

Ruszaj się, ćwicz – dłużej zachowasz zdrowie

Opolskie Centrum Onkologii, poprzez służby, realizujące programy: wczesnego wykrywania raka piersi oraz prewencji pierwotnej nowotworów, w **nieдіelę 14 czerwca** po raz drugi organizuje wielką imprezę promującą zdrowy styl życia, a zwłaszcza ruch na świeżym powietrzu.

W tym roku **Piknik dla Zdrowia „Chodzę, biegam więc jestem”**, nad którym patronat objął prezydent Opola **Ryszard Zembaczyński**, podobnie jak w roku ubiegłym odbędzie się w Opolu w godz. 11-14, w parku przy ul. Sosnkowskiego (dawnie osiedle ZWM). Głównym punktem imprezy będzie bieg- przemarsz asfaltowymi alejkami parku po wytyczonej trasie długości ok.1 km.

Na bieg zaproszeni są wszyscy bez wyjątku Opolanie. Nie ma ograniczeń wiekowych, kondycyjnych, sprawnościowych. Wyznaczoną trasę można przebiec, przejść, przejechać dowolną techniką. Nie liczy się wynik, liczy się sam ruch na świeżym powietrzu.

Naszej imprezie promującej jak najdłuższe zachowanie zdrowia poprzez zdrowy styl życia a zwłaszcza aktywność fizyczną, oprócz biegu - marszu towarzyszyć będzie wiele innych atrakcji, m.in. Rodzinny Festyn Rekreacyjny z grami i zabawami, wspólny aerobic, występ mażorettek, jazda na koniu, nordic walking, pokazy sztuki walk Wschodu, degustacja sałatek z warzyw i owoców.

Wśród uczestników Pikniku rozlosowane zostaną cenne nagrody (m.in. rower, rakietka tenisowa, deskorolki, rolki); wszyscy otrzymają drobne upominki, napoje oraz owocowo- warzywny poczęstunek.

Impreza zostanie przeprowadzona przy organizacyjnym wsparciu: Politechniki Opolskiej, Urzędu Miasta Opola, Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej, MOSiR-u, Stowarzyszenia Bieg Opolski, WSSE, WOK Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.



Tak było rok temu. Start do pierwszego biegu.

Brachyterapia z najwyższej półki

Od marca br. Pracownia Brachyterapii, działająca w ramach Zakładu Radioterapii, należy do najnowocześniejszych w kraju. Stało się tak dzięki zakupowi przez Opolskie Centrum Onkologii urządzenia do śródtkankowej aplikacji izotopów promieniotwórczych. Aparat Micro Selectron wraz z systemami wizualizacji i planowania terapii należy do typu HDR (z ang. *High Dose Rate*, wysoka dawka), co oznacza leczenie bardzo wysokimi dawkami promieni. Dzięki temu seans leczniczy u jednego pacjenta trwa teraz zaledwie kilka (do kilkunastu) minut, a nie jak poprzednio kilkanaście godzin a nawet dłużej niż dobę.

Brachyterapia jest metodą leczenia nowotworów. Polega na napromienianiu guza nowotworowego „od środka”, poprzez umieszczenie źródła promieniowania w samym guzie lub jego sąsiedztwie. Metoda ta stosowana była w Opolu od lat przy pomocy aparatu typu LDR, emitującego niskie dawki energii. Daje bardzo dobre efekty terapeutyczne, zwłaszcza w nowotworach układu rozrodczego.

Pomieszczenie, w którym nowe urządzenie pracuje, z uwagi na bardzo wysokie dawki promieni, musiało spełnić specjalne warunki techniczne. Jedyнным miejscem był tzw. bunkier (niegdyś funkcjonował w nim pierwszy akcelerator opolskiej onkologii), którego betonowe ściany mają grubość ponad 2 metrów. Istnienie bunkra chroniącego personel medyczny przed szkodliwymi promieniami, było zresztą warunkiem dla uzyskanie pozwoleń na zakup

i instalację aparatu Micro Selectron.

Cały zestaw kosztował ponad 3 mln zł, z czego większość stanowiły środki pozyskane z Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych; 300 tys. zł pochodziło ze środków własnych onkologii, w tym 50 tys. zł było darowizną Zakładów Koksowniczych w Zdziechowicach.

Uroczystość otwarcia nowej Pracowni Brachyterapii odbyła się 27 kwietnia br. z udziałem m.in. marszałka województwa **Józefa Sebesty**, przewodniczącego Sejmiku Województwa **Bogusława Wierdaka**, przedstawicieli opolskiego oddziału NFZ oraz opolskich szpitali.

Dr n. med. **Lidia Czopkiewicz**, kierownik Zakładu Radioterapii oraz dr n. med. **Kamila Czerw**, ordynator Oddziału Onkologii Ginekologicznej, w kilku słowach przestawiły możliwości terapeutyczne, jakie daje nowe urządzenie.

Dyrektor **Wojciech Redelbach** zapoznał także przybyłych z najnowszymi osiągnięciami opolskiej onkologii, w tym także w zakresie działań na rzecz profilaktyki i badań przesiewowych.



Dr Kamila Czerw prezentuje zalety nowego urządzenia

„Większość nowotworów jest uleczalna a chorzy na nie mogą być zdrowi”

Warto dmuchać na zimne (cz.1)

Z prof. dr n. med. **Andrzejem Szawłowskim** z Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, od niedawna konsultantem w sprawach chirurgii onkologicznej w Opolskim Centrum Onkologii, rozmawia **Krystyna Raczyńska**.

Znany polski chirurg onkolog konsultantem w regionalnej jednostce onkologicznej? Wyraz uznania do dokonań opolskich kolegów z branży czy może odwrotnie?

Jak najbardziej wariant pierwszy! Wizytowałem, i to nie raz, wszystkie ośrodki onkologiczne w Polsce. I wniosek jest jeden: wielkie rzeczy w polskiej medycynie dzieją się niekoniecznie w tzw. „w centrach” czy w głównych ośrodkach akademickich, ale także w mniejszych jednostkach, do których zaliczam zdecydowanie Opolskie Centrum Onkologii. Pracują u was znakomici fachowcy, nie tylko na oddziale chirurgii, których nie powstydziłaby się renomowana klinika medyczna. Dodam, że opolska placówka od lat ma „szczęście” do znakomitych chirurgów, z ordynatorem, dr. Aleksandrem Sachanbińskim na czele. Opolanie powinni mieć świadomość, jak wysokiej rangi szpital onkologiczny mają na swoim terenie. Docenia to także kierownictwo Polskiego



Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, planując organizację zjazdu naukowego właśnie w Opolu. A jeśli idzie o moją współpracę z Opolem, to dotyczyć ona

będzie uczestnictwa w konsultowaniu trudniejszych przypadków z zakresu chirurgii onkologicznej, których nigdzie nie brakuje...

Panie Profesorze, jak to jest, że przy porównywalnej zachorowalności Polacy en bloc umierają na raka znacznie częściej niż Szwedzi, Finowie, Francuzi czy Niemcy? Pytanie o poziom leczenia onkologicznego w Polsce w porównaniu do europejskiego nasuwa się samo...

Powiem krótko: są to poziomy porównywalne. W wielu grupach narządowych wyniki leczenia w Polsce nie ustępują europejskim. Niestety, w innych nie satysfakcjonują one nikogo, ani chorych i ich rodzin, ani nas, lekarzy. Wynika to m.in. ze względów ekonomicznych, które rzutują na możliwości współczesnej diagnostyki i terapii, a konkretnie na wyposażenie placówek leczniczych w odpowiedni sprzęt. (zob. „Apel onkologów” na s. 11-12 - przyp. red.) W niektórych nowotworach, m.in. górnego odcinka układu pokarmowego, czyli żołądka, trzustki, wątroby i przełyku, leczenie jest bardzo skomplikowane, a to oznacza często, że i drogie. Inną przyczyną tych gorszych wyników są uwarunkowania biologiczne, gdzie niezależnie od wysiłków chirurgów i onkologów w ogóle, rokowania są gorsze ze względu na stadium zaawansowania choroby oraz stopień jej złośliwości.

Jednak w niektórych grupach nowotworów, jak np. rak piersi, wskaźniki przeżycia są coraz lepsze. Jest to efektem m.in. wdrożonego przez rząd programu skryningu mammograficznego, który pozwala wykryć u kobiety raka klinicznie niewyczuwalnego. Leczenie może więc zostać szybko podjęte. Leczy się wtedy chore z minimalnymi lub w ogóle bez jakichkolwiek objawów. Nierzadko trzeba pokonywać opory psychologiczne, bo chora musi się zgodzić na leczenie, mimo że nie ma poczucia tej choroby...

Czy Polacy są leczeni tymi samymi lekami i metodami co mieszkańcy innych krajów Europy?

Oczywiście. Są leczeni zgodnie ze światowymi wytycznymi leczenia, rekomendowanymi na zjazdach i w naukowym piśmiennictwie medycznym. Takim światowym forum są m.in. zjazdy Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, na których ustalane są rekomendacje, dotyczące leków cytostatycznych. W poszczególnych krajach, także w Polsce, są one później akceptowane jako określona procedura lecznicza. Jesteśmy jednak nieco opóźnieni we wdrażaniu tzw. leków innowacyjnych, co wynika głównie z bariery finansowej. Najczęściej jednak dotyczy to leczenia nowotworów niskowych, rzadziej występujących... Dodam, że ostatnio, dzięki badaniom klinicznym, w których Polska także uczestniczyła, do leczenia raka wątrobowokomórkowego wprowadzono nowy lek, który dokonał istotnego przełomu. Jego stosowanie jest już w Polsce standardem.

O poziomie leczenia onkologicznego świadczą także uwarunkowania organizacyjne...

Dzięki uchwaleniu w roku 2005 Narodowego Programu Zwalczenia

Chorób Nowotworowych w Polsce zaistniały finansowe i organizacyjne warunki, pozwalające wykrywać nowotwory piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego we wczesnych fazach rozwoju, w stadiach subklinicznych lub wręcz niemych klinicznie. Jest to jednak dopiero początek drogi. Nie może być więc mowy o poprawie wyników z poniedziałku na wtorek. To jest proces długofalowy. Program funkcjonuje od 3 lat i trudno spodziewać się natychmiastowego, zasadniczego przełomu. Dlatego mimo nie najlepszej wciąż zgłaszalności na te badania, ich sensu nie sposób kwestionować. W onkologii posługujemy się kryteriami 5 i 10-letnimi, zatem trzeba jeszcze trochę poczekać aż czas pokaże, w jaki sposób badania przesiewowe wpłynęły i wpływają na poprawę polskich wskaźników umieralności na te nowotwory. Niestety, w innych „trudnych” rakach, jak np. żołądka czy prostaty, nie ma badań skryningowych, mimo że są one dużym problemem epidemiologicznym tak w Polsce, jak i w Europie...

Dlaczego rak prostaty, który we wczesnym stadium choroby daje się wykryć stosunkowo łatwo i tanio, nie jest objęty programem skryningowym?

Być może kiedyś nie doceniono badań epidemiologicznych w tym zakresie... Na pewno decydenci powinni odnieść się do tej kwestii i podjąć wiążące decyzje...

Pozostaliśmy jeszcze przy skryningu. Dane epidemiologiczne krajów Europy Zachodniej, zwłaszcza skandynawskie, jednoznacznie dowodzą, że skryningi w kierunku wykrywania raka piersi czy szyjki macicy niemal wyeliminowały zgon z tego powodu. Tylko że tam uczestnictwo w badaniach skrynin-

gowych czy w ogóle profilaktycznych, jest powszechne. Polska na tle średniej europejskiej, świeci niczym czerwona latarnia.... Z czego wynika niechęć tak wielu Polaków do uczestnictwa w badaniach profilaktycznych, w znacznej mierze bezpłatnych przecież?

To, że w mentalności Polaków wciąż obecna jest niechęć do zgłaszania się na badania skryningowe wynika z pewnych uwarunkowań edukacyjnych oraz szeroko rozumianego stanu świadomości naszego społeczeństwa. U wielu Polaków wciąż pokutuje, towarzyszące chorobie nowotworowej fatum, które wskazuje ją jako nieszczęście najwyższego kalibru. I to niezależnie od stadium, w jakim zostanie ona wykryta. Większość ludzi nadal jest przekonanych, że rak to wyrok. Nieraz brakuje już cierpliwości, by powtarzać, że jest to oczywistą nieprawdą! Postęp w medycynie jest ogromny, a to oznacza, że możliwości leczenia są zdecydowanie większe. Z roku na rok coraz większe. Z całą odpowiedzialnością twierdząc, że większość nowotworów jest uleczalna a chorzy na nie mogą być zdrowi. Jest jednak pewne „ale”: wszystko zależy od stadium choroby, w jakim pacjent zgłosi się na leczenie. Ludzie znacznie mniej boją się grypy, choć z powodu jej powikłań wielu umiera. Jest też sporo innych chorób, które wykryte w zaawansowanym stadium, są nieuleczalne i prowadzą do śmierci a jednak nie wywołują takiego lęku, jak rak, którego wszyscy panicznie się boją. A wiadomo, strach ma wielkie oczy... Tymczasem rak to choroba, jak każda inna, której możliwości leczenia są naprawdę duże. Problem

jest jednak w tym, że aby zmienić przekonania Polaków niezbędne są szeroko pojęte działania edukacyjne. I nie mam tu na myśli pogadań z pacjentami, lecz oddziaływanie na świadomość wszystkich ludzi poprzez system edukacji, począwszy od poziomu szkół podstawowych poprzez gimnazja, szkoły średnie i wyższe, jak również zakrojoną długofalowo i dokładnie przemyślaną akcję medialną.

O ile skryningowi piersi i szyjki macicy media poświęcają sporo uwagi, to jednak o skryningu jelita grubego słychać niewiele, mimo że ten typ nowotworu dziesiątkuje i kobiety, i mężczyzn. Przypomnijmy, że na raka jelita grubego roku 2006 zmarło ponad 5 tys. mężczyzn i ponad 4 tys. kobiet, łącznie blisko 10 tys. Polaków. Daje to umieralność na poziomie 70 procent. Jest to co najmniej o połowę więcej niż w krajach Europy Zachodniej...

Umieralność w Polsce jest wyższa, ale absolutnie nie wynika to z faktu, że metody leczenia są u nas inne, gorsze. Bierze się wyłącznie stąd, że stadium zaawansowania choroby, w chwili kiedy pacjent trafi wreszcie do lekarza, jest u nas zdecydowanie wyższe niż krajach Europy Zachodniej. Jestem przekonany, a wykształcenie zdobywałem w klinikach Zachodu, także w Japonii, że gdyby tamtejsi lekarze leczyli chorych z takim zaawansowaniem choroby, z jakim przeważnie mają do czynienia lekarze polscy, to wyniki leczenia mieliby podobne do naszych. Ale dodać należy, że nie zawsze jest to „wina” samego pacjenta. Wiele zależy także od „pierwszego

Każdy człowiek ma dwóch nieprzyjaciół: przeszłość i przyszłość. Największym darem, jaki otrzymał, jest teraźniejszość. Gilbert Cesbron

ogniwa”, od którego rozpoczyna się proces diagnostyczny. Mam na myśli lekarzy rodzinnych. W wielu wypadkach to właśnie ich wiedza z zakresu podstaw onkologii decyduje o losach chorego. Jeżeli nie jest ona dostateczna, to oczywiście objawy wczesnych stadiów raka mogą zostać przeoczone lub lekarz źle pokieruje leczeniem chorego, m.in. zapisując leki, które będą jedynie maskowały objawy zasadniczej choroby. Tak się niestety dzieje w wielu przypadkach. Klasycznym przykładem jest rak trzustki, który we wczesnej fazie może dawać takie objawy, jak bóle korzonkowe czy objawy niestrawności. Przez lekarza PÓZ bywają one często postrzegane jako skutek zmiany zwyrodnieniowej w kręgosłupie czy błędu dietetycznego... W wypadku raka jelita grubego, który także może dawać wczesne objawy alertowe, poprawna diagnoza stawiana bywa nieco wcześniej, albowiem sami chorzy częściej je wyłapują. Mam tu na myśli m.in. zmianę rytmu wypróżnień, tendencję do luźnych stolców z domieszką śluzu, zaparcia, a przede wszystkim obecność krwi w stolcu...

Uśmiechnij się

Kilku chirurgów spotkało się na przezwie obiadowej. Rozmawiają o tym, kogo najbardziej lubią operować.

- Ja to bardzo lubię operować księgowych. Wszystko w środku jest ponumerowane.

- Jeszcze łatwiejsi w obsłudze są bibliotekarze. Wszystko mają ułożone w porządku alfabetycznym - twierdzi drugi chirurg.

- Ja to lubię informatyków. Wszystkie narządy oznaczone odpowiednimi kolorami.

- A ja uważam, że najłatwiejsi do zoperowania są prawnicy. Nie mają serca,

Dominujący w naszych łazienkach kształt raczej nie sprzyja obserwacjom, bo stolec znika w wodzie... Muszli klozetowych z tzw. półeczką ze świecą szukać...

Ale krew można zobaczyć na papierze toaletowym... Oczywiście, nie musi to być od razu objaw choroby nowotworowej, ale np. żylaków odbytu czy polipów jelita grubego. Jest to jednak ważny sygnał do zrobienia badań diagnostycznych, m.in. kolonoskopii, która albo wykluczy raka jelita grubego, albo go zdiagnozuje w odpowiednio wczesnym stadium. Ponieważ polipy jelita grubego stanowią podłoże dla nowotworu, są wręcz uznawane za stan przedrakowy, usuwa się je podczas kolonoskopii. Dodam, że rak jelita grubego tak u kobiet, jak i u mężczyzn, zajmuje drugie, trzecie miejsce, jeśli idzie o zachorowalność oraz umieralność na nowotwory. I tendencja jest nadal zwykła. W związku z tym jest o co kruszyć kopie...

(dokończenie rozmowy w numerze lipcowym)

nie mają kręgosłupa, a głowę i dupę można bez problemów zamienić miejscami.

Lekarz wojewódzki wizytuje jeden ze szpitali. Na kartach pacjentów widzi nieznanne sobie symbole.

- Co one oznaczają? - pyta zaciekawiony.

- Nie chcemy denerwować chorych, więc w ten sposób zaszyfrowujemy ich choroby. ZS to zawał serca, PP - paraliż postępowy...

- No dobrze, a DW?

- Diabli wiedzą...

Czuwamy nad krwią naszych pacjentów

Pracownia Markerów Nowotworowych, działająca od października 2006r. na parterze budynku z odcinkiem dziennym chemioterapii, z dniem 1 marca br. funkcjonuje pod nazwą **Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej**. Jej zakres działalności obejmuje przede wszystkim pobieranie materiału do badań, wykonywanie analiz, wydawanie wyników.

Diagnostyka laboratoryjna, tj. oznaczanie markerów nowotworowych, morfologii krwi, OB oraz retykulocytów, wykonywana jest w Pracowni zarówno u pacjentów przed leczeniem, w trakcie oraz po terapii, a także u pacjentów ambulatoryjnych. Badania są realizowane na podstawie skierowań od lekarzy Opolskiego Centrum On-

kologii, ale również bez skierowań (odpłatnie).

W Punkcie Pobierania Krwi pobiera się materiał na wykonywane w Pracowni (ale także w innych laboratoriach) badania, m.in. badania genetyczne i biochemiczne. Pracownia przyjmuje do analizy także krew oraz inny materiał, pobrane w placówkach zewnętrznych.

Wyniki wydawane są osobom upoważnionym.

Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej wyposażona jest w nowoczesne urządzenia: analizator immunochemiczny i morfologiczny, sprzęt komputerowy, będący częścią zintegrowanego systemu informatycznego. Poza wykonywaniem analiz prowadzi także kontrolę jakości wyników badań: wewnątrzlaboratoryjną oraz zewnętrzną - ogólnopolską i międzynarodową.

Pracownia jest ważnym partnerem dla klinicyстів w zintegrowanym procesie diagnostycznym, funkcjonującym w Opolskim Centrum Onkologii. Przedstawia swoje opinie oraz prowadzi szkolenia dla personelu medycznego a także dla innych odbiorców wyników. Prowadzi aktywną politykę jakości, której celem jest zapewnienie najwyższych standardów jakości wyników badań laboratoryjnych, tj. ich wiarygodności, użyteczności i dostępności. Bez tego niemożliwa jest właściwa diagnoza, ergo - skuteczna terapia. Innymi słowy: dzień w dzień czuwamy nad krwią naszych pacjentów.



Dr n. med. Agata Pardej, specjalista analityki klinicznej i diagnostyki laboratoryjnej, jest kierowniczką Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej w Opolskim Centrum Onkologii.

Skutecznie znaczy szybko

Nowotwory nie rozpoznane przez lekarza rodzinnego i wskutek tego długie, nieskuteczne leczenie internistyczne, jakiemu zostaje poddany pacjent - to ciągle duży problem medyczny. Lekarze onkolodzy nierazko podkreślają, że zbyt wielu chorych trafia do nich z chorobą nowotworową w stadium mocno zaawansowanym, nie gwarantującym wyleczenia, mimo że cały czas byli pod kontrolą lekarza pierwszego kontaktu, który ich „w tym kierunku leczył”.

Zdaniem onkologów program nauczania studentów medycyny ciągle w zbyt małym zakresie uwzględnia potrzeby wiedzy o diagnostyce nowotworowej. W efekcie lekarze pierwszego kontaktu nie tylko słabo realizują przypisane im ustawą zadania z zakresu profilaktyki (m.in. zbyt rzadko kierują swoich „zdrowych” pacjentów na badania diagnostyczne), ale także mają kłopoty z diagnozą wręcz klasycznych raków. Przeprowadzając wywiad i badając chorego zbyt rzadko zapala się w ich głowach czerwone światełko, że może to jednak rak... Tymczasem w chorobach nowotworowych, aby leczyć skutecznie trzeba działać szybko.

Dlatego szkolenia lekarzy rodzinnych z zakresu podstawowej wiedzy onkologicznej są bardzo potrzebne. Tej wiedzy nigdy za wiele, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę fakt, że rak to zabójca numer dwa tak w Polsce, jak i na świecie, a tylko patrzeć, jak stanie się liderem w tej przynębiającej konkurencji...

Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych, działający przy Opolskim Centrum Zdrowia Publicznego wspólnie z Opolskim Centrum On-

kologii zorganizował w maju kurs doskonalący dla lekarzy medycyny rodzinnej, jak również będących w trakcie specjalizacji. Temat wiódący: „**Najczęstsze nowotwory: rozpoznawanie, diagnostyka i leczenie**” wyczerpany został podczas szkoleń, które zaplanowano w dwóch dwudniowych cyklach w dniach 8-9 oraz 29-30 maja br.

Podczas pierwszego cyklu dr n.med. **Ewa Chmielik**, konsultant wojewódzka w dziedzinie patomorfologii, w dwóch prelekcjach przedstawiła tematy: „*Współczesne spojrzenie na ocenę makro i mikroskopową nowotworów sutka i skóry*” oraz „*Współczesne spojrzenie na ocenę makro i mikroskopową nowotworów przewodu pokarmowego*”.

Lekarze Opolskiego Centrum Onkologii przedstawili szerokie spektrum onkologicznych zagadnień. Klinicysta i genetyk **Marek Szwiec**, omówił temat *dziedzicznych uwarunkowań raka piersi oraz rolę prowadzonej przez siebie Poradni Genetycznej*. Temat wykładu radiolog **Bożeny Widz-Tomali** brzmiał: „*Przedkliniczne postaci raka piersi. Algorytmy diagnostyczne*”.

Dr n. med. **Aleksander Sachanbiński**, konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii onkologicznej omówił kilka podstawowych zagadnień, ujętych w tematach: „*Chirurgiczne leczenie raka piersi. Współczesne możliwości i zabiegi odtwórcze w zakresie piersi*”, „*Najczęstsze nowotwory skóry - diagnostyka i leczenie*”, „*Rola profilaktyki przeciwzakrzepowej w terapii nowotworów*” „*Dziedziczne uwarunkowania raka jelita grubego*”, „*Objawy*

kliniczne w nowotworach górnego odcinka przewodu pokarmowego. Diagnostyka”, „Objawy kliniczne w nowotworach dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Diagnostyka”, „Formy leczenia nowotworów przewodu pokarmowego”, „Rola lekarza POZ we wczesnym wykrywaniu nowotworów”, „Chirurgiczne sposoby leczenia nowotworów przewodu pokarmowego”.

Szkolący się lekarze podstawowej opieki zdrowotnej otrzymali również niezbędną wiedzę z zakresu *mammograficznych badań skryningowych, jako podstawowego zadania programu wczesnego wykrywania raka piersi*. Ten temat omówiła **Wiesława Kaczmarek** z Opolskiego Centrum Onkologii, kierująca Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym tenże program.

Apel onkologów polskich o lepsze możliwości diagnostyki i leczenia

Chorzy na raka nie organizują protestów...

Kilka miesięcy temu, z okazji Światowego Dzień Walki z Rakiem, swoje postulaty w zakresie lecznictwa i profilaktyki onkologicznej wyrazili polscy onkolodzy w dokumencie pn. „**Apel onkologów polskich**”, podpisanym przez dr **Janusza Medera**, prezesa Polskiej Unii Onkologii, a skierowanym do przedstawicieli najwyższych władz państwowych, prezydenta, premiera, posłów, senatorów. Drukujemy go w skrótach poniżej.

Apel onkologów polskich

„Apel ten jest wyrazem naszego nieustającego niepokoju o dalszy rozwój i sposób finansowania onkologii w Polsce. Znamy dobrze potrzeby w zakresie walki z nowotworami w naszym kraju (...). Wiemy również, że środki wynegocjowane z Narodowym Funduszem Zdrowia i przeznaczone na leczenie nie są wystarczające, co prowadzi do dramatycznego pogarszania jakości świadczonych usług.

Apelujemy (...), aby Obywatelom

Rzeczypospolitej Polskiej zapewnić możliwości diagnozowania i leczenia nowotworów na poziomie, wynikającym z Deklaracji Karty Paryskiej (2000r.) - na jakim szanse wyleczenia lub przedłużenia życia są największe. Środki obecnie przeznaczone na walkę z rakiem w Polsce takich możliwości nie dają. (...)

Onkolodzy polscy są przygotowani merytorycznie i organizacyjnie do skutecznego rozpoznawania i leczenia nowotworów. Nie spełnimy jednak pokładanych w nas nadziei bez zapewnienia nam niezbędnych środków. Skala potrzeb jest duża, ale w pełni uzasadniona. (...)

Nowotwory złośliwe są główną przyczyną przedwczesnego umierania Polaków.

Każdego roku u ponad 140 tys. obywateli są one diagnozowane, a ponad 90 tys. z powodu raka umiera. Choroby nowotworowe zagrażają każdemu. Mogą być jednak z powodzeniem leczone.

Geniusz jest zawsze ascetą. Wyższym duchom apetyty fizyczne wydają się rodzajem głupoty.

R. W. Emerson

W krajach, w których przeznaczają się odpowiednie środki na diagnozowanie i leczenie można uratować 50-60 % chorych. W Polsce - zaledwie jedną trzecią.

Chorzy na raka umierają w cierpieniu i w ciszy. Nie organizują protestów. Dziś w ich imieniu przemawiamy my – lekarze.

Decyzja o stworzeniu właściwego systemu finansowania współczesnych możliwości profilaktyki, rozpoznawania i leczenia nowotworów w Polsce ma nie tylko wymiar wielkiej odpowiedzialności politycznej - ma również wymiar moralny.

Uzyskałiśmy już Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych stawiający na profilaktykę i możliwości wczesnego wykrywania chorób nowotworowych. Obecnie wnosimy o jak najszybsze zwiększenie nakładów przeznaczonych na bieżące diagnozowanie i leczenie chorych na nowotwory, proporcjonalnie do autentycznych potrzeb Polaków i stosownie do współczesnej wiedzy”.

Apel ten w swej treści zbieżny jest z opublikowanym niedawno w Szwecji „Raportem porównawczym na temat dostępu pacjentów do leków onkologicznych w krajach europejskich” Wynika z niego m.in., iż niskie nakłady na terapie onkologiczne w Polsce są sygnałem utrudnień, występujących w dostępie do nowoczesnych terapii. Dość powiedzieć, że biorąc pod uwagę wydatki na zdrowie jako procent PKB, Polska na tle sąsiadów wypada słabiej, wręcz najgorzej. U nas całkowite nakłady finansowe przeznaczane na system opieki zdrowotnej to 6,2 proc., w Czechach

– 7,1, na Węgrzech – 7,8. Daje to na każdego Polaka kwotę 41 euro, podczas gdy w Czechach - 72, a na Węgrzech - 61, przy średniej europejskiej 125 euro.

Pociesza skądinąd fakt, że wśród nowych członków Unii, Polska, Czechy i Węgry mają najwyższy odsetek wydatków na onkologię w stosunku do budżetu na opiekę medyczną – 5 proc., przy średniej dla starych państw Unii - 6,3 proc.

Onkolodzy podkreślają jednak, iż nie zawsze wzrost nakładów przekłada się na lepsze wyniki leczenia i spadek umieralności. Pieniądze, nawet największe, nie są w stanie poprawić sytuacji z dnia na dzień, gdyż pacjenci w Polsce do leczenia onkologicznego trafiają najczęściej w zaawansowanych stadiach choroby. Każdy zaś wie, że sedno leczenia raka to wczesna diagnostyka, także dzięki badaniom skryningowym. To, że np. w Skandynawii umieralność na raka piersi spadła o 20 proc. to nie jest efekt nowych metod leczenia, ale właśnie działań profilaktycznych, prowadzonych od wielu lat; ich ewidentnym mankamentem jest to, że procentują dopiero po wielu latach. Szwedki na okresowe badania mammograficzne zgłaszają się w blisko 90 proc., także dlatego, że zdrowa kobieta nie może podjąć pracy bez aktualnego badania mammograficznego.

Przed Polską jeszcze daleka droga do wyników osiąganych przez państwa najbardziej zaawansowane pod względem nakładów na terapie. Nasze programy funkcjonują od niedawna, efekty ich działania będzie można oceniać za 5-10 lat.

Życie człowieka do pewnego wieku składa się z własnych trosk i własnych przyjemności, na starość zaś z własnych trosk i cudzych przyjemności. Magdalena Samozwaniec

Poniżej drukujemy ostatnią część wykładu dr n. med. **Małgorzaty Malec-Milewskiej**, anestezjolog z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, wygłoszonego pod koniec ub.r. na szkoleniu zorganizowanym dla personelu medycznego Opolskiego Centrum Onkologii.

Czy trzeba cierpieć w chorobie?

Każdego boli inaczej (5)

Światowa Organizacja Zdrowia podzieliła leki przeciwbólowe na 3 stopnie drabiny analgetycznej. Poddział ten jest skuteczny u 85 proc. chorych.



Bardzo ważne jest, aby wiedzieć, które leki trzeba ze sobą łączyć, które można łączyć a których pod żadnym pozorem łączyć nie można.

Czy korzystne jest połączenie dwóch różnych NLPZ (niesteroidowe leki przeciwzapalne - przyp. red.)? Czy jest zgodne ze sztuką lekarską podawanie choremu kilku różnych NLPZ, a co niestety zdarza się często? Oczywiście, że nie, bo takim leczeniem lekarze produkują jedynie objawy uboczne z ciężkim uszkodzeniem wątroby włącznie.

W wypadku chorego z bólami narządu ruchu, z przerzutami do kości, z bólami przebijającymi, jedynym NLPZ-etem, który lekarz ma prawo użyć z innym jest metamizol czyli pyralgina. I to tylko dlatego, że on

chemicznie należy do NLPZ-ów, ale w mechanizmie działania jest bardziej paracetamolem niż NLPZ. Dlatego można go wyjątkowo stosować, zwłaszcza jeśli bóle przebijające mają charakter bólu skurczowego, a metamizol ma działanie rozkurczowe.

Bardzo dobrze przeciwbólowo działa połączenie NLPZ z paracetamolem, bo są to leki o zupełnie różnych mechanizmach działania.

Czy łączyć ze sobą opioidy? Kilka lat temu powiedziałabym, że nie wolno łączyć, ale teraz wiemy, że receptor opio-

idowy to nie jest jedna dziurka do której pasuje tylko jeden klucz...

Opioidy różnią się między sobą a przede wszystkim różnią się rodzaje bólów. U chorego z rakiem płuca bardzo dobrze skutkuje morfina, bo ma powinowactwo do obwodu, znosi duszność i człowiek nie czuje, że się dusi. Ale już u chorego z rakiem trzustki morfina nie będzie dobrym preparatem, bo pacjent będzie wymiotował i morfina mu się nie wchłonie. Na bóle trzewne dużo lepiej działają inne leki. Może być też i tak, że u innego chorego z bólem trzewnym jako podstawowym, na który dobrze działa fentanyl, występuje jakiś obwodowy ból zapalny, gdzie dodatek morfiny o kontrolowanym uwalnianiu, pokryje ten drugi rodzaj ból. Ale

to musi być celowe i przemyślane.

Działania niepożądane opioidów

Do **częstych** objawów niepożądanych należą: zaparcia, nudności, wymioty i nadmierna sedacja (senność, uspokojenie), do **rzadkich**: zaburzenia świadomości, depresja oddechowa, wzrost napięcia mięśniowego, świąd skóry i retencja moczu (zatrzymanie).

Objawy niepożądane należy eliminować, poprzez zmniejszenie dawki, leczenie objawowe oraz zmianę opioidów i/lub drogi ich podawania.

Objawy niepożądane należy oczywiście leczyć. I tak **zaparcia** winny być leczone przede wszystkim profilaktycznie (nie wykształca się tolerancja): dietą, nawodnieniem, aktywnością ruchową, możliwością udania się do toalety. Przy braku poprawy stosuje się odpowiednie leki.

Zaburzenia funkcji poznawczych i świadomości: poprzez poprawę nawodnienia oraz redukcję dawki, natomiast przy **pobudzeniu psychicznym** wskazanie jest podanie neuroleptyku.

Uzależnienie psychiczne: nie występuje, jeżeli opioidy stosowane są w sposób kontrolowany.

Nudności i wymioty: występują u 30 – 60 proc. chorych. Tolerancja pojawia się po 5-10 dniach.

Nadmierna sedacja (senność) może być leczona poprzez: eliminację innych leków (mniej istotnych), zaburzeń metabolicznych, zmniejszenie dawki o 25-50 proc. i/ lub przez dodanie innego analgetyku (może to

pozwoić zmniejszyć dawkę stosowanego opioidu). Inną strategią jest zmiana opioidu, podanie dodatkowo leków pobudzających lub zmiana techniki analgezji.

Depresja oddechowa występuje rzadko, ból jest czynnikiem stymulującym oddychanie. W niektórych przypadkach konieczne jest podanie odpowiedniego leku w dawce minimalnej w celu uniknięcia zmniejszenia poziomu analgezji.

Drżenia miokliniczne lub sztywność mięśni również występują rzadko i nie stanowią problemu klinicznego. Jeżeli napięcie mięśni utrudnia sen lub nasila ból należy podać stosowne leki; w wypadku poważnych zaburzeń - rozważyć redukcję dawki opioidu.

Świąd występuje rzadko; należy rozważyć zmianę opioidu.

Retencja moczu: może być konieczne cewnikowanie pęcherza.

Tolerancja na lek: u pacjentów onkologicznych istotna klinicznie tolerancja występuje rzadko.



„Za to, że nie stosowałeś prawidłowo drabiny WHO”

**tekst i grafika opracowane na podstawie wykładu - prezentacji autorstwa dr n. med. Małgorzaty Malec-Milewskiej*

Za życzliwość i pomoc niepełnosprawnym

Emile dla pracowników onkologii

Miło nam donieść, że **Klaudia Baldy**, sekretarka medyczna w Zakładzie Radioterapii Opolskiego Centrum Onkologii, została uhonorowana statuetką „Emil 2009”, przyznawaną przez kapitułę konkursu „Bariery” osobom oraz instytucjom, które na co dzień wykazują się szczególnym zaangażowaniem na rzecz osób niepełnosprawnych.

Wśród tegorocznych laureatów znaleźli się m.in. ks. **Marian Niemiec**, prezes Stowarzyszenia „Hospicjum Opolskie”, **parafia Najświętszego Serca Pana Jezusa w Opolu**, **Drużyna Harcerska Nieprzetartego Szlaku** prowadzona przez **Helenę Wachałę**, która od kilkudziesięciu lat uczy skautingu dzieci niewidome, głuche, upośledzone ruchowo i umysłowo.

Przypominamy, że w roku 2007 jedną z laureatek konkursu „Bariery”

była dr n. med. **Lidia Czopkiewicz**, kierownik Zakładu Radioterapii.

Wszystkim laureatom serdecznie gratulujemy!



Dyplom i statuetka przyznane dr Lidii Czopkiewicz (z prawej) oraz statuetka Klaudii Baldy

Rozpoczynamy cykl, którego treścią są pytania pacjentów lub ich rodzin oraz odpowiedzi na nie, udzielane przez personel medyczny (choć nie tylko) Opolskiego Centrum Onkologii. Mamy nadzieję, że treść zapytań, jak i udzielane odpowiedzi, ze względu na swą reprezentatywność, pozwolą poszerzyć wiedzę także innych leczonych onkologicznie pacjentów oraz ich rodzin.

Twoje pytanie – nasza odpowiedź

Moja siostra ma planowaną operację w Waszym Centrum. Chciałabym być przy niej po operacji i w dzień, i w noc przez kilka dni. Proszę o podanie, jakie warunki takiego pobytu akceptuje Wasze Centrum?

Elżbieta Duda, naczelnia pielęgniarka Opolskiego Centrum Onkologii:
W naszym szpitalu nie praktykujemy obecności członków rodziny przy pacjencie, który tuż po zabiegu trafia z reguły na 1 dobę na salę pooperacyjną. Na tej sali jest stanowisko 24- godzinnego nadzoru pielęgniarskiego i pacjenci po operacji są pod stałą obserwacją. W następnych dobach po zabiegu, podczas pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym, zamiar 24- godzinnej obecności członka rodziny przy pacjencie należy zgłosić ordynatorowi lub pielęgniarce oddziałowej. Zapewniamy na oddziale tylko warunki typowe dla osób odwiedzających.

W naszym cyklu przedstawiamy fragmenty książki ks. Józefa Tarnawy, kapelana szpitalnego w Opolskim Centrum Onkologii. Publikacja traktująca o cierpieniu w chorobie przedstawia osobiste zmagania pacjentów z bólem. Zmagania te zostały przedstawione głównie w aspekcie wiary, a przede wszystkim korzyści, jakie ona niesie w najtrudniejszych momentach życia, gdy zostaje ono ono naznaczone piętnem ciężkiej choroby.

Dziś zwierzenia Przemka, lat 25.

„Wiara pomogła mi żyć”

Urodziłem się na Śląsku. Matka zmarła na chorobę nowotworową w wieku 53 lat. (...) Po szkole podstawowej ukończyłem Zasadniczą Szkołę Zawodową i wyuczyłem się zawodu stolarza. Zaczęłem pracować. (...) Od roku 2007 zacząłem chorować. Najpierw pojawiły się bóle w okolicach klatki piersiowej. Myślałem, że to przejdzie, czekałem. Potem odczuwałem nasilające się klucia w klatce piersiowej, co zaczęło mnie wyraźnie niepokoić. Zgłosiłem się do lekarza, który orzekł, że to na pewno grypa. Zaczęłem się leczyć, brałem antybiotyki. Kiedy to nie pomogło, ponieważ w dalszym ciągu miałem wysoką gorączkę, bóle, łamanie w kościach, zostałem skierowany na leczenie do szpitala w Brzegu. Stamtąd przewieziono mnie do szpitala wojewódzkiego w Opolu na oddział pulmonologiczny. Po dalszych badaniach znalazłem się kolejno w szpitalu onkologicznym z rozpoznaniem chłoniaka (rodzaj nowotworu krwi), z przerzutami na płuca i wątrobę.

Ta ciężka choroba „zwaliała mnie z nóg”. Kiedy się o niej dowiedziałem, przeżyłem szok. Oprócz ratunku u lekarzy w szpitalu zacząłem zwracać się o pomoc do Pana Boga. Tutaj przeżyłem jakby prawdziwe moje nawrócenie, bowiem po śmierci matki,

mając 13 lat, zaniedbałem się religijnie. Przestałem się modlić, chodzić do kościoła i na lekcje religii. Całkowicie zapomniałem o Bogu i odszedłem od wiary. Ojciec był bardzo zapracowany i nie interesował się tym, co robię i jak się zachowuję.

Mogę powiedzieć, że stałem się chuliganem, paliłem marihuanę, brałem narkotyki, piłem alkohol. Praktycznie byłem człowiekiem niewierzącym, ateistą, a co najgorsze, to czułem, że schodzę na złą drogę. Z tego marazmu duchowego i niewiary wyrwała mnie dopiero moja choroba. Zaczęłem zwracać się do Pana Boga w myśl powiedzenia: „Jak trwoga, to do Boga”. Teraz w Bogu przede wszystkim upatruję mój ratunek i ocalenie.

Zaczęłem się napowrót modlić, przepraszać za dotychczasowe chuligaństwo i wybryki. Postanowiłem pojednać się z Bogiem w sakramencie pokuty i w najbliższym czasie przystąpić do Komunii świętej. Uczyniłem to po szczerym rachunku sumienia i serdecznym żalu za grzechy. Odzyskałem od nowa wiarę, a wraz z nią spokój sumienia i nadzieję, tak bardzo potrzebną człowiekowi złamanemu ciężką chorobą. (...)

Przemek, lat 25

Tysiące odwiedzających, kilkuset przeszkolonych

Edukacji i profilaktyki nigdy za wiele

W drugi weekend maja w Łosiu odbyła się zorganizowana przez Opolski Ośrodek Doradztwa Rolniczego gigantyczna impreza plenerowa - **X Targi Ogrodnicze - Wiosna Kwiatów**, w której udział wzięło kilka tysięcy Opolan i Dolnoślązaków.

Opolskie Centrum Onkologii (w którym leczy się nie tylko chorych na raka, ale także realizuje zadania z zakresu Programu Prewencji Pierwotnej Nowotworów oraz Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi), wspólnie z SP ZOZ nad Matką i Dzieckiem (zajmującym się m.in. zadaniami z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy), dla odwiedzających Targi a zainteresowanych stanem swojego zdrowia, zorganizowało własny punkt informacyjny – edukacyjny.

Odwiedzające go kobiety i mężczyźni zapraszano do systematycznego wykonywania badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania

nie tylko nowotworów piersi i szyjki macicy, ale także prostaty oraz jelita grubego. Zachęcano też do prowadzenia zdrowego stylu życia, przekazując egzemplarze pełnej wersji Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, jak również ulotki i płytki CD. Kobiety informowano ponadto o zasadach skryningów mammograficznego i cytologicznego, przekazując stosowane materiały oraz informujące także o placówkach, w których wykonywane są nieodpłatnie badania przesiewowe. Do mężczyzn kierowano prośby o przekazanie ww. materiałów swoim żonom, siostrom, córkom, informując ich także o konieczności systematycznego badania prostaty oraz możliwościach wykonania badań, pozwalających wykryć wczesne stadia raków jelita grubego oraz płuc. W sumie przeszkolono kilkaset osób.

OCO zostało zaproszone do składu jury, towarzyszącego Targom



Stoisko onkologii na targach w Łosiu

konkursu pn. „Kulinarne Dziedzictwo Opolszczyzny”. W ocenie potraw sugerowaliśmy się nie tylko smakiem, ale przede wszystkim ich walorami zdrowotnymi, ujętymi w Kodeksie Zdrowego Życia.

Najwyżej oceniliśmy miód ... z kwiatów mniszka lekarskiego (potocznie nazywanego mleczem, co jest jednak nazwą nieprawidłową), niemal nie do odróżnienia smakowo od miodu prawdziwego. Miodek majowy znany jest w kuchni śląskiej, jako produkt zastępujący naturalny miód oraz środek leczniczy. Medycyna

ludowa przypisuje mu właściwości wzmacniające i oczyszczające organizm, szczególnie przy schorzeniach wątroby.

Podczas akcji, której celem była także poprawa zgłaszalności pacjentek na badania mammograficzne i cytologiczne oraz promocja zdrowego stylu życia, rozdano łącznie kilka tysięcy egzemplarzy materiałów informacyjno-edukacyjnych, m.in. ulotek, egzemplarzy kodeksu walki z rakiem, gadżetów reklamujących oba profilaktyczne skryningi.

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

Uśmiechnij się

*Interesant przychodzi do instytucji:
- Chcę rozmawiać z szefem.
- Nie ma szefa - odpowiada sekretarka.
- Widziałem go przed chwilą w oknie...
- Być może, ale szef pana zobaczył pierwszy.*

*- Szefie - mówi pracownik. - Pracuję u pana już 5 lat, a jeszcze ani razu nie upomniałem się o podwyżkę...
- I właśnie dlatego pan dalej pracuje.*

*- Zabroniono nam palenia w sali konferencyjnej...
- I nic dziwnego, to bardzo niezdrowo palić w pomieszczeniach, gdzie ludzie śpią!*

*- Czy jest dyrektor?
- Dla pięknych pań dyrektor jest zawsze...
- To proszę mu powiedzieć, że przyszła żona.*

Rozwiń swój genialny umysł

Pewien człowiek w dzień swoich urodzin w 1845 roku powiedział:
- Jeśli mój wiek sprzed 15 lat pomnożę przez mój wiek za 15 lat to otrzymam rok swoich urodzin.

Ile ma lat i w którym roku urodził się jubilat?

Rozwiązanie w numerze lipcowym

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

Redaktor naczelna: Krystyna Raczyńska

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

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

0-77 4416008, **Izba Przyjęć:** 0-77 441 6010, **Rejestracja Pracowni Diagnostyki Obrazowej:** 0-77 441 6039

Skład i druk: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4, tel. 077 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl