

*Szczęścia, co radość daje,
Miłości, co niesie pokój,
Zdrowia, co rodzi wytrwałość,
Wiary, co nadzieję prowadzi.*



*Z okazji Świąt Bożego Narodzenia
szczęśliwych, pełnych radości i miłości dni
spędzonych w ciepłej, rodzinnej atmosferze,
błogosławieństwa Bożego w każdym dniu nadchodzącego
Nowego Roku 2008*

*życzy Pacjentom i Pracownikom
dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii*

Opole, Boże Narodzenie 2007 roku

Czekanie

Popatrz na psa uwiązanego przed sklepem
o swym panu myśli
i rwie się do niego
na dwóch łapach czeka
pan dla niego podwórzem łąką lasem domem
oczami za nim biegnie
i tęskni ogonem

pocałuj go w łapę
bo uczy jak na Boga czekać

Ks. Jan Twardowski

*Jesteśmy jedni dla drugich pielgrzymami, którzy różnymi drogami zdążają w trudzie
na to samo spotkanie. (A. de Saint-Exupery)*



Co jest w życiu najważniejsze...

Pewnego dnia, pewien stary profesor został zaangażowany do przeprowadzenia kursu dla grupy szefów wielkich koncernów amerykańskich na temat skutecznego planowania czasu. Kurs ten był jednym z pięciu modułów przewidzianych na dzień szkolenia. Stary profesor miał więc do dyspozycji tylko jedną godzinę, by wyłożyć swój przedmiot.

Stojąc przed tą elitarną grupą (gotową zanotować wszystko, czego ekspert będzie nauczał), stary profesor popatrzył powoli na każdego z osobna, następnie powiedział: „Przeprowadzimy doświadczenie”.

Spod biurka, które go oddzielało od studentów, stary profesor wyjął wielki dzban (o pojemności 4 litrów), który postawił delikatnie przed sobą. Następnie wyjął około dwunastu kamieni, wielkości piłki do tenisa, i delikatnie włożył je kolejno do dzbana. Gdy dzban był wypełniony po brzegi i niemożliwym było dorzucenie jeszcze jednego kamienia, podniósł wzrok na swoich studentów i zapytał ich: „Czy dzban jest pełen?”. Wszyscy odpowiedzieli: „Tak”.

Począł kilka sekund i dodał: „Na pewno?”. Następnie pochylił się znowu i wyjął spod biurka naczynie wypełnione żwirem. Delikatnie wysypał żwir na kamienie, po czym potrząsnął lekko dzbanem. Żwir zajął miejsce między kamieniami ... aż do dna dzbana.

Stary profesor znowu podniósł wzrok na audytorium i znowu zapytał: „Czy dzban jest pełen?”. Tym razem świetni studenci zaczęli rozumieć. Jeden z nich odpowiedział: „Prawdopodobnie nie...”.

„Dobrze” - odpowiedział stary profesor. Pochylił się jeszcze raz i wyjął spod biurka naczynie z piaskiem. Z uwagą wsypał piasek do dzbana. Piasek za-

jął wolną przestrzeń między kamieniami i żwirem. Jeszcze raz zapytał: „Czy dzban jest pełen?”. Tym razem, bez zająknięcia, świetni studenci odpowiedzieli chórem: „Nie!”. „Dobrze” - odpowiedział stary profesor.

I tak, jak się spodziewali, wziął butelkę wody, która stała na biurku, i wypełnił dzban aż po brzegi. Stary profesor podniósł wzrok na grupę studentów i zapytał ich: „Jaka wielką prawdę ukazuje nam to doświadczenie?”

Nieglupi, najbardziej odważny z uczniów, biorąc pod uwagę przedmiot kursu, odpowiedział: „To pokazuje, że nawet jeśli nasz kalendarz jest całkiem wypełniony, jeśli naprawdę chcemy, możemy dorzucić więcej spotkań, więcej rzeczy do zrobienia”.

„Nie” - odpowiedział stary profesor, „To nie o to chodziło. Wielką prawdą, którą przedstawia to doświadczenie jest następująca: jeśli nie włożymy kamieni, jako pierwszych do dzbana, później nie będzie to możliwe”.

Zapanowało głębokie milczenie, każdy uświadomił sobie oczywistość tego stwierdzenia. Stary profesor zapytał ich: „Co stanowi kamienie w waszym życiu? Wasze zdrowie? Wasza rodzina? Przyjaciele? Zrealizowanie marzeń? Robienie tego, co jest waszą pasją? Uczenie się? Odpoczywanie? Dawanie sobie czasu na ...? Albo jeszcze coś innego?”

Należy zapamiętać, że **najważniejsze jest włożyć do swego życia jako pierwsze - właśnie KAMIENIE. Jeśli damy pierwszeństwo drobiazgom (żwir, piasek), wypełnimy życie drobiazgami i nie będziemy mieć wystarczająco dużo cennego czasu, by poświęcić go na ważne elementy. Przegramy swoje życie.”**

Tekst nieznanego autora otrzymany w „łańcuszku” poczty elektronicznej.

Przychodnia z chemioterapią

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



- **Poczekalnia przychodni przyszpitalnej pęka w szwach. Czy jest szansa na podniesienie pacjentom komfortu oczekiwania na kontakt z lekarzem?**

- Mamy pełne rozeznanie w tej bardzo trudnej kwestii, ale proszę pamiętać, że opolska onkologia powstawała z założeniem, iż poradnia przyjmować będzie do 100 pacjentów dziennie. Teraz liczba pacjentów dochodzi nawet do 400 każdego dnia, bo chorych, w związku z wydłużeniem średniej życia, stale przybywa. Co więcej - mamy pacjentów, którym przytrafia się drugi a nawet trzeci nowotwór złośliwy w życiu, co jest nie tylko pechem danej osoby, ale m.in. także dowodem na skuteczność leczenia onkologicznego. Stąd to duże zagęszczenie nie tylko w poczekalni, ale także przy udzielaniu porad lekarskich, zmienianiu opatrunków, wykonywaniu drobnych zabiegów ambulatoryjnych. Dlatego jednym z podstawowych elementów koncepcji rozwoju Opolskiego Centrum Onkologii jest budowa nowej przychodni dla tzw. „pacjentów pierwszorazowych”. Pomijając fakt tłoku w poczekalni, trzeba pamiętać, że wspólne czekanie w kolejce osób zdrowych, które przyszły tylko przebadać się, z pacjentami zdiagnozowanymi, w trakcie leczenia lub którzy przyszli

do kontroli, nie jest dla tych pierwszych korzystne. Zdrowy, ale skądinąd zaniepokojony pacjent pierwszorazowy, siedzi obok chorego, zdrowiejącego lub który przyszedł tylko na kontrolę, no i zaczyna się między nimi wymiana zdań. Zdarza się, że ten chory, często nieświadomie, niepokoi zdrowego... W rezultacie banalnej wymiany zdań - jak to w kolejce - nowy pacjent często wchodzi do gabinetu niemal pewny, że ma raka. Sam sobie postawił diagnozę... Czasem bardzo trudno przekonać go, że jest inaczej. Kolejną istotną kwestią jest organizacja oddziału dziennego chemioterapii z prawdziwego zdarzenia, który także mieściłby się w tym obiekcie.

- **Czym aktualnie dysponuje ten oddział?**

- W tej chwili jest dość skromny, bo liczy zaledwie 5 stanowisk leżących i 3 siedzące. Lek wprowadzany jest dożylnie, kroplówką a taki zabieg trwać może i kilka godzin. Porównać go można do dializy... Niezbędne jest więc zapewnienie pacjentom jak najlepszych warunków podczas podawania leków, ale także zwiększenie liczby stanowisk: do 10 leżących i co najmniej 5 siedzących. To pozwoli zarówno na przyspieszenie leczenia, jak i na wzrost liczby chorych, leczonych jednocześnie.

- **Czy wynika to z faktu, że miejsc na oddziałach stacjonarnych także brakuje?**

- Nie łączyłbym obu tych kwestii... Trendy w medycynie są bowiem takie, aby wszędzie, gdzie to możliwe, starać się leczyć pacjenta w trybie am-

bulatoryjnym. Bo mimo największych chęci i starań oraz pieniędzy, zawsze środowisko szpitala czy oddziału, będzie dla chorego środowiskiem obcym, w którym źle się on czuje, gdzie jest dodatkowo zestresowany. A to nie wpływa dobrze ani na proces leczenia, ani zdrowienia. Dlatego jeśli to tylko możliwe leczenie prowadzimy również ambulatoryjnie. To dotyczy przede wszystkim radio- i chemioterapii, w których leczenie polega na powtarzaniu seansów leczniczych.



Rozsypujące się budynki i komin starej kotłowni szpecą, ale przede wszystkim zajmują cenny teren kompleksu szpitalnego Opolskiego Centrum Onkologii i Szpitala Wojewódzkiego

W radioterapii są one bardzo krótkie, trwają po kilkanaście sekund... Dlatego jeśli pacjent może dojeżdżać na terapię, to jest to dla niego zbawienne, także dlatego, że może szybciej rozpocząć radioterapię, nie czekając aż zwolni się miejsce w szpitalu. A po drugie – znacznie lepiej się czuje we własnym otoczeniu, wśród rodziny i szybciej wraca do zdrowia.

- Kiedy ruszy budowa kompleksu poradnianego z odcinkiem dzien-

nym chemioterapii, gdzie i za ile?

- Kompleks ma być budowany w miejscu, gdzie aktualnie stoi stary budynek kotłowni z wysokim kominem, należący do Szpitala Wojewódzkiego. Obiekt ten już od wczesnych lat 90. nie jest użytkowany; nadaje się wyłącznie do wyburzenia. Nie tylko dlatego, że zajmuje cenny, potrzebny nam grunt, ale także dlatego, że bardzo szpeci teren międzyszpitalny, zwłaszcza że znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie nowego budynku radioterapii o bardzo ciekawej, nowoczesnej bryle, przy pomniku naszego patrona, prof. Tadeusza Koszarowskiego. Teren, zgodnie z porozumieniem ze Szpitalem Wojewódzkim, ma być przekazany onkologii. Aktualnie jesteśmy

w trakcie załatwiania formalności. Mam nadzieję, że nastąpi to jeszcze pod koniec br. albo na początku następnego. Sama budowa powinna zakończyć się do końca 2009 roku. Inwestycja ta jest jednym z elementów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego, finansowanego przy znaczącym udziale pieniędzy unijnych. Jej koszt szacuje się na ok. 4-6 mln zł.

Ciągle i sumienne spełnianie obowiązków wymaga nie mniej wysiłku niż bohaterskie.
(J.J. Rousseau)



Nie ma nowotworów, o których wiedza nie byłaby zapisana w genach

Genetyka kontra rak piersi (cz. 1)

Z dr. n. med. **Tomaszem Huzarskim**, genetykiem onkologicznym z Ośrodka Nowotworów Dziedzicznych w Szczecinie, rozmawia **Krystyna Raczyńska**



dr Tomasz Huzarski

Czy każdy, kogo ojciec, matka, i np. dziadkowie zmarli bądź chorowali na raka, jest na chorobę narażony szczególnie?

Współczesna genetyka mówi, że tak, ale oczywiście to, czy ktoś zachoruje w dużej mierze zależy od działań profilaktycznych, jakie dana osoba przedsięwzięmie. Genetyka jest dziś w stanie bardzo precyzyjnie określić skalę zagrożenia niektórymi typami nowotworów a medycyna powiedzieć, co konkretna osoba ma zrobić, by ustrzec się przed zachorowaniem. Powiem wprost - gdyby w całym kraju wykonywanie badań genetycznych należało do standardu profilaktyki onkologicznej, a co za tym idzie każdemu indywidualnie programowano by rodzaj badań kontrolnych oraz działań profilaktycznych, wówczas można by uratować co najmniej kilka tysięcy osób rocznie.

Jakim rodzajem raka genetyka i medycyna potrafią się obecnie możliwie najskuteczniej przeciwstawić?

Poznawszy zagrożenie mamy możliwości zapobiegnięcia pięciu rodzajom nowotworów: płuca, szyjki macicy, jelita grubego, sutka i jajnika. Rakowi płuca przeciwstawić się można eliminując kontakty z dy-

mem papierosowym, szyjki macicy - poprzez odpowiednią kulturę życia płciowego i badania cytologiczne, jelita grubego- poprzez systematyczne wykonywanie kolonoskopii, rakom piersi i jajnika - poprzez odpowiedni styl życia, m.in. przez wczesne rodzenie dzieci, karmienie ich piersią, kontrolowane stosowanie hormonów. W szczególnych wypadkach osobom z grupy wysokiego ryzyka proponuje się także chemoprewencję, czyli zapobiegawcze zażywanie określonych leków, a nawet bardziej radykalne działanie, jak profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów, tzw. adneksektomię. O ile profilaktyczna operacja usunięcia narządu rodnego, głównie jajników i jajowodów, jest pewnym wymogiem u pacjentek z mutacją BRCA1, to innym wymogiem, ale już nie naciskamy na jego spełnienie, jest profilaktyczna, obustronna podskórna mastektomia, czyli operacja plastyczna piersi, polegająca na wyluszczeniu tkanki gruczołowej i włożeniu protezy silikonowej z ekspanderem.

Wręcz trudno wyobrazić sobie, aby zdrowa kobieta zdecydowała się na profilaktyczną amputację piersi...

A jednak nie brakuje pacjentek, nawet tutaj w Opolu, podczas ostatniej konsultacji miałem aż pięć takich przypadków. Otóż są to zdrowe nosicielki mutacji BRCA1, które wszakże cechują dodatkowe niekorzystne

Chcącego prowadzą losy, nie chcącego – ciągną. (Seneka Młodszy)



czynnikami, np. nie karmiły dzieci piersią, zażywały przez dłuższy czas środki antykoncepcyjne, nowotwory pojawiały się w ich rodzinach w młodym wieku. Panie te boją się, że zachorują i dlatego decydują się na taki zabieg, nie chcąc żyć w permanentnym lęku przed chorobą... Jest też druga grupa pacjentek, które są już po jednostronnej mastektomii, u których wprowadzenie nie ma niepokojących zmian w drugiej piersi, ale które boją się, i słusznie, że za jakiś czas i w tej piersi ujawni się rak. Nie chcą ponownie przechodzić gehenny leczenia: operacji, napromieniania, chemii. Stąd decydują, by usunąć zdrową pierś, zrobić jej plastykę, a przy okazji odtworzyć tę wcześniej odjętą pierś. Takie postępowanie jest rzeczywiście najrozsądniejsze, a przy tym bezpłatne, bo refundowane przez fundusz zdrowia. Przede wszystkim jednak dlatego, że po profilaktycznym zabiegu kobieta będzie zdrowa, a po koniecznym – nie wiadomo... Na marginesie podkreślę, jak bardzo ważne jest, nie tylko dla nowo narodzonego dziecka, by kobiety jak najdłużej karmiły piersią. Dowiedziono, że u nosicielek mutacji w genie BRCA1, u których wyjściowo ryzyko raka piersi wynosi 50-80 proc, karmienie piersią przez 18 miesięcy- łącznie u kolejnych dzieci- redukuje zagrożenie o ok. połowę, czyli spada do poziomu 25-40 procent...

Czy zgłaszając się na profilaktyczny zabieg usunięcia zdrowej piersi lub narządu rodno pacjenta nie natrafia na przeszkody typu np. bardzo odległe terminy?

Operacje profilaktyczne winny być wykonywane możliwie najszybciej i tak się z reguły dzieje. Jeżeli trzeba

począkać na zabieg do miesiąca czasu, to nie ma problemu, ale jeśli dłużej – kierujemy do innego szpitala. W Opolskim Centrum Onkologii zabiegi profilaktycznego usuwania jajników i jajowodów wykonywane są na bieżąco; 80 proc. pacjentek z mutacją w genie BRCA1 zdecydowało się na taką operację. Jeśli idzie o plastykę piersi to obecnie takie zabiegi wykonywane są tylko w szpitalu w Gryficach. Pacjentki ze skierowaniem od genetyka mają tam priorytet, aczkolwiek zdarza się, że muszą na operację trochę poczekać.

Jak wiele Polek zagrożonych jest rakiem piersi?

Mutacje w genie BRCA1 odpowiedzialne za rozwój raka piersi i jajnika, posiada – jak wynika z szacunków - ok. 100 tys. Polek. Jako nosicielki przekazują go następnym pokoleniom. W Szczecinie dysponujemy największym rejestrem na świecie, liczącym ok. 4 tys. osób z mutacjami w genie BRCA1. Ta liczba wyjaśnia zarazem skalę problemu. Z kolei mutację w genie CHEK2 z predyspozycją do zachorowania na aż 5 typów raka: raka nerki, jelita grubego, piersi, prostaty i tarczycy, ma w Polsce 2,2 mln osób; w naszej bazie danych figuruje ok. 1000 osób z tą mutacją. Czyli bardzo mało, nawet jeśli przyjąć, że jest to gen stosunkowo niedawno odkryty. Rzeczą jednak w ograniczonych możliwościach technicznych do masowego wykonania tego badania. Jeden ośrodek szczeciński nie jest w stanie przeprowadzić tylu wywiadów ani pobrać krwi od wszystkich dorosłych Polek, co byłoby rozwiązaniem idealnym dla profilaktyki onkologicznej. Być może jakimś pomysłem byłaby

Każdym instytutem powinien kierować wybitny uczony. By zachęcić do dalekich podróży trzeba wielkich podróżników, a nie nauczycieli geografii. (L. Hirszfeld)

współpraca z prywatnymi poradniami w kraju, które odpłatnie, na życzenie zainteresowanych, przeprowadzałyby wywiady oraz pobierały krew. My jedynie badalibyśmy krew oraz analizowaliby dane z wywiadów.

Co każda dorosła Polka można zrobić na już, na teraz, aby zminimalizować ryzyko raka piersi? Podobno niebagatelna jest w tym wypadku rola selenu...

O antyrakowym wpływie selenu wiadomo nie od dzisiaj, cóż z tego, skoro polska tradycja kulinarna daleka jest od ideału przyjmowania tego pierwiastka w niezbędnej ilości w codziennym pożywieniu... Nie zajadamy się, np. orzechami. Poziom selenu w organizmie przeciętnego Polaka jest o ok. połowę niższy od normy. Tymczasem badania dowodzą, że jeżeli poziom ten spada poniżej 20 proc. normy wówczas ryzyko zachorowania na raka jest dziesięciokrotnie większe niż ryzyko populacyjne. I to niezależnie od predyspozycji genetycznych. Wiadomo że selen stabilizuje genom,

zmniejszając łamliwość chromosomów, co jest przyczyną powstania mutacji m.in. w genie BRCA1. Z naszych obserwacji, dokonanych w dwóch pilotażowych badaniach, wynika również, że u pacjentek z mutacją w genie, BRCA1 które zażywały selen, ryzyko wystąpienia nowotworów piersi oraz jajnika zmniejszyło się trzykrotnie. Teraz kończymy duży trial kliniczny, do którego zostało zakwalifikowanych 1800 kobiet z całej Polski. 1200 z nich uczestniczy w badaniu. Która z pań przyjmuje selen a która placebo – nawet my nie wiemy. Panie są badane co pół roku, przyjmują preparat, mają pobieraną krew, uczestniczą w badaniach kontrolnych. Będzie tak do czasu, aż w tej grupie pojawi się 50 nowych zachorowań na raka. Myślę, że do końca przyszłego roku skończymy ten projekt, odcodujemy dane i wtedy poznamy prawdę na temat selenu...

Druga część wywiadu z dr. Tomaszem Huzarskim ukaże się w styczniowym numerze miesięcznika OCO.

„Ludzkie ciało składa się z ok. 100 bilionów **komórek** w większości o rozmiarach poniżej jednej dziesiątej milimetra. Każda komórka zawiera czarną grudkę zwaną **jądrem**. W jądrze znajdują się dwa pełne zestawy ludzkiego **genomu** (poza komórkami jajowymi i plemnikami – mają po jednej kopii, oraz czerwonymi krwinkami – nie mają żadnej kopii). Jeden zestaw pochodzi od matki a drugi od ojca. W zasadzie każdy zestaw zawiera te same 30-40 tys. genów na tych samych dwudziestu trzech chromosomach. (...)

Wyobraź sobie, że genom jest książką. Są w niej 23 rozdziały zwane **chromosomami**. Każdy rozdział zawiera wiele tysięcy opowiadań zwanych **genami**. Każde opowiadanie składa się z akapitów, zwanych **eksonami**, pomiędzy którymi są ogłoszenia zwane **intronami**. Każdy akapit składa się ze słów zwanych **kodonami**. Każde słowo jest napisane literami zwanymi **nukleotydy**.

W książce tej jest ok. miliarda słów, czyli (...) tyle, ile mieści 800 Biblii. (...) Idea genomu jako książki nie jest przerośniętą. Jest to dosłowna prawda. Każda książka jest cyfrową informacją zapisaną w liniowej, jednowymiarowej i jednokierunkowej postaci.”

Matt Ridley, „Genom”, s. 16-17 (Rebis, 2001)



Polska na szarym końcu Europy. Jak poprawić smutną statystykę?

Po pierwsze - zapobiegać



dr Kazimierz Drosik

Problem chorób nowotworowych tak w Polsce jak i w Europie, i na świecie, jest ciągle bardzo duży. Jest to problem nie tylko medyczny, ale

także społeczny. Najczęściej walkę z chorobami nowotworowymi kojarzymy z leczeniem, ze szpitalem onkologicznym, z przychodnią. Ale walka z rakiem toczy się na wielu poziomach, od badań populacyjnych (epidemiologia, czyli badanie czynników środowiskowych, mających wpływ na zachorowalność na nowotwory), do badań molekularnych, czyli sięganie do wnętrza komórki nowotworowej.

Jednym z ważnych, w zasadzie najważniejszym elementem walki z rakiem jest profilaktyka, którą dzieli się na pierwotną i wtórną. Pierwotna – czyli zapobieganie w ogóle zachorowaniom na raka, wtórna – to zapobieganie zgonom poprzez wczesne wykrycie choroby nowotworowej a następnie prawidłowe, rozsądne jej leczenie. Z jednym i drugim wiąże się postęp w rozpoznawaniu nowotworów, zarówno w zakresie wczesnej diagnostyki, jak i dobrym planowaniu leczenia.

W tym wszystkim coraz większą rolę odgrywa biologia molekularna,

k która nie jest już dziedziną oderwaną od codziennej praktyki lekarskiej, ale która dostarcza lekarzom wielu cennych informacji. M.in. uzupełnia dane, dotyczące epidemiologii nowotworów już nie tylko o czynniki środowiskowe, ale i o badania genetyczne. Bierze coraz większy udział w rozpoznawaniu chorób nowotworowych i ustalaniu czynników predykcyjnych (przewidywanie skuteczności leczenia), ale także dostarcza informacji służących do wytwarzania zupełnie nowych leków. Efektem tego są leki z grupy tzw. leków molekularne celowanych, które w praktyce codziennej stosowane są coraz szerzej. Dąży się również do tego, aby na podstawie materiału genetycznego określać profil genetyczny i w stosunku do niego dobrać odpowiednie leczenie (predykcja). Okazuje się bowiem, że skuteczność leków przeciwnowotworowych jest różna u różnych ludzi i właśnie biologia molekularna w coraz większym stopniu pozwala wyjaśnić, dlaczego tak się dzieje.

Ale mimo że postęp wiedzy w walce z nowotworami we wszystkich tych dziedzinach jest znaczący, to jednak w dalszym ciągu jednym z najistotniejszych elementów walki z rakiem jest profilaktyka, zarówno ta pierwotna, jak i wtórna.

Oto kilka danych statystycznych: w 2004 roku w Europie na raka zachorowało 3 mln osób, w Polsce - 62 tys. mężczyzn i 58 tys. kobiet. W sumie

W naturze człowieka leży rozsądne myślenie i nielogiczne działanie. (A. France)



ponad 121 tys. osób. W naszym województwie dane przedstawiają się następująco: 1641 mężczyzn i 1653 kobiety. Coraz częściej obserwujemy to, czego nie było jeszcze kilka lat temu, a mianowicie że liczba zachorowań u kobiet jest większa niż u mężczyzn. W sumie zachorowało 3334 Opolan.

Obecnie zgony z powodu chorób nowotworowych stanowią mniej więcej 20 proc. wszystkich zgonów. I to dotyczy zarówno naszego województwa, jak i Polski, Europy czy świata. Jednak, jak wynika z badań, ok. 28 proc. osób zmarłych po 65. roku życia, czyli co trzecia, miało nie wykrytą klinicznie chorobę nowotworową. Można więc powiedzieć, że w tej chwili na nowotwory (wykryte i niewykryte) chorują już ok. 48 proc.

Należy się spodziewać, że wraz z wydłużeniem okresu życia coraz więcej tych chorób zdąży się ujawnić jeszcze za życia. Nie ma dokładnych danych europejskich ani polskich na temat tych perspektyw, ale są dane ze Stanów Zjednoczonych, z których wynika, że w roku 2050 liczba zachorowań na nowotwory złośliwe podwoi się w porównaniu do roku 2000. Jeśli przyjrzymy się spodziewanej strukturze tych zachorowań, to o ile w grupie osób młodych, poniżej 50. roku życia ten wzrost będzie stosunkowo niewielki, bo ze 190 tys. wzrośnie do 220 tys., tak w grupie wiekowej 85 lat i więcej, wzrośnie z 93 tys. do 447 tysięcy! Ten 5-krotny wzrost dotyczy wprawdzie grupy wiekowej, która w Polsce jest jeszcze bardzo skromnie reprezentowana, ale podwojenie zachorowań, jakie mieć będzie w grupach 50-84 lata, dotyczy nas jak najbardziej.

Zasadniczym wskaźnikiem sku-

teczności podejmowanych działań są przeżycia 5-letnie. Według danych europejskich jest pewna grupa nowotworów, w których przeżycia 5-letnie stanowią więcej niż 80 proc. Przyznaję, że zaskoczeniem jest dla nas obecność w tej grupie czerniaka złośliwego, jednego z nowotworów, który coraz częściej występuje w Polsce i który u nas często kończy się zgonem...

Przeżycia w chorobach nowotworowych w dużej mierze zależą od umiejscowienia raka. I tak na drugim biegunie skali przeżyć jest grupa nowotworów, w których „od zawsze” rokowania były bardzo złe. Mam na myśli raka trzustki, nowotwory opłucnej, przelyku, raka płuca, dróg żółciowych, ostrą białaczkę oraz nowotwory mózgu.

Jeśli chodzi o przeżycia 5-letnie u dzieci to są one coraz lepsze, wyraźnie lepsze od przeżywalności dorosłych. Nawet w ostrej białaczkę u dzieci przeżycia 5-letnie są na poziomie prawie 50 proc.

Jednym z istotnych czynników wpływających na rokowanie w raku jest płeć. Są typy raka, gdzie przeżycia u kobiet są lepsze, i to w niektórych wypadkach nawet o 17 proc., w porównaniu do mężczyzn; średnio przeżycia u kobiet są lepsze o ok. 12 proc. i to wynika wyłącznie z faktu takiej a nie przeciwnej płci. Tylko w nielicznych nowotworach przeżywalność mężczyzn jest minimalnie lepsza niż kobiet...

Z europejskich danych z roku 2006, dotyczących przeżyć 5-letnich na różne typy nowotworów w poszczególnych krajach wynika, że w „raku żołądka” u mężczyzn Polska znajduje się na ostatnim miejscu w Europie.

Własna niemoc jest tak samo niebezpieczna, jak obca przemoc. (S.J. Lec)



Jeśli idzie o raka odbytnicy – zajmujemy trzecie miejsce od końca, gorzej jest tylko w Czechach i na Słowacji, w raku jelita grubego, okrężnicy – Polska znowu jest na ostatnim miejscu. A dodam, że są to nowotwory, gdzie wzrost zachorowalności jest coraz bardziej dynamiczny, również w naszym kraju i że dane dotyczące Polek są zbliżone... Z kolei w raku płuca – wprawdzie wyniki leczenia są złe w całej Europie, ale wśród nich wyniki Polski są... najgorsze. Podobnie wyglądają dane dotyczące raka piersi u kobiet – mimo podejmowanych działań wynik gorszy od nas ma tylko Estonia i Słowacja... Jeśli idzie o czerniaka złośliwego, czyli nowotworu który był pokazywany jako ten dobrze rokujący – Polska jest na 4. miejscu od końca. Wyprzedzamy Portugalię, Estonię i Słowenię. Jeśli jednak idzie o raka szyjki macicy oraz czerniaka u kobiet jesteśmy znowu na ostatnim miejscu, podobnie w raku prostaty u mężczyzn. W nowotworach jąder też jesteśmy blisko końca, ale akurat w tym typie raka różnice w przeżyciach 5-letnich są bardzo niewielkie... Słabym pocieszeniem może być fakt, że dane uznawane jako „polskie” pochodzą tylko z trzech województw (mazowieckie, świętokrzyskie, małopolskie) i nie wiadomo, czy i w którą stronę odbiegają od rzeczywistych dla całego kraju danych...

Jednym słowem – i tak Polska jest na szarym końcu Europy... Jeśli przyjrzymy się danym krajów wysoko rozwiniętych, o dużych nakładach na opiekę zdrowotną, np. kraje skandynawskie porównamy z krajami Europy Środkowo-Wschodniej, to zobaczymy że przeżycia 5-letnie w tych

drugich są gorsze a poprawa następuje w nich bardzo wolno...

Nie można więc zaprzeczyć, że problem chorób nowotworowych istnieje. I to jest problem nie tylko leczenia, ale także nakładów na opiekę zdrowotną, rzutujących na wyniki. To jest wyraźnie widoczne w europejskim raporcie, z którego wynika, że w Polsce na opiekę zdrowotną nakłady w ogóle należą do najniższych. I nawet mimo to, że procent PKB na leczenie nowotworów nie był dużo mniejszy niż w innych krajach, to jednak jak przeliczy się go na żywą gotówkę, różnice są znaczne.

Mimo wszystko jednak najważniejsza jest profilaktyka, o której wspomniałem na wstępie. I ta pierwotna, czyli zapobieganie chorobom nowotworowym, i ta wtórna, czyli wczesne ich wykrywanie. Oba typy profilaktyki mają w sumie prowadzić do spadku umieralności. Czy to jest możliwe?

Warto przyrzeć się danym opublikowanym w 2005 roku w Wielkiej Brytanii. Otóż po roku 1990 zaczęła tam spadać, i to szybko, umieralność z powodu raka piersi, płuc, jelita grubego, macicy i żołądka. Te spadki, jak się przypuszcza, spowodowane zostały zmianą pewnych postaw zdrowotnych oraz wprowadzeniem profilaktyki, m.in. skryningu raka piersi, czyli masowych badań mammograficznych kobiet w określonym przedziale wiekowym. Tu sytuacja była o tyle ciekawa, że spadek umieralności z powodu raka piersi nastąpił w sumie szybciej niż wprowadzono programy skryningowe. Wyjaśniane jest to tym, że już na początku lat 90 w Wielkiej Brytanii zwiększyła się dostępność do mam-

Łatwiej jest walczyć o zasady niż żyć zgodnie z nimi (A. Adler)

mografii; więcej kobiet miało możliwość wykonania mammografii nawet bez organizowanych masowych badań profilaktycznych.

W USA sytuacja jest podobna, chociaż tam masowych badań profilaktycznych w raku piersi nie prowadzi się w ogóle. Ale wprowadzono inne regulacje, np. trudno znaleźć zatrudnienie kobiecie, która co roku nie wykonuje mammografii. Ma to związek z ubezpieczeniem i ewentualnymi kosztami, które miałyby ponosić pracodawca.

Za oceanem spadła również zachorowalność z powodu raka płuca. Jak wiadomo coraz trudniej znaleźć tam miejsce, w którym można palić papierosy. Nawet przy niektórych lokalach czy na lotniskach wyznaczone są miejsca, w których znajdują się popielniczki i gdzie można zapalić... Dodać warto, że w USA spadła też umieralność na raka piersi, jelita grubego, żołądka, macicy, czyli tych w sumie najważniejszych, najczęściej występujących nowotworów.

W Polsce umieralność z powodu raka piersi u kobiet udało się zatrzymać w II połowie lat 90. i wydaje się, że zaczyna mieć miejsce pewien trend spadkowy... Ale jeśli zobaczymy umieralność z powodu raka płuca to niestety, obserwuje się jej wzrost... To samo, czyli wzrost, dotyczy umie-

ralności na nowotwór jelita grubego, przy czym w większości krajów zachodnich umieralność na ten typ raka jednak spada...

W połowie lat 90. udało się też zatrzymać wzrastającą zachorowalność na raka płuc mężczyzn. Natomiast wyraźnie spada zachorowalność na raka żołądka u mężczyzn, natomiast podobnie jak u kobiet wzrasta u nich umieralność na raka jelita grubego, a także na raka prostaty.

To zobrazowanie sytuacji dla krajów zachodnich oraz dla Polski wskazuje, że mimo możliwości leczenia, często na tym samym poziomie, bo wielu pacjentów otrzymuje takie samo leczenie jak na Zachodzie, to jednak te różnice są. I niewątpliwie jest to związane z postawami prozdrowotnymi i tymi działaniami profilaktycznymi, które wcześniej niż w Polsce zostały podjęte na Zachodzie. I rozpropagowaniu tej problematyki służy właśnie Europejski Kodeks Walki z Rakiem.

Kazimierz Drosik

**Wykład wygłoszony na konferencji prasowej w dniu 2 października br.*

Dr n. med. Kazimierz Drosik jest ordynatorem Oddziału Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii, konsultantem wojewódzkim ds. onkologii klinicznej.

Postanów wstać o pół godziny wcześniej. Rób to przez rok, a dodasz siedem i pół dnia do życia na jawie. (H. Jackson Brown jr)

Zdrowie na talerzu

Święta Bożego Narodzenia. Rodzinne spotkania, refleksja i zaduma, wspólne kolędy i modlitwy... Ale także - niestety - stół uginający się pod ciężarem wszelkiego jadła...

W większości domów świąteczny czas upływa właśnie przy stole, najważniejszym miejscu rodzinnej integracji tudzież kulinarnego maratonu. Ociekające tłuszczem potrawy (nawet Wigilia, okazuje się, nie musi być postna...), rosoly z okami jak pięcioletówki, pieczenie w zawiesistych sosach, pasztety, zimne mięsa, szynki i kielbasy, sałatki jarzynowe suto doprawione majonezem, bigosy... Na deser - tony słodkości: torty, ciasta, czekolady...

Tłuszcz i cukier – główni świąteczni bohaterowie podniebienia. No i alkohol, rzecz jasna, pity do wszystkiego...

Tradycyjny jadłospis świąteczny jest dla zdrowego człowieka wręcz zabójczy a co dopiero mówić o ludziach chorych na raka, poddanych intensywnemu leczeniu chirurgicznemu, radiologicznemu, cytostatycznemu...

W zasadzie nie ma jednej diety, uniwersalnej, która służyłaby wszystkim chorym, bez względu na typ nowotworu. Można natomiast spróbować bardzo skrótowo określić kanon zasad dietetycznych, zalecanych nie tylko w chorobach nowotworowych.

Po pierwsze – potrawy muszą być lekkostrawne, bogate w białko, w znacznej mierze pochodzenia zwierzęcego. Minimum to 2-3 szklanki chudego mleka dziennie, ale może być także jogurt naturalny czy kefir (zawierają bakterie probiotyczne, wzmacniające odporność organizmu), ponadto trochę chudego twarogu, kawałek mięsa drobiowego lub ryby, kilka cienkich

plasterków chudej wędliny, jedno jajko, kilka kromek pieczywa, kasza makaron lub ryż. Szczególnie ważne są ryby, zwłaszcza morskie, bo zawierają kwasy omega-3, pomagające zwalczać komórki nowotworowe (a poza tym doskonale też służące układowi krążenia). Kwasy omega-3 oraz niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe (NNKT), których źródłem są tłuszcze pochodzenia roślinnego (m.in. oleje z oliwek, kukurydzy, kokosu, słonecznika, soi) – jak wynika z doniesień – korzystnie wpływają na skuteczność terapii antynowotworowej; dzięki nim komórki rakowe lepiej reagują na leki cytostatyczne, a organizm szybciej się regeneruje.

W codziennej diecie nie powinno zabraknąć tłuszczu zwierzęcego, ale niewiele, zaledwie 3-4 deko dziennie. Zalecane jest masło i słodka śmietanka, gdyż tłuszcz mleczny jest łatwostrawny. Jednak do przyrządzania potraw należy używać wyłącznie olejów roślinnych.

Oczywiście nie może zabraknąć warzyw i owoców – minimum pół kilo dziennie. Zawarte w nich witaminy, m.in. C i E oraz beta-karoten, to niezwykle cenne przeciwutleniacze,



chroniące organizm przed działaniem wolnych rodników, wspomagające leczenie oraz w znacznym stopniu zapobiegające nawrotom choroby. Marchew, dynia, kabaczek, patison, buraki, seler, pietruszka, pomidory bez skórki, szparagi, sałata - to warzywa codziennego menu, a nie jakichś wyjątkowych okazji. Najlepiej gotować je na parze lub w wodzie z dodatkiem tłuszczu. Owoce dojrzałe i soczyste: jagodowe, cytrusowe, dzikiej róży, brzoskwinie, morele, banany, winogrona bez pestek, jabłka – najlepiej pieczone i gotowane - to także dietetyczny standard.

Desery? Owszem, ale bez nadmiaru cukru i tłuszczu, a dla chorych i zdrowiejących głównie budynie, kisiele, jogurty, musy, przeciery owocowe, wspomniane już pieczone jabłka.

Dania podawane chorym powinny być ciepłe (nie gorące ani zimne), ewentualnie o temperaturze pokojowej, co chroni błonę śluzową żołądka przed przekrwieniem. Przyprawy – owszem, ale w niewielkich ilościach dla smaku.

Nie objadać się. Zasadą – i dla chorych, i dla zdrowych - niech będzie 4 do 5 małych posiłków w ciągu dnia. Małe porcje nie obciążają przewodu pokarmowego, a żołądek łatwiej radzi sobie z trawieniem.

No i co szczególnie ważne - wypijać należy minimum 2 litry napojów dziennie. Zaleca się maślanke, serwatkę, koktajle mleczne, soki owocowe i warzywne, słabą herbatę oraz kawę zbożową. Rzecz jasna – także niegazowaną wodę.

A co usunąć z jadłospisu koniecznie?

No cóż, lista kulinarnych wrogów chorego (i zdrowego) jest niemała. Co gorsza - znajdują się na niej potrawy i produkty, którymi mało które podniebienie gardzi ...

Dla osób chorych, ale przecież nie tylko, ta „czarna lista” to przede wszystkim: tłuste wędliny, boczek, konserwy mięsne, rybne i warzywne, sery żółte, topione i pleśniowe, jaja na twardo i smażone na tłuszczu, twarde margaryny, smalec, tłuste gatunki mięs (wieprzowina, baranina, gęsi, kaczki), tłuste, zawiesiste zupy i sosy, placki ziemniaczane, kotlety, krokiety, bigos, fasolka po bretońsku, pizza, hamburgery, frytki, chipsy, ostre przyprawy, zwłaszcza używane w nadmiarze: sól, pieprz, papryka, chili, curry, musztarda, ziele angielskie, liść laurowy, gałka muszkatołowa, ocet.

Ponadto kakao, czekolada, napoje gazowane.

Na tej „czarnej liście” zabrakło alkoholu, bo ocena jego wpływu na zdrowie jest względna. Picie alkoholu w nadmiarze jest zdecydowanie niewskazane, ale niewielkie jego ilości, np. 100-200 gramów wina dziennie, są wręcz pożądane. Bo - jak zapewniają medyczne autorytety - wpływają korzystnie na układ krążenia. Jednak osoby w trakcie leczenia onkologicznego raczej nie powinny go spożywać, nawet w takich „profilaktycznych” dawkach.

Dietetyka, terapia żywieniowa - to dziedziny wiedzy niezwykle rozległe i nie sposób w kilku zdaniach omówić ogromu zagadnień, jakich dotyczą. Tysiące diet, nierzadko wzajemnie wykluczających się, tysiące opinii, co jeść a czego się wystrzegać, rodzi w naszych głowach mętlik i nierzadko wręcz irytację. Mimo wszystko będziemy na tych łamach wracać do tych kwestii, bo zdrowie człowieka znajduje się także... na talerzu.

Krystyna Raczyńska

Najlepsza gimnastyka polega na tym, by w porę wstawać od stołu (G. Pasetti)



Wyteż swój niezwykły umysł *

Różnie można sprawdzać ludzką inteligencję. Za pomocą testów na IQ, ale też przez rozwiązywanie bardziej wyrafinowanych krzyżówek, rebusów, czy różnego rodzaju zadań na kojarzenie i spostrzegawczość.

Dwa z nich drukujemy poniżej.

Kto pija wodę, a kto jest właścicielem zebry?

Jest pięć domów, z których każdy ma drzwi frontowe w innym kolorze, zamieszkiwany jest przez osobę innej narodowości, hodującą inne zwierzę i lubiącą inny napój. Każda z tych osób jada, co innego.

Australijczyk mieszka w domu z czerwonymi drzwiami.

Włoch ma psa.

Kawę pija się w domu z zielonymi drzwiami.

Ukraińiec pija herbatę.

Dom z zielonymi drzwiami jest tuż po prawej stronie (Twojej prawej) domu z drzwiami w kolorze kości słoniowej.

Jadający grzyby jest właścicielem ślimaków.

Jabłka jada się w domu z żółtymi drzwiami.

Mleko pija się w środkowym domu.

Norweg mieszka w pierwszym domu od lewej.

Osoba jadająca cebulę mieszka w domu sąsiadującym z domem osoby, która ma lisa.

Jabłka jada się w domu sąsiadującym z domem, gdzie hodują konia.

Amator ciastek pija sok pomarańczowy.

Japończyk jada banany.

Norweg mieszka obok domu z niebieskimi drzwiami.

Kto pija wodę, a kto jest właścicielem zebry?

Dlaczego John Smith nie reaguje?

„Wieczorem, od strony podwórza, na pierwsze piętro domu wchodzi po drabinie złodziej. Spogląda dyskretnie przez szybę do pokoju i w półmroku widzi leżącego w łóżku Johna Smitha, który nie śpi. Spokojnie wyciąga nóż do szkła, wycina otwór w szybie i wchodzi do pokoju. Cały czas patrzy na Johna, a John na niego. Złodziej bez zbytecznego pośpiechu otwiera wszystkie szuflady i nagle znajduje małą szkatułkę, a w niej cenne klejnoty, od wielu lat należące do rodziny Johna Smitha. Bez nerwów wkłada je do kieszeni i wychodzi przez okno.

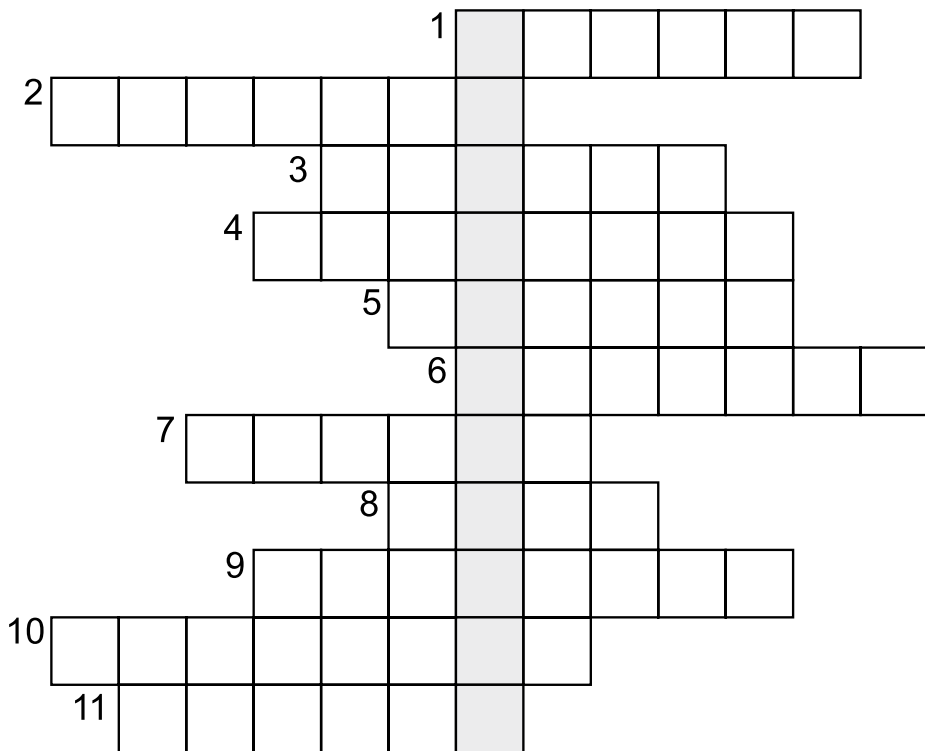
Dlaczego John Smith nie reaguje? John, jest w pełni zdrowy, nie ma żadnych problemów psychicznych, ma w pełni sprawne wszystkie zmysły, nie jest związany i nie zna złodzieja...

* wyszperane w Internecie

Bezużyteczną rzeczą jest uczyć się lecz nie myśleć, a niebezpieczną myśleć, a nie uczyć się niczego (Konfucjusz)



MINIKRZYŻÓWKA ŚWIĄTECZNA



1. Trzej Królowie
2. 24 grudnia
3. Kolorowe na choinkę
4. Świąteczne pod choinkę
5. Wiszą na choince
6. Prowadziła do Betlejem
7. Drzewo iglaste
8. Ryba wigilijna
9. Np. „Pastoralna” Beethovena
10. Składane w czasie świąt
11. W kościele, betlejemska

Rozwiązaniem krzyżówki jest wyraz, który tworzą zaznaczone litery poszczególnych haseł

Między “zrobić” a “nie zrobić” różnicą jest to, że “nie zrobić” może każdy, a “zrobić” mogą tylko niektórzy. (T. Kotarbiński)

Uśmiechnij się

Z mądrości życiowych: „Człowiek śmieje się gdy mu jest śmiesznie,
ale częściej się śmieje, gdy śmieje się jego szef”.

Mówi żona do męża informatyka:

- Poznajesz człowieka na fotografii?
- Tak.
- Ok. Dzisiaj o 16.00 odbierzesz go z przedszkola

Dlaczego 21 marca to ważny dzień w życiu urzędnika?

- Bo wtedy kończy mu się sen zimowy, a zaczyna zmęczenie wiosenne.

Do Władimira Putina dzwoni prezes koncernu Coca-Cola.

- Panie prezydencie, mam propozycję. Co sądzi pan o zmianie flagi Rosji z niebiesko-biało-czerwonej na czerwoną? Jak za dobrych czasów w ZSRR... My za taką reklamę oferujemy, powiedzmy, 5 miliardów dolarów rocznie.

Putin odpowiada:

- Pozwoli pan, że przemyszę propozycję.

Odkłada słuchawkę, wykręca numer swojego asystenta i mówi:

- Wania, kiedy dokładnie kończy się nam umowa z Aquafresh?

Triathlon po polsku:

1. Bieg na basen
2. Pływanie
3. Powrót na rowerze

W pewnej średniej wielkości firmie pojawił się nowy, znany z radykalnych metod szef. Każdy, nie dający z siebie w firmie 120 proc. nadawał się według niego do natychmiastowego zwolnienia.

Pierwszego dnia swoich rządów był on oprowadzany po wszystkich biurach. Przed jednym z nich dostrzegł pogwizdującego i opartego o mur młodzieńca. Uznał, że to znakomita okazja, aby zaprezentować ogółowi załogi swoje bezkompromisowe podejście do tematu: „Zbrodnia i kara” w działalność firmy.

Podszedł w tym celu do „stacza” i zapytał nieznoszącym sprzeciwu głosem: „Ile pan zarabia w tydzień? „Będzie ze 300 zł... „ – odparł chłopak po krótkim zastanowieniu.

Szef wyciągając z kieszeni portfel: „To masz tu, powiedzmy, 600 zł...i już cię tu nie ma. Jesteś zwolniony!!!”

Chłopak spojrział na pieniądze, chciał przez chwilę zaprotestować, ale dojrzał nieznoszące sprzeciwu spojrzenie szefa, więc zabrał proponowaną mu sumę i zniknął w „trymiga”...

Jak po zwycięskiej bitwie powiedział szef wzrokiem po gawiedzi biurowej i spytał pierwszego przechodzącego pracownika: „Z jakiego oddziału był ten leniwy palant, którego właśnie wywalilem na zbity pysk? „Myślę, że z transportu..”- stwierdził pracownik szczerząc zęby. „Bo dowozi nam czasami pizzę...”

Nic tak nie odmładza, jak prawdziwie niedorzeczny kawal. (W. Gombrowicz)

„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 4416008, **Izba Przyjęć:** 0-77 441 6010, **Rejestracja Pracowni Diagnostyki Obrazowej:** 0-77 441 6039

Skład komputerowy i druk:

EUROCENT: 45-372 Opole, ul. Końskiego 70, tel. 077 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

