

Poradnia Onkologii Ginekologicznej

Poradnia Onkologii Ginekologicznej organizacyjnie podlega Oddziałowi Onkologii Ginekologicznej Opolskiego Centrum Onkologii. Prowadzi się w niej kwalifikację do leczenia, leczenie i obserwację po leczeniu kobiet chorych na nowotwory narządu rodnego, konsultuje się też chore z innych gabinetów i oddziałów Opolskiego Centrum Onkologii.

W poradni przyjmują lekarze:

dr n. med. Kamila Czerw – specjalista radioterapeuta onkolog,

lek. med. Joanna Hudała-Klecha - w trakcie specjalizacji z onkologii klinicznej,

lek. med. Piotr Klimczak – specjalista ginekolog-położnik,

lek. med. Anna Świercz – w trakcie specjalizacji z radioterapii onkologicznej, a także: położna Alina Dierża-Kogut i sekretarka medyczna Alicja Januszko.

Onkologia ginekologiczna jest specyficznym działem onkologii, ponieważ skupia wszystkie dostępne metody leczenia onkologicznego: leczenie operacyjne, radioterapię (w tym brachyterapię czyli leczenie promieniami dojadowe), chemioterapię i hormonoterapię. W poradni chora ma możliwość kontaktu z lekarzami posiadającymi doświadczenie z zakresu każdej z wymienionych wcześniej metod. Pod tym względem jest to jedyna taka poradnia na terenie województwa opolskiego.

Chore są przyjmowane z rozpoznaniem już w oddziałach ginekologii nowotworem tu także decyduje się po analizie stanu chorej, rodzaju i stopniu zaawansowania nowotworu o rodzaju leczenia, oraz przyjęciu do Oddziału Onkologii Ginekologicznej lub o leczeniu ambulatoryjnym. Jest to możliwe w części przypadków. Prowadzona jest także m.in., chemioterapia ambulatoryjna w części przypadków raka jajnika.

Najczęstszym nowotworem narządu rodnego jest rak szyjki macicy. W wczesnych stadiach może nie dawać żadnych objawów. Dolegliwości, które powinny skłonić do natychmiastowego zgłoszenia się do lekarza ginekologa to upławy, nieprawidłowe krwawienia nie związane z miesiączkami, przedłużające się miesiączki, plamienia po współżyciu seksualnym.

Rak trzonu macicy (rak endometrium) najczęściej pojawia się u kobiet po okresie przekwitania. Najczęstszym jego objawem są plamienia i krwawienia po menopauzie.

Rak jajników długo może nie dawać objawów. Często powoduje lekceważone dolegliwości w postaci pobolewania dołem brzucha, częstego parcia na mocz, zaparcie stolca, powiększania się obwodu brzucha.

Rzadki rak pochwy daje podobne objawy jak rak szyjki macicy. Również rzadki

rak sromu może zaczynać się jako przebarwienie lub owrzodzenie sromu, powodując także świąd i ból.

Wszystkie wyżej wymienione dolegliwości są sygnałem do natychmiastowej kontroli ginekologicznej w rejonie. Lekarz ginekolog zadecyduje czy potrzebna jest konsultacja w naszej poradni.

Diagnozowanie nowotworów narządu rodnego

dr n. med. Kamila Czerw
Opolskie Centrum Onkologii

Podstawową metodą oceny narządu rodnego jest badanie ginekologiczne, w skład którego wchodzi oglądanie sromu, badanie wziernikiem ginekologicznym pochwy i szyjki macicy, dwuręczne badanie macicy i jajników. Bardzo przydatne jest również badanie przez odbytnicę.

Podstawą rozpoznania nowotworu złośliwego jest wyłącznie badanie histopatologiczne próbek pobranych z chorej tkanki.

Badaniami dodatkowymi przydatnymi w ocenie schorzeń narządu rodnego są:

- rozmazy cytologiczne z szyjki macicy,
- kolposkopia tzn. oglądanie szyjki macicy w powiększeniu i po specjalnym barwieniu,
- ultrasonografia głowicą brzuszną i dopochwową, szczególnie przydatna do oceny jajników i śluzówki macicy,
- biopsja, pobieranie wycinków z chorej tkanki i oglądanie jej pod mikroskopem,
- badanie endoskopowe – histeroskopia (oglądanie wnętrza jamy macicy), laparoscopia (oglądanie wnętrza jamy brzusznej),
- badania radiologiczne – tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny.

Do badania ginekologicznego należy zgłosić się raz w roku, nawet jeśli nie występują żadne niepokojące objawy. Co najmniej raz na 2 lata powinno być wykonane badanie cytologiczne i/lub kolposkopia.

Leczenie

W leczeniu nowotworów narządu rodnego stosowane są: leczenie chirurgiczne, radioterapia, chemioterapia, hormonoterapia. Często konieczne jest zastosowanie łącznie dwóch lub trzech z tych metod leczenia.



Rodzaj leczenia zależy od wielu czynników, a zwłaszcza od typu nowotworu i zasięgu choroby.

We wczesnych stadiach raka szyjki macicy, raka trzonu macicy i we wszystkich przypadkach raka jajników stosowane jest leczenie chirurgiczne, które polega na usunięciu całej macicy (hysterectomia), oraz jajników z jajowodami (adnexectomia). Czasami konieczne jest usunięcie dodatkowo innych tkanek i narządów np. sieci węzłów chłonnych lub wyrostka robaczkowego. W części przypadków lekarz zaproponuje radioterapię lub chemioterapię przed leczeniem chirurgicznym, w części po operacji.

Radioterapia (napromieniania) to użycie promieniowania o wysokiej energii do zniszczenia komórek nowotworowych. Promieniowanie może być wytwarzane w urządzeniach zlokalizowanych na zewnątrz ciała (napromieniania z zewnątrz czyli teleterapia) lub przez pierwiastek promieniotwórczy zakładany do jam ciała np. jamy macicy, pochwy (napromienianie wewnątrzjamowe czyli brachyterapia).

Chemioterapia polega na zastosowaniu leków przeciwnowotworowych (cytostatyków). Leki przeciwnowotworowe zakłócają zdolności podziału i mnożenia komórek nowotworowych, które ulegają uszkodzeniu, a następnie giną. Podobnie działają zastosowane w leczeniu niektórych nowotworów narządu rodnych hormony (progesteron). Leczenie to nazywamy *hormonoterapią*.

Skutki uboczne

Niestety wszystkie metody leczenia poza dobroczynnym efektem zniszczenia nowotworu wywierać mogą niekorzystny wpływ na organizm. Ten niekorzystny wpływ nazywany jest skutkiem lub efektem ubocznym i praktycznie jest niemożliwy do uniknięcia.

Operacja usunięcia narządu rodnych jest poważnym zabiegiem. Po operacji pozostaje się w szpitalu zazwyczaj 1-2 tygodnie. Przez kilka pierwszych dni po operacji chore odczuwają ból w dole brzucha, mają problemy z oddawaniem moczu, z poruszaniem się. Normalna aktywność wraca zwykle w ciągu 4-8 tygodni. Kobiety, u których usunięto macicę nie będą miesiączkować. Jeśli pozostawiono jajniki nie będą odczuwać nieprzyjemnych objawów menopauzy (m.in. uderzeń gorąca, nadmiernego pocenia, zaburzeń snu), ponieważ jajniki ciągle produkują hormony. Jeśli natomiast jajniki zostały usunięte u kobiety która miesiączkowała do czasu operacji, wystąpienie objawów menopauzy (klimakterium) jest pewne.

Możliwość współżycia seksualnego i sprawność seksualna kobiety po usunięciu narządu rodnych zostaje zachowana, choć większość kobiet ma trudności emocjonalne często związane z utratą zdolności posiadania dzieci.

Radioterapia upośledza zdolność komórek do podziałów i mnożenia się. Efekt ten dotyczy zarówno komórek nowotworu, jak i zdrowych. Większość chorych w trakcie napromieniowań skarży się na biegunkę, na częste i bolesne oddawanie moczu, na uczucie suchości, pieczenia, a nawet bólu w pochwie. W czasie leczenia i kilka tygodni po jego zakończeniu nie jest możliwe współżycie seksualne. Z uwagi na uszkodzenie przez promienie jajników, pewne jest wystąpienie objawów menopauzy u kobiet, które wcześniej miesiączkowały.

Cytostatyki (leki przeciwnowotworowe) są przenoszone drogą krwi do wszystkich części ciała. Mogą one być podawane różnymi drogami: dożylnie, domięśniowo, doustnie a nawet dootrzewnowo (do jamy brzucha). Chemioterapia podawana jest najczęściej cyklicznie – kolejne podania leków odbywają się, co 7 - 28 dni. Leki podawane są w szpitalu, czasami możliwe jest prowadzenie leczenia ambulatoryjnie - bez konieczności przebywania w szpitalu. Efekty uboczne zależą od rodzaju leków i od osobniczej wrażliwości. Najczęstszymi objawami są wymioty, nudności, brak apetytu, wypadanie włosów, obniżanie się we krwi poziomu białych i czerwonych ciałek krwi oraz płytek krwi.

Objawy uboczne występują u różnych osób w różnym nasileniu i w różnym czasie od leczenia. Współpraca z lekarzem, informowanie go o występujących kłopotach, przestrzeganie jego zaleceń pozwala na ograniczenie do minimum przykrych objawów.

Kontrole po leczeniu.

Wszystkie chore po leczeniu wymagają okresowych kontroli. Polegają one na badaniu lekarskim, na wykonywaniu okresowym badań krwi, badań radiologicznych. Kontrole umożliwiają ocenę efektów leczenia, pozwalają na zapobieganie niektórym efektom ubocznym, na wdrożenie leczenia w przypadku odnowienia się choroby. W poradni onkologii ginekologicznej chora ma możliwość spotkać się z lekarzami prowadzącymi leczenie w oddziale - nie jest dla nas osobą anonimową. Nasze chore z upływem lat po leczeniu stają się naszymi dobrymi znajomymi.

Rozpoznanie choroby nowotworowej, choć większość przypadków da się wyleczyć, nadal budzi paniczny lęk, powoduje przygnębienie, złość, rozpacz. Codzienne życie jest trudne do zniesienia. Nieprzyjemne emocje dotyczą nie tylko pacjentek, ale również rodzin. Niezwykle ważny jest dobry stan emocjonalny w trakcie leczenia. Utrzymanie go ułatwia otwarta rozmowa, dzielenie się problemami z bliskimi osobami, otwarta rozmowa ze swoim lekarzem, pielęgniarkami.

Po leczeniu możliwy jest powrót do aktywnego życia.

Ból i czynniki wpływające na odczuwanie bólu

lek. med. Anna Świercz
Opolskie Centrum Onkologii

Ból – jest to nieprzyjemne doznanie emocjonalne i zmysłowe, związane z aktualnie występującym potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia (wg Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu).

Ból z biologicznego punktu jest doznaniem czuciowym, spełniającym ważną rolę odruchowo-obronną. Ostrzega organizm przed działaniem silnych bodźców zewnętrznych uszkadzających tkanki. Jest jednym z objawów choroby, sygnalizuje jej powstanie, zmusza do szukania pomocy i usunięcia przyczyny.



Jeżeli dolegliwości bólowe są silne i trwają zbyt długo, to ból traci rolę czynnika ostrzegawczo-obronnego i staje się cierpieniem zupełnie niepotrzebnym.

Jeśli dodatkowo dołączają się: obniżenie nastroju, lęki, bezsenność, brak apetytu, utrata zdolności do radzenia sobie w sytuacjach życiowych czy rozwijające się uzależnienie lekowe, wówczas mówimy o **zespole bólowym**, który staje się chorobą wymagającą leczenia.

Określenie **ból nowotworowy** odnosi się do bólów spowodowanych procesem nowotworowym lub powstałych jako konsekwencja leczenia, lub obydwojema czynnikami.

Nie jest to rozpoznanie, a opis sytuacji, w której odczuwamy ból posiadający związek z chorobą nowotworową lub jest wynikiem jej leczenia.

Bardzo długo ból był traktowany jako problem dotyczący samej obecności schorzenia np. nowotworu. Dzisiaj wiemy, że jest to zjawisko, na które składają się czynniki somatyczne i psychogenne, a intensywność bólu zależy od:

- nastroju pacjenta
- woli walki z chorobą
- znaczenia, jakie nadaje pacjent bólowi – inaczej odczuwany jest ból, który jest drogą do wyzdrowienia, inaczej ból – który w rozumieniu pacjenta ma mu towarzyszyć aż do końca.

Na odczuwanie bólu wpływa szereg czynników. W tym natury somatycznej

– dotyczących głównie samej choroby i prowadzonej terapii oraz odczuć natury psychicznej, takich jak agresja, lęk, obniżenie nastroju czy depresja, nasilane przez czynniki natury społeczno-kulturowej i socjoekonomicznej.

Do czynników somatycznych zaliczamy:

- rozwój procesu chorobowego (nowotworowego) i jego umiejscowienie,
- prowadzone leczenie (zabiegi operacyjne, radioterapia, chemoterapia),
- działania uboczne leków,
- objawy chorób towarzyszących – nie nowotworowych,
- ogólne upośledzenie fizyczne (wyniszczenie organizmu),

Elementy psychogenne to:

- socjalne – utrata pozycji socjalnej, pracy i dochodu, utrata pozycji w rodzinie, uczucie bezradności, troska o bliskich i ich zabezpieczenie finansowe, zmęczenie, bezsenność,
- agresja – niemożność porozumienia z lekarzami, niepowodzenie leczenia, opuszczenie przez przyjaciół,
- lęk – przed szpitalem, przed bólem, śmiercią, niepokój o bliskich, niepokój duchowy i niepewność co do przyszłości.

Istnieje także pojęcie **bólu totalnego** – wszechogarniającego. Jest to ból chorego + ból rodziny, która towarzyszy choremu na każdym etapie choroby.

Reasumując, ból jest doznaniem wysoce subiektywnym, kształtowanym przez wiele czynników indywidualnych każdej osoby, czego konsekwencją jest bogactwo objawów klinicznych z różnym stopniem nasilenia dolegliwości.

Warto wiedzieć – ziarnica złośliwa

Wojciech Redelbach

Dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii

Ziarnica złośliwa, czyli chłoniak Hodgkina lub choroba Hodgkina jest stosunkowo rzadką złośliwą chorobą nowotworową układu chłonnego człowieka. W Polsce rejestruje się rocznie 800 – 1000 nowych zachorowań. Mężczyźni zapadają na ziarnicę dwukrotnie częściej niż kobiety. Najczęściej obserwuje się szczyt zachorowań w dwóch okresach życia, pierwszy między 25 - 30 rokiem życia oraz drugi pomiędzy 50 - 55 rokiem życia. Pochodzenie choroby nie jest znane, podejrzewa się zakażenie wirusowe (Epstein-Barr, cytomegali, opryszczki).



Wskazuje się na predyspozycje genetyczne i występowanie czynnika rodzinnego (10-krotnie zwiększone ryzyko zachorowania). Innymi czynnikami mogącymi być przyczyną powstania ziarnicy są: promieniowanie jonizujące, zaburzenia genetyczne i hormonalne oraz odporności. Objawami choroby są:

- powiększenie węzłów chłonnych
- brak bolesności dotykowej węzłów
- zlewanie się węzłów w pakiety (konglomeraty)
- gorączka i poty nocne
- spadek wagi ciała
- niekiedy świąd (swędzenie) skóry

Najczęściej choroba lokalizuje się w węzłach chłonnych powyżej przepony: szyjne (60 - 88 %), pachowe i śródpiersie (5 - 20 %), rzadziej poniżej przepony (10 %).

Przy dużych zmianach węzłowych, w śródpiersiu występuje duszność, kaszel, a nawet tzw. zespół żyły głównej górnej. We wczesnym okresie choroby, przejście procesu chorobowego z jednego węzła chłonnego na drugi odbywa się przez ciągłość (zlewanie się węzłów i tworzenie pakietów). W późniejszych okresach choroby dochodzi do rozsiewu drogą krwi i występują zmiany odległe w strukturach węzłowych i narządach wewnętrznych (śledziona, wątroba, szpik, kości, mózg, rdzeń kręgowy).

Badania diagnostyczne:

- laboratoryjne (podwyższenie wartości OB i fosfatazy zasadowej),
- badanie szpiku po trepanopunkcji (nakłucie mostka lub talerza kości biodrowej),
- obrazowe (tomografia komputerowa, USG, rezonans magnetyczny, PET),
- diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej.

Leczenie:

Stosowane są trzy podstawowe metody leczenia ziarnicy:

- radykalna radioterapia z wykorzystaniem promieniowania gamma Co-60 (bomba kobaltowa) lub fotonów (akcelerator),
- radykalna chemioterapia z wykorzystaniem schematów wielolekowych,
- leczenie skojarzone przez stosowanie sekwencyjne powyższych metod.

Wyniki leczenia chorych na ziarnicę złośliwą w centrach onkologicznych uległy znacznej poprawie dzięki zastosowaniu nowych leków i nowoczesnej aparatury w radioterapii. Dla porównania w latach 50-tych odsetek przeżyć 10-letnich sięgał 30 %, obecnie 90 %.

Efekty leczenia są uzależnione od wczesnego wykrycia choroby, stąd niezwykle istotne jest działanie podjęte przez lekarza pierwszego kontaktu.

Każde powiększenie węzłów chłonnych utrzymujące się powyżej 2-3 tygodni pomimo leczenia (antybiotyki, leki przeciwzapalne) musi być wyjaśnione.

Koniecznie należy wykonać biopsję węzła lub pobranie w całości węzła do badania histopatologicznego przez wykwalifikowanego chirurga, najlepiej w Centrum Onkologii.

Wspomnienia z Francji

*ks. dr Józef Tarnawa S.J.
Kapelan Opolskiego Centrum Onkologii
i Szpitala Wojewódzkiego*



Francja była zawsze życzliwa Polakom. Dla wielu z nich jest to druga ojczyzna. Tam znaleźli pracę, tam też zawarli związek małżeński. Cieszą się powszechnym szacunkiem i mają te same prawa, co wszyscy inni.

W okresie wakacyjnym, w czasie mojego pobytu we Francji miałem okazję nawiązać z nimi kontakt duszpasterski. Na południu Francji, w Tuluzie i okolicach, gdzie pracowałem w kilku kościołach i hospicjum, będąc równocześnie do dyspozycji szpitala i tamtejszej kliniki, nie spotykałem ich często, to jednak cieszyłem się, że zachowali wiarę przodków.

Papież Jan Paweł II w czasie pierwszej pielgrzymki do tego kraju w 1981 r. w Lourdes powiedział, że Francja cieszy się mianem najstarszej córki Kościoła. Wyraził równocześnie życzenie, aby taką pozostała trwając w wierności łasce chrztu św. od prawie 1500 lat. W tym celu odwiedził ten kraj aż 8 razy przypominając, jak ważną rolę Francja spełniała w przeszłości nie tylko w dziedzinie kultury, rozwoju cywilizacji, ale także rozwoju wiary i kultury chrześcijańskiej.

Od czasu rewolucji Francuskiej (1789 – 99), kiedy to nastąpił całkowity rozdział Kościoła od Państwa, Francja stała się krajem laickim. Mimo to, do wielu krajów, zwłaszcza Czarnego Łądu (Afryki) na przełomie XIX i XX wieku wyjeżdżało dziesiątki misjonarzy francuskich, nierzadko oddając swoje życie za wiarę w Chrystusa. Dziś paradoksem wydaje się to, że w przeszłości (w minionym wieku) misjonarze francuscy ewangelizowali kraje czarnego łądu. Obecnie coraz częściej spotyka się czarnoskórych kapłanów, którzy czasowo lub na stałe osiedlają się we Francji, gdyż opustoszałe parafie ze względu na brak rodzimych powołań proszą o ich obecność jako administratorów, proboszczów czy kapłanów.

Mówi się powszechnie, że we Francji około 65 % ludzi deklaruje się

jako osoby wierzące. Praktykujących określa się na około 10 %. Z tym, że jako praktykującą wymienia się taką osobę, która przynajmniej jeden raz w miesiącu uczęszcza do kościoła. Natomiast tych, którzy regularnie w każdą niedzielę uczestniczą we Mszy św. wymienia się na ok. 5 %. Są to przeważnie osoby starsze, zwłaszcza kobiety. Rzadko spotyka się tu młodzież. Młodzi lubią natomiast duże zgromadzenia religijne np. z okazji spotkań z papieżem, czy innych okoliczności, gdzie mogą razem i głośno manifestować swoją wiarę.

Moje wspomnienia z tegorocznego pobytu we Francji są budujące. Cieszyła mnie frekwencja wiernych na Mszach św. niedzielnych. Przygotowałem kilka par małżeńskich do ślubu. Ochrzciłem jedenaścioro dzieci, prowadziłem obrzędy pogrzebowe. W czasie niedzielnych Mszy św. tzw. grupa liturgiczna zawsze występowała z wcześniej przygotowanymi czytaniem mszalnymi, oprawą muzyczną i śpiewem. Kościół był zawsze zadbane i przystrojony kwiatami. Wierni u wejścia zaopatrywali się w śpiewniki z pieśniami kościelnymi i w ten sposób uczestniczyli z pełnym zaangażowaniem w Eucharystii. Przebywając wśród nich zrozumiałem, jak bardzo potrzebują oni Boga.



Jak boleją nad tym, że brak powołań, nowych kapłanów sprawia, że kościoły pustoszeją. Wyznawcy rosnącego w potęgę (dającego coraz bardziej o sobie znać) Islamu pragną je przejąć i pozamieniać na meczety. Dlatego papież Jan Paweł II w czasie swego pontyfikatu odwiedzając ten kraj prosił, aby Francja, a wraz z nią cała Europa nie zatraciła swych korzeni chrześcijańskich i zachowała swą tożsamość religijną i narodową. Francuzi coraz bardziej się przekonują, że sam dobrobyt nie wystarcza, a człowiek nie żyje tylko dla samej, tak szybko przemijającej doczesności. Szuka i potrzebuje czegoś więcej niż to, co tu zdobędzie i nagromadzi. Człowiek to nie tylko materia, ciało, które pielęgnuje i o które nieustannie zabiega i o nie się troszczy, ale to także nieśmiertelna dusza stworzona na obraz Boży, której nie zaspokoją żadne dobra doczesne. Człowiek szuka sensu swego istnienia, wartości, które są stałe i nieprzemijające.

Radosnym akcentem napawającym nadzieją w wymiarze kulturalnym i religijnym było w tym czasie (28 VII – 1 VIII) ogólnokrajowe spotkanie harcerzy z całej Francji w liczbie ok. 15 tysięcy, w wieku od 11 – 15 lat wraz z ich przewodnikami i opiekunem duchowym. Była tam obecna młodzież zaproszo-

na z Maroka, Tunezji, Jordanii czy Macedonii. Młodzi zebrani w kilku dużych miastach mieli okazję uczyć się wzajemnego przebywania z sobą, braterstwa i przyjaźni. Mieli także okazję zaprezentowania swoich możliwości i talentów w różnego rodzaju występach. Uczyli się wzajemnego obcowania z sobą pomimo różnic rasy, kultury i wyznania. Oprócz występów i rozrywek kulturalnych, było tam miejsce na czytanie Pisma Świętego, konferencje, modlitwę oraz wspólną Eucharystię.

Innym przyjemnym akcentem, który w czasie mojego pobytu we Francji miał miejsce, to wielkie, jubileuszowe spotkanie Jezuitów w Lourdes na przełomie lipca i sierpnia. Obchodzili w ten sposób 450 rocznicę śmierci założyciela – św. Ignacego Loyoli, oraz 500 rocznicę urodzin św. Franciszka Ksawerego i bł. Piotra Fabera. W spotkaniu wzięli udział nie tylko Jezuici w liczbie ok. 400 osób, ale także liczna grupa scholastyków, czyli seminarzystów w liczbie ok. 300 osób a także siostry zakonne z różnych zgromadzeń w liczbie ok. 1000 osób.

W kilkudniowym spotkaniu wzięło udział ok. 10 tysięcy ludzi świeckich, uważających się za przyjaciół Zakonu OO Jezuitów. Najczęściej byli oni zrzeszeni we wspólnocie „życia chrześcijańskiego” (CVX) albo w innych wspólnotach, które łączy ta sama duchowość ignacjańska. We wspólnej Eucharystii, której przewodniczył generał Zakonu Peter – Hans Kolvenbach (z pochodzenia Holender) w asyście kilku biskupów i licznie zebranej rodziny ignacjańskiej modlono się za Kościół i świat a także o to, by Zakon Ojców Jezuitów wciąż odradzał się na nowo i gorliwie pełnił swoją misję na większą chwałę Boga i dla pożytku dusz.

Drogie Panie

lek. med. Roman Kabarowski
Polskie Centrum Onkologii

Od wielu lat postulujemy o regularną zgłaszalność do badań kontrolnych, przesiewowych, profilaktycznych piersi. Kolportujemy tony ulotek, prowadzimy pogadanki, a czasopisma kobiece pełne są opinii na ten temat oraz świadectw dobroczynnych skutków wczesnego wykrycia raka piersi jak i szans na całkowite wyleczenie. Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, a także samorządy lokalne asygnują co roku duże środki finansowe na przeprowadzanie badań mammograficznych.



Październik tradycyjnie jest miesiącem organizowania tzw. marszów nadziei oraz „białych sobót”, w tym czasie można nieodpłatnie skorzystać z konsultacji lekarzy onkologów i wykonać badania usg. oraz mammograficzne.

I co z tego wynika?

Okazuje się, że fundusze nie są wykorzystane a zgłaszalność kobiet na badania profilaktyczne jest mizerna. Coraz bardziej pogłębia się nieskuteczność leczenia i śmiertelność na raka piersi – z powodu późnej jego wykrywalności. W tym względzie jesteśmy w „ogonie” Europy. O ile bowiem rak piersi dla przeciętnej „skandynawki” jest problemem, może nawet powodem depresji i lęku – to nie jest dla niej wyrokiem, nie wiąże się z koniecznością wykonywania okaleczających zabiegów czy dotkliwej chemo- lub radioterapii.

Polki zgłaszają się późno, i tylko w niektórych przypadkach prowadzić można leczenie oszczędzające, pozwalające zachować pierś, komfort fizyczny i psychiczny.

To wszystko wydaje się tak oczywiste. Dostępność do badań mammograficznych, usg, dostępność do ginekologa wydaje się wystarczająca, tak aby choć raz w roku zadbać o siebie.

A jednak...

W skriningu prowadzonym w Szwecji (od ok. 20 lat !), zgłaszalność na zaproszenia kobiet objętych badaniami wynosi 75 – 80 % i to jest dużo, a właściwie próg opłacalności prowadzenia skriningu. Ostatnio wprowadzono tam, z uwagi na pogarszającą się sytuację gospodarczą, symboliczną odpłatność (ok 100 koron).

W Polsce przy badaniach nieodpłatnych podejmowane próby **PRAWDZIWEGO** skriningu np., na Ursynowie w Warszawie, po 2 - 3 latach zakończyły się z uwagi na brak środków finansowych, a także zbyt małą zgłaszalność. Grupy obserwowanych kobiet były niejednorodne, nie można było prowadzić obserwacji epidemiologicznych, uzyskać efektu zmniejszenia populacji kobiet zagrożonych oraz zmniejszenia śmiertelności.

Aby uzyskać efekt poprawiający przeżywalność populacji, zmniejszyć konieczne na leczenie raka piersi nakłady (zaoszczędzenie na chemo- i radioterapii) należałoby prowadzić skrining (ale taki skrining prawdziwy, spełniający wszystkie wymagania formalne) przez minimum 7 - 8 lat. Po tym okresie można liczyć na zwrot zainwestowanych środków finansowych. Wydaje się, że Polski na to nie stać.

W sobotę 21 października, w Opolskim Centrum Onkologii w ramach corocznych badań profilaktycznych wykonywane były nieodpłatne badania mammograficzne Otrzymywałyście Panie informację pisemną o stanie zdrowia

w badanym zakresie, a jeśli była taka potrzeba – wskazówki co do dalszego postępowania.

Ułatwiając wam drogie Panie sposób oceny, podam kilka przykładowych opisów i terminów lekarskich abyście same mogły zorientować się co do ważkości opisywanych przeze mnie spraw. W każdej jednak chwili możecie skonsultować się ze swoim lekarzem pierwszego kontaktu, lekarzem w Poradni „K:”, czy w naszej Poradni Chorób Piersi.

„utkanie obu piersi prawidłowe (odpowiednio dla wieku). Pachy wolne od patologii. Zmian radiologicznych podejrzanych o złośliwość nie stwierdzam”

– Wasze piersi są zdrowe, zalecana kolejna mammografia za 1,5 - 2 lata.

Utkanie piersi zmienia się z wiekiem: u młodych kobiet, w wieku rozrodczym są one gęste, gruczołowe, trudne do interpretacji mammograficznej. Z upływem czasu zawierają coraz więcej tkanki tłuszczowej, by po 60 roku życia być przeziernie - „tłuszczowe”

„utkanie piersi mastopatyczne” (głównie u kobiet w wieku rozrodczym i przy cyklicznej aktywności hormonalnej) lub dysplastyczne (u kobiet w okresie okołomenopauzalnym, u kobiet po operacjach usunięcia narządu rodnego, u kobiet z zaburzeniami hormonalnymi itp.). Zmiany te polegają na występowaniu zmian torbielkowatych i zagęszczeń utkania, nieraz licznych i o dużych rozmiarach, często z towarzyszącą bolesnością piersi. O ile nie stwierdza się towarzyszących innych, podejrzanych objawów radiologicznych - zmiany takie uważane są za łagodne, a ich źródła upatrywać należy w rozregulowaniu gospodarki hormonami płciowymi, hormonami tarczycy lub przyjmowanymi lekami. Zmiany te nie prowadzą bezpośrednio do choroby nowotworowej, chociaż przez swa obecność budzą niepokój i w konsekwencji często prowadzą pacjentki do specjalistów w celu usunięcia lub leczenia. Należy powiedzieć, że zmiany mastopatyczne mogą być leczone, wbrew opiniom niektórych lekarzy, także ginekologów. Jest to o tyle istotne, że po określeniu profilu hormonalnego pacjentki i podjęciu leczenia uzyskuje się poprawę subiektywną (ustąpienie lub zmniejszenie bólów oraz zmian guzkowatych) oraz poprawę obrazu mammograficznego. Wykluczyć można, lub potwierdzić także dzięki takiemu postępowaniu obecność zmian organicznych, czasem początkowych stadiów nowotworu.

„w piersi (prawej, lewej, w obu) stwierdzam ogniskowe zagęszczenie (spikularne, guzkowate, torbielowate itp.) lub guzek (densyjny – gęsty, nieregularny, dobrze lub słabo odgraniczony, dobrze lub słabo wysycony) średnicy takiej a takiej ”.

Zmiany te wymagają dalszej diagnostyki. Proponowane są uzupełniające ba-

dania USG lub biopsje igłowe, a czasem usunięcie zmiany. Działanie takie ma za zadanie usunięcie potencjalnego zagrożenia, wyjaśnienie charakteru zmiany, a w przypadku stwierdzenia nowotworu jego wczesne leczenie (np. oszczędzające). Punkcje (cienko – lub gruboigłowe wykonywane są dla pełnej kontroli badanego obiektu i precyzji – po uwidocznieniu pod mammografem są dobrze tolerowane przez pacjentkę i w zasadzie mało tkliwe. Nie niosą za sobą praktycznie żadnego ryzyka powikłań (poza ewentualnie drobnym krwiakiem). Wyniki histopatologiczne takich biopsji powinny być konsultowane z lekarzem prowadzącym lub lekarzem Poradni Chorób Piersi Opolskiego Centrum Onkologii.

„stwierdzam mikrozwapnienia (łagodne, patologiczne, rozsiane lub w skupiskach”. Mikrozwapnienia, to złogi wapniowe o średnicy poniżej 1 mm mogące być wynikiem przebytych procesów miejscowych (zwłóknienia, stany zapalne, blizny) lub mogą towarzyszyć procesom patologicznym (np. nowotworom). Większość z nich to zwapnienia łagodne. Jednak niektóre mogą oznaczać, że w ich sąsiedztwie tworzy się lub już istnieje rak. Takie zmiany powinny być badane mikroskopowo (biopsja, usunięcie zmiany).

Należy podkreślić, że USG nie wykrywa mikrozwapnień, a zwłaszcza małych skupisk. Jediną skuteczną metodą jest mammografia.

Inne zmiany, a zwłaszcza niepokojące wycieki treści (zapalnej – ropne, surowicze, czynnościowe – mleczne, krwistej – raki, gruczolaki wewnątrzprzewodowe) – powinny skłonić pacjentkę do udania się do specjalisty – ginekologa, onkologa.

* lek. med. Roman Kabarowski – specjalizacje: II ° z ginekologii i położnictwa, II° z onkologii – radioterapii, I ° z radiologii

Witaminy i minerały a choroby nowotworowe - część II

*piel. dypl. Helena Barchańska
Opolskie Centrum Onkologii*

Grupa witamin rozpuszczalnych w tłuszczach

Witamina A, retinol - może wspomagać różnicowanie się komórek nabłonkowych i wpływać na ustępowanie zmian przedrakowych. Hamuje rozwój guzów nowotworowych, chroni



przed chorobami układu krążenia. Brak witaminy A ogranicza tworzenie się przeciwciał. Organizm ludzki zamienia niektóre roślinne substancje odżywcze na witaminę A, są to alfa-karoten i beta-karoten (prowitamina A). Do wchłaniania retinolu niezbędne są żółć, enzymy trzustkowe i przeciwutleniacze. Wątroba magazynuje witaminę A w postaci estrów. Duże dawki witaminy A mogą być toksyczne, ale zapobiega temu równoczesne przyjmowanie witaminy E. Źródłem prowitaminy A są prawie wszystkie rośliny ale, najbogatsze w beta-karoten są rabarbar, marchew, szpinak, brukselka, żółty melon i morele. Beta-karoten jest wrażliwy na działanie wysokich temperatur, gotowanie znacznie zmniejsza jego zawartość w produktach spożywczych.

Witamina D - istnieją dwa źródła witaminy D: może być dostarczana z pożywieniem lub uzyskiwana w procesie syntezy, odbywającym się w skórze. Witaminę D nazywamy witaminą słońca (gdy na skórę zadziałają promienie ultrafioletowe to substancje tam zawarte zostaną zamienione na witaminę D3). Obliczono że w ten sposób organizm uzyskuje około 80% niezbędnej dawki tej witaminy. Witamina D to hormon, który wpływa na równowagę mineralną. Stymuluje wchłanianie jelitowe wapnia i fosforu, współpracuje z hormonem przytarczyc. Odgrywa ważną rolę w procesie różnicowania się komórek i ich rozwoju. Źródłem witaminy D3 jest skóra wystawiona na działanie promieni słonecznych, wzbogacone mleko krowie, mleko sojowe, ryby głębokomorskie.

Witamina E – jest magazynowana we wszystkich złożach tłuszczowych, w wątrobie i mięśniach. Witamina E jest przeciw utleniaczem. Zapobiega utlenianiu witaminy A, witaminy C i karotenów. Może chronić zdrowe komórki przed skutkami radioterapii i obniżać toksyczność niektórych leków używanych w chemioterapii. Wydaje się również że stymuluje układ odpornościowy. Dym tytoniowy sprzyja degradacji witaminy E, zaś jej niedobory powodują gorsze gojenie się ran, osłabienie mięśni szkieletowych, drażliwość, spadek odporności. Źródłem witaminy E są całe ziarna zbóż, zielone warzywa liściaste, olej słonecznikowy, olej sojowy, migdały, orzechy, masło, jaja.

Witamina K - występuje w roślinach zielonych i jest produkowana przez bakterie w okrężnicy. Działa jako koenzym w procesie tworzenia czynników krzepnięcia, może wspomóc działanie antykoagulantów zapobiegających przrzutom. Witamina K może działać na komórki nowotworowe jako środek dla nich toksyczny, nie niszcząc jednocześnie komórek zdrowych. Źródłem witaminy K są kapusta, brokuły, rzepa, sałata zielona, otręby pszenne, ser i żółtko jaj kurzych.

Ilość witamin rozpuszczalnych w tłuszczach u osób chorych na raka jest często ograniczona. Przyczyną jest zazwyczaj złe wchłanianie tłuszczów, oraz trudność w uzyskaniu ich ze spożywanych pokarmów. Dlatego dobrze jest uzupełnić ich niedobory przez przyjmowanie preparatów witaminowych.

Kupując witaminy rozpuszczalne w tłuszczach upewnij się czy są świeże, krótki termin ważności, może świadczyć o tym że są nieaktywne i mogą spowodować przyrost wolnych rodników w organizmie. Nie dopuszczaj do ich ekspozycji na światło słoneczne.

Minerały, sole mineralne - są ważnym składnikiem diety człowieka, spełniają bowiem rolę budulcową oraz regulatorową. Niedostateczna ilość minerałów w pożywieniu może prowadzić do poważnych zaburzeń.

Makroelementy

Wapń i fosfor - są ze sobą powiązane, występują w organizmie w największych ilościach, magazynowane są głównie w zębach i kościach. Wapń potrzebny jest niektórym enzymom biorącym udział w wytwarzaniu energii, a także do zapewnienia krzepliwości krwi oraz skurczów mięśni. Jest niezbędny w przewodzeniu nerwowym i do regulacji rytmu pracy serca. Fosfor ma związek z prawie każdą funkcją metabolizmu, co ważniejsze bierze on udział w obiegu energii. Spożywanie pokarmów tłuszczowych i bogatych w białko powoduje lepsze wchłanianie wapnia i fosforu. Witamina D pobudza wchłanianie jelitowe. Fosforu jest w pożywieniu tak dużo, że nie jest możliwe aby go zabrakło. Większym problemem jest zbyt duża ilość fosforanów dostarczanych z przetworzoną żywnością oraz w napojach gazowanych. Fosforany powodują zachwianie równowagi elektrolitowej i prowadzi to do utraty wapnia z moczem. Fosfor w pożywieniu naturalnym nie jest szkodliwy. Źródłem wapnia i fosforu są mleko sojowe, produkty mleczne, płatki kukurydziane, rzepa, kapusta i brokuły.

Magnez - działa przeciwstawnie do wapnia, przy normalnym skurczu mięśni wapń działa pobudzająco, a magnez hamująco. Niedobór magnezu powoduje niekontrolowane drżenia mięśniowe, bolesne skurcze mięśni, drażliwość nerwową, sprzyja nadciśnieniu tętniczemu oraz w skrajnych niedoborach arytmia. Alkohol i leki moczopędne zwiększają straty magnezu. Źródłem magnezu są orzechy, drożdże piwne, nasiona soi, suche morele, kapusta i wszelkie warzywa zielone.

Siarka – spełnia kilka funkcji, jest składnikiem witamin z grupy B, działa jako

czynnik odtruwający, łącząc się z substancjami toksycznymi, bierze udział w tworzeniu skrzepliny i transporcie energii. Źródłem siarki są aminokwasy powstałe w wyniku syntezy białek.

Sód, potas i chlor(elektrolity) - są niezbędnymi pierwiastkami do funkcjonowania organizmu. Regulują gospodarkę wodną naszego ciała, sód jest przekaźnikiem w układzie nerwowym, bierze udział w metabolizmie białek i węglowodanów, utrzymuje odpowiednie ciśnienie krwi w naczyniach. Nadmiar sodu w diecie może powodować nadciśnienie tętnicze. Elektrolity powinny w organizmie występować w idealnej równowadze, gdyż to zapewnia prawidłowe funkcjonowanie mózgu, mięśni i serca. Wymioty i biegunki mogą powodować zmniejszenie poziomu elektrolitów, co w skrajnych przypadkach może stanowić śmiertelne zagrożenie. Źródłem sodu jest sól kuchenna, woda mineralna, wszystkie warzywa i owoce.

c.d. w następnym numerze

Szanowni Państwo,

w dniu 21.10.2006 rozpoczął się proces przywozu i montażu w Opolskim Centrum Onkologii drugiego akceleratora. Najnowocześniejszego urządzenia wytwarzającego wiązkę promieniowania jonizującego, służącego do leczenia nowotworów. Dla wielu osób jest to szansa i nadzieja na szybsze leczenie. Przez najbliższe miesiące będziemy przekazywać Państwu informacje dotyczące poszczególnych etapów uruchamiania urządzenia. Akcelerator ELEKTA dostarczony jest i uruchamiany przez RTA Sp. z o.o. Warszawa.

W następnym numerze: m. in. poradnia laryngologiczna konsultacyjna, leczenie raka płuc

„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

biuletyn@onkologia.opole.pl

Skład komputerowy i druk EUROCENT

Współpraca: Karina Wróblewska, Maria Białas

Zdjęcia: W. Duda, Z. Kusza, M. Syrytczyk

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

Oddziału Radioterapii: 0-77 441 6126 do 27