

## „W tym dniu wspaniałym wszyscy się weselmy” (z pieśni wielkanocnej)



Św. Paweł wyjaśnia, że zmartwychwstanie Chrystusa jest najważniejszym wydarzeniem w życiu każdego człowieka i całej ludzkości. Jest ostatecznym potwierdzeniem Jego misji, wszystkiego co czynił i czego nauczał. Jego boskość zostaje potwierdzona nie tylko poprzez Jego nauczanie i świętość życia, ale także poprzez liczne cuda, które mamy zapisane w Ewangeliach.

Jednak boskość Chrystusa nade wszystko zostaje potwierdzona przez Jego zmartwychwstanie. Św. Paweł Apostoł, przed swoim nawróceniem jako Szawel z Tarsu - uczestnik i świadek męczeńskiej śmierci Szczepana, a zarazem zaciekły prześladowca chrześcijan: „ciągle jeszcze siał grozę i dyszał żądzą zabijania uczniów Pańskich” (Dz 9, 1) - po doświadczeniu obecności Chrystusa zmartwychwstałego pod Damazkiem, staje się odtąd Jego najgorliwszym apostołem, przepowiadając z narażeniem życia Dobrą Nowinę nie tylko wśród Żydów, ale nade wszystko wśród pogan.

Najstarsze pisane świadectwo o zmartwychwstaniu Chrystusa (około 57 r. po Chr.) znajduje się w Pierwszym Liście św. Pawła do Koryntian. Apostoł przypomina w nim: „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;

„Jeśli Chrystus nie zmartwychwstał, daremne jest nasze nauczanie, próżna jest także wasza wiara” (1Kor 15, 14).

i że ukazał się Kefasowi, a potem Dwunastu, później zjawił się więcej niż pięciuset braciom równocześnie; większość z nich żyje dotąd, niektórzy zaś pomarli. Potem ukazał się Jakubowi, później wszystkim apostołom. W końcu już po wszystkich, ukazał się także i mnie – zaświadcza św. Paweł – jako poronionemu płodowi” (1 Kor 15, 3-8). Należy zauważyć, że w cytowanym Liście św. Paweł mówi nie tylko o zmartwychwstaniu dnia trzeciego „zgodnie z Pismem”, ale równocześnie odwołuje się do świadków, którym Chrystus osobiście się ukazał. Mówi tu więc o żywej tradycji zmartwychwstania, z którą zapoznał się po swoim nawróceniu pod Damazkiem (por. Dz 9, 3-18).

Zmartwychwstanie Chrystusa stało się kulminacyjną prawdą naszej wiary w Chrystusa. Pierwsza wspólnota chrześcijańska wierzyła w nią i przeżywała jako prawdę centralną i fundamentalną, potwierdzoną przez pisma Nowego Testamentu oraz przekazywaną przez Tradycję, jako istotną część Tajemnicy Paschalnej tak samo jak Krzyż (por. Katechizm Kościoła Katolickiego, Pallottinum 1994 s.159).

Obecnie pragniemy postawić sobie pytanie, jakie znaczenie ma Zmartwychwstanie dla naszego życia? Pytanie to nabiera szczególnej wagi, zwłaszcza gdy dostrzegamy obok siebie człowieka chorego i cierpiącego.

Czy to wydarzenie zapisane w Biblii i przekazywane przez Tradycję jako przedmiot wiary pierwotnego Kościoła, stanowią istotny element mojego życia i wnoszą w to życie coś nowego?

Nasza intuicja bycia chrześcijaninem, doświadczenie wiary poprzednich pokoleń oraz głębsza refleksja nad tymi problemami podpowiada, że tak! Kościół nieustannie naucza, że Chrystus przez swoją śmierć na krzyżu wyzwala nas od grzechu, a przez swoje zmartwychwstanie otwiera nam drogę do nowego życia. Od chwili swego Wcielenia Syn Boży podejmuje Boży zamysł zbawienia przez swoją odkupieńczą mękę wszystkich ludzi (por. J 14, 31). W ten sposób wyraża On swoją komunie miłości z Ojcem, który pragnie zbawić wszystkich bez wyjątku.

*„Nie ma, nie było i nie będzie żadnego człowieka, za którego nie cierpiałby Chrystus. Jego męka, cierpienie i śmierć krzyżowa jest ceną, jaką dobrowolnie złożył z miłości do Ojca oraz do wszystkich ludzi dla ich zbawienia i wiecznego szczęścia”* (por. 2 Kor 5,15; 1 J 2,2). Dlatego w liturgii świąt wielkanocnych znajdujemy zachętę do radości ze zwycięstwa Chrystusa nad śmiercią, ale także do wdzięczności za dar nowego życia i zmartwychwstania, które stanie się także naszym udziałem (por. Ps 118 (117), 1-2,16-17, 18 i 21).

Nie zapominajmy, że do Zmartwychwstania idzie się przez krzyż, gdyż jest on nieodzownym etapem ludzkiego życia, związanego z naszą śmiertelną naturą. Jezus wielokrotnie zapowiadał, że On sam, jako Syn Człowieczy będzie musiał wiele cierpieć i umrzeć, a następnie zmartwychwstanie (por Mk 8, 31; 9, 9-31; 10,34). Przypomina swym uczniom

i zachęca ich do wzięcia swego krzyża i naśladowania siebie, ponieważ cierpiał za wszystkich i zostawił wzór, abyśmy *„szli za Nim Jego śladami”* (1 P 2, 21). Chce włączyć do swej ofiary odkupieńczej nie tylko grono swoich wiernych świadków, ale także każdego z nas, uczestników swojej przyszłej chwały. Ponieważ miłość zaprowadziła Jezusa na krzyż: *„Umiłowawszy swoich...do końca ich umiłował”* (J 13,1): ta miłość nadaje ofierze Chrystusa wartość odkupieńczą i wynagradzającą, ekspiacyjną i zadośćczyniącą. On nas wszystkich poznał i ukochał w ofiarowaniu swego życia, a ponieważ *„miłość Chrystusa przynagła nas...”(por. Ga 2, 20; Ef 5, 2.25)*, więc także i my w naszym codziennym krzyżu, w naszych dolegliwościach i cierpieniach jesteśmy zaproszeni, by łącząc się z cierpiącym Chrystusem w duchu wiary i miłości dla naszego uświęcenia i zbawienia ludzi. Tylko miłość do Boga i ludzi potrafi dać najgłębszy sens ludzkiemu cierpieniu, a śmierć staje się wówczas dla każdego bramą do życia i szczęścia wiecznego.

W oczekiwaniu na to wypełnienie, Chrystus Zmartwychwstały już dziś żyje w sercach wiernych. W Nim chrześcijanie *„kosztują mocy przyszłego wieku”* (Hbr 6,5) a nasze życie dzięki Niemu zostało zanurzone w Bogu (por. Kol 3, 1-3), aby z każdym dniem wzrastała nasza radość i nadzieja, a zwłaszcza miłość, która nigdy nie ustanie.

Z okazji Świąt Wielkanocnych składamy sobie wszyscy najlepsze życzenia. Co roku są one żywe i pełne ciepła oraz ludzkiej miłości. Dotyczą wszystkich, którzy są bliscy i droży naszemu sercu. Pamiętajmy w nich także w szczególny sposób o naszych chorych i cierpiących braciach i sio-

strach. Na szpitalnym łóżku może się znaleźć każdy z nas... Będziemy, tak jak oni, potrzebować ludzkiego serca, współczucia, pamięci i modlitwy.

Życzymy sobie, aby zwycięstwo Chrystusa zmartwychwstałego i otwarte niebiosy zapaliły w nas na nowo radość i mocną nadzieję. Życzymy sobie także, aby wobec trudności naszego życia nie osłabła nasza wiara, a co-

dzienny krzyż stał się drogą do życia wiecznego. Miłość Boża objawiona w zbawczej męce i śmierci Chrystusa niech będzie naszą mocą, abyśmy „byli świadkami miłości” (por. hasło tegorocznego roku duszpasterskiego), jak również rękojmią naszego życia i wiecznego szczęścia.

Ks. Józef Tarnawa, SJ

7 kwietnia - Światowy Dzień Zdrowia

## Urbanizacja. Tak, ale...

Od lat dzień 7 kwietnia obchodzony jest jako Światowy Dzień Zdrowia. WHO - Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła, iż tegoroczne działania promocyjne przebiegać będą pod hasłem „Człowiek i miasto”, koncentrując się na problemach zdrowotnych, wynikających z czynników urbanizacyjnych. Niezbędne jest bowiem zwróceniu uwagi na fakt, że problemy, jakie niesie urbanizacja, mają ogromny wpływ na zdrowie i życie człowieka, i że należy je rozwiązywać poprzez podejmowanie działań, zwalczających najważniejsze czynniki tego ryzyka.

Demografowie i statystycy nie mają wątpliwości, że w najbliższych dekadach znacząca część przyrostu liczby ludności będzie miała miejsce w miastach. Taki stan rzeczy wiąże się z wieloma wyzwaniami zdrowotnymi, obejmującymi m. in. dostęp do wody pitnej, stan środowiska naturalnego, liczbę wypadków oraz zdarzeń z użyciem przemocy, choroby niezakaźne i związane z tym czynniki ryzyka, nieodpowiedni sposób odżywiania się, brak aktywności fizycznej, szkodliwy wpływ nadużywania alkoholu, czy ryzyka związane z wybuchem epidemii chorób.

Główne czynniki, lub inaczej, deter-

minanty społeczne zdrowia w środowiskach miejskich wykraczają poza sektor zdrowia i obejmują infrastrukturę fizyczną, dostęp do usług socjalnych i ochrony zdrowia, sposób realizacji zadań przez samorząd, a także rozkład przychodów i możliwości edukacyjnych.

Planowanie przestrzeni miejskich może mieć pozytywny wpływ na promowanie zachowań wspierających zdrowie i bezpieczeństwo poprzez inwestycje w aktywne formy transportu, projektowanie przestrzeni zachęcających do aktywności fizycznej, a także wprowadzanie przepisów prawa miejscowego dotyczących użycia tytoniu i bezpieczeństwa żywności. Poprawa warunków życia miejskiego w dziedzinach takich jak budownictwo mieszkaniowe czy dostęp do wody i odpowiednich warunków sanitarnych w znaczący sposób przyczyniają się do redukcji ogólnych zagrożeń dla zdrowia. Budowa miast w sposób, który przeciwdziała wykluczeniu, gwarantuje dostępność oraz zachęca do korzystania z przestrzeni miejskich przez osoby starsze z pewnością odbędzie się z korzyścią dla wszystkich mieszkańców miast.

- Miasta całego świata zamieszkiwane są przez ponad 3 mld ludzi.
- W roku 2007 na świecie liczba ludności miejskiej po raz pierwszy przekroczyła 50 proc.
- Do roku 2030 na każde dziesięć osób sześć będzie mieszkało w mieście, a do roku 2050 wskaźnik ten wzrośnie do siedmiu osób.

## Pozytony, antymateria, kwanty

Z dr. n. med. **Andrzejem Kołodziejczykiem**, kierownikiem Dolnośląskiego Centrum Medycyny Nuklearnej we Wrocławiu, rozmawia Krystyna Raczyńska



**Niedawno gościł Pan w Opolskim Centrum Onkologii z wykładem, poszerzającym opolskim onkologom wiedzę z zasad działania a przede**

**wszystkim możliwości, jakie w diagnostyce i terapii nowotworów daje Pozytonowa Tomografia Emisyjna, w skrócie zwana PET. Wielu pacjentów OCO, kierowanych jest na to badanie także do Waszego ośrodka, zwłaszcza że Opolszczyzna nie ma szans, przynajmniej w najbliższych latach, na zakup takiego urządzenia...**

PET jest metodą obrazowania, wykorzystującą promieniowanie gamma powstające przy anihilacji pozytonów, czyli antyelektronów, które z kolei emitowane są podczas rozpadu promieniotwórczego niektórych pierwiastków. Należy ona do najnowocześniejszych metod diagnostyki nowotworowej, a zarazem jest najbardziej dynamicznie rozwijającą się technologią medycyny nuklearnej. Większość publikowanych doniesień, prac oraz badań klinicznych opiera się właśnie na obrazach PET lub pomiarach, dokonywanych z użyciem pierwiastków emitujących pozytony. Diagnostykę tego typu wykonuje po-

nad 500 ośrodków na świecie. W Polsce jak na razie działa dziesięć skanerów PET, ale uruchomienie kolejnych to kwestia czasu... Optymalna liczba osób, przypadających na jeden skaner, to ok. półtora do dwóch milionów mieszkańców. A więc trochę nam ich jeszcze w Polsce brakuje...

**Pozytony, antyelektryony – bardzo to wszystko skomplikowane... Proszę o kilka słów wyjaśnienia, możliwie najprościej...**

Materia zbudowana jest z atomów. Atom zbudowany jest z jądra atomowego, wokół którego krążą elektrony. Jądro atomowe zbudowane jest z neutronów i protonów. Liczba protonów w jądrze determinuje własności chemiczne danego atomu, określa to, jakiego pierwiastka jest dany atom. Atomy poszczególnych pierwiastków mogą różnić się od siebie liczbą neutronów. Mówimy wtedy, że są to izotopy danego pierwiastka. Część izotopów może być nietrwała i wtedy mamy do czynienia z izotopami promieniotwórczymi. Jądra ich są niestabilne – emitują promieniowanie gamma, czyli elektromagnetyczne, promieniowanie alfa, czyli jądra helu, oraz promieniowanie beta, czyli elektrony i pozytony. Nas interesują te ostatnie. Otóż po utracie części energii kinetycznej pozyton zderza się z elektronem, krążącym po orbicie innego atomu. Podczas zderzenia elektron i pozyton ulegają wspomnianej wcześniej anihilacji, w wyniku której ich masa i energia zostają przekształ-

cone w dwa kwanty promieniowania gamma, które padając na kryształy scyntylacyjne, podstawowe elementy każdego skanera PET, powoduje emisję kwantów promieniowania widzialnego. To tak, jakby ten kryształ wytwarzał bardzo słabe błyski, jednak o wiele za słabe, by je zobaczyć gołym okiem... W następstwie skomplikowanych procesów fizycznych powstaje impuls elektryczny, który ostatecznie staje się elementem obrazu, widocznym na monitorze. Obraz ten zapisywany jest w formie cyfrowej, co umożliwia jego dalsze opracowanie z przenoszeniem na trwałe nośniki włącznie. Obecnie większość skanerów, w tym wrocławski, to urządzenia PET-CT, które składają się zarówno ze skanera PET, jak i nowoczesnego tomografu komputerowego. Oba badania wykonywane są bezpośrednio po sobie, w ramach jednej procedury, a konstrukcja urządzenia oraz nowoczesne oprogramowanie umożliwiają nałożenie obrazów. Dzięki temu uzyskujemy obraz funkcji narządów z możliwością dokładnej lokalizacji anatomicznej. Możliwe jest również utworzenie obrazu w tzw. formacie 3D, czyli w trójwymiarze.

### **W czym badanie PET jest lepsze od tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego?**

Główną a zarazem najbardziej niezwykłą cechą obrazu PET jest unaocznienie zarówno procesów fizjologicznych, jak i patologicznych, zachodzących w organizmie na poziomie pojedynczej komórki. Wykorzystuje się tu fakt, że określonym zmianom chorobowym towarzyszy podwyższony metabolizm niektórych związków chemicznych, np. cukrów. Ponieważ energia w organizmie wykorzystywana jest głównie poprzez spalanie

cukrów, to w badaniach wykorzystuje się deoksyglukozę znakowaną izotopem fluoru (F-18). Podając ją badanemu jesteśmy w stanie zobaczyć przemiany, jakim ten radiofarmaceutyk podlega w organizmie. Dzięki temu można zlokalizować nieprawidłowości już na poziomie komórki lub grupy komórek, nawet jeśli anatomicznie dany fragment narządu niczym nie różni się od otaczających go zdrowych tkanek. Ponadto diagnostyka PET pozwala na wykrycie raka z bardzo dużym prawdopodobieństwem w ok. 90 proc. przypadków, a takiego wyniku nie daje żadna inna technika obrazowania. Ważną funkcją PET jest także możliwość kontroli efektów terapeutycznych w trakcie leczenia, np. za pomocą chemioterapii.

### **W jakich sytuacjach badanie PET-CT wykorzystywane jest najczęściej?**

Najbardziej przydatne jest w diagnostyce nowotworów. Onkologia to 90 proc. ogólnego zastosowania tej metody. Jako przykład – diagnostyka zmian w płucach. Po uprzednim wykryciu w płucu ogniska o niejasnej etiologii, PET pozwala z dużym prawdopodobieństwem potwierdzić lub wykluczyć obecność nowotworu, gdyż czułość i swoistość tego badania wynoszą odpowiednio 95 i 81 proc. Równocześnie jest to badanie nieważne i całkowicie bezpieczne dla pacjenta, a narażenie na promieniowanie jest tu wielokrotnie mniejsze niż podczas tomografii komputerowej. PET, poza określeniem charakteru zmiany w płucu, określa stadium rozwoju raka, pozwala ocenić skuteczność prowadzonego leczenia oraz kontrolować chorego po leczeniu. Jest badaniem całego ciała więc pozwala od razu wykryć lub z dużym prawd-



podobieństwem wykluczyć przerzuty odległe. Tu warto zaznaczyć, że zmiany przerzutowe wykrywane są u około 11 proc. chorych z prawidłowym wynikiem tomografii. Dodam, że wynik badania PET u 41 proc. chorych wymusza zmiany postępowania medycznego, np. rezygnację z leczenia chirurgicznego, a w nieoperacyjnym niedrobnokomórkowym raku płuca, gdzie nie wszyscy chorzy reagują na leczenie dawkami standardowymi, PET umożliwia identyfikację grupy chorych, którzy wymagają zwiększenia dawki, właśnie dla uzyskania pozytywnego efektu terapii.

### **W diagnostyce jakich innych nowotworów badanie PET jest przydatne?**

W nowotworach jelita grubego, piersi, skóry, tkanki kostnej i mięśniowej, mózgu oraz w chłoniakach. W diagnostyce **raka jelita grubego** pozwala z 90 proc. dokładnością stwierdzić obecność przerzutów nawet wtedy, gdy zmiany w otrzewnej, krezce lub węzłach chłonnych nie są uwidocznione w badaniu tomografii komputerowej. W **czerniaku** wskazaniem do badań PET jest ocena chorych z grupy wysokiego ryzyka lub podejrzenie wznowy. W **raku piersi** tomografia pozytonowa może być wykorzystana do oceny zaawansowania raka piersi jako metoda komplementarna do pozostałych. Jest m.in. dobrym narzędziem do kontroli skuteczności chemo- i hormonoterapii, zwłaszcza jeśli rozmiar zmiany pierwotnej przekraczał 3 cm; u chorych, które odpowiedziały na leczenie, ob-

serwowano wyraźny spadek aktywności metabolicznej. W wypadku **raka mózgu** PET, na podstawie intensywności metabolizmu glukozy, pozwala zróżnicować guzy o wysokim i niskim stopniu złośliwości, pozwala też na wykrycie miejscowej wznowy w sytuacji, kiedy obszary martwicze po radioterapii lub interwencji neurochirurgicznej nie pozwalają jednoznacznie zinterpretować obraz rezonansu magnetycznego. PET umożliwia też wybranie właściwego miejsca do biopsji lub określenie obszaru zabiegu w zmianach złożonych z obszarów martwiczych, torbieli, obrzękniętej tkanki mózgowej a także umożliwia prognozowanie przeżycia oraz kontrolę chorego po leczeniu. Wskazania do badania PET w wypadku **raka tkanki kostnej i mięśniowej** obejmują m.in. ocenę zmiany pierwotnej lub ewentualnego przerzutu, jeśli obraz radiologiczny i scyntygraficzny nie pozwala określić etiologii.

### **Czy badanie PET służy wyłącznie diagnostyce chorób nowotworowych?**

Nie. U chorych na padaczkę służy lokalizacji ogniska pierwotnego, w chorobie wieńcowej pozwala precyzyjnie określić wskazania bądź przeciwwskazania do zabiegu poszerzenia i udrożnienia zwężonego naczynia krwionośnego, a przed transplantacją serca jest pomocne dla wykluczenia nieodwracalnego uszkodzenia w wyniku procesu zapalnego. Jednak najczęściej jest stosowane w diagnostyce onkologicznej.

*Wyobraźnia ważniejsza jest od wiedzy. Nasza wiedza jest zawsze ograniczona, podczas gdy wyobraźnię ogarniamy cały świat.* Albert Einstein

## Po obu stronach okienka

Uprzejmość, cierpliwość, kompetencja, staranność – to niektóre z cech, które winny charakteryzować każdego, kto pracuje w bezpośrednim kontakcie z ludźmi, np. z drugiej strony lady, okienka, telefonicznej słuchawki. Kiedy pracuje się z ludźmi chorymi lub potencjalnie chorymi dodatkowe cechy, takie jak: łagodność, życzliwość, serdeczność, wyrozumiałość - stanowią bezwzględnie konieczność.

Tyle teoria. W praktyce bywa różnie...

\*\*\*

*„Wielu pacjentów przyjeżdża bladym świtem, bo uważają że tylko odpowiednio wczesne zajęcie kolejki do rejestracji, pomoże im dostać się do wybranego lekarza. Stąd te tłumy w godzinach wczesnoporannych, podczas gdy po godz. 10-11 tłok jest rozładowany i można zarejestrować się bez problemu”.*

Przychodnia i szpital onkologiczny to miejsca tym bardziej szczególnie, że lęk budzi już sama nazwa miejsca, w którym diagnozuje się i leczy nowotwory złośliwe. Rak jako choroba ciężka i kończąca się nierzadko śmiercią, nie ma, mówiąc eufemistycznie, przyjaznych konotacji... Tym większa też odpowiedzialność spoczywa na osobach, które niczym forpoczta, znajdują się na pierwszej linii kontaktu: pacjent-onkologia.

Tę forpoczta stanowią niewątpliwie pracownicy Rejestracji Głównej Opolskiego Centrum Onkologii, a także tej w nowym obiekcie poradniamy (rozpoczął on działalność z dniem 1 lutego br).

\*\*\*

*„Niektórzy pacjenci dość dziwnie poj-*

*mują zasadę prywatności i bywa, że nie chcą mówić, z jakim problemem zdrowotnym przychodzą. Np. pacjentka mówi, że przyszła do chirurga i o tym, co jej dolega będzie rozmawiać z lekarzem a nie z nami. Pytamy wtedy czy przyszła w sprawie piersi czy może jakiegoś innego narządu a w odpowiedzi słyszymy, że zdradzanie rejestratorom powodu wizyty jest naruszeniem prywatności pacjenta”.*

\*\*\*

*„Zakładanie nowej kartoteki to przede wszystkim dokładne naniesienie danych pacjenta do komputera, obsługiwanego przez program firmy Medinet, oraz na kartotekę, skompletowanie dokumentów i przekazanie kartoteki do anamnezy oraz do gabinetu onkologii ogólnej”.*

W zasadzie należy powiedzieć pracownicy, jako że tylko panie pracują z drugiej strony onkologicznego okienka. Jest ich w sumie 9, łącznie z obsługą trzeciej rejestracji, działającej wyłącznie na potrzeby Pracowni Diagnostyki Obrazowej: USG, TK, RTG oraz mammografii.

\*\*\*

*„Pacjenci, mimo że stoją w kolejkach, nie czytają informacji, ułatwiających sprawny przebieg rejestracji. Z okazaniem książeczki RUM na ogół nie ma problemu, ale z aktualnym dokumentem ubezpieczenia zdrowotnego jest już znacznie gorzej. Na naszą prośbę rozpoczyna się więc nerwowe szukanie dokumentu w torebkach własnych i rodziny, po kieszeniach... a czas płynie, kolejka się burzy... Niektórzy to nawet nie wiedzą, co to jest to ubezpieczenie...”*

\*\*\*

*Każdego dnia wyciąganych jest nawet do 400 historii chorób dziennie. Ok. godz. 11 jedna z nas zajmuje się tylko wkłada-*

*niem ich z powrotem na miejsce. Przy okienku zostają dwie dziewczyny, przy czym jedna co jakiś czas zanosí kartoteki do gabinetów lekarskich”.*

Każdego dnia do wszystkich rejestracyjnych okienek opolskiej onkologii zgłasza się od 200 do 400 osób. Większość stanowią pacjenci OCO, ale nie brakuje osób, które pacjentami dopiero się staną, które przyszły zarejestrować się po raz pierwszy.

Nie jest dla nikogo tajemnicą, że osoby zaniepokojone jakąś niemijającą od tygodni dysfunkcją swojego organizmu, które po raz pierwszy zgłaszają się do onkologa, są nierzadko sparaliżowane strachem. Strach ten potęgował obraz wijącej się kolejki oraz tłum wypełniający poczekalnię.

Do niedawna, a konkretnie jeszcze w styczniu br. Rejestracja Główna oraz poczekalnia Wojewódzkiej Przychodni Onkologicznej, pękały w szwach. Zwłaszcza z samego rana, do godziny 10-11. Tłum chorych i potencjalnie chorych – to była przygnębiająca przedpołudniowa codzienność opolskiej onkologii. Dość powiedzieć, że w okresach rzekomej „pandemii świńskiej grypy” niektórzy fotoreporterzy właśnie tutaj znajdowali „potwierdzenie” skali grypowego problemu...

\*\*\*

*„Wyjęte kartoteki trzeba zanieść w konkretne miejsce. Jeśli idziemy do gabinetów w przychodni, to pacjenci to widzą. Ale kartoteki są przekazywane także do zupełnie innych budynków, np. do chemioterapii dziennej czy radioterapii. Bywa, że jedna z nas szuka kartoteki na dole, a druga wychodzi z kartotekami na zewnątrz, i już jest w kolejce sykk, bo okienko obsługuje tylko jedna osoba”....*

\*\*\*

*„Pacjenci widzą, że schodzimy na dół,*

*myślą, że my schodzimy na papieroska czy na kawkę, aby zrobić sobie przerwę w pracy. Często słyszymy uwagi na ten temat. A przecież, aby przynieść kartotekę trzeba zejść na dół, wyszukać ją wśród 60 -tysięcznego zbioru, co musi trochę potrwać. Pacjenci nie wiedzą, że tam na dole znajdują się karty choroby od nr 1 do 59 999, czyli jest ich tam znacznie więcej niż na górze, gdzie przechowywane są karty od nr. 60 tys. i kolejne”.*

Tłumy przed okienkiem rejestracji oraz w poczekalni –to już historia. Oddanie do użytku nowego obiektu znacznie poprawiło pacjentom komfort rejestrowania się i czekania na badanie. Ale też – co skądinąd zrozumiałe – wprowadziło nieco początkowego zamieszania...

Rejestracja Główna, z pełnym zbiorem kartotek pacjentów, obsługiwana jest przy trzech stanowiskach i nadal mieści się tam, gdzie wcześniej, czyli w kompleksie szpitalno-poradnianym, w głównym gmachu opolskiej onkologii. W jej zasobach znajduje się ponad 100 tys. kartotek, z tego 60 tys. w części przyziemnej, do której schodzi się krętymi schodami. Kartoteki te należą do osób, leczących się najdłużej, bądź które w latach poprzednich trafiły do onkologa z powodu szeroko rozumianej profilaktyki.

\*\*\*

*„Odrębny problem stanowią telefony. Są po to, aby ułatwiać życie, a więc także aby móc zarejestrować się do onkologa. Ale pierwszeństwo obsługi mają osoby, rejestrujące się osobiście, które stoją w nierzadko bardzo długiej kolejce. Dlatego prosimy o późniejszy kontakt, gdy kolejka zniknie, czyli ok. godz. 12 i rejestrujemy telefonicznie „na termin”, czyli „planujemy wizytę”. Ale bywa, że kolejka jest jeszcze duża i obsługujemy osoby stojące przed okienkiem. I gdy nie odbieramy telefonów wówczas pacjenci dzwonią do dyrektora z pretensjami, że nie można się*



*dodzwonić. Błędne koło.*

\*\*\*

*Bywało, że tłum pacjentów czekał na rejestrację w podwójnie zawiniętej kolejce, a telefon uporczywie dzwonił. Proszę więc telefonującego o chwilę cierpliwości, kończę obsługiwać pacjenta sprzed okienka, ale kiedy zaczynam rozmowę, następny pacjent irytuje się widząc, że ja „sama ze sobą rozmawiam”. Bo jesteśmy wyposażone w zestawy słuchawkowe, pozwalające na pewną mobilność. Np. rozmawiając mogę wyszukać kartotekę, albo zakładać kartę nowemu pacjentowi. Kiedy zakładam kartotekę to udzielanie informacji przez telefon mniej przeszkadza, mogę pisać i mówić jednocześnie. Stali pacjenci już wiedzą, co nosimy zaczepione na ucho, ale kiedyś naprawdę dochodziło do scysji...*

W części, gdzie funkcjonują pracownie diagnostyki obrazowej, odrębna rejestracja służy wyłącznie pacjentom ze skierowaniami na badania obrazowe, takie jak: tomografia komputerowa, mammografia, USG, rentgen. Również tutaj rejestrowane są zdrowe panie w wieku 50-69 lat, zgłaszające się na mammografię w ramach badania przesiewowego, tzw. skryningu (w tym miejscu drobna uwaga: niebawem OCO wyposażone zostanie w nowy cyfrowy mammograf i badania piersi w ramach skryningu, jak również część badań diagnostycznych, wykonywane będą już w nowym pawilonie).

\*\*\*

*„Czasem trzeba szukać kartoteki, bo pacjent idzie do gabinetu zabiegowego czy na chemioterapię, a jego kartoteka znajduje się jeszcze na oddziale. Trzeba więc po nią pójść, a to trwa. A pacjenci się denerwują, że rejestratorki tak długo nie ma...”*

\*\*\*

*„Bywa, że pacjent mówi, że ma coś*

*do usunięcia i zostaje skierowany do chirurga. Nie mówi jednak, że ma już wykonanych wiele innych badań, których wyników nie pokazuje. To wyjaśnia się dopiero w gabinecie lekarza. I jest problem, bo taki pacjent zamiast do chirurga powinien najpierw trafić anamnezy (gab.106, gdzie wszystkie dane z historii choroby pacjenta zostają wpisane do komputerowej karty, gdzie przeprowadzony zostaje wywiad, od kiedy choruje, co i jak. I dopiero wówczas chorego kieruje się do odpowiedniej poradni. Albo np. pacjentka zgłasza się do Poradni Chorób Piersi, ale nie informuje, że wykonała mammografię w mammobusie. I dopiero u lekarza wyjmuje te wszystkie dokumenty...”*

Tłum czekających, schorowanych ludzi, często w towarzystwie lub pod opieką osób bliskich, zdenerwowanych nierzadko jeszcze bardziej - to nie jest sytuacja, wyzwalająca w ludziach zachowania „a la Wersal”... A tu jeszcze, jak się zdarzało, komputery odmawiają posłuszeństwa... W takiej sytuacji brak „iskrzenia” po obu stronach rejestracyjnego okienka chyba by dziwił...

Na szczęście dzisiaj takie sytuacje to przeszłość. Gros rejestracyjnych zadań przejął estetyczny kontuar w nowym pawilonie poradnianym. To tutaj swoje pierwsze kroki winni kierować ci, którzy niepokoją się stanem swojego zdrowia, a lekarz rodzinny nie za bardzo umie poradzić... Do dyspozycji pacjentów pierwszorazowych są więc chirurdzy w poradniach chorób piersi oraz chirurgii onkologicznej, czy genetyki (jej prewencyjna i profilaktyczna rola jest nie do przecenienia; tu winny trafić osoby, u których wywiad rodzinny wskazuje na istniejące ryzyko zachorowania w przyszłości na raka). Również w tym budynku onkolodzy kliniczni konsultują pacjentów leczonych cytostatykami; wielu

z nich zjawia się tu cyklicznie, by podać się kolejnej rundzie chemioterapii w systemie ambulatoryjnym. Punkt Pobran Krewi znajduje się także w nowym obiekcje, bo od wyniku badania zależy m.in. czy chemioterapia będzie kontynuowana.

\*\*\*

„Ostatnio weszły w życie nowe zasady, związane z ustawą o prawach pacjenta. Zobowiązują one pacjenta do wyrażenia zgody lub nie na przekazywanie przez lekarza informacji o stanie jego zdrowia oraz udostępnianie jego dokumentacji medycznej rodzinie lub osobom wskazanym. Bywa, że pacjent wyraźnie zastrzeżę, aby nikogo o swojej chorobie nie informować...”

\*\*\*

„Od pacjentów słyszymy, że lekarze pierwszego kontaktu nierzadko odwołują ich od wizyty na onkologii, snując wizję wielogodzinnej kolejki do rejestracji oraz odległych, półrocznych terminów przyjęć. Czyli że nie ma sensu tam się diagnozować czy wręcz leczyć. Część tych pacjentów trafia więc do gabinetów prywatnych...”

\* kursywą wyodrębniono wypowiedzi pań obsługujących rejestrację OCO

**Podobno....**

### **Wymuszony uśmiech szkodzi**

Osoby, które z przyczyn zawodowych muszą się często uśmiechać, doświadczają silnego stresu – twierdzą niemieccy naukowcy. Ukrywanie swoich prawdziwych emocji przynosi więcej szkód niż korzyści, dlatego „profesjonalnym uśmiechaczom” powinny przysługiwać regularne przerwy w pracy, w ramach których mogliby być tak zasepieni, jak tylko mieliby ochotę. Zdaniem badaczy uśmiechanie się wbrew własnej woli prowadzi do depresji, osłabienia układu odpornościowego, zwiększenia ciśnienia krwi itp. Ich wnioski to efekt dwuletnich badań z udziałem 4 tysięcy wolontariuszy, którzy „pracowali” w fałszywym centrum telefonicznym. Podzielono ich na dwie grupy. Członkowie jednej mogli swobodnie odpowiadać dzwoniącym, a pozostałych zobowiązano do znoszenia wszystkiego z uśmiechem na ustach. Odgryzający się doświadczali dużego skoku tętna, ale szybko się uspokajali. Zawodowi uśmiechacze wykazywali objawy stresu, m.in. wzrost częstości uderzeń serca, na długo po zakończeniu przykryej rozmowy.

*Inna kwestia to to, że jak ktoś przychodzi do nas pierwszy raz i widzi zawiniętą kolejkę i kilkadziesiąt w niej osób, to faktycznie może się wystraszyć...”*

\*\*\*

„To, że pacjentów onkologii jest coraz więcej wynika nie tylko z faktu, że chorych na raka przybywa - co jest skądinąd prawdą – ale także dlatego, że wielu z nich chce dbać i dba o swoje zdrowie. Oni badają się profilaktycznie a jednocześnie oswajają się ze specyfiką placówki onkologicznej. W razie choroby, która u nich ma szansę zdiagnozowania we wczesnym stadium, na pewno będą się mniej lękać wizyty u onkologa. Ten lęk a także onkofobiczne stereotypy również pomagają przelamywać onkologiczne białe soboty”.

Mimo iż stres oraz zdenerwowanie wywołane kolejką do rejestracji zdają się być w nowych warunkach zdecydowanie mniejsze, tym niemniej niniejszy tekst przeplatamy wypowiedziami pań rejestratorek, w nadziei na jeszcze lepszą współpracę na linii rejestracja – pacjent, pacjent- rejestracja.

*W marcowym numerze naszego miesięcznika wydrukowaliśmy pierwszą część polemiki z artykułem, który w październiku ub.r. ukazał się na łamach tygodnika „Przekrój”. Poniżej dokończenie tekstu polemiki*

**Opolscy onkolodzy o tezach przedstawionych w tygodniku „Przekrój”**

## **Mammografia – półprawdy i kłamstwa „Przekroju” (2)**

Opolscy onkolodzy zdecydowanie zaprzeczają opinii, że *„leczenie guza złośliwego jest równie wyniszczające, co sama choroba”*.

- Bilans zysków i strat jest bezwzględnie po stronie leczenia i życia, co wyraźnie wynika choćby z danych statystycznych. Gdyby było inaczej to onkologia jako dziedzina medycyny nie miałaby racji bytu. Jeśli teзом „Przekroju” hołduje część onkologów – to może z korzyścią dla pacjenta byłoby, gdyby zmienili specjalizację, a może i zawód... - irytują się opolskie radiolożki.

Onkolodzy OCO są zbulwersowani także innym zdaniem, a mianowicie, że *„kobiety poddające się mammografii częściej zapadają na raka”*.

- To oczywiste, że u kobiet poddających się mammografii raka wykrywa się częściej właśnie dlatego, że się go tam szuka – mówi dr Drosik. - Skryning mammograficzny na początku na pewno ma duży wpływ na wzrost zachorowalności, ale przecież ideą programu jest wykrywanie wczesnych raków. Ale to, że tych raków więcej wykrywa się nie ma to nic wspólnego

ze wzrostem zachorowalności! Bo te kobiety, które są chore, są nadal chore, tylko że albo o tym nie wiedzą, albo wiedzą, że coś jest nie tak, tylko z wiadomych sobie powodów nie idą do lekarza i nie podejmują leczenia. Liczba osób faktycznie chorych pozostaje taka sama.

Autorka artykułu w „Przekroju” uważa również, cytując zachodnie opinie, że zachęcanie kobiety do uczestnictwa w skryningu *„to oszukiwanie kobiet na skalę, jaka nie miała miejsca w przeszłości”* oraz że *„tak reklamowane samobadanie piersi to czysta strata czasu i zawracanie głowy”*, z czym absolutnie nie zgadzają się opolscy lekarze.

- Powtórzę po raz kolejny, że wielokrotnie udowodniono, iż w tych populacjach, gdzie prowadzone są regularne badania mammograficzne, umieralność na raka piersi, czyli liczba zgonów na 100 tys. populacji, zmniejsza się o ok. 27 proc.- mówi dr Drosik. - Jest wystarczająco dużo dowodów, by powiedzieć, że grupie kobiet w wieku 50-69 lat badania skryningowe piersi przynoszą korzyść

„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. (...)

Widoczna jest też zwiększona liczba zarejestrowanych nowotworów in situ, czyli przedinwazyjnych. W 2005 wykryto ich 16, w 2006 – 26, w 2007 – 43 (dwa 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”.

*(z materiałów zaprezentowanych na międzynarodowej konferencji „Programy skryningowe na przełomie wieków - doświadczenia i perspektywy”, zorganizowanej w listopadzie ub.r. we Wrocławiu)*

w postaci zmniejszenia umieralności chorych na raka piersi, co zresztą zostało opublikowane w „Lancecie” i dotyczyło badań w krajach, gdzie skryning jest prowadzony.

Opolskie radiolożki odpowiadają przykładem:

- Niedawno miałyśmy pacjentkę, która mammografię wykonała w maju ub.r. Wynik był prawidłowy, a więc następne badanie miałyby wykonać za dwa lata, czyli w maju 2011 roku Tymczasem pacjentka ta zgłosiła się do nas już w styczniu br. z guzkiem w piersi wielkości ok. 6 mm, który sama sobie wymacała. Guzek okazał się rakiem. Gdyby nie jej czujność, za półtora roku mogłoby być za późno na wyleczenie... Bo to, że istnieją tzw. raki piersi radiologicznie nieme to elementarz radiologii onkologicznej. Stanowią one pewien odsetek przypadków i nie wykrycie ich podczas mammografii nie jest żadnym błędem w sztuce.

\*\*\*

Dlaczego omawiany tekst w „Przekroju” jest tak szkodliwy? Przede wszystkim dlatego, że bardzo zreżumuje nie tylko półprawdą, ale nierzadko wręcz kłamstwem. Punktem wyjścia do rozważań autorki są dane zachodnie (głównie brytyjskie i amerykańskie) wyrwane nierzadko z kontekstu dla potwierdzenia głównej tezy artykułu. Nie ma w nich ani jednej wypowiedzi polskiego onkologa. Oczywiście, nie jest to żaden wymóg, ale na pewno „wzmocniłby” antyskryningową i antyprofilaktyczną wymowę artykułu, bo tylko taką da się z niego odczytać.

Nie wiem, czy autorka zwróciła się o opinię do polskich autorytetów onkologicznych. Niewykluczone, że żaden z nich nie chciał swoim nazwiskiem firmować takich „odkryć”,

tudzież brać na swoje barki odpowiedzialności za zasianie wątpliwości czy wręcz niechęć, przynajmniej części kobiet, do badań mammograficznych.

Tekst Ireny Cieślińskiej wraz z grafikami zajmuje pięć kolumn. Niczym rodziny w tym morzu zniechęceń do skryningu tkwią takie perełki prawdy, jak zdania: „*sam moment przebudzenia (nowotworu-KR) jest niezwykle trudny do uchwycenia*” (sic! –KR), oraz „*przy obecnym stanie wiedzy nie sposób arbitralnie odpowiedzieć czy należy poddawać się skryningowi*”. Otóż to! Po co zatem ta cała pięciokolumnowa quasiargumentacja?

No i pojawia się to jedno, jedyne najważniejsze zdanie, jakby mimochodem wtrącone w końcowym akapicie: „*Ich zdaniem (t.j. lekarzy-sygnatariuszy listu, uważających że program badań przesiewowych uznanych za sukces i któremu przypisuje się spadek liczby zgonów z powodu raka piersi, niesie za sobą wiele zagrożeń –KR) powinna zmienić się formuła badań przesiewowych – nie powinny dotyczyć całej populacji, a tylko i wyłącznie kobiet starszych niż 50-letnie i należących do grupy ryzyka.*”

Właśnie to ostatnie zdanie, i będące jedyne sensowne zdanie w tekście, stanowi clou „Przekrojowego” wywodu, stworzonego na podstawie wyłącznie zagranicznej bibliografii, aczkolwiek przeprowadzonego po polsku, w polskojęzycznym periodyku oraz dla polskiej czytelnicy, czytelnika. Otóż **podkreślimy z całą mocą, że w Polsce, w przeciwieństwie do Wielkiej Brytanii czy USA, skryning mammograficzny dotyczy wyłącznie kobiet po pięćdziesiątce! A więc w naszym kraju skryning odbywa się jak najbardziej lege artis!**

Po co był więc ten artykuł? Doprawdy trudno zrozumieć...

Zastanawiające, do jakich chwytów w celu nagłośnienia tytułu czasopisma (tudzież wzrostu jego sprzedaży w powiązaniu z chęcią „wypromowania” nazwiska autora tekstu?) posunąć się może dziennikarz (lub czasopismo), by zbulwersować czytelnika? Podważanie, ba, negowanie sensu nowotworowej profilaktyki, diagnostyki i terapii za pomocą pseudofaktów, to nie tylko dawanie oręża onkofobom\*, notabene których w Polsce ciągle zdecydowany nadmiar, ale także robienie wody z mózgu osobom, nie mającym wątpliwości, co do rangi wczesnego wykrywania raka, mającym za to pewność, że ich zdrowie znajduje się w ich rękach i doskonale rozumiejących potrzebę poddawania się badaniom oraz stosowania się do wytycznych profilaktyki nowotworowej XXI wieku.

Na szczęście „Przekrój” nie jest tygodnikiem czytany masowo (mimo zmiany właściciela, który w sierpniu 2009 r. deklarował zdecydowany wzrost sprzedaży) i szkodliwy tekst red. Cieślińskiej nie trafił „pod strzechy”. Jak na razie, a minęło już trochę czasu, nie podchwyciły też jego „quasinowatorskich” treści media, co w tym wypadku świadczy niewątpli-

wie o rozsądku dziennikarzy. Dobrze też się stało, że w dyskusji w Radiu TOK FM (z 13 października ub.r.), nad teżami omawianego tekstu, prof. **Tadeusz Pieńkowski**, szef Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w warszawskim Centrum Onkologii, z właściwą sobie i tematowi żarliwością, przy użyciu argumentów oraz liczb, obalił bzdurne i szkodliwe tezy artykułu. Szkodliwe, bo mówiąc wprost, przekonywanie ludzi, że współczesne metody wykrywania i leczenia raka są funta kłaków warte - to wręcz zamach na zdrowie i życie potencjalnych pacjentów onkologii.

A może takie teksty pisze się nie dla czytelników, tylko dla kolegów – dziennikarzy? Aby (nagłaśniając medialnie nośną i ogromnie ważną kwestię dla zdrowia i życia ludzi, a tylko patrzeć jak rak stanie się główną przyczyną śmierci ludzi), wprowadzili w ruch młyny „poczytności tytułu”? Ot, taki kryptopiarowski sposób tytułu prasowego na czytelnika...

Krystyna Raczyńska

*\* onkofobia- obawa przed chorobą nowotworową skutkująca odwlekaniami wizyty u lekarza; jedna z przyczyn wciąż wysokiej w Polsce umieralności na różne postaci raka)*

*Dzięki programowi wykryto już blisko 400 raków piersi u Opolank. Wiele z tych pań ma szansę na pełny powrót do zdrowia.*

## **Skryning mammograficzny na Opolszczyźnie w roku 2009 w liczbach**

Rok 2009 był trzecim rokiem funkcjonowania z informatyzowanego zarówno w kraju, jak i na Opolszczyźnie, programu przesiewowych (skryningowych) badań mammograficznych, funkcjonującego w oparciu o zapisy ustawy o Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

W naszym regionie w roku 2009 kryteria uczestnictwa w badaniu spełniało 62.981 Opolank z roczników 1940-1959 (w kraju blisko 2,5 mln Polek). Na badanie zgłosiło się 21.848 Opolank, czyli 34,69 proc. (w kraju blisko 860 tys. czyli 35,85 proc.). Wykonały one mammografię w 8 placówkach stacjonarnych oraz w 1 mammobusie.

**Dzięki programowi skryningu w latach 2007-2009 wykryto na Opolszczyźnie 387 przypadków raka piersi, a w samym roku 2009 - 84.**

## Zdrowy styl życia – banał jakże prawdziwy ...

Ludzie znacznie częściej uderzali by się młotkiem w palec, gdyby ból pojawiał się dopiero po roku. Ta skądinąd niebanalna myśl służy ilustracji tezy, że gdyby rak atakował nas choćby po tygodniu czy miesiącu od zjedzenia np. golonki, schabowego, frytek, konserwowanych mięs i wędlin, pączków, tortów oraz tym podobnych „pyszności”, to z pewnością „łaso-walibyśmy” zdecydowanie rzadziej. I byłibyśmy zdrowsi.

Niestety, nowotwór złośliwy jest rozpoznawalny klinicznie (okiem, dotykiem, badaniem) mniej więcej dopiero wówczas, gdy składa się z ok. miliarda komórek. Waży wtedy ok. 1 grama. Taki rozmiar osiąga po ok. 8 latach (rak piersi), 11 (rak oskrzeli) czy 15 (mięsak). Ale zanim liczba komórek rakowych wzrośnie do ok. tysiąca i zmiany nowotworowe utrwala się, rak może cofnąć się samoistnie (ponoć stąd nazwa choroby...).

### *Samemu można zminimalizować ryzyko śmierci z powodu raka*

Epidemiolodzy zdają się nie mieć wątpliwości: za 10 lat, a więc szybciej niż prognozowano, liczba chorych na raka podwoi się. Wynika to m.in. z faktu wydłużającej się średniej życia, także Polaków (wraz z wiekiem słabną mechanizmy naprawy uszkodzeń DNA w genach, co stanowi punkt wyjścia do rozwoju nowotworu), ale także zdecydowanie lepszej wykrywalności nowotworów złośliwych, jako wyniku postępu technologicznego w dziedzinie diagnostyki onkologicznej.

Ale badacze są też zdania, iż za kilka lat z powodu raka wzrośnie nie tylko zachorowalność, ale również

śmiertelność. I że szybciej niż się spodziewamy rak stanie się głównym zabójcą, dystansującym w liczbie zgonów dotychczasowego „lidera”, czyli choroby serca.

Tegorocznemu Światowemu Dniu Walki z Rakiem, 4 lutego obchodzonemu w Polsce po raz dziesiąty, przyswiecało hasło „Rakowi też można zapobiegać”. Myśl tę nie tylko warto, ale wręcz należy nieustannie powtarzać. Onkolodzy nie mają bowiem wątpliwości, że wiele typów raka ma bardzo silny związek z naszymi codziennymi nawykami i przyzwyczajeniami.

I właśnie dlatego tak ważna jest profilaktyka, nierzadko proste działania zależne jedynie od wiedzy i woli każdego z nas, jak: niepalenie papierosów, zdrowa dieta, regularna aktywność fizyczna, nienadużywanie alkoholu, unikanie nadmiaru słońca i promieni UV, szczepienia chroniące przed infekcjami wywołującymi raka. Stosowanie się do tych zasad, ujętych w niezwykle ważnej publikacji, jaką jest Europejski Kodeks Walki z Rakiem, opracowany przez najlepszych europejskich onkologów, jest nie do przecenienia: dzięki nim można by o ponad 30 proc. zmniejszyć liczbę zachorowań na nowotwory złośliwe.

### *Wczesne wykrycie raka to gwarancja skuteczności jego wyleczenia*

Ponieważ jednak nie wiadomo, który z raktowórczych czynników i kiedy (no i czy w ogóle) uruchomi rozwój choroby, to ogromnego znaczenia nabiera samo wykrycie choroby w możliwie najwcześniejszym stadium. I nawet jeśli nie jest to możliwe dla wszystkich typów raka, to jednak



w wypadku tych najczęściej występujących – jak najbardziej.

Współczesna onkologia dostarcza aż nadto dowodów, że można zachorować na raka, leczyć się z jego powodu, a po wielu latach umrzeć na chorobę zupełnie z nim nie związaną. W USA ok. 70 proc. chorych na raka przeżywa co najmniej pięć lat bez objawów choroby, w Europie - 55 proc, a w Polsce zaledwie 35-40 proc. Pytanie zasadnicze – czy musimy być tą czerwoną latarnią?

Onkolodzy nie mają wątpliwości, że w co najmniej jednej trzeciej przypadków rak może być wyleczony. Warunek jest jeden: musi zostać wcześniej wykryty, aby możliwe było szybkie zastosowanie właściwej terapii. Największy wpływ na zgon mają bowiem przerzuty, do których dochodzi w późniejszych stadiach rozwoju choroby.

Wczesne wykrycie raka to zdiagnozowanie go głównie dzięki badaniom profilaktycznym, (owszem, zdarzają się wypadki jego wykrycia przy okazji diagnostyki innych chorób). Niektóre z tych badań objęte są bezpłatnym programem przesiewowym (inaczej zwanym skryningiem), którego celem jest „odsianie” z grupy osób zdrowych, takich osób, u których istnieje co najmniej podejrzenie określonego typu raka. I tak skryning mammograficzny, wykrywa wczesne postaci raka piersi, skryning cytologiczny - wczesnego raka szyjki macicy, oraz kolonoskopowe - wczesnego raka jelita grubego.

W krajach Europy Zachodniej badania przesiewowe wykonuje większość populacji. U Skandynawów frekwencja wynosi 90 proc. i więcej, nawet mimo to, że badania te są tam odpłatne. W Polsce od kilku do ok. 40 proc., czyli ogromne ich bagateli-

zowanie, bo trudno uwierzyć, że niewiedza.

Trzeba czasu na przełamanie myślowych stereotypów. Rok, dwa, trzy to na pewno mało, aby Polacy en bloc radykalnie zmienili pogląd na np. to, w czyich rękach znajduje się ich zdrowie i życie. Jest raczej pewne, że jeszcze niemało lat upłynie a większość rodaków nadal będzie tkwić w złudnym przekonaniu, że ich zdrowie i życie zależą wyłącznie od lekarzy. No i Boga. A raczej od Boga i lekarzy... A skoro tak, to nie ma sensu zarówno profilaktyka („lepiej nie wiedzieć”, „czego oczy nie widzą serce nie boli”), jak i stosowanie się do ogólnych kanonów tzw. zdrowego stylu życia.

Mimo ogromnych kwot, jakie z budżetu państwa corocznie od roku 2006 wydawane są na realizację Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, a którego składową są m.in. badania profilaktyczne, pozwalające na wykrycie wczesnych stadiów najczęściej występujących raków, wielu Polaków ciągle bagatelizuje ich dobrodziejstwo. Cóż, dopóty dżban wodę nosi...

Wielokrotnie udowodniono, iż w tych populacjach, gdzie prowadzone są regularne badania mammograficzne, umieralność na raka piersi, czyli liczba zgonów na 100 tys. populacji), zmniejsza się o ok. 27 proc.

### ***Czym wystraszyć raka?***

Onkolodzy twierdzą ponadto, że ok. jedna trzecia zachorowań na raka spowodowana jest błędami w codziennym menu! Nieracjonalne odżywianie się to największy wróg naszego zdrowia i wielki przyjaciel raka! Większy nawet niż nikotyna, niekwestionowany lider, jeśli idzie o przyczynę zachorowań i zgonów na raka płuca.

Można powiedzieć, że każdego roku

ok. 30 proc. Polaków, czyli ponad 40 tysięcy osób, umiera na raka na własne życzenie, bo przyczyną ich choroby jest właśnie złe odżywianie się.

Tymczasem „wystraszyć” raka można odpowiednią dietą, której sedno da się streścić tak:

- jak najmniej tłuszczu, cukru i soli (a najlepiej w ogóle)
- jak najwięcej warzyw i owoców (co najmniej 5 razy dziennie)
- jedzenie z umiarem potraw bogatych w witaminy A, C i E, w minerały (selen, magnez – których naturalnymi źródłami są owoce morza, kielki pszenicy, otręby, tuńczyk, cebula, pomidory i brokuły) oraz błonnik (ale... raczej unikać produktów bogatych w witaminę B).

### ***Smażone mięso – pyszne także dla raka***

Podczas smażenia mięsa, szczególnie wołowego, wskutek wysokiej temperatury następuje rozkład tłuszczów i aminokwasów, w wyniku czego powstają wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne o właściwościach rakotwórczych. Tworzą się one również podczas smażenia fry-

tek, pączków czy faworków. Dlatego, jeśli już skusimy się na te pyszności, to najlepiej przygotować je samemu, w domu, uważając, aby przy smażeniu nie „palić tłuszczu”.

No i zasada kardynalna: **tłuszcz do smażenia może być użyty tylko raz i to na dokładnie umytej patelni!** Z tego względu nigdy nie należy jeść frytek (faworków, pączków) na mieście! Któremuż z wytwórców opłaciłoby się nie tylko zmieniać tłuszcz, ale także czyścić brytfankę po usmażeniu każdej porcji frytek?! A skoro o tłuszczu mowa to na pewno szerokim łukiem należy też omijać smażalnie ryb, zarówno te kuszące podczas letniej kanikuły nad morzem, jak i wszystkie inne.

Do minimum należy też ograniczyć wędliny, wszystkie wyroby wędzone, sosy, majonez, słodczyce, słodziki, peklowane mięsa i konserwy, mąkę, margarynę, wszelkie tłuste mięsa, także wątróbkę, alkohol (wyjątek stanowi czerwone wino w rozsądnych ilościach rzecz jasna), a także sztucznie barwione i słodzone napoje oraz soki.

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

## **Rozwiń swój genialny umysł Gdzie tkwi błąd rozumowania?**

$1 \text{ zł} = 100 \text{ gr} = 10 \text{ gr} \times 10 \text{ gr} = 0.1 \text{ zł} \times 0.1 \text{ zł} = 0.01 \text{ zł} = 1 \text{ gr}$

*Rozwiązania w numerze majowym.*

Rozwiązanie z numeru marcowego: *Na stole leżą kolejno: król trefl, siódemka karo, dama pik i walet kier lub: walet kier, dama pik, siódemka karo, król trefl*

„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 Zwalczania Chorób Nowotworowych