

**WYŻSZA SZKOŁA PLANOWANIA STRATEGICZNEGO
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ
WYDZIAŁ SPOŁECZNO-MEDYCZNY**

KATARZYNA PLACYKIEWICZ

NR ALBUMU: 8254

PRACA LICENCJACKA

**NIEKONWENCJONALNA TERAPIA DOŻYLNĄ WYSOKIMI
DAWKAMI WITAMINY C W PALIATYWNEJ CHOROBY
NOWOTWOROWEJ U PACJENTA Z GRUCZOLAKORAKIEM
ESICY**

**Praca napisana w Katedrze pielęgniarstwa i położnictwa
promotor pracy: dr n. o zdr. Katarzyna Mazur**

DĄBROWA GÓRNICZA 2021

PODZIĘKOWANIE

*Nade wszystko dziękuję Tadeuszowi,
dzięki któremu mogłam zdobyć i przeżyć
to niecodzienne doświadczenie w moim życiu i pracy zawodowej.*

*Pragnę wyrazić szczerze uznanie
mojemu Szefowi – lek. med. Januszowi Stasiakowi
za otwartość umysłu lekarskiego, samodzielność myślenia
i odwagę, za postrzeganie pacjenta holistycznie
i bycie z nim do końca życia,
dziękuję za pomoc w znajdowaniu odpowiedzi na najbardziej kłopotliwe pytania.*

*Dziękuję Szanownej
Promotor – Pani dr n. o zdr. Katarzynie Mazur
za opiekę nad moją pracą,
za bycie moim Aniołem Stróżem
na drodze pisania pierwszej w życiu pracy naukowej.*

WYKAZ SKRÓTÓW

- ADHD** – zespół niespokojnych nóg
- AIDS** – zespół zaburzeń odporności w przebiegu zachorowania na wirus HIV
- ATP** - główny nośnik energii w komórkach
- CA 19-9** – marker nowotworowy narządów jamy brzusznej
- CEA** – antygen karcynoembrionalny- marker nowotworowy
- CT** – tomografia komputerowa
- CRP** – białko ostrej fazy
- DNA** – kwas dezoksyrybonukleinowy
- EKG** - elektrokardiogram
- IGFR1** – insulinopodobny czynnik wzrostu 1
- MRI** – rezonans magnetyczny
- NPL** – proces neoplazmatyczny /nowotworowy/
- OB** – odczyn Biernackiego opadania krwinek
- PHI** – inhibitor hialuronidazy
- RR** – ciśnienie tętnicze krwi
- RTG** – badanie przy pomocy promieniowania rentgenowskiego
- RZS** – reumatoidalne zapalenie stawów
- SARS, MERS, COVID 19** – podtypy wirusów z grupy Coronawirusów
- USA** – Stany Zjednoczone Ameryki Północnej
- USG** – ultrasonografia
- VAEGEF** – czynnik rozwoju śródbłonna naczyń

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	3
WSTĘP	5
ROZDZIAŁ I.	
ANALIZA LITERATURY PRZEDMIOTU	6
1.1. Historyczne podstawy pracy – odkrycie witamin	6
1.2. Zastosowanie kliniczne witamin.	7
1.3. Kliniczne doświadczenia z mega dawkami witaminy C.....	8
1.4. Budowa chemiczna witaminy C.....	9
1.5. Właściwości chemiczne, biochemiczne i cytofizjologiczne	9
1.6. Możliwości zastosowania klinicznego.....	13
1.7. Działania niepożądane kwasu askorbinowego	16
1.8. Interakcje kwasu askorbinowego z innymi lekami.....	17
1.9. Dawkowanie kwasu askorbinowego.....	17
1.10. Rola pielęgniarki w trakcie leczenia mega dawkami witaminy C.....	18
ROZDZIAŁ II.	
MATERIAŁ I METODY	19
2.1. Cel pracy	19
2.2. Metoda, techniki i narzędzia badawcze	21
2.3. Teren, organizacja i miejsce badań.....	22
ROZDZIAŁ III.	
WYNIKI BADAŃ.....	23
3.1. Jednostka analizy	23
3.2. Diagnoza pielęgniarska.....	27
3.3. Plan opieki pielęgniarskiej.....	28
3.4. Ewaluacja podjętych działań.....	34
DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW.....	35
WNIOSKI I PODSUMOWANIE	37
STRESZCZENIE	38
PIŚMIENNICTWO.....	40

WSTĘP

Przez ostatnie 50 lat powstało wiele prac naukowych, udowadniających, że warto włączyć witaminoterapię do konwencjonalnego schematu leczenia chorób nowotworowych, jakimi są obecnie: chemioterapia, radioterapia, immunoterapia, hormonoterapia, chirurgia. Badania te dowodzą, że zastosowanie witamin, min. witaminy C zwiększa efektywność powyższych metod, a co więcej pokazały te badania, że terapia wielowitaminowa chroni zdrowe komórki, tkanki i narządy przed skutkami ubocznymi działania tych metod leczenia [1]. W stanach terminalnych, gdzie medycyna konwencjonalna nie jest w stanie leczyć przyczynowo tylko prowadzi się leczenie paliatywne i objawowe, taka forma terapii u ludzi pozbawionych szans na jakiegokolwiek leczenie choroby nowotworowej daje szansę na możliwość lepszego funkcjonowania do końca życia [2-5].

Celem pracy był opis procesu terapeutycznego pacjenta z terminalną chorobą nowotworową – raka jelita grubego oraz rola pielęgniarki w zespole terapeutycznym.

Praca składa się z 3 rozdziałów opisujących witaminę C, jako substancję mogącą mieć zastosowanie w wielu schorzeniach, w tym w chorobie nowotworowej, na podstawie literaturowych doniesień. Główną jednostką analizy był pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową, zdyskwalifikowany z leczenia przyczynowego z powodu nieoperacyjności gruczolakoraka esicy rozlegle naciekającego narządy jamy brzusznej z licznymi przerzutami do węzłów chłonnych, naczyń limfatycznych sieci i otrzewnej oraz wątroby.

ROZDZIAŁ I.

ANALIZA LITERATURY PRZEDMIOTU

1.1. Historyczne podstawy pracy – odkrycie witamin

Pierwsze choroby związane z awitaminozą opisali egipscy lekarze 15 wieków przed naszą erą i były one podobne do opisu szkorbutu, czyli niedoboru witaminy C, znanych w czasie rejsu Vasco da Gamy podczas jego wyprawy w 1497 roku, udowadniając brak świeżych owoców w diecie jako przyczynę choroby. Pierwsze badania naukowe nad awitaminozami w 1747 roku prowadził szkocki lekarz James Lind, potwierdzając, że sok z cytryny i limonki zapobiegał szkorbutowi u marynarzy brytyjskich.

Dopiero jednak w XIX wieku Jej Królewska Mość nakazała spożywanie cytryn przez brytyjską marynarkę, od tej pory brytyjskich marynarzy przezywano na świecie „limoney”.

Do podobnych wniosków doszli dwaj norwescy lekarze w 1907, Axel Holst i Theodor Frolich, badając czynniki przeciwskorbutowe u świnek morskich. Od nich też datuje się pierwsze naukowe doniesienia o awitaminozach jeszcze nie nazwanych. Po raz pierwszy o witaminach napisał i nazwał je Polak, biochemik Kazimierz Funk w 1912 roku, odkrywając składniki żywności, jako czynniki ważne dla utrzymania zdrowia organizmu. Po raz pierwszy użył nazwy witamina od łacińskiego *vita* - życie i *aminy*, czyli związki zawierające azot. Można dodać, że został on także odkrywcą witaminy B1 (tiamina), a będąc człowiekiem korespondującym z całą Europą stał się motorem europejskich i światowych badań nad wszystkimi witaminami.

Jednym z jego kontynuatorów badań był Węgier Albert Szent-Gyorgyi. Wyizolował on w 1928 roku związek z kapusty, nadnerczy i pomarańczy, który wykazywał właściwości oksydoredukcyjne, za co otrzymał Nagrodę Nobla w 1937 roku. W 1934 znów pierwszy, który dokonał syntezy kwasu askorbinowego był Polak, szwajcarski endokrynolog Tadeusz Reichstein ze swoimi współpracownikami. W 1933 roku angielski chemik Walter Norman Haworth ze współpracownikami ustalili budowę chemiczną witaminy C [4,6-7].

1.2. Zastosowanie kliniczne witamin

Pierwszą znaczącą kliniczną publikacją z własnych doświadczeń, popartych obserwacją kliniczną i olbrzymim doświadczeniem, była książka Dr Williama Kaufmana wydana w 1949 roku „The Common Form of Joint Dysfunction”. W książce tej Dr Kaufman wyprzedzając rozwój medycyny opisał stosowanie megadawek niacyny, witaminy C, tiaminy i ryboflawiny w różnych jednostkach chorobowych, szczególnie w artretyzmie i w dzisiaj nazywanym zespole ADHD. Jednocześnie prowadził bardzo skrupulatną dokumentację pisemną, z której dowiadujemy się np. że „amid niacyny” (jako taki i w połączeniu z innymi witaminami), stosowany przez lata u tysięcy pacjentów, nie wywołał nigdy żadnych niepożądanych efektów ubocznych”.

W latach późniejszych wprowadzało preparaty witaminowe do terapii różnych jednostek chorobowych wielu amerykańskich i angielskich lekarzy, pomimo kontrowersyjnych ocen środowiska medycyny akademickiej. Wielu z nich przypłaciło utratą prawa wykonywania zawodu mimo, że nie odnotowano i nie udowodniono żadnych toksycznych działań takiego leczenia, ani nie stwierdzono żadnych błędów w sztuce medycznej. Wtedy rodziła się cała gałąź zupełnie nowej medycyny, czyli medycyna ortomolekularna (ortho - równowaga, molekular - cząsteczkowy) mająca za główny cel wprowadzać równowagę molekuł wewnątrzkomórkowo w narządach organizmu człowieka w różnych jego stanach i w zróżnicowaniu płci. Okazuje się, że kwas askorbinowy ma inną reaktywność u płci męskiej i żeńskiej.

Początkowe wy tłumaczenia mechanizmu działania terapii wielowitaminowych, monowitaminowych były koncepcjami, a nie udokumentowanymi w badaniach dowodami klinicznymi. Jednak wszystkie choroby leczone preparatami witaminowymi przede wszystkim były lepiej znoszone przez chory organizm, wzrastał dobrostan pacjenta i co najbardziej znaczące, nie było żadnych efektów ubocznych takich terapii. To otwarte na nowe prądy myślenie spowodowało, że powstało czasopismo medycyny ortomolekularnej, ale i Instytut Naukowy w USA, a co najdziwniejsze „haczyk połąkły” środowiska medyczne z Azji, Chin, Korei Południowej, Japonii [1].

1.3. Kliniczne doświadczenia z mega dawkami witaminy C

Gdzie w tej chwili znajduje się terapia mega dawkami witamin, w tym witaminy C ? Może nie od razu, może nie natychmiast, jutro lub pojutrze, ale zaczynają pękać lody zimna i niechęci wokół leczenia mega dawkami witamin, w tym witaminy C. Terapia mega dawkami traktowana jako uzupełnienie terapii konwencjonalnej, niekiedy jako jedyna możliwość działania na nowotwory, szczególnie w stanach terminalnych, powoli zdobywa uznanie. Staje się, po wielu doniesieniach potwierdzonych doświadczalnie, ciekawą i jeszcze nie końca poznaną drogą terapeutyczną.

Jak wykazywały od lat 70-tych wykonywane badania, prowadzone przez światowe ośrodki medycyny klinicznej, stwierdzano brak jakiegos znaczącego efektu terapeutycznego u chorych, u których stosowano witaminę C dostarczając ją organizmowi doustnie. Największe znaczenie negujące działanie przeciwrakowe dużych dawek witaminy C opublikowano na cały świat z Mayo Clinic. Tam pod koniec lat 70-tych podawane doustnie mega dawki witaminy C nie przyniosły żadnego znaczącego efektu terapeutycznego w badaniach randomizowanych w podwójnej ślepej próbie. Wynik ogłoszono w świecie naukowym, powielane są do tej pory wyniki tych badań i osady o braku jakiegokolwiek znaczenia mega dawek witaminy C i terapii nowotworów. Cały czas są one obecne w środowisku medycyny akademickiej i trudno się oprzeć wrażeniu, jakby z góry założono, że innego wyniku nie mogło by być.

Wprost przeciwne wyniki, jednoznacznie pozytywne, pochodzą od apologetów medycyny ortomolekularnej, wśród nich lekarze amerykańscy i kanadyjscy: Carl C Pfeiffer, Allan Cott, Wiliam Kaufman, Arthur M. Sackler, Max J. Vogel, Emanuel Cheraskin, Abram Hoffer, Ewan Cameron, Hugh Desaix Riordan, Linus Pauling, ale także australijski lekarz Archie Kalokerinos, z Japonii Hiroyuki Abe, Anglik Chris Reading, David Horrobin i wielu innych.

Jak to się dzieje, że wśród wymienionych lekarzy uzyskali wszyscy oni jednoznaczne wyniki, mówiące, że suplementacja mega dawkami witaminy C i innymi witaminami przynosi wymierne efekty dla chorego w wielu schorzeniach, także w chorobie nowotworowej nawet w terminalnym okresie. Wspomaga również efektywność konwencjonalnych chemioterapii, a co niebagatelne, nigdy nie zdarzyły się efekty niepożądane takiej terapii.

Odpowiedź na to pytanie zaczyna udzielać nie tylko świat medycyny ortomolekularnej, ale także i medycyny akademickiej. Ukazują się publikacje w bardzo wysoko cenionych pismach naukowych w USA i Wielkiej Brytanii, ale także i w Azji [1,8-11].

1.4. Budowa chemiczna witaminy C

Pochodna glukozy, przez chemików nazywana postacią enolową laktonu kwasu 3-okso-L-gulofuranowego, łacińsko zwany acidum ascorbicum, po polsku kwas askorbinowy, a jeszcze w języku fizjologów witaminą C. Odkrywcą był węgierski biochemik Albert Szent-Gyorgyi w 1928 roku. Witaminę odkrył Polak uczony biochemik Kazimierz Funk (1884-1967) na podstawie rozważań własnych dotyczących zawartych w pożywieniu składników, które są niezbędne do utrzymania równowagi zdrowotnej organizmu. Nazwał je witaminami (z łaciny vita - życie i aminy - związki zawierające azot -aminy). W 1912 roku odkrył pierwszą witaminę -tiaminę, dzisiejszą witaminę B1. Badania Polaka poruszyły cały świat naukowy i stały się motorem badań Alberta Szent-Gyorgyi, laureata nagrody Nobla za odkrycie witaminy C w 1937 roku w dziedzinie medycyny [1,6-7,12].

1.5. Właściwości chemiczne, biochemiczne i cytofizjologiczne

- Substancja ta jest dobrze rozpuszczalna w wodzie -sześciowęglowy ketolakton, niezbędna dla wszystkich zwierząt i człowieka w przemianach metabolicznych ich ustrojów. Zapotrzebowanie dobowe wynosi 60mg (rekomendacja naukowców 200mg/dobę).
- Zwierzęta tym różnią się od człowieka, że mają zdolność syntetyzowania witaminy C, zaś człowiek musi jej zapotrzebowanie pokrywać spożywając ją w pokarmach (podobnie świnki morskie, inni naczelnicy, kilka gatunków ryb, - łosoś, pstrąg oraz niektóre gatunki nietoperzy, niektóre rasy psów np. dalmatyńczyk, które wykorzystają także witaminę C z pożywienia podobnie jak człowiek).

- Do 1500 mg wchłania się z jelit stosunkowo dobrze, powyżej tej dawki spada wchłanianie do 33%, a nawet przy wyższych dawkach znacznie zwiększa się redukcja wchłaniania, ze względu na obniżenie zdolności absorpcyjnej jelit.
- Do komórki transportują ją białka; po wchłonięciu łatwo przekształca się w kwas dehydroaskorbinowy i uczestniczy w procesach oksydacyjno-redukcyjnych, właściwie we wszystkich szlakach metabolicznych komórek ustrojowych, będąc donatorem 1 lub 2 elektronów (redukcja Fe³⁺ na Fe²⁺ aktywnego żelaza) -efekt stresu oksy-redukcyjnego komórek rakowych.
- Jest aktywna w tworzeniu tkanki łącznej biorąc udział w reakcjach przekształcania proliny w hydroksyprolinę, lizyny w hydroksylizynę podczas syntezy kolagenu warunkującego właściwy rozwój chrząstek, kości, zębów, gojenia ran, w utrzymaniu sprężystości naczyń w tym szczególnie kapilar, substancji międzykomórkowej.
- Jest bardzo aktywna w procesach detoksykacyjnych tworząc kompleks oksydacyjno-redukcyjny z Cytochromem C, glutationem, nukleotydami flawinowymi, nukleotydami pirydynowymi.
- Bierze udział przy syntezie tyrozyny, fenyloalaniny, kwasu foliowego, hemoglobiny, histaminy, noradrenaliny, karnityny, białek i lipidów ustrojowych.
- Przenika przez barierę krew - mózg i barierę łożyskową, przenika do pokarmu matki co implikuje jej udział w tworzeniu tkanek płodu, a także aktywny udział w procesach metabolicznych mózgowia, przy karmieniu w prawidłowym uzupełnianiu zapasów niemowląt.
- Jest niezbędnym czynnikiem hydroksylacji steroidów nadnerczowych, cholesterolu do kwasów żółciowych.
- Unieczynnia wolne rodniki nadtlenkowe (ponadtlenkowe),
- Stymuluje syntezę prostacykliny, a hamuje wytwarzanie tromboksanu,
- Wiąże się z białkami osocza na 16 dni w ok. 25% wchłoniętej dawki,
- Biotransformuje do siarczanów i szczawianów z wydalaniem przez nerki (tu kontrowersja! przy dużych stężeniach kamica nerkowa - wybitnie podkreślana przez negujących znaczenie witaminy C w terapii, szczególnie u mężczyzn - doniesienia chińskie).
- Osiąga znacznie wyższe stężenie w leukocytach, płytkach krwi w porównaniu do surowicy i erytrocytów.

- Wartość kaloryczna w procesach metabolicznych ustrojów żywych równa się 0 (zero) kalorii.
- Jej uczestnictwo w mitochondrialnym tworzeniu energii w mechanizmie ATP jest obecnie jednym z odkrywanych mechanizmów poprawy energetyczności komórek uszkodzonych narządów.
- Przyspiesza produkcję interferonu w chorobach wirusowych.
- Blokuję PHI czyli inhibitor hialuronidazy, co powoduje spowolnienie inwazji nowotworowej poprzez zmniejszenie produkcji hialuronidazy – to enzym pozwalający naciekać najtwardsze tkanki ustroju (kość, więzadła, powięź), czyli nie ma żadnej przeszkody dla infiltracji nowotworu do okolicznych tkanek.
Działanie antyoksydacyjne, unieszkodliwiając olbrzymie ilości niebezpiecznych dla organizmu form tlenu (ROS reactiv oxygen species) tzn. anionów nadadtlenkowych czy rodników hydroksylowych, a także reaktywnych form azotu (RNS reaktiv nitrogen species).
Wewnątrzkomórkowy askorbinian przyczynia się do wewnątrzkomórkowego środowiska redukującego, a także tłumi pozakomórkowe utleniacze poprzez przenoszenie elektronów przez błonę plazmatyczną. Podobnie działa wpływ askorbinianu z astrocytów do neuronów, wzmacniając mózgową obronę antyoksydacyjną. Także znany mechanizm uwalniania askorbinianu z komórek może zmniejszać żelazo niezwiązane z transferyną, stymulując wychwytywanie żelaza przez komórki.
- Wzmacnianie systemu immunologicznego poprzez zwiększenie in vivo aktywności komórek Naturel Killer (NK) oraz limfocytów T i B, monocytów, granulocytów wybitnie osłabianych i oszukiwanych przez system immunologiczny nowotworu (antygeny złuszczone).
- Blokowanie VAEGEF (vasoepithelial groth factor) jako bezpośredniego czynnika namnażania się masy guza nowotworowego poprzez zwiększanie ilości naczyń (nowotwór poprzez działanie VAEGGF ma 5x więcej naczyń niż nasze tkanki-blokada angiogenezy), stabilizacja kolagenu, to tworzenie mechanicznej bariery zdrowych tkanek od guza, tu także blokada kolagenaz i hialuronidaz nowotworowych (spowalnianie przerzutów).
- Poprzez wymiatanie wolnych rodników występuje mniej pęknięć nici DNA i mniej mutacji punktowych, a zatem mniej klonów patologicznych komórek

i tym samym mniej szans na powstanie klonu komórek nowotworowych wrogich dla organizmu.

- Zmniejsza tworzenie mutagennych nitrozwiązków (także w mechanizmie wymiatania wolno rodnikowego).
- W tym samym mechanizmie jakby przy okazji działa przeciw Helikobakter pylori, który zamienia azotany w mutagenne azotyny-to także prewencja raka żołądka.
- Duże!!! dawki witaminy C wyhamowują inwazję czynników i genów angiogenezy, co chroni organizm także przed aktywnością przerzutową komórek nowotworu.
- Wzmaga ekspresję genów naprawy nici DNA (hoGG1,hMTH1),
- Najciekawsza informacja to ta, że duże dawki witaminy C mogą indukować apoptozę komórek raka trzustki, glejaka wielopostaciowego - dotychczas potwierdzono w dwóch typach rozrostu neoplazmatycznego skuteczność indukowania apoptozy, czyli uruchamianie mechanizmów samoobumierania komórek nowotworowych, w dalszych bardzo trudnych badaniach inne zmiany NPL. Badania są trudne, bardzo kosztowne, podobnie jak trudne zbadanie jest uruchomienia drugiego procesu samodestrukcji komórki nowotworowej, tj. uruchomienia indukcji telomerazy, enzymu biologicznego samozniszczenia materiału DNA komórki nowotworowej.
- Apoptoza wzrasta także poprzez redukcję ekspresji insulinopodobnego czynnika wzrostu1 (IGFR1 insulin-like growth factor receptor1), wzrasta jak przy podawaniu dużych dawek witaminy C dożylnie.
- Coraz częściej pojawia się także koncepcja wśród stosujących w codziennej terapii witaminę C, opierająca się na "podszywaniu się" kwasu askorbinowego pod glukozę, ze względu na podobną budowę chemiczną. W przypadku dużego osoczonego niedoboru glukozy u pacjentów na diecie bezcukrowej, z obniżonymi węglowodanami do minimum energetycznego, wielomiesięczne obniżenie zapasów glukagonu (być może ich zużycie całkowite) powoduje konieczność szukania przez nowotwór w wyniszczonym organizmie wszystkiego co by tę glukozę zastąpiło. Być może obniża się także sprawność receptorowa komórki nowotworu, jeśli jest niestabilna energetycznie (na długi

energetycznym), częściej zaczynają się mylić w sytuacji kryzysu energetycznego narządu komórki dotychczas sprawnej i perfekcyjnie działające.

Wiele obserwacji klinicznych u pacjentów stosujących dietę bezcukrową i obniżających do niezbędnego minimum ilość skrobi złożonej, a także związków glukozy-białkowych, przekonuje nas do wniosku, że w tym samym czasie podawanie dużych dawek witaminy C nie spowodowało żadnego pogorszenia parametrów biochemicznych, wątrobowych, nerkowych ani morfologicznych krwi i co ważniejsze wpłynęło na poprawę samopoczucia, zarówno psychicznego jak i samopoczucia biologicznego [1-7,13-21].

1.6. Możliwości zastosowania klinicznego

Choroby infekcyjne

- A. Przewlekłe choroby infekcyjne jako czynnik wspomagający i bezpośredni przeciwzapalny w chorobach bakteryjnych i wirusowych, co udowodniło podawanie dożylnie dużych dawek witaminy C przez chiński personel służby zdrowia w czasie epidemii COVID 19 wirusa, poprzez szybsze wychodzenie z zakażenia i poprawę stanu wydolności narządów u osób powyżej 80 tego roku życia. Podawano 24 gramy dożylnie we wlewie na dobę.
- B. Depresja układu immunologicznego pod postacią AIDS w zakażeniu wirusem HIV, wirusami podobnej budowy (COVID 19, SARS, MERS, Grypa A i B). Depresja układu immunologicznego typu zespół AIDS w zakażeniu wirusem cytomegalii u pacjentów dializowanych, po przeszczepach szpiku w białaczkach, lub stanach po chemioterapii z aplazją szpiku i przeszczepie - pamiętać o zmniejszeniu dawek w postaci dożylniej przy niewydolności nerek, redukcja do 50% pod kontrolą parametrów kreatyniny. W stosowanych przelicznikach dawka witaminy przy poprawie stanu powinna być jak najszybciej obniżona u dializowanych do 25% ogólnie stosowanej w takich stanach.
- C. Zakażenia wirusami Hepatitis B, C, potwierdzone zmniejszeniem się ilości cząstek policzalnych jednostek wirusowych na 1ml. W nierzadkich przypadkach notowany spadek jednostek z 15000 na 6 jednostek pojedynczych cząstek wirusa

z intensyfikacją procesów serokonwersji, także po leczeniu lekami przeciwwirusowymi i interferonem.

- D. Zakażenia wirusem grypy, także grypy ptasiej i świńskiej (notowana obecność wirusa do 6 miesięcy w organizmie świadczy o przewlekłości procesu zapalnego).
- E. Zakażenia bakteriami *Borelia z Lyme*, szczególnie w postaci neuroboreliozy, postaci stawowej i polineuropatycznej Boreliozy z Lyme, jako efekt wspomagający leczenie celowane wybiórczymi antybiotykami podawanymi parenteralnie i doustnie długoterminowo w leczeniu boreliozy, ale także jako niespecyficzny regulator odczynów reaktywnych zapalnych tkanek, szczególnie układu kostno – stawowego w przebiegu np. neuroboreliozy i boreliozy stawowej. Notowano wybitnie zwiększony komfort życia (dobrostan).
- F. Przewlekłe atypowe zapalenia płuc - Chlamydiowe, Legionellowe, Mykoplazmowe wymagające długoterminowej antybiotykoterapii, szczególnie w postaciach zakażeń z odczynami reaktywnymi – zapalenia stawów!
- G. Odczynowe reaktywne zapalenia stawów w przebiegu zakażenia *Yersinia*, *Chlamydia*, w łuszczycy i boreliozie.
- H. Przewlekłe zakażenia gronkowcami złocistymi metycylinoopornymi jako czynnik wspomagający w okresach zaostrzeń wysiewów w dużych dawkach i w okresie między wysiewami (zakażenia szpitalne) do 150gram w ciągu doby, w przypadku zagrożenia sepsą.
- I. Przewlekłe zakażenia dróg moczowych oporne lekowo u starszych osób z wysokim pH moczu zasadowym.
- J. Przewlekłe grzybice przewodu pokarmowego, skóry, zakażenia nawracające grzybicze narządu rodnego, szczególnie w zespołach popromiennych, po przeszczepach szpiku.
- K. Zakażenia grzybicze jamy ustnej o charakterze opornym na leczenie.
- L. Choroby immunologiczne jamy ustnej o charakterze przewlekłym [1,7,22-29].

Przewlekłe choroby wyniszczające

- A. Stany po resekcjach jelit, szczególnie po usunięciu jelita grubego w najcięższych postaciach wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, po hemikolektomiach, zespołach krótkich pętli, zespołach złego wchłaniania w przebiegu przewlekłych zapaleń jelita cienkiego i grubego (choroba Whippla, celiakia, choroba

Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, reaktywne i mikroskopowe zapalenie jelit o typie kolagenowym, limfocytarnym, łuszczykowym).

- B. Stany po resekcjach żołądka z zespołami częściowego złego wchłaniania (nowotwory, wrzody-perforacja).
- C. Przewlekłe nawracające biegunki w przebiegu alergii pokarmowych - np. celiakia.
- D. Postacie przewlekłe chorób pasożytniczych, rzadko obecnie w Polsce spotykane (owsicznica oporna u dzieci).
- E. Popromienne zapalenie jelit z zespołem złego wchłaniania.
- F. Choroby nowotworowe z leczeniem radioterapią, immunoterapią, chemioterapią i hormonoterapią oraz leczonych chirurgicznie z zespołami poresekcyjnymi.
- G. Zespoły złego wchłaniania w terminalnych niewydolnościach układu krążenia, miażdżycy naczyń brzusznych z niedokrwinnym zapaleniem jelit (dławica brzuszna).
- H. Stan po resekcji trzustki, przewlekłego zapalenia trzustki, ciężkich krwotoczno-nekrotycznych zapaleniach trzustki z przejściem pooperacyjnym w stan przewlekły z zespołem złego wchłaniania, nawracającymi bólami.
- I. Ciężkie zakażenia przewodu pokarmowego z nawracającymi biegunkami i zespołem złego wchłaniania, np. Yersinioza, Amebioza, Salmonelloza.
- J. Stany po rozległych naświetlaniach promieniowaniem jonizującym z oparzeniami rozległymi skóry w przebiegu schorzeń nowotworowych, w rzadkich postaciach choroby Recklinghausena, zapaleniach skórno-mięśniowych po długoterminowym leczeniu immunosupresorami z zaburzeniami odporności i nawracającymi zakażeniami i chorobami infekcyjnymi. Podobnie twardzina skórna zarówno w fazie przed wdrożeniem leczenia konwencjonalnego jak i po mieszanym leczeniu chemo- i immunoterapii [1-7,30].

Choroby z zaburzeniami metabolicznymi

- A. Choroby spichrzeniowe.
- B. Cukrzyca rozchwiana metabolicznie z zaburzeniami odporności i powikłaniami angiopatycznymi, retinopatią, polineuropatią.

UWAGA: ostrożnie przy nefropatii z niewydolnością nerek-pamiętać o redukcji dawek jak u chorych dializowanych i z przewlekłą niewydolnością nerek nie wymagających dializ.

- C. Otyłość olbrzymia z leczeniem wspomagającym, wielokierunkowym.
- D. Miażdżycza wrodzona wczesna - czynnik wspomagający.
- E. Choroby reumatoidalne- RZS, zespół Sjorgrena.
- F. Kolagenozy - twardzina skóry, toczeń rumieniowaty trzewny, rumienie skórne.
- G. Choroby autoimmunologiczne - wole Hashimoto, zapalenia wątroby, nerek.
- H. Po zbadaniu poziomu kwasu askorbinowego stwierdzano wielokrotnie, że osoby z niższym poziomem częściej chorowały na choroby nowotworowe.
- I. Profilaktyczna suplementacja w rodzinnej chorobie nowotworowej.
- J. Wybitna poprawa parametrów biochemicznych i morfologicznych łącznie z poziomem żelaza w zespołach złego wchłaniania, zapaleniach jelit, chorobach autoimmunologicznych, zespołach poresekcyjnych [1-7,30-31].

1.7. Działania niepożądane kwasu askorbinowego

Dotychczas są nieznane, jeśli dotyczy zastosowania mega dawek, czyli powyżej 2 gramów na dobę, zarówno w terapii doustnej jak i dożylniej.

Zdarzają się w niektórych obserwowanych przypadkach zawroty głowy, dreszcze, suchość w jamie ustnej, nudności, uczucie nagłego oziębienia, biegunki. Oczywisty jest także ból przy podaniu iniekcji domięśniowych i podawaniu podskórnym, a także przy wynacznieniu bez martwicy tkanek. Czasem zdarzają się odczyny zwłóknienia ścian żylnych po podaniu dożylnym.

Należy zachować ostrożność u osób z aktywną kamicą nerkową w trakcie wydalania złogu, z dną moczanową, cystynurią, niedoborem dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej, hemochromatozą, talasemią, niedokrwistością sierpowato-komórkową.

Opisywana wybitnie rzadko występująca anomalia enzymatyczna - niedobór enzymu rozkładającego kwas askorbinowy. Częstotliwość tej wady genetycznej występuje 1:1.5mln.

Praktykuje się podawanie próbnie mniejszych dawek witaminy C przed terapią długoterminową. Podawanie u dzieci ograniczyć w wybitnie istotnych wskazaniach

(ciężkie choroby infekcyjne, nowotworowe, niedoborowe). Witamina C podawana w czasie ciąży nie wywiera działania teratogennego na płód. Opisywano przypadki kazuistyczne objawów abstynencji po przerwaniu podawania witaminy C, przy przewlekłym dawkowaniu witaminy C doustnym i dożylnym [1,32-37].

1.8. Interakcje kwasu askorbinowego z innymi lekami

W dawkach większych niż 1 gram na dobę zmniejsza skuteczność leków antydepresyjnych, trójcyklicznych, pochodnych fenotiazyny, aminoglikozydów. Powoduje zwiększenie stężenia estrogenów we krwi. Zmniejsza, przy jednoczesnym podawaniu witaminy C i B12, skuteczność cyjanokobalaminy [22-23].

1.9. Dawkowanie kwasu askorbinowego

Dawkowanie jest bardzo różne, zależne od wskazania. Z reguły dawkę profilaktyczną stosuje się 12.5grama w 250ml 0.9%NaCl we wlewie dożylnym 1x co 2 tygodnie. Dla zawodowo uprawiających sport dawka może sięgać 15gram dożylnie we wlewie 1x co 2 tygodnie.

Dawki stosowane w chorobach nowotworowych terminalnych sięgają u Dr Riordana w USA nawet do 150 - 200gramów na dobę w ciągłym wlewie dożylnym w pompie 24 godzinnej na dobę i są uzależnione aktywnością procesu, wydolnością narządów i nawodnieniem pacjenta, a nie zaawansowaniem choroby nowotworowej. W codziennej praktyce obowiązują najprzeróżniejsze schematy, wynikające przede wszystkim z własnych doświadczeń prowadzących terapię, interpretacji farmakokinetyki i cytofizjologii komórki nowotworowej i komórek układu odpornościowego. Mając na uwadze powyższe czynniki opracowano uniwersalny schemat dawkowania, biorący także pod uwagę unikanie fluktuacji stężeń witaminy C w osoczu i tkankach pacjenta. Duża grupa pacjentów w warunkach ambulatoryjnych, w większości zakwalifikowanych do paliatywnego leczenia, przyjęło ten schemat bez działań ubocznych ani toksycznych, a wynikające w 2-3 przypadkach na sto, powikłania są związane ze sposobami podawania (zapalenia żył), reakcją naczyń (odczyny włókniste) i metabolizmu kwasu askorbinowego (niektórzy pacjenci bardzo wolno

go metabolizują, mając olbrzymie stężenia witaminy w surowicy jeszcze 10-16 godzin po podaniu) [1].

1.10. Rola pielęgniarki w trakcie leczenia mega dawkami witaminy C

Powrót do zdrowia chorego nakłada na pielęgniarkę obowiązek działania nie tylko w sferze czysto pielęgniarskiej, ale również rozpoznawania potrzeb biopsychospołecznych pacjenta.

Pielęgniarka to:

- koordynator działań terapeutycznych zespołu,
- bezpośrednie łączy pacjenta z konsultującym lekarzem,
- wykonawca zabiegów u pacjenta,
- osobisty trener – terapeuta,
- ewaluator wszystkich zaleceń terapeutycznych,
- planista długoterminowy / plan leczenia i pielęgnacji długoterminowej/,
- edukator pacjenta i rodziny,
- strażnik spokoju pacjenta [38-43].

Nie ma dokładnych opisów procedur i czynności przy podawaniu mega dawek witaminy C w literaturze. Wyszukując dostępne wiadomości, odnośnie podawania tego typu infuzji, oraz sprawdzając w praktyce, doszłam do następujących wniosków:

1. Terapia mega dawkami witaminy C wzbudza u wszystkich pacjentów lęk, wybitnie wzmożony bardzo negatywną opinią środowiska medycznego. Jednak bardzo złe samopoczucie ogólne, często wszystkie możliwe dolegliwości towarzyszące leczeniu konwencjonalnemu, kierują pacjentów w stronę mega dawek witaminy C, jako pomocy.

2. Pielęgniarka jest od tego, aby z cierpliwością, w bliskim kontakcie prowadzić zlekniionych pacjentów przez pierwsze i kolejne infuzje dożylnie. Wychwytywać i analizować wszelkie nieprawidłowości, jakie może powodować terapia (podrażnienie żył, dreszcze, wybitne pragnienie). Wspomagać pacjenta wyjaśnianiem, mobilizowaniem i spokojem. Dawać rozsądną, rzetelną nadzieję, zauważając wszelkie oznaki poprawy stanu klinicznego, jak i jego pogorszenie. Ważną zasadą w pracy z mega dawkami witaminy C jest perfekcyjna umiejętność zabiegowa.

PIELĘGNIARKA stoi na straży bezpieczeństwa i zdrowia pacjenta.

ROZDZIAŁ II.

MATERIAŁ I METODY

2.1. Cel pracy

Cel główny pracy:

Celem pracy było udostępnienie wiedzy i doświadczenia z przeprowadzanej terapii niekonwencjonalnej mega dawkami witaminy C, stosowanej dożylnie w przypadku pacjenta z terminalną chorobą nowotworową, jako kazuistycznego przypadku klinicznego.

Cele szczegółowe:

Sprawdzenie, czy istnieją pozytywne efekty terapii mega dawkami u pacjenta z terminalną chorobą nowotworową, skierowanego do leczenia paliatywnego.

Czy mega dawki witaminy C mają wpływ na poprawę ogólnego stanu pacjenta po przeprowadzonej wielomiesięcznej chemioterapii i kompletnej radioterapii bez odpowiedzi ze strony guza pierwotnego i jego przerzutów, z powikłaniami o charakterze polineuropatii, miopatii, zespołu złego wchłaniania z konsekwencjami o typie niedokrwistości, niedoboru magnezu, potasu, białek, z ogniskiem nacieku przewlekłego zapalno-ropnego w okolicach sztucznego odbytu?

Czy tę terapię można by wdrożyć w podobnych paliatywnych stanach nowotworowych?

Czy opisywane w literaturze anglojęzycznej doświadczenia z terapii i suplementacji witaminami wysokodawkowanymi mogą być wprowadzone do codziennej praktyki?

Opis celów

Najtrudniej opisać cel pracy, kiedy opisuje się pacjenta, który zróśł się z nami i właściwie stał się członkiem całej rodziny medycznej. Mogę najprościej wymienić nie jeden, a kilka celów, bo ten jeden główny cel, najważniejszy, jest cały czas opisywany w całej pracy, w każdym z jej rozdziałów.

Tym podstawowym celem głównym jest przekazanie innym, którzy pracują z bardzo trudnymi pacjentami nowotworowymi, także w stanach najcięższych,

terminalnych, paliatywnych, bez nadziei na wyleczenie, często bez wsparcia rodziny, w samotności chorobowej, że warto pomagać, że warto nieść pomoc nawet w stanach chorobowych, które nie rokują na wyleczenie. Za to powinniśmy nieść pomoc do czasu, kiedy zakończą życie. Śmierć jest fragmentem życia, tak jak narodziny. Trzeba o tym pamiętać, bo nie zawsze codzienność, z zabieganiem i obowiązkami nam o tym przypomina. Najważniejszym celem w naszej pracy jest utrzymanie pacjenta onkologicznego jak najdłużej przy życiu i w możliwie jak najlepszym dobrostanie, a niekoniecznie udowadnianie, która z form terapii jest najskuteczniejsza lub czy ma ta terapia solidne podstawy naukowe.

Inne cele, będące konsekwencją głównego to:

1. Zdanie relacji z wybitnie ciekawej klinicznie sytuacji dla każdego pracownika personelu terapeutycznego.
2. Podzielenie się niecodziennym, wybitnie wyjątkowym doświadczeniem z terapii niekonwencjonalnej, dopuszczalnej w zakresie prawa polskiego tylko w pewnych sytuacjach klinicznych.
3. Przekazanie nabytej wiedzy na temat do niedawna jeszcze traktowanej jako medycyna poza konwencją medycyny akademickiej, a obecnie przełamywane bariery związane z poznaniem mechanizmów działania terapii mega dawek witaminy C i innymi witaminami, szlaków enzymatycznych kwasu askorbinowego i jego znaczenia dla biochemii komórki.
4. Przekazanie w pracy także zrębów podstaw teoretycznych współczesnej biochemii w zakresie kwasu askorbinowego jako bardzo interesującego związku organicznego, będącą uniwersalną witaminą, czyli substancją niezbędną dla życia naszych komórek w dawkach mikromolowych, a środkiem cytotoksycznym dla komórek nowotworowych w stężeniach milimolowych.
5. Przekazanie doświadczeń z przebywania blisko pacjenta żyjącego z presją choroby śmiertelnej przez wiele lat, doświadczenie dla położnej niecodzienne, gdyż to pojawienie się życia i radość z narodzin towarzyszyły mi do tej pory na drodze zawodowej, a od niedawna skrajnie inne doświadczenie, z bycia z pacjentami śmiertelnie chorymi.
6. Zrelacjonowanie własnych odczuć, wrażeń i zachowań z poznawaniem nowych zjawisk w medycynie, studiując i odkrywając przede wszystkim dla siebie, a pokonawszy część drogi poznawczej także dla pacjenta, a w konsekwencji być

może koleżankom i kolegom po fachu, w zakresie niecodziennego przypadku pacjenta, jak i niecodziennej terapii.

Jeśli ktokolwiek skorzysta z mojego opisu i pomoże mu to w pracy z pacjentami będę się czuła w pełni usatysfakcjonowana spełnieniem celów szczegółowych.

Do pracy wykorzystano jako podstawowy materiał pacjenta z gruczolakorakiem esicy naciekającym na kości miednicy z przerzutami do sieci, otrzewnej i wątroby, zdyskwalifikowanego z leczenia przyczynowego, w początkowej fazie opieki onkologicznej. Pacjenta zwiadowczo zoperowano przez zespół chirurgiczny, wyprowadzono sztuczny odbyt zabezpieczający przed powstaniem niedrożności mechanicznej jelit. Przeprowadzone adiuwantowe leczenie chemioterapeutyczne i radioterapeutyczne nie wywołało pozytywnej odpowiedzi zmian nowotworowych. Do oceny przypadku pacjent udostępnił pełną dokumentację medyczną, zgodę na wdrożenie niekonwencjonalnej terapii mega dawkami dożylnych wlewów witaminy C, ta jednostkowa sytuacja u pacjenta miała uzasadnienie prawne zgodne z opinią prawnika. Idea terapii mega dawek u pacjenta została zaszczerpiona przez jego córki mieszkające w Stanach Zjednoczonych od ponad 20 lat i mające bezpośredni kontakt z pacjentami leczonymi w USA przez Dr. Hoffera, Paulinga, Jordana [1].

2.2. Metoda, techniki i narzędzia badawcze

W momencie podejmowania wspólnej decyzji o terapii nie zdawałam sobie sprawy z późniejszego pomysłu wykorzystania tego przypadku do opisu kazuistycznego jako tematu pracy licencjackiej. Być może dlatego, nie spełnia opis wszystkich naukowych kryteriów, kompletnej analizy klinicznej przypadku kazuistycznego, ale jako wyjątkowe i niecodzienne doświadczenie w mojej pracy wg mojej opinii warte jest opisu. Koniecznym wydaje się w uzupełnieniu wymaganego schematu prac licencjackich nieznaczne naruszenie konwencji i wprowadzenie dodatkowego rozdziału z podstaw chemii, biologii, biochemii i biofizjologii witaminy C wraz z jej klinicznymi aspektami, co ułatwi zrozumienie przy czytaniu pracy. Metoda użyta w pracy jako opis pacjenta, z analizą dokumentacji chorobowej, przeprowadzeniem wywiadu i badania pacjenta, prowadzeniem regularnych obserwacji, pomiary wagi ciała, pulsoksymetria, pomiary

ciśnienia tętniczego krwi, analiza badań dodatkowych, obrazowych, prowadzenie bilansu wodno- elektrolitowego, pomiary temperatury ciała [44].

2.3. Teren, organizacja i miejsce badań

Wszystkie działania terapeutyczne wykonywane były w Praktyce Lekarskiej J. Stasiak w Opolu od 17.10.2017 roku.

Zgoda pacjenta na przeprowadzenie badań u autorki pracy.

ROZDZIAŁ III.

WYNIKI BADAŃ

3.1. Jednostka analizy

Zdarzają się w naszym zawodowym życiu różne sytuacje, także takie, których własnym umysłem trudno ogarnąć. Nie jesteśmy w stanie uzasadnić, co się dzieje złego, dobrego z naszym podopiecznym, ani też co powinniśmy dalej robić.

Jest tak olbrzymie nagromadzenie zdarzeń chorobowych, że przerasta ten problem wielu z nas, a tym bardziej osoby nie decydujące o terapii. Jest jednak sposób na to, aby ani pacjent, ani my jako personel go leczący nie czuł się bezradny, mimo, że nasz podopieczny to konglomerat zrosniętych z nim problemów dla wielu zespołów terapeutycznych.

Sposób na opanowanie bezradności podopiecznego i nas, personelu, wymaga przekazania dalej, dlatego odważę się ten przypadek przytoczyć, bo być może na kanwie naszych doświadczeń skorzystają chorzy i personel nimi opiekujący się. Nie jest to sposób prosty ani łatwy, wiąże się z nakładem dużym pracy, opiekuńczości, otwartości do chorego, olbrzymiego zaufania obustronnego, decyzyjności w każdej sytuacji, bez przekazywania chorego do innych placówek. A jak nie my możemy sobie poradzić, to koniecznie jest przesłanie imienne, do takich terapeutów, którzy choremu pomogą.

Osobiście najbardziej sztandarowym moim pacjentem jest wybrany przeze mnie chory. Mogę się spotkać z zarzutami, że tylko ten, a dlaczego nie inny, że tylko jeden, a dlaczego nie grupa bardziej reprezentatywna wielu chorych.

Muszę odpowiedzieć na te pytania, które sama sobie postawiłam, tocząc wiele rozmów, zanim zdecydowałam się opracowywać dane z historii chorobowej naszego podopiecznego.

Po pierwsze: nagromadzenie dużej ilości złych zdarzeń chorobowych u jednego człowieka.

Po drugie: niesamowita osobowość chorego, chcącego mimo bardzo ciężkiej terminalnej choroby, przeżyć, dalej żyć, bez względu na komfort życia.

Po trzecie: humor i ciepło naszego chorego udzielało się od pierwszego dnia innym chorym (nigdy nie stopniujemy bardziej czy mniej chorym). Jego napęd życiowy

wzbudzał chęć i pragnienie życia u innych chorych, u których tej podstawowej człowieczej cechy brakowało.

Po czwarte: stał się nasz pacjent członkiem naszego zespołu terapeutycznego niechcący, wpisał się swoim pragnieniem życia, a jednocześnie napędem życiowym zupełnie samoczynnie zrośniętym z nami członkiem zespołu, z tak olbrzymim doświadczeniem i ilością przeżyć chorobowych, powikłań, zabiegów operacyjnych i to tych o największym stopniu trudności, rozległości.

Na tych czterech punktach poprzestanę uzasadniając wybór naszego chorego do omówienia go w tej pracy.

17.10.2017 roku trafił do naszej praktyki pacjent T.K., wtedy 65 lat, z rozpoznaniem rakiem esicy po wykonanej ambulatoryjnie kolonoskopii. Z badania histopatologicznego wycinków z endoskopii wynikało, że jest to gruczolakorak esicy wg klasyfikacji Glisson 2, a z opisu prowadzącego badanie kolonoskopowe, nowotwór rozległe naciekający pogranicze esiczo-odbytnicze. W pierwszych wykonanych badaniach CT i konsultacji onkologicznej wynikało, że ze względu na wielkość guza i jego naciekanie na ścianę miednicy oraz obecne rozległe przerzuty do sieci, otrzewnej i wątroby oraz węzłów chłonnych jamy brzusznej, chory kwalifikował się prawdopodobnie do operacji chirurgicznej paliatywnej, polegającej na wyłonieniu sztucznego odbytu, a później do podjęcia leczenia paliatywnego - prawdopodobnie chemioterapia i radioterapia (dokumentacja chorego).

Zjawił się tuż po konsultacji onkologicznej z gotowym dokumentem zgody na terapię uzupełniającą witaminą C we wlewach dożylnych, z własnym zorganizowanym zapasem witaminy C w postaci preparatu PASCORBIN 7.5 grama askorbinianu sodu w 50ml roztworu, z dokumentem prośby o taką terapię na własne życzenie, wiedząc po konsultacji z onkologiem o szansie tylko na leczenie paliatywne, co rozpisano w planie leczenia (plan procesu pielęgnowania).

Po wykonanej próbie rutynowej z 2 gramowym wlewem i obserwacją reakcji (niedobór G-6-PD) rozpoczął nasz podopieczny regularne codzienne wlewy dożylnie z witaminy C, nie zgłaszając żadnych reakcji niepożądanych przez prawie 40 dni terapii początkowej, później 2x w tygodniu otrzymywał infuzje prowadząc je do dnia dzisiejszego (plan procesu pielęgnowania).

Regularne zgłaszanie się na wlewy pozwoliło nam obserwować chorego codziennie i nadzorować reaktywność ustroju pacjenta na podawany preparat. Regularnie także wykonywane były badania kontrolne, przede wszystkim CRP, morfologia,

kreatynina, jonogram, bilirubina, transaminazy, co kwartał Ca 19-9, CEA jako markery procesu nowotworowego, a także regularna ocena w ultrasonografii jamy brzusznej dostępnego w gabinecie. Zgodnie z przyjętą procedurą wypisywano karty informacyjne z leczenia dla prowadzących terapię onkologów (plan procesu pielęgnowania).

Wykonano w październiku 2017 roku operację wyłonienia sztucznego odbytu, po której nastąpiły powikłania w czasie pobytu szpitalnego z zakażeniem *Pseudomonas Aeruginosa*, naciekiem zapalno-ropowiczym okolicy wyłonionego sztucznego odbytu, sączącego po wypisaniu, bolesnego, z guzem naciekowo-ropnym widocznym w ultrasonografii okołoooperacyjnej. Po wypisaniu ze szpitala z zaleceniem przyjmowania doustnego antybiotyku, przemywania rany naciekającej okolicę blizny operacyjnej, zgłosił się na dalszy ciąg wlewów dożylnych witaminy C w trybie codziennych infuzji (przed operacją wykonano trzy wlewy). Codziennie także kontrolowano szczelność sztucznego odbytu oraz naciek zapalny około blizny pooperacyjnej.

W ciągu trzech dni wlewów po wypisaniu ze szpitala, ustąpiły bóle okolicy sztucznego odbytu w lewym śródbrzuszu. Ustąpiło zaczerwienie i wyciek z rany pooperacyjnej. Wałowaty obrzęk blizny pooperacyjnej, twardy, żywo bolesny, stał się miękki, możliwy do palpacyjnej oceny wielkości nacieku bez reakcji bólowej pacjenta, nie bolał dotyk głowicy ultrasonograficznej, zmniejszyły się przestrzenie płynowe wokół wyłonionego sztucznego odbytu. Ustąpiły stany podgorączkowe, dreszcze, osłabienie, bóle głowy, bóle mięśni, stawów, zniknęły bóle całego brzucha.

Ustąpiła wodnista biegunkowo-ropna wydzielina w worku odbytowym, kał zaczął się formować, powrócił apetyt, napęd życiowy i wrócił znany humor naszego podopiecznego.

Ogólnoustrojowe parametry także powróciły do normy przy kontrolnych badaniach po dwóch tygodniach wykonywania wlewów, normalizowało się CRP, OB, kreatynina, jonogram, bilirubina, transaminazy, nadal jednak notowano niedokrwistość pooperacyjną, jednak szybko normalizującą się przy stałej, szerokiej suplementacji wielowitaminowej i probiotykowej. Kontynuowaliśmy wlewy po trzydziestu infuzjach w możliwie najkrótszym czasie (prawie codziennej z wyłączeniem dni na kontrolę chirurgiczną), już w formie identycznej dawki w tej samej procedurze 2 x w tygodniu.

Po sześciu miesiącach całkowitego ustąpienia zmian zapalnych, niedokrwistości, poprawy stanu ogólnego, a także zgodnie z zalecanym sposobem odżywiania unormowanie się stolców pacjent trafił do rutynowej kontroli onkologicznej w bardzo dobrym stanie ogólnym, co wzbudziło zdziwienie, ale i zainteresowanie lekarzy

onkologów. Wykonano badania diagnostyczne, które wykazały, w porównaniu do badań sprzed pierwszego zabiegu, całkowite oddzielenie się mas naciekowych guza pierwotnego od kości miednicy, co było podstawowym argumentem za kontynuowaniem leczenia chirurgicznego z usunięciem guza pierwotnego.

Jednocześnie powiadomiono chorego, że jeśli będzie możliwe, zostanie jednocześnie usunięta znacząca ilość przerzutów guza do sieci jelitowej i ściany jamy otrzewnowej, gdyż wszystkie te zmiany odgraniczyły się od tkanek i większość z nich uległa zmniejszeniu w kontrolnych badaniach obrazowych.

W krótkim czasie przeprowadzono zabieg hemikolektomii lewostronnej z wycięciem guza i tkanek otaczających w szerokim zakresie, także części sieci i węzłów chłonnych w sieci i otrzewnej oraz okołoaortalnych. Przebieg pooperacyjny wg opinii chirurgów gładki i bez znaczących zdarzeń. W krótkim czasie wypisano chorego do domu wstępnie już powiadamiając, że po analizie dokładnej badań obrazowych, ale także obrazu śródoperacyjnego istnieje duża szansa na usunięcie wszystkich przerzutów z sieci i jamy otrzewnowej. Zaplanowano jednocześnie lobektomię częściową czterech zmian przerzutowych do prawego płata wątroby, z powodu ich zmniejszenia się i samoograniczenia się w przebiegu notowanym od ostatniego zabiegu.

Za sześć miesięcy wykonano kolejną laparotomię, jednak poprzestano na usunięciu nadnercza lewego, śledziony, przerzutów do ściany jamy otrzewnowej i do sieci. Duża rozległość zabiegu i pracochłonność oraz czas trwania (to był już czwarty w krótkim czasie zabieg laparotomii) nie pozwoliły na jednoczasową częściową lobektomię prawego płata wątroby z ogniskami przerzutowymi. Tę postanowiono wykonać jako ostatni etap zabiegów operacyjnych za okres następnych minimum 6 miesięcy. Przebieg pooperacyjny nadzwyczaj gładki, ze względu na konieczność odżywiania pozajelitowego założono port naczyniowy choremu, tuż przed wypisem chory odnotował jakieś komplikacje przy zakładaniu igły do portu, ale wypisano go w dobrym stanie. W czasie podróży z Warszawy pojawiły się dreszcze, złe samopoczucie, nagłe osłabienie. Chory zgłosił się bezpośrednio po podróży do nas i ze względu na podejrzenie bakteriemii z zakażonego, uszkodzonego portu skierowany do Szpitala Uniwersyteckiego w Opolu na Oddział SOR, a stamtąd hospitalizowany w Oddziale Chirurgii z usunięciem operacyjnym portu i ustąpieniem cech bakteriemii, poprawą stanu ogólnego.

Dalej prowadzono terapię z mega dawkami witaminy C na życzenie pacjenta, który po każdym wlewie dochodził do siebie przez niespełna dwa tygodnie. Terapia prowadzona regularnie, z jednoczesnym przestrzeganiem diety jak w zespole krótkiej pętli i w ciężkich stanach pooperacyjnych. Pacjent przybrał na wadze, ustąpiło osłabienie, poprawiały się parametry biochemiczne i morfologiczne, przez co w styczniu 2019 roku zakwalifikowano chorego i wykonano lobektomię częściową prawego płata wątroby wraz z wszystkimi przerzutami do tego płata.

Właściwie powinnam na koniec opisu przypadku napisać: WZORZEC ŚWIATOWY PACJENTA. Wg mnie jednak chory T.K. to dla nas znacznie więcej, to nasz współpracownik w prowadzeniu ludzi nie radzących sobie z chorobą nowotworową, nasz wzorowy trener personalny, nas i naszych pacjentów, z niesamowitym napędem życiowym, radością z życia, i doświadczeniem 7 zabiegów, walki o każdy dzień swojego życia [41].

3.2. Diagnoza pielęgnarska

Pacjent lat 65 z rozpoznaniem gruczolakorakiem esicy, po operacji paliatywnej wyłonienia sztucznego odbytu, z bólami w okolicy wyłonionego sztucznego odbytu. Cała okolica odbytu przekrwiona, obrzęknięta, tkliwa przy palpacji. Wałowaty naciek grubości około 25 mm, sączący krwisto-ropną wydzieliną w górnym biegunie wyłonionego sztucznego odbytu. Okoliczne powłoki jamy brzusznej bolesne, twarde, obrzęknięte i zaczerwienione. Ze światła sztucznego odbytu wydostaje się pienisto-wodnista, cuchnąca wydzielina, podbarwiona świeżą krwią. Występuje nieszczelność worka w dwóch miejscach, spod niego wydostają się masy kałowe, brudzące bieliznę i ubranie, a także cuchnące gazy jelitowe. Pacjent zdeprimowany przy badaniu tymi problemami. Po wyjaśnieniu planu opieki pielęgnarskiej znacznie spokojniejszy, ufniejszy, odpowiadający otwarcie na pytania stawiane w ramach zbieranego wywiadu [38-41].

STAN OGÓLNY

Temperatura: 37,4 C.

Tętno: 110- 120 uderzeń na minutę.

Oddechy: 16 na minutę.

RR – 170/95 mmHg

Waga ciała: 60 kg.

Wzrost: 173 cm.

Skóra: oprócz miejsca wyłonionego odbytu i okolic skóra gładka, lśniąca, sucha, nieco szorstka, cechy odwodnienia.

Węzły chłonne obwodowe powiększone w dołach pachowych i pachwinach, bolesne przy palpacji.

Głowa bez zmian patologicznych, gałki oczne symetryczne, źrenice okrągłe, równe, o prawidłowej reakcji na światło.

Nerwy czaszkowe bez zmian, o prawidłowej funkcji, poczucie smaku i węchu prawidłowe.

Wzrok bez zmian, słuch prawidłowy.

Uzębienie prawidłowe z niewielkimi ubytkami, język obłożony biało- żółtym nalotem.

Węzły chłonne szyjne niepowiększone, tarczycza miękka, wydaje się być prawidłowa.

Klatka piersiowa symetryczna, odgłos opukowy jawny, szmer oddechowy pęcherzykowy prawidłowy.

Tony serca czyste, czynność serca miarowa, przyspieszona 110- 120 u/min.

RR – 170/95mmHg

Kończyny górne i dolne bez obrzęków, o prawidłowej ruchomości.

Objawy oponowe ujemne. Czucie głębokie i powierzchowne, symetryczne, prawidłowe.

Napięcie mięśniowe prawidłowe. Siła mięśniowa symetryczna prawidłowa.

3.3. Plan opieki pielęgniarskiej

1. Uogólniona choroba nowotworowa w stadium terminalnym do leczenia paliatywnego.

Cel: Poprawa codziennego funkcjonowania z ciężką chorobą.

Działania:

- wlewy dożylnie witaminy C, preparatów wielowitaminowych, aminokwasów, pierwiastków śladowych i płynów wieloelektrolitowych;
- leczenie przeciwbólowe w infuzjach dożylnych i domięśniowych, w uzupełnieniu terapii zalecanej przez poradnię leczenia bólu;
- doradztwo w zakresie konieczności prowadzenia stałej psychoterapii, fizjoterapii;
- prowadzenie otwartych rozmów na temat śmierci, cierpienia w grupie pacjentów będących także duchownymi;
- zalecenie stałego obcowania z naturą, jako elementu pobudzania układu odpornościowego;
- instruowanie w zakresie diety w chorobach nowotworowych.

2. Stan zagrożenia życia spowodowany dotychczasowym leczeniem chirurgicznym i związanymi z nim powikłaniami tj. nawracający stan zapalny i ropowica wyłonionego sztucznego odbytu.

Cel: Profilaktyka zakażeń.

Działania:

- prowadzenie antybiotykoterapii zgodnej z antybiogramem i zleceniami lekarskimi, po wcześniejszym pobraniu materiału do posiewów z ognisk zapalnych wg standardów bakteriologicznych i sanitarno-epidemiologicznych;
- pobieranie badań laboratoryjnych (CRP, morfologia krwi, kreatynina);
- monitoring pacjenta (temperatura ciała, EKG, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych);
- uzupełnienie płynów i elektrolitów w infuzjach dożylnych zgodnych ze zleceniami;
- obserwacja stanu tkanek wokół wyłonionego sztucznego odbytu i nauka prawidłowej pielęgnacji;
- zachowanie pełnej aseptyki i antyseptyki.

3. Mnogość komplikacji choroby nowotworowej dotychczasowego trybu leczenia chemioterapii i radioterapii (polineuropatia, miopatie, niedokrwistość, biegunki, anoreksja, wyniszczenie-kacheksja).

Cel: Minimalizowanie powikłań wynikających z charakteru choroby i z działań terapeutycznych.

Działania:

- wielokierunkowa terapia polineuromiopatii z zastosowaniem leków przeciwbólowych w okresie zaostrzenia w infuzjach dożylnych wg zleceń lekarskich;
- uzupełnienie leczenia infuzyjnego- fizjoterapią (miejscowo TENS, krioterapia, okłady z lodu);
- nadzór nad odżywianiem pacjenta jakościowym i ilościowym, szczególnie w stanach biegunkowych z uzupełnianiem niedoborów;
- kontrola wagi ciała pacjenta;
- pobieranie materiału do badań laboratoryjnych zgodnych z zaleceniami lekarskimi.

4. Niesprawny sztuczny odbyt pod postacią zniekształcenia zapalnego z naciekiem miejscowym, obrzękiem, zaczerwienieniem, sączeniem wydzieliny surowiczo-ropnej do światła odbytu i w okolicy sztucznego odbytu utrudniające normalne zabiegi higieniczne, (nieutrzymanie się worków po założeniu, nieszczelność z wylewaniem się kału i ulatnianiem gazów).

Cel: Doprowadzenie do prawidłowego funkcjonowania sztucznego odbytu.

Działania:

- infuzje dożylnie mega dawkami witaminy C jako działanie przeciwzapalne, wspomagające wchłanianie odczynu zapalnego, działanie przeciwobrzękowe i cytoprotekcyjne;
- antybiotykoterapia dożylna z kontynuacją doustną wg zleceń lekarskich;
- przepłukiwanie odbytu środkami aseptycznymi.

5. Zaburzenia lękowe związane z rozpoznaniem choroby nowotworowej i braku perspektyw życia - IV stadium choroby, i z tym związane objawy psychosomatyczne (bezsensowność, anoreksja, wizje katastrofalne bez cech psychozy).

Cel: Zminimalizowanie stresu związanego z czynnościami terapeutycznymi.

Działania:

- ocena poziomu lęku / niepokoju;
- zastosowanie empatycznego podejścia do pacjenta;
- dostarczenie wszelkich informacji na temat życia z chorobą, wyjaśnienie wątpliwości;
- wyjaśnianie wszystkich działań i procedur;
- stosowanie technik terapeutycznego dotyku;
- stosowanie interwencji poznawczo-behawioralnych we współpracy z psychologiem;
- włączenie rodziny jako członków grupy wsparcia dla pacjenta.

6. Możliwość komplikacji spowodowany brakiem dostępu do żył obwodowych z koniecznością założenia portu naczyniowego.

Cel: Niedopuszczenie do powstania zakażenia i powikłań zakrzepowo- zatorowych.

Działania:

- zasady aseptyki i antyseptyki podczas zakładania igły portowej oraz przestrzegania zasad przy obsłudze igły już założonej;
- obowiązkowo używanie jedynie odpowiednich igieł do tego przeznaczonych z tzw. szlifem Hubera;
- przy manipulacji portu stosowanie masek twarzowych i prośba w kierunku pacjenta, aby odwrócił głowę w przeciwną stronę;
- bardzo ważne !!! dbanie o drożność cewnika (sprawdzanie refluku krwi – aspiracja);
- przepłukiwanie portu roztworami heparyny oraz innymi preparatami tylko na zlecenie lekarza;
- wnikliwa obserwacja miejsca wkłucia, położenia igły, ocena skóry wokół mogąca sugerować nieprawidłowości;
- odnotowywanie obserwacji w odpowiedniej do tego przeznaczonej dokumentacji pielęgniarskiej.

7. Ryzyko bakteriemii związanej z zakażeniem i uszkodzeniem portu naczyniowego konieczność ewakuacji portu.

Cel: Jak najszybsza ewakuacja uszkodzonego i zakażonego portu w szpitalu w Warszawie.

Działania:

- wykonanie badań zleconych przez lekarza potwierdzających ryzyko sepsy (CRP, morfologia, kreatynina);
- wyjaśnienie sytuacji i jak najszybsze skierowanie pacjenta do oddziału chirurgicznego w celu usunięcia zakażonego portu.

8. Wieloprzyczynowy zespół złego wchłaniania z koniecznością prowadzenia bilansu wodno- elektrolitowego i prawidłowego odżywiania pacjenta.

Cel: Wyrównanie bilansu wodno- elektrolitowego i uzupełnienie niedoborów ilościowych i jakościowych.

Działania:

- instruktaż sposobu prowadzenia bilansu wodnego uproszczonego- regularny pomiar wagi ciała, oraz pełnego- stosunek kontroli diurezy do spożytej ilości płynów;
- okresowa suplementacja dożylna aminokwasów, witamin, jonów i pierwiastków śladowych wg zleceń lekarskich;
- stałe uzupełnianie witaminy B12 w iniekcjach domięśniowych co 10 dni;
- stała suplementacja doustna witamin, elektrolitów;
- regularne zażywanie probiotyków, okresowe podawanie leków działającym przeciw bakteriom beztlenowym naruszającym biotom pacjenta /metronidazol/.

9. Znacząco zmniejszona dostępność opieki zdrowotnej podstawowej i specjalistycznej u pacjenta z nawracającymi infekcjami i brakiem odporności związanymi z chorobą zasadniczą i jej powikłaniami w okresie ogłoszonej ustawowo pandemii.

Cel: Bezpieczeństwo pacjenta w zakresie podstawowej i kwalifikowanej opieki medycznej w sytuacjach potrzeby zdrowotnej pacjenta

Działania:

- zapewnienie opieki pielęgniarskiej i lekarskiej w Praktyce;
- dostępność stałego i szybkiego kontaktu telefonicznego, bezpośredniego w przypadku stanów zagrożenia, lęków, obsesji u pacjenta, w stanie zagrożenia życia;
- nadzór nad problemami pacjenta i stała łączność z lekarzem;
- w razie potrzeby wykonywanie u pacjenta badań podstawowych /EKG, monitoring/ i laboratoryjnych;
- w razie potrzeby przygotowanie pacjenta do badań obrazowych;
- w razie konieczności podawanie leków drogą pozajelitową;
- możliwość szybkiego reagowania;
- możliwość prowadzenia terapii schorzeń niezwiązanych bezpośrednio z chorobą podstawową;
- wyjaśnianie problemów zgłaszanych przez pacjenta.

10. Wzmożone ryzyko i zagrożenie chorobami układu krążenia z uwagi na niestabilne nadciśnienie tętnicze ze skokami do wartości 240/100 mmHg, zgłaszany ból w klatce piersiowej, duszność powysiłkowa, bóle głowy, uczucie niemiernego bicia serca, pojawienie się obrzęków podudzi krążeniowych, pogorszenie się wydolności fizycznej.

Cel: Stabilizacja wartości ciśnienia tętniczego krwi. Uniknięcie sytuacji zagrażających życiu.

Działania:

- pełny monitoring pacjenta / EKG, pulsoksymetria, ECHO, RR, Holter EKG, Holter RR, próba wysiłkowa /;
- podawanie leków obniżających RR wg zleceń lekarskich;
- instruktaż diety niskosolnej z obniżoną kalorycznością;
- zabezpieczenie pacjenta w dokumentację medyczną umożliwiającą natychmiastowe uzyskanie pomocy w oddziale kardiologii / karta informacyjna, skierowanie na oddział, wyniki badań z podejrzeniem dławicy piersiowej /;
- dokładny instruktaż dotyczący stosowania leków krążeniowych w sytuacjach nagłych, szczególnie dotyczący użycia Nitrogliceryny w areozolu, ze względu na

możliwość dużego spadku ciśnienia tętniczego krwi z zagrożeniem omdlenia, szczególnie w pozycji stojącej.

11. Niepełna wiedza, w kolejnych etapach leczenia, na temat zmiany funkcjonowania organizmu i dostosowania się do życia codziennego.

Cel: Regularny proces uświadamiania zjawisk wraz z kolejnymi etapami leczenia.

Działania:

- wyedukowanie pacjenta i rodziny z zakresu pomocy w codziennych czynnościach życiowych;
- przygotowanie pacjenta zarówno w działaniach pielęgnacyjnych wyłoniętego sztucznego odbytu;
- udzielenie pacjentowi i rodzinie praktycznych wskazówek dotyczących zmiany trybu życia /unikanie dźwigania ciężarów, nagłych ruchów zgięciowych ciała, praktyczne szkolenie w zakresie pozycji ugięciowych, skłonów ciała, skręcania osi ciała z możliwością nienaruszania zainstalowanego worka przy sztucznym odbycie/;
- udzielenie informacji o konieczności prawnego zgłoszenia dokumentów do ZUS i Powiatowej Komisji orzekania o niepełnosprawności, w celu uzyskania statusu osoby niepełnosprawnej i orzeczenia inwalidztwa, łatwiejszego uzyskania świadczeń dla przewlekle chorych [38-41].

3.4. Ewaluacja podjętych działań

W wyniku zaproponowanych działań uzyskano optymistyczne i pozytywne nastawienie pacjenta do życia z chorobą, przez co nastąpił szybki powrót do swoich zainteresowań, hobby, pracy na częściowym etacie, powrót do spotkań towarzyskich, pomimo wstydliwego problemu jakim jest sztuczny odbyt i jego częściowa niesprawność. Ustąpiła bezsenność, lęki, wizje śmierci, zauważono powrót pacjenta do jego własnej osobowości (jak relacjonowała rodzina przed chorobą był wesołym, pełnym napędu życiowego, wybitnie pracowitym człowiekiem). Po zastosowanych zabiegach higieniczno- pielęgnacyjnych oraz lekach podawanych w infuzjach dożylnych uzyskano ustąpienie biegunek, stanu zapalnego wokół sztucznego odbytu i w samym odbycie oraz uzyskano całkowitą szczelność workową odbytu. Wyżej

wymienione efekty terapeutyczne przyniosły jeszcze większe, dodatkowe pozytywy w postaci poprawy nastroju psychicznego, większej, codziennej mobilności pacjenta.

Uzyskano możliwość leczenia przyczynowego tj. usunięcia guza pierwotnego, co dało możliwość odzyskania nadziei na życie pacjentowi, a zespołowi terapeutycznemu argument o słuszności wybranej drogi terapeutycznej. Potwierdzały to także następne możliwości zoperowania zmian przerzutowych dotychczas nieoperacyjnych. Uzyskanie tych informacji dało nowe siły życiowe pacjentowi i wzrost zaufania pacjenta do zespołu terapeutycznego, że obrany plan jest słuszny i efektywny.

Dzięki stałemu nadzorowi udało się uratować życie pacjentowi zagrożonego bakteriami uszkodzonego i zakażonego portu naczyniowego.

Stały monitoring nad układem krążenia poprawił i ustabilizował wydolność tego układu, ale również uczulił pacjenta na dolegliwości mogące sugerować patologię w zakresie układu sercowo- naczyniowego.

Stosowanie zaleconego odżywiania oraz suplementacji pozajelitowej u pacjenta, odwróciło procesy kataboliczne, kacheksję w kierunku przyboru wagi ciała, wyrównania parametrów niedokrwistości i niedoborów białkowych.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

„Jednym z podstawowych praw pacjenta, chronionym przepisami Konwencji Bioetycznej, jest prawo do zgody na podjęcie wobec niego jakichkolwiek interwencji medycznych” [45].

„...zdrowie jest szczególnym tzw. fundamentalnym dobrem. Zdrowie jest bowiem niezbędne do realizowania człowieczeństwa i uczestniczenia w życiu społecznym” [45-46].

Trudno jest dyskutować o terapii, która nie jest w żadnej procedurze Narodowego Funduszu Zdrowia. Można tylko dyskutować z sobą samym i literaturą przede wszystkim amerykańską. Doświadczenia amerykańskich lekarzy nie przyjęły się w Europie. Jedynie w Wielkiej Brytanii wykonano pojedyncze próby kliniczne z uzupełnieniem konwencjonalnej terapii onkologicznej wysokimi dawkami witaminy C. Potwierdziły one, że terapia mieszana jest efektywniejsza od samej terapii konwencjonalnej. W doświadczeniach klinicznych polskiej medycyny do dnia dzisiejszego, nie ma miejsca dla witaminy C w terapii mega dawkowej jaką opisano w tej pracy.

Nasz pacjent żyje. Mogłabym zakończyć dyskusję, ale po nabytym doświadczeniu pozostaje chęć podzielenia się nową wiedzą, zupełnie nowym doświadczeniem terapeutycznym, nowym doświadczeniem bioetycznym, w którym pacjent otrzymuje „kolejne życie”. Jako członek zespołu terapeutycznego i jako doświadczona położna doznałam podobnych wrażeń jak przy narodzinach.

Dużą część pracy poświęciłam witaminie C, mając na uwadze konieczność poznania od podstaw biochemicznych jej działania, jednocześnie ukazując zupełnie nowe możliwości jej zastosowania. Czy potraktujemy kwas askorbinowy jako nową możliwość terapeutyczną? Czy warto brać pod uwagę inne niż dotychczasowe wskazania jej stosowania? Czy warto wdrożyć badania kliniczne z udziałem kwasu askorbinowego?

Nie jest rolą pielęgniarki odpowiadać na te pytania, ale stawiam je dlatego, że nabywając doświadczenia przy jej udziale i widząc takie efekty kliniczne zauważam konieczność prowadzenia dalszych doświadczeń.

Nie sposób pominąć złych opinii o witaminie C stosowanej w dużych dawkach. Większość tych opinii zweryfikowałam empirycznie sama, okazały się one bezpodstawne. Nie doświadczyłam przy jej stosowaniu żadnych działań ubocznych, toksycznych. W 5 letniej obserwacji nie odnotowałam żadnego zdarzenia chorobowego ogłoszonego przez przeciwników takiej terapii [45-48].

WNIOSKI I PODSUMOWANIE

1. Nie ma za życia pacjenta myślenia o jego śmierci w komunikacji personelu z pacjentem.
2. Najważniejszą sprawą w terapii jest, aby pomogła pacjentowi bez względu na mechanizmy pomocy i jej uzasadnienie.
3. Bezwzględna dbałość personelu o wszystkie szczegóły prowadzonej terapii oraz ocena wszystkich skarg pacjenta.

4. Każdy pacjent to nowa wiedza, a taki pacjent wyżej opisany to napęd do poznawania tak wielu dziedzin, które były dla nas zawsze problematyczne i trudne do zrozumienia.
5. Żadna z form terapii zastosowana z osobna może nie przynieść oczekiwanego skutku, za to w komplecie terapeutycznym mogą dać pacjentowi zupełnie zaskakujące pozytywne wyniki.

STRESZCZENIE

Tytuł: Niekonwencjonalna terapia dożylna wysokimi dawkami witaminy C w paliatywnej chorobie nowotworowej u pacjenta z gruczolakerakiem esicy.

Wstęp: W codziennej praktyce zawodowej wykonujemy czynności opracowane przez komisje specjalistów w formie zadań, nakazów, procedur. Spotkanie z przypadkiem kazuistycznym ciężkiej, terminalnej choroby nowotworowej, a jeszcze przy tym zastosowania przez wiele lat razem z terapią konwencjonalną prowadzoną przez onkologów, terapii niekonwencjonalnej wysokimi dawkami witaminy C w infuzjach

dożylnych, jest niecodziennym doświadczeniem pracy. Czy bez tej terapii byłoby możliwe życie chorego w dobrej formie biologicznej i psychicznej?

Cel badania: Analiza kazuistycznego przypadku choroby nowotworowej w stadium IV i kazuistycznego leczenia tj. medycyna konwencjonalna w uzupełnieniu terapeutycznym terapią niekonwencjonalną.

Materiał i metody: W badaniu wziął udział pacjent, który zgłosił się do Praktyki Lekarskiej w celu świadomego zastosowania dożylniej witaminy C w jego zaawansowanej chorobie nowotworowej. Po wstępnych badaniach i analizie dokumentacji, wprowadzono terapię na podstawie doświadczeń z dostępnego czasopiśmiennictwa medycznego. Dawkowanie i metody nadzoru nad terapią, opracowane indywidualnie posługując się zgromadzonymi danymi z piśmiennictwa.

Wyniki: Zastosowana terapia wysokimi dawkami witaminy C nie przyniosła żadnych skutków ubocznych, ani powikłań u pacjenta. Od 2017 roku do dnia dzisiejszego, pacjent został, pomimo początkowej dyskwalifikacji z zabiegu usunięcia guza pierwotnego, wielokrotnie zoperowany. Wszystkie operacje przechodził z bardzo krótkimi terminami rekonwalescencji i szybkiego powrotu do zdrowia. Żyje do dzisiaj w dobrej formie, w skali Karnofsky'ego pomiędzy 60 – 80 punktów, jednocześnie wstępnie zakwalifikowany po koronarografii do operacji by-pass z powodu trójnaczyniowej choroby wieńcowej.

Wnioski: Dla pacjenta i jego rodziny strażnikiem bezpieczeństwa i opieki w zaawansowanej chorobie pełni pielęgniarka. Jej sprawność, fachowość i wiedza zawodowa musi być podparta umiejętną komunikacją z chorym, a także nabywaniem nowej wiedzy często kazuistycznej. To pozwala zauważać nawet drobne, ale istotne dla życia problemy w trakcie prowadzonej terapii.

Słowa kluczowe: gruczolakorak esicy, stadium IV choroby, terapia niekonwencjonalna, eksperyment medyczny, mega dawki witaminy C.

PIŚMIENNICTWO

1. Saul AW. Choroby nowotworowe. Medycyna ortomolekularna; Oficyna wydawnicza ABA, Warszawa 2020: 503-700
2. Cameron E., Pauling L. Dodatkowy askorbinian we wspomagającym leczeniu raka: Wydłużenie czasu przeżycia w terminalnym raku u człowieka. Proc Natl Acad Sci US A. 1976; 73: 3685-3689. Web sites; [https://doi.org/ 10.1073/pnas.73.10.3685](https://doi.org/10.1073/pnas.73.10.3685) (data wejścia 05.02.2021 godz.18.00)
3. Cameron E., Pauling L. Dodatkowy askorbinian we wspomagającym leczeniu raka: ponowna ocena wydłużenia czasu przeżycia w terminalnym raku człowieka. Proc Natl Acad Sci US A. 1978; 75: 4538 – 4542. Web sites; <https://doi.org/10.1073/pnas.75.9.4538> (data wejścia 05.02.2021 godz.18.30)

4. Moertel CG., Fleming TR., Creagan ET. et al. Wysokie dawki witaminy C i placebo w leczeniu pacjentów z zaawansowanym rakiem, którzy nie mieli wcześniej chemioterapii- randomizowane, podwójnie zaślepienie porównanie. *N Engl J Med.* 1985; 312: 137-141. Web sites; [https://doi.org/ 10.1056/NEJM198501173120301](https://doi.org/10.1056/NEJM198501173120301) (data wejścia 05.02.2021 godz.19.00)
5. Riordan HD., Casciari JJ., Gonzalez MJ. et al. Pilotażowe badanie kliniczne ciągłego dożylnego podawania askorbinianu u pacjentów z terminalnym rakiem. *PR Health Sci J.* 2005;24: 269-276. Web sites; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16570523/> (data wejścia 05.02.2021 godz.16.30)
6. Janda K., Kasprzak M., Wolska J. Witamina C- budowa, funkcje i występowanie. *Pom J Life Sci* 2015; 61, (4) : 419-425
7. Kalemba-Drózd M. Witamina C w leczeniu nowotworów i profilaktyce chorób niezakaźnych. *Państwo i Społeczeństwo* 2018; 18, (3): 95-104
8. Gonzalez MJ., Miranda-Massari JR., Mora EM. et al. Przegląd onkologii ortomolekularnej: kwas askorbinowy i rak 25 lat później. *Integrative Cancer Therapies* 2005; 4, (1): 1-14. Web sites; [https://doi.org/ 10.1177/1534735404273861](https://doi.org/10.1177/1534735404273861) (data wejścia 05.02.2021 godz.21.45)
9. Riordan HD., Riordan NH., Jackson JA. et al. Dożylna witamina C jako środek do chemioterapii: raport o przypadkach klinicznych. *PR Health Sci J.* 2004; 23: 115-118. Web sites; <http://prhsj.rcm.upr.edu/index.php/prhsj/article/download/469/332> (data wejścia 06.02.2021 godz.15.30)
10. Chen Q., Espey MG., Krishna MC. et al. Farmakologiczne stężenia kwasu askorbinowego wybiórczo zabijają komórki rakowe: działanie jako prolek, który dostarcza nadtlenek wodoru do tkanek. *Proc Natl Acad Sci US A.* 2005; 102: 13604-13609. Web sites; <https://doi.org/10.1073/pnas.0506390102> (data wejścia 07.02.2021 godz.12.00)
11. Chen Q., Espey MG., Sun AY. et al. Farmakologiczne dawki askorbinianu działają jako prooksydant i zmniejszają wzrost agresywnych heteroprzeszczepów guza u myszy. *Proc Natl Acad Sci US A.* 2008; 105: 11105-11109. Web sites; <https://doi.org/10.1073/pnas.0804226105> (data wejścia 06.02.2021 godz. 14.30)
12. Grajek W., Baer-Dubowska W., Bartoń H. i wsp. Witamina C-budowa i właściwości. *Przeciwutleniacze w żywności. Aspekty zdrowotne, technologiczne, molekularne i analityczne.* Wydawnictwo Naukowo-Techniczne; Warszawa 2007: 163-171

13. Bielski BHJ. Chemia rodników kwasu askorbinowego. W: Seib PA., Tolbert BM., redaktorzy. Kwas askorbinowy: chemia, metabolizm i zastosowania. Vol. 200. Amerykańskie Towarzystwo Chemiczne; Washington DC: 1982: 81-100. Web sites; <https://doi.org/10.1021/ba-1982-0200.ch004> (data wejścia 06.02.2021 godz. 13.30)
14. Agus DB., Vera JC., Golde DW. Utlenianie komórek zrębu: mechanizm, dzięki któremu guzy pozyskują witaminę C. *Cancer Res.* 1999; 59: 4555-4558. Web sites; <https://cancerres.aacrjournals.org/content/59/18/4555.long> (data wejścia 10.02.2021 godz. 16.35)
15. Malo C., Wilson JX. Glukoza moduluje transport witaminy C w pęcherzykach błony granicznej szczotki jelita cienkiego dorosłego człowieka. *J Nutr.* 2000; 130: 63-69. Web sites; <https://doi.org/10.1093/jn/130.1.63> (data wejścia 11.02.2021 godz. 19.20)
16. Padayatty SJ., Sun H., Wang Y. et al. Farmakokinetyka witaminy C: implikacje dla stosowania doustnego i dożylnego. *Ann Intern Med.* 2004; 140: 533-537. Web sites; <https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-7-200404060-00010> (data wejścia 10.02.2021 godz. 14.50)
17. Welch RW., Bergsten P., Butler JD., Levine M. Akumulacja i transport kwasu askorbinowego w ludzkich fibroblastach. *Biochem J.* 1993; 294: 505-510. Web sites; <https://doi.org/10.1042/bj2940505> (data wejścia 10.02.2021 godz. 17.30)
18. Welch RW., Wang Y., Crossman AJ. et al. Akumulacja witaminy C (askorbinianu) i jej utlenionego metabolitu kwasu dehydroaskorbinowego zachodzi poprzez oddzielne mechanizmy. *J Biol Chem.* 1995; 270: 12584-12592. Web sites; <https://doi.org/10.1074/jbc.270.21.12584> (data wejścia 01.02.2021 godz. 21.00)
19. Corpe CP, Tu H, Eck P. et al. Transporter witaminy C Slc23a1 łączy wchłanianie zwrotne w nerkach, akumulację tkanki witaminy C i przeżycie okołoporodowe u myszy. *J Clin Invest.* 2010;120: 1069-1083. Web sites; <https://doi.org/10.1172/JCI39191> (data wejścia 12.03.2021 godz. 18.00)
20. Wilson JX. Regulacja transportu witaminy C. *Annu Rev Nutr.* 2005; 25: 105-125. Web sites; <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.25.050304.092647> (data wejścia 26.02.2021 godz. 21.30)
21. Rumsey S.C, Levine M. Wchłanianie, transport i usuwanie kwasu askorbinowego u ludzi. *J Nutr Biochem.* 1998; 9: 116-130. Web sites;

- [https://doi.org/10.1016/S0955-2863\(98\)00002-3](https://doi.org/10.1016/S0955-2863(98)00002-3) (data wejścia 01.02.2021 godz. 19.30)
22. Podlewski J, Chwalibogowska-Podlowska A. Leki współczesnej terapii. PZWL; Warszawa 1985: 41
 23. Podlewski J, Chwalibogowska-Podlowska A. Leki współczesnej terapii. Encyklopedia wydanie XXII. Medical Tribune. Warszawa 2019: 636-637. Aleksandrowicz J, Gumowska I. Witamina C, której może być za dużo; Kuchnia i medycyna.. Wydawnictwo Watra. Warszawa 1986: 145-159
 24. Esteban MA, Pei D. Witamina C poprawia jakość przeprogramowania komórek somatycznych. *Nat Genet* 2012; 44: 366-367. Web sites; <https://doi.org/10.1038/ng.2222> (data wejścia 26.02.2021 godz. 20.00)
 25. Washko PW, Wang Y, Levine M. Recycling kwasu askorbinowego w ludzkich neutrofilach. *J Biol Chem.* 1993; 268:15531-15535. Web sites; [https://doi.org/10.1016/S0021-9258\(18\)82289-X](https://doi.org/10.1016/S0021-9258(18)82289-X) (data wejścia 27.03.2021 godz. 15.20)
 26. MikirovaN, Ichim T, Riordan N. Działanie antyangiogenne dużych dawek kwasu askorbinowego. *J Transl Med.* 2008; 6: 50. Web sites; <https://doi.org/10.1186/1479-5876-6-50> (data wejścia 27.03.2021 godz. 14.00)
 27. Bergsten P, Yu R, Kehrl J, Levine M. Transport i dystrybucja kwasu askorbinowego w ludzkich limfocytach B. *Arch Biochem Biophys.* 1995; 317: 208-214. Web sites; <https://doi.org/10.1006/abbi.1995.1155> (data wejścia 25.03.2021 godz. 18.00)
 28. Guzek J. Witaminy; Patofizjologia człowieka w zarysie. PZWL. Warszawa 2015: 264-270
 29. Gerson C. Dostosowywanie terapii do różnych chorób; Cud terapii Gersona. Wydanie I. Wydawnictwo Vivante. Białystok 2014: 235-250
 30. Szczeklik A. Ostre wirusowe zapalenie wątroby(WZW), sepsa i wstrząs septyczny. Interna Szczeklika mały podręcznik. Medycyna Praktyczna; Kraków 2020: 719-728, 1332-1341
 31. Padayatti SJ., Sun AY., Chen Q., Espey MG., Drisko J. et al. Witamina C: dożylnie stosowanie przez lekarzy medycyny niekonwencjonalnej i alternatywnej oraz działania niepożądane. *PLoS One.* 2010; 5: e11414. Web sites;

- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011414> (data wejścia 27.03.2021 godz. 18.00)
32. Mehta JB., Singhal SB., Mehta BC. Hemoliza wywołana kwasem askorbinowym w niedoborze G-6-PD. *Lancet*. 1990; 336: 944. Web sites; [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)92317-B](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)92317-B) (data wejścia 13.03.2021 godz.19.00)
 33. Rees DC., Kelsey H., Richards JD. Ostra hemoliza wywołana przez duże dawki kwasu askorbinowego w niedoborze dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej. *BMJ*. 1993; 306: 841-842. Web sites; <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6881.841> (data wejścia 13.03.2021 godz. 21.10)
 34. Campbell GD., Steinberg MH., Bower JD. List: Hemoliza wywołana kwasem askorbinowym w niedoborze G-6-PD. *Ann Intern Med*. 1975; 82: 810-815. Web sites; https://doi.org/10.7326/0003-4819-82-6-810_1 (data wejścia 12.03.2021 godz. 18.00)
 35. Wong K., Thomson C., Bailey RR., McDiarmid S., Gardner J. Ostra nefropatia szczawianowa po ogromnej dożylniej dawce witaminy C. *Aust NZJ Med*. 1994; 24: 410-411. Web sites; <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.1994.tb01477.x> (data wejścia 05.03.2021 godz.22.00)
 36. Campbell A., Jack T. Ostre reakcje na terapię mega kwasem askorbinowym w chorobach złośliwych. *Scott Med. J*. 1979; 24: 151-153. Web sites; <https://doi.org/10.1177/003693307902400210> (data wejścia 25.03.2021)
 37. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red). Diagnostyka pielęgniarska; Podstawy pielęgniarstwa; Wydawnictwo Czelej; Lublin 2004; tom 1: 260-274;
 38. Walewska E. (red). Opieka nad chorym w ostrych stanach chirurgicznych; Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2006: 230-240
 39. Kapała W. Pielęgowanie chorego ze stomią jelitową; Pielęgowanie w chirurgii; Wydawnictwo Czelej; Lublin 2006: 150-152
 40. Kołodziej W. (red). Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem geriatrycznym w pielęgniarskiej opiece długoterminowej; Metoda indywidualnego przypadku w pielęgniarstwie. Przykłady jej zastosowania; Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej 2013: 97-115
 41. Mukherjee S. Prawo trzecie; Prawa medycyny; Grupa wydawnicza Relacja; Warszawa 2018: 75-94

42. Mukherjee S. Niecierpliwa wojna; Cesarz wszech chorób. Biografia raka; Wydawnictwo Czarne; Wołowiec 2013: 153-155
43. Krzakowski M. (red). Podstawy leczenia chirurgicznego nowotworów; Onkologia kliniczna; Wydawnictwo medyczne Borgis; Warszawa 2001; tom 1: 274-285
44. Bosek L., Wnukiewicz-Kozłowska A. Eksperyment medyczny; Szczególne świadczenia zdrowotne; C-H-BECK Instytut Nauk Prawnych PAN. Warszawa 2018; tom 2: 45-84
45. Wnukiewicz-Kozłowska A. Prawne zasady dopuszczalności eksperymentu medycznego; Eksperyment medyczny na organizmie ludzkim w prawie międzynarodowym i europejskim. Dom wydawniczy ABC. Warszawa 2004: 104-131
46. Różyńska J., Waligóra M. Sprawiedliwość w międzynarodowych badaniach biomedycznych; Badania naukowe w udziałem ludzi w biomedycynie-standardy międzynarodowe; Wydawnictwo LEX. Warszawa 2012: 121-140

47. Świerczyński M. Więckowski Z. Model prawny leków biopodobnych zdaniem uczestników rynku farmaceutycznego w Polsce; Model prawny leków biopodobnych; Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; Warszawa 2020: 49-72.