

„Wstał Pan Chrystus z martwych ninie, Alleluja, alleluja !
Uweselił lud swój mile, Alleluja, alleluja !”.

(pieśń wielkanocna)

ks. dr Józef Tarnawa S.J.

*Kapelan Opolskiego Centrum Onkologii
i Szpitala Wojewódzkiego w Opolu*

Wielkanoc, to najstarsze i najważniejsze święto chrześcijańskie, które upamiętnia śmierć krzyżową i zmartwychwstanie Jezusa Chrystusa. Poprzedzając ją tydzień stanowi okres wspomnienia najważniejszych dla wiary chrześcijańskiej wydarzeń, nazywany jest Wielkim Tygodniem, a Wielki Czwartek, Wielki Piątek i Wielka Sobota noszą nazwę Triduum Paschalnego. Podczas Soboru nicejskiego w roku 325 ustalono, że Wielkanoc będzie obchodzona w pierwszej niedzielę po pierwszej wiosennej pełni Księżyca. Z tego powodu, jest więc ona świętem ruchomym i może się znajdować w przeciągu czasowym, począwszy od 22 marca do 25 kwietnia. Z dniem Wielkanocy związany jest także termin większości ruchomych świąt chrześcijańskich.



Święta Wielkanocne nacechowane są radością, a w swojej symbolice nawiązują do narodzin nowego ładu i żywej nadziei dla wierzących. Począwszy od wspomnianego Soboru Nicejskiego, powtarzamy w naszym wyznaniu wiary: „I zmartwychwstał trzeciego dnia, jak oznajmia Pismo”. W tym miejscu należy dodać, że chociaż wszystkie prawdy wiary zostały nam przekazane przez Pismo Święte, to w tym przypadku mamy do czynienia z wydarzeniem, które przekracza nasze wyobrażenia. Świadectwa Pisma Świętego oparte na kilkudziesięciu zdaniach tych, którzy widzieli Chrystusa żyjącego po śmierci, są w gruncie rzeczy bardzo powściągliwe. Ewangelisci opisują obszernie mękę i śmierć Jezusa, a o Jego zmartwychwstaniu mówią bardzo dyskretnie, wręcz nieśmiało, jakby wciąż nie mogli ochłonąć z wrażenia po tym wszystkim, co się wydarzyło. Obraz Chrystusa zmartwychwstałego jest ledwie naszkicowany, pozbawiony tryumfalizmu i sensacji. Wyczuwa się szacunek dla tajemnicy, zdumienie, a nawet lęk, ale przede wszystkim ogromną radość i nową nadzieję, która wstąpiła w ich serca.

Najogólniej mówiąc można wyróżnić trzy rodzaje świadectw, mówią-

cych o powstaniu Chrystusa z martwych. Najpierw to wyznanie wiary, o którym mówi św. Paweł w Liście do Koryntian. Jest on napisany około 56 roku, jako najstarszy fragment katechezy nowotestamentalnej o zmartwychwstaniu: „Przekazałem wam na początku to, co przejąłem, że Chrystus umarł - zgodnie z Pismem - za nasze grzechy, że został pogrzebany, że zmartwychwstał trzeciego dnia, zgodnie z Pismem, i że ukazał się Kefasowi, a potem Dwunastu” (1 Kor 15, 3-5). Podobne sformułowania odnajdujemy w Dziejach Apostolskich, w mowach św. Piotra i innych Apostołów. W swoim brzmieniu są one zgodne, a zarazem jednoznaczne. Stwierdzają bowiem, że: „Chrystus umarł na krzyżu, ale żyje, ponieważ Bóg Go wskrzesił, widzieliśmy Go żyjącego”. Świadectwa czterech Ewangelii są rozbudowaną formą tego pierwotnego wyznania. Następnym dowodem przemawiającym, wprawdzie pośrednio tylko za zmartwychwstaniem Chrystusa jest znak pustego grobu. Ewangelisci opowiadają o tym, że Apostołowie i inni przekonują się sami, że grób Chrystusa jest pusty. Nieobecność ciała Jezusa, choć pilnowała go doborowa, rzymska straż, a starannie opieczętowany grób był przywalony ciężkim kamieniem, wskazuje na to, że stało się tu coś wyjątkowego. Najbardziej przekonującym jednak świadectwem przemawiającym za zmartwychwstaniem Jezusa jest Jego ukazywanie się Apostołom, niewiastom i wybranym świadkom.

„Pan rzeczywiście zmartwychwstał” - pisze św. Łukasz (24,35). Słowo „rzeczywiście” podkreśla odniesienie do obiektywnej rzeczywistości. Mimo, że zmartwychwstanie jest czymś tajemniczym i trudnym do pojęcia, to jednak jest wydarzeniem historycznym. Ewangelie dalekie są od pokazania wspólnoty opanowanej euforią, jakąś mistyczną egzaltacją. Wprost przeciwnie, pokazują uczniów wstrząśniętych śmiercią Mistrza. Z wielkim trudem przychodzi im przyjąć do wiadomości prawdę o zmartwychwstaniu. Nie uwierzyli kobietom wracającym od grobu. Ich słowa „wydały im się czczą gadaniną”(Łk 24, 11). Gdy Jezus ukazuje się Jedenastu „wyrzuca im brak wiary i upór, że nie uwierzyli tym, którzy widzieli Go zmartwychwstałego” (Mk 16,14).

Jakie to ma znaczenie dla nas? Każde pokolenie, podobnie jak i my dzisiaj stawiamy sobie to pytanie. Jest to pytanie zasadnicze, bo dotyczy samej istoty naszego człowieczeństwa. W tym świetle możemy zrozumieć zasadniczy sens naszego życia i jego ostatecznego przeznaczenia. „Jeśli Chrystus nie zmartwychwstał, daremne jest nasze nauczanie, próżna jest także nasza wiara” (1 Kor 15, 14). Św. Paweł wyjaśnia, że Zmartwychwstanie Chrystusa jest ostatecznym potwierdzeniem Jego misji, wszystkiego, co czynił i czego nauczał. Potwierdza Jego Boskość i jest wypełnieniem obietnic Starego Testamentu. Zmartwychwstanie odsłania pełny sens cierpienia i krzyża Chrystusa. Można powiedzieć, że Syn Boży umierając na krzyżu wydał się cały Ojcu. Na tę miłość Syna Ojciec

odpowiada również miłością, wskrzeszając Go do życia. Z tej Bożej miłości, która objawiła się w krzyżu i zmartwychwstaniu rodzi się nasze zbawienie: wyzwolenie od zła, grzechu i śmierci. Powstaje nasza nowa i trwała wspólnota z Bogiem. Ostatnim słowem, które wyznacza nasz ludzki los i jego ostateczne przeznaczenie nie jest śmierć, ale Życie. To życie jest głoszone i przekazywane w kościele przez Słowo Boże, jako Dobrą Nowinę i przez sakramenty. Dotyczy to zwłaszcza Eucharystii, gdzie obojście każdy z nas może się spotkać ze Zmartwychwstałym, który leczy nasze obawy, lęki i niepokoje. Tu „czeka On na każdego z nas, i – jak Apostołów w Wieczerniku



– chce nas umocnić darem Ducha Świętego, swoim słowem i Chlebem życia wiecznego” (z listu pasterskiego arcybiskupa Alfonsa Nossola na okres wielkanocnej pokuty 2006). Tę prawdę trafnie zawarł w swoim wierszu nasz śląski poeta i pisarz - Zbyszko Bednorz w wierszu pt.: „Zmartwychwstały”.

„W każdej Hostii, która się ustom nachyla,

Zmartwychwstały mówisz – pokój tobie.

A jam jest, Panie, grzechowa mogiła,

Dzisiaj wstający – jutro znowu w grobie.

Choć męczony przez gwoździe i powrót mych złości,

Choć przez wolę mą co dzień bolejący giniesz,

Przecież ze mnie, Jezusie, wzniesić pragniesz świątynię,

Przecież na mnie wciąż czekasz w białej, tęskniącej Hostii.

A Ty nieustający: Ofiara i Zmartwychwstanie

Przyjmujesz moje klęski, jakie w Twój Kościół rzucam,

I mój bunt człowieczy, co psalmy zagłusza...

Miłości, w witrażu Nieba płonąca wołaniem !

Ach, daleko odwalić gniotące grób kamienie –

Chcę pójść z Tobą do Emaus, aby na ziemskiej drodze

W tęskniącej Hostii zmartwychwstającej co dzień

Wymodlić swoje człowiecze zbawienie.

Na zbliżający się czas nadchodzących świąt wzajemnie składamy sobie życzenia Radości Wielkanocnego Poranka. Niech łączność z Ukrzyżowanym i Zmartwychwstałym Chrystusem napelnia nasze serca pokojem, a radość Zmartwychwstania przynosi każdemu nadzieję zwycięstwa dobra nad złem i opromienia swym blaskiem mroki naszej codzienności, ubogającą nas zarazem mocą do przemiany rzeczywistości, w której żyjemy.

Powiększone węzły chłonne – co powinniśmy wiedzieć

lek. med. Maria Urbaniec
Opolskie Centrum Onkologii

Węzły chłonne należą do układu chłonnego, zwanego limfatycznym. Do układu chłonnego należą również naczynia chłonne, migdałki, śledziona, grasica, szpik kostny, grudki chłonne znajdujące się w żołądku, nerkach, wyrostku robaczkowym, oskrzelach, skórze. Węzły chłonne rozmieszczone są wzdłuż naczyń chłonnych, którymi przepływa chłonka, czyli limfa. Chłonka jest płynem tkankowym, który spływa z tkanek naszego organizmu do otwartych naczyń limfatycznych. Najmniejsze naczynia układu chłonnego nazywamy naczyniami włosowatymi. Naczynia włosowate łączą się w większe tworząc bogatą sieć układu chłonnego, która łączy się z układem krwionośnym. Zanim chłonka wpłynie do układu krwionośnego przepływa przez węzły chłonne, które spełniają rolę filtra biologicznego. U zdrowego człowieka węzły chłonne mają wielkość ziarna soczewicy, kształtem przypominając małą fasolkę. Są skupiskami tkanki limfatycznej, w której powstają limfocyty oraz przeciwciała a pełnią rolę filtra chłonki; wychwytyują i niszczą bakterie, toksyny, komórki martwiczo zmienione, metale ciężkie. Węzły chłonne skupione są w grupach. Największe skupisko węzłów chłonnych znajduje się na szyi, w dołach pachowych, pachwinach, w klatce piersiowej, jamie brzusznej. W stanach chorobowych węzły chłonne mogą ulec powiększeniu do znacznych rozmiarów, tworząc podskórną wyczuwalną guzki, zgrubienia lub pakiety.

Powiększone węzły chłonne świadczą o zaatakowaniu naszego organizmu przez różne czynniki chorobotwórcze, a nasz organizm stanął do walki, aby je unieszkodliwić. Najczęstszą przyczyną powiększenia węzłów chłonnych są:

a) zakażenia

- wirusami w przebiegu mononukleozy zakaźnej, cytomegalii, odry, różyczki,
- pierwotniakami w przypadku toksoplazmozy,
- krętkami w kile,
- pałeczkami Brucela w brucelozie,
- grzybami,
- bakteriami w zapaleniu gardła, anginie, zapaleniu zatok, ucha środkowego,



- zakażonych ranach, czyrakach,
- prątkami gruźlicy,
b) choroby nowotworowe pierwotne i przerzutowe,
c) choroby alergiczne,
d) reumatoidalne zapalenie stawów,
e) po szczepieniach,
f) po ukąszeniu owadów,
g) po podaniu domięśniowym niektórych leków,
h) w chorobie kociego pazura.

Leczenie powiększonych węzłów chłonnych zależy od czynnika, który je wywołał.

W przypadku zapalenia węzłów chłonnych, prawie zawsze konieczne jest podawanie antybiotyków. Poza leczeniem bardzo ważne znaczenie ma zapobieganie zapaleniom węzłów chłonnych poprzez unikanie zakażenia, a także zwiększając odporność naszego organizmu. Należy zatem:

- odpowiednio się odżywiać. Nasze pożywienie powinno zawierać składniki zwiększające odporność, takie jak magnez, selen, cynk, kwas foliowy, nienasycone kwasy tłuszczowe, witaminy A, B, C, D, E. Składniki te znajdują się w pomidorach, bananach, pietruszce, kukurydzy, czosnku, rybach, burakach, warzywach strączkowych, jabłkach, ryżu, kakao.
- ograniczyć spożywanie cukru, unikać używek takich jak tytoń czy alkohol,
- uprawiać sport (osoby starsze powinny regularnie ćwiczyć).

Problemem mogą być, powiększone węzły chłonne bez uchwytnej przyczyny. Widoczne lub wyczuwalne podczas badania. Każdy taki przypadek wymaga natychmiastowej wizyty u lekarza, celem poszukiwania przyczyn. Pozapalne zmiany w węzłach wycofują się powoli. Jeżeli jednak węzeł chłonny powiększony jest po leczeniu infekcji, nie znika lub pojawia się ponownie, należy wykonać badania pozwalające na dokładne określenie przyczyny powiększenia.

* lek. med. Maria Urbaniec - posiada: I i II ° specjalizacji z chirurgii ogólnej, II ° specjalizacji z chirurgii onkologicznej a także specjalizację z zakresu anestezjologii i reanimacji



Infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego a ryzyko zachorowania na raka

dr n. med. Kamila Czerw
Opolskie Centrum Onkologii

Z ponad 100 znanych typów wirusa HPV, około 30 jest odpowiedzialnych za infekcje narządów płciowych u ludzi. Szacuje się, że około 630 milionów ludzi jest zakażonych tymi wirusami. W pewnym momencie swojego życia, połowa aktywnych seksualnie kobiet i mężczyzn ulega zainfekowaniu wirusem HPV (80 % aktywnych seksualnie kobiet, zostaje zakażona do 50 roku życia, ale najbardziej podatne na infekcje, są dziewczęta przed ukończeniem 18 roku życia, a infekcja najbardziej rozpowszechniona jest u młodych dorosłych w wieku 18 - 28



lat). Większość zakażeń wirusem HPV, przebiega bezobjawowo. Do przenoszenia wirusa dochodzi, mimo braku widocznych na narządach płciowych zmian (brodawki, kłykciny).

Większość zakażeń, może ustępować samoistnie dzięki odporności organizmu, w ciągu 1 - 2 lat. Część jednak zakażeń, zwłaszcza typami wirusa wysokiego ryzyka tzn. 16, 18, 31, 45, może prowadzić do rozwoju raka szyjki macicy. Wirusy 16 i 18 odpowiadają za około 70 % przypadków powstania tej choroby. Inne wirusy tzw. „niskiego ryzyka”, odpowiadają za tworzenie innych łagodnych zmian na narządach moczowo - płciowych np. wirusy 6 i 11 odpowiadają za tworzenie 90 % brodawek w okolicy narządów płciowych. Czasami dochodzi do przeniesienia infekcji z matki na dziecko, i mogą wtedy tworzyć się u dzieci brodawczaki w górnych drogach oddechowych.

Rozpoznawanie infekcji HPV.

Najprostszą metodą rozpoznawania zakażenia wirusem HPV, jest badanie cytologiczne - stosowane jak badanie przesiewowe dla raka szyjki macicy. Nie jest to jednak badanie specyficzne dla tego schorzenia, nie może w sposób jednoznaczny określić obecności lub braku zakażenia wirusem. Istnieją obecnie, specyficzne molekularne testy mające na celu wykrycie obecności wirusów HPV.

Leczenie infekcji HPV.

W chwili obecnej nie ma leków przeciwwirusowych dla leczenia tej infekcji. Istnieje jednak kilka metod leczenia objawowego zmian, które te wirusy wywołują np. brodawczaków.

Zapobieganie infekcji HPV.

Choroba ta jest przenoszona drogą płciową. Ograniczenie liczby partnerów seksualnych zmniejsza ryzyko infekcji. Stosowanie prezerwatywy nie wyklucza ryzyka infekcji a jedynie nieznacznie ją ogranicza. Należy pamiętać, że zakażenie wirusem HPV często nie daje widocznych objawów i nie da się stwierdzić, czy dana osoba jest zdrowa bez przeprowadzenia specyficznych badań. Dla kobiet, metodą zapobiegania skutkom infekcji, jest regularne badanie cytologiczne, a jedyną skuteczną metodą zapobiegania jest unikanie kontaktów z osobami zakażonymi.

Szczepionka przeciw wirusom HPV typ 16 i 18.

Szczepionki, oparte na technologii tzw. cząsteczek wirusopodobnych, będą miały przełomowe znaczenie w zapobieganiu infekcji HPV. Są one potocznie określane jako szczepionki „przeciw rakowi szyjki macicy”. Pierwsze wyniki badań nad szczepionką przeciw HPV opublikowano w 2002 r. Stworzenie tak skutecznych szczepionek, było możliwe dzięki temu, że w ciągu ostatnich 20 lat dokładnie poznano mechanizmy onkogenezy związanej z HPV i wykazano, że HPV występuje aż w 99,7 % przypadków raka szyjki macicy. Rocznie w Polsce odnotowuje się około 4000 nowych zachorowań na raka szyjki macicy i prawie 2000 zgonów - 5 zgonów codziennie! Jest to związane z niską świadomością kobiet o konieczności badań profilaktycznych, oraz małą zgłaszalnością do badań cytologicznych. Gdyby powszechnie zastosować szczepienia przeciw HPV, zachorowalność na raka szyjki macicy mogłaby się zmniejszyć o ok.90 %.

Szczepionka przeciw HPV 16 i 18 jest w tej chwili dostępna w aptekach i istnieje możliwość szczepienia w wielu gabinetach. Niestety koszt szczepionki wynosi - ok. 500 zł za pojedynczą dawkę. Do wywołania pełnej odporności konieczne jest trzykrotne podanie szczepionki w ciągu 6 m-cy (koszt ok.1500 zł).

Czy to wysoka cena za zdrowie naszych córek ?



Proces opieki nad pacjentem w szpitalu onkologicznym, zgodny ze standardem akredytacji _____

*mgr Duda Elżbieta
Pielęgniarka Naczelna
Opolskie Centrum Onkologii*

Akredytacja - polega na dobrowolnym poddaniu się przez placówkę medyczną, ocenie zewnętrznych audytorów, a pozytywny wynik uwieńczony jest przyznaniem certyfikatu. Jest to także, wizytówka zwłaszcza, że na ponad 700 istniejących w Polsce szpitali, tylko 61 (na dzień dzisiejszy) wypracowało ten certyfikat.



Szpital, przygotowujący się do akredytacji, organizuje proces opieki według standardów, zawartych w programie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Program, zakłada ciągłą troskę o jakość usług w imię godności i bezpieczeństwa pacjenta.

Wobec powyższego, jeśli proces opieki szpitalnej przebiega zgodnie ze wspomnianym programem - chory zyskuje partnerstwo i podmiotowość opieki.

Przed uzasadnieniem, przybliżę sytuację pacjenta z rozpoznanym nowotworem, oraz jakże często spotykane wzajemne relacje personelu szpitala i stereotypy relacji personelu z pacjentem.

Dla pacjenta:

- diagnoza choroby nowotworowej jest „druzgocąca”, a w momencie jej postawienia nierealne stają się wszystkie jego dotychczasowe plany na przyszłość,
- bardziej niż chorzy z innym rozpoznaniem, doświadczą uczucia niepewności i lęku przed przyszłością,
- zazwyczaj, ma za mało informacji o stanie zdrowia, o rokowaniu w tej chorobie oraz podejmowanych wobec niego działaniach medycznych,
- łatwo, wówczas u pacjenta rodzi się podejrzliwość i poczucie osamotnienia, manifestowane wielokrotnie brakiem wiary w skuteczność terapii,
- w procesie leczenia, chory jest długotrwale odizolowany od dotychczasowego środowiska życia i pełnionych w nim ról społecznych –

rodziny i zawodowych

- doświadcza wielokrotnych pobytów w szpitalu, które mogą być związane z nawrotem choroby, powikłaniami czy terapią uzupełniającą,
- często do głosu dochodzi świadomość zbliżającej się śmierci lub lęk przed całkowitym uzależnieniem od otoczenia.

Przyczyna tego stanu tkwi, nie tylko w postawionej diagnozie, ale także zachowaniach ludzi, z którymi chory ma kontakt w procesie leczenia. Najbliższe otoczenie pacjenta, wiadomość o jego chorobie nowotworowej, „kwituje” zwykle smutnym skinieniem głowy, albo beznadziejnym machnięciem ręki – „człowiek jest skończony”.

Chociaż mamy XXI wiek, w reakcjach społecznych, pokutuje „rakolek” i „rakowstręt”, a powściągliwość, w kontaktach dochodzi do głosu, gdy pacjent próbuje porozmawiać o swojej chorobie. Powściągliwość, przenosi się także na personel medyczny, którego kontakt z pacjentem, odbywa się zazwyczaj w sposób, nie stwarzający warunków dla spokojnej, ważnej dla pacjenta rozmowy. Poniżej, przedstawię kilka fragmentów odczuć, pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej, ujętych w książce Thomasa Gordona:

„(...) Po kilku minutach pielęgniarka wróciła i powiedziała:

Niech się pani położy, lekarz już idzie. Znowu uległam. Lekarz wszedł do gabinetu, skłonił się w moim kierunku, czytając kartę choroby, i zaczął mnie badać, nie zamieniwszy ze mną ani słowa.”¹

„Onkologowie, radiologowie, chirurdzy plastyczni...

Nikt, nie rozumiał, że nie jestem jednostką statystyczną, że chodzi o moje życie, że muszę, podejmować dramatyczne decyzje. Miałam im za złe, że tak po prostu, powrócą do swych domów i swego życia, podczas gdy ja pozostanę z rakiem.

Lekarze, udzielali mi mnóstwa informacji, ale rzadko się mną interesowali.

Wiedzieli, jak należy ciąć znieczulone ciało, jak obliczać dawkę promieniowania i sporządzić zestawienia statystyczne, ale nie umieli zapytać mnie jak się czuję.

(...) Nikt, nawet mnie nie pogłaskał, nie mówiąc już o jakimś serdecznym przygarnięciu.”²

Tworzy się, sytuacja wyczekiwania i napięcia we wzajemnych kontaktach, która jest toksyczna, zarówno dla pacjenta jak i dla wrażliwego opiekuna.

Nawiązanie kontaktu i umiejętna komunikacja personelu z pacjentem jest w większości szpitali, „nie lada wyczynem”, gdyż personel, najczęściej nie próbował i nie potrafi także, komunikować się ze sobą, oraz nie pracuje jako

terapeutyczny, interdyscyplinarny zespół.

W literaturze, relacje, które dominują między personelem nazywa się negocjacjami, podczas gdy, należałoby oczekiwać współpracy. Niestety, w codziennej pracy, dwa najważniejsze ogniwa, wspomnianego zespołu, czyli lekarze i pielęgniarki, postrzegają się raczej jako bariery do wzajemnego przewycięzania. A, współpraca – przytoczę za W. Krausem – „ jest wspólnym przedsięwzięciem, opartym na podziale władzy i autorytetu. Ma niehierarchiczny charakter. Zakłada władzę opartą na wiedzy i doświadczeniu, będącą przeciwieństwem władzy opartej na roli czy na funkcji.”²²

Konstrukcja standardów akredytacyjnych, zachęca do współpracy. Bez niej sukces akredytacji, jest incydentalny a wypracowany certyfikat trudny do utrzymania.

W szpitalu, ukierunkowanym na jakość, praca zorganizowana jest na wyższym poziomie. Celebryje się sukcesy, pacjent zyskuje podmiotowość i partnerstwo a personel, przewagę konkurencyjną na rynku, poprzez umiejętność komunikacji i współpracy.

Artykuł, jest fragmentem wystąpienia, na VI Ogólnopolskiej Konferencji Szkoleniowo – Naukowej, zorganizowanej we wrześniu 2002 roku przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych.

*mgr Elżbieta Duda – jest także wizytatorem szpitali we współpracy z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (Kraków), pełnomocnikiem dyrektora ds. systemu zarządzania jakością, audytorem.

¹ ² T. Gordon – ‘Pacjenty jako partner’



Jedz 5 razy dziennie warzywa i owoce - dlaczego warto jeść por ?

Pory należą do rodziny cebulowatych i jak wszystkie warzywa z tej rodziny odznaczają się specyficznym smakiem i zapachem. W porównaniu z cebulą ich smak jest jednak delikatniejszy. Tylko dolna biała część pora nadaje się do jedzenia na surowo. Część ta znajduje się pod ziemią i nie powstaje w niej chlorofil. Zielone części pora można dodawać do zup lub innych gotowanych potraw. W razie potrzeby można je przechowywać w zamrażarce zapakowane w folię. Por może zastąpić cebulę w przygotowaniu każdej potrawy.

Porady dla kupujących

Szukaj, twardych, prostych i równych porów, które są przynajmniej do połowy białe, ale liście mają gładkie i zielone. Bulwiaste pory mogą być zbyt twarde czy zdrewniałe. Pory o żółtych wysuszonych liściach mogą być używane do zup, ale nie są to już warzywa dobrej jakości.

Porady dla konsumentów

Pory należy dokładnie umyć przed spożyciem, bo zazwyczaj jest w nich dużo pyłu i piasku. Najlepiej przekroić por wzdłuż na cztery części, umieścić na durszlaku i dokładnie wypłukać pod bieżącą wodą. Pory można przechowywać w perforowanej plastikowej torbie w lodówce przez ok. tydzień.

Korzyści zdrowotne

Warzywo to wpływa korzystnie na układ pokarmowy, szczególnie na pracę wątroby (pod warunkiem jednak, że nie ma kamieni w pęcherzyku żółciowym). Ponieważ jest to warzywo wyjątkowo lekko strawne, szczególnie po ugotowaniu, mogą je jadać osoby z tzw. wrażliwym żołądkiem. Dzięki olejkom eterycznym działają moczopędnie, dlatego przydadzą się w diecie osób cierpiących na kamicę moczową. Podobnie jak cebula dobrze oczyszczają układ oddechowy, warto je, zatem jadać podczas przeziębień. Ponieważ są niskokaloryczne mogą się znaleźć w każdej diecie wyszczuplającej. Dania z porów powinny jadać osoby przemęczone.

Pół świeżego pora (100 g zawiera: energia 24 kcal; białko 2,2 g; tłuszcz 0,3 g; węglowodany 5,7 g; sód 6 mg; potas 248 mg; β -karoten 885 μ g; błonnik 2,7 g.

Pory duszone z imbirem – 4 łyżki oleju słonecznikowego, szczypiorek i natka pietruszki, łyżka mąki, szczyptą mielonego imbiru, pieprz, sól.

Pory oczyścić, pokroić na 3-centymetrowe kawałki, włożyć do rondla, podlać olejem, osolić, skropić łyżką gorącej wody. Dusić na małym ogniu tak długo, by były miękkie, ale się nie rozpadły. Poproszyć mąką, wymieszać delikatnie i jeszcze chwilę dusić. Dodać zieleninę, przyprawić imbirem, solą i pieprzem.

*na podstawie materiałów Centrum Onkologii w Warszawie – Programu Prewencji Pierwotnej

Wypalenie jednego papierosa trwa około 6 – 8 minut, i o tyle samo czasu skraca życie palacza

Badania naukowe pokazują, że po upływie dziesięciu lat od rzucenia palenia, ryzyko przedwczesnego zgonu u byłych palaczy jest takie samo jak u tych, którzy nigdy nie palili tytoniu. To dobra wiadomość dla tych, którzy nie zerwali jeszcze z nałogiem.

Rzucając palenie w wieku 35 lat można zyskać dodatkowo: mężczyzna – prawie 7 lat życia, a kobieta 6. Nawet 65-latek zyskuje na rzuceniu palenia: mężczyzna 1,4 roku; a kobieta 2,7.

Bierne palenie

Konsekwencje zdrowotne palenia tytoniu dotyczą także osób niepalących, które przebywają w towarzystwie palaczy. Jest to tzw. bierne palenie. Na czym ono polega? Wśród substancji zanieczyszczających powietrze w pomieszczeniach zamkniętych wskazuje się na dym tytoniowy jako na jedną z głównych trucizn. Jego obecność w pomieszczeniu potęguje niekorzystny wpływ innych środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka, co zwiększa kumulację szkodliwych dla zdrowia efektów. Strumień dymu z tłączonego się papierosa oraz dym wydychany przez palacza tworzą „środowisko dymu tytoniowego”. Jeśli ktoś przebywa w takim środowisku, podlega procesowi, który nazywamy biernym paleniem – zaliczamy je do czynników rakotwórczych klasy A (niepalący przebywając wśród palaczy narażony jest na działanie kancerogenu klasy A). Należy przy tym wiedzieć, że boczny strumień dymu tytoniowego (z tłączonego się końca papierosa) jest znacznie groźniejszy dla zdrowia, niż główny strumień dymu (wdychany przez palacza podczas zaciągania się papierosem), powstaje bowiem w wyższej temperaturze i nie jest filtrowany, a zawiera:

- od 2 do 20 razy więcej nikotyny,
- od 5 do 15 razy więcej tlenu węgla,
- od 50 do 130 razy więcej substancji rakotwórczych.

Osoba niepaląca, przebywając w zadymionym przez palaczy pomieszczeniu może odczuwać nieprzyjemne objawy w postaci podrażnienia oczu oraz nosa, kaszlu bólu gardła, zawrotów i bólu głowy. U biernego palacza dochodzi także do nasilenia istniejących wcześniej problemów zdrowotnych, np. kataru siennego, alergii, astmy, bronchitu czy anginy. Bierne palenie wpływa także na rozwój chorób serca i płuc. Kontakt osób niepalących z dymem tytoniowym grozi ponadto osłabioną zdolnością do pracy, zmniejsza wydajność, demobilizuje oraz pogarsza samopoczucie.*

* z Przewodnika Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, W-wa 2006.

Mammografia cyfrowa w Opolskim Centrum Onkologii – część 2

*lek. med. Roman Kabarowski
Opolskie Centrum Onkologii*

Pomiary - odpowiednie oprogramowanie umożliwia w prosty i powtarzalny sposób przeprowadzanie pomiarów liniowych, czy pola powierzchni zmian patologicznych uwidocznionych na obrazie cyfrowym, jak też ich



odległości od brodawki i powierzchni skóry. Dodatkowo system komputerowy automatycznie uwzględnia powiększenie geometryczne wynikające z rozbieżności wiązki promieniowania rtg. Oznaczenia i podpisy - na obrazie cyfrowym można w prosty sposób oznaczyć, podejrzane zmiany za pomocą ustalonych symboli (na przykład strzałek) i obok nich umieścić stosowną adnotację. W przypadku mammografii konwencjonalnej możliwe jest jedynie przyklejanie oznaczeń na zdjęciu lub zaznaczanie zmian markerem bezpośrednio na powierzchni filmu, w nieodwracalny sposób uszkadzając jego powierzchnię.

Redukcja dawki promieniowania w mammografii cyfrowej, jest przede wszystkim rezultatem większej czułości detektorów cyfrowych. Ponadto czas ekspozycji podczas cyfrowej mammografii, może być określony automatycznie przez komputer na podstawie osiągnięcia zadanego stosunku sygnału do szumu, a nie jak w konwencjonalnej mammografii - na podstawie gęstości optycznej filmu. Dodatkowa redukcja dawki osiągnana jest dzięki zmniejszeniu liczby zdjęć powtarzanych z powodu złego doboru warunków technicznych oraz powtórnych wezwań do zdjęć powiększonych w innych projekcjach.

Eliminacja tradycyjnego systemu obróbki fotochemicznej zdjęć rtg, oraz wprowadzenie techniki cyfrowej oznacza możliwość rezygnacji nie tylko ze stosowania filmów rtg, ale również specjalistycznych urządzeń do ich wywoływania jak i szkodliwych dla środowiska odczynników. Nie jest już konieczna adaptacja pomieszczeń na ciemnie fotograficzne ani stosowanie systemu zachowania jakości procesu wywoływania zdjęć. Obecnie oszczędności wynikające z rezygnacji ze stosowania filmów i procesu wywoływania nie równoważą znacznie wyższej ceny samego urządzenia do obrazowania cyfrowego, jednak-

że w przyszłości będą miały zasadniczy wpływ na kalkulację kosztów badania mammograficznego.

Skrócenie czasu badania - ze względu na brak procesu wywoływania zdjęć i otrzymywanie obrazu niemal natychmiast po ekspozycji, system cyfrowy pozwala na znaczne skrócenie czasu badania, dzięki czemu możliwe jest wykonanie większej liczby badań w tym samym czasie, a zatem lepsze wykorzystanie sprzętu. Jednocześnie pacjentki nie muszą oczekiwać na wywołanie zdjęć i ewentualne ich powtórzenie, co może przyczynić się do większej akceptowalności badania mammograficznego.

Elektroniczna archiwizacja - klasyczne archiwum badań mammograficznych ma zwykle dużą objętość, z czym związana jest konieczność przeznaczania na nie osobnego pomieszczenia i odpowiedniego zarządzania nim. Jednocześnie ze względu na często występującą konieczność porównania obrazów aktualnego i uprzedniego, stosunkowo długi czas dotarcia do zdjęć określonej pacjentki, może niepotrzebnie wydłużać proces diagnostyczny. Ponadto w przypadkach leczenia poza ośrodkiem, w którym zostało wykonane badanie, zdjęcia mammograficzne są wypożyczane, a tym samym archiwum staje się niekompletne. W przypadku obrazów cyfrowych badania z ostatniego okresu przechowywane są na dysku twardym stacji roboczej lub macierzy dyskowej, natomiast docelowo archiwizowane na wymiennym nośniku (płyta CD-ROM/DVD-ROM). Wszystkie płyty mogą być umieszczone w specjalnym urządzeniu (Jukę box), umożliwiającym dostęp do obrazów dowolnej pacjentki w ciągu kilkunastu sekund. Na tej samej stacji roboczej można następnie porównywać obrazy aktualnego i poprzedniego badania. W przypadku leczenia pacjentki poza ośrodkiem, w którym wykonano badanie, możliwe jest wykonanie kopii obrazów cyfrowych na filmie za pomocą kamery cyfrowej lub też przekazanie ich na płytce CD-ROM/DVD-ROM.

Teleradiologia - jest technologią przesyłania obrazów radiologicznych i towarzyszących im danych tekstowych z jednego miejsca do drugiego z wykorzystaniem transmisji cyfrowej. Standardem zapisu i transmisji cyfrowych obrazów medycznych jest obecnie DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine). Transmisja może odbywać się w obrębie szpitala, z wykorzystaniem sieci PACS (Picture Archiving and Communication System) na przykład; w celu oceny obrazu mammograficznego przez lekarza wykonującego badanie USG piersi, jak też na duże odległości, z wykorzystaniem internetu lub bezpośrednich łączy satelitarnych w celu zdalnego opisu badania przez specjalistę,

czy też zasięgnięcia opinii eksperta - co do szczególnie trudnego lub niejednoznacznego przypadku.

Działalność naukowo-dydaktyczna - przy użyciu technologii cyfrowej możliwe jest „bezproblemowe” tworzenie baz danych, obrazów zmian patologicznych piersi służących następnie do szkolenia radiologów specjalizujących się w mammografii. Podobnie w prosty sposób można wyszukiwać obrazy określonych patologii dla celów publikacji naukowych.

Komputerowe wspomaganie diagnozy - podstawą komputerowego wspomagania diagnozy - CAD (Computer Aided Diagnosis) jest wykorzystanie tak zwanych sieci neuronowych, czyli specjalistycznych programów komputerowych lub układów scalonych, modelujących funkcjonowanie struktur nerwowych istot żywych. W przypadku mammografii, uczenie sieci polega na analizie przez program serii obrazów zweryfikowanych jako zawierające zmiany podejrzane oraz serii obrazów prawidłowych, co jest przeprowadzane przez producenta sieci. Funkcjonowanie sieci neuronowej w systemie mammografii cyfrowej polega na analizie przez program każdego nowego obrazu i oznaczaniu obszarów podejrzanych przy zadanym poziomie ryzyka. Dalsza ocena przeprowadzana jest przez radiologa i do niego też należy ostateczna decyzja, co do potwierdzenia podejrzanego charakteru i sposobu weryfikacji. W ten sposób możliwe jest zmniejszenie liczby ocen fałszywie negatywnych, a tym samym podniesienie czułości badania. **Korzystanie z technologii CAD może pozwolić na wykrycie około 20 % więcej raków, oraz zwiększa odsetek raków wykrytych we wczesnym stadium.** Ponadto stwierdzono, że ocena badania mammograficznego przez pojedynczego radiologa korzystającego z pomocy CAD jest równie efektywna, jak tradycyjna niezależna ocena przez dwóch radiologów. Może to mieć szczególne znaczenie dla rejonów bądź krajów nie posiadających wystarczającej liczby specjalistów.

Ucyfrowienie powoduje, iż po wykonanej mammografii, pacjentka odbiera wynik w gabinecie lekarskim (powinna się zarejestrować), a nie jak wcześniej czekała na kliszę.

Jeśli osoba zainteresowana jest otrzymaniem zdjęcia na kliszy, wówczas zobowiązana jest wnieść opłatę (szczegóły w rejestracji radiologicznej).

Zapraszamy osoby i firmy do zamieszczania reklam w Biuletynie OCO.

Szanowni Państwo, co miesiąc kilkadziesiąt osób zwraca się do nas z prośbą, dotyczącą otrzymania wcześniejszych egzemplarzy Biuletynu OCO. Niestety, nie możemy przekazać egzemplarzy archiwalnych, gdyż posiadamy już tylko egzemplarze pojedyncze. Jednakże mając na uwadze tak duże zainteresowanie - informujemy, iż można zakupić w kasie Opolskiego Centrum Onkologii - płyty CD, na których znajdują się wydania biuletynu począwszy od numeru pierwszego tj. z listopada 2005. Cena płyty 10 złotych.



W następnym numerze: m. in. rozpoznanie POCHP, zaparcia, czkawka, rak jelita

„Biuletyn informacyjny OCO”

Wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii
www.onkologia.opole.pl

Redaktor Naczelny Wiesław Krzysztof Duda

Sekretarz redakcji Mariola Sobecka

Adres Redakcji

ul. Katowicka 66a, 45 – 060 Opole

tel. 077 441 60 01

fax 077 441 60 03

biuletyn@onkologia.opole.pl

Skład komputerowy i druk EUROCENT

Współpraca:

M. Białas, K. Wróblewska, A. Łabińska

Zdjęcia: W. Duda, M. Frister

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