

Z udziałem chorych oraz tych, którzy ich leczą

W niedzielę, 16 grudnia ub.r., w kaplicy Opolskiego Centrum Onkologii uroczystą mszę dla pacjentów, ich rodzin oraz pracowników szpitala odprawił, zresztą nie po raz pierwszy w naszych progach, ks. abp **Alfons Nossol**. Opolski ordynariusz w swojej poruszającej homilii zawarł wiele słów, niosących otuchę chorym i cierpiącym na raka, w tym także ich rodzinom. Mówił m.in. o godności i majestacie człowieka, dotkniętego nieszczęściem choroby nowotworowej, w cierpieniu którego dokonuje się dzieło odkupienia.



Wielu uczestników mszy przyjęło z ręki arcybiskupa komunię świętą.

Po mszy odbyło się spotkanie opłatkowe uczestnikami którego był abp A. Nossol i pracownicy Opolskiego Centrum Onkologii.

- *Krzyż przemienia cierpienie ludzkie*
- *Na Krzyżu Bóg odwrócił sens cierpienia*
- *W cierpieniu spotykamy się z tajemnicą śmierci i zmartwychwstania*
- *Chrystus nadal cierpi w ludziach*
- *W nocy cierpienia krzyż jest pochodnią*

Jan Paweł II

Na dzień

*Tak się wszystko pogmatwało, że jesteś na dzień,
Jeśli tak - to nie rozpaczaj, bo jeszcze masz mnie.
Jestem obok – wiem, że boli i że sił ci brak,
Ty uparcie widzisz pustkę – wyludniony świat.*

*Popatrz w koło – nie rozpaczaj – przecież tu ktoś jest
Jeśli dobrze mu się przyjrzyysz – poznasz bratni gest.
Ja też śmiechem wołam ciebie, chcę przy tobie być.
Sprawić, byś odzyskał wiarę, że masz po co żyć.*

*Zrzuć więc z siebie czarną minę, nie poddawaj się!
Gdzieś życzliwość stoi obok, co wygna Twój lęk.
Chociaż trochę przykurzona kłopotami dnia,
Jest na pewno – uwierz proszę! Tak jak wierzę ja.*

Krystyna Wroniewicz

Możliwości i ograniczenia współczesnej mammografii

W dniach 7-8 grudnia w Centrum Konferencyjnym Uniwersytetu Opolskiego w Kamieniu Śląskim z udziałem m.in. dr **Wojciecha Redelbacha**, dyrektora Opolskiego Centrum Onkologii, a także przedstawicielki oddziału NFZ, odbyło się szkolenie pn. „**Skryning mammograficzny: znaczenie w profilaktyce raka piersi**”, przeznaczone dla lekarzy radiologów, fizyków oraz techników z terenu Opolszczyzny, na co dzień zajmujących się wykonywaniem badań mammograficznych, ich odczytem i opisem.

Wykładowcami byli specjaliści Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie: dr n. med. **Ewa Wesołowska**, dr **Ewa Fabiszewska** a także **Przemysław Seroczyński**, autor Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), obsługującego programy profilaktyki w ramach zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

Dr Ewa Wesołowska, kierownik pracowni mammograficznej Centrum Onkologii w Warszawie, a zarazem szefowa mazowieckiego WOK-u, przedstawiła m.in. cele i zadania Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz strategię i taktykę programu skryningu. Wiele uwagi poświęciła zagadnieniom możliwości i ograniczeń współczesnej mammografii a także technikom badania mammograficznego, normom jakości obrazowania oraz klasyfikacji BI-RADS. Zdjęcia piersi zaprezen-



owane na slajdach a połączone ze szczegółowym omówieniem błędów i detali technicznych, wpływających na prawidłowość odczytu, stanowiły dla audytorium niezwykle cenny materiał poglądowy.

Z kolei dr Ewa Fabiszewska przypominała podstawy prawne systemu zarządzania jakością w mammografii. Omówiła też zasady organizacji kontroli jakości w skryningu mammograficznym, jak również zapoznała uczestników szkolenia ze wstępnymi wynikami audytów, przeprowadzonych w pracowniach, realizujących skryning mammograficzny.

Przemysław Seroczyński, jako autor programu SIMP, przedstawił praktyczne wskazówki korzystania z mniej znanych opcji innowacyjnego programu skryningu, na którym pracują wszystkie krajowe WOK-i oraz pracownice, wykonujące badania mammograficzne. Omówił też niuanse SIMP-a, niezwykle przydatne w codziennej praktyce osób, realizujących programy skryningowe w ramach NPZChN.

Każdego dnia ukazują się setki pism naukowych. Co trzydzieści sekund kolejne przedsiębiorstwo wprowadza innowację techniczną. Twoje formalne wykształcenie staje się bezużyteczne. (...) Kształcenie ustawiczne, niegdyś luksus dla nielicznych, stało się podstawowym warunkiem sukcesu. (Denis Waitley „Imperium umysłu”)

Elżbieta Duda

Opieka nad chorym w Opolskim Centrum Onkologii

W trosce o pacjenta



Elżbieta Duda
naczelnia pielęgniarka

Głównym celem opieki pielęgniarskiej i położniczej nad pacjentami Opolskiego Centrum Onkologii jest świadczenie wysokiej jakości usług nie tylko z zakresu opieki medycznej

w oparciu o zawodowe procedury oraz dostępność dla chorego, ale także usług pozamedycznych, których jakość zależy od indywidualnego podejścia do misji zawodu, związanej z niesieniem pomocy ludziom chorym.

Pielęgniarki i położne pracujące w Centrum stanowią zespół, który doskonale rozumie przerażenie chorego ze zdiagnozowanym rakiem, jego niepewność co do rokowania oraz wobec przyszłości, obawę przed skutkami niełatwego, często okaleczającego leczenia. A przede wszystkim przed nawrotem choroby...

Konieczna w procesie leczenia hospitalizacja oddziela pacjenta od jego środowiska i bliskich. Pobyt w szpitalu skutkuje najczęściej zmianą dotychczasowego trybu życia, codziennych przyzwyczajeń, sposobu odżywiania. Nierzadko wywołuje u chorego poczucie osamotnienia, zagubienia, utraty nadziei na wyzdrowienie oraz wiele innych niepożądanych reakcji. Świadomość tych reakcji sprawia, że nieodzownym elementem świadczonej w szpitalu opieki pielęgniarskiej

jest umiejętność nawiązania z pacjentem porozumienia.

Dzięki wysokiemu poziomowi odpowiedzialności zawodowej i kompetencji zespół pielęgniarek i położnych z Opolskiego Centrum Onkologii wyróżnia dobra współpraca nie tylko z chorym i jego rodziną, ale też z innymi pracownikami medycznymi. Przekraczając obowiązki oraz zawodowe zaangażowanie, zespół ten tworzy pozytywny wizerunek opolskiego szpitala.

W Opolskim Centrum opiekę nad onkologicznie chorym sprawuje aktualnie 78 pielęgniarek i 11 położnych. Jest to zespół w pełni wykwalifikowany, nastawiony na podnoszenie wiedzy, w którym 17 osób legitymuje się tytułem magistra, w tym dwie magistra pielęgniarstwa. Ponadto 4 osoby są w trakcie magisterskich studiów pielęgniarskich, 16 posiada tytuł licencjata pielęgniarstwa, 9 ukończyło specjalizację z pielęgniarstwa a 1 jest w jej trakcie; 25 osób ukończyło także kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa, 1 osoba jest w jego trakcie.

Pielęgniarki i położne pracują w oparciu o 28 standardów zawodowych, opracowanych z ich udziałem, a uwzględniających współczesne wymagania stawiane pielęgnowaniu ludzi chorych. Swoje obowiązki wykonują także w oparciu o procedury medyczne stosowane w Centrum, pomagając pacjentom rozwiązywać ich problemy, wynikające z istoty choroby zasadniczej oraz chorób towarzyszących, a także ze stosowanego

Nawet skromna pomoc jest lepsza od wielkiego współczucia. Władysław Loranc

w onkologii sposobu leczenia.

Z myślą o pacjentach opolskiego Centrum pielęgniarstwa i położnictwa opracowały informacje oraz zalecenia, które ułatwiają im postępowanie w chorobie, funkcjonowanie po opuszczeniu szpitala, które poprawiają jakość ich życia. M.in. dostępne są dietetyczne zalecenia dla pacjentów przed operacją na jelicie grubym, ABC dla pacjentek leczonych cezem, informacje dla pacjentek, opuszczających Oddział Ginekologii Onkologicznej, zalecenia żywieniowe dla pacjentów ze stomią, przygotowanie do rektoskopii, i inne. Świadczona opieka nad chorym jest szczegółowo dokumentowana w „Historii pielęgnowania”, stanowiącej część indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Dla podniesienia jakości opieki nad pacjentem pielęgniarstwa i położnictwa podjęły decyzję o nawiązaniu bliskiej współpracy z innymi centrami onkologicznymi poprzez Terenowy Oddział Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych, powołany przy Opolskim Centrum Onkologii; obecnie należy do niego 60 proc. zatrudnionych. W ramach opracowanego przez siebie a zatwierdzonego przez Centrum Kształcenia Podyplomowego

w Warszawie kursu „Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych” podjęły inicjatywę szkolenia personelu pielęgniarek i położnych innych szpitali, które rozpocznie się w pierwszych miesiącach Nowego Roku.

Przyszłość pielęgniarstwa w Opolskim Centrum Onkologii w głównej mierze zależy od kierunków rozwoju szpitala, potrzeb jego pacjentów, ale także od rozwoju współpracy zespołu medycznego, będącej wspólnym przedsięwzięciem jego członków, współpracy, która zakłada władzę opartą na wiedzy i doświadczeniu i jest przeciwieństwem władzy opartej na roli czy na funkcji.

Wiele przykładów z dzisiejszej rzeczywistości w służbie zdrowia świadczy o tym, że relacje, które zachodzą między personelem medycznym szpitali przypominają zazwyczaj negocjacje, a ich dwa najważniejsze ogniwa, czyli lekarze i pielęgniarki, postrzegają się raczej jako bariery do wzajemnego przewycięzania. ...

Elżbieta Duda

**Elżbieta Duda jest naczelną pielęgniarką Opolskiego Centrum Onkologii.*

Uśmiechnij się

Mówi żona do męża:

- Idź kup mąkę i jajka. Tylko nie zapomnij!

Wchodzi mąż do sklepu i powtarza sobie, co ma kupić. Zagadał się i zapomniał. Myśli, myśli i mówi:

- Poproszę farbę.

Przychodzi do domu i mówi:

- Kupiłem farbę.

A na to żona:

- Kazałam kupić ci tylko dwie rzeczy!

A gdzie pędzel?!

Po zebraniu szef mówi do asystenta:

- Co pan mi narobił?! Przecież mówiłem, że potrzebuję tekst na dwadzieścia minut przemówienia! A pan co?! Przygotował na godzinę i wszyscy słuchacze usnęli!

- Ależ panie dyrektorze, było tak, jak pan chciał. Tylko przeczytał pan oryginał i dwie kopie!

Kobieta nowoczesna musi być kobietą świadomą

Z dr n. med. **Kamila Czerw**, ordynator Oddziału Onkologii Ginekologicznej Opolskiego Centrum Onkologii, rozmawia **Krystyna Raczyńska**



Dr Kamila Czerw

Na jakie typy raka narządów płciowych Opolanki chorują najczęściej?

Tak jak w innych województwach e p i d e m i o l o g i a raków narządów kobiecych jest u nas podobna. Najczęstszym jest rak szyjki macicy, po nim rak trzonu macicy, rak jajnika. Rzadziej spotykane są nowotwory sromu i pochwy, nieczęsto również mamy do czynienia z nowotworami innymi niż raki, np. mięsakami. Ponadto w obrębie jajnika występuje kilkadziesiąt różnych typów nowotworów, m.in. raki zarodkowe, które dotyczą młodych kobiet, często w okresie pokwitania. Najczęstszym jest rozrodczak, czyli guz jajnika występujący zazwyczaj u bardzo młodych kobiet. Leczeniem z wyboru jest w tym wypadku jednostronne usunięcie chorego jajnika, połączone z badaniem śródoperacyjnym drugiego jajnika, całej miednicy i jamy brzusznej.

W jakim stadium chorób nowotworowych pacjentki zgłaszają się najczęściej?

Niestety, na ogół bardzo późno. I to jest zjawisko ogólnopolskie, które zresztą zostało potwierdzone sfinansowanym przez Komitet Badań Naukowych badaniem zaprojektowanym

przez dr Bielską-Lasotę z Centrum Onkologii w Warszawie. Byłam koordynatorem tego badania na województwo opolskie, wytypowane jako jedno z trzech w kraju. Badanie obejmowało lata 1990-1996. Niestety, wyszliśmy w nim... najgorzej. Pacjentki opolskie, w porównaniu z regionem Warszawy i ówczesnym województwem kieleckim, zgłaszały się w znacznie bardziej zaawansowanych stadiach chorób nowotworowych. Myślę, że teraz jest niewiele lepiej...

Z czego to wynika?

Po prostu kobiety nie zgłaszają się do lekarza, bo nie widzą potrzeby dbania o swoje zdrowie. Przecież nie z braku wiedzy, skoro liczne akcje medialne na temat profilaktyki nowotworowej dostarczają niezbędnych informacji, skoro włączają się w te akcje znane postaci telewizji i „szołbiznesu”, nie tylko w kraju, ale i na świecie. M.in. aktorka Anna Korcz w ramach akcji Różowej Konwalii, propaguje uczestnictwo kobiet w profilaktycznym badaniu cytologicznych, jako jedynej drogi, pozwalającej wykryć wczesne stadium raka szyjki macicy. Co szczególnie - badanie to jest całkowicie bezpłatne, a mimo to znikomy procent Polek zgłasza się na nie. W naszym województwie zgłaszalność na badania skryningowe w kierunku raka szyjki macicy wynosi poniżej 11 procent. Pieniądze są, możliwości są, a brak zgłoszeń. Nawet tam, gdzie te badania prowadzone są z dużym zaangażowaniem personelu, zgłaszalność była w granicach zaledwie 8 proc.

Mam na myśli np. NZOZ Optima w Prudniku, prowadzący bardzo aktywny skryning, m.in. listownie zapraszając kobiety na badanie. To jest po prostu dramat.

Czy wynika to z lęku przed badaniem ginekologicznym, które skądinąd do przyjemnych nie należy?

Wynika to raczej z niezrozumiałej logiki: „nie pójde się zbadać, bo a nuż mi coś znajdą...” Kobiety tak rozumujące nie przyjmują do wiadomości, że rak szyjki macicy zdiagnozowany we wczesnym stadium, jest absolutnie do wyleczenia. Co więcej – można nawet nie dopuścić do wystąpienia choroby. Jest kilka etapów nowotworzenia w raku szyjki macicy, co da się wyłapać na etapie zmian przednowotworowych. Dlatego wykonanie badania cytologicznego powinno być standardem. To jest niezbędne minimum. W krajach skandynawskich standardem jest, że badanie cytologiczne wykonuje się kobietom od momentu rozpoczęcia współżycia. Czyli często już kilkunastoletnim dziewczynkom... I od tego momentu, co rok, poddawane się one takiemu badaniu... Na pewno korzystne byłoby wprowadzenie u nas takiego systemu profilaktyki. Uważam także, iż nie powinno być górnej granicy wieku 60 lat, do jakiego wykonuje się badania przesiewowe, bo tak samo chorują kobiety 70-letnie. Oczywiście obecna granica wiekowa dotyczy tylko skryningu, bo takie badanie mogą mieć wykonane np. poprzez poradnię K, gdy są ku temu podstawy medyczne.

Jak Pani ocenia pomysł, by przed zatrudnieniem kobiety pracodawca miał wgląd w opinię ginekologa, potwierdzającego, że wynik jej badania

cytologicznego oraz mammografii jest poprawny? Tak jest np. w USA ...

Kiedyś i u nas kobieta, aby się zatrudnić, musiała mieć wykonane badanie ginekologiczne. Także przy badaniach okresowych mogłoby takie badanie być wymagane. Natomiast drugi sposób, bardziej skuteczny moim zdaniem, wymagałby zmian ustawowych, np. o ZUS. Bo każdy wie, że nie ma lepszej formy nacisku niż ekonomiczna: „nie badasz się - płacisz wyższą składkę ubezpieczeniową!”. To byłoby najskuteczniejsze. Bo mimo, że dostęp do informacji jest, to i tak kobiety doprowadzają się do stanu bardzo zaawansowanej choroby a koszty ich leczenia ponosi całe społeczeństwo. Więc gdyby składka ZUS-wska czy jakaś inna była chociaż symbolicznie wyższa, to z pewnością systematycznie badających się pań byłoby znacznie więcej.

Czy rak piersi znajduje się w obszarze zainteresowania onkologów ginekologicznych?

Nowotwory piersi wymagają leczenia systemowego, a więc zarówno chirurgów onkologicznych, radioterapeutów, ginekologów onkologicznych oraz onkologów klinicznych. Na naszym oddziale mamy grupę pacjentek, które są napromieniane, ale bywają także panie z mutacją w genie BRCA1, z zaleceniem prewencyjnej adnexektomii*. Ponieważ jednak miejsc szpitalnych na onkologii ciągle brakuje, przeznaczamy je przede wszystkim dla pacjentek do dużych, trudnych zabiegów, jak np. w raku jajnika. Dla obrazu dodam, że każdego roku hospitalizujemy ok. 1200 -1300 kobiet; niektóre panie, niestety, wracają do ponownego leczenia. Jeśli idzie

* adnexektomia - prewencyjne usunięcie np. jajników, piersi bez zmian chorobowych u pacjentki z mutacją w genie BRCA1.

o nowe zachorowania to każdego roku przybywa ok. 100 kobiet z rakiem szyjki macicy, 80-90 – z rakiem trzonu macicy, tyle samo z rakiem jajnika. U ok. 10 kobiet rocznie wykrywamy raka sromu. Najmniej, bo średnio u 5 osób, diagnozujemy raka pochwy.

Rak szyjki macicy występuje najczęściej i należy nie tylko do najłatwiej i najwcześniej rozpoznawalnych, ale nawet wynaleziono szczepionkę przeciwko wirusowi HPV, odpowiedzialnego za tę chorobę. Czy polecałaby ją Pani, a jeśli tak, to komu przede wszystkim?

Jestem jak najbardziej za masowym jej stosowaniem. Wiadomo, że wirus HPV, zwłaszcza dwa jego typy 16 i 18, są najważniejszym czynnikiem etiologicznym. Ich obecność jest wykrywana w ponad 90 procentach raków płaskonabłonkowych i gruczolowych. Szczepionka daje dużą szansę ochrony przed chorobą i - warto podkreślić - zabezpiecza nie tylko młode dziewczęta. Najnowsze doniesienia pokazują, że nawet te pacjentki, u których już stwierdzono obecność wirusa, odnoszą ze szczepienia korzyść, albowiem wzmaga ono odpowiedź immunologiczną organizmu, pomagając zwalczyć infekcję. Pamiętać trzeba, że nie każda infekcja tym wirusem prowadzi do raka. Ogromna ich większość ulega samowyleczeniu w okresie ok. 2 lat od zakażenia, bo nie ma leczenia wirusa jako takiego. Tylko u niektórych kobiet wirus HPV wchodzi na drogę nowotworzenia i prowadzi do rozwoju raka. Szacuje się, że w różnych etapach życia ponad 70 proc. populacji, a więc i kobiet, i mężczyzn, ulega zakażeniu tym wirusem.

Czy ta szczepionka powinna być bezpłatna? Na razie jej koszt jest olbrzymi, wynosi ok. 1500 zł...

Znam niektóre gminy, np. z terenu województwa śląskiego, których wójtowie i burmistrzowie refundują te szczepienia. To na pewno jest mądre działanie w szczytnym celu. No, ale czy nasz kraj stać na to – nie wiem... Z drugiej strony - jeśli prowadzi się dyskusję nad refundacją zapłodnienia in vitro...? W obu przypadkach rozmawiamy o życiu- tylko w innym kontekście.

Czy szczepionka daje pewność o całe życie?

No, nie do końca... Nie wiemy jeszcze wszystkiego o przyczynach tworzenia nowotworów. Wiele zależy od danego organizmu, ale trzykrotne zaszczepienie się w wyznaczonych terminach, zgodnie z wymaganym cyklem, powinno dać znacznie większą szansę na pełne zabezpieczenie.

Wiele się mówi o zaletach, ale i wadach hormonalnej terapii zastępczej, proponowanej kobietom w wieku menopauzalnym. A jaka jest pani ocena HTZ?

Nie jestem jej wrogiem i jeżeli nie ma przeciwwskazań, to warto się jej poddać. Przeciwwskazaniami - poza internistycznymi kłopotami z wątrobą czy chorobą zakrzepową - są przede wszystkim nowotwory hormonozależne oraz dodatni gen BRCA1. Badanie Światowej Organizacji Zdrowia, które wykazało pewien wpływ HTZ na rozwój raka piersi, obarczone było błędami metodologicznymi, stąd opinie, że nie jest to terapia w pełni bezpieczna. Obecnie zaczynają się ukazywać publikacje z przeciwnymi do tej opiniami, wskazujące na ewidentne korzyści „HTZ-u”. Zresztą nawet w badaniu WHO wykazano, że HTZ zmniejsza zachorowalność na raka jelita grubego. Wiadomo też, że kobiety stosujące hormonalną antykoncepcję, rzadziej chorują na raka jajnika... Nie jest bez

znaczenia fakt, że niektóre leki terapii „HTZ” są refundowane...

Nie brakuje jednak opinii, że HTZ wpływa na wzrost ryzyka zachorowania na raka piersi... Zdania lekarzy są w tej kwestii mocno podzielone...

W badaniu WHO nie zostało wykazane, aby antykoncepcja hormonalna zwiększała to ryzyko... No, chyba że zagrożenie rakiem piersi powiązane jest z mutacją w wymienionym już genie BRCA1, ale wtedy i antykoncepcja hormonalna, i HTZ są przeciwwskazane.

Niemало ludzi wciąż uważa, że rak nieruszany, bez interwencji chirurgicznej, pozwala na dłuższe przeżycie...

Na szczęście z tego typu poglądami spotykamy się coraz rzadziej. Ale to fakt, że przesądów nie brakuje, jak np. ten, że „rak samiec jest łagodniejszy od raka samicy”. Oczywiście, jest to kompletna bzdura! Nie brakuje też przekonania, że skoro kobieta już nie współżyje, bo jest np. wdową, to jest bezpieczna, skoro „narząd jest nieużywany”. To jest absolutnie błędne przekonanie. Człowiek ma oczywiście prawo do swoich wyobrażeń o nowo-

tworze, ale naszym zadaniem jest, aby go z nich wyprowadzić jeśli są błędne... Myślę, że niektóre zachowania wynikają też z dziwnego przez kobiety pojmowania własności: „moje więc nie ruszać”. No i przychodzą do nas z takim guzami np. piersi, które muszą wręcz nieść na ręce, bo jakby puściły, to by ta pierś im się oberwała z powodu jego wielkości i ciężaru... Cóż, wiedza o tym, co ze zdrowiem może wydarzyć się za kilkadziesiąt lat, winna być przekazywana dziewczętom już w okresie szkolnym, a przede wszystkim o tym, jak powinny dbać o siebie. Zawsze mówię swoim pacjentkom, że tak jak z samochodem jeździ się raz na rok na przegląd techniczny, to tak samo należy postępować ze swoim zdrowiem i przynajmniej raz w roku zbadać się u ginekologa, żeby nie traktowały swojego ciała gorzej niż przedmiotów będących ich własnością. Bo ani panna, ani mężatka, ani wdowa nie mogą mieć pewności, że w swoim życiu nie zachorują na kogoś z raków narządów kobiecych. Dlatego okresowe badania w tym względzie to standard postępowania każdej nowoczesnej, świadomej potencjalnych zagrożen, kobiety...

Człowiek bywa niepokieszony, gdy go oszuka wróg lub zdradzą przyjaciele, a często jest rad, gdy oszukał sam siebie. (La Rochefoucauld)

Uśmiechnij się

Robotnicy na budowie rzucają monetą.
- *Jak wypadnie reszka, gramy w karty - mówi jeden.*
- *Jak wypadnie orzeł, idziemy na piwo - dodaje drugi.*
- *A jak stanie na sztorc?*
- *Trudno, pech to pech, wtedy zabieramy się do roboty...*

Hrabia:
- *Janie, czy u nas w ubikacji są dwa sznurki, czy jeden?*
- *Jeden.*
- *W takim razie znowu załatwiłem się pod zegarem...*

Odpady: na czerwono, żółto, niebiesko



Joanna Kowalczyk

Od niedawna w Opolskim Centrum Onkologii obowiązuje nowa instrukcja postępowania z odpadami szpitalnymi. Podobnie jak poprzednia ma na celu utrzymanie na możliwie niskim poziomie ilość wytwarzanych odpadów jak również zminimalizowanie zagrożenia dla życia, zdrowia ludzi oraz środowiska.

Przypominamy kilka podstawowych zasad nowej instrukcji, której zapisy, zwłaszcza niektóre, mogą być istotne nie tylko dla personelu szpitalnego, ale także dla pacjentów Opolskiego Centrum Onkologii.

Odpady szpitalne są mocno zróżnicowane pod względem bezpieczeństwa dla zdrowia oraz środowiska i dzielą się na:

1. **Komunalne**, tzw. bytowo-gospodarcze, czyli zwykle śmieci.

2. **Medyczne**, dzielą się na:

zakażne – gromadzone są w workach czerwonych

specjalne – gromadzone są w workach żółtych

pozostałe – gromadzone są w workach niebieskich

3. **Niebezpieczne**, stanowiące zagrożenie dla zdrowia i środowiska.

1. Odpady komunalne

Należą do nich m.in.: opakowania po środkach opatrunkowych i sprzęcie jednorazowego użytku, śmieci z sal chorych, opakowania po lekach (z wyjątkiem bezpośrednich opakowań po cytostatykach), szkło, resztki pokarmowe, opakowania plastikowe po napojach, żelu do USG.

Są gromadzone w workach niebieskich. Po sprasowaniu - wywożone na wysypisko komunalne.

2. Odpady medyczne

A. Zakażne

Zawierają żywe mikroorganizmy lub ich toksyny i dlatego mogą przyczyniać się do wywołania i rozprzestrzeniania chorób zakaźnych. Są to:

- zużyte materiały opatrunkowe (gaza, wata, bandaże, lignina, itp.)

- zużyte materiały medyczne (strzykawki, dreny, sondy, kanki, kaniule, aparaty do przetoczeń, cewniki, worki na mocz, worki stomijne, próbówki do pobrań, itp.)

- zużyty sprzęt o ostrych końcach i krawędziach (igły do iniekcji, igły chirurgiczne, prowadnice do kaniul, itp.)

- zużytą odzież ochronną i pościel jednorazowego użytku (maski, czapki, fartuchy, rękawice używane do kontaktu z materiałem biologicznym, itp.)

- tkankę ludzką, w tym również krew

- części ciała i ich organy

- zużyte pieluchomajtki.

Odpady medyczne zakażne gromadzone są w workach czerwonych lub sztywnym pojemniku z pokrywką na odpady ostre i utylizowane poprzez spalanie przez wyspecjalizowane firmy.

B. Specjalne

Odpady niebezpieczne, które zawierają substancje chemiczne, mogące być źródłem skażenia środowiska. Są to: niezużyte lub przeterminowane leki cytostatyczne i cytotoksyczne oraz bezpośrednio opakowania po tych lekach (fiolki, ampułki).

Odpady medyczne specjalne są gromadzone w workach żółtych i utylizowane poprzez spalanie przez wyspecjalizowane firmy.

C. Pozostałe

Nie posiadają właściwości szczególnie niebezpiecznych dla zdrowia czy środowiska. Są to: niezużyte lub przeterminowane leki (z wyjątkiem leków cytostatycznych i cytotoksycznych). Odpady medyczne pozostałe są gromadzone w workach niebieskich i utylizowane poprzez spalanie przez wyspecjalizowane firmy

3. Odpady niebezpieczne

Stanowią zagrożenie dla środowiska, są trudne do zlikwidowania, a większość z nich wymaga indywidualnych metod utylizacji. Gromadzone są w metalowych beczkach, szczelnych skrzyniach i pojemnikach. Są to m.in. wodne roztwory utrwalaczy i aktywatorów, roztwory wywoływaczy, uszkodzone termometry rtęciowe, zużyte baterie, zużyte świetlówki, zużyty sprzęt komputerowy i monitory, zużyty sprzęt elektryczny.

Niektóre z zasad postępowania z odpadami do bezwzględnego przestrzegania

- W pojemnikach na odpady komunalne nie wolno gromadzić odpadów innego typu.
- Każdy worek z odpadami, niezależnie od koloru, należy wypełniać tylko do 2/3 objętości.
- Nie wolno zmniejszać masy odpadów poprzez ręczne zgniatanie.
- W sytuacjach awaryjnych, związanych z unieszkodliwieniem uwolnionego szkodliwego czynnika biologicznego (np. rozlanie próbówki z krwią, rozbicie pojemnika z materiałem biologicznym, pęknięcie worka na odpady medyczne) należy bezwzględnie używać rękawic i sprzętu ochronny osobistej i postępować zgodnie z przyjętym planem postępowania.
- Worki z odpadami medycznymi zakaźnymi winny posiadać etykietę identyfikującą rodzaju odpadów, miejsce ich pochodzenia, datę zamknięcia worka, informację identyfikującą osobę zamykającą worek.
- Jedyne miejsce magazynowania wszystkich odpadów medycznych jest komora chłodnicza TP z chłodnicą powietrzną.
- Do gromadzenia odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach typu igły do iniekcji, igły chirurgiczne, ostrza, prowadnice do kaniul, stosuje się pojemniki z tworzyw sztucznych posiadające pokrywę, utrudniającą powtórne otwarcie pojemnika.

• Czas napełniania pojemnika z odpadami medycznymi nie powinien przekraczać 48 godzin (początek napełniania winien być oznaczony datą); po tym czasie należy pojemnik oddać do komory chłodniczej, niezależnie od stopnia napełnienia. Pojemniki 1 i 2-litrowe z odpadami zakaźnymi przed przekazaniem do chłodni należy dodatkowo włożyć do czerwonego worka i szczelnie zamknąć.

• Wodne roztwory wywoływaczy i aktywatorów oraz roztwory utrwalaczy gromadzi się w metalowych beczkach, ustawionych w wydzielonym, zamykanym pomieszczeniu, a odczynniki spływają do nich siecią drenów bezpośrednio z automatycznych wywoływarek.

• Rozlewiska i krople rtęci z uszkodzonych termometrów zbierać strzykawkami bez igły; strzykawki należy opróżnić pod powierzchnią wody do słoika wypelnionego do $\frac{3}{4}$ objętości; zużytą strzykawkę, szkło oraz inne elementy zbitego termometru winny być zebrane do tego samego słoika; słoik winien być opisany; nie wolno do zbierania rtęci i szkła z termometru używać sprzętu ogólnego stosowania.

• Odpady medyczne pozostałe gromadzi się w workach niebieskich; napełniony w 2/3 worek winien zostać zamknięty bez możliwości otwarcia, opatrzony etykietą identyfikującą i przekazany kierownikowi administracji wraz z protokołem, dotyczącym zawartości worka (nazwy leków, ilości).

• Zużyte tonery do drukarek należy oddać do magazynu gospodarczego w zamian za nowy toner.

• Zużyte baterie z poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala odbierają pracownicy pionu gospodarczego (transportu wewnątrzszpitalnego).

Joanna Kowalczyk

Autorka w Opolskim Centrum Onkologii zarządza Sekcją Gospodarczą, jest także pełnomocnikiem ds. zintegrowanego systemu zarządzania jak również ds. informacji niejawnych.

Porządek trzeba robić, nieporządek robi się sam (T. Kotarbiński)

W grudniowym numerze naszego miesięcznika opublikowaliśmy pierwszą część rozmowy z dr T. Huzarskim o genetycznych uwarunkowaniach chorób nowotworowych. Poniżej część druga i ostatnia.

Zdrowa świadomość zagrożenia

Z dr. n. med. **Tomaszem Huzarskim**, genetykiem onkologicznym Ośrodka Nowotworów Dziedzicznych w Szczecinie, koordynującego ogólnopolskie badania genetyczne, rozmawia **Krystyna Raczyńska** (cz.2)



Dr Tomasz Huzarski

Kilka lat temu świat obiegła wiadomość, że genetycy szczecińscy opracowali pierwszy na świecie test nowotworowy DNA. Na czym polega znaczenie tego odkrycia?

Wiąże się to z odkryciem przez Amerykanów genu BRCA1, co miało miejsce w 1995 roku. Przypomnę, że jego zmutowane sekwencje odpowiadają za zachorowanie na raka piersi. Otóż gen ten składa się z wielu setek tysięcy nukleotydów i jego zbadanie zajmowało wcześniej bardzo wiele czasu. No i kosztowało mnóstwo pieniędzy. My, w Szczecinie, odkryliśmy, że można zrobić test, skądinąd bardzo prosty, bo polegający na zbadaniu tylko trzech miejsc w tym genie, i to wystarczy do uzyskania informacji o 90 procentach wszelkich w nim zmian, występujących w Polsce. Dzięki temu zamiast wydawać 1,5 tys. dolarów na przebadanie jednej osoby, my potrafimy ustalić to samo jedynie za 50 euro. A to sprawia, że dostępność badań jest duża. Obecnie ze wskazaniami do wykonania testu BRCA1 jest zachorowanie w rodzinie na raka piersi albo jajnika.

A tak w ogóle to co przedstawiciel zachodniopomorskiej genetyki robi w przychodni Opolskiego Centrum Onkologii?

Współpraca naszego Ośrodka z opolską onkologią sięga końcówki lat 90. Wtedy to nasza jednostka opracowała zaakceptowany przez Ministerstwo Zdrowia program organizacji w całym kraju sieci onkologicznych poradni genetycznych. Nasza propozycja spotkała się z dużym zainteresowaniem, m.in. kierownictwa ówczesnego Wojewódzkiego Ośrodka Onkologii, i taka poradnia została zorganizowana także w Opolu. Od początku prowadzi ją dr Marek Szwiec, ściśle z nami współpracując. Do Opoli przyjeżdżam mniej więcej co miesiąc, także na konsultacje z pacjentami, u których na podstawie badania krwi oraz szczegółowego wywiadu rodzinnego wykryliśmy predyspozycje do rozwoju raka piersi. Rozmawiam z zaproszonymi osobami, informując je o potencjalnym zagrożeniu chorobą; proponuję także dalszy tok postępowania medycznego dla zminimalizowania ryzyka.

Głośno też było o was w kontekście przeprowadzonego w Szczecińskiem największego na świecie badania, wykrywające genetyczne predyspozycje do zachorowania na nowotwory różnego typu...

To nawet nie było badanie tylko inicjatywa lekarzy rodzinnych, którzy zaproponowali, że przeankietują wszystkich podopiecznych Zachodniopomorskiej Kasy Chorych, pod opieką której było wówczas ponad 1,4 mln osób. Lekarze ci w półtora

roku zebrali ok. 1,2 mln ankiet a my na ich podstawie wytypowaliśmy ok. 30 tys. osób, które zostały zakwalifikowane do badań genetycznych raków wysokiego ryzyka, czyli: piersi, jajnika, jelita grubego. Z tej grupy z kolei za pomocą badań klinicznych i testów genetycznych „wyłowiliśmy” ponad 10 tys. osób, które jako szczególnie zagrożone wymagają stałej obserwacji, badań oraz zabiegów profilaktycznych. I właśnie dzięki tej akcji w Szczecinie powstał największy na świecie rejestr osób zagrożonych nowotworami. Znajdujące się na tej liście kobiety, którym grozi rak piersi, co roku poddawane są mammografii lub USG oraz badaniom rezonansem magnetycznym. Osoby, które mają predyspozycje do raka jelita grubego - z tzw. zespołem Lyncha - co dwa lata przechodzą kolonoskopię, pozwalającą na wczesne wykrycie i usunięcie polipów jelita grubego, mogących przekształcić się w nowotwór.

Czy taka akcja mogłaby zostać przeprowadzona także u nas?

Oczywiście, to zależy od dobrej woli samorządów – gminnych, samorządowego czy opolskiego oddziału NFZ. Zresztą taki sposób to najtańsza i najprostsza metoda szukania genów wysokiego ryzyka. Tym bardziej, że mamy szansę dotrzeć do dużej liczby osób zdrowych, nie mających pojęcia o istnieniu u siebie mutacji określonych genów. Czyli odwrotnie niż w ośrodkach onkologicznych, w których zaczynamy od badania osoby już chorej, dopiero później diagnozując osoby zdrowe z pokolenia niżej, np. córki czy inne osoby z rodziny.

Z czego wynika, że w jednych regionach takie badania są wykonywane a w innych nie?

Zależy to wyłącznie od inwencji społeczności lokalnej, inicjatywy, de-

terminacji działaczy samorządowych. W Opolskiem takiego pomysłu nie było, ale np. w dolnośląskiej Świdnicy badanie zostało sfinansowane przez władze samorządowe miasta, a obecnie są prowadzone na zlecenie władz powiatu. Podobnie w gminie Wieluń w województwie łódzkim, gdzie burmistrz także zaproponował i zafundował swoim mieszkańcom udział w wypełnieniu takiej ankiety. Z pierwszych kilkuset wytypowaliśmy już osoby do konsultacji genetycznych.

Mówiąc o sfinansowaniu badań przez samorządy, jakie kwoty wchodzi w rachubę?

To jest w zasadzie koszt jedynie opłaty ankietów oraz wydruku samej ankiety, czyli ok. 2 zł za sztukę. Nie jest to zatem duży koszt. Dla przeankietowania wszystkich Opolan, a mówimy o ok. 1 milionie mieszkańców waszego regionu, to koszt takiego badania wyniósłby ok. 2 mln zł. Dla całego województwa.

Ile tysięcy próbek DNA znajduje się w bazie danych szecińskiego Ośrodka Nowotworów Dziedzicznych?

Około 170 tys. próbek krwi.

Kto płaci za wykonanie przez was badań genetycznych?

Badanie genów wysokiego ryzyka jak BRCA1, czy tzw. zespół Lyncha w jelicie grubym, są oczywiście bezpłatne, bo albo są wykonywane w ramach naszych projektów naukowych, albo są refundowane przez NFZ lub Ministerstwo Zdrowia. Gdyby nie były refundowane, to pacjenci płaciliby za nie od dwustu do dwóch tysięcy zł. Natomiast badanie genów niskiego ryzyka, np. CHEK 2, jest dla pacjentów odpłatne i wynosi ok. stu zł, ale oczywiście jeśli dana osoba jest przez nas zapraszana na badanie w ramach konkretnego projektu, wówczas jest

ono bezpłatne. Odnośnie do genu CHEK 2 przypomnę, że jego mutacje występują u około 5 proc. populacji. Takie osoby są kilkakrotnie bardziej narażone na ryzyko zachorowania na raka nerki, jelita grubego, piersi, prostaty i tarczycy. Dodam też, że te mutacje są charakterystyczne dla polskiej populacji i występują prawdopodobnie u ok. dwóch milionów Polaków.

Genetycy szczecińscy jako pierwsi na świecie dowiedli także, iż u kobiet będących nosicielkami mutacji pewnego genu nie działa jedna z form chemioterapii...

Genetyka służy nie tylko identyfikacji grup zwiększonego ryzyka na nowotwory, ale również wpływa na sposób leczenia. Dotyczy to m.in. nosicielek mutacji BRCA1, czyli pań o zwiększonym ryzyku zachorowania na raka piersi i jajnika. Odkryliśmy, że ta mutacja ma istotny wpływ na pewien rodzaj nowoczesnej chemioterapii, do tej pory bardzo popularnej a kosztującej gigantyczne pieniądze. Okazało się otóż, że u tych pacjentek terapia lekiem jest całkowicie niecelowa, albowiem one najczęściej na niego nie reagują; dochodzi tylko do częściowej remisji albo w ogóle do braku odpowiedzi... Marnujemy zatem nie tylko zdrowie pacjentki, bo chemia nie jest przecież witaminą, ale i potężne pieniądze. No i czas. Dlatego każda pacjentka z rozpoznaniem czy to nowotworem piersi czy jajnika, a która ma być wstępnie poddana chemioterapii, bo np. nie kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego jako pierwszego, powinna mieć zrobione badanie genetyczne. Na cito. W Szczecinie taki wynik jest już gotowy po 3 dniach. I wtedy informujemy czy jest mutacja, bo jeśli tak, to chora powinna otrzymać inny chemioterapeutyk...

Czy wystarczy wykonywać sy-

stematycznie badania mamмоgraficzne czy USG i mieć pewność, że choroba zostanie „wylapana” w najwcześniejszym stadium?

Niestety, nie. Nie brakuje pacjentek żalących się, że były pod kontrolą a mimo to zachorowały. Bo ludzie zbyt wierzą wynikom badań dodatkowych, a te nie zawsze są w stanie zawczasu pokazać, że dzieje się coś niedobrego. Nie brakuje wyników błędnie ujemnych... Na przykładzie nosicielek BRCA1 wiemy, że czułość mamмоgrafii, jest u nich poniżej 20 proc. Innymi słowy - mimo dobrego wyniku tylko u 20 procent z nich na pewno nie ma wczesnego raka... Więcej pewności daje rezonans magnetyczny piersi, ale to nie może być badanie masowe... Tymczasem genetycy są w stanie określić, jakie badania należy pacjentce wykonać, w jakim wieku, co jaki okres je powtarzać. Ale za tym idzie także niestandardowe postępowanie... otóż jeżeli wiemy, że kobiecie grozi bardzo niebezpieczny nowotwór jajnika, jeżeli ma ona mutację w BRCA1, to rozumiemy także, że nawet jeśli ta pacjentka będzie chodziła na USG co 3 miesiące, to i tak nie ma szans wykrycia u niej wczesnego raka jajnika. To jest po prostu niemożliwe. Ale my taką pacjentkę do pewnego wieku będziemy badać a potem, gdy skończy ona np. 45 lat, kiedy raczej nie planuje już rodzenia dzieci, zaproponujemy jej, niestety, operacyjne usunięcie jajników. Bo tym zabiegiem ratujemy jej życie. To samo dotyczy propozycji prewencyjnej mastektomii w wypadku zagrożenia rakiem piersi, o czym mówiłem w poprzednim wywiadzie.

Jak daleko jesteśmy od spełnienia marzenia Pańskiego szefa, prof. Jana Lubińskiego, by szpitale onkologiczne świeciły pustkami, a onko-

logia zajęła się głównie profilaktyką i diagnostyką?

Wszystko zależy od tego, o jakich nowotworach mówimy. W wypadku raka piersi może się okazać, że to, co jeszcze do niedawna było uznawane za idee fix, w niedługim czasie może być zrealizowane. Dziś jesteśmy już w stanie powiedzieć, że po pierwsze: każdy rak piersi jest dziedziczny, a po drugie: jeśli to już wiemy, to możemy zaproponować kobietom badania genetyczne. Zresztą nie tylko tym, u których wcześniej w rodzinie wystąpiły zachorowania na raka piersi czy raka jajnika, bo powinna się im poddać każda Polka, niezależnie od wywiadu w rodzinie. I nawet jeśli wynik badania genetycznego będzie mówił, że nie ma zmian w jej kodzie genetycznym, to na dziś możemy wykluczyć z jakichkolwiek badań, nawet z mammografii, zaledwie 12 proc. populacji kobiet. Nieco mniejszą wiedzę

mamy w odniesieniu do raka jelita grubego, bo podłoże genetyczne znamy dla ok. 70 procent raków tego narządu. Badania jednak nadal trwają; znalezienie kolejnych genów to kwestia kilku najbliższych lat. Wtedy na podstawie badania krwi będziemy w stanie powiedzieć czy dana osoba jest w grupie ryzyka oraz jak wysokie jest to ryzyko. A tym samym od którego roku życia pacjent, pacjentka mają robić badania kontrolne, ewentualnie czy powinni zostać objęci programem profilaktycznym, z którym wiąże się np. przyjmowanie preparatów farmakologicznych, zmniejszających ryzyko choroby, czy profilaktyczne operacje....

To, że genetyka daje nam niemałą wiedzę o nas samych, niekoniecznie jest budujące...

Na pewno, ale czy nie jest bezpieczniej mieć tę - na swój sposób - zdrową świadomość zagrożenia?...

Wiedza daje pokorę wielkiemu, dziwi przeciętnego, nadyma małego. (Lew Tołstoj)

Magdalena Czaban na emeryturze



Magdalena Czaban zapoznaje się z „wyprawką emeryta”

Przed świętami Bożego Narodzenia z żalem choć na wesoło dyrekcja oraz koleżanki i koledzy Opolskiego Centrum Onkologii pożegnali - w związku z odejściem na emeryturę

-**Magdalenę Czaban**, wieloletnią szefową działu kadr. Uroczyste spotkanie z tej okazji odbyło się z udziałem przedstawicieli wszystkich komórek organizacyjnych szpitala. Były kwiaty, życzenia i prezenty, wśród których znajdowały się zarówno przedmioty praktyczne, jak i pełna pomysłowości „wyprawka emerycka” z cennymi, „na wesoło”, wskazówkami na dobre przeżycie czasu, który dla Pani Magdaleny nieco inaczej zaczął upływać z nastaniem roku 2008.

Również zespół BI OCO jak najszczerzej życzy Pani Magdzie nieustającego i najdłużej trwającego emeryckiego lata!

Zaproszenie do ogólnopolskiego konkursu fotograficzno-plastycznego „Moja historia z rakiem. Gdy słowa to za mało...”

Do końca lutego br. można nadsyłać prace fotograficzne i plastyczne na konkurs organizowany pn. „Moja historia z rakiem. Gdy słowa to za mało...”, a przeznaczony dla osób, które dotknęła choroba nowotworowa, ale także dla ich bliskich, rodziny i przyjaciół, jak również lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, sanitariuszy, itp. Słowem dla wszystkich, którzy wspierają osoby walczące z rakiem.

Celem konkursu jest zachęcenie zainteresowanych do wyrażenia poprzez sztukę emocji i uczuć, towarzyszących walce z rakiem.

Co roku w Polsce diagnozowanych jest ponad 140 tys. nowych przypadków zachorowania na raka, z czego ponad 80 tysięcy niestety umiera... Dla pacjentów, ich rodzin, przyjaciół diagnoza oraz okres choroby to niewyobrażalnie trudne chwile. Emocje uwolnione w tym trudnym czasie często ujawniają uczucia i postawy, które nigdy wcześniej nie były doświadczane. W wyrażaniu tych emocji pacjentom, a także ich najbliższym, potrzebna jest terapia. Terapia, która pozwoli im pokazać to, czego nie można powiedzieć.

I właśnie konkurs jest jednym z elementów takiej terapii...

Prace nadesłane na konkursu którego organizatorem jest Federacja Stowarzyszeń „Amazonki” przy współpracy innych stowarzyszeń pacjentów onkologicznych, jury oceniać będzie w dwóch kategoriach: fotografii oraz pracy plastycznej. **Amatorskie prace artystyczne mogą być więc zdjęciem** (w formacie nie mniejszym niż 13x18 cm), albo: **obrazem, rzeźbą, ceramiką lub innym dziełem plastycznym, wykonanym w dowolnej postaci i technice plastycznej**. Wszystkie winny przedstawiać uczucia wywołane diagnozą choroby nowotworowej, okresem leczenia i zmagania się z nowotworem.

W każdej z kategorii jury przyzna trzy nagrody główne oraz wyróżnienia. Wyłoniona zostanie także nagroda publiczności. Pula nagród wynosi 10 tys. zł. Ogłoszenie wyników i uroczyste wręczenie nagród odbędzie się wiosną br.

Prace wraz z formularzem zgłoszeniowym, a w wypadku osób niepełnoletnich także ze zgodą rodziców (*oba formularze do pobrania www.rakdozdrowia.pl, gdzie także znajduje się regulamin konkursu; dodatkowe informacje uzyskać można również pod numerem telefonu: 022 828 56 51*) należy przesłać **do dnia 29 lutego 2008 r.** na adres: Principle, ul. Topiel 21/6a, 00-342 Warszawa, z dopiskiem „Konkurs Artystyczny”.

Uśmiechnij się

Do gabinetu dyrektora wpada bez pukania jego podwładny. Wylewa dyrektorowi kawę na koszulę, pokazuje mu język, sika na biurko i używa sobie lingwistycznie. Chwilę potem do gabinetu wpadają koledzy.

- Stasiu, Stasiu! To był żart, wcale nie wygrałeś w totka!

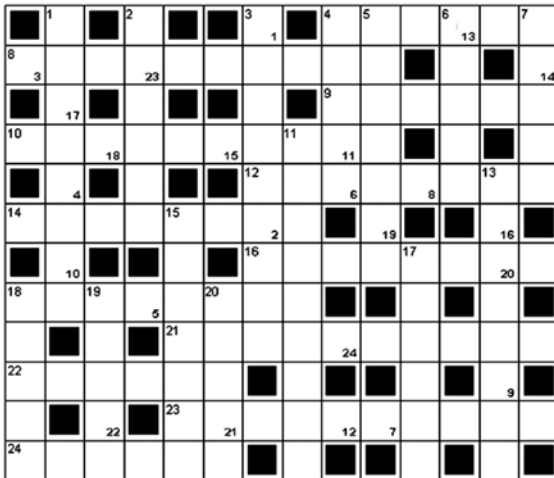
Rozmawia dwóch psychologów:

- Wiesz, to dziwne - mówi pierwszy. - Wystarczy krzyknąć „AAA..!” w bibliotece, a wszyscy się na Ciebie gapią w milczeniu...

- A próbowałeś zrobić to samo w samolocie? - mówi drugi.

- Wszyscy się przyłączają.

KRZYŻÓWKA KLASYCZNA



Litery z pól ponumerowanych w prawym dolnym rogu utworzą rozwiązanie -
- aforyzm Antoniego Reguśkiego.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

POZIOMO:

- 4) Naczynie starożytnych Greków
- 8) Niezapominajka
- 9) Lęk, obawa
- 10) Dźwięk, oryginał
- 12) Kontroler, inspektor
- 14) Mineral, tlenek magnezu
- 16) Program narady
- 18) Uczestnik korridy
- 21) Służalec
- 22) Setna część franka
- 23) Współpracował z okupantem
- 24) Rodak, ziomek

PIONOWO:

- 1) Narzędzie drwala
- 2) Królewska gra
- 3) Kontroler
- 4) Najbardziej czynni działacze
- 5) Arystokratka
- 6) Leży nad Odrą
- 7) Filmowy kochanek
- 11) Zbiornik na wodę
- 13) Alkaloid w tytoniu
- 15) Dział uznane
- 17) Starożytny wiosłowiec
- 18) Mały koń
- 19) Amator pędów bambusa
- 20) Zły duch, upiór

Rozwiązanie zagadek z nr 12:

1. John Smith jest niemowlęciem...

2. Norweg pije wodę a Japończyk jest właścicielem zębry

Wyteż swój niezwykły umysł Kto ma torebkę z krokodylowej skóry?

Na przystanku w kolejce do autobusu stało sześć pań. Jedna z nich miała piękną torebkę z prawdziwej krokodylowej skóry i na niej srebrny monogram: jedną tylko literę. Była to pierwsza litera jej imienia i jednocześnie jej nazwiska.

Jedna z pań w kolejce, pani Abacka, szyje sobie sukienki u tej samej krawcowej, co pani Barbara.

Pani Ebacka stała w kolejce między panią Anną a panią Cebacką.

Pani Celina i pani Cabacka stały w kolejce najdalej od siebie.

Pani Anna pracuje w tym samym biurze, co mąż pani Babackiej.

Pani Barbara stała w kolejce pierwsza. Ani pani Czesława, ani pani Danuta nie nazywają się Abacka.

Pani Dabacka stała w kolejce między panią Ewą a panią Babacką.

Pani Cebacka stała w kolejce obok pani Barbary. Pani Danuta nie stała przedostatnia.

Proszę podać imiona, nazwiska i kolejność wszystkich pań, które stały w kolejce do autobusu oraz odpowiedzieć na pytanie: która z nich ma torebkę z prawdziwej krokodylowej skóry?

Ile kosztowały produkty?

W sklepie klient kupił 4 produkty. Zauważył, że kasjer zamiast dodać ich ceny do siebie pomnożył je i wyszło mu 7,11 zł. Gdy zwrócił mu uwagę, kasjer dodał ceny towarów do siebie i znów wyszło mu 7,11 zł.

Ile kosztowały poszczególne produkty?

(Odpowiedzi podamy w następnym numerze BI OCO)

„Biuletyn informacyjny OCO”, wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii, www.onkologia.opole.pl

Redaktor naczelna: Krystyna Raczyńska

Adres redakcji: 45-060 Opole, ul. Katowicka 66a, tel. 077 441 60 95, fax 077 441 61 32

Dyrekcja Opolskiego Centrum Onkologii: 0-77 441 6001, fax 0-77 441 6003, Rejestracja: 0-77 441 6007,

0-77 441 6008, Izba Przyjęć: 0-77 441 6010, Rejestracja Pracowni Diagnostyki Obrazowej: 0-77 441 6039

Skład i druk: Eurocent: 45-372 Opole, ul. Kośnego 70, tel. 077 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl