

*Szczęśliwych, kojących, wartych pamięci,  
przeżytych w zgodzie ze światem i z sobą samym,  
pełnych życia i miłości  
Świąt Bożego Narodzenia,*

*życzy Pacjentom i Pracownikom  
Opolskiego Centrum Onkologii*

**Wojciech Rędelbach**

*Wojciech Rędelbach  
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 kastać 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



### Zegar trzustki a cukrzyca

Trzustka ma swój własny zegar molekularny. Badacze amerykańscy wykazali, że reguluje on produkcję insuliny w komórkach beta wysepek Langerhansa. Jeśli jego praca ulega zaburzeniu, pojawia się cukrzyca. Wspomniany zegar biologiczny kontroluje rytmiczne działania białek i genów zaangażowanych w wydzielanie insuliny. - *Zdobyliśmy pierwszy dowód na to, jak zegar biologiczny może wpływać na rozwój cukrzycy – mówią badacze - Biologiczne programy, który pozwalają zwierzętom pozyskiwać energię – podobnie jak fotosynteza u roślin – pozostają pod kontrolą zegara. Nasze odkrycia pomogą wykryć przyczyny anomalii glukozowych, ale jeszcze dużo musimy się nauczyć. W ramach eksperymentu wyłączano geny zegara komórek beta myszy. Okazało się, że u zwierząt pojawiła się upośledzona tolerancja glukozy oraz anormalnie niski poziom insuliny. Zegar koordynuje procesy zarządzania cukrem, dlatego jego utrata zahamowała sekrecję hormonu. - Zmienność wydzielania insuliny, jaką widzimy u ludzi oraz podatność na cukrzycę są prawdopodobnie związane z opisywanym mechanizmem zegarowym. I teraz pojawia się następane pytanie: czy możemy to jakoś modulować? – zastanawiają się naukowcy. Izolując trzustki i posługując się ob-*

## Badania przesiewowe z perspektywy dziesięciolecia

W roku bieżącym mija 10 lat realizacji badań przesiewowych (skryningowych), celem których jest wczesne wykrywanie wybranych chorób nowotworowych, a mianowicie: raka piersi, raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego. Programy te, znane jako programy skryningowe (mammograficzny, cytologiczny i kolonoskopowy), prowadzone były w ramach uchwalonego w 2005 roku „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2006-2015”.

Z perspektywy minionej dekady wnioski dotyczące korzyści, wynikających z tych badań, są bezsporne, przynajmniej jeśli idzie o **skryning mammograficzny**, w którym wskaźniki zgłaszalności osiągnano średnio na poziomie plus minus 40 proc. (tak w kraju, jak i na Opolszczyźnie). Wprawdzie jest to dużo mniej niż zakładano (70-80 proc. zgłaszalności), ale i tak korzyści dla kobiet, które się badały, są nie do przecenienia. Dość powiedzieć, że w omawianej dekadzie dzięki badaniom przesiewowym na Opolszczyźnie wykryto ok. 1000 guzów złośliwych piersi, z tego wiele na wczesnym etapie rozwoju. Trudno jednak nie zastanowić się, że skoro przy 40- procentowej zgłaszalności wykryto 1000 raków piersi, to ile by ich było przy 100- procentowej frekwencji? Z prostego rachunku wynika, że aż 2500. A to oznacza, że ok. 1500 Opolanek nadal hoduje w swoich piersiach guzy nowotworowe, o których albo nie wie, albo wiedzieć nie chce...

Jeśli idzie o zgłaszalność na **skryning cytologiczny** to od początku jest ona o co najmniej połowę niższa niż przy mammografii. Nie dlatego, że ktoś się mniej stara, ale dlatego, że sam system nie działa, jak trzeba. Otóż jak wiadomo badanie cytologiczne każda Polka może wykonać nie tylko w ramach programu skryningu, ale także w ramach porady ambulatoryjnej (AOS), no i oczywiście prywatnie. Trudno jednak wyobrazić sobie, aby lekarz ginekolog, mający z NFZ umowę, zarówno na cytologię skryningową, jak i w ramach normalnej praktyki, wykonywał to badanie w skryningu, czyli za znacznie niższą stawkę niż w ramach lepiej opłacanej porady ginekologicznej. Jeśli więc płatnik – a jest nim NFZ – nie zrówna stawek, albo nie uszczel-

ni systemu, wyniki skryningu cytologicznego nigdy nie będą lepsze od obecnych... Wprawdzie trudno powiedzieć, ile Polek wykonuje systematycznie badanie cytologiczne (i w skryningu cytologicznym, i poza nim), ale przecież najważniejsze jest, aby się w ogóle badały... Tymczasem nie jest z tym najlepiej... Statystyki, dotyczące zarówno wykrywalności, jak i umieralności z powodu raka szyjki macicy pokazują, że daleka przed nami droga do wyników krajów zachodnich, a zwłaszcza skandynawskich, których mieszkanki prawie nie umierają na raka szyjki macicy. Nie dlatego, że na niego nie chorują, ale dlatego, że odpowiednio wcześniej się go u nich wykrywa. A dzieje się tak, bo Skandynawki odwiedzają ginekologów, bo wykonują cytologię...

O kolonoskopii skryningowej z perspektywy dziesięciolecia w ogóle trudno coś sensownego powiedzieć. Także dlatego, że do tej pory panuje spora dowolność w promowaniu tego programu, przeznaczonego – przypomnijmy - zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn po 50. roku życia. Kto o badaniu usłyszał pocztą pantoflową (a nie było spektakularnych akcji promocyjnych, jak w wypadku mammografii czy cytologii), i kto się na badanie zapisał odpowiednio wcześniej (czas oczekiwania był, średnio licząc, kilkumiesięczny), ten miał szansę na kolonoskopię, niestety, najczęściej wykonywaną bez znieczulenia ogólnego, czyli – mówiąc bez ogródek – przeważnie dość bolesną (słowo „dość” proszę traktować jako eufemizm...). Znam osoby, które żądały od lekarza przerwania zabiegu w połowie jego trwania, albo i szybciej, bo nie były w stanie znieść bólu... Prostsza drogą do kolonoskopii wydaje się być wizyta u specjalisty i wyszukanie takiej placówki, która bez dodatkowej opłaty wykona badanie bezboleśnie, bo w narkozie...

Niezależnie od powyższego właśnie kolonoskopia, dzięki której wykrywa się wczesne stadia raka jelita grubego, należy do bardzo ważnych, także dlatego, że typ raka, któremu służy, należy do najczęściej i coraz częściej występujących. Pewną alternatywą dla kolonoskopii jest badanie kału na krew utajoną, dzięki któremu także można wykryć raka jelita grubego. Badanie taniutkie (ok. 10 zł prywatnie, może już teraz nieco więcej), „bezinwazyjne”, proste w wykonaniu... Oczywiście jest ono z kolonoskopią nieporównywalne, ale na pewno lepsze niż nic...

Dekada programów skryningowych, to jak każda

razowaniem bioluminescencyjnym z wykorzystaniem lucyferazy świetlików, naukowcy stwierdzili, że mają do czynienia z autonomicznym zegarem tego narządu. Dowodem jest nagrany przez nich trzysekundowy filmik, na którym widać, że w hodowlach komórkowych światło było emitowane w stałym rytmie raz na dobę. Główny dobowy zegar biologiczny ssaków jest umiejscowiony w przedniej części podwzgórza, a dokładniej nad skrzyżowaniem nerwów wzrokowych, po obu stronach trzeciej komory mózgu. Są nim jądra nadskrzyżowania (SCN, suprachiasmatic nuclei). Podobne mechanizmy znajdują się jednak także w różnych tkankach i organach: płucach, wątrobie, sercu, trzustce i mięśniach szkieletowych.

### Ryzyko kolejnego ogniska raka u pacjentek z DCIS

W ostatnich latach wykrywa się coraz więcej przypadków przedinwazyjnego przewodowego raka sutka (DCIS). Naukowcy estońscy zbadali zjawisko występowania kolejnego pierwotnego raka gruczołu piersiowego u pacjentek z DCIS. Dla celów badania przeanalizowali dużą, różnorodną etnicznie grupę chorych z DCIS. Do badania włączono retrospektywnie 23 547 pacjentek, u których rozpoznano DCIS w latach 1988-1999. Okazało się, że u pacjentek z DCIS występuje znacznie wyższe ryzyko raka drugiej piersi, a także kolejnego DCIS w tej samej piersi i inwazyjnego raka tej samej piersi. Zaobserwowano, że kobiety rasy czarnej były 1,9 bardziej podatne niż kobiety rasy białej na rozwinięcie raka in-



wazyjnego tej samej piersi. Ponadto takie czynniki jak młody wiek pacjentki, typ histologiczny raka, przeprowadzenie tylko częściowej mastektomii lub brak leczenia pierwotnego CDIS predysponowało do wystąpienia kolejnego ogniska raka w tej samej piersi. Badanie uwiarydliło konieczność częstszych kontroli onkologicznych u pacjentek z CDIS.

### **BMI a rak prostaty**

Badacze amerykańscy analizowali wpływ wskaźnika masy ciała (BMI) i stężenia peptydu-C (związanego z uwalnianiem insuliny do krwiobiegu) w osoczu na przeżywalność i rokowanie u pacjentów z rakiem prostaty. W tym celu przeprowadzili badanie kliniczne z udziałem 2546 mężczyzn z rakiem prostaty. Wyniki badania pokazały, że chorzy z rakiem prostaty, z nadwagą lub wysokim poziomem peptydu-C w osoczu mieli zdecydowanie gorsze rokowanie, niż pacjenci, u których żadna z powyższych zmiennych nie występowała. Co więcej, chorzy, u których wystąpiły oba badane niekorzystne czynniki cechowali się jeszcze gorszym rokowaniem.

### **Owrzodzenie lub egzema może być rakiem Pageta**

Wytyczne dotyczące leczenia raka piersi bardzo szczegółowo określają postępowanie u pacjentek z częstymi postaciami raka piersi. Znacznie gorzej ma się sytuacja w przypadku rzadszych postaci. Jednym z nich jest rak Pageta, rzadki typ przewodowego raka sutka, w którym komórki rakowe naciekają naskórek brodawki sutka, a niekiedy również

okrągła liczba lat, oczywisty powód do omówień, podsumowań, wniosków. A te miały miejsce podczas opolskiej konferencji, „**10-lecie realizacji programów skryningowych w województwie opolskim w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2006-2015**”, która pod patronatem marszałka województwa **Andrzeja Buły** odbyła się 19 listopada. Jej organizatorami były działające w regionie wojewódzkie ośrodki koordynujące programy przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy we współpracy z Opolskim Centrum Onkologii oraz Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu.

To ważne, edukacyjne spotkanie adresowane było do osób, zainteresowanych profilaktyką i wczesnym wykrywaniem nowotworów, a w szczególności do lekarzy rodzinnych, szefów samorządów gminnych i powiatowych Opolszczyzny, osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną w regionie a także wszystkich Opolan, którym bliskie są sprawy własnego zdrowia w kontekście zagrożenia nowotworowego.

Przybyłych na konferencję powitał dr **Wojciech Redelbach**, dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii, który na wstępie wygłosił mini wykład wprowadzający. Nawiązał m.in. do „słynnego” pakietu onkologicznego, obowiązującego od stycznia br., który w swym założeniu miał zmniejszyć kolejki pacjentów z nowotworami zarówno do diagnozy, jak i terapii. Tymczasem okazało się, że w Opolu kolejki wcale się nie zmniejszyły, ale wręcz... zwiększyły! Brzmi to paradoksalnie, ale fakty są takie, że u nas czas oczekiwania na potwierdzenie diagnozy oraz leczenie (chirurgia, chemioterapia i radioterapia) należał do najkrótszych w kraju na wiele lat przed „pakietem”. Dodatkowo zadania związane z wprowadzeniem karty DILO (tzw. zielona karta pacjenta onkologicznego) narobiły niemałego zamieszania, w efekcie czego czas oczekiwania się zwiększył. Nie, żeby znacząco, ale jednak...

Nawiązując do programu skryningu mamograficznego, realizowanego przez OCO, dyrektor Redelbach dodał, że jego zasługą jest także to, że coraz więcej Opolanek (ok. 30 proc.) zgłasza się z rakiem piersi w nieinwazyjnym stadium, którego leczenie jest zdecydowanie łatwiejsze i mniej okaleczające. Co więcej, w takim stadium możliwe jest zastosowanie leczenia oszczędzającego, tzn. operacji, w

której usuwa się z piersi jedynie chorą tkankę, a nie całą pierś. Wielki to komfort dla każdej kobiety, niezależnie od wieku...

Dzięki współczesnej medycynie, która pozwala na bardzo szybkie wykrycie raka piersi, choroba ta coraz częściej bywa zaledwie epizodem w życiu kobiety. Niestety, mimo to ciągle zgłaszają się do OCO kobiety, które nie badają się systematycznie, dla których choroba okazuje się, niestety, epilogiem...

Pierwszy z prelegentów, dr n. med. **Wojciech Guzikowski**, konsultant wojewódzki w dziedzinie ginekologii i położnictwa, w swoim wykładzie pt. „10-lecie realizacji skryningu cytologicznego w Populacyjnym programie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” m.in. przedstawił dane, z których wynika, że liczba wykonywanych w programie skryningowym cytologii systematycznie... maleje! Wskazuje na to wyraźnie odsetek rocznej populacji kobiet, które zostały przebadane w ramach programu w latach 2007-2015 (do września) zarówno na Opolszczyźnie, jak i w Polsce. W naszym województwie widać to nawet wyraźniej, albowiem to u nas właśnie odsetek wykonanych badań cytologicznych przez Opolanki należał i należy do najwyższych w kraju. Jeśli porównać liczby z lat 2009-2010, kiedy to na cytologię przesiewową zgłaszało się ponad 27 tys. (32 proc.) Opolanki rocznie, o tyle w roku 2014 było ich już niespełna 21 tys. (niespełna 23 proc.).

Liczba wykonanych badań cytologicznych w województwie opolskim ze względu na źródło informacji

Rok	Źródło informacji					ogółem
	Lekarz, POZ	Lekarz specjalista	Położna, pielęgniarka	Prasa, radio, TV	Imienne zaproszenia	
2007	599	11 723	2 126	1 412	9 662	26 352
2008	343	15 631	2 603	720	5 663	25 550
2009	241	19 219	2 702	346	4 017	27 033
2010	186	18 405	2 108	152	5 914	27 018
2011	127	16 249	1 713	198	5 353	23 878
2012	101	15 129	2 214	109	4 704	22 486
2013	203	13 332	2 654	72	4 585	21 105
2014	170	12 484	2 788	174	4 814	20 644
2015	185	10 306	2 342	111	3 408	16 660

Wszystko wskazuje na to, że i rok bieżący zakończy się nie najlepiej... (do września -16,6 tys. cytologii). Słuszny wydaje się więc postulat, aby wszystkie cytologie, niezależnie od opcji (skryning, w ramach POZ oraz prywatnie) odnotowywać w programie SIMP (System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki), bo tylko wtedy będzie wiadomo, ile kobiet faktycznie się bada. Na pewno jest

otoczkę brodawki. Naukowcy szwedzcy przeprowadzili badanie analizujące najczęstsze objawy i właściwe postępowanie u chorych z rakiem Pageta. Do badania włączono 223 pacjentki z potwierdzonym histologicznie rozpoznaniem raka Pageta, leczonych w latach 1976-2001 w 13 szwedzkich szpitalach. Powyższe badanie wykazało, że najczęstszym objawem raka Pageta było owrzodzenie brodawki sutkowej lub egzema. Ponadto u pacjentów z nieinwazyjną postacią raka Pageta rokowanie było bardzo dobre. Współczynniki przeżycia nie wykazały istotnej statystycznie różnicy pomiędzy zastosowaniem leczenia oszczędzającego, a radykalnej mastektomii.

### Czerniak złośliwy desmoplastyczny

Odmianą neurotropową delmoplastycznego czerniaka złośliwego (desmoplastic neurotropic melanoma - DNM) nazywana jest rzadka odmiana czerniaka złośliwego, odkryta po raz pierwszy w roku 1971. Najczęściej rozwija się on w wyniku progresji powierzchownych ukrwionych zmian, takich jak lentigo maligna. Odmianę neurotropową cechują się większą agresywnością rozwoju. Ze względu na rzadkie występowanie odmian neurotropowych desmoplastycznych czerniaka złośliwego, w piśmiennictwie występuje stosunkowo mało informacji, dotyczących właściwego postępowania w tej grupie chorych. Badacze australijscy zbadali współczynnik wznów miejscowych u pacjentów z neurotropową odmianą desmoplastycznego czerniaka złośliwego, u których zastosowano wyłącznie



leczenie operacyjne lub leczenie operacyjne uzupełnione radioterapią. Do badania włączono 128 pacjentów leczonych z powodu DNM w latach 1996-2007. Wszystkich pacjentów poddano leczeniu chirurgicznemu, a u 27 dodatkowo zastosowano radioterapię. Wyniki wykazały wolny margines cięcia jako najważniejszy czynnik rokowniczy braku wznów miejscowych w tej grupie pacjentów. W przypadku zajęcia marginesów cięcia zastosowanie radioterapii w znaczący sposób redukuje ryzyko wystąpienia wznowy w miejscu cięcia.

### **Radioterapia w stadium IIIA raka odbytnicy**

Radioterapia adjuwantowa jest obecnie rekomendowana we wszystkich przypadkach raka odbytnicy z zajętymi węzłami chłonnyymi. Takie postępowanie ma na celu redukcję lokalnych nawrotów choroby nowotworowej. Przeprowadzono badanie, mające na celu ocenę czy w przypadku wczesnego raka odbytnicy z zajętymi węzłami chłonnyymi konieczne jest zastosowanie radioterapii po zakończeniu leczenia operacyjnego. W badaniu wzięło udział 86 pacjentów, których podzielono na dwie grupy – z i bez zastosowanej radioterapii po leczeniu operacyjnym. W obu grupach analizowano takie czynniki jak liczba wznów lokalnych, przeżycia 5-letnie, funkcję jelita i jakość życia po zastosowanym leczeniu. Okazało się, że pooperacyjna radioterapia nie zmniejsza ryzyka lokalnej wznowy, ani nie wydłuża przeżycia, w związku z czym rutynowe stosowanie radioterapii u chorych w stopniu IIIA raka odbytnicy powinno zostać ponownie rozważone.

ich znacznie więcej niż wynika z danych skryningowych (można też powiedzieć, że nieważne jest, u kogo Polka wykonuje cytologię, bo ważne jest, aby ją w ogóle wykonywała). Ale na pewno wiele jest jeszcze do zrobienia, biorąc pod uwagę liczbę zgonów na raka szyjki macicy, plasującą nas w ogonie Europy...

Dlaczego tak się dzieje?

*-Powodem jest ciągle późna zgłaszalność chorych na leczenie. I tego faktu nie może tłumaczyć to, że jedną z przyczyn takiej sytuacji jest fakt, iż rak szyjki macicy na wczesnym etapie nie daje żadnych objawów, nie wywołuje bólu - mówił prelegent. - Połowa kobiet, u których rozwinął się rak szyjki macicy nie miała nigdy wykonanego rozmazu cytologicznego, a 10 proc. chorych nie wykonało cytologii w ciągu ostatnich 5 lat.*

#### **Model rozwoju raka szyjki macicy:**

- infekcja HPV rozpoczyna się po kontakcie płciowym;
- około 80% infekcji ulega samoistnej remisji bez jakichkolwiek objawów i zmian na szyjce macicy;
- u 20% kobiet ostra infekcja przechodzi w fazę przewlekłą i w ciągu 2-4 lat rozwijają się zmiany typu CIN (cervical intraepitheliale neoplasia); CIN 2 i CIN 3 wywołany przez onkogenne typy HPV to prawdziwy stan przedrakowy raka szyjki macicy;
- u 15% kobiet następuje samowyleczenie infekcji HPV wraz z regresją zmian CIN;
- u 5 % nieleczonych kobiet rozwija się rak szyjki macicy.

Drugą prelegentką była **Wiesława Kaczmarek** kierownik WOK raka piersi, która omówiła temat „**Mammografia przesiewowa - założenia, rezultaty i oczekiwania w przekroju 10-letnim**”. Tu również zostały przytoczone dane liczbowe z mijającego dziesięciolecia. Wynika z nich znacznie większy niż w cytologii odsetek Opolanek uczestniczy w badaniach skryningowych, bo średnio w granicach 40 proc., ale powodów do satysfakcji nie ma, zwłaszcza że liczba mammografii w skryningu jest dobrze udokumentowana. Wprawdzie zdarsza się, że lekarz badając pacjentkę w tzw. „wieku skryningowym” (50-69 lat) zamiast zaproponować jej najpierw mammografię przesiewową, kieruje na badanie „w ramach ubezpieczenia”. Ale nie są to przypadki częste i na mają decydującego wpływu na wynik zgłaszalności.

Prelegentka poinformowała, że w ostatnich 2 la-



## Celem programu mammografii przesiewowej (skryningowej) jest:

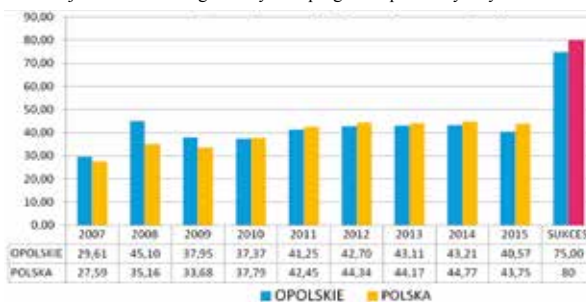
- zmniejszenie umieralności kobiet z powodu raka piersi,
- wykrywanie zmian w najwcześniejszym stadium zaawansowania klinicznego,
- zwiększenie odsetka wyleczeń,
- podniesienie poziomu wiedzy na temat raka piersi i jego wczesnego rozpoznania
- co najmniej 75-80% objęcie populacji kobiet w wieku 50-69 lat badaniem mammograficznym wykonywanym w ramach programu, raz na 2 lata (na Opolszczyźnie 139 700 pań)

tach do przebadania było blisko 140 tys. Opolanek, a zgłosiło się niewiele ponad 50 tys., czyli ok. 40 proc. Odsetek ten utrzymuje się z mniejszymi lub większymi wahaniami od lat, co może pokazywać, że w dużej mierze systematycznie badają się... te same panie, świadome rangi badania.

Wiesława Kaczmarek omówiła też corocznie działania WOK na rzecz poprawy zgłaszalności, którymi są m.in.: wysyłka imiennych zaproszeń do Opolanek w wieku 50-69 lat (ok. 70 tys. rocznie), monitoring pacjentek z nieprawidłowym wynikiem badania (ok. 500 rocznie), przeprowadzenie kontroli jakości badań mammograficznych oraz audytu klinicznego u wszystkich świadczeniodawców w województwie (średnio 9).

Wiele uwag poświęca się sprawom profilaktyki poprzez wygłaszanie prelekcji w szkołach i zakładach pracy Opolszczyzny (ok. 100 działań rocznie), promowanie skryningu w mediach, czy współpracę z samorządami gminnymi i powiatowymi, placówkami oświatowymi, zakładami pracy, organizacjami pozarządowymi, stowarzyszeniami, instytucjami.

Realizacja badań mammograficznych w programie profilaktycznym



*(dokończenie relacji z konferencji i omówienie reszty wykładów w numerze styczniowym)*

## Opiorfina zdetrzonizuje morfinę?

Ludzkie ciało wytwarza środek przeciwbólowy 6 razy skuteczniejszy od morfiny. Mowa o wyizolowanej ze śliny kilka lat temu opiorfinie, naturalnym środkiem przeciwbólowym, który, jak się przypuszcza, może występować również w innych częściach ciała. Francuscy naukowcy uważają, że odkrycie to przyczyni się do opracowania nowych metod zwalczania bólu, choć nie brakuje ekspertów, którzy w to wątpią... Efekty działania opiorfiny testowano na dwóch grupach szczurów: 1) u których chemicznie wywoływano chroniczny ból oraz 2) u których mechanicznie powodowano ostry ból. Akademicy odkryli, że zastrzyki z 1 miligrama opiorfiny, przypadającego na kilogram masy ciała, były tak samo skuteczne, jak iniekcje z 6 mg morfiny na kg wagi (taka dawka jest stosowana w terapii silnego bólu). Nie wiadomo, jaki mechanizm leży u podłoża zaobserwowanego zjawiska, ale naukowcy sądzą, że opiorfina hamuje rozkład enkefalin, związków występujących w centralnym układzie nerwowym i modyfikujących reakcję na bodźce bólowe. Badacze chcą określić profil farmakologiczny opiorfiny i potencjalne efekty uboczne jej zastosowania. - Odkrycie, że ludzka ślina zawiera białka o działaniu przeciwbólowym, jest bardzo interesujące – twierdzą badacze. Jest ono skutkiem natrafienia na ślad podobnych białek u szczurów oraz krów. Opiorfina hamuje rozkład naturalnych białek morfinopodobnych. Analogicznie działające leki nie znalazły jednak zastoso-



wania w szpitalach i nadal nie dysponujemy niezbitymi dowodami na to, że białka te odgrywają ważną rolę w fizjologicznej kontroli percepcji bólu. Dlatego też znaczenie opisywanego odkrycia dla kontroli bólu nie jest pewne....

### Kiedy TK lepsze niż PET?

Zmiana wielkości guza widoczna w badaniach obrazowych, a osiągnięta pod wpływem leczenia, uznawana jest za jeden z markerów prognostycznych u pacjentów nowotworowych. Przeprowadzono badanie kliniczne, analizujące czy zmiana „obrazu” guza w TK lub PET jest czynnikiem prognostycznym u pacjentów z resekcyjnym niedrobnokomórkowym rakiem płuc. Analizowano łącznie dane, pochodzące z dwóch badań. Do eksperymentu włączono 89 chorych. U pacjentów wykonywano badanie TK i PET przed i po zakończeniu chemioterapii, poprzedzającej zabieg chirurgiczny. Wyniki wykazały brak znaczącej korelacji pomiędzy zmianą obrazu guza w badaniu PET, a przeżywalnością. Znacząca zależność wystąpiła pomiędzy zmianą średnicy guza w badaniu TK, a przeżywalnością. Powyższe badanie udowodniło, że u pacjentów po chemioterapii, wykonywanej z powodu resekcyjnego, niedrobnokomórkowego raka płuc, najlepszym badaniem prognostycznym jest tomografia komputerowa. Wykonanie badania PET nie wnosi wystarczającej ilości danych do oceny prognostyki.

Opole, 27 listopada 2015r.

Szanowny Pan  
**dr n. med. Kazimierz Drosik**  
Ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej  
z Odcinkiem Dziennym  
w Opolskim Centrum Onkologii

Proszę przyjąć serdeczne podziękowania za ponad 30 lat pracy na rzecz Opolskiej Onkologii.

Bezsprzecznie był Pan i będzie dla nas filarem onkologii, dzięki czemu onkologia była, jest i będzie szpitalem, w którym pacjent ma zagwarantowane leczenie onkologiczne na najwyższym, merytorycznym poziomie.

Rzesze lekarzy przez Pana bezpośrednio i pośrednio wyedukowanych i przygotowanych do pracy, będą kontynuowały działania przez Pana rozpoczęte.

Pozostaje mi żywić nadzieję, że korzystanie z Pana ogromnej wiedzy, umiejętności i doświadczenia będzie nadal możliwe.

Łączę wyrazy szacunku  
**Wojciech Redelbach**

Dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii

Doktor Kazimierz Drosik wybrał emeryturę

## Nadal będę leczyć chorych



Pod koniec listopada załoga Opolskiego Centrum Onkologii pożegnała dr. n. med. **Kazimierza Drosika**, wieloletniego ordynatora Oddziału Onkologii Klinicznej w Opolskim Centrum Onkologii, w związku z jego odejściem na emeryturę. Ponieważ sprawa jest tak bardzo świeża, powiem wprost - na razie nie potrafię sobie wyobrazić

opolskiej onkologii bez Doktora Drosika. Jest to dla mnie, i pewnie nie tylko dla mnie, pewien szok, bo jak sięgam pamięcią Pan Doktor zawsze „u nas był”. Był, dla mnie, dziennikarki, przeważnie w tym swoim niedużym, zawalonym papierami pokoiku, wprawdzie nie zawsze tym samym, ale zawsze... takim samym, czyli był typowym pokojem autentycznego naukowca o artystycznej duszy. Artystycznej nie tylko zresztą w kontekście sztuki medycznej, ale także muzycznej, gdyż Pan Doktor dał się poznać również jako wirtuoz gitary i świetnie radzi sobie w blaskach rampy, jako m.in. gi-



tarzystą zespołu muzycznego Reanimators.

Doktor Drosik przyjechał na Opolszczyznę w latach osiemdziesiątych wraz z grupą młodych wówczas, ale już naprawdę doskonałych w swym fachu lekarzy, jak radioterapeuta Maria Pamucka, chirurg Stanisław Przywara, czy laryngolog Bogdan Kochanowski. Przyjechali ze Śląska, by tworzyć w Opolu, w ówczesnym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym, zręby nowego oddziału, onkologicznego, który z biegiem lat rozrósł się i przekształcił w niemały szpital, czyli obecne nasze Opolskie Centrum Onkologii.

Nie mam najmniejszych wątpliwości, że gdyby Doktor Drosik został wtedy na Śląsku (mowa Instytucie Onkologii w Gliwicach), czy pracował w innym ośrodku akademickim o randze szpitala klinicznego, to już dawno przed jego nazwiskiem widniałby tytuł profesorski. Tak, nie zawaham się powiedzieć, że wiedzę z zakresu onkologii klinicznej ma Doktor taką, że... kaptcie spadają! Wystarczy na na niejedną habilitację...

Pamiętam takie oto wydarzenie, sprzed kilku lat. Dotyczyło pacjentki renomowanej placówki, leczonej na raka pęcherza moczowego. Powiedzmy wprost – leczonej, jak się później okaże, źle. Procedury nie pozwalały na zastosowanie u niej leku nowszej generacji, bo, bo, bo... – argumentów całe morze. Sprawa trafiła do sądu, co oznacza oczywiście zmagania liczone w latach (chora nie doczekała końca sprawy). Zapytałam wtedy Doktora Drosika o to, jak on zabrałby się do leczenia chorej, gdyby trafiła do OCO. To, co usłyszałam i zapisałam zgadzało się jota w jotę z tym, do czego po latach doszli sądowi eksperci...

Przede wszystkim jednak doskonałą ocenę wystawili Doktorowi Drosikowi pacjenci i ich rodziny w listopadzie 2010 roku, honorując go tytułem „Opolski Hipokrates” w drugiej edycji ogólnowojewódzkiego plebiscytu dziennika „Nowa Trybuna Opolska”.

Pana Doktora Kazika (dla przyjaciół i bliskich po prostu – Kazika) poznałam w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych. Jako dziennikarka „Trybuny Opolskiej” zajmowałam się wówczas sprawami zdrowia. Stąd nasza znajomość, tym większa, bo wówczas dość częsta. Pan Doktor nigdy nie odmawiał pomocy, nie opędał się przed dziennikarzami, zawsze chętnie udzielał wywiadów i krótszych wypowiedzi, trafnie, kompetentnie, a nierzadko odważnie komentujących zadane kwestie. Może i nie był (nie jest) wymarzoną rozmówcą dla radiowca czy „telewizora”, bo mówi wolno, z przerwami, ale dla dziennikarza gazetowego jest rozmówcą idealnym. Udzielając wywiadu nie tyle mówi, co ... dyktuje, a to sprawia, że połowę dziennikarskiej roboty ma się z głowy...

Wiem, że ta oto moja opinia o Doktorze Drosiku jest

## Jak wykorzystać kolonografię TK?

Kolonografia TK stanowi nieinwazyjną opcję dla skryningu jelita grubego. Niestety, jak dotychczas nie została potwierdzona jej dokładność, jako narzędzia skryningowego u pacjentów bezobjawowych. Przeprowadzono badanie, oceniające dokładność kolonografii podczas skryningu w kierunku gruczolaka i raka jelita grubego. Do badania włączono 2600 pacjentów w wieku 50 lat i starszych. Eksperyment przeprowadzono w 15 ośrodkach badawczych. Kompletnie dane uzyskano dla 2531 pacjentów (97%). Badanie wykazało, że kolonografia TK była w stanie wykryć aż 90% zmian mierzących 10 mm lub więcej, co udowodnia jej wysoką wartość, jako narzędzia skryningowego u pacjentów z umiarkowanym ryzykiem wystąpienia raka jelita grubego.

## Badanie MRI z kontrastem u pacjentów z rakiem prostaty

U pacjentów z rakiem prostaty (w grupie średniego i wysokiego ryzyka wystąpienia przerzutów do węzłów chłonnych) złotym standardem stało się wykonywanie inwazyjnej diagnostycznej resekcji węzłów chłonnych miednicy (PLND) w celu oceny zaawansowania węzłowego. Jednakże nowa technika badania MRI, przy użyciu kontrastu specyficznego dla węzłów chłonnych (ferumoxtran-10) pozwala na wykrycie przerzutów do węzłów chłonnych poprzez użycie limfoangiografii (MRL). Przeprowadzono badanie, mające na celu ocenę diagnostycznej dokładności MRL w porównaniu z wielodetekcyjnym TK (MDCT), a także zbadanie hipotezy, czy negatywny wynik



MRL pozwala nam na odstąpienie od PLND. Do badania włączono pacjentów z rakiem prostaty, którzy mieli średnie lub wyższe ryzyko przerzutów do węzłów chłonnych (> 5% zgodnie z rutynowo stosowanymi nomogramami). U wszystkich pacjentów wykonano ocenę węzłów chłonnych przy pomocy MDCT oraz MRL, a następnie przeprowadzono PLND lub biopsję cienkoigłową. Wyniki badań obrazowych porównywano z wynikami badania histopatologicznego. Oceniano także czułość, specyficzność, PPV oraz NPV obydwu technik diagnostycznych. W wynikach eksperymentu MRL wykazało znacznie wyższą czułość w stosunku do MDCT u pacjentów ze średnim lub wyższym ryzykiem wystąpienia przerzutów do węzłów chłonnych z powodu raka prostaty. W tej grupie pacjentów, w razie negatywnego wyniku MRL, postestowe prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów do węzłów chłonnych było na tyle niskie, że można było odstąpić od wykonania PLND.

## Rak po sprzątaniu

Kobiety, które używają dużo produktów czyszczących, są w większym stopniu zagrożone rakiem piersi niż panie stosujące je oszczędniej bądź w ogóle. Naukowcy amerykańscy przeprowadzili wywiady telefoniczne z 787 kobietami ze zdiagnozowanym nowotworem piersi oraz z 721-osobową grupą kontrolną. Okazało się, że u pań, które stosowały więcej różnych produktów naraz, ryzyko zachorowania było 2-krotnie wyższe niż w przypadku kobiet używających najmniejszych ilości chemikaliów. Do wzrostu prawdopodobieństwa zachorowania prowadziło uciekanie się do

bardzo osobista, może nawet zanadto. Ale tak to już jest, gdy się kogoś nie tylko ogromnie ceni, ale i najwyżej lubi. A tu jeszcze i taki argument, z pozoru bez związku, że nasze biurka, moje i Pana Doktora, są do siebie bardzo podobne. Zawsze zawałone papierami...

Panie Doktorze Kaziku! Mamy nadzieję, że mimo emerytury nadal będzie Pan leczył ludzi chorych na raka. Ze swoją wrażliwością oraz swoją ogromną wiedzę długo jeszcze będzie Pan pożytkował w obronie zdrowia i życia pacjentów, dotkniętych nowotworem.

Krystyna Raczyńska

P.S. Doktor Drosik potwierdził, że mimo emerytury nadal będzie leczył chorych.

**Dr n. med. Kazimierz Drosik** (rocznik 1949) należy do nestorów opolskiej onkologii. Studia na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach ukończył w 1973 r. Specjalizował się z radioterapii onkologicznej (w 1977– I °, w 1980 r. – II °), wiele uwagi poświęcając także epidemiologii nowotworów (w 1978 r. był stażystą Centrum Danych Europejskiej Organizacji do Badań nad Leczeniem Raka w Brukseli).

Do Opolą wraz z grupą innych lekarzy onkologów przyjechał w 1983 r. z Instytutu Onkologii w Gliwicach, gdzie od zakończenia studiów pracował przez 10 lat, dochodząc do stanowiska starszego asystenta.

W opolskiej placówce objął stanowisko kierownika Wojewódzkiej Przychodni Onkologicznej, jak również ordynatora Oddziału Onkologii Ogólnej. Po zmianach organizacyjnych i nazewniczych od roku 2004 jest w Opolskim Centrum Onkologii ordynatorem Oddziału Onkologii Klinicznej. W 1985 r., a więc już w Opolu, ukończył specjalizację II ° z chemioterapii nowotworów, a w 2003 – specjalizację z zakresu onkologii klinicznej. Rok później na Wrocławskiej Akademii Medycznej obronił pracę doktorską pt. „Zastosowanie matematycznego modelu regresji w ocenie skuteczności chemioterapii raka piersi”.

Od samego początku swojej obecności w Opolu i pracy na rzecz Polan chorych na raka jest na Opolszczyźnie najwyższym autorytetem w dziedzinie onkologii klinicznej. Najpierw jako specjalista wojewódzki ds. onkologii (od 1983 r.), a następnie, i aktualnie, jako konsultant wojewódzki ds. onkologii klinicznej.

Dr Drosik jest autorem i współautorem wielu prac z zakresu chemioterapii, radioterapii i epidemiologii nowotworowej. Uczestniczy w licznych światowych oraz europejskich konferencjach i sympozjach, głównie z dziedziny onkologii klinicznej.



13 listopada - Dzień Chorych na Raka Trzustki

## Najbardziej śmiertelny z nowotworów

Rok temu, 13 listopada, po raz pierwszy w Polsce i na świecie obchodzony był Dzień Chorych na Raka Trzustki. W tym roku obchodziliśmy go po raz drugi.

Rak trzustki należy do najbardziej śmiertelnych nowotworów. W Polsce, od chwili jego wykrycia, rok przeżywa zaledwie 23 proc. pacjentów; pięcioletnie przeżycia zdarzają się u 6 proc. chorych... Głównym tego powodem jest późne wykrywanie tej choroby. W chwili rozpoznania nowotwór ten zwykle jest już mocno zaawansowany. Zaledwie u 15-20 proc. chorych można przeprowadzić operację usunięcia guza. Ale nawet wśród tych pacjentów jedynie co piąty przeżywa 5 lat, bo nawet u nich zdarzają się ukryte przerzuty, których nie da się jeszcze wykryć dostępnymi metodami. Średnia długość życia po rozpoznaniu przerzutowego lub zaawansowanego raka trzustki wynosi ok. 6 miesięcy. Innymi słowy - nie ma, niestety, zbyt wielu osób, które pokonały raka trzustki.

### Objawy raka trzustki (na podstawie Wikipedii)

(zależą od lokalizacji guza, jego wielkości, naciekania lub ucisku sąsiednich narządów)

#### Wczesne objawy:

- ból brzucha lub dyskomfort w jamie brzusznej,
- wzdęcie,
- brak łaknienia,
- spadek masy ciała,
- biegunka i nudności

**Objawy zaawansowanego raka trzustki** (stwierdzone u większości chorych):

- żółtaczka,
- świąd skóry,
- ból w nadbrzuszu lub plecach
- wymioty

Rok temu dr **Janusz Meder**, prezes Polskiej Unii Onkologii, mówił: - „Rak trzustki to bardzo ciężka choroba z poważnym rokowaniem. Tylko nielicznym pacjentom udaje się przeżyć więcej niż rok od momentu wykrycia choroby. Przez ostatnie 40 lat nie poprawiły się wskaźniki przeżywalności pacjentów z rakiem trzustki. Dlatego Polska Unia Onkologii wraz z Fundacją „Wspólna Droga” rozpoczyna działania edukacyjne, zmierzające do budowania wiedzy na temat raka trzustki i świadomości problemów, związanych z tą chorobą. To nie tylko poważny problem medyczny dla współczesnej onkologii, ale również wielkie wyzwanie społeczne i etyczne.” Dzień Chorych na Raka Trzustki jest więc okazją do zwrócenia uwagi Polek i Polaków na ten poważny problem, jest apelem do społeczeństwa

odświeżaczy powietrza i produktów zwalczających pleśń. Ponadto lekko podwyższone ryzyko zachorowania wiązało się ze stosowaniem środków odstraszających owady oraz preparatów do czyszczenia kuchenek czy pielęgnacji mebli. Ogólne wykorzystanie pestycydów miało za to niewielki wpływ na zdrowie. Najsilniejszy niekorzystny efekt wystąpił u osób zmieniających kostki zapachowe ponad 7 razy w roku. Kobiety z rakiem sutka, które uważały, że chemikalia i zanieczyszczenia przyczyniają się w znacznym stopniu do zachorowania, same niejednokrotnie używały w domu najwięcej chemii. Ten pozorny paradoks wyjaśnia się tym, że kiedy u kobiet zostanie zdiagnozowany nowotwór piersi, często zaczynają się one zastanawiać nad tym, co mogło doprowadzić do choroby. W rezultacie dokładniej odtwarzają wykorzystanie środków chemicznych, a nawet je przeceniają. Niewykluczone też, że doświadczenie w postaci raka wpływa na przekonania związane z przyczynami choroby, np. panie z guzem piersi z mniejszym prawdopodobieństwem wierzą w dziedziczność, ponieważ wiele z nich choruje jako pierwsza osoba w rodzinie.

### Oliwa zmienia ekspresję genów

Polifenole oliwy z pierwszego tłoczenia modyfikują ekspresję genów związanych z miażdżycą tętnic. To wyjaśnia, w jaki sposób dieta śródziemnomorska obniża ryzyko chorób sercowo-naczyniowych – uważają badacze katalońscy. - Wiedząc, działanie jakich genów może być w zdrowy sposób modyfikowane za pośrednictwem diety, ludzie będą mogli wybrać właściwe dla



siebie menu. To pierwszy krok w kierunku przyszłych terapii wykorzystujących wybrane pokarmy – podkreśla naukowcy. Hiszpanie pracowali z 3 grupami zdrowych ochotników. Pierwsza polegała na tradycyjnej diecie śródziemnomorskiej z oliwą z pierwszego tłoczenia obfitującą w polifenole. Druga jadła to samo, ale tutaj stosowano oliwę z niską zawartością wymienionych związków. Przedstawiciele trzeciej mieli jeść to, co zwykle. Po trzech miesiącach okazało się, że u członków 1. grupy w leukocytach jednojądrowych (ang. mononuclear leukocytes, MLs) krwi obwodowej obniżyła się ekspresja genów związanych z arteriosklerozą. Poza tym przeciwutleniające oliwy zmodyfikowały ekspresję genów, oddziałujących na chorobę niedokrwinną serca. Zespół Covas ustalił, że w połączeniu z dietą śródziemnomorską oliwa z pierwszego tłoczenia ogranicza oksydację lipidów i DNA, insulinooporność, stany zapalne i onkogenezę oraz prowadzi do zmniejszenia guzów.

## Głód hamuje wytwarzanie cholesterolu

Badania amerykańskie nad wpływem enzymów na gospodarkę tłuszczową organizmu dają nadzieje na skuteczną walkę z otyłością, miażdżycą, cukrzycą typu II, nadciśnieniem, itd. Kluczem może być SIRT1, enzym z grupy sirtuin (Silent Information Regulator Two). Do tej pory opisane było działanie SIRT1 w roli czujnika energetycznego, wspomagającego wykorzystywanie zgromadzonej tkanki tłuszczowej w sytuacji braku pożywienia. Badacze odkryli, że enzym ten jest nadzrędnym regulatorem gospodarki i stabilności tłuszczowej organizmu, kontrolującym również

o solidarność z chorymi oraz ich rodzinami.

W Stanach Zjednoczonych rak trzustki codziennie wykrywany jest u 134 osób, spośród których 111 umiera. W Unii Europejskiej w 2012 r. wykryto 78,6 tys. przypadków raka trzustki; spośród nich jeszcze tego samego roku zmarło aż 77,9 tysięcy...

Także w Polsce niepokojąco wzrasta zachorowalność na raka trzustki. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że w ostatnich 30 latach zwiększyła się ona prawie dwukrotnie. O ile w 1980 r. chorobę tę wykryto u 1870 osób, to w 2010 r. zachorowało na nią ponad 3250 pacjentów. Największy wzrost zachorowań nastąpił wśród Polek: w 1980 r. nowotwór ten wykryto u 858 kobiet, a w 2010 r. - u 1628. Obecnie w Polsce wskaźnik zachorowalności na raka trzustki u kobiet zajmuje szóste miejsce. Amerykańscy epidemiolodzy prognozują, że w 2020 r. rak trzustki będzie już drugą najczęstszą przyczyną zgonów kobiet, zaraz po raku piersi.

*- Dzieje się tak, ponieważ wzrasta skuteczność wykrywania i leczenia wielu innych nowotworów, jak rak piersi, nerki, prostaty, czerniak czy nawet rak płuca – mówi dr Meder. - Tymczasem od kilku dziesięcioleci niewiele się zmienia, jeśli idzie o możliwości leczenia raka trzustki.*

### Najważniejsze czynniki ryzyka raka trzustki

(na podstawie Wikipedii)

- palenie tytoniu (czynnik najważniejszy, ok. 30 proc. zachorowań ma związek z nałogowym paleniem)
- nadwaga i otyłość
- cukrzyca typu 2
- przewlekłe zapalenie trzustki (szczególnie rodzinne zapalenie trzustki)
- zakażenie *Helicobacter pylori* (prawdopodobnie)
- czynniki genetyczne (m.in. rodzinny rak trzustki, mutacje *BRCA1* i *BRCA2*, zespół Lyncha, rodzinna polipowatość gruczolakowata),
- dieta bogata w czerwone mięso i tłuszcze nasycone
- grupa krwi A
- regularne spożywanie dużych ilości alkoholu

Polakom brakuje wiedzy na temat czynników ryzyka, profilaktyki, diagnostyki i możliwości terapeutycznych w raku trzustki. Rozpoczęcie systematycznych działań edukacyjnych może znacząco przyczynić się do podniesienia świadomości na temat objawów oraz czynników ryzyka, a także, jak żyć z chorobą i jak radzić sobie z problemami, jakie mogą się pojawić.

(w oparciu o PAP, [www.zwrotnikraka.pl](http://www.zwrotnikraka.pl))

Na raka trzustki zmarli m.in. aktorzy: Daria Trafankowska, Anna Przybylska, Marian Glinka, Patrick Swayze, Michael Landon, Marcello Mastroianni, Rex Harrison, Richard Crenna, a także śpiewak operowy Luciano Pavarotti oraz współzałożyciel Apple'a - Steve Jobs.



Rząd przyjął, teraz czas na posłów

## Nowy program kontra nowotwory

Na początku listopada br. rząd przyjął uchwałę w sprawie ustanowienia „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych na lata 2016 – 2024”. Zapisy nowego programu to kontynuacja starego, którego ważność upływa z końcem br. Oznacza to, że i on będzie finansowany z budżetu państwa, i że przez 10 najbliższych lat na jego realizację budżet państwa wydawać będzie 250 mln zł. Ale nie więcej.

Skoro założenia nowego programu nie są inne, niż poprzedniego, to i cel jest ten sam: **spadek umieralności Polek i Polków z powodu nowotworów**. Ideałem, do którego należy dążyć, będzie zbliżenie się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory.

Zakłada się także zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnym stadium oraz zmniejszenie regionalnych różnic w dostępie pacjentów do najnowszych metod diagnozowania i leczenia.

### Najważniejsze zadania programu:

#### A. Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów

- promowanie aktywnego trybu życia i zdrowego odżywiania;
- działania na rzecz ograniczenia palenia tytoniu i spożywania alkoholu;
- działania na rzecz profilaktyki nowotworów złośliwych skóry w szczególności czerniaka złośliwego i zwiększenia zainteresowania pacjentów badaniami przesiewowymi;
- promocja karmienia piersią.

#### B. Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów

- badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka jelita grubego, raka piersi, raka szyjki macicy;
- opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe;
- badania w kierunku wczesnego wykrywania raka płuca;
- zakup i wymiana sprzętu diagnostycznego do wczesnego wykrywania nowotworów;

proces tworzenia i odkładania tłuszczów oraz wykorzystywanie ich w roli źródła energii w razie konieczności. Istotne jest, że oprócz tkanki tłuszczowej SIRT1 stymuluje także wytwarzanie cholesterolu. Wysokotłuszczowa dieta może być przyczyną nadmiernej produkcji tłuszczu i cholesterolu, jednak kiedy jesteśmy na czczo, ten sam enzym blokuje ich wytwarzanie i magazynowanie, przełączając organizm w tryb wykorzystywania zapasów. Wiadomo było do tej pory, że stan głodu wyłącza aktywność białek SREBP, obecne badania dowiodły, że to wyciszenie aktywności właśnie przez SIRT1 jest odpowiedzialne za przełączenie metabolizmu. Testy na robakach, muszkach owocówkach i myszach, oraz na mysich i ludzkich komórkach dowiodły, że SIRT1 powoduje usuwanie ochronnej proteiny i rozpad białek SREBP; hamowanie produkcji SIRT1 oznacza automatyczny wzrost ilości SREBP i przyrost tkanki tłuszczowej oraz cholesterolu. Eksperymenty na myszach chorych na otyłość pokazały, że kuracja dawkami enzymu SIRT1 powoduje u nich redukcję tkanki tłuszczowej. Sirtuiny znane są również z powiązania z wydłużeniem życia przy zmniejszonej ilości pokarmu, dlatego nazywano je często proteinami długowieczności. Trwają badania nad ich ewentualną przydatnością do leczenia chorób cywilizacyjnych powiązanych z nadwagą. Istnieje możliwość, że zastosowanie enzymu SIRT1 pozwoliłoby „oszukać” organizm i skłonić go do spalania tkanki tłuszczowej. Wymaga to jednak dalszych, szczegółowych badań nad skutecznością i bezpieczeństwem takiej kuracji.



## Pasożyty są nam potrzebne

O tym, że nasze jelita potrzebują obecności niektórych gatunków bakterii, byśmy mogli zachować zdrowie, wie już chyba każdy. Bez nich szwankuje nie tylko nasze trawienie, ale także system odpornościowy. Dlatego też mleczne produkty probiotyczne, zawierające przyjazne szczepy żywych bakterii, są coraz popularniejsze. Jednak myśl, że podobnie należy myśleć o pasożytach, wywołuje co najmniej lekkie szoki i obrzydzenie. Ale coraz więcej naukowców podziela zdanie, że pasożyty są nam potrzebne. Badacze brytyjscy podkreślają, że bakterie towarzyszyły nam przez całą ewolucję, że wpływały na nią i są współtwórcami ekosystemu, jakim są nasze jelita. To samo, jak podkreślają, dotyczy pasożytów: - *Jelita i ich mieszkańcy powinni być uważani za złożony ekosystem, którego elementem są nie tylko bakterie, ale również pasożyty. One tam nie tylko są, ale na siebie oddziałują.* Włosogłówka to powszechny pasożyt, infekujący wiele gatunków zwierząt oraz ludzi. Żyje w jelicie grubym, które jest również środowiskiem większości bakterii. Wnika on w śluzówkę jelita, skąd czepie krew. Ciężkie przypadki zakażenia tym nicieniem powodują krwawienia i anemię, a także bardziej jeszcze nieprzyjemne skutki, ale lekkie infekcje mają stosunkowo słabe i nieliczne objawy. Jak wykazały badania brytyjskie pasożyty i bakterie jelitowe wchodzi w interakcje. Jak się okazuje, *Escherichia coli* i inni mieszkańcy naszego jelita potrafią wpływać na wyłęganie się pasożytów z jaj. Używając specjalnych powierzchniowych komórek - zwanych fimbriami - przyczepiają się do jaj w taki sam sposób, jak do ścianek jelita. Podobne wyniki otrzymano w badaniach glisty ludzkiej. Co

## C. Wsparcie procesu leczenia nowotworów

- zakup i wymiana sprzętu do leczenia nowotworów;
- zakup endoprotez onkologicznych dla dzieci;
- zintegrowana opieka nad pacjentami onkologicznymi i ich bliskimi.

## D. Edukacja onkologiczna

- działania mające na celu poszerzenie wiedzy i umiejętności z zakresu diagnostyki onkologicznej wśród personelu medycznego i przedstawicieli innych zawodów w dziedzinach, mających zastosowanie w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem programów przesiewowych i postępowania terapeutycznego.

## E. Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów

- działania na rzecz poprawy funkcjonowania obecnego systemu gromadzenia danych o chorobach nowotworowych w Polsce i jakości publikowanych danych.

## F. Wskaźniki skuteczności programu

Podstawowym wskaźnikiem skuteczności programu jest wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory, powodujące największą liczbę zgonów. Skuteczność programu będzie także weryfikowana na podstawie:

- zgłaszalności na przesiewowe badania mamograficzne;
- zgłaszalności na przesiewowe badania cytologiczne;
- liczby osób, przypadających na 1 akcelerator w kraju i w poszczególnych województwach;
- liczby osób przeszkolonych w ramach programu;
- stanu rejestracji danych o nowotworach złośliwych.

## G. Przyczyny zachorowań

Przyczyny wzrostu liczby zachorowań na nowotwory nie zmieniają się praktycznie od lat. Są nimi zarówno **wzrost średniej wieku Polaków**, jak i **wzrost ryzyka zachorowania, związany ze stylem życia** (otyłość, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożycie alkoholu), a także, niestety, **brak świadomości zagrożenia chorobami nowotworowymi**, co przejawia się m.in. niechęcią społeczeństwa do wykonywania badań przesiewowych oraz do wczesnego zgłaszania się do lekarza w przypadku zauważenia ewentualnych zmian chorobowych.

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

### Przesady wigilijne

- Cały dzień od samego rana musimy być uśmiechnięci i zyczliwi dla innych. Zarówno nasz uśmiech, jak i dobre stosunki z rodziną, nie znikną przez cały kolejny rok.
- Nie szyjmy, nie naprawiamy nic, ponieważ kolejny rok upłynie nam na ciągłych poprawkach i naprawianiu wszystkiego.
- Należy zjeść wszystkie wigilijne potrawy, a przynajmniej spróbować. W ten sposób w następnym roku niczego nam nie zabraknie.
- Musimy maksymalnie ograniczyć tego dnia stres. Nie należy krzyżeć, złościć się ani płakać. Jeśli nie będziemy przestrzegać tego zalecenia, w następnym roku będziemy ciągle zdenerwowani i nieszczęśliwi.
- Pod talerz wigilijny należy wsunąć monetę. Zagwarantuje ona nam pomyślność finansową. Aby pieniądze się nas lepiej trzymały powinniśmy schować ususzoną łuskę z wigilijnego karpia do portfela i trzymać ją przez cały rok.
- Nie należy w dzień wigilijny nikomu nic pożyczać. Jeśli tak się stanie, osoba, której wyświadczymy tą przysługę, będzie cierpiała przez cały rok niedostatek.
- Jeżeli w dzień wigilijny pierwszy przekroczy próg naszego domostwa mężczyzna, wszyscy domownicy będą cieszyć się szczęściem cały rok. Przekroczenie progu przez kobiety wróży pecha.
- W czasie wieszery wigilijnej nie należy za dużo mówić, a tym bardziej przerywać innym. W przeciwnym razie będziemy bardzo kłótlivi oraz skorzy do wyjawiania cudzych sekretów.
- Liczba uczestników wieszery wigilijnej powinna być parzysta. W przeciwnym razie może spotkać domowników pech. Dawno temu, aby ustrzec się przed nieszczęściem zapraszano osobę bezdomną do wspólnej Wigilii, aby liczba osób się zgadzała.
- Pilnuj, aby na stole była nieparzysta liczba potraw. To zapewni ci urodzaj w całym nadchodzącym roku.
- W wigilijny poranek należy potrzeć sobie zęby czosnkiem, gdyż to sprawi, że przez cały rok nie będą bołały.
- Nie pożyczaj, gdyż kto w wigilię coś z domu swojego wydaje, ten niczego się nie dorobi.

ważne, badania wykazały, że obecność pasożytów i bakterii wpływa na aktywność systemu immunologicznego, tworząc układ chroniący wszystkie jego strony. Uczeni sugerują więc, że dla zachowania korzystnego statusu quo potrzebne są nam nie tylko bakterie, ale większe organizmy. Istnieje ryzyko poważnych chorób pasożytniczych, ale przecież również przyjazne nam na co dzień bakterie potrafią powodować śmiertelne infekcje. - *Ludzki organizm jest jak stółek o trzech nogach: bakterie, pasożyty i system odpornościowy nawzajem się regulują* - twierdzą badacze. Jeśli porówna się masowe występowanie - czasowe i terytorialne - infekcji pasożytniczych i chorób systemu odpornościowego, takich jak alergie, można zauważyć, że te zjawiska prawie na siebie nie zachodzą. Tam, gdzie dążenie do czystości i sterylności wymiotło pasożyty, mamy narastające problemy z nadaktywnym systemem odpornościowym i chorobami autoimmunologicznymi. W krajach rozwijających się, gdzie pasożyty są powszechne, dolegliwości alergiczne są bardzo rzadkie. Nie oznacza to oczywiście, że należy zaraz rozmyślam zarażać się pasożytami. Ale nie ma już wątpliwości, że wytwarzają one jakieś substancje, które są istotne dla regulacji naszej immunologii. Podczas ewolucji, w której towarzyszyły nam różne organizmy, wytworzyła się pewna równowaga korzystna dla wszystkich.

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

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

**Redaktor naczelna:** Krystyna Raczyńska (e-mail: [raczynska@onkologia.opole.pl](mailto:raczynska@onkologia.opole.pl))

**Adres redakcji:** 45-061 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



*Być może niektórzy z naszych czytelników znają poniższy tekst z mejlowych listów, krążących po elektronicznych skrzynkach, ale warto utrwalić go w wersji gazetowej, gdyż zawarte w nich rady George'a Carlina „jak żyć” z pewnością przydadzą się każdemu.*

## Filozofia dla starszych

Czy zdajesz sobie sprawę, że jedynym okresem w naszym życiu, gdy chcemy się zesterować, jest dzieciństwo? Gdy masz mniej niż 10 lat, jesteś tak podekscytowany starzeniem się, że myślisz w kategoriach ułamków. „Ile masz lat?” „Cztery i pół”. Nigdy nie masz 35 i pół. Masz 4 i pół i zaraz będziesz miał 5. Tak właśnie wtedy myślisz.

Potem masz lat naście – teraz już nic cię nie powstrzyma. Przeskakujesz do kolejnej liczby a czasem nawet o kilka do przodu na raz. „Ile masz lat?” „Niedługo będę miała 16!” Możesz mieć 13 lat, ale chwila, niedługo będziesz miał 16!

A potem ten najwspanialszy dzień w życiu... Stajesz się pełnoletni! Już same słowa brzmią jak ceremonia... Stajesz się osiemnastolatkiem! Huraaa!!!

Ale potem kończysz 30. Ummm... Cóż to się stało? Młodość się skończyła. Nie ma już takiej radości. O co chodzi? Co się naprawdę zmieniło? Życie tak szybko się nie kończy.

A potem masz 40. na karku. Hola! Te lata tyle nie ważą! Zanim się obejrzyś dobijasz do 50. I wszystkie Twoje marzenia znikają. Ale chwila! Udaje ci się dożyć do 60. Nie myślałeś, że to możliwe!

Tak się rozpędziłeś, że udało ci się dożyć do 70.! Potem to już życie z dnia na dzień, ale dociągnąłeś do 70.!

Potem udaje ci się przeżyć 80 lat i cały dzień staje się pełnym cyklem: dociągasz do obiadu, do kolacji, do wyrka. A to jeszcze nie koniec – przekraczasz kolejną granicę: 90. na liczniku! I wszystko się zmienia. Zaczynasz inaczej liczyć czas. Znów stajesz się małym dzieckiem. „Mam 100 i pół”.

Obyśmy wszyscy dożyli w zdrowiu do 100 i pół!

## Jak być wiecznie młodym?

1. Odrzuć nonsensowne liczby. W to wliczamy wiek, wagę i wzrost. Niech się o to martwią lekarze.
2. Miej tylko radosnych przyjaciół. Marudy wpędzą cię w depresję.
3. Nie przestawaj się uczyć. Dowiedz się więcej o komputerach, zajmij się ogródkiem, robotkami ręcznymi, czymkolwiek. Nigdy nie pozwól umysłowi na nudę i bezczynność. „*Leniwy umysł to pracownia diabła*”. A diabeł ma na imię Alzheimer.
4. Ciesz się z najdrobniejszej rzeczy.
5. Śmiej się często, długo i głośno. Śmiej się do utraty tchu.
6. Łzy się zdarzają. Popłacz i idź dalej. Jedyną osobą, która jest z nami przez całe życie jesteśmy my sami. Żyj póki żyjesz.
7. Otaczaj się tym, co kochasz. Czy to rodzina, zwierzęta, przedmioty, zainteresowania, muzyka, roślina – nie ma znaczenia, co to jest. Twój dom jest twoim schronieniem.
8. Ciesz się zdrowiem. Jeśli jesteś zdrowy dbaj o siebie. Jeśli coś ci dolega, zajmij się tym. Jeśli nie możesz sam sobie pomóc, szukaj pomocy u specjalistów.
9. Nie żyj z poczuciem winy. Nie pielęgnuj tego poczucia w sobie.
10. Mów ludziom, których kochasz, że ich kochasz. Przy każdej okazji.

I zawsze pamiętaj:

**Życia nie mierzy się liczbą oddechów,  
tylko liczbą chwil, które nam dech zapierają w piersiach!**