

POSTAVENÍ CHIRURGICKÝCH OBORŮ V ONKOLOGII J. ŽALOUĐÍK

UNIVERZITNÍ ONKOLOGICKÉ CENTRUM BRNO

Postavení chirurgických oborů neodpovídá proporcím zastoupení chirurgické péče o onkologicky nemocné (viz tab. 1). Onkologicky nemocný je v současném pojetí operován chirurgem a poté předáván „onkologovi“, jakoby operace nebyla podstatnou součástí komplexní onkologické léčby nádoru. Z důvodů historického členění oborů, které vyhovuje stále spíše medicínským specializacím než zájmům nemocných na integrovaných činnostech podle diagnóz, stereotypního vidění onkologie jako světa konzervativní léčby, děleného na sféru vlivu radiační (radiation oncology) a internistické, chemoterapeutické onkologie (medical oncology), i vinou vlastní neochoty či nezájmu chirurgů deklarovat odpovědnost za celý osud onkologicky nemocných v okruhu své chirurgické specializace, je onkologický pacient v časnějších a kurabilních stadiích operován „neonkology“ a až poté léčen „onkology“. Plně do kompetence „onkologů“ spadá pak nemocný s pokročilým nádorovým onemocněním, často již inkurabilním. Současné pojetí a terminologie vedou k poněkud paradoxnímu závěru, že kurabilní, časná a ultračasná (prekancerózy) stadia solidních nádorů jsou plně v rukou „neonkologů“, kterým však orientace na méně pokročilé fáze nádorového onemocnění umožňuje být vlastně nejspěšnějšími odborníky v onkologii, v níž oficiálně příliš nefigurují.

Tab.1: Proporce zastoupení léčebných modalit u vybraných onkologických diagnóz v % (data NOR 1996):

Zhoubné nádory	Abs. incidence	Chirurgická / radikální léčba	Radio-terapie	Chemo-terapie	
žaludku	2191	59	36	1	10
tlustého střeva	3850	82	64	5	27
konečnicku	3112	80	54	28	26
pankreatu	1556	40	5	2	6
žlučových cest	1083	54	24	1	3
mléčné žlázy	4442	80	67	49	46
průdušek a plic	6291	12	7	26	26
ledvin (muži)	1525	70	60	6	11
vaječnicků	1250	79	54	7	60
hrtanu	517	78	41	63	13

Což tak připustit, že drtivá většina nemocných s nádory trávicího traktu je v každodenní praxi v rukou chirurgů a endoskopujících gastroenterologů, pacientů s nádory močového traktu v rukou urologů, ženských nádorů v rukou gynekologů, nádorů hlavy a krku v kompetenci stomatochirurgů a otorhinolaryngologů a tak dále. Pochopitelným požadavkem zůstává, že lékař léčící onkologická onemocnění má být řádně onkologicky erudován. Je však otázkou, jakou onkologii a v jakém rozsahu máme na mysli. Není jisté nutné ani žádoucí, aby třeba onkologicky profilovaný urolog ovládal chemoterapii maligních lymfomů, stejně jako hematolog obvykle nezvládá operační nebo radioterapeutické postupy. Univerzální onkolog neexistuje a bude ku prospěchu věci, když tuto zřejmou skutečnost zohledníme i ve specializačních atestacích. Jde pouze

o to promítnout skutečný stav věcí do vyhlášky o specializačních a nadstavbových atestacích. Uznat, že klinická onkologie stojí na třech pilířích, kterou jsou radioterapie, chemoterapie a chirurgická léčba, že chirurgické obory jsou již přirozeně diferencovány a že není žádný objektivní důvod, proč by se příslušný specialista nemohl prokazovat nadstavbovou specializací z urologické onkologie, digestivní onkologie, pneumoonkologie, gynekologické onkologie a podobně, tedy hlubší onkologickou orientací v oboru, který vykonává a v jehož rámci se profiluje na léčbu onkologicky nemocných. Nesporně brzy „objevíme“ i čtvrtý (či pořadím první) pilíř onkologie, a to diagnostické obory. V radiodiagnostice se již výrazně odlišují odborníci zabývající se mamární diagnostikou třeba od angiologicky zaměřených specialistů. Zdálnivá univerzálnost patologií je také pouze relativní a z praxe dobře víme, že třeba diagnostika lymfomů má již své vyhledávané speciality. S nástupem molekulární patologie lze pak očekávat profilaci na onkologická onemocnění spíše podle problémových než morfologických okruhů (detekce mikrometastáz, prediktivní onkopatologie, diagnostická genotypizace, chirurgická patologie). Tento trend je nevyhnutelný s nárůstem nových poznatků, technologií a požadavků kladených v jednotlivých oborech.

Vraťme se však zpět k chirurgickým oborům. V dohadování o kompetence mezi představiteli radiační onkologie, klinické onkologie (jimiž jsou míněni především internisté—chemoterapeuté), zástupci onkologicky orientovaných specialistů z řad gynekologů, urologů, pneumologů, otorhinolaryngologů a dalších, jakož i té části obecných chirurgů, která si svůj podíl na stavu onkologické péče u nás začíná uvědomovat, poněkud zaniká aspekt společných problémů a rezerv, které toto heterogenní společenství odborníků v boji se zhoubnými onemocněními skutečně má před sebou. Tyto společné problémy a rezervy mají značné vyšší dopady na stav onkologické péče u nás než dílčí pokroky nebo rozdíly v léčebných postupech. Jsou to především pozdní diagnostika většiny onkologických onemocnění, rezervy v určení stadia nádorového onemocnění a tím i adekvátní léčby, histologické verifikaci patologického procesu, či dokonce průběhu onemocnění zcela mimo zdravotní péči, kdy prvním diagnostikem se stává post mortem až patolog. Že nejde o výjimečné situace nebo zanedbatelné počty případů je z dat NOR 1996 dokumentováno v tabulce 2.

Integrovaná onkologická péče problémově zaměřená na skupinu diagnóz je perspektivnější a více kompetitivní jak je zřejmé z vývoje v pediatričké onkologii a hematookologii. Zbývá podobnou situaci, vedoucí až k regionálním, celonárodním nebo mezinárodním kooperativním skupinám schopným vyhodnocovat své výsledky (viz například Česká myelomová skupina

Tab.2: Rezervy v systému onkologického zachytu a diagnostiky v ČR – vybrané onkologické diagnózy / údaje v % / (data NOR 1996):

Zhoubné nádory	Diagnostikováno až po úmrtí	Stadium neurčeno	Primární pokročilé stadium III-IV
žaludku	18	40	64
tlustého střeva	12	26	50
konečnicku	9	28	45
pankreatu	32	33	93
žlučových cest	27	28	88
mléčné žlázy	5	19	29
průdušek a plic	23	31	76
ledvin (muži)	15	20	38
vaječnicků	10	28	60
hrtanu	7	11	56

na – www.uoc.muni.cz), navodit také u solidních nádorů dospělého věku, které tvoří přes 90 % onkologické problematiky. Při poměrně konsolidované obci radiačních onkologů a onkologických chemoterapeutů je úspěch této cesty závislý právě na diferenciaci v chirurgických oborech. Protože ani uvědomělá poselství či deklarace změnu nezajistí, je zapotřebí se opírat o reálná opatření. Patří k nim především: 1. kodifikace nadvahových specializačních atestací pro onkologicky profilmované specialisty z chirurgických oborů, 2. ustavení onkologických ordinariátů v chirurgických oborech, 3. intenzivnější komunikace a sladování zájmů v rámci Sekce chirurgické onkologie při České onkologické společnosti (www.linkos.cz) i onkologických sekcích jiných odborných společností (gynekologie, urologie, pneumologie, otorhinolaryngologie aj.). Na manažerském kurzu American Cancer Society nás učili pravidlo „set the standard before the law comes“. Nevzniknou-li nové standardy odborné spolupráce zdola, v odborných společnostech a mezi specialisty, kteří se onkologickou problematikou každodenně zabývají, je možné, že k nám sestoupí po čase od zelených stolů v legislativních podobách, které se nám nebudou pranic zamlouvat a nad nimiž už projevíme, jako opakovaně v minulosti, jen opožděnou lítost. Projevená lítost je možná polehčující okolností u občanského soudu, ale je málo platná při posuzování údajů uvedených v tabulce 2 a hledání cest jak prezentovat optimističtější onkologické výsledky.

ČINNOSTI LIGY PROTI RAKOVINĚ PRAHA

Liga proti rakovině Praha vznikla jako nevládní humanitární organizace v r. 1990. Sdružuje nádorově nemocné, rodinné příslušníky, laické aktivisty a profesionální zdravotníky. Cílem snažení je nádorová prevence, zlepšení kvality života onkologických pacientů a podpora protinádorového výzkumu. Tyto tři směry činnosti charakterizuje trojlístek loga Ligy.

V rámci preventivní činnosti Liga vydává brožury o rizikových činitelích v našem životě, zlozvycích škodících našemu zdraví a o správné životosprávě a výživě. Jde o faktory, které zvyšují riziko vzniku zhoubných nádorů. Usiluje o snížení počtu kuřáků u nás. Ve srovnání např. s Finskem u nás kouří téměř trojnásob více mužů, zatímco počet kuřáček je jen o 40 % vyšší. Počet stálých nebo příležitostných kuřáků je u nás 32 % mezi muži a 22 % mezi ženami.

Nádorová telefonní linka je stálá služba v pracovních dnech, kdy lékař odpovídá na dotazy. Na telefonním čísle 02/90 05 01 01 od r. 1992 se uskutečnilo na 15 000 telefonátů. V r. 1999 jich bylo 2 710 s 3 079 dotazy. 32 % těchto dotazů se týkalo vlastní léčby pacienta, 16,9 % nádorové prevence a 5,8 % následné péče. 90 volajících si vyžádalo osobní konzultaci. Dotazy se týkaly nejčastěji nádorů prsu (32,9 %), pohlavních orgánů (12,5 %), močového ústrojí (10,2 %) a zaživacího systému (8,7 %).

Aktivní pomoc byla poskytnuta ve 40,3 %, rada ve 43,7 % a písemné materiály v 5,4 %. Léčba bolesti u nádorových chorob byla předmětem 0,6 % telefonátů. Na provoz telefonní linky přispívá MZ ČR.

Liga organizuje ve spolupráci s Rekondičním onkologickým centrem o.p.s. ozdravné pobyty pro pacienty po ukončené léčbě. Od r. 1994 bylo realizováno 37 čtrnáctidenních rekondičních cyklů, na kterých se vystřídal 804 frekventantů. Rekondiční pobyty slouží nejen ke zklidnění nemocných, ale pomáhají jim při soužití s nádorovým procesem. Na pobyty částečně přispívá MZ ČR.

V r. 1994 byly zahájeny ambulantní rekondiční kurzy pro pacienty, kteří ukončili protinádorovou léčbu. V pěti odpoledních blocích 6 lékařů, 2 zdravotnické pracovnice, psychologka a onkologická pacientka s účastníky kurzu hovoří o nádorové nemoci. Snaží se o jejich zklidnění a společně v besedách je učí jak s nádorovou chorobou žít a jakou mají dělat prevenci. Kurzy s výjimkou letních měsíců budou probíhat celoročně. Zájemci se mohou přihlásit na nádorové lince nebo na čísle 02/24 91 97 32 i s předstihem.

Velmi obsáhlá je publikační činnost Ligy. Bylo vydáno 30 titu-

lů jak preventivního, tak poradenského charakteru. Tituly jsou ve stovkách nabízeny zdravotníkům během zdravotnické výstavy Pragomedika a především praktičtí lékaři si je mohou vyžádat do svých ordinací. Jsou trvale k dispozici zdarma na sekretariátu Ligy.

Nejvíce si představitelé Ligy cení dvě celostátní aktivity – Květinový den a Běh Terryho Foxe. 10. května v letošním roce již počtvrté vyjdou do ulic dvojice malých lidí ze středních škol, junáci, členky Českého svazu žen a Sdružení dobrovolných onkologických organizací, aby nabízeli symbolický žlutý květ měsíčku lékařského a k němu leták se zdravotním doporučením. Loni to byly návody na samovyšetřování prsů nebo varlat, letos to bude tučet rad o správné výživě.

Ze získaných peněz – a v r. 1999 se vybralo 6 260 000 Kč – Liga přispívá na činnost onkologických klubů, financuje tisk a distribuci preventivních a poradenských brožur pro zdravé a nemocné a založila fond na rekonstrukci modelového rekondičního centra na Pleši. Ze sbírky je financován projekt v mateřských školách „Já kouřit nebudu a vím proč“.

V letošním roce zahájí provoz preventivní a následně onkologické péče jako nestátní zdravotnické zařízení, kde pacienti ponесou zhruba 30 % nákladů a zbytek bude placen ze sbírky.

K 10. výročí založení Ligy bude udělena poprvé cena ve výši 50 000 Kč za nejlepší odbornou publikaci s onkologickou tematikou mladému vědci do 35 let.

Druhou celostátní akcí, na které se Liga spolupodílí, je Běh Terryho Foxe. Je pořádán na paměť mladého Kanadana, který podlehnul zhoubnému bujení. Pa amputaci s protézou dolní končetiny zahájil demonstrační běh Kanadou a zahájil sbírku na onkologický výzkum. Běh neukončil. Choroba to nedovolila. Štafetu převzali organizátoři v desítkách států ve světě a v České republice se poběží v letošním roce 8. ročník za podpory kanadského velvyslance, České obce sokolské a Klubu fair play. Loni se běhu účastnilo 86 204 běžců, kteří přispěli na výzkum proti rakovině 3 858 704 Kč.

Liga tyto prostředky rozděluje grantovým způsobem mezi výzkumná pracoviště. Mezi běžci pak šíří tiskoviny s preventivním obsahem.

Pracovníci Ligy preventivně informují lékařskou i onkologickou odbornou veřejnost a přednášeli na Spolku lékařů v Praze a na Brněnských onkologických dnech.

V květnu 2000 je v Praze Mezinárodní onkologické sympozium organizované Ligou, které bylo zařazeno mezi akce UICC. Liga je členem UICC (Mezinárodní unie proti rakovině) a ECL (Asociace evropských lig proti rakovině). V souladu s programy Evropské unie přejímá některé projekty a přizpůsobuje je českým podmínkám. Příkladem je plakát „Jak z toho ven“ – v originále „Passport for life“ – propagující nekuřáctví, boj proti drogám, alkoholismu, AIDS a stresu mezi mládeží.

Evropský týden proti rakovině (od 9. do 15. října) bude zaměřen na správnou výživu i u nás. Přehmaty ve výživě se odhadují až jako třicetiprocentní podíl rizikových faktorů podléhajících se na vzniku rakoviny. Je to stejný podíl jako kouření.

Rozsáhlou činností a působením na naši veřejnost by Liga nemohla uskutečnit bez spolupráce s médií. Patří jim vřelý dík.

Liga je otevřenou občanskou iniciativou a věříme, že počet členů a podporovatelů bude stále stoupat, neboť je v zájmu celé naší společnosti, ale i každého z nás osobně, abychom dbali o své zdraví a podkud onemocníme, abychom se uměli s nemocí vyrovat a úspěšně jí čelit. Uvítáme ještě intenzivnější spolupráci s lékaři, onkology i orgány odborných společností.

Uvědomme si s velkým myslitelem Konfuciem: Zbabělost je, když víme, co máme činit, a neděláme to.

Zájemcům o spolupráci nebo podporu uvádím kontaktní údaje: Liga proti rakovině,

Na Slupi 6, 128 42 Praha 2,
tel.: 02/24 91 97 32, 90 05 01 01,
e-mail: lpr@lpr.cz,
<http://www.lpr.cz>.

Prof. MUDr. Zdeněk Dienstbier, DrC.
předseda Ligy proti rakovině