

*Życzenia Radosnych Świąt Wielkanocnych  
pełnych wiary, nadziei i miłości,  
płynących z faktu Zmartwychwstania Pańskiego,  
wszelkich łask Bożych  
a przede wszystkim zdrowia i szczęścia osobistego  
Pacjentom i Załodze  
Opolskiego Centrum Onkologii*

*składa*

*Wojciech Redelbach*



Ks. dr Józef Tarnawa SJ

## **Zmartwychwstanie kulminacyjną prawdą wiary**

*„Zwycięzca śmierci, piekła i szatana,  
wychodzi z grobu dnia trzeciego z rana...  
(pieśń wielkanocna)*

*„Głosimy wam Dobrą Nowinę  
o obietnicy danej ojcom: że Bóg spełnił  
ją wobec nas jako ich dzieci, wskrze-  
sivszy Jezusa” (Dz. 13, 32-33).*

Zmartwychwstanie Chrystusa jest kulminacyjną prawdą naszej wiary w Chrystusa, czytamy w Katechizmie Kościoła Katolickiego, opracowanym po Soborze Watykańskim II i zatwierdzonym przez Ojca Świętego Jana Pawła II. (KKK nr 638). Pierwsza wspólnota chrześcijańska wierzyła w nią, przypomina tenże katechizm, i przeżywała prawdę o Zmartwychwstaniu Chrystusa jako centralną, przekazaną przez Tradycję. Stanowiła ona równocześnie dla nich prawdę fundamentalną, potwierdzoną przez pisma Nowego Testamentu i zarazem przepowiadaną jako istotną część całego Misterium Paschalnego. (zob. tamże).

Wielkanoc jest świętem ruchomym. Każdego roku przypada w innym terminie. Podczas Sobor-

u nicejskiego w roku 325 ustalono, że Wielkanoc będzie obchodzona w pierwszą niedzielę po pierwszej wiosennej pełni księżyca. W tym roku Wielkanoc przypada u nas wyjątkowo wcześniej, mianowicie 23 marca. Przypomnijmy, że podobnie wcześniej obchodzono święta wielkanocne 68 lat temu, a więc w roku 1940. Przypadły one wówczas na dzień 24 marca. Również wcześniej, bo 25 marca obchodzono je w roku 1951.

My chrześcijanie, Święta Wielkanocne za każdym razem staramy się przeżywać w duchu głębokiej wiary, nadziei i radości. Kościół w okresie Wielkiego Postu, a więc w czasie 40 dni poprzedzających uroczystość Zmartwychwstania Pańskiego, przygotowuje wiernych na duchowe spotkanie ze Zmartwychwstałym Zbawicielem poprzez organizowane w parafiach rekolekcje wielkopostne, nabożeństwa Drogi Krzyżowej, Gorz-





Ks. dr Józef Tarnawa SJ

kich Żali, poprzez wezwanie do modlitwy, jałmużny, postu, uczynków miłosierdzia, itp. Chce w ten sposób jakby na nowo ożywić i pogłębić w nas wiarę, skierować

naszą uwagę i serce na to, co w życiu jest najważniejsze dla naszego zbawienia, a równocześnie pobudzić nas do większej miłości, czyli wrażliwości sumienia i otwartości serca na potrzeby naszych bliźnich.

„*Jeśli Chrystus nie zmartwychwstał, daremne jest nasze nauczanie, próżna jest także nasza wiara*” (1 Kor 15, 14). Św. Paweł wyjaśnia, że Zmartwychwstanie Chrystusa jest ostatecznym potwierdzeniem Jego misji, wszystkiego, co czynił i czego nauczał. Potwierdza Jego Boskość i jest wypełnieniem obietnic Starego Testamentu. Zmartwychwstanie odsłania pełny sens cierpienia i krzyża Chrystusa. Dla nas wszystkich, zwłaszcza ludzi cierpiących i chorych, ma to istotne znaczenie, ponieważ zwycięstwo Chrystusa Zmartwychwstałego niesie każdemu człowiekowi radosną nadzieję na ostateczne zwycięstwo życia nad śmiercią.

„*Jak w Adamie wszyscy umierają, tak też w Chrystusie wszyscy będą ożywieni*” (1 Kor 22-23). Śmierć zostaje pokonana przez miłość, która wszystko zwycięża. Miłość - która do końca wypowiedziała się w krzyżu Chrystusa - i Zmartwychwstanie, które zapoczątkowało nowe życie, otwierają przed każdym człowiekiem upragnione horyzonty nadziei i perspektywę jasno określonej przyszłości, do-

dajmy - szczęśliwej przyszłości. Ta przyszłość należy do wiecznego życia i niekończącej się nigdy miłości. Jest to dar Boga, Jego ojcowskiej, nieskończonej dobroci. Dar wieczystej Paschy, czyli przejścia do krainy życia i szczęśliwości. Cierpienie i krzyż, jaki musimy tu znosić, przestają być zamkiem beznadziei i bezsensu. W łączności z Chrystusem cierpiącym i zmartwychwstałym stają się bezcennym środkiem i skuteczną pomocą na drodze do osiągnięcia pożądanego celu i zdobycia życia wiecznego.

Wśród codzienności życia szpitalnego Jego Boska obecność wśród nas na modlitwie, w czasie czytania i wsłuchiwania się w Słowo Boże, a zwłaszcza przez częstą Komunię św. i uczestnictwo w Eucharystii dodaje nam tak wiele wewnętrznych sił, napędza pokojem, usuwa lęk, wzmacnia nadzieję i prowadzi ku ostatecznej pełni życia i radości, ofiarowanej nam w Zmartwychwstaniu. Nic dziwnego zatem, że na zbliżający się czas nadchodzących świąt wielkanocnych składamy sobie wzajemnie życzenia Radości płynącej z Wielkanocnego Poranka. Życzymy sobie, aby łączność z Ukrzyżowanym i Zmartwychwstałym Zbawicielem napędzała nasze serca pokojem, a radość Zmartwychwstania przyniosła każdemu nadzieję zwycięstwa dobra nad złem i rozświetlała swym potężnym blaskiem mroki i trudy naszych codziennych zmagania w stronę życia coraz bardziej godnego naszych ludzkich oczekiwań i tęsknot.

Ks. dr Józef Tarnawa SJ

*Autor jest kapłanem w Opolskim Centrum Onkologii i Szpitalu Wojewódzkim w Opolu*

**Największym złem, na które cierpi świat jest nie siła złych, lecz słabość dobrych.** (R. Rolland)



Złe odżywianie się jest gorsze od nałogu palenia papierosów



## Pomiędzy wiem a czynię...

Zgodnie z zapowiedzią powracamy do tematu wpływu odżywiania się na stan zdrowia. Ku pamięci, tuż przed wielkonoctnym, biesiadnym maratonem, w trakcie którego wielu z nas – jak zwykle – obciąża grzechy obżarstwa i pijaństwa....

Rzecz jasna nie idzie o to, aby o wielkanocnych pysznościach pisać w kategoriach obrzydliwości, propagując styl życia w stanie permanentnego niedojadania, nawet jeśli badania na myszach pokazują, że prawdziwie głodowe racje dają dwukrotnie dłuższe przeżycie...

Nie o to też idzie, aby przekonywać do diety średniowiecznego chłopca, którego podstawowym pokarmem był razowy chleb i warzywa, a co – jak udowadniają współcześni badacze – jest dietą dla człowieka najkorzystniejszą. Nawet jeśli to prawda, to jakież by to życie było... Zwłaszcza że nikt nikomu nie da gwarancji, iż dzięki takiej diecie dożyjemy stu lat w zdrowiu, a przynajmniej we względnej sprawności fizycznej i psychicznej...

Powszechnie uważa się, że główną przyczyną zachorowania na raka jest nałóg palenia papierosów. Oblicza się, że nikotynizm w ok. 30 procentach odpowiedzialny jest za nowotwory płuc, krtani, przetyku, i nie tylko.

Tymczasem, jak dowodzą badacze, palma pierwszeństwa w smutnym rankingu „z czego może być rak” należy się temu czynnikowi, z którym zdecydowana większość z nas ma do czynienia na co dzień, a mianowicie złym nawykom żywieniowym. Są one przyczyną aż 35 proc. zachorowań na nowotwory. Nietrudno obliczyć u ilu osób -statystycznie- z tej właśnie przyczyny po raz pierwszy stwierdza się nowotwór złośliwy, skoro co roku wykrywa się go u 120 tysięcy Polaków, z czego 80 tysięcy umiera.

Na taki stan rzeczy w dużym stopniu wpłynęły zmiany w stylu życia. Dzisiaj cechuje nas zdecydowanie za mała aktywność fizyczna, w wielu wypadkach wręcz zerowa. Do pracy jeździmy autobusami,

samochodami, pociągami (pieszo czy choćby na rowerze - to rzadkość). Sama praca także wymaga coraz mniejszego wysiłku fizycznego a coraz większego intelektualnego, zaś odpoczynek po niej to najczęściej rozrywka, jakiej dostarcza telewizor lub – coraz częściej – komputer. Jednocześnie przeważnie nie mamy ani ochoty (rzadziej czasu) na przyrządzanie pełnowartościowych posiłków, bo przecież łatwiej skorzystać z wysoko przetworzonej żywności, od której uginają się sklepowe półki...

Tymczasem – a co do tego nauka nie ma najmniejszych wątpliwości – właściwe odżywianie się nie tylko chroni nas przed chorobą nowotworową, ale także odgrywa dużą rolę we wspomaganie jej leczenia.

Na ogół każdy wie, co to znaczy „zdrowe”, „dobre”, „właściwe” odżywianie się, a przynajmniej ma orientację, co do ogólnych zarysów. Tematów o zakresach: „dieta śródziemnomorska”, „zdrowa dieta” czy „piramida żywieniowa”, niemało w każdej gazecie, czasopiśmie, stacji TV czy radiowej, o internetowych stronach nie wspominając. Dość powiedzieć, że odnośników do hasła „dieta śródziemnomorska” wyszukiwarka Google podaje 376 tysięcy, „zdrowa żywność” ma ich 1,14 mln, „zdrowa dieta” – 224 tysiące, „zdrowe odżywianie” – ponad 1 mln.

Ale pomiędzy „wiedzieć” a „stosować się do tej wiedzy” – przeważnie dzieli przepaść...

Miejmy tego świadomość właśnie dlatego, że choroby nowotworowe w naszym kraju są drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów. I tylko patrzeć, jak w tych smutnych statystykach wysuną się na czoło... Może czasem warto zrobić coś dla swojego organizmu, wbrew temu, co podpowiada nam lenistwo i wygoda...

Krystyna Raczyńska

Zobacz też s. 15-16

*Wypiję pod warunkiem, że jak wypijemy, to potem jeszcze raz wypijemy.* (Julian Tuwim)



## Ponad 300 przebadanych w Dniu Otwartym Onkologii

Ok. 400 osób z terenu całego województwa - najwięcej w historii „białych sobót” naszej placówki – odwiedziło Opolskie Centrum Onkologii podczas Dnia Otwartego Onkologii, zorganizowanego w sobotę, 9 lutego 2008 r. W sumie do lekarzy, przyjmujących w poradniach: chirurgii onkologicznej, profilaktyki chorób piersi oraz onkologii ogólnej zgłosiło się 326 osób (zapisało się 357); ponad 240 osób skierowano na badanie krwi dla oznaczenia tzw. markerów nowotworowych, pozwalających wykryć predyspozycje do zachorowania na raka prostaty, przewodu pokarmowego, żołądka oraz jajnika. Laboratorium wykonało ponad 400 oznaczeń.

Najwięcej osób (157) skorzystało z porad chirurgów onkologów (125 w przedziale wiekowym 40-79 lat). Tutaj dominowali pacjenci niepokojący się m.in. zmianami skórnymi (kilkunastu osobom wyznaczono terminy zabiegów), powiększoną prostatą i żylakami odbytu (lekarze wykonywali m.in. badania per rectum i kierowali do dalszej diagnostyki, także na badanie USG oraz oznaczenie markerów).

Specjaliści onkologii ogólnej przyjęli łącznie 93 pacjentów (87 osób w wieku 40-80 lat), skarżących się m.in. na bóle brzucha, kłopoty z układem trawiennym, żylakami odbytu, zmianami barwnikowymi na skórze, problemami z prostatą (niektórych lekarze kierowali do dalszej diagnostyki, także na badanie USG oraz oznaczenie markerów).

Do specjalistów chorób piersi zgłosiły się 74 osoby, (33 osoby w wieku 40-69 lat), w tym jeden mężczyzna; zdecydowana większość z nich w ramach profilaktyki chorób piersi. Po przeprowadzeniu wywiadu i przebadaniu lekarze wystawili wiele skierowań na badanie mammograficzne oraz USG. U jednej z osób, której pierś badana była po raz pierwszy, podejrzewa się chorobę nowotworową.

Większość uczestników Dnia Otwartego przyszła zbadać się bez wyraźnych dolegliwości, ale w ramach profilaktyki, zwłaszcza gdy w wywiadzie rodzinnym były choroby nowotworowe.

Zainteresowani mogli skorzystać nie tylko z porad specjalistów onkologów, ale także zaopatrzyć się w materiały informacyjne, związane z profilaktyką antynowotworową, m.in. dotyczącymi Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem oraz prowadzonej w województwie akcji skryningu piersi, czyli bezpłatnych badań mammograficznych dla kobiet w wieku 50-69 lat, które w ostatnich dwóch latach nie miały wykonanej mammografii.

Dodać należy, iż wiele kobiet zrezygnowało z rejestracji, dowiedziawszy się, że podczas „Białej Soboty” nie będą wykonywane badania mammograficzne – o czym zresztą nie było mowy w ogłoszeniach. Wszystkie panie spełniające warunki bezpłatnego badania piersi w ramach skryningu (wiek 50-69 lat, ostatnia

*Każdego dnia należy posłuchać krótkiej pieśni, przeczytać dobry wiersz, zobaczyć wspaniały obraz i – jeśli to możliwe – wypowiedzieć kilka rozsądnych słów. (J.W. Goethe)*



8 marca: Dzień Kobiet dniem Zdrowia Kobiet

## Tulipan od męża, mammografia od siebie

*Opolskie Centrum Onkologii w Opolu, włączając się w ogólnopolski Dzień Zdrowia Kobiet, wyznaczony na sobotę, 8 marca br., uruchomi w tym dniu w godz. 8-14 dwie poradnie chorób piersi oraz pracownię mammograficzną. Bezpłatne zdjęcia mammograficzne będą wykonywane mieszkankom Opolszczyzny po uprzednim zarejestrowaniu się na podstawie książeczki RUM oraz dokumentu ubezpieczenia w NFZ. Rejestracja będzie czynna w godz. 7.30-13.*

*Serdecznie zapraszamy zainteresowane Opolanki, także te, które odwiedziwszy nas w sobotę, 9 lutego, odeszły rozczarowane brakiem możliwości wykonania mammografii.*

mammografia wykonana 2 lata temu), zapraszamy nie tylko do Opolskiego Centrum Onkologii, ale także do pozostałych placówek w regionie, wykonujących to badanie (zob. plakat z adresami na okładce oraz na [www.onkologia.opole.pl](http://www.onkologia.opole.pl)).

Nowością pierwszej w tym roku „białej soboty” była miniankieta przeprowadzona wśród pacjentów. Jej celem było zebranie podstawowych danych, pozwalających ocenić skalę zainteresowania tego typu akcjami, jak też służących w przyszłości lepszej organizacji podobnych przedsięwzięć.

Przygotowano 250 druków ankiety (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, powód przybycia, skąd informacja, jaka ocena, uwagi), które były wręczane rejestrującym się. Wy-

pełnione ankiety wrzucano do trzech oznakowanych urn ustawionych w holu głównym w pobliżu drzwi wyjściowych oraz na stoliku „do wypełniania ankiet”.

Do urn wrzucono w sumie 85 ankiet (ok. 20 proc. ogółu przebadanych), z tego 2 – niewypełnione. W grupie ankietowanych było 48 kobiet i 35 mężczyzn. Najmłodszy z ankietowanych miał 25 lat, najstarszy - 80.

Statystyczny uczestnik Dnia Otwartego był kobietą zamieszkałą w Opolu, urodzoną w roku 1950, o średnim wykształceniu, która o naszej akcji – dobrze przez siebie ocenionej - dowiedziała się z prasy, głównie z informacji zamieszczonej w „Nowej Trybunie Opolskiej”.



***Tak jak w medycynie nie ma chorób, tylko są chorzy, tak w świecie moralnym nie ma win, tylko są winni.*** (Henryk Sienkiewicz)



O onkologii i nie tylko...

# Z łaską Eskulapa w herbie

Z dr. Wojciechem Redelbachem, dyrektorem Opolskiego Centrum Onkologii, rozmawia Krystyna Raczyńska



dr Wojciech Redelbach

**Dlaczego został pan lekarzem, dlaczego chirurgiem, dlaczego onkologiem?**

Czy mogłem zostać kimś innym, skoro mój pradziad był aptekarzem, dziadek lekarzem – chirurgiem, ojciec również chirurgiem? Od pokoleń nasza rodzina żyła medycznym światem, w otoczeniu branżowych książek, w atmosferze dyskusji o chorobach i sposobach ich leczenia. Kiedy miałem 6-7 lat ojciec - adiunkt w Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego szpitala akademickiego na ul. Przybyszewskiego w Poznaniu, prowadzonej m.in. przez prof. Drewsa seniora - udając się na popołudniowy obchód zabierał mnie czasami ze sobą, gdzie dodatkowo „impregnowałem się” tematami chorób, ich leczenia. Medycyna jako taka była mi bardzo bliska, co było zapewne i genetycznie uwarunkowane, i zgodnie ze skądinąd słusznym spostrzeżeniem klasyka, że „był określa świadomość”, nie tylko przecież w sensie materialnym, ale też kulturowym. Właściwie już od wczesnych lat podstawówki wiedziałem, co chcę w życiu robić...

**W tym wieku chłopcy chcą być przeważnie strażakami lub policjantami... Nie było żadnej alternatywy?**

Była. Jedną. Archeologia. Już jako dziecko bardzo mocno interesowałem się tą dziedziną, zresztą wuj był archeologiem. Szczególnie interesowała mnie pa-

leontologia, a zwłaszcza znaleziska kości dinozaurów. To był zresztą bardzo modny temat w okresie mego dzieciństwa. Co i raz media donosiły o nowych znaleziskach na pustyni Gobi, zrealizowano nawet odcinek dobranocki „Bolek i Lolek”, którego tematem wiodącym były znalezione jaja dinozaura. No i książka „Zanim pojawił się człowiek”, czeska w polskim wydaniu, z niezwykłymi ilustracjami. W tamtym dziecięcym czasie była dla mnie niemal biblią...

**Chyba każdy ma takie swoje „okna na świat”... Moim była książka „Wszechświat, życie, człowiek”...**

Oczywiście, że ją miałem, też się nią zaczytywałem. No i jeszcze inną „Kto, kiedy, dlaczego?”. Ale prehistoria była najważniejsza; do dziś zbieram znaczki o tej tematyce i bardzo chętnie oglądam filmy dokumentalne, opowiadające o prehistorii człowieka i świata...

**Prehistoria przegrała z medycyną, która dzieli się na liczne specjalizacje. Stąd pytanie – dlaczego chirurgia?**

Od początku tylko taka specjalizacja wchodziła w rachubę, przy czym, poza genetycznym obciążeniem, ważny był też ten kontakt ze służbą zdrowia, o czym już wspominałem, gdy ojciec zabierał mnie do szpitala. Później, na studiach, toczyliśmy dysputy, m.in. kto i dlaczego chce zostać lekarzem i okazywało się, że osoby, w rodzinach których nie było lekarzy, często trafiali do zawodu właśnie wskutek impregnacji medycyną w bardzo wczesnym wieku, i niekoniernie w związku z lekarzem w rodzinie, ale np. dlatego, że była ciężka choroba w rodzinie, albo sami jako dziecko bardzo ciężko chorowali. Ich decyzja



o wyborze medycyny mogła być swego rodzaju splątą długu wdzięczności...

**Rodzina musiała być dumna, że tradycja zawodu jest kontynuowana...**

Ojciec specjalnie mnie nie naciskał, ale bardzo ucieszył się, gdy zostałem studentem medycyny, a nie było łatwo, chyba jeszcze bardziej niż dziś... Sam zresztą miał kłopoty z dostaniem się na studia, bo w latach 50. młodzież z domów inteligentkich miała znacznie utrudniony start na studia wyższe. Zresztą jeszcze w moich czasach obowiązywały preferencyjne punkty dla osób pochodzenia chłopskiego. No, ale cóż, sprawiedliwość jako taka to ideał, nie występuje w czystej postaci... Niestety, także w medycynie.

**To znaczy?**

Wielu pacjentów naszego Centrum często w kategoriach sprawiedliwości bądź jej braku ocenia fakt zachorowania na raka. Są rozżaleni, wręcz oburzeni na los za swoją chorobę. „*No bo jak to! Prowadziłem taki wzorcowy, higieniczny tryb życia, a tu rak!*?” „*Przecież co roku robiłam mammografię, a zachorowałam na raka piersi! Czy to sprawiedliwe?!*”. Inna sprawa to to, że mammografii nie robi się po to, aby nie mieć raka, ale aby go możliwie najwcześniej zdiagnozować i zacząć leczyć. Podobnie należy podchodzić do zasad Kodeksu Zdrowego Życia, niezwykle ważnych w profilaktyce nie tylko onkologicznej, ale w ogóle zdrowia jako takiego. Te wszystkie zalecenia nie są po to, aby na pewno nie mieć raka, ale przede wszystkim po to, aby zwiększyć prawdopodobieństwo ustrzeżenia się przed chorobą. Aby nie „dokładać” do zagrożenia - bo ono było, jest i będzie - dodatkowych czynników ryzyka. Weźmy przykład palenia tytoniu. Nie brakuje opinii typu: „*A mój dziadek całe życie palił a w dobrej*

*kondycji dożył 80 lat...*”. Z drugiej strony wcale nie tak rzadkie są wypadki, kiedy raka płuca ma 30-latek, który nigdy nie zapalił papierosa. Raka płuca nie można kojarzyć wyłącznie z paleniem tytoniu, bo ten nałóg to tylko jeden z czynników, aczkolwiek najważniejszy.

**Współczesna medycyna, chirurgia, bardzo różnią się od tych sprzed lat kilkunastu czy kilkudziesięciu... Czy zdarza się Panu spierać z ojcem na tematy zawodowe?**

Mój ojciec skończył studia w 1957 roku, a więc ponad pół wieku temu, co jednak wcale nie znaczy że zatrzymał się na tamtym etapie wiedzy. Cały czas aktualizował swoją wiedzę, a swój zawód chirurga ogólnego przestał uprawiać czynnie dopiero trzy lata temu. Pamiętać jednak trzeba, że w chirurgii, jakkolwiek postęp techniczny jest ogromny, to w zasadzie od lat pięćdziesiątych jej kanony nie są bardzo różnią się od współczesnych. Powojenne dwudziestolecie to były złote lata chirurgii, w których wymyślono sporo nowych metod. Później możliwości chirurga zwiększyły się głównie dlatego, że zwiększyły się możliwości współczesnej anestezjologii, dzięki czemu można operować coraz starszych pacjentów i wykonywać coraz bardziej obciążające operacje. Mocno do przodu poszła też diagnostyka, dzięki której wykrywa się choroby w coraz wcześniejszych stadiach rozwoju, aczkolwiek w Polsce nadal w zbyt zaawansowanych... Tak więc postęp dokonał się co do instrumentarium, same zaś metody wykonywania zabiegów przeszły jedynie drobne modyfikacje.

**Czy dotyczy to także chirurgii onkologicznej?**

Niezupełnie i m.in. dlatego wyodrębniła się ona z chirurgii-matki. Otóż chirur-

*Nigdy nie rezygnuj z tego, co naprawdę chcesz robić. Człowiek z wielkimi ambicjami jest silniejszy od tego, który jest tylko realistą.* (H.Jackson Brown jr)



gia ogólna z zasady swej jest przeważnie jedyną metodą leczenia. Jest samodzielną, ma pełną autonomię. Natomiast w chirurgii onkologicznej tak nie jest, co wynika m.in. z faktu, że coraz lepiej znamy biologię nowotworów złośliwych. Chirurgia jest jedną z metod leczenia onkologicznego, stosowanych nierzadko równocześnie. Pacjenta leczy się w sposób skojarzony: chirurgicznie, chemicznie i promieniami. I właśnie dzięki temu dokonął się i dokonuje taki postęp w leczeniu nowotworów złośliwych. A dowodem na to, że chirurdzy onkologiczni lepiej leczą nowotwory złośliwe, są dane statystyczne. Wynika z nich m.in. że w raku jelita grubego o połowę gorsze rokowanie mają pacjenci chirurga ogólnego niż onkologicznego.

### **Z czego to wynika?**

M.in. z tego, że chirurg onkolog leczy chorobę w skojarzeniu z innymi metodami, z innymi specjalistami, a ponadto działa jakby w innym horyzoncie czasowym. Chirurg ogólny patrzy przez pryzmat leczenia doraźnego. Co najwyżej kontroluje pacjenta przez miesiąc, góra trzy. Natomiast w onkologii lekarz obserwuje pacjenta minimum 5 lat. I dopiero po tym okresie może zacząć się cieszyć, że konkretnej osobie rzeczywiście pomógł. Ale i tu nie ma pewności, bo nawet po 20-30 latach może nastąpić wznowa procesu nowotworowego. Poznanie biologii doprowadziło do innego rodzaju operowania i m.in. na tym tle dochodzi czasem do sporów między mną a ojcem, czyli chirurgiem onkologicznym a chirurgiem ogólnym.

### **A konkretniej...**

W chirurgii onkologicznej istotne jest zaopatrzenie dróg chłonnych, czyli usuwanie grup węzłów chłonnych. Chi-

rurdzy ogólni jakby nie zauważają tych kwestii. Statystyka pokazuje jednak, że w wypadku nowotworów operacje o ograniczonym zasięgu nie są właściwe, bo m.in. szybciej dochodzi do wznów miejscowych czy wręcz przerzutów, aczkolwiek akurat to zjawisko jest w pewnym sensie nieobliczalne. Na takim tle doszło do sporu między moim ojcem a mną; jego zdaniem zasięg operacji w wykonaniu onkologów jest zbyt duży, ryzykowny i niepotrzebny, bo naszym zdaniem zabiegi wykonywane przez tych pierwszych nie są dostatecznie „doszczętne” i w efekcie o wiele częściej dochodzi do wznów miejscowych, chyba że pacjent poddany zostanie jeszcze leczeniu pooperacyjnemu, czyli chemioterapii. Bo o ile chirurgia i radioterapia to są metody tzw. lokoregionalne, czyli działające w miejscu, gdzie jest guz, o tyle jedyną metodą działającą ogólnoustrojowo jest chemioterapia. Stąd połączenie chirurgii z chemioterapią czy radioterapii z chemioterapią, jak również wszystkich trzech metod razem, może zapewnić terapeutyczny sukces. Np. w raku piersi centymetrowy guzek to jest praktycznie stuprocentowa wyleczalność. Ale także dzięki temu, że chirurgię połączono z chemioterapią, a później wprowadzono radioterapię, zmniejszając zakres chirurgii i stosując tzw. leczenie oszczędzające. Dzięki temu chirurg może dziś wyciąć mniej zdrowych tkanek, ponieważ jest wspomagany przez radioterapeutę. Zaś dodatkowo także przez chemioterapeutę, który cytostatykiem zabezpiecza cały organizm. Leczenie w onkologii przypomina kanapkę złożoną z wielu warstw, gdzie dopiero całość daje pełny bukiet smaku a nie poszczególne składniki jedzone osobno....

*Myśleć to, co prawdziwe, czuć to, co piękne i kochać, co dobre  
- w tym cel rozumnego życia. (Platon)*





*Nowe metody diagnozy, nowe leki, nowe terapie. Świat pędzi naprzód a postęp wiedzy, także medycznej sprawia, że nieustannie wzrasta nadzieja na wyleczenie, zarówno u osób już chorych, jak i potencjalnie chorych. Także na raka, który jest odpowiedzialny za blisko 30 proc. zgonów Polaków, przy czym pamiętać trzeba, że ok. 20 proc. ludzi umiera na raka niezdiagnozowanego...*

*O tych oraz innych zagadnieniach medycyny onkologicznej mówi w swoim wykładzie dr n. med. Kazimierz Drosik, ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii.*

Kazimierz Drosik

## **Wcelować lekiem w sedno raka (cz.1)**



dr Kazimierz Drosik

Stara to prawda, że lepiej zapobiegać chorobom niż je leczyć i, rzecz jasna, dotyczy ona nie tylko chorób nowotworowych. Postęp wiedzy o czynnikach, które mogą wpływać na zachorowalność na raka, także z dziedziny biologii molekularnej, daje pewne możliwości zapobiegania mu.

Z upływem lat zmieniają się również kierunki terapii onkologicznej. Niegdyś standardem było np. wykonywanie radykalnych, bardzo rozległych zabiegów operacyjnych, które nierzadko prowadziły wręcz do kalectwa. Teraz, przynajmniej w niektórych typach nowotworów, ale także w określonych sytuacjach klinicznych, wykonuje się coraz częściej zabiegi oszczędzające, dające taki sam efekt terapeutyczny. Oczywiście tego typu operacje są bardziej skomplikowane, wymagają innych technik, zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych, ale takie możliwości już są.

Postęp w radioterapii, jeśli idzie o samą wiedzę o promieniowaniu i jego terapeutycznym działaniu, jest jeszcze bardziej znaczący. Już sama

aparatura – a tego, czym onkologia dysponuje dzisiaj nie da się porównać ze sprzętem sprzed 30 lat - pozwala na stosowanie takich technik naświetlania chorego narządu czy nowotworu, które ograniczają działanie promieniowania na tkanki zdrowe. Leczenie staje się coraz bardziej celowane, a to m.in. oznacza, że u chorego można bezpiecznie zastosować wyższe dawki promieniowania przy znacznie mniejszym uszkodzeniu tkanek zdrowych.

Kiedyś leczenie nowotworów opierało się głównie na chirurgii oraz radioterapii; leczenie cytostatykami stanowiło margines. Obecnie w terapii onkologicznej coraz większe znaczenie odgrywa leczenie systemowe, którego bardzo istotnym elementem jest chemioterapia, stosowana na różnych etapach rozwoju choroby. Może być wykorzystana jako metoda samodzielna, bądź skojarzona z radioterapią czy też bezpośrednio z leczeniem chirurgicznym i to zarówno przed, jak i po zabiegu. W tej chwili onkolog kliniczny ma do dyspozycji chemioterapię I, II, III- rzutu, itd., co oznacza, że kiedy jedna terapia cytostatykami przestaje być skuteczna, to można zastosować następną, i jeszcze następną, itd. Wcześniej nie było to możliwe...

W leczeniu systemowym zmienia się pogląd na to, co należy osiągnąć, stosując taką a nie inną terapię. Tzw.

wczesny paradygmat w chemioterapii opierał się na założeniu, że skoro choroba nowotworowa polega na obecności w ustroju komórek nowotworowych zdolnych do tworzenia przerzutów, to celem leczenia powinno być - w miarę możliwości - całkowite zniszczenie wszystkich komórek nowotworowych. To okazało się bardzo trudne czy wręcz niemożliwe, bo nawet, jeśli wskutek terapii w ustroju zmniejszyła się znacznie liczba komórek nowotworowych, to jednak te komórki, które leczenie przeżyły wystarczały, aby chorobę przywrócić z powrotem. Po zastosowaniu konkretnego leku uzyskiwano poprawę, ale gdy po jakimś czasie choroba wracała lub następowała jej progresja, podawano kolejny cytostatyk albo kombinację cytostatyków. Chory miał tak długo szanse na leczenie, jak długo nie zostały wyczerpane wszystkie leki, uznane za skuteczne w danym typie raka.

Jednak cały czas prowadzone były badania z zakresu biologii molekularnej, mające na celu poznanie istoty funkcjonowania komórki zarówno zdrowej, jak i nowotworowej. I kilka lat temu wykazano, że między komórką prawidłową a nowotworową występują pewne istotne różnice nie tylko w budowie morfologicznej, ale również w zakresie przekazywania sygnałów zewnętrznych i wewnętrznych, indukujących lub hamujących różne procesy zachodzące w komórce.

Komórka nie funkcjonuje samodzielnie, lecz w powiązaniu z całym organizmem, który potrafi wzbudzić pewne mechanizmy fizjologiczne, umożliwiając rozwój także, niestety, komórkom nowotworowym. I kiedy

zaczęto te mechanizmy badać okazało się, że każda komórka - i zdrowa, i chora - posiada określone drogi przekazywania sygnałów. Jednak w chorobach nowotworowych komórki są bardziej „podatne” na określone sygnały, a to sprawia, że między innymi częściej dochodzi do podziału komórki.

Zaczęto więc rozważać, czy zablokowanie sygnałów płynących od tkanek prawidłowych do komórek nowotworowych, nie spowoduje powstrzymania rozwoju raka?... I wśród badaczy zaczął dominować inny paradygmat myślenia. Bo o ile poprzednio sądzono, że komórki nowotworowe należy zniszczyć, to obecnie rozważa się również, czy po to, aby przestały się namnażać, nie wystarczy tylko uniemożliwić im dalszego rozwoju?... Nic nie istnieje wiecznie, więc jeśli komórka nie będzie mogła się podzielić, to po pewnym czasie zginie, bo taka jest kolej rzeczy...

Wśród komórek nowotworowych wyróżnić można komórki o większej ekspresji receptorów, za pośrednictwem których przekazywane są określone sygnały. U chorych z dużą liczbą komórek z nadekspresją choroba przebiega bardziej burzliwie, trudniej poddaje się niektórym metodom terapii, powoduje krótsze okresy przeżycia. Zatem zablokowanie tych sygnałów może spowodować, że najbardziej agresywne komórki zostaną tej „zjadliwości” pozbawione i będzie można je łatwiej leczyć.

Omawiane receptory znajdują się w błonie komórkowej i składają się w większości z trzech części - zewnątrzkomórkowej, błonowej i wewnątrzkomórkowej. Przykładem jest

*W życiu chodzi o to, aby uczyć się tak, by inni nie spostrzegli, że się człowiek uczy.* (W. Churchill)



receptor HER 2, występujący w komórkach raka piersi, choć nie tylko. Chorzy u których stwierdza się komórki z nadekspresją tego receptora żyją krócej, bo choroba przebiega u nich szybciej niż u tych bez takiej nadekspresji.

No i wytworzono pewne przeciwciała monoklonalne, które blokują ten receptor. Okazało się, że zastosowanie tego leku spowalnia rozwój choroby, okresy przeżycia są dłuższe, a nawet – co ciekawe – następuje częściowa regresja nowotworu. Czyli lek działa nie tylko wskutek blokowania sygnałów, ale także - podobne jak w tradycyjnej terapii - niszczy komórki rakowe. Skojarzenie tego przeciwciała monoklonalnego z chemioterapią daje jakby podwójny skutek: zmniejsza tempo rozwoju choroby, zwiększając czas przeżycia, oraz częściowo niszczy nowotwór.

Niekiedy mówi się, że leki celowane atakują tylko komórki nowotworowe. Warto jednak pamiętać, że pod względem fizjologii komórka nowotworowa niewiele różni się od prawidłowej. Nie można więc powiedzieć, że lek „celuje” dokładnie w komórkę nowotworową, a więc że nie spowoduje skutków ubocznych. Tego jeszcze nikt nie wymyślił... Ale jeśli tych sygnałów jest w komórce nowotworowej więcej niż w prawidłowej, jeśli idą one jakby innymi drogami, to oczywiście skutek będzie większy w komórce nowotworowej niż prawidłowej. Czyli leczenie może być przez to mniej toksyczne...

Mówiąc w onkologii o leku celowanym ma się na myśli to, że jest on celowany nie w komórkę nowotworową, ale w konkretne w niej miejsce

lub w konkretny, zachodzący w niej proces. I rzeczywiście leki celowane są coraz bardziej skuteczne, hamują proliferację, angiogenezę, przywracając komórce zdolność do apoptozy\*, czyli do zaprogramowanej śmierci. Apoptoza cechuje każdą zdrową komórkę; komórka nowotworowa często jest jej pozbawiona, żyje, bo nie może zginąć, i namnaża się w sposób niekontrolowany. Jednym z celów leczenia onkologicznego jest zatem przywrócenie komórce tej zdolności.

Warto pamiętać, że człowiek nie starzeje się i nie umiera wkrótce po urodzeniu dlatego, że komórki z których się składa jego organizm posiadają zdolność właśnie do apoptozy. Śmierć komórek jest w rzeczy samej bardzo dla nas korzystna, gdyż ich miejsce zajmują nowe, młode komórki. Funkcjonujemy dzięki temu, że większość tkanek ulega regeneracji, podlega nieustannej wymianie. Gdyby stare, zużyte komórki nie były zastępowane przez nowe, ludzie (i nie tylko) wyginęliby w krótkim czasie. Tę zasadę można przenieść np. na populację: gdyby ludzie starzy nie umierali, na Ziemi nie byłoby miejsca dla nowych. Bo wszystko, i w skali makro, i mikro, funkcjonuje na tych samych zasadach...

*(dokończenie wykładu w numerze kwietniowym)*

Kazimierz Drosik

*Dr n. med. Kazimierz Drosik jest ordynatorem Oddziału Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii, konsultantem wojewódzkim ds. onkologii klinicznej.*

**Nigdy nie rozcinaj tego, co można rozwiązać.** (H. Jackson Brown jr )



# KODEKS ZDROWEGO ŻYCIA

## Punkt 2

# Wystrzegaj się otyłości

Otyłość jest udokumentowaną, ważną przyczyną zachorowalności i umieralności. W krajach zachodnich stanowi drugi po paleniu tytoniu czynnik ryzyka rozwoju chorób przewlekłych, zwłaszcza cukrzyca, chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych. W ciągu ostatnich lat w większości krajów Europy odsetek ludzi otyłych (wskaźnik masy ciała tzw. BMI- *body mass index* - jest większy od  $30 \text{ kg/m}^2$ ) gwałtownie rośnie i dotyczy więcej niż 10 proc. populacji Francji, ok. 20 proc. mieszkańców Wielkiej Brytanii, Niemiec a także Polski; w niektórych krajach środkowej Europy więcej niż 30 proc.

Otyłość wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju różnie umiejscowionych nowotworów złośliwych;

przekonujące dane wskazują na raki okrężnicy, piersi (po menopauzie), trzonu macicy, nerki i gruczolakoraka przełyku. Nawet po uwzględnieniu innych czynników, m.in. aktywności fizycznej, ryzyko jest nadal zwiększone. Nadwaga (BMI  $25\text{-}29 \text{ kg/m}^2$ ) w podobny sposób wiąże się z zachorowaniem na wymienione nowotwory, jednak wzrost ryzyka jest mniejszy.

Ryzyko raka okrężnicy zwiększa się w przybliżeniu liniowo wraz ze wzrostem BMI w przedziale  $23\text{-}30 \text{ kg/m}^2$ . U osób o BMI mniejszym lub równym  $30 \text{ kg/m}^2$  ryzyko wzrasta o 50-100 proc., w porównaniu z BMI mniejszym niż  $23 \text{ kg/m}^2$ . Ta zależność wydaje się silniejsza u mężczyzn niż u

kobiet (w badaniach populacyjnych przeprowadzonych przez American Cancer Society, obejmujących około 1,2 mln osób stwierdzono, że w grupie o BMI  $30 \text{ kg/m}^2$  i większym ryzyko raka okrężnicy było większe o 75 proc. u mężczyzn i o 25 proc. u kobiet, w porównaniu z osobami o BMI mniejszym od  $25 \text{ kg/m}^2$ ; wyniki badań sugerują ponadto, że ryzyko nie zależy od



tego, czy nadwaga występowała we wczesnym okresie dorosłości, czy w późniejszym okresie życia).

W ponad 100 badaniach wykazano umiarkowany wzrost ryzyka raka piersi u kobiet po menopauzie mających nadwagę. W badaniach epidemiologicznych obserwowano zwiększenie tego ryzyka w przypadku BMI przekraczającego przeciętnie 24 kg/m<sup>2</sup>. Łączna analiza 8 badań kohortowych, obejmujących około 340 tys. kobiet, wykazała wzrost ryzyka o 30 proc. w przypadku BMI 28 kg/m<sup>2</sup> i większego, w porównaniu z BMI mniejszym od 21 kg/m<sup>2</sup>.

Związek pomiędzy otyłością a rakiem piersi osłabiają następujące czynniki: rodzinne występowanie (*kobiety o większej masie ciała z wiadom zachorowań na raka piersi w rodzinie były obciążone większym ryzykiem niż kobiety o podobnej nadwadze nieobciążone rodzinnie*) oraz stosowanie hormonalnej terapii za-

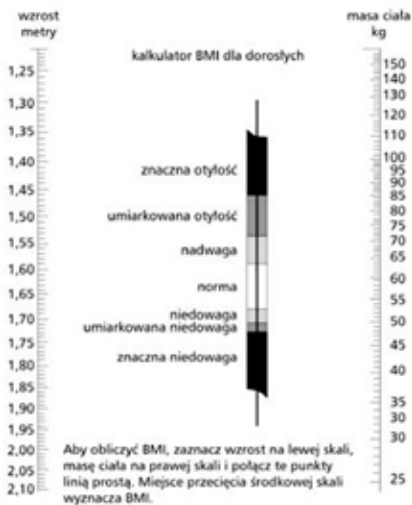
stępcej (*ryzyko raka piersi związane z otyłością jest większe u kobiet, które nigdy nie stosowały HTZ*). Nie stwierdzono natomiast związku między występowaniem raka piersi a otyłością u kobiet przed menopauzą.

Wiele dowodów wskazuje na zależność pomiędzy nadwagą a rakiem trzonu macicy. Ryzyko zachorowania jest 2-3-krotnie większe u kobiet o BMI większym od 25 kg/m<sup>2</sup>, zwłaszcza z otyłością brzuszna. Według niektórych danych ryzyko wystąpienia raka trzonu macicy u kobiet z nadwagą jest podobne u kobiet przed menopauzą i po menopauzie.

Dobrze udokumentowano związek pomiędzy BMI a rakiem nerki (nerkowokomórkowym); korelacja ta jest niezależna od ciśnienia tętniczego. Osoby o BMI 30 kg/m<sup>2</sup> i większym są obciążone 2-3-krotnie większym ryzykiem niż w wypadku BMI mniejszego od 25 kg/m<sup>2</sup>. Zależność ta dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Istnieje również silny związek między nadwagą a gruczolakorakiem dolnej części przełyku i części wpustowej żołądka; u osób o BMI 25 kg/m<sup>2</sup> i większym, ryzyko jest 2-krotnie większe. W łącznej analizie danych z kilku badań stwierdzono słaby związek pomiędzy BMI a rakiem tarczycy.

Dane dotyczące związku otyłości z rakiem pęcherzyka żółciowego są skąpe, ale sugerują prawie 2-krotne zwiększenie ryzyka, szczególnie u kobiet.

Szacuje się, że w Europie Zachodniej otyłość stała się przyczyną rozwoju około 11 proc. raków okrężnicy, 9 - raków piersi, 39 - raków trzonu macicy, 37- gruczolakoraków przełyku, 25 - raków nerki i 24 - raków pęcherzyka żółciowego.



Ryc. 1. Wyczenie wskaźnika masy ciała (body mass index - BMI) na podstawie wzrostu i masy ciała

*Starość posiada te same apetyty co młodość, tylko nie te same zęby.* (M. Samozwaniec)



70 tysięcy zachorowało, blisko 39 tysięcy nie żyje

## Co mówią onkologiczne statystyki?

W kartotece Regionalnego Rejestru Nowotworów w Opolu figuruje 69462 pozycji, oznaczających osoby, dotknięte nowotworami złośliwymi (stan na dzień 31 grudnia 2007r.). Liczba ta oznacza pacjentów wprowadzonych do Rejestru, zameldowanych na terenie województwa opolskiego, u których choroba została zdiagnozowana głównie w latach 1985-2006 a także wcześniejszych. Liczba ta, wynosząca w przybliżeniu ok. 70 tys., mówi zarówno o pacjentach żyjących, jak i już zmarłych (*od stycznia 1985r. do grudnia 2006 r. na nowotwory złośliwe zachorowało ponad 66 tys. mieszkańców Opolszczyzny, ale jeśli dodać jeszcze ok. 3400 osób, które zachorowały w latach 70. wówczas - w pewnym uproszczeniu - można przyjąć, że od lat 70. na nowotwory złośliwe zachorowało w regionie blisko 70 tys. osób.*)

Z danych wynika także, iż z tej blisko 70-tysięcznej grupy żyje ponad 31 tys. osób (zarówno tych zdiagnozowanych przed, jak i po 1985 roku), natomiast zmarło blisko 39 tys. Zastrzeżenie, że są to jednak szacunki, jest niezbędne, albowiem istnieje pewne

„niedorejestrowanie” ze względu na niepełną sprawozdawczość ze strony zakładów służby zdrowia w regionie oraz kraju.

Z obecnej bazy danych RRN w Opolu wynika także, iż w rozbiciu na płeć, z osób, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy, żyje nadal ok. 13,7 tys. mężczyzn i ok. 17,4 tys. kobiet, natomiast osoby, które zmarły z tego powodu, to blisko 22,3 tys. mężczyzn i 16,7 tys. kobiet.

Sam Rejestr w postaci elektronicznej powstał w 1995 roku i od tego czasu jest na bieżąco prowadzony i modyfikowany. Był on także systematycznie uzupełniany o dane pacjentów, którzy zachorowali w latach przed komputeryzacji, czyli w okresie 1985-1994.

System posiada ponadto niektóre informacje dotyczące osób, zdiagnozowanych w latach siedemdziesiątych oraz w pierwszej połowie 80., wprowadzanych na podstawie kart zgłoszenia nowotworów złośliwych (tzw. KZNSZ) a przekazywanych do RRN przez różne zakłady służby zdrowia (z czym różnie, mimo ustawowego obowiązku, bywało i bywa...).

*Śmierć jest rzeczą większą niż słowo, które ją oznacza...* (Jean Rostand)

## Uśmiechnij się

### Twardy sen

*Pracownik pewnej firmy stale spóźniał się do pracy. Kiedy kierownik zagroził mu zwolnieniem, kupił sobie kilka budzików, aby nie zasnąć do pracy. Któregoś dnia obudził się o 8:15; budziki nastawione na 7 rano nie zadzwoniły. Przerażony biegnie do sąsiada - dentysty i mówi:*

*- Rwij pan cztery zęby z przodu i pomaż mi pan twarz krwią! Powiem, że miałem wypadek!*

*Po zabiegu pyta, ile się należy.*

*- 400 złotych*

*- Aż tyle!? Przecież normalnie jest 40 złotych od sztuki!*

*- Tak, ale dzisiaj jest niedziela...*



# Wielkanocne vademecum

Wielkanoc, w nazwie swej nawiązująca do nocnego cudu zmartwychwstania Jezusa, uznawana jest za największe i najbardziej uroczyste obchodzone święto. Poprzedza je czas czterdziestodniowego Wielkiego Postu, zaczynającego się Środą Popielcową, kiedy to głowy wiernych podczas mszy posypywane są popiołem ze spalonych ubiegłorocznych palm wielkanocnych.

Wielki Post jest aktem wiary, postawą pokory wobec woli Boga, czasem, w którym należy oczyścić ciało i duszę. Dawniej miał też podłoże ekonomiczne, bo przypadał na okres przednówka i dotyczący wiernych głód, łatwiej było im znosić, gdy jego uzasadnienie znajdowali w religii.

W czasie postu jadano postny żur, kapustę, chleb, solone i wędzone ryby, suszone owoce. Wyrzekano się palenia tytoniu, picia alkoholu, ustawały zabawy a muzykę i śpiew zastępowała wspólna modlitwa.

Ostatni tydzień Wielkiego Postu rozpoczyna Niedziela Palmowa. Palmami Wielkanocnymi nazwano gałązki wierzby lub leszczyny o rozkwitniętych pąkach, które z czasem zaczęto przystrajać kwiatami i kolorowymi wstążkami. Gałązki ścinano zwykle w Środę Popielcową i wstawiano do wody, by do Niedzieli Palmowej zdążyły się zazielenić.

Tydzień pomiędzy Niedzielą Palmową a Niedzielą Wielkanocną, nazywany Wielkim Tygodniem, jest okresem najważniejszych obrzędów i uroczystości. Poświęcano go także na ostatnie przygotowania do świąt. Gruntowne porządki w domach i obejściach były równie ważne jak oczyszczenie duszy przez spowiedź. Wierziono, że woda, symbol oczyszczenia i zdrowia, zapewnia także odporność na choroby. W Wielki Piątek starym zwyczajem wierni obmywali swoje ciało w strumieniach oraz rzekach.

Wielka Środa – dzień święcenia pól – stanowiła prolog Triduum Paschalnego, czyli trzech ostatnich dni Wielkiego Tygodnia: Wielkiego Czwartku, Wielkiego Piątku i Wielkiej Soboty.

W Wielki Czwartek, upamiętniający Ostatnią Wieczerzę, w kościołach odbywał się obrzęd mycia nóg biednym (tak jak Jezus obmył nogi apostołom), jako znak miłości bliźniego i chrześcijańskiej pokory. W tym dniu zwanym też Cierniowym, na znak żałoby przestają bić dzwony (zostają „zawiazane”).

Wielki Piątek to dzień przygotowywania świątecznych potraw i święconki, ale przede wszystkim dzień żałoby, bez mszy; w całości poświęcony jest liturgii słowa i adoracji krzyża. Odsławiane są symboliczne Groby Chrystusa, organizowane misteria pasyjne, zwane kalwariami, odtwarzające wydarzenia od wjazdu Jezusa do Jerozolimy do ukrzyżowania.

Wielka Sobota to dzień błogosławieństw, święcenia wody i ognia (po poświęceniu ognia i wody uwalniano z więzów dzwony), no i pokarmów, wśród których nie może zabraknąć chleba, który „żywy zstąpił z nieba”, dając światu życie, jajka oraz kolorowych pisanek, symbolu życia i zmartwychwstania, a także baranka, symbolu Chrystusa jako ofiary za grzechy ludzkości. Nie powinno zabraknąć również soli, symbolicznie chroniącej od zepsucia, oraz chrzanu i pieprzu, symboli gorzkich ziół.

Rezurekcja jest zakończeniem Wielkiej Soboty. W dawnych czasach ogłaszana była o północy biciem dzwonów, wystrzałami armat i broni palnej. W czasach współczesnych przeniesiono ją na wczesne godziny Wielkiej Niedzieli.

*Życie bez radości jest jak długa podróż bez gospody.* (Demokryt z Abdery)



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

## Rozwiń swój genialny umysł

### Kto ukradł pieniądze?

W kasynie czterech gości przy trójnożnym stoliku gra w pokera. Stawka jest bardzo wysoka. W pewnym momencie głośno światełło. Gdy po kilkunastu sekundach zostaje ponownie zapalone okazuje się, że nie ma pieniędzy. Gracze spojrzeli po sobie: pierwszy trzymał karty, drugi wkładał papier pod nogę stółka, aby się nie ruszał, trzeci sprawdzał żarówkę, a czwarty zmieniał skarpetki.

Kto ukradł pieniądze?

### Rozwiązanie zagadek z nr 2/2008:

1. Chorym będzie ten mnich, który u 19 pozostałych nie zobaczy na czole czerwonej kropki.

Czyli że musi być na jego czole...

2. Kowalski kupował cyfry np. na dom: „siedem” - jedna cyfra kosztowała 4 zł, 14 czyli „jeden” i „cztery” razem dwie cyfry- 8 zł oraz analogicznie 140

## Uśmiechnij się

### Jak przydzielać obowiązki?

*W zamkniętym pokoju umieścić 400 cegieł.*

*Wpuścić nowo zatrudnionych do pokoju z ceglami, zamknąć drzwi.*

*Zostawić ich samych sobie, wrócić po 6 godzinach.*

*Oceń sytuację:*

*• Jeżeli liczą cegły, dać ich do księgowości.*

*• Jak liczą po raz drugi, dać ich do audytu.*

*• Jak porozrzucali cegły po całym pokoju, dać ich do działu inżynieryjnego.*

*• Jak układają cegły w przedziwnym porządku, dać ich do planowania.*

*• Jak rzucają w siebie ceglami, dać ich do działu obsługi.*

*• Jak śpią, dać ich do działu zabezpieczeń.*

*• Jak pokruszyli cegły na gruz, dać ich do działu informatyki.*

*• Jak siedzą beczynnianie, dać ich do kadr.*

*• Jak mówią, że przetestowali różne kombinacje i szukają dalszych, ale nie ruszyli ani jednej cegły, dać ich do sprzedaży.*

*• Jak już wyszli do domu, dać ich do marketingu.*

*• Jak się gapią przez okno, dać ich do planowania strategicznego.*

*• Jak gadają między sobą, a nie przelożyli ani jednej cegły, pogratulować im i dać ich do zarządu.*

*• Jak się obłożyli ceglami w taki sposób, żeby nie było ich widać ani słyszać - dać ich na listy wyborcze do parlamentu.*



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

**Redaktor naczelna:** Krystyna Raczyńska

**Adres redakcji:** 45-060 Opole, ul. Katowicka 66a, tel. 077 441 60 95, fax 077 441 61 32

**Dyrekcja Opolskiego Centrum Onkologii:** 0-77 441 6001, fax 0-77 441 6003, **Rejestracja:** 0-77 441 6007, 0-77 441 6008, **Izba Przyjęć:** 0-77 441 6010, **Rejestracja Pracowni Diagnostyki Obrazowej:** 0-77 441 6039

**Skład i druk:** Eurocent: 45-372 Opole, ul. Kośnego 70, tel. 077 44 10 777, [biuro@eurocent.opole.pl](mailto:biuro@eurocent.opole.pl)

