

Zapraszamy wszystkich Opolan

Marsz Nadziei '2010

W niedzielę 17 października br. Opolskie Centrum Onkologii zaprasza wszystkich Opolan pod pomnik przy placu Wolności, skąd po raz piąty z okazji corocznego Dnia Walki z Rakiem Piersi wyruszy Marsz Nadziei, organizowany pod patronatem marszałka województwa **Józefa Sebesty**, wojewody opolskiego **Ryszarda Wilczyńskiego** i prezydenta Opola **Ryszarda Zembaczyńskiego**.

Udział Opolan w Marszu będzie wyrazem ich solidarności zarówno z osobami chorymi na raka, jak również potrzeby zjednoczenia się na rzecz propagowania wiedzy o profilaktyce nowotworowej, a przede wszystkim raka piersi.

W trakcie przemarszu - jego trasa jest następująca: od pomnika przy pl. Wolności, przez rondo i deptak na ul. Krakowskiej w stronę wschodniej pierzei Rynku i dalej ulicami: Książąt Opolskich, Katedralną, Koraszewskiego do pierzei zachodniej Rynku i z powrotem na pl. Wolności - rozdawane będą parasole (w tym roku w kolorze wrzosowym), różowe balony oraz ulotki, związane tematycznie z celem Marszu.

Pochód zacznie się formować ok. godz. 13 i przed wyruszeniem przewidziane są okolicznościowe przemowy gości oraz organizatorów. Zakończenie planowane jest na godz. 14 - 14.30.

Oczywiście, jak co roku Marsz poprowadzą małżonki z ozimskiego Domu Kultury oraz Orkiestra Dęta Zespołu Szkół Żegluga Śródlądowej w Kędzierzynie - Koźlu.

Sobota, 23 października – Biała Sobota w Opolskim Centrum Onkologii

Badam się, więc mam pewność

Tydzień po „Marszu Nadziei”, w sobotę, 23 października, w Opolskim Centrum Onkologii (Opole, ul. Katowicka 66 A) pod hasłem „**Badam się, więc mam pewność**” zorganizowana zostanie **Biała Sobota**. W tym dniu w godz. 8-14 czynne będą poradnie: **chirurgii onkologicznej, chorób piersi** oraz onkologii **ogólnej**, a także **Pracownia Mammograficzna** (mieści się ona w nowym pawilonie „z zielonymi oknami”), w której można będzie wykonać zdjęcie piersi nie tylko ze wskazań lekarza, ale także w ramach skryningu mammograficznego (bezpłatnego badania dla kobiet w wieku 50-69 lat wykonywanego co 2 lata).

Opolanie zainteresowani Dniem Otwartym Onkologii oraz wizytą u lekarza onkologa winni uprzednio zgłosić się do okienka Rejestracji Głównej w Wojewódzkiej Przychodni Onkologicznej, która będzie czynna w godz. 7-13. W rejestracji należy okazać książeczkę RUM, dokument tożsamości (z nr Pesel) oraz dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne.

Czy chora zdąży wygrać?

Kobieta ma niewiele ponad 50 lat i raka nerki. Wie, że żaden już lek i żaden lekarz nie przywróci jej tego beztróskiego czasu sprzed choroby, w którym ta ostatnia z ostatnich data może zamknąć życie równie dobrze za godzinę (wypadek, zawał serca, udar mózgu), jak i za ileś tam dziesiątków lat, kiedy czas życia po prostu się skończy... Ale wie także, iż dzięki odpowiedniej terapii może mieć jeszcze kilka miesięcy a może nawet lat w miarę normalnego życia. To oczywiście, że zrobi wszystko, aby przy pomocy leków tę nieznaną liczbę dni reszty swojego życia wyrwać z puli czasu, jaki pozostał jej do tej ostatniej, granicznej daty...

Depresja, tak częsta u osób chorych na raka, jej akurat nie obezwładnia. Świadomość szybszego niż u innych końca, wręcz dodaje determinacji w działaniu. Sprawę szeroko opisują media. Nie brakuje życzliwości. Tylko czy chora zdąży wygrać?

Rok temu, w lipcu, w jednym z ośrodków onkologicznych w Polsce (opisana sytuacja nie dotyczy Opola), nerka pacjentki zostaje usunięta. Badanie tomograficzne wykonane we wrześniu wykazuje przerzuty. Lekarz widzi szansę w leczeniu interferonem. Jednak ponowne badanie TK, wykonane po dwóch miesiącach pokazuje, że lek nie zadziałał. Widać progresję choroby. Ośrodek występuje do NFZ z wnioskiem o chemioterapię niestandardową sunitynibem (sutent).

Oddział NFZ nie wyraża zgody. Powód: wcześniej chora leczona była interferonem. A to wyklucza podanie sunitynibu. Takie są przepisy. Koniec. Kropka.

Onkolodzy wnoszą więc o inny lek - sorafenib (Nexavar). NFZ znowu odmawia, powołując się na przepisy.

Oba leki są drogie, nawet bardzo drogie. Kilkutygodniowa terapia to kilkanaście tysięcy złotych. Chora zapożycza się i za własne pieniądze kupuje lek. Po miesięcznej kuracji badanie TK wskazuje na regres zmian przerzutowych. A o to przecież chodzi. Choroba zatrzymała się. Jest szansa. Lekarze występują ponownie o refundację sorafenibu. Oddział NFZ nie ma pewności; woli się zabezpieczyć w decyzji. W trybie pilnym zwraca się do Ministerstwa Zdrowia o rozstrzygnięcie.

Niestety, i tym razem odmowa ... Chora nie ma wyjścia. Składa do sądu bezprecedensowy pozew przeciwko NFZ i MZ. O odmowę leczenia.

- Załóżmy, że opisana pacjentka ze swoją chorobą trafia do Opolskiego Centrum Onkologii. Operacja, potem dalsze leczenie. Czy pat terapeutyczny byłby taki sam? – pytam dr n. med. Kazimierza Drosika, ordynatora Oddziału Onkologii Klinicznej w Opolskim Centrum Onkologii, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej.

- Gdybyśmy tak samo postąpili na początku, czyli zastosowali leczenie interferonem, to tak.

- Trudno zrozumieć taką logikę przepisów, że podanie jednego leku zamyka chorej drogę do terapii innym specyfikiem?

- Leki i programy lekowe stosowane w chemioterapii a finansowane przez NFZ, tworzone są w oparciu o wyniki badań klinicznych. Bo celowość zastosowania każdej terapii opiera się na faktach, czyli na dowodach klinicznych. One wskazują, jakie leczenie w danym wypadku można zastosować. Terapie celowane to bardzo droga onkologiczna nowinka, zastosowanie której obostrzone jest licznymi warunkami. Dlatego do planu leczenia chorego trzeba podchodzić z dużą rozważą, aby nie zamykać pacjentowi dalszych dróg leczenia. W leczeniu raka nerki najstarszą terapią stosowaną od lat 90. minionego wieku jest immunoterapia. W Europie stosowano głównie interferon alfa, a w USA wysokie dawki interleukiny 2. Taki model leczenia obowiązywał wiele lat, zresztą w dalszym ciągu jest aktualny. Obecnie wiadomo jednak, że tylko 10-15 proc. chorych odniesie korzyść z leczenia interferonem alfa czy interleukiną 2, zaś u części z nich pożądany efekt może się utrzymywać wiele lat. Zatem jest to leczenie stare, ale nadal skuteczne. Wiadomo jednak również, iż korzyść z interferonu odnoszą tylko ci, u których, po pierwsze: wykonano radykalną operację nerki, a po drugie: od operacji do momentu rozpoznania przerzutów upłynął co najmniej rok, według jednych badaczy, albo 2 lata - według innych. Jest to zatem lek przeznaczony dla pacjentów, u których choroba rozwija się raczej wolno. Ponadto chorzy ci powinni być w dobrym stanie fizycznym, w zasadzie bez dolegliwości. I dopiero po spełnieniu tych warunków jest szansa, że mogą odnieść korzyść z interferonu.

- Mamy jednak XXI wiek i niebywały postęp w medycynie...

- Oczywiście, dlatego raka nerkowokomórkowego od 2006 r. leczy się także tzw. lekami molekularnie celowanymi. M.in. wspomnianym sunitynibem, ale trzeba mieć na uwadze, że badania kliniczne nie obejmowały chorych, którzy wcześniej otrzymywali interferon. To oznacza, że badania dotyczyły sunitynibu jako leku z tzw. pierwszej linii. Zatem „na dziś” nie ma dowodów w postaci badania klinicznego, które potwierdzałoby, że zastosowanie tego leku po leczeniu interferonem przyniesie oczekiwany skutek...

- Ale gdyby zamiast interferonu jako leku pierwszej linii zastosować najpierw sunitynib to pacjentka mogłaby być nim leczona bez problemu?

- Od września ubiegłego roku sunitynib może być zastosowany w ramach programu lekowego, jednakże tylko w I linii leczenia.

- Najprawdopodobniej interferon zastosowano już po 3-4 miesiącach od operacji ...

- ?...

- Lekarze zaproponowali więc sorafenib, który pacjentka musiała kupić za własne pieniądze. Terapia nim okazała się skuteczna, przyniosła wyraźny regres przerzutów. Ale NFZ znowu odmówił ...

- Sorafenib to drugi lek terapii celowanej, zarejestrowany niemal jednocześnie z sunitynibem. W badaniach klinicznych podawano go pacjentom, którzy otrzymywali wcześniej interferon, ale w części także u takich, u których były przeciwwskazania do zastosowania interferonu. Zatem w wypadku tej pacjentki sorafenib mógłby być zastosowany, gdyż może być lekiem zarówno pierwszej linii leczenia dla chorych, nie kwalifikujących się do leczenia interferonem, jak i lekiem drugiej linii, po niepowodzeniu leczenia tym lekiem. Problem polega jednak na tym, że sorafenib wydłuża czas do progresji choroby, ale nie wykaza-

no wydłużenia całkowitego czasu przeżycia. Uwzględniając ten fakt i wysoki koszt leczenia aktualnie sorafenib w leczeniu chorych na raka nerki ma negatywną ocenę efektywności kosztowej Agencji Oceny Technologii Medycznych i dlatego nie jest finansowany przez NFZ.

- Czyli sytuacja patowa? Chora podała do sądu i NFZ, i ministerstwo...

- Istnieje wykładnia NFZ, mówiąca o prawach nabytych pacjenta. Oznacza to, że jeśli ktoś już rozpoczął leczenie to NFZ musi zapłacić za jego kontynuację, pod warunkiem, że jest efekt leczenia. Wprawdzie pacjentka zakup leku pokryła z własnej kieszeni, ale przecież sama go sobie nie przepisała... Jest też drugie wyjście. Otóż pod koniec ub.r. został zarejestrowany trzeci lek o nazwie pazopanib. Ma rejestrację europejską. Badania kliniczne wskazują, że jest mniej toksyczny od sorafenibu i sunitynibu, a w badaniu klinicznym brała udział grupa chorych, leczonych wcześniej cytokinami, także interferonem. I ta grupa również odniosła korzyść z leczenia tym lekiem. Wprawdzie pazopanid nie ma jeszcze oceny AOTM, ale zgoda na leczenie nim może być wydana warunkowo. Zaznaczam jednak, że mówię teoretycznie.

- Gdyby pacjentka była pod opieką OCO, to czy miałaby szansę na terapię sunitynibem, sorafenibem czy pazopabnibem?

- Podstawową sprawą byłoby sprawdzenie czy pacjentka spełnia wymienione wcześniej podstawowe kryteria do terapii z zastosowaniem interferonu alfa. Jeśli tak, to otrzymałaby interferon, mimo braku pewności że zadziała... Bo my cały czas obracamy się w kręgu tzw. selekcji negatywnej, w myśl której nie włącza się danego leku u chorych, u których na pewno nie zadziała. Lek podaje się, gdy jest szansa, że zadziała, mimo że nie ma gwarancji... I gdyby u wspomnianej pacjentki interferon zadziałał, to efekty terapii mogłyby być wieloletnie, dłuższe nawet niż te, jakie uzyskuje się lekami celowanymi. I dopiero wówczas, gdyby po leczeniu interferonem pojawiła się wznowa, albo nie było możliwości kontynuowania leczenia - co może mieć miejsce, bo jest to leczenie mocno toksyczne, albo gdyby doszło do progresji choroby - to w takim wypadku należałoby zastosować lek drugiej linii,.. Byłby nim sorafenib, który nie jest już finansowany przez NFZ z powodu negatywnej rekomendacji AOTM, dlatego jego zastosowanie byłoby teoretycznie, oraz pazopanib. Ja zastosowałbym pazopanib, mocno się zresztą zastanawiając, bo można by wpaść w pułapkę braku ewentualnego leczenia w tzw. trzeciej linii... Chyba że jako lek III linii można by zastosować ewerolimus, lek zarejestrowany w ub.r. W badaniach klinicznych był on stosowany u pacjentów z progresją przerzutów, mimo leczenia sunitynibem i po sorafenibie. Jednak w wypadku wcześniejszego zastosowania pazopanibu można by nie uzyskać zgody na leczenie ewerolimusem, bo nie było takich badań....

- Strasznie to wszystko skomplikowane... Kiedy zatem sunitynib i sorafenib mogą zostać zastosowane w I linii leczenia?

- Tak na prawdę problem stosowania terapii celowanych komplikuje się jeszcze bardziej. Wyniki badań klinicznych na których opierają się decyzje dopuszczając leki do stosowania i określając warunki ich finansowania są coraz trudniejsze do interpretacji. W badaniu klinicznym porównujemy np. czas przeżycia chorych otrzymujących nowy lek z „identyczną” grupą chorych, która otrzymuje leczenie standardowe. Jeśli jednak w ocenie np. czasu do progresji

okazuje się, że czas ten jest dłuższy u chorych otrzymujących lek badany to ze względów etycznych ten lek po progresji zaczyna otrzymywać również grupa kontrolna. W efekcie w ostatecznym rozrachunku obie grupy chorych, badana i kontrolna otrzymują to samo leczenie. W tej sytuacji trudno się spodziewać istotnej różnicy w czasie całkowitego przeżycia. To jednak może zostać zinterpretowane jako brak wpływu leku badanego na czas przeżycia i w konsekwencji negatywną rekomendację co do finansowania leczenia ze środków publicznych.

Sunitynib, jak wspominałem, stosujemy jako lek pierwszej linii, czyli u chorych nie leczonych wcześniej innymi lekami. Sorafenib stosowaliśmy kiedyś, ale w chwili obecnej nie ma możliwości uzyskania finansowania dla tego leku. Oba leki są bardzo drogie. Czynione są starania, aby były tańsze, aby częściowo terapię nimi finansowały firmy farmaceutyczne, czyli producenci. Pułapem cenowym jest wydłużenie pacjentowi życia dobrej jakości za kwotę nie przekraczającą trzykrotności Produktu Krajowego Brutto w przeliczeniu na 1 osobę. Według niektórych danych jest to ok. 106 tys. zł. Jeśli więc kuracja będzie kosztować 106 tys. a dzięki niej uzyska się przedłużenie życia, to uważa się, że jest to kosztowo efektywne i lek będzie finansowany. Niestety, ceny nowych leków zdecydowanie przekraczają ten pułap... Z logicznego punktu widzenia sunitynib i sorafenib to leki o bardzo podobnym działaniu. Jeśli uzyskuje się efekt sorafenibem, to można przyjąć, że podobny efekt uzyska się sunitynibem. Kierując się zatem tą logiką możemy stworzyć znacznie lepszą dla pacjentów sytuację poprzez szukanie analogii przy poszczególnych lekach. Jeśli zaś będziemy stać na gruncie ścisłego przestrzegania wyników badań, to zaczynają się komplikacje...

- I tak jest wszędzie?

- Niekoniecznie. Z zaleceń opracowanych w USA wynika, że uwzględniono nie tylko wyniki badań, ale również logiczne pomiędzy lekami analogie. Zalecenia te obejmują zatem szerszy wachlarz leków w każdej linii leczenia niż zalecenia europejskie, nakazujące ścisłe stosowanie się do wyników badań klinicznych. Bo badania kliniczne nie są przecież doskonałe... Są oparte na statystyce, a więc otrzymane wyniki mogą być z pewnym błędem przenoszone na całą populację. A w całej populacji znajdują się chorzy, którzy odpowiedzą na każdy z tych leków i odwrotnie. No, ale cóż... dopóki się czegoś nie spróbuje, to tego nie będziemy wiedzieć...

- Jest takie powiedzenie, że jeśli nie wiadomo o co chodzi, to chodzi o pieniądze... Czy nie jest tak, że gdyby leki terapii celowanej nie były tak drogie, to korzystne dla pacjentów decyzje zapadałyby szybko i bezproblemowo, bo głos miałyby logika a nie bezduszne procedury...

- Z pewnością problemów byłoby mniej, gdyby te leki były tańsze...

Chora na raka nerki kobieta w sądowym pozwie domaga się 150 tys. zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia a także 18 tys. zł renty, aby móc kupować leki. Pierwsza rozprawa odbyła się 9 sierpnia br.

Również 9 sierpnia do NFZ trafił kolejny wniosek o refundację leku w ramach chemioterapii niestandardowej. Tym razem wniosek dotyczył leczenia ewerolimumem. Dwa dni później NFZ wydał zgodę na finansowanie tej terapii...

W numerze wrześniowym ukazała się pierwsza część omówienia badania ankietowego, zleconego w 2007 roku przez Ministerstwo Zdrowia, a dotyczącego stanu wiedzy Polaków na temat profilaktyki oraz zagrożeń chorobami nowotworowymi. Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej grupie mieszkańców wszystkich województw, także Opolszczyzny. Opolskie dane zostały poddane analizie przez naukowców z Instytutu Śląskiego w Opolu: prof. Marka Szczepańskiego, dr Marka Korzeniowskiego, dr Małgorzatę Suchacką i dr Annę Śliz, autorów opolskiej edycji „Raportu z badań: Wiedza o nowotworach i profilaktyce”.

Poniżej druga część skrótu tegoż opracowania.

Jak Opolanki dbają o zdrowie (2)

Dla kobiet szczególnie ważnymi badaniami profilaktycznymi są: **regularne badania ginekologiczne, samobadanie piersi, mammografia oraz cytologia**. Większość Opolanek jest świadoma konieczności samobadania piersi (94%), ale tylko 29% robi to regularnie (są to najczęściej kobiety z wyższym wykształceniem); ponad 30% nie robi tego nigdy. Najstarsze kobiety najczęściej nie wiedziały, że samobadanie piersi jest koniecznością. 54% kobiet z wyższym wykształceniem bada sobie piersi; z wykształceniem podstawowym – tylko 28%.

Mammografię najczęściej wykonują kobiety w wieku 40-59 lat (55%) z wyższym wykształceniem, pochodzące z dużych miast (47%).

Najczęstszym argumentem niewykonania badań mammograficznych jest tłumaczenie, że „nic mi nie dolega”. Wśród starszych pań panuje przekonanie, że skoro nie ma niepokojących objawów to wszystko jest w porządku.

Do ginekologa regularnie chodzą najczęściej kobiety między 25 a 39 rokiem życia, co związane jest z okresami ciąży i prokreacji. Są to najczęściej kobiety z wyższym wykształceniem (69%).

Badania cytologiczne przynajmniej raz w roku wykonują kobiety w wieku 18-24 lata (40%) oraz z wykształceniem średnim (25%). Badania cytologiczne zleca przede wszystkim lekarz i to jest główny powód ich wykonania dla 60% najmłodszych oraz 44 % najstarszych kobiet.

Podsumowanie: większość Opolanek uważa, iż dba o swoje zdrowie. Pytane o konkretne zachowania, wyrażające troskę o dobry stan zdrowia, najczęściej wskazywały na wizyty w poradni i stosowanie się do zaleceń lekarskich. Podejmowane działania mają głównie charakter bierny. Dominuje pogląd, że wystarczy nie pić alkoholu i nie palić papierosów, aby być zdrowym. Na regularne uprawianie sportu i ćwiczenia fizyczne wskazuje kilkanaście procent pań, głównie z wyższym wykształceniem. Większość przyznaje, że nie ma na to ani czasu, ani silnej woli.

Kobiety z wykształceniem podstawowym mają największe braki odnośnie zdrowego stylu życia. (...) Spora część badanych ma nadwagę lub otyłość, co nie dziwi gdyż z badań wynika, że swój czas wolny Opolanki najczęściej poświęcają na prace domowe (sprzątanie, pranie, prasowanie) a w drugiej kolejności - oglądanie TV. Nie ma mowy o aktywności fizycznej.

Prawie 25 proc. badanych pali regularnie papierosy, a szczególnie niepokojące jest to, że najmłodsza grupa wiekowa najczęściej pali okazjonalnie. Jest to

sygnał dla wzmocnienia akcji uświadamiającej w tej grupie kobiet.

Niewiele ponad połowa badanych kobiet wykonuje przynajmniej raz w roku kontrolne badania krwi, moczu, cholesterolu, poziomu cukru we krwi. Badania RTG przeprowadza się najczęściej z regularnością badań okresowych ze skierowania pracodawcy; szczepienia przeciwko żółtacze są mało popularne.

Większość kobiet jest świadoma konieczności samobadania piersi, ale tylko 1/3 to robi. Badaniem mammograficznym poddają się głównie kobiety w wieku okołomenopauzalnym i chętnie korzystają z bezpłatnych programów badawczych. Wykształcenie wyższe i większa dostępność do bazy medycznej są przepustką do lepszej świadomości na temat konieczności kontrolowania swojego stanu zdrowia. Winą za nieprzeprowadzanie takich badań panie obarczają lekarzy, którzy ich nie zlecają. Badania cytologiczne przynajmniej raz w roku wykonują najczęściej kobiety najmłodsze oraz mieszkające w dużych miastach.

Do ginekologa chodzą głównie kobiety, które są w wieku rozrodczym, najczęściej kobiety z wyższym wykształceniem. Starsze panie chodzą do ginekologa absolutnie w niezbędnej sytuacji: powodu niepokojących objawów.

Ponad 1/3 Opolanek deklaruje, że nigdy w sezonie letnim się nie opala, (...) a blisko połowa nie stosuje nigdy filtrów ochronnych przed promieniami UV.

Ponad połowa pań nie potrafiła jednoznacznie określić wpływu antykoncepcji hormonalnej na rozwój raka piersi. Badane kobiety wiedziały czym grozi palenie papierosów, spożywanie tłustych wędlin, wdychanie chemikaliów, częste zmienianie partnerów seksualnych, itp. nie kojarzyły jednak tych zachowań bezpośrednio z określonym typem nowotworu.

Opolanki nie zgadzają się także ze stereotypowymi opiniami dotyczącymi raka (np., że skoro w ich rodzinie nikt nie chorował na raka to ta choroba im nie grozi, że na raka chorują tylko ludzie starzy albo, że rak boi się noża i nie powinno się go operować). Są świadome, że gdy ktoś w ich rodzinie zachorował należy się częściej badać.

Ciągle **pierwszym źródłem informacji na temat chorób nowotworowych jest telewizja i radio**, na które za każdym razem wskazuje około 1/3 badanych, tylko w wypadku badań cytologicznych jest to lekarz. **Również szkoła odgrywa ważną rolę informacyjną**, ale w szkole mówi się o nowotworach najczęściej w kontekście spożywania większej ilości warzyw i owoców oraz znaczenia palenia tytoniu.

Lekarze zostali ocenieni niedostatecznie jako źródła informacji o nowotworach, stąd wniosek, że ta grupa zawodowa powinna być zdecydowanie lepiej przygotowana do tego, jak przeciwdziałać chorobom nowotworowym i to nie tylko w obszarze związanym bezpośrednio z leczeniem.

Główny i zasadniczy wniosek z przeprowadzonych badań: nie ma prowadzonej jasnej akcji edukacyjno-uświadamiającej, połączonej z systemem zachęt do prowadzenia badań kontrolnych. Poziom wiedzy o zdrowym stylu życia jest stosunkowo duży, nie jest to jednak wiedza praktyczna. Deklaracje i podejmowanie działań często nie idzie w parze, co skutkuje ciągłym wzrostem zachorowań.

Konferencja, 21 października

Profilaktyka nowotworowa w gminach

„*Rola samorządów lokalnych w działaniach na rzecz profilaktyki chorób nowotworowych, raka szyjki macicy i raka piersi*” – to temat konferencji, która pod patronatem marszałka województwa **Józefa Sebesty**, odbędzie się w Opolu w czwartek, 21 października br.

Konferencja, jak sam jej tytuł wskazuje, adresowana jest przede wszystkim do przedstawicieli samorządów lokalnych każdego stopnia, ale także do przedstawicieli sektora ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych. W jej programie przewidziano następujące prelekcje i wykłady: „*Choroby nowotworowe, m.in. rak szyjki macicy i rak piersi, a czasy przeżyć. Aktualne trendy w leczeniu raka piersi*” dr. n. med. **Kazimierza Drosika**, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej, „*Epidemiologia raka szyjki macicy, realizacja programu profilaktycznego w kraju i województwie opolskim*” dr. n. med. **Wojciecha Guzikowskiego**, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ginekologii i położnictwa, „*Rola samorządu w promocji profilaktyki chorób nowotworowych w oparciu o zapisy Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem*” lek. med. **Marka Szwieca**, onkologa klinicznego, oraz „*Działania samorządu Gminy Wołczyn na rzecz profilaktyki zdrowotnej*” **Jana Leszka Wiącka**, burmistrza Wołczyna.

Organizatorem październikowego spotkania są wojewódzkie ośrodki koordynujące programy wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy w współpracy z Departamentem Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego

Konferencja odbędzie się w sali konferencyjnej „Ostrówek” Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego (Opole, ul. Piastowska 14). Początek godz. 12.

Organizatorzy zapraszają wszystkich zainteresowanych.

Profilaktyka w samorządach

W czyich rękach zdrowie publiczne?

Myśleć globalnie, działać regionalnie - to slogan, który w ostatnich dwóch dekadach zrobił ogromną karierę wśród elit władzy, w tym także przedstawicieli samorządów lokalnych. Zawarte w nim treści łączy się zazwyczaj z szeroko pojętą gospodarką.

Tymczasem, modyfikując nieco to hasło, np. „myśleć kategoriami jednostki, ale mieć na uwadze zbiorowość”, można, a nawet trzeba, jego przesłanie zastosować w obszarze szeroko pojmowanej profilaktyki zdrowotnej. M.in. po to, by sprowokować do rozważań na temat roli samorządów lokalnych w działaniach na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców: gminy, powiatu czy województwa. Zdrowia, które w tym kontekście, otrzymuje dodatkowy wyróżnik - publicznego.

Zdrowy człowiek, zgodnie z definicją „zdrowia” Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) to nie tylko ten, u kogo nie występuje choroba lub zniepełnienie, lecz osoba, którą cechuje dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne, umożliwiające aktywne i satysfakcjonujące życie rodzinne, zawodowe, społeczne.

Zdrowie publiczne, czyli postrzegane en block statystyczne zdrowie ludności, to zorganizowany wysiłek państwa zarówno dla ochrony i przywracania ludziom zdrowia, jak i promowania zdrowego stylu życia. Dlatego wszelkie instytucje, zajmujące się tą problematyką, a także programy oraz świadczenia, winny uwzględniać działania, służące zapobieganiu chorobom. Czyli skupiać się na prewencji. Bo rola prewencji jest nie do przecenienia. Aby być zdrowym i długo żyć we względnie dobrym zdrowiu, nie wystarczy koncentrować się tylko na chorobach sensu stricte a w razie konieczności pójść do lekarza, licząc że odpowiednia diagnoza i terapia zwalczą chorobę. Niemniej ważne, a nawet ważniejsze, jest kierowanie uwagi na zdrowie, wzmacnianie go przez odpowiedni tryb życia (np. zdrowe odżywianie, ruch fizyczny) oraz profilaktykę, dzięki której nie tylko zapobiega się wielu chorobom, ale także znacznie wcześniej się je wykrywa.

Patrząc na polską – opolską rzeczywistość trudno oprzeć się wrażeniu, że w większości samorządów, tak krajowych, jak i opolskich, o zdrowiu publicznym myśli się i mówi się dużo, ale znacznie mniej działa. Owszem, zdrowie jako takie na pewno postrzegane jest jako bardzo ważny element życia, ale głównie w kategoriach osobistych, indywidualnych. Troska o zdrowie publiczne, czyli zdrowie sumujących się jednostek, praktycznie nie istnieje...

W sierpniu Opolskie Centrum Onkologii w wszystkich starostwach Opolszczyzny przeprowadziło rekonesans, celem którego było rozpoznanie uwagi, z jaką samorzady powiatowe podchodzą do ustawowych zapisów, nakładających na nie m.in. obowiązek tworzenia i wdrażania programów promocji i edukacji zdrowotnej.

Okazało się, niestety, że dla wielu samorządowców zdrowie publiczne nie jest de facto, wartością znaczącą ... Owszem, w strukturach organizacyjnych większości opolskich starostw istnieją komórki, mające w swych nazwach, a zapewne i w zakresach zadań, sprawy zdrowia jako takiego, ale niekiedy można odnieść wrażenie, że owo „zdrowie” figuruje w nazwach wydziałów, referatów czy komórek jakby „na doczepkę”, bardziej jako wymóg ustawy niż konieczność podyktowana świadomością rangi zadań ochrony zdrowia, także profilaktyki.

Otóż sprawy zdrowia prowadzone są w ramach samodzielnych wydziałów w powiatach: brzeskim, kędzierzyńsko-kozielskim, krapkowickim, namysłowskim oraz prudnickim, w ramach referatów w powiatach: nyskim i opolskim grodzkim, w ramach samodzielnego stanowiska w powiecie głubczyckim, a doczepione do innych wydziałów w oleskim i kluczborskim (Wydział Spraw Obywatelskich, Zarządzania Kryzysowego i Promocji Zdrowia – Kluczbork, Wydział Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa i Zdrowia – Olesno). Dwa powiaty w ogóle nie posiadają jednostki, zajmującej się zdrowiem: opolski ziemski oraz strzelecki; tak przynajmniej wynika zarówno z rozmów telefonicznych, jak i z danych na internetowych stronach BIP.

Ponadto na 12 opolskich powiatów tylko dwa posiadają uchwalone programy promocji i edukacji zdrowotnej: w Krapkowicach (na lata 2003-2010) i w Kluczborku (na lata 2006-2013); powiat opolski grodzki jest w trakcie opracowywania takiego programu. W pozostałych powiatach, czyli zdecydo-

wanej większości, takich programów nie ma, a obligatoryjne działania prozdrowotne, skądinąd narzucone licznymi ustawami, są prowadzone okazjonalnie, dorywczo, żeby nie powiedzieć – przypadkowo. A i to głównie w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii...

Profilaktyka nowotworowa leży, niestety, ... odłogiem.

W Polsce kierunki prozdrowotnych działań określa Narodowy Program Zdrowia z priorytetami, takimi jak: umacnianie zdrowia i wyrównywanie różnic terytorialnych i społecznych poprzez wpływ na styl życia, a także wyrównywanie szans osób starszych i niepełnosprawnych, wczesne wykrywania i leczenie najczęściej występujących chorób w odwracalnych ich stadiach, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy doraźnej w stanach zagrożenia życia, ochrony zdrowia ludności przed najczęstszymi zagrożeniami.

W tej kwestii zadania władz publicznych - rządowych i samorządowych - określają najważniejsze ustawy:

1. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004,
2. o zakładach opieki zdrowotnej z 14 lipca 2006r.,
3. o samorządzie gminnym z 8 marca 1990 r.,
4. o samorządzie powiatowym z 5 czerwca 1998 r.,
5. o samorządzie województwa z 5 czerwca 1998 r.

Zadaniem władz publicznych, zgodnie z art. 6. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej nie tylko poprzez tworzenie odpowiednich warunków dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej czy analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, ale także poprzez **promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu.**

O tym, jak dużą rangę mają programy zdrowotne, realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, świadczy m.in. obowiązek (na mocy nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.; tekst jednolity) przekazywania projektów tychże programów do zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Tę samą, która ocenia czy dany lek może być wprowadzony do polskiego lekospisu.

Indywidualne zdrowie to dla większości ludzi kwestia, owszem, najważniejsza w życiu pod warunkiem, że dotyczy... rozważań teoretycznych. Opolanie w ogólnym zarysie wiedzą, jak należy dbać o zdrowie oraz jakie słuszne treści niesie inny slogan: „Lepiej zapobiegać niż leczyć”. Tylko że co innego wiedzieć, a co innego praktykować...

Podobnie rzecz się ma z wiedzą reprezentantów samorządowej władzy na temat ogólnie pojmowanego zdrowia publicznego. Z pewnością jest ona równie znacząca. Tylko że, podobnie jak w wypadkach indywidualnych, nieczęsto przekłada się na działania. Zwłaszcza takie, których spójność gwarantowałaby oczekiwany rezultat. Wielu samorządowców jakby zapomina, że ich odpowie-

działność za bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców zapisana została w akcie najwyższej rangi, a mianowicie Konstytucji RP, której artykuł 68 wręcz zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Takimi świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych są bez wątpienia programy przesiewowe: wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy u kobiet, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego u kobiet i mężczyzn.

Czy samorządy wojewódzkie, powiatowe i gminne mają tego świadomość?

Profilaktyka i wczesne wykrywanie to sedno walki z rakiem

Zdrowie moje, twoje, nasze

„**Zdrowie publiczne w rękach obywateli**” - to tytuł międzynarodowej konferencji, która odbyła się w dniach 10-11 września br. w Mielcu, zorganizowana przez tamtejszą Fundację SOS Życie pod patronatem Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej.

Tematem wiodącym była debata o zadaniach, jakie względem zdrowia publicznego mają do wypełnienia: państwo, zakłady i instytucje zdrowia, samorządy lokalne a także organizacje obywatelskie, działające w obszarze ochrony i promocji zdrowia; uczestnikami spotkania byli przedstawiciele nauki, organizacji pozarządowych oraz sektora ochrony zdrowia, realizatorzy badań przesiewowych, no i oczywiście władz lokalnych.

Wiele miejsca poświęcono profilaktyce chorób nowotworowych a zwłaszcza wczesnemu wykrywaniu raka piersi i raka szyjki macicy. M.in. o polityce w zakresie edukacji zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem roli samorządów oraz środowisk medycznych w programach profilaktyki mówił prof. **Mariusz Bidziński**, krajowy konsultant w dziedzinie ginekologii onkologicznej a zarazem prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej. Prof. **Zbigniew Wronkowski**, prezes Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka przedstawił natomiast założenia modelowego skryningu mammograficznego i cytologicznego w Polsce.

Przedstawiciele organizatora, czyli pracownicy NZOZ Ośrodek Diagnostyczny Chorób Nowotworowych Fundacji SOS Życie, przedstawili swoje 10-letnie doświadczenia w dziedzinie skryningu mammograficznego i cytologicznego a zespół szwedzkich specjalistów z radiolog dr **Ewą Frodis** - doświadczenia skandynawskie w walce z rakami piersi oraz szyjki macicy, ze szczególnym uwzględnieniem obowiązujących tam procedur skryningowych. Gość z Finlandii, dr **Ahti Anttila** omówił skryning raka szyjki macicy w oparciu o dane fińskiego Centralnego Rejestru Nowotworów.

Podczas paneli dyskusyjnych z udziałem samorządowców oraz przedstawicieli organizacji pozarządowych omawiano takie tematy jak: „*Zdrowie publiczne - czyje to zadanie?*”, „*Wyzwania i szanse, jakie stoją przed społeczeństwem*”

obywatelskim” oraz „Kierunki i rozwiązania służące zmianie na rzecz Solidarności Obywatelskiej. Rola ekonomii społecznej w kontekście zdrowia publicznego”.

Udział dyskutantów, zarówno tych, którzy mają wpływ na codzienne życie Polaków, tak w skali makro (krajowej), jak i mikro (lokalnej), a także tych, którzy działają w ochronie i promocji zdrowia, sprzyjał wymianie doświadczeń i problemów, ale także dobrych rozwiązań. Poza sporem był też pogląd, że zdrowie publiczne to ten aspekt życia społecznego, nad którym każda władza – od centralnej po gminną - winna się mocno pochylić, a już zwłaszcza w kwestii profilaktyki i promocji zdrowego stylu życia, w tym również uczestnictwa w badaniach, które pozwalają wykrywać choroby nowotworowe we wczesnym stadium rozwoju, dającym szanse na wyleczenie.

Szczególne miejsce podczas konferencji zajął jubileusz 20-letniej działalności mieleckiej Fundacji SOS Życie. Do jej założycielki **Łucji Bielec** wielkie słowa uznania skierował w liście prof. **Jerzy Buzek** podkreślając, że jej Fundacja „z pewnością należy do liderów samorządności obywatelskiej w naszym kraju”. Przewodniczący Parlamentu Europejskiego poprosił też, aby nie zapominać, „że zdrowie publiczne jest wspólnym zadaniem, danym do realizacji nie tylko specjalistom nauk medycznych, lecz wszystkim, którzy zdają sobie sprawę z konsekwencji, jakie niesie ze sobą zaniedbanie tej ważnej dziedziny życia”.

Przychodnia jak gabinet kosmetyczny

Z Łucją Bielec, założycielką Fundacji SOS Życie w Mielcu, rozmawia Krystyna Raczyńska



- Jest Pani założycielką jednej z najbardziej znanych organizacji w Polsce Fundacji SOS Życie, od 20 lat służącej zdrowiu Polek i Polaków, pomagającej im w chorobach. W niezwykle ciepłych słowach o Pani oraz Fundacji wyrażał się niedawno przewodniczący Parlamentu Europejskiego prof. Jerzy Buzek. Okazją był jubileusz 20-lecia istnienia Fundacji a także wyróżnienie w prestiżowym konkursie o Nagrodę Dwudziestolecia Odrodzenia Niepodległej Polski, przyznawanej przez inną fundację, a mianowicie Pro Publico Bono... Jak to się stało, że w niedużym Mielcu powstać mogła wielka Fundacja?

- Ratowanie ludzkiego życia stało się moim celem od czasu, gdy w połowie lat 80. mój syn zachorował na nowotwór układu limfatycznego. Były już przerzuty do płuc... Polska służba zdrowia nie dawała nam szans, ale lekarze francuscy podjęli się leczenia, z transplantacją szpiku włącznie. Koszt leczenia miał wynieść pół miliona franków. To była kwota na tamte czasy niewyobrażalna. Powstało wtedy Francusko - Polskie Stowarzyszenie SOS Mariusz Bielec i dzięki niewiarygodnej pomocy ludzi, w większości mi nieznanym, z Francji oraz z Polonii w USA, udało się tę kwotę zebrać. Operacja powiodła się. Kiedy wróciłam z synem do kraju postanowiliśmy, cała nasza rodzina, oddać innym to, co sami otrzymaliśmy. Założyłam Fundację SOS Życie, aby pomagać lu-

dziom w pozyskiwaniu pieniędzy na kosztowne operacje ich bliskich, na leki, na protezy. Przez te 20 lat pomogliśmy tak ok. 300 osobom. Większość z nich odzyskała zdrowie. Od 15 lat równie ważnym naszym zadaniem jest profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów kobiecych. Dla realizacji tego celu powołaliśmy NZOZ Ośrodek Diagnostyczny Chorób Nowotworowych, który realizuje badania przesiewowe: mammografię i cytologię bezpłatnie dla kobiet w ramach programów, celem których jest wczesne wykrycie nowotworów piersi i szyjki macicy.

- *Jak wiele kobiet zgłasza się na badanie do ośrodka Fundacji?*

- Ośrodek składa się z dwóch przychodni: stacjonarnej w Mielcu oraz mobilnej, czyli cytomammbusu, jeżdżącego po całym województwie od 2003 roku, docierającego do odległych wiosek. Nie ma powiatu, w którym nie bylibyśmy po kilka razy w roku. Łącznie w obu placówkach każdego roku badamy ok. 30 tys. mieszkanki Podkarpacia. Wiele z nich zgłasza się po otrzymaniu zaproszenia; każdego roku wysyłamy ich dziesiątki tysięcy. Kobiety chętnie do nas przychodzą, także dlatego, że nasze przychodnie mają przyjazny wystrój i kolorystykę. Przypominają bardziej gabinety kosmetyczne niż placówki służby zdrowia.

- *U ilu z przebadanych u was pań wykryto chorobę nowotworową?*

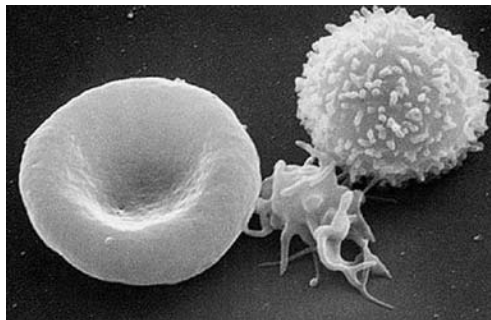
- Raka piersi lub szyjki macicy wykrywamy średnio w roku u ponad pięćdziesięciu kobiet. W ub.r. na ponad 19 tys. przebadanych kobiet wykryliśmy 44 raki piersi i 9 raków szyjki macicy. Aby je potwierdzić wykonaliśmy po kilkadziesiąt zdjęć i biopsji celowanych, ponad 800 badań USG. W sumie w okresie tych 10 lat naszej skryningowej działalności przebadaliśmy ok. 150 tys. kobiet, wykrywając ponad 600 nowotworów, w tym ok. 500 raków piersi i ok. 100 raków szyjki macicy.

- *Szybko postawiona diagnoza to klucz do terapeutycznego sukcesu. A jak na Podkarpaciu z dostępem do onkologa? Czy długo czeka się na specjalistyczne leczenie?*

- Na co dzień współpracujemy z lekarzami specjalistami: radiologiem, patomorfologiem, chirurgiem onkologiem, ginekologiem onkologiem. To pozwala naszej placówce realizować szybko nie tylko zadania pierwszego etapu skryningu, czyli przesiewu kobiet z podejrzanymi zmianami od kobiet zdrowych, ale także zadania etapu drugiego, którego celem jest postawienie diagnozy: wykluczenie nowotworu złośliwego albo, niestety, jego potwierdzenie. No a potem leczenie, które podejmowane jest niezwłocznie po skierowaniu pacjentki do szpitala onkologicznego w Rzeszowie lub w Brzozowie. Wiele z naszej organizacji pracy przejęliśmy od ośrodka w szwedzkim Vasteras, którym kieruje radiolog dr Ewa Frodis. Wsparcie, jakiego nam udziela niemal od początku istnienia Fundacji, jest nie do przecenienia. W ogóle w organizacji profilaktyki nowotworowej wiele powinniśmy się uczyć od Skandynawów. Dość powiedzieć, że w latach 60. minionego wieku wskaźniki zachorowalności i zgonów na raka szyjki macicy w Polsce i Finlandii były bardzo zbliżone. Dzisiaj Finki praktycznie nie umierają na raka szyjki macicy, ich statystyki odnotowują znikome -ostatnio 2, słownie dwa - zgony z tego powodu. U nas co roku na raka szyjki macicy umiera ok. 2 tys. Polek. Nic dziwnego, że w statystykach europejskich zajmujemy ostatnie miejsce...

Krwinki płytkowe

Oznaczanie liczby krwinek płytkowych (zwanych też trombocytami), podobnie jak oznaczanie hemoglobiny, stało się w ostatnich latach rutynowym badaniem.



Porównując płytki krwi z krwinkami białymi czy czerwonymi stwierdzamy, że są to najmniejsze komórki występujące we krwi. Oglądane pod mikroskopem świetlnym przypominają ziarenka piasku.

Mimo, że są tak małe zawierają w swym wnętrzu wiele różnych substancji, w tym enzymy i hormony. Zachodzi w nich ponadto ogromna liczba procesów biochemicznych. Ważną funkcją trombocytów, koja-

rzoną z krwinkami płytkowymi, jest ich udział w krzepnięciu krwi (tworzenie skrzepu w miejscu przerwania naczynia krwionośnego i, jak płytka w chodniku, jego uszczelnianie), ale także rozpuszczanie skrzepu w procesie gojenia się rany.

Do mniej znanych czynności płytek należy ich udział w obronie przed zakażeniem, a także synteza, magazynowanie i transport wielu substancji: adrenaliny i noradrenaliny oraz serotoniny. Stwierdzono, że trombocyty uczestniczą w różnych procesach ustrojowych, jak wymienione wyżej stany zapalne (w czasie odpowiedzi immunologicznej), a także stany miażdżycowe.

Niestety, trombocyty biorą też udział w powstawaniu przerzutów nowotworowych. Ich rola w rozprzestrzenianiu się nowotworów jest wynikiem przylegania tych krwinek do komórek nowotworowych oraz przemieszczanie się takich kompleksów w układzie naczyniowym, zwłaszcza do płuc.

Krwinki płytkowe powstają w szpiku kostnym w liczbie 2-4 tysięcy (a nawet do 8 tys.) w przeciągu 3-12 godzin i żyją we krwi od 7 do 11 dni. Po tym czasie są niszczone w śledzionie, dlatego też po usunięciu śledziony liczba trombocytów jest podwyższona.

Liczba krwinek wytwarzanych i uwalnianych do krążenia równa jest liczbie rozpadających się płytek w ciągu doby; u dorosłego, zdrowego człowieka jest to aż 35-45 tys. komórek w mikrolitrze.

Wyróżnia się 2 pule płytek krwi, pomiędzy którymi zachodzi ciągła wymiana. Są to pula śledzionowa, która stanowi 20-40 proc. ogólnej liczby płytek zatrzymanych w naczyniach wewnątrz śledziony, i pula pozaśledzionowa, obejmująca trombocyty w naczyniach poza śledzioną.

Ze względu na małą wielkość komórki liczenie płytek krwi zawsze nastroczało dużo problemów. Pierwsze opisy, a potem spostrzeżenia na temat ich roli, pojawiły się już w 1840 r. Obecnie coraz rzadziej wykonuje się zliczanie trombocytów pod mikroskopem, bowiem wymaga ono wstępnych przygotowań krwi (rozcieńczenie odczynnikami, hamującym zlepianie się płytek w skupiska, za-

barwienie krwinek) jest czasochłonne, nie wspominając już o kwestii doświadczenia i precyzji pracownika, zajmującego się tym badaniem, aczkolwiek nawet po wprowadzeniu automatycznego oznaczenia krwinek płytkowych w analizatorach hematologicznych (podczas rutynowego oznaczania morfologii krwi) bywają sytuacje, w których wymagane jest użycie mikroskopu. Otóż, mimo że oznaczenie w analizatorze trwa bardzo krótko, bo do 1 minuty (a manualnie 1-2 godzin), to jednak metoda liczenia płytek pod mikroskopem w odpowiedniej komorze jest metodą referencyjną i rozstrzygającą. Znany jest jeszcze jeden mikroskopowy sposób liczenia trombocytów, a mianowicie w rozmazie krwi, najmniej dokładny, ale skuteczny w ocenie jakościowej płytek.

Jeśli oznaczenie wykonujemy w nowoczesnych analizatorach hematologicznych, to na wynikach morfologii krwi możemy spotkać następujące skrótów, dotyczące trombocytów:

PLT – to całkowita liczba płytek w jednostce objętości.

MPV- średnia objętość płytek krwi; wielkość MPV zależy od wielu czynników: genetycznych, biologicznych, diety, trybu życia, od metody badania i przygotowania krwi do badania.

PDW- wskaźnik zmienności objętości płytek krwi (anizocytoza trombocytów, parametr wyliczany); parametr PDW jest bardzo zmienny i fizjologiczne wahania są rzędu 40 -60 proc.

PCT- płytkokryt, tj. stosunek objętości masy płytkowej do całkowitej objętości krwi; parametr podobny do hematokrytu.

LP- bezwzględna liczba lub odsetek dużych płytek krwi o objętości powyżej 20fL.

P-LCR- odsetek dużych płytek o objętości powyżej 15fL.

Są to nowe parametry, które pojawiły się w związku z lawinowym rozwojem nowych technik badania, przy czym należy pamiętać, że ważna jest nie tylko ocena pojedynczego parametru, ale także ich wzajemnych powiązań. I tak wartości MPV mogą być oceniane tylko łącznie z liczbą PLT. Natomiast pomiędzy MPV i PDW% występuje odwrotna, nieliniowa zależność, tj. wraz ze wzrostem MPV maleją wartości procentowe PDW.

Wartości prawidłowe trombocytów wynoszą od 150 do 400 tysięcy w mikrolitrze. Wahania fizjologiczne w ciągu doby wynoszą ok. 4 proc. (bez rytmu dobowego). Znaczne zmniejszenie liczby płytek, bo nawet o 25-50 proc., obserwuje się w czasie krwawienia miesięcznego. Także błąd w pobieraniu krwi, polegający na powstaniu małych, niewidocznych skrzepów, powoduje znaczne zmniejszenie liczby płytek.

Do innych przyczyn, wpływających na wynik oznaczenia, zaliczamy: zbyt długie przechowywanie krwi, zbyt duże lub zbyt małe stężenie EDTA (środków hamujących krzepnięcie), agregacja płytek EDTA-zależna, wynikająca z właściwości krwi badanej, hemoliza, czyli rozpad, krwinek czerwonych i nadmierny rozpad krwinek białych (wpływ chemioterapeutyków), obecność mikrocytów (bardzo małe krwinki czerwone), leczenie heparyną, hiperosmolarność krwi.

Inne przyczyny zmiany liczby trombocytów zostaną omówione w następnym artykule.

dr n. med. Agata Pardej jest kierownikiem Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej w Opolskim Centrum Onkologii .

Po pierwsze: czujność onkologiczna rodziców i lekarza rodzinnego

Kiedy dziecko zachoruje na raka

„Dziecko z chorobą nowotworową, problem diagnostyczny, terapeutyczny i społeczny” – to tytuł konferencji, która pod patronatem prof. Alicji Chybickiej, przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Pediatricznego, odbyła się w dniu 11 września br. z inicjatywy Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego.

W konferencji wzięło udział ok. 100 lekarzy pierwszego kontaktu, onkologów specjalistów innych dziedzin wiedzy medycznej, nauczycieli, pedagogów. Wysłuchali oni prelekcji, m.in. dr n. med. **Teresy Szymczyk**, konsultant wojewódzkiej w dziedzinie pediatrii, która przedstawiła dane dotyczące zachorowalności na nowotwory u dzieci w województwie opolskim, prof. dr hab. n. med. **Alicji Chybickiej**, kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej AM we Wrocławiu i jej wykładu „*Co nowego w hematologii i onkologii dziecięcej*”, dr n. med. **Wojciecha Madziara** z Kliniki Chirurgii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka SUM w Katowicach i wykładu pt. „*Zarys symptomatologii i terapii nowotworów wieku dziecięcego*”.

W trakcie dyskusji odniesiono się do aktualnie funkcjonującego w szkołach systemu opieki nad dziećmi, a w zasadzie jego braku, równoznacznego z brakiem systemowego programu profilaktyki zdrowotnej nad dziećmi. Zdaniem specjalistów jest to jedna z przyczyn, z powodu której zbyt często chorobę nowotworową u dzieci wykrywa się za późno. Na Opolszczyźnie każdego roku stwierdza się ją u 20-30 dzieci.

Na szczęście lekarze częściej wygrywają z nowotworami u dzieci niż przegrywają, podkreśliła prof. Chybicka, przytaczając dane, z których wynika, że ponad 80 proc. nowotworów złośliwych u dzieci stało się uleczalne dzięki postępowi w diagnostyce i leczeniu: Rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka jest zawsze wielką tragedią zarówno dla dziecka, jak i jego rodziny. Leczenie jest długotrwałe i często wymaga rezygnacji z pracy przez jednego z rodziców.

– *Każdego roku w Polsce nowotwory diagnozowane są u ok. 1200 dzieci: noworodków, niemowląt, małych dzieci i nastolatków* – mówiła prof. Chybicka. – *Na szczęście współczesna kompleksowa terapia nowotworów u dzieci jest nie tylko bardziej skuteczna, ale także bardziej przyjazna.*

Postęp w leczeniu nowotworów u dzieci mógłby być jeszcze większy, gdyby mali pacjenci wcześniej trafiali do onkologów, zaznacza prof. Chybicka. Jej zdaniem niezbędne są staranne badania fizykalne, obejmujące całego małego pacjenta. Rozpoznawanie guzów w jamie brzusznej dopiero wtedy, gdy gołym okiem widoczna jest deformacja brzucha dziecka, albo guzów w śródpiersiu, gdy dochodzi do objawów uciskowych – to wielki błąd w sztuce lekarskiej.

– *Nowotwory rozwijają się z zasady podstępnie i nawet w zaawansowanym procesie często stan ogólny dziecka jest dobry. Dlatego tak ważne jest zachowanie czujności onkologicznej przez rodziców oraz lekarzy pierwszego kontaktu.*

Rozwiązanie zagadek z numeru sierpniowego:

1. *Kim są? Odp. Strzelający z piłkarz podchodzący do rzutu karnego, a trafiony to bramkarz, który właśnie obronił jedenastkę.*
2. *Co to jest? Rozbija się, ale dopiero wtedy jest całe. Odp.: Namiot*
3. *Gdzie czwartek wypada przed środą? Odp.: W słowniku*

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

Redaktor naczelna: Krystyna Raczyńska

Adres redakcji: 45-060 Opole, ul. Katowicka 66a, tel. 77 441 60 95, fax 77 441 61 32

Dyrekcja Opolskiego Centrum Onkologii: 77 441 6001, fax 77 441 6003,

Rejestracja (w nowym pawilonie): 77 441 6007 (8), Rejestracja Główna (w starym obiekcie): 77 441 6004 (5)

Izba Przyjęć: 77 441 6010, Rejestracja Zakładu Diagnostyki Obrazowej: 77 441 6039

Skład i druk: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4, tel. 77 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

Druk sfinansowano m.in. ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych