

*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,  
życzy

Pacjentom i Pracownikom  
Opolskiego Centrum Onkologii  
**Wojciech Redelbach**  
dyrektor

Opole, w grudniu 2011 roku

\*\*\*

Śnieg przykrył wszystkie korony drzew,  
Dachy, drogi, płoty i każdy krzew.  
Spadają miliony płatków białych z nieba.  
Patrzę i podziwiam ten zaczarowany świat,  
Bo przecież pozwolenia na to nie potrzeba...

Wiele płatków spadło na mój płaszcz i buty.  
Ta biała cisza trwa sekundy, minuty...  
Powoli cała jestem obsypana śniegiem.  
Moje myśli biegną gdzieś daleko, nawet tego nie wiem.  
Może zatrzymają się gdzieś w białej bieli  
I spotkają się z tymi, co szczęścia dużo mieli.

Bo szczęście, to jak płatek śniegu.  
Fruwa, fruwa i jest w ciągłym biegu.  
Lecz kiedy promyk słońca się pokaże  
Znika szybko, jak wiele marzeń.  
Zostaje po nim tylko mokra plamka  
Oraz wspomnienia pewnego, zimowego poranka...

*Fragment wiersza Zofii Gulbinowicz,  
pacjentki Opolskiego Centrum Onkologii*



Wojewódzka konferencja na temat profilaktyki chorób nowotworowych

## Trzeba się badać, aby mieć pewność

„*Programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi w województwie opolskim- zasady, realizacja i popularyzacja badań przesiewowych*”, to temat konferencji zorganizowanej w dniu 28 października 2011 r. pod honorowym patronatem marszałka województwa **Józefa Sebesty**.

Spotkanie poświęcone podsumowaniu dokonań trzech kwartałów w zakresie wymienionych badań przesiewowych, realizowanych w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, odbyło się w Opolu po raz trzeci. Jego adresatami byli przedstawiciele samorządów lokalnych, oświaty, lekarze rodzinni, realizatorzy badań skryningowych w województwie opolskim, pracownicy ochrony zdrowia. Stąd też wielu z nich zaopatrzyło się w dostępne na stoisku informacyjno-edukacyjnym materiały, propagujące rolę skryningowych badań mammograficznych i cytologicznych w wykrywaniu wczesnych postaci raków piersi i szyjki macicy.

Otwarcia konferencji dokonał dr **Wojciech Redelbach**, dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii. Jako pierwszy prelekcję wygłosił **Jerzy Pilarski** z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, który omówił od strony finansowej „*Realizację i plany badań skryningowych na Opolszczyźnie*” w roku 2010 i w trzech pierwszych kwartałach br. Z danych wynika, iż w 2011 w etapie podstawowym wykonano **ponad 22 tys. badań mammograficznych**, na które wyda-

no blisko 1,6 mln zł. Diagnostykę pogłębianą wykonano u 768 Opolanek (1747 badań), co kosztowało ponad 103 tys. zł. Łącznie przez 9 miesięcy na diagnostykę raka piersi w skryningu wydano blisko 1,7 mln zł.

**W 2010 r. najlepszą zgłaszalność** na skryning mammograficzny odnotowano w powiatach **głubczyckim i krapkowickim** (odpowiednio 25,25% i 23,09%), a z danych za **trzy kwartały 2011 r.** wynika, iż największa zgłaszalność jest w powiatach: **opolskim ziemskim** – 28,77%, **ny-skim** – 22,81% i **krapkowickim** – 22,31%. **Najniższą zgłaszalność** mają powiaty **brzeski** – 7,47% oraz **głubczycki** – 11,7%. Średnia dla województwa wynosi, jak dotąd, 17,08%, czyli 22180 przebadanych na 129 854 uprawnionych (pamiętając, że skryning dotyczy badań wykonywanych co 2 lata przez panie w wieku 50-69 lat).

Porównując realizację programu wczesnego wykrywania raka piersi na Opolszczyźnie w latach 2010 i 2011 przez pracownie stacjonarne i mammobusy J. Pilarski zwrócił uwagę na fakt, że liczba wykonanych badań w jednostkach mobilnych zbliża się już do liczby badań w placówkach stacjonarnych. Na pewno za sprawą większej liczby mammobusów, zakontraktowanych na rok bieżący przez opolski NFZ. O ile w 2010 r. liczba kobiet wykonujących mammografię w mammobusach stanowiła 30 proc. ogółu przebadanych, tak w roku



Uczestnicy konferencji

bieżącym odsetek ten wyniesie ok. 46 proc.

Jeśli idzie o **badania cytologiczne** to do k. września br. w etapie podstawowym, czyli samo pobranie materiału, wykonano ich **blisko 19 tys.** na kwotę 470 tys. zł. Analiza laboratoryjna materiału, czyli tzw. etap diagnostyczny, kosztował ponad 315 tys. zł, natomiast diagnostyka pogłębiona - łącznie 89 badań - blisko 17,5 tys. zł.

**W roku 2010 najlepszą zgłaszalność na skryning cytologiczny** odnotowano w powiatach: **kluczborskim** - 13,03 oraz **prudnickim** - 12,98; za 9 miesięcy roku 2011 najlepsza zgłaszalność jest w powiatach: **prudnickim** - 8,29% i **głubczyckim** - 8,05%. Średnia dla województwa wynosi jak dotąd 6,8 %, a składają się na nią 17,5 tys. przebadanych kobiet na blisko 257 tys. uprawnionych (pamiętając, że liczba ta dotyczy okresu 3-letniego).

Łącznie **na oba skryningi w trzech kwartałach br. opolski NFZ wydał ok. 2,5 mln zł** (1,7 mln zł na mammografię i 802 tys. zł na cytolo-

gię). Prognozuje się, iż do końca roku kwota ta może wzrosnąć do 3,3 mln zł (ponad 2,3 mln na mammografię i ponad 1 mln na cytologię). Środków na ten cel na pewno nie zabraknie. Wręcz przeciwnie, istnieje obawa, iż nie zostaną one wykorzystane, gdyż Opolanki badaniami profilaktycznymi są zainteresowane raczej mniej niż średnio. Podobnie zresztą przedstawia się sytuacja w całej Polsce.

Drugi prelegent dr n. med. **Wojciech Guzikowski**, konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii, przedstawił **Aktualną sytuację w realizacji Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy**. W pierwszych trzech kwartałach 2011 r. na badania cytologiczne wykonano u blisko 19 tys. Opolanek w wieku 25-59 lat. Najwięcej pań zgłosiło się wskutek zalecenia ginekologa (blisko 13 tys.), jak również dzięki otrzymanemu zaproszeniu (4,2 tys.). **Najwięcej pań cytologię skryningową wykonało w powiatach namysłowskim i prudnickim** (odpowiednio 34,6%

i 32,3%), **najmniej - w powiatach oleskim i strzeleckim** (22,99% i 23,05%).

Prelegent podkreślił, że rak szyjki macicy może rozwijać się nawet kilkanaście lat (średnio 12 lat) nie dając żadnych objawów. Kiedy się

nych seksualnie kobiet i mężczyzn (ok. 80%) ma kontakt z tym wirusem, ale na szczęście 70% zakażeń ma charakter przemijający, bezobjawowy, ulegający samoistnej remisji w okresie 12-18 miesięcy od zakażenia. Jednak utrzymywanie się infekcji po-



Wiesława Kaczmarek analizuje dane skryningu mammograficznego

pojawiają (krwawienia, upławy, ból, zaburzenia w oddawaniu moczu) mogą świadczyć o zaawansowanym stadium nowotworu. Najwyższą zachorowalność obserwuje się u kobiet w wieku 49-54 lata.

Jest dowiedzione, że najczęściej chorują kobiety, które przez wiele lat nie poddawały się badaniom cytologicznym. Aż połowa chorych na raka szyjki macicy nigdy nie miała pobranego wymazu cytologicznego! Obliczono, że gdyby każdej kobiecie choć raz w życiu wykonano cytologię, ryzyko śmierci z powodu raka szyjki macicy zmalałoby o 40 proc.

Z badań wynika ponadto, że ryzyko tego nowotworu u kobiet 50-letnich, które regularnie wykonują cytologię, jest bardzo niskie.

W zdecydowanej większości wypadków (blisko 100%) za chorobę odpowiedzialny jest wirus HPV w swoich kilkunastu rakotwórczych odmianach, a najczęściej HPV16 i HPV18 (71,5% ogółu zachorowań). Tak się składa, że większość aktyw-

nad 2 lata świadczy o wysokim onkogenym potencjale wirusa.

Z badań wynika jednoznacznie: rak szyjki macicy wykryty w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) jest w 100% wyleczalny! Rak o I stopniu inwazyjności – w 85%, w II – 66%, w III – tylko w 39%.

Kolejny prelegent dr n. med. **Dariusz Kowalczyk**, konsultant wojewódzki w dziedzinie ginekologii onkologicznej, omówił temat **zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy** w kontekście danych krajowych, jak również innych nowotworów, na które chorują i umierają Opolanki, a podobny temat w odniesieniu do **raka piersi** zreferował dr n. med. **Kazimierz Drosik**, konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej, ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej w OCO. Okazuje się, że w 2008 r. na raka piersi zachorowało 390 Opolanek. Jest to najczęściej występujący nowotwór u

kobiet. Choroba jest najczęściej diagnozowana u Opolanek w wieku 50-54 lata i 65-69 lat.

Najwięcej Opolanek umiera jednak nie na raka piersi, ale na raka oskrzela i płuca; w 2008 r. odnotowano 138 zgonów na ten typ raka, co stanowiło 12,93% zgonów na raka w ogóle. Zgony na raka piersi zajmują miejsce drugie - 136 przypadków, co stanowi 12,75 ogółu zgonów na raka. Miejsce 3. to zgony na raka okrężnicy (99 przypadków, 9,28%), ale jeśli zliczyć raki jelita grubego en bloc (okrężnica, odbytnica, odbył), to okazuje się, że to jest właśnie ów niechlubny lider zgonów - 139 (odpowiednio 99, 36, 4).

**Wiesława Kaczmarek**, kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, przedstawiła dane, dotyczące skryningu mammograficznego na Opolszczyźnie. Wynika z nich, że **od stycznia do października 2011 r. badanie wykonało ponad 22 tys. Opolanek**, co stanowi **34% ogółu populacji** (65 tys. kobiet) do przebadania. W okresie 2-letnim wskaźnik ten jest wyższy i wynosi 42% (w latach 2010-2011 wykonano blisko 53 tys. badań na 129, 5 tys. uprawnionych kobiet). **W roku 2011r. wykryto raka piersi u 77 Opolanek** (od 2007 r. wykryto łącznie 547 raków).

Badania mammograficzne na Opolszczyźnie w 2011 r. wykonuje 14 podmiotów, w tym 6 z udziałem

mammobusów. Najwięcej pań, bo blisko 16 tys., zgłosiło się na badania po otrzymaniu imiennego zaproszenia (na Opolszczyźnie w 2011 r. wysłano je do 61,5 tys. kobiet). Lekarze POZ oraz specjaliści zachęcali do badań niewiele ponad 1200 Opolanek (odpowiednio 384 i 862).

Na zakończenie **Katarzyna Godyń**, kierująca Biurem Polityki Społecznej Urzędu Miejskiego w Nysie, omówiła działania nyskich samorządowców w zakresie promocji i wczesnego wykrywania raków piersi oraz szyjki macicy w kontekście doświadczeń z uczestnictwa gminy Nysa w II edycji konkursu „Zdrowa Gmina”.

W konferencji, zorganizowanej ze środków Ministerstwa Zdrowia przez wojewódzkie ośrodki koordynujące programy wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy, wzięło udział kilkudziesięciu przedstawicieli samorządów lokalnych, opolskich szkół, osoby zawodowo związane z sektorem ochrony zdrowia, m.in. **Stanisław Łągiewka**, dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego, **Edward Gondecki**, przewodniczący Rady Społecznej OOW NFZ, **Grażyna Kowcun**, wicedyrektor OOW NFZ, **Aleksandra Kozok**, dyrektor SPZOZ nad Matką i Dzieckiem, **Renata Ruman-Dzido**, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego. Nie zabrakło także przedstawicieli opolskich mediów.

*Sfinansowano ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, zadanie: Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi*

## Pielęgniarstwo onkologiczne - problemy i wyzwania

20 października br. w Opolskim Centrum Onkologii w Opolu odbyła się **I Konferencja Onkologiczna – „Pielęgniarstwo onkologiczne - problemy i wyzwania”**, dedykowana pielęgniarkom i położnym naszego województwa. Organizatorem było Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych – Oddział Terenowy w Opolu oraz Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

Podczas Konferencji dzieliliśmy się z Państwem problemami, dotyczącymi pielęgnowania pacjentów z założonym portem dożylnym oraz pacjentów z wylonioną stomią.

Wysłuchaliśmy również wykładów lekarzy Opolskiego Centrum Onkologii, dotyczących roli genetyki onkologicznej w profilaktyce nowotworów oraz znaczenia stylu życia i posiadane go kodu genetycznego w zachorowaniu na raka jelita grubego, łącznie z lekceważonymi przez nas wczesnymi objawami tej choroby.

Dziękujemy prelegentom i uczestnikom konferencji a na łamach niniejszego numeru naszego miesięcznika publikujemy streszczenia prezentacji, przedstawionych podczas konferencji przez pielęgniarki Opolskiego Centrum Onkologii.

*Justyna Skiba-Bubin*

*Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek  
Onkologicznych – Oddział Terenowy w Opolu*

*Elżbieta Duda*

*Pielęgniarka Naczelna Opolskiego  
Centrum Onkologii w Opolu*

---

Ewa Lakсы

## Wczesny okres po zabiegu wylonienia stomii

**W** natłoku codziennych zajęć, wielu problemów zawodowych i rodzinnych, w zgiełku różnych wydarzeń wydaje nam się, że jesteśmy zdrowi, że choroba nas nie może dotknąć, że po prostu nas nie dotyczy, bo my mamy jeszcze tyle do zrobienia... Wszystko wydaje się być ważniejsze niż własne zdrowie. Lekceważymy pozornie błahe objawy, mówiąc sobie, że jakoś to będzie, że to minie... Aż nagle stajemy przed paraliżującym nas pytaniem:

*Dlaczego ja? Dlaczego właśnie mnie to spotkało? Wiem, że to nie koniec świata, ale ja chcę moje życie, takie normalne, takie nudne, rodzinne...*

W Polsce żyje ok. 35 tys. osób z wylonioną stomią jelitową. Oczywiście jest to, że przed jej wylonieniem osoby te miały wiele obaw i wątpliwości. Ale ... stomia to nie koniec świata, stomia to nie jest kara za coś. Stomia to tak naprawdę cena życia a w wielu przypadkach poprawa jakości tego życia.

### **Stomia, co to takiego?**

Określenie stomia pochodzi z języka greckiego i oznacza usta, otwór lub przetokę.

Jest to celowo wykonane połączenie światła narządu jamistego z powierzchnią skóry lub błony śluzowej.

*Model opieki nad chorym ze stomią:*

- a. **przedoperacyjny** (okres diagnozowania chorego i przygotowania go do zabiegu operacyjnego),
- b. **śródooperacyjny** (wylonienie sztucznego odbytu i zaopatrzenie na stole operacyjnym w sprzęt stomijny),
- c. **pooperacyjny** (przygotowanie chorego do samoopieki)

### **Pielęgnacja stomii:**

- nie jest wcale trudna i powinna być wykonywana samodzielnie przez pacjenta,
- jest warunkiem powrotu do aktywności sprzed operacji,
- podstawowe zasady pielęgnacyjne są takie same bez względu na typ przetoki,
- wymiana sprzętu powinna odbywać się w spokoju i w odpowiednich warunkach,
- pośpiech i niestaranność działają zawsze na szkodę pacjenta.

### **Właściwą pielęgnację stomii warunkuje:**

- wiedza

- umiejętności
- doświadczenie

**Dobór sprzętu stomijnego zależy od:**

- rodzaju stomii
- powikłań
- wieku
- upodobań

Niezależnie od rodzaju stomii zawsze najważniejsza jest ochrona skóry!



**Jaki powinien być odpowiedni sprzęt?**

- dyskretny (czyli szczelny dla treści jelitowej i gazów),
- pewny i bezpieczny (ma skutecznie chronić skórę wokół przetoki),
- wygodny i komfortowy (nie może ograniczać aktywności życiowej).

**Prawidłowa stomia**

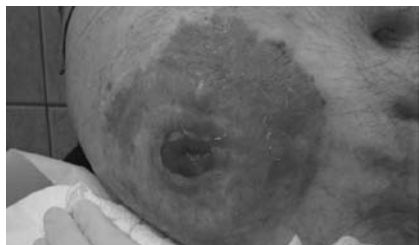


**Prawidłowa stomia powinna:**

- mieć różowo-czerwony kolor,
- być lekko wilgotna,
- mieć kształt zbliżony do okrągłego,
- wydalac odpowiednią do jej typu treść (kał lub moczu),
- skóra wokół niej powinna wyglądać jak w innych miejscach na brzuchu.

**Na co należy zwracać szczególną uwagę w codziennej pielęgnacji stomii:**

- na kolor i ukrwienie błony śluzowej stomii (obrzęk stomii, siny lub czarny kolor),
- na treść wydzieliny ze stomii (biegunka lub zaparcia, krew w kale),
- stan skóry wokół stomii (zaczerwienienie, podrażnienie, wyprysk, nadzěrki, pieczenie lub swędzenie).



**Wczesne powikłania stomii jelitowej:**

*ogólnoustrojowe:*

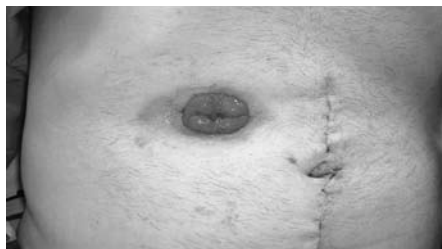
- psychosocjalne
- seksualne
- metaboliczne

*miejscowe:*

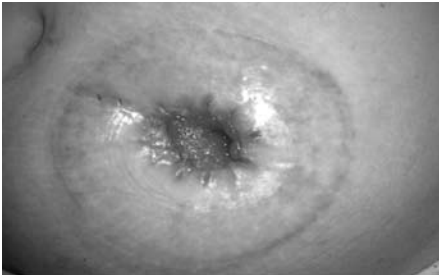
- dermatologiczne
- chirurgiczne

**Powikłania dermatologiczne:**

**Zapalenie skóry wokół stomii:** reakcja zapalna skóry na działanie treści jelitowej (szczególnie przy illeostomi), która zawiera duże ilości kwasów żółciowych i soku trzustkowego.



**Alergiczne zapalenie skóry:** uczulenie na któryś ze składników sprzętu stomijnego.



### Wczesne miejscowe powikłania chirurgiczne

Do wczesnych powikłań chirurgicznych należą:

- obrzęk stomii
- krwawienie z błony śluzowej stomii
- krwawienie ze światła przetoki
- niedokrwienie stomii
- martwica stomii
- wciągnięcie i wpadnięcie stomii
- zakażenie rany stomijnej lub ropień
- przetoka okołostomijna

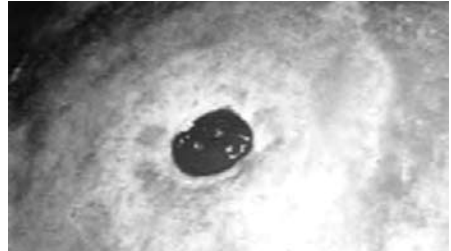
**Obrzęk stomii.** To często występujące miejscowe chirurgiczne powikłania stomii. Jego przyczyną jest przeważnie ucisk na naczynia krwionośne, odżywiające stomię (np. zbyt wąski kanał stomijny), co powoduje zaburzenia krążenia krwi w obrębie wyłonionego jelita. W celu zmniejszenia obrzęku stomii można wykonywać przymoczki z kwasu borowego lub glukozy 5%.



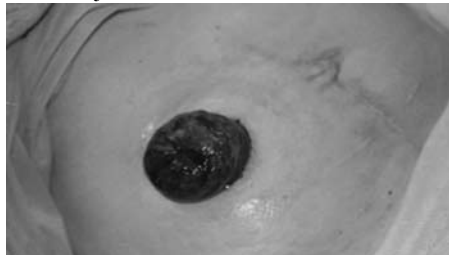
**Krwawienie z błony śluzowej stomii.** Powierzchnowe krwawienie z błony śluzowej stomii jest zjawiskiem dość powszechnym i niegroźnym. Spowodowane jest najczęściej podrażnieniem śluzówki przez sprzęt stomijny lub jej wysychaniem i późniejszym pękaniem. W większości przypadków systematyczne powlekanie powierzchni błony śluzowej wazeliną eliminuje tę dolegliwość.

**Niedokrwienie stomii.** Jest najczęściej spowodowane nieprawidłowym przygotowaniem jelita do wyłonienia, co wiąże się z niedostatecznym jego ukrwieniem, nadmiernym napięciem tętnic, zaopatrujących jelito w

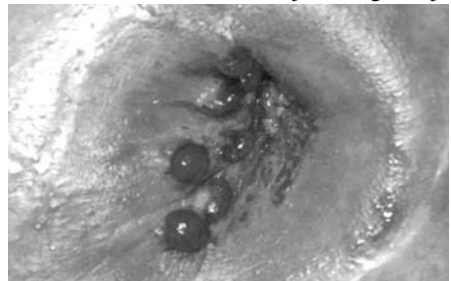
krwem, lub zbyt wąskim kanałem w powłokach brzusznych przez który jest wyłoniona stomia. Przy niewielkiej martwicy pozostajemy przy obserwacji stomii.



**Martwica stomii.** Rzadkie, ale bardzo niebezpieczne powikłanie, które z reguły wymaga szybkiej interwencji chirurgicznej. Martwica może dotyczyć części przetoki lub obejmować jej całość. Może wtedy dojść do wypadnięcia stomii, zacieku treści kałowej do jamy otrzewnowej oraz rozlanego zapalenia otrzewnej.



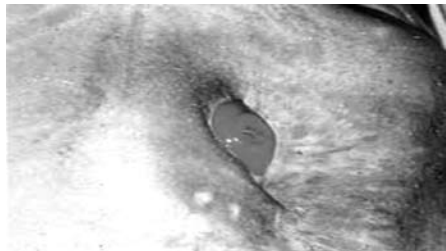
**Wciągnięcie i wpadnięcie stomii.** Efektem niedostatecznego „uwolnienia” jelita w trakcie operacji, a co za tym idzie jego nadmiernego napięcia, może być wciągnięcie stomii lub jej wpadnięcie. Wciągnięcie w znacznym stopniu utrudnia zabezpieczenie w sprzęt stomijny, a czasami zmusza do interwencji chirurgicznej.



**Zakażenie rany stomijnej lub ropień.** Nieprawidłowe wykonanie szwów formujących stomię może być przyczyną nieszczelności połączenia skóra-jelito, infekcji tkanki podskórnej i skóry wokół przetoki, a w następ-



stwie zakażenia okołostomijnego lub ropnia. W tej sytuacji wymagane jest leczenie chirurgiczne (nacięcie i drenaż ropnia), uzupełnione antybiotykoterapią. W wielu przypadkach następstwem tego rodzaju powikłań są rozległe zmiany bliznowate, znacznie zniekształcające stomię lub rzadziej przetoką okołostomijną. Przetoka okołostomijna wymaga najczęściej leczenia operacyjnego, polegającego na wycięciu jej w całości i uformowaniu stomii od nowa.



**List osoby, która 30 lat temu miała wylonioną stomię jelitową**

*Nie można mieć wszystkiego...*

*Ja już to wiem. Już przestałam gonić, rozpychać się łokciami, gromadzić rzeczy dla*

Jolanta Sarga

## **Pacjent z portem donaczyniowym – wyzwania pielęgnacyjne**

Mam ogromną przyjemność podzielenia się z Państwem problematyką i udoskonaleniem podawania leków drażniących, do jakich niewątpliwie należą chemioterapeutyki, a także preparaty o dużej osmolarności, stosowane w żywieniu pozajelitowym. Praktyczną formę podaży spełniają porty naczyniowe.

W krajach UE chorzy poddawani chemioterapii mają bezwzględnie zakładany port dostępu naczyniowego przy pierwszym cyklu. Natomiast w Polsce obowiązuje nieco inny system podejścia do leczenia w oddziałach chemioterapii. Jeśli mamy na myśli dzieci, cierpiące na chorobę nowotworową, port zakładany jest w chwili podjęcia decyzji o leczeniu.

*samej tylko chęci ich posiadania. Może i nie mam zbyt wiele, ale mam coś, co sprawia, że potrafię cieszyć się każdym dniem, potrafię po prostu czerpać radość z małych, codziennych przyjemności. Mam świadomość, że rzeczy nie są najważniejsze. Patrzę z dystansem na tych, którzy uganiają się w nienasyconej pogoni, by zrealizować wygórowane ambicje, zdobyć władzę lub przewagę nad innymi. Patrzę jak zjada ich życie. Ja już się nie śpieszę, nie zamartwiam. Wolę obserwować jak lśni rosa, a niebo odbija się w kałuży, posłuchać szelestu liści. Jestem tutaj przecież tylko na chwilę... Szukam małych przejawów szczęścia – spaceru po parku, przywitania z sąsiadem, uśmiechu syna, radości na twarzy wnuków, widoku kota wygrzewającego się w plamie słońca na podwórku. Nie myślę o tym czego mi jeszcze brak. Zastanawiam się nad tym co zrobić z tym co mam. Jak najlepiej to wykorzystać.*

Ewa Laksy

*Autorka jest mgr. pedagogiki z terapią pedagogiczną; jest pielęgniarką Oddziału Chirurgii Onkologicznej Opolskiego Centrum Onkologii*

Dorośli mają zakładany port w momencie, gdy wyczerpane są dotychczasowe możliwe miejsca podawania w postaci wkłucia dożylnego.

Dwie trzecie wszystkich chorych leczonych z powodu choroby nowotworowej korzysta z dobrodziejstw chemioterapii. Jak widać jest to ogromna liczba. Moim zdaniem porty są komfortowym systemem podawania leków dla pacjenta i - nie ukrywam - wygodnym dla personelu.

### **Budowa portu**

Port złożony jest ze zbiornika, tzw. komory, oraz cewnika, który jednym końcem implantowany jest w żyłę, zaś drugim podłączony do komory portu. Komora zbudowana jest z tytanu, tworzywa sztucznego lub cera-

miki; jej średnica wynosi od 2,5 do 3 cm. Część znajdującą się bezpośrednio pod skórą tworzy membrana zbudowana z silikonu. Membrana pełni rolę miejsca wprowadzania igły Hubera; ilość możliwych wkłuć wynosi ok. 2000 razy (dane producenta).

Igła Hubera jest zakończona odpowiednio ukształtowanym ostrzem, dzięki temu przy każdorazowym nakłuwaniu portu igła powoduje rozpychanie włókien membrany, która po wysunięciu igły samoistnie się zasklepia. Port stanowi w pełni implantowany system podawania dożylnego leków. Prawidłowo pielęgnowany może być wykorzystywany przez wiele lat.

### **Przeciwwskazania do założenia portu**

Kryteriami, które stanowią o bezwzględnym przeciwwskazaniu do założenia portu, są:

- wskaźnik protrombinowy < 60 %,
- trombocytopenia < 60 000/ mm<sup>3</sup> (zwiększa ryzyko krwawienia),
- leukopenia < 2000/mm<sup>3</sup>,
- neutropenia < 1000/ mm<sup>3</sup> (brak możliwości obronnych organizmu przed zakażeniem),
- terminalny stan zdrowia pacjenta,
- choroby infekcyjne, przebiegające z gorączką,
- zespół rozsianego wykrzepiania śródnaczyniowego.

### **Technika zakładania portu**

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym, w warunkach sali operacyjnej.

Składają się na niego następujące czynności:

- pacjent ułożony zostaje w pozycji Trendelenburga, która zapobiega aspiracji powietrza do naczyń i chroni przed powstaniem zatoru powietrznego,
- dezynfekcja pola operacyjnego i

znieczulenie miejscowe,

- nakłucie żyły wewnętrznej szyjnej i wprowadzenie prowadnicy Seldingera,

- nacięcie skóry poniżej obojczyka ok. 2 cm w celu włożenia komory,

- wprowadzenie cewnika wypełnionego roztworem soli fizjologicznej do światła naczynia tak, aby koniec cewnika znalazł się nad ujściem żyły głównej górnej do prawego przedsionka serca, i połączenie z komorą portu; całość systemu monitorowana jest za pomocą aparatu rentgenowskiego,

- zszycie skóry, założenie opatrunku na ranę (szwy są usuwane po upływie ok. 10 dni).

### **Powikłania**

Dzieli się na wczesne i późne.

*Wczesne:*

- krwiak i krwawienie z miejsca wkłucia,
- odma opłucnowa,
- nakłucie tętnicy (rzadko).

*Późne:*

- nieszczelność układu (przyczyną może być wada fabryczna, uszkodzenie mechaniczne),
- podanie leku poza naczynie (obok portu),
- martwica skóry nad portem,
- zakażenie.

### **Pielęgnacja i zasady użytkowania portu**

Przygotowanie:

- dezynfekcja rąk,
- dezynfekcja skóry pacjenta w okolicy portu: konieczne jest trzykrotne przemycie skóry środkiem dezynfekcyjnym i odczekanie, aż skóra wyschnie,
- wypełnienie igły fizjologicznym roztworem NaCl (igłę Hubera z drenem należy wypełnić 0,9% roztworem NaCl, następnie zamknąć jednokierunkową zastawkę zabezpieczającą

przed zassaniem powietrza),

- założenie sterylnych rękawic,
- lokalizacja miejsca wkłucia (palpacyjne zlokalizowanie portu i nakłucie jego membrany; igłę wkłuwają się w środek odległości pomiędzy palcami, kierując prostopadle do skóry; Przekłuwają się kolejno skórę, membranę i opiera się o dno portu; miejsce wkłucia zabezpiecza się jałowym opatrunkiem i opisuje),
- podawanie leków; w celu potwierdzenia obecności igły w świetle naczyń oraz prawidłowego wkłucia należy zaaspirować krew i podać co najmniej 10 ml 0,9% roztworu NaCl, następnie można zacząć podawać leki,
- zabezpieczenie portu po zakończeniu wlewu i usunięcie igły z portu; po zakończeniu wlewu należy koniecznie przepłukać co najmniej 10 ml 0,9% roztworem NaCl z heparyną 10 j/ml, należy założyć opatrunek.

### **Zalecenia**

Do nakłuwania portu należy używać bezwzględnie igieł specjalistycznych, przeznaczonych wyłącznie do obsługi portu (nie należy stosować igieł do zwykłych iniekcji):

- zestawy podczas podawania muszą być szczelnie połączone,
- po zakończeniu wlewu, jeśli konieczne jest pozostawienie igły, wszystkie zaciski powinny być pozamykane,
- końcówka drenu musi być zaopatrzona w jałowy, zakręcany korek,
- w czasie podawania leków należy obserwować okolice wkłucia igły do portu; w chwili wystąpienia obrzęku bądź bólu należy wstrzymać podaż,
- w przypadku niewyjaśnionej infekcji, objawiająca się podwyższoną temperaturą zawsze bierzemy pod uwagę port, jako ciało obce,
- płukanie portu musi być wykonywa-

ne po każdym jego zastosowaniu,

- nieużywany port w celu utrzymania drożności musi być przepłukiwany co najmniej raz w miesiącu 0,9% roztworem NaCl z heparyną 10 j/ml.

### **Ocena przydatności portów**

*W ocenie pacjenta:*

- zadowolenie z możliwości kontynuowania leczenia;
- poprawa komfortu fizycznego i psychicznego pacjenta;
- zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, wygodna metoda usprawniająca czynności codzienne chorego (np. codzienna toaleta ciała).

*W ocenie personelu:*

- możliwość stałego dostępu żylnego bez konieczności nakłuwania naczyń obwodowych,
- oszczędność czasu,
- ochrona naczyń żylnych (stany zapalne, podrażnienia, wynaczynienia),
- podawane leki wchłaniają się bezpośrednio do dużych naczyń, a co za tym idzie również szybko,
- są rozprowadzone po organizmie.

Kończąc chciałabym nadmienić, że opisany powyżej system dostępu żylnego jest metodą, która spełnia zadania w wielu dziedzinach medycyny, niesie wiele dobrodziejstw: od wygodnego i

w każdej chwili możliwego dostępu do żyły, po komfortowy, w pełni bezpieczny i estetyczny system dla samego chorego.

Jolanta Sarga

*Autorka, specjalistka pielęgniarstwa zachowawczego, jest pielęgniarką Oddziału Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym Chemioterapii Opolskiego Centrum Onkologii.*

*Ukazał się kolejny rocznik „Nowotwory złośliwe w województwie opolskim w 2008 roku”, opracowany przez Wojewódzki Rejestr Nowotworów. Publikacja zawiera dane statystyczne nie tylko z roku 2008, ale także z lat 1999-2008, ujęte w 36. tabelach i 8. wykresach, które poprzedza przedstawione poniżej omówienie autorstwa dr. n. med. Kazimierza Drosika.*

# **Nowotwory złośliwe na Opolszczyźnie w roku 2008**

## **Zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe w roku 2008**

### **Mężczyźni**

W 2008 roku zarejestrowano łącznie 1864 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn, mieszkających na terenie województwa opolskiego (w roku 2007 odnotowano 1688 zachorowań). Współczynnik surowy zachorowalności wyniósł 373,4 (zachorowań na 100 tys.), współczynnik standaryzowany 253,1 (w roku 2007 odpowiednio 336,3 i 235,8).

Zarówno w liczbach bezwzględnych, jak i współczynnikach epidemiologicznych, widoczny jest wzrost zachorowalności. Bezwzględna liczba zachorowań i surowy współczynnik zachorowalności w roku 2008 były najwyższe w ostatnim dziesięcioleciu, jednak współczynnik standaryzowany zachorowalności był niższy w porównaniu z latami 1999 – 2003, ale wyższy niż w latach 2004 – 2007. Wskazuje to na duży wpływ nie tylko zmian w liczebności populacji, ale przede wszystkim na zmiany struktury wiekowej – starzenie się ludności Opolszczyzny.

Współczynnik standaryzowany dla mężczyzn w województwie opolskim był wyższy od współczynnika dla całego kraju, który w roku 2008 wyniósł 246,1. W skali kraju pod względem zachorowalności województwo opolskie uplasowało się na 8. miejscu.

Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn jest nadal nowotwór płuca. Zachorowalność na tą chorobę stanowi prawie 20% wszystkich nowych zachorowań, a surowy i standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosi odpowiednio 72,9 i 48,2 (zachorowań na 100 tys.). Po okresie spadku zachorowań na nowotwór płuca w ostatnich dwóch latach liczba zachorowań zaczyna się stabilizować.

Kolejne, pod względem częstości zachorowań, nowotwory to nowotwory jelicita grubego (łącznie 13,83%), gruczołu krokowego (11,59%), skóry (11,11%), pęcherza moczowego (7,031%) oraz żołądka (4,83%).

W poszczególnych grupach wiekowych najwięcej zachorowań, bo 75,43%, podobnie jak w poprzednich latach, stwierdzono u mężczyzn w wieku 55 – 79 lat.

Pewne różnice w zachorowalności u mężczyzn stwierdza się pomiędzy poszczególnymi powiatami województwa opolskiego. Największą liczbę zachorowań stwierdza się, podobnie jak w latach poprzednich, w powiecie nyskim, mieście Opolu i powiecie opolskim. Wynika to przede wszystkim z faktu, że w tych rejonach zamieszkuje najwięcej ludności.

Oceniając zachorowania na nowotwory złośliwe u mężczyzn w województwie opolskim w latach 1999 – 2008 można stwierdzić, że zachorowalność po okresie spadku ponownie zaczyna rosnąć.

Wahaniom rocznym ulegają zachorowania w poszczególnych powiatach. Ponieważ są to jednak tylko liczby bezwzględne, trudno na tej podstawie wyciągnąć daleko idące wnioski.

### ***Kobiety***

W roku 2008 zarejestrowano 1770 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w województwie opolskim (w roku 2007 było ich 1796). Współczynnik surowy zachorowalności i współczynnik standaryzowany wyniósł odpowiednio 331,6 i 192,9 (w roku 2007 odpowiednio – 334,9 i 200,7). Standaryzowany współczynnik zachorowalności u kobiet był niższy w porównaniu z rokiem 2007 oraz niższy niż średnia dla Polski w roku 2008 (197,3).

Standaryzowany współczynnik zachorowalności plasuje województwo opolskie na dziesiątym miejscu w Polsce. Najczęściej rozpoznawanym nowotworem u kobiet jest nowotwór piersi, który stanowi 22,03% wszystkich nowych zachorowań (wsp. stand. 45,6, surowy 73,1; w roku 2007 odpowiednio 46,5 i 73,5). Jest to jednak nadal mniej niż w większości krajów Europy Zachodniej, ale widoczna jest wyraźna tendencja wzrostowa w ostatnich latach.

Kolejnymi nowotworami pod względem częstości są nowotwory skóry (12,09%), jelita grubego (łącznie 10,28%), trzonu macicy (8,19%), płuca (6,84%), szyjki macicy (5,25%) i jajnika (5,03%).

W poszczególnych grupach wiekowych najwięcej zachorowań, bo niemal 75%, stwierdza się u kobiet w grupach wiekowych 50 – 79 lat.

Pomiędzy poszczególnymi powiatami województwa opolskiego stwierdza się różnice w liczbie zachorowań. Dotyczy to liczb bezwzględnych, co jest niewątpliwie wynikiem różnic w wielkości populacji poszczególnych powiatów.

Obserwuje się zmiany bezwzględnej liczby zachorowań oraz współczynników surowych i standaryzowanych zachorowalności na nowotwory złośliwe u kobiet w latach 1999 – 2008. Wzrasta przede wszystkim zachorowalność na nowotwory piersi, skóry i okrężnicy. Utrzymuje się tendencja spadkowa dla nowotworów żołądka. Zachorowalność na nowotwory płuca utrzymują się na zbliżonym poziomie.

### **Zgony z powodu nowotworów złośliwych w roku 2008**

Według danych Regionalnego Rejestru Nowotworów w Opolu z powodu nowotworów złośliwych zmarło w 2008 roku 2405 osób (o 26 mniej niż w roku 2007). Zgony z powodu nowotworów złośliwych stanowią nadal ok. 22% wszystkich zgonów.

### ***Mężczyźni***

W 2008 roku choroby nowotworowe były przyczyną zgonu u 1338 mężczyzn (w roku 2007 - 1385). Standaryzowany i surowy współczynnik umieralności wyniósł odpowiednio 177,5 i 268 zgonów na 100 tys. populacji (w roku 2007 odpowiednio 187,8 i 275,9). Stawia to woj. opolskie na 11 miejscu

w kraju, z niższym niż średnia dla Polski standaryzowanym współczynnikiem umieralności.

Najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu były nowotwory płuca – 32,81%. Nadal co trzeci zgon jest wynikiem tej choroby. W dalszej kolejności znalazły się zgony z powodu nowotworów żołądka (7,17%), okrężnicy (6,88%), nowotworów gruczołu krokowego (5,75%) i trzustki (4,33%). Suma zgonów z powodu nowotworów okrężnicy i odbytnicy (10,99% wszystkich zgonów nowotworowych) wskazuje, że nowotwory jelita grubego stanowią u mężczyzn drugą, po nowotworach płuca, nowotworową przyczynę zgonu. Pocięszające jest to, że zmniejszył się odsetek zgonów z powodu niedokładnie określonego nowotworu z 8,1% w roku 2007 do 5,9%. Największą liczbę zgonów nowotworowych stwierdza się u mężczyzn w wieku 65 – 79 lat.

Podobnie jak w zachorowalności, pomiędzy poszczególnymi powiatami występują różnice w liczbie zgonów spowodowane różnicami w wielkości populacji.

Umieralność mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych w latach 1999 – 2008 utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Jednak z niewielką tendencją spadkową. Umieralność z powodu określonych nowotworów ulega wahaniom rocznym, stąd na podstawie omawianego przedziału czasowego trudno dopatrzeć się jakichś wyraźnych tendencji.

### ***Kobiety***

W 2008 roku z powodu nowotworów złośliwych zmarło w województwie opolskim 1067 kobiet (w roku 2007 – 1046). Standaryzowany współczynnik umieralności wyniósł 100,3 a współczynnik surowy 199,9 zgonów na 100 tys. populacji (w roku 2007 odpowiednio 98,4 i 195,1). Pod względem standaryzowanego współczynnika umieralności województwo opolskie znalazło się ponownie na 11. miejscu w kraju. Średni dla Polski wskaźnik umieralności (standaryzowany) wynosi 103,1.

Ponownie najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu kobiet były nowotwory płuca (12,93%). Zgony z powodu nowotworów piersi (12,75%) znalazły się na drugim miejscu. Kolejne miejsca, jako nowotworowe przyczyny zgonu, zajmują nowotwory okrężnicy (9,28%), żołądka (6%), trzustki (5,62%) i szyjki macicy (również 5,62%). Podobnie jak u mężczyzn zmniejszył się odsetek zgonów z powodu nieokreślonej choroby nowotworowej z 10,7% w roku 2007 do 5,62 roku 2008. Największą liczbę zgonów z powodu nowotworów złośliwych stwierdza się u kobiet w wieku 65 – 84 lata. Pomędzy poszczególnymi powiatami województwa opolskiego występują różnice w liczbie zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych, na co niewątpliwie wpływa różna wielkość populacji. Jeśli idzie o zmiany w umieralności kobiet w latach 1999 – 2008 zwracają uwagę wahania roczne, utrudniające interpretację wyniku. Niewątpliwie można jednak stwierdzić, że wzrasta umieralność z powodu nowotworów płuca.

### **Potwierdzenia rozpoznania choroby nowotworowej badaniem histopatologicznym**

Każde rozpoznanie choroby nowotworowej powinno być potwierdzone badaniem histopatologicznym, bo to ono jest podstawą rozpoznania nowotworu.

Zdarza się jednak, że ze względu na znaczne zaawansowanie choroby w momencie rozpoznania i wynikający z tego brak możliwości leczenia, odstępuje się od pobrania materiału do badania histopatologicznego, bo wynik tego badania i tak nie miałby żadnego wpływu na los chorego. Takie przypadki powinny być, o ile dane kliniczne rzeczywiście wskazują na chorobę nowotworową, rejestrowane w rejestrach nowotworów. Należy jednak dążyć do tego, aby takie sytuacje zdarzały się rzadko.

W roczniku przedstawiono także odsetek zarejestrowanych nowotworów, potwierdzonych badaniem histopatologicznym. Dla mężczyzn, przy średniej dla Polski 81%, odsetek potwierżeń w województwie opolskim okazuje się najwyższy i wynosi 90%. U kobiet ten odsetek jest nieco wyższy i dla Polski wyniósł 84%, ale ponownie najwyższy jest w województwie opolskim i wynosi 94%. Te dane świadczą o wysokiej jakości zarejestrowanych i przedstawionych w roczniku danych, pochodzących z Regionalnego Rejestru Nowotworów dla województwa opolskiego.

Kazimierz Drosik

*Dr n. med. Kazimierz Drosik jest konsultantem wojewódzkim ds. onkologii klinicznej i jednocześnie ordynatorem Oddziału Onkologii Klinicznej w Opolskim Centrum Onkologii*

## Kompletność rejestracji nowotworów na Opolszczyźnie według powiatów w 2008 roku

Wskaźnik zachorowania/zgony (Za/Zg) na nowotwory złośliwe według powiatów

Powiat	Liczba zachorowań	Liczba zgonów	Wskaźnik Zachorowania/ Zgony
brzeski	295	204	1.45
głubczycki	145	151	0.96
kędzierzyńsko-kozielski	339	237	1.43
kluczborski	255	156	1.63
krapkowicki	224	142	1.58
namysłowski	143	92	1.55
nyski	560	359	1.56
oleski	216	169	1.28
opolski	459	276	1.66
prudnicki	218	152	1.43
strzelecki	204	142	1.49
m.Opole	536	325	1.65
	<b>3634</b>	<b>2405</b>	<b>1.51</b>

Szacunkowa kompletność rejestracji w województwie opolskim w 2008r. wynosi 90%. Prawdopodobne niedorejestrowanie kształtuje się na poziomie 10%, co może świadczyć o tym, że ok.400 zachorowań nie zostało zgłoszonych do rejestru. *(ze wstępu do rocznika autorstwa Wiesławy Kaczmarek)*

*Ludzie nie dlatego przestają się bawić, bo się starzeją, lecz starzeją się, bo przestają się bawić.* Mark Twain

## Uśmiechnij się

*Prawnik wraca do swojego zaparkowanego BMW, a tu auto ma zbite reflektory i znacznie wgniecioną maskę. Nie ma śladu po samochodzie, który w niego wjechał, ale uspokaja się, kiedy spostrzega kartkę pod wycieraczką: „Przepraszam. Właśnie wjechałem w Twoją Beemkę. Świadkowie, którzy to widzieli, kiwają głowami i uśmiechają się do mnie, bo myślą, że zostawiam swoje nazwisko, adres i inne szczegóły. Ale nie! Pa!”*

\*\*\*

*Pacjent skarży się lekarzowi:*

- Nie mogę spać...
- A próbował pan liczyć do stu?
- Próbowałem, ale to nie pomaga. Jestem bokserem i przy ośmiu zawsze zrywam się na nogi.

\*\*\*

*Wyszedł baka wysikać się przed dom. Po chwili wraca cały mokry.:*

- Co, mocno pada? - pyta żona
- Nie, halny wieje...

\*\*\*

*- Cześć Rysiek. Wiesz co, nie chcę, żebyś do nas więcej przychodził.*

*- Dlaczego? Co się stało?*

*- Jak byłeś u nas ostatnio, to zginęło nam 150 złotych.*

*- Chyba nie myślisz, że to ja?*

*- No nie, pieniądze się znalazły, ale wiesz, niesmak pozostał...*

\*\*\*

*Seminarium. Ksiądz prowadzący wykłady mówi do kleryków:*

*- W przyszłym tygodniu chciałbym z wami porozmawiać o grzechu kłamstwa. Aby się dobrze do tematu przygotować, przeczytajcie proszę rozdział 17 Ewangelii wg św. Marka.*

*Po tygodniu pyta studentów, kto przeczytał zadany rozdział. Wszystkie ręce wędrują do góry.*

*- Moi drodzy, Ewangelia wg św. Marka ma tylko 16 rozdziałów. Widzę, że będziemy mieli o czym rozmawiać...*

## Rozmowy policjantów na dyżurze

- *Niech jakiś wolny radiowóz pojedzie do parku. Lata tam jakaś goła baba. Tylko nie pojedźcie, tak jak ostatnio, wszyscy na raz!!!*
- *51. Jak będziesz wolny to podjedź do parku. Tam w krzakach jest jakaś para. Podejdz dyskretnie i posłuchaj, czy ta pani mówi że jej dobrze, czy może krzyczy ratunku.*
- *Jakiejś kobiecie wyrwali dziecko z wózka i bawią się w berka.*
- *Przyślij mi tu grupę, bo na ulicy leży facet i wygląda, że mu coś strzeliło do głowy. Co takiego? Nie znam się na tym, ale wygląda mi na dwie kule kaliber 9 mm.*
- *Podjedź pod domy towarowe, tam czai się nasza obserwacja i biją ich chuligani. Trzeba im pomóc.*
- *Chciałbym przypomnieć, że nie wolno używać słów przez radiostację! – To jak mam mówić?!*

„Biuletyn informacyjny OCO”, wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii, [www.onkologia.opole.pl](http://www.onkologia.opole.pl)

Redaktor naczelna: Krystyna Raczyńska

Adres redakcji: 45-060 Opole, ul. Katowicka 66a, tel. 77 441 60 95, fax 77 441 61 32

Dyrekcja Opolskiego Centrum Onkologii: 77 441 6001, fax 77 441 6003,

Rejestracja (w nowym pawilonie): 77 441 6007 (8), Rejestracja Główna (w starym obiekcie): 77 441 6004 (5)

Skład i druk: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4, tel. 77 44 10 777, [biuro@eurocent.opole.pl](mailto:biuro@eurocent.opole.pl)

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