

## Nowy Rok 2007

*ks. dr Józef Tarnawa S.J.  
Kapelan Opolskiego Centrum Onkologii  
i Szpitala Wojewódzkiego*



Rozpoczynamy Nowy Rok. Tego dnia jesteśmy wszyscy radośni i uśmiechnięci. Wszyscy składamy sobie życzenia na pomyslnie i szczęśliwe dni czekającego nas roku. Ufamy, że będzie on dla każdego do-  
bry, a przynajmniej, jak zwykliśmy powtarzać nie gorszy od poprzedniego.

Również Kościół w liturgii tego dnia poprzez Słowo Boże kieruje do nas życzenia pełne pokoju:

*„Niech Cię Pan błogosławi i strzeże.  
Niech Pan rozpromieni oblicze swe nad tobą.  
Niech cię obdarzy swą łaską.  
Niech zwróci ku tobie swoje oblicze  
i niech cię obdarzy pokojem”.*

Tego dnia modlimy się szczególnie o dar pokoju dla ludzkości. Jest to bowiem Światowy Dzień Pokoju, ustanowiony przez papieża Pawła VI. Pragnął on, aby 1 stycznia każdego roku był obchodzony jako Światowy Dzień Modlitw o Pokój.

Przypomnijmy jego słowa wystosowane na początek 1968 r.: „Jest naszym pragnieniem, aby odtąd każdego roku, na początku kalendarza, który mierzy i opisuje drogi ludzkiego życia w czasie, powtarzała się ta celebrowana, jako życzenie i jako rękojmia, że pokój z jego sprawiedliwą i dobroczynną równowagą, będzie dominował nad rozwojem przyszłej historii”.

Również papież Jan Paweł II podejmując życzenie swego Poprzednika na stolicy Piotrowej, kontynuował rokrocznie, jak sam się wyraził, tę szlachetną tradycję, poświęcając pierwszy dzień roku kalendarzowego refleksji i modlitwie o pokój poprzez Orędzia skierowane do wszystkich ludzi dobrej woli na całym świecie. „Na przestrzeni dwudziestu pięciu lat Pontyfikatu, które zostały mi dane przez Pana nie przestawałem podnosić głosu wobec Kościoła i świata zachęcając wierzących i wszystkich ludzi dobrej woli do osobistego zaangażowania na rzecz pokoju, aby przyczyniać się do realizacji tego podstawowego dobra, które zapewniłoby światu lepszą przyszłość, w spokojnym współistnieniu i wzajemnym szacunku (...).

Kościół zawsze nauczał i uczy również dziś tej oczywistej i prostej prawdy,

że pokój jest nie tylko możliwy, ale jest równocześnie dla każdego obowiązkiem. Powinien być budowany na filarach wskazanych przez błogosławionego Jana XXIII w encyklice „Pacem in terris”, to znaczy na sprawiedliwości i prawdzie, wolności i miłości”. Miłość jest najwyższą i najszlachetniejszą formą relacji pomiędzy istnieniami ludzkimi - mówi Papież Jan Paweł II. Miłość ożywia każdy wymiar ludzkiego życia, rozszerzając się również na porządek międzynarodowy. Jedynie ludzkość, pośród której zapanuje „cywilizacja miłości” będzie mogła cieszyć się prawdziwym i trwałym pokojem. (por. Jan Paweł II, Orędzie na Światowy Dzień Pokoju 2004 r.) W tym roku na Światowy Dzień Pokoju Benedykt XVI napisał Orędzie pod hasłem: „Osoba ludzka sercem pokoju”. Ojciec Święty zauważa: „Jestem bowiem przekonany, że gdy szanuje się osobę, umacnia się pokój...”

W kalendarzu liturgicznym dzień 1 stycznia obchodzimy równocześnie jako Uroczystość Świętej Bożej Rodzicielki. Tym imieniem po raz pierwszy nazwała Ją święta Elżbieta, gdy wypowiadała słowa pozdrowienia: „A skądże mi to, że Matka Pana mojego przychodzi do mnie” (Łk 1, 45). Po paru wiekach w r. 431 tytułem tym obdarzył Matkę Jezusa Sobór Efeński i to wśród niebywalego entuzjazmu tamtejszej ludności. Przewodniczący Soboru, św. Cyryl Aleksandryjski, widząc tę wielką miłość ludu Bożego do Maryi zawołał: „Święta Mario, Matko Boża, módl się za nami grzesznymi teraz i w godzinę śmierci naszej”. Od XVI wieku powtarzamy te słowa wraz z pozdrowieniem anioła Gabriela w modlitwie Zdrowaś Maryjo. Dlatego pierwszego stycznia każdego roku oddajemy się pod Jej macierzyńską opiekę powierzając Jej wszystkie nasze osobiste i wspólne sprawy. Sprawy, które są szczególnie drogie naszemu sercu i naszemu ludzkiemu życiu. Natomiast Jej największym życzeniem w stosunku do nas jest, abyśmy całym sercem przyjęli Jej Syna – Jezusa, który dla nas stał się życiem, zbawieniem i trwałym pokojem.

W dniu Świętej Matki Bożej, w dzień Światowego Dnia Pokoju, powtórzmy w duchu za św. Franciszkiem z Asyżu:

*Panie, uczynń nas narzędziem swego pokoju.*

*Tam, gdzie krzywda, nieśmy przebaczenie.*

*Tam, gdzie zwątpienie, nieśmy nadzieję.*

*Tam, gdzie beznadzieja, nieśmy wiarę.*

*Tam, gdzie ciemność, nieśmy światło.*

*Tam, gdzie smutek, nieśmy radość.*

**Wielu szczęśliwych chwil w życiu prywatnym oraz sukcesów w życiu zawodowym na 2007 rok życzy EUROCENT – Studio Druku Cyfrowego**



## Opłatek wigilijny

---

Jak co roku przed świętami Bożego Narodzenia w Opolskim Centrum Onkologii odbyło się spotkanie opłatkowe, w którym uczestniczyli pacjenci, pracownicy wraz z rodzinami, a także zaproszeni goście. 17 grudnia w kaplicy szpitalnej Ks. Abp. Alfons Nossol celebrował mszę świętą, a następnie dzieląc się opłatkiem życzył pacjentom cierpliwości, powrotu do zdrowia, a także by szpitalne cierpienie nie pozbawiło ich adwentowej radości. Pracownikom natomiast wszelkiej pomyślności, niosąc pomoc chorym i służąc im w potrzebach ciała i duszy. Do życzeń tych dołączył się także Pan Bogusław Wierdak Przewodniczący Sejmiku Województwa Opolskiego.

## Poradnia Chirurgii Onkologicznej

---

Pomimo upływu ponad stu lat od początków wdrażania leczenia nowotworów złośliwych chirurgia nadal zajmuje poczesne miejsce i jest najskuteczniejszą metodą stosowaną zarówno samodzielnie lub też w skojarzeniu z chemioterapią i/lub radioterapią.

Należy zauważyć, że po internście to właśnie chirurg najczęściej rozpoznaje raka.

**Poradnia Chirurgii Onkologicznej w Opolskim Centrum Onkologii spełnia szereg zadań, są to m.in.:**

- rozpoznanie choroby nowotworowej,
- stopniowanie zaawansowania choroby,
- opracowanie strategii leczenia,
- leczenie ambulatoryjne lub skierowanie na leczenie szpitalne,
- kontrola po leczeniu operacyjnym,
- kierowanie do leczenia skojarzonego.

Ze względu na niezwykle szeroki zakres lokalizacyjny i narządowy postępowanie diagnostyczne i lecznicze jest indywidualizowane, czyli dobierane w zależności od potrzeb klinicznych w odpowiednim czasie i miejscu.

*W pracy poradni, uwzględniany jest czynnik czasu. Podjęcie leczenia w przypadku zweryfikowanej, czyli potwierdzonej badaniem histopatologicznym złośliwej choroby nowotworowej następuje w terminie do 2 tygodni. W sytuacjach podejrzenia choroby nowotworowej termin może wydłużać się do 3 - 4 tygodni. Natomiast w przypadkach łagodnych zmian nowotworowych termin oczekiwania może przekraczać miesiąc.*

W Poradni decyduje się o podjęciu leczenia operacyjnego po wykonaniu wszystkich, zaleconych badaniach diagnostycznych, umożliwiających wystopniowanie choroby, czyli określenie jej zaawansowania. W zaawansowanej chorobie nowotworowej chirurgia ma najczęściej znaczenie pomocnicze.

W przypadku zmian skórnych i tkanki podskórnej wykonywane są zabiegi w trybie ambulatoryjnym, w znieczuleniu miejscowym. W innych, zdecydowanie częstszych przypadkach wymagających znieczulenia ogólnego (narkozy) leczenie wymaga skierowania do Oddziału Chirurgii Onkologicznej naszego Centrum.



Diagnostując chorobę, chorzy kierowani są na badania obrazowe (TK, USG, Mammografię, RTG), laboratoryjne, endoskopowe, a także następuje pobieranie wycinków oraz biopsje cienko- i gruboigłowe w celu zweryfikowania procesu nowotworowego.



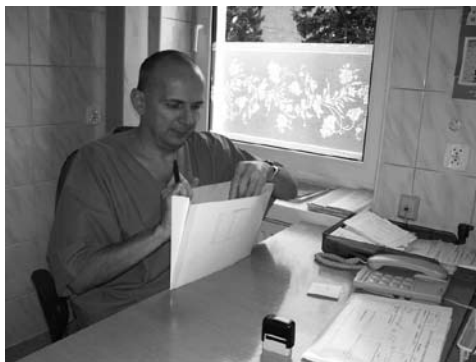
*W gabinecie zabiegowym wykonuje się zabiegi zarówno z użyciem skalpela, tzw. „cięte”, jak też elektrokoagulację zmian skórnych tj. wypalenie z użyciem prądu wysokiej częstotliwości.*

Nierzadko do diagnozy, istotne są konsultacje z lekarzami innych specjalności z Centrum jak i poza nim.

Prawidłowo zinterpretować czyli ocenić wyniki badań oraz określić dalsze postępowanie może tylko lekarz, stąd niezwykle istotne jest, aby pacjenci zgłaszali się po odbiorze wyników badań, do poradni.

Po leczeniu operacyjnym, w Poradni prowadzone są kontrole:

- wczesne, tj. po wypisie z oddziału



połączone ze zmianami opatrunków i zdjęciem szwów,  
- późne, jeśli pacjent nie wymaga dalszego leczenia.

**Niestety, po leczeniu operacyjnym z powodu raka, pacjent jest zmuszony poddawać się kontroli przez wiele lat, nierzadko przez całe życie.**

Poradnia Chirurgii Onkologicznej składa się z 3 gabinetów:

- pokój 108 - Poradnia Chirurgii Onkologicznej,
- pokój 109 - Gabinet opatrunkowy,
- pokój 111 - Gabinet zabiegowy.

Lekarzami przyjmującymi w Poradni są specjaliści chirurgii onkologicznej II st.:  
lek. med. Jolanta Ziębińska, lek. med. Krzysztof Langner, lek. med. Dariusz Morawski, lek. med. Mariusz Władysław, lek. med. Bernard Krawiec, lek. med. Robert Janiszewski, lek. med. Jacek Dębski, oraz lek. med. Ziemowit Koc – specjalista chirurgii ogólnej II st.

Konsultantami są:

dr n. med. Aleksander Sachanbiński – specjalista chirurgii onkologicznej i ogólnej II st. - Ordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej, lek. med. Rudolf Piesoczyński – specjalista anestezjologii II st., lek. med. Grzegorz Kasalik – anestezjolog I st., lek. med. Piotr Holler – anestezjolog I st.

Pielęgniarki dyplomowane to:

Maria Piwoda, Zofia Kusza, Maria Białas, Zofia Sośniak, Jadwiga Ulińska

Sekretarki medyczne: Zuzanna Brosz i Elżbieta Balińska

Poradnia Chirurgii Onkologicznej przyjmuje dziennie od 40 do 70 osób, wykonywanych jest do 10 zabiegów ambulatoryjnych, natomiast w gabinecie opatrunkowym wykonuje się od 15 do 35 opatrunków.

Czas pracy Poradni od 8.00 do 15.00. Rejestracja od 7.00 do 13.00.

Istnieje możliwość telefonicznej rezerwacji terminu przyjęcia w poradni pod numerem **077 4416007 lub 077 4416008**, natomiast w dniu przyjęcia należy zgłosić się w rejestracji w celu potwierdzenia wizyty i poświadczenia ubezpieczenia zdrowotnego.

# Rehabilitacja szpitalna kobiet po mastektomii \_\_\_\_\_

*mgr Joanna Orzęcka*  
*Opolskie Centrum Onkologii*

Rak sutka według najnowszych statystyk zajmuje pierwsze miejsce pod względem zachorowalności, tj. ok. 17 % wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet.

W Polsce standardową metodą operacyjnego leczenia raka sutka jest „zmodyfikowana radykalna amputacja sutka”, potocznie zwana doszczętnym odjęciem sutka sposobem Patey'a. Polega ona na całkowitym usunięciu gruczołu sutkowego wraz z powięzią, pokrywającą mięsień piersiowy większy, mięsień piersiowy mniejszy, oraz usunięcie węzłów chłonnych pachowych.

Zabieg taki niesie za sobą wiele powikłań, do których zaliczyć możemy min:

- dysfunkcję kończyny górnej po stronie operowanej w postaci ograniczenia ruchomości w stawie barkowym,
- osłabienie siły mięśniowej obręczy barkowej i kończyny wolnej,
- uniesienie lub obniżenie barku, odstawanie łopatek po stronie zabiegu,
- boczne skrzywienie kręgosłupa,
- obrzęk limfatyczny kończyny po stronie zabiegu.

Stosowana u pacjentek fizjoterapia ma za zadanie zapobiegać występowaniu powyższych powikłań.

W modelu kompleksowej fizjoterapii po mastektomii wyróżniamy:

- fizjoterapię szpitalną,
- fizjoterapię ambulatoryjną,
- fizjoterapię uzdrowską,
- specjalne grupy ćwiczeniowe w klubach kobiet po mastektomii tzw. „Klubach Amazonek”.

Najistotniejsze jednak jest rozpoczęcie rehabilitacji zaraz po zabiegu operacyjnym, kiedy u pacjentek ograniczone są ruchy w stawie barkowym, dochodzi do uniesienia w górę całego barku strony poddanej zabiegowi, z równoczesnym przyciśnięciem ramienia do tułowia. Upośledzone są ruchy oddechowe klatki piersiowej, występują bóle ramion, szyi i głowy.

Wczesna rehabilitacja pooperacyjna obejmuje 6 – 10 pierwszych dni po zabiegu.

W pierwszym etapie pozycją wyjściową do ćwiczeń jest pozycja leżąca na ple-

cach. Wykonywane są ćwiczenia przeciwzkrzepowe, oraz intensywne ćwiczenia oddechowe, które poprawiają wydolność układu oddechowego, ruchomość klatki piersiowej jak i ułatwiają odprowadzenie chłonki do układu żylnego.

Dla pacjentek po radykalnej operacji sutka najkorzystniejsze jest oddychanie torem piersiowym ze względu na zwiększenie ruchomości klatki piersiowej i korzystne warunki rozciągania zrostów pooperacyjnych nasilających się głównie po radioterapii.

Prawidłowy sposób oddychania torem piersiowym polega na wykonaniu głębokiego wdechu nosem do klatki piersiowej i powolnego wydechu półprzymkniętymi ustami. Ćwiczenia należy wykonywać 2 – 3 razy dziennie nie więcej niż 5 powtórzeń.

Już w pierwszej dobie po zabiegu wykonujemy stopniowo pionizację pacjentów, gdy nie ma do niej istotnych przeciwwskazań, a także zaleca się chorym w miarę aktywny tryb życia w oddziale szpitalnym (w zakresie samodzielnej pielęgnacji, toalety, jedzenia i poruszania się po oddziale).

Pacjentka po stronie operowanej otrzymuje pod kończynę górną specjalny „klin przeciwobrzękowy”, który sprzyja wysokiemu ułożeniu kończyny i lepszemu odpływowi chłonki.

Pierwsza doba po zabiegu, (oczywiście, gdy nie ma przeciwwskazań i powikłań) jest dobrym momentem do rozpoczęcia ćwiczeń czynnych wolnych stawów kończyny po stronie zabiegu i ćwiczeń samowspomaganych stawu barkowego tej samej strony.

Przykładowe ćwiczenia to:

- zaciskanie dłoni w pięść,
- zgięcie i wyprost kończyny w stawie łokciowym,
- unoszenie do góry zgiętych ramion w stawach łokciowych (kończyna zdrowa podpira kończynę po stronie zabiegu),
- unoszenie wyprostowanych ramion w stawach łokciowych (kończyna zdrowa wspomaga kończynę po stronie zabiegu).

Po każdym ćwiczeniu wykonujemy miejscowe ćwiczenia rozluźniające (wstrząsanie kończyną w górze) i włączamy ćwiczenia oddechowe.



W kolejnych dobach po operacji rozszerzamy rehabilitację o ćwiczenia w pozycji siedzącej, obejmujące ćwiczenia wolne stawów barkowych we



wszystkich płaszczyznach.

Przykładowe ćwiczenia to:

- unoszenie barków do góry,
- krążenie barkami,
- unoszenie wyprostowanych ramion przodem i bokiem w górę.

W tym też okresie zaczynamy stopniowo wprowadzać ćwiczenia wykonywane w pozycji stojącej, dodatkowo

rozszerzając je o ćwiczenia samowspomagane z laseczką gimnastyczną, piłeczką, oraz zestawem bloczkowym.

Przykładowe ćwiczenia to:

- unoszenie laseczki przodem w górę nad głowę,
- unoszenie laseczki w górę i opuszczanie jej za głowę na barki,
- unoszenie laseczki bokiem w górę,
- ściskanie piłeczki w dłoni w wysokim ułożeniu ręki,
- przekładanie piłeczki nad głową z jednej do drugiej ręki.

Ćwiczenia należy wykonywać w wolnym tempie, co 2 – 3 godziny. Podczas wykonywanych ruchów minimalnie przekraczamy granicę bólu, unikając jednak zbyt szybkich ruchów i szarpania. Czas trwania ćwiczeń powinien wynosić około 10 – 15 minut.

Każda kobieta po zabiegu mastektomii powinna być poinformowana o konieczności wykonywania autodrenażu limfatycznego. Jest to masaż kończyny po stronie zabiegu, oraz przylegającej do niej części tułowia – wykonywany przez samą pacjentkę. Ma on bardzo duże znaczenie w profilaktyce przeciwbrzękowej polepszając przepływ krwi żyłnej i chłonki. Masaż powinien być wykonywany na kończynie uniesionej ku górze, od części proksymalnej tułowia do dystalnej, w kierunku serca. Powoduje on wtedy odpływ chłonki z obszarów masowanych tworząc miejsce na jej spływ z miejsc położonych obwodowo.

Należy go wykonywać 1 – 2 razy w ciągu dnia przez około 10 minut. Systematyczne wykonywanie automasażu limfatycznego wpływa na wytworzenie krążenia obocznego chłonki, oraz na regenerację naczyń chłonnych.

Szczególłą uwagę zwracamy na edukację pacjentek dotyczącą funkcjonowania układu limfatycznego, w celu zapobiegania jego niewłaściwej pracy



objawiającej się obrzękiem limfatycznym.

Pacjentki po zakończonej rehabilitacji szpitalnej otrzymują dokładny instruktaż dotyczący codziennego postępowania oraz zestaw ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych. Proponowana jest opieka ambulatoryjna w przychodniach rehabilitacyjnych i pomoc w możliwościach skorzystania z opieki sanatoryjnej.



Bardzo dużą rolę w motywacji pacjentek do dalszej rehabilitacji odgrywają Kluby Amazonek, w których kobiety po mastektomii mogą liczyć na wsparcie i pomoc w powrocie do pełnej sprawności.

Podsumowując, wcześniej podjęta rehabilitacja po zabiegu operacyjnym i kontynuowana przez całe życie może w pełni zapobiec powikłaniom pooperacyjnym i sprawić, że kobiety po przebytych zabiegach mastektomii staną się pełnosprawnymi osobami.

*\*Joanna Orzęcka w roku 1993 ukończyła studia na Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Od roku 1997 pracuje na stanowisku rehabilitanta w Opolskim Centrum Onkologii na oddziale chirurgii onkologicznej. W 2003 roku, po ukończeniu specjalistycznego szkolenia z kompleksowej terapii przeciwobrzękowej zajmuje się głównie usuwaniem obrzęku limfatycznego i rehabilitacją kobiet po mastektomii.*

## Rodzaje, kryteria podziału oraz ocena bólu

*lek. med. Anna Świercz  
Opolskie Centrum Onkologii*

Problem bólów nowotworowych dotyczy 75 % pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. U 80 % chorych z dolegliwościami bólowymi, występują równocześnie różne rodzaje bólu.

Analizując ból należy przyjąć następujące kryteria:



- **kryterium czasu** – ostry (trwający do 3 miesięcy) i przewlekły (trwający powyżej 3 miesięcy),
- **kryterium miejsca postrzegania:**
  - zlokalizowany: ograniczony dający się dobrze umiejscowić,
  - rzutowany: odczuwany w innym miejscu niż miejsce powstania,
  - uogólniony: ból występujący w wielu miejscach, któremu poza czynnikami somatycznymi towarzyszą głębokie zmiany psychiczne,
- **kryterium miejsca powstania:**

1. Receptorowy np. fizjologiczny – powstający w wyniku podrażnienia zakończeń nerwowych mechanicznie, ale bez uszkodzenia tkanek.

2. Niereceptorowy np. patologiczny – powstający w wyniku uszkodzenia obwodowego i środkowego układu nerwowego, bądź obniżenia wrażliwości receptorów.

Ból zapalny powstaje w wyniku pobudzenia receptorów na skutek procesu zapalnego.

Ból neuropatyczny powstaje w wyniku uszkodzenia obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego i obniżenia progu pobudliwości receptorów.

Ból psychogeny powstaje bez uszkodzenia tkanek, ale odnoszony do takiego uszkodzenia.

Etiologia podaje następujący podział:

- ból spowodowany nowotworem,
- ból powstały w wyniku leczenia np. chemioterapii czy radioterapii,
- ból związany z chorobą nowotworową (z wyniszczeniem) np. unieruchomienie w łóżku, ból spowodowany odleżynami, zaparciami, zmianami na śluzówkach,
- bóle współistniejące, czyli nie związane bezpośrednio z chorobą podstawową np. ból głowy czy kręgosłupa.

### ***Rodzaje bólu receptorowego:***

- somatyczny: powstaje w wyniku podrażnienia receptorów w skórze, mięśniach, kościach – jest zlokalizowany, stały i łatwy do opanowania,
- **ból kostny:** jest to rodzaj bólu somatycznego, może być spowodowany pierwotnym procesem nowotworowym szerzącym się w układzie kostnym, lub może być następstwem przerzutów do kości,
- **trzewny:** ból z organów trzewnych (np.: wieńcowy, z przewodu pokarmowego i stany zapalne w miednicy) powstaje w wyniku podrażnienia receptorów

trzewnych przez rozciąganie, pociąganie i niedokrwienie trzewi. Jest rozlany, trudny do opisania, głęboki, często promieniuje do pleców, barków okolic nadobojczykowych,

- **mięśniowo – powięziowy**: jest wynikiem podrażnienia płytki nerwowo-mięśniowej, ból wiąże się z używaniem pewnych mięśni, w badaniu wyczuwa się napięte pasmo mięśniowe.

### **Rodzaje bólu niereceptorowego:**

- **ból neuropatyczny**: jest związany z zaburzeniem czynności lub uszkodzeniem układu nerwowego-nerwów, korzeni rdzenia kręgowego przez guz. Ze względu na lokalizację dzieli się na 3 rodzaje: obwodowy, ośrodkowy i współczulny. Ma charakter stały (tępy) lub napadowy. Chorzy często określają go jako palący, piekący, przeszywający (jak porażenie prądem, czy przykładanie gorącego pręta, żelazka), kłujący (wkładanie igieł), szarpący. Towarzyszy mu często przeczulica skóry, czyli nadwrażliwość na różne bodźce mechaniczne i termiczne oraz alodynia. Jest to uczucie bólu pod wpływem bodźca, który w normalnych warunkach, bólu nie wywołuje, np. przy dotyku czy zmianie temperatury. Temu rodzajowi bólu mogą towarzyszyć: nadmierne pocenie się czy zaburzenia ocieplenia ciała, a w zaawansowanych stadiach zmiany troficzne skóry i wtedy mówimy o tzw. bólu wegetatywnym, czyli zniszczony nerw zawiera w sobie włókna układu współczulnego.

**Bóle przebijające** – to rodzaj bólów, które występują nagle i trwają krótko (od kilku do 30 minut) i posiadają znaczne nasilenie, pomimo prawidłowo leczonego bólu nowotworowego. Zazwyczaj są zlokalizowane w tym samym miejscu, co ból podstawowy. Nakłada się on zwykle na ból o charakterze ciągłym. Występuje u około 40 – 60 % chorych leczonych przeciw bólowo.

**Ból incydentalny** - pojawia się przy wykonywaniu określonych czynności np. zmiana pozycji, kaszel, połykanie, defekacja, dotyk lub ucisk przy badaniu lekarskim.

**Ból końca dawki** – pojawia się wraz z ustępowaniem działania leków, powtarza się regularnie przed porą podania kolejnej porcji leku u chorych, którym zastosowano zbyt małą dawkę leku.

Do oceny bólu przez chorego służy:

- skala VAS – skala wzrokowo-analogowa (graficzna skala opisowa). Chory określa stopień natężenia bólu na linijce o długości 10 cm. (0 – brak bólu,

10 – najsilniejszy ból),

- skala numeryczna – określa natężenie bólu w punktach od 0 do 10,

- skala słowna – o charakterze opisowym, cztero lub pięciostopniowa:

1 – brak bólu, 2 – ból słaby, 3 – umiarkowany, 4 – silny, 5 – nie do zniesienia.

W następnym artykule postaram się przedstawić metody leczenia bólu.

## Opieka paliatywna

*piel. dypl. Agnieszka Suchocka*

*Opolskie Centrum Onkologii*



### **Opieka paliatywna/hospicyjna**

obejmuje całościową opiekę nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu, postępujące choroby. Sprawowana jest zazwyczaj u kresu życia. Opieka ta obejmuje

uśmierzanie bólu i innych objawów (leczenie objawowe), łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych, wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby, a także po śmierci chorego (tzw. okresie osierocenia). Celem opieki paliatywnej sprawowanej przez zespół specjalistów jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin w ostatnim okresie choroby.

Warunkiem objęcia opieką paliatywną/hospicyjną jest zakończenie leczenia przyczynowego.

### **Cechy opieki paliatywnej/hospicyjnej:**

- ceni życie, uznając umieranie za proces naturalny,
- nie przyspiesza ani nie opóźnia zgonu,
- jest przeciwna eutanazji (podania osobie z nieuleczalną chorobą środka z intencją spowodowania śmierci), jest przeciwna wspomaganemu popełnieniu samobójstwa,
- łagodzi ból, duszność i inne dokuczliwe objawy somatyczne,
- dąży do zaspokajania potrzeb psychicznych, duchowych i socjalnych chorego oraz rodziny tworząc system wsparcia umożliwiający choremu prowadzenie aż do zgonu - życia tak czynnego jak jest to możliwe,
- uznaje i szanuje system wartości chorego i rodziny, respektując jego filozofię życiową, wyznawaną religię, szanując autonomię chorego, uwzględniając jego stanowisko w podejmowaniu decyzji dotyczących sposobów sprawowania

opieki i leczenia,

- pomaga rodzinie radzić sobie z chorobą bliskiego człowieka, wspiera także w okresie osierocenia, żałoby,
- jest dostępna i ciągła przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu,
- jest sprawowana przez zespół wielodyscyplinarny, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog, rehabilitant, terapeuta zajęciowy i inni (w tym także wolontariusze), przy współudziale przeszkolonych członków rodziny, opiekunów. Zespół ten zapewnia choremu pomoc medyczną, pielęgniarską oraz wsparcie psychologiczne i duchowe, a osobom bliskim edukację w zakresie praktycznego sprawowania opieki, podawania leków, pielęgnowania, żywienia chorego oraz problematyki związanej z radzeniem sobie z nieuleczalną, postępującą, zagrażającą życiu chorobą. Pomoc w radzeniu sobie z trudną sytuacją, wsparcie psychosocjalne i duchowe podczas choroby i po śmierci osoby bliskiej,

Opiekę paliatywną prowadzą:

- poradnie medycyny paliatywnej,
- hospicja stacjonarne - oddziały medycyny paliatywnej,
- hospicja domowe.

**Poradnia medycyny paliatywnej**, przeznaczona jest dla pacjentów chorujących na choroby nowotworowe, u których zakończono leczenie przyczynowe, nie znajdują się oni w terminalnej fazie choroby nowotworowej a potrzebują leczenia p/bólowego i wsparcia lub odmawiają opieki realizowanej przez hospicjum domowe.

**Do hospicjum stacjonarnego** pacjenci kierowani są przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.

Do hospicjum domowego oprócz lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w sytuacjach uzasadnionych względami medycznymi, pacjenci mogą być zgłaszani (na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego) przez:

- samych chorych,
- innych pracowników opieki zdrowotnej,
- rodzinę chorego, inne osoby.

Każdy zgłoszony pacjent w terminalnej fazie choroby, musi być objęty opieką lub należy mu wskazać inny, właściwy ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania zakład opieki zdrowotnej.

## **Pielęgniarska opieka długoterminowa w domu pacjenta**

Opieką w domu mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub przewlekłej choroby, którzy w ocenie wg zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów i bezwzględnie wymagają przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgniarskich:

- kroplowe wlewy dożylnie wynikające ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia,
- wykonywanie opatrunków (rany, odleżyny i owrzodzenia troficzne podudzi),
- karmienie przez zgłębnik,
- karmienie przez przetokę,
- pielęgnacja przetoki,
- założenie i usunięcie cewnika (stałe zlecenie lekarskie),
- płukanie pęcherza moczowego,
- pielęgnacja rurki tracheostomijnej.

Świadczenia pielęgniarskie realizowane są we współpracy z lekarzem rodzinnym i obejmują pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, edukację zdrowotną osób objętych opieką, członków ich rodzin, a także pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu.

*\*Agnieszka Suchocka – absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Opolu, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Radioterapii Opolskiego Centrum Onkologii*

## **„Hospicjum to też ŻYCIE”**

---

### **Stowarzyszenie Hospicjum Ziemi Kluczborskiej Św. Ojca Pio**

ul. Paruszowicka 2, 46 – 220 Byczyna,  
tel. 077 - 413 43 38

### **Niepubliczny Zakład Opieki Paliatywnej w Nysie**

Hospicjum im. Św. Arnolda Janssena  
ul. Sienkiewicza 7b, 48 – 304 Nysa,  
tel. 077 – 435 89 67

### **Centrum Opieki Paliatywnej Caritas Diecezji Opolskiej**

ul. Piastowska 26, 46 – 083 Stare Siołkowice,  
tel. 077 – 469 29 79 lub 469 29 80

**Zakład Opieki Paliatywno – Hospicyjnej Oddział Medycyny Paliatywnej**  
ul. Oleśnicka 10, 46 – 100 Namysłów,  
tel. 077 – 40 40 226

**Caritas Diecezji Opolskiej – Hospicjum Domowe**

ul. Chabrów 74, 45 – 369 Opole,  
tel. 077 – 455 33 16

(poniedziałek w godz. 13.00 – 14.00, wtorek – piątek w godz. 12.30 – 14.30),  
codziennie od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 20.00  
kontakt tel. pod nr 600 478 442

**Centrum Opieki Hospicyjnej - Opole**

ul. Mickiewicza (budynek Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego)  
pok. 106 tel. 077 – 44 13 666 (rejestracja telefoniczna)  
Domowa opieka hospicyjna. Chorzy i ich rodziny mogą także liczyć na  
użyczenie potrzebnego w domu sprzętu; jak materace przeciwośluzynowe,  
specjalne łóżka, balkoniki czy chodziki.

**Poradnia Opieki Paliatywnej i Zwalczania Bólu Przewlekłego**

Opolskie Centrum Onkologii  
ul. Katowicka 66a, 45 – 060 Opole  
tel. 077 44 16 018

**Elekta 2**

*mgr Mieczysław Syrytczyk*  
*Opolskie Centrum Onkologii*



19 października rozpoczęto drugi etap wyposażania Zakładu Radioterapii Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu, w najnowocześniejszy sprzęt. Tego dnia przyjechał samochodem ciężarowym ładunek w 30 skrzyniach (waga ok. 10 ton), który zawierał akcelerator “Elekta” produkcji angielskiej. Akcelerator przed wysłaniem do Polski był zmontowany w fabryce w Anglii, gdzie ustawiono zgodnie z zamówieniem parametry techniczne. Po zakończeniu testów i kontroli technicznych, aparat został częściowo rozmontowany i zapakowany w skrzynie.

W Zakładzie Radioterapii już od 2 lat, eksploatowany jest identyczny akcelerator, dlatego też nowy aparat jest w pełni zamienny. Pozwoli to kierować pacjentów na naświetlenia drugim aparatem (np. w razie postoju z powodu

konserwacji czy awarii). Pacjent nie będzie musiał czekać na naprawę aparatu, a niezwłocznie zostanie skierowany na drugi identyczny. Jest to niezwykle ważne ze względu na zachowaną ciągłość leczenia.

Montaż aparatu do przygotowanego bunkra rozpoczął się 8 listopada. W dniu tym przyjechał z Anglii montażysta - przedstawiciel producenta oraz specjaliści z firmy RTA (autoryzowany serwis "Elekta" w Polsce). Prace montażowe podzielono na następujące etapy:

- montaż mechaniczny (poskładanie konstrukcji urządzenia),
- podłączenia elektryczne,
- podłączenia hydrauliczne (uruchomienie układów chłodzenia wodą),
- uruchomienie oprogramowania,
- kalibracje i ustawienia,
- uruchomienie i regulacje wiązki i energii promieniowania,
- sprawdzenie parametrów fizycznych przez fizyków i odbiór akceleratora,
- wprowadzenie danych pomiarowych do programu planowania leczenia.

Etapy przedstawiono w dużym uproszczeniu, gdyż nie sposób wymienić wszystkich czynności montażowych i uruchomieniowych (montaż trwał ok. 6 tygodni). Należy wspomnieć, że aparat wymaga określonych parametrów eksploatacyjnych, w szczególności dotyczy to wilgotności powietrza i temperatury otoczenia. W bunkrze klimatyzacja została zamontowana na początku grudnia.

Akcelerator wymaga chłodzenia wodą bieżącą. Aby zużyta woda nie była wylewana, zastosowano specjalny schładzacz, który w obiegu zamkniętym oziębia nagrzaną wodę. Montaż i instalacja akceleratora "Elekta" oraz urządzeń współpracujących stanowi ogromną inwestycję. Dzięki tym urządzeniom Opolskie Centrum Onkologii dorówna wyposażeniem najlepszym ośrodkom na świecie.

**W następnym numerze:** m. in. znaki ostrzegawcze, opieka psychologiczna

**„Biuletyn informacyjny OCO”**

Wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii  
www.onkologia.opole.pl

**Redaktor Naczelny**

Wiesław Krzysztof Duda

**Sekretarz redakcji**

Mariola Sobecka

**Adres Redakcji**

ul. Katowicka 66a, 45 – 060 Opole

tel. 077 441 60 01

fax 077 441 60 03

biuletyn@onkologia.opole.pl

**Skład komputerowy i druk** EUROCENT

Współpraca: Karina Wróblewska, Maria Białas

Zdjęcia: W. Duda, Z. Kusza

**Sekretariat Centrum: 0-77 441 6001 - fax 0-77 441 6003**

**Rejestracja Przychodni: 0-77 441 6007, 0-77 4416008**

**Izba Przyjęć: 0-77 441 6010**

**Rejestracja Pracowni i Diagnostyki Obrazowej:**

**0-77 441 6039**

**Sekretariaty:**

**Zakładu Radioterapii: 0-77 441 6050**

**Oddziału Chirurgii Onkologicznej: 0-77 441 6073**

**Oddziału Onkologii Klinicznej: 0-77 441 6090**

**Oddziału Onkologii Ginekologicznej: 0-77 441 6087**

**Oddziału Radioterapii: 0-77 441 6126 do 27**