o wysokiej energii do niszczenia komórek nowotworowych. Radioterapia oddziałuje wyłącznie na komórki w obszarze, na który zostaje skierowana.

Lekarze wykorzystują różne typy radioterapii do leczenia raka. Czasami ludzie poddawani są obu typom:

- **radioterapia zewnętrzna** – promieniowanie pochodzi z urządzenia (najczęściej akcelerator liniowy). Większość chorych udaje się do szpitala lub kliniki na leczenie, które przeważnie odbywa się pięć dni w tygodniu przez kilka tygodni,

- **radioterapia wewnętrzna (implant lub brachyterapia)** – promieniowanie pochodzi z radioaktywnego materiału umieszczonego w cienkiej rurce włożonej bezpośrednio w nowotwór lub umiejscowionej tuż obok niego. Chory pozostaje w szpitalu, a implant znajduje się w jednym miejscu przez kilka dni. Zwykle implanty są usuwane przed odesłaniem pacjenta do domu,
- **radioterapia śródoperacyjna** – w niektórych przypadkach radioterapia jest stosowana w trakcie operacji.

Efekty uboczne zależą głównie od ilości podawanego promieniowania oraz leczonej części ciała. Radioterapia skierowana na podbrzusze i miednicę może powodować nudności, wymioty, biegunkę, krwawe stolce lub nadwrażliwość ruchów jelit. Dodatkowo skóra na leczonym obszarze może stać się zaczerwieniona, sucha i drażliwa. Skóra w okolicy odbytu jest szczególnie wrażliwa.

Bardzo prawdopodobne, że podczas radioterapii będziesz czuć duże zmęczenie, zwłaszcza w późniejszych tygodniach leczenia. Odpoczynek jest ważny, choć lekarze zwykle doradzają pacjentom pozostanie tak aktywnymi, na ile tylko mogą.

Pomimo tego, że efekty uboczne radioterapii mogą być niepokojące,

lekarz zwykle leczy je lub kontroluje. Poza tym zwykle ustępują one wraz z zakończeniem leczenia.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 11 pt. „Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową", który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

Możesz chcieć zadać lekarzowi następujące pytania na temat radioterapii:

1. *Dlaczego potrzebuję takiego leczenia?*
2. *Kiedy rozpocznę leczenie? Kiedy się ono zakończy?*
3. *Jak będę się czuć podczas leczenia?*
4. *Skąd będziemy wiedzieć, że radioterapia przynosi efekty?*
5. *W jaki sposób mogę się o siebie troszczyć podczas leczenia?*
6. *Czy mogę kontynuować moje normalne aktywności?*
7. *Czy są jakieś długotrwałe efekty?*

8.2.5. Leki biopodobne

Leki biologiczne są to substancje aktywne (wywierające określany efekt terapeutyczny), które są wytwarzane lub pozyskiwane z żywych organizmów (bakterie, grzyby, rośliny). Współcześnie leki biologiczne rozumiemy przede wszystkim, jako tzw. biofarmaceutyki, które wytwarzane są z zastosowaniem technik inżynierii genetycznej, a za ich produkcję odpowiedzialne są laboratoria biotechnologiczne.

Leki biologiczne są przełomem w medycynie, umożliwiają skuteczne leczenie wielu chorób, również takich, dla których przedtem nie było skutecznej terapii.

Leki biopodobne są to produkty lecznicze, które zawierają podobną wersję substancji czynnej do tak zwanego produktu referencyjnego, czyli leku biologicznego, który jest zarejestrowany i stosowany w leczeniu pacjentów. Leki biologiczne – biopodobne – są zatwierdzane na podstawie takich samych norm jakości farmaceutycznej, które dotyczą wszystkich leków biologicznych zarejestrowanych w Unii Europejskiej.

Dla pacjenta oznacza to, że lek biopodobny nie jest wierną kopią leku oryginalnego jednak jest do niego bardzo podobny pod względem budowy oraz wykazuje bardzo zbliżone działanie i profil bezpieczeństwa. Jest to sprawdzane poprzez szczegółowe badania laboratoryjne i podczas badań klinicznych. Warto podkreślić, że lek biopodobny nie jest tym samym co lek generyczny.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem pt. „Co warto wiedzieć. Leki biopodobne", który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

8.3. Leczenie raka okrężnicy

Większość chorych na raka okrężnicy poddawana jest w pierwszym etapie operacji. Niektórzy z nich oprócz operacji poddawani są także chemiote-

rapii. W niektórych zaawansowanych stadiach choroby stosowana jest chemioterapia i leki celowane. W raku okrężnicy rzadko stosowana jest radioterapia.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 6 pt. „Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową" lub z poradnikiem „Co warto wiedzieć. Leczenie celowane chorych na nowotwory", które zostały wydane w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępne są do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

Kolostomia jest sporadycznie potrzebna u osób chorujących na raka okrężnicy. Pomimo tego, że radioterapia jest rzadko stosowana w przypadku raka okrężnicy, czasami jest wykorzystywana, aby ulżyć bólowi i innym objawom.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 11 pt. „Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową", który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

8.4. Leczenie raka odbytnicy

We wczesnych stadiach raka odbytnicy operacja jest najczęściej stosowaną metodą leczenia. Niektórzy chorzy – oprócz operacji – poddawani są także radioterapii i chemioterapii. U chorych z nowotworem bardziej zaawansowanym miejscowo stosuje się radioterapię z chemioterapią przed ewentualnym leczeniem chirurgicznym. W uogólnionym stadium choroby postępowanie obejmuje chemioterapię i leki celowane.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 6 pt. „Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową", z poradnikiem nr 11 pt. „Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową" lub z poradnikiem „Co warto wiedzieć. Leczenie celowane chorych na nowotwory", które zostały wydane w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępne są do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

Około jeden na ośmiu chorych z rozpoznaniem raka odbytnicy wymaga trwałej kolostomii.

Radioterapia może być stosowana przed i po operacji. Niektóre osoby otrzymują radioterapię przed operacją, aby zmniejszyć nowotwór, a inni chorzy są poddawani napromienianiu po operacji, aby zniszczyć komórki nowotworowe, które mogły jeszcze pozostać na danym obszarze. Radioterapia może być także wykorzystywana, aby ulżyć bólowi i innym problemom wywołanym przez nowotwór.

9. Odżywianie i aktywność fizyczna

Ważne jest, aby dobrze się odżywiać i w miarę możliwości pozostawać aktywnym.

Potrzebujesz odpowiedniej ilości kalorii, aby utrzymać właściwą wagę podczas i po leczeniu przeciwnowotworowym. Potrzebujesz także wystarczającej ilości

białka, witamin i minerałów. Dobre odżywianie się może pomóc Ci czuć się lepiej i mieć więcej energii. Utrzymanie właściwego odżywiania może być trudne. Czasami, zwłaszcza podczas lub krótko po zakończeniu leczenia, możesz nie mieć apetytu. Możesz czuć się niezbyt dobrze lub zmęczony. Możesz odkryć, że pokarmy smakują inaczej niż dotychczas. Ponadto możesz odczuwać nudności, wymiotować, mieć biegunkę oraz suchość w ustach.

Lekarz, dietetyk lub inny specjalista może zaproponować sposoby radzenia sobie z tymi problemami. Wiele osób odkrywa, że czują się lepiej, gdy pozostają aktywnymi. Spacery, joga, pływanie i inne aktywności mogą pomóc Ci utrzymać siłę i podnieść poziom energii. Jakąkolwiek aktywność fizyczną wybierzesz, porozmawiaj z lekarzem, zanim zaczniesz ćwiczyć. Poinformuj też lekarza lub pielęgniarkę, gdy tylko aktywność wywołuje ból lub inne problemy.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 7 pt. „Żywienie a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin" lub z poradnikiem nr 12 pt. „Moja rehabilitacja. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin" , które zostały wydane w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępne są do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

10. Rehabilitacja

Rehabilitacja jest ważną częścią opieki podczas leczenia przeciwnowotworowego. Twój zespół medyczny dokłada wszelkich starań, aby pomóc Ci powrócić do normalnego życia tak szybko, jak tylko to możliwe.

Jeżeli masz stomię, musisz nauczyć się o nią troszczyć. Lekarze, pielęgniarki oraz specjaliści od enterostomii mogą Ci pomóc. Często tego typu terapeuta odwiedza pacjentów przed operacją, aby powiedzieć, czego należy się spodziewać. Nauczą Cię radzić sobie ze stomią po operacji. Opowiedzą o kwestiach codziennego życia, w tym o obawach emocjonalnych, fizycznych i seksualnych. Często mogą dostarczyć dodatkowych źródeł informacji i powiedzieć o grupach wsparcia.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 2 pt. „Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej. Poradnik dla kobiet i ich partnerów", z poradnikiem nr 3 pt. „Seksualność mężczyzny w chorobie nowotworowej. Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek" lub z poradnikiem nr 12 pt. „Moja rehabilitacja. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin", które zostały wydane w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępne są do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

11. Opieka po zakończeniu leczenia

Opieka po zakończeniu leczenia raka jelita grubego jest ważna. Nawet wtedy, gdy rak wydaje się być całkowicie usunięty lub zniszczony, choroba czasami powraca, ponieważ niewykryte komórki nowotworowe pozostały w organizmie po zakończeniu leczenia. Lekarz monitoruje Twój powrót do zdrowia i bada

Cię pod kątem wczesnego wykrycia nawrotu raka. Wizyty kontrolne pomagają zapewnić, że jakiekolwiek zmiany w zdrowiu zostaną wykryte i odpowiednio potraktowane, gdy będzie to konieczne. Wizyty kontrolne mogą zawierać fizyczne badanie (w tym badanie palcem odbytnicy), badania laboratoryjne (w tym badanie antygenu rakowo-płodowego), kolonoskopię, badanie rentgenowskie i komputerowej tomografii oraz inne badania.

Jeśli masz jakiekolwiek problemy zdrowotne pomiędzy wizytami, powinieneś skonsultować się z lekarzem.

12. Metody niekonwencjonalne

Naturalnym jest chcieć pomóc sobie poczuć się lepiej. Niektóre osoby chorujące na nowotwory twierdzą, że medycyna komplementarna pomaga im w poprawie samopoczucia. Postępowanie jest zaliczane do medycyny komplementarnej, kiedy stosowane jest jednocześnie ze standardowym leczeniem. Akupunktura, masaże, produkty ziołowe, witaminy lub specjalna dieta, medytacja są przykładami takich podejść.

Porozmawiaj z lekarzem, jeśli zastanawiasz się nad wypróbowaniem czegokolwiek nowego. Rzeczy, które mogą się wydawać bezpieczne, takie jak określone herbaty ziołowe, mogą zmieniać sposób działania standardowej terapii. Zmiany te mogą być szkodliwe, a niektóre z podejść mogą być niebezpieczne same w sobie.

Możesz chcieć zadać lekarzowi następujące pytania, zanim zdecydujesz się wypróbować medycynę komplementarną:

1. *Jakich korzyści mogę oczekiwać od tego postępowania?*
2. *Jakie może być ryzyko takiego postępowania?*
3. *Czy oczekiwane korzyści są większe niż ryzyko?*
4. *Na jakie działania uboczne powinienem uważać?*
5. *Czy to podejście wpłynie w jakikolwiek sposób na moje standardowe leczenie? Czy może być szkodliwe?*
6. *Czy proponowane podejście jest poddawane badaniom klinicznym?*
7. *Czy mogę być skierowany do specjalisty od medycyny komplementarnej?*

13. Źródła wsparcia

Życie z poważną chorobą, taką jak rak jelita grubego, nie jest łatwe. Możesz martwić się o opiekę nad swoją rodziną, utrzymanie pracy lub kontynuowanie codziennych czynności. Obawy związane z leczeniem i radzeniem sobie z efektami ubocznymi, pobytami w szpitalu i rachunkami też są częste.

Lekarze, pielęgniarki i inni członkowie zespołu medycznego mogą odpowiedzieć na pytania dotyczące leczenia, pracy i pozostałych czynności. Spotkania z pracownikiem socjalnym, terapeutą lub członkiem wspólnoty duchowej także mogą być pomocne, jeśli chcesz porozmawiać o uczuciach lub niepokojach. Często pracownik socjalny może podpowiedzieć źródła pomocy finansowej, transportu, opieki domowej i emocjonalnego wsparcia.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 4 pt. „Pomoc socjalna. Przewodnik dla pacjentów z chorobą nowotworową", który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub Programu www.programedukacjionkologicznej.pl

Grupy wsparcia też mogą być pomocne. W grupach tych chorzy i ich rodziny spotykają się z innymi chorymi i ich rodzinami, aby dzielić się tym, czego się nauczyli o radzeniu sobie z chorobą i efektami leczenia. Grupy mogą oferować wsparcie na spotkaniach, przez telefon lub Internet. Możesz chcieć porozmawiać z członkiem zespołu medycznego na temat znalezienia odpowiedniej grupy wsparcia.

14. Nadzieje związane z badaniami klinicznymi

Lekarze w całym kraju prowadzą wiele typów badań klinicznych (badań naukowych, w których chorzy biorą dobrowolny udział). Lekarze badają sposoby zapobiegania, wykrywania i leczenia raka jelita grubego.

Badania kliniczne są projektowane w celu uzyskania odpowiedzi na ważne pytania i potwierdzenia bezpieczeństwa i skuteczności postępowania. Dotychczasowe badania pomogły wprowadzić udoskonalenia, ale naukowcy nadal poszukują bardziej efektywnych rozwiązań.

Osoby, które biorą udział w badaniach klinicznych mogą znaleźć się wśród pierwszych, które z wyników badań skorzystają, jeśli nowe podejście okaże się skuteczne. A jeżeli uczestnicy nie skorzystają na nich bezpośrednio, nadal mogą istotnie przyczynić się do rozwoju medycyny, pomagając lekarzom dowiedzieć się więcej o chorobie i jej kontrolowaniu. Pomimo tego, że badania kliniczne związane są z pewnym ryzykiem, badacze robią wiele w celu zabezpieczenia chorych uczestniczących w badaniach.

Trwają badania mające na celu stwierdzić, czy określone suplementy diety lub leki mogą pomóc zapobiegać wystąpieniu raka jelita grubego.

Naukowcy testują nowe sposoby wykrywania polipów oraz raka jelita grubego. Przykładowo, oceniana jest wartość wirtualnej kolonoskopii. Jest to tomografia komputerowa okrężnicy, podczas której wykonywane są zdjęcia rentgenowskie wnętrza okrężnicy.

Naukowcy badają też nowe metody chemioterapii i terapii ukierunkowanych. Testują nowe leki, nowe kombinacje, różne dawki. Dodatkowo badacze poszukują sposobów na zmniejszenie ubocznych – niepożądanych – następstw leczenia. Jeżeli jesteś zainteresowany udziałem w badaniu klinicznym, porozmawiaj ze swoim lekarzem.

15.Słowniczek

Akcelerator liniowy – urządzenie wykorzystywane w radioterapii, w którym wytwarzany jest strumień szybko poruszających się elektronów. Powstałe promieniowanie o wysokiej energii może być wykorzystywane do leczenia raka.

Akupunktura – metoda nakłuwania skóry cienkimi igłami w określonych punktach ciała w celu kontrolowania bólu i innych objawów. Akupunktura jest rodzajem medycyny komplementarnej i alternatywnej.

Antygen rakowo-płodowy – substancja występująca w nadmiarze w krwi niektórych osób z określonymi nowotworami lub innymi chorobami oraz u palaczy. Wykorzystywana jest jako marker dla raka jelita grubego.

Badanie kliniczne – rodzaj badań, w których u ochotników oceniana jest wartość nowych metod zapobiegania, wczesnego wykrywania i rozpoznawania oraz leczenia różnych chorób.

Badanie na obecność krwi w kale – badanie mające wykryć komórki krwi w kale. Małe próbki kału są umieszczane na specjalnych płytkach i przekazywane do lekarza lub laboratorium na testy. Obecność krwi w kale może być objawem raka jelita grubego.

Biopsja – usunięcie komórek lub tkanek w celu uzyskania materiału do badania patomorfologicznego. Patomorfolog może badać materiał pod mikroskopem lub za pomocą innych testów.

Błonnik – składnik owoców, warzyw, roślin strączkowych i ziaren, który nie jest trawiony. Błonnik może być pomocny w zapobieganiu wystąpieniu raka jelita grubego.

Brachyterapia – metoda leczenia, podczas której radioaktywny materiał jest umieszczany w okolicy lub w samym nowotworze za pomocą igły, sondy lub cewnika (nazywana także wewnętrzną radioterapią).

Celekoksyb – przeciwbólowy lek należący do rodziny niesteroidowych środków przeciwzapalnych. Obecnie badany w zapobieganiu nowotworom.

Chemioterapia – metoda leczenia za pomocą leków o działaniu przeciwnowotworowym.

Chirurg – lekarz usuwający lub naprawiający operacyjnie zmienione części ciała.

Choroba Leśniewskiego-Crohna – przewlekłe zapalenie układu pokarmowego (przeważnie dotyczące jelita cienkiego lub okrężnicy), zwiększające ryzyko zachorowania na raka jelita grubego.

Badanie palcem odbytnicy = badanie per rectum – badanie za pomocą zwilżonego palca w rękawiczce przez odbyt w celu wykrycia nieprawidłowości.

Czynnik ryzyka – czynnik, który może zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia choroby. Przykładowymi czynnikami ryzyka dla wystąpienia raka są: starszy wiek, historia zachorowań na raka w rodzinie, używanie produktów nikotynowych, określone – nieprawidłowe – sposoby żywienia, otyłość, narażenie na działanie promieniowania lub innych czynników rakotwórczych, określone zmiany genetyczne.

Efekt uboczny – problem pojawiający się, kiedy leczenie wpływa na zdrowe tkanki i narządy. Do grupy często występujących efektów ubocznych podczas

leczenia przeciwnowotworowego należą: zmęczenie, ból, mdłości, wymioty, obniżona liczba krwinek, wypadanie włosów, suchość i inne objawy zapalenia w ustach.

Gastroenterolog – lekarz specjalizujący się w rozpoznawaniu i leczeniu chorób układu pokarmowego.

Gen – jednostka dziedziczenia przekazywana z rodziców na potomstwo.
Geny tworzą układ DNA i większość z nich zawiera informacje dotyczące wytwarzania określonych białek.

Gruczolak – łagodny nowotwór z tkanki gruczołowej.

Hemoroidy – powiększone lub poszerzone naczynia krwionośne, zwykle zlokalizowane w pobliżu odbytu lub w odbytnicy.

Immunoterapia – postępowanie wzmacniające lub podtrzymujące zdolność systemu immunologicznego do zwalczania infekcji oraz chorób. Stosowana także do zmniejszenia efektów ubocznych, które mogą być wywołane niektórymi metodami leczenia przeciwnowotworowego. Nazywana także bioterapią, terapią modyfikującą biologiczną reakcję.

Kolonoskop – cienka, zakończona światłem rurka (sonda) wykorzystywana do badania wnętrza jelita grubego.

Kolonoskopia – badanie wnętrza jelita grubego przy użyciu cienkiej, zakończonej światłem rurki (kolonoskop), wprowadzanej przez odbyt. Zauważone podczas badania nietypowe zmiany mogą być usunięte oraz poddane badaniom mikroskopowym w celu potwierdzenia lub wykluczenia choroby.

Kolostomia – wejście do okrężnicy poprowadzone z zewnątrz ciała. Kolostomia stanowi nową drogę wydalania zawartości przewodu pokarmowego.

Laparoskop – cienki przewód rurowy zakończony światłem wykorzystywany do oglądania wnętrza jamy brzusznej i miednicy.

Laparoskopia – badanie, które polega na wprowadzeniu cienkiego i zakończonego światłem przewodu (laparoskop) przez ścianę jamy brzusznej w celu oceny stanu wnętrza i pobrania próbki tkanek.

Łagodny, niezłośliwy – zmiany nowotworowe, które mogą powiększać się bez rozprzestrzeniania się do innych okolic ciała.

Nawrotowy nowotwór – nowotwór, który – po okresie całkowitego ustąpienia – powrócił w miejscu pierwotnego powstania lub w innej okolicy.

Nowotwór, rak – choroba, w której występuje nietypowy i niekontrolowany podział komórek. Komórki nowotworowe mogą zajmować sąsiednie tkanki oraz rozprzestrzeniać się poprzez układ krwionośny i limfatyczny do innych części ciała. Występuje kilka głównych typów nowotworów.

Nowotwór przedinwazyjny – nowotwór, który rozwija się wyłącznie w jednej warstwie tkankowej i nie rozprzestrzenia się do okolicznych tkanek.

Onkolog kliniczny – lekarz specjalizujący się w rozpoznawaniu i leczeniu chorych

na nowotwory z pomocą chemioterapii, hormonoterapii lub immunoterapii oraz leków celowanych. Onkolog często jest lekarzem prowadzącym osoby chorej na raka i koordynuje leczenie proponowane przez innych lekarzy.

Operacja, zabieg – procedura usunięcia lub naprawy części ciała (czasami wykonywana w celu sprawdzenia, czy występuje choroba).

Patolog – lekarz rozpoznający choroby na podstawie badania komórek i tkanek pod mikroskopem.

Polip – zmiana, która uwypukla się ponad powierzchnię błony śluzowej.

Polipektomia – operacja mająca na celu usunięcie polipów.

Promieniowanie Roentgena, RTG – rodzaj promieniowania o wysokiej energii. W małych dawkach promieniowanie RTG używane jest do rozpoznawania chorób przez zdjęcia wnętrza ciała. W dużych dawkach promieniowanie RTG wykorzystuje się do leczenia chorych na nowotwory.

Przeciwciało monoklonalne – substancja wytwarzana w laboratorium, która może zlokalizować i związać się z komórkami nowotworowymi niezależnie od ich miejsca występowania w organizmie. Wiele przeciwciał monoklonalnych wykorzystywanych jest do wykrywania lub – przede wszystkim – leczenia chorych na nowotwory. Każde z nich rozpoznaje inne białko lub komórki określonego nowotworu. Przeciwciała monoklonalne mogą być wykorzystywane do samodzielnego stosowania lub stanowią transporter leków, toksyn lub materiału radioaktywnego bezpośrednio do nowotworu.

Przerzutowy – stadium choroby polegające na obecności zmian w innych – niż pierwotne umiejscowienie – okolicach (przerzuty).

Przerzuty – zmiany nowotworowe rozprzestrzeniające się z okolicy pierwotnego umiejscowienia do innych części ciała. Nowotwory z komórek pierwotnie powstałych w innych częściach ciała nazywane są przerzutami. Przerzuty zawierają komórki podobne do pierwotnego nowotworu.

Radioaktywny – wydzielający promieniowanie radioaktywne.

Radioterapeuta – lekarz specjalizujący się w radioterapii, która jest jedną z podstawowych metod leczenia chorych na nowotwory.

Radioterapia – metoda leczenia, która polega na wykorzystaniu źródeł promieniowania o dużej energii (rentgenowskie, gamma, neutronowe i inne) do niszczenia komórek nowotworowych i zmniejszenia nowotworu. Promieniowanie może pochodzić z urządzenia znajdującego się na zewnątrz ciała lub z radioaktywnego materiału umieszczonego w komórkach ciała znajdujących się w pobliżu komórek nowotworowych (terapia kontaktowa, brachyterapia).

Radioterapia śródoperacyjna – radioterapia kierowana bezpośrednio na nowotwór podczas operacji.

Radioterapia wewnętrzna – procedura, w której radioaktywny materiał jest umieszczany w nowotworze lub najbliższym sąsiedztwie za pomocą igieł, implantów, sond i innych źródeł.

Radioterapia zewnętrzna – radioterapia wykorzystująca urządzenie wysyłające promieniowanie o wysokiej energii w kierunku nowotworu.

Rak jelita grubego – nowotwór rozwijający się w okrężnicy lub odbytnicy.

Magnetyczny rezonans, MR – badanie, w którym wykorzystywane są fale radiowe oraz bardzo silny magnes połączony z komputerem wykonującym szczegółowe zdjęcia obszarów wewnątrz ciała. Obrazy pokazują różnice między normalnymi i chorymi tkankami. Badanie MR zapewnia lepsze obrazowanie narządów oraz tkanek miękkich niż inne metody obrazujące (np. komputerowa tomografia lub RTG). Badanie MR jest wykorzystywane zwłaszcza w przypadku obrazowania mózgu, kręgosłupa, tkanek miękkich stawów oraz kości.

Rodzinna polipowatość gruczolakowata – odziedziczona skłonność do występowania wielu polipów (narośli wystających z błony śluzowej) powstających w obrębie ścian jelita grubego. Zwiększa ryzyko zachorowania na raka okrężnicy.

Sigmoidoskop – cienka i wyposażona w źródło światła sonda wykorzystywana do badania wnętrza okrężnicy.

Sigmoidoskopia – badanie dolnej części jelita za pomocą sigmoidoskopu. Próbki tkanki lub komórek mogą być pobrane do badania pod mikroskopem. Badanie zwane jest też proktosigmoidoskopią.

Specjalista od stomii – lekarz wyszkolony w opiece nad osobami mającymi założone stomie do wydalania kału i moczu.

Stomia – operacyjnie stworzony otwór z wnętrza ciała na zewnątrz.

Terapia miejscowa – leczenie skierowane na pierwotną zmianę nowotworową i sąsiednie okolice bez oddziaływania na odległe narządy, w których mogą być przerzuty.

Terapia systemowa – leczenie ogólnoustrojowe wykorzystujące substancje, które przemieszczają się wraz z krwią i docierają do komórek w całym ciele.

Testy genetyczne – analizowanie materiału DNA w celu sprawdzenia nieprawidłowości genetycznych, które mogą wskazywać na zwiększone ryzyko zachorowania na określone choroby.

Tomografia komputerowa – seria szczegółowych obrazów wnętrza ciała zrobionych pod różnym kątem; obrazy są tworzone komputerowo przez maszynę połączoną z urządzeniem RTG.

Układ limfatyczny = chłonny – układ, który wytwarza, przechowuje i przenosi białe komórki krwi zwalczające infekcje i choroby. Do systemu tego należą: szpik kostny, śledziona, grasica, węzły chłonne, naczynia limfatyczne (sieć cienkich przewodów, którymi transportowana jest chłonka – limfa - i białe komórki krwi) do wszystkich tkanek ciała.

Układ pokarmowy – narządy, które odpowiadają za przyjmowanie i trawienie pokarmu oraz przetwarzanie w produkty pomagające organizmowi utrzymać się w zdrowiu. Produkty uboczne, których organizm nie może wykorzystać, usuwane są z ciała poprzez ruchy jelit. Do narządów układu pokarmowego należą: ślinianki, usta, przełyk, żołądek, wątroba, trzustka, pęcherzyk żółciowy, jelita cienkie i grube, odbyt.

USG wnętrza odbytnicy – badanie, które polega na umieszczeniu w odbytnicy sondy wysyłającej fale dźwiękowe o wysokiej częstotliwości. Fale dźwiękowe odbijając się od tkanek i narządów wewnętrznych tworzą echo, które powoduje powstanie obrazu. Badanie wykorzystywane jest do wykrywania nieprawidłowości w odbytnicy oraz okolicznych strukturach (np. gruczoł krokowy).

Węzeł chłonny, gruczoł limfatyczny – okrągła masa tkanki limfatycznej otoczona tkanką łączną. Węzły chłonne filtrują limfę (płyn limfatyczny) i przechowują limfocyty (białe komórki krwi). Są zlokalizowane wzdłuż naczyń limfatycznych.

Wirtualna kolonoskopia – eksperymentalna metoda badania jelita za pomocą serii zdjęć rentgenowskich przy wykorzystaniu komputera do tworzenia obrazów dwu- i trójwymiarowych wnętrza jelita.

Wlew kontrastowy jelita grubego – badanie, które polega na wykonaniu zdjęć rentgenowskich jelita grubego po podaniu doodbytniczo płynu zawierającego kontrast (bar). Bar jest metalicznym związkiem, który powoduje lepszą widoczność ścian jelita na zdjęciach rentgenowskich i umożliwia wykrycie nieprawidłowości. Powietrze jest wpuszczane do odbytu i jelita, aby dodatkowo zwiększyć przejrzystość zdjęć.

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – przewlekłe zapalenie jelita grubego wywołujące owrzodzenie. Objawia się bólami podbrzusza, skurczami, wysiękami ropy, krwi oraz śluzu z jelit.

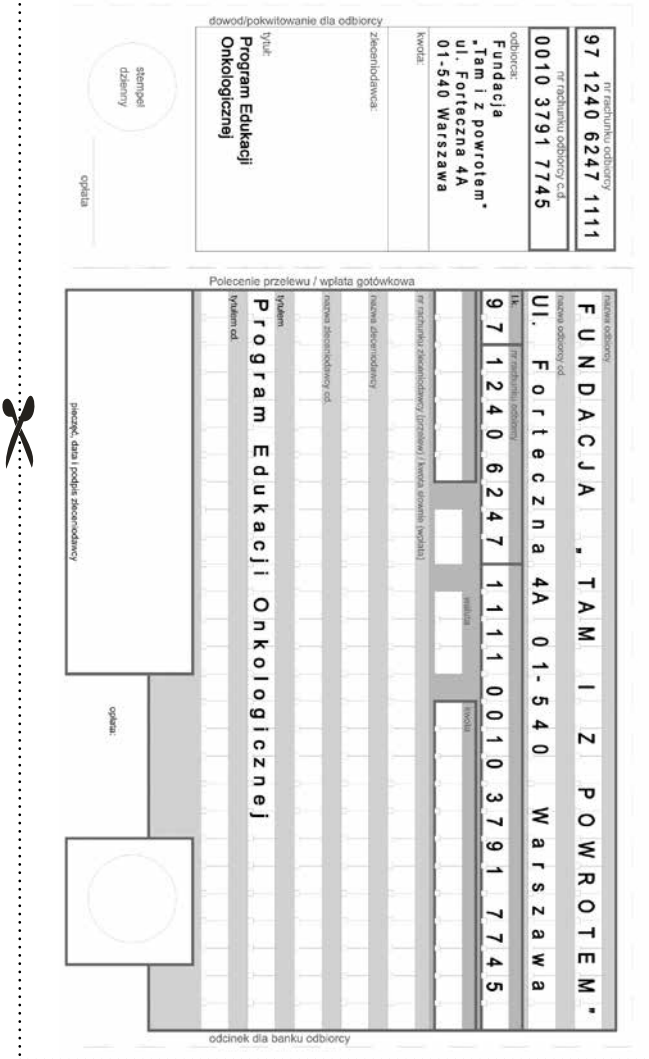
Zakażenie, infekcja – rozprzestrzenianie się i namnażanie zarazków w organizmie. Zakażenie może pojawić się w każdej części ciała i rozprzestrzeniać w nim. Zarazkami mogą być bakterie, wirusy, drożdże lub grzyby wywołujące gorączkę oraz inne problemy, w zależności od miejsca zakażenia. Kiedy naturalny system obronny jest silny, organizm zwykle zwalcza zarazki i zapobiega infekcji. Niektóre metody leczenia nowotworów mogą osłabiać naturalny system obronny organizmu.
Zapalenie – zaczerwienienie, obrzęk, ból lub uczucie ciepła w określonej części organizmu. Jest to reakcja obronna na uraz, chorobę lub podrażnienie tkanek.

Zespół Lyncha, dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością, HNPCC – odziedziczona niewydolność zwiększająca ryzyko zachorowania na raka okrężnicy oraz nowotwory innych typów przed 50. rokiem życia.

Złośliwy nowotwór – nowotwór, który może zajmować i niszczyć sąsiadujące tkanki oraz rozprzestrzeniać się do innych części ciała.

Chcesz Nam pomóc i wesprzeć Program Edukacji Onkologicznej?
Wytnij zamieszczony poniżej przekaz pocztowy i dokonaj przelewu na wybraną przez siebie kwotę.

Każde wsparcie jest dla nas bezcenne. Dziękujemy!



Możesz również w łatwy sposób dokonać przelewu poprzez naszą stronę **www.tamizpowrotem.org** korzystając z systemu płatności **Dotpay (przejście do systemu przy wyborze opcji „Przekaż darowiznę" na stronie głównej).**

NOTATKI:

NOTATKI:

CENTRUM EDUKACJI ZDROWOTNEJ

ul. Nowoursynowska 143K lok. U2, Warszawa
tel. 22 401 2 801, 606 908 388

Centrum Edukacji Zdrowotnej to wyjątkowe na mapie warszawskiego Ursynowa miejsce, oferujące usługi mające na celu szeroko rozumiane propagowanie edukacji zdrowotnej.

W ramach codziennych aktywności, prowadzone są porady specjalistyczne i wsparcie **m.in. psychologiczne, psychiatryczne oraz doradztwo dietetyczne.**

Oferujemy indywidualną psychoterapię w tym interwencję kryzysową, terapię uzależnień, terapię rodzinną czy małżeńską.

Zapraszamy na spotkania grup wsparcia, warsztaty, szkolenia, jak również zajęcia m.in. rozwojowe, plastyczne, muzyczne czy ruchowe.

Realizujemy także świadczenia w ramach dofinansowania z pierwszego, ogólnopolskiego Programu Edukacji Onkologicznej.

www.centrumedukacjizdrowotnej.pl

Poradnik „Rak jelita grubego" jest bezcenny dla pacjentów, którzy są w bardzo trudnym momencie swojego życia - właśnie dowiedzieli się o rozpoznaniu raka odbytnicy lub okrężnicy. W takiej chwili istnieje olbrzymia potrzeba uzyskania jak największej ilości wiarygodnych informacji. Jak dobrze wiemy, nie każda informacja pozyskiwana w tzw. „szerokim Internecie" jest pewna. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej oraz „Fundacja Tam i z powrotem" dostarczyły takiego właśnie potrzebnego i wiarygodnego Informatora/Poradnika.

Rak jelita grubego zajmuje drugie-trzecie miejsce wśród nowotworów występujących u mężczyzn i kobiet, a częstość zachorowań ciągle rośnie w związku - między innymi - ze starzeniem się społeczeństwa. Niestety, nie istnieją objawy pozwalające na wykrycie nowotworu we wczesnej fazie. Ewentualne dolegliwości są nietypowe, pokrywają się z tymi, które występują w innych chorobach, jak na przykład zaburzenia czynnościowe jelit, zapalenia jelit, zaparcia i inne.

Rak jelita grubego jest jednym z trzech nowotworów, w których istnieje sens wykonywania badań przesiewowych u osób bez objawów sugerujących nowotwór. W Polsce metodą badań przesiewowych jest kolonoskopia, w czasie której można nie tylko wykryć i skutecznie leczyć najwcześniejsze postaci raka, ale także - poprzez usuwanie polipów – doprowadzić do uniknięcia zachorowania na ten nowotwór. Metoda ta zasługuje na powszechną akceptację i rozpowszechnianie – w czym może mieć udział niniejszy Poradnik. Szerokie informacje na temat Programu przesiewowego w Polsce można uzyskać na stronie www.pbp.org.pl.

Prof. dr hab. med. Jarosław Reguła
Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii,
Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
Koordynator krajowego Programu Badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego.

Sfinansowane w ramach Programu:
PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ

Patron merytoryczny:
Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

Organizator:
fundacja tam i z powrotem

Wydawca:
PRIMOPRO