


U człowieka wierzącego myśl o śmierci jest, i właściwie powinna, być myślą o życiu

1 listopada dzień pamięci o tych, którzy odeszli

*„Śmierć jest niestała, zawsze wisi nad nami
i z powodu krótkości życia nigdy nie jest daleko”*
(Cycero)



Dzień Wszystkich Świętych, który każdego roku obchodzimy 1 listopada posiada wyjątkowy charakter. Bowiem tego dnia, zanim pójdziemy na cmentarz odwiedzić groby naszych bliskich zmarłych, Kościół zaprasza nas wcześniej na uroczystą Eucharystię (Mszę św.) abyśmy głębiej i pełniej przeżyli prawdę o tajemnicy „Świętych Obcowania”. Wyrażamy ją słowami wypowiedzianymi w naszym codziennym wyznaniu wiary, zawartym w Składzie Apostolskim. Przypomina nam obowiązek dążenia do świętości (doskonałości), ponieważ w Bogu mamy swój początek „stworzeni na Jego obraz i podobieństwo” (por. Ks.Rdz. 1, 26; Ks. Kpł 19, 2).

Kościół przypomina przy tym, że zasadniczym powołaniem człowieka jest osiągnięcie świętości, to znaczy pełni życia, którego źródłem i dawcą jest sam Bóg. Przez sakrament chrztu weszliśmy na drogę osiągnięcia świętości. Stawia ona przed człowiekiem zadanie najważniejszego przykazania, od którego będzie zależała cała nasza doskonałość: „Będiesz miłował Pana, Boga swego, całym swoim sercem, całą swoją duszą, całą swoją mocą i całym swoim umysłem; a swego bliźniego jak siebie samego” (Pwt 6,5; Kpł 19, 18; Łk 10, 27). Tych, którzy w

swoim życiu biorą na serio to zadanie, nazywamy świętymi.

Święci to ci, którzy na miarę swych możliwości i w okolicznościach, w jakich przypadło im żyć, wybierali dobro, miłość Boga i bliźniego (drugiego człowieka) i czynili to nieraz w sposób heroiczny. W kalendarzu liturgicznym mamy ich (tych świętych) zapisanych wielu. Z każdym rokiem przybywa ich coraz więcej. Wielu z nich jest nieznanych, bo życie ich było zazwyczaj proste, ukryte i nie zawsze rzucające się w oczy. Życie ich kryje w sobie tajemnicę ich powołania, codziennej służby i ofiarnej miłości.

W uroczystość Wszystkich Świętych poza udziałem w Eucharystii kierujemy swoje kroki na cmentarze, na groby naszych bliskich. O nich Kościół mówi, że poprzedzili nas w pielgrzymce wiary do domu Ojca. Na ich grobach zapalamy znicze, kładziemy wiązanki kwiatów i pogrążamy się w modlitewnej zadumie. Przypominamy sobie ich twarze, przywołujemy na pamięć ich obecność wśród nas. Czujemy, że są blisko, że nie przestaliśmy ich kochać, że są tego dnia jakby razem z nami.

Spontanicznie przychodzi nam również myśl o naszej śmierci. I chociaż ta myśl budzi w nas czasami niepewność i lęk, to jednak nie staje się dla nas dręczącą obsesją i nie przeraża się w patologię. U człowieka wierzącego myśl o śmierci jest i właściwie powinna być myślą o życiu.

Śmierć należy do istoty życia, jest naturalna, tzn. jest nieuniknionym zakończeniem życia każdego człowieka. Jest ona skutkiem procesu zużywania

się sił witalnych, niejako dopełnieniem i zasłużonym odpoczynkiem. Prawda o śmierci prowadzi nas do „realizmu wiary”, do przyjęcia prawdy o Bogu „w którym żyjemy, ruszamy się i jesteśmy” (Dz Ap 17,28). Bóg, który objawia się nam jako Stwórca i Pan, a zarazem dawca wszelkiego życia, staje się gwarantem naszej nieśmiertelności.

Krzyż, który stoi na grobie naszych zmarłych, stale przypomina nam słowa zapisane w Ewangelii, która dla wszystkich jest Dobrą Nowiną: „*Ja jestem zmartwychwstaniem i życiem. Kto we Mnie wierzy, choćby i umarł, żyć będzie. Każdy, kto żyje i wierzy we Mnie, nie umrze na wieki*” (J 11, 25). „*Niech się nie trwoży wasze serce. Wierzyćcie w Boga i we mnie wierzyćcie. W domu Ojca mego jest mieszkań wiele. Gdyby tak nie było, to bym wam powiedział. Idę przecież przygotować wam miejsce...*” (J 14, 1).

Jan Paweł II, jeszcze jako kardynał w Krakowie podczas uroczystości pogrzebowych jednego ze swych przyjaciół powiedział: „*Człowiek zawsze umiera w momencie dla niego najlepszym, bo Pan Bóg jest dobry*”. Dzieje się to nawet wtedy, gdy chwila ta jest niezrozumiała dla otoczenia, jest ona jednak wybrana nie przez człowieka, ale Boga samego, któremu zawsze i bez lęku (obaw) powinniśmy bezgranicznie zaufać i do końca zawierzyć.

Ks. Józef Tamawa SJ

Autor jest kapelanem w Opolskim Centrum Onkologii

Śmierć jest rzeczą większą niż słowo, które ją oznacza. Jean Rostand

Zespół muzyczny Waldka Nowaka, ozimskie mażoretki oraz kędzierzyńska orkiestra dęta – promowali walkę z nowotworami, a zwłaszcza z rakiem piersi

Marsz Nadziei w akcentach biało-różowych



Las białych parasoli oraz różowych baloników dominował w centrum Opola nad szarzyzną niedzielnego, jesiennego popołudnia. Stało się tak za sprawą Marszu Nadziei, zorganizowanego w dniu 18 października przez Opolskie Centrum Onkologii z okazji Dnia Walki z Rakiem Piersi. Kilkuset Opolan (i nie tylko) nie zważając na mocno niepewną pogodę zdecydowało się na udział w imprezie, której celem było zmanifestowanie potrzeby zjednoczenia się w walce z chorobami nowotworowymi oraz propagowania wiedzy o profilaktyce nowotworowej, a zwłaszcza o profilaktyce raka piersi, której wydatnie służą bezpłatne badania mammograficzne, wykonywane w ramach skryningu. Każdy uczestnik otrzymał nie tylko parasole i baloniki, ale także komplet materiałów informacyjno-edukacyjnych.

Opolski Marsz Nadziei zorganizowany został już po raz czwarty pod patronatem marszałka województwa **Józefa Sebesty**, wojewody opolskiego **Ryszarda Wilczyńskiego** oraz prezydenta Opola **Ryszarda Zembańczyńskiego**. Wzięli w nim udział mieszkańcy (kobiety i mężczyźni) nie tylko Opola, ale także mniej i bardziej odległych od stolicy regionu miejscowości, jak: Namysłów, Wołczyn, Ozimek, Krapkowice, Kluczbork, Osowiec, Dębie, Grodków, Kędzierzyn-Koźle, Karczów, Prószków, Skarbiszów, Praszka, Uszyce, Prudnik, Suchy Bór, Kamienica, Jaworzno, Tułowice, Gołkowice, Wodzisław Śl., Racibórz, Wrocław, Łaziska, Koniecpol, Legnica, Pyskowice, Nowa Ruda, Gliwice.

Nie zabrakło kadry medycznej opolskiej onkologii, m.in. dyrektora OCO dr. **Wojciecha Redelbacha**,

oraz ordynatorów: dr dr **Kamili Czerw, Lidii Czopkiewicz, Aleksandra Sachanbińskiego, Kazimierza Drosika, Piotra Tokara**. Z zaproszonych gości Marsz swoją obecnością zaszczylicili: wiceprezydent Opola **Janusz Kwiatkowski**, wiceszef OOW NFZ dr **Roman Kolek**, dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych UMWO **Stanisław Łągiewka**.

Biało-różowy pochód przeszedł ulicami ścisłego centrum Opola, pilotowany przez policjantów opolskiej drogówki na motorach ozdobionych różowymi balonikami wypełnionymi - helem (po raz pierwszy w historii opolskiego marszu). Dzięki helowi baloniki wdzięcznie gibały się na wstążeczkach ponad głowami maszerujących oraz ich białymi parasolami. Po zakończeniu marszu na sygnał podany przez prowadzącego - jak zwykle perfekcyjny aktor **Piotr Charczuk** - balony zostały wypuszczone w niebo. Nie wszystkie, bo część przez nieuwagę swych właścicieli szybowiała w niebo przed wyznaczonym czasem...

Atrakcją tegorocznego Marszu był występ zespołu country **Waldka**

Nowaka, który umiłił czas, zarówno przed, jak i pomarszowy. Utwory „*Ty wiesz, jak jest*”, „*Życzę ci szczęścia dziewczyno*”, „*Lato w stadninie*”, „*Kolejowa poczekalnia*”, „*Biały kabriolet*” to prawdziwe perełki klasyki bluesa, country, pop, także z elementami jazzu. Na pewno trafiły do gustu sympatykom utworów i głosu takich artystów, jak Krzysztof Krawczyk czy Andrzej Cierniewski.

Tradycyjnie już zachwyciły marszową publiczność słynne **ozimskie mażoretki**, które zaprezentowały układy taneczne w rytm nadany przez **Orkiestrę Dętą Zespołu Szkół Żelugi Śródlądowej** w Kędzierzynie-Koźlu.

Marsz mógł zostać zorganizowany dzięki pomocy i życzliwości wielu osób. Szczególne podziękowania należą się:

Studentkom Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej i ich opiekunce Urszuli Nowainskiej, Ryszardowi Czerwińskiemu, właścicielowi „Grabówki”, Młodzieży opolskich szkół, a zwłaszcza Gimnazjum nr 1.



Decyduje skuteczność kuracji, a nie jej cena

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



Co znaczy określenie „rak potrójnie negatywny”, o czym także dyskutowano na konferencji ASCO?

Istnieją dwie grupy szczególnie złośliwego raka piersi: jedna z nadekspresją receptora HER2 i druga grupa którą nazywamy triple negative – potrójnie negatywne. W komórkach raka potrójnie negatywnego nie stwierdza się ekspresji ani receptora HER2, ani receptorów hormonalnych (dla estrogenów i progestagenów). Otóż raki potrójnie ujemne w pewnym stopniu związane są z mutacjami w genie BRCA1. Ta mutacja jest niejako tożsama z rakiem potrójnie negatywnym. Tak więc różnice między tymi dwoma typami raków są przede wszystkim genetyczne. I tu pojawia się problem leczenia tych chorych. U nich choroba ma bardziej agresyw-

ny przebieg i nie wiadomo dlaczego. W przeciwieństwie do chorych z nadekspresją HER2, na co mamy lek, czyli wymienianą wiele razy w naszej rozmowie herceptynę, dla chorych z mutacjami w genie BRCA1 – nie ma specyficznego leku. Wprawdzie cisplatyne postrzegana jest w tym wypadku jako lek dość skuteczny, to jednak ostatecznej odpowiedzi, jak leczyć chore - jak na razie nie ma.

Z czego to wynika?

Otóż wiele wskazuje na to, iż pacjentki z mutacjami w genie BRCA1 to nie jest grupa jednorodna. Leczymy takie chore, które mimo że trójjemne, dobrze reagują na chemioterapię, i to niemal każdą, m.in. na taksany czy cisplatinę. Ale są i takie panie, które w ogóle nie reagują na chemioterapię. W każdym razie poszukiwane są skuteczne leki na raki, mające agresywny przebieg a standard leczenia nie jest ostatecznie ustalony. I właśnie na tegorocznym zjeździe ASCO zaprezentowano m.in. inhibitor białka PARP, dzięki któremu wyniki leczenia „pacjentek trój ujemnych” są lepsze niż przy zastosowaniu samej chemioterapii. Pamiętać jednak trzeba, że jak na razie jest to pierwsze tego typu badanie, pierwszy sygnał. Na dalsze obserwacje oraz publikację ostatecznych wyników trzeba jeszcze poczekać...

Jak długo?

Myślę, że wciąż roku będzie-

my wiedzieć na ten temat nieco więcej... Czy się potwierdzi na tak, czy na nie – nie wiadomo. Zresztą często dzieje się tak, że we wczesnych wynikach badań populacja chorych jest mocno wyselekcjonowana i badacze uzyskują znacznie lepsze wyniki niż w badaniach późniejszych. W badaniu trzeciej fazy, na dużej populacji chorych, te wyniki nie zawsze się potwierdzają. Poza tym, jak we wszystkich badaniach nad lekami molekularnie celowanymi, czyli w grupie leków najnowocześniejszych, bez przerwy pojawiają się następne problemy. Np. takie, kiedy z jednej strony widać, że są to leki skuteczne, ale z drugiej strony okazuje się, że nie działają u wszystkich. Na ASCO przedstawiono wyniki badań, a raczej podsumowania pewnych danych, dotyczących leków celowanych stosowanych w leczeniu chorych na raka jelita grubego. Okazuje się, że w niektórych białkach mutacje na drodze sygnału mogą decydować o tym, czy lek będzie skuteczny czy też nie. Przy herceptynie ważne jest, aby była nadekspresja receptorów. Z kolei przy cetuksymabie i panitumumabie okazuje się, że ekspresja receptorów to jedno, a istnienie mutacji – to drugie. Zbadano, że tam, gdzie jest mutacja w genie K-RAS leki te nie działają. Ponadto nie tylko w K-RAS; także mutacja w innych białkach może powodować taki sam skutek. Ile takich mutacji się jeszcze znajdzie – trudno powiedzieć.

Jaka jest zatem konkluzja?

Konieczność indywidualizacji leczenia. Obecnie decyzje terapeutyczne oparte są na wynikach badań klinicznych, a w zasadzie na statystycznej interpretacji tych wyników. Jeśli jednak nawet dana metoda leczenia daje korzyść dla 99% chorych, to

pozostaje 1%, którzy z zastosowania tej metody korzyści nie odniosą. Jak więc określić, czy indywidualny chory znajduje się w tych 99%, czy też w tym 1%. Nawet zrobienie wielu badań klinicznych na to pytanie odpowiedzi nie daje. Ma to jeszcze dwa dodatkowe znaczenia, a mianowicie: że żadne leczenie nie jest obojętne dla chorego, że każde niesie za sobą możliwość powikłań, czasami niebezpiecznych. W związku z tym wykazanie, że dany lek ma rzeczywiście szanse zadziałać u danego chorego daje to, że gdybyśmy zważyli korzyść i ryzyko, to korzyść będzie przewyższała ryzyko. Dlatego zbadanie tych wszystkich parametrów, które wpływają na możliwość odniesienia korzyści, jest takie istotne. I drugie znaczenie: to jest koszt całego leczenia. W naszych warunkach kuracja miesięczna wynosi od 8 do 20 tys. Zł. Nie jest więc obojętne, czy poniesiony koszt przełoży się na efekt terapeutyczny.

Gdyby jednak zastosowano to leczenie, to ilu chorym może ono faktycznie pomóc?

Często na koszt leczenia patrzymy z perspektywy kosztu leczenia jednego chorego. To błąd, bo jeśli dzisiaj na 30 leczonych korzyść odniesie tylko jeden chory, to koszt uzyskania korzyści jest 29 razy większy niż koszt leczenia tego jednego chorego. Taka jest jednak prawda, obecnie często na 30-50 leczonych korzyść odnosi jedna osoba. Z tego powodu bardzo istotne staje się znalezienie takich parametrów, które z całej populacji pozwolą nam wybrać tego jednego chorego. Wtedy warto w takie leczenie zainwestować, bo lek przyniesie ewidentną korzyść. Stąd tak duża liczba toczących się badań, związanych z poznaniem tych wszystkich elementów, dotyczących

czy to przekazywania sygnałów, czy dróg, jakimi dane leki oddziałują na nowotwór złośliwy. Powstaje ogromna nauka, która po części jest jeszcze w powijakach. I właśnie dlatego mówienie o indywidualizacji, personalizacji leczenia raka jest w tej chwili hasłem bardziej życzeniowym aniżeli kwestią dnia dzisiejszego.

Czy często staje Pan przed dylematem, czy podać choremu bardzo drogi lek, nie mając pewności, że zadziała?

Tu mamy do czynienia z sytuacją, jakby odwrotną. Bo dobrze byłoby zdefiniować chorego u którego lek zadziała, a tego według aktualnego stanu wiedzy nie jesteśmy w stanie dokonać. Możemy jedynie ograniczać grupę leczonych o tych pacjentów, co do których uzyskamy pewność, że lek na pewno nie zadziała. Taką negatywną selekcję możemy starać się przeprowadzić poprzez poznanie parametrów, możliwych już w Polsce do określenia. Pozwalają one eliminować chorych, którym dane leczenie na pewno nie pomoże. To już dzisiaj robimy mimo, że badanie tych parametrów jest dość kosztowne, a NFZ kosztów takich badań nie refunduje. Jednak i w tej grupie, która zostaje, też nie ma pewności, jaki będzie ostateczny efekt leczenia...

Czym różnią się leki onkologiczne nowej generacji od „starej chemioterapii”?

Leczenie nowymi lekami opiera się na innych kryteriach działania i innych kryteriach oceny skuteczności. O ile przy „starych” cytostatykach można zaobserwować redukcję wielkości guza, to przy nowych lekach zdarza się to niezwykle rzadko. Stosowanie „starej” chemioterapii ma na celu eli-

minację nowotworu z ustroju, co tak do końca rzadko kiedy się udaje, ale pozwala przedłużyć życie chorego. „Nowe” leki, tzw. molekularnie celowane hamują rozwój choroby, czyli zmieniają chorobę nowotworową w chorobę przewlekłą i na tej drodze również przedłużają czas przeżycia.. Ocena jednak, czy mamy do czynienia z wolno rozwijającym się nowotworem czy ze skutecznym lekiem, hamującym jego rozwój, jest trudna. Tej oceny musimy dokonać sami.

W oparciu o jakie kryteria?

Np. jeśli przy zastosowaniu leku celowanego wielkość guza nie zmienia się, ale zmniejsza się jego gęstość, m.in. pojawiają się przestrzenie płynowe, to znaczy, że jest lepiej, aczkolwiek według dotychczasowych kryteriów powiedzielibyśmy, że efektu nie ma. Zmniejszanie się gęstości guza to dla nas i pacjenta dobry znak. Co więcej - możemy powiedzieć, że jest lepiej nawet wówczas, kiedy guz zwiększa swoją wielkość. Wielu radiologów nie bada tego zjawiska, ale radiolodzy OCO tak właśnie do tego zagadnienia podchodzą. Oni mają świadomość regresji guza, mimo że on fizycznie powiększa swoją objętość. Rośnie, ale nie jest już tak niebezpieczny. On rośnie powierzchwnie, ale rozpada się od środka pod wpływem leczenia. To jest dla nas bardzo istotna informacja. Ponadto u niektórych pacjentów, u których nie wiemy czy lek zadziała - oczywiście po wykluczeniu tych chorych, u których na pewno nie zadziała - takim elementem pośrednim jest pojawienie się objawów ubocznych. Np. w raku jelita grubego terapie celowane bardzo często prowadzą do zmian na skórze o charakterze swędzącej wysypki, która zresztą znika w trakcie terapii. Otóż okazuje się, że owo

nasilenie zmian na skórze jest pozytywne, wskazuje bowiem na skuteczność leczenia. Natomiast u chorych, u których nie występują takie zmiany, szansa na uzyskanie korzyści jest niewielka. Ponieważ te zmiany pojawiają się już po 2-3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia, mamy możliwość oceny oraz przewidywania, czy jest sens kontynuowania leczenia, czy nie.

Czy wiadomo, dlaczego pojawia się ta wysypka?

Leki molekularnie celowane oddziałują nie tylko na komórki rakowe, ale w wielu wypadkach także na komórki zdrowe. Zmiany skórne pokazują, że lek działa na komórki zdrowe a więc jest to dodatkowy sygnał, że oddziałuje także na komórki chore.

Czy decydując się na daną terapię lekarz sugeruje się np. jej kosztem?

Przyjęta przez nas strategia postępowania w leczeniu jest następująca: w momencie, w którym nie wiemy, czy dany lek zadziała, podajemy go wszystkim chorym, czyli wszyscy otrzymują tę samą szansę. Następnie na podstawie dowodów pośrednich wybieramy tych pacjentów, u których kontynuowanie leczenia jest celowe, oraz tych, u których to leczenie należy przerwać, m.in. ze względu na ryzyko powikłań czy przewidywalny brak skuteczności. Oczywiście koszty mają znaczenie drugorzędne. To nie jest też kwestia tego, że nie chcemy kontynuować leczenia, bo nikt za nie nie zapłaci, ale podstawą jest brak celowości kontynuowania leczenia, jeśli wszystkie przesłanki wskazują na to, że ten lek i tak nie będzie działał. Zawsze kierujemy Decyduje skuteczność kuracji, a nie jej cena.

Nadzieja to ziarenko światła ukryte w głębokiej ciemności...

W moim życiu spotkałem wielu przyjaciół. Pierwszymi byli rodzice, rodzeństwo, potem dzieci i wnuki. Ale nadeszły lata dojrzałego wieku, kiedy pojawiła się choroba; jej nazwa kojarzy się ze znanym skorupiakiem...

Ciężkie to były dla mnie chwile. Na opolskiej onkologii poznałem wielu wspaniałych lekarzy i pielęgniarki. Wierzę, że dzięki nim pokonam chorobę. Wiele otuchy i nadziei dodała mi także Pani Psycholog.

Nadzieja to ziarenko światła ukryte w głębokiej ciemności. Dziękuję tym wszystkim, którzy mi tę nadzieję dali w chwili załamania i niepewności. Życzę Wam wszystkim dużo zdrowia i radości a całej opolskiej onkologii, której patronuje prof. Tadeusz Koszarowski, wszystkiego najlepszego.

Ginter Walecko

Autor jest pacjentem Opolskiego Centrum Onkologii

Statystyka pokazuje: ponad milion chorych na grypę i ponad 100 tysięcy chorych na nowotwory złośliwe. Ale pokazuje także: 140 zgonów wskutek grypy i blisko 90 tysięcy z powodu raka.

Dentysta, fryzjer,... badanie piersi

Z dr. n. med. Barbarą Radecką, zastępcą ordynatora Oddziału Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii, rozmawia Krystyna Raczyńska



Czego należy obawiać się bardziej: raka czy grypy? Sądząc po uwadze, jaką media poświęcają obu tym chorobom, odpowiedź wydaje się oczywista – grypie!

Dysponuję porównawczymi danymi z roku 2002, dotyczącymi zachorowań i zgonów na grypę oraz na nowotwory złośliwe. Otóż w Polsce na grypę zachorowało wówczas ponad 1,2 miliona osób, a na nowotwory złośliwe „tylko” 115 tysięcy. Jednak liczby mówiące o zgonach jednoznacznie pokazują, która z chorób jest groźniejsza: w tymże otóż roku z powodu powikłań pogrypowych zmarło 141 osób i aż 87 500 z powodu chorób nowotworowych! Odpowiedź jest zatem oczywista!

Jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych, obok raka płuca, jest rak piersi, który od lat jest

najczęstszą nowotworową przyczyną śmierci Polek, także Opolank. Tymczasem pierś to narząd, który kobieta sama może sobie badać i sama może wykryć guza, kiedy nie jest za późno ...

Rola samobadania piersi jest nie do przecenienia. Rak piersi wcześniej rozpoznany to taki, gdy średnica guza wynosi ok. 0,5-1 cm. W takim stadium, przy regularnym i umiejętnym samobadaniu piersi, jak również w trakcie badania mammograficznego, rak może być rozpoznany. Dodam, że guzek o średnicy 2 cm zauważy kobieta, która bada się nieregularnie, a 4-centymetrowy, czyli wielkości małej mandarynki, wykryty zostaje przez kobietę, która nigdy wcześniej nie badała swoich piersi. Niestety, taki guz, jeśli okaże się złośliwy, prezentuje zaawansowane stadium; szanse na wyliczenie są wówczas niewielkie...

Słowa „jeśli okaże się złośliwy” sugerują, że nie każdy guz jest rakiem?

Oczywiście! Na 100 wykrytych guzów tylko ok. 10 proc. to nowotwory złośliwe. Odsetek niby niewielki, ale zachęcam do trzymania „ręki na pulsie”...

Nad kobietami, które nie umieją, bądź nie mają nawyku samobadania piersi, od roku 2007 próbuje czuwać państwo, finansując bezpłatny program skryningu mammo-

graficznego. „Próbuje”, bo niestety, Polki, także Opolanki, program ten masowo ignorują...

Badanie mammograficzne jest jak na razie najlepszą na świecie metodą wczesnego wykrywania raka piersi. Program skryningu z roku 2006, inaczej zwany przesiewowym, a którym w Polsce objęto zdrowe kobiety w wieku 50-69 lat, to wielkie dobrodziejstwo dla pań, nie zamierzających umierać przedwcześnie z powodu raka piersi. To właśnie dzięki programowi, w latach 2007-2008 realizowanemu na Opolszczyźnie, wykryto tę chorobę u blisko 300 kobiet, mimo że zaledwie połowa uprawnionych Opolanek skorzystała z zaproszenia do uczestnictwa w badaniu. Skryning dał tym paniom szansę na przeżycie wielu lat i dożycie późnej starości, gdyż prawdopodobieństwo zgonu na raka zrównuje się wówczas z każdą inną przyczyną śmierci człowieka, jak np. wypadku drogowego, zawału serca czy najzwyczajniej ze starości. Przecież każdy z nas musi kiedyś umrzeć! Chodzi jednak o to, aby nie umierać zbyt wcześnie. Istotą raka jest to, że

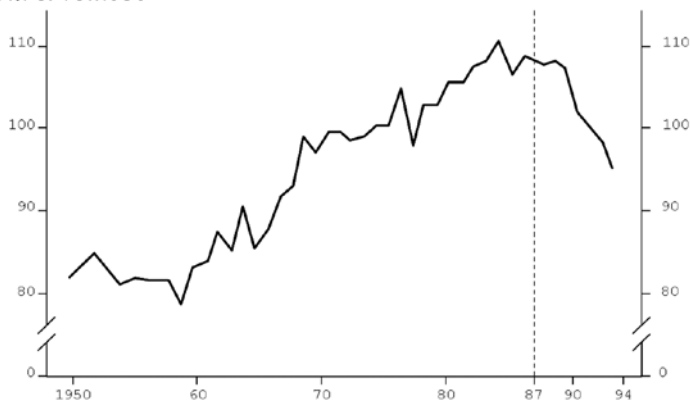
rak skraca życie. Rzecz w tym, aby mimo choroby i dzięki leczeniu uzyskać przeżycie średnie, populacyjne. Nie znam osoby, która wolałaby umrzeć w wieku 50-60 lat aniżeli w wieku 80-85 lat czy później...

Dodam, że w większości krajów Zachodu program funkcjonuje i to od wielu lat! I tam, w porównaniu z Polską, śmiertelność z powodu raka piersi jest znacznie niższa. W Wielkiej Brytanii krzywa zgonu kobiet z powodu raka piersi zaczęła wyraźnie spadać po roku 1987, w którym rząd brytyjski wprowadził badanie mammograficzne jako obowiązkowe i bezpłatne (zob. wykres- KR).

Bezpłatny skryning mammograficzny dotyczy pań w wieku 50-69 lat. A co z pozostałymi?

Podkreślam zdecydowanie: wszystkie panie, i młodsze, i starsze, mają dostęp do bezpłatnego badania mammograficznego, jeśli jest taka konieczność! Ale najpierw muszą zgłosić się do lekarza onkologa – skierowanie nie jest potrzebne - i dopiero on zdecyduje, czy mammografia w konkret-

Śmiertelność



Śmiertelność Brytyjek z powodu raka piersi w latach 1950-1994. Wyraźne załamanie krzywej po roku 1987, w którym wprowadzono obowiązkowy skryning mammograficzny

nym wypadku jest potrzebna. Skryning mammograficzny kierowany jest bowiem do populacji, w której ryzyko zachorowania na raka piersi jest największe, a należą do niej właśnie kobiety w wieku 50-69 lat. Jest jeszcze inny powód dla którego objęte skryningiem są właśnie kobiety po 50-tce, a nie np. przed 40-tką. Otóż piersi młodych kobiet są często - mówiąc lekarskim slangiem - „gęste radiologicznie”, ich radiologiczna ocena jest trudniejsza. W tej grupie wiekowej cenionym badaniem jest natomiast USG. Dzieje się tak dlatego, że w piersiach młodych kobiet dominuje tkanka gruczołowa, a nie tłuszczowa. Dopiero po okresie menopauzy tkanka gruczołowa ulega częściowemu zanikowi i jest zastępowana przez tkankę tłuszczową, a to sprawia że pierś jest radiologicznie bardziej czytelna i łatwiejsza do oceny. M.in. dlatego tak bardzo zachęcam młodsze panie do samobadania piersi. Tym bardziej, że jest to metoda nieobciążająca, tania, dostępna bez przerwy, nie wymagająca dodatkowego zachodu. Dbamy o siebie, chodzimy do dentysty, do fryzjera, manikiurzystki, ale jakże często zapominamy o dbaniu o piersi, o ich badaniu. Jest to kwestia pewnego nawyku.

Wiele pań nie wykonuje samobadania, bo nie umie, nie zna się... Te, które je robią, często wpadają w popłoch, bo guzków w piersi wyczuwają nieraz całe mnóstwo...

Gruczoł piersiowy kobiety ma swoistą, nieco „kalafiorkowatą” strukturę; przy pierwszym badaniu kobieta może być nieco zdezorientowana i zadawać sobie pytanie – czego powinnam szukać? Regularne, comiesięczne badanie służy temu, aby poznać topografię własnych piersi. Obej-

rzeć je, pomacać raz, drugi, czwarty, siódmy. I po tych kilku badaniach, jeżeli w pewnym momencie pojawi się jakaś zmiana, guzek, nawet jednocentymetrowy, którego wcześniej nie było, to na pewno kobieta potrafi go wyczuć. Przy wyjątkowo obfitym biuście będzie to raczej trudne, ale u większości kobiet znalezienie takiego guzka jest całkiem realne. Kobieta nie musi wiedzieć, co to jest, ale na pewno będzie wiedziała, że miesiąc czy dwa temu tej zmiany w tym miejscu nie było. Zawsze niepokojąca jest zmiana o większej spistości niż pozostała część gruczołu, której konsystencja bardzo wyraźnie różni się od reszty gruczołu. Jest ona znacznie twardsza, jakby w środku wyczuwało się jakiś kamyczek, orzech laskowy. To jest zmiana, która zawsze powinna zostać zbadana przez onkologa.

Ile czasu trawa leczenie raka piersi wykrytego wcześniej?

Nie ma jednego raka piersi. Rak piersi to worek chorób. Ale nawet w najbardziej rozbudowanej wersji leczenia, kiedy w grę wchodzi leczenie operacyjne, chemioterapia, radioterapia i roczne stosowanie przeciwciał, to takie leczenie trwa ok. półtora roku. Chora przez większość tego czasu zgłasza się co 3 tygodnie na chemioterapię oraz na przyjmowanie przeciwciał, po czym wraca do aktywności zawodowej. Leczenie może trwać więcej, jeśli chora będzie miała dodatkowo zleconą 5-letnią hormonoterapię. Jednak i w tym wypadku stosowanie jednej tabletki dziennie w niczym nie ogranicza jej zawodowej aktywności czy jakiegokolwiek innej. Może wrócić do pracy, skupić się na rodzinie, służyć jej radą, ciepłem, być babcią. Często też przewartościowuje swoje dotychczasowe życie, zauważa

że staje się ono jakby bogatsze, ona sama więcej może, więcej jej się chce. Natomiast chore, które zgłaszają się w stadiach zaawansowanych często leczą się bez przerwy, do śmierci. Czasem są to dwa lata, czasem trzy czy pięć, ale okresy, kiedy pacjentka nie musi się leczyć, są bardzo krótkie, kilkumiesięczne...

Czy kobieta, mając w piersi guz sześciocentymetrowej średnicy, może go nie zauważyć?

Absolutnie w to nie wierzę. Nienstety, ciągle przychodzą do nas panie, które nie tylko mają w piersi ogromne guzy, ale czasem są to guzy owrzodziałe, nierzadko cuchnące. Guz sześciocentymetrowy rośnie kilka lat i chora przynajmniej w ciągu kilku ostatnich miesięcy musiała mieć świadomość jego istnienia. Ostatnio trafiła do nas na konsultację chora nieleczona onkologicznie, ale z rozsianym nowotworem piersi, już z przerzutami do kości. Kiedy onkolog zaczął chorą badać, usłyszał: „Mam tylko taką cystę w piersi”. To był 6-centymetrowy guz złośliwy! Chora wiedziała o nim, ale nie dopuszczała do siebie myśli o ciężkiej chorobie. Możemy tylko gdybać co do rokowań, gdyby zwróciła się do nas zaraz po wykryciu u siebie owej „cysty” ...

Taka reakcja nie jest zapewne czymś odosobnionym...

Kobietami najczęściej kieruje strach przed niewiadomym, przed rozpoznaniem, które przewartościuje ich dotychczasowe życie i spowoduje, że staną się przegrzonymi, że znajdą się na marginesie normalnego życia. Nie można do tego dopuścić! Takie podejście do choroby nowotworowej można pokonać właśnie wszelkimi pozytywnymi kampaniami medialnymi, mówiącymi o tym, że tylko wczesne rozpoznanie raka jest dla każdego szansą. Jednak ani badaniami przesiewowymi, ani kampaniami medialnymi nie uzyskamy natychmiastowego, znaczącego spadku śmiertelności na raka. To są działania długofalowe. Jednak działania, które podejmiemy dzisiaj zaowocują tym, że wychowamy bardziej świadome pokolenie, które zarówno rzadziej będzie umierać na raka, jaki i nie będzie z powodu raka umierać przedwcześnie. Stąd tak ważne znaczenie mają spotkania z młodzieżą, na których przekazywana jest niezbędna wiedza z zakresu profilaktyki nowotworów, m.in. raka piersi i raka szyjki macicy. Przykładem bardzo udana konferencja z inspiracji europosłanki Danuty Jazłowieckiej i Wydziału Oświaty Urzędu Miasta Opola, która kilka tygodni temu odbyła się w Zespole Szkół Mechanicznych.

W roku 2006 na raka piersi zachorowało 339 Opolanek, a zmarło 109. Rak piersi występuje najczęściej po 50. roku życia i bardzo rzadko przed 30.

Do czynników zmniejszających ryzyko zachorowania należy m.in.:

- karmienie piersią,
- umiarkowane stosowanie leków z hormonami płciowymi,
- dieta uboga w tłuszcze a bogata w błonnik,
- ograniczenie spożycia alkoholu,
- regularny wysiłek fizyczny,
- poradnictwo genetyczne dla pań z grupy ryzyka.

Dojrzała pierś lubi mammografię (1)

Rozmowa z dr **Bożeną Widz-Tomalą** i dr **Beatą Wnęk-Rzeszut**, radiologami-skrynerami, specjalistkami z dziedziny radiologii w Opolskim Centrum Onkologii.



Dr Bożena Widz-Tomala (z lewej) i dr Beata Wnęk-Rzeszut

Czym w diagnozowaniu nowotworów piersi różni się praca radiologa skrynera od pracy radiologa-diagnosty?

Beata Wnęk-Rzeszut: Radiolog diagnosta opisuje wszystko, co widzi w piersi, nawet jeśli zmiana jest łagodna. Założeniem skryningu jest natomiast selekcja: rak- nie rak. Radiolog skryner musi skupić się wyłącznie na ocenie, czy zmiana jest złośliwa czy łagodna. Gdy widzi zmianę absolutnie łagodną to nawet za bardzo jej nie zauważa, bo jego zadaniem jest tylko selekcja: panie chore - panie zdrowe. Pracuje niejako w systemie zero-jedynkowym.

Dużą, kilkucentymetrową zmianę w piersi zobaczy na zdjęciu na-

wet laik, kilkumilimetrową - nie każdy radiolog - diagnosta...

B.W-R.: Założeniem badania przesiewowego jest to, że na mammografię przychodzą pacjentki teoretycznie zdrowe, bez jakichkolwiek objawów. Oczywiście w większości wypadków są panie zdrowe. Sedno pracy skrynera tkwi w wyryciu zmiany możliwie najmniejszej, kilkumilimetrowej, której nie można wykryć np. przy samobadaniu piersi. Zwłaszcza gdy piersi są dojrzałe, obfite, tłuszczowe. Mieliśmy niedawno taki przypadek. Badanie uzupełniające potwierdziło raka we wczesnym stadium. Kobieta przeszła operację oszczędzającą, obecnie jest w trakcie leczenia. Wiele wskazuje na to, że choroba nie zagro-

zi jej przedwczesnej śmierci.

Statystycznie większość zmian w piersiach to zmiany łagodne, ale nie zawsze można to stwierdzić na sto procent ...

B.W-R.: Kiedy pojawiają się choćby najmniejsze wątpliwości należy zawsze skierować kobietę na dodatkową diagnostykę. Jednak nie ma tu zupełnej dowolności. Istnieją pewne normy, których skryner nie może przekraczać. Otóż odsetek pań wysyłanych na dodatkowe badanie, czyli tzw. recall rate, nie powinien wynosić więcej niż 5-7 proc., bo wtedy jego, radiologa- skrynera umiejętności, stają pod znakiem zapytania. „Furtka” zatem nie jest zbyt duża i trzeba mieć sporo doświadczenie oraz wyćwiczone oko, aby złego wyniku nie uznać za dobry i odwrotnie. Czyli, aby było jak najmniej wyników fałszywie ujemnych i fałszywie dodatnich. Wynik fałszywie ujemny oznacza przeoczenie raka, a fałszywie dodatni – uznanie zmiany łagodnej za raka.

Czyli że takie „dmuchanie na zimne” jest błędem radiologa?...

Bożena Widz-Tomala: Jeśli jest to przesadna, asekuracyjna ostrożność to tak, albowiem takie rozpoznanie wymaga dodatkowego badania, np. biopsji gruboigłowej, metody dość obciążającej. Nie mówiąc już o stresie, jaki przeżywa dana kobieta, zanim okaże się, że zmiana w jej piersi jest łagodna.

Ile zdjęć mammograficznych opisały panie do tej pory?

B. W-T.: Każda z nas po ok. 50-70 tysięcy. Nie jest to mało, ale i wiedzy na temat najwcześniejszych symptomów raka nigdy w radiologii za wiele. Wprawdzie znany radiolog wrocławski zwykł był żartować, że „wieloletnie popelnianie błędów też jest doświadczeniem”, ale nasze „skrynerskie oko” potwierdzamy zarówno codzienną praktyką, jak i lic-

nymi certyfikatami uczestnictwa w możliwe dostępnych szkoleniach krajowych i zagranicznych.

B.W-R.: Nawet z pozoru banalne szkolenia czy konferencje zawsze wnoszą coś istotnego do naszej radiologicznej wiedzy...

Czy zdarza się paniom trafić na swoje opisy zdjęć mammograficznych, potwierdzające brak raka, a za jakiś czas okazuje się, że jest, niestety, inaczej?...

B. W-T.: Niestety tak. Takie „odkrycie” jest dla nas zawsze wielką traumą. Wracamy później do tych zdjęć, analizujemy, co było nie tak, że zostały przeoczone...

B.W-R.: Bywa, że na pierwszym zdjęciu faktycznie nic nie ma, ale bywa, że... niestety tak. I wtedy trzeba położyć uszy po sobie... Inna rzecz, że gdy ogląda się zdjęcia poprzednie i widzi zmianę dzisiejszą, to też inaczej się to wszystko patrzy. Bo wiadomo już, gdzie jest rak i gdzie go szukać na starym zdjęciu...

B. W-T.: Dodam, i to nie jest usprawiedliwienie, że nie ma na świecie radiologa – skrynera, który się nigdy nie myli. Skryning jest najtrudniejszą dziedziną diagnostyki obrazowej. Tu nie ma mocnych. Nie da się pomyłek uniknąć, aczkolwiek trzeba robić wszystko, aby ich było jak najmniej.

Z czego pomyłki przeważnie wynikają?

B. W-T.: Opisywaniu zdjęć musi towarzyszyć maksymalny spokój. Trzeba też mieć wypoczęte oko Można sobie siedzieć przy kawie, słuchać cichutkiego jazzu, ale wystarczy że ktoś wejdzie pożyczyc przysłowiowy cukier, albo zadzwoni telefon, wówczas cały proces analizy trzeba zacząć od nowa. Ale istnieją też raki tzw. nieme radiologicznie, których żadne zdjęcie nie pokaże. Ponadto zdarzają się również tzw. raki interwałowe, które pojawiają się w dwuletniej rundzie

skryningowej, a więc między jedną mammografią a drugą. Wykrycie ich wcześniej również nie było możliwe.

Dlaczego skryningiem mammograficznym objęte są kobiety w wieku 50+, a nie młodsze?

B. W-T.: Przede wszystkim dlatego, że młode kobiety mają inną budowę piersi. Dominuje u nich tkanka gruczołowa, która młodej kobiecie potrzebna jest do karmienia dzieci. Do 35. roku życia u większości kobiet komponenta tłuszczowa w piersiach jest bardzo niska. Dominuje tkanka gruczołowa, radiologicznie gęsta, w wypadku której mammografia ma dużo mniejszą wartość diagnostyczną; w szczególnych wypadkach należy wspomóc się badaniem USG. Kobiety młode, w wieku rozrodczym, bez wyraźnego wskazania nie powinno się narażać na promieniowanie jonizujące. Dojrzała pierś lubi mammografię, bo zmianę podejrzaną dużo łatwiej jest znaleźć w piersi o przewodzie tkanki tłuszczowej, a na ogół jest to pierś kobiety starszej, po menopauzie. Oczywiście granica 35. lat to granica umowna, bo np. kiedy istnieje jakieś podejrzenie lub kobieta jest genetycznie obciążona rakiem piersi, to mammografia jest wykonywana ze względów życiowych, na potrzeby diagnostyki.

Czasem kobiety twierdzą, że opis mammograficzny potwierdza stan „bez zmian” a tymczasem badanie USG pokazało, że w piersi jest np. torbiel...

B. W-T.: Mammografia i USG to badania komplementarne, wzajemnie się uzupełniające. W wypadku piersi tłuszczowych, czyli piersi kobiet starszych, zdjęcie mammograficzne ma zdecydowanie większą wartość diagnostyczną. W wypadku dużej komponenty gruczołowej musimy się posłużyć badaniem USG jako uzupełniającym, które jest robione po

to, aby rozbić gęstą tkankę piersi, rozebrać ją niejako na czynniki pierwsze. I wtedy pokazują się na ekranie włókniaki, torbiele, i tym podobne znaleziska. Nieprawdą jest, że USG jest badaniem bardziej czułym niż mammografia. Gdyby było inaczej to przecież korzystniej byłoby wykonywać skryning USG, który byłby zarówno tańszy, nie narażałby kobiet na promieniowanie jonizujące, ani na dyskomfort, związany z uciskiem. Ponadto należy pamiętać, że USG jest niezwykle subiektywnym badaniem. Ciągłe jego największą wadą jest to, że nie do końca z jego wyniku można wyciągnąć jednoznaczne wnioski. A zdjęcia MMG można każdemu pokazać, skonfrontować, skonsultować...

Czy skryningowi podlegają panie, które są lub były pod kontrolą Poradni Chorób Piersi?

B. W-R.: Odpowiem następująco: i tak, i nie. Otóż zdarza się, że panie w wieku skryningowym, czyli 50-69 lat, mają lub miały wcześniej jakieś zmiany w piersi, które zostały wyleczone bądź potwierdzono u nich zmianę łagodną. Takie panie są objęte opieką poradni i mammografie winny wykonywać zgodnie z zaleceniem lekarza. Nie powinny jednak zgłaszać się na skryning, ponieważ radiolog-skryner, widząc ich zdjęcie piersi, a więc nierzadko ze zmianami pozabiegowymi, mastopatycznymi, nie za bardzo wie, co robić. Zaczyna się szukanie po historii choroby, co się działo, co było robione. Bardzo ważne jest też porównanie zdjęć, których często nie ma. Jeśli kiedyś wykonano je cyfrowo to udaje się je znaleźć, ale jeśli analogowo – to już gorzej, bo zdjęcie trafia do pacjentki i bywa, że ginie gdzieś w jej domu, albo zostaje wyrzucone. Radiolog nie ma wówczas do czego się odnieść, ani co porównać. Nierzadko diagnostykę trzeba rozpoczynać od nowa.

Co roku, od blisko 20 lat, każdy trzeci czwartek listopada obchodzony jest jako Świątowy Dzień Rzucania Palenia. W tym roku dzień ten przypada na 19 listopada. Dzień jak dzień. Ale może warto pomyśleć o jego idei, zanim będzie za późno...

Minąłeś. Minęłaś. Już Was nie ma...

*Minąłeś. Minęłaś. Już Was nie ma.
A ten szum nad Wami to wiatr.
On tak będzie jeszcze całą wieczność wiał.
Nad Wami, nad wodą, nad Ziemią...*
(parafraza wiersza Haliny Poświatowskiej)

Kiedy się ma 20 lat (albo mniej), słuchanie wywodów o szkodliwości palenia papierosów postrzegane jest przez palaczy jako gadanie austriackie, czcze gadanie, gadanie nawiedzonych...

Kiedy się ma lat niewiele ponad 50 (albo mniej) ciekawy zawód i za mało godzin dnia, aby realizować autentycznie życiowe pasje, pojawienie się ciężkiej choroby, której związek m.in. z paleniem papierosów wydaje się bezsporny, musi rozdić pytania typu „co by było gdyby w moim życiu nie było tytoniowego nalogu”...

Pod koniec października zmarł mój dobry kolega jeszcze z czasów studenckich. Miał 54 lata. Był osobą niezwykle aktywną, wysportowaną, o niezliczonych pozazawodowych, niebanalnych pasjach. Takich, które wymagały przebywania w plenerach, w lesie, w przestworzach, w wodzie i na wodzie. Na niespełna miesiąc przed śmiercią zdiagnozowano u niego tętniaka mózgu. Został zoperowany, ale czekał go kolejny zabieg. Nie doczekał go już...

Od zawsze kojarzyłam go z papierosem w ustach. Można gdybać, czy choroba rozwinęłaby się u niego, gdyby był tytoniowym abstynentem. Albo gdyby wcześniej rzucił palenie... Miał też nadciśnienie. Nie wiem, czy był pod kontrolą kardiologa...

Pod koniec października, w tym samym dniu co ów kolega, zmarła moja znajoma, żona innego mojego bardzo dobrego kolegi. Prowadzili dobrze prosperującą, znaną opolską firmę. Wiele podróżowali po Europie i świecie. Zmarła na raka płuca. Palila dużo, od wielu lat.

Można gdybać, czy choroba rozwinęłaby się u niej, gdyby była tytoniowym abstynentem. Albo gdyby wcześniej rzuciła palenie...

Oboje pochowani zostali w tym samym dniu na cmentarzu w Półtwi.

Palenie papierosów jest jednym z istotnych czynników, sprzyjających powstaniu tętniaków a wpływu nalogu na uszkodzanie i osłabianie ścian tętnicy nie kwestionuje nikt. To nie jest truizm.

Palenie papierosów jest jednym z najważniejszych czynników raka płuca. To nie jest truizm.

Krystyna Raczyńska

„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

Dyrekcja Opolskiego Centrum Onkologii: 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

Skład i druk: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4, tel. 077 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

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