

# Rak przełyku

*Wojciech Redelbach*

*Dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii*



Rak przełyku to najrzadszy nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego.

Co roku w Polsce notuje się od 1200 do 1300 nowych zachorowań. Częściej występuje u mężczyzn, zwłaszcza po 60 roku życia. Występuje w dwóch postaciach histopatologicznych tj. rak płaskonabłonkowy i rak gruczołowy.

Od wielu lat obserwuje się stopniowe narastanie występowania raka gruczołowego, obecnie jest to 60 % wszystkich nowotworów złośliwych przełyku. Najczęściej jest zlokalizowany w miejscach fizjologicznego przewężenia w części szyjnej (15 %), na poziomie podziału tchawicy (35 %), oraz dolnej części (30 %).

**Czynniki ryzyka to:** płeć męska, palenie tytoniu, picie wysokoprocentowego alkoholu, otyłość, marynowane potrawy, picie gorących napojów, ostre przyprawy. Wskazać także należy na niedostateczny udział w diecie świeżych warzyw i owoców.

**Zapobieganie:** zaprzestanie palenia tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu i gorących napojów, wzbogacenie diety w świeże warzywa i owoce a zwłaszcza cebulę, groszek, fasolę, dynię, czereśnie, wiśnie, winogrona, melony, jabłka.

Do **powstania raka przełyku** może prowadzić szereg stanów chorobowych związanych z zarzucaniem kwaśnej treści żołądkowej do przełyku, są to m.in.:

- achalazja czyli kurcz wpuści żołądka,
- choroba refluksowa,
- przewlekłe zapalenie przełyku,
- przepuklina rozworu przełykowego,
- przełyk Barretta (wysokie zagrożenie wystąpieniem raka).

Innymi stanami, które predysponują do wystąpienia raka przełyku, to stany po oparzeniach termicznych i chemicznych przełyku, jak i urazy mechaniczne.

Charakterystyczne **objawy** wczesne nie występują. Późne objawy to:

- dysfagia czyli trudności w przełykaniu pokarmów stałych, a nawet płynnych,
- bóle i pieczenie za mostkiem,
- chudnięcie,
- kaszel z odkrztuszaniem ropnej treści, dusznością oraz gorączką.

**Rozpoznanie** choroby wymaga przeprowadzenia badań diagnostycznych:

- RTG przełyku z kontrastem,
- gastroscopia umożliwiająca pobranie wycinka, a także zabiegi lecznicze,
- USG przezprzełykowe (EUS),
- tomografia komputerowa,
- PET.

Markery nowotworowe (CEA, SCC, CYFRA 21.1) nie są specyficzne i mają znaczenie tylko w kontroli po leczeniu zweryfikowanego raka przełyku.

**Leczenie** raka przełyku:

- radykalne możliwe tylko w przypadku zmian nie zaawansowanych, bez przerzutów odległych, polega na wycięciu przełyku i odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego,
- paliatywne w stadiach zaawansowanych polegające na chemioradioterapii lub stosowaniu brachyterapii,
- paliatywne zmierzające do udrożnienia przełyku, polegające na odparowaniu masy guza przy pomocy lasera (tunelizacja) lub założeniu protezy (stenta samorozprężalnego) za pomocą gastrokopu,
- paliatywne zmierzające do umożliwienia żywienia poprzez założenie gastrostomii lub mikrojejunostomii (wprowadzenie drenów do podawania płynnych pokarmów do światła żołądka lub jelita cienkiego).

**Rokowanie:**

Rak przełyku obok raka wątroby, trzustki i płuca jest jedną z czterech lokalizacji o najgorszym rokowaniu. Przeżywalność po leczeniu radykalnym określa się na ponad 90 % przez pierwsze 3 lata, a po leczeniu paliatywnym do 5%. Średnia przeżywalność sięga 5 – 10 %.



# MAŁOPŁYTKOWOŚĆ, ANEMIA, NEUTROPENIA \_\_\_\_\_

## Jak zapobiegać, rozpoznać radzić sobie z objawami

Marzena Jabłońska,  
Justyna Skiba-Bubin  
Opolskie Centrum Onkologii



### Rady dla pacjenta

Chemioterapia jest leczeniem podawanym w celu zatrzymania wzrostu lub doprowadzenia do zniszczenia komórek nowotworowych. „Chemioterapeutki” zostały specjalnie zaprojektowane do niszczenia i uszkodzania szybko dzielących się komórek. Leczenie chemioterapeutyczne podawane jest w odstępach lub w postaci kursu – zapewnia to osiągnięcie największych korzyści przy minimalnej liczbie skutków ubocznych. Leczenie zwykle składa się z kilku cykli, z przerwą trwającą od 1 do 4 tygodni.

Leki chemioterapeutyczne działają systemowo (na cały organizm) – nie są w stanie odróżnić komórek nowotworowych od innych szybko dzielących się komórek, takich jak komórki mieszkające włosowego, skóry i szpiku kostnego. Te właśnie komórki są w dużym stopniu narażone na uszkodzenia – dlatego, też chemioterapia obciążona jest dużym odsetkiem skutków ubocznych.

Obok powikłań chemioterapii tj.: nudność, wymioty, zmęczenie, wypadanie włosów, bezpłodność, występują także anemia, neutropenia oraz trombocytopenia – ważne i niebezpieczne.

**ANEMIA** – jest częstym i zwykle ciężkim powikłaniem nowotworu i terapii przeciwnowotworowej. Zapobieganie lub przynajmniej wczesne jej wykrycie stanowi główne zagadnienie terapii pacjenta z chorobą nowotworową. W przeciwnym razie anemia może doprowadzić do pogorszenia jakości życia chorego. Jeśli chodzi o objawy anemii to zmęczenie jest chyba najczęściej występującym objawem, razem z nietolerancją zimna.

Obydwa te objawy wynikają ze zmniejszonego stężenia tlenu w tkankach (hipoksja) niezbędnego do produkcji energii. **Pacjenci mogą odczuwać sporą ilość objawów jak np.:**

- upośledzenie sprawności umysłowej, nudności, przyrost serca, niewydolność serca, utrata libido, depresję, bóle głowy, brak apetytu, duszności, nieregularne miesiączki, impotencja u mężczyzn

Pacjent obok farmakoterapii pamiętać musi o:

- ograniczeniu nadmiernego męczenia się,
- opracowaniu dziennego planu aktywności – proporcja aktywności do biernego odpoczynku
- może także, stosować techniki „dystrakcji” – odwracanie uwagi od zmęczenia poprzez ulubione zajęcia.

**NEUTROPENIA** – jest jedną z najważniejszych powikłań chemioterapii.

W większości przypadków jej przyczyną jest utrata zdolności szpiku kostnego do produkcji komórek. Neutropia definiowana jest jako obniżona liczba neutrofilii. Zwykle pojawia się w okresie 7-10 dni po chemioterapii zw. NADIREM.

**Objawy jakie występują, poprzedzające neutropie to:**

- podwyższona temperatura ciała, dreszcze, bezmocz, duszność, podrażnienie dróg oddechowych, ból.

Czasem jednak brak jest jakichkolwiek objawów, po czym nagle pojawia się wysoka gorączka neutropeniczna, co może spowodować, że zakażenie staje się niebezpieczne.

Aby zmniejszyć ryzyko występowania neutropenii ważne jest, aby każdy chory pamiętał o:

- częstym myciu rąk, codziennej kąpieli, dobrej higienie jamy ustnej, unikaniu osób z zakażeniem lub niedawno szczepionych, unikaniu sprawowania bezpośredniej opieki nad zwierzętami, ochronie ciągłości skóry, szybkim zgłaszaniu niepokojących objawów lekarzowi.

**TROMBOCYTOPENIA (MAŁOPLYTKOWOŚĆ)** – jest definiowana jako zmniejszona liczba płytek krwi (trombocytów) – zwykle wynikająca z obniżonej produkcji płytek krwi, a także jako efekt nasilonego niszczenia trombocytów. Największy spadek liczby płytek występuje zwykle w kilku pierwszych cyklach leczenia chemioterapeutycznego.

**Objawami małopłytkowości są:**

- wybroczyny i plamica, podbiegające krwawe sińce lub krwiaki, krwawienie (nos, błony śluzowe, dziąsła, rany otwory ciała, okolice wokół cewników itp.)
- wątroba i śledziona powiększone i tklawe, krew utajona lub jawna w stolcu lub moczu, bóle głowy, niedociśnienie lub tachykarida (dorośli), przedłużające się krwawienie miesięczne lub nasilenie krwawienia pomiędzy miesiączkami.

### ***Jak pacjent powinien postępować by ograniczyć ryzyko powikłań:***

- powinien ograniczyć, wręcz unikać forsownych czynności, sportów, unikać noszenia ubrań ciasno przylegających i urażających, być czujnym na pojawienie się bólów głowy, oszołomienie i zmiany temperatury ciała, unikać uszkodzeń skóry, błon śluzowych, przewodu pokarmowego, dbać o jamę ustną, w przypadku wystąpienia podejrzanych objawów niezwłocznie poinformować lekarza.

\*mgr Justyna Skiba-Bubin – pielęgniarka oddziałowa oddziału onkologii klinicznej, absolwentka akademii medycznej (wydział pielęgniarstwa),  
mgr Marzena Jabłońska – piel. dypł. oddziału onkologii klinicznej

## **POCHP-Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc \_\_\_\_\_**

### **- leczenie cd.**

*lek. med. Janusz Wójcicki  
specjalista chorób płuc  
z-ca Ordynatora Oddziału Pulmonologicznego  
Szpitala Wojewódzkiego w Opolu*



#### **I. Leki rozszerzające oskrzela.**

Mają główne miejsce w leczeniu stabilnej POCHP. Zwiększają wydolność wysiłkową u chorych na POCHP. Wybór leku zależy od dostępności leku i odpowiedzi chorego na lek. Preferowaną drogą podawania jest droga wziewna. W łagodnej postaci choroby, wystarczające jest podawanie ich tylko „na żądanie”, czyli dorażne - w celu przerwania duszności. W postaci umiarkowanej, konieczne jest przewlekłe stosowanie leków rozszerzających oskrzela – zapobiegające i minimalizujące objawy POCHP.

Do grupy tej zaliczamy leki cholinolityczne, beta 2 - mimetyki i teofilinę, która jest lekiem drugiego wyboru.

1. Leki cholinolityczne (przeciwwcholinergiczne) są niewybiórczymi antagonistami receptorów muskarynowych, powodujących rozkurcz mięśniówki gładkiej oskrzeli. W Polsce dostępny jest preparat bromku ipratropium do stosowania miejscowego w postaci kieszonkowego inhalatora do dróg oddechowych, podającego ściśle odmierzoną jednorazową dawkę leku lub w postaci płynu do nebulizatora, czyli inhalacji przez specjalną maseczkę nakładaną na twarz.

Zastosowanie bromku ipratropium bezpośrednio do dróg oddechowych powoduje, że działa głównie w miejscu podania, co pozwala na zmniejszenie dawki leku. Dzięki temu można było ograniczyć ilość objawów ubocznych związanych z uogólnionym działaniem leku. Bromek ipratropium podawany wzięwnie zaczyna działać po około 6 – 10 minutach, działanie utrzymuje się do 6 godzin, a maksimum działania osiąga w 30-60 minucie od podania.

2. Beta 2 – mimetyki są agonistami receptorów beta 2 – adrenergicznych występujących w mięśniówce gładkiej oskrzeli i powodują jej rozkurcz. Stosowane są w postaci inhalatorów lub nebulizacji. Podzielić je można według długości czasu działania na krótkodziałające i długodziałające.

Leki krótkodziałające to salbutamol i fenoterol – stosuje się je doraźnie.

Leki długodziałające to formoterol i salmeterol- stosuje się je przewlekłe dwa razy na dobę.

Kojarzenie leków o różnych mechanizmach i czasie działania, może zwiększać stopień rozkurczu oskrzelowego przy słabszych działaniach ubocznych. Klasycznym przykładem jest połączenie w jednym preparacie wzięwnym leku cholinolitycznego (bromku ipratropium) i beta 2 – mimetyku krótkodziałającego (fenoterolu).

II. Teofilina. Poza działaniem rozkurczowym na oskrzela wykazuje również działanie pobudzające ośrodek oddechowy. Wiele różnych leków może przyspieszać lub zwalniać usuwanie teofiliny z ustroju, co utrudnia właściwe dobranie dawki leku – skutecznej i nie wywołującej działań ubocznych. Dlatego w terapii POCHP preferowane są wspomniane wyżej leki inhalacyjne. Jeśli już stosujemy teofilinę, to najchętniej pod postacią doustnych preparatów długo działających. Dawkowanie teofiliny jest indywidualne, przeciętnie 300-700 mg na dobę.

### III. Glikokortykosteroidy.

Wpływ doustnych i wzięwnych glikokortykosteroidów w POCHP jest o wiele mniejszy niż w astmie, a ich rola w leczeniu stabilnej postaci POCHP jest ograniczona do określonych wskazań.

Regularne stosowanie glikokortykosteroidów wzięwnych, nie ma wpływu na postępujące zmniejszanie się FEV1 u chorych na POCHP. Niemniej jednak przewlekłe stosowanie glikokortykosteroidów wzięwnych jest wskazane u chorych na POCHP z objawami podmiotowymi, u których FEV1 wynosi poniżej 50 % wartości należytnej i nawracają zaostrzenia choroby.

#### IV. Leki rozluźniające śluz oskrzelowy.

Dzielimy je na sekretolityki (zwiększające wydzielanie śluzu oskrzelowego) i mukolityki (zmniejszające lepkość śluzu).

Choć nieliczni pacjenci odkrztuszający lepką plwocinę odnoszą korzyści ze stosowania leków mukolitycznych, to ogólne pozytywne efekty wydają się być niewielkie.

#### V. Leki przeciwkaszlowe.

Kaszel często jest dokuczliwym objawem, ale jednocześnie pełni istotną rolę obronną. Z tego powodu regularne stosowanie leków przeciwkaszlowych u chorych z POCHP jest przeciwwskazane.

#### VI. Antybiotyki.

Stosowane są tylko do leczenia infekcyjnych zaostrzeń POCHP i innych zakażeń bakteryjnych.

#### VII. Inne leki.

Nedokromil, leki antyleukotrienowe czy alternatywne metody leczenia (ziołolecznictwo, homeopatia, akupunktura) nie zostały wystarczająco zbadane u chorych na POCHP i z tego powodu nie można ich zalecać do terapii tej choroby.

#### VIII. Leki pobudzające oddychanie.

Doksapram i almitryna – nie są zalecane do regularnego leczenia stabilnej POCHP.

#### Działania niepożądane leków.

Stosowanie każdego leku, nawet wziewnego, niesie ze sobą możliwość działań niepożądanych. W przypadku POCHP leczenie najczęściej trwa do końca życia, dlatego też warto zwrócić uwagę na ewentualne uboczne działania stosowanych leków. Należy pamiętać, że często wystąpienie objawów niepożądanych zależne jest od przyjętej dawki leku, dlatego też nie należy samodzielnie, bez porozumienia z lekarzem, zmieniać schematu dawkowania leków.

Często dolegliwości te są przejściowe i ustępują po zmniejszeniu dawki lub odstawieniu leku.

#### Wspomaganie wentylacji.

Podstawowym celem mechanicznego wspomagania wentylacji u chorych z zaostrzeniem POCHP jest zmniejszenie ryzyka zgonu i powikłań oraz złagodzenie objawów.

Wspomaganie wentylacji obejmuje zarówno przerywaną nieinwazyjną wentylację mechaniczną z użyciem dodatniego lub ujemnego ciśnienia, jak i inwazyjną wentylację mechaniczną przez rurkę dotchawiczą wprowadzoną przez usta albo przez tracheostomię.

Leczenie operacyjne.

1. Wycięcie pęcherzy rozedmowych (bullektomia). Jest znanym od dawna zabiegiem operacyjnym, wykonywanym w rozedmie pęcherzowej. Usunięcie dużego pęcherza rozedmowego, który nie bierze udziału w wymianie gazowej, pozwala na rozprężenie pozostałej części miąższu płuca. U właściwie dobranych chorych wycięcie pęcherzy rozedmowych skutecznie zmniejsza duszność i poprawia czynność płuc.
2. Operacja zmniejszająca objętość płuc. Polega na wycięciu części płuc w celu zmniejszenia ich rozdęcia, dzięki czemu mięśnie oddechowe mogą generować większe ciśnienie wskutek poprawy mechaniki, wyrażonej stosunkiem napięcia do długości włókien, krzywizną przepony i powierzchnią przylegania.
3. Przeszczepienie płuc. U właściwie dobranych chorych z bardzo zaawansowaną POCHP przeszczepienie płuc poprawia jakość życia i wydolność czynnościową. Jest ograniczone przez brak dawców oraz olbrzymie koszty.

## Odleżyny - część II

---

*piel. dypl. Helena Marny-Janusz*  
*Opolskie Centrum Onkologii*

Na gojenie się odleżyn ma wpływ wiele czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Dlatego osiągnięcie szybkiego i skutecznego wyleczenia wymaga profesjonalnego podejścia do problemu, polega ono na:

- usunięciu lub złagodzeniu w miarę możliwości wszystkich czynników wewnętrznych i zewnętrznych które mogą opóźniać proces gojenia,
- stworzeniu optymalnego mikrośrodowiska w ranie, dzięki zastosowaniu odpowiednich nowoczesnych środków miejscowych i opatrunkowych.

Sposób leczenia, zależy od stanu ogólnego i prognozy dotyczącej chorego. Jeżeli naszym celem jest wyleczenie rany, to powinno być stosowane pełne i agresywne leczenie, mające na celu wyleczenie odleżyny. Jeżeli naszym celem jest poprawienie komfortu chorego, złagodzenie objawów i dolegliwości spo-





wodowanych przez odleżynę, to mówimy o postępowaniu paliatywnym czyli łagodzącym. W celu osiągnięcia odpowiedniego postępu w leczeniu rany do odpowiedniego leczenia miejscowego dołącza się leczenie ogólne towarzyszących schorzeń, np.:

- uzupełnienie niedoborów pokarmowych, szczególnie białka,
- wyrównanie niedokrwistości,
- kontrola cukrzycy,
- uzupełnienie niedoboru witamin i mikroelementów np. witaminy A, C,
- zwiększenie dziennej aktywności,
- rehabilitacja ruchowa,
- rehabilitacja bierna i czynna kończyn.

Obecnie nowoczesne środki opatrunkowe do leczenia odleżyn, spełniają koncepcję wilgotnego leczenia ran, a idealny opatrunek powinien:

- utrzymywać wysoką wilgotność pomiędzy nim a raną,
- usuwać nadmiar wysięku i toksycznych cząstek,
- nie przylegać do rany,
- być nieprzepuszczalnym dla bakterii,
- pozwalać na prawidłową wymianę gazową,
- utrzymywać odpowiednią temperaturę,
- być nietoksycznym i nie alergizującym,
- podczas wymiany nie uszkadzać nowo powstałych tkanek.

Obecnie zwracana jest uwaga na takie cechy jak: możliwość wyboru postaci i wielkości opatrunku, jego odporność na tarcie i uszkodzenia, zdolność utrzymywania się na ranie, łatwość użycia i cenę.

Produkowane są nowoczesne środki służące leczeniu odleżyn:

- błony półprzepuszczalne, np.: Opsite, Tegaderm, Bioclusive,
- Hydrożele, np.: Aquage,
- Hydrokoloidy, np.: Granuflex Extra Thin, Granuflex E, Ganuflex Bordered,
- Dekstranomery, np.: Acudex,
- Opatrunki algininowe, np.: Tegagel.

W leczeniu odleżyn I i II stopnia oprócz prawidłowej pielęgnacji skóry, stosujemy błony półprzepuszczalne, hydrokoloidy i hydrozele. W leczeniu odleżyn III i IV stopnia na płytkie i głębokie zmiany stosujemy hydrokoloidy, płytki, gąbki poliuretanowe, opatrunki algininowe, hydrozele.

Długotrwałe unieruchomienie stwarza określone – wspólne dla wszystkich chorych dolegliwości,

są to: zmęczenie spoczynkowe mięśni, zaburzenia w krążeniu, pogarszające się złe samopoczucie. Chorzy długotrwałe unieruchomieni wymagają troskliwej

i bardzo pracochłonnej opieki. Przez położenie chorego na specjalnie skonstruowanych materacach można skutecznie zmniejszyć skutki długoterminowego unieruchomienia, materace te są popularnie nazywane przeciwoodleżynowymi. Dzielimy je na statyczne i dynamiczne.

**Materace statyczne** – rozkładają ciężar ciała na dużą powierzchnię i zapobiegają miejscowemu uciskowi, skupionemu na określonych częściach ciała. Istnieje kilka typów materaców statycznych:

- materace wypełnione kulkami styropianu,
- materace z gąbki poliuretanowej,
- materace wodne,
- materace stałościśnieniowe,
- materace żelowe.

Zaletą tych materacy jest prostota wykonania i niska cena. Ze względu na konieczność utrzymania higieny, materace kulkowe i z gąbki niszczą się bardzo szybko. Ich cena w porównaniu z czasem używania staje się mniej atrakcyjna.

**Materace dynamiczne (zmiennociśnieniowe)** - do grupy tej należą materace, zróżnicowane pod względem konstrukcji i wykonania, zasilane powietrzem przy pomocy specjalnie skonstruowanego kompresora. Pneumatyczna pompa wtłacza powietrze do komór materaca i co pewien czas przetłacza je między poszczególnymi komorami. Ciało chorego podpierane jest, co 3 minuty w różnych punktach. Znikanie ciśnienia i jego rośnięcie od zera do maksimum powoduje masaż i w efekcie zwiększone ukrwienie ciała tych części, które stykają się z materacem. Chorzy nie czują zmęczenia mięśni, szybciej wracają do zdrowia lub łatwiej znoszą długotrwałe przebywanie w łóżku.

Należy stwierdzić, że najskuteczniejszą metodą leczenia odleżyn jest wczesna profilaktyka. Aby zapobiegać tworzeniu się odleżyn musimy najpierw ustalić przyczyny ich powstania. Wyselekcjonować chorych, u których przewiduje się szybkie wystąpienie odleżyn a następnie wdrażać postępowanie pielęgnacyjne oparte o najnowszą wiedzę medyczną, stosując najnowsze metody, środki przeciwoodleżynowe, a zebranymi doświadczeniami dzielić się z pozostałym personelem medycznym, aby odleżyny nie były dużym problemem w szpitalach.

\*piel. dypl. Helena Marny-Janusz - pielęgniarka Oddziału Onkologii Klinicznej, posiada specjalizację z pielęgniarstwa zachowawczego. W OCO od września 1980 r.

# PROŚBA

---

Choć różnie w życiu bywa, czasem dobrze, czasem źle  
Moja dusza jest uparta – wszystko czarno widzieć chce.  
Próżno pytam, skąd ten kolor?  
Czy z doświadczeń przeszłych lat?  
Może spadły okulary, co różowo barwią świat.

Co mam zrobić z moją duszą, która ciągle z bólu drży  
Nie chce słuchać, gdy jej mówię, że nadeszły lepsze dni.  
Wciąż się boi i wciąż smutna, ciągle słyszę cichy płacz  
I nie umiem jej przekonać, że wesoło może grać.

Przyjdź nadziejo! Przyjdź radości do mych bardzo smutnych dni  
Może wtedy znajdę spokój i odzyskam piękne sny.  
Czekam na was niecierpliwie i wyglądam spoza szyb  
Chyba już jesteście blisko – czuję radość – czy to Wy?

\* Krystyna Wroniewicz - wiersz z tomiku „W ogrodzie smutku”

Szanowni Państwo!

Po raz kolejny drukujemy wiersz naszej pacjentki Pani Krystyny Wroniewicz, która zechciała podzielić się z czytelnikami naszego biuletynu fragmentem swojej twórczości.

Za udostępnienie nam do druku kilku swoich wierszy składam Pani Krystynie gorące podziękowania. Mam także ogromną nadzieję, że będzie to wspaniały początek większego zaangażowania się pacjentów we współredagowanie biuletynu. Piszcie Państwo do nas:

- zadawajcie pytania – odpowiemy,
- dzielcie się z nami propozycjami, oczekiwaniami, uwagami.

Wszystkie sprawy można do nas kierować anonimowo – możecie Państwo zostawiać dla nas informacje napisane odręcznie na kartkach lub zaklejone w kopercie w **Rejestracji ogólnej** z dopiskiem **biuletyn**.

Korzystając z okazji bardzo serdecznie dziękuję wszystkim wspaniałym pracownikom OCO, którzy od samego początku wspierają mnie swoją wiedzą i życzliwością.

Słowa podziękowania kieruję także do naszych pacjentów

- Szanowni Państwo, dziękuję za każdy подарowany uśmiech.

*mgr Anna Łabińska  
psycholog*



# EUROPEJSKI KODEKS WALKI Z RAKIEM

## PROGRAM PREWENCJI PIERWOTNEJ NOWOTWORÓW

### NARODOWY PROGRAM WALKI Z RAKIEM

---

Unia Europejska przygotowała trzecią edycję Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Został on przyjęty na spotkaniu w Mediolanie w czerwcu 2003 roku.

Europejski Kodeks Walki z Rakiem stanowi podstawę strategii **Programu Prewencji Pierwotnej Nowotworów w Polsce**.

Przy opracowywaniu Kodeksu uwzględniono zagrożenia nowotworami złośliwymi w Unii Europejskiej, rozszerzonej o nowe państwa członkowskie, w tym Polskę i inne kraje Europy Środkowo-Wschodniej oraz dostosowania programu nowotworowego Unii do nowych wyzwań. Wzięto pod uwagę prognozy wzrostu zachorowań na choroby nowotworowe.

W najnowszej edycji Kodeksu uwzględniono aktualny stan naukowej wiedzy o czynnikach ryzyka, leczeniu i profilaktyce nowotworów złośliwych, a także, poprzez udział ekspertów z różnych krajów, specyfikę narodowych programów nowotworowych. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie aktywnie uczestniczył w pracach nad powstaniem zmienionej edycji Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

**Kodeks zawiera** zalecenia, których przestrzeganie zmniejsza ryzyko chorób nowotworowych, w tym 7 zaleceń dotyczących stylu życia (prewencja pierwotna) oraz 4 zalecenia z zakresu programów zdrowia publicznego (prewencja wtórna).

1. Nie pal - jeśli już palisz, przestań. Jeśli nie potrafisz przestać, nie pal przy niepalących.
2. Wystrzegaj się otyłości.
3. Bądź codziennie aktywny ruchowo, uprawiaj ćwiczenia fizyczne.
4. Spożywaj więcej różnych warzyw i owoców: Jedz, co najmniej 5 porcji dziennie. Ogranicz spożycie produktów zawierających tłuszcze zwierzęce (prewencja wtórna).
5. Jeśli pijesz alkohol – piwo, wino lub alkohole wysokoprocentowe – ogranicz jego spożycie: mężczyźni do dwóch porcji dziennie, kobiety do jednej porcji dziennie.
6. Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne. Szczególnie chroń dzieci i młodzież. Osoby mające skłonność do oparzeń słonecznych powinny przez całe życie stosować środki chroniące przed słońcem.
7. Przestrzegaj ściśle przepisów dotyczących ochrony przed narażeniem na



znane substancje rakotwórcze. Stosuj się zawsze do instrukcji postępowania z substancjami rakotwórczymi. Przestrzegaj zaleceń krajowych ośrodków ochrony radiologicznej.

8. Kobiety po 25 roku życia powinny uczestniczyć w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Badania te należy prowadzić w ramach programów podlegających procedurom kontroli jakości zgodnym z Europejskimi wytycznymi kontroli jakości badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy.
9. Kobiety powyżej 50 roku życia powinny uczestniczyć w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi. Badania te należy prowadzić w ramach programów zdrowotnych podlegających procedurom kontroli jakości zgodnym z Europejskimi wytycznymi kontroli jakości mammograficznych badań przesiewowych.
10. Kobiety i mężczyźni po 50 roku życia powinni uczestniczyć w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego i odbytnicy. Badania te powinny być prowadzone w ramach programów uwzględniających procedury kontroli jakości.
11. Bierz udział w programach szczepień ochronnych, przede wszystkim przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B.

Opracowano na podstawie

[www.msse.jaw.pl/ogloszenia/europejski\\_kodeks\\_walki\\_z\\_rakiem](http://www.msse.jaw.pl/ogloszenia/europejski_kodeks_walki_z_rakiem)

## ABC odwiedzin w szpitalu – co należy wiedzieć \_\_\_\_\_

*mgr Karina Wróblewska*  
*pielęgniarka epidemiologiczna*  
*Opolskie Centrum Onkologii*



Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że wprowadzanie sztywnych reguł i przepisów w jakiejś dziedzinie życia zawsze budzi pewien opór i niezadowolenie, szczególnie, gdy reguły nie są w pełni zrozumiałe. Także w stosunku do wprowadzanych zasad dotyczących wizyt w szpitalu jesteśmy sceptycznie nastawieni. Szpital to miejsce, w którym na stosunkowo niewielkiej przestrzeni przebywa w jednym czasie dosyć spora liczba ludzi - chorzy, personel medyczny, personel techniczny, pomocniczy oraz liczna grupa osób odwiedzających, czy osób oczekujących na wizyty w poradniach. Aby jedna grupa osób nie stanowiła zagrożenia dla drugiej, w placówkach służby

zdrowia wprowadzane są szczegółowe zasady postępowania dotyczące różnych dziedzin pracy personelu. Zalecane są również pewne reguły zachowania dla odwiedzających szpital, tak, aby zwiększyć bezpieczeństwo pobytu chorych w szpitalu a także samych odwiedzających. Szpital to swego rodzaju poligon, w którym skolonizowane są różnego rodzaju drobnoustroje mniej lub bardziej zjadliwe. Z którymi dzień w dzień prowadzi się morderczą walkę przeróżnymi metodami - od środków dezynfekcyjnych po skomplikowane antybiotykowe terapie. Większość drobnoustrojów, które są przyczyną zakażeń w oddziałach to bakterie spotykane powszechnie w przyrodzie. Dla człowieka zdrowego nie stanowią one zagrożenia, bowiem nasz układ odpornościowy skutecznie się przed nimi broni. W szpitalach niestety ich siła jest dużo większa, dlatego że jednej strony nabywają oporności na wiele leków, a z drugiej strony łatwiej im atakować organizmy słabe i mniej odporne.

Należy pamiętać, że nasi pacjenci to chorzy z zaburzoną odpornością, po wielu nieraz bardzo skomplikowanych terapiach leczniczych czy inwazyjnych zabiegach medycznych, to osoby w podeszłym wieku, dla których pobyt w szpitalu to ogromny stres. Niewątpliwie odwiedziny osób bliskich są bardzo potrzebne, wpływają pozytywnie na stan psychiczny chorego, a przez to na poprawę ogólnego stanu zdrowia. ***O czym więc musimy pamiętać podczas wizyt w szpitalu ?***

- osoby z czynnymi infekcjami i objawami chorób zakaźnych (np. grypy) nie mogą narażać pacjentów i powinny wstrzymać się z odwiedzinami,
- osoby z osłabioną odpornością powinny również ograniczyć wizyty,
- niemowląt i małych dzieci, z powodu ich słabej jeszcze odporności najrozsądniej w ogóle nie zabierać ze sobą, gdyż taka wizyta może być przyczyną groźnej infekcji,
- dzieci do lat 14 mogą wchodzić na oddział wyłącznie pod opieką dorosłych,
- na salach chorych oprócz naszych bliskich leżą również inni pacjenci, którzy potrzebują spokoju oraz intymności – zachowujmy się więc tak aby im nie przeszkadzać,
- starajmy się nie siadać na łóżkach chorych, a także kłaść na nich odzież, pozwoli to zmniejszyć liczbę drobnoustrojów, które ze sobą przynosimy jak i tych, które ze szpitala zabierzemy,
- jeżeli ze względów epidemiologicznych, proszeni jesteśmy o założenie fartucha czy maski na sali nie brońmy się, na pewno ograniczenia te są konieczne i minimalizują ryzyko narażenia,
- pamiętajmy zawsze o myciu rąk - po wejściu na salę chorych a także po zakończonej wizycie, to naprawdę bardzo ważne, gdyż większość zakażeń przenosi się drogą kontaktową,

- starajmy się nie zabierać do domów zużytych ochraniaczy na buty, są w nich bowiem różne mikroorganizmy znajdujące się na oddziałach,
  - nie zabierajmy na oddział kwiatów, często są one siedliskiem chorobotwórczych drobnoustrojów, również w wodzie w której się znajdują mogą namnażać się bakterie,
  - należy, także mieć na uwadze fakt, że w przypadku zagrożenia na przykład epidemią, dyrektor szpitala może zawiesić odwiedziny na pewien czas w trosce o dobro pacjentów i odwiedzających
- Zawsze należy pamiętać, że wszelkie wątpliwości związane z wizytą należy konsultować z lekarzem czy pielęgniarką danego oddziału.

---

## **Informacja o Dziale Organizacji Nadzoru i Informacji / Statystyce / - Regionalnym Rejestrze Nowotworów**

---

„STATYSTYKA” w Opolskim Centrum Onkologii składa się z Sekcji Organizacji Nadzoru i Informacji, Statystyki, Regionalnego Rejestru Nowotworów. We wszystkich jednostkach organizacyjnych OCO pracuje 27 kobiet: w administracji, szpitalu (sekretarki medyczne w oddziałach), przychodni oraz pracowni diagnostyki obrazowej, zakładzie radioterapii (sekretarki medyczne w poradniach oraz rejestratorki).

Zadania realizowane przez zespół są komplementarne, opierają się na ujednoliconych zasadach w ramach specyficznych dla poszczególnych komórek organizacyjnych obszarów działalności.

Dla osób funkcjonujących w strukturach administracji zadania dotyczą monitorowania działalności oraz przetwarzania (rejestrowania, zbierania, aktualizowania, uzupełniania, udostępniania, raportowania) danych statystycznych, analitycznych oraz rozliczeniowych wynikających z działalności Opolskiego Centrum Onkologii.

Należą do nich:

- Organizacja Nadzór i Informacja, Statystyka - Kierownik Działu – mgr Wiesława Kaczmarek oraz mgr Barbara Kurzyca,
- Regionalny (Wojewódzki) Rejestr Nowotworów - Teresa Gebauer, Ewa Cebulla, Danuta Owsiak,
- Rejestr Usług Medycznych - Elżbieta Lichińska, Ewa Czyżewska-Maniów.

W dziale tym realizowane są zadania Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”, mające na celu, we współpracy z Centralnym Ośrodkiem Koordynującym, Ministerstwem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, nadzór i monitoring nad realizacją pro-

gramu w województwie opolskim (prewencja wtórna – badania przesiewowe). Kolejnym zadaniem realizowanym w ramach „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych” jest Program Prewencji Pierwotnej, którego celem jest zmiana świadomości, postaw i zachowań społeczeństwa w związku z wiedzą, jaką powinien każdy pozyskać na temat czynników mających wpływ na powstawanie nowotworów – głównym założeniem jest przedstawienie i upowszechnienie Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

Na stanowiskach pracy rejestratorek medycznych realizowane są zadania dotyczące koordynacji przyjęć na poziomie rejestracji do poszczególnych poradni lub pracowni. Aktualizacji danych pacjentów w systemie informatycznym; założenia, dostarczania w dniu wizyty pacjenta obowiązującej w Opolskim Centrum Onkologii kartoteki pacjenta (historii choroby), nadzoru nad prawidłowym przechowywaniem dokumentacji pacjentów w rejestracji przychodni - Dorota Wideł, Katarzyna Popielarczyk, Izabela Szmagara, oraz w rejestracji diagnostyki obrazowej - Danuta Maciak.

Na stanowiskach sekretarek medycznych w oddziałach szpitalnych, poradniach, zakładzie radioterapii czuwają nad codziennym dokumentowaniem realizowanych świadczeń medycznych dla pacjenta i zakładu - mgr Katarzyna Ostrowska, Violetta Zmysłowska, Magdalena Ulińska, Iwona Lamers, Grażyna Punt, Zuzanna Brosz, Elżbieta Basista, Alicja Januszko, Teresa Furman, Klaudia Baldy, Aleksandra Mielnik, Anna Kubik, Agnieszka Kawałko, Dorota Skóra, Irena Markiewicz, mgr Ewa Kotula.

Zespół „STATYSTYKI...” w swojej działalności na rzecz Opolskiego Centrum Onkologii ze zrozumieniem oraz przyjaznym nastawieniem dla naszych pacjentów i współpracowników, realizuje powierzone zadania.

***Wszystkich serdecznie pozdrawiamy.***

**W następnym numerze:** m. in. kwas foliowy, onkologia ...

**„Biuletyn informacyjny OCO”**

Wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii  
www.onkologia.opole.pl

**Redaktor Naczelny** Wiesław Krzysztof Duda

**Sekretarz redakcji** Mariola Sobecka

**Adres Redakcji**

ul. Katowicka 66a, 45 – 060 Opole

tel. 077 441 60 01

fax 077 441 60 03

Współpraca: M. Białas, K. Wróblewska,

A. Łabińska, B. Kurzyca

Zdjęcia: W. Duda

**Skład komputerowy i druk**

EUROCENT - 45-372 Opole, ul. Kośnego 70

tel. 077 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

**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 Diagnostyki Obrazowej:**

0-77 441 6039

**Sekretariaty:**

**Zakładu Radioterapii:** 0-77 441 6050

**Oddziału Chirurgii Onkologicznej:** 0-77 441 6073

**Oddziału Onkologii Klinicznej:** 0-77 441 6090

**Oddziału Onkologii Ginekologicznej:** 0-77 441 6087

**Oddziału Radioterapii:** 0-77 441 6126 do 27