

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I

W okresie od stycznia do listopada 2008 roku na Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I prowadzone było badanie kliniczne dotyczące raka piersi pt. "A Phase III randomised multicentre, double-blind, therapeutic equivalence study of biosimilar G-CFS (Pliva/Mayne filgrastim) versus Neupogen (filgrastim - Amgen) in subject receiving doxorubicin and docetaxel as combination therapy for breast cancer" GCF071". W grupie badaczy był prof. Paweł Murawa, dr Wojciech Nowakowski oraz dr Robert Kobylarek.

Poniżej list referencyjny, jaki otrzymaliśmy od przedstawiciela firmy monitorującej badanie.



LIST REFERENCYJNY

W okresie styczeń – listopad 2008 miałem przyjemność bezpośrednio współpracować z ośrodkiem kierowanym przez Pana Prof. Pawła Murawę, który został wybrany przez Sponsora do udziału w badaniu dotyczącym raka piersi. Ośrodek został zaakceptowany przez Sponsora badania na podstawie informacji uzyskanych przeze mnie podczas przeprowadzonej w 2007 roku wizyty *pre-study*. W styczniu 2008 roku ośrodek został otwarty do badania a zespół współbadaczy wytypowany przez Prof. Murawę jako Głównego Badacza, w skład którego wchodził Pan Dr Wojciech Nowakowski i Pan Dr Robert Kobylarek przez cały czas badania pozostał niezmienny i bardzo zaangażowany w prace związane z prowadzeniem badania w ośrodku zgodnie z Protokołem, zasadami ICH-GCP i lokalnymi wymogami prawnymi dotyczącymi prowadzenia badań klinicznych. Zespół lekarzy wsparty pracą koordynatora badania Pani Sylwii Kujanek przez cały czas trwania badania wykonywał powierzone obowiązki bardzo rzetelnie, co znalazło swoje odzwierciedlenie w raporcie z audytu przeprowadzonego w czerwcu 2008 roku przez firmę CRO na zlecenie Sponsora badania.

W ośrodku przeprowadzonych zostało 10 wizyt monitorujących. Badacze byli zawsze do nich bardzo dobrze przygotowani, a dokumentacja źródłowa pacjentek uczestniczących w badaniu prowadzona była rzetelnie i zawierała wszystkie informacje i wyniki przeprowadzonych badań dodatkowych konieczne w tym badaniu klinicznym. CRFy prowadzone były na bieżąco przez cały czas trwania badania. Istotnym podkreślenia jest fakt, że współpraca badacz-monitor przebiegała w sposób profesjonalny i w miłej atmosferze. Badacze oraz koordynator byli bardzo pomocni i życzliwi. Ośrodek Pana Profesora Murawy był drugim wiodącym ośrodkiem w Polsce jeśli chodzi o rekrutację pacjentek.

Warszawa, 21 listopad 2008

www.psr-group.com



Prof. Richard James Heald oraz prof. Irving Taylor (Prezes European Society of Surgical Oncology), otrzymali podczas uroczystej inauguracji tytuł honorowych Członków Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Dyplomy oraz odznaczenia otrzymali z rąk prof. Andrzeja Stelmacha (Prezesa PTCHO).

Profesor Heald jest dyrektorem chirurgii w fundacji Pelican Cancer Foundation i dyrektorem Narodowego Programu Rozwoju MDT/TME. Jego głównym zainteresowaniem przez ostatnie 20 lat było badanie i rozwój metody całkowitego wycięcia mezorektum (TME), stosowanej w leczeniu raka odbytnicy.

Stosowanie przez prof. Heald'a najnowszych kamer i projektorów o wysokiej ostrości obrazu zapewniają widowni znakomitą przejrzystość skomplikowanych struktur miednicy.



prof. Richard J. Heald, prof. Andrzej Stelmach,
prof. Paweł Murawa



prof. Irving Taylor, prof. Richard J. Heald



transmisja na żywo operacji raka odbytnicy
z udziałem prof. Richarda Jamesa Heald'a
zorganizowana przez prof. dr hab. Pawła Murawę

Sprawozdanie z szkolenia z zakresu radioterapii śródoperacyjnej

W dniu 19 grudnia 2008 roku na zaproszenie prof. Petera van Dam (Oddział Ginekologii Szpitala Sint-Augustinus w Antwerpii) odbyło się szkolenie z zakresu radioterapii śródoperacyjnej.

W spotkaniu uczestniczył prof. Paweł Murawa, dr Beata Adamczyk, dr Hanna Włodarczyk, mgr Marcin Litoborski oraz Sebastian Adamczyk.

Przedstawiciele Wielkopolskiego Centrum Onkologii zapoznali się z procedurą radioterapii śródoperacyjnej (IORT) przy pomocy jedyne w Belgii akceleratora „Mobetron”. Ośrodek w Antwerpii posiada kilkuletnie doświadczenie w tej dziedzinie. Po prezentacji teoretycznej i dyskusji z fizykami, zaprezentowano belgijską metodę IORT jak BOOST zastosowaną u dwóch pacjentek z rakiem piersi.

Zasadniczo sposób przeprowadzenia procedury nie odbiegał od tej stosowanej w Wielkopolskim Centrum Onkologii.

Wymiana doświadczeń i uwag okazała się bardzo korzystna dla obu stron, a dzień spędzony na Bloku Operacyjnym był cenną praktyką.

Nawiązana współpraca na pewno pozwoli doskonalić metodę śródoperacyjnej radioterapii, którą rozpoczęto w czerwcu 2008 roku.



Szpital Sint-Augustinus w Antwerpii

Sprawozdanie z konferencji Radiological Society of North America 94th Scientific Assembly and Annual Meeting

W dniach 28.11.08 - 06.12.08 w Chicago odbyła się konferencja pt.: "Radiological Society of North America 94th Scientific Assembly and Annual Meeting", gdzie szczególnie interesująca była sesja naukowa z "Breast Series Identification and Management of the Patient at high risk for Breast Cancer. The Role of Breast Density Screening Strategies".

Przedstawicielem naszego Centrum na sympozjum był prof. Paweł Murawa. Uczestniczył również w pokazowej biopsji piersi pod kontrolą MRI w Main Hospital Chicago.

Zdobyte doświadczenie będzie bardzo przydatne w tworzeniu ośrodka szkoleniowego biopsji piersi, który powstanie w I kwartale br. przy Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I.

Sylvia Kujanek

Sekretariat Oddziału Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I

Implanty stałe w Wielkopolskim Centrum Onkologii

W dniu 18.12.2008 r. w Zakładzie Brachyterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii po raz pierwszy w Polsce i Europie Środkowo-Wschodniej wykonano dwa zabiegi wszczepienia implantów stałych pod kontrolą ultrasonografii w terapii wczesnego stadium nowotworu prostaty. Zabiegi przeprowadził poznański zespół kierowany przez doc. Janusza Skowronka, kierownika Zakładu Brachyterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii w asyście eksperta światowej sławy w dziedzinie wykorzystania implantów stałych w brachyterapii prof. Jana Battermann'a z Utrechtu w Holandii, który jako pierwszy wprowadził tę technologię w Europie ponad 20 lat temu.

Seed implantation to metoda jednorazowej implantacji ok. 80-100 ziaren izotopów promieniotwórczych (małych metalicznych, cylindrycznego kształtu, długości 4.5 mm i szerokości 0.8 mm ziarenek, zawierających niewielką ilość radioaktywnego źródła jodu J-125) w obręb chorego narządu. Izotopy te pozostają na stałe w narządzie i nie są usuwane. Stosuje się ją w leczeniu raka prostaty, piersi i niektórych nowotworów głowy i szyi. Brachyterapia przy pomocy implantów stałych jest obecnie najczęściej stosowaną metodą leczenia raka prostaty w USA, Hiszpanii, Francji i wielu innych krajach. Dotychczasową przeszkodą w jej rozpowszechnieniu w Polsce był brak odpowiedniego wyposażenia, przeszkolonego personelu oraz wysoki koszt zakupu izotopów.

Zachorowalność na raka prostaty ciągle rośnie, co związane jest ze starzeniem się społeczeństwa oraz z coraz lepszą wykrywalnością wczesnych postaci raka prostaty w badaniach przesiewowych. Chorzy tacy mają wysokie szanse wyleczenia, pod warunkiem przeprowadzenia prawidłowej terapii. Z tych powodów rozszerzenie możliwości leczenia raka prostaty o nowoczesną metodę brachyterapii przy pomocy implantów stałych ma istotne znaczenie dla poprawy wyleczalności. W leczeniu raka prostaty stosuje się brachyterapię przy pomocy implantów stałych (izotopy promieniotwórcze implantowane na stałe do mięszu prostaty) w wielu ośrodkach onkologicznych na całym świecie. Metoda ta jest leczeniem samodzielnym, radykalnym i stopniowo wypiera inne metody leczenia raka prostaty we wczesnych stadiach zaawansowania.

Prof. Jan Battermann, specjalista w dziedzinie radioterapii onkologicznej i brachyterapii jest kierownikiem Zakładu Radioterapii Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Utrecht w Holandii, będącym jednocześnie jednym z największych centrów radioterapii w Europie, prowadzącym szereg badań naukowych. Profesor Battermann był pierwszym z dwóch radioterapeutów, który wprowadził technikę implantacji w Europie. Od 1981 roku przeprowadził ponad 1800 podobnych zabiegów, wnosząc tym samym ogromny wkład w usprawnienie tej procedury, m.in. poprzez opracowanie i wdrożenie kilku nowych technik jej realizacji. Wraz ze swoim zespołem opublikował szereg publikacji na temat wszczepiania implantów stałych, jak również przeszkolił wielu lekarzy z całej Europy w zakresie stosowania tej techniki. Szkoleniu, poprowadzonym przez prof. J. Battermanna oraz czołowego fizyka w dziedzinie brachyterapii - dr Rienu Moerlanda, poddany był również zespół Wielkopolskiego Centrum Onkologii kierowany przez doc. Janusza Skowronka.

„Choć dotychczas wykorzystywane techniki leczenia prostaty uznajemy za równie skuteczne, technologia implantacji ziaren izotopów promieniotwórczych przynosi pacjentowi wiele korzyści. Pacjent leży w szpitalu przez jeden dzień i w tym czasie jest przeprowadzony cały zabieg brachyterapii, który trwa około 1-2 godzin w znieczuleniu ogólnym. Pacjent opuszcza szpital najczęściej w tym samym dniu, a w ciągu paru dni od zabiegu wraca do normalnego życia, tak więc w porównaniu ze standardową brachyterapią technika ta, jest bardzo korzystna zarówno dla pacjenta, jak i szpitala. Ponadto terapia ta umożliwia podanie większej dawki promieniowania (rozłożonej w czasie) niż w przypadku teleradioterapii, co wpływa na spadek ryzyka powikłań w zdrowych tkankach sąsiadujących w porównaniu z pozostałymi metodami leczenia raka prostaty. Po zastosowaniu tej metody brachyterapii obserwuje się mniej takich powikłań jak kłopoty z utrzymaniem moczu czy impotencja” - doc. Janusz Skowronek.

“Wprowadzenie techniki brachyterapii przy pomocy implantów stałych zdecydowanie poprawia rozkład dawki promieniowania wokół prostaty gdzie znajdują się wrażliwe na napromieniowanie narządy. Stosowanie tej techniki stawia nasz ośrodek pośród czołowych ośrodków światowych i europejskich” - dr Grzegorz Zwierzchowski, fizyk, kierownik Pracowni Planowania Brachyterapii.

Zalety Brachyterapii:

1. Wysoka skuteczność leczenia sięgająca 90-100%.
2. Niewielka inwazyjność - zabieg w znieczuleniu ogólnym trwa od 1-2 godzin, pacjent opuszcza szpital najczęściej w tym samym dniu (krótki czas hospitalizacji: 1-2 dni), wraca do codziennych czynności w ciągu kilku dni.
3. Wysoka koncentracja dawki w obrębie prostaty co wpływa na spadek ryzyka powikłań w zdrowych tkankach sąsiadujących.
4. Zmniejszenie częstości powikłań w porównaniu do innych metod leczenia: impotencja (5-15%), nietrzymanie moczu (< 5%).

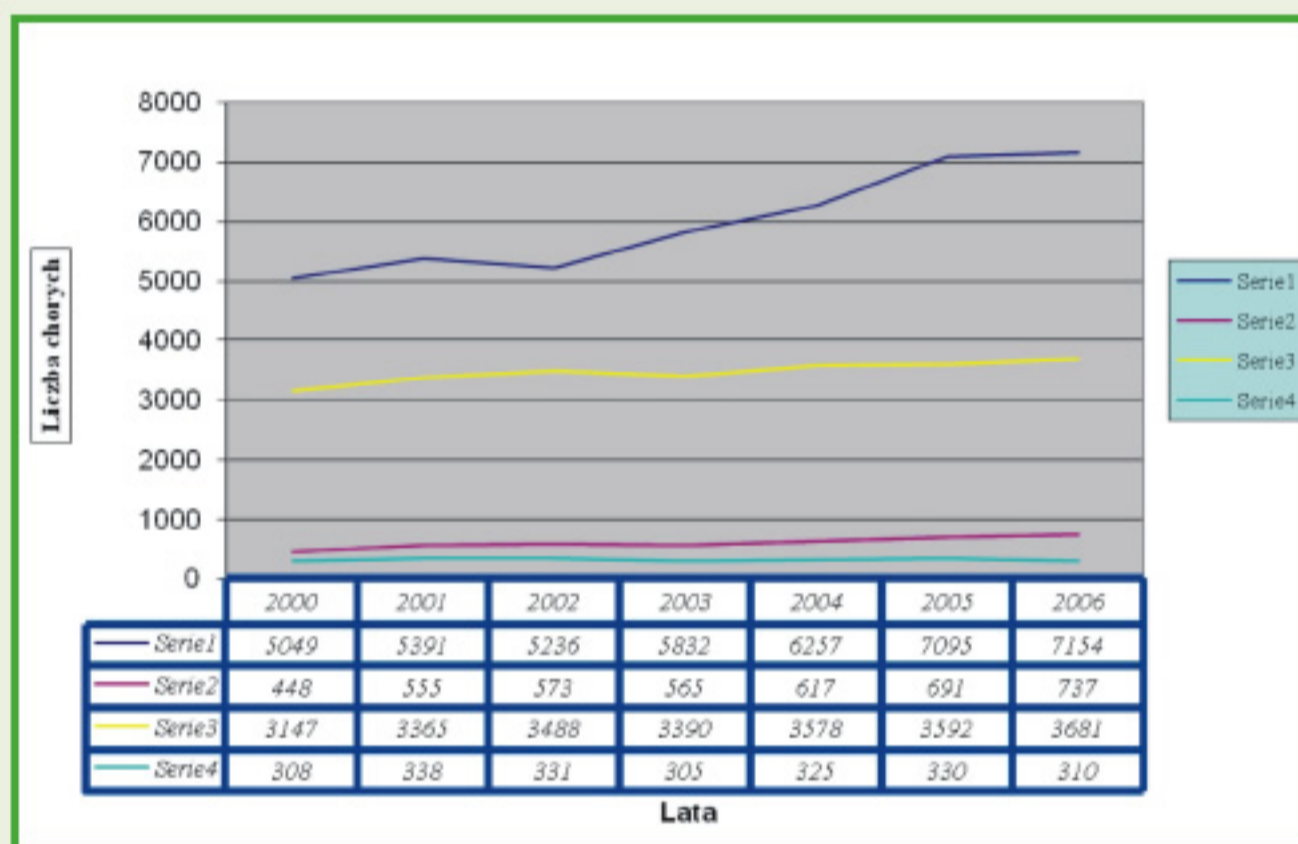
Opis techniki brachyterapii

Wykorzystuje się źródła o niskiej mocy dawki i stosunkowo niskich energiach, co pozwala na ich stosowanie bez specjalnych osłon i warunków radioochrony (w pomieszczeniach sali operacyjnych). W tej technice używa się źródeł Jodu-125 w postaci ziaren lub Pd-103 również zestalonych w ziarna. Technika aplikacji permanentnych polega na wykonaniu planowania wstępnego (*pre-planning*), na podstawie tomografii komputerowej i/lub ultrasonografii transrektalnej, a potem na wstępnym zaplanowaniu liczby i położenia źródeł radioaktywnych. W trakcie trwania zabiegu, dzięki ultrasonografii transrektalnej *on-line*, ziarna radioaktywne są wsuwane w uprzednio założone sztywne prowadnice stalowe, które są następnie usuwane. Planowanie wstępne ułatwia prowadzenie zabiegu, jednak pod

ściłym warunkiem pełnej odtwarzalności pozycji terapeutycznej z pozycją w trakcie planowania. Przy planowaniu dawki w tej technice izodoza obejmująca pokrywa się z kształtem torebki gruczołu, a dawka całkowita kalkulowana jest na poziomie 120-140 Gy. Założeniem metody jest jej ekskluzywność, pacjent leży w szpitalu przez jeden dzień i w tym czasie jest przeprowadzony cały zabieg brachyterapii, następnie pacjent w ciągu paru dni może wrócić do normalnego życia. Nie przewiduje się dopromieniania chorego ani stosowania żadnych dodatkowych technik operacyjnych. Wydolność metody w najnowszych opracowaniach, opierających się na około 10-letniej obserwacji, szacuje się na 90-100% dla chorych w stopniu T1-2N0M0.

dr hab. n. med. Janusz Skowronek

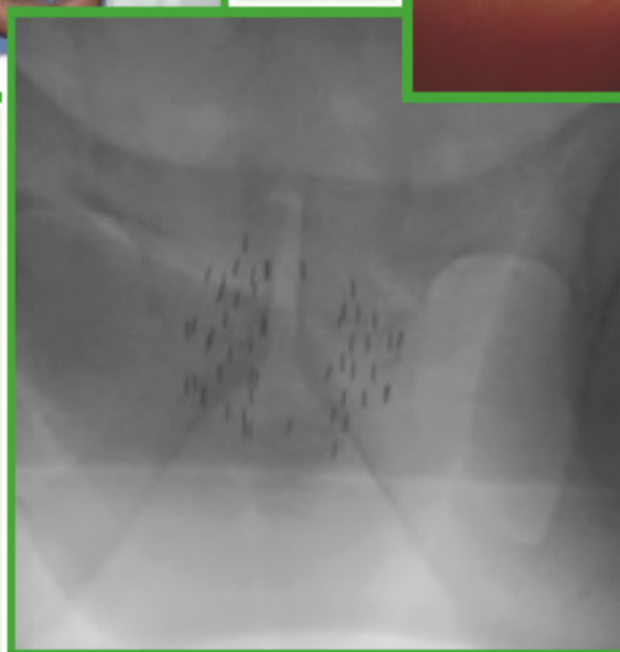
**Zachorowalność na raka prostaty w Polsce.
Serie 1,3 zachorowalność i umieralność w Polsce,
Serie 2,4 - zachorowalność i umieralność w Wielkopolsce**



dr Rien Moerland,
dr n. med. Grzegorz Zwierzchowski,
dr hab. n. med. Janusz Skowronek
i prof. Jan Battermann



widok pojedynczego implantu



obraz RTG implantów w prostacie
- pierwszy pacjent

Wiedza jako najlepszy sprzymierzeniec w walce z rakiem, czyli zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem

Każdego roku rejestruje się w Polsce ponad 125 tys. nowych zachorowań i około 90 tys. zgonów z przyczyn nowotworów. Szacuje się, że co czwarty Polak zachoruje w ciągu życia na nowotwór, co piąty umrze.

Jak wykazują badania epidemiologiczne 80-90% nowotworów złośliwych w populacjach zachodnich można przypisać czynnikom środowiskowym rozumianym m.in. jako nawyki żywieniowe i zachowania społeczno-kulturowe. Najbardziej oczywistym i najtańszym sposobem zapobiegania zgonom z powodu nowotworów jest przeciwdziałanie wystąpieniu choroby.

Poniżej omówimy pokrótce te zalecenia

1. Nie pal.

Jeśli palisz - przestań.

Jeśli nie potrafisz przestać - ogranicz.

Jeśli i tego nie możesz - nie pal przy niepalących.

Jak podają dane naukowe 25-30% wszystkich zgonów z powodu choroby nowotworowej ma związek z paleniem tytoniu. Do 91% zachorowań na raka płuca u mężczyzn i do 86% u kobiet można przypisać paleniu tytoniu. Dym tytoniowy wydychany przez palaczy wymusza bierne palenie na osobach z otoczenia (w Polsce 92% palących rodziców przyznaje się do palenia w obecności dzieci!).

Palenie papierosów przez kobiety w ciąży zwiększa prawdopodobieństwo obumarcia płodu, upośledzenia rozwoju fizycznego i psychicznego. Wskaźnik umieralności wieloletnich palaczy w średnim wieku (35-69 lat) jest aż trzykrotnie wyższy niż osób niepalących. Dym tytoniowy zawiera m.in. naftyloaminę (substancja rakotwórcza), aceton (trujący rozpuszczalnik organiczny), cyjanowodór (używany w komorach gazowych), kadm (rakotwórczy metal ciężki), metanol (trujący alkohol powodujący ślepotę) i naftalinę (środek przeciwko molom).



2. Wystrzegaj się otyłości

Otyłość jest chorobą spowodowaną nadmierną podażą energii zawartej w pokarmach w stosunku do zapotrzebowania organizmu. Nadwaga i otyłość to problem znaczącej części społeczeństwa.

Czynniki, na które mamy bezpośredni wpływ:

- siedzący tryb życia i związana z tym mała aktywność fizyczna
- wpływ rodziny, społeczeństwa, uwarunkowań kulturowych na sposób odżywiania
- stereotypy związane z jedzeniem (np. o jedzeniu „za dwoje” podczas ciąży)

Jednym ze wskaźników pozwalającym ocenić masę ciała jest:

BMI (Body Mass Index) = masa ciała (kg)/ wzrost (m)²

BMI to relacja między masą ciała a wzrostem. Obliczając BMI możemy określić ilość tkanki tłuszczowej w organizmie. Osoby o BMI przekraczającym 25 mają nadwagę, przy BMI od 30 mówimy o otyłości. Im wyższy wskaźnik BMI - tym większe ryzyko zachorowania na różne choroby cywilizacyjne. Dotyczy to szczególnie takich chorób jak: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu II, nowotwory złośliwe - rak jelita grubego, piersi, trzonu macicy, nerki.



3. Bądź codziennie aktywny ruchowo - uprawiaj ćwiczenia fizyczne przynajmniej 3 razy w tygodniu po 30 minut



Ludzie młodzi i w średnim wieku, którzy są w dobrej kondycji fizycznej mogą podjąć 20-30 minutowe ćwiczenia tlenowe 4-5 razy w tygodniu. Przykładami zalecanej tlenowej aktywności są spacer, marsze, biegi, jazda na rowerze, pływanie. Regularne ćwiczenia fizyczne mają związek z obniżeniem ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, piersi, trzonu macicy czy stercza. Częstsze, bardziej forsowne ćwiczenia mogą być bardziej korzystne z punktu widzenia profilaktyki chorób nowotworowych.

Kalkulator spalania kalorii (aktywność 30 minut)

- pisanie długopisem: 45 kcal
- ćwiczenie na siłowni: 200 kcal
- zmywanie naczyń: 72 kcal
- poprawianie makijażu: 180 kcal
- jazda na nartach: 255,5 kcal

4. Spożywaj więcej owoców i warzyw

Nasza dieta oraz sposób odżywiania jest drugą (po paleniu) najważniejszą przyczyną powstawania chorób nowotworowych. Polacy spożywają średnio 1,5 porcji warzyw i owoców dziennie, a zaledwie 5% Polaków zjada 5 zalecanych porcji. Polska nadal pozostaje krajem o zbyt niskim spożyciu warzyw i owoców (w Polsce około 150 kg/osobę/rok, a w Grecji 400 kg/osobę/rok).



5. Ogranicz spożycie alkoholu



Wśród państw europejskich najwięcej piwa piją tradycyjnie Niemcy i Czesi, wina Francuzi i Włosi, natomiast najwięcej wódki w przeliczeniu na mieszkańca Polacy. Nadmierne spożywanie alkoholu ma znaczący wpływ na wystąpienie nowotworów: jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, jelita grubego i odbytnicy i piersi.

Szczególną uwagę należy zwrócić na wzajemny wpływ picia alkoholu i palenia tytoniu na wystąpienie raka. Alkohol „ułatwia” działanie karcynogennych czynników, szczególnie palenia tytoniu. Nałogowi palacze pijący alkohol mają 100-krotnie wyższy wskaźnik ryzyka zachorowania na raka niż abstynenci. W przypadku całkowitej

abstynencji alkoholowej i tytoniowej przypadki raka jamy ustnej, gardła czy krtani są bardzo rzadkie.

Dzienne limity spożycia alkoholu: - dla mężczyzn - 20 g etanolu, - dla kobiet - 10 g etanolu.

Dla porównania 0,5 l piwa zawiera ok. 25 g etanolu, natomiast kieliszek wódki (50 ml) ok. 20 g etanolu.

Rodzaj wypitego alkoholu nie ma znaczenia - głównym czynnikiem zwiększonego ryzyka jest ilość spożywanego etanolu!

6. Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne

Nowotwory złośliwe skóry są głównie, choć nie wyłącznie chorobą ludzi rasy białej. Częstość zachorowań jest szczególnie wysoka u osób o jasnej karnacji i mieszkańców krajów o wysokiej ekspozycji na promieniowanie UV.

Czerniak złośliwy to najgroźniejszy z nowotworów skóry. W latach 1960-1990 podwoiła się częstość jego zachorowań, spowodowana wzrostem ekspozycji na promienie słoneczne w XX wieku.

Bardzo silnym czynnikiem ryzyka zachorowania jest obecność dużej liczby znamion barwnikowych na skórze. Liczba znamion jest uwarunkowana genetycznie, natomiast narażenie na promienie słoneczne ma udział dodatkowy. Powinniśmy pamiętać przede wszystkim o szczególnej ochronie przed nadmiernym słońcem (podczas lata umiejętnie się opalać, a najlepiej unikać słońca od 11 do 15), a osoby łatwo ulegające poparzeniom słonecznym powinny unikać działania promieni przez całe życie.



Fragment publikacji "Profilaktyka pierwotna przez zdrową dietę - dieta w walce z rakiem" - Agnieszka Dyzmann-Sroka, Agnieszka Jędrzejczak, Anna Kubiak, Maciej Trojanowski.

7. Przestrzegaj przepisów dotyczących ochrony przed narażeniem na znane substancje rakotwórcze

Ekspozycja zawodowa to czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na nowotwór występujące w miejscu pracy. Zagrożenia zawodowe to m.in. pył zawierający wolną krzemionkę, gazy spalinowe silników Diesla czy pył drzewny.

Ekspozycja środowiskowa to czynniki środowiskowe, na które nie mamy bezpośredniego wpływu, np. zanieczyszczenia wody pitnej, powietrza, bierne palenie, produkty rozpadu radonu emitowane z budynków czy skażenie pożywienia (pestycydy, dioksyny).

Najważniejsze czynności zapobiegawcze to ograniczenie ruchu samochodowego w miastach, zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych (bierne palenie), stosowanie środków ochrony osobistej (nakrycie głowy) i przestrzeganie procedur w miejscu pracy.

Należy pamiętać o szkodliwości promieniowania jonizującego (promienie Roentgena, które mają zastosowanie w medycynie - zdjęcia RTG, mammografia, tomograf komputerowy). Jeśli chodzi o promieniowanie niejonizujące (linie wysokiego napięcia, promieniowanie słoneczne, urządzenia elektryczne czy telefony komórkowe) nie mają one większego wpływu na wzrost zachorowań na nowotwory.



8. Bierz udział w badaniach przesiewowych

Badanie profilaktyczne raka piersi:

- skierowane do kobiet w wieku 50-69 lat,
- zalecane co 2 lata (jeśli wśród najbliższej rodziny nie występował rak piersi),
- badanie jest bezbolesne (tzw. mammografia).

Badanie profilaktyczne raka szyjki macicy:

- skierowane do kobiet w wieku 25-59 lat,
- zalecane co 3 lata w trakcie wizyty u ginekologa,
- badanie jest bezbolesne (wymaz z szyjki macicy - tzw. cytologia).

Badanie profilaktyczne raka jelita grubego i odbytnicy:

- skierowane do kobiet i mężczyzn po 50 roku życia,
- wykonywane w czasie badań okresowych lub w warunkach domowych (FOB Test).
- badania są nieinwazyjne i bezbolesne: testy na krew utajoną w kale, kolonoskopia lub sigmoidoskopia



9. Bierz udział w programach szczepień ochronnych



W Unii Europejskiej ok. 18% nowotworów przypisuje się przewlekłym infekcjom wirusowym, bakteryjnym i pasożytniczym.

Są to przede wszystkim:

- rak szyjki macicy - wywołuje go wirus HPV (wirus brodawczaka ludzkiego),
- rak wątroby - wywołują go wirusy HBV i HCV (wirus zapalenia wątroby typu B i C),
- rak żołądka - wywołuje go bakteria *Helicobacter pylori*.

Należy zwrócić szczególną uwagę na wirusowe zapalenie wątroby typu B, wywołane wirusem HBV. Obecnie w Polsce prowadzi się szczepienia noworodków, młodzieży w wieku 14 lat, osób należących do grup ryzyka, osób z bliskiego otoczenia chorych zakażonych HBV, a ostatnio również pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby (w szczególności zakażonych HCV). Program szczepień ochronnych w Polsce nie przewiduje szczepień osób podróżujących w rejony o dużej i pośredniej endemiczności wirusowego zapalenia wątroby typu B.

Dzień Drzwi Otwartych w Wielkopolskim Centrum Onkologii

Szanowni Państwo,

Każdego roku rejestruje się w Polsce ponad 125 tysięcy nowych zachorowań i 90 tysięcy zgonów z przyczyn nowotworów. Szacuje się, że na nowotwór zachoruje w ciągu życia, co czwarty Polak, co piąty umrze. W większości krajów świata nowotwory stanowią istotny problem epidemiologiczny i społeczny. W XXI wieku nadal najbardziej oczywistym sposobem zapobiegania zgonom z powodu nowotworów pozostaje opracowanie skutecznych metod ich leczenia oraz zapobieganie wystąpieniu.

W związku z powyższym 7 lutego br. Wielkopolskie Centrum Onkologii włącza się po raz kolejny w organizację 9. Światowego Dnia Walki z Rakiem.

W tym dniu:

wszystkie osoby zainteresowane zdrowym stylem życia zapraszamy do uczestnictwa w Sympozjum pt.: „Skrining mammograficzny a genetyczne uwarunkowania w raku piersi”

godz. 11.00-14.00,

miejsce sympozjum: Wielkopolskie Centrum Onkologii - sala audytoryjna.
Uczestnictwo jest bezpłatne.

Harmonogram

- 11.00 - 11.05 powitanie uczestników
- 11.05 - 11.35 „Genetyka w raku piersi” - dr n. med. Arleta Wojciechowska-Łącka
- 11.35 - 12.00 „Psychologiczne aspekty badań genetycznych” - mgr Monika Konys
- 12.00 - 12.10 dyskusja
- 12.10 - 12.30 przerwa kawowa
- 12.30 - 12.50 „Rezonans magnetyczny piersi u kobiet z mutacjami genetycznymi” - lek. med. Małgorzata Szpakowska
- 12.50 - 13.10 „Ocena aktywnego skryningu mammograficznego po 2 latach działania, zadania na lata następne” - mgr Agnieszka Jędrzejczak - Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi
- 13.10 - 13.30 „Zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem” - mgr Agnieszka Dyzmann-Sroka - Biuro Programu Prewencji Pierwotnej.
- 13.30 - 14.00 mini koncert

Uwaga!

Podczas trwania sympozjum wszystkim chętnym zaprezentowana zostanie nauka samobadania piersi na fantomach.

Wszystkie osoby zaniepokojone swoim stanem zdrowia mogą zgłaszać się w tym dniu po poradę do specjalisty onkologa. Harmonogram pracy poradni i zakładów znajdziecie Państwo na stronach www.wco.pl oraz w ogłoszeniach rozwieszanych na terenie szpitala.

Wszystkie osoby, które w tym dniu odwiedzą salę audytoryjną otrzymają upominek!

■ Redaktor:

Małgorzata Twardochleb
Sekretariat Dyrekcji, pok. 337
Wielkopolskie Centrum Onkologii
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
tel. 061 885 07 00

■ Druk:

Galeria Promocyjna CEBART szoo
tel. 061 872 11 93

