

Wojewódzka Przychodnia Onkologiczna



Działająca w Opolskim Centrum Onkologii w Opolu, Wojewódzka Przychodnia Onkologiczna wykonuje usługi ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej:

- diagnostyki chorób nowotworowych z wykorzystaniem nowoczesnych metod diagnostyki obrazowej: tomografii komputerowej, mammografii i ultrasonografii,

oznaczania markerów nowotworowych, endoskopii, biopsji celowanej, stereotaktycznej i markery.

- kwalifikowania do leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego,

- regularnych badań kontrolnych po zakończeniu leczenia (w wyznaczonych terminach),

- stałej opieki nad leczonym chorym,

- leczeniem ambulatoryjnym ostrych i późnych powikłań po chemioterapii oraz odczynów popromiennych po radioterapii,

- prowadzenia konsultacji i konsyliów onkologicznych dla chorych ze szpitali i przychodni województwa opolskiego,

- diagnostyki genetycznej chorób nowotworowych

Zadania te realizowane są w następujących poradniach konsultacyjnych:

- chorób piersi,
- chirurgii onkologicznej
- onkologii ogólnej,
- onkologii ginekologicznej,
- chemioterapii,
- radioterapii,
- stomijnej,
- laryngologicznej,
- genetycznej,
- opieki paliatywnej i zwalczania bólu przewlekłego

Ogrom pracy personelu przychodni można pokazać w liczbach: w roku 2005 udzielono 78 193 porady, a w tym roku w pierwszych pięciu miesiącach już 32 773 porady.

Wizyta w każdej poradni rozpoczyna się od rejestracji ogólnej.

Osoby zgłaszające się po raz pierwszy zobowiązane są do okazania dowodu osobistego lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, zawierającego nr PESEL, oraz dokumentu potwierdzającego prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej (ostatni odcinek renty, aktualną legitymację ubezpieczeniową itp.), lub dokument ubezpieczenia indywidualnego. W czasie rejestracji zakładana jest dokumentacja (karta ambulatoryjna), następnie osoby kierowane są do poszczególnych gabinetów.

W poradniach onkologicznej nie jest wymagane skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

W następnych numerach naszego czasopisma, przedstawiać będziemy pracę poszczególnych poradni.

Rejestracja chorych czynna jest od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 – 13.00, z wyjątkiem poradni ginekologicznej i onkologii ogólnej, do których rejestrujemy w godz. 7.00 – 12.00.

Rejestracja pacjentów prowadzona jest przez dobrze rozumiejący i wzajemnie uzupełniający się zespół rejestratorek:

Dorota Wideł, Izabela Szmagara, Katarzyna Popielarczyk (zdz. poniżej).



„Poradnia chorób piersi” - potoczna nazwa nie oddaje w pełni zadań jakie są w niej realizowane. Dopiero pełna nazwa **„Poradnia Konsultacyjna Chorób Gruzolu Piersiowego i Programowania Profilaktyki”** jest w stanie dać pełniejszy świadczonych w tej poradni usług.

Choroby piersi należą do najczęstszych przyczyn interwencji chirurgicznej. Kobiety zwracają się o pomoc medyczną nie tylko z powodu guzków. Tę typowo kobiecą część ciała dotykają, także wszelkiego rodzaju infekcje i urazy. Powinniśmy pamiętać, że mężczyźni (co prawda w rzadkich przypadkach) również cierpią na choroby sutka.

Leczenie każdej dolegliwości piersi ma duże szanse powodzenia jeśli

terapię znacznie się dostatecznie wcześniej.

Żadna kobieta nie jest spokojna, kiedy odkryje w swojej piersi zmianę, której przedtem nie było. Złożona reakcja psychiczna wpływa nie tylko na stan zdrowia, lecz także na relacje pomiędzy ludźmi, styl życia i samoocenę. Kobieta nie musi sama „borykać się” z tym problemem. Rozpoczęcie diagnozowania niejednokrotnie pozwoli na rozpoznanie choroby we wczesnym stadium. To z kolei znacznie zwiększa prawdopodobieństwo wyleczenia.

Choć liczba zachorowań na nowotwór złośliwy gruczołu sutkowego wzrasta z wiekiem, prawdopodobieństwo zgonu z tego powodu maleje z każdym przeżytym rokiem.

Redukcja zagrożenia następuje dzięki wiedzy o przyczynach raka, samokontroli i badaniom diagnostycznym.

Późno ujawniony lub zaniedbany rak piersi, jest chorobą niosącą wiele cierpień, często kończące się tragicznie. Jednocześnie rak piersi bardzo wczesnie wykryty i odpowiednio leczony jest całkowicie wyleczalny. Wszystkie „odchylenia” występujące w piersiach, wymagają porady lekarskiej i natychmiastowego leczenia, a zdrowe piersi powinny być odpowiednio często badane, kontrolowane i pielęgnowane.

Na czym polega diagnozowanie piersi:

1. Palpacyjne badanie piersi wykonywane przez lekarza powinno być częścią regularnego corocznego badania kontrolnego dla kobiet. Podczas badania powinny być sprawdzane piersi, pachy oraz okoliczne węzły chłonne. Lekarz w trakcie badania palpacyjnego próbuje zlokalizować guzek piersi, a także ocenia, czy są powiększone pachowe węzły chłonne. W badaniu fizykalnym określa się położenie zmiany.

W przypadku stwierdzenia patologii, pacjent poddawany jest dalszemu postępowaniu diagnostycznemu zleconemu przez lekarza specjalistę.

2. Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa BAC

Dzięki biopsji cienkoigłowej można pobrać komórki do oceny mikroskopowej. Gdy zmiana jest niewyczuwalna nakłuwa się guzek igłą pod kontrolą mammograficzną lub ultrasonograficzną.

Zmiana wypełniona płynem jest torbielą, która po opróżnieniu staje się niewyczuwalna. Gdy jest lita, pobrane komórki rozprawdza się na szkiełku, barwi i bada pod mikroskopem.

3. Ultrasonografia (USG) – badanie odbitych od tkanek fal ultradźwiękowych, obraz uzyskuje się na ekranie i papierze. Metoda ta jest bezbolesna, nadaje się

do badania spoistych tkanek.

4. Mammografia – to prześwietlenie piersi niską dawką promieni X w celu dobrego uwidocznienia tkanek miękkich. Wychwytuje się zmiany nowotworowe i inne, których nie da się wyczuć badaniem palpacyjnym. Zdjęcia interpretuje lekarz radiolog specjalizujący się w ocenie mammogramów.

Mammografia to najczęściej stosowana metoda obrazowania piersi.

Diagnostyka obrazowa piersi została przedstawiona przez dr Romana Kabarowskiego w numerze 5/2006 Biuletynu OCO.

Cele samobadania piersi

- poznanie budowy własnych piersi i ich zmian w cyklu miesięczkowym
- poznanie zmian, które mogą wystąpić w piersi
- poznanie techniki badania piersi
- **uzyskanie wiedzy i praktycznej sprawności w ocenie zmian, które nazywamy „sygnałami ostrzegawczymi”. Wystąpienie „sygnału ostrzegawczego” jest bezzwzględnym powodem do natychmiastowego udania się do lekarza.**

„Sygnały ostrzegawcze” – są to nieprawidłowe objawy, które mogą występować w piersiach:

- zmiany skóry piersi,
- wyciek z brodawki,
- zmiana wyglądu,
- nadżerka brodawki,
- zmiana kształtu otoczki,
- zmiana kształtu lub wielkości piersi,
- rozlane lub ograniczone zgrubienie piersi,
- sprężysty guzek piersi o gładkiej powierzchni i ostrych obrysach lub liczne guzki,
- guzek lub guz piersi o zatartych granicach wciągający skórę,
- krwisty wyciek z brodawki, trudno gojące się owrzodzenie brodawki (zdjęcia na okładce przedstawiają strukturę oraz budowę piersi w różnych okresach życia kobiety)

Czynnikami ryzyka w powstawaniu raka piersi są:

- wiek – ryzyko wzrasta z wiekiem
- krwawienie miesięczkowe –wczesne (pierwsze przed 13 rokiem życia)
- menopauza – późna (po 52 roku życia)
- dziedziczność – ryzyko zachorowania wzrasta co najmniej dwukrotnie, jeżeli

rak sutka wystąpił u matki, siostry, babki albo ciotki

- bezdzietność
- nadwaga, dieta bogata w tłuszcze
- zwyrodnienie torbielowate gruczołu sutkowego – rak sutka występuje dwukrotnie częściej
- rak macicy i jajników
- promieniowanie jonizujące
- estrogeny zewnątrzpochodne

W poradni „chorób piersi” w roku ubiegłym tj. 2005, udzielono 22 510 porad. W tym roku w okresie od stycznia do końca maja udzielono 8421 porad. Niestety w poradni tej obowiązuje dzienny limit przyjęć 70 osób – (ograniczenia wynikające z kontraktu z NFZ). Jednakże poza limitem przyjmowani są pacjenci: do przyjęcia na oddział chirurgii onkologicznej, na wyznaczone terminem zabiegi chirurgiczne, do zmiany opatrunku, przywiezieni karetką do konsultacji z innymi poradni i/lub z innych jednostek kierujących (szpitale/poradnie), a także osoby na których dodatkowe przyjęcie wyrazi zgodę lekarz.

Lekarze udzielający porad, zajmujący się badaniami i leczeniem to:

- lek med. Jolanta Ziębińska, lek med. Mariusz Władyga (zdz. obok), lek. med. Dariusz Morawski, lek. med. Krzysztof Langner, lek. med. Bernard Krawiec - specjaliści II^o chirurgii onkologicznej, – lek. med. Robert Janiszewski, Ziemowit Koc - specjaliści II^o chirurgii ogólnej, – lek. med. Jacek Dębski - specjalista I^o chirurgii ogólnej.

Konsultacji udziela ordynator oddziału chirurgii onkologicznej dr n. med. Aleksander Sachanbiński.

wspierani przez dyplomowane pielęgniarki:

Marię Białas – pielęgniarkę koordynującą, Barbarę Balsewicz, Alinę Dzierża-Kogut – położną dypl., Wiesławę Galińską, Zofię Kusza, Beatę Mroziuk-Mikoda, Ingrydę Pietras, Marię Piwoda, Elżbietę





Pszczola, Zofię Soś-
niak, Bernadettę Wy-
socką-Gliniak,
oraz sekretarki me-
dyczne: Grażynę
Punt, Zuzannę Brosz,
Elżbietę Basista, Bar-
barę Kurzyca, Alicję
Januszko, Violetę
Zmysłowską, Kata-

rynę Ostrowską zajmujące się dokumentacją medyczną pacjentów.

Estetykę i porządek zapewniają Panie: Anna Krzywy, Bożena Gawin, Barbara Gryzowska i Renata Wrzos.

Warto wiedzieć

Mięsaki tkanek miękkich

Wojciech Redelbach
Dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii

Mięsaki występują rzadko, ok. 1% wszystkich nowotworów złośliwych. Mięsaki wywodzą się z tkanek nienabłonkowych (mięśnie, powięź, tkanka tłuszczowa, naczynia krwionośne i chłonne, włókna nerwowe) w przeciwieństwie do raków, które wywodzą się z tkanek nabłonkowych. Ze względu na generalnie bardziej złośliwy charakter niż raki, leczenie mięsaków jest nadal zbyt często nieskuteczne.

Lokalizacja dotyczy najczęściej kończyn górnych i dolnych, tułowia, a rzadziej przestrzeni zaotrzewnowej, powłok brzucha i piersi.

Mięsaki, jak każdy nowotwór złośliwy, przerzutują. Z zasady, w pierwszej kolejności dają przerzuty do płuc i wątroby, rzadziej kości i mózgu, bardzo rzadko do węzłów chłonnych. Po leczeniu mogą nawracać (wznowa). Pochodzenie mięsaków nie jest znane, aczkolwiek ustalono czynniki sprzyjające ich powstawaniu, takie jak:

- choroby ułatwiające (przewlekły obrzęk chłonny, choroby z obniżoną odpornością, wirusy ?),
- czynniki środowiskowe (napromienianie, związki chemiczne, jak herbicydy i pestycydy, ciała obce i urazy),



- zaburzenia genetyczne (np. choroba Recklinghausena)

Wywiad i objawy kliniczne nie są charakterystyczne.

W wywiadzie najczęściej podawany jest uraz.

Najczęstszymi objawami natomiast są:

- niebolesny guz lub rozlane zgrubienie
- położenie z reguły na kończynie i podpowięziowo
- szybki wzrost lub przyspieszenie wzrostu guza
- wielkość powyżej 5 cm
- pojawienie się bólu lub mrowienia, drętwienia
- objawy paranowotworowe (oporna niedokrwistość, zaburzenia poziomu cukru we krwi, chwiejne nadciśnienie).

Należy pamiętać, że każda szybkorosnąca zmiana guzowata, która pojawiła się po urazie, powinna być ostrzeżeniem i powodem zgłoszenia do specjalisty - onkologa.

Ostateczne rozpoznanie potwierdza badanie mikroskopowe. Usuwanie samego guza, przez jego wyluszczenie, bez wstępnej weryfikacji mikroskopowej (biopsja otwarta = wycinek, biopsja cienkoigłowa = BAC) jest błędem, niestety mogącym przekreślić szanse na wyleczenie.

Należy zwrócić uwagę, że nie wszystkie guzy tkanek miękkich są mięsakami, ale ze względu na możliwy błąd w rozpoznaniu i niewłaściwe leczenie, zawsze powinno się korzystać z pomocy specjalisty - onkologa.

Podstawową metodą leczenia mięsaków tkanek miękkich jest chirurgia. Leczenie operacyjne wymaga precyzyjnego ustalenia zaawansowania choroby (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, USG, RTG). Nowotwór wycina się z odpowiednim marginesem (w przypadku mięsaka mięśnia, wycina się mięsień od jednego przyczepu do drugiego), a gdy dochodzi do naciekania kości lub innych narządów, występuje konieczność wykonania rozległych operacji (amputacja kończyny, operacje blokowe w obrębie jamy brzusznej), dążąc do radykalności zapewniającej korzystne efekty lecznicze.

W przypadkach gdy guz osiąga ponad 10 cm, wystąpi nacieki skóry lub przerzuty odległe, leczenie musi być kojarzone z radioterapią i/lub chemioterapią. W takich sytuacjach, niestety często jest to leczenie paliatywne (wydłuża życie, ale nie leczy).

Wyleczalność mięsaków, w zależności od postaci i zaawansowania sięga od 75% do 5%. Należy podkreślić, że tylko leczenie specjalistyczne w centrum onkologii daje szansę na sukces.

Zakażenia grzybicze

mgr Urszula Leniak – Chmiel

Wojewódzka Stacja Sanitarno Epidemiologiczna w Opolu

mgr Karina Wróblewska - Opolskie Centrum Onkologii

Dnia 20 czerwca 2006 r w Opolskim Centrum Onkologii odbyło się kolejne szkolenie pracowników w ramach programu zwalczania zakażeń szpitalnych, tym razem poświęcone zakażeniom grzybiczym. Spotkanie poprowadziła



mgr Urszula Leniak
– Chmiel.

Na spotkaniu szeroko przedstawiono problem wzrostu w ostatnich latach liczby zakażeń grzybiczych wśród chorych hospitalizowanych w placówkach medycznych na całym świecie. Zakażenia te bowiem są ceną, którą płacimy za coraz większy postęp w medycynie. Stanowią też poważny problem kliniczno - diagnostyczny i terapeutyczny głównie u chorych z zaburzeniami odporności, leczonych na oddziałach wysokospecjalistycznych. W szerzeniu się grzybic duże znaczenie mają też czynniki środowiskowe, głównie industrializacja i urbanizacja, masowe kontakty ludzi (szkoły, internaty, obiekty sportowe, baseny pływackie), turystyka i migracje ludności. W znacznym stopniu na rozwój ten wpływa produkcja niehigienicznej odzieży i obuwia z użyciem surowców syntetycznych, sprzyjających wzmocnieniu nawilżeniu skóry i rozwojowi w ten sposób grzybów chorobotwórczych. Ważną rolę odgrywają zaniedbania higieniczne, maceracja nabłonka oraz mikrourazy.

Grzybice są chorobami wywołanymi przez grzyby chorobotwórcze. Wśród 250 tys. gatunków grzybów dotychczas opisanych, tylko 200 wywołuje choroby u ludzi.

Diagnostyka mikrobiologiczna zakażeń grzybiczych jest niezwykle trudna i dlatego należy pamiętać, że zakażenie to może być rozpoznawane przy ujemnych wynikach badania mikrobiologicznego. Dodatkowo wyniki również mogą być trudne do oceny, bowiem u jednego pacjenta taki wynik może wskazywać

na kolonizację, a w innym przypadku może to być już inwazyjne zakażenie grzybicze.

Łatwość przenoszenia grzybów w środowisku ma również znaczenie w zakażeniach szpitalnych, gdzie ok. 10 % to zakażenia grzybicze, które w stosunku do zakażeń bakteryjnych stwarzają zdecydowanie większe ryzyko zgonu hospitalizowanych pacjentów.

Zakażenia grzybicze mogą być egzogenne, mają swoje źródło w środowisku zewnętrznym lub zakażenia endogenne wywołane przez grzyby oportunistyczne. Grzyby oportunistyczne stanowią florę fizjologiczną układu oddechowego, pokarmowego, rodnego oraz występują na skórze człowieka, a stają się patogenne, gdy w organizmie toczy się już jakiś pierwotny proces chorobowy.

Zakażenia grzybicze są następstwem bezpośredniej inwazji grzyba do tkanki.

Podstawową rolę w rozwoju tych zakażeń stanowią czynniki ryzyka prowadzące do upośledzenia czynności układu odpornościowego, wśród nich zalicza się choroby prowadzące do niedoborów odporności, np. nowotwory, długotrwałe stosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania, leki immunosupresyjne (sterydoterapia, chemioterapia, radioterapia), zabiegi chirurgiczne, stosowanie cewników naczyniowych i urologicznych, oparzenia, cukrzyca, gruźlica, obecność ciał obcych.

Grzybice w zależności od początkowego miejsca zakażenia można podzielić na powierzchniowe, podskórne i układowe.

Grzybice powierzchniowe to zakażenia ograniczone do zewnętrznych warstw skóry, paznokci, włosów (dermatofiozy) oraz grzybice błon śluzowych.

Najczęściej spotykane grzybice układowe to: kandydoza, kryptokokoza, aspergiloza, mukormikoza.

Kandydoza – zakażenie wywołane przez grzyby z rodzaju *Candida*, które wchodzi w skład flory fizjologicznej człowieka.

Gatunki najczęściej wywołujące zakażenia to *Candida albicans*, *C. Tropicalis*, *C. Glabrata*, *C. Parapsilosis*, *C. Krusei*.

Do zakażenia najczęściej dochodzi drogą endogenną, drobnoustrojami z błon śluzowych przewodu pokarmowego, dróg oddechowych oraz ze skóry. Obserwuje się również wzrost zakażeń egzogennych, wywołanych głównie przez pracowników służby zdrowia nie przestrzegających zasad aseptyki.

Drożdżaki *Candida* najczęściej wywołują zakażenia błon śluzowych jamy ustnej i pochwy, zakażenia układu oddechowego, moczowego, krwi oraz zakażenia chirurgiczne.

Kryptokokoz – zakażenie wywołane przez drożdżaki z gatunku *Cryptococcus neoformans*.

Do zakażenia dochodzi u osób z niedoborami odporności drogą inhalacji lub przez kontakt z uszkodzoną tkanką.

Najczęściej występuje kryptokokowe zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych i/lub mózgu.

Aspergiloza – zakażenie wywołane przez grzyby pleśniowe *Aspergillus*, występujące w środowisku jako saprofity oraz wchodzące w skład flory fizjologicznej.

Do zakażenia dochodzi drogą wziewną przez inhalacje zarodników do zatok przynosowych oraz do płuc, a także przez kontakt uszkodzonej tkanki z zarodnikami występującymi w powietrzu. Źródłem zarodników w szpitalu może być zanieczyszczenie urządzeń filtracyjnych.

Aspergillus może powodować inwazyjną aspergilozę płuc, ostre zapalenie zatok oraz aspergilozę mózgu.

Mukormykoza – zakażenie wywołane przez grzyby z rodzaju *Mucor*, *Rhizopus*, *Absida*. Postacie kliniczne tych zakażeń to mukormykoza płucna, nosowo – mózgową, skórna, przewodu pokarmowego oraz rozsiana u osób z grupy ryzyka.

Objawy kliniczne zakażeń grzybiczych są słabo wyrażone, zazwyczaj występuje gorączka, pogorszenie ogólnego stanu, a kilkudniowa terapia antybiotykami przeciwbakteryjnymi o szerokim spektrum nie przynosi poprawy.

Materiałem do badań mikrobiologicznych w diagnostyce zakażeń grzybiczych mogą być: włosy, paznokcie, zeszkrobiny, wymazy z błon śluzowych, płyn mózgowo - rdzeniowy, płwocina, popłuczyny pęcherzykowo – oskrzelowe, płyny z jam ciała, ropa, kał, mocz, krew.

W diagnostyce mikrobiologicznej grzybic wyróżnia się następujące typy badań: preparat bezpośredni, hodowlę na pożywkach mikrobiologicznych w celu izolacji, identyfikacji grzyba i oznaczenia lekowrażliwości oraz badania serologiczne.

Najczęściej stosowane leki w terapii zakażeń grzybiczych u chorych na nowotwory złośliwe to: amfoterycyna B, flukonazol, worikonazol, itraconazol, w mniejszym stopniu flucytozyna i kapsosfun.

Dieta w chorobach nowotworowych jako czynnik uzupełniający terapię tradycyjną

piel. dypl. Helena Barchańska
Opolskie Centrum Onkologii



Odżywianie i styl życia może spowodować osłabienie organizmu i przyczynić się do powstawania raka. Wzmacniając system obronny organizmu, zwiększamy jego możliwości w zapobieganiu lub kontrolowaniu procesów nowotworowych. Samo odżywianie nie pokona raka, ale gdy dodamy je do tradycyjnego sposobu leczenia, może to zwiększyć szansę na wyleczenie oraz poprawić jakość życia.

Wszystkie produkty spożywcze zawierają określone składniki odżywcze, które mają różny wpływ na nasz organizm. Poniżej postaram się przybliżyć pięć podstawowych składników i ich wpływ na choroby nowotworowe.

Węglowodany – są wytwarzane przez rośliny i występują w przetworach zbożowych takich jak pieczywo, makarony, kasze, oraz słodczyce ale także w owocach i warzywach. W diecie człowieka zapewniają większość energii potrzebnej komórkom. Węglowodany przenoszone są krwią jako glukoza. Komórki nowotworowe lubią glukozę i zmieniają metabolizm organizmu aby pozyskać jej jak najwięcej. Jednym z głównych celów, terapii polegającej na odpowiednim odżywianiu, jest uniemożliwienie guzowi zdobycia glukozy, przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniej ilości tego monocukru układowi nerwowemu i do wytwarzania krwinek czerwonych. Stanie się tak, jeśli zastosujemy się do następujących wskazówek.

- unikamy jedzenia i picia na pusty żołądek wszystkiego, co ma słodki smak. Chodzi tu o soki ze słodkich owoców, warzyw, słodzone płatki śniadaniowe, miód i inne płyny słodzone cukrem.

- zawsze należy jeść posiłki złożone z różnych pokarmów. Posiłek bogaty w węglowodany i błonnik zwalnia proces opuszczania żołądka przez jedzenie, a więc opóźnia uwalnianie glukozy.

- słodkie potrawy należy jeść tylko z głównymi posiłkami. Należy pić rozcieńczone soki ze słodkich owoców oraz warzyw tylko w czasie posiłków złożonych z tłustych dań.

Tłuszcze i oleje – są pochodzenia zwierzęcego lub roślinnego. Zawierają

je wszystkie mięsa i ryby ale także soja, orzechy, oliwki, nasiona dyni, słonecznika oraz avocado. Mięsa czerwone czyli wołowina, wieprzowina i baranina w większości zawierają wielonasycone kwasy tłuszczowe, natomiast produkty roślinne oraz ryby i mięso drobiu bez skóry, królika, bogate są w jednonasycone kwasy tłuszczowe oraz kwasy tłuszczowe omega - 3.

Chociaż zwykle źle mówimy o tłuszczach, są one człowiekowi niezbędne. Tłuszcz to najbardziej skoncentrowana postać energii, oszczędzają białko, ułatwiają wchłanianie i transport witamin.

Lipidy spowalniają trawienie przez co wolniej wchłaniają się węglowodany. Tłuszcz zmniejsza apetyt, zapewniając poczucie sytości, dodaje smaku potrawom. Lipidy dostarczają składników budulcowych, z których tworzone są substancje potrzebne do prawidłowego funkcjonowania systemu odpornościowego organizmu.

Wykazano jednak, że zbyt duża ilość tłuszczów w diecie ma związek z przyspieszeniem rozwoju guzów nowotworowych. Ważna zatem jest ilość tłuszczu w diecie. Aktywność układu odpornościowego jest większa, gdy 25% kalorii pochodzi z tłuszczów. U osób cierpiących na nowotwory związane z hormonami, dieta niskotłuszczowa może zwolnić proces rozprzestrzeniania się komórek raka. Ważny jest też rodzaj tłuszczu w diecie, w większości powinny to być jednonasycone kwasy tłuszczowe i kwasy tłuszczowe omega -3, natomiast unikać należy wielonasyconych kwasów tłuszczowych i kwasu tłuszczowego omega – 6.

Białka - źródłem białka są wszystkie mięsa, ryby, mleko i jego przetwory, jaja, rośliny strączkowe oraz soja. Białka dostarczają składników budulcowych, których organizm potrzebuje do tworzenia nowych tkanek i naprawiania uszkodzonych. Aby szybko naprawić szkody spowodowane leczeniem raka należy jeść potrawy, które są dobrym źródłem białka. Większość białka w diecie powinna być pochodzenia roślinnego. Rośliny zawierają również wiele innych czynników pozwalających zwalczyć nowotwory w tym substancje fitochemiczne. Białko z tłustych ryb zawiera kwasy tłuszczowe omega – 3, niezbędne do prawidłowego funkcjonowania systemu obronnego. To właśnie ryby powinny znaleźć się na drugim miejscu produktów spożywczych w diecie. Mniejszy wkład w dostarczaniu aminokwasów ma drób bez skóry, jest on również dobrym źródłem soli mineralnych.

Brak białka ma niszczący wpływ na układ odpornościowy.

Witaminy - kiedy rozpoczynano badania na temat racjonalnego odżywiania naukowcy stwierdzili, że dieta zawierająca węglowodany, tłuszcze, białka

i sole mineralne jest niewystarczająca do prawidłowego wzrostu i rozwoju organizmu. Doprowadziło to do odkrycia związków chemicznych zawierających węgiel – witamin. Witaminy to substancje pomagające w biochemicznych procesach trawienia, wchłaniania i metabolizmu. Rozróżniamy dwa rodzaje witamin: rozpuszczalne w wodzie i rozpuszczalne w tłuszczach. Do tych pierwszych należą witamina C, tiamina, ryboflawina, niacyna, pirydoksyna, kwas foliowy, kobalamina, biotyna i kwas pantotenowy. Te witaminy są bardzo wrażliwe na działanie światła, temperatury i powietrza. Dlatego świeże, surowe owoce i warzywa zawierają ich najwięcej. Witaminy rozpuszczalne w tłuszczach to A,D,E,K, u pacjentów chorych na raka ich ilość jest często ograniczona. Przyczyną jest zwykle złe wchłanianie tłuszczów. Witaminy te trudno uzyskać ze spożywczych pokarmów i dlatego warto uzupełniać ich niedobory przez przyjmowanie preparatów witaminowych. Witamina E jest nietoksycznym przeciwutleniaczem, która chroni inne witaminy rozpuszczalne w tłuszczach. Każda z witamin jest niezmiernie ważna w prawidłowym odżywianiu i każda z nich ma inny wpływ na nasz organizm. Szczegółowy opis ich działania to temat następnego artykułu.

Minerały – to proste składniki nieorganiczne. Te, które potrzebne są organizmowi w dużych ilościach to makroelementy, a te których organizm potrzebuje w małych to pierwiastki śladowe. Każdy z niezbędnych 22 minerałów ma inny wpływ na nasz organizm i procesy nowotworowe. U pacjentów z chorobą nowotworową często występują niedobory minerałów, jednak zbyt duże stężenie niektórych pierwiastków może działać stymulująco na niektóre nowotwory. Dlatego dieta oparta na tak zwanej zdrowej żywności skutecznie dostarcza organizmowi odpowiednich substancji. Tabletki zawierające te składniki są słabą imitacją naturalnych składników.

Od redakcji:

niniejszym artykułem rozpoczynamy cykl porad w zakresie żywienia osób z chorobą nowotworową

Najnowsze metody leczenia raka... _____

ASCO 2006

dr n. med. Kazimierz Drosik
Opolskie Centrum Onkologii

Co roku, w maju lub czerwcu odbywa się w USA Kongres Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO Annual Meeting). Tegoroczny kongres był już czterdziestym drugim i odbył się w dniach 2 – 6 czerwca br. w Atlancie (stan Georgia). Kongres ASCO jest największą konferencją z zakresu onkologii klinicznej jaka odbywa się na świecie. Co to znaczy największą? Obecnie tylko 3 miasta w USA dysponują centrami kongresowymi zdolnymi pomieścić wszystkich uczestników. Są to: właśnie Atlanta, Orlando i Chicago. Przed rokiem do tych miast należał jeszcze Nowy Orlean (ASCO 2004), ale po ubiegłorocznych zniszczeniach nie wiadomo, kiedy to miasto będzie w stanie ponownie zorganizować tak dużą konferencję.

W tegorocznym kongresie uczestniczyło (wg danych podanych przez organizatorów), 28.000 onkologów z całego świata. Georgia World Congress Center (GWCC) w Atlancie, w swoich licznych salach wykładowych mógłby pomieścić chyba jeszcze więcej. Również hotele w Atlancie. Mimo, że Atlanta jest ogromnym miastem, to jednak uczestników kongresu było tak wielu, że można było ich dostrzec w różnych częściach miasta. Podobnie autobusy, które dowoziły codziennie uczestników z różnych, czasem dosyć odległych hoteli. Georgia World Congress Center położony jest w centrum miasta. Jest ogromnym budynkiem „wbudowanym” we wzgórze, dlatego z zewnątrz, z różnych miejsc widać zawsze tylko jakiś jeden jego fragment. Najczęściej niepozorny. Natomiast przejście wewnątrz budynku, z jednej sali wykładowej do innej, może zająć nawet kilkanaście minut szybkiego marszu. Trzeba też pokonać liczne schody pomiędzy piętrami. Na szczęście w większości są to schody ruchome.

Z medycznego i naukowego punktu widzenia jest to mniej istotne ile było uczestników i czy był tłok na salach (nie było, bo w kilku salach bez problemu mieściło się kilka tysięcy ludzi). Ważne, że podczas pięciu dni odbyło się w sumie 328 sesji naukowych, sympozjów i konferencji. Oczywiście sesje były równoległe, czyli w tym samym czasie odbywało się ich kilkanaście. Samych rodzajów sesji i sympozjów było dwanaście. Pięć z nich miało charakter edukacyjny (sympozja edukacyjne, sesje edukacyjne, tzw. spotkania z profesorem, tzw. problemy kliniczne w onkologii i sesje edukacyjne dla młodych lekarzy). Jak to w krajach zachodnich, część tych sesji wymagała wykupienia dodatkowych biletów. Sesji edukacyjnych odbyło się w sumie 204, większość

z nich była powtórzona co najmniej dwukrotnie, o różnych porach dnia tak, aby była możliwość uczestniczenia również w sesjach naukowych. Sesje naukowe miały różny charakter. Były więc sympozja naukowe omawiające najnowsze osiągnięcia biologii molekularnej (11 sesji), kliniczne sympozja naukowe przedstawiające problemy przenoszenia osiągnięć biologii molekularnej do leczenia chorych (25), sesje specjalne towarzystw naukowych (16) oraz sesje plenarne (2). Najważniejsze jednak dla „klinikistów” są zawsze sesje kliniczne na których przedstawiane są wyniki aktualnie prowadzonych badań klinicznych oraz wyniki badań zakończonych w ciągu ostatniego roku, a które jeszcze nie zostały opublikowane. To daje obraz aktualnych możliwości leczenia chorych na nowotwory złośliwe i pokazuje perspektywy tego leczenia. Sesje kliniczne mają również różny charakter. Są to prezentacje ustne (w sumie 28 sesji) oraz prezentacje prac w postaci plakatów (w sumie 42 sesje).

Czym jest zatem Kongres ASCO? Jest prezentacją wszystkiego, co aktualnie dzieje się na świecie w zakresie leczenia systemowego chorych na nowotwory złośliwe. Podczas tegorocznego kongresu przedstawiono w różnej formie ponad trzy i pół tysiąca doniesień naukowych. Oczywiście, nie jest fizyczną możliwością, aby jeden człowiek był w stanie uczestniczyć we wszystkich sesjach. Zawsze jednak jest możliwość wyboru tych sesji, które dla danego lekarza mają w danym czasie największe znaczenie. Nie zawsze chodzi o to, żeby nauczyć się czegoś nowego. W codziennej pracy potrzebna jest również świadomość, że dotychczasowe osiągnięcia i stosowane metody leczenia są nadal aktualne i skuteczne. Tych nadal jest najwięcej.

W ostatnich latach nastąpił duży postęp w leczeniu chorych na nowotwory złośliwe. Może nie zawsze ten postęp jest dostrzegalny, bo wyniki uzyskiwane w leczeniu coraz trudniej poprawić. Różnice między „starymi” a „nowymi” metodami leczenia sprowadzają się czasami tylko do kilku procent. Nie zawsze też koszty stosowania nowych metod są do udźwignięcia nawet w dużo bogatszych krajach niż Polska.

Czy tegoroczna konferencja ASCO ujawniła jakieś istotne nowości w leczeniu chorych? Odpowiedź jest niestety raczej negatywna. Nie dlatego, że nie ma nowości. One są, ale jeszcze nie na takim etapie, aby można było je zastosować w codziennej praktyce. Wymagają dalszych badań i weryfikacji dotychczas uzyskanych wyników. Niemniej należy się spodziewać, że w przyszłości nowe metody mogą już dominować w onkologii klinicznej. Miejmy nadzieję, że ta przyszłość jest blisko.

Rak piersi – nowe nadzieje

W ostatnich latach XX wieku w rozwiniętych krajach europejskich oraz w USA

zanotowano stopniowy spadek umieralności kobiet z powodu raka piersi. Ten trend utrzymuje się nadal. Jest rzeczą oczywistą, że stało się to możliwe dzięki nałożeniu się skutków działań podejmowanych w zakresie wczesnego wykrywania choroby oraz wprowadzania nowoczesnych leków. Te nowe leki to z jednej strony wynik od wielu lat prowadzonych poszukiwań substancji o działaniu przeciwnowotworowym, a z drugiej strony, to wynik rozwoju biologii molekularnej i coraz dokładniejszej wiedzy o komórkach nowotworowych. Nowoczesne leki ukierunkowane są na blokowanie ważnych funkcji życiowych komórki. Potrafią nie tylko leczyć, ale również zapobiegać niektórym powikłaniom związanym z rozwojem choroby nowotworowej. Dzięki temu możliwe jest nie tylko wydłużenie czasu życia, ale również poprawa jego jakości.

zdj. autora i obiektów w których odbywała się konferencja, na 4 str. okładki



Szanowni czytelnicy „Biuletynu OCO”

Informujemy Państwa, iż na wydawanie czasopisma pozyskujemy środki z darowizn jak i sprzedajemy reklam. Osobom i firmom, które zechcą nas wesprzeć finansowo lub wykupić miejsce na reklamę, podajemy nr konta: 98124016331111000026515911 Bank PKO SAI Oddział/Opole – z dopiskiem „Biuletyn” oraz prosimy o kontakt z redakcją.

W następnym numerze: m. in. Rak płuc, Poradnia Stomijna, Żywnienie

„Biuletyn informacyjny OCO”

Wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii
www.onkologia.opole.pl

Redaktor Naczelny

Wiesław Duda kom. 601 688 692

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: Karina Wróblewska, Maria Białas

Zdjęcia: W. Duda, K. Drosik

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

Oddział Radioterapii: 0-77 441 6126 do 27