

Podziękowania

Opolskie Centrum Onkologii składa serdecznie podziękowania abp. **Alfonsowi Nossolowi** i **Kurii Diecezjalnej w Opolu**, **Kierownictwu i Załodze PKP Przewozy Regionalne w Opolu** oraz **Kierownictwu i Pracownikom Opolskiego PKS S.A. w Opolu** za pomoc w dystrybucji materiałów informacyjnych i ulotek, zapraszających mieszkanki Opolszczyzny do uczestnictwa w skryningowych badaniach mammograficznych.

Badania te wydatnie służą profilaktyce i polegają na bardzo wczesnym wykrywaniu raka piersi u kobiet, a więc w stadium choroby, pozwalającym na całkowite wyleczenie. Stanowią też element akcji „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”, prowadzonej w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

dr **Wojciech Redelbach**

Opole, w listopadzie 2007 r.

Dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii

Pierwsza edycja konkursu „Opolskie Euro 2007”

„Nagroda Mieszkańców Opolszczyzny” dla projektu OCO

Mieszkańcy Opolszczyzny, doceniając starania Opolskiego Centrum Onkologii na rzecz rozwoju bazy diagnostyczno-leczniczej, właśnie projektowi pn. **Program poprawy jakości planowania w radioterapii**, przyznali swoją nagrodę w konkursie „Opolskie Euro 2007”, na najlepszy projekt inwestycyjny, realizowany w regionie w latach 2004-2006. Konkurs zorganizowany został po raz pierwszy przez wojewodę opolskiego a jego celem jest promowanie przedsięwzięć, finansowanych z funduszy strukturalnych w ramach ZPORR, przyczyniających się w sposób jednoznaczny do społeczno-gospodarczego rozwoju województwa opolskiego.

- *Projekt, a ściślej inwestycja, dotyczył zakupu wysokospecjalistycz-*

nego sprzętu do diagnostyki chorób nowotworowych - tomografu komputerowego i aparatu rentgenowskiego - a także przystosowania pomieszczeń dla potrzeb nowej aparatury – mówi dr Włodzimierz Dębski kierownik Pracowni Diagnostyki Obrazowej w Opolskim Centrum Onkologii. - Nowy sprzęt gwarantuje osiągnięcie współczesnych standardów, tak w diagnostyce, jak i w planowaniu radioterapii. Dzięki niemu możliwe jest również wcześniejsze wykrywanie nowotworów u mieszkańców regionu opolskiego. Dodam, że realizacja projektu, zwiększającego konkurencyjność naszego Centrum w stosunku do silnie oddziałujących placówek w Gliwicach i Wrocławiu, kosztowała blisko 4,3 mln zł, z czego 3,2 mln zł

stanowiło dofinansowanie z funduszy unijnych.

W połowie października w Filharmonii Opolskiej odbyła się Gala, podczas której ogłoszono wyniki konkursu a zwycięzcom wręczono statuetki i dyplomy honorowe. Opolskie Centrum Onkologii reprezentował na uroczystości dyrektor **Wojciech Redelbach**, który w imieniu kadry medyczno-technicznej podziękował organizatorom za nominację do konkursu a wszystkim Opolanom za docenienie starań opolskiej onkologii oraz oddanie swoich głosów właśnie na jej projekt inwestycyjny.



W swoim wystąpieniu wojewoda opolski **Bogdan Tomaszek** podkreślił, że główną ideą konkursu jest promocja inicjatyw, zrealizowanych przy wsparciu finansowym Unii Europejskiej, które w sposób trwały przyczyniają się do wzrostu atrakcyjności Opolszczyzny.

- *Celem konkursu jest również przybliżenie Opolanom konkretnych efektów członkostwa Polski w Unii Europejskiej* – mówił wojewoda - „Opolskie Euro”, okazało się ponadto *pożytecznym narzędziem, pozwalają-*

cym wysondować, które z dofinansowanych projektów są najbardziej trafione, z których jesteśmy najbardziej zadowoleni. Jestem przekonany, że doświadczenie zdobyte przez beneficjentów będzie procentować w latach 2007 – 2013, kiedy to środki z funduszy strukturalnych oraz możliwości ich wykorzystania są dla regionu znacznie większe.

- *W latach 2004-2006 z Brukseli na Opolszczyznę trafiło 1,1 mld złotych* - przypomniał **Józef Sebesta**, marszałek województwa opolskiego. – *W sumie wartość inwestycji zrealizowanych z ich udziałem zamknie się w kwocie ok. 3 mld złotych, dzięki którym powstały nowe obiekty dydaktyczne szkół wyższych, zmodernizowały się obiekty kultury, w nowoczesny sprzęt wyposażone zostały szpitale, zbudowano wiele kilometrów dróg. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego oceniło, że jesteśmy jednym z najsukuczniejszych i najefektywniejszych województw w pozyskiwaniu unijnych funduszy.*

A oto pozostali laureaci konkursu „Opolskie Euro 2007”: w kategorii **Rozwój regionalny - Diecezja Opolska** za projekt: „**Budowa ośrodka Turystyczno-Wypoczynkowego w zespole pałacowym w Kamieniu Śląskim**”, w kategorii **Przedsiębiorczość** - firma handlowa „**Kalt i Szron**” **Stanisław Błaszczok** i **Anna Hajka** za projekt: „**Wyposażenie hali chłodni dla firmy »Kalt i Szron«**”, w kategorii **Rozwój lokalny** - **Miasto Opole** za projekt: „**Pracownie mechatroniki i nauki technik CNC w Centrum Kształcenia Praktycznego w Opolu**”.

Lepiej jest wrogiem dobrego. Voltaire

W październikowym numerze dyrektor Wojciech Redelbach przedstawił pierwszą część koncepcji rozwoju Opolskiego Ośrodka Onkologii, skupiając się na zagadnieniach ogólnych, związanych z zachorowalnością i wykrywalnością chorób nowotworowych w regionie, jak też niedostatkiem bazy oraz wysoko specjalistycznej kadry. Omówił ponadto nieodległe skądinąd plany, dotyczące rozbudowy bazy poradnianej dla potrzeb tzw. pacjentów pierwszorazowych, jak również dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie a poddawanych chemioterapii i radioterapii.

Poniżej prezentujemy drugą część koncepcji, zawierającą plany dotyczące rozwoju bazy łóżkowej, diagnostyki obrazowej oraz utworzenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

Wojciech Redelbach

Plany rozwoju Opolskiego Centrum Onkologii na lata 2007-2013 (cz.2)

Rozwój bazy łóżkowej

Obecnie Opolskie Centrum Onkologii posiada 165 łóżek na czterech oddziałach. Liczba łóżek szpitalnych przeznaczonych do leczenia operacyjnego i chemioterapii jest mocno niewystarczająca.



Oddział Chirurgii Onkologicznej posiada 42 łóżka i 4 stanowiska w sali intensywnej opieki pooperacyjnej. Blok operacyjny ma dwie w pełni wyposażone w nowoczesny sprzęt sale operacyjne i jedną salę zabiegową oraz całkowicie zmodernizowaną i wyposażoną w nowy sprzęt Centralną Sterylizatornię.

Konieczne są działania zmierzające do modernizacji sal operacyjnych i sali intensywnej opieki pooperacyjnej, polegające na wymianie klimatyzacji, pokryć ściennych i sufitowych (wysoki reżim sanitarny), sieci gazów

medycznych i mediów (prąd, woda), jak też utworzenie dodatkowego, piętego stanowiska na sali intensywnej opieki pooperacyjnej. Termin wykonania - do końca 2008 roku. Koszt - 2,5 mln zł.

Opolskie Centrum Onkologii przyjęło strategię rozwoju leczenia skojarzonego raków czterech najczęstszych lokalizacji. Jak dotąd, od stycznia 2007 roku, realizowane jest samodzielnie leczenie skojarzone w zakresie raka piersi, jelita grubego i narządu rodowego.

Istnieje konieczność rozszerzenia wachlarza metod leczenia w raku płuca. Obecnie prowadzone jest samodzielne leczenie w zakresie chemioterapii i radioterapii.

Należy otworzyć oddział torakochirurgii w celu zabezpieczenia pacjentom dostępu do leczenia operacyjnego w tym nowotworze. Oddział można utworzyć w istniejącym w bezpośrednim sąsiedztwie budynku pulmonologicznym, a poprzez nadbudowę Zakładu Medycyny Nuklearnej (po przekazaniu Opolskiemu Centrum Onkologii) zostanie utworzony drugi blok operacyjny, złożony z dwóch sal operacyjnych, sali wybudzeń i sali intensywnej opieki pooperacyjnej.

Oddział torakochirurgii na 25 łóżek z profilem operacyjnym rozszerzonym

poza płuco o przełyk, żołądek i śródpiersie, po utworzeniu w przekazanym budynku wskazane byłoby spiąć łącznikiem z budynkiem głównym onkologii na poziomie Oddziału Chirurgii Onkologicznej, w celu utworzenia funkcjonalnego kompleksu. Termin realizacji oddziału - do końca 2012 roku; koszt to 10-15 mln zł. Termin wykonania łącznika - do końca 2013 roku. Koszt 1,5-2 mln zł.

Jak wspomniałem wcześniej, największym zagrożeniem dla leczenia w optymalnym okresie, tj. do 4 tygodni od rozpoznania i (lub) skierowania na leczenie, występuje w chemioterapii. Konieczne jest zatem utworzenie na bazie istniejącego budynku pulmonologicznego po przekazaniu onkologii, drugiego oddziału onkologii klinicznej o profilu onko-hematologicznym na 35-40 łóżek.

Termin realizacji - do końca 2009 roku. Koszt adaptacji to 1-1,5 mln zł.

Rozwój diagnostyki obrazowej

Poza wymienioną wcześniej koniecznością utworzenia ośrodka diagnostyczno-leczniczego chorób piersi, wymagającego również wyposażenia w sprzęt diagnostyczny, tj. drugi mammograf i mammotom, istnieje potrzeba utworzenia Pracowni Rezonansu Magnetycznego (MRI).

Opolskie Centrum Onkologii kończy obecnie program doposażenia radioterapii w sprzęt wysokospecjalistyczny i na lata 2008-2009 planowany jest jeszcze zakup nowego aparatu do brachyterapii z systemem planowania.

W 2004 roku zakupiono nowy akcelerator Elekta wraz z systemem planowania za kwotę 8,5 mln zł. W 2005 roku zakupiono dodatkowe stacje robocze systemu planowania i zmoderni-

zowano posiadany symulator za kwotę 800 tys. zł. W 2006 roku zakupiono drugi nowy akcelerator Elekta wraz ze sprzętem do dozymetrii oraz wyposażenie modelarni za kwotę 8,5 mln zł. Również w 2006 roku wymieniono źródło w bombie kobaltowej za kwotę 500 tys. zł. W 2007 roku zakupiono nowy symulator i system zarządzania i nadzoru za kwotę 3 mln zł.

Współczesne wymagania w radioterapii onkologicznej wymusiły konieczność wyposażenia OCO w niezbędny sprzęt diagnostyczny dla tworzenia wysokiej jakości obrazów, wykorzystywanych do precyzyjnego planowania trójwymiarowego.

W 2005 roku ze środków pochodzących ze Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego zakupiono nowy 20-rzędowy spiralny tomograf komputerowy i stacjonarny aparat rentgenowski za kwotę 4,5 mln zł.

W 2006 roku w ramach kontraktu za kwotę 200 tys. zł zakupiono drugi aparat USG do nowo otwartej drugiej pracowni.

W 2008 roku planowany jest zakup aparatu RTG z ramieniem C do planowania w brachyterapii za kwotę 750 tys. zł.

Koniecznością stało się także wyposażenie Zakładu Diagnostyki Obrazowej w rezonans magnetyczny (MRI). Badania będą wykorzystywane zarówno w diagnostyce, jak też do planowania w radioterapii, co jest niezbędnym warunkiem wprowadzania technik napromieniania modulowaną wiązką (IMRT) i wprowadzania czterowymiarowej radioterapii (IGRT).

Opolskie Centrum Onkologii jako jedyne w województwie opolskim będzie wykonywało rezonans magnetyczny piersi.

Pracownia Rezonansu Magne-

tycznego ma powstać w miejscu obecnego pododdziału brachyterapii w związku z zaprzestaniem stosowania brachyterapii niskodawkowej (LDR) na rzecz brachyterapii wysokodawkowej (HDR). Obecnie stosowane są w Opolskim Centrum Onkologii obydwie metody leczenia. Termin otwarcia Pracowni Rezonansu Magnetycznego planowany jest do końca 2008 roku. Koszt 4,5-5 mln zł.

Utworzenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Realizowane programy zdrowotne w celu wczesnego wykrycia nowotworów złośliwych dopiero w najbliższych 15-20 lat przełożą się na spadek liczby pacjentów leczonych z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej.

Istnieje konieczność zapewnienia opieki, głównie pielęgniarskiej, dla pacjentów w terminalnej fazie choroby, tj. w sytuacji braku możliwości leczenia a wobec konieczności spełnienia wymogu zabezpieczenia warunków „godnego umierania”.

Dlatego w ramach struktury organizacyjnej Opolskiego Centrum Onkologii celowe jest utworzenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, skoncentrowanego na świadczeniu usług dla chorych paliatywnych oraz w terminalnym stadium choroby nowotworowej.

Posiadamy odpowiedni, zmodernizowany budynek przy ulicy Kośnego; po przeniesieniu do budynku głównego szpitala, istniejącego w nim Oddziału Radioterapii, będzie mógł zostać zaadaptowany na potrzeby ZOL.

Inną koncepcją jest utworzenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w budynku hotelowym przy ulicy Kośnego, oczywiście po jego przekazaniu

onkologii oraz kompleksowej modernizacji. Planowany hostel byłby wtedy ograniczony do górnych kondygnacji i wymagałby osobnego wejścia.

Oba warianty różnią się nie tylko lokalizacją, ale też terminem i kosztami realizacji. I tak wariant I – optymalny, tj. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w miejscu Oddziału Radioterapii; termin realizacji - do końca 2010 roku, koszt - 200 tys. zł. Wariant II- suboptymalny, tj. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w budynku hotelowym z terminem realizacji do końca 2012 roku i kosztem 3-4 mln zł.

Realizacja przedstawionej w dwóch częściach (*zob. biuletyn OCO z października br. - przyp.red.*) koncepcji rozwoju Opolskiego Centrum Onkologii umożliwia utworzenie silnej, samowystarczalnej, zwartej terytorialnie i funkcjonującej zgodnie z aktualnymi wymogami leczenia onkologicznego jednostki, zajmującej się pełnoprofilowym, skojarzonym leczeniem nowotworów złośliwych czterech najczęstszych lokalizacji - piersi, jelito grube i odbytnica, płuco, narząd rodny - z rozwiniętą bazą diagnostyczną, służącą zarówno wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych, jak też precyzyjnemu planowaniu leczenia.

Realizacja koncepcji zabezpieczy potrzeby zdrowotne i lecznicze w zakresie leczenia nowotworów złośliwych mieszkańców województwa opolskiego od rozpoznania choroby do - oby jak najrzadziej - śmierci z powodu jej zaawansowania.

Wojciech Redelbach

** Wojciech Redelbach jest dyrektorem Opolskiego Centrum Onkologii. Jest też lekarzem o specjalności chirurg- onkologia.*

15 listopada

Światowy Dzień Rzucania Palenia



„Przerwać palenie? Nic łatwiejszego! Przerzywałem już trzydzieści razy!” - żartował znany pisarz Mark

Twain próbując, mało owocnie zresztą, zerwać z własnym nałogiem. Ale większości zdeterminowanych osób (a sześciu na dziesięciu palaczy twierdzi, że chce przestać palić) wcale nie do śmiechu... Bo ci, którzy podjęli taką próbę, najczęściej musieli się poddać...

Za uzależnienie odpowiada nikotyna. Działa jak narkotyk, jak kokaina czy heroina. Po zaciągnięciu się papierosowym dymem w ciągu zaledwie 10 sekund dociera do mózgu, gdzie wydziela substancje chemiczne, odpowiedzialne m.in. za doznawanie przyjemności związanej z paleniem. Za pobudzenie aktywności organizmu, za lepszą koncentrację uwagi i pamięć...

Dowiedziano, że palenie bardziej niż mężczyznom szkodzi kobietom; nałóg skraca ich życie o ponad 10 lat, podczas gdy u mężczyzn „jedynie” o 3 lata.

Rak płuca zabija codziennie 55 Polaków. Czas od zadziałania czynnika rakotwórczego do rozwinięcia pełnych objawów choroby wynosi od 15-20 lat...

Uważa się również, że ok. 20-30 proc. raka płuca u osób niepalących ma związek z paleniem biernym (palący partner w domu, palący koledzy w pracy itp.), gdyż w tzw. strumieniu bocznym znajduje się kilka razy więcej tlenu węgla, nikotyny, substancji rakotwórczych...

Takich przynębiających danych przytoczyć można znacznie więcej. Ale nie o to chodzi, by straszyć. Decyzja – z dymkiem czy bez przez życie - zależy od rozsądku i determinacji każdego palącego.

Statystyki mówią, że przeciętnemu palaczowi udaje się rozstać z nałogiem dopiero za siódmym razem. Znaczący podkreślają też, że dla każdego rzucającego nałóg krytycznym momentem jest okres po upływie czterech pierwszych tygodni nikotynowej abstynencji. Okres ten trwa mniej więcej do roku...

Z drugiej jednak strony każdy z nas zna osoby, zresztą niejedną, które rzuciły palenie z dnia na dzień i nigdy do niego nie powróciły. I wcale nie były to tytany silnej woli czy mocnego postanowienia...

Warto też, aby każdy palący zdał sobie sprawę, że stan naturalny organizmu, to stan bez nikotyny. No i żeby wiedział, iż po 5 latach od zerwania z nałogiem ryzyko zachorowania na raka zmniejszy się u niego o połowę, a po ok.10 latach zbliży się do ryzyka osoby nigdy niepalącej...



Leczenie w onkologii jest zazwyczaj kompromisem między korzyścią a szkodą

Trafia w raka „ślepakami”...

Z dr. Wojciechem Redelbachem, dyrektorem Opolskiego Centrum Onkologii, rozmawia Krystyna Raczyńska

Pod koniec sierpnia Opolskie Centrum Onkologii zostało wyposażone w najnowszą generacji symulator do planowania radioterapii. Co to znaczy dla pacjentów chorych na raka?

Jest to urządzenie, dostosowane do pełnej współpracy ze wszystkimi posiadanymi akceleratorami nowej generacji. M.in. ma możliwość pracy w opcji trójwymiarowej, co pozwala na dokładniejszą a tym samym bardziej skuteczną, no i bardziej bezpieczną radioterapię. Jako element terapeutycznej triady - obok tomografu komputerowego o bardzo ważnej roli w ustalaniu diagnozy, oraz akceleratora, służącego do leczenia promieniami - symulator jest niezbędny do określenia planu leczenia w sposób gwarantujący maksymalne bezpieczeństwo chorego. Im nowszy sprzęt, tym plan ten jest precyzyjniejszy. Bo symulator jako taki nie leczy, raczej udaje, symuluje leczenie, a tak naprawdę to trafia w raka... „ślepakami”. Ale jest niezbędny. Samo leczenie następuje później, kiedy pacjent zostaje skierowany na napromienianie przy pomocy akceleratora. Z jego udziałem wiązki promieni docierają do tkanki z kilku kierunków i trafiają dokładnie w miejsca zmienione chorobą. I właśnie symulator pokazuje, czy precyzyja terapeutycznych działań promieni będzie optymalna, czy niszcząc chore komórki, przypadkowo nie uszkodzą one także zdrowych tkanek. A jeśli to nieuniknione, żeby szkody było jak najmniej...

Jak duże jest niebezpieczeństwo?

Znaczne. W onkologii leczenie jest zazwyczaj kompromisem między korzyściami a szkodami. Pamiętać przy tym trzeba, że rak nie ma kształtu kuli, ale zazwyczaj jest tworem nieregularnym. Dlatego leczenie trójwymiarowe pozwala na maksymalne oszczędzenie tkanki zdrowej. Np. w raku odbytnicy promieniami trzeba trafić w guz ze szczególną precyzją, aby maksymalnie oszczędzić pobliski pęcherz moczowy. A o to nietrudno, bo wiązki promieni uderzają w chorą tkankę z mocą kilkanaście razy większą niż ta, jakiej używa się np. do prześwietlania spawów w metalurgii. Dla zobrazowania dodam, że w ognisku wiązki promieni można by ugotować jajko w zaledwie 6 nanosekundach. Czy zresztą ktoś potrafi wyobrazić sobie czas o wartości dziesięć do potęgi minus dziewięć? To pokazuje, z jak olbrzymimi energiami radioterapeuci, fizycy medyczni i technicy mają tutaj do czynienia, a ta olbrzymia energia kierowana jest przeciw na ludzkie ciało.

Jakie są zalety nowego symulatora?

Przy jego pomocy można zaplanować leczenie kilku, kilkunastoma wiązkami o zróżnicowanych i mniejszych, a więc bezpieczniejszych, dawkach napromienienia. Dawki promieni, docierając do nowotworu z różnych kierunków, dopiero w epicentrum osiągają wymagane nasycenie. Dlatego planowanie leczenia w radioterapii jest tak niezwykle istotne. Zresztą w radioterapii, a w zasadzie w onkologii w ogóle, obowiązuje zasada – jak najwięcej korzyści przy jak najmniejszych stratach. Bo tych uniknąć się nie da... Odpowie-

działność radioterapeutów jest zatem ogromna a pod ustalonym na symulatorze planem leczenia podpisać się musi dwóch lekarzy i dwóch fizyków medycznych.

Czy symulator pracuje już na rzecz chorych?

Uruchomienie kliniczne planowane jest na koniec października br. Oczywiście, stary symulator nadal jest wykorzystywany, bo kolejki chorych do planowania leczenia są, niestety, ciągle duże. A właśnie pod symulatorem chory spędza najwięcej czasu. Dokładne ustalenie planu leczenia wymaga żmudnych korekt, nierzadko 6-7 wizyt dla jednego pacjenta, czyli łącznie kilku godzin badania. Dla zobrazowania dodam, że w 2006 roku blisko 970 pacjentów leczonych było promieniami, natomiast seansów pod symulatorem odnotowaliśmy ponad 3600. Pacjenci często niecierpliwia się, że ustalanie planu leczenia trwa tak długo, bo kiedy wszystko jest opracowane, sam se-

ans napromieniania czyli leczenia trwa bardzo krótko, zaledwie kilkanaście sekund. A propos starego symulatora dodam jeszcze, że w przyszłym roku minie 10 lat od daty jego zakupu. Nie jest to więc młodzieniaszek... Wprawdzie nieustannie go modernizujemy, ale ten „lifting” przestanie niebawem wystarczać, gdyż technika medyczna rozwija się bardzo szybko. Zwłaszcza że od niedawna pracujemy na akceleratorze najnowszej generacji, do którego coraz trudniej dopasować parametry naszego „seniora”. Ale wykorzystywany być musi, bo wymaga tego dobro chorych.

Jaki koszt i skąd pieniądze na ten niezbędny w leczeniu onkologicznym zakup?

Jest to inwestycja sfinansowana z pieniędzy Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Symulator przyjechał z Holandii, z firmy Nucletron. Zapłaciliśmy za niego 3 mln zł.

„Biała Sobota” opolskiej onkologii

Zanim organizm zawoła o pomoc...

W sobotę 20 października 258 osób skorzystało z dodatkowej możliwości przebadania przez onkologa w ramach „**Białej Soboty**”, zorganizowanej w Opolskim Centrum Onkologii. Czynne były wszystkie poradnie; najczęściej pacjentek przyjęto w poradni profilaktyki chorób piersi – 114. Panie badające swe piersi przy pomocy mammografu nie musiały czekać na wynik kilka dni; ich zdjęcia wykonane metodą cyfrową onkolog oceniał niemal od razu. Wiadomo, że kilka z przebadanych otrzymało zalecenie dalszej diagnostyki. Ponadto osoby posiadające zlecenia lekarskie wykonać mogły także badanie USG (wykonano 37 badań), RTG (10), mammograficzne (74, w tym 4 skryningowe) oraz tomografię komputerową (20).

Akcja organizowana jest rokrocznie w **październiku**, który od lat obchodzony jest jako **Miesiąc Profilaktyki Raka Piersi**. Zwykle bierze w niej udział wielu Opolan, bądź to zaniepokojonych swoim stanem zdrowia, bądź to pragnących uzyskać potwierdzenie, że ich organizm nie woła jeszcze o pomoc...

Przypominamy, że **rejestracja do lekarza onkologa nie wymaga skierowania od lekarza pierwszego kontaktu**. Po poradę – po zarejestrowaniu się w przychodni, z aktualnym dokumentem ubezpieczenia zdrowotnego i książeczką RUM - zgłaszać się można w dowolnym czasie, w godzinach pracy przyszpitalnej przychodni onkologicznej, mieszczącej się w Opolu, przy ul. Katowickiej 66a.

Opolscy klinicyści testują nowy lek

Z dr n. med. **Kazimierzem Drosikiem**, ordynatorem Oddziału Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Medycznego, rozmawia Krystyna Raczyńska

- We wrześniu z grupą kolegów-lekarzy z Oddziału Onkologii Klinicznej uczestniczył pan w mityngu badawczym, zorganizowanym w Barcelonie. Proszę zdradzić najważniejsze szczegóły tego spotkania...



Wszystkie informacje dotyczące badań klinicznych są poufne aż do przedstawienia ostatecznych wyników badania. Z tego powodu nie mogę zdradzić szczegółów, ale mogę powiedzieć,

że spotkanie miało charakter roboczy i dotyczyło omówienia wszystkich aspektów badania, które będzie prowadzone na oddziałach klinicznych wybranych szpitali praktycznie na całym świecie. M.in. zapoznano nas z przedmiotem badania, protokołem badania, procedurami oraz zasadami prowadzenia skomplikowanej dokumentacji, która musi być prowadzona dla każdego pacjenta osobno. Wszyscy badacze wcześniej zostali podzieleni na grupy, w zależności od kraju, w którym znajdują się wytypowane ośrodki badawcze. I podobnie jak spotkanie w Barcelonie mityngi badawcze zostaną zorganizowane z innymi grupami klinicyistów w kilku miastach Europy i świata, m.in.

w Wiedniu, w San Francisco, Chicago, Seulu.

- Rozumiem, że badanie dotyczyć będzie nowego leku onkologicznego?

Lek nie jest nowy, choć należy do leków najnowszej generacji. Wykazał już skuteczność w innych nowotworach. Przedmiotem obecnego badania będzie wykazanie skuteczności tego leku w kolejnej chorobie nowotworowej. Wstępne badania na małych grupach chorych dały obiecujące wyniki. Aby je potwierdzić konieczne jest przeprowadzenie badania na dużej grupie chorych, różnych ras, no i mieszkających na różnych kontynentach.

Czy każdy chory na raka może być potencjalnym uczestnikiem badania?

O, nie. Aby wyniki były wiarygodne to grupa badanych, czyli pacjentów, musi być ściśle zdefiniowana, co oznacza zastosowanie odpowiedniego klucza w doborze chorych. Także o tym była mowa w Barcelonie. Ale oczywiście w kwestii szczegółów, zobowiązani jesteśmy do tajemnicy....

- Dlaczego?

Główny problem to konkurencja innych firm farmaceutycznych. Natomiast informacja, jakich chorych badanie dotyczy powinny być ogólnie dostępne. Chodzi o to, aby lekarze ośrodków nie biorących udziału w badaniu wiedzieli, gdzie ew. kierować chorych potencjalnie spełniających kryteria udziału. W USA np. informacje gdzie, kto i jakie badanie prowadzi są dostępne w internecie. To samo planuje wprowadzić Polska Unia Onkologiczna.

- Co się dzieje, gdy chorzy zostaną już wybrani?

Są wtedy losowo dobierani do poszczególnych ramion badania. Jedna grupa otrzymuje leczenie standardowe a druga – leczenie z użyciem nowego specyfiku, będącego przedmiotem badania. Zaden z badanych nie wie jednak, w której jest grupie. Później porównuje się wyniki i ocenia, czy te, uzyskane nową metodą, dają podstawy by twierdzić, że nowy lek jest bardziej skuteczny, albo że jest porównywalny do standardowych. I właśnie dlatego obie grupy muszą być tak dobrane, aby wszystkie parametry były jednakowe. Z wyjątkiem, rzecz jasna, sposobu leczenia...

- Czy chorzy, uczestniczący w badaniu, mają świadomość faktu, że są na nich testowane nowe leki...

Oczywiście! Badania kliniczne muszą być prowadzone w sposób etyczny, zgodnie z wymaganymi procedurami. Muszą spełniać wszystkie wymogi, wynikające z ustawy prawo farmaceutyczne a także z zapisów Konwencji Helsińskiej. W badaniach klinicznych muszą być zabezpieczone interesy chorych uczestniczących w badaniu. Lekarz, w tym wypadku badacz, informuje pacjenta o możliwości włączenia go do badania przedstawiając cel badania, jego przebieg, potencjalne korzyści i potencjalne ryzyko. Te informacje pacjent otrzymuje również w formie pisemnej. Pacjent po zastanowieniu i ewentualnej konsultacji z rodziną podpisuje świadomą zgodę na udział w badaniu; podpis jest zresztą jednym z fundamentalnych wymogów do prowadzenia badania. Dodam, że sama treść informacji dla chorego i treść świadomej zgody musi być zatwierdzona przez komisję bioetyczną oraz że wszystkie działania klinicystów są non stop nadzorowane

przez odpowiednie instytucje, tak polskie, jak i międzynarodowe.

- Czy zdarza się, że pacjenci odmawiają uczestnictwa?

Rzadko, bo mało kto, u kogo stwierdzono nowotwór złośliwy, nie pragnie skorzystać z szansy, jaką dać może nowy lek oraz najnowsza metoda leczenia. Tym bardziej pacjent uczestniczący w badaniu nie ponosi żadnych kosztów terapii, z reguły bardzo wysokich. Jest leczony takimi samymi lekami co pacjenci bardzo bogatych krajów, ze Stanami Zjednoczonymi włącznie. Czasami słychać zarzut, że wiele badań klinicznych prowadzonych jest w krajach byłego tzw. bloku wschodniego. Sprawia to wrażenie, że chorzy z tych krajów traktowani są jak przysłowiowe króliki doświadczalne. Muszę temu wyraźnie zaprzeczyć. Jest prawdą, że w wielu badaniach uczestniczy duża liczba chorych z Polski i krajów sąsiednich. Wynika to jednak stąd, że w krajach, w których nakłady na leczenie są wielokrotnie wyższe niż np. u nas, nowe leki czy nowe procedury terapeutyczne są szybko wprowadzane (wraz z zapewnieniem ich finansowania) do codziennej praktyki. Z tego powodu chorzy mają alternatywę – albo uczestniczyć w badaniu, albo to samo lub podobne leczenie otrzymać poza badaniem. Ponieważ udział w badaniu związany jest najczęściej z większą ilością badań dodatkowych i koniecznością podporządkowania się określonym rygorom, pacjenci z krajów zachodnich mniej chętnie zgadzają się na udział w badaniu. W biedniejszych krajach takiej alternatywy chory często nie ma. Pomijam sprawę, że w ramach badań klinicznych koszty leków (często bardzo drogich) i niektórych badań dodatkowych są pokrywane przez organizatora badania stąd nie obciążają

np. Narodowego Funduszu Zdrowia. Korzyść z prowadzenia badań odnosi więc również całe społeczeństwo.

- Dlaczego właśnie Opole wybrane zostało do tego badania?

Nie jesteśmy jedynym polskim szpitalem wytypowanym do tego badania, bo lek testować będą także inne, duże ośrodki: dwa warszawskie, łódzki oraz gdański. Nasza obecność w tym gronie to dowód, że Opolskie Centrum Onkologii cieszy się wśród ludzi branży, dobrą renomą. Zresztą badanie, o którym mówimy, nie jest ani pierwszym, ani - mam nadzieję ostatnim - do udziału w którym zostaliśmy zaproszeni. Dodam, że oprócz mnie Oddział Onkologii Klinicznej reprezentował w Barcelonie również dr **Marek Szwiec**, który zresztą nie sam, ale z dr **Barbarą Radecką**, **Joanną Hudalą-Klechę** i **Lidią Czopkiewicz**, został w Barcelonie nieco dłużej, by wziąć udział w obradach ECCO 14. Jest to cyklicznie, co dwa lata organizowana konferencja, wspólna dla czterech europejskich towarzystw naukowych z dziedziny: onkologii medycznej, radioterapii,

chirurgii onkologicznej i onkologii dziecięcej. Tego typu spotkania „wiązane” wynikają zresztą z celowego działania organizatorów, aby przy jednej podróży załatwić więcej niż jedną ze spraw.

- Barcelona jest jednym z najpiękniejszych miast Europy a nawet świata... Czy miał pan czas na zobaczenie chociaż kilku najpiękniejszych miejsc stolicy Katalonii?

Cała podróż, od momentu wylotu z Wrocławia do powrotu na lotnisko w tymże mieście, zajęła mi łącznie...47 godzin. Czyli ponad osiem godzin samej podróży, kilkanaście godzin snu, osiem godzin wykładu. Pozostały czas to posiłki, dojazdy, no i rozmowy kulturalowe z kolegami lekarzami i organizatorami, głównie zresztą na temat planowanego badania. Na marginesie dodam, że nie było to moje pierwsze spotkanie z Barceloną, więc nie było mi żal, że tak niewiele tym razem zobaczyłem...Zresztą przy wyjazdach na spotkania badaczy i na konferencje naukowe poznaje się przede wszystkim lotniska, hotele i centra kongresowe...

Marek Szwiec

Europejski Kodeks Walki z Rakiem czyli Kodeks Zdrowego Życia

Jedenaście przeszkód dla raka

Zasady Kodeksu Zdrowego Życia są proste i oczywiste. Każdy je zna, ale nie każdy się do nich stosuje. Tymczasem z badań naukowych wynika, że pewne zachowania ludzi wpływają na zmniejszenie zachorowalności na nowotwory przynajmniej o 7-15 procent. Te zachowania ujęte zostały w kanon 7 zasad profilaktyki pierwotnej, stanowiących najważniejszą część Kodeksu, uzupełnionego o 4 zasady profilaktyki wtórnej.

I zasada – zrezygnuj z palenia papierosów. Palenie papierosów uważane jest za główny czynnik zwiększonego zachorowania na nowotwór w ciągu życia. Obliczono, że 25-30 proc. wszystkich nowotworów związanych jest z paleniem papierosów. Mówiąc krótko – minuta przyjemności dziesięć razy dziennie, to u 25 proc. palaczy skrócenie życia średnio o 20-25 lat. Obliczono też, że połowa osób palących umrze wcześniej,

z tego jedna czwarta umrze między 35 a 69 rokiem życia, żyjąc krócej o 20-25 lat. Natomiast kolejne 25 proc. umrze po 69 roku życia i będzie żyć 7-8 lat krócej. Rachunek jest dość prosty: palimy – żyjemy krócej.

Z paleniem papierosów ścisły związek mają takie nowotwory, jak: rak płuca, gardła, krtani, ale też rak trzustki, pęcherza moczowego, szyjki macicy, przewlekła białaczka. Lista jest dość długa.

Należy pamiętać o paleniu biernym, czyli przebywaniu w pomieszczeniu, w którym inni palą, bo to także zwiększa ryzyko raka, choć nie tak bardzo.

II zasada – wystrzeganie się otyłości. Ok. 20 proc. Polaków ma nadwagę, a niektóre źródła podają że nawet ok. 30 proc. Nadwaga zwiększa ryzyko zachorowania w takich typach raka, jak: okrężnicy, piersi (po menopauzie), trzonu macicy, nerki. Ta zależność ma charakter liniowy: im ktoś więcej waży w stosunku do normy u tego ryzyko zachorowania jest większe. Optymalny wskaźnik masy ciała (tzw. BMI) waha się w przedziale 19-25; powyżej 25 – ryzyko nowotworów rośnie liniowo do 30, a powyżej 30 - to już rośnie w sposób lawinowy.

III zasada – codzienna aktywność fizyczna. Uważa się, że wysiłek fizyczny powinien mieć miejsce co najmniej 3 razy w tygodniu. O ile w wypadku chorób układu krążenia winien to być wysiłek mało forsowny, np. półgodzinny spacer, tak w wypadku profilaktyki nowotworowej powinien być on bardziej intensywny, bo co najmniej 3 x w tygodniu trzeba choć trochę się zmęczyć... Bieg, jakiś rower, basen. Taka aktywność zmniejsza prawdopodobieństwo raka okrężnicy, raka piersi, trzonu



Dr Marek Szwiec wygłasza prelekcję nt. zasad Kodeksu Zdrowego Życia

macicy i raka prostaty. Oczywiście zmniejsza także ryzyko chorób układu krążenia.

IV zasada – owoce i warzywa w codziennej diecie. Przyzwyczajenia dietetyczne w wyraźny sposób wiążą się z ryzykiem niektórych nowotworów. Badania amerykańskie wykazały, że ta zależność dotyczy od 10 do 70 proc. nowotworów. Uważa się, że średnio ok. 30 proc. zachorowań na nowotwory wiąże się z tym co jemy i jak jemy. Ekspertki Światowej Organizacji Zdrowia zalecają dużo warzyw i owoców w codziennej diecie, przynajmniej pięć razy dziennie; w sumie ok. 400 g, w tym dwa owoce i 200 g warzyw. Poza tym w diecie absolutnie nie może zabraknąć błonnika. Obserwuje się zależność między jego obecnością w diecie a ryzykiem raka jelita grubego. Im więcej błonnika, tym mniejsze ryzyko choroby. A dodać trzeba, że rak jelita grubego jest nowotworem, który - niestety - zaczyna być problemem, gdyż rośnie nie tylko liczba zachorowań, ale i niestety zgonów z jego powodu. To jest obecnie drugi co do częstości występowania nowotwór, którego wykrywalność jest niestety późna a wyleczalność w Polsce na poziomie zaledwie dwudziestu kilku procent. Dlatego dieta jest tu tak ważna; jeżeli wprowadzi-

my do niej dużą ilość błonnika, wówczas obniżymy ryzyko o 20-30 proc. Co istotne – na Opolszczyźnie jest on u kobiet pierwszą przyczyną zgonów na nowotwory! Nie rak piersi, ale właśnie rak jelita grubego.

V zasada - spożywanie alkoholu. Tutaj twórcy kodeksu mieli spore wątpliwości, aby to w miarę sensownie określić, albowiem całkowite niepicie... zwiększa ryzyko chorób krążenia. Picie w nadmiarze zwiększa ryzyko nowotworów. Więc co robić? Przede wszystkim pić rozsądnie. I Kodeks określił, co to znaczy rozsądnie - wyznaczył dopuszczalną dawkę dobową. I tak że mężczyźni mogą spożywać dziennie 20 g czystego etanolu, np. 2 lampki wina a kobiety tylko 10 gramów.

Rak jamy ustnej, gardła, przełyku wiąże się z piciem alkoholu i nie ma znaczenia, jaki to jest alkohol, wysokoprocentowy, czy może tylko wino lub piwo. W każdej postaci - jeśli w nadmiarze - to podwyższa ryzyko, a już szczególnie, kiedy łączy się z paleniem papierosów. A obie używki, jak wiadomo, lubią chodzić w parze... Ale powtarzam - do dawki 20 gramów ryzyko wyraźnie nie rośnie, no może poza jednym typem nowotworu – rakiem piersi u kobiet.

VI zasada – unikanie nadmiaru słońca. Badacze dokumentują wyraźny wpływ promieniowania słonecznego na wzrost liczby zachorowań na nowotwory skóry, w tym na najgroźniejszy, jakim jest czerniak złośliwy. Przede wszystkim nie powinniśmy doprowadzać do oparzeń słonecznych, bo to w znacznym stopniu podnosi ryzyko czerniaka skóry, najbardziej niebezpiecznego nowotworu skóry, szczególnie jeśli oparzenia dotyczą dzieci. Generalnie należy używać filtrów chroniących i jak najmniej

przebywać na słońcu, a zwłaszcza w godzinach 11-15. Wykazano także, że tzw. łóżko opalające, popularne solarium, zwiększa ryzyko czerniaka mniej więcej dwukrotnie.

VII zasada – unikanie kontaktu z substancjami rakotwórczymi w miejscu pracy. Oszacowano, że na początku lat 90. minionego stulecia ok. 32 mln robotników zatrudnionych w krajach Unii miało styk z substancjami kancerogennymi w miejscu pracy w dawkach przekraczających wartości dopuszczalne. Obecnie liczby te przedstawiają się bardziej korzystnie ponieważ wprowadzono przepisy, ograniczające kontakt z tymi czynnikami. Oczywiście w dalszym ciągu on istnieje, m.in. poprzez pyły zawierające krzemionkę, gazy spalinyowe z silników Diesla, pył drzewny, benzen, azbest, formaldehyd, produkty rozpadu radonu - dotyczy głównie górników. Jednym z nowotworów, których liczba będzie wzrastała w Europie jest błoniak opłucnej, kojarzony z azbestem. W tej chwili materiał ten został całkowicie wyeliminowany z przemysłu, ale ponieważ efekt jego oddziaływania widoczny jest po latach, spodziewać się należy, że liczba zachorowań będzie nadal rosła.

Niezależnie od tego 7-punktowego kanonu, istotnym czynnikiem, który wiąże się z ryzykiem nowotworów, są przewlekłe zakażenia, zarówno wirusowe, bakteryjne, jak i pasożytnicze, które w aż 18 proc. wypadków mają związek z nowotworami złośliwymi. Jednym z lepiej poznanych jest rak szyjki macicy, który bardzo mocno łączy się z przewlekłą infekcją wirusem brodawczaka ludzkiego, z jego typami mutagennymi. Mniej więcej w 90 proc. raków szyjki macicy stwierdzono obecność DNA tego wirusa. Nic

dziwnego, że twórcy Kodeksu postuluja, aby poza zapisanymi badaniami przesiewowymi wprowadzacz równiez badanie DNA wirusa u kobiet badanych pod katem cytologicznym.

Warto pamietac tez o zakazeniu bakteria, ktora sie latwo leczy, ale ktora niestety latwo nawraca. Mowa o helicobacter pylori i zwiazanym z nia ryzyku raka zoladka; szacuje sie, ze wzrasta ono pieciokrotnie u osob, ktore sa nosicielami tej bakterii.

Kodeks zwraca takze uwage na wirusowe zapalenie watroby typu B i C, ktorego zwiazek z tzw. rakiem pierwotnym watroby jest oczywisty. Eksperci Kodeksu zalecaja wykonywanie szczepien ochronnych kazdego mieszkancza Unii.

Profilaktyka pierwotna, czyli zapobieganie, ma doprowadzic do zmniejszenia liczby zachorowan na nowotwory a nastepnie zmniejszenia umieralnosci z tego powodu, natomiast rola profilaktyki wtornej jest wczesne wykrywanie choroby. Nie brakuje nowotworow, ktore przy regularnych badaniach osob tzw. bezobjawowych, mozna wykryc bardzo wczesnie.

Aktualnie prowadzone sa trzy rodzaje badan przesiewowych w kierunku wykrywania: raka piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego i odbytu.

Udowodniono niezbitcie, ze **mammografia** wykonywana regularnie raz na 2 lata przez kobiety po 50. roku zycia, zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi o 30 proc. Obecnie pod nadzorem NFZ prowadzony jest program przesiewowy, gdzie miliony pacjentek w calaj Polsce otrzymuja na adres domowy imienne zaproszenie na bezplatne badanie. Wystarczy tylko zglosic sie i wykonac mammografie.

Akcja kontynuowana bedzie jeszcze przez rok. Jak na razie frekwencja nie jest zadowalajaca. Kobiety nie korzystaja z zaproszen, niestety.

Badanie cytologiczne pozwalajace wykryc raka szyjki macicy raz na 3 lata powinna wykonac kazda pacjentka powyzej 25. roku zycia. W Finlandii udowodniono, ze takie badanie jest w stanie zmniejszyc umieralnosc nawet o 80 proc. Jest wiec o co walczyc, zwlaszcza ze badanie nie jest uciagzliwe, powtarzalne oraz proste w wykonaniu.

Trzecie **badanie przesiewowe dotyczy raka jelita grubego i raka odbytu**. Jest to wazny problem, bo wyleczalnosc tych chorob wynosi zaledwie 20 proc. Czy mozna zwiakszyc ten wskaznik? Otocz okazuje sie, ze wykonanie badania na krew utajona raz na 2 lata zmniejsza umieralnosc na raka jelita grubego o 15 proc. Wykonuje sie prosty test i jesli jest on dodatni robi sie dalsza diagnostyke jelita grubego. Innym badaniem przesiewowym w raku jelita grubego jest wykonywane w znieczuleniu ogolnym badanie kolonoskopowe kobiet i mezczyzn po 50. roku zycia. Nieczesto, raz na 10 lat, jesli wynik jest prawidlowy. Aczkolwiek liczba oosrodkow, wykonujacych to badanie, nie jest wystarczajaca, niemniej warto po 50. zrobic chociaz raz kolonoskopie, aby sprawdzic czy np. ma sie polipy w jelicie grubym czy nie. Bo usuniecie takiego polipa jest juz leczeniem ewentualnego przyszlego raka...

Marek Szwiec

**Wyklad wygloszony na konferencji prasowej w dniu 2 pazdziernika br.*

Marek Szwiec jest lekarzem Oddzialu Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii; prowadzi takze poradnie genetyczna.

Marsz Nadziei ulicami Opola

W niedzielę, 21 października Opolanie żyli nie tylko wyborami do Parlamentu, ale także aktywnie manifestowali potrzebę jednoczenia się w walce z chorobami nowotworowymi.



W samo południe, mimo przejmującego chłodu i wiatru, kilkaset osób zebrało się pod pomnikiem „Bojownikom o Polskość Śląska Opolskiego”, skąd rozpoczął się „Marsz Nadziei”, zorganizowany przez Opolskie Centrum Onkologii, przy współudziale młodzieży opolskich szkół. Młodzież m.in. dekorowała przybyłych różowymi kokardkami, znaczkami promującymi zdrowy styl życia, chorągiewkami i ulotkami, zapraszającymi Opolanki do korzystania z bezpłatnych badań mammograficznych.

Wśród przybyłych nie zabrakło przedstawicieli władz samorządowych i rządowych województwa z wicemarszałkiem **Stanisławem Rakoczem** i wojewodą **Bogdanem Tomaszkiem**, opolskich organizacji i instytucji, no i oczywiście lekarzy, pielęgniarek oraz personelu technicznego Centrum, choć nie tylko.

Przed wymarszem dyrektor OCO dr **Wojciech Redelbach** w kilku słowach zapoznał zebranych z ideą akcji oraz zasadami Europejskiego

Kodeksu Walki z Rakiem, a dr **Kazimierz Drosik**, ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej, przedstawił m.in. najnowsze dane, dotyczące zapadalności i śmiertelności na nowotwory na Opolszczyźnie („Każdego roku na Opolszczyźnie rozpoznaje się ok. 3500 nowych zachorowań na nowotwory. (...) statystyki mówią, że co piąty człowiek na świecie umiera z powodu nowotworu) oraz krótko omówił zasady zdrowego stylu życia, zawarte w Kodeksie Walki z Rakiem. Natomiast onkolog dr **Marek Szwiec**, mówił o konieczności uczestnictwa w badaniach przesiewowych, bardzo istotnych dla wczesnego wykrywania raków: piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego i odbytu („Kiedy mówię pacjentowi, że potrzebna jest kolonoskopia, prosi o zapisanie tego terminu, bo słyszy go po raz pierwszy. Tymczasem jest to badanie podstawowe, jeśli idzie o wczesne wykrywanie raka jelita grubego, pozwala zmniejszyć umieralność z tego powodu nawet do 20 procent”).

Głos zabierali m.in. także wiceprezydent Opola **Janusz Kwiatkowski** („Myślę, że takie inicjatywy jak dzisiejszy Marsz spowoduje, że wielu ludzi zrozumie, jak wielkie znaczenie ma profilaktyka i stosowanie zasad zdrowego stylu życia”), dr **Roman Kolek**, wiceszef opolskiego NFZ („uczestnictwo w badaniach profilaktycznych w onkologii musi być bardziej powszechne, jeśli chcemy liczyć na dużą skuteczność postępowania medycznego. Opolski oddział NFZ dopełni wszelkich starań, aby pieniędzy na leczenie nie zabrakło”), prezes Klubu Amazonka **Violetta Sikorska**

(„My, Amazonki, jesteśmy dowodem na to, że „rak to nie wyrok”, że choroba nie zawsze zabija. Ja jestem przykładem przeżycia 9-letniego po rozpoznaniu nowotworu piersi. Dzisiaj mówię o sobie: „Byłam chora na raka”. Musimy pamiętać, że nikt za nas nie zadba o nasze zdrowie. Korzystajmy z badań profilaktycznych i same badajmy swoje piersi”).

Pochód manifestujących przeszedł ul. Ozimską pod Teatr Jana Kochanowskiego, we foyer którego odbyła

się druga część dyskusji na temat profilaktyki chorób nowotworowych.

„Marsz Nadziei” zakończył się sztuką „Jabłko” Verna Thiessena w reżyserii Tomasza Dutkiewicza i wykonaniu artystów Teatru im. Wandy Siemaszkowej w Rzeszowie, która porusza problem choroby nowotworowej w rodzinie. Była to doskonała puenta dla idei przyświecającej Marszowi, jednak z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc spektakl obejrżeli tylko zaproszeni goście.

Pamiętaj, że zwycięzcy robią to, czego przegrywającym nie chce się robić.

Uśmiechnij się

Przerwa w spotkaniu biznesowym, panowie piją kawę, rozmawiają. Nagle dzwoni telefon komórkowy, jeden z uczestników spotkania odbiera. Słyszysz:

- Kochanie, słuchaj! Jest niesamowita okazja, futro za jedyne 15 tysięcy... Mogę sobie kupić? Kochanie, bardzo Cię proszę...

- Co to za futro?

- Z norek kochanie... Wyjątkowa okazja... Mogę?

- No dobrze, kup sobie...

Mężczyzna kończy rozmowę. Nagle zdziwiony patrzy na komórkę:

- Panowie, czyj to jest telefon?

Na co można patrzeć bez przerwy?

Na ogień, wodę i parkującą kobietę...

Z pamiętnika amerykańskiego żołnierza na manewrach NATO w Polsce:

Poniedziałek: Piję z Polakami.

Wtorek: Umieram.

Środa: Znów piję z Polakami.

Czwartek: Żałuję, że nie umarłem we wtorek.

Czym się różnią Zaduszki od lanego poniedziałku?

Zaduszki zmuszają do refleksji, a lany poniedziałek do refleksu.

Kiedy mężczyzna otwiera drzwi samochodu swojej żonie?

Gdy ma nową żonę albo samochód.

- Tu piszą, że picie alkoholu skraca życie o połowę... Ile ty masz lat, Stefan?

- 30.

- No widzisz, jakbyś nie pił miałbyś teraz 60!

„Biuletyn informacyjny OCO”

Wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii
www.onkologia.opole.pl

Redaktor naczelna: Krystyna Raczyńska

Adres redakcji:

45-060 Opole, ul. Katowicka 66a

tel. 077 441 60 95, fax 077 441 61 32

Skład komputerowy i druk:

EUROCENT: 45-372 Opole, ul. Końskiego 70

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

Sekretariat Dyrekcji: 0-77 441 6001, fax 0-77 441 6003

Rejestracja: 0-77 441 6007, 0-77 441 6008

Izba Przyjęć: 0-77 441 6010

Rejestracja Pracowni Diagnostyki Obrazowej: 0-77 441 6039