
W dniu 18 stycznia przed Zakładem Radioterapii odbyła się uroczystość odsłonięcia „popiersia patrona” Opolskiego Centrum Onkologii, prof. Tadeusza Koszarowskiego – Nestora Polskiej Onkologii. Zaproszeni goście, wśród których byli m.in. Dyrektor Centrum Onkologii w Warszawie prof. Marek Nowacki – współpracownik prof. T. Koszarowskiego, Poseł na Sejm RP Ryszard Galla, Wicemarszałek Województwa Opolskiego Józef Kotyś, Członek Zarządu Andrzej Kasiura, dyrektorzy szpitali a także inni zacni przyjaciele Opolskiego Centrum Onkologii, otrzymali od dr Wojciecha Redelbacha, informację o pracach nad przyznaniem imienia, a także zapoznał gości z biografią profesora. Nie zabrakło również ciepłych słów o profesorze Marianie Molendzie – autorze wykonania popiersia.

Poniżej przedstawiamy sylwetkę prof. T. Koszarowskiego, a na stronie 3 i 4 okładki materiał zdjęciowy z uroczystości.

Tadeusz Koszarowski urodził się w roku 1915 w Brazylii, jednakże wszystkie nauki odbywał w Warszawie. W inteligentnym domu nauczono go humanizmu i patriotyzmu, pojmowanego w ofiarności i rzetelności dla polskich spraw. Staranna edukacja, najpierw u OO. Marianów, potem klasyczne Gimnazjum im. T. Reytana, gdzie w 1933 r., w którym otrzymuje świadectwo dojrzałości.

Następnie wstępuje na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Aktywny członek Koła Medyków, pomocny kolegom i środowisku. W roku 1939 r., u progu wojennego kataklizmu otrzymuje dyplom. Młody lekarz włącza się do Kampanii wrześniowej i walczy pod dowództwem generała Kleeberga, członek ZWZ, potem Armii Krajowej. W latach 1943 - 1944 r. więzień Pawiaka. W Powstaniu Warszawskim kieruje szpitalem polowym, a w końcu 1944 kieruje praskim szpitalnictwem (Praga jest już po wojnie). Ta ostatnia rola zaowocowała przydatnymi w dobrej sprawie przyjaźniami z „właścicielami Polski Ludowej”. Tadeusz Koszarowski widział przed sobą szczytny cel, a politykę traktował jako zbędny mebel. Mógł się uważać za dosyć doświadczonego lekarza, miał za sobą ciężką pracę lekarską w „Szpitalu Dobrej Woli”, czyli w dzisiejszym Instytucie Gruźlicy, tu zaczynał, a już w 1941 roku zaczął też operować w Instytucie Radowym przy Wawelskiej w Warszawie. To tu zaraz po wojnie obejmuje ster kliniki chirurgicznej, aby pełnić tę funkcję ćwierć wieku.

Od 1952 r. - wicedyrektor Instytutu Onkologii, od 1972 r. do 1985 r. - dyrektor. W 1975 r. kieruje Rządowym Programem Walki z Rakiem. Jako inicjator budowy Centrum Onkologii jest pełnomocnikiem ministra ds. budowy tego centrum (do 1993 r.). Tę uciążliwą drogę opisał w książce „Dać świadectwo prawdzie”. Tadeusz Koszarowski przez wszystkie lata nie ustaje w działaniu.

Onkologia zaczyna znaczyć w medycynie, trwa szkolenie specjalistów, on sam od 1953 r. jest konsultantem krajowym w tej dziedzinie, doradcą ministra jako Członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia. Udziela się także poza medycyną - w Komitecie Odbudowy Zamku Królewskiego, jest posłem na Sejm, członkiem Rady Konsultacyjnej przy Przewodniczącym Rady Państwa, Prezesem Rady Krajowej YMCA, działa w towarzystwach naukowych w kraju i za granicą, nawet za jego sprawą powstaje Klub Lekarza w Warszawie. Napisał 200 prac naukowych i osiem monografii. Kawaler najwyższego odznaczenia PRL Orderu Budowniczy Polski Ludowej, w 2001 z rąk prezydenta A. Kwaśniewskiego otrzymał Krzyż Wielki Orderu Odrodzenia Polski. Był wyjątkowym człowiekiem, który nigdy nie obnosił się ze swoją chwałą, bezpośredni i miły w kontaktach z chorymi i współpracownikami. Pomocny i chętny zawsze, gdy chodziło o ratowanie ludzi.

Wiedział dobrze, że tylko interdyscyplinarne i jednoczone działania mogą wróżyć skuteczność, naukową i praktyczną. Radośnie sekundował powstaniu i rozwojowi Polskiego Komitetu Walki z Rakiem, reaktywowanego przez prof. Zbigniewa Wronkowskiego, ale jego idea to zunifikowanie wielu inicjatyw społecznych na rzecz walki z rakiem i tak dziś się stało. Koszarowski żył skromnie, nigdy nie pomnażał fortuny, jego bogactwem były książki. Miał dwie wspańiałe żony. Pierwsza, którą z bólem pożegnał, była to bohaterska pielęgniarka ze „Szpitala Dobrej Woli”, a ta, która wypełniła samotność wdowca, stanęła przy nim jak żołnierz, broniąc jego sił i prywatności, a dziś strzeże pamięci o wielkim profesorze.

Był twórcą onkologii polskiej, wymyślił jej kształt, stworzył prognozy walki z rakiem i ich praktyczne ramy, dał imię i zbudował wspańiały dom - Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

Odszedł pięć lat temu. To z nim zniknął szczególnie świat pełen energii, humanizmu i zapału do twórczych działań. Autorytet i urok, rzetelność i prawdziwa lekarska powaga, wtedy, kiedy trzeba decydować i budować.

Opracowano na podstawie czasopisma *Eskulap Świętokrzyski* 2005 nr 6 - pismo Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej.

Wydawca: Okręgowa Rada Lekarska w Kielcach.

Sygnaly ostrzegawcze

Wojciech Redelbach
Dyrektor Opolskiego Centrum
Onkologii



Żyjemy szybko. Brakuje nam czasu dla siebie. W pogoni za środkami do życia, zbyt często zapominamy o naszym zdrowiu. Ciało służy nam na tyle dobrze, na ile o nie dbamy. Niekiedy przychodzi taki czas, że pojawiają się pewne zjawiska, które określamy mianem sygnałów ostrzegawczych. Kończy się zdrowie, zaczyna choroba.

W chorobach nowotworowych często mamy do czynienia ze znakami przepowiadającymi, sugerującymi, że czas zgłosić się do lekarza. Kiedy? Na pewno nie tylko wtedy, gdy coś nas boli, czy też mamy gorączkę.

Najczęstszym niepokojącym sygnałem ostrzegawczym jest guz. Guz jest terminem bardzo ogólnym. Raczej rzadziej, niż częściej jest objawem choroby nowotworowej. Po uderzeniu głową w szafkę też mamy guza, co nie znaczy, że mamy raka.

Guzy mogą powstawać w różnych rejonach ciała. Wyczuwany podczas kąpieli twarde guz piersi, niebolesny, dający wrażenie niespodziewanego pojawienia się, musi alarmować – rak piersi? Tym bardziej gdy sięgnie się ręką do pachy i tam również znajdziemy powiększone węzły chłonne – rak piersi z przerzutami?

Wymacamy guz lub zgrubienie w skórze, na wardze dolnej, podskórnice – nie czekaj, to trzeba wyjaśnić. Guz albo zgrubienie może być ostrzeżeniem.

Podczas kąpieli, ubierania się, zwróćmy uwagę na kształt piersi, gładkość skóry, „pieprzyki”. Kupmy duże lustro, w którym raz na miesiąc możemy się całkowicie obejrzeć, również plecy!.

Wciągnięcie skóry piersi, wciągnięcie brodawki sutkowej, niesymetryczność piersi – to może być ostrzeżenie, nie czekaj, to trzeba wyjaśnić.

Przypatrujmy się naszym znamionom barwnikowym. Jeśli zauważyłeś zmianę koloru, pojawienia się jasnej obwódki wokół znamienia, krwawienie, swędzenie, gdy doszło do uszkodzenia znamienia czy też przewlekłego drażnienia pod paskiem lub naramką stanika – nie czekaj, to trzeba wyjaśnić.

Zmiana kształtu, wielkości, zabarwienia, swędzenie i krwawienie znamienia może być ostrzeżeniem.

Jeśli boli cię jądro, jedno jest zdecydowanie większe od drugiego, wyczuwasz guzek – nie czekaj, to trzeba wyjaśnić.

Każde krwawienie z otworów naturalnych ciała jest sygnałem ostrzegawczym.

Po długotrwałym braku miesiączki krwawienie – koniecznie trzeba wykonać badanie ginekologiczne. Krwawienie z brodawki sutkowej – koniecznie trzeba zgłosić się do onkologa.

Krew w stolcu – to trzeba wyjaśnić, najlepiej u onkologa. Krew w moczu – nie czekaj, zgłoś się do urologa.

Inny problem to niegojące się rany i owrzodzenia.

Masz cukrzycę i leczysz bez efektu owrzodzenia stóp i podudzi – nie zwlekaj, na podłożu przewlekłych zmian owrzodzeniowych często dochodzi do powstania raka skóry.

Wstajesz rano i kaszlesz, masz chrypkę, a żadne inne objawy nie wskazują na przeziębienie – nie czekaj. Wykonaj RTG płuc i zgłoś się do lekarza. Tym bardziej, jeśli palisz od lat.

Wielu z nas, ma problemy z oddawaniem stolca i wzdęciami. Życzeniowo myśleliśmy, że to wina diety. To pół prawdy. Patrz za siebie. Jeśli zauważysz naprzemienne biegunki z zaparciami, śluz lub krew w stolcu, masz wrażenie niepełnego wypróżnienia - nie czekaj, to może być rak. Nie lecz się w aptecce.

Schudłeś, brakuje ci sił, masz niski poziom hemoglobiny w badaniu krwi utrzymujący się pomimo przyjmowania preparatów żelaza – to sygnał ostrzegawczy, to może być rak jelita grubego.

Zwiększenie obwodu brzucha, przy równoczesnej duszności i puchnięciu podudzi też powinno zaniepokoić. Zwłaszcza kobiety. Koniecznie zgłoś się do ginekologa.

Nie dajmy się zwieść. Ciało ludzkie ma swoje sposoby, żeby nas ostrzec. Wsluchajmy się w nie. Sygnały ostrzegawcze czasami są bardzo dyskretne i ciche w hałaśliwym otoczeniu pracy i domu. Traktujmy nasze ciało lepiej niż nasz samochód. Przecież na przegląd techniczny jeździsz co roku.

Nie lekceważmy naszego zdrowia, tak łatwo je utracić.

Rak jajnika

dr n. med. Kamila Czerw
Opolskie Centrum Onkologii

Rak jajnika staje się coraz poważniejszym problemem klinicznym. Prowadzone analizy pokazują, iż od około 60 lat nie uzyskano znaczącego spadku umieralności z powodu tego nowotworu.



Statystyki światowe wykazują stały wzrost zachorowalności na raka jajnika. Stanowi on ok. 5 % wszystkich rozwijających się nowotworów u kobiet. Najczęściej występuje między 40 a 70 rokiem życia. Obliczono, że średni wiek zapadania na raka jajnika wynosi 53,7 +/- 3,1 lat z największą szansą pięcioletniego przeżycia dla grupy wiekowej 40 - 49 lat.

W Polsce współczynnik zapadalności na ten nowotwór systematycznie wzrasta z rocznym tempem zmiany o 1,76 %. W województwie opolskim zarejestrowano w roku 1996 - 79 przypadków zachorowania na raka jajnika, w 1997 - 85 przypadków, w 1998 - 104.

Rak jajnika jest rocznie przyczyną ponad 50 zgonów z powodu nowotworów narządu rodowego w naszym województwie. Ogromnym problemem jest fakt, że z uwagi na podstępny rozwój i późne występowanie objawów u 75 % kobiet, rak jajnika rozpoznawany jest w bardzo zaawansowanym stadium choroby – tj. w 3 i 4 stopniu. Podstawową metodą leczenia jest leczenie chirurgiczne, z uwagi jednak na najczęściej zaawansowany stopień kliniczny ogromna większość chorych wymaga leczenia uzupełniającego, jakim jest na obecnym etapie wiedzy chemioterapia.

Rak jajnika jest nowotworem litym, wysoce wrażliwym na chemioterapię, pozwalającym oczekiwać odpowiedzi na stosowanie chemioterapii pierwszorazowej w 70 - 80 % przypadków. Schemat chemioterapii: Taxol z Cisplatyną stał się „złotym standardem” w leczeniu raka jajnika. Odsetek pięcioletnich przeżyć przy wysokich stopniach zaawansowania wynosi 15 – 20 %. Większość

pacjentek, które nie zareagowały na leczenie pierwszego rzutu lub, u których doszło do wznowy nowotworu, kwalifikuje się do chemioterapii drugiego rzutu.

Patogeneza

Patogeneza raka jajnika nie jest dokładnie znana. Zachorowania przed 30 rokiem życia są bardzo rzadkie. Ryzyko zachorowania w sposób istotny wzrasta powyżej 50 roku życia.

Czynniki ryzyka

Jedynym ze znanych czynników ryzyka jest nosicielstwo mutacji genu BRCA-1, odpowiedzialne za 5 – 10 % wszystkich przypadków raka jajnika. W rozwoju raka jajnika mogą także mieć udział zaburzenia czynności hormonalnej jajnika. Kolejne dodatkowe cięższe zmniejszają ryzyko zachorowania o 10 %. Stymulacja jajnika sprzyja rozwojowi raka, czynniki hamujące owulację mają działanie protekcyjne – ryzyko rozwoju raka jajnika zmniejsza się np. po zastosowaniu doustnej antykoncepcji.

Przebieg choroby

Pierwsze objawy raka jajnika są nie charakterystyczne. Są to wzdęcia, brak apetytu, zaparcia, odbijanie, czkawka, uczucie pełności w jamie brzusznej, spadek wagi ciała. Występują bóle brzucha, bóle w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, powiększenie obwodu brzucha. Objawami rozsiewu choroby może być duszność spowodowana rozsiewem do płuc lub obecnością płynu w jamie opłucnej lub powiększenie obwodowych węzłów chłonnych.

Objawy, które powinny skłonić do natychmiastowej kontroli ginekologicznej to:

bóle podbrzusza, uczucie „ciężkości w dole brzucha”, wyczuwalne guzy w podbrzuszu, powiększanie się obwodu brzucha.

W przypadkach występowania w rodzinie raków piersi, jajnika, trzonu macicy istnieje konieczność szczególnie dokładnej i częstszej kontroli ginekologicznej z usg i poziomem Ca125.

Rokowanie

Najlepiej rokują chore w stopniu IA i IB, u których przy niskim stopniu zło-

śliwości (G1 i G2) można oczekiwać 90 – 98 % przeżyć 5-letnich. W pozostałych wczesnych stopniach zaawansowania (I i II) odsetek ten wynosi 80 %. W III stopniu zaawansowania przy małej chorobie resztkowej po leczeniu chirurgicznym (pozostawione ogniska nowotworu <1 cm) 5 lat przeżywa 30 - 50 % chorych. W przypadku „przetrwalej” masywnej choroby oraz w stopniu IV, przeżycia 5 letnie nie przekraczają 10 %.

Epidemiologia (dane dla Polski za rok 2002)

Standaryzowany współczynnik zachorowalności na raka jajnika wynosi w Polsce 11,3/100 000. W roku 2002 zarejestrowano 3267 nowych przypadków. W tym samym roku zmarło z powodu nowotworów złośliwych jajnika 2171 chorych (standaryzowany współczynnik umieralności 6,9/100 000).

Przed rakiem nie da się ochronić, można jednak wykryć go na wczesnym etapie rozwoju zgłaszając się, co najmniej 1 raz w roku do kontroli i zawsze wtedy, gdy występują niepokojące objawy.

Metody leczenia bólu

lek. med. Anna Świercz
Opolskie Centrum Onkologii

U większości chorych z dolegliwościami bólowymi występują jednocześnie różne rodzaje bólu, stąd konieczność równoczesnego stosowania różnych metod terapii oraz stosowania leków z różnych grup. Wspomagają one wzajemnie swoje działanie pozwalając na zmniejszenie dawek leków. Gdy dolegliwości bólowe są stałe ulegając nasileniu w dość szybkim tempie, wówczas stały ból wymaga stałego leczenia.



Podstawową zasadą rozpoczynającą leczenie przeciwbólowe jest:

- ustalenie przyczyny bólu oraz wszystkich czynników wpływających na jego charakter,
- natężenie i czas jego trwania,
- stopień upośledzenia fizycznego i psychicznego, uniemożliwiającego prowadzenie normalnego trybu życia.

Leczenie bólów nowotworowych składa się z dwóch podstawowych elementów:

1. *stosowania leków przeciwbólowych* – rodzaj i dawkę leku dobiera się w zależności od nasilenia bólu – wg. **trójstopniowej drabiny analgetycznej**
2. *stosowania leków i metod uzupełniających* – leki wspomagające, blokady nerwów, neurolizy, zabiegi niszczące – metody farmakologiczne i chirurgiczne oraz paliatywne leczenie onkologiczne.

Wyróżniamy następujący podział leków przeciwbólowych:

- leki nieopiodowe – paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne (I stopień drabiny analgetycznej),
- słabe opioidy – np. tramadol (II stopień drabiny a.),
- silne opioidy – np. fentanyl, morfina (III stopień drabiny a.),
- leki uzupełniające – stosowane na każdym etapie leczenia, są to leki wzmacniające działanie podstawowych leków przeciwbólowych, a także stosuje się je w celu zmniejszenia objawów ubocznych leczenia zasadniczego (np. zaparcie, nudności i wymiotów, niedrożności jelit oraz łagodzenia innych objawów towarzyszących – lęku czy bezsenności).

Strategia leczenia bólu polega na:

- stosowaniu leków silniejszych (z wyższego stopnia drabiny), jeśli słabsze przestają być skuteczne – dopiero po konsultacji z lekarzem,
- regularnym przyjmowaniu leków w celu zapewnienia stałego poziomu terapeutycznego,
- dodatkowym stosowaniu dawek leków, w przypadkach dodatkowych bólów (np. bólów przebijających) – po konsultacji z lekarzem,
- stosowania leków uzupełniających, które zmniejszają efekty uboczne leczenia, np. zaparcia,
- wybraniu najkorzystniejszego sposobu podania leku, nie stanowiącego trudności dla chorego:
 - najprostsza – doustna,
 - podskórna – w przypadku trudności w połykaniu, przy uporczywych wymiotach, przy złej tolerancji leczenia doustnego, oraz u chorych nieprzytomnych. Do podawania leków w ten sposób służy igła typu „motylek”, którą wkłuwają się np. w okolicę podbojczykowa lub ramię. Igła taka wkłuta jednorazowo funkcjonuje zwykle przez 7 – 10 dni, dzięki czemu unika się konieczności powtarzania wkłuć.
 - przezskórna – w formie plastra, np. fentanyl,
 - dokanałowa – zakłada się cewniki zewnątrzoponowe,
 - dożylna.

Ostatnim elementem strategii jest wyjaśnienie wszystkich wątpliwości

i zaakceptowanie przez chorego leczenia.

Uwzględniając rodzaje bólu podejmujemy następujące leczenie:

1. ból kostny – leczy się:

- za pomocą leków niestereoidowych przeciwzapalnych, oraz leków według drabiny analgetycznej,
- radioterapią która zmniejsza ból i zapobiega złamaniom patologicznym,
- radioterapią izotopową,
- operacyjnie, a także przez unieruchomienie i inne.

2. ból trzewny – stosowane są leki wg. drabiny analgetycznej,

- podawane są leki rozkurczowe,
- za pomocą chemioterapii oraz neurolizy splotu trzewnego.

3. ból neuropatyczny – opioidy, leki przeciwdrgawkowe, przeciwdepresyjne, znieczulające miejscowo, a także blokady i neurolizy.

Podsumowując, lepsze poznanie charakteru bólu pozwala na prawidłowe dobranie rodzaju leczenia w zależności od typu bólu.

Z PSYCHOLOGIĄ NA TY - CZYLI KILKA SŁÓW O DEPRESJI

*mgr Anna Labińska - psycholog
Opolskie Centrum Onkologii*

Każdy człowiek funkcjonuje jako jednostka osadzona w strukturze organizacji społecznej. Otoczenie, w jakim żyjemy niesie ze sobą wiele sytuacji stresowych, które mają ogromny związek z wieloma chorobami.



Choroba nowotworowa stanowi bardzo poważny problem natury medycznej i powoduje duże zmiany w psychicznym funkcjonowaniu pacjenta.

Chory znajduje się nagle w trudnej sytuacji życiowej, w obliczu której trudno jest się doszukiwać pozytywnej, natychmiastowej adaptacji. Pojawia się lęk, poczucie bezradności, pesymistyczne myślenie o przyszłości oraz depresja, które mają znaczący wpływ na cały proces leczenia.

Depresja znana jest ludzkości od czasów pierwszych niepowodzeń, a już

w czasach Hipokratesa znane było pojęcie melancholia. Termin depresja na dobre zagościł w naszym słownictwie i używany jest coraz częściej do nazywania zwykłej reakcji na wydarzenia stresujące, jakich jest wiele w codziennym życiu. Nie powinniśmy jednak używać wtedy słowa depresja, a raczej mówić o chwilowym obniżeniu naszego nastroju.

Depresja jest stanem zdominowanym przez smutek bez zaburzenia kontaktu z rzeczywistością. Pacjent oprócz obniżonego nastroju, traci chęć do życia, ma uczucie pustki i bezradności. Uważa się za osobę słabą i niekompetentną, źle sypia i jest bardzo często ociężały ruchowo. Depresja jest zespołem doświadczeń, który może być długotrwały i jest przyczyną wielu negatywnych konsekwencji zarówno zdrowotnych jak i społecznych. Depresja może pojawić się w każdym momencie naszego życia, choć zazwyczaj towarzyszy okresowi dorosłości i najczęściej chorują na nią pacjenci po 45 roku życia.

Kobiety trzykrotnie częściej niż mężczyźni narażone są na doświadczanie symptomów depresji. Przyczyn depresji może być wiele, a na uwagę zasługują: niepomysłne, stresujące wydarzenia, strata kogoś bliskiego lub czegoś bardzo wartościowego, samotność i pesymistyczny styl myślenia.

Negatywne myślenie o sobie samym oraz na temat obecnych i mających nastąpić w przyszłości wydarzeń to tzw. korzenie depresji według jednego z autorów teorii wyjaśniania przyczyn powstawania depresji Aarona Becka.

Stan depresyjny może towarzyszyć pacjentom z wielu powodów, jednym z nich mogą być objawy abstynencyjne po zaprzestaniu palenia papierosów. Występuje także w przypadku przeżyć emocjonalnych związanych z chorobą, zmianą życiowych celów, przejściowym spadkiem sprawności fizycznej, a także w związku z koniecznością bycia w roli pacjenta i tym samym potrzebą korzystania z pomocy innych osób.

Depresja ma niekorzystny wpływ nie tylko na jakość życia i ogólną sprawność fizyczną, źle wpływa na relacje i współpracę pacjenta z personelem medycznym a także skutecznie obniża uczestnictwo pacjenta we wszystkich podejmowanych zabiegach rehabilitacyjnych. Udzielone pacjentowi wsparcie psychologiczne jest bardzo ważne i może przyczynić się do złagodzenia lęku i depresji. Ogromnie ważne jest także wsparcie ze strony najbliższej rodziny i przyjaciół o których nie należy zapominać.

11 luty - Światowy Dzień Chorego

ks. dr Józef Tarnawa S.J.

*Kapelan Opolskiego Centrum Onkologii
i Szpitala Wojewódzkiego*



W tym roku po raz piętnasty obchodzimy Światowy Dzień Chorego. Przypada on w dniu, w którym Kościół obchodzi liturgiczne wspomnienie Matki Bożej z Lourdes.

Dzień ten ustanowił Papież – Jan Paweł II, trzynastego maja 1992 roku, w 75 rocznicę Objawień Matki Bożej w Fatimie i w jedenastą rocznicę zamachu na Jego życie. Do Przewodniczącego Papieskiej Rady d.s. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Kardynała Fiorenzo Angeliniego skierował wówczas specjalny list w którym podkreśla, że sam wybrał datę 11 lutego każdego roku na Światowy Dzień Chorego.

Ojciec Święty swój wybór motywuje faktem, że w tym dniu objawiła się Matka Boża świętej Bernadecie Soubirous w Lourdes. Miejsce tych objawień stało się szczególnie bliskie wszystkim chorym, aby zgodnie z życzeniem Matki Bożej szukać tu za Jej wstawiennictwem uzdrowienia, Jej opieki bądź siły przetrwania w chorobie. Do dziś sanktuarium przyciąga licznych pielgrzymów z całego świata, w tym szczególnie cierpiących i chorych.

Nic więc dziwnego, że główne uroczystości Pierwszego Światowego Dnia Chorego w 1993 roku były obchodzone właśnie w Lourdes pod przewodnictwem kardynała Fiorenzo Angeliniego – specjalnego delegata Ojca Świętego. Dodajmy, że Ojciec Święty w czasie wizyt apostolskich do Francji, kilkakrotnie odwiedził to sanktuarium, aby spotkać się tam z chorymi. Tam zakończył swoją ostatnią pielgrzymkę zagraniczną, jako sam cierpiący i chory, powierzając jeszcze raz cały świat, oraz kończący się Jego pontyfikat, opiece Matki Bożej.

Począwszy od 1993 roku w obchodzonym corocznie 11 lutego Światowym Dniu Chorego Ojciec Święty Jan Paweł II ogłaszał specjalne orędzie adresowane najpierw do chorych, następnie do wszystkich tych, którzy opiekują się chorymi, a także władz i organizacji międzynarodowych o właściwą troskę i odpowiedzialność za każde ludzkie życie.

Wobec chorych Papież wyraża wielki szacunek, zrozumienie i solidarność z cierpiącymi. Podkreśla, że cierpienie pozostaje fundamentalną rzeczywistością ludzkiego życia. Jest ono w pewnym sensie tak głębokie jak sam człowiek. Praktyka terapeutyczna i badania naukowe w dziedzinie medycznej nie są

w stanie w pełni wyjaśnić cierpienia ani go całkowicie przezwyciężyć. W poszukiwaniu rozumienia tej wielkiej tajemnicy ludzkiego cierpienia i jego ostatecznego sensu należy spojrzeć na objawienie Bożej miłości, mówi Ojciec Święty, jako ostatecznego źródła sensu wszystkiego, co istnieje (List Apost. *Salvifici doloris*, 13). Odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia udzielił Bóg człowiekowi w Krzyżu Jezusa Chrystusa (tamże). Nasze cierpienia i choroby nabierają wartości i znaczenia wtedy, gdy są związane z Jego cierpieniem, w zbawczej tajemnicy Jego męki, śmierci i zmartwychwstania, przez co każde ludzkie cierpienie nabiera odkupieńczego sensu (wartości). Nic zatem dziwnego, że Ojciec Święty dostrzegając wielką wartość cierpienia w wielu miejscach i na tyle sposobów zwraca się z pasterską troską do chorych aby nie marnowali skarbu cierpienia ale przyjmowali go z miłością w zjednoczeniu z Jezusem, Odkupicielem człowieka i świata.

Ojciec Święty, ze szczególną wdzięcznością i troską zwraca się wielokrotnie do lekarzy, pielęgniarek, całego personelu Służby Zdrowa, oraz tych wszystkich, którzy na różne sposoby niosą ulgę i pomoc ludziom cierpiącym i chorym. Przy każdej niemal okazji podkreśla znaczenie i wielkość ich misji i szczególnego powołania. Jest to pełnienie na codzień ewangelicznej posługi *Dobrego Samarytanina*.

Ojciec Święty, z okazji Światowego Dnia Chorego zwraca się niejednokrotnie także z apelem do społeczności międzynarodowych i przywódców państw o poszanowanie ludzkiego życia. Ten szacunek należy się każdej istocie ludzkiej od chwili poczęcia aż do naturalnej śmierci niezależnie od stanu zdrowia czy kondycji fizycznej. W liście do uczestników II Konferencji ONZ w Madrycie (2002 r.), Papież napisał, że opieka nad ludźmi chorymi i starszymi winna opierać się na poszanowaniu godności człowieka, która jest niezmienna i niezależna od upływających lat, oraz sprawności fizycznej i psychicznej. Obowiązkiem więc, każdego z nas, jest zapewnić cierpiącym i chorym należną opiekę w duchu chrześcijańskiej wiary i miłości.

Światowy Dzień Chorego, w zamierzeniach Jana Pawła II, a także obecnego Papieża Benedykta XVI, to nie tylko święto wszystkich chorych, ale jest to także dzień swoistego rachunku sumienia każdego człowieka z postawy służebnej względem tych, którzy cierpią. Mamy wspólny obowiązek nie tylko dostrzegać tych ludzi, współczuć im, ale także spieszyć z należytą pomocą. Chorzy są bowiem, najlepszą częścią Kościoła cierpiącego, modlącego się i zbierającego zasługi dla dobra i pożytku wszystkich ludzi.

Z okazji Światowego Dnia Chorego wielu chorych uczestniczy we Mszach św. połączonych z nabożeństwami ludzkimi w kaplicach szpitalnych, hospicjach czy domach opieki. Również na terenie Opolskiego Centrum Onkologii takie

nabożeństwa się odbywają. Jako kapelan, co jakiś czas latem mam okazję być w Lourdes i tam uczestniczyć w podobnych nabożeństwach, stąd czynię podobnie i u nas.

Z Lourdes, sprzed grotty cudownych objawień przywożę z wytryskującego stamtąd źródła „cudownej” wody, aby każdemu choremu, kto oczywiście zechce dać po małym flakoniku tej wody, wraz z medalikiem i obrazkiem (wizerunkiem) Matki Bożej, tak, jak Ją widziała Bernadeta Soubirous u podnóża Massabielskich skał.

Nowotwory złośliwe w okresie ciąży – diagnostyka i leczenie

*lek. med. Agnieszka Garczyńska
Opolskie Centrum Onkologii*



Epidemiologia

Występowanie nowotworów u kobiet w ciąży jest zjawiskiem rzadkim – są one rozpoznawane w trakcie 0,02 - 0,1 % wszystkich ciąż. Problem ten jednak stopniowo narasta z uwagi na coraz późniejszy wiek kobiet zachodzących w ciążę. Do najczęściej występujących nowotworów u kobiet w ciąży należą: rak piersi, rak szyjki macicy, ziarnica złośliwa oraz inne chłoniaki, czerniak złośliwy oraz rzadziej białaczki, rak jajnika, rak tarczycy i rak jelita grubego.

Ogólne zasady postępowania

Diagnostyka i leczenie chorych na nowotwory w ciąży jest trudne, ponieważ dotyczy matki i płodu. Opiera się więc na współpracy onkologów i ginekologów, którzy muszą wspólnie podejmować optymalne leczenie matki z jednoczesnym zachowaniem prawidłowego rozwoju płodu. Oznacza to stosowanie chemioterapii jedynie w przypadku nowotworów chemiowrażliwych, dążenie do maksymalnej ochrony dziecka oraz zachowania zdolności rozrodczych matki w przyszłości.

Bezpieczeństwo postępowania diagnostycznego

Badania radiologiczne w ciąży mogą być wykonywane, jeśli jednorazowa dawka promieniowania jonizującego nie przekracza 5 radów. W praktyce oznacza to, że rtg jamy brzusznej, tomografia komputerowa oraz badania izotopowe są w ciąży przeciwwskazane. Można natomiast wykonać badania radiologiczne płuc i mammografię.

Nie ma przeciwwskazań do wszelkich badań usg. W uzasadnionych sytuacjach wykonuje się też badania rezonansem magnetycznym uważane za bezpieczne w ciąży.

Bezpieczeństwo postępowania terapeutycznego

Stosowanie chemioterapii w ciąży

Teratogenne działanie leków cytotoksycznych na płód jest związane z okresem ciąży, dawką, drogą podania leku oraz czasem trwania leczenia.

Okres ciąży, w którym zastosowano chemioterapię jest najważniejszym czynnikiem

ryzka. Do większości uszkodzeń płodów dochodzi w okresie embrio i organogenezy (do 60 dnia ciąży). W związku z tym chemioterapii nie powinno się stosować w pierwszym trymestrze ciąży.

Chemioterapia w ciąży, może powodować objawy niepożądane:

- wczesne - (spontaniczne poronienia, uszkodzenia narządów, przedwczesne porody, niska waga urodzeniowa),
- późne - (niepłodność, opóźnienia w rozwoju fizycznym i psychicznym, nowotworzeni, mutacje, wpływ teratogeny w następnych pokoleniach).

Do leków najbardziej teratogennych zaliczamy antymetabolity i leki alkilujące.

Wśród antymetabolitów najbardziej szkodliwe są aminopteryna i metotreksat, a w grupie alkilatów chlorambucil, chlormetyna i cyklofosfamid. Brak jest danych o szkodliwości dla płodu alkaloidów roślinnych i antybiotyków przeciwnowotworowych (są zbudowane z dużych cząsteczek i prawdopodobnie trudniej przechodzą przez łożysko). Pochodne platyny powodują opóźnienia w rozwoju płodu, a także niedosłyszenie. Etopozyd może spowodować pancytopenię u płodów i noworodków. Literatura mówi o braku szkodliwego wpływu na płód docetakselum (taksany) w drugim i trzecim trymestrze ciąży.

Karmienie piersią w ciąży podczas stosowania chemioterapii jest przeciwwskazane, ponieważ leki dostają się do mleka matki.

Stosowanie radioterapii w ciąży

Radioterapia może również powodować uszkodzenie płodu podczas stosowania jej u kobiet w ciąży. Całkowita, dopuszczalna dawka promieniowania na płód wynosi 5-10 radów. Najczęstszymi objawami niepożądanymi związanymi z zastosowaniem radioterapii w ciąży są: uszkodzenia letalne, poronienia, uszkodzenia narządów, zahamowanie rozwoju fizycznego i psychicznego płodu, nowotworzenie.

Dlatego radioterapii w ciąży staramy się unikać!! Jeśli jest ona konieczna (np. we wczesnie zaawansowanej ziarnicy złośliwej) stosujemy ją z zachowaniem szczególnej ostrożności tj. osłon płodu, monitorowania dawki podanej na płód oraz unikania leczenia w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży.

Leczenie nowotworów najczęściej występujących w ciąży

Rak piersi w ciąży oznacza, że nowotwór ten został rozpoznany w czasie ciąży lub w ciągu roku po porodzie. Około 3 % wszystkich raków piersi występuje w ciąży. Średnia wieku pacjentek wynosi 33 lata.

Z powodu fizjologicznych zmian w piersiach jakie zachodzą w ciąży diagnostyka zmian jest utrudniona. Czułość badania mammograficznego w ciąży jest bardzo niska, bardziej dokładna i bezpieczniejsza u kobiet w ciąży jest ultrasonografia. Biopsja cieńkoigłowa piersi w ciąży często daje błędnie dodatnie wyniki i dlatego zaleca się wykonywanie biopsji gruboigłowej. *Bardzo ważną informacją jest fakt, że współistnienie raka piersi z ciążą nie pogarsza rokowania w tej chorobie!!* We wczesnym raku piersi w ciąży, w jego stadium operacyjności należy wykonać mastektomię radykalną po upływie pierwszego trymestru ciąży. U pacjentek z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi wskazana jest chemioterapia uzupełniająca w drugim i trzecim trymestrze ciąży. W ciąży nie należy stosować leczenia hormonalnego, po-

nieważ istnieje obawa ingerencji w stan hormonalny związany z ciążą.

W drugim i na początku trzeciego trymestru ciąży w chorobie zaawansowanej wskazana jest podobna chemioterapia jak w przypadku leczenia uzupełniającego.

Rak szyjki macicy - uwagi na częste badania ginekologiczne w ciąży, możliwości rozpoznania raka szyjki macicy są w tym okresie 3-krotnie większe. Kolposkopia i biopsja szyjki macicy mogą być bezpiecznie wykonywane u pacjentek, zwłaszcza po upływie pierwszego trymestru ciąży.

Rokowania chorych na raka szyjki macicy w ciąży jest podobne do rokowania kobiet nie będących w ciąży. Leczenie chorych na raka szyjki macicy w ciąży jest uzależnione od stopnia zaawansowania nowotworu oraz od okresu ciąży, w którym rozpoznano chorobę.

W raku przedinwazyjnym wskazana jest kolposkopia co 6 - 8 tygodni i ewentualnie biopsja pod kontrolą kolposkopu. Zalecane jest odroczenie właściwego leczenia do okresu poporodowego, zwłaszcza, że w 25 % przypadków zmiany ulegają samostnej regresji. Wykonywanie wszelkich zabiegów w pierwszym trymestrze ciąży powinno być ograniczone, ponieważ biopsja szyjki macicy w tym okresie wiąże się z ryzykiem poronienia.

W I stopniu zaawansowania i niewielkim naciekaniu (poniżej 3 mm), oraz przy niezajętych naczyniach krwionośnych leczenie należy odłożyć do czasu porodu, który może się odbyć drogami naturalnymi. W przypadku bardziej rozległego naciekania (3-5 mm) i/lub naciekania naczyń również wskazane jest wykonanie cięcia cesarskiego z następową histerektomią i limfadenektomią. Stwierdzenie naciekania powyżej 5 mm oznacza konieczność leczenia jak w przypadku raka naciekającego: we wczesnej ciąży (poniżej 20 tygodnia) - propozycja aborcji i następnie leczenie radykalne, w późniejszym okresie ciąży – odczekanie do chwili zdolności płodu do życia i ewentualnie wcześniejsze rozwiązanie ciąży, a następnie leczenie radykalne tj. we wcześniejszych stopniach - leczenie chirurgiczne w skojarzeniu z radioterapią, a w stanach bardziej zaawansowanych - skojarzenie radioterapii z chemioterapią.

Chłoniaki - dość często występują u kobiet w ciąży. Szczególnie dotyczy to ziarnicy złośliwej. Współistnienie chłoniaków nieziarnicznych z ciążą jest rzadsze, co wiąże się z ich częstszym występowaniem ok. 40 roku życia (ziarnica złośliwa częściej u młodszych).

Diagnostyka chłoniaków w ciąży jest utrudniona ze względu na teratogeny wpływ na płód wielu badań i powinna być ograniczona do badania przedmiotowego, krwi i szpiku, rtg płuc, usg jamy brzusznej i ewentualnie badania rezonansem magnetycznym.

Ciąża nie ma niekorzystnego wpływu na przebieg chłoniaków i rokowanie. Leczenie zależy od obrazu klinicznego, typu histologicznego oraz od okresu ciąży i powinno być prowadzone z uwzględnieniem zasady napromieniania nadprzeponowego w pierwszym trymestrze ciąży, a stosowania chemioterapii w drugim i trzecim trymestrze.

Białaczki - rozpoznawane w ciąży to na ogół białaczki ostre, częściej szpikowe niż lifoblastyczne. Leczenie zawsze powinno się rozpoczynać natychmiast po rozpoznaniu.

W pierwszym trymestrze ciąży na ogół zaleca się aborcję i typowe leczenie. Przy braku zgody na aborcję, należy stosować leki najmniej teratogenne (np. alkaloidy Vinca). W późniejszym okresie ciąży, chemioterapia wielolekowa oparta o pochodne antracyklin nie jest obciążona wysokim ryzykiem teratogennym. W końcu drugiego trymestru i w trzecim trymestrze można ewentualnie rozszerzyć chemioterapię o arabinozyd cytozyny.

Białaczki przewlekłe leczymy mniej agresywnie, zwykle pojedynczymi lekami (interferon, hydroksymocznik). Leczenie oparte na przeszczepie szpiku powinno być podejmowane po porodzie.

Białaczki są drugim, co do częstotliwości nowotworem, który daje nacieki do płodu w trakcie ciąży.

Nowotwory złośliwe jajnika - występują od 1/17 000 do 1/38 000 ciąży. W ok. 30 % przypadków są to nowotwory zarodkowe. W ciąży często są mniej zaawansowane niż u kobiet nieciążarnych z uwagi na częste badania ginekologiczne i usg wykonywane w tym okresie. Nowotwór jajnika w ciąży manifestuje się m.in. objawami ostrego brzucha z powodu skręcenia lub pęknięcia guza. Sposób leczenia zależy od stadium ciąży: we wczesnym stadium (trymestr pierwszy i początek drugiego) wskazana jest histerektomia z obustronną owariektomią, i następnie postępowanie zgodnie ze stopniem zaawansowania, w późniejszym okresie ciąży (późny okres drugiego i początek trzeciego trymestru) wykonuje się na ogół laparotomię z biopsją lub wycięciem guza a dalsze postępowanie zależy od typu nowotworu (dojrzała postać raka – odroczenie leczenia radykalnego do porodu, nowotwór zarodkowy – chemioterapia z możliwie wczesnym rozwiązaniem cesarskim cięciem).

Czerśniak skóry - stanowi około 8 % wszystkich nowotworów współistniejących z ciążą. Rozpoznanie stawia się na podstawie wycięcia zmiany i badaniu histopatologicznym materiału. Wpływ ciąży na przebieg czerniaka nie jest do końca poznany. Wiadomo natomiast, że czerniak jest najczęstszym nowotworem, który daje przerzuty do łożyska i płodu. Leczenie polega na chirurgicznym wycięciu zmiany wraz z zajętymi węzłami chłonnoymi bez konieczności przerwania ciąży.

W następnym numerze: m. in. mammografia cyfrowa, opieka nad pacjentem ze stomią

„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

Zdj. 2 str. okładki - T. Koszarowski „Urywki

wspomnień”, oprac. red. E. Towpik,

W-wa 2006r.

Zdjęcia: W. Duda

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