

*Radości, co potrafi i wśród smutków chmury  
Przebijać się zwycięsko jak promienie słońca.  
Odwagi, której nie zmożą nawet trudów góry,  
Gotowej do ofiary, nawet krwi gorącej.  
Cierpliwości niezłomnej i niewyczerpanej,  
Co znosi słabości bliźnich, a nawet ich winy.*

*Tego wszystkiego z okazji Świąt Bożego Narodzenia  
ustami diakoniszy Matki Ewy z Miechowic  
Pacjentom i Pracownikom  
Opolskiego Centrum Onkologii*

*życzy  
Wojciech Redelbach  
dyrektor*

## **WIGILIA**

Już wzdychał na myśl o Bożym Narodzeniu  
o tym jak naprawdę było  
zaczął się modlić do świętej rewolucji w Betlejem  
od której liczymy czas  
kiedy znów zaczął merdać puszysty ogon tradycji  
wprosiła się choinka za osiemdziesiąt złotych  
elegancko ubrana  
mlaskały kluski z makiem  
kura po wigilii spieszyła na rosół  
potem milczenie większe niż żal  
i już na gwiazdkę stuprocentowy szalik przytulny jak kotka  
żeby się nie ubierać za cienko  
i nie kasłać za grubo  
zdrzemnął się na dwóch fotelach  
wydawało mu się że słowo ciałem się stało - i mieszkało poza nami  
nawet usłyszał że za oknem przyszedł Pan Jezus  
prosty jak kościół z jedną tylko małwą  
obdarty ze śniegu i polskich kolęd  
za wcześniej za późno nie w porę

nacisnął dzwonek, dzwonek był nieczynny

ks. Jan Twardowski



XXI wiek w medycynie

## Fakty i nadzieje

### Zatory w naczyniach limfatycznych a wznowa

Wyniki badań naukowych sugerują związek pomiędzy występowaniem zatorów nowotworowych w naczyniach limfatycznych, a gorszym rokowaniem u pacjentek po leczeniu chirurgicznym z powodu raka piersi. Jak dotychczas nie jest jednak jasne, czy obecność zatorów nowotworowych w naczyniach limfatycznych obciąża nas do przesunięcia pacjentki do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia wznowy miejscowej. Naukowcy duńscy przeprowadzili badanie kliniczne analizujące powyższe zagadnienie. Do badania włączono 16172 pacjentek, u których zdiagnozowano operacyjnego raka piersi, leczonych w Danii w latach 1996-2002. U 15% chorych potwierdzono obecność nacieku limfatycznego. Pacjenci spełniający co najmniej jedno z powyższych kryteriów: obecność przerzutów w węzłach chłonnych, średnica guza większa od 2 cm, wysoki stopień złośliwości histologicznej, brak receptorów estrogenowych i progesteronowych oraz wiek mniej niż 35 lat zostali zakwalifikowani do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia wznowy miejscowej, pozostałych chorych zaliczono do grupy niskiego ryzyka. Wyniki pokazały, że długość okres wolnego od choroby (DFS) i całkowite przeżycia (OS) korelowały z obecnością zatorów w

## Pracownia rezonansu mammograficznego uroczyste otwarta

# Szybsze rozpoznanie, lepsza kontrola

Wprowadzie w Opolskim Centrum Onkologii Pracownia Rezonansu Magnetycznego pod kierunkiem dr. **Ireneusza Bogusza** funkcjonuje już od drugiej połowy sierpnia, to jednak jej uroczyste otwarcie miało miejsce 14 listopada br. z udziałem najwyższych przedstawicieli regionu i stolicy województwa, m.in. marszałka województwa **Andrzeja Buły** i wojewody opolskiego **Ryszarda Wilczyńskiego**.



W pierwszym rzędzie od prawej: prof. Piotr Wach -poseł, ks. bp. Andrzej Czaja - ordynariusz diecezji opolskiej, Edward Gondecki -przewodniczący Rady OOW NFZ, Andrzej Buła- marszałek województwa, Ryszard Wilczyński - wojewoda opolski, dr Roman Kolek -wicemarszałek województwa

Zanim jednak doszło do przecięcia wstęgi i poświęcenia obiektu przez ordynariusza diecezji opolskiej bp. **Andrzeja Czai**, w sali konferencyjnej OCO odbyło się spotkanie, na którym dyrektor dr **Wojciech Redelbach** przypomniał historię szpitala i omówił inwestycje, dzięki którym opolski szpital jest wojewódzką placówką onkologiczną z prawdziwego zdarzenia. A są to m.in. pawilon dla rezonansu, nowy budynek poradniano z oddziałem dziennym chemioterapii, modernizacja bloku operacyjnego, nowy budynek Zakładu Radiologii, nowe akceleratory.

*- Rezonans magnetyczny pozwala bardzo dokładnie obejrzeć narządy wewnętrzne, a szczególnie tkanki miękkie, w których najczęściej występują nowotwory – mówił dyrektor Redelbach. - Doskonale sprawdza się także w obrazowaniu układu*



nerwowego i rdzenia kręgowego. Urządzenie wyposażone jest w cewki: diagnostyczną do badania gruczołu piersiowego oraz biopsyjną. Dzięki nim możliwe jest rozpoznanie choroby, ale też wykonanie biopsji pod kontrolą rezonansu, zaś mammotom, zsynchronizowany z rezonansem, pozwala wykonać małoinwazyjny zabieg usunięcia łagodnych zmian ogniskowych w piersi. Innymi słowy aparat pozwala nie tylko na wczesne rozpoznanie, ale i skuteczne leczenie oraz lepszą kontrolę przebiegu choroby nowotworowej.

Rezonans kosztował 5 mln złotych, z czego koszt OCO to 15 proc. tej sumy, a pozostała część (85 proc.) pochodzi z dotacji Ministerstwa Zdrowia (ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych 2006-2015). Natomiast trwająca 9 miesięcy budowa specjalnego pawilonu (tzw. bunkra), w którym rezonans został zainstalowany, to koszt 2 mln złotych, które szpital sfinansował z własnych środków.

Oprócz pomieszczenia, w którym mieści się rezonans, w pawilonie znalazł się pokój, gdzie radiolodzy będą mogli sporządzać opisy, pokój socjalny dla techników, recepcja.

(zob. zdjęcia z uroczystości na drugiej stronie okładki)

---

**Modyfikacja zaledwie kilku czynników ryzyka może zapobiec aż 40 proc. zachorowań na nowotwory!**

## **Prewencja najważniejsza!**

W połowie listopada w Urzędzie Marszałkowskim w Opolu odbyła konferencja „**Profilaktyka nowotworowa - skryning mammograficzny i cytologiczny w województwie opolskim**”, nad którą patronat objął marszałek województwa **Andrzej Buła**. Moderatorem spotkania był dr **Wojciech Redelbach**, dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii

Konferencja z udziałem ok. 130 osób, zorganizowana przez ośrodki koordynujące programy przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy, skierowana była do samorządów gminnych i powiatowych, a także lekarzy rodzinnych, świadczeniodawców badań skryningowych, studentów oraz wszystkich, których zajmuje problematyka zdrowia, w tym także wczesne wykrywanie chorób nowotworowych. Każdy

naczyniach limfatycznych, aczkolwiek tylko u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia wznowy miejscowej. W grupie pacjentów niskiego ryzyka podobnej korelacji nie wykazano, w związku z czym udowodniono, że wystąpienie zatoru nowotworowego w naczyniach limfatycznych nie stanowi samodzielnego czynnika podwyższającego ryzyka wystąpienia wznowy miejscowej u pacjentek po chirurgicznym leczeniu raka piersi, a tym samym nie daje podstawy do zakwalifikowania tych chorych do grupy wysokiego ryzyka.

### **Naciek zapalny guza jako czynnik prognostyczny**

Analiza dostępnego piśmiennictwa pozwala postrzegać obecność nacieku zapalnego guza, jako pozytywny czynnik prognostyczny w grupie chorych z rakiem jelita grubego i odbytnicy. Badacze brytyjscy przeprowadzili badanie kliniczne, oceniające korelację pomiędzy obecnością nacieku zapalnego guza, a wysokim bądź niskim stopniem różnicowania guza. Celem badania była ocena wartości prognostycznej nacieku zapalnego guza w grupie chorych z zaawansowanym miejscowo rakiem jelita grubego i odbytnicy. Do badania włączono 200 pacjentów, u których w latach 1997-2004 wykonano radykalną resekcję miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego i odbytnicy. Wykazano, że niski stopień różnicowania guza stanowi niezależny czynnik prognostyczny u chorych z zaawansowanym miejscowo rakiem jelita grubego i odbytnicy. W grupie pacjentów z niskim ryzykiem wg Indeksu Pe-



tersena, niski stopień zróżnicowania guza zwiększał trzykrotnie ryzyko zgonu w wyniku choroby nowotworowej - wpływając tym samym na podniesienie cech T i zwiększenia ryzyka nacieku okolicznych tkanek. W przypadku guzów wysoko zróżnicowanych, naciek zapalny guza korelował z silną odpowiedzią organizmu gospodarza, prowadzącą do zatrzymania wzrostu guza.

### **Mikroskopia RCM - skuteczną diagnostyką skóry?**

Mikroskopia RCM (Reflectance Confocal Microscopy) stanowi bezinwazyjną metodę badania skóry. Najnowsze, pojedyncze prace oceniają precyzję powyższej metody, jako narzędzia diagnostycznego, służącego do prostego i szybkiego odróżnienia znamienia barwnikowego od czerniaka skóry. Naukowcy z Barcelony przeprowadzili badania kliniczne oceniające skuteczność powyższej metody oraz analizujące możliwe standardy diagnostyki i ewentualnego postępowania chirurgicznego u chorych z nowotworami skóry. Do badania włączono 154 chorych, u których przy pomocy RCM oceniono widoczne zmiany skórne. Wykryto 100 zmian melanocytowych oraz 54 znamiona niemelanocytowe. Dzięki powyższej aparaturze udało się niemal w 100% określić czynniki odróżniające zmianę melanocytową od zwykłego znamienia barwnikowego, co plasuje RCM jako skuteczne narzędzie diagnostyczne w grupie chorych z podejrzeniem nowotworów skóry.

z uczestników otrzymał komplet materiałów edukacyjno-informacyjnych, promujących skryningi mammograficznych i cytologiczny.

Zebranych w imieniu marszałka i swoim własnym powołał dr **Roman Kolek**, wicemarszałek Opolszczyzny, pomysłodawca licznych akcji służących zdrowiu Opolan. W nawiązaniu do ubiegłorocznej akcji, zachęcającej Opolanki z powiatów o najniższej zgłaszalności na mammografię skryningową (zapraszone były one do kin na projekcję kanadyjskiego filmu „Piękne i bestia”, m.in. dowodzącego jak ważne dla zdrowia i życia jest wczesne wykrycie raka piersi) zapowiedział dalsze pomysły aktywizowania Opolan na rzecz swojego zdrowia. Przypomniał też o trzecim rządowym, bezpłatnym programie skryningowym – kolonoskopii, dzięki której diagnozuje się choroby jelita grubego, także nowotworowe. Badanie to każdy Polak po 50. roku życia – i kobieta, i mężczyzna - powinien wykonać przynajmniej raz na 10 lat.



Program spotkania wypełniło sześć prelekcji. Dr n. med. **Wojciech Guzikowski** ginekolog - położnik omówił temat *Profilaktyczny program wykrywania raka szyjki macicy - rezultaty i oczekiwania*. Przypomniał czynniki ryzyka zachorowania na ten nowotwór, skupiając się na zakażeniu wirusem HPV, a zwłaszcza jego typami onkogennymi. Z danych statystycznych wynika, że rezultaty programu nie są zadowalające, bo zbyt mało mieszkank Opolszczyzny zgłasza się na cytologię skryningową (na ponad 94 tys. wysłanych zaproszeń odpowiedziało zaledwie niecałe 8 tys. Opolank - 8,3 proc.). Nie znaczy to jednak, że takie są faktyczne dane, albowiem wiele kobiet wykonuje mammografię poza programem, prywatnie lub w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

**Wiesława Kaczmarek** z Opolskiego Centrum



Onkologii zreferowała temat *Mammografia przesiewowa - czy możemy już świętować sukces?* Prelegentka przypominała, że rok 2015 będzie ostatnim rokiem funkcjonowania programów skryningu, także mammograficznego, w obecnym kształcie. Co będzie dalej jest wiadomo, gdyż nowa strategia walki z rakiem na lata 2016-2025 nie została jeszcze uchwalona. Wykład ten przybliżył słuchaczom priorytety programu, którego sednem jest spadek zgonów z powodu raka piersi, głównej nowotworowej przyczyny śmierci Polek. Wczesne wykrycie choroby oznacza przeważnie terapeutyczny sukces, rzecz jednak w tym, że wiele kobiet zgłasza się do lekarza zbyt późno. Dlatego tak ważną rolą pełni edukacja i przypominanie. Dobrze sprawdzają się tutaj zaproszenia, wysyłane kobietom co 2 lata, ale równie ważne jest zachęcenie do badania przez lekarza, z czym nie jest u nas najlepiej. Na badanie zgłasza się corocznie ok. 30 tys. Opolanek (na ponad 65 tys. uprawnionych, do których wysłano zaproszenia) a więc do optymalnych 75 proc. jeszcze dość daleko. Zwłaszcza że widoczny jest spadek zainteresowania kobiet skryningiem. Może to wynikać także z faktu, że województwu przybywa Opolanek po pięćdziesiątce; obecnie mamy ich ponad 137 tys.

Dr n. med. **Dariusz Kowalczyk** z SP ZOZ nad Matką i Dzieckiem przedstawił dane na temat *Zachowalności i umieralności na raka szyjki macicy*. On również poruszył temat niskiej zgłaszalności na skryning, podkreślając, że mimo zaproszeń kobiety nie przychodzą na badania do poradni ginekologicznych, realizujących program skryningu cytologicznego (umowę z NFZ podpisało kilkadziesiąt poradni w województwie), albowiem wolą to badanie wykonać u „swojego” lekarza, którego się mniej krępują. Prelegent widzi (a przynajmniej rozważa) rozwiązanie w postaci zestawu do samodzielnego pobierania próbek (już dostępny w aptekach). W razie stwierdzonego zagrożenia pacjentka zgłaszałyby się do swojego lekarza. Zdaniem dr. Kowalczyka można by w ten sposób wykryć ok. 55 proc. przypadków raka szyjki macicy.

Przedstawiciel Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ **Łukasz Sendeki** omówił *Realizację i plany badań skryningowych* z punktu widzenia płatnika. Z danych wynika, że na badania mammograficzne w roku bieżącym wydano na Opolszczyźnie blisko 2,4 mln zł, a na cytologię skryningową niecałe 800 tys. zł. Prelegent zaznaczył też, że płatnik badań ma świadomość, iż realizacja programu cytologii

## Otyłości a zgony po gastrektomii

Otyłość stwierdza się w przypadku chorych, u których tkanka tłuszczowa stanowi więcej niż 20% całkowitej masy ciała u mężczyzn i 25% u kobiet lub BMI przekracza wartość 30. Otyłość jest powszechnie postrzegana jako czynnik ryzyka podwyższonej śmiertelności w grupie pacjentów po przebytej „otwartej” gastrektomii z powodu raka żołądka. Naukowcy japońscy zbadali zależność pomiędzy czynnikami związanymi z otyłością, a przebiegiem wczesnego okresu pooperacyjnego (obecnością krwawień z zespolenia, czasem zabiegu, śmiertelnością i długością pobytu w szpitalu). Badanie przeprowadzono na grupie 135 pacjentów, u których wykonano radykalną gastrektomię z powodu raka żołądka. Wyniki pokazały, że obecność wewnątrzbrzuszných infekcji wykazywała silną zależność z obecnością nadmiaru tłuszczu trzewnego ( $P = 0,023$ ) i całkowitego ( $P = 0,037$ ). Wykazano także znaczącą zależność pomiędzy ilością tłuszczu trzewnego, a prawdopodobieństwem zgonu szpitalnego oraz długością pobytu w szpitalu. Nie odnotowano korelacji pomiędzy wartością BMI lub ilością tkanki podskórnej, a przebiegiem wczesnego okresu pooperacyjnego. Wyższe badanie pokazało, że pacjenci z nadmiernie rozwiniętymi „pokładami” tłuszczu trzewnego powinni być poddani szczególnej opiece po wykonaniu otwartej gastrektomii z powodu raka żołądka.



## Ryzyko wznowy w raku piersi

Procedura biopsji węzła wartowniczego (sentinel lymph node biopsy - SLNB) prawie całkowicie zastąpiła obecnie procedurę całkowitej resekcji węzłów chłonnych dołu pachowego, jako narzędzia „pierwszego rzutu” do oceny węzłów chłonnych dołu pachowego u pacjentek z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi. Naukowcy koreańscy przeprowadzili badanie kliniczne oceniające stopień i czynniki ryzyka predysponujące do wystąpienia wznowy węzłowej w grupie pacjentek z rakiem piersi, u których wykonano SLNB i otrzymano wynik ujemny. Do badania włączono 940 pacjentek, u których w latach 2003-2006 wykonano SLNB i otrzymano wynik ujemny. Węzeł wartowniczy oceniano przy użyciu techniki izotopowej, z wykorzystaniem technetu-99, podanego przytoczkowo. W badanej grupie u 720 pacjentów SLNB węzeł wartowniczy był ujemny. Wyniki pokazały, że wznowę węzłową odnotowano u 3 pacjentów, co stanowiło 0,41% badanej grupy. U dwóch z nich wykazano także obecność przerzutów w węzłach piersiowych wewnętrznych. We wszystkich 3 przypadkach zdiagnozowany rak był „potrójnie ujemny”. Powyższe badanie pokazało, że ryzyko wznowy w węzłach regionalnych u pacjentek po diagnostycznej, ujemnej procedurze SLNB jest bardzo niskie. Brak receptorów hormonalnych i wysoki stopień atypii jądrowej guza mogą stanowić czynniki predysponujące do wystąpienia przerzutów w analizowanej grupie.

skryningowej może być lepsza, pod warunkiem że zmieni się nastawienie niektórych lekarzy. Zwłaszcza tych, którzy mając podpisany kontrakt na cytologię skryningową, badanie wykonują w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. W wypadku wykrycia przez NFZ takiej sytuacji lekarz zostanie wezwany do podania przyczyn realizacji kontraktu niezgodnie z planem rzeczowo – finansowym, albowiem u kobiet, spełniających kryteria kwalifikacji do udziału w programie profilaktyki raka szyjki macicy i u których nie występuje konieczność wykonania cytologii poza programem, niedopuszczalnym jest jej wykonanie w ramach porady ambulatoryjnej.

Dr **Marek Szwiec**, onkolog kliniczny z OCO, mówił o zagrożeniu i zapobieganiu chorobom nowotworowym w wykładzie ***Czas na onkologię – jaką drogą do sukcesu?*** Prelegent podkreślił, iż w chorobach nowotworowych nie ma prostych recept ani rozwiązań. Nowotwory to choroby wieloczynnikowe, w których decydującą rolę odgrywają: wiek, czynniki środowiskowe, infekcyjne, genetyczne, oraz te nie do końca znane. W zasadzie onkologia to dziedzina medycyny, która diagnozuje i leczy wiele różnych chorób o odmiennym przebiegu. W zapobieganiu nowotworom niedoceniony wpływ ma tzw. profilaktyka pierwotna, czyli wszelkie działania minimalizujące ryzyko zachorowania. Profilaktyka wtórna, czyli odpowiednio wczesne wykrycie choroby i szybka terapia, sprawdzają się jedynie w wybranych nowotworach. Obliczono, że modyfikacja zaledwie kilku czynników ryzyka może zapobiec aż 40 proc. zachorowań na nowotwory, a to w wypadku Opolszczyzny oznacza każdego roku o ok. 1600 mniej nowych zachorowań na raka. Niektórzy badacze są zdania, że dzięki zdrowemu stylowi życia możliwe jest zmniejszenie liczby zachorowań nawet o 70-75 proc. Warto o tych zależnościach pamiętać...

Spotkanie zakończyło się podsumowaniem przez dr. **Wojciecha Redelbacha**, który w dużym skrócie omówił nowe systemowe rozwiązania w wykrywaniu i terapii nowotworów, wynikające z tzw. pakietu onkologicznego. Jak wiadomo pakiet ten zacznie obowiązywać od nowego roku, jednak znaków zapytania i obaw w związku z jego realizacją nie brakuje, ze strony tych, którzy zapisy pakietu będą wprowadzać w życie, czyli zarówno ze strony onkologów, jak i lekarzy pierwszego kontaktu....

*(zdjęcia z konferencji na trzeciej stronie okładki)*



## Tysiąc voltów przez 100 mikrosekund

Opolskie Centrum Onkologii przymierza się do zakupu urządzenia, przeznaczonego do nowoczesnego leczenia niektórych guzów nowotworowych, umiejscowionych na skórze lub w tkance podskórnej. Mowa o sprężycie do elektrochemioterapii (ECT), na który składa się komputer z oprogramowaniem oraz specjalne sondy z igłami (elektrody), za pomocą których do guza nowotworowego zostają wprowadzone cytostatyki. Metoda ta opiera się na zjawisku elektroporacji, czyli wykorzystania pola elektromagnetycznego (tysiąc voltów przez 100 mikrosekund i tak 8 razy) do odwracalnego „uszkodzenia” błony komórkowej. W utworzone kanały (pory) lek wnika do wnętrza komórki rakowej a gdy prąd przestaje płynąć, kanały zasklepiają się a lek niszczy komórkę od środka.

**Elektrochemioterapia (ECT)** łączy działanie pola elektromagnetycznego na błony komórkowe (elektroporacja) z działaniem cytostatyków podanych uprzednio pacjentowi (bleomycyna, cisplatyna). Impulsowe pole elektryczne o odpowiednio silnym natężeniu aplikowane jest miejscowo w okolicy guza. Powoduje to przejściowe otwieranie przewodzących kanałów (elektroporów) w błonach komórkowych. Pory w błonie komórkowej umożliwiają i ułatwiają przechodzenie leków do wnętrza komórki rakowej, oszczędzając komórki zdrowe.

Bleomycyna podawana jest miejscowo lub ogólnoustrojowo. Jej stężenie wewnątrz komórek rakowych wzrasta 500-800 krotnie po zastosowaniu elektroporacji. Cisplatyna podawana jest miejscowo i jej stężenie wewnątrzkomórkowe wzrasta do 8 razy. Zawężenie naczyń krwionośnych w okolicy guza, podczas działania polem elektrycznym, umożliwia przedłużony kontakt tkanki nowotworowej z lekiem. *(na podstawie Wikipedii)*

- *Chirurgia onkologiczna nieustannie szuka sprzymierzeńców w walce z nowotworami* - mówi dr n. med.

**Aleksander Sachanbiński**, ordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Opolskim Centrum Onkologii. – *Jesteśmy ogromnie zainteresowani nowymi metodami leczenia, dzięki którym pacjenci chorzy na raka ze zdiagnozowanymi przerzutami, będą mogli żyć dłużej o kilka, kilkanaście miesięcy a nawet lat. Taką metodą jest bez wątpienia elektrochemioterapia, której arkana zgłębiał niedawno na szkoleniu jeden z naszych chirurgów, dr Mariusz Władysław. I teraz, po rozważeniu wszelkich za i przeciw, planujemy przetestować urządzenie a następnie jego zakup. Wielkim plusem tej me-*

### Gęstość sieci naczyń limfatycznych ważnym czynnikiem predykcijnym

Rak odbytnicy stanowi ponad 50% przypadków nowotworów jelita grubego i około 4% wszystkich zachorowań na nowotwory u człowieka. Badacze amerykańscy opublikowali wyniki badania klinicznego analizującego stopień limfoangiogenezy u chorych z rakiem odbytnicy, jako czynnika predykcijnego wystąpienia wznowy lokalnej w tej grupie chorych. Do badania włączono 352 pacjentów z rozpoznaniem pierwotnym rakiem odbytnicy – w badanej grupie zdiagnozowano 34 wznowy lokalne. Analizowano czynniki kliniczno-patologiczne oraz stopień limfoangiogenezy, oceniany poprzez pomiar gęstości sieci naczyń limfatycznych. Analizy statystyczne wykazały, że gęstość sieci naczyń limfatycznych, obecność przerzutów do węzłów chłonnych, głębokość nacieku limfatyczny stanowiły silne i niezależne czynniki predykcyjne wznowy lokalnej. Najsilniejszym czynnikiem predykcijnym okazała się jednak gęstość sieci naczyń limfatycznych.

### Czy SSM, USG i BAC mogą zastąpić badanie węzła wartownika

Badanie węzła wartownika (SLND – sentinel lymph node dissection) jest obecnie bardzo często stosowane w celu oceny węzłów chłonnych pachy u pacjentek z rakiem piersi. Przerzuty do węzłów chłonnych pachowych są obecne u około 60% chorych na raka piersi, jednak tylko u 30% pacjentek z wczesną postacią raka



piersi (T1). Włoscy naukowcy przeprowadzili badanie kliniczne analizujące, czy przedoperacyjne wykonanie SSM (99mTc-sestaMIBI scyntymammografii), USG węzłów chłonnych pachy oraz dodatkowo BAC (biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej) pod kontrolą USG, w przypadku podejrzanych węzłów dołu pachowego, pomaga na tyle ocenić stan węzłów chłonnych pachy, że możliwe jest odstąpienie od pobierania węzła wartownika. Do badania włączono 86 pacjentek z potwierdzonym przedoperacyjnie rozpoznaniem raka piersi w stadium T1Nx. U wszystkich wykonano przedoperacyjnie SSM oraz USG dołu pachowego, a w przypadku podejrzenia przerzutów do węzłów chłonnych dodatkowo przeprowadzano BAC. Badanie histopatologiczne wykazało 4 przypadki pT1bN0, 1 pT1bN1, 60 pT1cN0 oraz 21 pT1cN1 przypadków raka piersi. Czulość, specyficzność i precyzyjność dla SSM wyniosły odpowiednio 59.1%, 93.7% oraz 84.9%, dla USG dołu pachowego 63.6%, 90.6% i 83.7% oraz 72.7%, 97.8% i 90.7% w przypadku połączenia obu metod. Badanie udowodniło, że w grupie pacjentek z wczesną postacią raka piersi, u których wykonano SSM oraz USG dołu pachowego, a dodatkowo w przypadkach wątpliwych BAC pod kontrolą USG, procedura pobrania węzła wartownika może być pominięta. Postępowaniem z wyboru powinno być rozważenie usunięcia węzłów chłonnych dołu pachowego w zależności od wyników powyższej diagnostyki.

*tody jest to, że terapia obciąża pacjenta znacznie mniej niż tradycyjna chemioterapia. Chory otrzymuje bowiem wielokrotnie niższą dawkę cytostatyku przy znacznie lepszym skutku terapeutycznym. Nie stwierdzono też żadnych skutków ubocznych. Doświadczenia onkologów niemieckich, brytyjskich, włoskich potwierdzają jednoznacznie, że leczenie paliatywne tą metodą daje bardzo dobre efekty. Również prof. Piotr Rutkowski z Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaka Centrum Onkologii w Warszawie, który stosuje ECT, także jest pełen uznania dla tej metody, zwłaszcza w odniesieniu do czerniaka skóry.*



Pierwszy w Polsce zabieg elektrochemioterapii (ECT) przeprowadzony przez specjalistów z Portugalii (dr Victor Farrichia) i Włoch (dr Gianluca Selvaggi) na pacjentce z przerzutami na udzie. Autorką zdjęcia jest Nina Skołučka

Terapia ECT uzyskała certyfikat Unii Europejskiej, dopuszczający ją do powszechnego leczenia klinicznego w roku 2005. W Polsce pierwszy zabieg na czerniaku skóry wykonano we Wrocławiu w 2009 roku. Półtora roku temu (w kwietniu 2013 r.) Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM) zarekomendowała stosowanie elektrochemioterapii jako świadczenia gwarantowanego do realizacji w zakresie leczenia szpitalnego we wskazaniach, w których dotychczas zadowalająco udokumentowano jej skuteczność: w przerzutach lub wznowie czerniaka skóry oraz w przerzutach do skóry lub nieresekcyjnej wznowie raka piersi. Oznacza to, że w tych przypadkach może być ona refundowana przez NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Jest to istotne, albowiem choć sam sprzęt (komputer i program) nie są specjalnie drogie, to jednak niezbędne akcesoria, czyli jednorazowe sondy z igłami, do taniach nie należą. Koszt jednej to ok. 1000-1500 zł.

Elektrochemioterapia stosowana jest w następujących typach guzów nowotworowych:

- płaskonabłonkowy rak komórek głowy i szyi
- czerniak złośliwy
- rak podstawnokomórkowy
- gruczolak sutka i ślinianki
- hypernephroma
- mięsak Kaposiego
- rak przejściowokomórkowy





Modyfikacja zaledwie kilku czynników ryzyka może o 30-40 proc. zmniejszyć liczbę zachorowań na nowotwory!

## Jaką drogą do sukcesu w onkologii?

(dokończenie wywiadu z nr. listopadowego)

Z onkologiem klinicystą dr. **Markiem Szwiecem**, nowym przewodniczącym opolskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, kierownikiem Poradni Genetycznej w Opolskim Centrum Onkologii, rozmawia **Krystyna Raczyńska**

**Krystyna Raczyńska - Jakie miejsce w profilaktyce nowotworowej zajmuje badanie genetyczne? Na czym polega i czy warto mu się poddać?**



**Marek Szwiec** - Badania genetycznie są coraz częściej wykorzystywane w onkologii. Są m.in. wykonywane dla określenia indywidualnego ryzyka zachorowania na nowotwory i objęcia programami opieki osób z grupy wysokiego ryzyka. Obecnie mają znaczenie w przypadku powtarzających się w rodzinie zachorowań na raka piersi, jajnika, jelita grubego oraz w rodzinach, w których pojawiają się liczne zachorowania na różne nowotwory. Istotnym czynnikiem jest także młody wiek zachorowania oraz pojawienie się zachorowania na więcej niż jeden nowotwór u danej osoby. Niewątpliwie badania genetyczne mają znaczenie dla osób, u których ryzyko zachorowania jest wysokie. Pozwalają m.in. na zaplanowanie profilaktyki „szytej na miarę”.

**Jak wygląda badanie genetyczne?**

Najczęściej wykonuje się je na podstawie pobieranej krwi żyłnej, choć można również pobrać wymaz z policzka lub uzyskać DNA z bloczka parafinowego nawet wiele lat po usunięciu guza. Takie badanie powinno być połączone z konsultacją genetyczną i oceną wyniku badania molekularnego, ponieważ ryzyko ocenia się na podstawie badania genów i wywiadu rodzinnego.

**- Czy badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrycia nowotworów piersi, szyjki macicy i jelita grubego mają medyczne uzasadnienie?**

- Badania te wprowadzono do profilaktycznego kalendarza na podstawie wcześniejszych dużych badań obserwacyjnych, które wykazały wyraźne spadki umieralności w populacjach, w których były wprowadzone. Wszystkie onkologiczne towarzystwa naukowe w Europie i USA rekomendują badania przesiewowe jako medycznie i ekonomicznie uzasadnione. W tym roku na kongresie Europejskiej Szkoły Onkologii Klinicznej w Madrycie przedstawiono kolejne badanie obserwacyjne z Wielkiej Brytanii, które potwierdziło zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi w grupie pacjentek, wykonujących przesiewową mammografię. Liczby mówią same za siebie. W przypadku przesiewowej mammografii szacowany spadek umieralności z powodu raka piersi wynosi około 30% i taki sam spadek obserwuje się w przypadku badań kolonoskopii z powodu raka jelita grubego.

**- A co z osobami, które chorują na nowotwory w młodym**

## Spontaniczna regresja przerzutów do węzłów chłonnych?

Jak dotychczas w piśmiennictwie medycznym pojawiały się pojedyncze doniesienia dotyczące spontanicznych remisji u chorych cierpiących na takie nowotwory jak czerniak złośliwy skóry czy rak nerki. Nigdy nie odnotowano jednak tego typu przypadków dotyczących pacjentów z rakiem jelita grubego. Badacze amerykańscy odnotowali rosnącą liczbę przypadków remisji u pacjentów z rakiem jelita grubego, z wcześniej potwierdzonymi przerzutami do węzłów chłonnych przestrzeni zaotrzewnowej. Przypuszcza się, że może to być związane z naturalnymi mechanizmami obronnymi organizmu. Obecnie trwają prace analizujące cechy wspólne pacjentów w celu zdefiniowania czynników odpowiedzialnych za obecny stan rzeczy. Wyciągnięte wnioski zostaną użyte przy pracach nad nowymi strategiami terapeutycznymi u pacjentów z dolegliwościami onkologicznymi. Wcześniejsze badania dotyczące samoistnych regresji u pacjentów z czerniakiem złośliwym skóry potwierdzają tezę o roli mechanizmów immunologicznych w przypadkach opisanych samoistnych regresji. Badania wykazały, że samoistne regresje zdarzały się zdecydowanie częściej w grupie pacjentów z >3 ogniskami pierwotnymi czerniaka złośliwego skóry – wysuwając tezę o stymulacji odpowiedzi immunologicznej poprzez pojawianie się kolejnych, niezależnych ognisk czerniaka złośliwego skóry.



## Czynniki prognostyczne w leczeniu przerzutów do pnia mózgu

Przerzuty do pnia mózgu stanowią trzecią najczęstszą lokalizację w grupie chorych z przerzutami do mózgu. W pniu mózgu umiejscawia się około 5% przerzutów do tego narządu. Jedną z najczęściej stosowanych obecnie procedur terapeutycznych w grupie chorych z tym rozpoznaniem jest leczenie radiochirurgiczne. Naukowcy belgijscy zbadali czynniki prognostyczne u chorych po zabiegu radiochirurgicznym z powodu przerzutów do pnia mózgu. Do eksperymentu przeprowadzonego w latach 1999-2006 włączono 25 pacjentów, u których wykryto łącznie 27 ognisk przerzutowych, leczonych przy użyciu radiochirurgii. Średnia objętość ogniska przerzutowego wyniosła 0.6 mL. Średnia zastosowana dawka graniczna promieniowania wyniosła 20 Gy. Do oceny przeżycia użyto 3 systemów stratyfikacji ryzyka zgonu: RPA, SIR oraz BSBM – najbardziej miarodajny okazał się BSBM. Interesujące wyniki pokazały, że najważniejszym czynnikiem prognostycznym w tej grupie chorych była, nie tyle lokalizacja przerzutu, jak wykazały niektóre wcześniejsze analizy, a raczej ogólny stan kliniczny chorego po wykonaniu procedury.

## Opóźnienie operacji po chemioradioterapii neoadjuwantowej

Badacze angielscy przeprowadzili badanie, oceniające czy opóźnienie leczenia chirurgicznego po chemioradioterapii neoadjuwantowej u chorych z rakiem odbytnicy

## wieku, gdzie przecież nie są zalecane badania przesiewowe?

- Nowotwory u młodych osób to nieczęsta sytuacja. Większość - 70 proc. - to mężczyźni i 60 proc. - u kobiet - występuje po 60. roku życia. Ryzyko nowotworu wzrasta z wiekiem, osiągając szczyt w ósmej dekadzie życia. W przypadku niektórych nowotworów zachorowania pojawiają się w młodszym wieku, jak w przypadku chłoniaka Hodgkińskiego czy raka jądra, jednak w większość nowotworów litych pojawia się po 60. roku życia. Zachorowania u osób do 40. roku życia są relatywnie rzadkie. W przypadku raka piersi w 2011 roku było to 15 pacjentek, co stanowiło 3,3 proc. wszystkich rozpoznanych zachorowań, w przypadku raka jajnika 5 rozpoznań, co stanowiło około 5 proc. zachorowań. I chociaż w przydatku rozpoznania choroby w młodym wieku obserwuje się niezrządco wcześniejsze występowanie nowotworów w rodzinie, a w badaniu genetycznym stwierdza się mutacje w genach wysokiego ryzyka, to jednak nadal u większości chorych nie potrafimy zidentyfikować głównej przyczyny zachorowania.

- „Czas na onkologię – jaką drogą do sukcesu?” – to tytuł wykładu, wygłoszonego przez Pana podczas konferencji, zorganizowanej z okazji Światowego Dnia Onkologii z udziałem m.in. lekarzy rodzinnych. Jak postrzega Pan rolę lekarzy rodzinnych w procesie wczesnego wykrywania nowotworów?

- Ich rola jest szczególnie ważna w zachęcaniu do wykonania badań profilaktycznych, w promowaniu profilaktyki pierwotnej i w kierowaniu uwagi pacjentów w stronę tzw. „czujności onkologicznej”. Wprawdzie to onkolodzy najczęściej decydują o leczeniu pacjenta z postawionym rozpoznaniem choroby nowotworowej, ale to lekarze rodzinni mają możliwość rozmawiania ze swoimi pacjentami o czynnikach ryzyka, o szkodliwości palenia tytoniu, o właściwej diecie, prawidłowej wadze ciała, jak również zachęcać do udziału w badaniach profilaktycznych. To do lekarza rodzinnego najczęściej zgłasza się pacjent z pierwszymi objawami choroby nowotworowej. Niestety, objawy te zwykle są niecharakterystyczne i podobne do wielu innych chorób nienowotworowych... Skądinąd naturalne jest też to, że każdy lekarz, szukając rozwiązania najbardziej dla pacjenta korzystnego, o nowotworze myśli na końcu... Ale takie myślenie trzeba zmienić, gdyż wcześniejsze kierowanie na badania specjalistyczne może być szansą na szybkie wykrycie nowotworu i bardziej skuteczne jego leczenie.

-Czy Pana zdaniem pakiet onkologiczny, który wejdzie w życie z początkiem przyszłego roku poprawi sytuację w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów a tym samym poprawy wskaźników umieralności na raka?

- Powiem krótko: założenie pakietu onkologicznego nie można nie popierać, bo nie tylko mają być zniesione limity na leczenie i diagnostykę pacjentów z chorobą nowotworową, to również ma zostać skrócony czas od podejrzenia choroby nowotworowej do postawienia rozpoznania i rozpoczęcia leczenia. W tym procesie musi wzrosnąć rola lekarza rodzinnego, który będzie miał większy dostęp do badań diagnostycznych. W teorii założenia pakietu powinny wpłynąć na poprawę wykrywalności i na poprawę wyleczalności nowotworów, ale jaka będzie sytuacja w codziennej praktyce, to pokaże 2015 rok.



## Rzucanie palenia nie takie trudne?

O swojej metodzie rzucania palenia opowiada  
lek. med. **Lucyna Woźniak- Paweła**:



*Moja metoda jest prosta, tania a przede wszystkim skuteczna. Można nawet powiedzieć, że stuprocentowo skuteczna, ponieważ wszyscy pacjenci, którzy chcieli rzucić nalóg papierosowy - a było to ok. 50 osób, palących jedną lub dwie paczki papierosów dziennie - terapię zakończyli sukcesem.*

*Opracowanie metody zajęło mi 2 lata, w trakcie których doszłam do wniosków, pozwalających na odstawienie dużej liczby papierosów bez objawów „z odstawienia”.*

*Metoda polega na systematycznym zmniejszaniu liczby wypalanych papierosów dziennie o ściśle określoną ich liczbę. Pacjent toleruje tę pomniejszoną ilość tytoniu, gdyż nie odczuwa negatywnych objawów ze strony organizmu. Tę wyliczoną liczbę papierosów pacjent pali przez 3 tygodnie w równych odstępach czasu, np. co 2 godziny. Później dawka papierosów jest znowu znacznie zmniejszona i pacjent pali rzadziej np. co 3 godziny. Również nie ma objawów z odstawienia. I tak do końca kuracji, gdy pacjent pali 3 papierosy na dobę i po 3 tygodniach jest już odtruty. Nie ma on ani chęci, ani nie odczuwa przymusu palenia. Co więcej, jego organizm sam odrzuca kolejnego papierosa, bo np. dym mu śmierdzi i przeszkadza. Czyli tak, jak u zdrowego, nieuzależnionego człowieka. Dodam, że nie ma przyboru wagi, ani skutków ubocznych, w postaci złego samopoczucia.*

*Zasada jest jedna - trzeba tylko palić w odpowiednich godzinach, w miarę regularnie w ciągu dnia. Nie miałam pacjenta, który by źle znosił tę metodę odtrucia. Można też palić po pół papierosa zamiast całego, ale w pierwszych trzech tygo-*

ma wpływ na śmiertelność pooperacyjną lub rokowanie w tej grupie chorych. W badaniu wzięło udział 189 pacjentów, których poddano chemioradioterapii neoadjuwantowej opierającej się na 5-fluorouracylu. Średnia długość czasu pomiędzy chemioradioterapią, a leczeniem chirurgicznym wyniosła 73 dni (od 6 do 215 dni). U 60% przeprowadzono zabieg resekcji brzuszno-kroczonej, u 38% resekcję przednią, a u 2% chorych zabieg Hartmanna. U 24% zastosowano pooperacyjną chemioterapię. Wyniki badania ujawniły, że „krótszy” okres czasu był niezależnym czynnikiem prognostycznym wystąpienia przecieku w obrębie wytworzonego zespolenia, a także powikłań w obrębie dojścia „kroczonego”. Długość badanego przedziału czasowego nie korelowała z ilością wznów lokalnych, przerzutów odległych lub zgonów. Jedynie margines cięcia i status węzłowy stanowiły niezależne czynniki rokownicze. Powyższe badanie wykazało, że opóźnienie leczenia chirurgicznego o co najmniej 8 tygodni od neoadjuwantowej chemioradioterapii może zredukować śmiertelność pooperacyjną, bez wpływu na rokowanie.

### Picie kawy wpływa a ryzyko raka jelita grubego i odbytnicy?

W literaturze medycznej pojawiły się ostatnio sprzeczne doniesienia dotyczące korelacji pomiędzy piciem kawy, a ryzykiem wystąpienia raka jelita grubego i odbytnicy. Jak dotychczas opierały się one tylko na pojedynczych opisach przypadków klinicznych, nie zawierając tym samym wiarygod-



nych danych pochodzących z prospektywnych badań kohortowych. Naukowcy amerykańscy przeprowadzili metaanalizę prospektywnych badań kohortowych. Zanalizowano 12 badań zawierających dane blisko 65 tys. chorych. W badanej grupie wykryto 5403 przypadki raka jelita grubego i odbytnicy. Wyniki metaanalizy nie wykazały korelacji pomiędzy spożyciem kawy a ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego i odbytnicy. Pojawił się jedynie słaby związek pomiędzy spożyciem kawy a występowaniem raka jelita grubego u kobiet pochodzących z Japonii. Aby lepiej zrozumieć i wyjaśnić tę „subtelna” zależność należałoby zanalizować powyższe wyniki pod kątem rodzaju pitej kawy, sposobu podania i metod parzenia.

### **Badanie węzła wartownika a mały czerniak**

Procedura biopsji węzła wartownika (sentinel lymph node biopsy – SLNB) daje doskonale wyniki jako narzędzie diagnostyczne służące do oceny zaawansowania węzłowego u pacjentów z zaawansowanymi postaciami czerniaka złośliwego skóry. Pomimo braku udowodnionego wpływu biopsji węzła wartownika na przeżycie u chorych z rozpoznaniem czerniakiem złośliwym skóry  $\leq 1$  mm, w wielu ośrodkach klinicznych procedura ta jest powszechnie stosowana. Badacze amerykańscy przeprowadzili metaanalizę oceniającą ryzyko, czynniki prognostyczne i implikacje kliniczne wykrycia dodatniego węzła wartownika w powyższej grupie pacjentów. Do metaanalizy włączono

*dniach zalecam palić całego, do końca, szczególnie gdy ktoś rzuca więcej niż 20 papierosów. I tak np. z dwóch paczek dziennie (40 papierosów), jest odtruty po 3 miesiącach, z jednej paczki (20 papierosów) - po 2 miesiącach, gdy ktoś pali mniej niż 1 paczkę – na odtrucie wystarczy ok. jeden miesiąc.*

*Nie wolno palić jednego papierosa za drugim, gdyż ważnym elementem metody jest m.in. robienie równych przerw w paleniu. Metoda dobrze się też sprawdza u osób, które pracują i nie mogą palić w pracy. Wtedy palą przed pracą a resztę w równych odstępach czasowych po jej zakończeniu. Jednak w tym wypadku proces odtruwania wydłuża się o jeden tydzień.*

*Zachęcam osoby z nałogiem tytoniowym, które palą już ponad 20 lat, bo takich też odtrulałam, a szczególnie palących pacjentów onkologicznych oraz osoby z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), do przeprowadzenia odtrucia tą metodą. Można w ten sposób uniknąć skutków palenia, jakim są powikłania w postaci wystąpienia POChP lub pogłębienia choroby czy różnego rodzaju schorzeń pochodzenia nowotworowego*

*Podobną metodę wprowadzono w Niemczech, ale wnioski są bardziej liberalne niż te, które ja sformułowałam na podstawie własnych obserwacji. Moim zdaniem dopiero przy trzech papierosach, wypalanych przez trzy tygodnie można uznać, że pacjent jest odtruty, podczas gdy Niemcy uważają, że odtruty jest już przy pięciu papierosach.... Mam pacjentów, którzy paląc pięć papierosów są uzależnieni i nie mogą rzucić palenia, więc metoda niemiecka wymaga drobnej poprawki, czyli wydłużenia odtrucia o kolejne trzy tygodnie.*



Lek. med. Lucyna Woźniak - Paweła jest lekarzem internistą. Prowadzi w Opolu Gabinet Profilaktyki Zdrowia pod kątem osób uzależnionych od papierosów.



*Systematyczna edukacja zdrowotna w szkole jest uważana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa. H. Nakajima*

## Ogólnopolski projekt „Szkoła Promująca Zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem”

# Liderzy w szkołach aktywni, ale... przydałoby się ich więcej

„Szkoła Promująca Zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem” to ogólnopolski projekt edukacyjny, realizowany w ramach zadania „Prewencja pierwotna nowotworów”, wchodzącego w zakres „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2006-2015” (przyjętego ustawą sejmową w roku 2005).

**Celem projektu** jest zmiana obecnych, niekorzystnych dla zdrowia Polaków postaw i zachowań. Zmiana ta jest najefektywniejsza poprzez edukację na poziomie szkolnym, a nawet przed-szkolnym.

Finansowany ze środków ministra zdrowia projekt „Szkoła Promująca Zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem” służy upowszechnianiu na terenie całego kraju, a więc również na terenie województwa opolskiego, jedenastu zasad mówiących o tym, jak należy postępować, jaki tryb życia prowadzić, aby ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe było jak najmniejsze. Mówi też o tym, co należy robić, aby wykrywać raka w możliwie najwcześniejszym stadium.

**Idea projektu** opolskiego jest powołanie i wyszkolenie jak największej liczby **liderów gminnych**, wywodzących się z pracowników oświaty, nauczycieli, pedagogów, edukatorów, działających w szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Ich zadaniem jest organizowanie w szkołach i gminach szkoleń (wykładów, prelekcji) dla uczniów i nauczycieli na temat treści Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem a także innych działań (konkursów, pokazów, quizów) przybliżających w praktyce zalecenia Kodeksu. Liderzy koordynują również dystrybucją materiałów informacyjno-edukacyjnych, wyprodukowanych po zaakceptowaniu przez Ministerstwo Zdrowia. Zdają też sprawozdania ze swoich działań.

3651 chorych pochodzących z 34 badań klinicznych. W badanej grupie węzeł wartownik był dodatni jedynie u 5,6% chorych. Powyższe badanie nie wykazało klinicznych lub histopatologicznych kryteriów, które umożliwiłyby wyselekcjonowanie w grupie pacjentów z czerniakiem złośliwym skóry  $\leq 1$  mm, podgrupy, w której uzasadnione byłoby wykonanie SLNB. Biorąc pod uwagę rosnące wykrywanie czerniaka złośliwego skóry  $\leq 1$  mm należy nadal poszukiwać nowych metod oceny zaawansowania węzłowego w tej grupie chorych.

## Najnowszy schemat leczenia pacjentów...

...z przerzutami do otrzewnej z powodu raka jelita grubego opiera się na przeprowadzeniu zabiegu cytoredukcyjnego, z następowym podaniem hipertermicznej chemioterapii dootrzewnowej (HIPEC) oraz chemioterapii adjuwantowej. W roku 2008 zakończyło się 8-letnie, randomizowane badanie kliniczne mające na celu porównanie powyższego schematu leczenia z metodą „klasyczną” opierającą się na zastosowaniu „tylko” chemioterapii systemowej. Analizie poddano skuteczność terapeutyczną i toksyczność obu metod leczenia. Po 8 latach badania przeżyło 4 pacjentów leczonych schematem „klasycznym” (2 z i 2 bez obecnej choroby nowotworowej) oraz 5 chorych leczonych schematem „HIPEC” (2 z i 3 bez choroby nowotworowej). Średni czas przeżycia wyniósł 12,6 m-ca u pacjentów, u których zastosowano schemat klasyczny oraz 22,2 m-ca u chorych leczonych schema-



tem „HIPEC”. Odsetek przeżyć 5-letnich u chorych, u których osiągnięto doszczętność zabiegu operacyjnego na poziomie R1 wyniósł 45%. Na podstawie powyższych wyników wyraźnie widać wyższość schematu „HIPEC” nad schematem „klasycznym”, szczególnie analizując w obu grupach przeżycia długoterminowe.

### **Czas pomiędzy biopsją a leczeniem chirurgicznym czerniaka**

Ostatnimi czasy w literaturze fachowej pojawia się dyskusja dotycząca wpływu na dalsze rokowanie długości okresu czasu pomiędzy biopsją podejrzaną zmiany skórnej a leczeniem chirurgicznym rozpoznanego czerniaka złośliwego skóry. Badacze amerykańscy przeprowadzili 10-letnią, prospektywną analizę badającą, jakie czynniki wpływają na długość powyższego „przedziału czasowego” i jakie wywiera to implikacje kliniczne na pacjenta. Do badania włączono 473 pacjentów, u których zdiagnozowano 478 czerniaków złośliwych skóry. Średni okres pomiędzy przeprowadzeniem biopsji, a leczeniem chirurgicznym wynosił 30.5 dnia. Analizy statystyczne wykazały, że na długość badanego okresu czasu miały wpływ wiek, płeć, rodzaj placówki klinicznej kierującej na zabieg oraz grubość zmiany. Co ważniejsze jednak, pomimo że badany okres czasu wahał się od 28 do 56 dni, nie wykazano jakichkolwiek implikacji klinicznych długości tego przedziału czasowego dla pacjenta.

*(informacje opracowane na podstawie materiałów, zamieszczonych na medycznych portalach internetowych oraz PAP)*

Zasadniczym celem projektu jest budowanie świadomości onkologicznej i motywowanie do poprawy jakości życia przez:

- Propagowanie wiedzy i umiejętności dotyczących wpływu zdrowego stylu życia na zapobieganie chorobom nowotworowym;
- Kształtowanie postawy aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia.

Na Opolszczyźnie projekt realizowany jest od lutego br. przez Opolskie Centrum Onkologii (koordynator) w ścisłej współpracy z Kuratorium Oświaty w Opolu oraz szkołami województwa opolskiego. Wtedy też odbyło się spotkanie z udziałem przedstawicieli wszystkich zainteresowanych stron. Idea współpracy została bardzo pozytywnie oceniona przez kilkudziesięciu uczestników spotkania. Większość z nich zgłosiła chęć zostania liderem projektu.

Można mieć nadzieję, że podobnie jak w programie pilotażowym, który miał miejsce w latach 2010-2012 w województwach małopolskim i karpackim (powołano i przeszkolono 240 liderów, a z kolei oni - 16 tys. nauczycieli, którzy swą wiedzę na temat zaleceń kodeksu przekazali ok. 800 tys. dzieci i młodzieży), także Opolszczyzna będzie mogła chwalić się podobnymi wynikami, oczywiście z zachowaniem proporcji w liczbie szkół, nauczycieli, uczniów...

### **Efekty dotychczasowych działań**

Projekt „Szkoła Promująca Zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem” na Opolszczyźnie realizowany jest od lutego 2014 roku w szkołach województwa opolskiego.

Na podstawie przesłanych sprawozdań, do czerwca br. udało się powołać i przeszkolić 34 liderów (edukatorów), którzy wdrożyli projekt w 62 szkołach Opolszczyzny, angażując w działania edukacyjne różnego typu ponad 600 nauczycieli oraz ponad 5 tys. uczniów.



Organizacja interwencyjnych akcji społecznych (w formie pikników zdrowia, imprez regionalnych, biegów, spotkań edukacyjnych, etc.):		
• liczba zorganizowanych wydarzeń	Akcja	152
	Wykład	118
	<b>Razem</b>	<b>270</b>
• łączna liczba osób, która wzięła w nich udział	Akcja	14 975
	Wykład	5 770

Edukatorzy przekazali szkołom materiały edukacyjne, otrzymane w ramach programu:

Działania wydawnicze: liczba rozpowszechnionych egzemplarzy Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem (w każdej formie: książkowej, komiksów, na płytach CD):	<i>Europejski kodeks walki z rakiem</i> ™:	
	wersja skrócona	932 szt.
	komiks dla dzieci	902 szt.
	komiks dla młodzieży	902 szt.
	Płytki CD Kodeks	138 szt.
	CD- poradnik dla nauczycieli	141 szt.

W działania edukacyjne różnego typu zaangażowano:

Edukacja szkolna w ramach projektu „Szkoła promująca zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem”.	
• liczba edukatorów	34
• liczba szkół	62
• liczba nauczycieli	624
• liczba uczniów	5 146

Podsumowanie:

### Tytuł projektu: „Szkoła Promująca Zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem”

**W województwie opolskim projekt realizowany jest przez:**

- Opolskie Centrum Onkologii w Opolu
- Kuratorium Oświaty w Opolu
- Szkoły województwa opolskiego (podstawowe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne)

**Powołanie i przeszkolenie liderów gminnych dla realizacji celu projektu**

- Liderzy szkołą młodzież i nauczycieli w swoich oraz sąsiednich szkołach
- Przekazują szkołom materiały promocyjne nt. Kodeksu
- Upowszechniają zalecenia Kodeksu w środowiskach lokalnych.

**Prowadzone działania informacyjne o projekcie:**

- upowszechnianie informacji na temat Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem na stronie internetowej Opolskiego Centrum Onkologii i Kuratorium Oświaty w Opolu
- artykuły w prasie
- audycje i spoty w mediach lokalnych (łącznie 6 w I półroczu br.)

**Pracowników szkół Opolszczyzny zainteresowanych projektem prosimy o kontakt: e-mail: [ppn-opole@onkologia.opole.pl](mailto:ppn-opole@onkologia.opole.pl)**

**Polecane strony internetowe:**

- [www.kodekswalkizrakiem.pl](http://www.kodekswalkizrakiem.pl)
- [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl)
- [www.izz.waw.pl](http://www.izz.waw.pl)
- [www.szkolawruchu.men.gov.pl](http://www.szkolawruchu.men.gov.pl)
- [www.jakrzucipalenie.pl](http://www.jakrzucipalenie.pl)
- [www.zachowajrownowage.pl](http://www.zachowajrownowage.pl)
- [www.niebotak.pl](http://www.niebotak.pl)
- [www.116111.pl](http://www.116111.pl)
- [www.onkologia.org.pl](http://www.onkologia.org.pl)



# Każdy dzień, godzina i minuta są wyjątkowe... Nigdy nie wiesz, która będzie twoją ostatnią...

Dzisiaj mamy wyższe budynki i szersze autostrady, ale mniejszy temperament i węższe pole widzenia. Wydajemy więcej, ale cieszymy się mniej. Mamy większe domy, ale mniejsze rodziny. Mamy większą wiedzę, ale mniej poglądów. Mamy więcej leków, ale mniej zdrowia.

Zwiększyliśmy swoje posesje, ale zmniejszyliśmy nasze wartości. Wiele mówimy, mało kochamy, bardzo nienawidzimy. Dotarliśmy na księżyc i bezpiecznie wróciliśmy, ale mamy problem, aby przekroczyć ulicę i spotkać się z naszymi sąsiadami. Podbiliśmy przestrzeń kosmiczną, ale straciliśmy przestrzeń wewnątrz nas samych...

Mamy większe dochody, ale nasza moralność jest mniejsza. Mamy czasu większej swobody, ale mniejszej radości. Mamy dużo jedzenia, ale mniej w nim składników odżywczych. Mamy piękne domy, ale coraz więcej rozbitych rodzin...

Dlatego: Nie zatrzymuj niczego na specjalne okazje, bo każdy dzień Twojego życia jest tą specjalną okazją. Szukaj wiedzy, czytaj wiele, usiądź na werandzie i podziwiaj widoki. Nie martw się o przyszłość, bo i tak przychodzi za wcześnie... Spędzaj więcej czasu ze swoją rodziną, jedz swoje ulubione jedzenie, odwiedzaj miejsca, które kochasz.

Życie to płatanina momentów i zdarzeń. Nie chodzi w nim tylko o przetrwanie. Dlatego używaj na co dzień swoich kryształowych naczyń. Nie chowaj swoich ulubionych perfum, lecz używaj, gdy tylko masz na to ochotę. Powiedz swojej rodzinie i przyjaciołom jak bardzo są dla Ciebie ważni. Nie opóźniaj niczego, ani nie odkładaj na potem, ciesz się życiem, bo... Każdy dzień, godzina i minuta są wyjątkowe... Nigdy nie wiesz, która będzie twoją ostatnią...

*(wyszperane w Internecie)*



„Biuletyn informacyjny OCO”, miesięcznik 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

