



LIGA PROTI RAKOVINĚ
PRAHA

Obecné informace pro pacienty

RAKOVINA v pokročilém věku

Prof. MUDr. ZDENĚK DIENSTBIER, DrSc.

Vydala Liga proti rakovině Praha
Na Truhlářce 100/60, 180 81 Praha 8
Tel./fax: 224 919 732
Tel. nádorová linka: 224 920 935
Číslo účtu: 8888 88 8888/0300
e-mail: lpr@lpr.cz • <http://www.lpr.cz>

**BROŽURA
JE NEPRODEJNÁ**



Česká pošta



OBSAH

Úvod / 2

Pokročilý věk / 3

Epidemiologie (výskyt) zhoubných nádorů / 5

Prevence výskytu zhoubných nádorů v pokročilém věku / 12

Psychosociální důsledky rakoviny / 15

Léčba nádorů u osob v pokročilém věku / 17

Paliativní péče / 19

ÚVOD

Vážení a milí čtenáři,

byl bych rád, kdybyste věnovali chvilku podrobnému přečtení několika úvodních slov, než budete pokračovat v prohlížení a místy i v podrobnějším čtení jednotlivých partií této brožury.

Každý milujeme občasnou samotu, kdy se zamýšlíme nad dosavadním životem a výhledy a plány do budoucna. I když žijeme ve spokojeném rodinném kruhu, přesto se rádi setkáváme s přáteli, radujeme se z úspěchů vlastních i rodinných příslušníků, litujeme je při neúspěších, při nemoci a pomáháme jim v rámci svých možností. Najdeme si vždy čas i na přemýšlení sami o sobě, hodnotíme období spokojenosti a štěstí a obáváme se krizí osobních a rodinných, trpíme depresemi při neúspěších a především při nemocech prožíváme strach z budoucnosti a u zjištění rakoviny je to nejdramatičtější.

Potřeba podobného rozjímání se stupňuje s přibývajícím věkem a východiska z krizí jsou stále komplikovanější v seniorských letech, kdy se dostávají do popředí úvahy o změně životního stylu v souvislosti se stárnutím našeho těla a s tím nastupujícím omezením naší výkonnosti. Postupně se stále častěji vnucuje otázka, „jak dlouho ještě budu žít, kdy se zbavím a zbavím-li se vůbec ještě problémů, které stáří a nemoc postupně přinášejí?“

Dovolte, abych se vám představil jako lékař, abyste mohli posoudit, zda přijmete má tvrzení a doporučení ke zdravotní péči o vaše tělo, o snahu udržet si kvalitní život, případně jak se chovat při tak závažném onemocnění, jakým je rakovina. Mezi námi musí vzniknout pevný svazek důvěry. Pokusím se vám radit a pomáhat využívaje svých celoživotních zkušeností aktivního lékaře, zvyklého na soustavné studium nových medicínských poznatků. Medicíně jsem zasvětil celý svůj život, mnohdy i na úkor rodiny, osobních zájmů a životních prožitků. Sloužím ve své profesi 66 let.

Na lékařskou fakultu jsem vstoupil v roce 1945, v roce 1950 jsem promoval, získal jsem dvě atestace z interní a nukleární medicíny, čtyřicet let jsem byl přednostou a primářem na Ústavu biofyziky a nukleární medicíny, dvacet let jsem stál v čele Ligy proti rakovině a do roku 2010 jsem pečoval o pacienty s Hodgkinovou chorobou. Pro veřejnost jsem napsal monografie Onkologie pro laiky, Průvodce stárnutím, Dvacet let s Ligou proti rakovině a desítky brožur o jednotlivých nádorech. Klinikovou práci jsem vykonával až do svých 84 let, kdy mě věk donutil, abych skončil. O vybraný soubor nemocných s nádory mízních uzlin jsem pečoval přes 30 let. S pacienty jsem si rozuměl a mnozí z nich se stali i mými osobními přáteli. Měl jsem rád svou práci a s ní související činnost vysokoškolského pedagoga.

Věřte, že i vám se budu snažit předávat osobní zkušenosti, byť formou tištěné brožury, a budu se snažit povzbudit vás v úsilí o úspěšný boj s věkem a s nemocí.

Budu vaším rádcem v preventivní snaze o obranu proti nemoci a o udržení kvalitního života.

Využiji jak dlouholeté životní zkušeností z klinické praxe, tak osobní zkušenosti z poznatků s vlastními nemocemi a jejich následky.

Přeji Vám, abyste mé rady potřebovali co nejméně.

Zdeněk Dienstbier
čestný předseda Ligy proti rakovině Praha

POKROČILÝ VĚK

V nadpise brožury i v jednotlivých kapitolách mluvím vědomě o „pokročilém věku“. Světová zdravotnická organizace přijala následující názvosloví pro rozlišení věkových kategorií: **střední věk** je označení pro věkovou skupinu 45–59letých, **stárnoucí osoby** jsou od 60 do 74 let, **stará generace** jsou lidé ve věku 75–89 let, a **stařecká skupina** jsou osoby nad 90 let.

Definice stáří jsou ovšem různé. Shodují se v tom, že jde o etapu ve vývoji jedince, kdy dochází k úbytku fyzických a psychických sil a funkčních schopností. Za příčinu se považuje genetické opotřebením a poruchy schopnosti dělení buněk. Stárnutí je proces individuálně odlišný a nastupuje v různém věku nesynchronně v jednotlivých orgánech jednotlivce podle míry opotřebením. Nikoho důsledky stárnutí nevynechají.

Stárnutí je proces přirozený a zákonitý a projeví se postupně jak v orgánech těla, tak i v psychice každého z nás. Mluví se o **biologických hodinách**, které nám naprogramovaly věk, kterého se dožijeme. Můžeme je ovlivnit dílčím způsobem životou správou, omezením nebo ještě lépe vyloučením průkazných rizik škodících dlouhodobě našemu tělu a vyhýbáním se stresovým situacím, řešením životního běhu s jasnou hlavou, bez neurotizace, s vědomím, že zákonitě životní biologické hodiny se jednou zastaví. Dojde energie, která je poháním.

Vedle průkazných rizik negativně působících na biologické hodiny se setkáváme denně s riziky, kterým se nelze vyhnout, která vznikají souhrou zevně působících činitelů úzce spjatých s podmínkami našeho života, která souvisí s našimi pracovními podmínkami nebo následky chronického onemocnění, které zeslabilo obrannou schopnost našeho těla.

Rakovina patří mezi takový druh ohrožení života. Citlivější na její vznik je i více opotřebený, zestárlý organismus, což souvisí opět s věkem. Stupeň opotřebenosti našeho organismu není přímo úměrný kalendářnímu věku, ale závisí na **biologickém stáří**. Proto jsem volil termín pokročilý věk, kdy epidemiologicky a statis-

ticky zpracováno se ukáže, že s pokročilostí věku výskyt zhoubných nádorů přibývá. Hranice však není přesně vymezena kalendářním věkem.

Zatímco rizikové faktory fyzikální, chemické nebo biologické jsou detailně studovány a jsou zpracovány do preventivních doporučení, jako je např. Evropský kodex proti rakovině, role psychiky a její poruchy na vznik zhoubných nádorů se popisuje velmi obecně. Přitom psychicky je každý traumatizován individuálním stárnutím, přibývá více neduhů v čele s aterosklerózou, degenerativními poruchami, jako je cukrovka, a postižením centrálního nervového systému začínajícího klinicky nesoustředěností, zapomnětlivostí přes parkinsonismus, demenci až po Alzheimerovu nemoc.

Nápor na psychiku se stupňuje a každý má své slabé chvíle, kdy začne přemýšlet o svém životě a dalším osudu. Začne se vtírat strach nebo vědomí blížícího se umírání a smrti.

Diagnostikování rakoviny tyto stavy ještě více prohloubí. Navíc se přidá strach z bolesti, z osamělosti a nejistota z účinnosti navržené léčby, z vedlejších projevů léčby a obavy o délku zbytku života.

Tyto stavy nelze zobecnit a každý se s nimi musí vyrovnat samostatně. Jsou šťastni ti z nás, kteří si je nepřipouštějí.

Přístup se bude lišit podle povahových rysů, podle atmosféry rodinného zázemí, ekonomického zajištění a zhodnocení průběhu dosavadního života.

Je zde bohužel trvalá osudová výzva, Damoklův meč, že boj s rakovinou si musí každý vybojovat sám za sebe a musí být připraven na všechny varianty řešení. Je nezbytné mít **motivaci pro další život**. Jinou bude mít šedesátník a jinou osmdesátník, jinak k léčbě přistoupí člověk bez rodiny a jinak matka s nedospělými dětmi, otec rodiny, který je živitelem nebo důchodce, vdova nebo jednotlivec bez závazků. Každému je třeba nabídnout pomoc a nemusí to být pouze pomoc psychologa. Stačí s nimi pohovořit, aby se mohli někomu svěřit. Někteří hledají útěchu, jiní vyčítají a viní osud. Ideální je, vznikne-li vazba mezi ošetřujícím lékařem a pacientem, neboť autorita lékaře v takovéto situaci nabývá na významu. Je to náročné. Pro lékaře i časově, ale je to nezbytné a neúčinnější. V takovémto tandemu nemocný přijme snáze i tu nejdramatičtější informaci, že nádorový proces se nepodařilo zastavit. Byl na to předem připraven. Je to naprosto nová situace vyžadující nový myšlenkový rozbor. Pokud si to nemocný neuvědomil nebo nepřipustil již dříve, platí zde racionální přístup a zdůraznění, že každý život na zemi je dočasný a že je nutné se smířit s novou situací. Je nutné se v ní orientovat a přizpůsobit další způsob života. Je nutné hledat způsob, jak přerušit myšlenkový proud, který nemocnému připomíná beznadějnou situaci. Nejjednodušší je vrhnout se na manuální práci, na mytí nádobí nebo úklid, soustředit se na rozhlasový nebo TV program, začíst se do zajímavé knihy, poslechnout si hudbu.

Věřící mají v těchto situacích výhodu, neboť jim pomáhá jejich víra a kněz.

Nevěřící by měli využívat rodinu, přátele, spolky, každopádně dlouhodobá samota je nevhodná.

U osob, které žijí samy, je vhodné si pořídit domácího mazlíčka (psa nebo kočku), aby se měly s kým mazlit a starat se o něho. Rozhodně většina nemocných se bude snažit zůstat v domácím prostředí a hospitalizaci volit až v krajním případě při bolestech, oběhovém selhávání apod. Jim je třeba věnovat mimořádnou péči a mluvit s nimi, povzbuzovat jejich naději v příznivý obrat.

Nemocnému, ale starému člověku především, připomínám, naučte se relaxovat, najít si denně chvíli a tiché prostředí, kde na všechno na okamžik zapomenete, vysadíte mozek, myšlení a emoce a budete odpočívat. Ideální je spánek.

A nakonec rada nejcennější. Nezapomeňte na smích, vyhledávejte každou příležitost, která vás rozveselí, i kdyby to bylo jen na okamžik. Přesvědčíte se sami, jak je to důležité a potřebné. A ještě nezapomeňte předávat odlehčenou náladu druhým. Svůj přínos jste splatili společnosti svou prací, máte právo na oddech a odpočinek.

Část z dosavadní aktivity si ponechte, obsah i rozsah si stanovte podle vlastních možností. Upevní to nejen vaše sebevědomí, ale i postavení a autoritu v prostředí, ve kterém žijete. Může to být i dobrovolná práce v neziskových organizacích. Nebojte se již za penězi.

EPIDEMIOLOGIE (VÝSKYT) ZHOUBNÝCH NÁDORŮ

Studiem zhoubných nádorů, jejich distribucí v jednotlivých lokalitách v čase a prostoru s ohledem na věk, pohlaví a populaci se zabývá **deskriptivní epidemiologie**.

Pro stanovení rozsahu a vývoje onemocnění v jednotlivých populacích se užívají ukazatele, jako je úmrtnost (mortalita), výskyt (incidence), vývoj v čase, výskyt a úmrtnost podle věku, úmrtnost jako procento zemřelých z celkového počtu nádorově nemocných a doba přežívání.

Údaje pro deskriptivní epidemiologii se získávají z povinného hlášení o onkologických onemocněních a z počtu úmrtí (národní onkologický registr). Tyto údaje se vypočítají podle následujících vzorců.

$$\text{Mortalita (úmrtnost)} = \frac{\text{počet zemřelých za jeden rok}}{\text{počet obyvatel}} \cdot 100\,000$$

$$\text{Incidence (výskyt)} = \frac{\text{počet nově hlášených zhoubných nádorů za rok}}{\text{počet obyvatel}} \cdot 100\,000$$

Populační onkologické registry popisují úplné a podrobné údaje o incidenci nádorů nejen celostátně, ale i v jednotlivých regionech, a mohou být vodítkem pro zdravotnickou politiku státu nebo regionů a pro ekonomické potřeby oboru.

Pro zájemce uvádím dostupné údaje získané a zpracované Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR v r. 2007.

Počet zhoubných novotvarů každoročně vzrůstá. Důvody nejsou jednoznačně vysvětleny. Jedním z nich je i celkové stárnutí populace. Svědčí pro to vývoj věkové struktury populace (tab. 1), který je uveden v rozmezí let 1970 až 2007 pro populaci nad 45. rokem života.

Tabulka 1

Vývoj věkové struktury obyvatelstva obou pohlaví nad 45 let (ze 100 000 populace)

Věk/Rok	1970	1975	1985	1995	2000	2005	2007
45–49	7012	5892	6631	7826	7776	6742	6264
50–54	4054	6619	5415	6319	7803	7613	7332
55–59	6290	3788	5633	4777	6109	7530	7496
60–64	6090	5667	5584	4783	4513	5764	6412
65–69	4968	5196	2947	4624	4348	4132	4472
70–74	3508	3867	3896	4064	3964	3772	3549
75–79	2070	2385	2849	1802	3150	3140	3157
80–84	1044	1132	1475	1734	1193	2124	2159
85 +	503	515	658	996	1186	954	1153

Od roku 1995 se zvyšují počty přežívajících v pokročilém věku se stoupající tendencí.

Je všeobecně známo, že klesá počet dětí v rodinách, což potvrzují čísla v tab. 2. Pokles začíná v r. 1995. Počty žijících mezi 15 až 44 roky jsou více méně stabilní (tab. 2).

Tabulka 2

Vývoj věkové struktury obyvatelstva (obě pohlaví na 100 000 populace)

Věk / Rok	1970	1985	1995	2000	2005	2007
0–14	21267	23384	18596	16407	14794	14303
15–44	43194	44573	44366	43549	43435	43702

Nárůst počtu obyvatel nad 45 let připouští představu nárůstu onemocnění s přibývajícimi lety, tedy i zhoubných nádorů, ale nevysvětlí jednoznačně např. dvojnásobný nárůst malignit za posledních 30 let (tab. 3A, B).

Tabulka 3 A, B

Počty nově hlášených novotvarů od roku 1965 včetně nádorů kůže (A) a bez nich (B)

A. Hlášení onemocnění včetně nádorů kůže						
Roky	absolutně			na 100 000 obyvatel		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
1965	14425	13124	27549	303,9	260,5	282,2
1975	18341	16526	34867	376,1	318,7	347,4
1985	21078	19647	40725	420	369,2	394,6
1995	27265	27452	54717	543,1	516,9	530
2000	30275	30450	60725	605,6	577,5	591,55
2005	36823	34626	71449	737,7	660,5	699,1
2007	38502	37674	76176	762,7	714,3	738,5

B. Onemocnění hlášená bez nádorů kůže						
Roky	absolutně			na 100 000 obyvatel		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
1965	12472	11230	23702	262,7	222,9	242,8
1975	15849	13916	29765	325	268,4	296,7
1985	17838	16475	34313	355,4	309,6	332,5
1995	22131	22462	44593	440,8	423	431,9
2000	24099	24489	48588	482	464,4	473,2
2005	28147	26627	54774	563,9	507,9	535,9
2007	28037	27345	55382	559,3	529,5	544,4

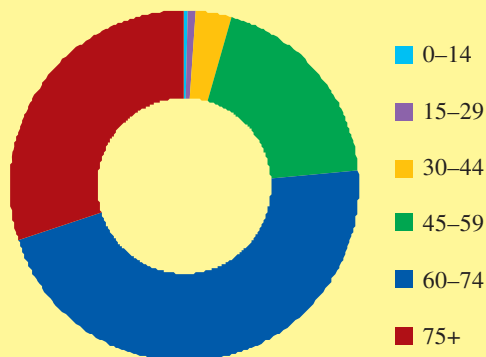
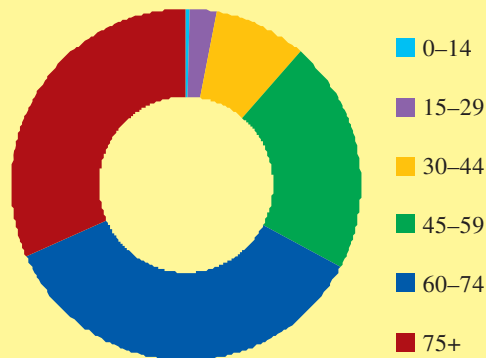
Nádory kůže se vzhledem k tomu, že s výjimkou maligního melanomu jsou dobře léčitelné a svým počtem by ovlivňovaly průměrné přežívání onkologicky nemocných s různou diagnózou, uvádějí většinou samostatně.

Přes početní každoroční vzestupy nově hlášených zhoubných novotvarů počty nemocných umírajících na rakovinu nesledují stejný trend. Od r. 1995 naopak úmrtnost stagnuje, nebo mírně klesá (tab. 4).

Tabulka 4**Vývoj úmrtnosti na zhoubné novotvary (v absolutních číslech)**

Rok	1965	1975	1985	1995	2000	2005	2007
Muži	12812	14710	15162	15636	15878	15562	15179
Ženy	10015	10953	11532	13826	12661	12466	12180
Celkem	22827	25663	26694	29462	28539	28028	27359

Pokles úmrtnosti je velmi pomalý. Na riziku vzniku nádorů a úspěšnosti léčby se podílí více faktorů (životní styl, životospráva, kontaminace zevního prostředí a skrínigové diagnostické metody). Zapojení se do skrínigu přivádí pacienta k lékaři v časnější fázi nemoci. Zvyšuje se tak pravděpodobnost účinné léčby.

Graf 1A**Věková struktura
nově hlášených případů
zhoubných novotvarů
v roce 2008****MUŽI****Graf 1B****Věková struktura
nově hlášených případů
zhoubných novotvarů
v roce 2008****ŽENY**

Z následujících kruhových grafů (1A, B) je zřejmá věková struktura nově hlášených případů. Převažují nádory u osob starších 75 let a druhá nejčastější je kategorie 60 až 74letých. Doporučuji čtenářům ve věku 45–59 let sledovat v dalším textu, které z nádorů ohrožují tuto skupinu populace a soustředit se na navrhovanou prevenci a způsoby časné diagnózy.

V České republice v porovnání s ostatními zeměmi Evropy máme zvýšený výskyt kolorektálního karcinomu u obou pohlaví, karcinomu prostaty u mužů, děložního hrdla u žen, nádorů ledvin, slinivky břišní, žlučníku a žlučových cest.

Na celkovou úmrtnost na rakovinu má vliv i procentuální zastoupení jednotlivých národových druhů (graf 2A, 2B)

Nejčastějším vyskytujícím se nádorem u mužů je karcinom prostaty. Karcinom plic je těsně na druhém místě.

U žen (graf 2B) je nejčastější rakovina prsu, následují nádory zažívacího traktu (tlusté střevo, konečník) a ženských orgánů.

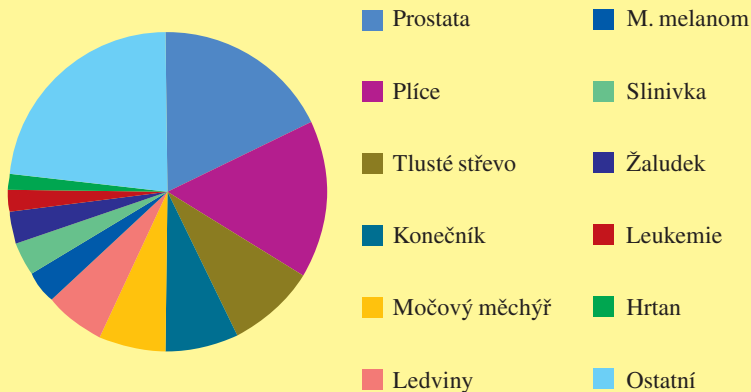
Z monografie Onkologie pro laiky, vydané Ligou proti rakovině v roce 2009, přetiskují grafy dokumentující dynamiku vývoje vybraných druhů karcinomů v čase, případně změny záchyty nemoci v jednotlivých klinických stádiích.

Rakovina je onemocnění převážně dospělých a zejména starší generace, ale nesmí se zapomínat, že prohrěšky a podceňování prevence se projeví až po letech. Příkladem je graf 3, který vyjadřuje vývoj počtu hlášených karcinomů plic a současně úmrtnost. Graf 4 znázorňuje věkovou relaci počtu hlášených karcinomů plic a počtu úmrtí.

Graf 2A

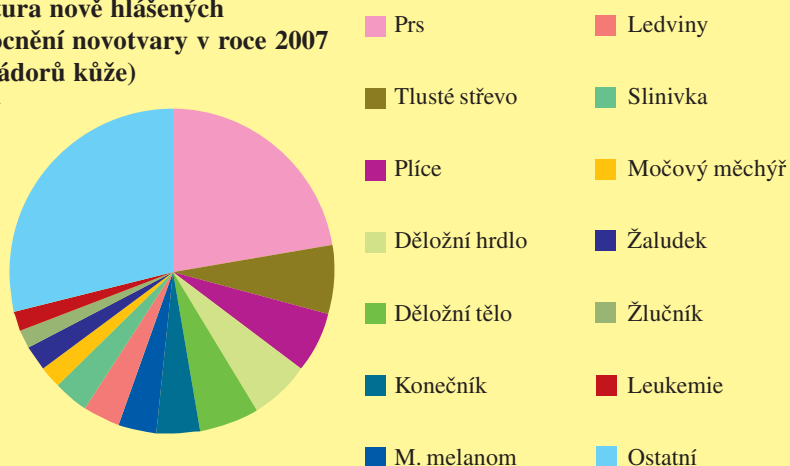
Struktura nově hlášených onemocnění novotvary v roce 2007 (bez nádorů kůže)

MUŽI

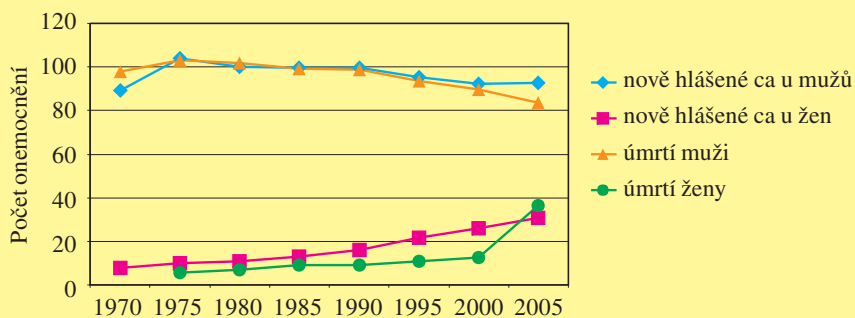


Graf 2B
Struktura nově hlášených
onemocnění novotvary v roce 2007
(bez nádorů kůže)

ŽENY



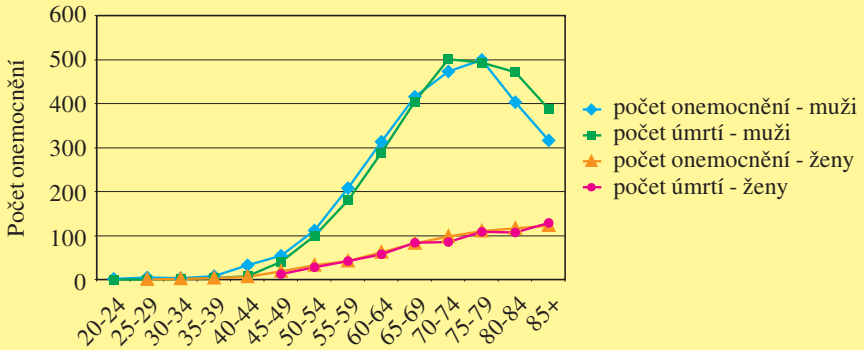
Graf 3
Vývoj hlášených onemocnění a vývoj úmrtnosti u mužů a žen v ČR
na karcinom plic, 2005



Z grafu 4 je zřejmé, že karcinom plic postihuje osoby nad 50 let. Souvisí to s dlouhodobým působením zplodin kouření cigaret.

Varováním je zvyšující se nárůst karcinomu prsu u žen a s tím související úmrtnost.

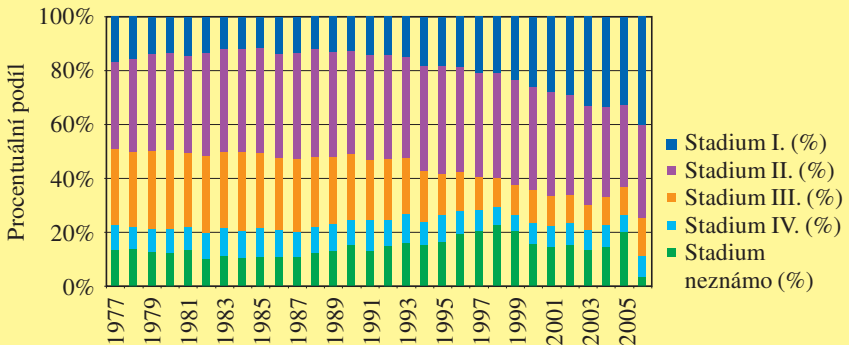
Graf 4
Věková závislost výskytu a úmrtí na rakovinu plic



Sdílím názor, že příznivý vliv mamografického skrínungu se začíná pozvolna projevovat vyšším podílem záchytu časných klinických stadií (graf 5) a klesajícím počtem hlášených případů ve stadiu III. a IV.

Význam zlepšené informovanosti veřejnosti o nádorové prevenci a zavedení skrínungu se odráží již i v reálných číslech incidence nádorů děložního hrdla u žen. Jednak je častější záchyt těchto rakovin v I. stadiu, a tím je větší možnost úspěšného léčení, a jednak se objevují příznivá čísla udávající úmrtnost. Ovšem vzhledem k tomu, že stále zaostáváme např. za vývojem ve skandinávských zemích, musíme

Graf 5
Nádory prsu, ženy. Vývoj zastoupení klinických stadií



zintenzivnit jak osvětu, tak návštěvnost ve skriningových programech, neboť u prsu využívá možnost organizovaného skriningu necelých 60 % žen, podobně jako u děložního hrdla. U karcinomu tlustého střeva a konečníku je to dokonce jen něco přes 20 %. Přitom skrining je bezplatný u mužů i žen.

Obecně lze zdůraznit, že rakovina se vyskytuje významněji od 45 let věku a s přibývajícím věkem má vzestupný trend.

Vzhledem k poměrně dlouhé době nutné k uplatnění známých rizik při vzniku rakoviny je zřejmé, že s preventivními opatřeními je nutné začínat o 10 až 20 let dříve, tj. ve věku, kdy mladí lidé zakládají rodiny a budují svou kariéru.

Je dobré myslet nejen na peníze, ale současně i na své zdraví.

PREVENCE VÝSKYTU ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V POKROČILÉM VĚKU

Jak bylo zdůrazněno, rozhodující preventivní kroky by měl každý zahájit v rané dospělosti, ne-li v mládí, a ne až jako senior. Podrobně rozvádím tuto myšlenku v knize Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit (Radix, Praha 2009). Pokud nechočil občan již dříve na preventivní prohlídky, nejpozději s příchodem padesátky by měl každý podstoupit **komplexní preventivní vyšetření**. Smysluplná je ovšem prevence v jakémkoliv, tedy i v seniorském věku.

Prevenzi dělíme na primární a sekundární:

- **primární** (volba lékaře, který provede komplexní vyšetření doplněné nálezy laboratorních a zobrazovacích metod a který zajistí periodicitu vyšetření, bude s pacientem hovořit o vyloučení příčinných a potenciálních faktorů, o nichž je prokázáno, že se spolupodílejí na vzniku rakoviny),
- **sekundární** (zapojením se do skriningových programů).

Soustředíme se na osoby v pokročilém věku. Jakou formu prevence mají tito lidé volit? Vyděme z podílu jednotlivých faktorů životosprávy a zevního prostředí tak, jak ho publikovali Dole a Peta v r. 1981 (tab. 5).

Údaje v tabulce budu komentovat jen stručně a odkazuji na další brožury, které Liga vydala, kde jsou podrobnější údaje.

Výživová doporučení platí i pro lidi v pokročilém věku, neboť přispívají ke zpomalenému stárnutí.

Stravování v současné společnosti popírá jakékoliv zásady stravovací kultury. Uspěchanost doby umožnila vznik různých stravovacích řetězců, které působí na zdraví populace negativně. Domácí stravování pod vlivem ekonomické krize nahrává velkým obchodním centrům a konzument nejlevnější zboží, které neodpovídá potřebnou kvalitou zdravé výživě. Přitom **kvalitní potraviny lze považovat za sou-**

Tabulka 5**Podíl jednotlivých faktorů podílejících se na vzniku rakoviny**

Faktor	%	Protiopatření
Výživa	35	méně tuků (zejména živočišných), více zeleniny, nepřejídat se
Kouření	30	stát se nekuřákem
Infekce	10	očkování, odstranění chronických ložisek
Sexuální a reprodukční faktory	7	nebýt promiskuitní, očkování
Profesionální expozice	4	dodržovat nošení ochranných pomůcek
Sluneční záření	4	opalovat se programově
Alkohol	3	omezit nadměrnou spotřebu
Kontaminace prostředí	2	v bytech větrání, nevycházet při smogu
Ionizující záření	1	profesně dodržovat předpisy
Diagnostické a léčebné postupy	1	nevyžadovat zbytečná vyšetření a nechat je na rozhodnutí lékaře

část boje proti rakovině, a to přímým působením na rakovinnou buňku a nepřímo blokováním angiogeneze (cévní zásobením nádoru) a stimulací imunitního systému. Existuje samostatné odvětví, které se nazývá **nutriční terapie**.

Řada potravin obsahuje blahodárné protirakovinné látky, jejichž působení lze přirovnat k chemoterapii, navíc nutriční terapie není toxická. Otiskují kroky k pevnému zdraví z letáku ministerstva zdravotnictví v rámci akce Zdraví pro všechny ve 21. století.

Kroky k pevnému zdraví

1. Jezte vyváženou pestrou stravu založenou více na potravinách rostlinného původu.
2. Udržujte svou hmotnost a obvod pasu v doporučeném rozmezí (v dospělosti BMI 18,5–25; obvod pasu maximálně 94 cm, u žen nejvýše 80 cm). Pravidelně se věnujte pohybové aktivitě (ochranný účinek na zdraví má například 30 minut, lépe však 1 hodina nepřetržité rychlé chůze denně).
3. Jezte různé druhy ovoce a zeleniny, alespoň 400 g denně, přednostně čerstvé a místního původu.
4. Kontrolujte příjem tuků, snižte spotřebu potravin s jejich vysokým obsahem (např. uzenin, tučných sýrů, čokolád, chipsů). Dávejte přednost rostlinným olejům před živočišnými tuky. Denně konzumujte mléko nebo mléčné výrobky se sníženým obsahem tuku.

5. Několikrát denně jezte chléb, pečivo, těstoviny, rýži nebo další výrobky z obilovin (zejména celozrnných) a brambory.
6. Nahrazujte tučné maso a masné výrobky rybami, luštěninami a netučnou drůbeží.
7. Pokud pijete alkoholické nápoje, vyvarujte se jejich každodenní konzumace a nepřekračujte denní dávku 20 g alkoholu (tj. 0,5 l piva nebo 2 dcl vína nebo 5 cl 40% destilátu).
8. Omezujte příjem kuchyňské soli, celkový denní příjem soli nemá být vyšší než 5 g (1 čajová lžička), a to včetně soli skryté v potravinách. Používejte sůl obohacenou jódem.
9. Vybírejte potraviny s nízkým obsahem cukru, omezujte sladkosti. Sladké nápoje nahrazujte dostatečným množstvím nesladkých nápojů, např. vody.

Potraviny lze dělit na **makrovýživné** (cukry, bílkoviny a tuky) a na **mikrovýživné** (fytochemické látky, vlákniny a vitamíny).

Fytochemické látky produkované rostlinami mají účinek antibakteriální, antimykotický a insekticidní. Pomocí nich se brání sama rostlina proti agresorům. Tyto látky mají současně protirakovinný efekt.

Fytochemické látky obsahují kapusta, květák, brokolice, hlávkové zelí, česnek, citrusy, hroznové víno, rajčata, papriky, sójové boby, jahody, borůvky, zelený čaj a koření kurkuma.

Zopakujme si, že pro život jsou nutné voda, cukry, aminokyseliny, mastné kyseliny, vitamíny, minerály a fytochemické látky.

Tyto potraviny by měly být trvale přítomné v našem jídelníčku.

U **kouření** platí, že nemá cenu ho omezit, ale řešením je vůbec nekouřit.

Praktický lékař vás, pokud máte zájem, seznámí s možnostmi **očkování** proti infekci, což u seniorů je důležité při každoročních chřipkových epidemiích.

V rizikových povoláních jsou nabízeny **ochranné pomůcky**. Měly by být využívány.

U **opalování** je riziko vystavování se slunci během poledních hodin. Je třeba respektovat kožní typy. V každém případě je třeba se bránit „spálení“ kůže na slunci, neboť kůže si pamatuje a poškození se sčítá.

Alkohol lze pít v omezeném režimu s mírou. Je prokázáno, že spolupůsobí při vzniku nádorové buňky.

Doporučené „kroky“ jsou obecně platné i v pokročilém věku u osob bez rakoviny a doporučuji, aby se každý s nimi seznámil.

PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY RAKOVINY

Rakovina vyvolává doprovodné tělesné příznaky, ale také psychické a sociální problémy.

Pokročilý věk s sebou přináší postupné omezování tělesných funkcí a morfologické změny orgánů vedoucí k jejich hmotnostnímu úbytku. Spolupůsobí v organismu současně a ovlivňují „**biologické hodiny**“, tedy geneticky naprogramovaný čas života jedince. Energie, kterou si zdravý organismus vyrábí, ubývá, až se zcela vyčerpá. S tím souvisí pochopitelně postupné omezování fyzické aktivity, úbytek hmotnosti, zvýšená únavnost a prohloubení pocitu slabosti a tendence izolovat se. Zhoršuje se soustavně **kvalita života**.

Psychicky informace o nálezů rakoviny nutně v první reakci vyvolá u každého **šok**, spojený se zoufalstvím, smutkem a často výčitkami osudu „proč právě já!“ Záleží na povaze nemocného a jeho schopnosti vyrovnávat se se stresem. **Smutek a deprese** se projevují hlavně u pesimistických povah a mohou dlouho přetrvávat. Teprve s vyslechnutím léčebného plánu a ještě více při úspěšné léčbě dochází ke smíření se s nemocí a k mobilizaci vnitřních sil k podpoře boje s nemocí.

Psychická reakce a obranné mechanismy organismu jsou ovlivněny stářím a vitalitou nemocného. Starý člověk smířený s blížícím se koncem života prožívá šok spojený s nálezem rakoviny mnohem intenzivněji a narušená psychika komplikuje trvale jeho kvalitu života. Spolupráce onkologů s psychologem není u nás běžná. Navíc kvalitních klinických psychologů je velký nedostatek. Funkci psychologa musí proto plnit ošetřující lékař a osoby pacientovi blízké.

Nelze se divit, že u části nemocných se vyrovnání s nálezem rakoviny zcela nezdaří. Mohou se rozvinout příznaky svědčící o vzniku vážnější psychické poruchy. Stupňující se deprese, úzkost, nespavost, rodinné konflikty, trvale špatná nálada vyžadují léčbu a nutnou spolupráci psychiatra. U lidí v pokročilém věku část z nich propadá beznaději podmíněné nejistotou další existence a strachem z výsledku léčby.

Stres a komplikace s tím spojené se přenášejí na pacientovu rodinu, na spolupracovníky a narušují mezilidské vztahy. Ošetřující personál a přenesené členové rodiny se často uchylují k „**milosrdné lži**“.

Problém je, jak vysvětlit zdravotní stav členům rodiny nebo dětem, které jsou citlivé na rozpory v informacích, navíc často sám pacient ve slabých chvílích propadá pocitu beznaděje, což okolí vycítí.

Většina průvodních tělesných a psychických komplikací se sčítá. Patří k nim zejména snížení tělesné aktivity, únavnost, nechutenství, úbytek na váze, nespavost, úzkostné a depresivní stavy, obava ze smrti, z nastupujících selhávajících životních funkcí a z možné bolesti. U doprovodných projevů stáří doporučuji uvědomit si, že stárnutí je přirozeným důsledkem opotřebování organismu. Život nám byl propůj-

čen a spolu s ním i geneticky naprogramovaná délka přežití s jednoznačným závěrem dočasnosti a přirozeným důsledkem smrti. Neukázněnou životosprávou můžeme přežití zkrátit. Podobně negativní vliv mají i jiné přidružené nemoci zejména s chronickým průběhem.

Rakovina je lidový vžitý výraz pro jakékoliv zhoubné bujení v organismu. Národem může být napaden kterýkoliv tělesný orgán a tělový systém. To přináší i rozdílnou odpověď na možnou léčbu a následnou rehabilitaci.

Nádoroví pacienti jsou fixováni na výsledky léčby a podle nich se mění psychická reakce. Je povinností lékaře posilovat víru v úspěšnosti léčby, pokud je alespoň malá naděje. Vážnost situace se vyhrotí, když postižení je terapeuticky neřešitelné a přichází v úvahu pouze **paliativní léčba**. Stručně ji lze charakterizovat jako léčbu podporující zlepšení kvality života.

Psychologové mají psychickou reakci pacientů s nádorovým onemocněním rozdělenou na pět fází podle průběhu nemoci: počáteční, léčebnou, konsolidační, fázi progresu a terminální stadium. Pro pacienty to není důležité, pro ně je rozhodujícím měřítkem subjektivní stav. Buď se mu daří dobře, nebo psychické trauma přetrvává nebo se zhoršuje. V pokročilém věku se uplatní současné obtíže plynoucí ze stáří a jejich intenzita i nově vznikající problémy souvisejí s nádorovou nemocí.

Navrstvení obtíží vede k sociální izolaci, nezájmu o dění ve společnosti, zahořklosti, depresi až k rezignaci.

Velice záleží na osobnosti nemocného, jeho inteligenci, temperamentu, vůli, životním stylu, potřebách a zájmech.

Pro ošetřujícího lékaře a personál je důležité posoudit rozsah a způsob informací, které bude pacientovi podávat. Aby si udržel důvěru nemocného, nesmí mu lhát, nesmí se uchýlovat k milosrdné lži a musí s pacientem trvale komunikovat. Musí vnímat reakce, rozjitřené emoce a snažit se nemocného zklidnit a přivést ke změně myšlení. Ošetřující lékař a všichni další personál musí být maximálně trpěliví, musí umět naslouchat nemocnému a projevit pochopení pro jeho utrpení. U seniorů navíc je dobře se pokusit rozdělit obtíže související s přibývajícím věkem a s nádorovým onemocněním. Některé obtíže související se stářím jsou dočasně zvládnutelné a pro pacienta je pozitivním signálem jakékoliv subjektivní zlepšení.

Protože už sám jsem překročil 85 let, mohu z vlastních zkušeností přiznat, kdy mne přepadá splín, rozmrzelost a nechůť ke komunikaci s okolím, kdy depresivní náladu zhoršují bolesti páteře nebo obtížné dýchání při srdečním selhávání. A to nemám zhoubný nádor, pouze kožní bazaliom, který nemetastázuje.

Řeším to, co ostatní moji vrstevníci, z nichž mnozí mají proti mně výhodu, že nemají problémy s chůzí. Sám chodím o dvou holích.

Platí pro nás obecně naučit se odreagovat a přerušit a nahradit nepříjemné pocity a stísněnost.

Odborníci (psychologové a psychoterapeuti) jsou schopni s vámi připravit a nacvičit relaxační programy. Cílem podobné intervence je zmírnění pocitů osamělosti, čekáme-li na léčbu, odstranění strach z léčby, snížení pocitů zoufalství, deprese a beznaděje a obnovit vnitřní klid.

V méně vypjatých situacích, zejména u osob schopných se ovládat, lze se snažit o přerušení nepříjemných pocitů tím, že se zaměstnají v domácnosti úklidem, mytím nádobí, vařením, pustí si oblíbenou hudbu nebo kazetu s dobrou veselohrou apod. Sám to řeším buď tímto způsobem, anebo soustředěním se na nějaký studijní materiál nebo nově připravovaný text osvětové brožury nebo knihy. Kdybych mohl, šel bych jako v mladších letech na procházku do okolní Šárky nebo do ulic. Chůze, zejména v přírodě, působí blahodárně.

U závažnějších psychických poruch je psycholog schopen poradit a naučit relaxační metody cíleného uvolňování svalového napětí a vyvolání představ nebo vzpomínek navozujících příjemné pocity. Může doporučit antidepresiva a jiné uklidňující léky.

Je vhodné si zapamatovat nebo si zapsat, co vedlo k uklidnění, neboť podobné depresivní stavy se opakují.

LÉČENÍ NÁDORŮ U OSOB V POKROČILÉM VĚKU

Způsoby terapie, ale i diagnostiky rakoviny u osob v pokročilém věku, se neliší od postupů u mladší populace. Je k dispozici operační řešení, radioterapie, chemoterapie, biologická a imunologická léčba.

Liga vydala samostatné brožury věnované těmto metodám a jsou zdarma k dispozici.

Zvláštnost léčby u seniorů respektuje oslabenou reparační schopnost organismu, zvýšenou náchylnost k infekcím, sníženou kompenzaci léčbou poškozené krevetvorby a často i větším opotřebením tělesných funkcí. Snížená až nulová reparace buněk některých pro život nezbytných orgánů ohrožuje pacientovu existenci.

Starý člověk trpí téměř vždy některou z chorob chronického charakteru postihující ve zvýšené míře stárnoucí organismus. Jako příklad zmíním revmatismus, srdečněcévní poruchy nebo degeneraci pohybového aparátu. Užívá proto řadu léků, ke kterým je nutné přihlížet při volbě protinádorové léčby, neboť rizika vedlejších komplikací podávaných léků se zvyšují a mohou i zabránit nasazení cílené terapie. Proto onkolog při návrhu terapie rakoviny musí všechna tato rizika zvážit a vyžádat si souhlas pacienta, případně nejbližších příbuzných. Pacient musí lékaře okamžitě informovat při jakékoliv komplikaci.

Pacient prožívá šok při sdělení diagnózy a opakovaně pak ve styku s lékaři během diagnostického procesu. Informace získává i od spolupacientů v čekárně před vy-

šetřením a během léčby. Informace jsou mnohdy protichůdné a podmíněné osobní zkušeností jednotlivce. Diagnostické období je pro nemocného mimořádně důležité a rozhoduje se v něm o určení ošetřujícího lékaře, se kterým bude nemocný s otevřeností a důvěrou řešit své pochyby, výsledky a změnu léčby. Lékař musí splácet tuto důvěru vstřícností a soustavným informováním léčeného, aby mu dodal naději na úspěch. Bohužel mezi mladými lékaři se setkáváme s neochotou. Přiznám se vám, že jsem to zažil osobně, kdy jsem z jedné pražské kliniky odešel z čekárny po hodině, aniž mne někdo z ošetřujícího personálu oslovil, ačkoliv byli osobně informováni mým ošetřujícím lékařem.

Výjimečná situace bude u výzkumného sledování nového postupu nebo nového léčiva, kdy je nemocný po svém souhlase zařazen do kontrolní skupiny. Dnes se sleduje nejen vliv na prodloužení života, ale i na jeho kvalitu.

Klinické rozhodování nemusí mít vždy vědecký cíl. Např. lokalizovaný karcinom prostaty má stejné léčebné výsledky, je-li odstraněn chirurgicky (prostatektomií) nebo je-li ozářen. Pacient stojí před rozhodnutím následné impotence při prostatektomii nebo postradiačním zánětem sliznice tlustého střeva a močového měchýře po ozáření. Myslím, že v takovém případě musí být nemocný plně informován a rozhodnutí je sice na něm, ale má mít možnost asistence odborníka.

Informovaný pacient se musí pak sám rozhodnout, zda zvolí kvantitu (tj. výhledově prodloužení života) nebo kvalitu při dožití. U seniorů významnou roli při rozhodování bude mít současná kvalita života, neboť mnozí se do vysokého stáří „protrpěli“.

Vzpomínám na svou venkovskou babičku, statečnou ženu, která po ovdovění se třemi dětmi zvládla obhospodařit sedmihektarový statek i v období první světové války. Věřící katolička ve stáří s deformovanými klouby pro chronický revmatismus, když si našla chvilku odpočinku, se mi pubertákoví svěřovala „kež by si mě už Pán Bůh vzal“. Teprve mnohem později jsem pochopil její utrpení a beznaděj, s čímž se musela vyrovnat sama.

Ošetřující personál pečující o seniora s rakovinou, a nejen o seniora, si musí být vědom, že pacient je zmítán **emocemi**. Při sdělení diagnózy je to strach z budoucnosti, z ohrožení života, v konečné léčebné neovlivnitelné fázi strach z umírání a smrti. Zejména ošetřující lékař musí s ním mluvit srozumitelně. Každé lékařovo slovo pacient vnímá s mimořádnou pozorností, proto je dobře kromě vysvětlení reálnosti situace udržovat u nemocného naději a stálý optimismus. Progrese choroby bude sama tuto naději korigovat.

Lékař pečující o seniory s nádorem musí být mimořádně trpělivý a musí umět naslouchat pacientům a najít si pro ně čas. Je hlavní spojkou mezi reálným světem a vlastní existencí nemocného. Ve způsobu jednání a při vyšetřování zdravotního stavu musí lékař volit individuální přístup. Na podporu svých tvrzení je možné, a osobně jsem to tak dělal, použít epidemiologická data, a proto jsem jim věnoval kapitolu. Inteligentní pacient z toho pochopí pravděpodobnost úspěšnosti léčby a lé-

kař má zjednodušený objektivní doklad k obhájení víry a udržení naděje přežití v pacientových úvahách.

Je nesporné, že určitá míra optimismu u nemocného je významným pomocníkem léčby.

PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče se poskytuje pacientům, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu života. Cílem je udržet nejvyšší možnou kvalitu dožití. Uživatelé paliativní péče jsou z 80 % onkologičtí pacienti a z nich přes 70 % jsou lidé nad 65 let.

Za **obecnou paliativní péči** označujeme dobrou klinickou péči o pacienta s pokročilým onemocněním. Mnohé prvky paliativní péče poskytují zdravotníci stávajících odborných zařízení, aniž by tato činnost byla označována jako paliativní péče.

Specializovanou paliativní péči zajišťují zdravotnické týmy, ve kterých pracují odborníci vzdělaní v oblasti takové činnosti.

Základní organizační formy specializované zdravotní péče jsou:

- a) Péče v domácím prostředí, tzv. **mobilitní hospic**, poskytující pomoc v domácím prostředí.
- b) **Lůžkový hospic**, kterým je obvykle lůžkové zařízení v samostatném objektu, poskytující paliativní péči nemocným v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění.

V rámci většího zdravotnického zařízení pracují **konziliární týmy paliativní péče**. V některých nemocnicích se setkáváme s **ambulancí paliativní medicíny**. Ve velkých zahraničních nemocnicích byla zřízena **oddělení paliativní péče**, na kterých jsou školeni i medicí.

Dostupnost paliativní péče v ČR je zatím skrovná, podobně jako informovanost veřejnosti. Je spíše zásluhou obětavých jednotlivců nebo občanských iniciativ, že lůžkových hospiců u nás je alespoň 12 a domácí hospicovou léčbu poskytují 4 organizace (v Praze, dvě v Ostravě a v Novém Městě na Moravě).

Odhad průměrného počtu umírajících v hospicích je kolem 3 % z nemocných, kteří onemocněli rakovinou. Hospicová jednotka má kolem 25 lůžek a většinou umožní, aby příbuzní ležících pacientů mohli v hospici i přenocovat.

Navštívil jsem některé z hospiců a byl jsem příjemně překvapen vybavením pokojů, ambulancí, sociálních zařízení a rehabilitačních prostor. Prostorů je velmi důstojné, nechybí klidové prostory nebo společenské místnosti pro chodící nemocné. Pravidlem jsou i ekumenické modlitebny.

Vzpomínal jsem na sekundářská léta, když jsem byl ošetřujícím lékařem na dva-

cetilůžkovém pokoji a umírajícího pacienta jsme oddělili od ostatních nemocných pouze bílou plentou. Pacienti na sousedních lůžkách raději probděli noci na chodbách.

Co může nabídnout paliativní medicína?

- Léčbu chronické (nádorové) bolesti.
- Léčbu poruch metabolismu.
- Ovlivnění anorexie (nechutenství), kachexie (podvýživy), střevní obstrukce a úpravu způsobu a obsahu výživy, zastavení škytavky.
- Úpravu srdeční činnosti, dechových obtíží, upravit léčbu cukrovky, vypuštění pleurálního (pohrudničního) výpotku, ascitu (výpotku na pobříšnici) a dalších interních komplikací.
- Léčbu psychických a psychiatrických syndromů.
- Paliativní péči u chronických onemocnění většinou souvisejících s pokročilým věkem (např. revmatismus, obtíže pohybového aparátu).
- Péči o umírajícího pacienta.

Odkazují na přehlednou monografii „Paliativní medicína pro praxi“ (O. Sláma, L. Kabelka, J. Vorlíček a spol., Galén, Praha 2007), kde i laik si rozšíří představu, jakým způsobem lze pomáhat trpícím v nevyléčitelné fázi nemoci. Většina z nich zůstává odkázána na péči v kruhu rodiny.

Pokud nemocný je při smyslech, je velmi důležitá pravidelná komunikace s ním. Sdělení diagnózy musí být pravdivé a je nejlépe ho rozložit na delší časový úsek. Pacient by měl souhlasit, má-li být přítom někdo blízký. Vyjadřování o prognóze musí být opatrné a zaměřené na komplikovanost vývoje vzhledem k vážnosti nemoci. S vývojem onemocnění je vhodné upozornění na pravděpodobnost komplikací léčby a nepravděpodobnost vyléčení a zdůraznit v protikladu radikální léčby kvalitu života bez vedlejších negativních obtíží a komplikací, které by agresivní léčba mohla způsobit.

Je nutné upozornit na individuální rozdílnost průběhu nemoci a připustit i možnost zlepšení, tj. nebrat nikdy pacientovi pocit naděje.

Na nemocného musí mít lékař i ošetřující osoby vždy dostatek času a nesmí dávat najevo nervozitu z návalu práce, která je čeká.

Ať doma, nebo ve zdravotnickém zařízení je optimální, aby v posledních fázích života byl u nemocného jemu nejbližší člověk.

V nemocnicích i v hospicích existuje v současnosti duchovní služba – nemocniční kaplan. Jsou pacienti, kteří ji využívají jako zdroj posily, útěchy a smiřování s osudem. Naproti tomu je skupina nemocných, kteří si přejí smrt a dožadují se např. smrtící injekce.

Z právního hlediska je nutné zdůraznit, že u nás není povolena ani eutanazie, ani asistovaná sebevražda.

Paliativní péče smrt neurychluje, ale ani neoddaluje, snaží se pouze o zlepšení kvality zbývajících života. Umírající by neměl zůstat dlouhodobě sám. Doma by někdo z rodinných příslušníků měl být u něho nebo v blízkém dosahu, aby měl pocit lásky a vděku za to, co pro rodinu udělal. Ve zdravotnickém zařízení nemožnost trvalé přítomnosti rodiny by měly nahradit časté návštěvy příbuzných a přátel a vstřícnost ošetřujícího personálu.

Všichni bychom pochopitelně dali přednost náhlé smrti. Parafrázováno s Wolkerem: „Smrt není zlá, ale umírání je těžké.“ Rozhoduje za nás osud a my se s tím musíme smířit.

POZNÁMKY

POZNÁMKY

Seznam dosud vydaných účelových publikací LPR Praha

K dispozici jsou tyto tituly:

1. Aby Vaše dítě nekouřilo
2. Bolest a možnosti jejího zmírnění či odstranění
3. Co bychom měli vědět o rakovině
4. Co byste měli vědět o rakovině děložního hrdla a čípku
5. Dědičnost jako rizikový faktor pro vznik nádorů
6. Evropský kodex proti rakovině
7. Chemoterapie nádorových onemocnění
8. Informovaný pacient
9. Jak a proč si chránit kůži
10. Jak se vyrovnat s pokročilou nádorovou nemocí
11. Kouření a zdraví
12. Léčba nádorů hlavy a krku a její komplikace
13. Léčba zářením a Vy
14. Leukémie dětského věku
15. Lymfatický otok po operacích prsu
16. Maligní lymfomy a mnohočetný myelom
17. Možnosti prevence karcinomu děložního hrdla
18. Mýty a fakta o kouření
19. Nádorová onemocnění dětského věku
20. Nádorová onemocnění ledvin
21. Nádory centrálního nervového systému
22. Nádory štítné žlázy
23. Nádory varlat
24. Nekonvenční protinádorová léčba
25. Onkologie pro laiky
26. Paliativní onkologická terapie
27. Plicní rakovina
28. Proleženiny a další poruchy kůže u nádorových onemocnění
29. Psychologické aspekty nádorových onemocnění
30. Rakovina a sex
31. Rakovina jater a žlučových cest
32. Rakovina kostí a měkkých tkání
33. Rakovina močového měchýře
34. Rakovina ovaria
35. Rakovina prostaty
36. Rakovina prsu u žen
37. Rakovina slinivky břišní
38. Rakovina tlustého střeva
39. Rakovina v pokročilém věku
40. Rakovina žaludku
41. Stomie
42. Stručné zásady onkologické prevence
43. Výživa u onkologicky nemocných
44. Záněty dutiny ústní při protinádorové léčbě
45. Ženám po ablaci prsu

PROGRAMOVÉ CÍLE, PROJEKTY A AKTIVITY LIGY PROTI RAKOVINĚ PRAHA

Liga proti rakovině Praha (LPR Praha) zahájila svou činnost v roce 1990 v Československé lize.

Od roku 1991 je samostatným právním subjektem.

Jako občanské sdružení je dobrovolnou nevládní a neziskovou organizací.

Dominantní snahou je výchova veřejnosti ke zdravému způsobu života a vyloučení rizik podílejících se na vzniku rakoviny

Tři hlavní dlouhodobé programy

1. Nádorová prevence
2. Zlepšení kvality života onkologicky nemocných
3. Podpora vybraných výzkumných, výukových a investičních projektů v onkologii

Hlavní aktivity

Výchova k nekuřáctví – průběžně

Výchovný program k nekuřáctví a ke zdravému životnímu stylu pro děti v mateřských školách (Já kouřit nebudu a vím proč) a v základních školách (Normální je nekouřit).

Světový den proti rakovině – každoroční seminář ke Světovému dni proti rakovině (4. únor) společný pro zdravotníky a laiky.

Český den proti rakovině (Květinový den) – celostátní široce všemi médii propagovaná a veřejností podporovaná sbírka pro financování programů LPR Praha, kdy každý, kdo si zakoupí žlutý květ, dostane současně leták s informacemi o možné prevenci rakoviny.

Každoročně na podzim pořádá Liga **putovní výstavu** o nádorové prevenci pod heslem „Každý svého zdraví strůjcem“.

Nádorová telefonní linka – v pracovní dny odpovídají zkušení specialisté na jakékoliv dotazy preventivního, ale i odborného charakteru. V nepřítomnosti lékaře je zapnut záznamník (tel. číslo 224 920 935). Dotazy je možné zasílat i na e-mailovou adresu birkova@lpr.cz.

Liga se každoročně účastní veletrhu zdravotní techniky a léčiv **Pragomedi-ca**, kde nabízí zdarma 45 titulů poradenských brožur.

Liga usiluje o snížení úmrtnosti na zhoubné nádory a o zlepšení kvality života onkologických pacientů.

Dalšími aktivitami jsou

- Poradenství lékařů specialistů na nádorové telefonní lince (telefonní číslo 224 920 935)
- Poradenství při osobních návštěvách klientů
- Vydávání poradenských brožur
- Rekondiční pobyty pro nemocné po ukončení léčby ve speciálních zdravotnických zařízeních
- Koncerty pro členy LPR, její podporovatele a hosty
- Finanční podpora členským patientským organizacím
- Finanční podpora hospicové péče

LIGA podporuje výzkum a výchovu onkologických odborníků a vybavení pracovišť

- a) Finanční příspěvky na vybrané výzkumné a výukové projekty.
- b) Udělování Vědecké ceny Ligy proti rakovině Praha spojené s prémie 50 000 Kč.
- c) Finanční podpora při vydávání výukových publikací.
- d) Finanční podpora investičních celků v komplexních onkologických centrech.
- e) Udělování Novinářské ceny za propagaci nádorové prevence.
- f) Udělování Ceny pro nejúspěšnější patientský klub LPR Praha během květnové sbírky.

Organizační struktura

- Členství v LPR Praha je dobrovolné.
- Členy se mohou stát jednotlivci i organizace.
- Členský příspěvek pro důchodce a studenty činí 100 Kč a pro ostatní 200 Kč ročně.
- Činnost LPR Praha je řízena voleným výborem. Funkční období členů výboru a revizní komise je dvouleté. V čele je volený předseda.
- Pro informovanost členů Ligy je 4x ročně vydáván Zpravodaj.

Spolupráce s domácími a zahraničními organizacemi

Kromě LPR Praha existují v ČR zájmové onkologické organizace převážně s regionální působností. Kolektivní členské organizace LPR Praha se každoročně scházejí na společném sněmu, který LPR Praha svolává k výměně zkušeností a k sjednocení hlavních projektů.

LPR Praha je ve styku a vyměňuje si zkušenosti s odbornými lékařskými organizacemi, především s Českou lékařskou společností J. E. Purkyně a z odborných s Českou onkologickou společností ČLS JEP a Společností všeobecných lékařů ČLS JEP.

Liga je členem ECL (Asociace evropských lig proti rakovině) a UICC (Světové unie proti rakovině) a zúčastňuje se mezinárodních akcí.