

Kazimierz Łukawiecki: „W hierarchii ważności inwestycji oddawanych w regionie obiekt onkologii jest najważniejszy!”

## Do onkologa bez dotychczasowego tłoku

O naszym nowym pawilonie poradnianym z odcinkiem dziennym chemioterapii (od dnia otwarcia personel medyczny i pacjenci mówią o nim „nowy budynek z zielonymi oknami”) pisaliśmy na tych łamach sporo, prezentując zarówno plany, jak i historię całej budowy. W dniu 28 stycznia br., bo 10 miesiącach prac (łącznie z wyburzeniami m.in. komina kotłowni) nastąpiło uroczyste jego otwarcie z udziałem najważniejszych osób w regionie oraz przedstawicieli personelu medycznego opolskiej onkologii oraz innych placówek służby zdrowia Opolszczyzny.

Dyrektor **Wojciech Redelbach** przedstawił w kilku słowach historię tej potrzebnej pacjentom inwestycji, kładąc akcent na fakt, że kiedy w 1974 roku otwierano nowo zbudowany obiekt Wojewódzkiej Przychod-

ni Onkologicznej, założeniem było iż dziennie przyjmować ona będzie od 200 chorych. - *Tymczasem od wielu lat liczba zgłaszających się osób nierzadko zbliżała się do 400. To mówi samo za siebie...*

Okazji do polepszenia chorem komfortu czekania oraz leczenia, jaka nadarzyła się wraz z Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Opolskiego na lata 2007-2013, onkolodzy nie zmarnowali. W ramach zadania „Szpitale opolskie gwarancją bezpieczeństwa zdrowotnego regionu i bazą kształcenia kadry medycznej” opracowano projekt budowy jednokondygnacyjnego pawilonu poradnianego wraz z Oddziałem Dziennym Chemioterapii, który został wprowadzony do realizacyjnego planu.

Marszałek województwa **Józef Sebasta** wyraził zadowolenie z fak-



Uroczyste przecięcie wstęgi. Od prawej: Wojciech Redelbach, Józef Sebasta, Bogusław Wierdak

tu, że inwestycja wartości 5,2 mln zł (na którą 2,1 mln wydano z budżetu województwa, drugie tyle z funduszy europejskich oraz 1 mln zł ze środków własnych OCO) została zrealizowana tak sprawnie. – *Jestem przekonany, że dzięki tej inwestycji zmieni się ogólny obraz opolskiej onkologii, ocenianej nieraz jako przez pryzmat zatłoczonych korytarzy, a nie wysokiej jakości usług medycznych. Gratuluję dyrekcji bardzo sprawnie poprowadzonego zadania a pracownikom życzę, aby dobrze im się tutaj pracowało. Panie dyrektorze Łukawiecki, dla onkologii ten rok musi być równie dobry!* – dodał na zakończenie, sugerując aby NFZ nie szczędził pieniędzy na leczenie nowotworów.

- *Dotychczasowa poczekalnia i wielkie w niej zagęszczenie chorych, to był od lat wyrzut sumienia wszystkich włodarzy naszej opolskiej ziemi - powiedział wywołany **Kazimierz Łukawiecki**, dyrektor opolskiego oddziału NFZ. - Dlatego z największą satysfakcją otwieramy dziś ten obiekt. Panie Marszałku! Opolskie będzie kwitnąć i zdrowe poprzez takie właśnie działania! Ta inwestycja w kapitalny sposób wychodzi naprzeciw potrzebom ludzi chorych na raka. I dodam, że **gdyby dokonać hierarchii ważności inwestycji oddawanych ostatnio w regionie, to właśnie ten obiekt onkologii uznać należy za najważniejszy!***

Dyrektor Redelbach zaznaczył, że nowy obiekt wymaga jeszcze zakupu części sprzętu diagnostycznego i w tym względzie onkologia liczy na pomoc. Ten dezyderat spotkał się ze zrozumieniem **Bogusława Wierdaka**, przewodniczącego Sejmiku Samorządowego Województwa Opolskiego, który zadeklarował pomoc Sejmiku w tym względzie.

Nowy obiekt, przypomnijmy, to ponad tysiąc metrów powierzchni, zagospodarowanej gabinetami lekarskimi, przestronnym holem, aneksami poczekalnianymi. W części podpiwnicznej znajduje się infrastruktura techniczna, m.in. wentylatornia.

Obszerny, przeszklony hol dzieli obiekt na dwie części. W jednej znajdują się dwie poradnie chorób piersi, poradnia konsultacyjna (chemioterapii) wymiennie z poradnią genetyki (która czynna jest po godz. 13), gabinet chirurgii onkologicznej, pracowni: mammografii (niebawem zostanie ona wyposażona w cyfrowy mammoGRAF) oraz USG. Po drugiej stronie usytuowano gabinety chemioterapii oraz odcinek dzienny chemioterapii, w którym pacjenci otrzymują cytostatyki w systemie ambulatoryjnym. Również w tym skrzydle usytuowany jest Punkt Pobrań Krwi, przeniesiony z dotychczasowego miejsca.

Dodać warto, iż pawilon połączony został łącznikiem z budynkiem, w którym obecnie mieści się Oddział Radioterapii. Niebawem oddział ten zamieni się miejscami z Oddziałem Onkologii Klinicznej, funkcjonującym w starej części szpitala, i w ten sposób cała onkologia kliniczna, a jej częścią jest odcinek dzienny chemioterapii, działać będzie praktycznie w jednym miejscu.

W dawnym obiekcie Wojewódzkiej Przychodni Onkologicznej nadal czynne będą gabinety: chirurgii onkologicznej (dla pacjentów leczonych w szpitalu), ginekologii onkologicznej, zabiegowej, a także Poradnia Stomijna oraz Poradnia Opieki Paliatywnej i Leczenia Bólu. Również tutaj znajduje się Rejestracja Główna. Wszystkie te pomieszczenia będą sukcesywnie remontowane i modernizowane.

## Nadzieja, ale i niepewność (cz.2)

Z dr. n. med. **Kazimierzem Drosikiem**, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie onkologii klinicznej, ordynatorem Oddziału Onkologii Klinicznej w Opolskim Centrum Onkologii, rozmawia **Krystyna Raczyńska**



**Pacjenci chcą być leczeni lekami najnowszej generacji, widzą w nich szansę dla siebie, ale z tego co pan mówi wynika, że pieniędzy jest mało a skuteczność terapii mało pewna... Ponadto skutki uboczne mogą znacznie pogorszyć komfort życia, które i tak potrwąć może tylko miesiąc czy półtora...**

Tym niemniej ilość pieniędzy, jakie są wydawane na te terapie wskazuje, że marketing firm farmaceutycznych działa bardzo aktywnie... Pacjenci nierzadko próbują wymuszać na onkologach taką czy inną terapię niestandardową. Onkolog jednak musi kierować się określonymi kryteriami, m.in. wiedzieć, jak dobierać pacjentów do leczenia i jakie dodatkowe badania muszą zostać u nich wykonane. Problem jednak w tym, że te badania, a często są to badania molekularne, nie są finansowane przez NFZ, ani przez żadnego innego publicznego płatnika. Finansują je firmy farmaceutyczne. Tymczasem okazuje się, że dla części badanych lek będzie miał zastosowanie, a dla części nie, no i firma ponosi koszty. Jest w tym też pewna dwuznaczność: że jeśli firma zapłaci za badania to lek będzie kupiony a chory będzie leczony. Jeśli nie – to taki lek nie będzie rozpatrywany, bo nie zosta-

ną spełnione kryteria kwalifikacji do leczenia. Problem ten nadal istnieje, mimo że od jakiegoś czasu jako konsultanci zwracamy na to uwagę.

**Czy mimo wszystko można powiedzieć, że terapie niestandardowe są bardziej skuteczne od standardowych?**

Odpowiedź nie może być jednoznaczna. Owszem, u niektórych pacjentów rzeczywiście dają dobre efekty, ale u innych – nie, mimo że mamy coraz więcej wiadomości o tych lekach. Np. dla niektórych z nich wykazano, że potrzebna jest ekspresja określonego receptora. Potem okazało się, że nie wystarczy ekspresja, ale potrzebny jest także brak dodatkowych mutacji. W tej chwili badania dotyczą znalezienia w komórkach konkretnego pacjenta takich parametrów, które wskazywałyby na celowość zastosowania danego leku. Dlatego też jeśli analizujemy wyniki skuteczności leku dla całej grupy chorych nim leczonych, to wyniki będą gorsze. Z kolei jeśli uwzględnimy te wszystkie mutacje i odpowiedni dobór chorych do danego leku, to i wynik będzie lepszy. Reasumując: te leki są ciekawe, wykazują skuteczność, ale... nie u wszystkich chorych.

**Czy zamieszczenie z powodu ograniczenia dostępu do terapii niestandardowej dotyczyło również pacjentów OCO?**

Nie, albowiem nasze województwo jest nieduże i niestandardowe

leczenie onkologiczne prowadzone jest tylko w naszym ośrodku, czyli w Opolskim Centrum Onkologii, gdzie jako konsultant wojewódzki jestem zatrudniony na etacie.

**Jak ocenia Pan pomysł, aby chemoterapię niestandardową ograniczyć tylko do pacjentów tych ośrodków, w których zatrudniony jest konsultant wojewódzki?**

Trzeba jednak mieć świadomość faktu, że mówimy o metodzie leczenia, która jest mocno ograniczona ze względów finansowych. Dlatego całkiem sensowne jest pytanie: czy może jednak w województwie lepiej leczenie tego typu skupić w jednym miejscu zamiast w kilku?... Tym bardziej, że mówimy o lekach, które wymagają dalszych badań... Rozdział terapii na kilka jednostek z pewnością nie pomoże w szybkim wyrobieniu sobie opinii o danym leku. Nie mówię tutaj o opinii naukowej, bo to nie jest badanie kliniczne, mam na myśli własną ocenę wartości leku w stosunku do doniesień naukowych. Ale z drugiej strony patrząc jest oczywiste, że w dużych regionach kraju dojazd na terapię dla wielu chorych stanowi ogromne utrudnienie...

**Czy wojewódzki konsultant**

**w dziedzinie onkologii klinicznej jest rozliczany z decyzji o zakwalifikowaniu pacjenta do terapii niestandardowej?**

Dotychczas takiego rozliczania nie było, co nie znaczy, że go nie ma lub nie będzie. Jednak konsultant w mniejszym stopniu będzie rozliczany z terapii niestandardowej niż szpital czy świadczeniodawca, który o tę terapię wystąpił. To wynika z faktu, że konsultant wojewódzki nie bada pacjenta ani jego dokumentacji medycznej, zapoznaje się jedynie z wnioskiem i sprawdzając zasadność. A, jak to mówią, papier jest cierpliwy... Dlatego NFZ razem z konsultantem krajowym będą oceniać albo już oceniają, czy rozpoczęte terapie niestandardowe były kontynuowane. Metoda jest prosta, bo jeśli pacjent był dobrze zakwalifikowany do leczenia to poprawa jest widoczna a leczenie kontynuowane. Jeśli jednak nie ma kontynuacji, to można mieć wątpliwości czy kwalifikacja do terapii była dobra... Ale wiele wskazuje na to, że i tak, bez względu na to, czy w danej jednostce takie sytuacje zdarzają się często czy nie, liczba świadczeniodawców, którzy te programy realizują, będzie ograniczana...

## Z listów do redakcji

Szanowna Redakcjo,

Chcę na łamach „Biuletynu Informacyjnego OCO” podziękować zespołowi lekarzy pod dowództwem dr. **Kazimierza Drosika** z Oddziału Onkologii Klinicznej. Jest to **Zespół Lekarzy XXI wieku**, czuję się przy nich bezpiecznie i uważam, że są najlepsi na świecie!

Jestem wieloletnim ich „znajomym” i wiem, co mówię.

Dużo sukcesów i tak trzymać!

A Pacjentom Cierpiącym na Raka dedykuje wiersz:

### *Walka*

*Pola, lasy, łąki, jeziora  
Dookoła walka o Życie  
Dzięki Ci Panie za ten dar walki,  
Który do boju woła*

*Morza i rzeki, głębia cała.  
Szukasz wyjścia?  
Bez Boga szansa mała...  
Energii potrzebna moc cała,  
Żeby wroga pokonać!  
Oj biada Ci... wiaro mała...*

Edward Minartowicz

Korfantów, w styczniu 2010 r.

## Lekceważenie profilaktyki czy lęk przed onkologiem?

Dr n. med. **Kazimierz Drosik**, lekarz onkolog, konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej, w wywiadzie dla Radia Opole, udzielonym red. **Donatowi Przybylskiemu** z okazji Świątowego Dnia Walki z Rakiem, przekornie zauważył, że Polacy wbrew temu, co mówią, bardzo ufają polskiej służbie zdrowia i lekarzom. Wierzą otóż, iż niezależnie od choroby, na jaką mogą zachorować, to i tak zostaną przez lekarzy wyleczeni. Sami więc nie muszą nic dla zdrowia robić, a już na pewno za zbędne uważają wykonywanie badań profilaktycznych. Zwłaszcza tych, które mogłyby pomóc wykryć raka...

Tam myśl dobrze korespondu-



je z oceną frekwencji na pierwszym w tym roku Dniu Otwartych Drzwi, zorganizowanym w sobotę 6 lutego br. w Opolskim Centrum Onkologii. Mimo bardzo aktywnego włączenia się opolskich mediów w informowanie i zachęcanie Opolan do profilaktycznego zbadania się, z możliwości spotkania z lekarzem onkologiem skorzystało znacznie mniej osób niż można się było spodziewać. Ekipa TVP Opole, która na żywo relacjonowała prze-

bieg „białej, onkologicznej soboty”, miała nie lada kłopot, bo pokazywanie niemal pustej poczekalni, to nie jest to, co kamera najbardziej lubi...

A tłumów faktycznie nie było. W czasie 6 białosobotnich godzin do rejestracji zgłosiło się 137 osób, z czego jeszcze mniej, bo 129 zdecydowało się na spotkanie z onkologiem. W porównaniu do roku ubiegłego było to o niemal połowę mniej. I znacznie mniej niż powinno – podkreślają opolscy lekarze.

Największe obłożenie miała Poradnia Chorób Piersi, do której zgłosiło się 67 osób, następnie Poradnia Chirurgii Onkologicznej – 44 osoby; Poradnia Onkologii Ogólnej przyjęła 18 pacjentów. Wiele Opolanek skierowano na badanie mammograficzne piersi. W sumie wykonano 60 mammografii, w tym 8 w ramach programu przesiewowego, dedykowanego bezpłatnie raz na dwa lata zdrowym Polkom w wieku 50-69 lat.

Dla części uczestników „Dnia Otwartych Drzwi” wizyta w gabinetach onkologów nie była li tylko formalnością, potwierdzającą brak powodów do niepokoju. Bardzo dobrze np., że zdecydował się na przyjazd do Opola pacjent z odległego zakątka południa województwa, u którego diagnoza wstępna wskazuje na raka powieki. Zalecenie: pacjent w trybie pilnym ma się zgłosić na pobranie wycinka, a wynik badania histopatologicznego wskaże, jakie leczenie zostanie u niego zastosowane.

Pacjenci otrzymywali skierowania na dalsze badania, m.in. na mammo-

grafię, USG, gastroskopię, wycięcie znamion barwinkowych, tłuszczaków, na badania krwi, m.in. na określenie poziomu markera PSA.

Wszyscy uczestnicy Dnia Otwartego otrzymywali drobne upominki oraz materiały informacyjne, promujące profilaktykę nowotworową, zaś panie wykonujące mammografię otrzymywały dodatkowo torby ekologiczne ze znakiem propagującym i zachęcającym do wykonywania badań mamмоgraficznych w ramach skryningu.

„Dzień Otwartych Dni” został zorganizowany w kilkudziesięciu

w szpitalach i przychodniach onkologicznych w kraju. W wielu z nich frekwencja była niższa od spodziewanej. Czy dlatego, że Polacy bardziej lekceważą profilaktykę czy może bardziej boją się onkologów, a raczej tego, co mogą od nich usłyszeć?

Zachęcamy do spotkań z lekarzami Opolskiego Centrum Onkologii nie tylko z okazji białych sobót. Przypominamy też, że **uzyskanie porady lekarza onkologa nie wymaga skierowania ani od lekarza rodzinnego, ani od lekarza specjalisty.**

## Pacjenci OCO oceniają pracę przychodni onkologicznej

Z dniem 18 stycznia br. do rąk pacjentów Wojewódzkiej Przychodni Onkologicznej trafiła ankieta, celem której jest zbadanie pracy przychodni i zatrudnionego w niej personelu. W każdym gabinecie lekarskim, zarówno w starym, jak i nowym obiekcie, pacjenci otrzymują kilkunastu egzemplarz ankiety, w której mogą wyrazić swoje zdanie m.in. o pracy rejestracji, dostępności do świadczonych usług, jak też pracy pielęgniarek oraz lekarzy. Jest też możliwość wyrażenia swojej oceny ogólnej. Ankieta jest oczywiście anonimowa.

Badanie opinii pacjentów potrwa do 31 marca br. Oto niektóre z pytań:

- Jak długo czekał Pan/Pani na wyznaczony termin wizyty?
- Czy miał Pan/Pani jakiegokolwiek trudności z rejestracją?
- Jak ocenia Pan/Pani usługi świadczone w przychodni?
- Jak ocenia Pan/Pani pracę pielęgniarek w przychodni?
- Jak długo czekał Pan/Pani w poczekalni przed gabinetem lekarza?
- Proszę ocenić lekarza pod względem następujących aspektów:

Ilość czasu poświęcona pacjentowi  
Uważne słuchanie pacjenta  
Zapewnienie prywatności/intymności  
Wyrażanie się w sposób zrozumiały dla pacjenta

Zyczliwość lekarza

• **Czy podczas wizyty u lekarza uzyskał Pan/Pani wyczerpujące informacje o:**

Stanie zdrowia i chorobie/problemie, z którym się Pan/Pani zgłosił

Sposobach leczenia

Planowanych badaniach/zabiegach

Postępowaniu w wypadku pogorszenia się/braku poprawy stanu zdrowia

• **Czy poleciliby pan/Pani naszą przychodnię innym osobom?**

\*\*\*

Kierownictwo Opolskiego Centrum Onkologii zwraca się z ogromną prośbą do wszystkich pacjentów Opolskiego Centrum Onkologii o wypełnianie ankiet i wrzucenie ich do specjalnych skrzynek. Państwa ocena, mimo że zawarta anonimowo, pozwoli na jeszcze lepsze funkcjonowanie przychodni i podniesienie jakości świadczonych usług medycznych.

Z góry serdecznie dziękujemy!

## Ból piersi nie jest już przeszkodą

Zarządzeniem prezesa Narodowego Fundusz Zdrowia (nr 11/2010/DSOZ z dnia 29 stycznia br.) zmienione zostały kontrowersyjne zapisy wcześniejszego rozporządzenia, m.in. ograniczające z dniem 1 stycznia br. realizację profilaktycznego programu skryningu mammograficznego (wykonywania co 24 miesiące bezpłatnego badania zdrowym kobietom w wieku 50-69 lat).

Zgodnie z tymi wcześniejszymi zapisami do badania nie kwalifikowały się panie, które w ankiecie, wypełnianej obowiązkowo przed badaniem, wpisywały istnienie „dolegliwości” (np. bólowych) w obrębie własnych piersi. Takie pacjentki musiały być odsyłane do Poradni Chorób Piersi i mammografię wykonywano im dopiero na zlecenie lekarza.

W całej Polsce lekarze oraz realizatorzy programu skryningu zgodnie oprotestowali ten zapis, dowodząc, że **fizjologiczne dolegliwości w obrębie piersi odczuwa zdecydowana większość kobiet** (nawet 80 proc.), co wynika m.in. ze zmian mastopatycz-

nych czy też stosowania hormonalnej terapii zastępczej. Ponadto część pań, dowodzili, zgłaszała się na skryning właśnie dlatego, że zauważyły w swojej piersi niepokojące objawy; wykluczenie z programu wydłużało im więc drogę do diagnostyki, zmniejszając nierzadko szansę na wczesne wykrycie raka i szybkie podjęcie leczenia (w ub.r. w badaniu skryningowym piersi wzięło udział ok. 900 tys. Polek, w tym ponad 21,7 tys. Opolanek).

Nowe zarządzenie prezesa NFZ z końca stycznia br. zmienia niefortunny zapis i na nowo określa warunki realizacji skryningu mammograficznego. Zgodnie z nowymi wytycznymi, czytamy m.in.: **„Programem nie mogą być objęte kobiety, u których już wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w piersi.”** (pkt 2a ww. zarządzenia). Ponadto kobiety, które zgłoszą się na skryning, należy informować, że **wskazane jest, aby przynosiły „zdjęcia mammograficzne z poprzednich rund skryningu w celu porównania”**.

W marcu wysyłka pierwszych zaproszeń na badanie mammograficzne w ramach skryningu

## Opolanko! Skorzystaj z zaproszenia!

Od marca br. Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, działający przy Opolskim Centrum Onkologii, rozpoczyna kolejną, ale pierwszą w tym roku, turę wysyłki zaproszeń na bezpłatne badanie mammograficzne. Do końca czerwca br. do mieszkańek naszego regionu trafi 19

tys. zaproszeń, mobilizujących panie do badania, którego celem jest wykrycie raka piersi w możliwie najwcześniejszym stadium choroby. Ile zaproszeń zostanie wysłanych w drugiej połowie roku zależy od umowy z Ministerstwem Zdrowia, która nie jest jeszcze podpisana.

Oczywiście, każda z pań spełniają-

cych kryteria skryningu, czyli w wieku 50-59 lat, która nie wykonywała mammografii w ostatnich 24 miesiącach, może się na takie badanie zgłosić, niezależnie od tego, czy otrzymała już wspomniane zaproszenie, czy jeszcze nie.

Przypomnijmy. Sedno skryningu mammograficznego dotyczy wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet teoretycznie zdrowych. Badanie to raz na dwa lata wykonuje u Opolanek w wieku 50-69 lat, w jednej ze wymienionych niżej placówek mammograficznych (tych, które podpisały z NFZ umowy na ten typ świadczeń medycznych, zob. wykaz poniżej).

Samo badanie polega na wykonaniu 4 zdjęć (po dwa dla każdej piersi), które następnie są analizowane przez lekarzy radiologów – skrynerów. Ich najważniejszym zadaniem jest odczytanie na zdjęciu najdrobniejszych zmian, które mogą, choć nie muszą, okazać się niebezpieczne dla zdrowia.

Te panie, u których na zdjęciach piersi uwidocznione są jakiegokolwiek zmiany, kierowane są do dalszej diagnostyki, dla wykluczenia bądź potwierdzenia zmiany złośliwej. W zdecydowanej większości wypadków diagnostyka pogłębiona wyklucza obecność raka i kobieta może zgłosić się na kolejną mammografię dopiero za dwa lata. Jednak w wypadku niekorzystnej diagnozy, kobieta zostaje poddana terapii, o kształcie której decyduje lekarz.

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi serdecznie zaprasza Opolanki, spełniające ww. kryteria skryningu, do wykonywania bezpłatnego badania mammograficznego, w którejś z poniższych placówek. Ze względów organizacyjnych panie proszone są o wcześniejsze, telefoniczne uzgodnienie terminu badania.

### **Na Opolszczyźnie badania takie wykonują:**

- SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii, Opole, ul. Katowicka 66a, tel. 77 441 60 39
- SPZOZ „Centrum” w Opolu, Opole, ul. Budowlanych 4, tel. 77 453 84 62
- SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu, Kędzierzyn-Koźle, ul. 24 Kwietnia 7, tel. 77 482 41 18
- NZOZ Nyski Ośrodek Onkologii „ONKOVIT” s.c., Nysa, ul. Rodziewiczówny 34, tel. 77 433 24 86
- ZOZ Strzelce Opolskie, Strzelce Opolskie, ul. Opolska 36a, tel. 77 461 32 91 (do 5) w. 143
- ZOZ Olesno, Olesno, ul. Klonowa 1, tel. 34 350 96 79
- NZOZ Diagnostyka Obrazowa, Kluczbork, ul. M. Skłodowskiej-Curie 23, tel. 77 417 35 33
- SP ZOZ Głubczyce w Likwidacji, Głubczyce, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, tel. 77 480 11 41
- Fado S.A. Centrum Usług Medycznych, Gdańsk, ul. Startowa 1, tel. 58 511 34 56 oraz 801 80 00 07 (mammobus)



## Markery nowotworowe: AFP i HCG

**Marker AFP**, alfa-fetoproteina jest glikoproteiną o budowie zbliżonej do albuminy.

U 70-95% pacjentów z pierwotnym nowotworem komórek wątroby, poziom AFP jest podwyższony, również w nasieniakach z przerzutami do węzłów chłonnych, rakach jajnika i jąder.

Wartości alfa-fetoproteiny wzrastają wraz ze wzrostem zaawansowania nowotworu drobnokomórkowego nie będącego nasieniakiem. Wzrost stężenia obserwujemy również w marskości wątroby oraz ostrym wirusowym zapaleniu wątroby, jak również u nosicieli HbsAg, a także podczas regeneracji wątroby. Nie zaleca się jednak oznaczania AFP jako badania przesiewowego w kierunku nowotworu w ogólnej populacji. Okres po jakim stężenie AFP zmniejsza się o połowę wynosi 5-7 dni.

W życiu płodowym człowieka marker AFP jest syntetyzowany przez przewód pokarmowy i pęcherzyk żółtkowy, a po jego zaniku przez wątrobę płodu. AFP prawdopodobnie bierze udział w transporcie lipidów płodu. Jej stężenie we krwi matki jest pochodzenia płodowego i rośnie już od pierwszego miesiąca ciąży, gwałtownie spadając tuż przed porodem. W ciąży mnogiej ilość AFP wzrasta proporcjonalnie do liczby płodów.

**Marker HCG**, gonadotropina kosmówkowa (human chorionic gonadotropin) – glikoproteina, zbudowana z podjednostek alfa o beta, wytwa-

rzana jest przez łożysko. Stosowana jest nie tylko dla wykrywania ciąży, ale również do oceny prawidłowego rozwoju tegoż łożyska i dobrostanu płodu w pierwszych miesiącach ciąży. Obniżone wartości w stosunku do wartości referencyjnych (normy), obserwujemy w wypadku ciąży pozamacicznej lub obumarłej.

U kobiet nie będących w ciąży hCG może być wytwarzane przez guzy trofoblastów, guzy drobnokomórkowe z elementami trofoblastycznymi oraz niektóre guzy nietrofoblastyczne.

Niepowiązane z ciążą, podwyższone stężenie hCG występuje u pacjentów z nowotworami drobnokomórkowymi, nowotworami jajników, pęcherza, trzustki, żołądka, płuc i wątroby. Podwyższone wartości hCG plus frakcja beta-hCG występują także w nowotworach jądra, nasieniaku, łożyska, zaśniedziałym, raku okrężnicy, guzach jelita cienkiego i w raku nerki.

Stosowane w Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej OCO testy wykrywają hCG oraz wolną podjednostkę beta, co pozwala na monitorowanie pacjentów z nowotworami trofoblastycznymi, jak również, wraz z AFP, pacjentów z nowotworami jąder, nie będących nasieniakami.

Katarzyna Rozik

*Autorka jest magistrem analityki medycznej, asystantką w Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej*

# XVIII FINAŁ

10 stycznia 2010

PO RAZ DRUGI GRAMY DLA DZIECI Z CHOROZAMI ONKOLOGICZNYMI  
NA DOPOSAŻENIE KLINIK ONKOLOGICZNYCH W SPRZĘT WYSOKOSPECJALISTYCZNY

*"Ktokolwiek ofiarował choćby jeden grosz  
ten zagrał w naszej orkiestrze, dając dowód,  
że nie jest mu obcy los polskich dzieciaków"*

## PODZIĘKOWANIE

dla

### Wojewódzkiego Ośrodka Koordynacji Programów Profilaktycznych Opolskie Centrum Onkologii

W imieniu Sztabu XVIII Finału WOŚP w Opolu serdecznie dziękuję za włączenie się do tegorocznej akcji pomocy dzieciom chorym na choroby onkologiczne poprzez pomoc przy organizacji zbiórki pieniędzy i koncertu w Opolu w dniu **10 stycznia 2010 roku**.

Bezinteresowna pomoc i zaangażowanie wielu ludzi dobrej woli i wolontariuszy - sprawiły, że po siedemnastu finałach Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w każdym szpitalu w Polsce znajdują się nowoczesne urządzenia medyczne dla najmłodszych, wszystkie noworodki mają przebadany słuch, leczony jest każdy wcześniak z retinopatią, najmłodsze dzieci otrzymują osobiste pompy insulinowe a we wszystkich szkołach szkoli się polskie dzieci z udzielania pierwszej pomocy. Tegoroczna zbiórka pomoże stworzyć dodatkowe punkty diagnostyki onkologicznej dla dzieci.

To dzięki takim ludziom, jak Pan Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy może grać w całej Polsce i na całym świecie czyniąc nasz kraj, zwłaszcza tego jednego dnia, radosnym, miłym, twórczym i godnym pokazywania innym.

Dziękuję  
i zapraszam do grania z nami  
do końca świata i jeden dzień dłużej!

Szef Opolskiego Sztabu WOŚP

Elżbieta Marcinişyn  
Dyrektor Młodzieżowego Domu Kultury w Opolu

Opole, 10 stycznia 2010 roku



Opolscy onkolodzy o tezach przedstawionych w tygodniku „Przekrój”

## Mammografia – półprawdy i kłamstwa „Przekroju” (cz.1)

„Z góry współczuję każdemu, kto pokusi się o zamach na świętą krowę skryningu” – to jedno ze zdań brytyjskiego chirurga prof. Michaela Bauma (za brytyjskim „The Times”), zacytowane w końcowych akapitach tekstu „Mammografia – cała prawda czy półprawdy?” autorstwa Ireny Cieślińskiej, a zamieszczonego w tygodniku „Przekrój” w październiku 2009 r.

Okazuje się, że M. Baum, wieloletni, były szef badań przesiewowych piersi w Wielkiej Brytanii „współczuje” właśnie autorce „Przekrojowego” artykułu. Bo jej obszerny, kilkustronicowy tekst napisany jest z tezą, której clou stanowi następująca opinia: „Diagnozowanie i leczenie raka, a zwłaszcza raka piersi, przynosi ludziom więcej szkody niż pożytku”.

Cały zresztą tekst jest kuriozalny. Irena Cieślińska, podpierając się zobudowaną, głównie anglojęzyczną bibliografią, prezentuje swój pogląd na sens, a raczej - jej zdaniem - bezsens uczestnictwa kobiet w skryningu mammograficznym, którego – jak wiadomo - podstawowym celem jest wykrywanie raka w możliwie najwcześniejszym stadium rozwoju. Próbuje też przekonać polskie czytelniczki do zaprzestania nie tylko poddawaniu się mammografii, ale stosowaniu wręcz tak nieinwazyjnych metod autodiagnostyki, jak samobadanie piersi!

Trzeba niestety przyznać, że swą quasinaukową argumentacją autorka posługuje się bardzo zręcznie (nie sposób jej odmówić doskonałego warsztatu dziennikarskiego), zaś odpowiednio użyte formy czasowników (1 os. l.m. – my), sugerują wręcz, że

tekst jest autorstwa lekarza onkologa. A nie jest.

Mocno też zastanawia postawa wobec skryningu, cytowanego na wstępie prof. Michaela Bauma, wręcz zaprzeczająca sensowi jego własnej, wieloletniej pracy. Tym bardziej, że to właśnie wyniki brytyjskie należały do pierwszych, które jednoznacznie wskazywały na zależność między skryningiem a spadkiem umieralności (zob. poniższy wykres). Począwszy od roku 1987, w którym Wielka Brytania wprowadziła obowiązkowy skryning mammograficzny, spadek umieralności Brytyjek na raka piersi stał się faktem.

Śmiertelność z powodu raka piersi w Wielkiej Brytanii w latach 1950-94



O „prawdach” red. Cieślińskiej rozmawiamy z lekarzami Opolskiego Centrum Onkologii: dr n. med. **Kazimierzem Drosikiem**, ordynatorem Oddziału Onkologii Klinicznej a zarazem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie onkologii klinicznej, oraz **Bożeną Widz-Tomalą**, radiologiem- skrynerem, kierownikiem Pracowni Diagnostyki Obrazowej, i **Beatą Wnęk-Rzeszut**, również radiologiem skrynerem.

Dr Drosik nie ma wątpliwości, że

większość też zawartych w artykule nie znajduje uzasadnienia w faktach i, co więcej, jest sprzeczna ze stanem aktualnej wiedzy medycznej.

- Weźmy np. zdanie, że „*sama diagnostyka pobudza raka do wzrostu*”. Otóż, jest to czysta spekulacja, na którą nie ma, ba - nie może być - naukowych dowodów! Jest faktem, że przy gojeniu się ran, a więc także po biopsji guza, następuje proces tzw. angiogenezy, czyli poprawa ukrwienia uszkodzonej tkanki, aby rana mogła się szybciej zagoić. Ale autorka nie wspomina, może nie wie, że **nowotwór tę angiogenezę uruchamia znacznie wcześniej, kiedy guz ma ok. 1-1,5 mm, czyli jest poza zasięgiem diagnostyki. Proces zostaje więc uruchomiony na długo przed biopsją!** Trzeba też wiedzieć, że jeśli guz jest bardzo mały to zleca się co najwyżej biopsję cytologiczną, cienkoigłową. Nie uszkadza ona tkanki, bo pobiera się zaledwie kilka komórek, aby zbadać czy są to komórki nowotworowe czy nie. Ponadto wczesne guzki wykryte w mammografii są usuwane w całości, z odpowiednim marginesem. Z kolei biopsje otwarte, gruboigłowe, wykonuje się w guzach zaawansowanych. Szuka się w nich komórek rakowych, ale też uzyskuje materiał do badań immunohistochemicznych. Pozwala to potwierdzić obecność niektórych receptorów, co z kolei umożliwia zakwalifikowanie pacjentki do leczenia systemowego. **A w leczeniu systemowym nie odgrywa większej roli to, czy choroba jest bardziej czy mniej zaawansowana.** W ogóle kwestia przerzutowania jest znacznie bardziej skomplikowana i na pewno nie polega na przypadkowym dostaniu się komórek nowotworowych do krwiobiegu. Również **ryzyko, że rozsiew choroby nastąpi wskutek**

## **jakiejs manipulasi, jest zerowy.**

Dr dr Bożena Widz- Tomala i Beata Wnęk-Rzeszut nie negują, rzecz jasna, szkodliwego wpływu promieniowania jonizującego jako takiego, jednak stanowczo dementują istnienie zagrożenia ze strony mammografii.

- Zarówno nowoczesna technika medyczna, jak i kontrola radiologiczna czuwają nad tym, aby dawki promieniowania były minimalne i nie zagrażały zdrowiu. M.in. stosowane są różnego rodzaju filtry, maksymalnie ograniczające to ryzyko. Z kolei panie obciążone genetycznie są przeważnie diagnozowane przy pomocy rezonansu magnetycznego. Dotyczy to raczej młodszych kobiet, bo w ich wypadku mammografia nie zawsze się sprawdza. W ich piersiach dominuje tkanka gruczołowa a piersi kobiet starszych, po 50. roku życia, mają strukturę tłuszczową i właśnie dlatego **mammografia jest w ich wypadku najlepszą na świecie metodą wczesnego wykrywania raka piersi.**

Twierdzenie „Przekroju”, że „*efekty leczenia raka są słabe a śmiertelność utrzymuje się na tym samym poziomie, mimo wykrywania i leczenia coraz więcej nowotworów*”, jest zdaniem dr. Drosika również nieprawdziwe.

- Bo przecież sedno nie w tym, ilu chorych umiera, jako że ostatecznie umierają wszyscy, ale w tym, w jakim czasie od momentu rozpoznania ten zgon następuje! A tu nie ma absolutnie żadnych wątpliwości! Analizując dane m.in. wg klasyfikacji TNM, czyli na podstawie stadium zaawansowania raka, wynika jednoznacznie, że **szanse na przeżycie 5 lat są dużo wyższe u osób, u których rozpoznaje się chorobę w I stopniu zaawansowania niż u tych, którym zdiagnozowano chorobę w II, III, IV stopniu.** Tak więc prawdą jest, że te chore, które

robią mammografię, i te chore, które jej nie robią, wszystkie kiedyś umrą, choć niekoniecznie na raka. Ale **te panie, które się badają, mają większą szansę, że umrą później i z innego niż rak powodu**, niż te które się nie badają, u których wykryty zostanie rak w zaawansowanym stadium.

Opolskie radiolożki przytaczają konkrety z najnowszych doniesień naukowych:

- Z referatów wygłoszonych na międzynarodowej konferencji „Programy skryningowe na przełomie wieków- doświadczenia i perspektywy”, która odbyła się pod koniec listopada ub.r. we Wrocławiu wynika jednoznacznie, że od 2007 r., czyli od czasu wprowadzenia skryningu w Polsce, wykrywa się znacznie więcej raków piersi we wcześniejszych stadiach, co jednoznacznie wpływa na spadek liczby zgonów z powodu raka piersi w grupie wiekowej 50-69 lat. **Wykrywa się także więcej nowotworów in situ, czyli przedinwazyjnych, a 72 proc. tych rozpoznań wykryto właśnie w grupie skryningowej.** Dowody? Cytuję: „W roku 2005 na Dolnym Śląsku wykryto 41 proc., guzów wielkości T1 (0,5-2 cm), T2 (2-5cm) – 40 proc., T3 (ponad 5 cm) - 5 i T4 (naciekający) -13. Trzy lata później, po pełnych 2 latach skryningu, dane te przedstawiały się odpowiednio: T1-54 proc., T2-32, T3-6, T4-8”. Dane te są jednoznaczne. Ponadto – twierdzą autorzy opracowania - widoczna jest zwiększona liczba zarejestrowanych nowotworów in situ, czyli przedinwazyjnych. W 2005 wykryto ich zaledwie 16, w 2006 – 26, w 2007 – 43 (dwu i półkrotny wzrost), w 2008 – 65 (4 razy więcej niż w 2005), z tego w grupie skryningowej 47 proc., czyli 72 proc. rozpoznań wszystkich raków in situ.

Teza „Przekroju”, że raki in situ to raki, o których „*nikt nie wie, czy będą groźne, dlatego na wszelki wypadek leczy się je z całą możliwą gorliwością*” jest zdaniem dr. Drosika kuriozalna.

- **Zastosowanie chemioterapii u chorej z rakiem piersi in situ – to jakiś absurd!** Gdyby jednak gdzieś stosowano takie leczenie to proponowałbym nie pojawiać się już w takiej klinice...

Doktor wyjaśnia szczegółowo, że rak in situ nie jest jakąś wydzieloną postacią raka, ale jest rakiem tak samo złośliwym, tyle że jego komórki nie przeszły jeszcze tzw. błony podstawnej nabłonka (co jest tylko kwestią czasu), a to znaczy, że ryzyko, iż dał przerzuty, jest zerowe.

Mammografia, podkreśla dr Drosik, podobnie jak inne badania profilaktyczne, ma na celu rozdzielenie populacji objętej badaniem na te panie, które są prawdopodobnie zdrowe, i na te, u których stwierdza się zmiany prawdopodobnie podejrzane.

- Z jej pomocą wykrywa się guzy łagodne i złośliwe. Jeśli zmiana jest złośliwa ocenia się czy to jest rak in situ czy rak inwazyjny. I do każdego typu stosuje się odmienne metody postępowania. Raka in situ leczy się przez usunięcie guza w całości, bo tylko wtedy możliwe jest dokładne sprawdzenie oraz ocena, czy w innych miejscach nie ma inwazji. I wówczas, jeśli jest duże ryzyko, można zastosować mało agresywne lub w ogóle nieagresywne leczenie. Czasem stosowana jest hormonoterapia, ale i tak nie dotyczy ona tego usuniętego guza, ale tego, że jakaś zmiana może pojawić się w innym miejscu, np. w drugiej piersi. Podkreślę zatem, że **jeśli po usunięciu guza okazuje się, że jest on in situ, to praktycznie chora zostaje wyleczona w momencie zabiegu i nie ma co**

**zawracać sobie głowy wątkiem „po jakim czasie ten guz stałby się inwazyjny”? Ale jeśli okazuje się, że rak jest inwazyjny, to wdraża się postępowanie, łącznie z rozszerzonym zabiegiem chirurgicznym. Dlatego **poгляд, że należy czekać z diagnostyką, jest bezsensowny, żeby nie powiedzieć bardzo szkodliwy, bo aby wiedzieć czy chora ma czas czy nie, musimy guza najpierw zbadać.****

- Powoływanie się w artykule na przykład kobiety, która miała rzekomo raka in situ, a odjęto jej pierś, to jest jakaś totalna bzdura! – zżymają się opolskie radiolożki. - Owszem są na świecie ośrodki, np. w USA, w których z uwagą obserwuje się pacjentki z rakiem in situ, ale dotyczy to wyłącznie kobiet w podeszłym wieku, u których poziom hormonów jest już bardzo niski, a wiadomo, że rak piersi to rak hormonozależny. Kiedy więc u takiej kobiety stwierdza się raka in situ to jest szansa, że nie przejdzie on w fazę inwazyjną a kobieta umrze z zupełnie innego powodu. Jest jednak i druga strona medalu – kto jest w stanie wytrzymać psychicznie takie napięcie? Przecież każdemu okresowemu badaniu towarzyszy strach, że może mój rak przeszedł już w postać inwazyjną?... **Trudno też wyobrazić sobie podanie zdrowej kobiecie chemioterapii?! Na wszelki wypadek?! Tak to może sobie eksperymentować dr House...**

Zdanie „Przekroju”, że „*biopsja lub chirurgia traumatyzują tkanki uśpionego guza i guz nieinwazyjny staje się agresywny*” oraz że u „*znakomitej większość pań, u których znajdujemy wczesne stadium raka(...) ich nowotwór nieniekpokojony pozostawałby w uśpieniu przez całe lata*” - również bulwersuje opolskich lekarzy.

- Onkologia zna pojęcie uśpionych

przerzutów, a nie guzów – mówi ordynator Drosik. - O uśpieniu guzów nic nie wiemy także dlatego, że tej wiedzy nigdy mieć nie będziemy. Bo jeśli wykrywa się guz, to się ten guz leczy albo usuwa. Nikt nie zaryzykuje obserwacji czy guz się zmienia czy nie.

- Poza tym musiałyby to być badania randomizowane, z grupą kontrolną, aby móc porównać pacjentki leczone z tymi, które leczone nie są. Bez badań nikt nie może powiedzieć, co się z chorą dzieje - wtórują dr dr Widz i Wnęć. - A nieleczenie chorej i tylko obserwowanie, czy może już rozwinął się rak inwazyjny jest nie do wyobrażenia ze względów etycznych! Nikt by na takie badanie nie pozwolił! Jednym słowem teza autorki jest nie do empirycznej weryfikacji. No, chyba że badanoby bliźniaczki jednojajowe, u których w tym samym czasie wykryłoby raka piersi we wczesnym stadium i jedna z nich zostałaby poddana terapii, a u drugiej obserwowanoby tylko przebieg choroby bez jakiegokolwiek medycznej ingerencji. Tylko nikt na takie eksperyment nie wydałby zgody. No i musiałyby to być raki jednakowe pod względem histologicznym, bo nie ma jednego raka piersi.

Krystyna Raczyńska

(dokończenie polemiki za miesiąc)

## **Nowa winda dla pacjentów**

W budynku głównym szpitala, od strony wejścia na oddziały, oddano do użytku pacjentów oraz osób ich odwiedzających nową, panoramiczną windę.

Coraz większa wiedza gimnazjalistów o zasadach zdrowego stylu życia

## O szkodliwości niktynizmu, nadmiaru alkoholu i błędów w żywieniu

Sześć klas Publicznego Gimnazjum Nr 6 w Opolu, w sumie ok. 150 uczniów, w połowie lutego br. wzięło udział w spotkaniu z dr. **Markiem Szwiecem**, onkologiem klinicznym a także genetykiem z Opolskiego Centrum Onkologii. Gimnazjaliści wysłuchali prelekcji na temat zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, ze szczególnym uwzględnieniem tych punktów Kodeksu, które traktują o szkodliwości palenia papierosów, picia alkoholu w nadmiarze, w tym także piwa, jak również potrzeby zdrowego odżywiania się, ruchu na świeżym powietrzu, ale i unikania przesadnego opalania się, a zwłaszcza korzystania z solariumów.

Dr Szwiec wiele uwagi poświęcił skutkom nałogu tytoniowego, i to nie tylko w aspekcie potencjalnego zagro-

żenia rakiem płuca, ale także negatywnego wpływu niktynizmu m.in. na układ krążenia czy seksualną wydolność, zwłaszcza mężczyzn. Omówił też zgubny wpływ spożywania w nadmiarze alkoholu na sprawność organizmu człowieka, zarówno fizyczną, jak i umysłową. Podkreślił, że alkoholem jest także „niewinne” z pozoru piwo, które młodzież spożywa na co dzień, bez jakiegokolwiek refleksji odnośnie do zagrożenia uzależnieniem, nie mówiąc o wzroście ryzyka zachorowania na niektóre typy raka.

Ogromne ryzyko choroby nowotworowej, być może największe, wiąże się także z błędami w codziennym menu. Każdego roku ponad 40 tysięcy Polaków umiera na raka niejako „na własne życzenie”, bo przyczyną choroby było właśnie złe odżywianie się.



Prelekcja na temat zdrowego stylu życia, ujętego w kanonach zasad wspomnianego Kodeksu Zdrowego Życia, w PG Nr 6 w Opolu miała miejsce po raz drugi. Stanowiła element długofalowych działań prowadzonych przez te szkoły na rzecz promocji zdrowego stylu życia w oparciu o zasady wspomnianego Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

Po prelekcji młodzież otrzymała

egzemplarze Kodeksu (także w wersji komiksowej), jak również ulotki, promujące jego zasady.

Wiedza gimnazjalistów „szóstki” o zasadach zdrowego stylu życia jest coraz większa, ale co młodzież robi z tą wiedzą – nie wiadomo. „Kropla draży skałę nie siłą, ale ciągłym padaniem” - i to jest właśnie sedno wszelkich, profilaktycznych, długoterminowych działań.

*Ludzie nie dlatego przestają się bawić, bo się starzeją, lecz starzeją się, bo przestają się bawić.* Mark Twain

## Uśmiechnij się

\*\*\*

*Pewien prestidigitator pracował na statku wycieczkowym na Karaibach. Widownia się zmieniała, więc iluzjonista tydzień po tygodniu pokazywał te same sztuczki. Jedynym problemem była papuga kapitana, która oglądała te numery tak długo, że powoli zaczęła rozumieć, na czym polegają. Raz zaczęła wołać w czasie pokazu: „Patrzcie! To nie ten sam kapelusz!”, innym razem: „Patrzcie! Chowa kwiaty pod*

*stół!” Magik był wściekły, ale nie mógł nic zrobić, bo jednak była to papuga kapitana.*

*Pewnej nocy statek zderzył się z innym i zatonął. Magik ocknął się sam, dryfujący na kawałku drewna, na którym siedziała również papuga. Oboje się nienawidzili, więc nie odzywali się do siebie słowem.*

*I tak mijał dzień za dniem... Po tygodniu papuga wreszcie mówi: - Ok! Poddaję się! Gdzie jest statek?!*

## Rozwiń swój genialny umysł

### Jakie karty leżą kolejno na stole?

Na stole leżą koszulkami do góry (a więc niewidoczne) w rzędzie 4 karty.

Król leży bliżej damy niż walet króla. Król leży bliżej siódemki niż dama króla. Karta kierowa leży bliżej karty karowej niż karta treflowa karty kierowej. Karta kierowa leży bliżej karty pikowej niż karta karowa karty kierowej. Tuż obok waleta leży karta pikowa.

*Rozwiązania w numerze kwietniowym.*

Rozwiązanie z numeru lutowego: *Najpierw tniemy tort na krzyż. Następnie układamy wszystkie jego kawałki w jednej linii i jednym cięciem dzielimy je wszystkie na 2.*

„Biuletyn informacyjny OCO”, wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii, [www.onkologia.opole.pl](http://www.onkologia.opole.pl)

Redaktor naczelna: Krystyna Raczyńska

Adres redakcji: 45-060 Opole, ul. Katowicka 66a, tel. 77 441 60 95, fax 77 441 61 32

Dyrekcja Opolskiego Centrum Onkologii: 77 441 6001, fax 77 441 6003,

Rejestracja (w nowym pawilonie): 77 441 6007 (8), Rejestracja Główna (w starym obiekcie): 77 441 6004 (5)

Izba Przyjęć: 77 441 6010, Rejestracja Zakładu Diagnostyki Obrazowej: 77 441 6039

Skład i druk: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4, tel. 77 44 10 777, [biuro@eurocent.opole.pl](mailto:biuro@eurocent.opole.pl)

Druk sfinansowano m.in. ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych