
*„Kiedy w Betlejem rodzi się Dziecię,
radość przynosi wszystkim na świecie.
Niech wraz z Bożą Dzieciną dni szczęśliwe przyplyną,
a pokój jak gwiazdka niech świeci.”*



Święta Bożego Narodzenia to czas szczególny, to najpiękniejsze chwile w roku.

*Życzę, pracownikom, współpracownikom oraz pacjentom Opol-
skiego Centrum Onkologii - w nadchodzących dniach wielu szczęś-
liwych chwil spędzonych w ciepłej i rodzinnej atmosferze, siłę oraz
nadzieję na przyszłość. Niech nuta ulubionej kolędy towarzyszy
nam przez cały czas, napełniając pogodą ducha oraz dostarczając
wielu świątecznych wzruszeń, a nadchodzący Nowy Rok był inspi-
racją do podejmowania wielu wyzwań.*

Dejwach Szczęśliwych



REALIZUJE

NARODOWY PROGRAM ZWALCZANIA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH

PEŁNI ROLĘ

WOJEWÓDZKIEGO OŚRODKA KOORDYNUJĄCEGO

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi

BĘDZIE PRZEDSTAWIAĆ I UPOWSZECHNIAĆ

Europejski Kodeks Walki z Rakiem



Zgodnie z ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku, o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz.1200 z 2005r.), program realizowany będzie w latach 2006-2015.

Uchwalenie ww. ustawy stwarza gwarancję stabilnego finansowania Programu z budżetu państwa.

Przewiduje się, że realizacja Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w zakresie zapobiegania, wcześniejszego wykrywania oraz upowszechnienia i zwiększenia dostępności do leczenia odpowiadającego obecnemu poziomowi sprawdzonej w praktyce wiedzy medycznej, z uwzględnieniem postępu tej wiedzy, doprowadzi do zmniejszenia zachorowalności na nowotwory o około 10 %, oraz do poprawy skuteczności leczenia chorób nowotworowych w Polsce do poziomu osiąganego w krajach Zachodniej i Północnej Europy, czyli do osiągnięcia 40 % wyleczeń i przeżyć 5-letnich u mężczyzn i ok. 50% wyleczeń i przeżyć 5-letnich u kobiet.

W ramach Programu, w latach 2007-2008 kontynuowane będą wszystkie kierunki działań wymienione w ustawie, a dotyczące w szczególności:

1. Rozwoju profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w tym zwłaszcza zależnych od palenia tytoniu i niewłaściwego żywienia;
2. Realizacji populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka piersi, raka szyjki macicy, wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci;
3. Zwiększenia dostępności do metod wczesnego rozpoznawania;
4. Uzupełnienia oraz wymiany wyeksploatowanych urządzeń do diagnostyki nowotworów i radioterapii;
5. Wdrożenia procedur zapewnienia wysokiej jakości diagnostyki i terapii nowotworów;
6. Standaryzacji procedur leczenia napromienianiem;



7. Upowszechnienia metod leczenia skojarzonego;
8. Rozwoju i upowszechnienia współczesnych metod rehabilitacji chorych oraz opieki paliatywnej w onkologii;
9. Ograniczania odległych następstw leczenia;
10. Poprawy działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów;
11. Upowszechniania i rozwoju nauczania onkologii w kształceniu przed i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, przedstawicieli innych zawodów medycznych;
12. Upowszechniania wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów.

W zakresie profilaktyki priorytetami będą: upowszechnienie wiedzy o najczęstszych przyczynach zachorowania na nowotwory, kontynuowanie działań na rzecz ograniczenia palenia tytoniu zwłaszcza wśród kobiet i osób w młodszym wieku oraz zasad zdrowego żywienia.

W zakresie wczesnego wykrywania nowotworów szczególny nacisk zostanie położony na rozwój populacyjnych programów wczesnego wykrywania raków piersi i szyjki macicy poprzez objęcie nimi grup kobiet, które dotychczas tymi programami nie były objęte oraz na dalszym podnoszeniu standardów jakości badań diagnostycznych w tych programach.

Kontynuowane mają być wszystkie programy edukacyjne, programy doposażenia i modernizacji aparatury do leczenia nowotworów, w tym do radioterapii oraz aparatury diagnostycznej, programy wdrażania i upowszechniania standardów kontroli jakości w badaniach diagnostycznych i terapii nowotworów, działania na rzecz poprawy jakości opieki nad chorymi na nowotwory zaawansowane.

Planowane jest gromadzenie w poszerzonym zakresie danych epidemiologicznych o zachorowaniach, zaawansowaniu choroby, przeżyciach i zgonach chorych na nowotwory złośliwe w Polsce.

***Kierownik Wojewódzkiego
Ośrodka Koordynującego***

***Populacyjny Program Wczesnego
Wykrywania Raka Piersi***

mgr Wiesława Kaczmarek

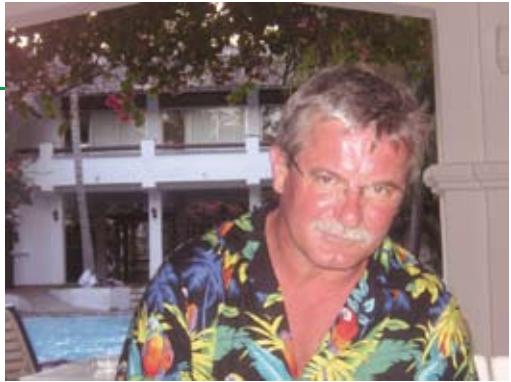
Na prośbę czytelniczek, poniżej zamieszczamy fragmenty artykułu dr Romana Kabarowskiego, z wydania listopadowego Biuletynu OCO

Drogie Panie, _____

po badaniach mammograficznych otrzymujecie informację pisemną o stanie zdrowia w badanym zakresie, oraz jeśli jest taka potrzeba – wskazówki co do dalszego postępowania.

Ułatwiając 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, torbielowe 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 badania 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 kłiwe. 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.

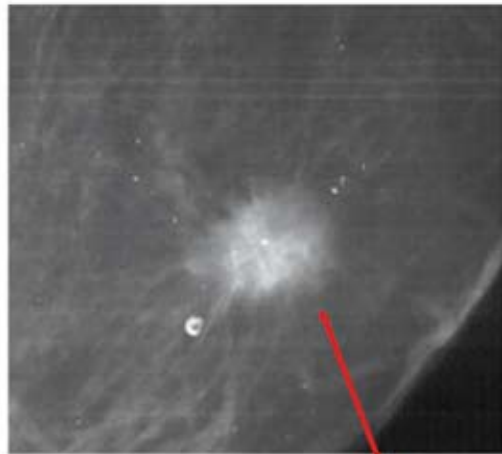
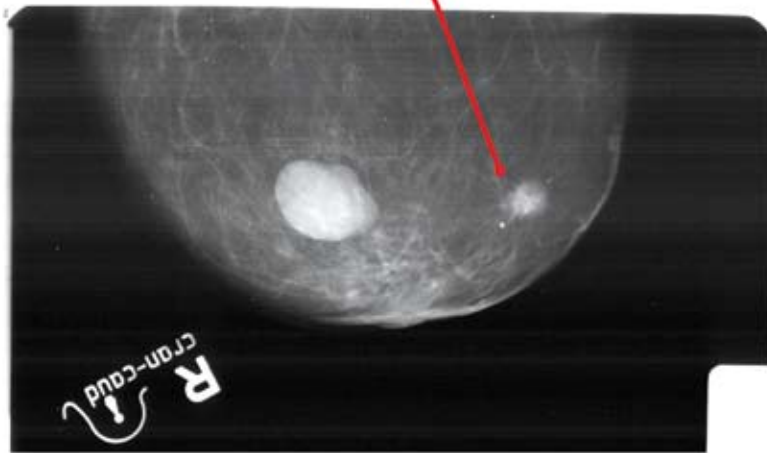
„ stwierdzam mikrozwapnienia (łagodne, patologiczne, rozsiane lub w skupiskach”. Mikrozwapnienia, to złogi wapniowe o średnicy poniżej 1 mm mogące być wynikiem przebytych procesów miejscowych (zwłóknienia, stany zapalne, blizny) lub mogą towarzyszyć procesom patologicznym (np. nowotworom). Większość 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. Jedyłą 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.

W załączeniu do tekstu podaję przykładowy opis wraz ze zdjęciami.





Utkanie piersi prawej tłuszczowe. W KGZ dobrze odgraniczony radiologicznie lagodny guzek śr. Ok.15 mm (cystis?). W KDW nieostro odgraniczony guzek śr. Ok. 7-8mm – przy oglądaniu lupą lub na zdjęciu celowanym z powiększeniem – zmiana ewidentnie odpowiada rakowi.

Jest to przykład możliwości technicznych i konieczności diagnostycznych wykonywania powiększeń dla różnicowania zmian podejrzaných.

Pacjentka lat 70



Poradnia Konsultacyjna Laryngologiczna Opolskiego Centrum Onkologii,

realizuje zadania w zakresie weryfikacji nowotworów głowy i szyi. Zajmuje się opieką i leczeniem zdiagnozowanego pacjenta z: nowotworem krtani gardła środkowego, nosogardła, gardła dolnego, ślinianek, zatok przynosowych oraz przerzutów do węzłów chłonnych szyi nieznanego pochodzenia.

W Poradni kontroluje się leczenie – w pierwszym stadium radioterapią, a w chorobie bardziej zaawansowanej – radioterapią skróconą (tzw. szorty). Tutaj prowadzi się obserwację odczynu popromiennego u pacjentów, a także zachowanie się guza (zmniejszanie lub regresja).

Po zakończonym leczeniu chorzy podlegają systematycznej kontroli:

- w pierwszym roku - regularnie co miesiąc,
- w drugim roku - co dwa miesiące,
- po roku trzecim - kontrole są co trzy do sześciu miesięcy.

W razie stwierdzenia wznowy choroby, pacjenci kierowani są do badań dodatkowych min: wziernikowanie, USG czy TK (badanie tomografem komputerowym), oraz podlegają dalszemu leczeniu.

Lekarze przyjmujący w Poradni Konsultacyjnej Laryngologicznej to:

dr n. med. Bogdan Kochanowski – absolwent Śląskiej Akademii Medycznej, posiadający specjalizację II ° z laryngologii. Doświadczenie zawodowe zdobywał min. w Szpitalu Górniczym w Bytomiu, II Klinice Laryngologii Śląskiej Akademii Medycznej oraz Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Opolu.

lek. med. Zofia Chowaniec – specjalista laryngolog I i II °. Wcześniej zatrudniona min. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym oraz Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Matki i Dziecka.

W pokoju 115 (budynek przychodni) lekarze specjaliści przyjmują w poniedziałki i czwartki od godz. 11.00 (wszystkich zarejestrowanych).



Rak krtani

dr n. med. Bogdan Kochanowski
Opolskie Centrum Onkologii

Rak krtani jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych u mężczyzn. U kobiet choroba ta występuje znacznie rzadziej. Zwiększa się natomiast ilość pacjentów w coraz młodszym wieku.

Pomimo coraz powszechniejszej oświaty zdrowotnej, zwiększonej dostępności badań profilaktycznych oraz specjalistycznej opieki laryngologicznej w dalszym ciągu zbyt wiele osób trafia na leczenie z zaawansowanym stopniem choroby. Przyczyny takich sytuacji mogą być różne. Podstępny rozwój choroby charakteryzować się może pozornie banalnymi objawami takimi jak pobołowanie gardła czy chrypka. Do podstawowych czynników predysponujących do raka krtani zaliczyć możemy:

- dym tytoniowy i jego długotrwałe drażniące działanie,
- nadużywanie alkoholu (zwłaszcza wysokoprocentowego),
- działanie toksyn wziewnych występujących szczególnie podczas pracy zawodowej,
- uboga dieta szczególnie w witaminę A i C.

Epidemiologiczne badania jednoznacznie udowodniły, iż palenie tytoniu jest podstawowym czynnikiem ryzyka. Szczególnie szkodliwy jest czarny tytoń, bardzo bogaty w substancje smołowate i nikotyne.

Alkohol rozszerza naczynia krwionośne, powoduje przekrwienie w obrębie błony śluzowej oraz w warstwie podśluzowej gardła dolnego stwarzając korzystne warunki do rozwoju komórek nowotworowych.

Spośród materiałów budowlanych pył azbestowy należy do najbardziej niebezpiecznych substancji rakotwórczych. Inne niebezpieczne dla zdrowia związki chemiczne to min: arsen, benzen sadza, smoły, oleje. Dziedziczne występowanie nowotworów krtani nie zostało w badaniach epidemiologicznych potwierdzone.



Objawy raka krtani nie są charakterystyczne i zależą od umiejscowienia ogniska pierwotnego. Jeżeli rozwija się w strunach głosowych głównym objawem jest chrypka. W rakach umiejscowionych w okolicy nagłośniowej oraz w gardle dolnym dominuje uczucie przeszkody w gardle oraz zaburzenia połykania. Nowotwory rozwijające się w tej okolicy, ze względu na dużą przestrzeń gardła dolnego, mają dobre warunki do rozprzestrzeniania się, a dolegliwości są niewielkie i występują późno. Ból gardła występuje, gdy proces chorobowy obejmuje chrząstki krtani – w stanie zaawansowanym może promieniować do ucha. Zaburzenia mowy spowodowane są naciekaniami podstawy języka. Pierwszym objawem choroby, bez dolegliwości bólowych może być powiększenie węzłów chłonnych.

Duszność występuje w zaawansowanych nowotworach wypełniających w znacznej części lub całkowicie przestrzeń drogi oddechowej. Wzrastające powoli guzy stopniowo pogarszają warunki oddychania. Chory adaptując się do tej sytuacji nie uświadamia sobie niebezpieczeństwa. Powyższe objawy często występują także w innych schorzeniach gardła i krtani, jednakże nie wolno ich lekceważyć.

Diagnostyka i metody leczenia

Diagnoza stawiana jest w oparciu o rozpoznanie kliniczne, potwierdzone badaniem histopatologicznym wycinków guza oraz uzupełnione badaniem radiologicznym krtani i węzłów chłonnych szyi.

Proces tworzenia się nowotworu może być poprzedzony wieloletnim przewlekłym stanem zapalnym lub brodawczakami krtani u dorosłych. Jednakże nie jest to normą, gdyż rozwój nowotworu złośliwego polega na przechodzeniu prawidłowej komórki w komórkę przedrakową, a następnie rakową. Proces ten może się rozwijać lub ulegać zahamowaniu na każdym etapie przemian, dlatego też postępowanie w przewlekłych stanach zapalnych krtani polega na wyeliminowaniu czynników szkodliwych oraz systematycznej kontroli laryngologicznej.

Obecnie stosowane są następujące metody leczenia raka krtani:

- chirurgiczne,
- radioterapia,
- leczenie skojarzone (tj. operacyjne uzupełnione radioterapią).

Metody chirurgiczne to: chordektomia i laryngektomia - częściowa i całkowita.

Chordektomia jest to wycięcie struny głosowej wraz z guzem (stosuje się we wczesnym stadium zaawansowania choroby). Można ją wykonać metodą



konwencjonalną przez rozszczepienie krtani lub wycięcie promieniem lasera guza, obejmującego strunę głosową w granicach tkanek zdrowych.

Laryngektomia częściowa wykonywana jest w przypadkach, gdy już nie można wykonać chordektomii. Laryngektomia częściowa poprzedzona jest tracheotomią (tj. przecięcie tchawicy i założenie rurki tracheotomijnej) utrzymywaną na okres leczenia. Laryngektomia częściowa pozwala na zachowanie funkcji głosowej oraz uniknięcie konieczności oddychania przez tracheostomię.

Laryngektomia całkowita polega na usunięciu całej krtani wraz z guzem. Osoba po takim zabiegu na stałe oddycha przez tracheostomę i nie może posługiwać się normalnym dźwięcznym głosem (chorzy wymagają rehabilitacji foniatrycznej w celu wytworzenia mowy zastępczej – przelykowej).

Radioterapię stosuje się we wczesnym stadium choroby lub w stadium bardzo zaawansowanym, a także, gdy chory nie wyraża zgody na leczenie operacyjne. Stosowana jest w leczeniu skojarzonym przerzutu do węzłów chłonnych szyi – lub brak marginesu onkologicznego.

Pomimo stosunkowo dobrych prognoz leczenia, rak krtani należy do nowotworów bardzo traumatyzujących. Operacja usunięcia krtani daje szansę wyleczenia choroby zasadniczej, niestety jest zabiegiem trwale okaleczającym, powodując utratę normalnego głosu. Zmusza do oddychania przez otwór umiejscowiony u podstawy szyi (tzw. tracheostomia).

Rak krtani zdiagnozowany i leczony we wczesnym stadium zaawansowania choroby niezależnie od zastosowanej metody leczenia, daje 80 – 90 % wyleczeń. Natomiast po całkowitym usunięciu krtani 50 – 60% wyleczeń.

Tragicznie kończą się próby podejmowania leczenia we własnym zakresie np. u bioenergoterapeutów, których zalecenia, w przypadku rozwijającej się choroby nowotworowej są nieskuteczne prowadząc często do nieodwracalnych zmian.

*w artykule uwzględniono materiały z Biuletynu Informacyjnego Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych



Leczenie raka płuc

dr n. med. Ewa Skrzypczyńska
Szpital Wojewódzki w Opolu

W leczeniu raka płuca znajdują zastosowanie trzy główne metody: leczenie chirurgiczne, radioterapia i chemioterapia lub ich skojarzenie. Odmienność przebiegu niezróżnicowanego raka drobnokomórkowego sprawia, że z punktu widzenia strategii postępowania terapeutycznego można dokonać podziałów raka płuc na raki drobnokomórkowe i inne niż ten typ histopatologiczny.

Raki niedrobnokomórkowe (rak płaskonabłonkowy, rak gruczołowy i wielkomórkowy) – zasadniczym postępowaniem jest leczenie chirurgiczne.

Leczenie chirurgiczne raka płuca możliwe jest jedynie w I, II i IIIA, stopniu zaawansowania nowotworu. W przypadkach stopnia IIIA zaawansowania nowotworu (węzły chłonne przerzutowe znajdują się w śródpiersiu tylko po stronie guza (i/lub pododostrogowe), stosuje się przedoperacyjną tzw. neoadjuwantową chemioterapię. Postępowanie to poprawia wyniki leczenia chirurgicznego u chorych w tym stadium zaawansowania.



Raka uznaje się za nieoperacyjnego wówczas, gdy szerzy się on na opłucną, rozlegle nacieka śródpiersie, znajduje się w odległości mniejszej niż 2 cm od rozwidlenia tchawicy, chociaż rozległość nacieku od ostrogi głównej nie zawsze świadczy o nieoperacyjności zmiany.

W niektórych przypadkach istnieje możliwość resekcji przy zastosowaniu odpowiednich technik chirurgicznych. Ważne jest, aby w każdym przypadku, ustalenie przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego opierało się na maksymalnie obiektywnych badaniach (np. powiększenie węzłów chłonnych w śródpiersiu - widoczne w TK wymaga potwierdzenia przerzutów hist. pat.).

Należy podkreślić, że nie zawsze obecność płynu w jamie opłucnej jest świadectwem nowotworowego zajęcia opłucnej.



W przebiegu raka płuca może dochodzić do współistniejącego zapalenia z towarzyszącym odczynem opłucnowym. Niezależnie od zaawansowania choroby nowotworowej, przeciwwskazania do leczenia operacyjnego mogą wynikać ze złego stanu sprawności chorego, niewydolności krążeniowej lub oddechowej.

Zakres resekcji tkanki płucnej, wykonanej z powodu raka oskrzela, zależy od zaawansowania choroby typu histologicznego raka, a także wydolności oddechowej chorego. Nie powinno się jednak usuwać obszaru mniejszego niż jeden płat.

Leczenie indukcyjne przedoperacyjne u chorych z III stopniem zaawansowania polega na podaniu 2 lub 3 kursów chemioterapii. Liczba kursów powinna być uzależniona od reakcji chorego.

Leczenie chirurgiczne powinno mieć miejsce po ustąpieniu toksyczności hematologicznej tj. w okresie ok. 21 dni po ostatnim kursie chemioterapii.

U chorych niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego z powodu zbyt zaawansowanego miejscowo procesu nowotworowego (stopień IIIB), stosowane jest skojarzone leczenie za pomocą chemioradioterapii. W sposób sekwencyjny (tzn. najpierw chemioterapia 3 – 4 kursy, a potem radioterapia) lub naprzemienny. Przeciwwskazaniem do zastosowania chemioradioterapii o założeniu radykalnym jest zły stan sprawności chorego, czynne zakażenie, ubytek masy ciała powyżej 10 % w ciągu trzech miesięcy poprzedzających leczenie. U chorych z zaawansowaniem choroby w stopniu IIIB, z przeciwwskazaniami do chemioterapii, stosuje się radioterapię o założeniu radykalnym.

Duże kontrowersje budziły zawsze, zasady postępowania z chorym w IV stopniu zaawansowania choroby (przerzuty odległe) tzn. zdaniem jednych autorów - są wskazania do chemioterapii, zdaniem innych – chorzy ci powinni być poddani jedynie najlepszemu leczeniu wspomagającemu z uwzględnieniem radioterapii paliatywnej.



W świetle wyników badań metaanalitycznych wydaje się, że chemioterapia zastosowana u niektórych chorych w IV stopniu zaawansowania klinicznego





dr Małgorzata Mączko usuwa aplikator

wpływa na wydłużenie przeżycia.

Rak drobnokomórkowy, jak wcześniej wspomniałam, ma całkowicie odmienną biologię i przebieg kliniczny w porównaniu z innymi typami histologicznymi raków płuca. Charakteryzuje się znacznie szybszą proliferacją

komórek, co decyduje o bardzo dynamicznym wzroście. Jednocześnie w nowotworze tym występuje szczególna skłonność do szybkiego tworzenia przerzutów zarówno drogami limfatycznymi jak i krwiopochodnymi.



Naświetlanie nowotworu płuc

Zdecydowana większość chorych w momencie rozpoznania ma uogólniony proces nowotworowy, co decyduje o nieskuteczności leczenia chirurgicznego, nawet w przypadkach stwierdzanego zaawansowania miejscowego, świadczącego o możliwości takiego leczenia.

Rak drobnokomórkowy charakteryzuje się dużą chemiowrażliwością i promieniowrażliwością. Pomimo znacznej promieniowrażliwości drobnokomórkowego raka płuca - radioterapia, jako jedyna metoda leczenia, podobnie jak leczenie chirurgiczne nie znajdują zastosowania, co także wynika z bardzo wczesnego uogólnienia choroby. W związku z tym podstawową metodą leczenia jest chemioterapia. Leczenie to pozwala na uzyskanie remisji choroby u ponad 90 % chorych.

Mimo znacznego postępu, jakiego dokonano na świecie w leczeniu raka płuca, to nadal pozostaje on największym zabójcą wśród nowotworów, zmuszając naukowców do poszukiwań nowych możliwości terapeutycznych. Prawdopodobnie przyszłość należeć będzie do leków hamujących angiogenezę w guzie.

*dr n. med. Ewa Skrzypczyńska – specjalista chorób płuc, ordynator Oddziału Pulmologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu od 1997 roku.



To powinniśmy wiedzieć

lek. med. Maria Urbaniec
Opolskie Centrum Onkologii

Jednym z czynników sprzyjających powstawaniu raka jelita grubego są uporczywe zaparcia stolca.

Przez zaparcie stolca rozumiemy przedłużone zaleganie mas kałowych w jelicie grubym, które objawia się zbyt rzadkim oddawaniem stolca lub zmniejszoną objętością wypróżnień. Na zaparcie stolca cierpi prawie 1/3 populacji ludzkiej. Częściej zaparcia stolca występują u kobiet oraz osób po 65 roku życia. Prawidłowe wypróżnienie powinno odbywać się raz dziennie. Za zjawisko fizjologiczne uważa się również stolec oddany dwa razy dziennie lub w odstępach 2 – 3 dni, pod warunkiem, iż nie towarzyszą wypróżnieniom inne objawy chorobowe.



Pamiętać należy, że zaparcie stolca jest objawem a nie chorobą, dlatego zawsze należy ustalić jego przyczynę zanim „na własną rękę” sięgniemy po środki przeczyszczające.

Formowanie kału następuje w jelicie grubym poprzez wchłanianie wody wraz z elektrolitami co nadaje stolcu odpowiednią gęstą konsystencję. Wydalany stolec składa się głównie w 75 % z wody i 25 % składników stałych. Do składników stałych należą substancje mineralne zwłaszcza wapń i fosfor, związki tłuszczowe, niestrawione resztki pokarmowe, białko roślinne i endogenne oraz bakterie.

Stolec formowany w jelicie grubym przesuwa się do odbytnicy dzięki ruchom perystaltycznym jelita grubego. Ściana wypełnionej masami kałowymi odbytnicy ulega rozciągnięciu co daje sygnał w postaci parcia na stolec o konieczności wypróżnienia.

Osoby cierpiące na zaparcia skarżą się najczęściej na oddawanie stolca „zbitego”, twardego tzw. „owczego” w odstępach 3 - 4 dni. Objawom tym towarzyszy często uczucie pełności w jamie brzusznej, wzdęcia brzucha, bóle kurczowe,



bóle i zawroty głowy, ogólne osłabienie, brak łaknienia. Niektóre osoby mogą odczuwać bóle w okolicy serca związane ze skurczami dodatkowymi.

Zalegające w jelicie grubym masy kałowe, drażnią jego śluzówkę wywołując stan zapalny. Wtedy zaparcie może towarzyszyć okresowo występująca biegunka z domieszką większej ilości śluzu.

Przewlekłe zaparcie może prowadzić do uchyłkowatości jelita grubego z przewlekłym stanem zapalnym „uchyłków”, a nawet perforacją, co stwarza bezpośrednie zagrożenie życia.

Zaparcie stolca może być pierwotne lub wtórne. Do pierwotnego należą zaparcia w jelicie nadwrażliwym, zaparcia przy wolnej perystaltyce jelita oraz zaburzenia oddawania stolca przy niewydolności mięśni dna miednicy i tłoczni brzusznej. Wtórne zaparcie stolca może wystąpić w czasie przyjmowania leków antydepresyjnych, leków przeciwbólowych, **blokerów** kanału wapiennego, moczopędnych leków w chorobie Parkinsona, preparatów wapnia.

Zaparcie stolca często występuje w chorobach endokrynologicznych, neurologicznych, w niedrożności jelit w stanach zapalnych i nowotworach jelita grubego.

Do prawidłowego wypróżnienia oprócz zdrowego jelita grubego potrzebna jest dieta zawierająca błonnik, odpowiednia ilość płynów, ustalona pora wypróżnienia – w odpowiednich warunkach, dużo ruchu w ciągu dnia z ćwiczeniami mięśni powłok brzucha i dna miednicy.

Podstawą leczenia zaparcia przy nie wykazujących zmian chorobowych w jelicie grubym jest dieta obfitująca w błonnik.

Błonnik to składnik pokarmów roślinnych nie ulegający strawieniu. Błonnik chłonie wodę, zwiększa objętość stolca, przyspiesza perystaltykę jelita grubego i ułatwia wydalanie stolca.

Nasze pokarmy są na ogół przetworzone, zawierają zatem małą ilość błonnika i dlatego usposabiają do zaparc.

Osoby cierpiące na zaparcia muszą zmienić dietę.

Uważa się, że każda osoba powinna w ciągu doby spożyć od 30 do 40 gram błonnika.

Do produktów zawierających błonnik należą płatki zbożowe, warzywa, owoce, otręby, niełuskany ryż, ciemne pieczywo. 30 – 40 g błonnika zawierają 3 - 4 łyżki stołowe otrąb, które można dodawać do jogurtu, kefiru, a nawet kompotu. Ok. 30 g błonnika zawiera 2 – 2,5 kg jabłek, mniej więcej tyle samo pomidorów i pomarańczy. Aby zapewnić odpowiednią podaż błonnika w ciągu doby powinniśmy zjeść nie mniej niż trzy porcje warzyw i owoców, cztery kromki ra-



zowego chleba lub 3 – 4 łyżki otrąb. Ponadto powinniśmy jeść kasze, płatki owsiane, niełuskany ryż. Powinniśmy również wypić około 1,5 – 2 litrów płynów, w tym litr wody mineralnej niegazowanej. Nie zapominajmy o jogurtach, kefirze, uprawiajmy sport pamiętając o wzmocnieniu mięśni brzucha i miednicy.

Starajmy się aby zawsze oddać stolec możliwie zawsze o określonej porze bez pośpiechu i w odpowiednich warunkach.

* lek. med. Maria Urbaniec - posiada: I i II ° specjalizacji z chirurgii ogólnej, II ° specjalizacji z chirurgii onkologicznej a także specjalizację z zakresu anestezjologii i reanimacji

Pielęgnacja stomii jelitowej

piel dypl. Zofia Sośniak
Opolskie Centrum Onkologii

Stomia – jest to celowo wykonane połączenie światła jelita grubego lub cienkiego ze skórą powłok jamy brzusznej.

Stomia jelitowa – czyli odbył brzuszny wykonany jest w czasie operacji (ze wskazań pilnych lub operacji planowej).

Pielęgnacja stomii rozpoczyna się tuż po operacji, jeszcze na stole operacyjnym. Po wyłonieniu stomii zakładany jest przezroczysty worek (jedno lub dwuczęściowy) umożliwiający obserwację. Założona wcześniej płytko umożliwia bezbolesną wymianę worka (najlepiej z pierścieniem akordeonowym).

Stała obserwacja pielęgniarska pozwala na minimalizację powikłań pooperacyjnych lub ich wczesne wykrycie. Po zabiegu stomia powinna być różowa, wilgotna i obrzęknięta. W przypadku stwierdzenia ciemnych zabarwień (powstaje martwica stomii), niezwłocznie powiadamy jest lekarz.

Prawidłowa stomia, powinna być dobrze ukrwiona, wyłoniona we właściwym miejscu na gładkiej powierzchni brzucha, odpowiednio wysoka – od 1 do 3 cm, na skórze suchej i czystej oraz prawidłowo zabezpieczona sprzętem stomijnym. Dlatego przez kilka dni po zabiegu stosuje się przezroczyste większe worki oraz większe płytki.





W miarę upływu czasu, gdy śluzówka jelita przestaje być obrzęknięta, używa się produktów o mniejszych rozmiarach, a tym samym bardziej „dyskretnych”. Wielkość stomii ulega zmianie nawet do kilku miesięcy po zabiegu.

Właściwie zabezpieczona stomia pozwala na uniknięcie powikłań skórnych, a zapalenie skóry wokół stomii powstaje gdy kał ma bezpośredni do niej dostęp, wydzielina powoduje podrażnienie i powstaje odczyn zapalny. Oczywiście powikłania, w tym skórne występują w różnym okresie po operacji, czasami dochodzi do nich w szpitalu, czasami po kilku miesiącach a nawet latach. W każdym przypadku są powodem przykrych dolegliwości i cierpienia.

W pierwszej i drugiej dobie całość opieki nad pacjentem przejmuje pielęgniarka.

W następnej dobie pielęgniarki rozmawiają z pacjentem o sprzęcie, udzielane są wskazówki i porady. Oceniane są możliwości pacjenta biorąc pod uwagę wiek, zainteresowanie swoim stanem zdrowia, sprawność zmysłów, wzroku, słuchu nastawienie do stomii, chęć współpracy, zasób wiedzy i umiejętności, a także zaufanie do pielęgniarki. Dostarczany jest pacjentowi stosowny instruktaż a także zaopatrzenie stomii.

W kolejnych dniach chory sam zaopatruje stomię, a pielęgniarka koryguje błędy i ocenia opanowanie umiejętności.

Pielęgniarka uczy jak wycinać odpowiedni otwór w płytce lub woreczku samoprzylepnym, jak przyklejać i zabezpieczać stomię, jak myć i osuszać stomię i skórę wokół niej.

Chory sam w obecności pielęgniarki odkleja i przykleja sprzęt. Samodzielnie odpuszcza gazy i opróżnia woreczek z treści jelitowej.

Chory informowany jest także, jak prowadzić codzienną kontrolę stomii - kolor śluzówki, stan skóry wokół stomii, rodzaj treści jelitowej (biegunki, zaparcia). Jak ma radzić sobie z drobnymi problemami, powikłaniami oraz gdzie ma się zgłosić do kontroli, po sprzęt stomijny, refundację sprzętu oraz jakich może użyć akcesoriów.

Przed wyjściem ze szpitala pacjent powinien wiedzieć, że, najlepszym

miejszem do pielęgnacji jest łazienka, albo jakiś kącik, w którym może mieć wszystkie niezbędne rzeczy pod ręką (mydło, sprzęt stomijny, gaziki, pastę, ręczniki, papier toaletowy, bieżącą wodę lub miseczkę z wodą).

Przed zmianą sprzętu stomijnego należy przygotować wszystkie niezbędne akcesoria, a następnie zachować kolejność wykonywania poszczególnych czynności:

1. Wyciąć nożyczkami w przylepcu lub płytce odpowiedni otwór posługując się miarą z papieru.
2. Ostrożnie odkleić stary worek (przytrzymując palcem skórę).
3. Zmyć skórę wokół stomii ciepłą wodą i szarym mydłem (skórę owłosioną ogolić).
4. Używać miękkich gazików lub ściereczek.
5. Dokładnie osuszyć skórę wokół stomii.
6. Założyć nowy woreczek i sprawdzić czy przylega do skóry.
7. Zużyty woreczek dokładnie zawinąć i wyrzucić do kosza (najlepiej na odpadki).
8. Przed wyjściem z domu sprawdzić czy woreczek trzyma się na brzuchu.

Woreczek należy zmienić w zależności od potrzeb. Należy unikać pokarmów gazotwórczych.

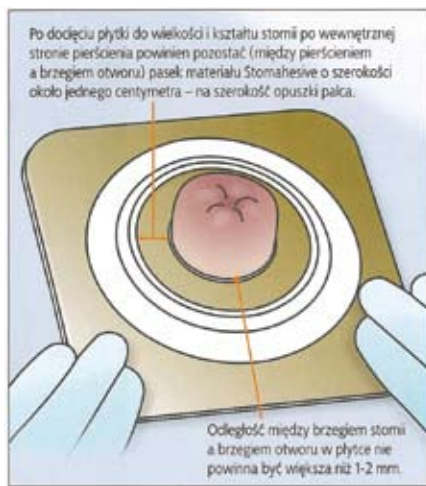
Stomię należy zawsze utrzymywać w stanie czystości.

Czasem włączana jest do opieki rodzina ze względu na unieruchomienie, zniedołężnienie czy zaburzenia psychiczne.

Zapewnienie dobrego sprzętu powoduje, iż pacjent czuje się bezpiecznie, łatwo może go obsługiwać (powinien chronić skórę, być dyskretny, estetyczny oraz żeby zapewniał komfort noszenia).

Po wyjściu ze szpitala pacjent powinien systematycznie zgłaszać się do kontroli w Poradni Stomijnej. Jest to bardzo ważne, gdyż oprócz powikłań wczesnych, występujących bezpośrednio po zabiegu, istnieją także powikłania późne:

- alergiczne zapalenie skóry,
- przepuklina okołostomijna,
- powikłania skórne – nadżerki,



Zasady doboru odpowiedniego rozmiaru płytki w zależności od wielkości posiadanej stomii.



- wrzodzenia, pęcherzyki lub wysypka,
- swędzenie lub pieczenie skóry,
- sprzęt przylega znacznie gorzej,
- stomia w fałdzie brzuszny,
- blizny czy krwawienia.

W sytuacjach powikłań pielęgnacja stomii jest inna.

Dokładnie myjemy i osuszamy skórę, ale używamy pasty uszczelniająco gojącej, która goi i uszczelnia, wypełnia nierówności, zabezpiecza przed przedostaniem się treści jelitowej pod płytkę. Sprzęt stomijny przylega lepiej do skóry. Po stwierdzeniu alergicznych zmian (najczęściej ze względu na sprzęt) należy zmienić na inny. Gaziki używane są z płynem ochraniającym, stosuje się także pudry i pasty gojące. Zabiegi te ułatwiają gojenie zmian skórnych. Powyższe czynności wykonywane są w obecności lekarza i pielęgniarki w Poradni.

Witaminy i minerały a choroby nowotworowe - część III

*piel. dypl. Helena Barchańska
Opolskie Centrum Onkologii*

Mikroelementy

Żelazo - pochodzi od niego czerwony kolor krwinek i mięśni. Jako czynny składnik hemoglobiny przenosi tlen z płuc do tkanek a dwutlenek węgla z tkanek do płuc. Na wchłanianie żelaza ma wpływ skład pożywienia. ***Do produktów bogatych w żelazo powinniśmy jeść zawsze pokarmy zawierające witaminę C, np. kanapki z pieczywa gruboziarnistego popić sokiem pomarańczowym, a potrawy mięsne spożywać zawsze z surówkami warzywnymi.*** Witamina C powoduje uwolnienie żelaza z nierozpuszczalnych związków, które rozpadają się na części składowe żelazo i kwas (łączy się to z obniżonym ryzykiem zachorowania na raka). Unikaj kawy, herbaty, szpinaku i szczawiu bo zmniejszają wchłanianie żelaza. Źródłem żelaza są nie przetworzone ziarna zbóż, mięso, ryby, owoce morza, fasola, ziarna słonecznika.

Cynk - u ludzi chorych na nowotwory małe stężenie cynku powoduje zaburzenia zmysłu smaku, co prowadzi do utraty apetytu. Niedobór cynku spowalnia gojenie się ran pooperacyjnych oraz odrost tkanek zniszczonych chemioterapią czy naświetlaniem. Jest niezbędny do prawidłowego wykorzystania insuli-



ny, hormonu regulującego poziom glukozy we krwi. To ważne dla pacjentów z chorobą nowotworową, bo wpływa na metabolizm glukozy. Źródłem cynku są orzechy, pełne ziarna, skorupiaki, groch, fasola, ryby, rzepa, ziemniaki, żółtko jaj, migdały i czosnek.

Miedź - niezbędna do prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego, jest częścią enzymu koniecznego do obrony przed wolnymi rodnikami, odgrywa ważną rolę w metabolizmie żelaza. Źródłem miedzi są skorupiaki i warzywa strączkowe.

Selen – badania zwierząt wykazały że selen powstrzymuje tworzenie się nowotworów i ich rozwój. Jest on elementem enzymu, który w układzie odpornościowym zaangażowany jest w walkę z wolnymi rodnikami. Jest wiele dowodów, że selen jest toksyczny bezpośrednio dla guzów nowotworowych. Współdziała z witaminą E. Źródłem selenu są ryby, owoce morza, nasiona słonecznika, jęczmień, ryż brązowy, buraki.

Chrom - jest elementem czynnika tolerancji glukozy, współdziałając z insuliną. Komórki nowotworowe zmieniają metabolizm węglowodanów, powodując wysokie stężenie glukozy we krwi. Chrom stabilizuje stężenie glukozy, nie dopuszczając do jej użycia jako energii dla nowotworu. Źródłem chromu są ziarna zbóż i drożdże piwne.

Zdrowa i nieprzetworzona żywność jest najlepszym źródłem witamin i soli mineralnych niezbędnych do walki z rakiem.

W dniu 17 grudnia o godzinie 9.00 w Kaplicy Szpitalnej Opolskiego Centrum Onkologii odbędzie się spotkanie opłatkowe. Mszę świętą celebrował będzie Ks. Abp. Alfons Nossol.

W następnym numerze: m. in. poradnia chirurgii onkologicznej, elekta 2

„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

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

