

97471

Alma Mater



UNIwersytet Medyczny w Lublinie

NR 1/74

ROK XX

ISSN 1230-0497

STYCZEŃ-MARZEC 2010



Fot. M. Roguski/EP/101

**KATASTROFA LOTNICZA
POD SMOLEŃSKIEM**

**Ofiarom Katynia
oddali hołd z własnego życia**

Z należnymi honorami, godnością i czcią żegnaliśmy ofiary katastrofy pod Smoleńskiem

Z ogromnym żalem i wielkim smutkiem przyjęliśmy wstrząsającą wiadomość o katastrofie lotniczej, w której ponieśli śmierć Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Ś. P. Pan Lech Aleksander Kaczyński wraz z Małżonką Ś. P. Panią Marią Heleną Mackiewicz-Kaczyńską, parlamentarzyści, najwyżsi urzędnicy państwowi, wybitni przedstawiciele polskiego życia politycznego i elit patriotycznych naszego kraju, reprezentanci środowisk kombatanckich, kadry dowódczej Wojska Polskiego, duchowieństwa.

Pełni smutnej zadumy nad ludzkim nieszczęściem, do głębi poruszeni i wstrząśnięci tą tragedią, łączymy się w żałobie z ogarniętymi rozpaczą Rodzinami oraz Bliskimi Osób, które poległy w tej katastrofie, składamy Im wyrazy najszczerzego współczucia, pragniemy oddać najwyższy hołd tragicznie zmarłym, najwybitniejszym przedstawicielom władz państwowych i społeczeństwa polskiego.

Pokój Ich Duszom! Cześć Ich Pamięci!

Zjednoczeni w bólu i rozpacz,
w obliczu tragedii narodowej

Rektor, Senat i Społeczność Akademicka
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Lublin, 10 kwietnia 2010 r.



Fot. Wojciech Śliński



Fot. Ferdinand Ostrop



Fot. Agnieszka...



Fot. Agnieszka Wojnar



Fot. Agnieszka...



Fot. Agnieszka...



STYCZEŃ-MARZEC 2010

Spis treści

Zdrowie publiczne

Leki sieroce
w chorobach rzadkich i ultraradkich ... 18
DR HAB. PIOTR KSIĄŻEK, PROF. NADZW. UM

Działalność naukowo-badawcza

Nowatorska „sztuczna kość” 26
PROF. DR HAB. GRAŻYNA GINAŁSKA

Międzynarodowa konferencja naukowa

W centrum uwagi bioetyka 28
DR N. HUM. BEATA DOBROWOLSKA
DR N. MED. ANNA PILEWSKA-KOZAK

Symposium naukowe

Nowe leki i techniki w onkologii w 2010 r. . . 32
DR N. MED. MAGDALENA SKÓRZEWSKA
DR N. MED. BOGUMIŁA CISEŁ
PROF. DR HAB. WOJCIECH POLKOWSKI

Międzynarodowa konferencja naukowo-szkoleniowa

W pielęgniarstwie idzie nowe... 36
PIOTR JARMOLUK
KATARZYNA KWANTY
DR BEATA DOBROWOLSKA



**Leki sieroce
w chorobach rzadkich
i ultraradkich
str. 18**



**Historia
mikroskopii
elektronowej
str. 63**



**Homo super-sapiens
str. 70**

Konferencja naukowo-szkoleniowa

Trzeci wymiar w radiologii
stomatologicznej 40
DR HAB. INGRID RÓŻYŁO-KALINOWSKA

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu
choroby Parkinsona 44
DR N. MED. BARBARA CHMIELEWSKA

Międzynarodowy kongres naukowy

Pierwszy światowy kongres poświęcony
twardzinie układowej 46
PROF. DR HAB. MARIA MAJDAN
DR N. MED. EWA WIEŁOSZ

Ogólnopolska konferencja naukowa

We wrześniu odbędą się
II Lubelskie Dni Wirusologiczne 50
PROF. DR HAB. MAŁGORZATA POLZ-DACEWICZ

Impreza integracyjna

IX Bal na... 47 chromosomów 52
DR N. FARM. ANNA BOGUĆKA-KOCKA
DR HAB. JANUSZ KOCKI

Fizjoterapia

Siatkówka na siedząco 54
MGR JUSTYNA CHMIEL
MGR KAMIL CHOŁUJ

Epidemiologia

Sytuacja epidemiologiczna
w województwie lubelskim w 2008 r.
Gruźlica 58
LEK. MED. MARIA JASIONOWICZ

Działalność naukowo-badawcza

W Katedrze i Zakładzie Patomorfologii
Klinicznej: Otwarcie zmodernizowanej
Pracowni Mikroskopii Elektronowej ... 60
Historia mikroskopii elektronowej 63
PROF. DR HAB. ELŻBIETA KOROBOWICZ
DR N. MED. AGNIESZKA KOROLCZUK
MGR MARIUSZ MACIEJEWSKI
JOLANTA KILJEK

Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej
Współpraca interdyscyplinarna
szansą na poszerzenie
horyzontów badawczych 68
DR HAB. JAROSŁAW DUDKA

Bioetyka

Homo super-sapiens 70
PROF. DR TADEUSZ TOŁŁOCZKO

Geneza i założenia opieki paliatywnej ... 80
MGR SOCJOL. ARTUR P. TOFIL

Epidemiologia

Grypa 84
DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA

Zdrowie psychiczne

Styl życia – jako nadawanie kształtu
ludzkiej egzystencji (cz. XVI) 90
DR N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA

Opieka społeczna

Upośledzeni umysłowo
w polskim społeczeństwie 98
MGR ZUZANNA SZOPA

Wspomnienia

65 lat nauczania medycyny w Lublinie
Spojrzenie okiem studentki
z lat 1944-1949 102
PROF. DR HAB. BIRUTA FAJROWICZ

Moje okupacyjne drogi i spotkania 110
PROF. DR HAB. IRENA MODZELEWSKA

Jak stracić przyjaciół? 116
PROF. DR HAB. LESZEK SZCZEPAŃSKI

Medycyna na wojazach

Republika Południowej Afryki
– raj na ziemi, do którego
chciałabym jeszcze wrócić... 122
MGR JUSTYNA CHMIEL

III Edycja rajdu rowerowego
dookoła polski z MKT
Od żubra do Kopernika (cz. II) 130
DR N. MED. PIOTR PAPRZYCKI

Studenckie koło naukowe

Glutation
75 lat po określeniu struktury 136
EDYTA LECH
EDYTA WILCZYŃSKA

Duszpasterstwo akademickie

Walka duszy z... psychologią 142
AGNIESZKA ŚMIAŁKO

Łamy doktoranckie

Rajgród, czyli tam gdzie cisza splata się
z naukowym zgiełkiem 144
LEK. DENT. KAROLINA KOSEK-HOEHNE
LEK. DENT. DOMINIK HOEHNE

Szlakiem cudów i objawień (cz. I) 146
AGATA CIURLA

Postępy w analizie chemicznej.
Zastosowania farmaceutyczne
i biomedyczne 150
PIOTR PAWŁOWSKI

Pierwszy studencki LipDub
uczelnicy medycznej w Polsce
– refleksje reżysera 152
MICHAŁ PAULO

Warto pokazywać polską kulturę,
tradycje i obyczaje
Dzień Polski w Uczelni 156
MICHAŁ PAULO

Porozmawiajmy na temat gruźlicy... 158
DOROTA JĘDRYSIK

Wiosenne Zgromadzenie Delegatów
IFMSA-Poland 160
JUSTYNA FILIPIUK
MATEUSZ BILSKI

I Ogólnopolski Dzień Szczepień 164
KAROL UNIFANTOWICZ
JAROMIR OGNIK

Breaking the silence 166
KAROL UNIFANTOWICZ

III Ogólnopolska Konferencja PTSS 168
JOANNA FILIPIUK

IADS mid-year meeting
Międzynarodowe spotkanie
studentów stomatologii 170
LEK. DENT. ANETA FILIPIUK
JOANNA FILIPIUK

Akcja IFMSA
Równouprawnienie w walce o zdrowie... 174
EWA BIAŁEK
ANETA SZAFRANIEC

Warsztaty tematyczne:
Narzędzia monitorowania procesu
rehabilitacji oraz nowoczesne metody
diagnostyki funkcjonalnej 176
MGR JUSTYNA CHMIEL
MGR KAMIL CHOŁUJ

Uśmiech za uśmiech
dar serca za dar serca 180
JUSTYNA FILIPIUK
MATEUSZ BILSKI

Nowa era szkoleń rozpoczęta (TSS) 182
MAGDALENA PLATA

Warsztaty szycia chirurgicznego 184
ANNA REKAS
KAROL UNIFANTOWICZ
JAROMIR OGNIK

Sport akademicki

II Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych
w Futsalu Mężczyzn
Złoty Lublin 186
JOANNA FILIPIUK

Studencka wyprawa z AZS-em 188
JOANNA FILIPIUK

Pro memoria

prof. Leszek Wdowiak 190
dr Janina Fetlińska 194
mgr farm. Sabina Jakiel 195

Jak nas widzą, tak nas piszą 196-203
Co piszą inni? 204-213



**Jak stracić przyjaciół?
Jest wiele sposobów...
str. 116**



**RPA – raj na ziemi,
do którego chciałabym
jeszcze wrócić..
str. 122**

Z PRAC I POSIEDZEŃ SENATU

▼ Uchwała Nr CLXV/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie zmiany nazwy Kliniki Hematologii
i Onkologii Dziecięcej w strukturze organizacyjnej
II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym

▼ Uchwała Nr CLXVI/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie wyrażenia zgody na zmiany w strukturze
organizacyjnej Katedry i Zakładu Anatomii
Prawidłowej Człowieka

▼ Uchwała Nr CLXVII/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie wyrażenia zgody na zmiany w strukturze
organizacyjnej Katedry Nauk Humanistycznych

▼ Uchwała Nr CLXVIII/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie wyrażenia zgody na zmiany w strukturze
organizacyjnej Katedry Rozwoju Pielęgniarstwa

▼ Uchwała Nr CLXIX/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie prowadzenia na Wydziale Pielęgniarstwa i Na-
uk o Zdrowiu kształcenia na kierunku zdrowie publiczne

▼ Uchwała Nr CLXX/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie powołania członków Rady Społecznej
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

▼ Uchwała Nr CLXXI/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie powołania członków Rady Społecznej
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

▼ Uchwała Nr CLXXII/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie powołania członków Rady Społecznej
Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Antoniego Gębali
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



COLLEGIUM NOVUM WŁASNOŚCIĄ UCZELNI

Budynek jest nasz

Kilkumiesięczna batalia o uzyskanie prawa własności do budynku Collegium Novum zakończyła się sukcesem. Miasto sprzeda budynek Uczelni za 99,9 proc. wartości, z bonifikatą.

Kiedy już wydawało się, że budynek – mocą stosownej uchwały rady miasta o darowiźnie na rzecz Uniwersytetu Medycznego – jest nasz, prawnicy wojewody lubelskiego znaleźli wadę prawną. Radni postanowili więc przekazać Uczelni budynek na zasadzie sprzedaży.

Powstałe kontrowersje wzbudziły niemałe zdumienie, a nawet sprzeciw prawników nie związanych z administracją państwową. W okresie transformacji ustrojowej, od Bałtyku po Tatry, jednostki administracji rządowej i pozarządowej przekazywały na rzecz różnych instytucji, organizacji, podmiotów pożytku publicznego rozmaite budynki, gmachy, szkoły i nikt nie kwestionował tych procedur. Nigdy dotąd nie powstał tak wielki spór, jak terazniejszy w Lublinie. Gdyby więc myśleć kategoriami oponentów wobec pierwotnego planu i uchwały rady miasta Lublin należałoby obecnie zrewidować wszystkie dotychczasowe

decyzje w sprawie przekazania nieruchomości niezabudowanych i zabudowanych poczynionych w imię dobra publicznego. Spór zakończył się pomyślnie dla Uczelni. Ta decyzja to ogromny sukces w naszych wytrwałych staraniach – mówi JM Rektor **prof. Andrzej Książek**. Będziemy mogli wreszcie sięgnąć po środki unijne na remont budynku rektoratu, który jest w fatalnym stanie. Myślimy o termomodernizacji, wymianie okien, drzwi zewnętrznych, przebudowie systemów grzewczych, zamontowaniu klimatyzacji i wentylacji, oraz zainstalowaniu ogniw solarowych, które dzięki wykorzystaniu odnawialnych źródeł energii przyniosą duże oszczędności w opłatach za energię cieplną i elektryczną. Pragnę raz jeszcze podziękować radnym za ten wspianolomyślny gest dobrej woli, a sojusznikom naszej batalii o budynek za słowa zachęty do nieustępliwości.

(MAW)

WYMIANA NAUKOWCÓW I STUDENTÓW

Będziemy współpracować z Japończykami

Obiecująco zapowiada się współpraca z uczelniami japońskimi. Ostatnio została podpisana umowa o współpracy z Hamamatsu University School of Medicine.



W imieniu lubelskiego Uniwersytetu Medycznego podpisał ją JM Rektor **prof. Andrzej Książek**, zaś ze strony Uniwersytetu Hamamatsu **prof. Yukio Moide** – prorektor ds. współpracy międzynarodowej.

Parafowane porozumienie zakłada prowadzenie wymiany naukowej mającej na celu promowanie współpracy i wzajemnych kontaktów w zakresie edukacji i nauki między obiema uczelniami. W umowie

czytamy, że obie uczelnie zobowiązują się do: wymiany instruktorów, naukowców i studentów, ustanowienia współpracy naukowej, wymiany materiałów naukowych, publikacji i informacji. **Prof. Kazimierz Głowniak** – prorektor ds. współpracy międzynarodowej i szkolenia podyplomowego, któremu uczelnia zawdzięcza ożywienie kontaktów międzynarodowych trzy lata temu skierował na stypendium do Japonii swą asystentkę **dr Agnieszkę**

Ludwiczuk, która stała się ambasadorem naszej Uczelni w kraju kwitnącej wiśni. Dr A. Ludwiczuk zrobiła ogromnie dużo dla nawiązania tej współpracy – mówi prof. Kazimierz Głowniak, uczestniczyła w Dniu Polskim organizowanym przez ambasadę polską w Tokio i odbywających się tam targach edukacyjnych. Zainteresowanie naszą

Uczelnią zaczęło się właśnie tam, na targach edukacyjnych. W najbliższym czasie podpiszemy kolejną umowę z Japończykami. Tym razem z Tokushima University, a ściślej mówiąc z Wydziałem Farmaceutycznym uczelni, w której pracowała dr Agnieszka Ludwiczuk, natomiast jesienią tego roku planujemy nawiązanie współpracy z jednym z uniwersytetów tokijskich – zapewnia prof. Kazimierz Głowniak.

WŁODZIMIERZ MATYSIAK



国立大学法人
浜松医科大学

HAMAMATSU UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

▼ Uchwała Nr CLXXIII/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie wyrażenia zgody na obciążenie hipoteką nieruchomości Uniwersytetu Medycznego w Lublinie użytkowanej przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

▼ Uchwała Nr CLXXIV/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie zmian w Statucie Stomatologicznego Centrum Klinicznego w Lublinie

▼ Uchwała Nr CLXXV/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie wyrażenia zgody na przystąpienie Uniwersytetu Medycznego w Lublinie do Sieci Naukowej „Opracowanie standardu diagnostyki i leczenia nowotworów ośrodkowego układu nerwowego oraz stworzenie ich regionalnego rejestru w oparciu o materiał trzech ośrodków akademickich”

▼ Uchwała Nr CLXXVI/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 27 stycznia 2010 roku

w sprawie zmian w Statucie Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie

▼ Uchwała Nr CLXXVIII/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 24 marca 2010 r.

w sprawie wyrażenia zgody na rozwiązanie stosunku pracy za wypowiedzeniem z nauczycielem akademickim zatrudnionym na stanowisku asystenta z powodu nie uzyskania stopnia naukowego doktora w okresie mianowania

▼ Uchwała Nr CLXXIX/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 24 marca 2010 roku

w sprawie skutków finansowych dla uczelni wyższych wynikających z art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 o finansach publicznych

▼ Uchwała Nr CLXXX/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 24 marca 2010 roku

zmieniająca Uchwałę Nr CXCVI/2008 w sprawie wprowadzenia Uczelnianego Systemu Zarządzania Jakością Kształcenia w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie

▼ Uchwała Nr CLXXXI/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 24 marca 2010 roku

w sprawie utworzenia kierunku „inżynieria biomedyczna” na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych pierwszego stopnia prowadzonych wspólnie przez Poli-

Z PRAC I POSIEDZEŃ SENATU

technikę Lubelska i Uniwersytet Medyczny w Lublinie i zatwierdzenia regulaminu tych studiów

▼ Uchwała Nr CLXXXII/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 24 marca 2010 r.

w sprawie wyrażenia zgody Senatu na dodatkowe zatrudnienie prof. dr hab. Ryszarda Maciejewskiego – Prorektora ds. Nauki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

▼ Uchwała Nr CLXXXIII/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 24 marca 2010 roku

w sprawie specjalności w ramach kierunku zdrowie publiczne studia I stopnia na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

▼ Uchwała Nr CLXXXIV/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 24 marca 2010 roku

w sprawie zatwierdzenia składu Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

▼ Uchwała Nr CLXXXV/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 24 marca 2010 roku

w sprawie ustalenia warunków i trybu rekrutacji na studia doktoranckie w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie na rok akademicki 2011/2012

▼ Uchwała Nr CLXXXVI/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 24 marca 2010 roku

w sprawie zmiany Statutu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

▼ Uchwała Nr CLXXXVII/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 24 marca 2009 roku

w sprawie określenia wydziałowych jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

▼ Uchwała Nr CLXXXVIII/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 24 marca 2010 roku

w sprawie wyrażenia zgody na sprzedaż gruntu pod stację transformatorową

▼ Uchwała Nr CLXXXIX/2010

Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 24 marca 2010 roku

w sprawie uchylecia Uchwały Nr LXXXV/2006 Senatu Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie z dnia 15 września 2006 roku w sprawie zatwierdzenia otwarcia tytułu inwestycyjnego pod nazwą „Rozbudowa Centrum Dydaktyczno-Rehabilitacyjnego Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie”

Prof. A. Drop wyróżniony podczas gali Forum Biznesu

Profesor Andrzej Drop - prorektor do spraw klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, kierownik I Zakładu Radiologii Lekarskiej – został wyróżniony za stworzenie jednej z najlepszych baz diagnostycznych w polskim lecznictwie.



Prof. Andrzej Drop

4 grudnia 2009 roku w Centrum Kongresowym Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie odbyło się Biznes Forum 2009 i Gala Stowarzyszenia Lubelski Klub Biznesu. Podczas spotkania, w którym udział wzięło 400 gości: członkowie Stowarzyszenia, przedstawiciele władz samorządowych i administracyjnych województwa lubelskiego, przedstawiciele dyplomacji, mediów, organizacji okołobiznesowych, przedsiębiorcy, artyści i inni honorowi goście, kilkunastu szczególnie zasłużonym dla lubelskiego biznesu wręczono laury i wyróżnienia. Przyznano kilka tytułów hono-

rowych „Lubelski Ambasador Biznesu” oraz wyróżnień.

Bardzo wysoko oceniono wysiłki prof. Andrzeja Drop w stworzeniu jednej z najlepszych w Polsce baz diagnostycznych oraz udział w kreowaniu nowoczesnej bazy diagnostycznej na Lubelszczyźnie, a szczególnie sieci telerradiologii, dzięki której możliwa jest szybka komunikacja pomiędzy klinicznym centrum diagnostycznym oraz radiologami pracującymi w szpitalach terenowych m. in. w Radomiu, Tomaszowie Lubelskim, Łukowie, Biłgoraju. Ambicją profesora Andrzeja Dropa jest rozwój nie tylko telerradiologii, lecz także telemedycyny – nowej gałęzi diagnostyki koncentrującej kilka specjalności medycznych, która przebojem wchodzi do lecznictwa w krajach europejskich.

Mamy ogromną szansę – mówi prof. Andrzej Drop – aby stworzyć w województwie lubelskim, taką interdyscyplinarną, nowoczesną sieć komunikacji diagnostów, która znacznie usprawniłaby rozpoznawanie chorób.

W.M.





**UMOWA O WSPÓŁPRACY
POMIĘDZY UM I III LO IM. UNII LUBELSKIEJ**

Pomożemy licealistom ugruntować wiedzę

Uczelnia podpisała porozumienie z III Liceum Ogólnokształcącym im. Unii Lubelskiej w Lublinie dot. pomocy licealistom w ugruntowywaniu wiedzy. Uczniowie III LO im. Unii Lubelskiej w Lublinie zainteresowani funkcjonowaniem ciała człowieka, a w przyszłości podjęciem studiów medycznych będą mogli rozwijać swe pasje pod okiem pracowników naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Umowę o współpracy parafowali prorektor ds. nauki **prof. dr hab. Ryszard Maciejewski** i kanclerz **mgr Ewa Abramek** oraz dyrektor Liceum **mgr Anna Suszyna**. Przedmiotem porozumienia jest przeprowadzenie zajęć w ramach bloku tematycznego z zakresu biologii człowieka dla klas o profilu biologiczno-chemicznym oraz dla kandydatów na studia medyczne. Zajęcia miałyby na celu: zapoznanie uczniów ze strukturą i funkcjonowaniem ciała człowieka, przedstawienie podstaw anatomii i fizjologii z wykorzystaniem najnowszych technik audiowizualnych, obrazowania i diagnostyki medycznej oraz przygotowanie uczniów do efektywnego rozwiązywania testów egzaminacyjnych. Przewidywane są rozmaite formy prowadzenia zajęć: lekcja, nauka



oparta na analizowaniu przypadków medycznych, rozwiązywanie testów, e-learning. Zajęcia realizowane będą zgodnie z programem rozszerzonym biologii w wymiarze 13 godzin, zgodnie z podstawą programową określoną w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej. Zajęcia będą się odbywać w Pracowni Biostruktury Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej oraz w I Zakładzie Radiologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

W. MATYSIAK

▼ Uchwała Nr CXCV/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 24 marca 2010 roku**

w sprawie zmiany Uchwały Nr CII/2009 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 24 czerwca 2009 roku w sprawie wyrażenia zgody na współfinansowanie projektu pod tytułem „Przebudowa centrum innowacyjnych technologii nanobiomedycznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie” zmienionej Uchwałą Nr CLII/2009 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 9 grudnia 2009 roku.

▼ Uchwała Nr CXCI/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 24 marca 2010 roku**

zmieniająca uchwałę Nr CCVII/2008 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z dnia 30 kwietnia 2008 roku zmienioną Uchwałą Nr CLXXII/2007 Senatu z dnia 29 grudnia 2007 roku w sprawie zatwierdzenia tytułu inwestycyjnego określonego w koncepcji architektonicznej pod nazwą „Modernizacja i rozbudowa Stomatologicznego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Lublinie”

▼ Uchwała Nr CXCVII/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 24 marca 2010 roku**

w sprawie wyrażenia zgody na odpłatne przekazanie gruntu na rzecz Miasta Lublin

▼ Uchwała Nr CXCVIII/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 24 marca 2010 roku**

w sprawie wyrażenia zgody na przekształcenie Samodzielnej Pracowni Ratownictwa Medycznego w Pracownię Ratownictwa Medycznego

▼ Uchwała Nr CXCVI/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 24 marca 2010 roku**

w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy z Uniwersytetem Przyrodniczym w Lublinie na wykonywanie zadań naukowo – badawczych

▼ Uchwała Nr CXCV/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 24 marca 2010 roku**

w sprawie wyrażenia zgody na przystąpienie Uniwersytetu Medycznego w Lublinie do sieci naukowej i koordynację przez Katedrę Radiologii projektu w ramach tzw. „Polskiej Mapy Drogowej” pt. „Centrum wczesnej diagnostyki zaburzeń zakrzepowo – zatorowych ze szczególnym uwzględnieniem zatorowości płucnej”

Wprowadzenia znaków graficznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

▼ Zarządzenie Nr 35/2010
Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 3 marca 2010 roku
w sprawie wprowadzenia Znaków graficznych Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie



Znak graficzny w kształcie koła z wizerunkiem kobiety i mężczyzny, stosowany w działalności krajowej Uniwersytetu



Znak graficzny w kształcie koła z wizerunkiem trzech twarzy, stosowany w działalności międzynarodowej Uniwersytetu

Na podstawie art. 66 ust. I Ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164 poz. 1365 ze zm.), zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Wprowadza się do używania następujące znaki graficzne Uniwersytetu Medycznego w Lublinie:

1) znak graficzny czarno-biały w kształcie koła z wizerunkiem kobiety i mężczyzny, którego wzór stanowi Załącznik Nr 1 do niniejszego Zarządzenia,

2) znak graficzny czarno-biały w kształcie koła z wizerunkiem trzech twarzy, którego wzór stanowi Załącznik Nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

2. Wprowadzenie nowych znaków graficznych UM w Lublinie ma na celu popularyzowanie Uczelni w kraju i za granicą i nie zastępuje godła określonego w Statucie Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

§ 2.

Znaki graficzne, o których mowa w § 1 ust. 1 mogą być stosowane we wszystkich nowych przedsięwzięciach Uczelni, przy czym zaleca się aby:

1) znak graficzny w kształcie koła z wizerunkiem kobiety i mężczyzny był stosowany w działalności krajowej Uniwersytetu,

2) znak graficzny w kształcie koła z wizerunkiem trzech twarzy był stosowany w działalności międzynarodowej Uniwersytetu.

§ 3.

Przewiduje się wykorzystanie znaków graficznych w korespondencji oraz działalności promocyjnej Uczelni.

§ 4.

1. Wielkość i kolorystyka znaków graficznych może być dostosowana do barw przypisanych poszczególnym Wydziałom Uniwersytetu (karminowy, karminowy z granatowym obrzeżem, ciemna zieleń, ciemny błękit).

2. Wzory znaków graficznych dostępne są na stronie internetowej pod adresem:
www.umlub.pl/godlo_i_znaki_graficzne_um_id_7070.html

§ 5.

Użytkownicy znaków graficznych mogą wnioskować do Kanclerza o wyrażenie zgody na inne niż opisane w § 2 zastosowanie znaków.

§ 6.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Rektor
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Prof. dr hab. Andrzej Książek

Nominacje profesorskie

Ostatnio Prezydent RP Lech Kaczyński wręczył akty nadania tytułu naukowego profesorowi kilkunastu nauczycielom akademickim i pracownikom nauki.

Miło nam zakomunikować, że w gronie nominowanych znaleźli się: **prof. dr hab. Artur Czekierdowski** – pracownik naukowy I Katedry i Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii, **prof. dr hab. Jarogniew Łuszczki** – pracownik naukowy Ka-

tedry i Zakładu Patofizjologii, **prof. dr hab. Kazimierz Pasternak** – kierownik Katedry i Zakładu Chemii Medycznej, **prof. dr hab. Andrzej Semczuk** – pracownik naukowy II Katedry i Kliniki Ginekologii, **prof. dr hab. Piotr Tutka** – pracownik naukowy Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej.

Składamy Panom Profesorom serdeczne gratulacje!



Prof. Kazimierz Pasternak – kierownik Katedry i Zakładu Chemii Medycznej otrzymuje z rąk prezydenta Lecha Kaczyńskiego dyplom honorujący otrzymanie tytułu profesorskiego



Prezydent RP Lech Kaczyński wręcza akt nominacji profesorskiej prof. dr hab. Jarogniewowi Łuszczkiemu – pracownikowi naukowemu Katedry i Zakładu Patofizjologii

Dr M. Olajossy odznaczony medalem Lubelskiej Izby Lekarskiej

Lubelska Izba Lekarska wyróżnia corocznie najwybitniejszych przedstawicieli stanu lekarskiego.



Lekarze nominowani przez kapitułę, której przewodniczy kanclerz **dr Witold Fijałkowski**, otrzymują corocznie wyróżniający na prestiżu medal, w dowód uznania dla ich dokonań oraz postawy życiowej, która może być drogowskazem dla innych. Z radością i satysfakcją informujemy, że jednym z wyróżnionych jest **dr n. med. Marcin Olajossy** – pracownik na-

ukowy Katedry i Kliniki Psychiatrii UM w Lublinie, który otrzymał ten medal 27 marca br. podczas XXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Lublinie. Doktor Marcin Olajossy zdobył uznanie środowiska lekarskiego, jako doskonały lekarz psychiatra, cieszący się szacunkiem koleżanek i kolegów. Gratulujemy!

(red.)

PLEBISCYT KURIERA LUBELSKIEGO

Kurier

Prof. B. Leszczyńska-Gorzelał Lublinianką Roku

Ogromny sukces odniosła prof. Bożena Leszczyńska-Gorzelał – pracownik naukowy Katedry i Kliniki Późniactwa i Perinatologii – w dorocznym plebiscycie Kuriera Lubelskiego na Lubliniankę Roku.

Czytelnicy popularnej gazety wybierali Lubliniankę z grona 10 pań, których sylwetki zaprezentował Kurier zachęcając do głosowania. Pani profesor pokonawszy rywalki zdobyła w plebiscycie największe uznanie Lublinian, jej nazwisko znalazło się w rankingu popularności na pierwszym miejscu.

Tytuł Lublinianki Roku od dwudziestu kilku lat przyznają czytelnicy „Kuriera Lubelskiego”. W tegorocznym plebiscycie napłynęło do redakcji sześć tysięcy kuponów, na których wyrażano poparcie dla poszczególnych kandydatek. Składamy Pani Profesor serdeczne gratulacje!

W.M.

Nowe władze Porozumienia Doktorantów

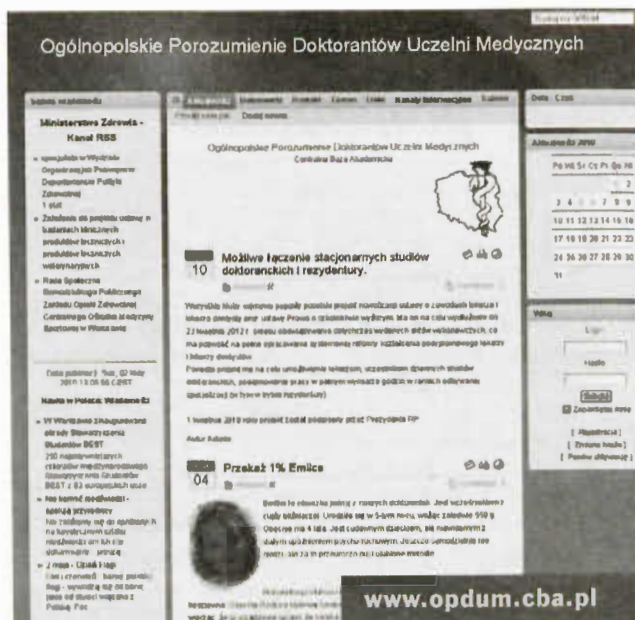
Podczas X Krajowego Zjazdu Doktorantów w Rajgradzie odbyło się Walne Posiedzenie przedstawicieli Ogólnopolskiego Porozumienia Doktorantów Uczelni Medycznych (OPDUM).

Medycy dokonali podsumowania mijającego roku, wysłuchali sprawozdania z działalności ustępującego Zarządu, które wygłosił Przewodniczący OPDUM **lek. Piotr Wiczorek** (Śląski Uniwersytet Medyczny) oraz przegłosowali absolutorium dla ustępującego Zarządu.

Dokonano wyboru nowych władz na kadencję 2010/2011 w składzie: Przewodniczący: **lek. Daniel Morończyk** (Warszawski Uniwersytet Medyczny), wiceprzewodnicząca: **lek. dent. Karolina Kosek-Hoehne** (Uniwersytet Medyczny w Lublinie), wiceprzewodniczący: **lek. Piotr Gościniwicz** (Śląski Uniwersytet Medyczny).

Po raz kolejny doktoranci uczelni medycznych obdarzyli zaufaniem Przewodniczącą Samorządu Doktorantów w Lublinie, przedłużając jej

mandat w Zarządzie. Uczestnicy Walnego Posiedzenia przypomnieli najważniejsze kierunki działań. **Paweł Chomiak** (CM UJ Kraków) przedstawiciel doktorantów w organizacji ORPHEUS skupiającej uczelnie medyczne przedstawił zebranym plany działania w związku z procesem bolońskim. Przypomniał, iż głównym zadaniem ORPHEUS'a jest stworzenie programu standaryzacji studiów doktoranckich w środowisku medycznym. Zarząd podjął decyzję o kontynuacji dotychczasowych działań oraz rozwiązywaniu ewentualnych nowych problemów doktorantów uczelni medycznych. Zobowiązał się do bieżącego śledzenia prac nad nowelizacją ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym oraz ustawy o Zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz negocjowania zmian



w przepisach korzystnych dla doktorantów medycznych. Powołano do życia komisje poszczególnych grup zawodowych w zakresie medycyny, w celu ustalenia możliwości nawiązania interdyscyplinarnej współpracy. Utworzono nową szatę graficzną strony Porozumienia działającej pod adresem: www.opdum.cba.pl

oraz forum na którym umieszczane będą informacje dotyczące działalności OPDUM, jak również branży medycznej. Wszystkich doktorantów uczelni medycznych zachęcamy do zgłaszania nowych pomysłów oraz problemów z którymi spotykają się na swoich uczelniach.

LEK. DENT. DOMINIK HOEHNE

Samorząd Doktorantów – kadencja 2009/2010

Aktualny rok akademicki zapoczątkował wiele zmian dla doktorantów naszej Uczelni.

Wprowadzenie podziału Studiów Doktoranckich na wydziały, związane jest nie tylko ze zmianami administracyjnymi, ale również z powołaniem nowych Kierowników Studiów Doktoranckich. **Prof. dr hab. Sylwia Fidecka**, od wielu lat Kierownik Studiów Doktoranckich w UM, objęła obecnie to stanowisko na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej, pozostając równocześnie Kierownikiem dla doktorantów lat II-IV. Na I Wydziale Lekarskim z Oddziałem Stomatologicznym opiekę nad doktorantami powierzono **prof. dr hab. Kazi-**

mierzowi Pasternakowi, natomiast na II Wydziale Lekarskim z Oddziałem Anglojęzycznym **prof. dr hab. Elżbiecie Pac-Kożuchowskiej**.

Doktoranci naszej uczelni rozpoczęli rok akademicki od podsumowania działań Samorządu kadencji 2008/2009, przyjęcia sprawozdania przygotowanego przez Rewidenta oraz dokonali wyboru nowych władz. W skład nowego Zarządu wchodzi: **lek. dent. Karolina Kosek-Hoehne** – Przewodnicząca Samorządu Doktorantów, **mgr Dorota Plewik** – Wiceprzewodnicząca, **mgr Radosław Mlak** – Sekretarz, **lek. dent. Dominik Hoeh-**

ne – Przewodniczący Komisji ds. Informacji, **mgr Katarzyna Muzycka** – Przewodnicząca Komisji ds. Nauki, **lek. med. Michał Jaśkiewicz** – Rewident. W celu ułatwienia kontaktów z Dziekanatami oraz zachowania owocnej współpracy między władzami Uczelni i Samorządem Doktorantów, z pośród doktorantów I roku wyłoniono przedstawicieli poszczególnych wydziałów, zostali nimi: **lek. dent. Jan Wallner** – I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym, **mgr Radosław Mlak** – II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym, **mgr Kinga Skrzypek** – Wydział Farma-

ceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej, **mgr Agnieszka Kowalska** – Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu.

Nowe władze zobowiązały się do kontynuacji współpracy z Ogólnopolskim Porozumieniem Doktorantów Uczelni Medycznych oraz Lubelskim Porozumieniem Doktorantów. Podjęte zostały już działania mające na celu integrację środowiska doktorantów lubelskich uczelni wyższych. Mamy nadzieję, iż zaowocują one wspólną konferencją naukową oraz kolejnym III już Balem Doktoranta.

MGR DOROTA PLEWIK

SAMORZĄD DOKTORANTÓW

Korzystne zmiany

Od października bieżącego roku akademickiego zmianie uległy stawki stypendiów doktoranckich. Odpowiednie starania w tej kwestii zostały podjęte przez Samorząd Doktorantów jeszcze w ubiegłym roku akademickim.

Dzięki przychylności JM Rektora **prof. dr hab. Andrzeja Książka** stypendia doktoranckie zostały zwiększone, z minimalnej stawki gwarantowanej ustawowo 1050 zł wypłacanej w poprzednich latach. Obecnie wynoszą na I roku studiów – 1150 zł, na II roku studiów – 1250 zł oraz 1450 zł na III i IV roku. Doktoranci wykazujący największe zaangażowanie w pracę naukową i dydaktyczną otrzymują stypendia naukowe. Dzięki zaangażowaniu nowej przewodniczącej Komisji Ekonomicznej **mgr Doroty Plewik** uległy zwiększeniu stawki zarówno stypendium socjalnego z dodatkiem na wyżywienie, jak i za wyniki w nauce. Aktualne stawki dostosowane są do znowelizowanych przepisów i maksymalnie wynoszą odpowiednio: 700 zł i 500 zł. Z inicjatywy Przewodniczącego Komisji ds. Informacji **lek. dent. Dominika Hoehne** oraz za zgodą władz możliwe było po raz pierwszy w historii Naszej Uczelni objęcie zainteresowanych Doktorantów polisą NNW.

W styczniu 2010 roku odbyło się spotkanie Prorektora ds. Współpracy z Zagranicą i Szkolenia Podyplomowego **prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka** z Kierownikami Studiów Doktoranckich oraz z Przedstawicielami Samorządu Doktorantów. Celem spotkania było omówienie propozycji zmian w uczelnianych przepisach dotyczących doktorantów oraz rozpoczęcie

prac legislacyjnych nad nowym Regulaminem Studiów Doktoranckich. W przygotowanej propozycji Regulaminu Studiów Doktoranckich uwzględnione zostały sugestie przesłane przez doktorantów za pośrednictwem ankiety umieszczonej na stronie Samorządu Doktorantów.

Zmiany organizacyjne w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie spowodowały, zmniejszenie ilości godzin dydaktycznych w niektórych jednostkach. Część doktorantów nie ma możliwości odbycia praktyk zawodowych w formie samodzielnego prowadzenia zajęć ze studentami w wymiarze 90 godzin rocznie, do czego zobowiązuje ich Regulamin Studiów Doktoranckich. W trosce o Koleżanki i Kolegów Doktorantów Samorząd podjął starania w celu rozwiązania zaistniałego problemu. Dzięki wyrozumiałości i przychylności ze strony Prorektora ds. Współpracy z Zagranicą i Szkolenia Podyplomowego **prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka** oraz Prorektora ds. Kształcenia **prof. dr hab. Jacka Rolińskiego** od obecnego roku akademickiego doktoranci prowadzący zajęcia ze studentami w katedrach i zakładach w których istnieją niedobory godzin dydaktycznych, będą mogli uzupełnić brakujące godziny w formie uczestnictwa w prowadzeniu zajęć.

MGR DOROTA PLEWIK
LEK. DENT. KAROLINA KOSEK-HOEHNE
LEK. DENT. DOMINIK HOEHNE

W KLINICE KARDIOLOGII

Warsztaty kardiologii interwencyjnej

W dniach 19-20 marca 2010 r. w Klinice Kardiologii UM w Lublinie odbyły się warsztaty kardiologii interwencyjnej pt. „The 1st CTO International Meeting in Lublin”.

Obrady otworzyli Kierownik Kliniki Kardiologii **prof. dr hab. Andrzej Wysokiński** oraz **dr hab. Jarosław Wójcik**, który następnie wraz z zaproszonymi z Japonii, Grecji, Niemiec i Włoch gośćmi omawiał na żywo transmitowane z Pracowni Hemodynamiki lubelskiej Kliniki unikalne zabiegi na naczyniach wieńcowych. Wykonywane przez **profesorów Masahisa Yamane** (Japonia), **Georgiosa Sianos** (Grecja), **Geralda S. Wernera** (Niemcy) i **Alfredo R. Galassiego** (Włochy) pokazowe rekanalizacje starych, zwłókniałych, przetrwałych okluzji naczyni wieńcowych drogą wsteczną, poprzez krążenie oboczne należą do zabiegów

o najwyższej klasie trudności. Dzięki teletransmisji na salę wykładową im. Mieczysława Kędry SPSK nr 4 w Lublinie, unikalne zabiegi obserwowane były przez 70 lekarzy z całej Polski zajmujących się kardiologią interwencyjną. Od kilku miesięcy rzeszone zabiegi są także wykonywane w lubelskim ośrodku. Skuteczna rekanalizacja przewleklego zamknięcia tętnicy wieńcowej poprawia czynność lewej komory serca, zmniejsza nasilenie objawów duszniczy bolesnej, a niektóre badania wykazują, że ma także wpływ na wydłużenie czasu przeżycia chorych.

PROF. DR HAB. ANDRZEJ WYSOKIŃSKI

NARESZCIE!

Lubelscy medycy najlepiej napisali LEP

Po latach niepowodzeń, marzeń o poprawie lokaty naszych absolwentów w Lekarskim Egzaminie Państwowym wreszcie jest sukces. I to jaki – pierwsze miejsce w klasyfikacji ogólnopolskiej.

W tegorocznej wiosennej edycji LEP-u, który odbył się 20 lutego absolwenci obu wydziałów lekarskich zdecydowanie wypadli najlepiej. Znakomity wynik uzyskała **Anna Bodajko-Grochowska**, wśród 205 zdających lekarzy – zgromadziła 86,5 proc. poprawnych odpowiedzi. Druga lokata przypadła Pomorskiej Akademii Medycznej, natomiast trzecia Collegium Medium UJ. Na ostatnim miejscu spośród 11 sklasyfikowanych

uczelnia znalazł się białostocki Uniwersytet Medyczny.

–Zapracowaliśmy na ten sukces dzięki sporemu wysiłkowi kadry nauczającej, jej zaangażowaniu w proces dydaktyczny – stwierdza JM Rektor **prof. Andrzej Książek**. Pragnę za ten trud serdecznie podziękować wszystkim nauczycielom akademickim. Mam nadzieję, że uda się nam utrzymać ten wynik w przyszłym roku.

W. MATYSIAK



Doktoranci UM



III Majówka z Fizjoterapią

Cykliczne Ogólnopolskie Sympozjum
Studenckich Kół Naukowych
„Aktywność ruchowa w XXI wieku”
14 maja 2010, Lublin

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii oraz Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii UM w Lublinie, serdecznie zapraszają do udziału w „III Majówce z Fizjoterapią”. Konferencja odbędzie się 14.05.2010 r. w Auli budynku Collegium Maius (ul. Jaczewskiego 4) o godz. 10.00. Celem sympozjum jest stworzenie interdyscyplinarnego forum dla prezentacji dotychczasowych osiągnięć naukowych w zakresie znaczenia aktywności fizycznej w promocji zdrowia.

PATRONAT HONOROWY

JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
prof. dr hab. Andrzej Książek

PATRONAT MEDIALNY: czasopismo

**ZDROWIE
publiczne**

ORGANIZATORZY

- Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii
- Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii UM w Lublinie

MOTTO KONFERENCJI

„Ruch może zastąpić każde lekarstwo,
ale żadne lekarstwo nie zastąpi ruchu....”

PARTNERZY



XLIX Sympozjum Studenckich Kół Naukowych Uczelni Medycznych

Lublin, 27-28 listopada 2010 r.

Studenckie Towarzystwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zaprasza do udziału w XLIX Sympozjum Studenckich Kół Naukowych Uczelni Medycznych, które jest planowane w dniach 27-28 listopada 2010 roku w Lublinie.

Studenckie prace naukowe należy zgłaszać do organizatora w terminie do dnia 30 października 2010 roku.

Odnowa

Już od pięciu lat przy Duszpasterstwie naszego Uniwersytetu Medycznego, działa wspólnota Odnowy w Duchu Świętym „Woda Żywa”, której opiekunem jest ks. Paweł Matyjaszewski.

Spotykamy się w każdy czwartek o godz. 20 w kaplicy szpitalnej SPSK nr 4. Uwielbiamy Boga: wspólnym śpiewem, modlitwą równoczesną; słuchamy Słowa Bożego i spotykamy się w grupach dzielenia, aby przez kontakt z innymi, uczyć się życia na co dzień prawdami Ewangelii. Wspólnota pozwala nam formować siebie – kształtować nowego człowieka, otwartego na Boga i ludzi.

Co roku w okresie Wielkiego Postu prowadzimy Seminarium Odnowy w Duchu Świętym. Są to pięciodniowe rekolekcje wprowadzające w wiarę, ożywiający na nowo naszą relację z Jezusem, uczący życia w Duchu. Przez dłuższą modlitwę indywidualną, rozważanie Pisma Świętego i cotygodniowe spotkania pozwalamy Panu, aby działał w naszych sercach w myśl słowa z księgi proroka Ezechieła: „I dam wam serca nowe i ducha nowego tchnę do waszego wnętrza, zabiorę wam serca kamienne, a dam wam

serca z cięła.” (Ez 36, 26).

Zakończeniem Seminarium jest modlitwa o szczególnie działanie Ducha Świętego w każdym z nas. W tym roku nasza 45-osobowa grupa, razem z o. Rafałem Pasternakiem, przeżywała to wydarzenie w Domu Księży Sercanów w Pliszczynie. Spotkanie rozpoczęliśmy o godz. 18 w piątek 26 marca, a zakończyliśmy w sobotę wieczorem. Ten wyjazd był dla nas szczególnie obfity w doświadczenie Obecności Boga w naszym życiu. Doświadczenie bliskości Boga i żywej wspólnoty Kościoła staramy się potem przenosić w codzienność.

Na nasze spotkania jest zaproszony każdy, kto chciałby doświadczyć łaski nowego życia. Tak jak to powiedział Jezus: „Jeśli ktoś jest spragniony, a wierzy we Mnie – niech przyjdzie do mnie i pije! Jak rzekło Pismo: Rzeki wody żywej popłyną z jego wnętrza” (J 7, 37-38).

D. A.



Dzień otwartych drzwi

23 marca 2010





Fot.: Stanisław Sadowski





Dzień otwartych drzwi



Fot.: Stanisław Sadowski

Klub Filmowy DA „Łukasz”

Naszym zadaniem jest wybór najbardziej wartościowych produkcji i odnajdywanie w nich nie tylko obrazu i dźwięku ale „czegoś więcej”... Klub Filmowy jest szkołą patrzenia na film, jako dzieło sztuki, ale także szkołą kształcenia i rozwijania postaw.

Nasza działalność rozpoczęła się w październiku 2008 roku z inicjatywy **ks. Marka Saprygi**. Od tamtego czasu spotykamy się regularnie co dwa tygodnie. Miejscem naszych spotkań jest sala konferencyjna Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji SPSK nr 4. Rozpoczynamy krótkim wprowadzeniem, które ma za zadanie przybliżyć nam tematykę filmu i osobę reżysera. Czasami czytamy też opinie krytyków i komentarze. Po takim wstępie i technicznym „zainstalowaniu się” przystępujemy do projekcji filmu, która odbywa się za pomocą naszego rzutnika i ekranu zainstalowanego w sali. Za nagłośnienie służą nam głośniki

komputerowe z subwooferem. Wspólne oglądanie filmu jest wyjątkowym przeżyciem. Można poczuć się tak trochę jak w małym kinie. Wokół znajome twarze i bezcenne reakcje na to co się akurat dzieje na ekranie. W tym m. in. przejawia się wyjątkowość naszych spotkań bo przecież każdy z nas może zasiąść samotnie wygodnie przed telewizorem z popcornem w dłoni i też wpatrywać się w identyczne sceny. Ale czy to jest to samo? Podczas naszych spotkań tworzy się wyjątkowa atmosfera, która sprzyja odbiorowi filmu i zwraca naszą uwagę na szczegóły, których sami nie dostrzegamy..., ale o tym za chwilę.

Po projekcji zaczyna się najważniejsza chyba część naszego spotkania tj. dyskusja. Ktoś kiedyś powiedział, że dobry film można rozpoznać po tym, że nie wyłączamy go w momencie pojawienia się napisów końcowych, ale trwamy dalej w świetle stworzonym przez reżysera. W naszym przypadku to się potwierdza. Po niektórych filmach często trudno jest nam wrócić do rzeczywistości. Jak wspominałem wcześniej, każda osoba dostrzega jakieś szczegóły, ma całkiem inne – ciekawe, a często także sprzeczne z naszą własną opinią zdanie w różnych kwestiach. Chętni mówią o swoich emocjach, o tym co według

nich było w filmie ważne, kapitalne, albo co im się po prostu nie podobało. Mamy okazję do dyskusji. Tutaj realizuje się idea naszych spotkań. Dialogu trzeba się uczyć, jak każdej trudnej sztuki. Jest on wymianą poglądów między osobami we wzajemnym szacunku i chęci zrozumienia. Nasz Klub Filmowy daje nam właśnie taką możliwość.

Zapraszam więc wszystkich wielbicieli dobrego kina do uczestnictwa w zebraniach naszego Klubu. Jeżeli lubisz spędzać miło czas, dyskutować i wymieniać swoje poglądy z innymi to nasze towarzystwo jest tym czego szukasz.

MARCIN URBAŃCZYK



WIECZÓR KULTURY MIĘDZYNARODOWEJ

Carpe Noctem 2010

Studenci anglojęzyczni naszej uczelni ponownie dali społeczności Lublina okazję poznania ich barwnej kultury oraz talentu.

21 marca br. odbył się kolejny Wieczór Kultury Międzynarodowej „Carpe Noctem 2010”, zorganizowany przez studentów naszego Uniwersytetu pochodzących z Indii, Stanów Zjednoczonych i Kanady. Spośród wielu zaproszonych gości, uczelnię reprezentowali Prorektorzy: ds. Nauki – **prof. dr hab. Ryszard Maciejewski**, ds. Współpracy z Zagranicą i Szkolenia Podyplomowego – **prof. dr hab. Kazimierz Głowniak**, Prodziekani II Wydziału Lekarskiego – **dr hab. Hanna Trębacz** oraz **prof. dr hab. Wojciech Żaluska**, jak również wielu nauczycieli akademickich i studentów, zarówno pol-

skich jak i obcokrajowców. Widzów przywitani przedstawiciele studentów, którzy poprosili Dziekanów o oficjalne otwarcie uroczystości. W swoich przemówieniach, dziekan Załuska i dziekan Trębacz podkreślili znaczenie programu anglojęzycznego dla naszej uczelni i miasta, oraz wielokulturową tradycję naszego regionu. Przedstawienie rozpoczęły hymny Stanów Zjednoczonych, Indii i Polski, zaprezentowane przez studentów oraz Chór UM. Pani Monika Mielko wraz z chórzystami przygotowali na tę okazję recital obejmujący utwory w kilku językach, tak poważne jak i lżejsze. Warto zazna-

czyć, że Chór UM towarzyszy studentom anglojęzycznym w ważnych dla nich momentach od długiego czasu – regularnie uświetnia immatrykulacje, wręczenie dyplomów oraz inne uroczystości, zawsze spotykając się z ogromnym aplauzem.

Po występie chóru scena przeszła we władanie studentów, głównie z USA i Indii z kilkuosobową pomocą przyjaciół z programu europejskiego. Hinduskie tańce tradycyjne przeplatały się z bardziej współczesnymi, takimi jak np. tango argentyńskie. Dodatkową atrakcją okazał się występ w hołdzie królowi popu – Michaelowi Jacksonowi – który wzbudził ogromny aplauz, szczególnie wśród młodszej części publiczności. Interesującym akcentem był także popis jednego ze studentów, zawodowego muzyka, który zaprezentował tradycyjne pieśni hinduskie. Jeden z występów tanecz-

nych został przygotowany i zaprezentowany przez studentów amerykańskich ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, którzy zgodnie z kilkuletnią tradycją wieczorów kultury międzynarodowej uczestniczą w imprezach organizowanych w Lublinie i w rewanżu zapraszają naszych studentów do udziału w przedsięwzięciach organizowanych w Katowicach. Wspaniałą oprawą całego przedsięwzięcia były stroje, często sprowadzane z Indii specjalnie na tę okazję. Było kolorowo i egzotycznie, a po zakończeniu części artystycznej uczestnicy zostali zaproszeni na degustację tradycyjnych dań kuchni hinduskiej. Cały dochód ze sprzedaży biletów studenci postanowili przekazać na cel charytatywny. Fotoreportaż na III stronie okładki.

MGR MAGDA STAŚKIEWICZ

Wielki sukces dr B. Tyzo na mistrzostwach świata

Niebywały sukces odniósł sensei* dr Bartłomiej Tyzo – stażysta lubelskiego Uniwersytetu Medycznego. Na rozegranych w Tokio VI Mistrzostwach Świata w Karate Kyokushin wywalczył w kata mężczyzn brązowy medal.



Trzecie miejsce na mistrzostwach świata absolwenta AM/UM to wydarzenie bez precedensu w dziejach Uczelni. Warto dodać, że **Bartek Tyzo** kilka miesięcy temu podczas rozgrywanych w lubelskiej Hali Globus Jubileuszowych X Mistrzostw Polski Open i Kata spisał się również rewelacyjnie stając na najwyższym podium w konkurencji Kata. Tamże pozostawił w pobitym polu wszystkich

ubiegłorocznych konkurentów, sięgnął po złoty medal i zdobył tytuł mistrza Polski. Bartek Tyzo jest lekarzem medycyny, obecnie odbywa staż podyplomowy, zna biegle dwa języki – angielski i francuski, marzy o specjalizacji z neurochirurgii lub kardiologii. Żonaty – żona lekarz dentysta, słuchaczka studiów doktorskich. Trenuje w lubelskim Klubie Karate Kyokushin, jest posiadaczem 1 Dana.

*W japońskich sztukach walki termin określający starszego stopniem instruktora.

W. M.



Z życia Klubu Seniora

W styczniu 2010 r. minęła piąta rocznica reaktywowania Klubu Seniora naszej Uczelni.

Klub zrzeszający byłych pracowników Uczelni przebywających na emeryturze lub rencie działał w latach '80.

Obecnie reaktywowany z inicjatywy Sekcji Socjalnej UM działa od 5 lat. Członkowie spotykają się w każdą pierwszą środę miesiąca o godz. 16 w Sali Senatu UM. Taka lokalizacja nadaje naszym spotkaniom niewątpliwie podniosły charakter.

Istnienie Klubu zawdzięczamy przychylności i życzliwości władz Uczelni. Liczymy na dalsze wspieranie inicjatywy wspólnych comiesięcznych spotkań, które ubarwiają naszą „Jesień życia”.

W okresie działalności Klubu zapraszano były osoby znane w naszym mieście, związane ze sztuką, literaturą, malarstwem, poezją. Imprezami z ich udziałem były recitale fortepianowe i skrzypcowe poświęcone twórczości Chopina i Wieniawskiego, jak i spotkania autorskie z czytaniem poezji.

Nasi seniorzy chętnie korzystają z wyjazdów wycieczkowych i pielgrzymek organizowanych przez uczelnię, w których biorą udział także pracownicy Uniwersytetu, jak również biorą udział w imprezach współfinansowanych przez Uczelnię i Jej Sekcję Socjalną. Chodzimy dzięki temu systematycznie do teatru i filharmonii. Ze wzruszeniem wspominamy 6-dniowy pobyt w Okunince nad jeziorem Białym, połączony ze zwiedzaniem Sanktuariów Nadbużańskich w maju 2006 roku. Odwiedzaliśmy również Muzeum Misyjne Sióstr Franciszkanek w Dąbrowicy k/Lublina. Zorganizowaliśmy wieczór poezji poświęcony Papieżowi Janowi Pawłowi II w pierwszą rocznicę Jego śmierci. Zorganizowaliśmy także pokaz uzbrojenia legio-



nisty rzymskiego w I wieku n. e., połączony z wykładem członka Stowarzyszenia „Pro-Antica” i Koła Naukowego Historyków UMCS.

Latem spotykaliśmy się na wspólnych spacerach w Ogrodzie Botanicznym, Skansenie Wsi Lubelskiej oraz na lubelskim Starym Mieście.

Tegoroczną uroczystość 5-lecia Klubu, która odbyła się 3 lutego br. zaszczylił swoją obecnością przedstawiciel władz Uczelni: **prof. dr hab. Kazimierz Głowniak** – Prorektor ds. Współpracy Zagranicznej i Szkolenia Podyplomowego oraz **mgr Danuta Golema** – Z-ca Kanclerza – Kwestor, natomiast naszymi gospodarzami tradycyjnie byli pracownicy Sekcji Socjalnej UM – **mgr Agnieszka Bożyk** i **mgr Danuta Laskowska**. Spotkania integracyjne w Klubie Seniora są dla nas niezwykle ważne i bardzo potrzebne. To miejsce, gdzie można znaleźć przyjaciół, prowadzić gorące rozmowy, odnaleźć wsparcie w trudnych momentach życia. Serdecznie zapraszamy także wszystkich zainteresowanych na nasze comiesięczne spotkania.

HALINA OLEJNIK



15 stycznia minęła 100 rocznica urodzin prof. Tadeusza Krwawicza

Profesor Tadeusz Krwawicz – jeden z najwybitniejszych autorytetów w dziedzinie okulistyki, przez 34 lata kierował lubelską Kliniką Okulistyki AM/UM.

Urodził się 15 stycznia 1910 we Lwowie. W 1938 roku uzyskał dyplom lekarza na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie, rok później doktoryzował się. Z Lublinem związany od lat pięćdziesiątych ubiegłego stulecia. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymał w 1951 roku, zaś zwyczajnego w roku 1957. Był pionierem badań nad zastosowaniem niskich temperatur do leczenia okulistycznego. Zasłynął z wdrożenia metody krioterapii w leczeniu zaćmy, co przyniosło mu zasłużoną sławę. Wprowadził lubelską medycynę akademicką na łamy piśmiennictwa światowego. Jemu lubelski ośrodek kliniczny zawdzięcza powstanie w latach 70. ubiegłego wieku „nowej” kliniki okulistycznej przy ul. Chmiel-

nej, o którą to inwestycję czynił starania i usilnie zabiegał przez wiele lat. Opodal kliniki wzniesiona została wówczas sala wykładowa o unikatowej architekturze, której kopuła przypomina kształtem fragment oka ludzkiego. Dla ucznia pamięci o profesorze Tadeuszu Krwawiczu kilkanaście lat temu, z inicjatywy prof. Zbigniewa Zagórskiego, Katedrze i Klinice Okulistyki nadano jego imię. Profesor T. Krwawicz opublikował 200 prac naukowych, w 1976 roku otrzymał doktorat honoris causa lubelskiej Akademii Medycznej. Zmarł 17 sierpnia 1988 roku w Lublinie, został pochowany na cmentarzu w Kazimierzu Dolnym.

(mat)

ROZBUDOWA INFRASTRUKTURY INFORMATYCZNEJ

Komputer i internet dla studenta

Od lutego 2010 roku w budynku Collegium Novum ustawione zostały komputery umożliwiające studentom swobodny dostęp do internetu.

Jest to początek procesu zmierzającego do ułatwienia naszym studentom poruszania się w świecie informacji zwłaszcza, że od przyszłego roku akademickiego uruchomiony będzie w Uniwersytecie Medycznym Zintegrowany System Informatyczny. Mamy nadzieję, że skończą się kolejki przed Dziekanatami, a student korzystając z wirtualnego dziekanatu via internet załatwi większość swoich spraw. Uniwersytet podejmuje ciągłe starania mające na celu stwarzanie dogodnych warunków studiowania oraz osiągania standardów uczelni europejskich. Udostępnienie



stanowisk komputerowych z możliwością korzystania z internetu jest jednym z etapów tego procesu. Planowana jest dalsza rozbudowa infrastruktury informatycznej z wykorzystaniem środków unijnych.

MGR ANNA GOSIK

Z żałobnej karty

Ostatnio odeszli od nas do wieczności:

dr n. farm. Marek Hajnos – adiunkt Katedry i Zakładu Farmakognozji;

dr n. med. Mirosław Klepacki – em. adiunkt Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy;

doc. dr hab. Tadeusz Kostarz – em. pracownik naukowy Katedry i Zakładu Patofizjologii;

dr n. farm. Wanda Sawicka – em. adiunkt Katedry i Zakładu Farmakognozji.

*Pokój Ich Duszom,
Cześć Ich Pamięci!*

Prof. Piotr Książek zastanawia się:

- ▶ jak zapewnić skuteczną pomoc farmakologiczną pacjentom dotkniętym chorobami rzadkimi i ultraradkimi?
- ▶ jak bronić się przed drenażem budżetu oraz windowaniem cen za leki stosowane w chorobach rzadkich i ultraradkich?



Dr hab. Piotr Książek,
prof. nadzw. UM

Leki sieroce w chorobach rzadkich i ultraradkich

Ustawa koszykowa, obowiązująca w naszym kraju, wprowadza szereg procedur wpływających w istotny sposób na finansowanie działalności placówek ochrony zdrowia. Jeden z aspektów tej ustawy dotyczy tzw. leków sierocych stosowanych w leczeniu pacjentów z rzadkimi chorobami.

**DR HAB. PIOTR KSIAZEK,
PROF. NADZW. UM**

KATEDRA I ZAKŁAD
ZDROWIA PUBLICZNEGO
UM W LUBLINIE

Określenie *sierocy* odnosi się do interwencji medycznej, natomiast określenia: *rzadki* i *ultraradki* dotyczą choroby lub schorzenia. Można przyjąć, że interwencja sieroca to jedyna interwencja o udowodnionej skuteczności w schorzeniu rzadkim lub ultraradkim (interwencja sieroca z klinicznego punktu widzenia). Jednak sieroce produkty lecznicze podlegają regulacjom prawnym, stąd obowiązujące definicje mają charakter systemowy, a nazwa „sierocy produkt leczniczy” jest dziś pojęciem złożonym.

Choroby rzadkie i ultraradkie

Nie istnieje jedna, wspólna, ogólnoswiatowa definicja chorób rzadkich. W Stanach Zjednoczonych The Orphan Drug Act (1983) definiuje, że choroba rzadka dotyczy mniej niż 200 000 mieszkańców USA (czyli nie więcej niż 7 przypadków na 10 000 pacjentów), w Japonii 2,5 na 10 000. Kryterium stosowane w UE przyjmuje, że choroba rzadka wy-



Określenie „lek sierocy” (*orphan drug*) zostało użyte po raz pierwszy w Stanach Zjednoczonych w 1983 roku. Wprowadzono je dla opisu procedur leczniczych zalecanych pacjentom z rzadkimi chorobami

stępuje nie częściej niż u 5 osób na 10 000, co odpowiada liczbie 246 000 mieszkańców UE. Jeśli więc w UE jakaś choroba dotyka 246 000 osób lub mniej, to należy jej przypisać status choroby rzadkiej. Większość ludzi cierpi na choroby występujące u jednej na 100 000 osób lub rzadziej. Obecnie znanych jest od 5 000 do 8 000 odrębnych chorób rzadkich, które dotyczą 6-8 proc. populacji ogólnej – innymi słowy, od 27 do 36 milionów ludzi w Unii Europejskiej i blisko 25 milionów mieszkańców USA cierpi na choroby rzadkie. Co tydzień w literaturze medycznej opisywanych jest pięć nowych chorób rzadkich. Nie ma powszechnie przyjętych międzynarodowych, czy unijnych definicji chorób ultraradkich. W Wielkiej Brytanii termin ten oznacza schorzenie, którego występowanie nie przekracza 1 przypadku na 50 000 osób. W Polsce, w zarządzeniu nr 17/20074 Prezesa NFZ, dotyczącym zasad tworzenia programów terapeutycznych określono, że choroba ultraradka dotyka nie więcej niż 750 osób w polskiej populacji.

Sieroce produkty lecznicze

Leki sieroce (*orphan drugs*) to zwyczajowa nazwa produktów leczniczych stosowanych w leczeniu rzadkich, przewlekłych i zagrażających życiu chorób. Leki te zostały nazwane „sierocymi”, gdyż bardzo mała liczba pacjentów nie stanowiła dla firm farmaceutycznych atrakcyjnego inwestycyjnie obszaru. Niska stopa zwrotu z inwestycji w przypadku niewielkiej potencjalnej grupy odbiorców leku nie zachęcała do prowadzenia badań w tym obszarze. Wiele chorób rzadkich i ultraradkich było zaniedbywanych w działalności badawczo-rozwojowej przemysłu, a medycyna nie miała chorym na te schorzenia wiele do zaoferowania – w jawnym kontraście do osób z chorobami powszechnie występującymi.

Stopa zwrotu z inwestycji jest funkcją liczby chorych i ceny leku. Cena rynkowa zapewniająca producentowi godziwe zyski powinna korespondować z liczbą leczonych pacjentów (przy czym istotne jest, żeby zyski producenta korespondowały z innowacyjnością terapeutyczną produktu). Już tu warto podkreślić, że nie chodzi



Najczęściej producent sierociego produktu leczniczego jest monopolistą na rynku, a co za tym idzie – posiada możliwość ustalenia pożądanej ceny leku

tylko o pacjentów z jednym schorzeniem, ale o łączną liczbę chorych ze wszystkimi wskazaniami, w których lek jest stosowany.

Jeśli więc okazuje się z czasem, że lek jest skuteczny nie tylko w jednej, ale w wielu chorobach, a łączna liczba leczonych w danym kraju i na świecie sukcesywnie wzrasta, np. do 100 000 osób, to regulatorzy cen nie powin-

sam z siebie nie jest skłonny obniżyć raz uzyskanej ceny lub robi to niechętnie, dlatego sprawnie działający system ochrony zdrowia powinien posiadać mechanizmy pozwalające na prowadzenie skutecznej i racjonalnej polityki cenowej – ma to szczególne znaczenie w przypadku bardzo drogich technologii medycznych stosowanych w chorobach rzadkich i ultrarzadkich.

– „nagroda” powinna korespondować z oceną innowacyjności leku oraz być adekwatna do niepewności oszacowań, a także kosztów dodatkowych badań przedklinicznych i klinicznych, przeprowadzonych przez producenta w nowym wskazaniu.

Postulat zapewnienia sprawiedliwego podziału ograniczonych środków na ochronę zdrowia rodzi wiele pytań, m. in. czy leki sieroce zasługują na szczególne traktowanie, a jeśli tak, to czy na pewno wszystkie te produkty powinny otrzymać priorytet finansowania przez budżety narodowe państw członkowskich?

Dla wielu z nich nie ma wystarczających dowodów naukowych, trudno więc je uznać za skuteczne czy efektywne na tyle, by były warte refundacji.

Wiele innych wydaje się być wyceńionych w sposób nieadekwatny, w dysproporcji do łącznej liczby chorych (często ciągle zwiększającej się z uwagi na dorejestrowywane wskazania), efektywności czy kosztów badań i rozwoju poniesionych przez producenta. Wysoka cena leków sierocych od zawsze budziła ogromne kontrowersje.

Co tydzień w literaturze medycznej opisywanych jest pięć nowych chorób rzadkich

ni akceptować bardzo wysokich cen leku, gdy był on przeznaczony jedynie dla 1000 osób. Z kolei producent powinien wykazać się stosowną elastycznością w zakresie wewnętrznej strategii cenowej w przypadku „dorejestrowywania” nowych wskazań terapeutycznych dla leku i w przypadku uzyskiwania refundacji w nowych grupach chorych. Oczywiście producent

W większości przypadków dorejestrowanie czy uzyskanie refundacji w nowych wskazaniach (nowe kryteria refundacyjne), a więc w szerszej populacji chorych prowadzi do obniżki ceny preparatu. Jednak w wyjątkowych i uzasadnionych sytuacjach właściwe może być nagrodzenie producenta i podwyższenie ceny preparatu w nowym zarejestrowanym wskazaniu

Wyłączność (danych rejestracyjnych i rynkowa) sprawia, że podmiot odpowiedzialny jest monopolistą w stosunku do danego produktu, a co za tym idzie – jest uprawniony do ustalenia pożądanej ceny leku, zwłaszcza że liczba potencjalnych beneficjentów jest ograniczona. Leki sieroce często są tematem burzliwych dyskusji i akcji medialnych. Niekiedy cena preparatu jest tak wysoka, że koszt terapii w przeliczeniu na jednego pacjenta sięga kwoty niezbędnej na utrzymanie całego oddziału szpitalnego przez rok.

Jednocześnie z uwagi na oczywisty brak efektywności kosztowej tych leków, decyzje dotyczące ich finansowania są szczególnie trudne – płatnik publiczny i rząd stają przed dylematem, czy należy finansować bardzo kosztowną terapię w chorobie ultraradkiej, czy lepiej spożytkować ograniczone środki na niedofinansowane skuteczne i opłacalne leczenie chorób powszechnych.

Regulacje w USA, Japonii, Australii

Pierwsze regulacje dotyczące chorób rzadkich i leków sierocych zostały wprowadzone w USA w 1983 r. (The Orphan Drugs Act). Miały one ułatwić wprowadzanie na rynek nowych leków związanych z leczeniem rzadkich schorzeń oraz zachęcić do prowadzenia badań nad skutecznymi technolo-

giami w tym zakresie. Zgodnie z ustawą, producenci leków ubiegających się o status leków sierocych mogą odliczyć od podatku 50 proc. kosztów poniesionych na badania kliniczne. Zwolnieni są również z opłat rejestracyjnych i uzyskują gwarancję 7-letniej wyłączności na rynku (market exclusivity), jeżeli sponsor przestrzega określonych wymagań FDA. Inne zachęty to na przykład pomoc przy opracowywaniu protokołów badań klinicznych oraz możliwość ubiegania się o wsparcie badań naukowych. Pomoc przy opracowywaniu protokołów badań obejmuje pomoc prawną oraz porady dotyczące prowadzenia badań klinicznych.

Ponadto firmy mogą ubiegać się o granty i kontrakty na badania kliniczne, zasilane ze stworzonych na ten cel funduszy rządowych, a proces rejestracji takiego leku przez FDA odbywa się szybką ścieżką.

Wyłączność rynkowa dla produktu sierociego polega na tym, że FDA nie rozpatruje wniosków o wprowadzenie innych leków zawierających tę samą cząsteczkę aktywną na rynek w USA w danym wskazaniu (z wyjątkiem szczególnych okoliczności) przez okres siedmiu lat. FDA może dopuścić wprowadzenie przez innych producentów nowego leku o takiej samej nazwie międzynarodowej we wskazaniu przyznanemu leкови sierocemu,

jeżeli wnioskodawca wykaże, że nowo wprowadzany produkt zapewni większe bezpieczeństwo, wyższą skuteczność lub znacząco poprawi opiekę nad pacjentem. FDA może jednak zarejestrować więcej niż jeden produkt o statusie leku sierociego dla tego samego wskazania lub choroby, o ile rejestrowane produkty są różnymi lekami. Pomimo, iż status leku sierociego nie przyspiesza procesu rozpatrywania wniosku i rejestracji leku, inicjatywa uznana została za sukces – podczas pierwszych lat od wejścia w życie ustawy (1983-1986) dokonano skutecznych zgłoszeń 255 produktów, a dopuszczenie do obrotu ze statusem orphan drug uzyskało 37 leków, co pokazuje wyraźną różnicę w stosunku do zarejestrowanych 10 leków w dziesięcioleciu poprzedzającym obowiązywanie ustawy. Do końca 2008 r. łącznie do FDA skutecznie zgłoszono 1951 wniosków spełniających kryteria, a 325 z nich uzyskało rejestracyjny status orphan drug. Jedną z nieoczekiwanych konsekwencji amerykańskiego ustawodawstwa było to, że o status leku sierociego zaczęły ubiegać się technologie stosowane w leczeniu chorób zakaźnych, powszechnych w krajach trzeciego świata, a niezwykle rzadkich w krajach rozwiniętych, takich jak USA. Gruźlica i malaria, dwaj z pięciu największych zabójców na świecie

**Nie ma
powszechnie
przyjętych międzyna-
rodowych,
czy unijnych
definicji chorób
rzadkich lub
ultraradkich**



cie, w krajach rozwiniętych klasyfikują się jako schorzenia rzadkie. Z tego powodu status „sierocy produkt leczniczy” został przyznany niektórym lekom stosowanym w tych chorobach (ryfampicyna i ryfapentyna w gruźli-

cy, halofantryna, meflokina i siarazan chininy w malarii).

Inne kraje podążyły śladem USA i podobne przepisy były sukcesywnie wprowadzane w kolejnych latach – w 1995 r. w Japonii, w 1997 r. w Singa-

purze, w 1998 r. w Australii. Prawo japońskie również gwarantuje 10-letnią wyłączność rynkową, duże odliczenia podatkowe na prowadzone badania oraz granty naukowe sięgające 50 procent kosztów badań. Przepisy australijskie umożliwiają zwolnienia z opłat rejestracyjnych oraz 5-letnią wyłączność produktu na rynku.

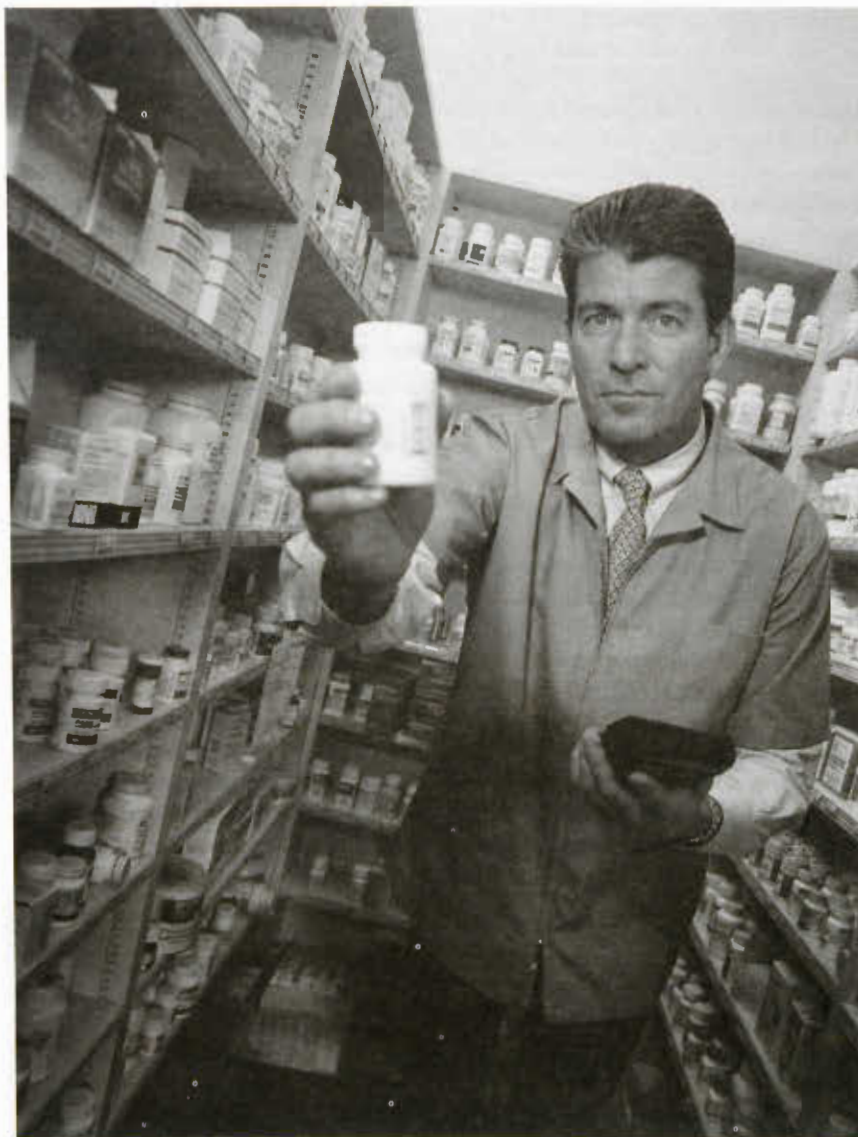
Regulacje w Unii Europejskiej

W UE przepisy dotyczące leczenia chorób rzadkich i zasad wprowadzania leków sierocych na rynek zostały uchwalone w roku 2000. Od listopada 2005 r. rejestracja centralna w przypadku leków sierocych jest obowiązkowa. Jednak w ramach centralnej procedury rejestracyjnej podmiot odpowiedzialny nie ustala ceny leku, która miałaby obowiązywać na terenie całej Unii.

Europejskie regulacje są również skierowane na tworzenie korzystnych warunków dla badań i rozwoju produktów stosowanych w leczeniu chorób rzadkich i ultrarzadkich. Producenci mają gwarancję uzyskania 10-letniej wyłączności rynkowej, znaczne ulgi w opłatach rejestracyjnych, uproszczoną procedurę rejestracyjną i wszelką pomoc związaną ze składaniem dokumentacji.

Europejska Agencja ds. Produktów Leczniczych (EMA) oferuje wytwórcom leków sierocych pomoc merytoryczną dotyczącą badań klinicznych, a same badania otrzymują wsparcie za pośrednictwem wieloletniego programu ramowego UE na rzecz badań.

Uznanie produktu leczniczego za sierocy wiąże się z wpisaniem go do odpowiedniego rejestru¹¹ utworzonego przez Komitet ds. Sierocych Produktów Leczniczych (COMP) przy EMA. COMP jest odpowiedzialny za rozpatrywanie składanych przez osoby fizyczne lub firmy wniosków o przyznanie statusu sierocemu produktowi leczniczemu. Status ten przyznawany jest produktom, które są opracowywane w celach diagnostyki, profilaktyki lub leczenia schorzeń zagrażających życiu lub bardzo poważnych, a dotyczących nie więcej niż 5 na 10 000 osób w Unii Europejskiej. COMP doradza też Komisji Europejskiej w zakresie ustanawiania i rozwoju polityki doty-



Czasem cena sierociego produktu leczniczego jest tak wysoka, że koszt terapii w przeliczeniu na jednego pacjenta sięga kwoty niezbędnej na utrzymanie całego oddziału szpitalnego przez rok

czącej sierocych produktów leczniczych w UE oraz wspomaga Komisję w opracowywaniu szczegółowych wytycznych i wymiany informacji na temat sierocych produktów leczniczych na forum międzynarodowym.

Kryteria statusu sierociego produktu leczniczego

Produkt leczniczy uzyskuje status sierociego produktu leczniczego, jeśli spełnione są dwa kryteria: jest przeznaczony do diagnostyki, profilaktyki lub leczenia zagrażającego życiu lub przewlekłe upośledzającego schorzenia, dotyczącego, w chwili składania wniosku o przyznanie statusu, nie więcej niż pięciu na 10 000 osób w Unii Europejskiej (kryterium częstości występowania) lub jest przeznaczony do diagnostyki, profilaktyki lub leczenia zagrażającego życiu, znacznie upośledzającego lub poważnego i przewlekłego schorzenia, a bez dodatkowej zachęty finansowej jest mało prawdopodobne, aby oczekiwana sprzedaż produktu leczniczego pokryła koszty związane z jego opracowaniem (kryterium opłacalności inwestycji), nie została dotąd zarejestrowana satysfakcjonująca metoda diagnostyki, profilaktyki lub leczenia tego schorzenia, albo – jeżeli taka metoda istnieje – produkt leczniczy przyniesie istotną korzyść pacjentom dotkniętym tym schorzeniem. Raport COMP14 dotyczący lat 2000–2005, który został przedłożony w 2005 r. Komisji Europejskiej, informuje, że do EMEA wpłynęło 458 skutecznych wniosków o przyznanie statusu leku sierociego (desygnacja¹⁵). Należy podkreślić, że uzyskanie desygnacji nie jest równoznaczne z uzyskaniem statusu leku sierociego, niemniej jednak spełnienie opisanych wyżej kryteriów pozwala na skuteczne złożenie wniosku. Uzyskanie desygnacji powoduje w praktyce pozyskanie istotnych przywilejów finansowych, czyli bezpłatnej oceny wniosku, bezpłatnych konsultacji naukowych (scientific advice), jak również zwolnienie z opłaty za pozwolenie na dopuszczenie leku sierociego do obrotu.

Na 458 wniosków ponad 260 zostało rozpatrzonych pozytywnie i uzyskało desygnację, a co za tym idzie – możliwość korzystania z gwarantowanych

przywilejów. 90 procent z tych leków dotyczyło wskazań występujących u mniej niż 3 na 10 000 pacjentów (w tym 36 proc. dotyczyło leczenia chorób nowotworowych, a 11 proc. metabolicznych). Do roku 2005 rejestracyjny status leku sierociego uzyskały 22 leki, z czego 8 stanowiło pierwszą opcję terapeutyczną w danym wskazaniu. W latach 2006–2007 rejestrację uzyskało kolejnych 18 leków. Łącznie od 2000 r. do chwili obecnej (kwiecień 2010 r.) o desygnowanie do statusu leku sierociego złożonych zostało 910 aplikacji. Pozytywną opinię uzyskały, a tym samym na liście desygnowanych znalazły się 634 technologie lekowe. Do dnia dzisiejszego status rejestracyjny leku sierociego uzyskało 51 z nich.

Wprawdzie regulacje UE wspierają rozwój i podaż leków sierocych, niemniej jednak żadne wytyczne nie dają podstaw prawnych do ingerowania w decyzje refundacyjne czy cenowe wydawane przez poszczególne kraje członkowskie.

Polityka Unii Europejskiej zakłada, iż kwestie refundacji oraz ustalania cen leków, w tym leków sierocych są podejmowane niezależnie przez każdy z krajów członkowskich. Pomimo ogólnego trendu wspierania rozwoju metod profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych w chorobach rzadkich, każde państwo samodzielnie decyduje, czy technologia będzie refundowana, na jakich warunkach i dla jakich subpopulacji pacjentów.

Regulacje unijne podkreślają, że pacjenci cierpiący na rzadkie schorzenia mają prawo do otrzymania takiej samej jakości opieki, jak wszystkie osoby cierpiące na choroby powszechne, co nie oznacza jednak automatycznej refundacji leczenia. Zarówno na terenie UE, jak również na obszarze pojedynczych państw (np. na terenie UK) dostęp do leków sierocych nie jest równy, co wynika z autonomicznych decyzji poszczególnych państw.

Komunikat Komisji Europejskiej

11 listopada 2008 roku Komisja Europejska opublikowała Komunikat do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów

na temat: Rzadkie choroby – wyzwania stojące przed Europą. 19 Komunikat przedstawia cele i działania, jakie Komisja podejmie w ramach swoich kompetencji w najbliższych latach dla poprawy sytuacji chorych na choroby rzadkie.

Komunikat wśród najistotniejszych przyczyn, dla których konieczne jest podjęcie działań na polu chorób rzadkich, wymienia: niewielką liczbę pacjentów (choć jednocześnie podkreśla się, że chorych na choroby rzadkie w Unii może być łącznie 27 do 36 mln); ograniczony i trudno dostępny zasób wiedzy; rzadko prowadzone badania, rozproszone po całej Unii Europejskiej; brak specyficznej polityki zdrowotnej dotyczącej chorób rzadkich; opóźniona diagnoza schorzeń oraz utrudniony i nierówny dostęp do opieki.

W związku z obowiązującą zasadą subsydiarności Komisja Europejska ma bardzo ograniczone kompetencje w dziedzinie ochrony zdrowia. Zgodnie z Art. 152 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE) rola Komisji polega na zachęcaniu do współpracy między państwami członkowskimi oraz, w razie konieczności, wspieraniu ich działań. Komunikat ma służyć przedstawieniu spójnego podejścia oraz wskazywać jasne wytyczne na potrzeby obecnych i przyszłych działań Wspólnoty w dziedzinie chorób rzadkich. Docelowo ma on służyć poprawie dostępności profilaktyki, diagnozy oraz leczenia osób cierpiących na choroby rzadkie.

Działania Komisji zostały podzielone na 3 obszary: poprawa rozpoznawania chorób rzadkich i społecznej świadomości ich istnienia, wspieranie polityk dotyczących chorób rzadkich w państwach członkowskich, rozwijanie europejskiej współpracy, koordynacji działań i regulacji w zakresie chorób rzadkich.

Pomimo, że komunikat nie ma charakteru wiążącego dla państw, stanowi on istotną informację, odnośnie przyszłości zmian w Europie, obrazuje priorytety Komisji oraz próbuje określić największe zagrożenia i te kierunki na ich rozwiązanie, które są dostrzegane w chwili obecnej.

Sygnatura COM (2008) 679. Komisja w ramach prac nad komunikatem

przygotowała i opublikowała również dwa dokumenty robocze: zawierające obszerniejszą analizę przedstawianego komunikatu: zagadnienia – sygnatura SEC (2008) 2712, i podsumowanie – sygnatura SEC (2008) 2713.

Zalecenia Rady

Dla zapewnienia jak największej skuteczności działań Komisji, która ma ograniczone kompetencje, konieczne

nych do podjęcia przez państwa członkowskie. Wśród działań, które korespondowałyby z celami Komisji wymienia się: opracowanie oraz przyjęcie całościowego i zintegrowanego planu narodowego w dziedzinie chorób rzadkich w każdym państwie członkowskim, opracowanie definicji, kodyfikacja i rejestracja chorób rzadkich, wspieranie toczących się badań naukowych, utworzenie ośrodków spe-

gład państw Unii Europejskiej na to zagadnienie oraz motywują państwa członkowskie do dalszej pracy w tej dziedzinie.

Aktualne regulacje w Polsce

Poszczególne kraje UE mają również własne przepisy umożliwiające dofinansowywanie badań klinicznych. Polska niestety nie posiada żadnych krajowych przepisów, które można by nazwać udogodnieniami prawnymi czy finansowymi na rzecz prowadzenia badań nad lekami sierocymi. W projekcie zmiany ustawy Prawo farmaceutyczne znajdują się propozycje przepisów regulujących materię badań klinicznych niekomercyjnych, w których sponsorem badania ma być podmiot, którego celem działania nie jest osiągnięcie zysku. Sponsorem takich badań z lekami sierocymi nie mógłby być jednak przemysł farmaceutyczny. Polskie rozwiązania zostały oparte na projekcie wytycznych przygotowywanych przez grupę roboczą Komisji Europejskiej dotyczącą badań klinicznych, jednak grupa ta prawdopodobnie odstąpi od tworzenia wytycznych, a Polska będzie zmuszona uregulować (jeśli w ogóle) badania niekomercyjne samodzielnie.

Polskie prawo nie wprowadza definicji leku sierocego, ani nie odnosi się do pojęcia choroby rzadkiej. Pojęcie leku sierociego pojawia się jedynie w art. 4 b ustawy Prawo farmaceutyczne, który wprost odwołuje się rozporządzenia unijnego.



Niska stopa zwrotu z inwestycji w przypadku niewielkiej potencjalnej grupy odbiorców leku nie zachęcała do prowadzenia badań w tym obszarze

jest pozyskanie przychylności i współpracy państw członkowskich. Z tego też powodu istotne znaczenie dla komunikatu Rzadkie choroby – wyzwania stojące przed Europą ma wniosek dotyczący zaleceń Rady w sprawie działań na poziomie europejskim w dziedzinie chorób rzadkich. 20 Zalecenia Rady w sprawie działań w dziedzinie chorób rzadkich (2009/C151/02) zostały przyjęte na posiedzeniu Rady EPSCO (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council, EPSCOC) w dniu 8 czerwca 2009 roku.

Wniosek Komisji zawiera wstępne zalecenia dotyczące działań koniecz-

nych do podjęcia przez państwa członkowskie. Wśród działań, które korespondowałyby z celami Komisji wymienia się: opracowanie oraz przyjęcie całościowego i zintegrowanego planu narodowego w dziedzinie chorób rzadkich w każdym państwie członkowskim, opracowanie definicji, kodyfikacja i rejestracja chorób rzadkich, wspieranie toczących się badań naukowych, utworzenie ośrodków spe-

cialistycznych i europejskich sieci referencyjnych dotyczących chorób rzadkich, gromadzenie wiedzy specjalistycznej na poziomie europejskim, zapewnienie udziału organizacji pacjentów w pracach na poziomie narodowym i ponadnarodowym, zapewnienie kontynuacji podjętych działań. Podobnie jak komunikat Komisji, zalecenia Rady nie są aktem prawa wspólnotowego o charakterze wiążącym (przesądza o tym treść art. 249 TWE). Nie umniejsza to jednak ich istotności, zwłaszcza w dziedzinie takiej, jak choroby rzadkie, ponieważ przedstawiają one ujednoczony po-

Zespół ds. Chorób Rzadkich

Regulator (w Polsce w tym przypadku minister zdrowia) odpowiadając na potrzeby społeczne, w lipcu 2008 r. wydał zarządzenie, na mocy którego został powołany Zespół ds. Chorób Rzadkich (ZCR). Zespół ma charakter ciała opiniotawczo-doradczego ministra zdrowia i został powołany w celu zapewnienia dostępu do informacji o diagnostyce, terapii i opiece dla chorych na choroby rzadkie. Na czele Zespołu stoi przewodniczący – członek kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, który nadzoruje Departament Polityki Lekowej i Farmacji. Zarządzenie nie mówi wprost, w jaki sposób powoływany jest przewodniczący, należy domnie-

mywać że jest nim automatycznie każdorazowy Podsekretarz Stanu, który odpowiada za Departament Polityki Lekowej i Farmacji. W skład Zespołu wchodzi przedstawiciele NFZ, Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji oraz Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciel Prezesa URPL, Prezesa AOTM, GIF, a także przedstawiciele organizacji zrzeszających pacjentów, przedstawiciele grona naukowców, przedstawiciel przemysłu farmaceutycznego oraz etyk. W świetle zarządzenia, członkiem Zespołu jest również Sekretarz powoływany przez ministra spośród pracowników Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia. W takim samym trybie są powoływani pozostali członkowie zespołu. Minister zdrowia ma prawo do odwołania członków zespołu na podstawie umotywowanego wniosku przewodniczącego.

Zarządzenie to jest podstawą funkcjonowania ZCR. Określa jego ogólne zadania, nie wskazuje jednak wyraźnej procedury wykonywania prac Zespołu oraz nie określa niezbędnych kompetencji członków zespołu, koniecznych do wykonywania ich obowiązków. Do głównych zadań Zespołu należy m. in. definiowanie, analiza oraz formułowanie zaleceń rozwiązywania bieżących problemów w realizacji polityki w zakresie opieki i terapii chorych na choroby rzadkie, w realizacji podstawowej oraz specjalistycznej terapii i opieki nad chorymi na choroby rzadkie. Zespół będzie zajmował się również opracowywaniem, opartych na dowodach naukowych przejrzystych kryteriów finansowania ze środków publicznych innowacyjnych technologii lekowych.

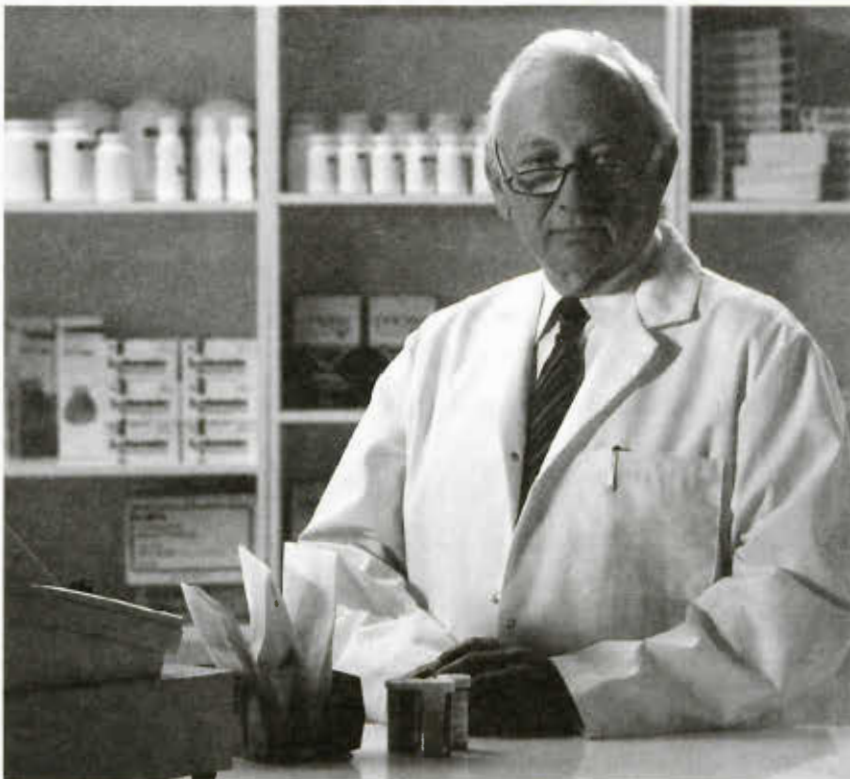
Jednym z ważnych zadań Zespołu jest rekomendowanie ministrowi zdrowia terapii chorób rzadkich, niezależnie od rekomendacji wydanych przez Radę Konsultacyjną Agencji Oceny Technologii Medycznych. Fakt ten wskazuje na ścisłe powiązanie pracy AOTM z zadaniami Zespołu ds. Chorób Rzadkich. W procesie oceny leku sierociego AOTM powinna więc odgrywać istotną rolę. Po złożeniu wniosku o refundację, minister zdrowia zleci AOTM ocenę leku sierociego.

W przypadku sierocych produktów leczniczych, finansowanie z budżetu państwa następuje bądź w drodze złożenia wniosku o wpis leku na listę refundowanych produktów leczniczych, bądź poprzez wniosek o sfinansowanie całego terapeutycznego programu zdrowotnego z wykorzystaniem danego produktu. AOTM będzie oceniać poszczególne leki sierocze, przy czym opinia wydana na ten temat przez Radę Konsultacyjną nie będzie miała

nansowania danej terapii. Zarządzenie nie wskazuje wyraźnie, jaką formę będą miały te opinie, ani jaki będzie ich charakter prawny.

Ceny i refundacja leków sierocych

Największym problemem dotyczącym refundacji produktów sierocych jest ich wysoka cena. Faktem jest jednak, że ceny leków sierocych często



Stały dylemat: czy należy finansować bardzo kosztowną terapię w chorobie ultraradkiej, czy lepiej spożytkować ograniczone środki na niedofinansowane skuteczne i opłacalne leczenie chorób powszechnych?

charakteru rekomendacji. Zadaniem AOTM będzie przedstawienie Zespołowi ds. Chorób Rzadkich informacji o poszczególnych lekach sierocych, ich działaniu, koszcie terapii i skutków dla budżetu, w przypadku finansowania leczenia danym lekiem sierocym z funduszy publicznych. AOTM zajmie się również oceną bezpieczeństwa stosowania poszczególnych leków i ocenę tę prześle Zespołowi.

Zadaniem ZCR będzie natomiast ocena etyczna, społeczna oraz polityczna. Zespół ds. Chorób Rzadkich przedstawi ministrowi zdrowia końcową opinię lub stanowisko co do fi-

wyraźnie się różnią. Roczna terapia lekiem stosowanym u pacjentów z rodzinną polipowatością gruczołową (choroba genetyczna) kosztuje 1 905 euro, podczas gdy roczny koszt podawania innego leku stosowanego w mukopolisacharydzie typu I to około 293 384 euro. W USA roczny koszt leczenia dorosłego pacjenta produktem leczniczym zarejestrowanym we wskazanym choroba Gauchera to 400 000 USD. Leczonych jest tam blisko 20 000 pacjentów, a według dostępnych informacji tylko na tym jednym produkcie podmiot odpowiedzialny zarobił w roku 2004 ponad 800 milionów USD.

Nowatorska „sztuczna kość”

Patent na kompozyt bioaktywny przyznany już po dziesięciu miesiącach od złożenia w Urzędzie Patentowym – to sukces zespołu badawczego Katedry Biochemii i Biotechnologii Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej UM w Lublinie.

PROF. DR HAB. GRAŻYNA GINALSKA
KATEDRA I ZAKŁAD BIOCHEMII I BIOTECHNOLOGII
UM W LUBLINIE

Istnieje ogromne zapotrzebowanie na materiały kościotwórcze, które w leczeniu ubytków kości pozwolą zastąpić naturalne wszczepy kostne. Poszukiwania takiej substancji czy materiału trwają na całym świecie. Odpowiedź na pytanie – czy lepsza jest sztuczna czy własna kość – nie jest łatwa. Teoretycznie kość własna pacjenta jest materiałem bardziej kompatybilnym, ale jednocześnie najbardziej problematycznym do pozyskania. Gdy zatem niemożliwe jest użycie kości własnej pacjenta, stosuje się jej zamienniki, na przykład „kość syntetyczną” dającą możliwość wypełnienia ubytku. Istnieje ogromne zapotrzebowanie na materiały kościotwórcze, które w leczeniu ubytków kości pozwolą zastąpić naturalne wszczepy kostne. Poszukiwania takiej substancji czy materiału trwają na całym świecie. Potrzebuje ich zwłaszcza stomatologia im-

plantacyjna oraz ortopedia. Obecnie do wypełnień ubytków kości można między innymi wykorzystywać porowaty hydroksyapatyt w postaci granul lub kształtek. Są też dostępne materiały dwufazowe złożone z hydroksyapatytu i fosforanu trójwapniowego (TCP) lub siarczanu wapnia. Jednak, mimo bioaktywności i nietoksyczności wymienionych materiałów, mają one ograniczone zastosowanie ze względu na kruchość, słabą resorpcję oraz niekorzystną poręczność chirurgiczną.

Badania nad wytworzeniem biomateriału do wypełniania ubytków kostnych prowadzone są od kilku lat przez zespół Katedry Biochemii i Biotechnologii pod kierunkiem **prof. Grażyny Ginalskiej**, we współpracy z zespołem **prof. Anny Ślósarczyk** z Wydziału Inżynierii Materiałowej i Ceramiki Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. W wyniku wspólnych badań został wytworzony dwufazowy kompozyt złożony z hydroksyapatytu i naturalnego polimeru organicznego, o niektórych właściwościach zbliżonych do naturalnych kości człowieka. Właścicie-

lem już opatentowanego w Polsce wynalazku jest lubelska uczelnia medyczna, a współtwórcami **prof. Grażyna Ginalska** i **dr Anna Belcarz** z UM w Lublinie oraz **prof. Anna Ślósarczyk** i **mgr inż. Zofia Paszkiewicz** z AGH w Krakowie. Obecnie Uniwersytet Medyczny w Lublinie i współtwórcy patentu ubiegają się o objęcie go międzynarodową ochroną patentową i w perspektywie o wdrożenie wynalazku do produkcji.

Wytworzony kompozyt ma szerokie możliwości zastosowania. Może wypełnić ubytki kostne powstałe w wyniku urazu, wypadków komunikacyjnych czy dużych stanów zapalnych oraz powstałe po ekstrakcji zębów. Niektóre z jego właściwości mechanicznych są zbliżone do wykazywanych przez kość gąbczastą, a jego wytrzymałość na ściskanie jest zgodna z wartością tego parametru w chrząstce ludzkiej. Wszczepiony kompozyt pozostaje na stałe w miejscu implantacji, gdyż będzie on ulegał stopniowej biodegradacji w ciele pacjenta, a w jego miejsce możliwe będzie wnikanie komórek kostnych pacjenta i wytwarzanie naturalnej kości. Biomateriał ten może być suszony i ponownie nawilżany, a także przechowywany i sterylizowany bez utraty właściwości. Ma strukturę mikro- i makroporowatą, a dzięki własnościom fazy organicznej po namoczeniu w buforowanym roztworze soli, osoczu czy krwi pacjenta staje się elastyczny, łatwo się dopasowuje do kształtu i wymiaru ubytku. Biomateriał może być również nasączany substancjami aktywnymi



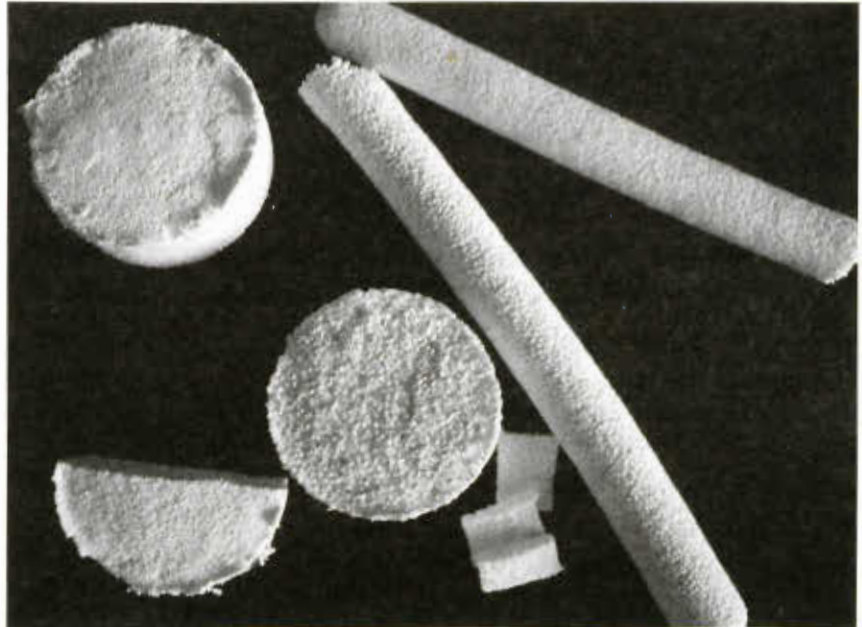
Wszczepiony kompozyt pozostaje na stałe w miejscu implantacji – będzie ulegał stopniowej biodegradacji w ciele pacjenta, a w jego miejsce możliwe będzie wnikanie komórek kostnych pacjenta i wytwarzanie naturalnej kości

biologicznie, np. lekami przeciwbakteryjnymi, chroniąc miejsce wszczepu przed stanem zapalnym czy też białkowymi czynnikami wzrostu, co może sprzyjać zasiedleniu przez osteocyty. Taki trójfazowy biomateriał został w 2009 roku również objęty ochroną patentową (Zgłoszenie Patentowe w Urzędzie Patentowym).

Wytworzony biomateriał został poddany wstępnym próbom klinicznym na pacjentach Kliniki Chirurgii Zwierząt Wydziału Medycyny Weterynaryjnej Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie. Wykorzystano go m. in. do wypełniania zębodołów po usuniętych zębach oraz zamykania przetoki powstałej po ekstrakcji zęba. Według lekarza weterynarii **dr Izabeli Polkowskiej**, uczestniczącej w badaniach klinicznych z udziałem psów i kotów, kompozyt utrzymywał się znakomicie w miejscu implantacji. Jego skuteczność jako materiału przyspieszającego gojenie tkanki kostnej została potwierdzona, gdyż już po czterech miesiącach widoczny był efekt regeneracji.

Potwierdzenie uzyskanych rezultatów w wyniku implantacji wytworzonego materiału kościostającego w ubytki kostne w obrębie kości gąbczastej i kości szczęk u zwierząt doświadczalnych. Testy ortopedyczne i stomatologiczne zostaną przeprowadzone już w tym roku na królikach.

Kolejnym etapem badań klinicznych będą testy na pacjentach, które po uzyskaniu zgody stosownej komisji bioetycznej będą prowadzone w Katedrze Chirurgii Stomatologicznej UM w Lublinie. Materiał kompozytowy będzie mógł być przeznaczony do wypełnień zębodołów po ekstrakcji zębów, szczególnie u osób przed wstawieniem



Niektóre z właściwości mechanicznych kompozytu są zbliżone do wykazywanych przez kość gąbczastą, a jego wytrzymałość na ścisnienie jest zgodna z wartością tego parametru w chrząstce ludzkiej

implantów, do wypełniania ubytków po torbieli czy w przypadku chorób przyzębia i paradontozy. W przypadku ortopedii biomateriał może znaleźć zastosowanie do uzupełniania ubytków kostnych powstałych w wyniku urazów, stanów zapalnych czy nowotworowych kości.

Opracowany kompozyt, ze względu na swoje wyjątkowe właściwości, umożliwi pokonanie wielu problemów zdro-

wotnych, które do tej pory pozostawały nierozwiązane. Wynikało to z braku dostępności na rynku preparatu kościostającego o pożądanym parametrach. Dlatego też zespołowi naukowemu Katedry Biochemii i Biotechnologii zależy na jak najszybszym wdrożeniu wynalazku do produkcji. Nowy substytut kostny może stać się zatem materiałem wykorzystywanym w medycynie regeneracyjnej.

Obecnie Uniwersytet Medyczny w Lublinie i współtwórcy patentu ubiegają się o objęcie go międzynarodową ochroną patentową

W centrum uwagi bioetyka

W dniach 5-6 lutego br. w Lublinie na Uniwersytecie Medycznym odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowa na temat: Bioetyka w praktyce medycznej. Organizatorami Konferencji były jednostki Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie: Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Katedry Nauk Humanistycznych, Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych. Współorganizatorem Konferencji była Helsińska Fundacja Praw Człowieka w Warszawie.

DR N HUM. BEATA DOBROWOLSKA
KATEDRA ROZWOJU PIELEGNIASTWA

DR N. MED. ANNA PILEWSKA-KOZAK
KATEDRA I KLINIKA
GINEKOLOGII I ENDOKRYNOLOGII
UM W LUBLINIE

Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie **prof. dr hab. Andrzej Książek** objął Konferencję patronatem honorowym. Komitet Naukowy Konferencji składał się z wybitnych przedstawicieli nauk medycznych (głównie gine-

kologii, położnictwa, neonatologii oraz pielęgniarstwa i położnictwa) jak również humanistycznych (filozofowie i etycy) z całej Polski. Obowiązki Przewodniczącej Komitetu Naukowego pełniła **prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska**. Władze Uniwersytetu Medycznego w Lublinie reprezentowała – **prof. dr hab. Teresa B. Kulik** – Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu.

Swoją obecnością zaszczytili nas znamienici goście z Polski i zza granicy, reprezentujący różne środowiska naukowe i dziedziny działalności praktycznej. Program Konferencji był bogaty w liczne wykłady, wymagający od

prelegentów dużej dyscypliny czasowej, co nie zawsze było łatwe z powodu towarzyszących wystąpieniom ciekawych dyskusji.

Zagadnienia podejmowane podczas obrad Konferencji zostały podzielone na siedem sesji tematycznych. Część z nich odbywała się równolegle. Sesja Inauguracyjna zawierała wykłady wybitnych specjalistów etyki, medycyny i prawa traktujące o podstawowych problemach bioetyki początku i końca życia ludzkiego. W pierwszym wykładzie, **ks. prof. dr hab. Marian Machinek** z Katedry Teologii Moralnej i Katolickiej Nauki Społecznej, Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie podjął próbę uzasadnienia różnicy między pojęciem prokreacji i reprodukcji. Rozważania przywiodły prelegenta do jednoznacznej konkluzji, iż biorąc za podstawę założenia metafizyczno-antropologiczne filozofii chrześcijańskiej pojęcie reprodukcji, jak również wynikające z niego praktyczne rozwiązania w medycynie sprowadzają ludzki rozród do działań czysto technicznych i w tym sensie gubią moralny wymiar aktu poczęcia. **Dr hab. Magdalena Rutkowska** z Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Instytutu Matki i Dziecka przedstawiła niezwykle interesujący wykład na temat dylematów moralnych w opiece nad wcześniakiem ze skrajnie małą masą urodzeniową, czy dzieckiem urodzonym z wadami letalnymi. Podczas prezentacji mogliśmy się zapoznać z wynikami ba-



Paneliści: prof. dr hab. Ewa Helwich, dr hab. Kazimierz Szewczyk, prof. dr hab. Katarzyna Kornacka, prof. dr hab. Jan Oleszczuk, s. dr hab. Barbara Chyrowicz

Fot.: B. Pilewski

dań prowadzonych na świecie i w Polsce odnośnie przeżywalności i późniejszego rozwoju dzieci obciążonych takimi problemami oraz zobaczyć jak te dane korelują z treścią i zakresem istniejących na świecie regulacji etycznych dla specjalistów współczesnej perinatologii. W kwestie nieodczynnych związków prawa i medycyny wprowadził nas **prof. dr hab. Roman Tokarczyk** z Katedry Teorii Organizacji i Kierownictwa, UMCS, który przedstawił przedmiot zainteresowań biojurysprudence. Problematyka etyczna związana z osiągnięciami medycyny zajmującej się człowiekiem u kresu życia była punktem odniesienia dla prezentacji **prof. dr hab. Krzysztofa Marczewskiego** z Zakładu Bioetyki, Antropologii i Ogólnej Teorii Medycyny, Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu. Podjęte w wykładach inauguracyjnych tematy stanowiły podstawę do dalszych rozważań w kolejnych sesjach.

I tak, w sesji II, dyskusji panelowej na temat: Jakich regulacji potrzebują specjaliści neonatologii w opiece nad



Stoją od lewej: o. prof. dr hab. Andrzej Derdziuk, dr Jarosław Sak, prof. dr hab. Teresa B. Kulik, dr hab. Mirosław Jarosz, dr hab. Kazimierz Szewczyk, prof. dr hab. Roman Tokarczyk, dr Grażyna Iwanowicz-Palus, prof. dr hab. Irena Wrońska, ks. prof. dr hab. Marian Machinek

noworodkami skrajnie niedojrzałymi? rozważano możliwości stworzenia rekomendacji dla lekarzy neonatologów, lekarzy położników, jak również dla pielęgniarek i położnych pracujących ze skrajnie niedojrzałymi wcześniakami. Paneliści w osobach: **prof. dr hab. Katarzyna Kornacka** – Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytet Medyczny w Warszawie, **prof. dr hab. Ewa Helwich** – Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Instytut Matki i Dziecka, Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii, siostra **dr hab. Barbara Chyrowicz** z Katedry Etyki Szczegółowej, Katolicki Uniwersytet Lubelski, **dr hab. Kazimierz Szewczyk** – Międzuczelniana Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi i **prof. dr hab. Jan Oleszczuk** – Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa i Perinatologii, UM w Lublinie jednogłośnie wyrazili przekonanie, że rekomendacje są potrzebne jako dokument, do którego mogliby się odwoływać praktycy tej dziedziny medycyny w sytuacjach szczególnie wątpliwych. Chodzi głównie o ustalenie kryteriów podejmowania lub nie działań nadzwyczajnych, ratujących życie dziecka, kiedy jego rokowania są złe. W trakcie dyskusji zostały przedstawione efekty pracy grupy pracującej obecnie nad polskimi rekomendacjami w tej dziedzinie. Podkreślono również, że żadne rekomendacje nie zastąpią indywidualnej oceny stanu dziecka, które pozostaje pod opieką neonatologa. To od tej oceny zależy ostateczna decyzja, co do dalszego postępowania. Zwrócono także uwagę na konieczność włączania rodziców dziecka w proces podejmowania decyzji dotyczących opieki i leczenia.

Sesja III, Bioetyka początku ludzkiego życia, rozpoczęła się trzema wykładami wprowadzającymi. Pierwszy, zaprezentowany przez **prof. dr hab. Janusza Kockiego** – kierownika Zakładu Genetyki Klinicznej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, koncentrował się wokół nadziei i wątpliwości związanych z zapłodnieniem *in vitro*. Niewątpliwym atutem tej prezentacji był wywarzony sposób przedstawienia problemów związanych z tą



Prodziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu dr hab. Mirosław Jarosz oraz prof. Majda Pajnkihar, kierownik Instytutu Pielęgniarstwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu w Mariborze ze Słowenii



Siedzą: Laura Koba – Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Adam Bodnar – sekretarz Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka w Warszawie Fot.: S. Sadowiski

metodą wspomaganą prokreacji. Prelegent dotknął wielu perspektyw tego zagadnienia: medycznej, społecznej, prawnej, psychologicznej i wreszcie etycznej. Dwa kolejne wykłady, przedstawione przez **ks. prof. Roberto Germana Zurriaraina** z Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu de la Rocha z Hiszpanii, dotyczyły analizy rozwiązań prawnych w kwestii wspomaganą prokreacji w Hiszpanii i związanych z tym konsekwencjami. Autor poddał krytyce ustawę z 14/2006 roku, która – wedle jego analizy – ma zdecydowanie utylitarystyczny charakter. Zezwala bowiem m. in. na produkcję

nadliczbowych embrionów, wprowadza możliwość diagnozy preimplantacyjnej, dopuszcza badania z wykorzystaniem embrionów zamrożonych.

Podczas następnych wykładów tej sesji podzielonych na dwie równoległe sesje omawiano i dyskutowano możliwości naprotechnologii, kwestie oceny etycznej eksperymentowania na embrionach, kategoryzacji porodów, opinii na temat macierzyństwa zastępczego, metod antykoncepcji.

Sesja IV, Bioetyka kulturowa – płaszczyzna wielu odniesień, którą rozpoczęto drugi dzień obrad, dotyczyła wielu filozoficzno-etycznych aspektów

uprawiania zawodu medyka. Sesja rozpoczęła się wykładem wprowadzającym ojcą **prof. dr hab. Andrzeja Derdziuka** z Katedry Historii Teologii Moralnej, Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, który podjął problem związków i relacji między bioetyką a teologią. W konkluzji swoich rozważań stwierdza, że teologia musi otworzyć się na odkrycia współczesnych nauk medycznych, z drugiej strony zaś etyka medyczna potrzebuje teologii, która pozwala spojrzeć na człowieka z innej perspektywy dając jednocześnie odpowiedź na pytania dotyczące sensu jego życia i cierpienia. W kolejnych wykładach rozważano na temat wpływu religijności lekarzy na ich decyzje zawodowe, podjęto tematykę transplantacji – szczególnie możliwości motywowania do donacji organów, jak również problem z akceptacją śmierci mózgowej w Japonii.

Sesję V, Prawa pacjenta a praktyka medyczna, rozpoczęto od wykładu **prof. Majdy Pajnikihar** kierownik Instytutu Pielęgniarstwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu w Mariborze ze Słowenii, która przedstawiła kwestię informowania i włączania pacjentów w proces opieki zdro-

wotnej na przykładzie swojego kraju. W trakcie wystąpienia profesor poruszyła zagadnienie roli pielęgniarek w praktyce respektowania autonomii pacjenta. W dalszych wykładach prelegenci zwrócili uwagę na trudności z rozumieniem fenomenu autonomii pacjenta oraz na możliwe przeszkody w jej respektowaniu w rzeczywistości klinicznej. Przedstawiono problem praw pacjenta chorego psychicznie, praw kobiet po mastektomii, praw par borykających się z problemem bezdzietności.

W obrady kolejnej sesji, Bioetyka końca ludzkiego życia, wprowadził nas książką **dr Bogusław Block** z Katedry Psychoterapii i Psychologii Zdrowia Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, wykładem na temat: Umierający na raka mogą mieć marzenia. Podsumowanie wyników badań autora było znamienne, a mianowicie osoby opiekujące się pacjentami umierającymi w ich marzeniach odnajdują bardzo często własne tęsknoty, to z kolei uświadamia im – jak i nam wszystkim starą prawdę, że nie należy odkładać realizacji marzeń na później, bo każdy z nas jest „bytem ku śmierci” a może ona nadejść bardzo nieoczekiwanie.

Problematyka następnych prezentacji koncentrowała się przede wszystkim na kwestii rezygnacji z uporczywej terapii, problemów etycznych związanych z resuscytacją oraz eutanazji. Podczas konferencji można było również zapoznać się z wynikami badań bioetycznych przedstawionymi w formie plakatów. Streszczenia prac wygłoszonych na konferencji opublikowano w pierwszym numerze czasopisma *Bioetyka*, wydawanego przez wydawnictwo Blackhorse Science Business Media, które tym samym w Lublinie miało swoją inaugurację.

Obrady odbywały się w przyjaznej atmosferze, towarzyszyło im wiele ciekawych dyskusji. Jest to szczególnie cenne, gdyż rzadko zdarza się okazja podjęcia tak ważnych tematów w tak wielodyscyplinarnym gronie. A przecież sama bioetyka jest dziedziną łączącą wiele różnych specjalności naukowych i nie sposób znaleźć dobre rozwiązania palących problemów bez współpracy ich wszystkich. Dlatego jeszcze raz serdecznie dziękujemy wszystkim, którzy przyczynili się do przygotowania Konferencji oraz wszystkim, którzy uświetnili konferencję swoją obecnością – szczególnie znamienitym prelegentom.



Siedzą od lewej: dr hab. Magdalena Rutkowska, prof. dr hab. Katarzyna Kornacka, dr hab. Kazimierz Szewczyk, prof. dr hab. Roman Tokarczyk

Nowe leki i techniki w onkologii w 2010 roku

6 marca br. w hotelu „Unia” w Lublinie odbyło się sympozjum naukowe pt. „Nowotwory 2010”, którego tematem przewodnim były „Nowe leki i techniki w onkologii w 2010 roku”.

DR N. MED. MAGDALENA SKÓRZEWSKA
DR N. MED. BOGUMIŁA CISEŁ
PROF. DR HAB. WOJCIECH POLKOWSKI
KLINIKA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
UM W LUBLINIE

Spotkanie odbyło się pod auspicjami czasopisma „NOWOTWORY Journal of Oncology”, a patronat naukowy objęli **prof. dr hab. Maciej Krzakowski** – Konsultant Kra-

jowy ds. onkologii klinicznej, dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, **prof. dr hab. Marian Reinfuss** – Konsultant Krajowy ds. radioterapii onkologicznej, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, **doc. dr hab. Tadeusz Pieńkowski** – prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi oraz **prof. dr hab. Edward Towpik** – Redaktor Naczelny dwumiesięcznika NOWOTWORY Journal of Oncology. Uroczystego

otwarcia sympozjum dokonał **prof. Edward Towpik**. W czasie spotkania zostały poruszone zagadnienia z zakresu diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych, w tym również nowotworów układu krwiotwórczego. Licznie zgromadzeni uczestnicy sympozjum mogli wysłuchać 11 wykładów czołowych ekspertów z różnych dziedzin onkologii. Zaproszonymi prelegentami byli: **prof. Maciej Krzakowski**, **prof. Włodzimierz Olszewski**, **prof. Anna Dmoszyńska**, **prof. Maria Marzurkiewicz**, **doc. Tadeusz Pieńkowski**, **prof. Andrzej Stelmach**, **prof. Wojciech Polkowski**, **prof. Zbigniew Kojas**, **prof.**



Edward Topik oraz dr Krzysztof Gawrychowski.

Wykładem inauguracyjnym sympozjum był wykład prof. Macieja Krzakowskiego – „Kierunki rozwoju leczenia systemowego nowotworów”. W swym wystąpieniu **prof. Krzakowski** potwierdził niezwykle istotną rolę biomarkerów, dzięki którym możliwe jest dostosowanie odpowiedniej terapii do charakterystycznych cech biologicznych nowotworu oraz tym samym zwiększenie efektu terapeutycznego. Sztandarowym przykładem tzw. „terapii celowanej”, która znajduje zastosowanie w praktyce klinicznej jest trastuzumab – przeciwciało monoklonalne anty-HER2 wykorzystywane w leczeniu raka piersi u chorych z nadekspresją HER2 czy też cetuksymab – przeciwciało monoklonalne anty-EGFR wykorzystywane w leczeniu chorych na raka jelita grubego z ekspresją EGFR bez mutacji genu KRAS.

W wykładzie pt. „Miejsce patomorfologii we współczesnej diagnostyce onkologicznej – czynniki prognostyczne i predykcyjne” **prof. Włodzimierz Olszewski** starał się udowodnić słuchaczom, że patomorfolog jest – jak to określił – „GPS-em onkologa”. Dzięki

Rak piersi stanowi pierwszą przyczynę zachorowalności na nowotwory złośliwe w dorosłej populacji kobiet w Polsce

ocenie wybranych cech molekularnych komórki nowotworowej, np. ekspresji receptorów steroidowych i HER2 w komórce raka piersi, ekspresji HER2 w komórkach raka żołądka, ekspresji EGFR czy obecności mutacji genu KRAS w komórkach raka jelita grubego, mutacji genu EGFR w komórkach raka płuca możliwe jest o wiele bardziej skuteczne i ukierunko-



Prof. Maciej Krzakowski – konsultant krajowy ds. onkologii klinicznej

wane leczenie przeciwnowotworowe poprzez zastosowanie odpowiednich terapii celowanych.

Prof. Anna Dmoszyńska, kierownik Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku UM w Lublinie, przedstawiła przegląd najnowszych leków, które już są lub w niedługiej przyszłości będą stosowane w leczeniu szpiczaka.





Prof. Maria Mazurkiewicz, kierownik Katedry Onkologii naszej Uczelni, przedstawiła najnowsze osiągnięcia w leczeniu glejaków mózgu, ze szczególnym uwzględnieniem wysoko zaawansowanych technologii radioterapii.

W kolejnym wykładzie, tym razem na temat postępów w leczeniu raka płuca, **prof. Krzakowski** wykazał jak odkrycie czynników predykcyjnych, nie tylko molekularnych, ale morfologicznych i klinicznych, przekłada się na podniesienie skuteczności leczenia systemowego tego najczęstszego nowotworu złośliwego w naszym kraju.

Doc. Tadeusz Pięnkowski wygłosił wykład pt. „Najnowsze osiągnięcia w leczeniu systemowym raka piersi”. Wskazał na doniosłą rolę jaką odgrywają postępy w zakresie diagnostyki i leczenia chorych na raka piersi, co przekłada się na spadek współczynnika umieralności, pomimo stale rosnącej zachorowalności na ten nowotwór. Zwrócił również uwagę na możliwość wczesnego wykrywania nowotworu, leczenia zgodne z profilem molekularnym, możliwości leczenia oszczędzającego piersi oraz zabiegów rekonstrukcyjnych czy doskonalenie technik na-

promieniania gruczołu piersiowego. Został poruszony aspekt tzw. „potrójnie ujemnego” raka piersi (bez ekspresji receptorów hormonalnych, ani HER2) oraz leczenia raka z obecnością mutacji BRCA1, w tym badań klinicznych z zastosowaniem inhibitorów PARP.

Prof. Włodzimierz Olszewski starał się udowodnić słuchaczom, że patomorfolog jest – jak to określił – „GPS-em onkologa”

Prof. Andrzej Stelmach, Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, w swoim wykładzie przedstawił najnowsze osiągnięcia w leczeniu pięciu nowotworów układu moczowego. Bardzo spektakularnym w jego prezentacji był film z zakończonej pełnym sukcesem operacji raka nerki z masywnym czopem nowotworowym w żyłę głównej dolnej (sięgającym do prawego przedsionka), przeprowadzonej w krążeniu pozaustrojowym i hipotermii, przy współpracy z zespołem kardiochirurgicznym.

Wystąpienie **prof. Zbigniewa Kojsa** z Centrum Onkologii w Krakowie dotyczyło postępów w dziedzinie ginekologii onkologicznej. Rak jajnika, zwany „cichym zabójcą” kobiet, nadal stanowi największy problem w ginekologii onkologicznej, zarówno pod względem diagnostycznym, jak i terapeutycznym. Profesor Kojs oparł swój wykład na analizie przypadków chorych leczonych z powodu raka jajnika w różnym stopniu zaawansowania, zwracając szczególną uwagę na standardy postępowania w leczeniu operacyjnym guzów jajnika podejrzanych o proces rozrostowy oraz zastosowa-

niu radioterapii. Na zakończenie prof. Kojs dokonał podsumowania dotychczasowych osiągnięć w zakresie profilaktyki i leczenia tego groźnego nowotworu.

Prof. Wojciech Polkowski, kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej naszej Uczelni, w swojej prezentacji przeanalizował najnowsze osiągnięcia dotyczące leczenia przerzutów do wątroby raka jelita grubego oraz podkreślił rolę zespołu wielodyscyplinarnego, który dzięki współpracy lekarzy różnych specjalności (patomorfologii, radiologii, chirurgii onkologicznej, on-

Centrum Onkologii w Warszawie. Profesor Topik zwrócił szczególną uwagę na problem zabiegów rekonstrukcyjnych u kobiet po amputacji piersi z powodu nowotworu. Kwestia ta jest szczególnie istotna z uwagi na fakt, że rak piersi stanowi pierwszą przyczynę zachorowalności na nowotwory złośliwe w dorosłej populacji kobiet w Polsce. Rekonstrukcje piersi można wykonać u chorych poddanych amputacji piersi lub chorych poddanych leczeniu oszczędzającemu, u których efekt estetyczny jest niezadowolający. Prof. Towpik dowiódł, iż poprawa wy-

du kostnego stanowią jedną z najczęstszych lokalizacji w stadium rozsiewu nowotworowego.

Zakończeniem lubelskiego sympozjum był panel dyskusyjny, kiedy to słuchacze mieli możliwość zadania pytań wykładowcom. Symposium edukacyjne „Nowotwory 2010” okazało się być wartościowym punktem na szkoleniowej mapie środowiska lekarskiego Lubelszczyzny. Prezentowane tematy pozwoliły na poszerzenie wiedzy o najnowsze trendy w dziedzinie leczenia nowotworów złośliwych. W związku z dokonującym się postę-



Prof. Wojciech Polkowski – kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej UM w Lublinie

kologii klinicznej, hepatologii) daje istotną szansę poprawy wskaźników przeżycia chorych na nowotwory złośliwe. Zastosowanie metod skojarzonego leczenia (chemioterapia, chirurgia) u chorych na raka jelita grubego z obecnością przerzutów do wątroby pozwala na osiągnięcie 5-letnich przeżyć w granicach 35-50 procent, co prof. Polkowski udokumentował przedstawiając materiał ponad 100 chorych leczonych w ten sposób w kierowanej przez niego Klinice.

Wykład **prof. Edwarda Towpika** dotyczył kierunków rozwoju chirurgii rekonstrukcyjnej w onkologii. Swoje wystąpienie prof. Towpik oparł na fotograficznej dokumentacji chorych operowanych w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej

głądu dzięki zastosowaniu technik chirurgii rekonstrukcyjnej w istotny sposób przyczynia się do podwyższenia samooceny chorej, co ułatwia i przyspiesza proces rehabilitacji.

Wykładem kończącym sympozjum był wykład **dr. Krzysztofa Gawrychowskiego** pt. „Leczenie przerzutów do kości”. W swoim wystąpieniu dr Gawrychowski w syntetyczny sposób przedstawił główne wskazania do stosowania bifosfonianów w chorobach nowotworowych. Bifosfoniany dostępne obecnie pod postacią różnych preparatów dają możliwość szerokiego wyboru schematu leczenia w zależności od preferowanej drogi podania czy częstości stosowania. Leki te zyskały już ugruntowaną pozycję jako istotny element leczenia wspomagającego w onkologii, gdyż przerzuty do ukła-

pem w leczeniu systemowym nowotworów złośliwych, często wykorzystującym nowoczesne, kosztowne terapie przeciwnowotworowe, jak również postępowaniem techniki operacyjnych, niezwykle istotne wydaje się być leczenie chorych w ośrodkach dysponujących odpowiednio wykwalifikowanym personelem medycznym, jak i wysokospecjalistycznym sprzętem, a podejmowanie decyzji leczniczych powinno stanowić proces dokonujący się przy udziale specjalistów różnych dziedzin w sprawnie funkcjonujących zespołach wielodyscyplinarnych. Umożliwi to efektywne wdrażanie procedur leczniczych o charakterze wielokierunkowym, skutkujące lepszą opieką nad chorym i umożliwiającą osiągnięcie lepszych wyników leczenia.

Zastosowanie metod skojarzonego leczenia (chemioterapia, chirurgia) u chorych na raka jelita grubego z obecnością przerzutów do wątroby pozwala na osiągnięcie 5-letnich przeżyć w granicach 35-50 procent, co prof. W. Polkowski udokumentował przedstawiając materiał ponad 100 chorych leczonych w ten sposób w kierowanej przez niego Klinice

W pielęgniarstwie idzie nowe...

Odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) jako narzędzie profesjonalnej opieki”. Patronat honorowy nad Konferencją objęła minister zdrowia oraz marszałek województwa mazowieckiego.

PIOTR JARMOLUK
KATARZYNA KWANTY

STUDENCI I ROKU PIELĘGNIARSTWA
STUDIA MAGISTERSKIE
STUDENCKIE KOŁO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO

DR BEATA DOBROWOLSKA

KOORDYNATOR
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
UM W LUBLINIE

Konferencja została zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, przy współudziale: Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zarządu Fundacji Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego oraz Koła Studentów PTP przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Znaczny wkład w zorganizowanie konferencji, ale przede wszystkim w ewaluację ICNP włożył polski zespół ICNP przy ZG PTP w składzie:



Głównym celem konferencji było zapoznanie z ideą Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP)



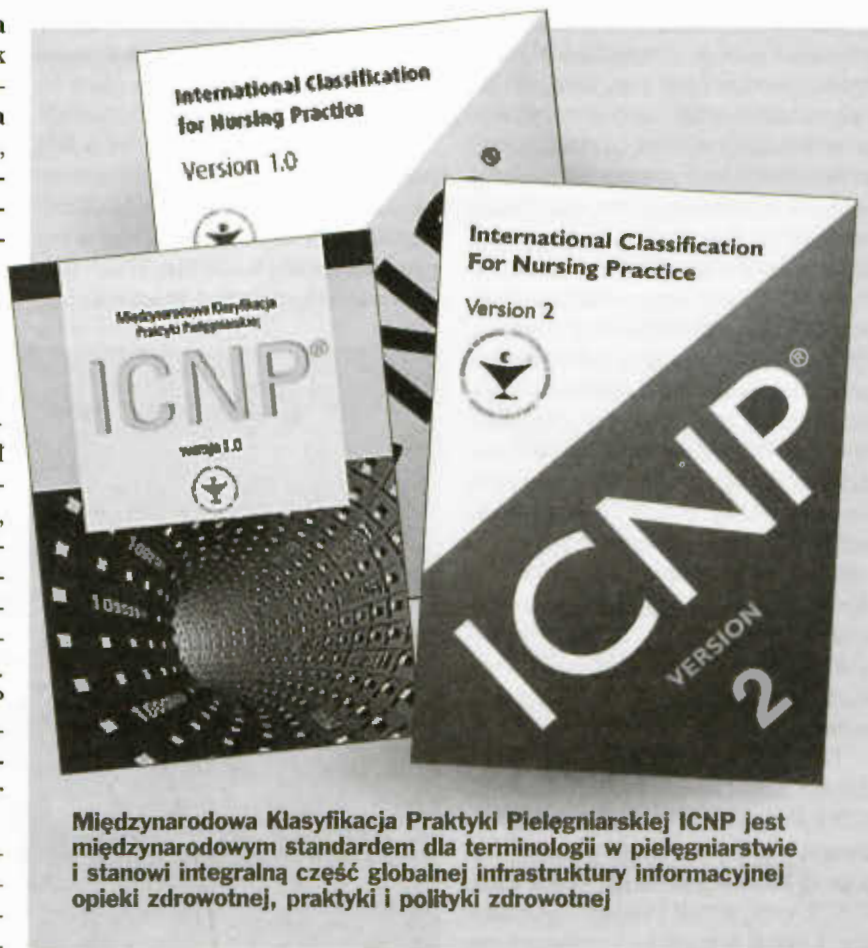
Ideą ICNP jest pomoc pielęgniarkom i położnym w opisie praktyki zawodu, który wykonują, tzn. świadczeń realizowanych w codziennej praktyce

dr Aleksandra Gaworska-Krzemińska (Gdańsk), mgr Michał Grzegorzczak (Gdańsk), mgr Hanna Grafowska (Gdańska), mgr Małgorzata Lewandowska (Łódź), mgr Beata Brosowska (Łódź), dr Jolanta Glińska (Łódź), mgr Doro- ta Kilańska (Łódź), dr Jolanta Góra- jek-Jóźwik (Lublin), dr Beata Dobro- wolska (Lublin), dr Jolanta Lewko (Białystok), dr Maria Cisek (Kraków), dr Małgorzata Kisilowska (Warszawa), Małgorzata Durka (Warszawa).

Miejscem Konferencji były gościnnie mury Warszawskiego Uniwersyte- tu Medycznego. W Konferencji udział wzięło 349 uczestników – pielęgniarek i położnych z Wielkiej Brytanii, Gazy, Polski, Portugalii, Włoch, Tan- zanii oraz inni zaproszeni goście. Głównym celem konferencji było zapozna- nie z ideą Międzynarodowej Klasyfi- kacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP).

Z ramienia Koła Studenckiego PTP przy Lubelskim Uniwersytecie Medycz- nym w konferencji uczestniczyli: Ka- tarzyna Ikwanty, Kamila Kupisz i Piotr Jarmoluk.

Międzynarodowa Klasyfikacja Prak- tyki Pielęgniarskiej ICNP jest między- narodowym standardem dla termino- logii w pielęgniarstwie i stanowi in-



Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP jest międzynarodowym standardem dla terminologii w pielęgniarstwie i stanowi integralną część globalnej infrastruktury informacyjnej opieki zdrowotnej, praktyki i polityki zdrowotnej



Miejscem Konferencji były gościnne mury Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

tegralną część globalnej infrastruktury informacyjnej opieki zdrowotnej, praktyki i polityki zdrowotnej. Jej nadrzędnym celem jest poprawa jakości opieki zdrowotnej na całym świecie poprzez ujednoczenie terminologii pielęgniarskiej i stworzenie dobrze funkcjonującego systemu kodowania wszystkich wykonanych przez pielęgniarki i położne świadczeń zdrowotnych. ICNP jest adresowana przede wszystkim do pielęgniarek pracujących zawodowo. Jej ideą natomiast jest pomoc pielęgniarkom i położnym w opisie praktyki zawodu, który wykonują, tzn. świadczeń realizowanych w codziennej praktyce. ICNP adresowana jest również do osób zajmujących się zarządzaniem w pielęgniarstwie (konsultanci w dziedzinie pielęgniarstwa, dyrektorzy ds. pielęgniarstwa, pielęgniarki naczelne i oddziałowe) i dydaktyką (nauczyciele akademicy, wykładowcy na kursach i specjalizacjach, autorzy publikacji zawodowych).

Udział w konferencji wzięli wykładowcy: **Amy Coenen PhD, RN, FAAN**, ICNP Project Director; Associate Professor, University of Milwaukee College of Nursing; **Claudia Bartz PhD, RN, FAAN**, ICNP Project Coordinator; **Leszek Sikorski** – Dyrektor Cen-

trum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; **Franziska Perhab RN**, Lider Projektu elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej, Krankenhaus Informations Systeme (K. I. S.) GmbH, Wiedeń, Austria; **Raul Cordeiro RN**, Associate Professor Escola Superior de Saude de Portaregle, Grupa ICNP Portugalia; **Gale S. Pollock Major General (Ret), CRNA, FACHE, FAAN** Executive Director Louis J. Fox Center for

Vision Restoration University of Pittsburgh Medical Center, UPMC Eye Center, The McGowan Institute & the University of Pittsburgh; **dr n. med. Aleksandra Krzemińska-Gaworska** – polski zespół ICNP PTP/GUM Gdańsk; **dr n. hum. Jolanta Górajek-Jóźwik** – polski zespół ICNP PTP/UM Lublin; **dr n. med. Jolanta Lewko** – polski zespół ICNP PTP/UM Białystok; **dr Małgorzata Kisilowska** – adiunkt w Instytucie Infor-





W Konferencji udział wzięło 349 uczestników (pielęgniarek i położnych)

macji Naukowej i Studiów Bibliologicznych Uniwersytetu Warszawskiego; dr n. med. **Mirosław Jarosz**, dr n. med. **Anna Włoszczak-Szubda** – Zakład Metod Informatycznych i Epidemiologicznych Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM Lublin.

Wyżej wymienieni wykładowcy przygotowali dla uczestników Konferencji następujące tematy wykładów:

▶ Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarstwa ICNP®: Wprowadzenie.

▶ Rola kodów i słownika systemów informacyjnych dla procesów systemu ochrony zdrowia. The role of codes and information systems' dictionary in health care processes.

▶ Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarstwa ICNP: Program.

▶ Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarstwa ICNP: Katalogi.

▶ Praktyczne wprowadzenie ICNP w dwóch szpitalach w Austrii.

▶ Walidacja i implementacja ICNP. Doświadczenie Portugalii dla rozwoju w przyszłości.

▶ Znaczenie ICNP w zarządzaniu pielęgniarstwem.

▶ Nowoczesne metody leczenia ran trudnych z zastosowaniem podciśnienia – V. A. C. THERAPY™.

▶ Znaczenie badania fizykalnego w stawianiu diagnozy pielęgniarstwa z zastosowaniem ICNP.

▶ Proces pielęgnowania – wiedza i doświadczenia zawodowe pielęgniarzek a wymagania ICNP.

▶ Znaczenie różnych klasyfikacji praktyki pielęgniarstwa w komunikacji zawodowej pielęgniarki.

▶ ICNP® jako narzędzie zarządzania procesami informacyjnymi w opiece pielęgniarstwa.

▶ Teoria i praktyka profesjonalnej komunikacji w procesach leczenia oraz opieki.

Wszystkie wykłady były tłumaczone symultanicznie.

Drugiego dnia Konferencji odbyły się warsztaty z zakresu ICNP organizowane we współpracy z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Uczestnicy warsztatów otrzymali certyfikaty trenerów ICNP. Ponadto, 30 września 2009 r. **Katarzyna Ikwany** i **Piotr Jarمولuk**, jako przedstawiciele koła studenckiego PTP przy UM w Lublinie, wraz z reprezentantami innych studenckich kół naukowych PTP uczestniczyli w spotkaniu z Panią General **Gale S. Pollock** z USA.

Bogaty program Konferencji oraz wspaniała organizacja sprawiły, że czas minął szybko i przyjemnie. Wykłady cieszyły się dużym zainteresowaniem wśród uczestników. Wszyscy mają nadzieję, że takie spotkania otworzą polskie pielęgniarki na ICNP i w niedalekiej przyszłości będziemy mogli spodziewać się zmian w dokumentowaniu i realizowaniu praktyki pielęgniarstwa.

W niedalekiej przyszłości można spodziewać się zmian w dokumentowaniu i realizowaniu praktyki pielęgniarstwa

Postępy w radiologii stomatologicznej
i szczękowo-twarzowej

Trzeci wymiar w radiologii stomatologicznej

Lublin już po raz drugi gościł osoby zainteresowane radiologią stomatologiczną i szczękowo-twarzową w ramach Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Postępy radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej”.

DR HAB. INGRID RÓŻYŁO-KALINOWSKA
ZAKŁAD RENTGENODIAGNOSTYKI STOMATOLOGICZNEJ
I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ
UM W LUBLINIE

Konferencję zorganizował Zakład Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej UM w Lublinie oraz Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego kierowany przez **prof. T. Katarzynę Różyło** i Sekcja Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, której drugą kadencję przewodniczy **dr hab. Ingrid Różyło-Kalinowska**.



Profesor T. K. Różyło,
przewodnicząca
Komitetu Naukowego,
otwiera Konferencję

W konferencji udział wzięło ponad 100 osób z całego kraju, w tym reprezentanci uczelni medycznych w Białymstoku, Gdańsku, Lublinie, Łodzi, Poznaniu i Szczecinie. Gośćmi honorowymi konferencji były **prof. Teresa Bachanek**, Prodziekan ds. Oddziału Stomatologii UM w Lublinie, **prof. Maria Mielnik-Błaszczak**, były Prodziekan ds. Oddziału Stomatologii AM w Lublinie oraz **mgr Małgorzata Jabłonka**, Dyrektor Stomatologicznego Centrum Klinicznego UM w Lublinie. Swoją obecnością organizatorów i uczestników zaszczyliła również **prof. Grażyna Wilk**, Kierownik Katedry i Zakładu Radiologii Ogólnej i Stomatologicznej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

Tym razem hasłem przewodnim konferencji był trzeci wymiar w radiologii stomatologicznej, co ma związek z dokonującym się na naszych oczach przełomem w tej dziedzinie radiologii. Wiadomo, że diagnostyka obrazowa części twarzowej czaszki jest niezwykle złożona, gdyż w tym regionie występują schorzenia specyficzne dla narządu żucia, jak inne choroby szkieletu. Jako że podstawową do-

meną pracy stomatologa są zęby oraz otaczające je kości, zdjęcia rentgenowskie doskonale obrazujące te struktury twarde nadal pozostają podstawowym badaniem dodatkowym zlecanym przez dentystów. Jednakże w ostatnich latach coraz większe nadzieje kładzione są na nowoczesne techniki obrazowania takie jak stomatologiczna tomografia wolumetryczna (*Dental Volumetric Tomography*) zwana też tomografią komputerową z wiązką promieniowania w kształcie stożka (*Cone-Beam Computed Tomography*, w skrócie CBCT). Wynik badania można porównać do tomografii komputerowej w oknie kostnym. O ile jednak lekarze medycyny, a zwłaszcza radiolodzy, od dawna przyzwyczajeni są do badań warstwowych, to lekarze stomatolodzy, nie związani z chirurgią szczękowo-twarzową, do tej pory nie mieli dużego kontaktu z badaniami tomograficznymi. Stąd konieczność z jednej strony zasygnalizowanie, że istnieje taka możliwość obrazowania, a z drugiej strony zwrócenie uwagi na inne podejście zarówno do anatomii prawidłowej, jak i do interpretacji zmian patologicznych. Jak zauważył prof. Dale Mi-

les w jednej ze swoich publikacji, większość stomatologów nie jest w stanie rozpoznać wyrostka dziobiastego żuchwy na przekroju osiowym, gdyż nigdy dotąd nie widziała tej struktury anatomicznej w takim właśnie rzucie.

Znaczenie obrazowania wolumetrycznego stale rośnie i przewiduje się, że z czasem stanie się ono „złotym standardem” w radiologii stomatologicznej, a w nadchodzących dekadach będzie używane w codziennej praktyce klinicznej. Szczególnie istotny jest fakt, iż obrazowanie wolumetryczne narząda pacjenta na znacznie mniejszą dawkę promieniowania jonizującego niż tomografia komputerowa części twarzowej czaszki. Według Lofthag-Hansena i wsp. dawka efektywna generowana przez aparat CBCT waha się w granicach od 11 do 77 μSv , w zależności typu aparatu, od wielkości obrazowanej objętości oraz wieku i płci pacjenta. Natomiast dla porównania wg Ngana i wsp. dawka promieniowania rejestrowana podczas badania TK szczęki to 1400 μSv , a żuchwy – aż 2100 μSv . Jest to niezwykle ważne w aspekcie ochrony radiologicznej zwłaszcza w grupie pacjentów w wieku rozwojo-





wym w trakcie leczenia ortodontycznego czy korekcji wad stomatognatycznych. Planowanie, monitorowanie postępów leczenia i śledzenie odległych jego wyników mogą wówczas precyzyjnie odbywać się pod kontrolą badania przekrojowego, a jednocześnie przy stosunkowo niskim narażeniu młodego pacjenta na promieniowanie rentgenowskie.

Dlatego też właśnie obrazowanie wolumetryczne stało się tematem wiążącym niniejszej konferencji. Wprowadzeniem do tematu konferencji był wykład poświęcony anatomii radiologicznej części twarzowej czaszki, zarówno na tradycyjnie wykorzystywanych zdjęciach stomatologicznych (zębowych i pantomograficznych), ale i w technikach obrazowania warstwowego (TK, MR, CBCT). Następnie uczestnicy konferencji wysłuchali wykładów wygłoszonych m. in. przez prof. T. Katarzynę Różyło, prof. Marię Kleinrok i dr hab. Ingrid Różyło-Kalinowską, poświęconych zastosowaniu obrazowania wolumetrycznego w diagnostyce ortodontycznej, implantologicznej, periodontologicznej, chirurgicznej, jak też w innych zastosowaniach (np. laryngologia). Prof. Różyło przedsta-

wiła szereg przypadków z zakresu diagnostyki ortodontycznej, w której badanie wolumetryczne pozwala m. in. na precyzyjne uwidocznienie zatrzymanych zębów, tworów dodatkowych, przyczyn zatrzymania zębów. W opinii wielu autorów badanie CBCT jest więc uznawane za badanie obrazowe z wyboru w takich przypadkach. Zastosowanie tomografii wolumetrycznej w przedimplantacyjnej diagnostyce obrazowej (m. in. ocena wymiaru wyrostka na przekrojach transsektalnych, ocena odległości grzbietu wyrostka od dna zachyłka zębodołowego zatoki szczękowej czy kanału zuchwy, wirtualne planowanie implantacji) wg piśmiennictwa jest już ugruntowane w radiologii stomatologicznej. Materiał ilustracyjny z tego zakresu zaprezentowany przez dr hab. Ingrid Różyło-Kalinowską stanowił potwierdzenie tej obserwacji. Możliwości obrazowania wolumetrycznego odnośnie oceny periodontologicznej czy protetycznej są nadal badane. **Prof. Maria Kleinrok** przedstawiła praktyczne wskazówki odnośnie badania stawów skroniowo-zuchwowych metodą tomografii magnetycznego rezonansu jądrowego. Zwrócono także uwagę na odmien-

ny obraz w badaniach przekrojowych struktur anatomicznych dobrze znanych ze zdjęć rentgenowskich. Należy pamiętać, że tomografia wolumetryczna to badanie z użyciem promieniowania rentgenowskiego, a więc w odniesieniu do niej mają zastosowanie obowiązujące w Polsce regulacje prawne dotyczące bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego. Wykłady wzbudziły rezonans i zachęciły uczestników do ożywionej dyskusji – na forum, jak też w kularach.

Doniesienia plakatowe przygotowane przez reprezentantów ośrodków uniwersyteckich w Polsce poświęcone były nowoczesnym technikom obrazowania, głównie jednak tomografii wolumetrycznej, radiografii cyfrowej oraz wirtualnemu planowaniu zabiegów implantologicznych. **Prof. Wilk** i **prof. Opalko** wraz ze swoimi współpracownikami podzieliły się swoimi doświadczeniami dotyczącymi przydatności skanogramów do oceny położenia zębów trzonowych. Ta technika obrazowania stanowi jeden z programów w pantomografii i umożliwia otrzymanie obrazu, który jest jedynie wycinkiem pantomogramu. Dzięki temu stanowi alternatywę dla zdjęć we-



wnątrzustnych u osób, u których takich zdjęć wykonać nie można z powodu braku współpracy, np. osób niepełnosprawnych umysłowo. Ponadto zaletą powyższej techniki jest mniejsza dawka promieniowania w porównaniu do konwencjonalnego zdjęcia pantomograficznego. Jednocześnie eliminuje konieczność powtarzania zle wykonanego zdjęcia, jeśli u osoby niewspółpracującej film rtg przemieści się w jamie ustnej podczas badania.

W dziale varia swoje prace zaprezentowali pracownicy Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego UM w Lublinie pod opieką Kierownika prof. Marii Mielnik-Błaszczak.

Zespół **prof. Janusza Kleinroka** podzielił się swoimi doświadczeniami w zakresie zastosowania rezonansu magnetycznego w diagnostyce i planowaniu leczenia w trudnych przypadkach klinicznych u chorych z zespołem dysfunkcji narządu żucia z objawami przemieszczenia krążków stawowych w stawach skroniowo-żuchwowych. Zwrócono uwagę, iż badania MR należy wykonywać nie tylko w maksymalnym zaguzkowaniu i rozwarciu, ale także w położeniu leczniczym ustalonym wcześniej na podstawie testów

klinicznych z wykonaną w tym położeniu szyną zgryzową.

Możliwości obrazowania wolumetrycznego (CBCT) w różnych działach stomatologii przedstawili pracownicy naukowcy Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i UM w Lublinie. Omówiono m. in. zastosowanie tomografii CBCT do oceny wyników leczenia po zabiegach podniesienia dna zatoki szczękowej, zastosowanie CBCT w wykrywaniu zębów nadliczbowych i określeniu położenia zębów zatrzymanych, ocenę CBCT zaawansowanych zmian zapalnych przyzębia brzęznego oraz w rolę obrazowania wolumetrycznego w planowaniu i monitorowaniu rehabilitacji implantoprotetycznej w trudnych sytuacjach klinicznych u pacjentów bezzębnych.

Przedstawione na plakacie trójwymiarowe rekonstrukcje systemu kanałowego zęba na podstawie wyników spiralnej tomografii komputerowej oraz mikrotomografii przedstawione przez interdyscyplinarny zespół naukowców z Białegostoku (stomatolog, inżynier, radiolog) budziły duże zainteresowanie, zwłaszcza endodontów.

Bogata dokumentacja zdjęciowa z ośrodka łódzkiego ilustrowała powsta-

wanie wzorników radiologicznych w planowaniu leczenia implantologicznego w oparciu o tomografię komputerową. Wzorniki radiologiczne są rodzajem symulacji przyszłego uzupełnienia protetycznego z uwzględnieniem istniejących u pacjenta przestrzennych warunków zwarciovych szczęki i żuchwy. Konstrukcje te pozwalają na precyzyjną ocenę struktur kostnych w miejscach implantacji oraz zwiększają skuteczność oceny ryzyka zabiegowego, a tym samym bezpieczeństwo zabiegu.

Organizacja sympozjum nie byłaby możliwa bez współpracy firm zajmujących się dystrybucją urządzeń radiologicznych i firm farmaceutycznych – Amadar, MiP Pharma, Optident, Donau Trading i Verdent. Patronem medialnym Konferencji był „Magazyn Stomatologiczny” i dzięki temu wszyscy uczestnicy zjazdu oprócz książeczki streszczeń otrzymali majowy numer MS, którego tematem przewodnim była właśnie radiologia stomatologiczna. Na gościnnych łamach MS znalazły się artykuły wykładców oraz uczestników sesji plakatowej, po które na pewno warto będzie sięgnąć w codziennej praktyce.

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu choroby Parkinsona

Choroba Parkinsona zajmuje ważne miejsce w medycynie jako najczęstsza wśród postępujących chorób neurozwyrodnieniowych, ze stale rosnącymi wskaźnikami chorobowości rzędu 64-167/100 000 i liczbą chorych w Polsce szacowaną aktualnie na ok. 80 000.

DR N. MED. BARBARA CHMIELEWSKA
KLINIKA NEUROLOGII
UM W LUBLINIE

Zagadnieniom praktycznym diagnostyki oraz leczenia choroby Parkinsona została poświęcona kolejna konferencja naukowo-szkoleniowa zorganizowana przez Katedrę i Klinikę Neurologii UM w Lublinie oraz Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Konferencja, pod przewodnictwem **prof. dr hab. Zbigniewa Stelmasiaka** odbywała się 4 lutego 2010 r. w siedzibie Lubelskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Dr hab. Konrad Rejdak przedstawił aktualny stan wiedzy na temat etiopatogenezy choroby Parkinsona. Choć chorobę opisano po raz pierwszy blisko 200 lat temu w r. 1817, a jej anatomiczne i biochemiczne uwarunkowania patogenetyczne są stosunkowo dobrze poznane, nadal nie wiadomo,

jaki czynnik lub czynniki etiologiczne zapoczątkowują kluczowy proces postępującego zwyrodnienia neuronów istoty czarnej w śródmózgowiu, który skutkuje zmniejszeniem ilości dopaminy w prążkowiu. Wśród licznych dotychczasowych teorii rozważano toksyczne – przede wszystkim środowiskowe (skażenia chemiczne) mechanizmy śmierci komórek istoty czarnej, zjawisko przedwczesnego starzenia neuronów OUN, uwarunkowania genetyczne oraz udział stresu oksydacyjnego uruchamiającego bezpośrednio proces wybiórczej apoptozy neuronów istoty czarnej lub prowadzący do tego uszkodzenia poprzez uwalnianie wolnych rodników. Jakkolwiek wykazano rodzinne uwarunkowanie choroby Parkinsona związane początkowo z miejscem genowym PAKR1 na chromosomie 4q23, a skutkujące mutacją alfa-synukleiny, kumulowanej w ciałach Lewy'ego, a następnie z miejscami PARK 2-8,10 i 11 to warto pamiętać, że zmiany te odnoszą się jedynie



do rzadkich przypadków choroby Parkinsona o wczesnym początku, występujących u niespełna 4 procent ogółu chorych. Istotnie, biochemiczne wykładniki stresu oksydacyjnego takie jak zahamowanie kompleksu I w mitochondriach neuronów istoty czarnej, zwiększenie produktów peroksydacji lipidów, redukcję glutationu i zwiększenie stężeń żelaza potwierdzano w chorobie Parkinsona. Jednak jak dotąd nie udało się opracować możliwości leczenia neuroprotektynowego, w tym także nie dowiedziono, aby liczne środki i leki uchodzące za wymiatacze wolnych rodników posiadały zdolność modyfikowania przebiegu choroby Parkinsona.

Rozpoznanie choroby Parkinsona nie zawsze jest łatwe, na co zwracała

uwagę w swoim wykładzie **dr n. med. Iwona Halczuk**. Nie dysponujemy obecnie żadnymi metodami badań neuroobrazowych, które mogłyby potwierdzić diagnozę idiopatycznej choroby Parkinsona. Badanie przy użyciu pozytronowej tomografii emisyjnej (PET), które może uwidocznic dysfunkcję układu dopaminergicznego nie znajduje zastosowania w codziennej praktyce, nawet w krajach o wysokich nakładach na ochronę zdrowia. Nie ma także markerów biochemicznych choroby dostępnych w badaniach analitycznych. Objawy kliniczne rozwijają w powolnym tempie i są często odnoszone przez pacjentów do zjawiska fizjologicznego starzenia się. Z kolei wcale nie rzadka asymetria objawów bywa myląca dla wielu lekarzy ogólnych, którzy nie kierują tych pacjentów do postępowania specjalistycznego. Osiołe objawy zaburzeń motorycznych, które dotyczą regulacji napięcia mięśniowego, modulacji i koordynacji ruchów, a mianowicie spowolnienie ruchowe, sztywność i drżenie nie są jedynymi symptomami choroby Parkinsona. Wielu chorych cierpi na zaburzenia w sferze psychicznej. Zespoły otępienne stwierdzane są u ok. 50 proc., a zaburzenia nastroju, przede wszystkim depresja, średnio u 40 proc. chorych. Stosunkowo rzadziej występują psychozy u ok. 20-30 proc. pacjentów. Istotny problem stanowią zaburzenia snu, zarówno bezsenność, koszmary senne i inne parasomnie, jak i senność dzienna oraz napady niepoohamowanego snu w trakcie aktywności dziennej. Wielu chorych uskarża się na zaburzenia neurovegetatywne, potliwość, zaburzenia termoregulacji, zaburzenia mikcji i motoryki przewodu pokarmowego. Prawidłowa diagnoza w chorobie Parkinsona opiera się na znajomości szerokiego wachlarza objawów klinicznych, a pomocne w ocenie nasilenia zaburzeń i ujawnieniu tych, których sam pacjent nie przypisuje chorobie są liczne skale UPRRS, Hoehn-Yahra, Schwaba-Englanda, EDSS i in., oceniające funkcje ruchowe, sen, nastrój, wydolność samoopieki oraz jakość życia.

Leczenie objawowe choroby Parkinsona powinno być prowadzone w

znacznie szerszym zakresie niż tylko niwelowania zaburzeń motorycznych. W kolejnym wykładzie mówiła na ten temat **dr n. med. Barbara Chmielewska**. Układ dopaminergiczny nie jest funkcjonalnie jednorodny; to nie tylko część nigrostriatalna kontrolująca aktywność motoryczną i drżenie, ale również szlak mezolimbiczny uczestniczący w regulacji emocji i zachowań oraz mezokortyczny związany z funkcjami intelektualnymi, uwagi, pamięci, myślenia i motywacji. Zatem wprowadzenie do leczenia choroby Parkinsona w latach 60. ubiegłego wieku prekursora endogennego neuroprzekaznika L-dopy stanowiło kamień milowy w walce z chorobą, ze względu na nieporównywalnie wysoką skuteczność z lekami stosowanymi uprzednio oraz wielowymiarowość tego leczenia. Jakkolwiek L-dopa jest nadal tzw. złotym standardem w leczeniu choroby Parkinsona, to obecnie do stymulacji układu dopaminergicznego wykorzystywane są również leki, które hamują rozkład metaboliczny dopaminy lub bezpośrednio pobudzają receptory dla dopaminy. Dzięki połączeniom L-dopy z inhibitorami jej przemiany systemowej, leczenie może być prowadzone niższymi, bezpieczniejszymi dawkami, a postaci recepturowe o przedłużonym czasie uwalniania zapewniają utrzymanie stabilnych stężeń leku w organizmie, co zmniejsza ryzyko fluktuacji aktywności ruchowej. Ponadto dla pacjentów w zaawansowanej postaci choroby Parkinsona opracowana została forma leku do bezpośredniego stosowania dożołądkowego, podawana w sposób ciągły, dozowany z elektronicznego aplikatora. Niestety, istotnym ograniczeniem w skutecznym leczeniu L-dopą jest zjawisko wyczerpywania się aktywności leku wraz z postępowaniem choroby i stymulacji dopaminomimetycznej oraz występowanie epizodów paradoksalnie nadmiernej aktywności ruchowej w postaci różnych dyskinez. Najczęściej spotykanymi zaburzeniami jest przedwczesne wygasanie działania przyjętej dawki leku – *wearing off*, fluktuacje ruchowe *on-off* oraz rozmaite dyskinezy *pląsawicze* np. *szczytu*, *końca dawki*, *dwufazowe* i *dyskinezy dystoniczne*, *nierzadko połączo-*

ne z bolesnymi kurczami mięśni. Zwalczanie tych zaburzeń, których główną przyczyną są zmiany reaktywności receptorów dla dopaminy wskutek nie fizjologicznej, pulsacyjnej stymulacji jest niezwykle trudne. Opóźnienie ich wystąpienia przypisuje się stosowaniu leków, które „oszczędzają” dopaminę poprzez zmniejszenie jej rozkładu metabolicznego jak inhibitory monoaminooksydazy B oraz O-metylotransferazy katecholowej. Kolejnym sposobem na przedłużenie okresu skutecznego, a przynajmniej nie powikłanego leczenia jest stosowanie agonistów dopaminy.

Ta grupa leków, obecnie intensywnie rozwijana, została scharakteryzowana w kolejnym wykładzie przedstawionym przez **dr n. med. Tomasza Haśca**. Agoniści nie są równie skuteczni jak L-dopa. Zwykle znajdują one zastosowanie w początkowej fazie choroby Parkinsona lub w postaciach bardziej zaawansowanych, kiedy podaje się je w celu zmniejszenia dawek równocześnie stosowanej L-dopy. Jakkolwiek leki o tym mechanizmie działania są znane i stosowane od dawna, jak m. in. bromokryptyna i pergolid, wciąż pojawiają się nowe, których przewaga i główną zaletą jest bardziej wybiórcze działanie na wyspecjalizowane typy w dużej rodzinie receptorów dopaminergicznych, dzięki czemu możliwe jest ograniczenie działań niepożądanych stymulacji dopaminergicznej. Agoniści znajdują zastosowanie pomocnicze w przypadkach wystąpienia fluktuacji i niektórych dyskinez. Kilka leków spośród agonistów występuje w formach o działaniu długotrwałym jak ropinirol w postaci tabletek o powolnym uwalnianiu oraz rotygotyna, w postaci plastrów transdermalnych, które zapewniają stały terapeutyczny poziom substancji aktywnej przez co najmniej 24 godziny.

Diagnoza, ale zwłaszcza leczenie w chorobie Parkinsona wymagają wszechstronnego spojrzenia na problem oraz indywidualnego traktowania każdego chorego. Konferencja stworzyła uczestnikom możliwości poznania najnowszych ustaleń niezbędnych w praktyce i spotkała się z dużym zainteresowaniem lekarzy neurologów, a także lekarzy rodzinnych.

Pierwszy światowy kongres poświęcony twardzinie układowej

Światowy Kongres w całości poświęcony
twardzinie układowej odbył się po raz
pierwszy we Florencji (Włochy) w dniach
od 11 do 13 lutego 2010.

PROF. DR HAB. MARIA MAJDAN
DR N. MED. EWA WIEŁOZ

KATEDRA I KLINIKA
REUMATOLOGII I UKŁADOWYCH CHOROÓB
TKANKI ŁĄCZNEJ
UM W LUBLINIE

Głównymi organizatorami i przewodniczącymi Komitetu Organizacyjnego i Naukowego Kongresu byli **prof. Daniel Furst** z Uniwersytetu Kalifornijskiego (USA) oraz **prof. Marco Matucci Cerinic** z Uniwersytetu we Florencji (Włochy). Profesor Furst jest jednym z najlepszych światowych znawców patofizjologii i metod leczenia twardziny układowej. Profesor Matucci, od lat światowy autorytet w dziedzinie badań nad twardziną, jest organizatorem i kieruje grupą EUSTAR. EUSTAR (European League Against Rheumatism Scleroderma Trials and Research Group) prowadzi rejestr chorych na twardzinę, do którego zgłoszeni są chorzy na

tę chorobę z całego świata. Na podstawie danych uzyskanych z rejestru ustalane są nowe kryteria klasyfikacyjne choroby, oceniane są nowe metody wczesnej diagnostyki, analizowana jest skuteczność dotychczas dostępnych metod terapeutycznych. Nasza klinika współpracuje z EUSTAR od pięciu lat. Jesteśmy współautorami kilku prac, które powstały na bazie wspólnie uzyskiwanych i analizowanych danych.

W Kongresie uczestniczyło 1455 osób z całego świata. Przedstawiono 399 doniesień zjazdowych. Kilkanaście doniesień pochodziło z ośrodków polskich, w tym również z Lublina.

Czas trzydniowego Kongresu był wypełniony od 7.30 rano do 19 wieczorem wykładami i sesjami podsumowującymi stan wiedzy na temat choroby, omawiającymi różne nowe sposoby jej diagnozowania oraz nowe metody terapeutyczne. Osobne sesje były poświęcone najpoważniejszym powikłaniom choroby jakimi jest śród-

miąższowa choroba płuc w twardzinie prowadząca do włóknienia płuc, nadciśnienie tętnicze płucne, zajęcie przewodu pokarmowego w przebiegu choroby. Ogromnie interesujący wykład na temat historii badań nad twardziną układową na rozpoczęcie Kongresu przedstawiła **prof. Carol Black** z Royal Free University College Medical School w Londynie. Prof. Black kieruje największym w Europie Centrum badań nad twardziną. Omawiając historię badań nad twardziną wiele ciepłych słów poświęciła **prof. Stefanii Jabłońskiej** – jednej z pionierek badań nad twardziną w Polsce i na świecie. Profesora Stefania Jabłońska brała udział w formułowaniu pierwszych kryteriów klasyfikacyjnych choroby oraz tworzeniu skali oceny aktywności choroby.

Mimo, że nie ma dotychczas przyczynowego leczenia choroby, w ciągu ostatnich lat dostępne stały się terapie znacznie wydłużające przeżycie i poprawiające jakość życia chorych na twardzinę. Leki antyproliferacyjne (prostanoidy, antagoniści receptora endoteliny, inhibitory fosfodiesterazy-5) skutecznie pozwalają wydłużyć przeżycie chorych z nadciśnieniem tętniczym płucnym w przebiegu choroby. Duże, własne pozytywne doświadczenie w przeszczepianiu komórek

1ST SYSTEMIC SCLEROSIS WORLD CONGRESS

FEBRUARY 11-13, 2010
FLORENCE, ITALY
PALAZZO DEI CONGRESSI



macierzystych szpiku we wczesnym – niezbyt zaawansowanym okresie choroby u chorych ze złym rokowaniem przedstawiono na podstawie danych z ośrodków amerykańskich i europejskich (ASTIS). W czasie Kongresu wyraźnie zasygnalizowano konieczność rozpowszechnienia znajomości kryteriów wczesnego rozpoznania twardziny. Program VEDOSS (*very early diagnosis of systemic sclerosis*) obejmu-

je konieczność upowszechnia znajomości wczesnych objawów diagnostycznych choroby, do których należą:

1. obecność objawu Raynaud;
2. obecność przeciwciał przeciwjądrowych (przeciw Scl-70, przeciwcentromerowych, przeciwjądrowych i nowych markerowych przeciwko RNA polimerazie III);
3. charakterystyczne zmiany w badaniu kapilaroskopowym.

Twardzina układowa jest jedną z najczęściej przebiegających układowych chorób tkanki łącznej. Charakteryzuje się postępującym twardnieniem skóry i zajęciem różnych narządów wewnętrznych takich jak płuca, nerki, serce, przewód pokarmowy, stawy, mięśnie, ośrodkowy czy obwodowy układ nerwowy. Jest chorobą występującą u 1:3300 osób z ogółu populacji. Trzy do czterech razy częściej chorują kobiety, zwłaszcza rasy czarnej. Wy różnia się postać ograniczoną i uogólnioną twardziny układowej, zależnie od stopnia zajęcia skóry w przebiegu choroby. W obydwu postaciach choroby dochodzi do zajęcia narządów wewnętrznych. Zajęcie narządów wewnętrznych determinuje rokowanie co do przeżycia w tej chorobie.

Istnieją różne teorie na temat etiopatogenezy twardziny układowej. Coraz większą rolę przypisuje się zmianom w morfologii naczyń krwionośnych (waskulopatia), na które składają się uogólniona mikroangiopatia, uszkodzenie śródbłonna naczyń i włóknienie. Uogólniona mikroangiopatia, uszkodzenie śródbłonna i włóknienie są głównymi zmianami w naczyniach w przebiegu twardziny układowej, które prowadzą do uszkodzenia narządów wewnętrznych

Ważną rolę odgrywają także procesy autoimmunologiczno-zapalne i pro-

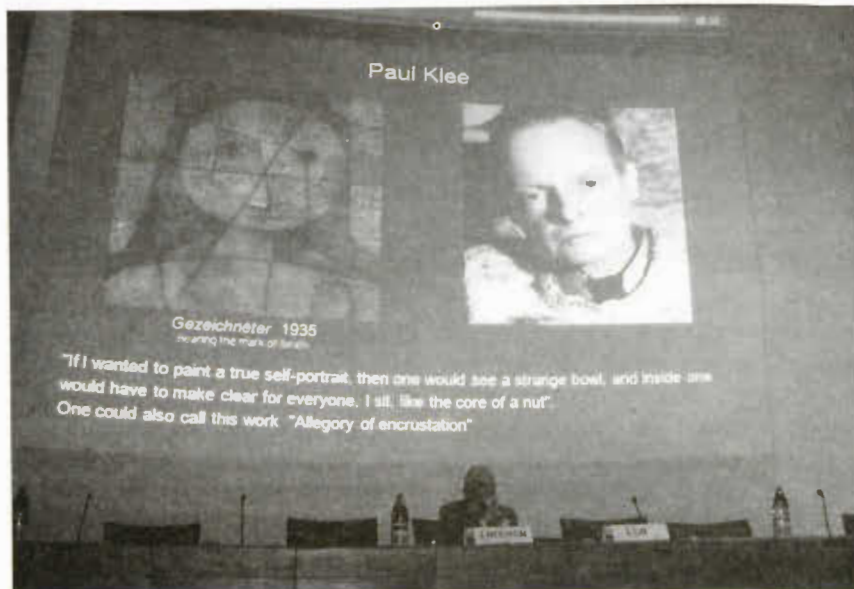


Sesja posterowa. Od lewej przy plakacie stoją dr Magdalena Dryglewska (UM w Lublinie); dr Agnieszka Sulik (UM w Białymstoku), dr Ewa Wielosz (UM w Lublinie)

ces włóknienia związane z aktywacją fibroblastów, odkładaniem się kolagenu i innych składników substancji podstawowej zewnątrzkomórkowej w skórze i narządach wewnętrznych. Pierwszym objawem klinicznym twardziny układowej jest objaw Raynauda, występujący prawie u wszystkich pacjentów. Objaw ten często na wiele lat wyprzedza zmiany skórne czy narządowe. W związku z tym w początkowym okresie, choroba jest trudna do rozpoznania. Należy również pamiętać, że istnieją pojedyncze przypadki, w których zajęcie skóry jest niewielkie, natomiast dominują zmiany w narządach wewnętrznych (*scleroderma sine scleroderma*), co sprawia szczególnie duże trudności diagnostyczne. Obecnie w celu diagnostyki choroby posługujemy się kryteriami klasyfikacyjnymi opracowanymi w 1980 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Reumatologiczne (American Rheumatism Association – ARA). Według tych kryteriów można rozpoznać chorobę, gdy stwierdzi się włókniste zmiany w płucach i ograniczone bądź uogólnione zmiany skórne. Niemniej jednak, kryteria te są niewystarczające szczególnie, jeśli są stosowane do diagnostyki wczesnych postaci twardziny układowej. Przykładowo chorzy, którzy cierpią z powodu objawu Raynauda, ze zmianami na opuszkach palców, z zajęciem przelyku, obecnością przeciwciał antycentromerowych (*anticentromere antibodies – ACA*), spełniają tylko jedno małe kryterium, a wyraźnie chorują na twardzinę. W związku z tym poszukuje się innych metod diagnostycznych, a co za tym idzie nowych kryteriów klasyfikacyjnych, które by udoskonalili i przyspieszyły diagnostykę wczesnych postaci choroby. Wiadomo bowiem, że tylko agresywna terapia immunosupresyjna zastosowana we wczesnych okresach choroby może zatrzymać jej postęp. W praktyce klinicznej badaniem pomocnym we wczesnej diagnostyce twardziny jest badanie kapilaroskopowe naczyń wału paznokciowego. Badanie to jest wykorzystywane w diagnostyce różnicowej pomiędzy pierwotnym objawem Raynauda, a zaburzeniami mikrokrążenia towarzyszącymi układowym chorobom tkanki łącznej a zwłaszcza tward-

zynie. W przebiegu twardziny w badaniu kapilaroskopowym stwierdza się charakterystyczne zaburzenia w mikrokrążeniu określane jako mikroangiopata typowa dla tej choroby. Termin mikroangiopatii obejmuje następujące zmiany patologiczne: redukcja liczby naczyń z obecnością obszarów awaskularyzacji, poszerzenie pętli naczyń prowadzące do powstawania megakapilar; obecność pętli drzewokowatych i wybroczyn czapeczkowa-

tych. Ważnymi patologicznymi zmianami, które pojawiają się już we wczesnych postaciach TU są megakapilary. Obecność u chorego już nawet dwóch megakapilar przy występowaniu objawu Raynauda skłania do obserwacji i wnikliwej diagnostyki. Biorąc pod uwagę, że duży problem diagnostyczny stanowią chorzy z obecnością objawu Raynauda i przeciwciał przeciwjądrowych, badanie kapilaroskopowe, w którym stwierdza się ce-



Paul Klee – wybitny szwajcarsko-niemiecki malarz chory na twardzinę był symbolicznym przedstawicielem chorych na tę ciężką chorobę autoimmunizacyjną. W czasie zjazdu prezentowano książkę opartą na jego refleksjach oraz obrazach, w których artykułował swoje cierpienia związane z twardziną



Folder zjazdowy oraz okładka książki o Paulu Klee

chy mikroangiopatii typowej dla twardziny okazało się bardzo pomocne w diagnostyce u tych chorych. LeRoy i Medsger zaproponowali uznanie wyników kapilaroskopii, jako jedno z kryteriów klasyfikacyjnych. Autorzy sugerują także włączenie do kryteriów wysoko specyficznych przeciwciał dla choroby, takich jak przeciwciała anty-centromerowe oraz przeciwciała przeciwko topoizomerazie I (anti-Scl-70). Zarówno w postaci ograniczonej jak

i uogólnionej twardziny stwierdza się różnego stopnia zajęcie skóry, narządów wewnętrznych, jak i określone markery serologiczne. W przebiegu choroby może być zajęty każdy narząd, jednak do najczęstszych powikłań należą: zmiany płucne z wtórnym nadciśnieniem płucnym, pierwotne nadciśnienie płucne, zajęcie serca, powikłania nerkowe i zajęcie przewodu pokarmowego. Główną przyczyną zgonów wśród chorych na twardzinę jest

śródmiażdżowa choroba płuc z wtórnym nadciśnieniem płucnym i włóknieniem płuc. Pierwotne nadciśnienie tętnicze płucne rozwija się u ok. 15% chorych na twardzinę, częściej w postaci ograniczonej choroby. Rokowanie co do przeżycia jest w tej grupie złe, tylko 10% tych chorych przeżywa 5 lat. Zajęcie nerek stwierdza się u ok. 80% chorych na twardzinę. Dawniej kryza nerkowa była główną przyczyną zgonów chorych na twardzinę. Po wprowadzeniu w latach osiemdziesiątych do leczenia przełomów nerkowych w twardzinie inhibitorów konwertazy, rokowanie co do zachowania funkcji nerek w twardzinie bardzo wyraźnie się poprawiło. Obecnie najbardziej obciąża rokowanie w chorobie zajęcie płuc, serca i przewodu pokarmowego. W obrębie przewodu pokarmowego najczęściej zajęty jest przełyk w którym zmiany włókniste powodują tak znaczne utrudnienie pasażu pokarmu, że w zaawansowanych stadiach choroby chory musi być odżywiany pozajelitowo.



Spotkanie towarzyskie w trakcie Kongresu (w bardzo późnych godzinach wieczornych). Od lewej stoją: dr Anna Kotulska (UM w Katowicach); prof. Maria Majdan (UM w Lublinie); prof. Marco Matucci (Uniwersytet we Florencji); prof. J. Seibold (USA); siedzą prof. Eugeniusz Kucharz (UM w Katowicach); dr hab. Otylia Kowal Bielecka (UM w Białymstoku)

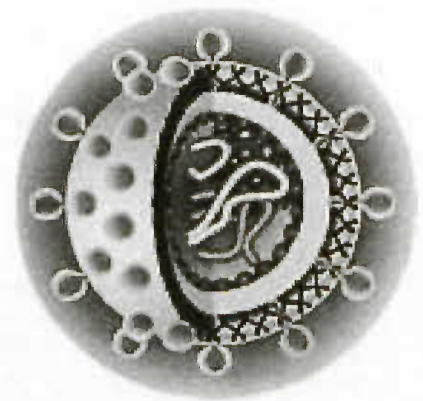


Badanie kapilaroskopowe:
wczesna mikroangiopatia
w twardzinie układowej

**Twardzina
układowa jest
jedną
z najciężej
przebiegających
układowych
chorób tkanki
łącznej.
W początkowym
okresie
choroba jest
trudna do
rozpoznania**

We wrześniu odbędą się II Lubelskie Dni Wirusologiczne

Już po raz drugi Zakład Wirusologii organizuje, pod honorowym patronatem Jego Magnificencji prof. dr hab. Andrzeja Książka – Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ogólnopolską konferencję naukową pt. Lubelskie Dni Wirusologiczne. Współorganizatorami konferencji są Polskie Towarzystwo Wirusologiczne oraz Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej UM. Patronat nad konferencją objęła także Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, z jej przewodniczącym dr Henrykiem Owczarkiem.



widziano wydanie w języku angielskim monografii zawierającej wybrane przez Komitet Naukowy prace.

Wirusologia jest dużą i dynamicznie rozwijającą się dziedziną wiedzy o ponad stuletniej historii, posiadającą wyodrębniony obszar zainteresowań badawczych, własne metody badawcze oraz posiada swoich reprezentantów uprawiających praktycznie tę dyscyplinę w uniwersytetach, uniwersytetach medycznych bądź instytutach naukowo-badawczych. Współczesna wirusologia posługuje się metodami izolacji i identyfikacji wirusów w hodowli komórek, badaniami serologicznymi opartymi głównie na metodzie ELISA, a także niekiedy immunofluorescencji. Rozwój biotechnologii umożliwił wprowadzenie metod biologii molekularnej, co znalazło zastosowanie do jakościowego i ilościowego oznaczania DNA lub RNA badanych wirusów metodą Real-Time PCR. Wreszcie metody genotypo-

**PROF. DR HAB.
MAŁGORZATA POLZ-DĄCEWICZ**
KATEDRA I ZAKŁAD WIRUSOLOGII
UM W LUBLINIE

Zjazd będzie się odbywał w dniach 22-24 września br. w Centrum Szkoleniowo-Wypoczynkowym „Energetyk” w Nałęczowie. Podczas konferencji przewidziano referaty plenaryjne, referaty ustne wjach tematycznych oraz sesję plakatową. Obrady będą się odbywały w następujących grupach zagadnień: 1. Wirusy pneumotro-

powe, 2. Wirusy hepatotropowe, 3. Wirusy a nowotwory, 4. Leki przeciwwirusowe, 5. Diagnostyka wirusologiczna – standardy diagnostyczne, 6. Zakażenia wirusowe u zwierząt, 7. Profilaktyka zakażeń wirusowych, 8. Varia.

Referaty zapowiedzieli już: **prof. dr hab. Ewa Brojer** – Warszawa, **prof. dr hab. Anna Goździcka-Józefiak** – Poznań, **prof. dr hab. Martyna Kandefer-Szerszeń** – Lublin, **prof. dr hab. Anna Kwaśniewska** – Lublin, **prof. dr hab. Włodzimierz Gut** – Warszawa, **doc. dr hab. Bogumiła Litwińska** – Warszawa, **prof. dr hab. Jan Żmudziński** – Puławy. Prze-

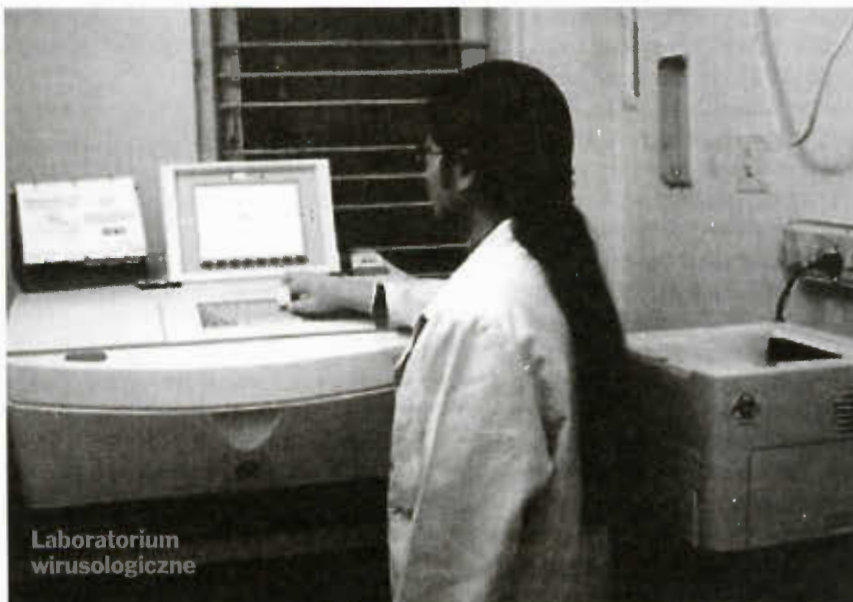
wania wykorzystywane m. in. w dochodzeniu epidemiologicznym, np. przy ustalaniu źródła zakażenia w zakażeniach układowych.

Wiele badań w ostatnich latach dotyczy związku zakażeń wirusowych z chorobami nowotworowymi, co jest jednym z tematów badawczych naszego Zakładu. Udowodniono już rolę zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz rakiem szyjki macicy. Ale wirusy te mają prawdopodobnie związek z innymi nowotworami takimi jak nowotwory jamy ustnej, gardła i krtani, jelita grubego, prostaty. Poza tym zakażenia wirusowe często dotykają pacjentów o obniżonej odporności, a więc po przeszczepach.

Bardzo ważnym zagadnieniem jest poszukiwanie nowych leków przeciwwirusowych, w tym także pochodzenia roślinnego. Badania z tego zakresu prowadzone są również w naszym Zakładzie we współpracy z Katedrą Farmakognozji. Wreszcie, bardzo istotny problem zapobiegania zakażeniom także przez szczepienia ochronne.

Niezmiernie istotnym zagadnieniem jest właściwa diagnostyka zakażeń wirusowych, która umożliwi nie tylko odpowiednią terapię, ale także rokowanie na przyszłość i ocenę ryzyka, np. przejścia ostrej fazy zakażenia w fazę przewlekłą. Zgodnie z zasadami EBM (*Evidence Based Medicine*) i HTA ma na celu zapewnienie odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej w celu jak najlepszego leczenia pacjenta. Badania serologiczne i molekularne są dzisiaj zautomatyzowane, co z jednej strony znacznie ułatwia pracę, z drugiej zaś niesie pewne zagrożenia. Wielu pracowników laboratoriów badawczych nie posiadając odpowiednio doświadczenia kupuje te urządzenia do diagnostyki zakażeń wirusowych, ale to wcale nie oznacza, że są oni wirusologami. To poważne zagrożenie dla wiarygodności uzyskanych wyników; stąd wziął się w pełni uzasadniony projekt opracowania standardów i stworzenie sieci laboratoriów referencyjnych.

Jak widać z tego przeglądu problemów badawczych, a co za tym idzie czekających na rozwiązanie, jest bardzo wiele. Nasze spotkania mają wprawdzie krótką tradycję (zaledwie dwulet-



Laboratorium wirusologiczne

Bardzo ważnym zagadnieniem jest poszukiwanie nowych leków przeciwwirusowych, w tym także pochodzenia roślinnego. Badania z tego zakresu prowadzone są również w Zakładzie Wirusologii we współpracy z Katedrą Farmakognozji UM w Lublinie



Hodowla fibroblastów



Czytnik do metody płytkowej mikroelisa

nią), ale mam nadzieję, że z czasem staną się forum wymiany doświadczeń polskich, a także zagranicznych wirusologów oraz większej integracji naszego środowiska zawodowego. Sprzyjać temu będzie z pewnością rozpoczynająca działalność w bieżącym roku Polskie Towarzystwo Wirusologiczne.

Na miejsce tegorocznego spotkania wybraliśmy Nałęczów, miasto-ogród położone w granicach Kazimierskiego Parku Krajobrazowego, którego walory lecznicze i krajobrazowe dostrzegli wielcy pisarze i poeci Henryk Sienkiewicz, Bolesław Prus, Stefan Żeromski, Stanisław Witkiewicz, Ewa Szelburg-Zarembina. To jedyne w Polsce

uzdrowisko o profilu wyłącznie kardiologicznym, jest obecnie także ośrodkiem odnowy biologicznej. Swoje właściwości lecznicze zawdzięcza naturalnym warunkom klimatycznym oraz urozmaiconą siecią wąwozów oraz bardzo bogatą szatą roślinną. Będzie więc zarazem okazją do promocji naszego regionu.

Osoby zainteresowane udziałem w konferencji mogą się rejestrować online poprzez stronę internetową Zakładu Wirusologii UM w Lublinie, gdzie znajdą wszystkie niezbędne informacje – www.wirusologia.lublin.pl Zachęcam zatem do aktywnego uczestnictwa. Zapraszam więc do Nałęczowa!

IX Bal na... 47 chromosomów

30 stycznia 2010 roku odbył się dziewiąty integracyjny bal karnawałowy dla dzieci niepełnosprawnych. Aula Collegium Novum Uniwersytetu Medycznego w Lublinie gościła 228 dzieci ze schorzeniami genetycznymi Lubelszczyzny. Dzieciom towarzyszyli rodzice i rodzeństwo. Mikołaj rozdawał prezenty... Było to wielkie przeżycie...



DR N. FARM. ANNA BOGUCKA-KOCKA
KATEDRA BOTANIKI FARMACEUTYCZNEJ

DR HAB. JANUSZ KOCKI
SAMODZIELNA PRACOWNIA GENETYKI KLINICZNEJ
UM W LUBLINIE

Organizatorami IX Balu na... 47 chromosomów byli dr Anna Bogucka-Kocka z Katedry Botaniki Farmaceutycznej i pracownicy oraz doktoranci Samodzielnej Pracowni Genetyki Klinicznej UM w Lublinie: dr hab. Janusz Kocki, dr hab. Halina Antosz, dr n. med. Małgorzata Grabek-Gawłowicz, dr n. med. Barbara Marzec-Kotarska, mgr Krystyna Różyńska, lek. med. Przemysław Łodej, lek. med. Michał Dudziński, lek. med. Katarzyna Wojciechowska, lek. med. Dominika Wróbel, mgr Katarzyna Wojno, mgr Joanna Sajewicz, mgr Aleksandra Kaczmarzewska, mgr Ewa Rzeszutko; studenci z Koła Naukowego Genetyki Klinicznej UM w Lublinie:

Lidia Kotuła, Joanna Demkowska; z Koła Naukowego Botaniki Farmaceutycznej: Marcin Czop, Daniel Zalewski oraz studenci: Joanna Pręga, Sylwia Kapel, Aleksandra Brzóska, Katarzyna Miturska, Andrzej Miturski.

Dzięki życzliwości władz naszej Uczelni w osobach JM Rektora i Pani Kanclerz dzieci mogły przeżyć chwile radości korzystając z pięknie udekorowanej auli Collegium Universum. Wielką pomoc w organizacji balu dla dzieci niepełnosprawnych wniosły panie z Sekcji ds. Socjalnych: mgr Agnieszka Bożyk i mgr Danuta Laskowska oraz Zbigniew Matuszak z Działu Administracyjno-Gospodarczego.

Słodycze i maskotki dla dzieci niepełnosprawnych podarowało wielu anonimowych pracowników i studentów naszej uczelni.

Dzięki sponsorom – Firmie Cukierniczej „Solidarność” w Lublinie, Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” UM w Lublinie, pracownikom Katedry i Zakładu Farmakognozji oraz ro-

dzinie Mądziaków (Marta, Dorota i Maciej) każde dziecko otrzymało paczkę ze słodyczami i zabawkami pluszowymi. Zabawki były podarowane przez studentów i pracowników naszej uczelni oraz uczniów lubelskich szkół podstawowych i średnich. W zbiorce zabawek oraz w organizacji imprezy pomagali: Maria Maklakiewicz, Krystyna Żmuda, Krzysztof Maśkiewicz, Bernadetta Dolecka, Maria Radzka.

Zbiórkę darów w Społecznym Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcącym im. Jana III Sobieskiego w Lublinie (dyrektor Elżbieta Nawrot) organizowali i koordynowali nauczyciele: Izabela Harasymiak-Krzyżanowska i Ewa Baj. Uczniowie przynieśli zabawki i słodycze, uczestniczyli w pakowaniu darów na terenie szkoły i UM w Lublinie (M. Sz waj, N. Sutkowska, J. Postęпки, C. Haliniarz, M. Kowalik, K. Walicka, M. Krukowska, J. Celejowska, K. Redestowicz, I. Dudzik, M. Jaworska, M. Szyszko, R. Kager, M. Adamczyk, I. Osuchowska, A. Nogalska, M. Bochyńska, K. Kuśmierczuk, A. Galińska, O. Magdziarz, K. Cioroch, Z. Machajek, D. Baj).

Za dużą pomoc i zaangażowanie w akcję dziękujemy również mgr An-



drzejowi Abramowiczowi oraz mgr Beacie Lewickiej – nauczycielom z Zespołu Szkół Chemicznych i Przemysłu Spożywczego w Lublinie (dyrektor mgr Marek Szymański).

Niemalą pomoc w organizację imprezy (zbiórka i pakowanie prezentów, prowadzenie zabawy) wnieśli także uczniowie Szkoły Podstawowej nr 31 im. Lotników Polskich w Lublinie (dyrektor mgr Jolanta Józefaciuk i nauczyciele mgr Paulina Dziurdzia i mgr Barbara Różyńska).

Wiele dzieci cieszyło się z prezentów dzięki zaangażowaniu w zbiórkę maskotek i słodczych uczniów Szkoły Podstawowej w Stróży pod opieką nauczycieli: mgr Elżbiety Białej, mgr Joanny Kotuły, mgr Małgorzaty Urbańczyk i dyrektora mgr Anny Kasperek.

Wiele radości dostarczyli dzieciom animatorzy i ekipa techniczna firmy BoomParty z Lublina, prowadząc zabawę karnawałową, organizując gry i zabawy, a także dostarczając nieodpłatnie zdjęcia dzieciom. W czasie imprezy dzieci mogły obejrzeć fragmenty spektakli, które nieodpłatnie przedstawili aktorzy z firmy BoomParty z Lublina. Rola Mikołaja wspaniale odegrał Paweł Stanisław Wrona, solista Teatru Muzycznego w Lublinie – swoim tenorem zachwyił dzieci i rodziców!

Zabawę karnawałową prowadzili członkowie Zespołu Pieśni i Tańca Politechniki Lubelskiej (choreografia: Hanna Aleksandrowicz, opracowanie muzyczne: Mikołaj Naum) oraz Zespołu Pieśni i Tańca Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (choreografia: Krystyna Maciąg). Piękne stroje, muzyka „na żywo”, taniec i szyk wprawiały w zachwyt dzieci, z których większość po raz pierwszy miała bezpośredni kontakt z zespołem. Kapela i połączone zespoły dwóch uczelni stworzyły niepowtarzalny nastrój.

W prowadzenie zabawy włączyli się także umundurowani studenci z Grupy Ratownictwa Taktycznego EMS Poland – dzieci były zachwycone prezentowanym sprzętem.

W imieniu dzieci organizatorzy IX Balu na... 47 chromosomów składają serdeczne podziękowania za dar serca, życzliwość i bezinteresowną pomoc: Władzom, Pracownikom i Studentom UM w Lublinie.

Siatkówka na siedząco

Siatkówka na siedząco to gra zespołowa dla osób niepełnosprawnych, które ze względu na posiadaną dysfunkcję nie mogą uczestniczyć w rozgrywkach siatkówki na stojąco wraz z osobami pełnosprawnymi.

MGR JUSTYNA CHMIEL
MGR KAMIL CHOŁUJ
LUBLIN

W 1956 r. Holenderski Komitet Sportu (Dutch Sports Committee) jako pierwszy wprowadził zajęcia z siatkówki na siedząco. Dyscyplina była kombinacją *sitzballa* (gry w siatkówkę rozgrywanej w pozycji siedzącej) oraz siatkówki na stojąco – dyscyplin już wcześniej uprawianych przez osoby niepełnosprawne. Od tego momentu dyscyplina zyskała sobie w Holandii dużą popularność, między innymi, dzięki udziałowi w rozgrywkach osób pełnosprawnych.

Zawody siatkówki na siedząco na poziomie międzynarodowym rozgrywane są od roku 1967, jednak dopiero w 1978 r. Międzynarodowa Organizacja Sportu Niepełnosprawnych (ISOD) w pełni zaakceptowała siatkówkę na siedząco jako dyscyplinę sportową. Pierwszy oficjalny turniej pod auspicjami ISOD został przeprowadzony w 1979 r. (Haarlem, Holandia).

W 1980 r. po raz pierwszy siatkówka na siedząco mężczyzn znalazła się w programie Igrzysk Paraolimpijskich. W zawodach uczestniczyło 7 drużyn narodowych. Mistrzostwa Świata kobiet i mężczyzn są organizowane od

1993 r. W 2004 r. podczas Igrzysk Paraolimpijskich w Atenach do rywalizacji przystąpiły drużyny kobiet. Dyscyplina rozwija się dynamicznie i zdobywa popularność na całym świecie. Jej atutem jest widowiskowość, atrakcyjność oraz brak wygórowanych potrzeb ekonomicznych koniecznych dla przeprowadzenia treningu czy zawodów sportowych.

Od 1999 r. organizowane są Mistrzostwa Polski mężczyzn. W tym samym roku reprezentacja Polski wzięła udział w Mistrzostwach Europy w Sarajewie (Bośnia i Hercegowina) zajmując 11 miejsce wśród 12 drużyn. W ostatnich latach konkurencyjność piłki siatkowej



**Zacięta walka
– Warszawa kontra Wrocław**

wej na siedząco, przejawiająca się głównie integracyjnym charakterem gry oraz uproszczonym systemem klasyfikacji, spowodowała spadek popularności piłki siatkowej na stojąco osób niepełnosprawnych, która obecnie nie spełnia wymogów koniecznych do zakwalifikowania się do programu Igrzysk Paraolimpijskich.

Przepisy gry

Celem gry w siatkówkę na siedząco jest przebiecie piłki nad siatką i spowodowanie, aby znalazła się na boisku przeciwnika (dotknęła podłoża) oraz zapobieżenie dotknięcia piłki z własną strefą boiska. Gra w siatkówkę na siedząco odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami Międzynarodowej Federacji Piłki Siatkowej (FIVB) zaadaptowanymi przez Światową Organizację Siatkówki dla Niepełnosprawnych (WOVD). Gra odbywa się na zmodyfikowanym boisku do siatkówki:

- ▶ wymiar boiska: 10 x 6 m,
- ▶ wysokość siatki: 1,05 m dla kobiet, 1,15 dla mężczyzn,
- ▶ szerokość siatki: 0,8 m,
- ▶ długość siatki: 6,5 – 7 m,
- ▶ linia ataku: 2 m od linii środkowej.

Klasyfikacja zawodników

W siatkówce na siedząco zawodnicy nie są podzieleni na klasy startowe, jak to jest w przypadku koszykówki i rugby na wózkach. Do gry dopuszczani są przede wszystkim zawodnicy z następującymi rodzajami schorzeń:

- ▶ osoby z amputacjami kończyn (szczególnie kończyn dolnych),
- ▶ osoby z porażeniem mózgowym (głównie z niedowładami nie ograniczającymi w znacznym stopniu potencjału funkcjonalnego; klasy startowe CP7 i CP8 wg klasyfikacji CP-ISRA),
- ▶ osoby po polio,
- ▶ osoby zakwalifikowane do grupy „Les Autres” (niedorozwój kończyn, porażenia nerwów obwodowych, stwardnienie rozsiane, dystrofia mięśniowa i inne).

W siatkówce na siedząco konieczne jest spełnienie kryterium minimum niepełnosprawności. Zgodnie z przepisami WOVD wymogi minimum niepełnosprawności spełnia osoba, która

Podstawowe różnice w przepisach gry między siatkówką na siedząco, a piłką siatkową na stojąco:

SIATKÓWKA NA SIEDZĄCO

Ubiór zawodnika składa się z koszulki, spodenek, skarpet i obuwia sportowego. Zawodnicy mogą używać długie spodnie. Zawodnicy nie mogą siedzieć na podkładkach oraz używać spodenek/długich spodni z pogrubieniem na pośladkach.

Pozycję zawodnika na boisku w trakcie gry wyznaczają pośladki znajdujące się na podłożu. Oznacza to, że ręka/ręce i/lub kończyna/kończyny dolne mogą znajdować się:

- ▶ w strefie ataku w trakcie uderzenia atakującego (zawodnik drugiej linii),
- ▶ na boisku w trakcie zagrywki (zawodnik zagrywający),
- ▶ poza liniami boiska w trakcie zagrywki (zawodnicy na boisku).

Przy zagrywce, w momencie uderzenia piłki, pośladki zawodnika nie mogą dotknąć boiska (ani linii końcowej).

Dozwolone jest dotknięcie boiska przeciwnika stopą (stopami) pod warunkiem, że nie przeszkodzi to w grze przeciwnikowi. Zawodnik jak najszybciej musi powrócić stopą (stopami) na swoje własne pole gry.

Zawodnik linii ataku może atakować piłkę bezpośrednio z zagrywki przeciwnika, gdy piłka znajduje się w polu ataku i jest całkowicie powyżej górnej taśmy siatki.

Zawodnik linii obrony może wykonać atak pod warunkiem, że w momencie uderzenia piłki pośladki zawodnika nie przekroczyły (nie dotknęły) linii ataku.

Zawodnik linii ataku może zablokować zagrywkę przeciwnika.

Przy odbiciu piłki zawodnik musi mieć kontakt z podłożem częścią ciała pomiędzy pośladkami, a barkami. Zabronione jest wstawanie, podnoszenie się i chodzenie. Dopuszczalny jest krótki brak kontaktu z podłożem przy odbiciu piłki w celu obrony piłki, gdy piłka znajduje się całkowicie poniżej górnej taśmy.

PIŁKA SIATKOWA NA STOJĄCO

Ubiór zawodnika składa się z koszulki, spodenek, skarpet i obuwia sportowego.

Pozycję zawodnika na boisku w trakcie gry wyznaczają stopy.

Przy zagrywce, w momencie uderzenia piłki stopy zawodnika nie mogą dotknąć boiska (ani linii końcowej). Po uderzeniu piłki zawodnik może opaść poza pole zagrywki lub na boisko.

Dozwolone jest dotknięcie boiska przeciwnika stopą (stopami)/ręką (rękoma) pod warunkiem, że co najmniej część stopy (stóp)/dłoni ma kontakt z linią środkową lub znajduje się nad tą linią.

Żaden zawodnik nie może atakować piłki z zagrywki przeciwnika, gdy piłka znajduje się w polu ataku i jest całkowicie powyżej górnej taśmy siatki.

Zawodnik linii obrony może wykonać atak jeśli:

- ▶ wyskoczył spoza pola ataku (w momencie wyskoku jego stopy nie mogą dotykać ani przekraczać linii ataku)
- ▶ w momencie uderzenia piłka nie znajduje się całkowicie powyżej górnej taśmy.

Blokowanie zagrywki przeciwnika jest zabronione.

Ogólnopolski Turniej Piłki Siatkowej Na Siedząco

13-15 listopada 2009 r., Lublin

W Ogólnopolskim Turnieju Piłki Siatkowej Na Siedząco, który odbył się w dniach 13-15 listopada 2009 r. w sali ICSiR „Start” Lublin mieszczącej się przy ul. Piłsudskiego 22 uczestniczyło 4 drużyny, w tym obecny Mistrz Polski „START” Wrocław. Zgodnie z regulaminem PZSN „Start” Warszawa grano systemem każdy z każdym do trzech wygranych setów.

Na odprawie technicznej dokonano losowania kolejności gier, ustalo-

no obsadę sędziowską na poszczególne mecze. Sędzią głównym został wybrany **Edward Dziedzina**.

Wszystkie drużyny otrzymały puchary, a zawodnicy tych drużyn otrzymali upominki. Wyróżnieni zawodnicy: najwszechstronniejszy zawodnik turnieju, najlepszy atakujący, najlepszy rozgrywający otrzymali puchary. Wyżej wymienione nagrody ufundował Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a orga-

nizacja Ogólnopolskiego Turnieju Piłki Siatkowej Na Siedząco w Lublinie została sfinansowana przez Ministerstwo Sportu w Warszawie i Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie.

Turniej przebiegał w sportowej i koleżeńskiej atmosferze pomimo, że wszystkie mecze były bardzo wyrównane, a co najważniejsze żaden z uczestników nie odniósł kontuzji.

▶ Najwszechstronniejszym zawodnikiem Ogólnopolskiego Turnieju Piłki Siatkowej Na Siedząco w Lublinie w 2009 r. został **Andrzej Majka** (Wrocław).

▶ Najlepszym atakującym Ogólnopolskiego Turnieju Piłki Siatkowej Na Siedząco w Lublinie w 2009 r. został **Adam Zawisłak** (Warszawa).

▶ Najlepszym rozgrywającym Ogólnopolskiego Turnieju Piłki Siatkowej Na Siedząco w Lublinie w 2009 r. został **Kamil Chołuj** (Lublin II).

Wyniki rozegranych spotkań:

Lublin II – Lublin I	2:3
Wrocław – Warszawa	3:0
Lublin II – Warszawa	0:3
Lublin I – Wrocław	0:3
Lublin II – Wrocław	0:3
Warszawa – Lublin I	3:0

Klasyfikacja Ogólnopolskiego Turnieju Piłki Siatkowej Na Siedząco w Lublinie:

I miejsce – Wrocław	9 pkt.
II miejsce – Warszawa	6 pkt.
III miejsce – Lublin I	3 pkt.
IV miejsce – Lublin II	0 pkt.

Końcowa tabela Ogólnopolskiego Turnieju Piłki Siatkowej Na Siedząco w Lublinie:

L. p.	1.	2.	3.	4.	Sety
1. Wrocław	—	3:0	3:0	3:0	9:0
2. Lublin II	0:3	—	2:3	0:3	2:9
3. Lublin I	0:3	3:2	—	0:3	3:8
4. Warszawa	0:3	3:0	3:0	—	6:3

ze względu na deficyt funkcjonalny nie może rywalizować na równi z osobami pełnosprawnymi w siatkówkę na stojąco. Przyjmuje się, że takie kryterium spełniają m. in. osoby z: ciężkimi zaburzeniami krążenia obwodowego w kończynach dolnych, wszczepioną endoprotezę stawu kolanowego lub biodrowego, dysplazją lub luksacją stawu biodrowego, niestabilnością stawu kolanowego, wykształconym stawem rzekomym w kończynie dolnej. Przepisy siatkówki na siedząco dopuszczają do gry jednego zawodnika z minimum niepełnosprawności na boisku w 6-osobowej drużynie oraz dwóch za-



Piłka w grze - mecz zespołu Lublin II z drużyną START-u Wrocław



Lubelscy siatkarze na siedząco oraz sędziowie turnieju

Składy drużyn:

Lublin I

1. Wilk Z. (kapitan)
3. Wilk S.
7. Misztal K.
8. Rarak J.
11. Banach J.
12. Kolbus M.

Warszawa

1. Nowakowski. M
2. Przybysz K.
5. Majchrzak Ł.
6. Możdżyński M.
7. Matuszkiewicz P
8. Zawiślak A.
9. Jarosławski M.
10. Możdżyński K. (kapitan)
11. Stępień A.
12. Wojtowicz R.

Lublin II

2. Makulec M.
5. Majchrzak Ł.
7. Chmiel J.
11. Chołuj K. (kapitan)
15. Rozmysł P
14. Stański F.

Wrocław

1. Stawski Z.
2. Głęb T.
3. Rozmysł P.
5. Abadżijew B.
6. Delmaszyński Z.
8. Majka A. (kapitan)
10. Rychter K.

**Treningi
lubelskich
siatkarzy
na siedząco
odbywają się
w każdy
poniedziałek
i środę
o godz. 16:00
w sali gimna-
stycznej SPSK
nr 4 w Lublinie**

wodników z minimum niepełnosprawności w 12-osobowej drużynie (pełny skład drużyny).

Podczas turniejów towarzyskich oraz w niektórych narodowych rozgrywkach ligowych dopuszczane są do wspólnej gry z niepełnosprawnymi siatkarzami osoby pełnosprawne. Ma to na celu spopularyzowanie dyscypliny oraz zintegrowanie środowiska osób pełno- i niepełnosprawnych.

**Lubelska
Siatkówka na Siedząco**

W październiku 2008 roku wspólnymi siłami Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz Integracyjnego Centrum Sportu i Rehabilitacji „START” Lublin została założona lubelska drużyna siatkówki na siedząco „START” Lublin. W skład drużyny wchodzi osoby niepełnosprawne zrzeszone w IC-SiR „START” Lublin oraz studenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Trenerem lubelskiej drużyny jest dr n. kult. fiz. Józef Krzak.

Od października 2009 roku drużyna wpisana jest do rejestru drużyn Ogólnopolskiej Ligi Siatkówki Na Siedząco.



Walka o punkty

Sytuacja epidemiologiczna w województwie lubelskim w 2008 roku

Gruźlica

W województwie lubelskim w 2008 r., zachorowało na gruźlicę 663 osoby (w kraju 8081). Współczynnik zapadalności dla Lubelszczyzny 30,6 (na 100 tysięcy ludności), dla Polski 21,2 daje nam przedostatnie miejsce w kraju – przed województwem świętokrzyskim. Przed 2008 rokiem przez kolejnych pięć lat mieliśmy największą zapadalność na gruźlicę w kraju.

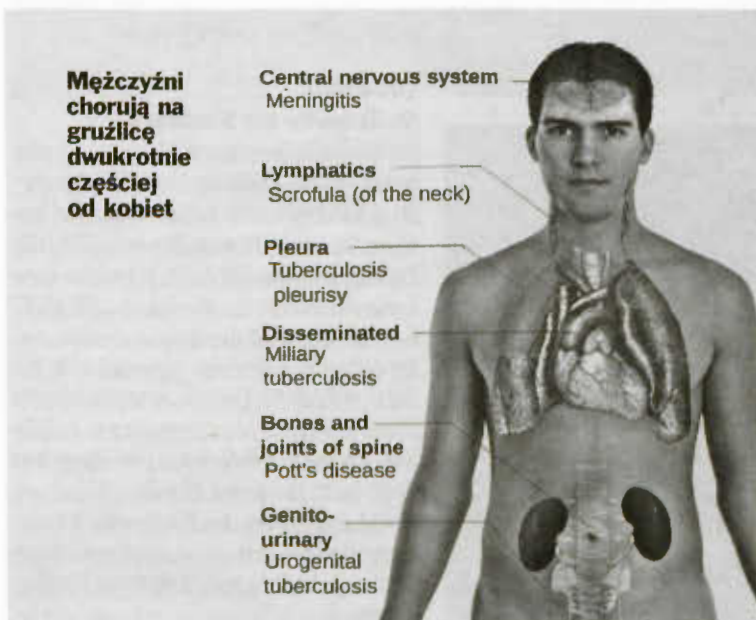
LEK. MED. MARIA JASIONOWICZ

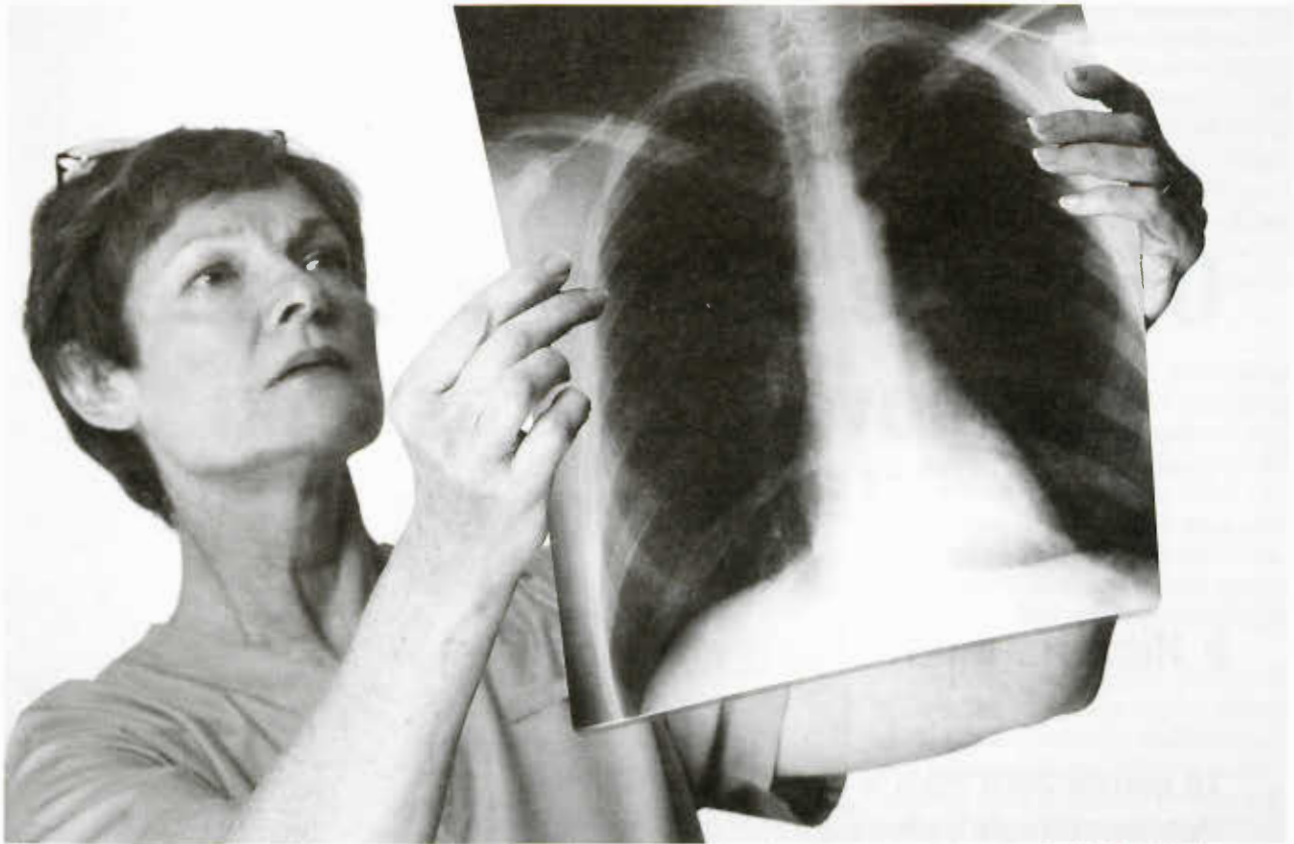
WOJEWÓDZKA PRZYCHODNIA
CHOROÓB PŁUC I GRUŹLICY
W LUBLINIE

W rankingu województw według zapadalności na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie w Polsce, w 2008 roku zajmujemy pierwsze miejsce. Nowe zachorowania dotyczyły 572 osób, wznovy wystąpiły u 91 osób. Gruźlicę płuc wykryto u 662 chorych, pozapłucną u 41 chorych. Zanotowano 3 zachorowania u dzieci. Bakteriologiczne potwierdzenie gruźlicy uzyskano u 409 pacjentów. U 11 chorych stwierdzono lekooporność na co najmniej 1 lek przeciwprątkowy, a gruźlica z wielolekową lekoopornością dotyczyła 4 osób.

W 2007 roku gruźlica była przyczyną zgonu 744 osób w kraju (na Lubelszczyźnie – 40) tj. 32,7% zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych i pasożytniczych. Zgony najczęściej dotyczą osób powyżej 65 roku życia. Mężczyźni umierają cztery razy częściej niż kobiety. Umieralność z powodu gruźlicy mieszkańców miast jest wyższa aniżeli mieszkańców wsi.

Mężczyźni chorują na gruźlicę dwukrotnie częściej od kobiet, ludność wiejska częściej od ludności miejskiej. Na Lubelszczyźnie obserwuje się naj-





Wszyscy lekarze, niezależnie od specjalizacji, mają ustawowy obowiązek zgłaszania zachorowań na gruźlicę

większą zapadalność na gruźlicę w Polsce u mężczyzn. Zapadalność na gruźlicę wzrasta wraz z wiekiem. W Polsce najczęściej osób choruje w wieku 50-54 lata. W skali kraju zanotowano gruźlicę u 52 cudzoziemców.

W 2008 nastąpił spadek zarejestrowanych zachorowań w Polsce o 6,2%, również zaobserwowano spadek na Lubelszczyźnie. Obecnie sytuację epidemiologiczną mamy zdecydowanie lepszą niż w okresie powojennym, dlatego niejednokrotnie zapomina się o gruźlicy przy diagnostyce różnicowej chorób. Należy pamiętać, że może ona dotyczyć nie tylko płuc, ale również węzłów chłonnych, kości, stawów, narządów moczowo-płciowych, czy skóry.

Zgodnie z rekomendacjami ekspertów w programie szczepień ochronnych obecnie znajduje się jedna dawka szczepienia przeciwko gruźlicy realizowana w ciągu 24 godzin po urodzeniu. Odstąpiono od oceny wielkości blizny poszczepiennej oraz obowiązkowej reakcyjnacji dzieci i młodzieży.

Wojewódzki rejestr zachorowań na gruźlicę dla województwa lubelskiego

od lat prowadzi Wojewódzka Przychodnia Chorób Płuc i Gruźlicy działająca w ramach Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego w Lublinie. Wszyscy lekarze, niezależnie od specjalizacji, mają ustawowy obowiązek zgłaszania zachorowań na gruźlicę.

Na terenie naszego województwa oprócz Kliniki Pulmonologii, oddziałów szpitalnych, 2 sanatoriów, działa 21 poradni pulmonologicznych. Jest to wystarczająca baza do diagnostyki, leczenia chorych i badania osób z kontaktu z chorymi na gruźlicę.

Ze względu na złą sytuację epidemiologiczną na Lubelszczyźnie należy wdrożyć wieloletnie programy profilaktyczne. W tym roku do programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki gruźlicy i chorób płuc ludności wiejskiej przystąpiło 11 zakładów opieki zdrowotnej. W walce z gruźlicą służbę zdrowia wspierają WSSE oraz stacje powiatowe sanepid. Należy mieć nadzieję, że skoordynowane działania poprawią sytuację epidemiologiczną na Lubelszczyźnie w najbliższych latach.

**W 2007 r.
gruźlica była
przyczyną zgonu
744 osób
w kraju (na
Lubelszczyźnie
– 40) tj. 32,7%
zgonów
z powodu
wszystkich
chorób
zakaźnych
i pasożytniczych**

W Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Klinicznej

Otwarcie zmodernizowanej Pracowni Mikroskopii Elektronowej

► Historia mikroskopii elektronowej

16 marca 2010 roku w Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Uniwersytetu Medycznego odbyło się uroczyste otwarcie Pracowni Mikroskopii Elektronowej, która przeszła gruntowną modernizację.

PROF. DR HAB. ELŻBIETA KOROBOWICZ
DR N. MED. AGNIESZKA KOROLCZUK
MGR MARIUSZ MACIEJEWSKI
JOLANTA KIJEK
KATEDRA I ZAKŁAD PATOMORFOLOGII
UM W LUBLINIE

Uroczystość zaszczytliwi swoją obecnością przedstawiciele władz naszej Uczelni: Dziekan II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym **prof. Maria Słomka**, Prorektor ds. Nauki **prof. Ryszard Maciejewski** oraz Prorektor ds. Kształcenia **prof. Jacek Roliński**. Gościliśmy także znamienitych pracowników naszej uczelni: **prof. Barbarę Jodłowską-Jędrych**, Kierownika Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii, Pracowników Kliniki Gastroenterologii: **prof. Krzysztofa Celińskiego**, **prof. Barbarę**

Skrzydło-Radomańska, doc. **Agnieszkę Mądro**. Przybyli także lekarze z Katedry Gastroenterologii oraz pracownicy Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej: **Barbara Czarna-Lobko**, Kierownik Działu Zamówień Publicznych oraz **Stanisław Mankiewicz**, pracownik Działu Promocji i Rozwoju COZL. Licznie stawili się pracownicy naszej Katedry, lekarze, w tym emerytowany pracownik naszej Katedry, Adiunkt **dr Maria Łopuszyńska** oraz pracownicy techniczni. Na uroczystość przybyła także przedstawicielka firmy Jeol **mgr Joanna Czaplewska-Krasny**.

Uroczystość rozpoczęła **prof. Elżbieta Korobowicz** dziękując gościom za przybycie. Prof. E. Korobowicz przedstawiła pracownikom pracowni: opiekuna Naukowego, **dr Agnieszkę Korolczuk**, starszą technik **Jolantę Kijek** oraz **mgr Mariusza Maciejewskiego**, dziękując im za trud włożony w zain-

stalowanie sprzętu i sprawne uruchomienie Pracowni. Kolejnym wystąpieniem było poświęcenie nowego sprzętu przez wieloletniego przyjaciela naszej Katedry, Księdza kapelana **Antoniego Poletija**. Prorektor **prof. Ryszard Maciejewski** na ręce **prof. Elżbiety Korobowiczowej** złożył podziękowania za zaproszenie i przeprowadzenie uroczystości. Możliwości techniczne nowego transmisyjnego mikroskopu elektronowego firmy Jeol przedstawiła zaproszonym gościom **dr Agnieszka Korolczuk**. Zwróciła uwagę nie tylko na jego nowoczesny wygląd, kompleksowe wyposażenie, ale przede wszystkim na możliwości usprawniające nie tylko proces diagnostyczny, ale również licznie prowadzone badania naukowe. Na zakończenie części oficjalnej uroczystości goście zostali zaproszeni przez firmę Jeol na krótki poczęstunek.

Modernizacja pracowni mikroskopii elektronowej to wynik wieloletnich starań Kierownika naszej Katedry, **prof. Elżbiety Korobowiczowej**. Pracownia została wyposażona w nowy transmisyjny mikroskop elektronowy japońskiej firmy Jeol model JEM 1011 zakupiony z funduszy MNiSzW 5717/IA/114/2008.1



**Mgr Mariusz
Maciejewski
obsługuje
transmisyjny
mikroskop
elektronowy
Jeol 1011**

Kolejnymi cennymi nabytkami naszej pracowni są ultramikrotom Power Tome PT-PC oraz Stainer Model QG-3000EC firmy RMC Products, USA sfinansowane ze środków Unii Europejskiej przeznaczonych na realizację projektu „Wyposażenie innowacyjnych laboratoriów prowadzących badania nad lekami stosowanymi w terapii chorób cywilizacyjnych i nowotworowych.”

Pierwszy transmisyjny mikroskop elektronowy w Katedrze i Zakładzie Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej został zainstalowany w grudniu 1975 roku, był to mikroskop TESLA BS 500, zainstalowany wraz z ultramikrotomem TESLA BS 490A. Osobami przeszkolonymi do pracy na tym mikroskopie byli **doc. Daniel Chibowski** oraz **inż. J. Zbroja**.

Miejscem spełniającym odpowiednie warunki dla pracy tego urządzenia były pomieszczenia niskiego parteru naszego Zakładu. Mikroskop elektronowy Tesla wypełniał prawie całkowicie jedno z większych pomieszczeń przeznaczonych na potrzeby pracowni. Kolejne pomieszczenie zajmowały pompy i urządzenia niezbędne do prawidłowego funkcjonowania mikroskopu. Obsługa techniczna mikroskopu elektronowego od roku 1987 to **mgr Barbara Solska** oraz **mgr Teresa Karpińska**. Obie panie po odpowiednim szkoleniu tworzyły zespół, który doskonale radził sobie zarówno z obsługą mikroskopu jak i zabezpieczeniem materiału i przygotowaniem preparatów ultracienkich. Równoległe z pracownią mikroskopii elektronicznej powstała pracownia fotograficzna. Wykonywanie dokumentacji foto-



**Starszy technik
Jolanta Kijek
prezentuje nowy
ultramikrotom**



**Ultracienki preparat krojony jest
z materiału zatopionego w żywicy**

graficznej prowadzonych w mikroskopie badań naukowych oraz diagnostycznych wymagało żmudnej i czasochłonnej procedury, łącznie z ręcznym wywoływaniem zdjęć.

W lipcu 1986 roku zainstalowano skaningowy mikroskop elektronowy TESLA BS301, osobami przeszkolonymi do jego obsługi były **dr Ewa Leszczyńska** oraz **dr Dorota Wydro**.

W 1997 roku elektronowy mikroskop transmisyjny Tesli został zastąpiony mikroskopem elektronowym firmy Zeiss EM 900, pracującym do chwili zmiany na mikroskop japońskiej firmy Jeol.

Pracownia mikroskopii elektronicznej naszego Zakładu prowadzi badania naukowe oraz prace diagnostyczne. Tematyka prac badawczych, doświadczalnych i klinicznych, prowadzonych w mikroskopie elektronowym obejmuje zmiany ultrastrukturalne w narządach takich jak: nerka, wątroba, serce, płuco, łożysko, CUN. Badania diagnostyczne to głównie diagno-

styka biopłatów nerek. Badanie w mikroskopie elektronowym jest istotną częścią procesu diagnostycznego glomerulopatii. Materiał do badań otrzymujemy z Kliniki Nefrologii Dziecięcego Szpitala Klinicznego, Kliniki Nefrologii SPSK nr 4 oraz Oddziału Nefrologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego przy al. Kraśnickiej. Diagnostyka biopsji nerek to także monitorowanie funkcji przeszczepu narządu. Wyniki badań diagnostycznych biopłatów nerek naszego Zakładu są częścią Ogólnopolskiego Rejestru Nefropatii prowadzonego przez **dr Agnieszkę Perkowską-Ptasińską** z Kliniki Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Częścią rutynowych badań diagnostycznych są również badania ultrastrukturalne pomocne w diagnostyce niskozróżnicowanych nowotworów oraz chorób nienowotworowych takich jak histiocytoza czy amyloidoza.

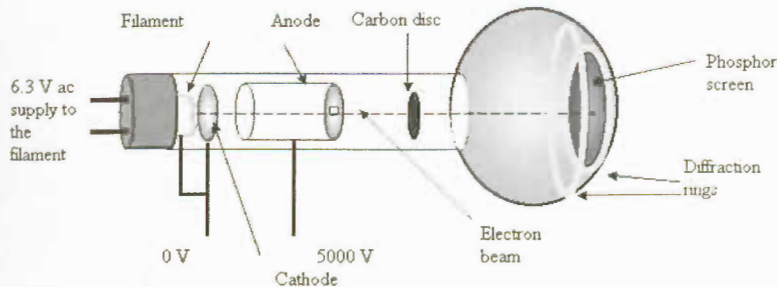
Współczesna mikroskopia elektroniczna transmisyjna i skaningowa to badania tkanek na obecność zmian w strukturach cytoplazmatycznych i jądrach komórek, obecność bakterii czy wirusów. To także badania izolowanych komórek, bakterii, wirusów, izolowanych struktur komórkowych np. mitochondriów, czy izolowanych białek, DNA. Szerokie możliwości badawcze i diagnostyczne dają zastosowanie na poziomie mikroskopii elektronicznej takich technik jak hybrydyzacja *in situ* czy immunohistochemia. Ostatnio skaningowe mikroskopy tunelowe są wykorzystywane przez naukowców do tworzenia pewnych struktur z pojedynczych atomów.

Modernizacja pracowni mikroskopii elektronicznej to wynik wieloletnich starań Kierownika naszej Katedry, prof. Elżbiety Korobowiczowej



Uroczystość rozpoczęła prof. Elżbieta Korobowicz dziękując gościom za przybycie

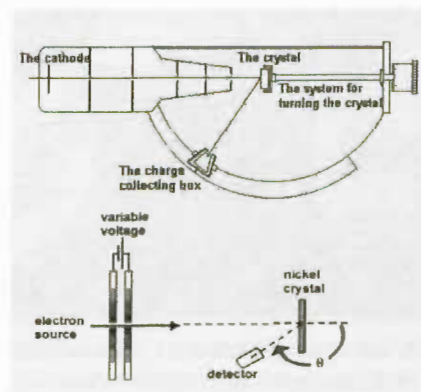
Historia mikroskopii elektronowej



Louis Victor de Broglie, 1924 r.

W 1909 r. Albert Einstein w jednym ze swoich artykułów snuł rozważania nad kwantową teorią światła, zastanawiając się dlaczego światło składające się z cząstek zachowuje się jednocześnie jak typowa fala ze wszystkimi charakterystycznymi dla niej cechami (takimi jak interferencja, dyfrakcja i inne). Dociekania te „natchnęły” Louisa Victora de Broglie’a, który w roku 1924 w swojej pracy doktorskiej zaproponował, aby ten dziwny podwójny charakter światła uznać za fundamentalną własność przyrody. Teorię tę można więc wykorzystać także do rozważań nad zachowaniem innych cząstek, takich jak np. elektron. Jeśli fale mogą być jednocześnie cząstkami, to symetrycznie rzecz biorąc, cząstki mogą być falami. De Broglie poszedł dalej i przedstawił także równanie opisujące zależność między energią cząstek, a długością ich fali. Były to jednak tylko dociekania teoretyczne. Brakowało doświadczenia, które potwierdziłoby te hipotezy w praktyce. Takie doświadczenie wykonali w 1927 dwaj amerykańscy naukowcy, Clinton Davisson i Lester Germer, którzy w owym czasie pracowali w słynnym Laboratorium Bella w Stanach Zjednoczonych i zajmowali się badaniem lamp próżniowych. W jednym z eksperymentów naukowcy kierowali wiązkę elektronów w kierunku kryształu niklu (próbka miała formę małej tarczy) w wyniku czego następowała wtórna emisja elektronów z tego kryształu. Tarcza umieszczona była w specjalnie skonstruowanym urządzeniu do ba-

dania emisji, które otoczone było ekranem. Kolektor ten zbudowany był z płytki metalowej, której zadaniem było zbieranie padających na nią elektronów i pozwalał na ocenę charakteru ich rozkładu. Ekran był ruchomy i można nim było obracać wokół próbki. Czasami w eksperymentach naukowych dużą rolę odgrywa przypadek. Tak było i tym razem. Ponieważ w czasie doświadczeń doszło do utlenienia jednej z tarczek niklu naukowcy podgrzali ją, aby usunąć powstały na jej powierzchni tlenek. Po wznowieniu eksperymentów okazało się jednak,



Clinton Davisson i Lester Germer, 1927 r.

Ernst Ruska
i Max Knoll,
Berlin
1931 r.



że ich wyniki są różne od poprzednich. Podgrzanie tarczy zmieniło właściwości materiału. Powstał jeden duży monokryształ niklu. Doświadczenie wykazało, że chociaż tak, jak przedtem elektrony dalej były emitowane w różnych kierunkach i pod różnymi kątami, to jednak dla niektórych z tych kątów emisja była wyraźnie większa. Germera, pracującego pod kierunkiem Davissona, zastanowił rozkład elektronów powstały przy odbiciu od kryształów niklu. Uzyskany obraz zdawał się dziwnie podobny do wzorów interferencyjnych. Davisson o koncepcji de Broglie'a usłyszał w 1926 będąc na sympozjum w Anglii. Natychmiast skojarzył oba te fakty i po powrocie do USA gorączkowo zabrał się za analizowanie zgromadzonych do tej pory danych z badań. Po uważnej analizie doszedł on do wniosku, że wiązka elektronów była rozpraszana na powierzchni atomów niklu pod dokładnie takim samym kątem, który był przewidziany dla dyfrakcji promieni X zgodnie z równaniem Bragga, dla długości fali otrzymywanej z równania Broglie'a.

Pierwszy mikroskop elektronowy skonstruował w 1931 roku Ernst Ruska oraz Maks Knoll w Berlinie. Pierwszy mikroskop elektronowy do celów użytkowych wyprodukowała w 1938 roku firma Siemens

Okazało się więc, że wyniki badań doskonale potwierdzają teorię de Broglie'a. Zaobserwowany przez Germera rozkład odbić elektronów to obraz interferencyjny powstały na skutek dyfrakcji fal płaskich. Elektrony zachowują się więc tak jak fale, a ich długość zależy od energii. Był to więc pierwszy „namacalny” dowód na falową naturę cząstek.

Pośpiesznie przygotowany i opublikowany artykuł wyprzedził wyniki podobnych badań, przeprowadzane w tym samym czasie w Laboratorium im. Ca-

vendisha w Szkocji (Wielka Brytania) przez George'a Pageta Thomsona, podczas których można było zaobserwować zjawisko dyfrakcji przy bombardowaniu cienkiej folii strumieniem posiadających dużą energię elektronów. Po przejściu przez folię wiązka elektronów tworzyła na ekranie koncentryczne kręgi, przypominające bardzo wzory powstające przy naświetlaniu promieniami X powierzchni pokrytej proszkiem drobno zmielonych polikryształów (wynikiem tego typu dyfrakcji, powodowanym przez wiele



George
Paget
Thomson
(1892
-1975)

Wkład Georga P. Thomsona w empiryczne badania fali elektronów został również doceniony i w 1937 roku wspólnie Davissonem otrzymał Nagrodę Nobla

przypadkowo skierowanych ziaren kryształu, są koncentrycznie położone okręgi). Przy zmianie długości fali (przez zmianę energii elektronów), Thomson obserwował proporcjonalną zmianę

średnicy pierścieni. Podobnie jak dla obrazów dyfrakcyjnych powstających w sieciach krystalicznych, długość fali można obliczyć z równania Bragga znając odległość między warstwami kryształu. Eksperymenty te dowiodły, że fale de Broglie'a nie są tylko teoretycznymi koncepcjami, ale można je także zaobserwować w praktyce. Wkład Thomsona w empiryczne badania fali elektronów został również doceniony i w 1937 roku wspólnie Davissonem otrzymał Nagrodę Nobla.

Pierwszy mikroskop elektronowy skonstruował w 1931 roku Ernst Ruska oraz Maks Knoll w Berlinie. Pierwszy mikroskop elektronowy do celów użytkowych wyprodukowała w 1938 roku firma Siemens.

Za pierwowzór i jednocześnie najprostszy mikroskop elektronowy uznawano (choć obecnie rzadko jest wymieniany wśród mikroskopów elektronowych) projektor elektronowy zwany też mikroskopem połowym.

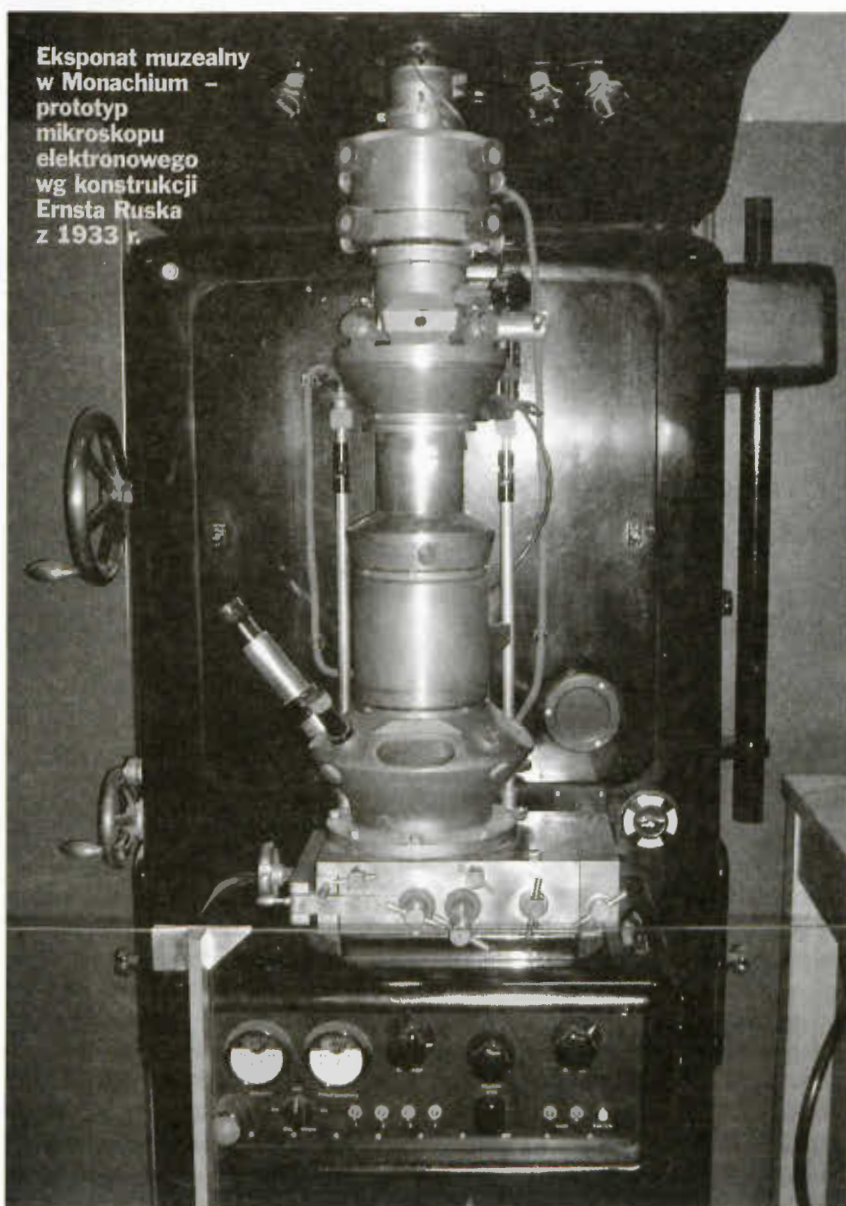
Typy mikroskopów elektronowych

► Elektronowy mikroskop transmisyjny

TEM, Elektronowy Mikroskop Transmisyjny (ang. *Transmission Electron Microscope*) – rejestrowane są elektrony przechodzące przez próbkę.

► Elektronowy mikroskop skaningowy

SEM, Elektronowy Mikroskop Skaningowy (ang. *Scanning Electron Microscope*) – rejestrowany jest potencjał lub prąd pomiędzy próbką a sondą skanującą – punkt po punkcie dla całej próbki: skaningowy mikroskop elektronowy emisyjny – rejestracja elektro-



Ekspонат muzealny w Monachium – prototyp mikroskopu elektronowego wg konstrukcji Ernsta Ruska z 1933 r.

nów przepływających pomiędzy sondą a próbką a emitowanych z sondy.

► skaningowy mikroskop polowy – rejestracja zmian pola elektrycznego

► skaningowy mikroskop tunelowy (STM, ang. *Scanning Tunneling Microscope*) – rodzaj SPM.

► SPM (ang. *Scanning Probe Microscope* – Mikroskop ze Skanującą Sondą) to ogólna nazwa całej rodziny mikroskopów, których zasada działania polega na: skanowaniu, czyli przemiataaniu pola widzenia mikroskopu liniami, każda linia jest następnie mierzona punkt po punkcie – obraz tworzony na podstawie tych pojedynczych punktów pomiarowych wybór punktu pomiarowego następuje poprzez poruszanie nad próbką sondy (próbnika) – zasadniczy pomiar określonej właściwości badanej próbki jest dokonywany za pomocą tej sondy

► Mikroskop jonowy

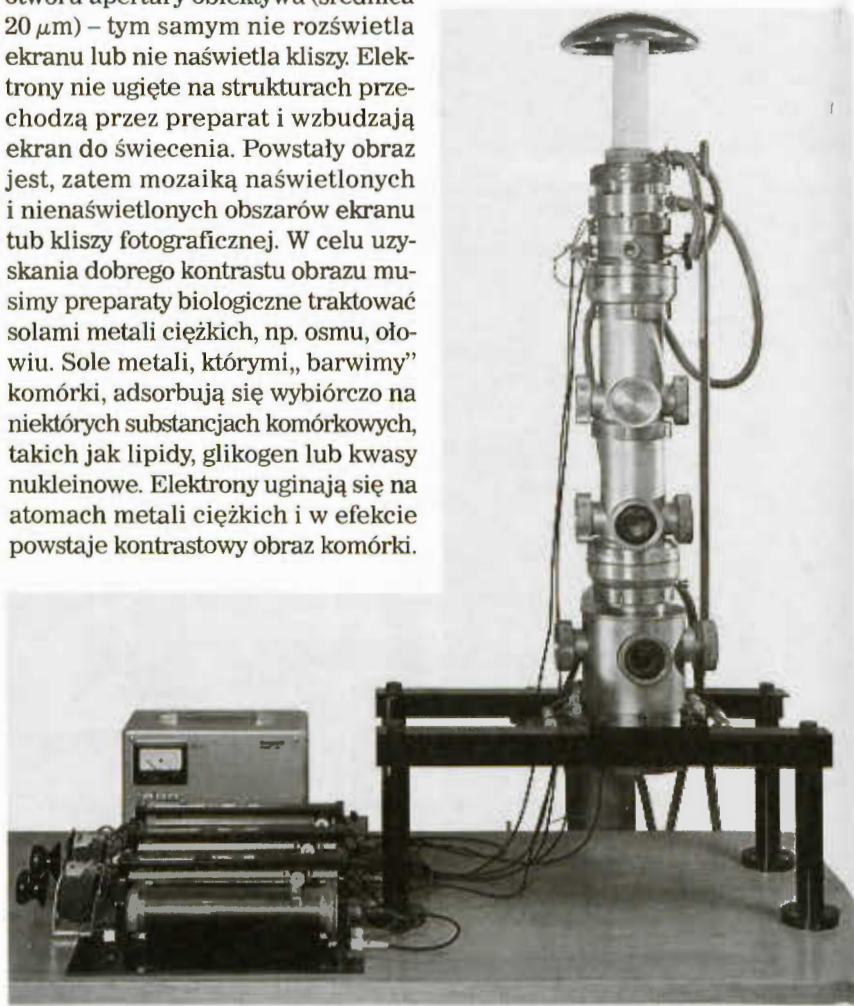
W celu zmniejszenia efektów faliowych w miejsce elektronów używa się jony – powstały w ten sposób mikroskop nazywany jest mikroskopem jonowym.

Jak pracuje mikroskop elektronowy?

Strumień elektronów jest emitowany z rozżarzonej katody (druć wolframowy) i przyspieszany różnicą potencjałów (60 do 100 kV) między katodą i anodą i przechodzi przez otwór tej ostatniej. Następnie rozpędzony strumień elektronów jest ogniskowany na powierzchni preparatu, dzięki polu elektromagnetycznemu, które jest generowane przez dwie soczewki elektromagnetyczne kondensorowe. Elektrony ulegają ugięciu na strukturach preparatu i elektromagnetyczna soczewka obiektywowa wytwarza obraz ugiętych elektronów, który zostaje powiększony przez dwie kolejne soczewki projekcyjne. Obraz preparatu zostaje wytworzony na ekranie fluorescencyjnym albo na kliszy fotograficznej lub też jest przekazany do kamery telewizyjnej. Naświetloną kliszę poddaje się obróbce fotograficznej i uzyskuje odbitki nazywane *elektronogramami*. We wnętrzu mikroskopu musi panować próżnia, aby atomy składników powietrza nie zakłócały przebiegu elektronów emitowanych przez katodę.

Istotna różnica pomiędzy mikroskopem świetlnym i elektronowym polega na tym, że w mikroskopie świetlnym obraz powstaje w wyniku absorpcji fotonów na elementach preparatu, natomiast w mikroskopie elektronowym – wskutek ugięcia elektronów na strukturach preparatu. Stopień ugięcia elektronów zależy od masy cząsteczkowej tych struktur. Im większa masa cząsteczkowa, tym większa ilość elektronów zostaje ugięta i nie wchodzi do otworu apertury obiektywu (średnica 20 μm) – tym samym nie rozświetla ekranu lub nie naświetla kliszy. Elektrony nie ugięte na strukturach przechodzą przez preparat i wzbudzają ekran do świecenia. Powstały obraz jest, zatem mozaiką naświetlonych i nienaświetlonych obszarów ekranu lub kliszy fotograficznej. W celu uzyskania dobrego kontrastu obrazu musimy preparaty biologiczne traktować solami metali ciężkich, np. osmu, ołowiu. Sole metali, którymi „barwimy” komórki, adsorbują się wybiórczo na niektórych substancjach komórkowych, takich jak lipidy, glikogen lub kwasy nukleinowe. Elektrony uginają się na atomach metali ciężkich i w efekcie powstaje kontrastowy obraz komórki.

czaj nie większe niż 1 mm^3) po utwardzeniu muszą być usztywnione, poddaje się je procedurze przesycania polimerami akrylowymi (metakrylany) lub epoksydowymi (epon). Po spolimerowaniu utwardzone w ten sposób tkanki są krojone na ultramikrotomie używając noży diamentowych lub szklanych (przełomy specjalnego szkła). Ze względu na małą przenikliwość elektronów skrawki muszą być bardzo cienkie – nie grubsze niż 0,05 mm (50 μm),



Z opisanej skrótowo powyżej zasady działania mikroskopu elektronowego transmisyjnego wynika, że obraz można uzyskać po odpowiednim przygotowaniu preparatu. Najczęściej obecnie stosowanym utrwalcaczem jest roztwór aldehydu glutarowego (w buforze o określonym pH i stężeniu), po czym dodatkowo utrwala się czterotlenkiem osmu (OsO_4). Niewielkie fragmenty materiału tkankowego (zazwy-

Przygotowanie takich skrawków wymaga złożonej procedury przygotowawczej i odpowiednio precyzyjnego aparatu do krojenia – ultramikrotomu. Skrawki umieszczone na błonach nośnych na siateczkach podtrzymujących przed oglądaniem dodatkowo kontrastuje się związkami metali ciężkich: ołowiu i uranu. Metale te adsorbowane selektywnie na niektórych strukturach komórkowych zwiększają czytelność ob-

razu – są to ciemniejsze miejsca na ekranie lub elektronogramie.

Jak pracuje mikroskop elektronowy skaningowy?

Zasada działania mikroskopu skaningowego różni się w kilku punktach od opisanego wyżej mikroskopu transmisyjnego. Podstawowe rozwiązania dotyczące emisji elektronów i ogniskowania strumienia są w zasadzie podobne. Różnice polegają na innym sposobie tworzenia obrazu preparatu.

W mikroskopie elektronowym skaningowym oglądamy obraz powierzch-

sygnał elektryczny do siatki sterującej w lampie kineskopowej telewizora, gdzie jest formowany obraz, który zależy od różnicy mocy sygnałów. Całe urządzenie, podobnie jak mikroskop transmisyjny, działa w próżni.

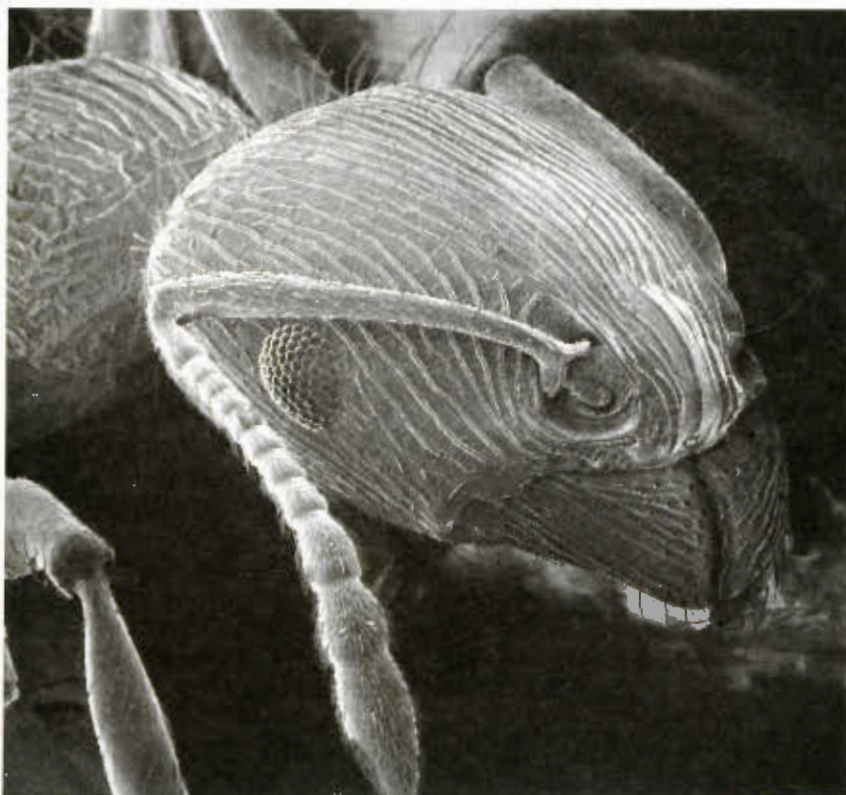
Historia mikroskopii elektronowej w Polsce

Historia mikroskopii elektronowej w Polsce sięga początku lat sześćdziesiątych ubiegłego stulecia. Od ponad czterdziestu lat mikroskopia elektronowa wnosi istotny wkład w rozwój wielu dziedzin wiedzy, przede wszyst-

udziale naukowców z Katedry Elektroniki Politechniki Wrocławskiej zbudowano jedyny polski transmisyjny mikroskop elektronowy. Mikroskop ME-50 był trój soczewkowym, magnetycznym TEM o napięciu przyspieszającym od 30 do 60 kV.

Historia mikroskopii elektronowej w Polsce wiąże się nierozdzielnie z osobą prof. Stanisława Gorczyca, z Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie, który po powrocie ze stażu naukowego w Uniwersytecie Harvarda w Cambridge (USA, 1958/59 r.), przy twórczym poparciu prof. Zygmunta Jasiewicza i prof. Tadeusza Malkiewicza, w 1960 roku zorganizował w AGH Pracownię Mikroskopii Elektronowej. Pracownia wyposażona była w transmisyjny mikroskop elektronowy JEM-5Y, pierwszy w kraju o tak dobrej zdolności rozdzielczej (10Å). W 1961 roku prof. Gorczyca opracował nowoczesne wykłady z mikroskopii elektronowej dla studentów AGH, oraz prowadził specjalne kursy i szkoły mikroskopii elektronowej, w których uczestniczyli naukowcy z całego kraju.

W dniu 29 sierpnia 2002 r., Polskie Towarzystwo Mikroskopii zostało zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla Krakowa-Śródmieścia. Celem powołanego Towarzystwa jest popieranie i rozwijanie działalności naukowej, technicznej, dydaktycznej i popularyzatorskiej z zakresu szeroko rozumianej mikroskopii. Tak postanowiony cel działania umożliwia uczestniczenie w pracach Towarzystwa wszystkich środowisk naukowych i naukowo-badawczych nie tylko z obszaru inżynierii materiałowej czy fizyki, ale również środowisk naukowych związanych z biologią czy medycyną. W uznaniu wysokiego poziomu mikroskopii elektronowej w naszym kraju i aktywności środowiska naukowego na forum europejskim, Zarząd European Microscopy Society podjął decyzję, że każdy członek PTMi jest równocześnie członkiem EMS. Oddział Mikroskopii Elektronowej działa przy Polskim Towarzystwie Patologów, co-rocennie odbywają się spotkania organizowane przez Poznański Oddział PTP, obecnie nadzorowane przez doc. Andrzeja Marszałka – Kierownika Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej UMK (CM w Bydgoszczy).



ni preparatu. Wiązka elektronów wybiera (skanuje) pole powierzchni preparatu wzdłuż osi x i y. Elektrony pierwotne emitowane z katody bombardują powierzchnię preparatu wchodząc w interakcję z atomami jej struktury i wybijają z nich powłokę elektronów wtórnych. Ilość emitowanych elektronów wtórnych zależy od konfiguracji powierzchni preparatu. Części wypukłe emitują dużo elektronów (mocny sygnał), natomiast części wklęsłe mało (słaby sygnał). Elektrony wtórne są następnie wychwytywane przez detektor, wzmacniane i podawane jako

kim szeroko pojętej nauki o materiałach. W Katedrze Metaloznawstwa Politechniki Śląskiej w Gliwicach (gdzie zainstalowano pierwszy TEM), kierowanej przez prof. Fryderyka Stauga oraz w Katedrze Metalografii i Obróbki Termicznej Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie, kierowanej przez prof. Zygmunta Jasiewicza, w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku grono naukowców skupiło swoje zainteresowania wokół nowych możliwości badawczych, jakie stworzył TEM

W latach sześćdziesiątych w Przemysłowym Instytucie Elektroniki przy

Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej

Współpraca interdyscyplinarna szansą na poszerzanie horyzontów badawczych

W ostatnich latach w Katedrze Patomorfologii Klinicznej został powołany interdyscyplinarny zespół, w skład którego wchodzi oprócz patologów inni przedstawiciele dyscyplin naukowych – farmacji, biotechnologii i diagnostyki laboratoryjnej.

mieszczenia do standardów umożliwiających prowadzenie badań z zakresu biologii molekularnej wyposażone w system wentylacji z filtrami Hepa. Dzięki staraniom Kierownika Katedry, prof. dr hab. Elżbiety Korobowicz oraz przychylności władz Uczelni zakupiono sprzęt umożliwiający ilościowe oznaczanie parametrów biochemicznych w materiale biologicznym (czytnik spektrofotometryczny, czytnik fluorescencji, chemiluminescencji) oraz wyposażenie umożliwiające oznaczanie ekspresji mRNA i DNA metodą PCR. Obecnie dysponujemy aparaturą do prowadzenia badań w kulturach komórkowych. W ubiegłym ro-

DR HAB. JAROSŁAW DUDKA
KATEDRA I ZAKŁAD PATOMORFOLOGII KLINICZNEJ
UM W LUBLINIE

Zadaniem zespołu jest wdrażanie nowych metod, uzupełniających klasyczną mikroskopową diagnostykę patologiczną. W ubiegłym roku zostały zaadoptowane po-



ku z tytułu udziału w realizacji projektu finansowanego przez UE pt: „Wyposażenie innowacyjnych laboratoriów prowadzących badania nad nowymi lekami stosowanymi w terapii chorób cywilizacyjnych i nowotworowych” uzyskano środki pozwalające na zakup aparatu do ilościowej analizy DNA i mRNA – RealTime-PCR oraz mikroskopu fluorescencyjnego z odwróconą optyką do prac z kulturami komórkowymi.

Uzyskany warsztat badaczy wspólnie z klasycznymi metodami patomorfologicznymi – w tym nowoczesnym wyposażeniem do mikroskopii elektronowej – pozwala na prowadzenie szerokiego spektrum badań na poziomie biochemicznym, molekularnym, komórkowym i tkankowym. Badania nasze skupiają się na poznaniu biologii nowotworów oraz na optymalizacji terapii cytostatykami w warunkach doświadczalnych. W ramach tych nurtów tematycznych podjęliśmy badania nad ekspresją mRNA i białek pełniących funkcje sygnałowe w procesie apoptozy na szlaku przedmitochondrialnym i mitochondrialnym w komórkach raka płuca. Ponadto ekspresję mRNA i białka molekuł biorących udział w podziale komórki. Przeprowadzone badania umożliwią przeprowadzenie oceny zależności między ekspresją mRNA oraz białek u pacjentów z rakiem płuca, a wybranymi parametrami kliniczno-histopatologicznymi oraz odpowiedzią na zastosowane leczenie. Dodatkowo analiza po-

wiązań między oznaczonymi molekułami mogą być podstawą modyfikacji przyszłych schematów leczenia.

W ramach badań nad cytostatykami oceniamy w warunkach doświadczalnych interakcje toksykologiczne doksorubicyny ze składnikami naturalnymi diety: rezweratrolem i katechinami zielonej herbaty, skuteczność inhibitorów enzymów odpowiedzialnych za toksyczną bioaktywację antracyklin oraz wpływ zmian w statusie hormonów jodotyroninowych na toksyczność u szczurów otrzymujących doksorubicynę. Ponadto prowadzimy doświadczenia nad interakcją związków z grupy cytotoksyn hipoksyjnych z klasycznymi chemoterapeutykami. Związki z grupy cytotoksyn hipoksyjnych wykazują szczególne powinowactwo do komórek nowotworowych z niską prężnością tlenu, którym przypisuje się odpowiedzialność za wznówę procesu nowotworzenia. Nasze badania koncentrują się min. na monitorowaniu wczesnych zaburzeń zachodzących w mitochondriach.

Wyniki badań zostały wykorzystane w dwóch obronionych rozprawach habilitacyjnych oraz dwóch rozprawach habilitacyjnych będących w trakcie opracowywania. Ponadto stanowią podstawę czterech obronionych i czterech opracowywanych dysertacji doktorskich oraz ponad 20. prac magisterskich. Zespół nasz uczestniczy również w badaniach prowadzonych w ramach współpracy min. z Katedrą i Zakładem Anatomii Prawidłowej Człowieka, Ka-

tedrą i Zakładem Histologii i Embriologii, Katedrą i Kliniką Kardiologii oraz Katedrą i Kliniką Pneumonologii, Onkologii i Alergologii UM w Lublinie. W przyszłości planujemy poszerzenie naszego warsztatu badawczego o możliwość oceny mutacji powstałych w wyniku działania badanych preparatów.

Uzyskany warsztat badaczy wspólnie z klasycznymi metodami patomorfologicznymi – w tym nowoczesnym wyposażeniem do mikroskopii elektronowej – pozwala na prowadzenie szerokiego spektrum badań na poziomie biochemicznym, molekularnym, komórkowym i tkankowym



Homo super-sapiens¹

Ogólnopolska Konferencja Naukowa Pomiędzy Literaturą a Medycyną „Fantastyka i Medycyna”

Lublin, 9-10 listopada 2009

Rozpocznę od grzechu
pierworodnego, który polegał
na zdobyciu pełnej autonomii
moralnej. Pan Bóg powiedział
Adamowi i Ewie:

*„Z wszelkiego drzewa tego
ogrodu jedząc, będziesz jadł;
ale z drzewa poznania,
(wiadomości) dobrego i złego
nie będziesz jadł, bo gdy zjesz
z niego, śmiercią umrzesz”.*

**A co Ewie powiedział wąż?
Powiedział, że jedząc owoc
z drzewa poznania, dobrego
i złego posiadasz wiedzę
równą wiedzy Pana Boga.**

PROF. DR TADEUSZ TOŁŁOCZKO

CZŁONEK KORESPONDENT PAU

PROF. EMER. WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO
WARSZAWA

Chodzi o samodzielne decydowanie, co jest dobre a co złe, oraz próbę samostanowienia o sobie samym, a więc o własnym istnieniu niezależnym od Pana Boga. Grzech pierworodny polegał, więc na tym, że Adam i Ewa postanowili sami decydować, co dobre a co złe. Hegel, twierdzi, że człowiek tak naprawdę stał się człowiekiem dopiero po grzechu pierworodnym, ponieważ wtedy jego udziałem stała się wolność i poznawanie. Ale samopoznawanie polega na uświadomieniu sobie swej niewiedzy, a więc braku pełnej kontroli własnego umysłu. W konsekwencji człowiek nie jest w stanie przewidzieć skutków przez siebie autonomicznie podjętych decyzji.

Dramat wielkości człowieka polega na tym, że będąc obdarzonym wolną wolą może swobodnie wybierać między dobrem a złem, między nadzieją a zagrożeniem, a będąc obdarzony zdolnością i swobodą myślenia może dowolnie manipulować pojęciami dobra i zła, oraz zło definiować jako dobro a dobro jako zło.

Ale Pan Bóg uzbroił nas jednak równocześnie w rozum i sumienie. Sumienie to głos rozumu – dodać trzeba światłego, mądrego rozumu, wrażliwego na dobro prawdę i piękno. Sumienia nie można też utożsamiać z uczuciem. Musimy jednak, sobie uświadomić, że jesteśmy na takim poziomie intelektualnej biegłości, sprytu, chytrych, sprawności, zręczności, umiejętności i wykształcenia, że potrafimy już nie tylko innych, ale nawet i siebie samego do wszystkiego, co nam jest potrzebne przekonać.

¹ Jest to znamiennie uzupełniona i zmodyfikowana wersja referatu wygłoszonego w Częstochowie w dniu 20 maja 2005 roku



Omnes quo volunt credunt – wierzą w to, czego pragną. Dlatego też np. prawdy niemiłe (niewygodne), wymagające ograniczeń i szybko przestają być dla nas prawdami. Największe zagrożenie stanowią jednak kłamstwa zorganizowane maskowane pozorami prawdy – a prawda nie zrobiła tyle dobrego ile złego zrobiły jej pozory. Życie zmusza nas często jednak nie tylko do wyboru między dobrem i złem, ale także między złem a złem.

Ponadto pamiętać należy, że dramat rozumu polega na tym, że ulega on złudzeniom, a człowiek, jeśli czegoś nie rozumie to bywa przekonany, że jest to bez sensu. A przecież my wszyscy dużo więcej wiemy niż rozumiemy. Wiele przyjmujemy na wiarę od autorytetów. Umiejętność samookłamywania należy do bardzo ludzkich cech. Powstaje, więc pytanie Czy my nie przeceniamy, potęgi naszego rozumu?

A do czego ma nam służyć rozum? „rozum ma nam służyć do tego by wykrywać prawdy wieczne, (L. Kołakowski) a jeżeli wieczne – to odporne na czas.

Asklepios

Dla starożytnych Greków maestria boga sztuki lekarskiej Asklepiosa (w Rzymie zwanego Eskulapem) była tak wielka, że doszedł do takiej zręczności w leczeniu, że mógł wskrzeszać zmarłych. Zatrwożył się wówczas Zeus bojąc się, że zakłuci on tym porządek świata i uśmiercił „boga sztuki lekarskiej” i umieścił wśród gwiazd jako konstela-

cję Wężownika. Ale dlaczego Zeus się zatrwożył? Zatrwożył się, ponieważ biologia zapewnia nieśmiertelność, ale nie poszczególnym jednostkom, lecz całej ludzkości. Nie poprzez regenerację, czy zmartwychwstanie, lecz poprzez potężny arsenał genów, jakimi dysponuje. Śmiertelność jest też siłą napędową cywilizacji. Bez śmiertelności nie byłoby, więc historii.

Myśl, że poprzez klonowanie przedłuża się własną doczesną egzystencję jest błędna. Jeśli dawca jądra komórki somatycznej zabiłby swego klona, to nie byłoby to samobójstwo, lecz „zwykle” morderstwo



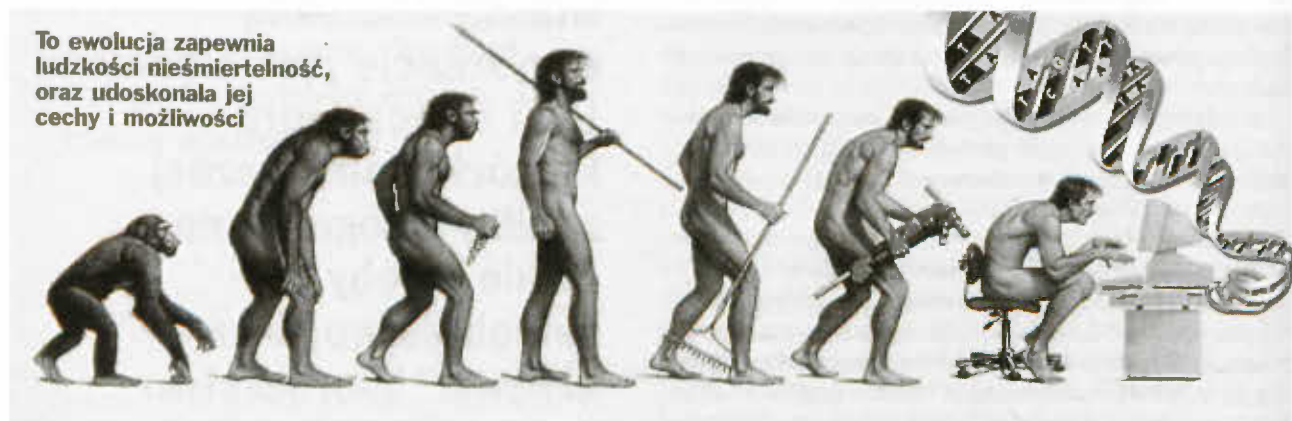
Czy klonowanie jest procedurą bezpieczną i skuteczną? Ujawnia się wiele niewiadomych, którymi albo się straszy, albo się je lekceważy. W zależności od potrzeby

Ewolucja

To ewolucja zapewnia ludzkości nieśmiertelność, oraz udoskonala jej cechy i możliwości. Tak, więc śmierć jednostek, oraz akt narodzin kolejnej generacji sprawiają ewolucyjny rozwój coraz bardziej doskonałych osobników i gatunków. Czy człowiek osiągnął już kres swoich ewolucyjnych zmian? Z pewnością ewolucja na nas się nie kończy.

W jakim kierunku pójdzie przez wieki samoistna ewolucja człowieka? Ewolucja nie obejmie tylko naszego ciała. Nie wiadomo, ale obserwując ostatnie lata ją myślę, że w najbliższym etapie ewolucja objawi się stopniowym zanikaniem emocji i uczuć. Nasz tok myślowy oparty będzie wyłącznie na logice i analizie, a nawet tylko kalkulacji dochodząc do pełnego utylitaryzmu. I mniemam, że to będzie kolejny etap ewolucji człowieka. Nie wiem, ale biorąc pod uwagę ewolucję zmierzającą do podporządkowania człowieka naczelnej darwinowskiej zasadzie walki o byt to wnioskuje należałoby, że to chyba raczej małpa pochodzi od człowieka. Pamiętajmy, że teorie ewolucji też podlegają ewolucji, a współcześnie to człowiek w co-

Tempo rozwoju metod genetycznych jest tak wielkie, że trudno przewidzieć, jakie niespodzianki czekają nas w najbliższej przyszłości, a „wzmacnianie genetyczne” gatunku ludzkiego wydaje się być tylko kwestią czasu



To ewolucja zapewnia ludzkości nieśmiertelność, oraz udoskonala jej cechy i możliwości

raz większym stopniu zdobywa możliwość sterowania własną ewolucją. Ewolucja, to zmienność, replikacja natomiast takich samych osobników drogą znanego w przyrodzie klonowania uniemożliwiłoby rozwój ludzkości. Klonowanie nie miałyby sensu, wykluczałyby, bowiem możliwość rozwoju i postępu.

Determinacja cech jednostki następuje jednak przez losowy dobór genów. I tak, gdy geny prostej wieśniaczki w niesłubnej procedurze połączyły się z genami notariusza z Florencji to 15 kwietnia 1452 roku o godz. 22:30 przyszedł na świat genialny Leonardo da Vinci. I również, gdy geny pewnego holenderskiego młynarczyka połączyły się z genami córki piekarza to wynikiem tego nie był ani lepszy młynarz, ani piękniejsza piekarnia, ale Rembrandt.

Zgodne z prawami ewolucji giną jednostki słabe, jako niezdolne do adaptacji i do walki o byt. To osiągnięcia medycyny sprawiają, że jednostki słabsze, niepełnosprawne mają szanse przechrzyć prawa ewolucji, a więc wykonać się prawom natury. Medycyna chroni jednostki fizycznie słabe – takie jest jej zadanie.

Ewolucja je usuwa

Klonowanie i inżynieria genetyczna sprawiają jednak, że procesami wymykania się prawom natury i ewolucji można będzie jednak sterować – zmieniać jej kierunek i tempo zmian. I tu ujawnia się dylemat: jak pokierować tym sterowanym przez człowieka rozwojem, by nie było katastrofy, by nie wejść w erę nowego gatunku poczwolniczego (Fukuyama). Odpowiedź na to pytanie będzie musiała być o charakterze globalnym. Ale pamiętajmy, że rozwój nauki i postępu dla samej tylko nauki i tylko dla samego rozwoju – to idea niekontrolowanego rozwoju komórek rakowych.

Tu dochodzimy do problemu sensu. Dążymy, aby wszystko, co robimy miało swój „ład i sens”. Brak sensu naszego istnienia i w naszej działalności byłby czystym bezsenssem. Ks. prof. Michał Heller mówi, że nauka daje rozumienie świata, religia poczucie sensu. Poszukiwanie sensu i wiedzy (science) to zadania wzajemnie się uzupełniające. (Jan Paweł II)

Klonowanie

Klon jest bliźniakiem, ale powstałym w wyniku manipulacji, przechrzenia, a nawet oszukania natury. Wg powyższej metody klonujemy jednak tylko ciało, a nie umysł, charakter, czy osobowość. Tak, więc klonowanie nie zapewnia ani nieśmiertelności, ani nowego wcielenia ani zachowania osobowości ani świadomości i pamięci.

Myśl, że poprzez klonowanie przedłuża się własną doczesną egzystencję jest błędna. Jeśli dawca jądra komórki somatycznej zabiłby swego klona, to nie byłoby to samobójstwo, lecz „zwykłe” morderstwo. Po co Ian Wilmut sklonował Dolly? Wilmut zamierzał opracować „metodę otrzymywania żywych, fabryk tanich leków”. Robił to z inspiracji Firmy PPL Therapeutics.

Jesteśmy świadkami, a niektórzy wręcz aktywistami kolejnej rewolucji naukowej, technologicznej i moralnej. Obecnie zanika poczucie niepowtarzalności, autonomii,

Dramat wielkości człowieka polega na tym, że będąc obdarzonym wolną wolą może swobodnie wybierać między dobrem a złem, między nadzieją a zagrożeniem

godności. Ale nasuwa się pytanie – czy biologiczna niepowtarzalność jest człowiekowi tak bardzo niezbędna? Bliźniakom w niczym ona nie przeszkadza. Autonomia jest pojęciem wtórnym w stosunku do godności człowieka. To poprzez uznanie godności człowieka szanować musimy jego autonomię.

Klonowanie reprodukcyjne

Okazuje się, że człowiek potrafi obejść bariery, jakie stworzyła natura, i kreować potomstwo drogą bezpłciową na obraz i podobieństwo jednego tylko rodzica. Z medycznego punktu widzenia za wskazanie do klonowania reprodukcyjnego można uznać brak komórek rozrodczych. Oblicza się, że na świecie jest około 150 mln mężczyzn dotkniętych całkowitą aspermią. Ale motywem do klonowania reprodukcyjnego może być chęć posiadania dziecka przez osoby samotne i homoseksualne. Potomstwo będą mogły mieć nawet osoby, które w ogóle nie wytwarzają komórek rozrodczych! Dziewicze poczęcie stanie się faktem. „Klonowanie to jedyna szansa uratowania przed wyginięciem wielu gatunków zwierząt”. Ale czy próby klonowania człowieka oznaczają tylko chęć niesienia pomocy bezpłodnym parom? Czy są też i inne motywy – bardziej egoistyczne?

Klonowanie terapeutyczne

Powtórzę pytanie: czy biologiczna niepowtarzalność jest człowiekowi tak bardzo niezbędna? Niepowtarzalność biologiczna, chroni jednostki przed zbrodniczym ich wykorzystywaniem jako dawców narządów do transplantacji przez silnych i bogatych przestępców. W historii były wojny o „Lebensraum” o ropę.

W wojnach o kobiety, nie chodziło tam – jak byśmy mogli współcześnie powiedzieć – wyłącznie o cytoplazmę komórek jajowych, jedyny i absolutnie niezastąpiony konkretny konieczny do reprodukcji gatunku. W przyszłości rzeczywistym powodem wojen mogłaby być zdobycia narządów do przeszczepów. Jednakże biologiczna niepowtarzalność równocześnie utrudnia, lub uniemożliwia ratowanie zdrowia i życia ludzi chorych wymagających transplantacji narządów.



Owca Dolly urodziła się za 277 podejściami

Przeszkodę tą ominąć można metodą hodowaniu ludzkich embrionów, które są źródłem zarodkowych komórek macierzystych. Uzyskuje się w ten sposób zgodność tkankową i eliminuje zjawisko „odrzucania” między dawcą a biorcą. Ale, klonowanie tzw. terapeutyczne to produkcja embrionów planowo skazanych na uśmiercenie. Współcześnie pojawiają się moralnie bezpieczne metody użyskiwania komórek macierzystych.

Terapia genowa

Klonowanie pozwala również na „produkowanie” zarodków ludzkich z komórek, których materiał genetyczny został zmieniony w laboratorium. Dopiero te dwie procedury łącznie wiążą się z możliwością genetycznego modyfikowania człowieka poprzez selektywny dobór genów. I to prowadzi zarówno do realnych korzyści jak i zagrożenia dla gatunku „homo sapiens”.

Tu ujawnia się pytanie – dlaczego jednak determinacja cech osobowych ma się odbywać przez przypadkowy, losowy dobór genów i czy nie mogłaby być zastąpiona przez proces przez człowieka sterowany? Dlaczego tylko przez przypadek ma się urodzić Leonardo da Vinci lub Rembrand? Czy losowo występujące wydarzenia nie można uczynić bardziej prawdopodobnymi? Einstein w ramach losowego doboru genów nie miał genialnych dzieci. A czy jego genetycznie uwarunkowany potencjał intelektualny nie możnaby wykorzystać?

Pamiętajmy jednak, że w ten sposób ujawnia się możliwość selekcji genetycznej dla uzyskania „Herrenvolk”,

Nie mam najmniejszych wątpliwości, że jeżeli wyrazimy zgodę na klonowanie, to nie zdołamy zapobiec komercjalizacji tego zagadnienia

czyli „rasy panów”, obdarzonych „najlepszą krwią” – tak odbywałaby się produkcja „nadczołowieka”.

Z całego omawianego tu proceduru zapewne wyłonić się może nowy „Homo supersapiens”, który stopniowo tracić będzie kontakt z „homo sapiens”, a przeistaczając się w kierunku „animal rationale” kierować się będzie tylko darwinowską zasadą walki o byt nie wykazujący najmniejszych przejawów emocjonalnych reakcji.

Tempo rozwoju metod genetycznych jest tak wielkie, że trudno przewidzieć, jakie niespodzianki czekają nas w najbliższej przyszłości, a „wzmacnianie genetyczne” gatunku ludzkiego wydaje się być tylko kwestią czasu. Przecież nie ulega wątpliwości, że nasz genom nie jest doskonały. A więc czy możemy mówić, że jest on święty i nienaruszalny?

Klonowanie transgeniczne

Nie budzi oporów hodowanie ludzkich tkanek, czy wprowadzenie pobranych od człowieka genów do krwi, by w jej mleku uzyskać niezbędne ludzkie białka, jak interferon czy interleukina. Problem moralny pojawia się, gdy eksperymenty przeprowadza się na ludzkich zarodkach.

Czy klonowanie jest procedurą bezpieczną i skuteczną? Ujawnia się wiele niewiadomych, którymi albo się straszy, albo się je lekceważy. W zależności od potrzeby. Ani propagowanie, ani obrona jakiegokolwiek stanowiska nie może jednak być oparta ani na strachu, ani na lekceważeniu. Musi opierać się na nauce i myślowych procesach i poszanowaniu godności człowieka

Musimy sobie uświadomić, że badania w dużej mierze prowadzone są metodą prób i błędów. A jest to metoda pochłaniająca liczne ofiary. Ofiary życia.

Czy jesteśmy świadomi wizji wszystkich zagrożeń? Nadzieje nasze związane z procedurami obciążone są jednak niebezpieczeństwem wynikającym z braku dostatecznej wiedzy, brakiem wątpliwości, optymizmu niekontrolowanego wiedzą, a sterowane być mogą korzyściami – zyskiem – firm biotechnologicznych, dla których zysk będzie wiodącym motywem działania.

Pamiętać należy, że zarodkowe komórki macierzyste pochodzące zarówno z klonowania terapeutycznego, jak i nadliczbowych zamrożonych zarodków, charakteryzują się genetyczną niestabilnością, oraz możliwością rozwoju tzw. teratom. Liczyć się, również należy z tym, że co najmniej w pierwszym, niewiadomo jak długo trwającym okresie, zwiększone będzie ryzyko urodzeń ludzkich klonów z zagrażającymi życiu wadami zarówno anatomicznymi jak i metabolicznymi. Owca Dolly urodziła się za 277 podejściem.

Wraz z rozwojem klonowania opieka medyczna stanie się w pewnym momencie niezwykle kosztowna, skomplikowana i elitarna. Wobec faktu, że większość klonowanych embrionów ginie, a znamienne duża liczba urodzonych klonów obciążona jest wadami wrodzonymi i jest o krótszym czasie przeżycia

Powstają problemy zarówno natury opieki medycznej jak i ubezpieczeń. Ubezpieczenie sklonowanych osobników będzie, więc kosztować więcej niż tradycyjnie poczętych. Czy w ramach społecznej solidarności osoby tradycyjnie poczęte będą chciały, czy musiały opłacać wyższe składki?

Poza tym zadaniem medycyny i ochrony zdrowia jest pomaganie chorym i ograniczanie ich liczby chorych, a nie ich mnożenie do tego z ciężkimi wadami, a w żadnym wypadku uśmiercanie. Ponadto firmy ubezpieczeniowe i pracodawcy mogą wprowadzić „rasizm genowy”.

Tyle niewiadomych

Ale przecież, jak coś jest nieznanne, to trzeba to poznać? Ażebymy poznać trzeba robić eksperymenty. Ale jakim i czym kosztem? Sprzeciw budzi nie sama technika klonowania, tylko traktowanie istoty ludzkiej jako przedmiotu do obróbki lub nawet sprowadzanie jej do roli środka leczniczego. Powstaje pytanie: czy biotechnologiczne proce-



Determinacja cech jednostki następuje jednak przez losowy dobór genów. I tak, gdy geny prostej wieśniaczki w nieślubnej procedurze połączyły się z genami notariusza z Florencji to 15 kwietnia 1452 roku o godz. 22:30 przyszedł na świat genialny Leonardo da Vinci



Dr Wiktor Frankenstein usiłował stworzyć człowieka

dury typu klonowanie prowadzące do wykorzystania embrionalnych komórek macierzystych nie jest wyrazem filozofii przemocy?

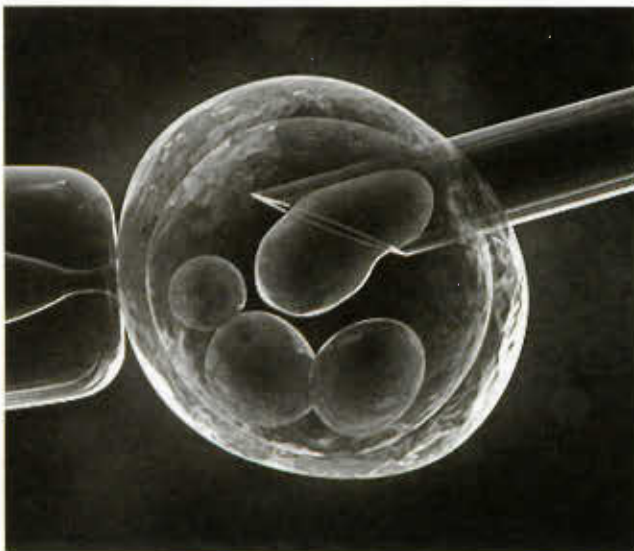
Światopogląd – wiara

Stanowisko wobec klonowania w bardzo dużym stopniu zależy od światopoglądu i wyznawanej wiary. Osoby, które wierzą w istnienie Pana Boga. Dla nich życie jest celem przedostatecznym. Dla osób niewierzących w istnienie Pana Boga, życie jest celem ostatecznym, a życie formą istnienia białka. Dla nich nie jest ważny metafizyczny sens życia, lecz samo biologiczne, poznawcze, zmysłowe trwanie – wzbogacone niekiedy poczuciem miłości, piękna, dobra. Wszystko ma dla nich charakter doczesny, przejściowy. Tak więc, czy życie to epizod, czy epilog każdego ludzkiego istnienia? To determinować może stosunek do wielu molekularnych metod stosowanych w biologii.

Boskie kompetencje

Kiedy Mary Shelley (1797 -1851) stworzyła postać doktora Frankensteina ostrzegała przed docieklivością naukowców przyznających sobie prawo do bycia stwórcą. Dr Wiktor Frankenstein usiłował stworzyć człowieka. Współcześnie dziennikarze szukając skandalu stworzyli i rozpropagowali określenie, że dzięki klonowaniu człowiek przekroczył próg boskich tylko kompetencji. Poprzez klonowanie nie powołujemy jednak do życia istoty z materii nieożywionej (gliny), lecz powołujemy do życia wprawdzie nową istotę ludzką, ale poprzez nienaturalną ingerencję w istniejące mechanizmy rozmnażania.

**„Nauka wie, czym jest,
ale nie zawsze wie,
czym być powinna”**



Skoro w spreparowany przez człowieka klon Pan Bóg tchnął ducha oznacza to, że nie jest on sprzeczny z wolą boską. Pan Bóg, jako Wszechmocny, nie mógł zostać do tego przymuszony. Tak, więc Pan Bóg jako Wszechmocny na klonowanie się zgodził – a nie pogodził. Ale klonowany człowiek będzie objęty Odkupieniem. „Kościół katolicki nigdy tego typu metody powoływania do życia nowych istnień ludzkich nie zaakceptował, ale bronił i broni życia tych, którzy dzięki tej metodzie zaistnieli”.

W klonowaniu terapeutycznym istota ludzka zostaje uprzedmiotowiona, traktowana jako materiał do obróbki, jako środek leczniczy. A człowiek jest przecież celem ostatecznym, i nie może być środkiem prowadzącym do celu (Kant). Dobro człowieka jest przecież celem finalnym nauki.

Ale człowiek bywa jednak również celem w komendzie: cel, pal!

Rzeczywistość

Życie uczy, że każdy wynalazek dokonany przez człowieka może się przeciwko niemu obrócić. Ale skoro tak jest to, czy możliwość złego wykorzystania klonowania może stanowić argument przemawiający za bezwzględny zakazem stosowania tej metody rozmnażania? Przecież ludzkość od zawsze godziła się na wynalazki, które jednym przynosiły pożytek i dobro, a innym krzywdę i zło.

Będąc jednak świadomym ogromu potencjalnych zagrożeń, czy nie lepiej jest już teraz postawić znak „wstęp wzbroniony” niż potem natknąć się na znak „wyjścia nie ma”. W ocenie realiów życia, musimy być świadomi również, że bezprawie i amoralność są zwykle bardzo skuteczne. A nauka z kolei wie, czym jest, ale nie zawsze wie, czym być powinna.

Refleksja i działanie oparte być muszą jednak na zrozumieniu i poczuciu złożonego obrazu rzeczywistości. I dlatego T. S. Elliot pyta: „Czy ludzkość jest w stanie znieść dużą dawkę rzeczywistości?”. Już teraz powstaje pytanie, co robić z nadmiarowymi zarodkami – wykorzystać do uzyskania zarodkowych komórek macierzyste?, udostępnić dla przemysłu kosmetycznego?, niszczyć?, adoptować?. Doprowadziliśmy do sytuacji, w której „wyjścia nie ma”.

Co nas jeszcze chroni

Co nas jeszcze chroni obecnie przed rozpowszechnieniem procedury klonowania? Względy techniczne i brak pieniędzy, oraz przejściowe trudności natury formalnoprawnej. Dzięki temu klonowanie w najbliższej przyszłości nie stanowi istotnego biologicznego zagrożenia dla gatunku homo sapiens zwłaszcza, że dotychczasowe metody rozmnażania nie strącają nic na atrakcyjności, a przez to na powszechności. Nie chroni nas ani moralność, ani opinia publiczna, które są skutecznie manipulowane przez żądne zysku i skandali media.

Konkurencja wartości

Postępy w genetyce prowadzą do przewartościowania takich fundamentalnych pojęć jak wolność i godność człowieka. Aczkolwiek, wielu ludzi poczucie osobistej godno-

ści cenilo wyżej niż pragmatyczne korzyści, a nawet własne życie to jednak również wielu, jeśli nie zamiennie duża część swoją godność sprzedawała – czasem nawet za marne pieniądze i stanowiska. Tak więc, czy w obecnej rynkowej rzeczywistości godność człowieka ma jakiegokolwiek szanse w konkurencji z pragmatycznymi korzyściami.

Ale można też domniemywać, że wiele osób deklarujących się jako przeciwnicy klonowania terapeutycznego zmieni jednak stanowisko w obliczu swojej śmiertelnej choroby i zgodzi się na wykorzystania embrionalnych komórek macierzystych dla ratowania własnego życia. Ży-

Życie uczy, że każdy wynalazek dokonany przez człowieka może się przeciwko niemu obrócić



Klonujemy tylko ciało, a nie umysł, charakter, czy osobowość. Klonowanie nie zapewnia ani nieśmiertelności, ani nowego wcielenia, ani zachowania osobowości, ani świadomości i pamięci

cie stawia chorego wówczas przed dylematem: „*godnie umrzeć, czy zdrowo żyć?*” A myśląc „po ziemsku” wszyscy chcą iść do nieba – nikt nie chce umierać. Mało tego, wszyscy chcieliby iść do nieba, ale bez konieczności przestrzegania dekalogu.

Utylitaryzm

Na przełomie XIX i XX wieku Henri Poincaré podkreślał, że utilitaryzm nie powinien dochodzić do głosu w odkrywaniu prawdy. Niewątpliwie utilitarystyczne rozumienie dobra jest, co najmniej potencjalnie niebezpieczne, bowiem uświęcone, trwałe, odwieczne wartości zastąpione zostaną przez metody pragmatycznego (wygodnego) działania i tylko użyteczność stanowić będzie kryterium dobra i zła. Oznacza to, że wszystko, co jest użyteczne w praktycznym działaniu będzie dobre, i w ten sposób sta-

jemy się uprawomocnieni do dokonania wielu nieprawości. Pamiętajmy, że w historii świata większość zbrodni dokonana została właśnie w imię prawdy i wspólnego dobra ludzkości, lub społeczeństw (komunizm).

Jeśli jednak pragmatyczne działania miałyby stanowić wartość dominującą w życiu człowieka to w wyniku tego dochodzi kolizji dwóch wartości i ujawnia się pytanie: godność ludzka, czy użyteczność? A nawet życie ludzkie, czy użyteczność?

Pojęcie godności i dobra człowieka w znaczeniu utilitarystycznym dla każdego może oznaczać co innego. Współcześnie mnożą się coraz to nowe kryteria człowieczeństwa w zależności od zwykle materialnych potrzeb.

Jeśli ktoś jest zwolennikiem aborcji – to twierdzić będzie, że o osobie ludzkiej, mówić można dopiero np. od chwili urodzenia. Jeśli natomiast ktoś nie zgadza się na

dokonywanie aboreji, ale zgadza na wykonywanie klonowania terapeutycznego – to z kolei twierdzić będzie, że o osobie ludzkiej mówić można dopiero od arbitralnie dobranego przez siebie okresu życia zarodka. Przypomina mi się stary dowcip. Pytanie: *ile jest dwa + dwa?* – „Pan kupuje, czy sprzedaje? To zależy, co potrzeba” – brzmi odpowiedź.

Tak, więc zmiana definicji wpływa na ocenę moralną czynu. I tak dla wielu badaczy ujawnia się więc zasadniczy problem: jak zdefiniować zadanie ażeby pod pozorem zachowania zasad moralnych sprostać zarówno rozwojowi wiedzy jak i własnym potrzebom, ambicjom, interesom? Jeśli np. wg dotychczasowych norm etycznych postępują niemoralnie, to żeby stać się moralnym mam dwie możliwości do wyboru: albo zmienić postępowanie, albo definicje. Dużo łatwiej i korzystniej zmienia się definicję. „Ruchomą” – w zależności od potrzeby stała się teraz definicja początku i końca życia.

Z kolei w odniesieniu do dyskusji na temat dobra i zła Hamlet stwierdził: *„Nie ma nic bezwzględnie dobrego, lub złego, lecz myślenie czyni je takimi”*, ale to, co proponuje utylitaryzm to nie jest etyka – to jest taktyka i strategią eliminacji słabych pozwalającej przeżyć silnym. Gdyby medycyna przyjęła zasadę jakości życia w miejsce godności istnienia osoby, to zaangażowałyby się w unicestwienie tych, którzy nie spełniają kryteriów bycia silnym i bogatym. Krańcowy futurystyczny przykład podmiotowego traktowania osoby, współcześnie bardziej z cyklu „fiction” niż „science”. Patrzcie! Ten facet spod budki z piwem, będący tylko konsumentem PKB ma jeszcze dwie nerki – a badania wykazały, że czas i jakość jego życia się nie zmieni, gdy jedna jego nerka zostanie przeszczepiona choremu popularnemu politykowi, czy bogatemu przedsiębiorcy zatrudniającemu ileś tam setek ludzi.

Są więc takie utylitarystyczne wartości, dla których warto jest życie poświęcić. Oczywiście cudze. A najłatwiej jest bezbronno człowieka. Ludzie biedni operują pojęciami dobra i zła. Bogaci – zysku i straty. Również pojęcie sprawiedliwości i niesprawiedliwości, co innego oznacza dla pospólstwa, a co innego dla władzy.

Niebezpieczeństwo wynika z faktu, że nie mamy ani przemyśleń, ani wizji następstw wejścia wyłącznie utylitarne sposobu rozumowania w medycynie.

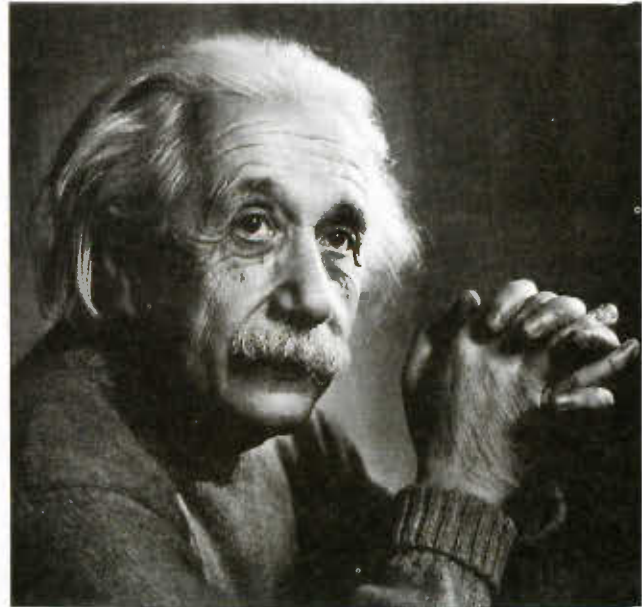
Argumenty ekonomiczne

Prospektywnie rynek potrzeb biotechnologicznych jest, nieograniczony ilościowo, czasowo i progresywnie wzrastający. W tej sytuacji etyka kliniczna i biotechnologiczna przegra bój z prawami rynku i ekonomii, bo decydować będzie po prostu zysk. Ja w ogóle nie mogę sobie wyobrazić, aby jakkolwiek idea mogła wygrać starcie z takimi „pieniędzmi”. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że jeżeli wyrazimy zgodę na klonowanie, to nie zdołamy zapobiec komercjalizacji tego zagadnienia.

Polityczne przypadłości naszego czasu

To politycy sterowani przez finansowe organizacje mają policję, władzę, oraz pieczętą decydować będą, jakie-

go człowieka mamy tworzyć. Tymi metodami kreować będą metodykę rozwiązań w biotechnologii i genetyce. Motywem badań genetycznych dawno przestała być tylko pasja poznawcza. Proszę sobie wyobrazić, że gdyby embriony i płody miały prawo do głosowania to z pewnością wielu polityków ubiegałoby się o ich głos, a ich status prawny do istnienia byłby zagwarantowany. Nikt jednak nie ma odwagi powiedzieć, że wartości utylitarne są dla niego ważniejsze od wartości moralnych. I dlatego perfumuje się je sloganami i manipuluje definicjami. Niebezpieczeństwo to jest tym większe, że nie mamy ani przemyśleń, ani wizji następstw wejścia na tor wyłącznie.



**„Chcę wiedzieć,
co myślał Pan Bóg
stwarzając świat –
reszta to szczegóły”.**

A. Einstein

Nauka utylitarne sposobu rozumowania w medycynie

Osiągnięcia nauki i techniki napawają oczywiście optymizmem. Niepokój natomiast budzi moralny relatywizm związany z tymi osiągnięciami. Wobec możliwych korzyści klonowanie, podobnie jak „człowiek z próbówki” szybko straci charakter nowości, sensacji i zagrożenia. Ale od wynalazku koła i ognia jednak nie ma odwrotu i raz odkrytej prawdy i praw przyrody nie da się zakryć. Dlatego więc światopoglądu naukowego dziś już nikt ignorować nie może i zdawać sobie musimy z tego sprawę, że nauki – a raczej naukowców nie można myślowo ani uwięzić ani

okiełznać. Nie ma na to ani siły, ani potrzeby. Wszyscy naukowcy skazani na wieczne naukowe niezaspokojenie. Tu przypomina mi się jednak aforyzm S. J. Leca: „Czy jest to postęp, gdy kanibal zaczyna używać widelca i noża?”.

W nadciągającej erze „Genomu” kończącej ewolucyjny rozwój aktualne staje się pytanie T. S. Eliota: „Gdzie jest mądrość, którą utraciliśmy w wiedzy?”. Poza nakładami finansowymi ileż inwencji twórczych i talentu wymagają prowadzone badania. Ale czyż miałyby to być „talent, a nawet geniusz bez mądrości” – bo bez wizji moralnych zagrożeń związanych z tymi odkryciami. Miejsce „mędrców” – ludzie myślących zajęli eksperci, dla których techniczna możliwość wykonania jakiegokolwiek doświadczenia, stanowi wskazanie do jego wykonania. Fakt, że umiemy coś zrobić, nie oznacza, że musimy to zrobić.

Powtórzę: „nauka wie, czym jest, ale nie zawsze wie, czym być powinna” i dlatego jak mówił Jan Paweł II dojść musi do zjednoczenia Prawdy naukowej i Prawdy moralnej. Rezultatem tego będzie nie tylko postęp, ale i dobro i szacunek dla godności człowieka. W dzisiejszej nauce poznanie coraz częściej polega na manipulowaniu i przekształcaniu natury.

Sposób formułowania pytań

Pojawiają się pytania, na które albo nie ma odpowiedzi, albo są one przeciwstawne. I tak, pytanie: Czy klonowanie ludzkich komórek w celu ratowania życia śmiertelnie chorych pacjentów może być wykonywane? – odzwierciedla fałsz, ponieważ świadomie i tendencyjnie pomija istotę zagadnienia jaką jest śmierć ludzkiego zarodka. Uczciwie sformułowane pytanie brzmiałoby: Czy w celu ratowania zdrowia i życia chorych jest moralnie dopuszczalne i usprawiedliwione wykorzystanie ludzkiego zarodka powodując jego zaplanowaną śmierć (eutanazja)?

Człowiek, czy jeszcze nie?

Jeśli embrion jest osobą, a nie tylko zlepkiem żywych, rozwijających się komórek, to należą mu wszelkie prawa przysługujące osobie, a w tym prawo do życia. My dorośli też jesteśmy zlepkiem żywych komórek. Gdyby natomiast embrion nie był osobą to wówczas jego wykorzystanie do doświadczeń nie tylko byłoby możliwe, ale wręcz wskazane.

Widzimy, że los istoty ludzkiej zależeć może od definicji. Co więc decyduje, o tym, że stajemy się istotami ludzkimi? Czy początek życia istoty ludzkiej można wyznaczać umownie na dowolnie wybranym etapie rozwoju? Przecież „Człowiek nie staje się człowiekiem, lecz jest człowiekiem, a embrion rozwija się na człowieka, a nie na małpę, słonia czy różę. A jako człowiek przechodzi tylko przez różne fazy swego rozwoju.

Gdybym miał ograniczyć liczbę pytań do 2 zasadniczych, to brzmiałyby one następująco: Czy embrion człowieka jest dla nas „kimś” czy „czymś”? A więc, czy embrion dla drugiego człowieka jest rzeczą świętą, czy tylko rzeczą? Czy embrion jest istotą podrzędną wobec osobnika dorosłego?

C. Miłosz napisał: „osaczyły nas chimery ludzkiego umysłu – ideologie oparte na pogardzie i przemocy zdominowały XX wiek”.

Profesor genetyki medycznej na Sorbonie przedstawia studentom historię rodziny, w której ojciec i matka cierpią na choroby psychiczne, a dwoje dzieci ma poważne wady rozwojowe. Kobieta zachodzi po raz kolejny w ciążę. Profesor pyta: *co byście doradzili tej kobiecie?* Pada chóralna odpowiedź: *Przerwać ciążę! Brawo, właśnie uśmierciliście Beethovena.*

Umowa społeczna

Moralność nie może też być jedynie wygodną umową między ludźmi. Zasad moralnych nie możemy przyjmować metoda głosowania. Musimy, zdecydować i odpowiedzieć na pytanie, co ma decydować o stosunku człowieka do człowieka, czy moralność stojąca na straży godności i wartości człowieka, czy umowa społeczna oparta na zmieniających się w zależności od utylitarnej potrzeby parametrach? Przeżyliśmy już jedną „umowę społeczną”, była nią „walkę klas” z jej moralnymi zasadami – dyktaturą proletariatu. Bądźmy świadomi, że „Umowy społeczna” nie wynikają z zasad moralnych, lecz bieżących korzyści politycznych zwykle tylko naperfumowanym hipokryzją i wzniosłymi hasłami dokumentami, a rzeczywiste dobro przeciętnego człowieka (chorego) przestrzegane jest tylko w przypadku politycznej potrzeby. W państwie powinna obowiązywać moralność światopoglądowa, ale obowiązywać moralność, co najmniej w odniesieniu do życia i śmierci.

Wiara i rozum

Problem ten wyraził Einstein mówiąc: „*Chcę wiedzieć, co myślał Pan Bóg stwarzając świat – reszta to szczegóły*”.

Pierwsze zdanie encykliki „Fides et ratio” brzmi: „*Wiara i rozum są jak dwa skrzydła, na których duch ludzki unosi się ku kontemplacji prawdy*” Ojciec Św. mówi też: „*Nie lękajcie się. Prawda jest. Prawda istnieje. Duch ludzki żyje prawdą i miłością*” (JP II).

Edyta Stein, która przez rozum doszła nie tylko do wiary, ale i do świętości powiedziała: „*Kto szuka prawdy ten szuka Boga, choćby o tym nie wiedział*.” A ja dodam: choćby nawet w Niego nie wierzył. Okazuje się, więc, że rozum również potrafi wierzyć. „Czy mamy wizje, w jakim kierunku rozwijać się będzie ludzkość, gdy całkowicie „wyzwoli się z metafizycznego i moralnego kaftana? Ale, „Czy nie jest to jednak dla ludzkości „kaftan bezpieczeństwa”?

Rabinacka mądrość: Rabin z Kocka zadaje swoim uczniom pytanie. *Gdzie mieszka Pan Bóg? Jak to gdzie?* – dziwowali się uczniowie jego. *Przecież mieszka wszędzie – cały świat jest mieszkaniem Pana Boga. Nie – pada odpowiedź. Pan Bóg mieszka tam gdzie go człowiek upuści.* Dostrzegam to równoległość myśli z wezwaniem Jana Pawła II „Otwórzcie drzwi Chrystusowi”.

Wielkość człowieka docenił już Seneka – pisząc „*Homo homini res sacra*” (człowiek człowiekowi świętością). Zwrot „*homo homini res sacra*” wyraża personalistyczna zasadę godności osoby ludzkiej jako jednym z podstawowych kryteriów moralności. Później uzupełnił to uniwersalną zasadą – „*caritas generis humani*”, tj. „miłowanie każdego człowieka”.

Geneza i założenia opieki paliatywnej

B. Pascal twierdził, że „ludzie nie mogą znaleźć lekarstwa na śmierć, nędzę, niewiedzę, postanowili – aby osiągnąć szczęście – nie myśleć o tym” [1]. Obawa przed śmiercią jest reakcją naturalną i specyficzną ludzką, lecz wydaje się, że ta postawa obronna przyjmuje dzisiaj rozmiary dotąd niespotykane. Śmierć nigdy nie była tak fałszywie pojmowana jak w naszej cywilizacji.

MGR SOCJOL. ARTUR P. TOFIL

OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI

Człowiek współczesny wydaje się żyć tak, jakby jego czas nie był ograniczony. Nie dostrzega się też problemów, jakie rodzi koniec życia ludzkiego, albo po prostu się ich unika. Śmierć jest tematem tabu. [2] Rozkład więzi społecznych i włączenie samej śmierci w obręb systemu medycznego czyni proces umierania samotnym, zmechanizowanym i zdehumanizowanym.

Samotność ludzi umierających w dużym stopniu ma swoje źródło w rozluźnieniu związków rodzinnych, spowodowanym przemianami społecznymi. Rodzina dzisiejsza to przeważnie rodzina dwupokoleniowa, w której nie ma miejsca dla ludzi starych czy umierających. Poza tym, często warunki materialne i mieszkaniowe oraz styl życia rodziny nie pozwalają na pielęgnowanie chorych w domu. Równocześnie szpitale nastawione na leczenie i wyliczenie nie są zainteresowane losem ludzi umierających, a śmierć traktuje się tam – nawet pomimo naturalnego jej przebiegu – jako zaburzenie, przegraną z postępującą chorobą. Umierania, a zwłaszcza to samotne i anonimowe, wzmaga jeszcze społeczny lęk i przerażenie.

Postęp medycyny odebrał wielu chorobom ich niszczytelką siłę, przedłużył znacznie średnie trwanie życia ludzkiego, ale równocześnie stworzył niebezpieczeństwo zaniedbania psychospołecznych aspektów opieki medycznej, co jest szczególnie bolesne w sytuacji ludzi umierających. Pociuszający jest jednak fakt, że coraz częściej po-

dejmuje się dyskusję na temat medycznych, prawnych, czy moralnych problemów związanych ze śmiercią i umieraniem, szczególnie w gronie fachowców – lekarzy, ale także w łonie innych środowisk naukowych i wśród przedstawicieli Kościoła.

Istotnym osiągnięciem ostatnich lat jest rozwój ruchu hospicyjnego (paliatywnego). [3] Wydaje się, że poznanie i zrozumienie charakteru oraz idei, jakie przyświecają opiece paliatywnej mogą przyczynić się do zmiany społecznych postaw wobec śmierci, a tym samym do przygotowania współczesne społeczeństwo do właściwego, humanitarnego pokonywania problemów, jakie niesie ze sobą tak oczywista prawda jak ta, że każdy z nas jest śmiertelny.

Idea opieki nad ludźmi umierającymi nie jest niczym nowym, ani w sensie medycznym, ani organizacyjnym. Zrodziła się ona w średniowieczu wraz z rozwojem szpitalnictwa. Była praktyczną realizacją chrześcijańskiej idei miłosierdzia i przykazania miłości. Mimo, że już w starożytności spotykamy pewne formy dobroczynności, to ich forma instytucjonalna rozwinęła się wraz z chrześcijaństwem. Idea chrześcijańskiego miłosierdzia – samarytanizmu (w nawiązaniu do przypowieści o miłosiernym Samarytaninie) miała istotny wpływ na powstanie i ugruntowanie idei opieki nad śmiertelnie chorymi. Praktyczną realizacją przykazania miłości bliźniego przez Kościół było otaczanie opieką chorych, umierających, biednych i wólczyków w przytułkach, schroniskach zapewniając im pomoc medyczną, czasowy lub stały pobyt. Miejsca takie nazywano hospicjami. W. Szumowski stwierdza: „Czynnik miłosierdzia, występujący w organizacji średniowiecznych szpitali, zaznacza się również w prywatnej działal-



Dr. Cicely Saunders przy pacjencie



Współczesny ruch hospicyjny wiąże się z osobą Cicely Saunders, która w 1967 roku założyła w Londynie pierwsze nowoczesne hospicjum

ności lekarskiej. Gdy w starożytności lekarzowi wolno było odmówić porady nieuleczalnie choremu, obecnie chrześcijańska deontologia lekarska nakazuje czynić zawsze przy chorym wszystko, co możliwe aż do ostatniej chwili". [5] Problem leczenia nie był w dawnych domach szpitalach – przytułkach tak istotny, jak sam fakt poświęcania się ubogiemu, pielęgnowania go, udzielania mu wszelkiej pomocy w imię miłosierdzia bożego.

Powstanie współczesnego ruchu hospicyjnego wiąże się z osobą Cicely Saunders, która w 1967 roku założyła w Londynie pierwsze nowoczesne hospicjum. Dame Cicely Saunders nauczała swych kontynuatorów, że nawet

w obliczu szybkiej utraty sił i zbliżającej się śmierci, ciężko chory człowiek otoczony wszechstronną i troskliwą opieką może zachować swoją autonomię, godność i chęć korzystania z każdej cząstki życia, aż do momentu śmierci. Opieka paliatywna jest z jednej strony zanurzona jest w środowisku medycznym, a z drugiej wpisuje się w szerokie kręgi aktywności społecznej. Służba życiu, w tym życiu ludzi śmiertelnie chorych przekracza wąskie środowisko medyczne poprzez działalność poszczególnych rodzin, wspólnot, stowarzyszeń społecznych lub kościelnych, zatacza coraz szersze kręgi, docierając do wielu ludzi potrzebujących, inspiruje społeczną świadomość. Współczesny kształt opieki paliatywnej wyrasta z jej bogatej i długiej historii. Należy, więc spojrzeć na nią szeroko, obejmując genezę hospicjów i ich historię na przestrzeni wieków, a także dzień dzisiejszy.

Termin *opieka paliatywna* powstał w języku angielskim, (*palliative care*) i pochodzi od łacińskich słów *pallium* oraz *palliatus*. W łacinie klasycznej *pallium* oznacza bądź wszelkiego rodzaju okrycie lub przykrycie (na przykład zasłona, kołdra, materac, całun), bądź płaszcz grecki (zwłaszcza okrycie filozofów i pisarzy). Z kolei *palliatus* oznacza tyle, co odziany, ubrany w grecki płaszcz. [6] Pojęcie *opieka paliatywna* nie zostało jednak wyprowadzone wprost ze słów łacińskich, lecz z wywodzących się od terminu *palliatus* wyrazów angielskich, takich, jak: *palliate* – jako imiesłów i przymiotnik oznaczający – okryty płaszczem, ukryty, złagodzony, powierzchowny, tymczasowy. Jako czasownik oznacza – pokryć płaszczem, ukry-

wać, maskować, łagodzić objawy choroby bez wyleczenia jej, ulżyć powierzchownie lub tymczasowo, złagodzić cierpienia, przedstawić (na przykład zło) jako mniejsze niż jest w rzeczywistości, spowodować, aby coś wydawało się być mniej przykre przez usilne przekonywanie o okolicznościach łagodzących. Z kolei inne słowa: *palliation* – oznacza okrywanie, ukrywanie, łagodzenie objawów choroby bez możliwości wyleczenia ich oraz *palliative* (jako przymiotnik) – służący do okrywania lub ukrywania, służący do przynoszenia ulgi powierzchownie lub tymczasowo, do złagodzenia bólu lub innego zła; (jako rzeczownik) – to, co daje powierzchowną tymczasową ulgę, ten, który służy do złagodzenia, zmniejszenia siły bólu, duszności i innych objawów, cierpienia związanych z ciężką, postępującą, niepoddającą się leczeniu przyczynowemu chorobą. [7] Wykorzystując znaczenie wymienionych terminów utworzono pojęcie *palliative care*.

Definicja opieki paliatywnej, zamieszczona w dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1990 roku brzmi następująco: „Opieka paliatywna jest całościową, czynną opieką nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu. Obejmuje ona zwalczanie bólu i innych objawów oraz oprowadzanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego.” [8] Dokument ten poświęcony opiece paliatywnej jest owocem wielu lat praktyki i badań lekarskich oraz opieki nad osobami ciężko chorymi i umierającymi. Opieka paliatywna (hospicyjna) to aktywna opieka holistyczna (całościowa) roztaczana nad pacjentem, którego choroba jest nieodwracalna. Oznacza poszanowanie dla życia i jest przeciwna eutanazji. Uznając jednak śmierć za naturalną część życia, sprzeciwia się „uporczywej” intensywnej terapii, zmierzającej do przedłużenia życia za wszelką cenę. Opieka terminalna, zgodnie z wytycznymi WHO oznacza opiekę, jaką otoczony jest chory w końcowej fazie nieuleczalnej, postępującej choroby. [9]

Definicję opieki paliatywnej przytacza również Oxford Textbook of Palliative Medicine wydany w 1994 roku. Ten podstawowy i pionierski dla tej dziedziny medycyny podręcznik wyjaśnia, iż zakres pojęcia opieka paliatywna, który obejmuje zarówno działania lekarzy jak i osób innych specjalności, jest szerszy w porównaniu z terminem medycyna paliatywna, rozumianym jako określenie specjalności wyłącznie lekarskiej. Według tego Oxfordzkiego wydawnictwa medycyna paliatywna to badania i postępowanie, dotyczące pacjentówz aktywną, postępującą i zaawansowaną chorobą, której prognozy są ograniczone. [10]

Profesor doktor nauk medycznych Jacek Łuczak [11] definiuje opiekę paliatywną jako opiekę, której celem jest uśmierzenie wielorakich cierpień, zaspokajanie wielu potrzeb, poprawa warunków tego „szybko uciekającego życia, które jeszcze zostało i jest takie ważne, a może najważniejsze – przygotowuje do nieznanego, do uwieńczenia życia – do wiecznej przystani”. [12]

Opieka paliatywna sprowadza się do kilku podstawowych zasad. Po pierwsze stawia ona na wielodyscyplinarność zespołu opiekującego się nieuleczalnie chorym, do którego zadań należą m. in.:

- ▶ uśmierzenia bólu wszechogarniającego (ang. *total pain*),
- ▶ zaspokojenia całościowych potrzeb nieuleczalnie chorej osoby: cielesnych, psychosocjalnych, duchowych (ang. *whole personhood*),
- ▶ spełniania próśb umierających chorych: „wysłuchaj mnie, pomóż mi, zostań ze mną” [13].

W skład takiego wielodyscyplinarnego zespołu najczęściej wchodzi: lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog, rehabilitant, terapeuta, kapelan i wolontariusze, przy współudziale przeszkolonych członków rodziny, opiekunów. Zespołem kieruje lekarz specjalista medycyny paliatywnej/klinicysta, doświadczony w sprawowaniu opieki paliatywnej.

Niezmiernie istotna jest ciągłość opieki, również w fazie umierania, zgodnie z powszechnie przyjmowaną w tym środowisku formułą: „nigdy cię nie opuszczę” oraz właściwa komunikacja interpersonalna.

Podstawową zasadą opieki paliatywnej jest także poszanowanie autonomii chorego i jego rodziny, dokonywane poprzez uznanie i szacunek wobec ich systemu wartości, respektowanie ich filozofii życiowej, uznawanie ich stanowiska w podejmowaniu decyzji dotyczących sposobu sprawowania opieki i leczenia. Zwalczanie objawów chorobowych odbywa się przy zastosowaniu właściwej (nieagresywnej) terapii objawowej („komfort chorego”).

Kolejną ważną funkcją z punktu widzenia holistycznie rozumianej medycyny paliatywnej jest wspieranie – polegające m. in. na opiece nad rodziną i opiekunami chorego podczas choroby oraz pomoc w radzeniu sobie z chorobą bliskiego człowieka. Ta zasada dotyczy również opieki nad osieroconymi. [14]

Opieka paliatywna zakłada ciągłość, dostępność przez 24 godziny i przez 7 dni w tygodniu. Jest całkowicie bezpłatna zarówno dla chorego, jak i jego rodziny. Udostępnia się ją chorym bez względu na wiek, płeć, narodowość, rasę czy wyznanie. Opieka paliatywna/hospicyjna podkreśla znaczenie życia, uznając jednocześnie umieranie za proces naturalny. Ani nie przyspiesza, ani nie opóźnia zgonu, a więc jest przeciwna eutanazji, tj. podania osobie z nieuleczalną chorobą środka z intencją spowodowania śmierci, jak również jest przeciwna wspomaganemu samobójstwu. [15] Integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki nad chorymi, ofiaruje system wsparcia umożliwiający choremu prowadzenie, aż do zgonu życia tak czynnego, jak to tylko jest możliwe. Obok tego opieka paliatywna stwarza system wsparcia pomagający rodzinie radzenie sobie z chorobą bliskiego człowieka i wspomagający ją w okresie żałoby. Celem tej opieki jest osiągnięcie jak najlepszej, możliwej do uzyskania jakości życia chorych ich rodzin poprzez uśmierzenie dokuczliwych objawów (ból, odleżyny itp.), zaspokajanie potrzeb psychosocjalnych, duchowych, towarzyszenie chorym, ale również wspomaganie ich rodzin tak w czasie choroby bliskiej osoby, jak i w okresie żałoby. [16]

Z określenia opieki paliatywnej wynika, że jest ona skierowana do chorych, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu. Leczenie przyczy-

nowe to oddziaływanie środkami fizycznymi, chemicznymi, biologicznymi i psychicznymi na przyczynę choroby w celu przywrócenia zdrowia. Gdy leczenie to staje się nieskuteczne, to znaczy niemożliwe jest usunięcie przyczyny choroby, wówczas stosuje się leczenie objawowe, polegające na przeciwdziałaniu objawom choroby.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na dwa znaczenia określenia leczenie paliatywne. Pierwsze z nich wskazuje na medyczne działania w ramach opieki paliatywnej. Inne jest znaczenie pojęcia leczenia paliatywnego, które przyjęło się w słownictwie onkologicznym. Chodzi tam o leczenie, które wpływa na przebieg choroby nowotworowej, prowadzi się go u chorych na zaawansowane nowotwory złośliwe, gdy nie ma szansy na wyleczenie, natomiast istnieje możliwość przejściowego, niekiedy nawet wieloletniego zahamowania postępu choroby i przedłużenia życia w warunkach zadowalającej sprawności życiowej. [17]

Opieka paliatywna dotyczy, zatem osób w końcowej, czyli w tak zwanej terminalnej fazie choroby (w j. łac. *terminalis* – graniczny, końcowy; podobnie w j. ang. – *terminal* znaczy – końcowy). Z tego względu opiekę paliatywną określa się czasem mianem *opieki terminalnej*. [18]

W wyrażeniu opieka paliatywna-hospicyjna, słowo opieka jest zarezerwowane dla takich wszechstronnych działań interdyscyplinarnego zespołu, który respektuje autonomię chorego, każdy chory stanowi dla opiekujących się jedyną, niepowtarzalną osobę, godną najwyższego szacunku i troski, wymagającą poszanowania intymności, odrębności i pełnego zaakceptowania – takim, jaki jest bez jakichkolwiek interwencji w jego filozofię życia i śmierci, jego duchowość i religię. [19]

Socjologowie medycyny zajmujący się problematyką umierania i śmierci podkreślają, że istnieją cztery szczególnie częste typy „kontekstu świadomości” w odniesieniu do umierającego. [20] Po pierwsze, świadomość zastrzeżona, czyli sytuacja, w której pacjent nie zdaje sobie sprawy ze zbliżającej się śmierci, chociaż wszyscy inni o tym wiedzą. Po drugie świadomość podejrzana, czyli sytuacja, w której pacjent podejrzewa, a inni wiedzą, i pró-

buje potwierdzić lub unieważnić swoje podejrzenie. Trzeci typ, to świadomość wzajemnego udawania, czyli sytuacja, w której każda ze stron określa pacjenta jako umierającego, ale wszyscy udają, że tak nie jest. W końcu świadomość otwarta, czyli sytuacja, w której zarówno personel opiekujący się chorym, jak i on sam są świadomi zbliżania się śmierci i wszyscy zachowują się zupełnie otwarcie.

Opieka paliatywna w pełni realizuje ten ostatni typ. Jest narzędziem pomocnym w akceptacji swojego położenia przez terminalnie chorych na etapie, gdy ich życie dogasa i wtedy, gdy ich role społeczne uległy gwałtownemu przewartościowaniu. A trzeba w tym miejscu nadmienić, iż proces upadku, tzn. postępowania choroby i bliskości śmierci (z ang. *dying*), od pewnego czasu (tj. ostatnie trzy dekady) bardzo się zmienił. Wynika to z kilku przyczyn, a w szczególności z wydłużenia (m. in. na skutek postępu i technicyzacji w medycynie) okresu życia, co sprawia, że w wielu przypadkach śmierć następuje na skutek chorób zwyrodnieniowych. Końcowa faza tych chorób może trwać wiele miesięcy, w czasie, których dochodzi do zaniku wielu wcześniej nabytych umiejętności.

W kulturze Europy Zachodniej konsekwencje tego mogą być bardzo dotkliwie, bowiem zaburzenia w funkcjonowaniu naszego organizmu najczęściej prowadzą do stopniowego, bądź też nagłego ograniczenia możliwości działania w społeczeństwie, a nawet zaspakajania swoich najbardziej elementarnych potrzeb, podczas gdy we współczesnej cywilizacji wartościuje się niezależność człowieka.

Ograniczenie sprawności działania powoduje, że człowiek traci część lub nawet wszystkie role rodzinne i społeczne, jakie dotychczas były jego udziałem. Sytuacja taka jest szczególnie trudna, gdy człowiek staje naprzeciw groźby śmierci. Często towarzyszy temu trudny do opanowania ból fizyczny i rozmaite dysfunkcje psychiczne.

Naprzeciw takim wyzwaniom stara się iść zdefiniowana we wstępie opieka paliatywna, która w swej istocie została powołana by podjąć próbę społecznego oraz medycznego sposobu rozwiązania problemów wynikający z opieki nad umierającymi.

1 B. Pascal, Myśli, przekł. T. Zeleniński-Boy, Warszawa 1989, s. 63.

2 Zjawisko to określa się jako socjopsychologiczny fenomen tabuizacji śmierci, czyli zahamowania porozumiewania się na tematy związane ze śmiercią i umieraniem. Por. E. Sikorska, Narodziny i rozwój współczesnej opieki hospicyjnej na świecie, w: J. Dąrkiewicz (red.) W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicyjów w Polsce, Warszawa 1989, s. 66.

3 Pojęcia: paliatywny i hospicyjny mogą być zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia stosowane zamiennie. Por. Światowa Organizacja Zdrowia. Leczenie bólu w chorobach nowotworowych opieka paliatywna, Kraków 1994, s. 14.

4 J. Radwan-Prąglowski, K. Fryszak, Społeczne dzieje pomocy człowiekowi. Od filantropii greckiej do pracy socjalnej, Warszawa 1996.

5 W. Szumowski, Historia medycyny, Kraków 1935, s. 45.

6 Słownik łacińsko-polski, Warszawa 1999, t. 4, s. 13-14.

7 Ks. A. Bartoszek, Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej, Katowice 2000, s. 76.

8 Światowa Organizacja Zdrowia. Leczenie bólu w chorobach nowotworowych opieka paliatywna, Kraków 1994, s. 14.

9 Por. J. Łuczak, Filozofia i organizacja opieki paliatywnej – hospicyjnej, w: Terminalnie chory – Hospicjum, PAN, Kraków 1996, s. 27-29.

10 Ks. A. Bartoszek, op. cit., s. 76-77; por. D. Doyle, G. Hanks, N. MacDonald, Introduction, w: Oxford Textbook of Palliative Medicine, s. 3.

11 Prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak, Kierownik Kliniki Opieki Paliatywnej przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Konsultant Krajowy w dziedzinie Opieki Paliatywnej Hospicyjnej.

12 J. Łuczak, Życie przed śmiercią. Refleksje po 5 latach pracy w służbie umierającym chorym i ich bliskim, „Nowa Medycyna”, Rok VI: 1999: z. 92, Nr 8, s. 3.

13 Określenia Cicely Saunders, prekursorki współczesnego ruchu hospicyjnego.

14 M. Hałubicki, Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce, w: Człowiek

nieuleczalnie chory, (red.) B. Block i W. Otrębowski, WNS KUL, Lublin 1997, s. 30.

15 Stanowisko KROPIH przy MZIOS w sprawie eutanazji, Lublin 1966.

16 M. Holubicki, op. cit., s. 11.

17 Por. J. Kujawska-Tenner, Opieka paliatywna, „Nowotwory” 42 (1992) z. 4, s. 294.

18 Ks. A. Bartoszek, op. cit., s. 77.

19 J. Łuczak, Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym, w: Człowiek nieuleczalnie chory, (red.) B. Block i W. Otrębowski, WNS KUL, Lublin 1997, s. 83.

20 Patrz: M. Sokołowska, Socjologia medycyny, PZWL 1986, s. 122.

Grypa

Grypa jest chorobą zakaźną ludzi i zwierząt, o wysokim poziomie zaraźliwości, wysokim współczynnikiem zapadalności i stosunkowo niskim wskaźniku śmiertelności, zlokalizowaną głównie w obrębie układu oddechowego, występującą cyklicznie w postaci epidemii i pandemii. [1, 2]

Wobec współczesnych problemów ważne jest zróżnicowanie grypy na sezonową („zwykłą”, „łagodną”) i pandemiczną (potencjalnie bardziej zakaźną i „ostrą”).

DR N MED.
ANNA JABŁONSKA-CHMIELEWSKA
ZAKŁAD METOD INFORMATYCZNYCH
I EPIDEMIOLOGICZNYCH
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
UM W LUBLINIE

Rys historyczny

Pierwsze udowodnione pisemne wzmianki o chorobie będącej prawdopodobnie grypą pochodzą z ok. 1510 r., kiedy to zawleczona została ona z Malty na kontynent europejski, a przez ówczesnych lekarzy uważana była za nową chorobę. Później epidemie grypy wśród populacji ludzkiej i zwierzęcej powtarzały się wielokrotnie. Nazwy „grypa” i „influenza” pojawiły się nieomal jednocześnie na początku XVIII wieku. „Influenza” czerpie swoje źródło z domniemyanych uwarun-

kowań astrologicznych choroby, zaś „grypa” bądź to od słów „gripper, agripper” – co oznacza: złapać, porwać, bądź od słów „chrypa, chrypka” funkcjonujących zarówno w języku polskim, jak i czeskim [3].

W XX i XXI wieku miały miejsce liczne epidemie, a także pandemie grypy, a były to kolejno:

1918 r. grypa „hiszpanka” – była najostrzejszą pandemią w znanych nam dziejach tej choroby, wywoływaną przez wirus A (H1N1). W czasie trwania tej pandemii zakażeniu uległo 50% populacji ludzkiej, a śmiertelność wynosiła 30% co stanowiło, według różnych źródeł, od 20 do 100 mln ofiar. Dla porównania, w czasie I wojny światowej zginęło 8 mln ludzi. Szczególnie zagrożone chorobą były osoby młode w wieku 20-40 lat. Od tego czasu, do 1957 roku, epidemie grypy wywoływane przez wirusy podobnego typu, po-

wtarzały się co 2-3 lata, jednak cechowały się niższą śmiertelnością [1,3,6].

1957 r. grypa azjatycka – w Chinach wyizolowano wirusa nowego podtypu A (H2N2), w ciągu sześciu miesięcy pandemia objęła cały świat i spowodowała zachorowania u około 30% populacji. W jej wyniku zmarło około 1 mln osób [1,6].

1968 r. grypa Hong – Kong – wywoływana przez wirusa A (H3N2); spowodowała ona około 700 000 zgonów. W Polsce w 1971 roku pandemia ta była przyczyną 5 940 zgonów [1, 6].

1977 r. grypa rosyjska – ponownie „powrócił” i wywołał ją wirus A (H1N1).

1997-2007r. (i nadal) – grypa ptasia – wywoływana przez wirusa A (H5N1), niekiedy A (H7N7). Pierwszy przypadek przeniesienia wirusa z drobiu na człowieka zaobserwowano w Wietnamie. Ogółem w wymienionych latach laboratoryjnie potwierdzono 419 takich przypadków z czego 199 osób zmarło (47,5%). Zakażenia te miały miejsce poza Wietnamem także w Hongkongu, Chinach, Tajlandii, Indonezji, Kambodży, Turcji, Iraku, Egipcie, Azerbejdżanie, Dżibuti, Nigerii, Laosie, Laosie oraz Holandii (A/H7N7) [2,6]. Należy zaznaczyć, że różne źródła naukowe podają zróżnicowane dane statystyczne.

2009 r. grypa „świńska” – wywoływana „nowym” (genetycznie) wirusem A (H1N1) v – uważana za I pandemię XXI wieku. Pierwsze jej przypadki rozpoznano wiosną 2009 r. w Meksyku i USA, obecnie choroba rozpowszechniona jest na całym świecie, a od maja 2009 r. występuje w Polsce.



Co kilka lat powtarzają się także epidemie wywołane wirusami grypy B [1].

Etiologia

Grypa wywołwana jest przez wirusy RNA z rodziny Orthomyxoviridae. Należą do niej wirusy grypy typu A, B i C. Najczęściej spotykane są wirusy grypy typu A, wywołują one sezonowe zachorowania i zwykle są przyczyną obserwowanych epidemii. Wirusy przeżywiają poza organizmem ludzkim średnio od 2 do 3 godzin [2, 8, 12].

Istotne w patologicznym oddziaływaniu wirusów są ich białka powierzchniowe hemaglutynina i neuraminidaza, które umożliwiają wirusowi wnikanie do komórki gospodarza. Układ tych białek decyduje o zjadliwości wirusa. Ponieważ świnie ulegają zakażeniu zarówno przez odmianę wirusa ptasiej, ludzkiej i świńskiej grypy, potencjalnie mogą być jednocześnie zainfekowane różnorodnymi szczepami. Jest prawdopodobne, że geny tych wirusów mieszają się, co prowadzi do powstania nowych wirusów (chimer). Ludzie zakażeni tym nowym subtypem wirusa nie posiadają immunologicznej odporności, co powodować może masowe zachorowa-

nia, łatwość transmisji na człowieka, ciężki przebieg, zgony [4]. Przyczyną specyfiki epidemiologicznej grypy są zjawiska nazwane skokiem i przesunięciem antygenowym. Przesunięcie antygenowe wynika ze skutków punktowych mutacji w zakresie hemaglutyniny i neuraminidazy, skok antygenowy wynika zaś z reasortacji 8 segmentów kwasu nukleinowego [9].

Epidemiologia

1. Czynniki etiologiczne: wirusy RNA z rodziny Orthomyxoviridae;
2. Rezerwuar zarazki: człowiek, ptaki, świnie;
3. Źródło zakażenia: chory człowiek lub zdrowy nosiciel;
4. Drogi przenoszenia: powietrzno-kropelkowa, kontakt bezpośredni, przez przedmioty codziennego użytku;
5. Okres wylęgania: 1-10 dni, średnio 2-4 dni;
6. Wrota zakażenia: błona śluzowa układu oddechowego;
7. Wydalanie i okres zaraźliwości wirusa: trwa od chwili rozpoczęcia procesu namnażania przez cały okres przebiegu choroby;
8. Populacje wysokiego ryzyka: małe dzieci, kobiety w ciąży, osoby w wieku 20-40 lat, osoby starsze 65+, chorzy

na przewlekłe choroby układu oddechowego, na przewlekłą niewydolność układu sercowo-naczyniowego, nerek, wątroby, na choroby nowotworowe, z autoimmunoagresji, metaboliczne, osoby po przeszczepach, palące tytoń, nieprawidłowo odżywione (niedożywienie, otyłość).

Sytuacja epidemiologiczna na świecie i w Polsce

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia co roku na świecie choruje na grypę od 330 mln do 1 575 mln ludzi, z czego umiera od 500 000 do 1 mln. Około 25-55% zachorowań na grypę i choroby grypopodobne występuje wśród dzieci. Epidemie grypy mają miejsce co sezon, jednak dostępne dane epidemiologiczne zależne są od sprawności funkcjonowania nadzoru epidemiologicznego, który obejmuje zgłaszalność przypadków oraz podejrzeń zachorowań na grypę. WHO w 1999r. zobowiązała wszystkie kraje świata do sporządzenia Krajowych Planów Pandemicznych. Plany takie są opracowane również w Polsce przez Krajowy Komitet Pandemiczny. Są one na bieżąco aktualizowane i uzupełniane zgodnie z zaleceniami WHO, Europejskiego Centrum ds. Kontroli i Prewencji Chorób (ECDC) oraz Komisji Europejskiej [6]. Odnośnie pandemii grypy A (H1N1) w Polsce, od wykrycia pierwszego przypadku zachorowania w dniu 6 maja 2009 r. do 31 grudnia 2009 r., spośród potwierdzonych przypadków zmarło 135 osób, zaś faktyczna łączna liczba zachorowań, ze względu na uwarunkowania obiektywne, jest trudna do oszacowania.

Definicja przypadku grypy A (H1N1)

Uwaga: traktując poniżej wymienioną definicję jako swoisty dokument, zacytowano ją dosłownie, niezależnie od wątpliwości, co do zgodności z gramatyką języka polskiego.

Grypa wywołana nowym wirusem A (H1N1)

Definicja przypadku na potrzeby nadzoru epidemiologicznego (wg Państwowego Zakładu Higieny, na dzień 23 listopada 2009 r.):

Kryteria kliniczne:

Każda osoba, u której występuje co najmniej jedna z następujących postaci klinicznych:

- ▶ zachorowanie grypopodobne;
- ▶ nagle wystąpienie objawów

ORAZ

co najmniej jeden z następujących czterech objawów ogólnych:

- ▶ gorączka lub stan podgorączkowy,
- ▶ złe samopoczucie,
- ▶ bóle głowy,
- ▶ bóle mięśniowe,

ORAZ

co najmniej jeden z następujących trzech objawów oddechowych:

- ▶ kaszel,
- ▶ ból gardła,
- ▶ duszność.

Ostre zakażenie dróg oddechowych
Nagle wystąpienie objawów

ORAZ

co najmniej jeden z następujących czterech objawów oddechowych:

- ▶ kaszel,
- ▶ ból gardła,
- ▶ duszność,
- ▶ nieżyt śluzowy nosa,

ORAZ

w opinii klinicysty, choroba ma charakter infekcyjny.

Kryteria laboratoryjne:

Co najmniej jedno z następujących trzech kryteriów:

- ▶ izolacja nowego wirusa grypy A (H1N1) z materiału klinicznego (wymagane laboratorium BSL3),
- ▶ wykrycie kwasu nukleinowego nowego wirusa grypy A (H1N1) w materiale klinicznym,
- ▶ znamienne (czterokrotny) wzrost miana swoistych przeciwciał neutralizujących przeciw nowemu wirusowi grypy A (H1N1)

(surowica pobrana w trakcie ostrej fazy choroby oraz minimum 10-14 dni później, w fazie zdrowienia).

Kryteria epidemiologiczne:

Co najmniej jedno z dwóch poniższych kryteriów w okresie 7 dni przed wystąpieniem choroby:

▶ bliski kontakt z osobą chorą – przypadkiem potwierdzonym choroby wywołanej przez nowy wirus grypy A (H1N1) – w trakcie trwania choroby,

▶ praca w laboratorium, w którym badane są próbki zawierające nowy wirus grypy A (H1N1).

Klasyfikacja przypadku:

A. Przypadek możliwy:

Nie dotyczy

B. Przypadek prawdopodobny:

Każda osoba spełniająca kryteria kliniczne (zachorowanie grypopodobne lub ostre zakażenie dróg oddechowych) i epidemiologiczne.

C. Przypadek potwierdzony:

Każda osoba spełniająca kryteria laboratoryjne 12 listopada 2009 r. [5].

Fazy pandemii grypy wg WHO

Pandemii grypy A (H1N1) ogłosiła 11 czerwca 2009r. Margaret Chan, Dyrektor Światowej Organizacji Zdrowia. Decyzja ta została podjęta z uwzględnieniem definicji poszczególnych faz pandemii grypy:

Faza 1: Brak zgłoszeń dotyczących informacji na temat zakażeń u ludzi wirusami krążącymi w populacji zwierząt;

Faza 2: Wirusy krążące zarówno u zwierząt domowych, jak i dzikich, są przyczyną zakażeń ludzi i dlatego są uznawane za wirusy o potencjale pandemicznym;

Faza 3: Reasortant zwierzęcych lub zwierzęcych i ludzkich wirusów grypy powoduje pojedyncze przypadki lub małe ogniska choroby u ludzi, ale nie stwierdza się utrzymującej się transmisji wirusa z człowieka na człowieka;

Faza 4: Potwierdzona transmisja wirusa (reasortanta j. w.) z człowieka na człowieka, mogąca powodować utrzymujące się epidemie choroby;

Faza 5: Ten sam wirus, co i w fazie 4, powoduje utrzymujące się epidemie w dwóch lub więcej krajach, w jednym regionie WHO;

Faza 6: Uwzględniając kryteria fazy 5, ten sam wirus powoduje utrzymujące się epidemie w przynajmniej jednym kraju, leżącym w innym regionie WHO, niż region uwzględniony w fazie 5.

Okres po szczycie pandemii – poziom zachorowań w większości krajów z właściwym systemem nadzoru obniża się poniżej poziomu szczytowego;

Możliwa kolejna fala pandemii – poziom zachorowań w większości krajów z właściwym systemem nadzoru wzrasta ponownie;

Okres post pandemiczny – poziom aktywności grypy powraca do poziomu charakterystycznego dla grypy sezonowej w większości krajów z odpowiednim nadzorem.

WHO ocenia pandemię jako umiarkowaną. Obecnie ogłoszona jest 6 faza pandemii [7].

Wybrane teoretyczne wskaźniki planistyczne dla przykładowych, przyjętych założeń prognostycznych, dla województwa lubelskiego [7].

▶ Liczba ludności w woj. lubelskim w 2008 r. wg GUS: 2 161 800 osób.

▶ Wskaźnik zachorowań: 30% – 648 540 osób (30% z liczby ludności) – przypadki kliniczne.

▶ Wskaźnik zachorowań dla szczytu pandemii: 6,5% tygodniowo – 140 517 osób.

▶ Wskaźnik powikłań: 15% przypadków klinicznych – 97 281 osób.

▶ Wskaźnik hospitalizacji: 2 % przypadków klinicznych – 12 970 osób.

▶ Śmiertelność: 0,1-0,2% (nawet do 0,35%) przypadków klinicznych – dla 0,2% – ok. 1297 osób.

▶ Liczba osób w wieku produkcyjnym: 1 356 474 osób (w 2007 r.).

▶ Absencja w szczycie pandemii: 12% pracowników – 162 776 osób.

Należy pamiętać, że zgodnie z artykułem 44 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi, wojewoda ma obowiązek sporządzenia wojewódzkiego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii, na okres trzech lat i podania go do publicznej wiadomości.

Kliniczne objawy grypy A (H1N1)

Dr n med. Grażyna Cholewińska z Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, który to szpital posiada bogate doświadczenia własne w zakresie leczenia grypy A (H1N1), w swojej prezentacji pt. „Aktualne zalecenia postępowania w przypadku grypy A (H1N1) przedstawionej na konferencji pt. „Grypa – aktualna sytuacja

w Polsce i na świecie” 14 grudnia 2009 r. w Warszawie, wymieniła, w ramach obserwacji własnych możliwe objawy rzeczonej grypy:

Większość przypadków ma charakter łagodny. Przebiegi cięższe występują z następującymi objawami:

1. Objawy ostrej infekcji: gorączka (powyżej 39°C), suchy kaszel, osłabienie, bóle mięśni i stawów, ból gardła, ból głowy, objawy brzuszne. Objawy ostre pojawiają się nagle, bez sygnałów prodromalnych, po 1-4 dniach inkubacji. Utrzymują się zwykle 4-6 dni, wirusowe zapalenie płuc trwa dłużej. Przy gorączce powyżej 39°C występuje osłabienie, zaburzenia świadomości, utrata przytomności, nudności, wymioty, zaburzenia widzenia, sztywność karku;

2. Śródmiąższowe zapalenie płuc;

3. Ciężki zespół oddechowy ARDS (ang. Acute Respiratory Distress Syndrome) – może rozwinąć się u pacjentów z grup ryzyka, jak i rozwija się też u osób dotychczas zdrowych. Jego objawy to szybka progresja niewydolności oddechowej, w tym duszność, bezdech, sinica. Dodatkowym powikłaniem mogą być wtórne zakażenia bakteryjne, posocznica. Wśród osób, u których występuje, stwierdza się duży odsetek zgonów. Prawdopodobnie był główną przyczyną zgonów w przypadku „hiszpanki” i „Hong-Kong”.

4. Ostre zapalenie oskrzeli – częściej występuje u osób z astmą i POCHP;

5. Objawy neuroinfekcji w grypie A/H1N1 – gorączka, ból głowy, sztywność karku, utrata przytomności, zaburzenia świadomości, zaburzenia orientacji, majaczenia;

6. Zespół mięśniowy – występuje w okresie gorączkowym grypy, związany jest z krążeniem i odkładaniem się antygenów wirusa w tkankach, może imitować ostre zapalenie mięśni;

7. Wybrane powikłania świńskiej grypy:

▶ zaostrzenie istniejących chorób przewlekłych;

▶ upośledzenie wymiany powietrza: zapalenie zatok, nosa, gardła;

▶ powikłania płucne: nadkażenia, zapalenia oskrzeli, płuc, zaostrzenie POCHP, zaostrzenie innych chorób układu oddechowego;

▶ wpływ na niewydolność innych narządów;

▶ zapalenie mięśnia serca;
▶ zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych;

▶ zapalenie mózgu;

▶ zaostrzenie choroby Parkinsona;

▶ wylewy podpajęczynówkowe;

▶ wstrząs septyczny;

▶ odrzut przeszczepu;

▶ zapalenie ucha środkowego;

▶ głuchota;

▶ nasilenie częstości napadów padaczkowych;

▶ ostre psychozy;

▶ schizofrenia (zaostrzenie).

Diagnozowanie grypy A/H1N1^[4]

▶ Wywiad chorobowy;

▶ Wywiad epidemiologiczny: ustalenie kontaktów pacjenta z chorymi na grype, wyjazdów do rejonów zwiększonej zachorowalności, objawów grypopodobnych u domowników;

▶ Badanie przedmiotowe;

▶ Badania laboratoryjne, w tym morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie białka CRP, D-dimery, saturacja;

▶ RTG płuc (lub CT płuc);

▶ Testy swoiste na obecność wirusa A/H1N1.

Diagnostyka polega na wyizolowaniu wirusa na liniach komórkowych i/lub na wykryciu i oznaczeniu miana przeciwciał skierowanych przeciw antygenom wirusa, głównie hemaglutyninie. Za zakażenie przyjęto uważać minimum 4-krotny wzrost miana swoistych przeciwciał, serokonwersję, lub wykrycie wirusa za pomocą szybkiej diagnostyki w komórkach wymazu z użyciem metody immunofluorescencji lub testu Elisa. Rozstrzygające jest wykrycie (w ośrodkach referencyjnych) RNA właściwego dla grypy [9].

Leczenie grypy A/H1N1

Wirus A (H1N1)_v jest wrażliwy na antywirusowy inhibitor neuraminidazy oseltamivir i zanamivir, a jest oporny na amantadynę i rimantadynę. Zanamivir jest jedynym lekiem p/wirusowym aktywnym wobec wszystkich wirusów grypy. Leczenie objawowe grypy polega na pozostaniu w łóżku, przestrzeganiu higieny kaszlu, odpowiedniej podaży płynów, przyjmowaniu leków p/kaszlowych, leków p/gorączkowych, przeciwzapalnych, przeciwbólo-

wych, mukolitycznych, mukokinetycznych, wykrztuśnych, preparatów witaminowych (vit C i E). W ciężkich stanach konieczna jest hospitalizacja [4,6].

Szczepienia przeciwko grypie

Wskazania epidemiologiczne do szczepień dotyczą [6]:

▶ wszystkich grup pracowniczych służby zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, ratowników i innych);

▶ pracowników domów spokojnej starości oraz zakładów opieki medycznej, kontaktujących się z pensjonariuszami lub chorymi;

▶ członków rodzin osób należących do grup wysokiego ryzyka;

▶ pracowników służb publicznych (np. policja, wojsko, nauczyciele, przedszkolanki, kolejarze, kasjerzy, dziennikarze, ekspedienci, rzemieślnicy).

Wskazania kliniczne do szczepień dotyczą [6]:

▶ osób po przeszczepie organu;

▶ zdrowych dzieci w wieku 6-59 miesięcy życia (m. ż.)

▶ pacjentów z grup podwyższonego ryzyka > 6 m. ż.

▶ osób w wieku > 50 lat;

▶ chorych na przewlekłe choroby układu krążenia i oddechowego;

▶ chorych na choroby metaboliczne, niewydolność nerek, hemoglobinopatie, niedobory odpornościowe;

▶ chorych na choroby przebiegające z upośledzeniem funkcji układu oddechowego lub usuwania wydzieliny z dróg oddechowych;

▶ dzieci i młodzieży od 6 m. ż. do 18 r. ż. leczonych przewlekłe kwasem acetylosalicylowym, zagrożonych zespołem Reye'a;

▶ kobiet w ciąży;

▶ pensjonariuszy domów spokojnej starości;

▶ przewlekłe chorych bez względu na wiek.

Szczepionki przeciwko grypie sezonowej i pandemicznej są zróżnicowane. Szczepienia przeciwko grypie sezonowej najlepiej rozpocząć we wrześniu, nie uodparniają one przeciwko grypie A (H1N1), ale nie są przeciwskazaniem do jednoczasowego nawet szczepienia przeciwko niej.

Niepożądane odczyny poszczepienne, jakie zanotowano po szczepieniach przeciwko grypie sezonowej to [6]:

▶ reakcje miejscowe (50–70% szczepionych) (zaczerwienienie, bolesność, obrzęk, świąd);

▶ odczyny ogólne (11–35% szczepionych) (gorączka, bóle mięśniowe, stawowe, bóle głowy);

▶ objawy alergiczne (rzadko) (dreszcze, obrzęk Quinkego, astma, wstrząs anafilaktyczny).

Aspekty ekonomiczne zakażeń wirusami grypy (6)

W USA koszty epidemii grypy w sezonie szacowane są na kwotę od 71 mld do 167 mld dolarów. W Polsce tego typu badania nie były przeprowadzane. Przy analizie tego typu należałoby wziąć pod uwagę następujące elementy: koszty wizyt lekarskich, koszty leczenia, koszty powikłań pogrypowych, koszty badań specjalistycznych, koszty hospitalizacji, koszty różnego typu zwolnień lekarskich (chorobowych, opiekuńczych), spadek wydajności w pracy, zmniejszenie produkcji, straty w dochodach, inwalidztwo stałe, koszty w związku z zaostrzeniem objawów choroby podstawowej (np. odrzut przeszczepu). Przykładowo, w 2007 r. koszty przeszczepów w Polsce wynosiły: płuc – 300 000 zł; serca – 200 000–250 000 zł; nerek – 35 000–45 000 zł; wątro-

by – 160 000–180 000 zł; trzustki – 120 000–150 000 zł; do wspomnianych kosztów należy doliczyć też koszty leczenia immunosupresyjnego.

Nadzór nad sytuacją epidemiologiczną grypy

1) Ustawowy nadzór nad sytuacją epidemiologiczną grypy sezonowej.

W ramach tego typu nadzoru lekarze rejestrują codziennie, tygodniowo i dwutygodniowo ogólną liczbę zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę w grupach wiekowych 0–4, 5–14, 15–64 i 65 lat, a także liczbę i przyczyny skierowania chorych do szpitala. Następnie przesyłają te dane w zbiorczych meldunkach, na drukach Mz 55, do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. W okresie od stycznia do kwietnia i od października do grudnia są to meldunki tygodniowe, od maja do września dwutygodniowe, a w okresie wzrostu liczby zachorowań codzienne. Zgłoszenia zgonów z powodu grypy wysyłane są bezpośrednio do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych (WSSE). WSSE sporządzają sprawozdania o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na grypę odpowiednio dzienne, tygodniowe, dwutygodniowe, kwartalne, roczne i przesyłają je do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH. Na podstawie zagregowanych danych Zakład

przygotowuje okresowe Meldunki Epidemiologiczne i publikuje je na stronie www.pzh.gov.pl.

Nadzór Sentinel

Ten typ nadzoru sytuacji epidemiologicznej grypy został wprowadzony w Polsce w sezonie epidemiologicznym 2004/2005. Celem nadzoru Sentinel jest integracja nadzoru epidemiologicznego z nadzorem wirusologicznym, przy założeniu, że obie formy nadzoru muszą być prowadzone w tej samej populacji, a badania laboratoryjne służą weryfikacji danych epidemiologicznych. Celem nadzoru jest pozyskiwanie danych na temat aktywności wirusów na danym terenie, w danej populacji. Na podstawie tych informacji możliwa jest następnie ocena sytuacji w całym kraju.

W nadzorze Sentinel biorą udział:

▶ wybrani lekarze pierwszego kontaktu, którzy zbierają wywiad epidemiologiczny oraz pobierają próbki materiału zgodnie z obowiązującymi zasadami. W systemie Sentinel powinno brać udział 1–5% lekarzy całego kraju;

▶ WSSE – zbiera dane od lekarzy oraz wykonuje badania przesłanych próbek z terenu danego województwa, sporządza okresowe (tygodniowe) raporty na podstawie otrzymanych danych;

▶ Krajowy Ośrodek ds. Grypy – przyjmuje raporty i materiały WSSE, dokonuje wstępnej charakterystyki antygenowych izolatów, koordynuje działania systemu Sentinel [6, 10].

▶ WHO, Krajowe Ośrodki ds. Grypy w innych krajach – wymiana informacji [6].

System Sentinel wymagany jest przez Europejską Sieć Nadzoru nad Grypą. System powinien działać co najmniej w czasie sezonu epidemicznego, od początku września do końca kwietnia, niezależnie od poziomu wzrostu zachorowań. Sprawny system nadzoru jest niezbędny dla systemu wczesnego ostrzegania w sytuacji epidemii i pandemii wirusa grypy. [6]

Profilaktyka antygrypową:

1. Unieszkodliwianie źródła zakażenia: izolacja domowa, a razie konieczności szpitalna, osób chorych;



PIŚMIENNICTWO

1. Cianciara Janusz, Juszczyk Jacek, Choroby zakaźne i pasożytnicze, rozdział 36, str. 548-559, rozdział 37, str. 582-588, Wyd. Czelej sp. z o. o., Lublin 2007;
2. Samorek-Salamonowicz Elżbieta, Nowy wariant wirusa A/H1N1 – aspekty wirusologiczne, materiały konferencyjne, „Grypa – aktualna sytuacja w Polsce i na świecie, profilaktyka, diagnostyka, terapia”, W-wa 14 grudnia 2009 r.;
3. Pod red. Wszelakiego Stanisława, Ostre choroby zakaźne, tom II, str. 192-251, PZWL, Warszawa 1953;
4. Cholewińska Grażyna, Aktualne zalecenia postępowania w przypadku grypy A/H1N1, materiały konferencyjne, „Grypa – aktualna sytuacja w Polsce i na świecie, profilaktyka diagnostyka, terapia, Warszawa, 14 grudnia 2009;
5. www.pzh.gov.pl
6. Brydak Lidia i wsp., Polskie standardy profilaktyki i leczenia grypy, Krajowy Ośrodek ds. grypy PZH, www.pzh.gov.pl;
7. Świątecka Anna, Pandemia grypy typu A/H1N1 – zagrożenie dla szpitali, kwartalnik Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa 4 (37) 2009;
8. Pod red. Magdzika Wiesława i Naruszewicz-Lesiuk Danuty i wsp., Zakażenia i zarażenia człowieka, epidemiologia, zapobieganie i zwalczanie, str. 173-178, PZWL, Warszawa 2001 r.;
9. Magdzik Wiesław, Naruszewicz-Lesiuk Danuta, Choroby zakaźne i pasożytnicze – epidemiologia i profilaktyka, str. 137-140, Alfa Medica Press 2007;
10. Płońska Elżbieta, Założenia systemu nadzoru nad grypą Sentinel oraz jednostki biorące udział w nadzorze, kwartalnik Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa 4 (37) 2009
11. Grudzińska Magdalena, Aktualne informacje na temat nowego wirusa grypy typu A/H1N1, kwartalnik Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa 3 (36) 2009
12. www.pspe.pl

2. Przecięcie dróg szerzenia: wzmożona higiena przy kaszlu, kichaniu, mówieniu, wietrzenie pomieszczeń;

3. Zwiększenie odporności: czynne uodpornienie (szczepienia zweryfikowaną na dany sezon szczepionką) – odporność powstaje po ok. tygodniu i utrzymuje się ok. 4-6 miesięcy a nawet do roku;

4. Postępowanie podczas epidemii: szybka diagnostyka wirusologiczna, ograniczenie kontaktów, zjazdów, odwiedzin, w tym w szpitalu, zawieszenie zajęć szkolnych i studenckich, przygotowanie służby zdrowia i aptek do działania w warunkach masowego zagrożenia, rygorystyczna ochrona miejsc hospitalizacji, zwłaszcza osób ciężko i przewlekle chorych, wzmożona informacja i promocja właściwych zachowań; wzmożony nadzór nad sytuacją epidemiologiczną zakażeń szpitalnych [8].

5. Ochrona pracowników służby zdrowia. Personel medyczny w bliskim kontakcie z chorym powinien podejmować, między innymi, następujące działania:

- ▶ mycie rąk wodą z mydłem lub preparatem na bazie alkoholu przed założeniem i po zdjęciu środków ochrony osobistej;
- ▶ noszenie odpowiedniej ochronnej maski przy czynnościach przy pacjencie;
- ▶ stosowanie jednorazowych niejałowych rękawic ochronnych, przy każdym kontakcie z pacjentem;
- ▶ ochronnej noszenie fartuchów tekstylnych lub plastikowych;
- ▶ ochrona oczu (okulary) [11].

Grypa A (H1N1) w szpitalu

Wpływ grypy A (H1N1) na funkcjonowanie szpitali może mieć bardzo zróżnicowany charakter. Poczynając od analizy prostych następstw przyczynowo – skutkowych, epidemia grypy może wystąpić jako epidemia szpitalna z wszelkimi znanymi konsekwencjami tego faktu. Może też wpłynąć na zmniejszenie liczby personelu medycznego (poprzez zakażenie lub konieczność podjęcia opieki nad członkiem rodziny) w szpitalu. Liczba personelu (teoretycznie) może ulec zmniejszeniu pod wpływem źle prowadzonej kampanii informacyjnej i w następstwie – spowodowaniu obaw o własne zdrowie i życie. Według WHO, Komisji Europejskiej i Europejskiego Centrum ds. Kontroli i Prewencji Chorób, ochrona personelu medycznego powinna być priorytetem na poziomie krajowym. Przede wszystkim pracownicy służby zdrowia w pierwszej kolejności powinni być zaszczepieni przeciwko grypie [7].

Podczas pandemii grypy w szpitalu mogą także występować takie problemy, jak:

- ▶ ograniczona dostępność środków ochrony osobistej;
- ▶ ograniczona dostępność środków farmakologicznych;
- ▶ obciążenia jednostek służby zdrowia z powodu niepokoju społecznych związanych z sytuacją epidemiologiczną;
- ▶ chęć uzyskania informacji przez osoby zdrowe;
- ▶ konieczność intensyfikacji współpracy z mediami, zwłaszcza w przypadku wystąpienia nieprzewidzianego wydarzenia;

Właściwa współpraca z mediami lokalnymi sprzyja stabilizacji pracy placówek medycznych w okresie kryzysowym. Ponadto, personel medyczny powinien być przeszkolony w zakresie zasad działania w przypadku wystąpienia jakichkolwiek deficytów w placówce. W 2007 roku WHO opublikowała dokument „A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza” (red. Enrico Ravioli). Poradnik ten dostępny jest także w edycji polskiej na stronach Ministerstwa Zdrowia oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego. W tym dokumencie, z uwzględnieniem wcześniejszych doświadczeń, podkreślono konieczność przygotowania przez poszczególne szpitale planów kryzysowych ze wskazaniem obszarów w których przygotowania należy zintensyfikować, by zapewnić funkcjonowanie placówki w czasie pandemii. Dokument uwzględnia także konieczność opracowania algorytmów postępowania, służących optymalizacji wykorzystania posiadanych zasobów [7].

Ważny przepis prawny

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 234. 1570).

Ważne adresy

- ▶ www.mz.gov.pl – Ministerstwo Zdrowia;
- ▶ www.gis.gov.pl – Główny Inspektorat Sanitarny;
- ▶ www.pzh.gov.pl – NIZP- Państwowy Zakład Higieny;
- ▶ www.shl.org.pl – Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa;
- ▶ www.pspe.pl – Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych;
- ▶ www.who.int – Światowa Organizacja Zdrowia (ta strona zawiera poza informacjami merytorycznymi także wiele adresów ważnych instytucji światowych kompetentnych w przedmiotowej tematyce).

Styl życia jako nadawanie kształtu ludzkiej egzystencji (cz. XVI)

Szkolenie podyplomowe

DR N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA
ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO
UM W LUBLINIE

Pojęcie stylu życia

Styl (łac. *stilus*) to inaczej sposób postępowania, zachowania się [10].

W psychologii współczesnej coraz rzadziej mówi się o rozwoju wyłącznie w kategoriach „cech psychicznych” lub „zmian osobowości”. Tym, co podlega rozwojowi, jest przede wszystkim nasze zachowanie, aktywność. L. Bronfenbrenner (1979) uważa, że aktywność jest zarówno źródłem rozwoju jak i jego rezultatem [2].

Życie człowieka składa się z nielicznych czynności, grupujących się w działania, takie jak: nauka, praca, zabawa. Najłatwiej jest badać i doskonalić pojedyncze czynności, abstrahując od wszystkich pozostałych. W ten sposób zyskujemy precyzję, lecz – niestety – tracimy perspektywę i wgląd w sprawy niezwykle istotne. Dlatego jest czasem potrzebne spojrzenie na całość rozlicznych działań z dużego dystansu po to, by dostrzec linie przewodnie naszego życia, uchwycić jego ważne cechy charakterystyczne i ogólny kierunek. Dokonanie takiego całościowego



spojrzenia ułatwia wprowadzenie pojęcia struktury życia. Przez strukturę życia wg D. J. Levinsona rozumie się zmieniający się co jakiś czas układ ról społecznych, zadań, powiązań z ludźmi oraz instytucjami. Tym, co się rozwija, jest zdaniem Levinsona (1979)

właśnie nie izolowana, abstrakcyjna jednostka ludzka, lecz struktura życia, obejmująca osobę ludzką razem z jej uwikłaniami w określone zadania i sytuacje zewnętrzne [7, 24, 38, 39].

Pojęciem bardziej ogólnym od struktury życia, pozwalającym między in-

nymi uchwycić pewną stałą charakterystykę zachowania osoby mimo zmian struktury jej życia, jest styl życia. Pojęcie to nie zostało dotąd zadowalająco zdefiniowane i ciąży na nim brak precyzji lecz zignorowanie go byłoby błędem, narażającym młodego człowieka na konstruowanie swego „ja idealnego” w oderwaniu od autentycznego działania. To właśnie działanie rzeźbi naszą osobowość. Dlatego świadomy wybór odpowiedniego stylu działania oraz życia byłby najważniejszym zdarzeniem w dziedzinie samowychowania [9, 29, 35].

Pojęcie „styl życia” ma swój pierwowzór w niektórych pojęciach języka potocznego, zawierających lapidarną charakterystykę ogólną postępowania i dążeń różnych ludzi. Są to takie pojęcia, jak: „domator”, „społecz-

nik”, „asceta”, „człowiek czynu”, „światowiec”. Ujmują one skrótowo różne przejawy tego, co rozumiemy przez styl życia [10].

Styl życia można zdefiniować jako najogólniejszą charakterystykę aktywności danej grupy społecznej lub jednostki, wyróżniającą specyficzne dla niej działania i wartości. Specyficzne to znaczy odróżniające działania określonej grupy (lub osoby) od działania innych grup (lub jednostek), z którymi je porównujemy. Ponieważ podstawą porównań mogą być rozmaite i czasem arbitralnie wybierane cechy, możliwe są różne typologie i opisy stylów życia. W życiu codziennym np. często spotykamy się z wyróżnieniem stylów życia głównie na podstawie takich ocen jak: sposób spędzania czasu wolnego i wakacji, strój i stosunek do mo-

dy, uczestnictwo w życiu społecznym i kulturalnym oraz np. zdrowy styl życia psychicznego [27].

W ujęciu historycznym socjologowie zwracają uwagę na to, że styl życia jest wyznaczany głównie przez położenie społeczne osoby i odzwierciedla to położenie (np. bardzo różnił się styl życia arystokraty i chłop pańszczyźnianego).

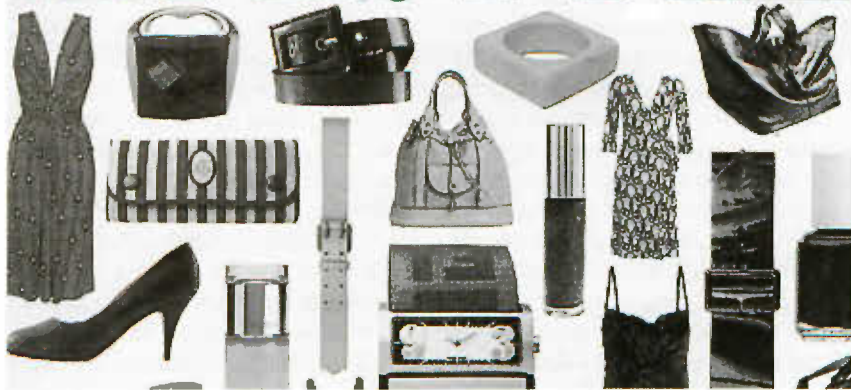
Z kolei zasługą psychologów jest zwrócenie uwagi na to, że styl życia jednostki podlega wielokrotnie mniej lub bardziej radykalnym zmianom. Dokonują się one w miarę przechodzenia od jednej epoki życia do innej, są powodowane przez zmiany pozycji społecznej, pracę samowychowawczą, zmiany hierarchii wartości. W związku z tym praca nad własnym stylem życia nie jest dla dzisiejszego człowieka zadaniem jednorazowym. Nie jest też zbędnym luksusem, lecz jednym z elementów pracy nad rozwojem własnej osobowości i ważnym zadaniem twórczym. Nawet gdy uznamy przemoczną rolę wzorów społecznych w konstruowaniu stylu życia, musimy przyznać, iż w ramach tych wzorów każdy człowiek współtworzy wraz z otoczeniem swą własną, niepowtarzalną w szczegółach konstrukcję. Osobowość wpływa na styl życia jednostki i z kolei sama zmienia się pod jego wpływem [34, 42].

Przegląd ważniejszych stylów życia

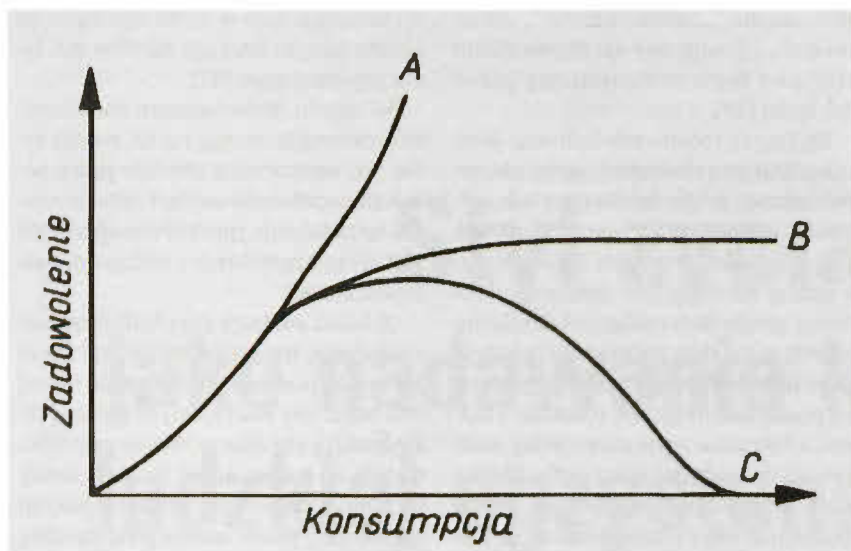
Krótkie charakterystyki niektórych stylów życia, tych bardziej znanych i dyskutowanych:

1. Styl heroiczny (prometejski) – oznacza on życie podporządkowane trwałym wartościom pozasobistym i gotowość poniesienia za nie ofiary cierpienia oraz życia. Symbolem tego stylu jest mitologiczny Prometeusz, który w imię dobra ludzkości zbuntował się przeciw bogom i naraził na ich okrutną zemstę. Jak wiemy, Prometeusz wykradł z Olimpu ogień i podarował go ludziom. Za swoje zuchwalstwo został przykuty do skały na pastwę sępa. Przedstawiciele stylu heroicznego znajdujemy między innymi wśród bojowników o wyzwolenie narodowe, wśród reformatorów i rewolucjonistów. Próba odwołania się do tego stylu i kontynuacji

LIFESTYLE



W życiu codziennym np. często spotykamy się z wyróżnieniem stylów życia głównie na podstawie takich ocen jak: sposób spędzania czasu wolnego i wakacji, strój i stosunek do mody, uczestnictwo w życiu społecznym i kulturalnym oraz np. zdrowy styl życia psychicznego



Trzy możliwe relacje między wzrostem konsumpcji a zadowoleniem (wg „The poverty of progress. Changing ways of life in industrial societies”. Oxford Pergamon Press, 1982)

jego tradycji w formie heroizmu pracy w warunkach gospodarki pokojowej na dłuższą metę nie zdała u nas egzaminu. Realizacja tego stylu wymaga zarówno szczególnych warunków historycznych, jak i niezwyklej osobowości [26].

2. Życie podporządkowane pracy (styl wytwórczy) – praca jest podstawową formą ludzkiego działania. Będąc koniecznością, dla jednych staje się uciążliwym znojem, dla innych – powołaniem i źródłem satysfakcji. Praca zarobkowa wymaga rezygnacji z aktualnych pragnień oraz podporządkowania się zadaniom przypadającym nam w zbiorowym procesie, którego owoce zbierzemy dopiero w przyszłości, w formie zapłaty. Życie podporządkowane pracy jest więc życiem zdyscyplinowanym, zadaniowym. Zadowolenie ma być dopiero wynikiem końcowym wielu działań, bo nie wszyscy są tak szczęśliwi, by praca radowała już samym swym przebiegiem [39].

Współcześnie praca jest nieraz traktowana jako działanie człowieka na rzecz społeczeństwa oraz pole do twórczego zaangażowania i osobistego rozwoju. Zaangażowanie takie jest już dzisiaj, w niektórych zawodach i miejscach pracy, realną formułą życia prawdziwie szczęśliwego. Ale na przeszkodzie upowszechnieniu takiego zaangażowania stoi wiele czynników, między innymi takie warunki organiza-

cyjne i administracyjne, które utrudniają stosowanie zasad dobrej roboty, a przejawianie inicjatywy czynią trudem jałowym, frustrującym i źle widzianym. Warunki takie wzmagają dodatkowo atrakcyjność innego – konsumpcyjnego – stylu życia. Ma on swe korzenie w znanym już od czasów starożytnych stylu hedonistycznym [28].

3. Styl hedonistyczny – wyraża się w poszukiwaniu przyjemności i radości w chwili bieżącej, w myśl zasady Horacjusza: „*Carpe diem, quam minimum credula postero*” („Używaj życia, jak najmniej ufając przyszłości”). Zwolennik tego stylu ceni uciechy zmysłowe, chociaż wcale nie musi lekceważyć przyjemności duchowych, jak chciał twórca pierwszej i skrajnej odmiany hedonizmu – Arystyp z Cyreny (ok. 435-366 p. n. e.). Wykształcony hedonista czerpie radości ze wszystkich źródeł. Ceniąc przyjemność chwili i czas teraźniejszy jako jedyną godną uwagi realność, nie jest on skłonny poświęcać się dla przyszłości. Nienawistne jest mu więc (choć w praktyce nieuniknione) godzenie się na wyrzeczenia i znój w imię przyszłego, odległego zachowania [10, 30].

Patologiczne formy stylu hedonistycznego to alkoholizm i narkomania. Oczywiście, tylko wtedy, gdy nałogi te są naprawdę formą dążenia do przyjemności za wszelką cenę, nie zaś – przejawem ucieczki przed różnymi

trudnościami oraz narzędziem redukcji lęku [4].

4. Styl konsumpcyjny – styl ten nawiązuje do tradycji hedonizmu i ma być jego nowoczesną odmianą, dostępną masowo w przemysłowych społeczeństwach dobrobytu. Jednostka realizująca ten styl jest zwykle czynna zawodowo i podporządkowuje się dyscyplinie pracy, lecz jej „prawdziwe życie” polega na cieszeniu się przyjemnościami czasu wolnego, powiększanego przez skrócony tydzień pracy. Podstawą owych radości jest posiadanie wielu przedmiotów umilających życie oraz korzystanie z bogatej sieci instytucji usługowych, których misja wyraża się w dostarczaniu ludziom przyjemności (przemysł rozrywkowy, biura podróży itd.). Prostudusznicy zwolennicy tego stylu wszelkie nawoływania do angażowania się w sprawy ponadosobiste i wielkie uważają za podstępnyą przeszkodę na drodze do prawdziwego szczęścia. Urządzenie się w życiu i używanie dóbr materialnych – oto ich filozofia. Spodziewają się oni, że radość życia rośnie wraz z obfitością środków przeznaczonych na zaspokojenie potrzeb. Tymczasem oczekiwanie takie jest mylne. Od pewnego momentu dalszy przyrost konsumpcji nie przynosi już wzrostu zadowolenia lub nawet powoduje jego spadek (wykres poniżej) [22].

Krzywa A na wykresie oznacza oczekiwanie nazbyt optymistyczne. Krzywa B wskazuje, że w miarę wzrostu konsumpcji następuje nasycenie i przyrost zadowolenia ustaje. Krzywa C obrazuje spadek zadowolenia przy dalszym wzroście konsumpcji (elementarnym przykładem jest tu spożywanie pokarmu) [22].

W latach trzydziestych XX wieku F. Znaniecki pisał o tym, że konsumpcja „ponad miarę”, wyrażająca się w pogoni za coraz to droższymi przedmiotami zbytku, ma przyczyny społeczne, gdyż jest uważana w pewnych kręgach za oznakę wyższości nad innymi ludźmi [40].

Hedonista w rozumieniu antycznym, zwłaszcza gdy miał skłonności filozoficzne, mógł się czuć szczęśliwy nie posiadając przedmiotów luksusu. Z kolei dzisiejszy współczesny przedstawiciel stylu konsumpcyjnego będzie nie-

szczęśliwy już choćby z tego powodu, że np. nie stać go na kupno samochodu, a właśnie jego koledzy samochody posiadają. Styl konsumpcyjny wywodzi się z kontynuacji lub naśladowania stylu mieszczańskiego, w którym główną wartość i cel dążeń stanowi posiadanie. Parafrazując Kartezjańską maksymę: „*Myślę, więc jestem*”, możemy powiedzieć, że mieszczanin wyznaje zasadę: „*Posiadam,*

więc jestem”. Rywalizuje on z innymi o przewagę w posiadaniu, nawet jego kontakty z kulturą mają motywy snobistyczne – cieszy go, że inni nie widzieli tego, co on [32].

Społeczeństwa, w których dzięki najwyższej wydajności pracy styl konsumpcyjny znalazł już upowszechnienie, poznają obecnie namacalnie jego ograniczenia. Potęgując chęć zarabiania w celu posiadania coraz wię-

cej, sprzyja on wzrostowi produkcji i dobrobytu. Lecz po nasyceniu apetytów wyścig konsumpcji trwa dalej, w imię nie tyle już hedonistycznej radości życia, ile na zasadzie współzawodnictwa prestiżu. Marka i cena posiadanego samochodu stają się wyznacznikiem pozycji społecznej i źródłem dumy lub udręki, wyścig ambicji wpędza jednostkę na nowo w kierat pogoni za pieniędzmi [20].

Uproszczona charakterystyka porównawcza omówionych stylów życia

NAZWA STYLU	REALIZOWANE WARTOŚCI GŁÓWNE	GŁÓWNA AKTYWNOŚĆ	SPRZYJAJĄCE CECHY OSOBOWOŚCI (GŁÓWNE)	GŁÓWNE KORZYŚCI OSOBISTE
HEROICZNY	wielkie idee ponadosobiste	walka	ofiarność, odwaga, odpowiedzialność	udział w wielkich sprawach, napięcie i radość walki
WYTWÓRCZY	efektywny udział w społecznym podziale pracy, użyteczne wytwory lub usługi	praca	kompetencja, dyscyplina, identyfikowanie się z pracą	zadowolenie z przebiegu pracy i jej wyników
HEDONISTYCZNY	przyjemność osobista	zabawa	beztroska, potrzeba zabawy	intensywne, wyrafinowane przyjemności zmysłowe i duchowe
KONSUMPCYJNY	posiadanie pieniędzy, przedmiotów, stanowisk, prestiż płynący z posiadania	praca i używanie	nastawienie na współzawodnictwo i dorabianie się, zamiłowanie do wygod i rozrywek	komfort życiowy
TWÓRCZY	innowacje, dzieła, samorealizacja	twórczość, wdrażanie innowacji	niezależność, nastawienia twórcze	radość działania, samorealizacja, wzbogacanie otoczenia i własnego życia nowymi wartościami
PERFEKCJONISTYCZNY	trwałe wartości moralne, rozwój duchowy	życie podporządkowane zasadom i wzorowemu przestrzeganiu norm	dojrzałość emocjonalna, wrażliwe sumienie, silna wola, odwaga, zdolność do poświęceń	satysfakcja moralna, poczucie niezależności, doskonalenie się wewnętrzne, szacunek otoczenia

Styl życia (ang. *lifestyle*) można zdefiniować jako związane ze zdrowiem decyzje i zachowania podlegające kontroli danej osoby. Styl życia odgrywa bardzo ważną rolę w promocji zdrowia oraz zapobieganiu i leczeniu chorób



5. Styl perfekcjonistyczny – mówiąc o tym stylu mamy na myśli perfekcjonizm moralny i doskonalenie się w podporządkowywaniu swego życia określonym normom etycznym oraz innym zasadom postępowania, uznanym przez daną osobę za ważne i obowiązujące. Oczywiście, każdego obowiązuje przestrzeganie ustalonych przez społeczeństwo norm, lecz niektórzy ludzie widzą w realizacji wartości moralnych główny sens i zadanie swego istnienia. Oddanie się tym wartościom stanowi dominantę ich działania [1].

Ludzie uprawiający ten styl zazwyczaj łączą go z działaniem na korzyść społeczeństwa. Jedną z wartości, którą dają otoczeniu jest wzór godnego postępowania, a jednocześnie realizują pewien ideał własnej osoby. Pragną pokonywać przeszkody zewnętrzne i własną słabość, tak jak robią to tylko ludzie silni duchem. Dlatego nie uznamy za reprezentanta omawianego tu stylu dokuczliwego mentora, który tylko wygłasza na każdym kroku wzniosłe pouczenia moralne. Można powiedzieć, że nie szuka on własnej doskonałości lecz okazji do manifestowania swej rzekomej przewagi lub rozdrażnienia [19].

Styl perfekcjonistyczny z reguły łączy się z elementami innych stylów. Jest on propagowany przez wielkie systemy religijne i niektóre ideologie społeczne. Jego wybitnymi przedstawicielami byli stoicy, uznający życie według zasad dyktowanych przez rozum za dowód prawdziwej mądrości, która dostrzega złudną wartość sławy, stanowisk, zbytku oraz innych przedmiotów ludzkiego pożądania [36].

6. Styl twórczy – polega na przekraczaniu przez człowieka granic rutyny w takim lub innym fragmencie aktywności życiowej, na wzbogacaniu świata i siebie przez poszukiwanie, inicjowanie, doskonalenie. W stylu tym wyraża się znamienna cecha rodzaju ludzkiego, nobilitująca go do miana *homo creator*: stanowimy jedyny gatunek, który tworzy kulturę i ujarzamia przemyślnie siły przyrody [21].

Czy ten twórczy udział w postępie ludzkości jest zasługą wszystkich ludzi, czy tylko niektórych? Według W. Tatarkiewicza jeszcze w średniowie-



czu nawet artyści nie uważano za twórcę, tylko za rzemieślnika. Pierwszy wyłom w tej tradycji został dokonany na przełomie wieku XVI i XVII – twórcą zaczęto nazywać poetę, lecz malarz, rzeźbiarz, architekt nadal byli uważani za rzemieślników. Dopiero wiek XIX upowszechnił nazywanie ludzi sztuki twórcami [10].

Wiek XX poszedł w tym kierunku jeszcze dalej, bo nazwał twórczością nawet spontaniczne malarstwo dziecięce, pozbawione wszelkiej biegłości technicznej. Aktualnie nie mamy już oporów, by w pracy robotnika racjonalizatora lub pomysłowego pedagoga dostrzegać pierwiastki twórcze [28].

To rozszerzenie pojęcia twórczości ma również swoje granice, po przekroczeniu których staje się bezużytecznym sloganem. Niektórzy autorzy za przejaw twórczości uważają np. indywidualny sposób widzenia przedmiotów lub spontaniczny sposób zachowania się („autoekspresję”) [28].

Jedno jest dziś pewne – przeciętny człowiek ma w swoim życiu znacznie większe pole do inicjatywy i szeroko rozumianej twórczości, niż się zwykle sądzi. Mają tu znaczenie zmiany wykonywane w:

- ▀ pracy,
- ▀ nauce,
- ▀ zabawie,
- ▀ życiu rodzinnym,
- ▀ życiu społecznym,
- ▀ życiu kulturalnym,
- ▀ kierowaniu życiem jako całością.

Duchowy rozwój człowieka wymaga podejmowania prób kształtowania własnej egzystencji jako swego rodzaju dzieła sztuki i misji społecznej

Współcześnie do przejawów twórczego stylu życia zaliczamy także kształtowanie swej własnej osobowości i losu, kreowanie własnego stylu życia, łączącego wzory dostarczane przez kulturę w szczególną kompozycję, odpowiadającą naszej indywidualności i warunkom bytowania [4, 23].

Każdy z zarysowanych wyżej stylów życia jest tylko uproszczonym modelem niezliczonych stylów obserwowanych w historii społeczeństw i jednostek. Poniższa tabela ilustruje zestawienie opisanych stylów życia [22, 26, 34, 39].

Należy podkreślić, że nasze życie twórcze manifestuje się przede wszystkim w działaniach korzystnych dla otoczenia. Nieodzowne jest również świadome formowanie własnego życia na wyższą miarę. Punktem wyjścia jest tu zrozumienie, że w codziennym wysiłku do najbliższej mety (egzaminu, dyplomu, małżeństwa, mieszkania, awansu, nowego zakupu) zwykle tracimy z oczu własną egzystencję jako całość. Dlatego niezbędne jest zatrzymanie się czasem w biegu i spojrzenie na swe sprawy z perspektywy. War-

to np. przeanalizować aktualny styl życia, system wartości i dążeń, by zaprojektować pewne zmiany. Zauważmy, iż w rytuale naszej codzienności jest miejsce na krótki i dłuższy, parotygodniowy odpoczynek, lecz nie ma czasu na poważną zadumę i pracę decyzyjną nad sprawami najbardziej tego godnymi. Duchowy rozwój człowieka wymaga podejmowania prób kształtowania własnej egzystencji jako swego rodzaju dzieła sztuki i misji społecznej. Uciekanie się do tych prób i powtarzanie ich z uporem godnym wielkiej sprawy należy do ważnych przejawów, a nieraz i warunków twórczego stylu życia. Podejmowania tych prób należy się uczyć wcześniej, już na ławie szkolnej. Trzeba tylko, by zainteresowany uczeń zetknął się z odpowiednią zachętą i pewnymi wskazówkami [37, 39, 41].

Sugestia dla Ciebie – napisz mały szkic autobiograficzny pt. „Przemiany mojego stylu życia od wieku przed-szkolnego po dzień dzisiejszy”.



Psychofizyczne komponenty zdrowego stylu życia

Styl życia (ang. *lifestyle*) można zdefiniować jako *związane ze zdrowiem decyzje i zachowania podlegające kontroli danej osoby*. Styl życia odgrywa bardzo ważną rolę w promocji zdrowia oraz zapobieganiu i leczeniu chorób [3, 5, 8, 31, 33].

Istnieją trzy rodzaje działań profilaktycznych [13, 14]:

- ▶ profilaktyka pierwszego stopnia, której celem jest zmniejszenie ryzyka zachorowań w całej populacji;
- ▶ profilaktyka drugiego stopnia, której celem jest ograniczenie czynników ryzyka w grupach wysokiego ryzyka;
- ▶ profilaktyka trzeciego stopnia, której celem jest skrócenie czasu trwania choroby u tych, którzy już zachorowali.

Odżywianie ma ogromny wpływ na zdrowie. Wiadomo, że w naszej diecie jest zbyt wiele kalorii, tłuszczu, cholesterolu, białka, cukru i sodu, natomiast za mało zbóż, owoców i warzyw. Producenci żywności wykorzystują nasze wrodzone zamiłowanie do wysokotłuszczowych, słodkich potraw i stale je reklamują [15, 17].

Eksperti z dziedziny zdrowia oceniają, że liczbę kalorii tłuszczowych należy zredukować do 30%. Dieta wysokotłuszczowa prowadzi do wzrostu poziomu cholesterolu we krwi, co z kolei ma związek z zawałami serca i udarami [18].

Witaminy C, E, kompleks witamin B i karotenoidy mają udział w zapobieganiu nowotworom. Dieta bogata w błonnik może chronić przed rakiem okrężnicy i odbytu. nierozpuszczalne włókna mogą zapobiegać rakowi okrężnicy, natomiast włókna rozpuszczalne odgrywają ważną rolę w zapobieganiu chorobom serca [25].

Kilka teorii wyjaśnia, że diety odchudzające tak naprawdę przyczyniają się do tycia. Teoria glukostatyczna utrzymuje, iż dieta odchudzająca prowadzi do obniżenia poziomu glukozy i nasilenia uczucia głodu. Teoria normy wskazuje, że nasz organizm ma zaprogramowany poziom tłuszczu. Jeżeli poziom tłuszczu spada poniżej określonego punktu, komórki tłuszczowe przesyłają komunikat do mózgu, aby uruchomić czynność jedzenia. Teoria powstrzymywania się od jedzenia stwierdza, że osoby powstrzymujące się od jedzenia stale walczą o to, by osiągnąć wagę niższą niż biologicznie

uwarunkowana stałą normą. Emocje, a także przypadkowe przekąski niwelują to zahamowanie, skłaniając do objadania się [11, 16].

Wskaźnik podstawowej przemiany materii maleje o 20 do 40%, gdy liczba kalorii spada poniżej określonego poziomu. Po dłuższym okresie niedoboru kalorii odchudzający się ponownie zyskują na wadze, gdy wracają do normalnej diety. Istnieją dowody na to, że potrawy niskokaloryczne przyczyniają się do powstania otyłości. Sztuczne słodziki podnoszą poziom insuliny, natomiast insulina wpływa na zwiększenie apetytu i odkładanie się składników odżywczych w postaci tłuszczu.

Otyłość, to zaburzenie fizjologiczne, polegające na nadmiernym nagromadzeniu tłuszczu. Jest wynikiem współdziałania wielu czynników: dziedzicznych, emocjonalnych, osobowościowych, tendencji do objadania się i braku aktywności fizycznej [12].

Otyłość może rodzić problemy społeczne, zawodowe i psychologiczne. Zwiększa ryzyko zachorowania na nadciśnienie, hiperlipidemię, cukrzycę, choroby układu oddechowego i nerek, zapalenie stawów oraz wystąpienia powikłań przy porodach i zabiegach chirurgicznych. Stopień ryzyka zale-

zy od kształtu ciała. Ludzie o figurze przypominającej gruszkę są mniej zagrożeni niż ludzie o figurze przypominającej jabłko [31].

Szybki spadek wagi towarzyszący niektórym dietom odchudzającym może być skutkiem utraty przez organizm wody, a nie tłuszczu, co grozi uszkodzeniem nerek i ubytkiem ważnych składników mineralnych. Operacje chirurgiczne, takie jak założenie przepływu omijającego w jelitach, to zabiegi ostatecznej szansy, zarezerwowane dla osób niezwykle otyłych [15].

Modyfikacja zachowań może stanowić alternatywę dla diet odchudzających lub wzmacniać ich efekt. Polega na stosowaniu takich technik jak samoobserwacja, ograniczenie liczby bodźców w otoczeniu, zachęcających do jedzenia oraz udzielanie wzmocnień po spadku wagi. Metoda modyfikacji zachowań nie spełnia wszystkich pokładanych w niej nadziei i nie zapewnia trwałego spadku wagi, ale nadal jest ważnym elementem wielowymiarowego programu kontroli wagi ciała [25].

Anoreksja i bulimia to poważne zaburzenia odżywiania. Objawem anoreksji jest głodzenie się i choroba ta może być śmiertelna. Bulimię charakteryzują epizody objadania się, po których następują prowokowane wymioty lub inne zachowania mające uchronić przed przybraniem na wadze. Choroba ta może prowadzić do poważnych powikłań zdrowotnych, od wypadania włosów po zawał serca. Pacjentki często wymagają hospitalizacji, dopóki nie osiągną z powrotem normalnej wagi ciała. W leczeniu obu tych zaburzeń często korzysta się z terapii poznawczo-behawioralnej, rodzinnej i grupowej [5, 6].

Dowodzono, że ćwiczenia fizyczne poprawiają funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego oraz zwalniają i odwracają proces ubytku kości u pacjentów cierpiących na osteoporozę. Wyniki badań dowodzą również, że uprawianie ćwiczeń wpływa pozytywnie na liczne zmienne psychologiczne, podnosi samoocenę, zmniejsza lęk i depresję, poprawia pamięć i koncentrację. Korzystne dla zdrowia

rezultaty można osiągnąć, wykonując ćwiczenia o małej intensywności. Motywowanie ludzi do ćwiczeń fizycznych to wyzwanie stojące przed psychologami zdrowia [14, 31].

Najpopularniejsze koncepcje wyjaśniające zachowania związane ze zdrowiem to teoria własnej skuteczności, model przekonań zdrowotnych oraz teoria uzasadnionego działania. Wszystkie one podkreślają znaczenie naszych przekonań dotyczących zdolności do podjęcia określonych działań. Model przekonań zdrowotnych i teoria uzasadnionego działania uwzględniają poza tym dokonywaną przez nas ocenę rezultatów w działaniu. Teoria uzasadnionego działania podkreśla znaczenie naszych przekonań co do postaw innych ludzi wobec danych zachowań i wobec rezultatów tych zachowań [10, 13].

C. D. N.

Opracowano na podstawie pozycji: Aniela Plotka: „Zdrowy styl życia psychicznego”, wyd. NeuroCentrum, Lublin 2003.

PIŚMIENNICTWO

1. Aronson E.: Człowiek istota społeczna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1999.
 2. Bronfenbrenner U.: The ecology of human development. Mass, Harvard University Cambridge Press, Cambridge 1979.
 3. Bulicz E., Murawow I.: Teoretyczne podstawy waleologii. Politechnika Radomska, Radom 1997.
 4. Chaffee J.: Potęgą twórczego myślenia. Bertelsmann Media Sp. z o.o., Warszawa 2001.
 5. Czabała J. Cz. (red.): Zdrowie psychiczne – zagrożenia i promocja. Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
 6. Davies T., Craig T. K. J. (red.): ABC zdrowia psychicznego. Medical Press, Gdańsk 1999.
 7. Dąbrowski K. (red.): Zdrowie psychiczne. PWN, Warszawa 1979.
 8. Dines A., Cribb A.: Health Promotion (Concepts and Practice). Blackwell Scientific Publications, Oxford 1993.
 9. Formański J.: Psychologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998.
 10. Gliński P.: Badania aktywizujące w studiach stylu życia. (W:) A. Siciński (red.): Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1980.

11. Głowacka M. D. (red.): Promocja Zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe. Wyd. WOLUMIN s. c., Poznań 2000.
 12. Health Promotion Glossary. WHO/EURO, Copenhagen 1989.
 13. Heszen-Niejodek I.: Psychologiczne modele teoretyczne leżące u podstaw promocji zdrowia. (W:) Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.): Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997.
 14. Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.): Psychologia zdrowia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1997.
 15. Holford P.: Smak zdrowia. Zasady prawidłowego odżywiania. Bertelsmann Media Sp. z o.o., Warszawa 1999.
 16. Jarosz M.: Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1988.
 17. Kawczyńska-Butrym Z. (red.): Uczelnia promująca zdrowie. Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1995.
 18. Lifestyle and health. By the Health Education Unit. Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 1986. „Social Science and Medicine” 1986, vol. 22, 2.
 19. Loven A.: Duchowość ciała. Wyd. Santorski, 1995.
 20. Mądrzycki T.: Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw. WSiP, Warszawa 1977.

21. Mellibruda J.: Poszukiwanie siebie. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2001.
 22. Miles I., Irvine J. (eds.): The poverty of progress. Changing ways of life in industrial societies. Oxford Pergamon Press, Oxford 1982.
 23. Niwiński T.: Ja. Wyd. „Ravi”, Łódź 1993.
 24. Oldham J. M., Morris L. B.: Twój psychologiczny autoportret. Dlaczego czujesz, kochasz, myślisz, działasz właśnie tak? Wyd. Jacek Santorski & CO, Warszawa 1997.
 25. Pflugbeil K. J.: Bio-Topping. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
 26. Pietrasiniński Z.: Sam sięgnij do psychologii. WSiP, Warszawa 1986.
 27. Plotka A.: Zdrowy styl życia psychicznego. Wyd. NeuroCentrum, Lublin 2003.
 28. Przetacznik-Gierowska M., Makiełło-Jarża G.: Podstawy psychologii ogólnej. WSiP, Warszawa 1989.
 29. Rogers C. R.: A way of being. Houghton – Mifflin, Boston 1980.
 30. Santorski J.: Jak żyć żeby nie zwariować. Wyd. Jacek Santorski & CO, Warszawa 1999.
 31. Sheridan C. L., Radamacher S. A.: Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.

32. Siek S.: Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie. KAW, Warszawa 1984.
 33. Stońska Z.: Promocja Zdrowia. Zarys problematyki. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, 1-2.
 34. Strelau J. (red.): Psychologia. Podręcznik akademicki. Wyd. Psychol., Gdańsk 2000.
 35. Tomaszewski T.: Główne idee współczesnej psychologii. Wyd. Akademickie „Zak”, Warszawa 1998.
 36. Twardowski J.: Jak żyć. Wyd. Księży Marianów, Warszawa 2002.
 37. Wrześniewski K.: Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. (W:) I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.): Człowiek w sytuacji stresu. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996.
 38. Zaborowski Z.: Problemy psychologii życia. Oficyna Wyd. „Profi”, Warszawa 1997.
 39. Zimbardo P. G.: Psychologia i życie. PWN, Warszawa 2005.
 40. Znaniński F.: Ludzie terazniejsi a cywilizacja przyszłości. Książnica Atlas, Lwów 1934.
 41. Znaniński F.: Socjologia wychowania. PWN, Warszawa 1973.
 42. Żebrowska M. (red.): Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży. PWN, Warszawa 1982.

Upośledzeni umysłowo w polskim społeczeństwie

Grupa osób upośledzonych umysłowo jest grupą bardzo różnorodną. Różnią ich zdolności myślenia, współtowarzyszące problemy zdrowotne, stopień samodzielności i świadomości społecznej. Osoby z lekkim czy umiarkowanym stopniem upośledzenia umysłowego, często zdolne są do podejmowania prostych prac czy nawet samodzielnego zamieszkania. Zupełnie inaczej radzą sobie osoby z upośledzeniem znacznym czy głębokim, które często nie są zdolne do wykonywania elementarnych czynności samoobsługowych.

MGR ZUZANNA SZOPA
LUBLIN

Oupośledzeniu umysłowym będą świadczyły nieadekwatne do wieku kompetencje poznawcze (dziecko np. z opóźnieniem zaczyna wodzić wzrokiem za przedmiotem, rysować, układać klocki), społeczne (z opóźnieniem zaczyna rozumieć normy społeczne, bardzo powoli uczy się czegoś wolno a czegoś nie) i motoryczne (z opóźnieniem chwytą przedmioty, zaczyna siadać, chodzić). Wyniki uzyskane w pomiarach IQ będą miały warto-

ści poniżej 70, to znaczy inteligencja ogólna tych ludzi będzie niższa niż oczekiwana w danym wieku życia i przyjęta dla ogółu społeczeństwa.

Zgodnie z definicją upośledzenia umysłowego według Amerykańskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym „*upośledzenie umysłowe to znaczące obniżenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą deficyty w dziedzinie zachowań adaptacyjnych i które występuje w okresie rozwojowym.*” Jest zaburzeniem, które powstaje we wczesnym okresie rozwoju, to znaczy podczas ciąży lub wczesnego dzieciństwa. Najczęściej jest

ma charakter uogólniony, obniża cały potencjał rozwojowy. Jest trwałe, ale istnieje szansa, że nie będzie znacznie się pogłębiać, kiedy zapewni się człowiekowi niepełnosprawnemu właściwą rehabilitację.

Klasyfikacja upośledzenia umysłowego

Upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim osiągają poziom funkcjonowania 12-latką w wieku około 20 lat. Osoby takie są samodzielne, dość zaradne społecznie. Często zakładają rodziny. Mogą być zatrudniane, ale nie powinny wykonywać zawodów wymagających podejmowania decyzji.

Osoby z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym funkcjonują intelektualnie na poziomie dziecka w 9 roku życia. Dominuje myślenie konkretnoobrazowe, jego tempo jest wolne. Istnieją trudności z nabywaniem reguł społecznych (lojalność, współdziałanie). Słabo kontrolują swoje emocje, popędy, dążenia. Osoby takie mogą nabywać umiejętności samoobsługowe, mogą poruszać się w znanym terenie, mogą pracować w zakładach pracy chronionej.

Przy stopniu znacznym upośledzenia umysłowego poziom rozwoju można porównać do dziecka w wieku 6 lat. Osoby te mogą opanować samoobsługę, przy stałej opiece mogą wyuczyć

się czynności domowych, ale są mało samodzielne. Mogą podejmować prace niewymagające kwalifikacji, np. robienie mozaik w ramach WTZ.

Najgłębszy stopień upośledzenia, tzw. *Upośledzenie w stopniu głębokim* to poziom funkcjonowania odpowiadający dziecku w 3 roku życia. Możliwe jest opanowanie tylko najprostszej samoobsługi. Mowa jest najczęściej niewykształcona, a jeśli już to obejmuje kilka najprostszych słów czy poleceń. Często osoby te żyją krótko, rodzą się najczęściej z wadami fizycznymi. Przez całe życie wymagają opieki.

Przyczyny upośledzenia umysłowego

Zwraca się uwagę, że upośledzenie umysłowe nie jest chorobą, lecz stanem będącym wynikiem różnego działania czynników czy chorób powodujących uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego – zwłaszcza we wczesnych stadiach rozwoju. Wśród przyczyn upośledzenia umysłowego poważną rolę odgrywają biologiczne czynniki patogenne, groźne zwłaszcza w pierwszym trymestrze ciąży, gdzie ma miejsce bardzo dynamiczny rozwój układu nerwowego. Im szybciej zadziała czynnik uszkadzający tym bardziej rozległe będą uszkodzenia i głębsze upośledzenie.

Do czynników biologicznych, zaburzających rozwój zalicza się: niedobór witamin, konflikt serologiczny, stres psychologiczny, urazy czaszki lub mózgu, choroby dziedziczne wrodzone lub nabyte (np. zespół Downa, fenyloketonuria, dziedziczna karłowatość), niedotlenienie, nieodpowiednie działania lekarskie w okresie porodu, nieodpowiednie pożywienie, wirusy, bakterie, pasożyty. Powyższe czynniki powodują najczęściej upośledzenie od umiarkowanego do głębokiego. Lekkie upośledzenie umysłowe jest często uwarunkowane wieloczynnikowo oraz czynnikami środowiskowymi.

Środowiskowe, społeczne czynniki patogenne mogą powodować upośledzenie umysłowe wtórne. Do tej grupy zalicza się przede wszystkim zaniedbania dzieci ze strony rodziców bądź prawnych opiekunów, brak właściwej stymulacji rozwoju, np. deprywacja sensoryczna i uczuciowa, dziecko po-

zostawione samo sobie. Lekkie upośledzenie umysłowe często występuje rodzinnie.

Charakterystyka funkcjonowania osób z upośledzeniem umysłowym

Przejawem upośledzenia umysłowego, zwłaszcza głębokiego jest często zły stan zdrowia, wady w budowie ciała, uzębieniu, nieprawidłowo ukształtowane narządy zmysłu wzroku czy słuchu oraz aparat mowy, opóźniony, nieprawidłowy rozwój fizyczny, wyraz twarzy, odmienny sposób ubierania. W cięższych postaciach upośle-

W Polsce praca z osobami upośledzonymi ciągle jest niedoceniana



Czasem pomimo słabej inteligencji ogólnej osoby upośledzone umysłowo mogą być bardzo rozwinięte pod względem funkcjonowania społecznego



Osoby z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym funkcjonują intelektualnie na poziomie dziecka w 9 roku życia



Upośledzenie umysłowe nie jest chorobą, lecz stanem będącym wynikiem różnego działania czynników czy chorób powodujących uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego

dzenia ludzie na ogół nie wyróżniają się niczym szczególnym.

Opisując funkcjonowanie społeczne osób upośledzonych umysłowo zwraca się uwagę na obniżenie zdolności takich kompetencji jak: zaradność (samodzielność w czynnościach samoobsługowych, zaspokajaniu podstawowych potrzeb, wypełnianie zadań życiowych), umiejętność radzenia sobie w różnych sytuacjach społecznych (np. wizyty u lekarza, zakupy) oraz uspołecznienie, czyli zgodność zachowania z normami funkcjonującymi w najbliższym otoczeniu, z czym upośledzeni często mają problem.

Psycholodzy zwracają uwagę na zaburzenia w sferze orientacyjno-poznawczej ludzi upośledzonych, tj. obniżenie zdolności skupienia uwagi, kłopoty z pamięcią, deficyty spostrzegania zarówno wzrokowego jak i słuchowego, zaburzony rozwój mowy, myślenia, opóźniony rozwój w sferze emocjonalnej. Osoby upośledzone umysłowo przejawiają zazwyczaj niskie zdolności wykonywania zadań psychoruchowych i innych zadań praktycznych, zwłaszcza tych, które wymagają koordynacji ruchów i koordynacji wzrokowo-ruchowej. Może cechować ich brak lub niepełna orientacja czasu i miejsca, niekiedy także wobec własnej osoby. Czasem pomimo słabej inteligencji ogólnej dorosłe osoby upośledzone umysłowo mogą być bardzo rozwinięte pod względem funkcjonowania społecznego – samodzielnie robić zakupy, dbać o porządek w domu, poruszać się po mieście czy nawet pracować. Taką osobą jest Marek, chłopak upośledzony w stopniu lekkim. Ukończył szkołę zawodową. Pracował w fabryce czekolady. Zwolniony za zjadanie wyrobów i wypełnianie pustych pojemników wodą został skierowany do warsztatu terapii zajęciowej. Przez kilka lat nie udało mu się znaleźć innej pracy. Marek ma marzenia i ambitne plany, niestety także zaburzony samokrytycyzm, bo chce być inżynierem budowy. Zawsze mówi dużo i głośno. Lubi być w centrum zainteresowania. Jest zupełnie samodzielny, jeśli chodzi o higienę i ubieranie się, poruszanie po mieście a nawet poza jego obrębem, potrafi np. pojechać do innego miasta. Jest bardzo pomocny, np. odśnieża

przywarsztatowy chodnik i podwórko, pomaga kolegom na wózkach oraz instruktorom w utrzymaniu placówki w czystości.

O wiele gorzej niż Marek radzi sobie Magda, która ma umiarkowany stopień upośledzenia. Po przyjeździe do placówki zawsze siedzi samotnie, na uboczu, chociaż jest ogólnie lubiana. Czekając na polecenia, co ma robić danego dnia. Nigdy nie odzywa się nie pyta. Jest nieufna, lecz gdy uda się ją wciągnąć w rozmowę potrafi ciekawie opowiadać o chorym tacie, zmarłej niedawno mamie, czy siostrze, z którą mieszka i dużo zawdzięcza. Nie potrafi samodzielnie poruszać się po mieście. Na wycieczce potrzebowała pomocy w wyborze ubrań adekwatnych do pogody, pomocy w suszeniu włosów, ale doskonale radzi sobie w pracowni gospodarstwa domowego na WTZ. Jest tam jedną z najzdolniejszych podopiecznych. Robi pyszne kanapki i herbatę, szarlotkę, bardzo dokładnie sprząta.



Jak społeczeństwo pomaga takim osobom?

Długotrwała działalność pedagogiczno-terapeutyczna skierowana na osoby upośledzone umysłowo nazywana jest procesem rewalidacji. Jej celem jest: zapobieganie pogłębianiu się upośledzenia i powstawaniu dodatkowych objawów, leczenie i usprawnianie zaburzonych funkcji (np. nauka chodzenia, mowy), stymulowanie i dynamizowanie ogólnego rozwoju przez zapewnienie właściwej opieki i wychowania, zapewnienie nauczania i wychowania specjalnego, dostosowanego do psychofizycznych możliwości osoby upośledzonej.

W pracy z osobami upośledzonymi ważne są właściwe postawy opiekunów, stosowanie form opieki i wychowania najkorzystniejszych dla rozwoju. Konieczny jest dostęp do różnych miejsc i placówek świadczących specjalistyczną pomoc w rozwoju, takich jak: dzienne ośrodki adaptacyjne, domy pomocy społecznej, przedszkola i szkoły specjalne, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, klasy integracyjne i hotele zapewniające kontakt z osobami zdrowymi, stowarzyszenia osób niepełnosprawnych, warsztaty te-

rapii zajęciowej (WTZ), środowiskowe domy samopomocy (ŚDS) oraz inne.

Wydaje się, że w Polsce praca z osobami upośledzonymi ciągle jest niedoceniana. Przemawiają za tym niskie pensje pracowników, bardzo często brak należytych nakładów finansowych oraz właściwego lokum, deficyty materiałów koniecznych do rehabilitacji, brak ogólnych standardów opieki. Szkoda, bo wiele z dorosłych osób upośledzonych i ich rodzin podkreśla, że poczucie przynależności do społeczności przez uczestnictwo w terapii zajęciowej czy pracy zawodowej było milowym krokiem w ich rehabilitacji. Jednak miejsc pracy a niejednokrotnie i na WTZ jest mało. O ile szkoły czy przedszkola specjalne to miejsca, gdzie z racji nazwy występuje ciągła rotacja dzieci i młodzieży to warsztaty terapii zajęciowej często stanowią rodzaj długoterminowej przechowalni. Czy przyczyny to tylko i wyłącznie brak pieniędzy i właściwej polityki samorządowej? Czy może też stoi za tym coś zupełnie innego, silniejszego i trudniejszego do pokonania? Może są to nasze własne uprzedzenia?

Przed świętami Bożego Narodzenia prowadziłam warsztaty dla licealistów. Uczniowie, odpowiadając na pytanie: *Co czuję przy osobie upośledzonej*, pisali: irytację, złość, niecierpliwość, że zrobię coś szybciej i lepiej, lęk przed agresją, współczucie, chęć pomocy. W tym samym czasie oglądałam bombki wykonane przez osoby upośledzone. Były to bombki niezwykle, bo napisane na nich były ich marzenia. „Bombkowe marzenia”: *mieć prawdziwy DOM, wyjść za mąż, znaleźć pracę, mieć przyjaciela, wyjechać do Rzymu, do Hiszpanii, podjąć studia i dobrą pracę, żeby mama była uśmiechnięta częściej, żeby tata mógł gdzieś wyjechać i odpocząć, żeby wygrać w milionerach, mieć więcej pieniędzy, nauczyć się fotografować, dobrze gotować, pojechać na ryby, jeździć na nartach, żeby mieć ciepły, prawdziwy DOM, żeby tu na warsztatach była miła atmosfera.*

Ilu z nas składa sobie podobne życzenia w świątecznym czasie? Więcej myślę, że mogę zaryzykować tezę, iż jako ludzie mamy o wiele więcej wspólnego niż nam się pozornie wydaje.

65 lat nauczania medycyny w Lublinie

Spojrzenie okiem studentki z lat 1944-1949

Każdy powinien znać swoje korzenie, odnieść się krytycznie do możliwości i poczynań poprzednich pokoleń, a wtedy będzie mógł docenić to co jest teraz oraz co można zmienić i usprawnić. Warto więc wrócić do początków kształcenia przyszłych lekarzy, rozwoju uczelni i osiągnięć medycyny oraz techniki w wieku XX i początkach XXI. Wszystkie poczynania mają pewną ciągłość i dlatego ważna jest świadomość przeszłości.

PROF. DR HAB. BIRUTA FAŁROWICZ*
LUBLIN

W okresie międzywojennym, wydziały lekarskie były na uniwersytetach: w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Wilnie i we Lwowie. W Lublinie wydział lekarski został powołany dopiero jesienią 1944 roku, w ramach Uniwersytetu im. Marii Curie-Skłodowskiej. W owym czasie powołanie wydziału lekarskiego w Lublinie było koniecznością. Brakowało lekarzy, nie tylko w cywilnej służbie zdrowia, ale również w wojsku. W lecie 1944 roku front walk stanął na Wiśle i wiadomo było, że następne ataki rozpoczną się dopiero na wiosnę.

Przed II wojną światową, w województwie lubelskim pracowało 456 lekarzy, w jesieni 1944 roku zarejestrowanych było tylko 300 (obecnie jest ich 7052). Trwała jeszcze II wojna światowa, zdobyte przez armię sowiecką i polskie wojsko tereny ciągnęły się, jak wiadomo, tylko do linii Wisły. Lublin stał się centrum „wyzwolonej” Polski. Gromadziło się w nim wielu uchodźców ze wschodu, wśród nich byli też lekarze. W Lublinie od 1918 roku, jedyną wyższą uczelnią był Katolicki Uniwersytet Lubelski. W jesieni 1944 powstał UMCS. Organizatorem był prof. dr Henryk Raabe – kierownik Wydziału Oświaty PKWN. Na apel uniwersytetów, przede wszystkim z Wilna, Lwowa, Poznania oraz miejscowi lekarze. Pierwszy był dr Mieczysław Stelmasiak – późniejszy profesor i kierownik Zakładu Anatomii Prawidłowej, dr Stanisław Grzycki, prof. Sergiusz

* em. Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy AM

Schilling-Siengalewicz, prof. Henryk Lubieniecki, doc. Dr Feliks Skubiszewski, prof. Hirszfeld z żoną, dr Grzegorzewski, dr Mokrzycki, dr Kielanowski, dr Hołobut i wielu innych. Była to kadra, która przyczyniła się do zorganizowania w Lublinie pierwszych studiów lekarskich. Nauka na wydziale była zorganizowana według norm przedwojennych, trwała pięć lat. Z początkiem 1950 roku, z powodu reorganizacji uczelni wyższych, wydział przekształcono w samodzielną placówkę. Na początku nazwano ją Akademią Lekarską, a od 1 marca 1950 roku Akademią Medyczną. Zmieniono również tok studiów, przedłużono je do sześciu lat, dodano obowiązkowe dwa przedmioty –

Pierwsi studenci medycyny mieli spartańskie życie, nie było odpowiedniej komunikacji miejskiej, nie było taksówek, jeździło się dorożkami, a w śnieżne zimy sankami. Studenci byli biedni, więc musieli przebywać niemałe odległości pieszo





**Zakład Histologii
– asystentka
Janka Skalske-Vorbrott
(1962 r.)**

Marksizm i Wyszkolenie Wojskowe. Inaczej również rozłożono egzaminy. Akademia dotrwała do 2008 roku, w którym utworzono Uniwersytet Medyczny z wydziałami: Pierwszym Lekarskim z Oddziałem Stomatologicznym, Drugim Lekarskim z Oddziałem Anglojęzycznym, Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej oraz Wydziałem Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu.

W okresie 65. lat dyplomy otrzymało 14 899 lekarzy medycyny (nie licząc kilkunastu na UMCS). Zasilili oni kra-

jowy system ochrony zdrowia, a ostatnio i za granicą. Jestem wśród tych, którzy rozpoczęli studia w 1944 roku na UMCS, ale dyplom otrzymali w 1950 roku w Akademii Medycznej. W pierwszym roku istnienia wydziału lekarskiego powołano pierwszy rok studiów, o przyjęcie starało się 450 osób, po egzaminach wstępnych przyjęto 275. Egzamin polegał na napisaniu wypracowania na różne tematy – ja pisałam o powstaniu życia na ziemi. Na pierwszy rok startowały osoby pochodzące z różnych stron Polski, w różnym wieku: młodzież ucząca się na tajnych kompletach, przedwojenni maturzyści („Kolumbowie” rocznik 1920-1922), studenci innych wydziałów, bądź ukształtowani w zupełnie innych zawodach. Utworzono też drugi, czwarty i piąty rok studiów dla 350 osób. Kandydatami byli przedwojenni studenci lub uczący się na tajnych uniwersytetach w czasie okupacji. Należy dodać, że większość z nich pracowała już w szpitalach zdobywając wiedzę medyczną.

24 listopada 1944 roku Naczelnny Dowódca Wojska Polskiego wydał rozkaz utworzenia Katedry Medycyny Wojskowej UMCS w Lublinie. Prawie wszyscy koledzy zostali zmobilizowani i zkoszarowani. Najpierw w KUL, a potem w budynku dawnego Gimnazjum im. Unii Lubelskiej przy ul. Naru-



towicza 12. KMW rozwiązano w lipcu 1946 roku. W tym okresie powstała w Łodzi Wojskowa Akademia Medyczna i część studentów przeniosła się tam, część została zwolniona do cywila. Przenosili się również wtedy koledzy do akademii medycznych, które powstały w Gdańsku, Szczecinie oraz do rewitalizowanych przedwojennych. Wydział lekarski w Lublinie miał również duże trudności z bazą lokalową. Pierwszych pomieszczeń udzieliło Gimnazjum im. Stanisława Staszica przy al. Raclawickich, gdzie umieszczono dziekanat, zakłady i sale wykładowe. Z biegiem czasu otrzymano budynki przy ul. Spokojnej na Zakład Anatomii Prawidłowej, a następnie „Jeszybot” przy ul. Lubar-towskiej. W tym okresie w Lublinie było również mało miejsc szpitalnych. Był szpital: szarytek (obecnie PSK nr 1), im. Jana Bożego, Dziecięcy im. Vetterów, Dermatologiczny przy ul. Radziwiłłowskiej. W ciągu następnych lat poprawiła się baza lokalowa uczelni. Od 1964 roku jest nowy szpital kliniczny, nowa klinika okulistyczna, szpital dziecięcy, gmachy wielu zakładów teoretycznych oraz cała dzielnica akademików.

Pierwsi studenci medycyny mieli spartańskie życie, nie było odpowiedniej komunikacji miejskiej, nie było taksówek, jeżdżono się dorożkami, a w śnieżne zimy sankami. Studenci byli biedni, więc musieli przebywać niemałe odległości pieszo.

Wykłady i ćwiczenia były podstawą naszej edukacji, brakowało podręczników, sprzętu do ćwiczeń w pracowniach, jedynie anatomia prawidłowa nie skarżyła się na braki.

W tamtych latach zdarzały się absolutne nonsensy. Pamiętam wyrzucenie z ZSP studenta, zresztą pochodzącego z rodziny robotniczej, z powodu noszenia modnego wówczas kapelusza pilśniowego.

Nasi profesorowie i asystenci byli nie tylko źródłem naszej wiedzy, ale również wskazówek o relacjach lekarz-pacjent, koleżeńskich – źródłem przygotowania do życia w zawodzie. Mówili nam o odpowiedzialności jaką bierze na siebie lekarz, podkreślali mówiąc do nas: „*Primum non nocere*”, „*Salus aegroti suprema lex*” i uświadamiali, że przysięga Hipokratesa zobowiązuje do działania etycznego już na całe życie. Wszystkich uczących nas szanowaliśmy i lubiliśmy. Niekiedy jednak bawiły nas pewne ich słabości, np. profesor Jakub Węgieńko – internista, zajmował się cukrzyczą – prowadząc wykłady na temat innych



Profesorowie i studenci –
zjazd rocznika 1944-1945
(1974 r.)

jednostek chorobowych, zawsze w jakiś sposób nawiązywał do cukrzycy. Nasz kolega, Jurek Lutowski, poeta i pisarz, ułożył wiersz o profesorze: „*Profesor Węgierko wraca do domu, już w przedpokoju czuje zapach acetonu, biegnie do pokoju żony, która spokojnie uśmiechnięta siedzi*”. Wiersz kończy się słowami „*Mój Jakubku szalony, ja mam manicure zrobiony*”.

Srogi dla współpracowników, ale darzony wielką sympatią przez studentów chirurg prof. Feliks Skubiszewski, był trochę ekscentryczny. Śpiewaliśmy mu przy różnych okazjach „*Feluś nasz przyjacielu, nie morduj asystentów Feluś (...)*”. Jeżeli komuś źle poszło na egzaminie, musiał przysięgać, że nie zostanie chirurgiem. Słynne były też pytania profesora: „*Za jakie są jelita?*”, dobra odpowiedź: „*Za długie*”, pytanie „*Jakie złamanie jest najgroźniejsze?*” – „*Motocyklowe*”. Moje osobiste przeżycie to relacje z prof. Stanisławem Grzykiem – histologiem, który nie tolerując jednego z głównych członków PKWN, ciągle miał mnie na oku. Było to spowodowane moim imieniem podobnie brzmiącym do wyżej opisanej osoby. Bałam się tak egzaminu z histologii, że przysięgam sobie, że jak wszystko dobrze



Ilona Sikorska – odnowienie dyplomu lekarza po 50 latach (2000 r.)

Uczono nas, że pierwszą najważniejszą sprawą jest wysłuchanie pacjenta, rozmowa z chorym. Dziś nie ma na to czasu... Przed wszystkim ten mankament jest główną przyczyną nieporozumień w relacjach lekarz-pacjent



Zjazd absolwentów z 1949 r. (1999 r.)

pójdzie nie będę jadła lodów. Zdałam celująco i nie jadłam lodów.

Profesor Tadeusz Kielanowski nauczył nas nie tylko patologii i ftizjatrii, ale zaszczerpił zamiłowanie do koncertów w filharmonii i do teatru. Na naszym roku było kilka osób utalentowanych, przede wszystkim poeta Jerzy Lutowski, który z gronem przyjaciół urządzał akademie rocznicowe, szopki itp. Po dyplomie był wojskowym internistą, ale i znanym pisarzem. Wszyscy profesorowie byli dla nas przykładem, w naszych latach studiów mogli być jeszcze apolityczni. W okresie stalinizmu wszystko było upolitycznione. Należący do stowarzyszeń młodzieżowych i partii byli podporządkowani reżimowi. W tym czasie byłam już asystentem w Białymstoku, gdzie obserwowałam różne poczynania członków Zrzeszenia Studentów Polski. Czasami były zupełne nonsensy, pamiętam wyrzucenie z ZSP studenta, zresztą pochodzącego z rodziny robotniczej, z powodu noszenia modnego wówczas kapelusza pilśniowego.

Prawie do końca lat 40., mimo że nasza uczelnia była socjalistyczna, nie odczuwało się jeszcze epoki stalinizmu. Organizacje młodzieżowe były apolityczne. W 1944 roku powstała Bratnia Pomoc – stowarzyszenie prowadzące szeroko zakrojoną wzajemną pomoc. Był szereg sekcji: mieszkaniowa, skryptowa, gospodarcza, zdrowia, organizacyjna, przydziałowa oraz imprezowa. Członkowie tej ostatniej organizowali bale, akademie rocznicowe, spektakle itp. „Bratniak” prowadził również stołówkę, a od roku 1947 dwa domy wczasowe dla studentów w Szklarskiej

Dziś, po 65. latach nauczania medycyny w Lublinie, Uniwersytet Medyczny jest uczelnią kształcąca nie tylko Polaków, ale również studentów anglojęzycznych z 49 krajów.

Lubelska medycyna akademicka nie odbiega poziomem od uprawianej w renomowanych wydziałach lekarskich na świecie

Porębie. W tym okresie wyżej opisana organizacja miała wsparcie Polonii Amerykańskiej oraz Szwecji. Trafiały również do nas paczki przysyłane przez UNRA. Niestety, Bratnia Pomoc została rozwiązana, podobnie jak i Koło Medyków, w latach pięćdziesiątych.



Rektor prof. Maciej Latałski z absolwentami I rocznika Wydziału Lekarskiego (2004 r.)



Stasia i Mietek przed swoim domem w port Charlotte, USA (1999 r.)

W okresie stalinizmu dominowały ZMP i ZSP, a młodzież bezpartyjna była szykanowana i prześladowana. Przetrwał tylko do chwili obecnej, od początku powstania Uniwersytetu, AZS.

W tym okresie miałam już dyplom lekarza i dostałam przydział pracy do nowootwartej Akademii Medycznej w Białymstoku. Mianowanym rektorem został prof. dr hab. Tadeusz Kielanowski, mój pierwszy szef w Klinice Gruźlicy Płuc. Był to doskonały lekarz, wielki humanista, filozof, organizator, a przede wszystkim człowiek kochający młodzież. W Lublinie był naszym wykładowcą patologii na trzecim roku i ftizjatrii na piątym. Był prodziekanem, dziekanem wydziału lekarskiego i rektorem UMCS. Zarówno życie, jak i praca w Białymstoku dzięki prof. Kielanowskiemu były spokojne. Byliśmy pod jego ochroną. Świetnie umiał się porozumieć z ówczesnymi władzami, zawsze podkreślał wielkie znaczenie Akademii Medycznej dla Białegostoku i jej pracowników. Bronił też studentów, którzy ciągle mieli „przygody” z ZSP. Moi koledzy pozostając w Lublinie byli narażeni na różne represje. Dopiero okres panowania Gomułki i Gierka przyniósł zmiany na lepsze w życiu studentów i lekarzy.

W czasie tych 65. lat nauczania medycyny w Lublinie, w 1947 roku wybuchł strajk młodzieży szkolnej uniwersyteckiej (z powodu sfałszowania wyborów do Sejmu). Były wtedy aresztowania młodzieży przez UB, podobnie jak w 1949 roku, gdy zdarzył się „cud” w katedrze lubelskiej. W stanie wojennym studenci medycyny strajkowali, nawet okupowali szpital kliniczny. Od 1989 roku istnieje pełna swoboda i pluralizm organizacji studenckich.

Praktyki studenckie wakacyjne najczęściej odbywały się w szpitalach powiatowych. Wyjazdy zagraniczne na Zachód zaczęły się dopiero po 1989 roku. Pracownicy naukowi mogli wyjeżdżać na różne stypendia i zjazdy dopiero w latach siedemdziesiątych. Nastąpiła zupełna zmiana dopiero w latach 90., chociaż wyjazdy te dla młodych

lekarzy nie były tak atrakcyjne jak dawniej. Obecnie większość lekarzy wyjeżdża raczej do pracy. W Europie jest przyjmowana z otwartymi rękami. Kraj zatrudniający lekarza nie ponosi wydatków na studia i ma dobrze wyszkolonych często już specjalistów z Polski. Zarobki lekarzy w Polsce w porównaniu z innymi państwami są raczej niskie. Obecnie można na pewno więcej zarobić, ale trzeba bardzo ciężko i długo pracować. Wiąże się to z brakiem czasu dla siebie i rodziny, przepracowaniem. Coraz częściej u lekarzy rozpoznaje się tzw. syndrom wypalenia zawodowego. W PRL-u też prawie wszyscy pracowali na dwóch etatach, żeby utrzymać swoje rodziny.

W Polsce, ale i w żadnym innym kraju nie wymyślono jeszcze dobrego rozwiązania dla ochrony zdrowia. W 2010 roku mają wejść najnowsze zmiany, które ograniczają zakres działania lekarzy rodzinnych. Na pewno oszczędzi się na badaniach dodatkowych, ale nikt nie myśli co będzie z chorymi, szczególnie wiekowymi, cierpiącymi jednocześnie na kilka chorób. Podejście holistyczne do medycyny, które jest bardzo korzystne dla pacjentów, zostanie zupełnie zrujnowane.

Po 65. latach w Polsce zmieniło się tak wiele. Postęp nauki i techniki w ostatnim czasie zrewolucjonizował też medycynę. Zmieniło się i ulepszyło diagnozowanie, wyniki leczenia i zapobiegania wielu chorób, jednak wiąże się to ze znacznym wzrostem kosztów. Niestety, zmienił się też status zawodu lekarza. Status zawodu w hierarchii społecznej. Lekarze stali się świadczeniodawcami i part-

Na pewno medycy są obecnie bardziej wykształceni, mają możliwości kontaktowania się z całym światem. Są wolni, mają prawo wyboru, ale... wielu z nich nie wie, że my mieliśmy przydział pracy i że nie było izb lekarskich, tylko jeden związek zawodowy pracowników służby zdrowia. Mieliśmy również ograniczenia polityczne.

nerami pacjentów (świadczeniobiorcami). Zmienili się również lekarze, jak całe społeczeństwo, inny jest ich stosunek do pracy i do pacjentów. Pacjenci są bardziej agresywni i wymagający. Prawa pacjenta i rzecznik praw pacjenta stanowią zabezpieczenie dla pacjentów przed pracownikami ochrony zdrowia. Na pewno medycy są obecnie bardziej wykształceni, mają możliwości kontaktowania się z całym światem. Są wolni, mają prawo wyboru, ale... wielu z nich nie wie, że my mieliśmy przydział pracy i że nie było izb lekarskich, tylko jeden związek zawodowy pracowników służby zdrowia. Mieliśmy również ograniczenia polityczne. Uczono nas, że pierwszą najważniejszą sprawą jest wysłuchanie pacjenta, rozmowa z chorym. Dziś nie ma na to czasu... Przede wszystkim ten

mankament jest główną przyczyną nieporozumień w relacjach lekarz-pacjent. Drugim „grzechem” obecnych czasów w mojej skromnej obserwacji jest ignorowanie doświadczeń starszych lekarzy. Tytuły naukowe można zdobyć własną ciężką pracą, ale doświadczenie w zawodzie lekarza tylko długotrwałą obserwacją, pokorą, zasięgnięciem rad innych w razie nawet cienia wątpliwości. Lekarz ma do czynienia z najcenniejszą rzeczą, czyli zdrowiem i życiem drugiego człowieka – a więc twierdzenie, że zdrowie chorego najwyższym prawem (łac. „*salus aegroti suprema lex*”) nie zmieniło się i nie zmieni.

Należy dodać, że nastąpiła wielka zmiana. Zaprzeszczano używania łaciny w medycynie, dzięki której mogli się

porozumieć w całym świecie lekarze. Wprowadzenie rozpoznań chorób w języku ojczystym ogranicza te możliwości, choć ułatwia pacjentowi zrozumienie. Ostatnie lansowanie rozpoznań pisanych w wersji skrótów literowych jest chyba wielkim nieporozumieniem. Skrótów te nie tylko pochodzą z języka angielskiego, ale również polskiego i nie sposób jest, żeby każdy lekarz posiadający różne specjalności je zapamiętał.

Po 65. latach akademickiego nauczania medycyny w Lublinie, obecnie Uniwersytet Medyczny w Lublinie jest uczelnią kształcąca nie tylko Polaków, ale również studentów anglojęzycznych z 49 krajów świata. Nie odbiega od renomowanych wydziałów lekarskich na świecie.



Moje okupacyjne drogi i spotkania

Mówi prof. Irena Modzelewska:

„-Człowiek nie jest w stanie pojąć, ile siły, energii, a przede wszystkim odwagi potrafi wykrzesać z siebie, kiedy jest do tego zmuszony”.



Profesor Irena Modzelewska

PROF. DR HAB. IRENA MODZELEWSKA
LUBLIN

Był rok 1939. Właśnie 13 maja zdałam maturę w najlepszym żeńskim gimnazjum im. Unii Lubelskiej w Lublinie. W nagrodę miałam we wrześniu płynąć Batorym (największy statek wycieczkowy w owym czasie) na fiordy norweskie. Niestety, wojna „wisiała już w powietrzu”. Niemcy hitlerowskie żądały części naszych ziem z Gdańskiem, żeby stworzyć Korytarz do Prus Wschodnich. Społeczeństwo polskie, które tak krótko cieszyło się wolnością, oddawało Państwu wszystko co miało wartość, biżuterię, oszczędności, medale, żeby można było kupić jeszcze jeden samolot, jeszcze jedną łódź podwodną.

Mieszkaliśmy wtedy przy ulicy Wieniawskiej 7, w jednej z willi należących do Urzędu Wojewódzkiego, gdzie mój ojciec pracował jako radca prawny.

Pierwszego września Niemcy wkroczyli do Polski, rozpoczęła się okrutna i krwawa wojna. Bardzo szybko dotarli do Lublina. Zajęli przede wszystkim Urząd Wojewódzki tworząc w nim „Distrikt Lublin” i zabrali w charakterze zakładników najwyższych rangą urzędników mieszkających w tych willach. Część wypuścili po pewnym czasie, szczęśliwie i mojego ojca.

Zima w 1939 roku była wyjątkowo surowa, śnieżna i bardzo mroźna. Niemcy szybko sprowadzili z Rzeszy swoich urzędników, potrzebne były więc dla nich mieszkania i w środku zimy zaczęli wysiedlać ludzi właśnie z okolicznych willi. W ciągu kilkunastu godzin trzeba było opuścić mieszkania. Nie było wtedy jeszcze kaloryferów, tylko piece węglowe, więc najpierw należało usunąć z piwnicy wę-

giel, a potem ile się zdążyło, meble, garderobę i cenniejsze rzeczy. Na szczęście dostaliśmy zastępcze mieszkanie blisko, bo przy ulicy Wieniawskiej 6 w bloku po wysiedlonej na ulicę Lubartowską Żydówce, właściciele mydlarni.

Powstawały nowe urzędy, coraz więcej było potrzeba mieszkań w śródmieściu dla stale napływających Niemców. Utworzono getto dla Żydów, opróżniono ulicę Lubartowską i nas po raz drugi wyrzucono z ul. Wieniawskiej 6 na ul. Lubartowską 14. Kamienica była stara, pełna szcurków wielkości małych kotów, a mieszkanie po usuniętych do getta Żydach potwornie zapluskwione.

Już po skończonej wojnie, właśnie ulicą Lubartowską wracała armia radziecka do Związku Radzieckiego i po drodze próbowali rabować mieszkających tu Polaków. Spotkało to także moją rodzinę. Babcia, słysząc dzwonek do drzwi otworzyła je, ale szczęśliwie po założeniu łańcucha. W tym momencie „wyrosła” przed nią lufa pepeszy i kategoryczne „otwierać”. Powiedziała, że nie może otworzyć, bo lufa karabinu nie pozwala. Żołnierz wyjął lufę, a Babcia przytomnie natychmiast zatrzasnęła drzwi. W tym momencie padł strzał i kula przeleciała obok głowy mojego brata, który stał w korytarzu. Wtedy ja otworzyłam okna i zaczęłam krzyczeć „ratunku mordują”. Całe szczęście, że na Zamku Lubelskim stało wtedy NKWD oraz polska Milicja, mieszkanie nasze było na trzecim piętrze, więc głos dobrze się roznosił i po kilkunastu minutach była już Milicja, ale oczywiście rabuś nie czekał i zdążył już uciec.

Ale po tej krótkiej dygresji wrócimy jeszcze do czasów okupacji niemieckiej.

Wojna nadal trwała. Ojciec pomimo, że znał bardzo dobrze język niemiecki, bo pochodził ze Lwowa, czyli z zaboru austriackiego i na uniwersytecie lwowskim ukończył prawo, nie chciał pracować dla Niemców. Żyliśmy z wyprzedzący co cenniejszych rzeczy oraz gotówki, którą mieliśmy po sprzedaniu posiadłości po dziadku – Węgrze – pod Budapesztem. Zmarł on na początku 1939 roku i ojciec ze względu na możliwą wojnę, nie umieścił pieniędzy w banku. W międzyczasie mnie złapano na ulicy w częstych wtedy „ulicznych łapankach” i dzięki temu, że uczyłam się w gimnazjum i liceum języka niemieckiego uchroniło mnie to przed wywozem na roboty rolne do Rzeszy.

W gimnazjum można było wybrać język niemiecki lub francuski i mój ojciec kazał mi wybrać niemiecki, bo przede wszystkim należy znać język sąsiadów. Ojciec mój był bardzo mądrym człowiekiem i jego rady w wielu przypadkach uchroniły mnie od tragedii życiowych.

Przydzielono mnie do pracy w Związku Młynarzy, gdzie pracowało tylko dwóch Niemców, a resztę stanowili Polacy. Okrutna wojna trwała nadal. Jednak młodość ma

Okrutna wojna trwała nadal. Jednak młodość ma swoje prawa, jest tylko jedna w życiu. Nie można było studiować, nie było oczywiście żadnych publicznych zabaw, ani spotkań, więc wymyślano tzw. „prywatki”

swoje prawa, jest tylko jedna w życiu. Nie można było studiować, nie było oczywiście żadnych publicznych zabaw, ani spotkań, więc wymyślano tzw. „prywatki”. Tak to wyglądało, jak wyśpiewał Pan Gąsowski. Były one najczęściej składkowe i u kogoś, kto miał większe mieszkanie. Na jednej z nich poznałam młodego lekarza Janusza Modzelewskiego, który uciekł z Warszawy do Lublina, kiedy to „cudem” udało się mu wydostać z więzienia „Na Pawiaku”, gdzie siedział za przynależność do konspiracyjnej organizacji. W Lublinie miał ciotkę i u niej się zatrzymał. Zaczął nawet pracować w Szpitalu przy ul. Staszica u dr. Zakrysia, który później został profesorem, ale gdy dostał „cynk”, że pytało o niego gestapo, prysnął do Kazimierza Dolnego, a następnie aż do Michowa, pow. Lubartów, gdzie brak było lekarza w Ośrodku Zdrowia, a gdzie stała Żandarmeria niemiecka. Naokoło Michowa są olbrzymie lasy ciągnące się od Lubartowa aż do Puław i w nich ukrywali się Partyzanci wszystkich formacji, ale także bandy rabusiów i morderców różnego autoramentu oraz Żydzi w ziemiankach. Były napa-

dy na żandarmów i lekarz był Niemcom potrzebny, więc Gestapo przestało się nim interesować i tu zakotwiczył się aż do powołania go do II Armii Wojska Polskiego.

W 1942 roku wyszłam za mąż, ale mieszkałam u rodziców w Lublinie. Po kilku miesiącach pracy męża w Michowie, jedyna pielęgniarka z Ośrodka Zdrowia zachorowała na otwartą gruźlicę i została hospitalizowana na oddziale gruźliczym w Lublinie. Mąż został bez pomocy, a pracy miał mnóstwo. Rano przyjmował w Ośrodku, po południu jeździł furmanką do obłożnie chorych, a nocą do Partyzantów w lesie i innych „leśnych ludzi”. Uprosił mnie, bym przyjechała, bo nie jest w stanie sam jeden tytu pacjentów załatwiać. Oczywiście, jako świeżo poślubiona małżonka nie mogłam odmówić.

Nigdy nie mieszkałam na wsi, była wojna, rabunki, morderstwa, brak jakiegokolwiek komunikacji, panujący tyfus plamisty, świerzb i podróż do Lublina tylko furmanką. Mąż bardzo szybko nauczył mnie wszystkich czynności, które musi spełniać pielęgniarka w Ośrodku Zdrowia na wsi. Wszystkich rodzajów wstrzyknięć, opatrunków, mierzenia ciśnienia krwi. Asystowałam przy tak zwanej „małej chirurgii” itd. Pracowałam oczywiście społecznie, czyli za darmo, ponieważ nie byłam ani lekarzem, ani pielęgniarką, więc nie mogłam zostać zatrudniona.

W międzyczasie Sowieci napadli na Polskę, zajęli Lublin, doszli do prawobrzeżnej Warszawy i stanęli. Wybuchło Powstanie Warszawskie, Sowieci czekali aż Niemcy zniszczą Polaków i Warszawę i dopiero po jego upadku ruszyli na zachód. Ogłoszono pobór Polaków do II Armii Wojska Polskiego. Powołano oczywiście i mego męża. Do-

tyczyło to także lekarzy z okolicznych miejscowości tak, że do najbliższego lekarza było 25 km do Puław lub do Lubartowa. Oczywiście nie było Pogotowia Ratunkowego, nie było samochodów, trzeba było jechać furmanką, najczęściej jednym koniem. „Blady strach” padł na ludność miejscową oraz wysiedleńców, którzy osiedlili się w Michowie, wysiedleni z terenów przyłączonych do Rzeszy. Mój mąż, lekarz z powołania, oddany pacjentom ubolewał nad tym, co stanie się zwłaszcza z chronikami np. astmatykami lub chorymi na serce. Nie było obecnie stosowanych leków przeciwalergicznym, jedyne co ratowało przed śmiercią w ciężkim ataku astmy, to glukoza z adrenaliną podana dożylnie.

Miejscowa ludność, gdy dowiedziała się, że mąż odchodzi do wojska, prosiła go, by namówił mnie, żebym została w Michowie, ponieważ wiedzieli już, że potrafię wykonywać wszystkie czynności pielęgniarskie.

Ja absolutnie nie miałam ochoty zostać, wojna trwała nadal, szykował się przemarsz wojsk radzieckich, także przez Michów. Niedawno był tutaj napad na gminę, zabito wójta i podpalamo budynek, a od niego pożar przeniósł się na okoliczne budynki. Wszyscy mężczyźni uciekli do lasu przed represjami ze strony Niemców, a mąż został, bo musiał ratować rannych Polaków i żandarmów niemieckich. Słychać też było o napadach rabunkowych z morderstwami na okoliczne dwory.

Ja byłam bardzo młodą osobą z małym niemowlęciem w zupełności mi obcym środowisku, nie wyobrażałam sobie pobytu tutaj bez męża. Całe szczęście, że mąż nie był pazerny i przynajmniej połowę pacjentów leczył za darmo. Nigdy, jak inni lekarze nie brał w zastaw kenkarty (dowód osobisty w czasie okupacji niemieckiej), ani innego zastawu, gdy co drugi pacjent mówił, że nie ma pieniędzy nawet na symboliczną opłatę w Ośrodku Zdrowia. Z tego powodu cieszył się sympatią i poważaniem miejscowej ludności i nigdy, w przeciwieństwie do lekarza weterynarii i aptekarza, nie spotkało nas nic złego.

We wrześniu 1944 roku mąż wyjechał do 34 Pułku Piechoty, 8 Dywizji II Armii Wojska Polskiego, do którego miał przydział. Organizował się on między miejscowościami Skolimów – Roguziec i Sosenki – Jajki w okolicznych lasach pod miejscowością Mordy. W ziemiankach o podmokłym terenie kwaterowało około 50 żołnierzy śpiących „pokotem” na słomie przykrytej wojskowymi pelerynami. Brak było koców, a nieliczne które były nie dawały ciepła. Tylko „naczalstwo” Dywizji i Pułków 32, 34 i 36 kwaterowało w nędznych przeważnie chałupach okolicznych mieszkańców. Umundurowanie stanowiły drelichowe mundury, letnia bielizna i marne, w połowie również drelichowe buty.

Jak na złość październik 1944 roku był mroźny, często padał śnieg lub deszcz, co jeszcze pogarszało przez nadmierną wilgotność, warunki zdrowotne żołnierzy. Wyży-

wienie było jednostajne i skąpe, przeważnie tylko koncentraty i kasza jaglana, zniechęcona przez wszystkich. Ponieważ większość żołnierzy tworzyli partyzanci i tak już niedożywieni i zmęczeni ukrywaniem się w lesie, szerzyły się masowo choroby przebiegniowe, świerzb, wszy i rzeżączka.

Było mało leków. Na schorzenia bakteryjne był tylko radziecki „sulfidin” (odpowiednik naszego sulfathiazolu), który niestety działał także na rzeżączkę i zdarzało się, że chory nie otrzymywał go, bo niczym dotarł do nich, już został „na lewo” sprzedany na rzeżączkę. Świerzb leczono maścią z trotylem ze względu na zawartą w nim siarkę. Nic dziwnego, że pewnego dnia w październiku dostałam „pocztą pantoflową” (wtedy słusznie wszystko było tajne), że mąż jest ciężko chory na zapalenie płuc i miałam zgłosić się do pewnego oficera w Mordach, gdzie otrzymałam dalsze wiadomości, jak do niego dotrzeć. Jedy-

możliwością dotarcia do Mord było stanie, czasem bardzo długo, na szosie, którą jeździły radzieckie ciężarówki i czekać na okazję. Kierowcom nie wolno było przewozić ludności polskiej, dlatego czasem czekanie na okazję było długotrwałe. Na skrzyżowaniach stały żołnierze – kobiety radzieckie z pepeszami i jeśli kierowca się nie zatrzymał, strzelały po oponach. Ponieważ od opon do człowieka było bardzo blisko, eskapada w każdej chwili mogła stać się ostatnią dla delikwenta. Poza tym byłam młodą kobietą i taka jazda mogła skończyć się dla mnie jeszcze w inny sposób. Widocznie miłość do niedawno poślubionego męża była bardzo silna, gdyż natychmiast zdecydowałam się na taki „autostop”. Stałam na rynku w Michowie, którędy biegła szosa z Puław

do Lubartowa i czekałam na okazję. Pojawiła się po pewnym czasie ciężarówka, zatrzymałam ją, zgodziłam się na kwotę okupacyjnych pieniędzy jaką zażądał i obiecał, że zawiezie mnie na rynek w Lubartowie, gdyż dalej jedzie w kierunku Lublina. Kazał dać także z góry pieniądze, wszedł do znajdującej się obok restauracji, wyszedł z półlitrowką z czerwoną kartką (łatwa do zdobycia wszędzie okupacyjna wódka) i wypił? butelki, otworzył kłapę tylną i kazał wsiadać. Podróż wydała mi się zbyt ryzykowna, więc powiedziałam, że zapomniałam zabrać kenkartę (okupacyjny dowód osobisty) i muszę zrezygnować z podróży. Zamiast się ucieszyć, że może pozbyć się „trefnego” pasażera, złapał mnie za rękę i kazał natychmiast wsiadać, bo „on radziecki żołnierz wziął pieniądze, przepił i musi zawieźć mnie do Lubartowa”. Wsadził mnie na siłę do ciężarówki, zapiął kłapę i ruszył. Zobaczyłam, że na ciężarówce są żelazne „dyskamery” służące do odwszawiania mundurów. Bałam się, że mogą przy szybkiej lub krętej jeździe przesunąć się, przewrócić i przygnieść mnie. Zrobiłam rachunek sumienia, odmówiłam modlitwę, „kto się w opiekę odda Panu...” i właśnie zbliżało się skrzyżowa-

**Człowiek nie jest
w stanie pojąć, ile
siły, energii,
a przede
wszystkim
odwagi potrafi
wykrzesać
z siebie, kiedy
jest do tego
zmuszony**

nie. Niestety stał na nim „regulirowszczyk” w spódnicy. Kierowca dał gazu, dyskamery zaczęły się przesuwac, przejechał nie zatrzymując się przez skrzyżowanie i w tym momencie padły strzały, szczęśliwie niecelne. Dojechalismy do Lubartowa, było już ciemno, padał mokry śnieg. Kierowca zatrzymał się na rynku obok ławki i powiedział „wysiadaj”, otworzył tylną klapę, a ja nie mogłam wstać, zdawało mi się, że mam zupełnie miękkie jakby sparali-

obok w odległości kilku metrów ode mnie zobaczyłam, że idą 4 psy. Były jednakowej wielkości i wtedy uświadomiłam sobie, że pewnie to wilki.

Wiedziałam jednak, że w przypadku spotkania każdego dzikiego zwierza należy nie zwracać uwagi na niego i nie wykonywać żadnych gwałtownych ruchów. Szłam. One też szły na szczęście nie interesując się mną. Patrzyłam na nie kątem oka i czułam, że pot splywa mi po ple-



Pracownicy Szpitala Wojskowego w drodze na pochód 1-Majowy. Na czele, w pierwszym szeregu dr Janusz Modzelewski

żowane nogi, widocznie ze strachu. Pomógł mi zejść, posadził na ławce i odjechał w kierunku Lublina. Po dłuższej chwili mogłam już stanąć na nogach, ale teraz ogarnął mnie strach, że jest ciemno, zimno i mogę zamarznąć czekając na okazję. Teraz musiałam dojechać do Mord. Ponieważ formowała się tam duża jednostka wojskowa pocieszałam się, że musi być zwiększony ruch między Lublinem a Mordami. Po około godzinie udało mi się znaleźć etycznego kierowcę, jechał do Mord.

Oficer, do którego się zgłosiłam w Mordach, bardzo się zmartwił, że nie będę mogła przenocować tu, ponieważ wszystko co możliwe jest już zajęte przez 8 Dywizję. Natomiast droga do kwater 34 pułku prowadzi niestety przez las i liczy kilka kilometrów. Odprowadził mnie do skraju lasu, pokazał drogę i nie pozostało mi nic innego jak iść. Nigdy do tej pory nie byłam sama w lesie, nawet za dnia, cóż dopiero w nocy. Uszłam już około 2-3 kilometry, gdy

each, oczywiście ze strachu. Tak towarzyszyły mi jeszcze przez jakiś czas i odeszły.

Idąc dalej zaczęłam słyszeć pojedyncze wystrzały w stosunkowo niedalekiej odległości. Po pewnym czasie zobaczyłam wartownika, widziałam, że był zaskoczony – „stój, bo strzelam” wykrzyknął. „Skąd się pani wzięła i jak przeszła przez las, gdzie jest ostre strzelanie?”. „Jakoś doszłam. Skoro mnie pan widzi. Widocznie żołnierz strzela, ale Pan Bóg kule nosi” – odpowiedziałam.

Wreszcie trafiłam do męża. Widać było, że ma bardzo wysoką temperaturę, ledwo mnie poznał, ucieszył się bardzo, ale nie miał siły mówić. Opiekował się nim sanitariusz, już starszy wiekiem, pochodzący w Wileńszczyzny o nazwisku Papakul. Pamiętam go do chwili obecnej, bo on uratował mężowi życie. Gdyby nie on, mąż by nie przeżył – stawiał mu bańki, robił jakieś okłady, opukiwał mu plecy i to było całe leczenie, ponieważ przydzielona mężowi sulfidyna nie dotarła do niego. Po drodze musiała zostać sprzedana na rzeźączkę. Przesiedziałam przy mężu całą noc i rano, pomimo straszliwego zmęczenia, cięż-



Prof. Irena Modzelewska ze współpracownikami z Kliniki Obserwacyjnej

zatrzymania się tam, a poza tym spieszno mi było także do maleńkiego dziecka zostawionego pod opieką babci i Michowie. Inny sanitariusz wyszukał mi okazję do Lubartowa, dokąd dojechałam bez przygód. Teraz musiałam czekać na szosie w kierunku Michowa. Gdy doszłam do krzyżówki czekały tam dwie kobiety i one namówiły mnie, żebym poszła z nimi piechotą do Michowa, ponieważ czekają już 2 godziny i nie jechała ani jedna ciężarówka. Z chęcią się zgodziłam, bo ciągnęło mnie do dziecka. Nigdy już przedtem ani potem nie przeszłam 25 km.

Gdy dowiedziałam się, że w październiku 1944 roku utworzono Wydział Lekarski przy Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, a ja byłam już mocno opóźniona w możliwości studiowania, chciałam natychmiast je rozpocząć. Niestety było już za późno na przeprowadzkę do Lublina, załatwienie formalności z rozpoczęciem studiów. Nie zgłosił się także żaden lekarz do pracy w Ośrodku Zdrowia Ludzie nawet słyszeć nie chcieli, że mogą ich opuścić. Zawiązały się także serdeczne stosunki pomiędzy mną, a miejscową ludnością i ciężko byłoby mi opuścić ich w tak krytycznych czasach. Zgodziłam się zostać. Musiałam jednak sprowadzić moją babcię do Michowa, by pomogła mi w opiece nad moim małym synkiem.

ką, pełnego stresów podróżą, wygłodzona musiałam opuścić ciężko chorego męża, bo nie było możliwości

ofensywa Armii Radzieckiej na froncie od Bałtyku po Karpaty. Z lasu roguzieckiego wyrusza 34 pułk piechoty na front, a z nim mój mąż. Kierunek marszu – Mordy, Siedlice, Warszawa.

W końcu lutego pułk wyruszył z Warszawy na zachód. W międzyczasie otrzymałam wiadomość od męża z Warszawy, żebym przyjechała, ponieważ wyrusza na front, chce się pożegnać i oddać mi niewielkie pieniądze z żołdu. Oczywiście pojechałam. Podróż była niesamowita, ale jest to temat osobną epopeją.

Mąż, przez cały czas walk był w pierwszej linii frontu. Często, w przypadku braku sanitariuszy ściągał na własnych plecach rannych żołnierzy. Najcięższe walki trwały pod Budziszynem (niemieckie Bautzen), gdzie mąż doznał urazu akustycznego i przez kilka dni nic nie słyszał, a sanitariuszowi, który z nim był urwało nogę. Słuch po kilku dniach powrócił, ale w dalszym życiu słuch stale się pogarszał, aż zupełnie go stracił. 34 pułk piechoty otrzymał później nazwę „budziszynskiego”. Za bohaterstwo, dzielność i nienaganną służbę na froncie został mąż odznaczony Krzyżem Grunwaldu III klasy (najwyższa klasa dla indywidualnych żołnierzy frontowych).

Mimo upływu terminu kapitulacji 9 maja, oddziały niemieckie nie składały broni i kontynuowały dalszy opór. Walki trwały nadal. Po ustaniu walk trzeba było zabezpieczyć nowe granice Polski do czasu, aż frontowe oddziały zastąpią inne jednostki. Ale dla 8 Dywizji, a wraz z nią dla

Oczywiście mój pobyt w Michowie nie ograniczył się tylko do robienia zastrzyków. Dorośli, a zwłaszcza dzieci chorowali na różne choroby. Były też urazy spowodowane maszynami rolniczymi, a także żywym inwentarzem, przeważnie przez konie.

Nieocenioną pomocą była dla mnie 10-tomowa Encyklopedia Zdrowia, a także pomoc miejscowego aptekarza mgr Bruzgielewicza w zakresie leków. Leków brakowało i leczenie opierało się głównie na lekach recepturowych, a magister będąc już w starszym wieku znał ich bardzo wiele, bo gotowych leków, nawet przed wojną, było kiedyś bardzo mało.

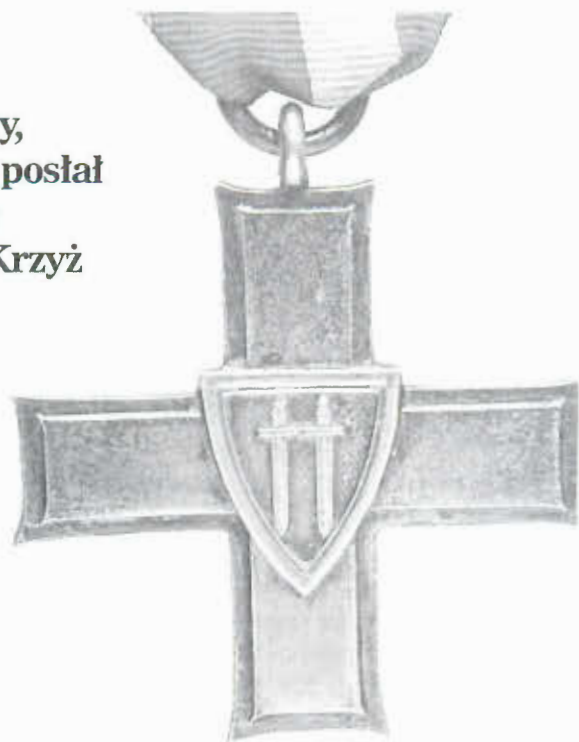
Nie miałam kłopotów z położnictwem i ginekologią, bo była dobra w swoim fachu, położna pani Kordowska.

Szczęście mi sprzyjało, nikt leczony przeze mnie nie zmarł, w porę ciężkie przypadki odsyłałam do szpitali w Lubartowie, Puławach lub Lublinie. W Puławach ordynatorem oddziału chirurgicznego był wtedy pan docent, a później profesor Skubiszewski, wspaniały praktyk i naukowiec wysiedlony z Poznania.

To wszystko spowodowało, że zdecydowałam się, że będę zdawać na Wydział Lekarski w następnym 1945 roku.

14 stycznia 1945 roku rozpoczęła się

**Mąż był człowiekiem skromnym.
Do książki o losach 34 pułku piechoty,
z którym przeżył cały czas wojny, nie posłał
nawet zdjęcia swojego, bo uważał, że
najlepszym powodem do dumy jest Krzyż
Grunwaldu, który otrzymało
tylko 5 żołnierzy tego pułku**



34 pułku piechoty to jeszcze nie był koniec działania. Naczelne Dowództwo Wojska Polskiego przerzucało 8 Dywizję z zachodu na południowo-wschodnie ziemie Polski, w Bieszczady koło Sanoka. Tam żołnierz polski miał zluźwiać wojska radzieckie na styku trzech granic Państwowych Polski, Czechosłowacji i Związku Radzieckiego. Termin wymiany ustalono na 15 lipca. W tym czasie grasowały na terenie Bieszczad liczne bandy UPA i grupy WiN, napadające na tereny przemysłowe, stacje kolejowe, drogi i wsie, rabując, mordując i terroryzując miejscową ludność. Wojsko miało pomóc organom bezpieczeństwa i milicji w zabezpieczeniu spokoju. Służba, w takich warunkach była bardziej niebezpieczna niż na froncie. Nigdy nie było wiadomo, gdzie banda napadnie, a dostanie się w ich ręce groziło bezwzględnie męczeńską śmiercią.

W czasie częściowej demilitaryzacji mąż starał się o przydział do Lublina. Niestety, nie było wolnego etatu. Dostał przydział do batalionu saperów w Puławach. Po pewnym czasie do 7 pułku piechoty w Lublinie, gdzie czekał na zwolnienie się jakiegoś etatu w Wojskowym Szpitalu w Lublinie. Ponieważ zwolnił się etat w Zakładzie Radiologii rozpoczął tam pracę, zrobił I i II stopień specjalizacji pracując na starej, siejącej szkodliwe promienie aparaturze, naraził się na następne inwalidztwo. Tutaj pracował do chwili przejścia w stan spoczynku, mimo, że składał kilka razy raporty o zwolnienie z wojska. Mąż pracował nie oszczędzając się przed szkodliwymi promieniami, żeby tylko ustalić przyczynę choroby nawet kosztem własnego zdrowia, a nawet życia.

Mąż był człowiekiem skromnym. Do książki o losach 34 pułku piechoty, z którym przeżył cały czas wojny na pierwszej linii frontu oraz akcji w Bieszczadach, nie posłał nawet zdjęcia swojego, bo uważał, że najlepszym powodem do dumy jest Krzyż Grunwaldu, który otrzymało tylko 5 żołnierzy tego pułku, w tym lekarz, być może jedyny w całej 8 Dywizji, a może nawet całej II Armii Wojska Polskiego.

O wszystkim co opisałam, a dotyczyło Wojskowego Szpitala w Lublinie, mogą poświadczyć lekarze, którzy wiele lat pracowali z mężem i nawet obecnie pracują.

Drugim dowodem jest książka o losach 34 Pułku Piechoty 8 Dywizji II Armii Wojska Polskiego, nazwanego po wojnie Budziszynskim, ze względu na najcięższe walki jakie pułk stoczył pod Budziszynem.

Nawiązane serdeczne kontakty z ludnością gminy Michów ciągnęły się nawet po wojnie, jeszcze przez wiele lat. Wierzyli nam bezgranicznie. Radzili się nas do jakiego lekarza w Lublinie mają się udać ze swoją chorobą, a często przychodzili pytać, czy dobrze wypisane lekarstwa. Dzieci, wymagające leczenia klinicznego przyjmowałam do Instytutu Pediatrii. Jeszcze obecnie, 63 lata po wojnie, ludzie z tamtych stron poznają mnie i czy to na ulicy, czy w środkach komunikacji, podchodzą, wspominają nasz pobyt w Michowie i dziękują za leczenie. Śledzili cały ten okres moją karierę naukową i z okazji uzyskiwania przeze mnie stopni naukowych przysyłali gratulacje. Pamiętają o życzeniach świątecznych i imieninowych. Ta długa pamięć, zwłaszcza o mnie najbardziej mnie wzrusza, że doceniają, że rezygnowałam często z własnych planów życiowych, by nie zostawić ich bez opieki. To właśnie jest ten miły ekwiwalent za tę część mojej młodości, spędzonej w czasie okupacji niemieckiej i podczas wojny wyzwolenczej wśród nich, w tak ciężkich, narażonych na niebezpieczeństwo, a nawet na utratę życia, czasach.

A ja obecnie, już jako doświadczony lekarz – specjalista i profesor, nie odważyłabym się, robić to, do czego zmusiły mnie okoliczności. Było to leczenie ludzi, a zwłaszcza dzieci, wykonywanie całej tzw. „małej chirurgii” z szyciem ran, oskałpowanej skóry głowy po kopnięciu przez konie, no i oczywiście wykonywanie wszelkich opatrunków i wstrzyknięć. Człowiek nie jest w stanie pojąć, ile siły, energii, a przede wszystkim odwagi potrafi wykrzesać z siebie, kiedy jest do tego zmuszony.

Piśmiennictwo: M. Juchniewicz i S. Rzepki – Szlakiem 34 Budziszynskiego Pułku Piechoty 1961, strony 33, 288, 380, 405.

Jak stracić przyjaciół?

Jest wiele sposobów. Jednak najskuteczniejszym jest wspólna, dłuższa podróż za granicę na wczasy dwoma, lub większą liczbą samochodów.

PROF. DR HAB. LESZEK SZCZEPAŃSKI*
LUBLIN

Wyjeżdżamy do Jugosławii na miesięczny urlop samochodami z przyjaciółmi – na twarzy mojego kolegi malowała się nieukrywana radość z planowanej atrakcyjnej wycieczki – już cieszę się na to, co zwiedzimy.

– Znam tych przyjaciół?

– Nie. Ale to wspaniali ludzie. Mili, uczynni, koleżeńscy. Na pewno będzie nam razem cudownie!

Rzekłem ponuro, ale proroczo:

– Nazwiesz tych ludzi przyjaciółmi, jak wrócicie z podróży.

Były lata siedemdziesiąte, czas w którym nabyłem już dość bogate doświadczenie w wyjazdach zagranicznych samochodami. Dobrze już poznałem pułapki, jakie cze-

kały na przyjaźń w tych warunkach. Miałem prawo do sceptycyzmu.

– Jak wam się udał urlop? – zapytałem po jego powrocie.

– Było świetnie. Ciepła woda, piękne plaże. Pełny wypoczynek.

– A przyjaciele?

– Nie wiem. Rozstaliśmy się. Zresztą nie rozmawiamy ze sobą. Nie chcemy ich znać.

– O co poszło?

– O nic i o wszystko. O mnóstwo denerwujących drobiazgów, które nie sposób opisać.

– Możesz dać przykład?

– Na przykład – mówiliśmy im, że trzeba zaopatrzyć się w zawekowane kotlety. To oni uznali, że wystarczy wziąć kielbasę. Początkowo karmiliśmy ich naszymi kotletami, ale uznaliśmy, że nam nie wystarczy. Ich stwardniała, spleśniała kielbasa suszyła się na słońcu, a od nas rozchodziła się woń smażonych kotletów. To oni mieli pretensje o ten zapach.



**Nazwiesz tych ludzi
przyjaciółmi, jak
wrócicie z podróży...**

Wystarczy. Z tej opowieści już widać, że u podłoża konfliktu leżało między innymi także niedoświadczenie, zła organizacja i nie dopracowanie podróży w szczegółach. Banalna sprawa. Jest oczywiste, że w takich warunkach zawsze dochodzi do konfliktu. Chodzi jednak o to, że do konfliktu musi dojść także bez takich okoliczności.

Mechanizm, który do tego prowadzi, najlepiej przedstawić na wziętych z życia przykładach.

Wyobraźmy sobie dwie zaprzyjaźnione, kulturalne rodziny A i B. Doświadczeni podróżnicy. Wyjazd zaplanowany w szczegółach. Przygotowanie i zaopatrzenie niemal identyczne.

Pierwsze napięcia mogą już zdarzyć się na początku podróży. Umawiają się na przykład, że wyjazd nastąpi w piątek o 16. Niemal nie zdarza się, by obie rodziny były gotowe o wyznaczonej porze. Rodzina A może tak. Rodzina B tymczasem już trzeci raz przepakuje samochód i ciągle nie może wszystkiego zmieścić. Rodzina A czeka, denerwuje się, napięcie rośnie, dzwoni. Wreszcie wyjazd, opóźniony o półtorej godziny. Nie wykluczone, że przed wyjazdem rodzina B usłyszy kilka cierpkich uwag.

W stosunkach wewnątrz małżeńskich najlepszym lekarstwem na konflikt jest rozmowa między stronami. W stosunkach pomiędzy znajdującymi się w drodze, podróżującymi w dwóch samochodach rodzinami, taka rozmowa jest niemożliwa. Dwie izolowane, blaszane puszki na kołach, w których zaczyna się gotować. Eskalacja rodzącego się konfliktu zaczyna polegać na podsycających napięcie rozmowach w samochodach:

Rodzina A: – Z nimi tak zawsze! Teraz cały plan zawali się! Kiedy my będziemy na granicy? Nie lubię jechać po ciemku.

Rodzina B: – Co oni dzisiaj tacy wściekli? Przecież widzieli jak śpieszyliśmy się! Jak w zeszłym roku czekaliśmy na nich dwie godziny, to słowa nie powiedzieliśmy.

Rano sytuacja nieco odwrotna. Dziecko z rodziny A po śniadaniu zażyczyło sobie lody i wyjazd opóźnił się o 10 minut. Teraz napięcie jest większe w rodzinie B.

Jazda za granicą. Początkowo oba samochody trzymają się razem. Przejazd przez duże miasto. Światła na skrzyżowaniach. Korki. Samochód B jedzie pierwszy, przejechał skrzyżowanie na światłach, samochód A został za dużym ti-



**Było świetnie.
Ciepła woda,
piękne plaże.
Pełny wypoczynek.
– A przyjaciele?
Rozstaliśmy się.
Zresztą nie rozmawiamy ze sobą.
Nie chcemy ich znać.**

rem na skrzyżowaniu. B musi jechać, bo wszędzie zakazy zatrzymywania się i sznur samochodów. A rusza w pościg, ale na drugim skrzyżowaniu waha się, w którą stronę jechać. Skręca w lewo, B wcześniej pojechał prosto.

Nasi podróżnicy od 2 godzin bezskutecznie poszukują się w metropolii. W międzyczasie analizują sytuację:

A: – B zawsze musi tak pędzić i pędzić. Gdyby poczekał, nie zgubilibyśmy się.

B: – Gdzież się zagubił! Przecież musiał nas widzieć! Widziałaś go? Oglądałaś się? Nie pierwszy raz go zgubiliśmy, bo zawsze tak się wlecze. Chyba nie skręcił bez sensu w lewo, bo wtedy nie ma już szans, byśmy się odnaleźli.

Po krótkim czasie w obu samochodach nie ma wątpliwości, że całkowita wina jest po drugiej stronie.

Wreszcie już coraz mniej oczekiwane spotkanie. Krótkotrwała radość. Po chwili

li obie strony, niemal równocześnie zaczynają pytania od:
– Ale dlaczego wyście...?

Osad pozostaje, ale to dopiero początek podróży. Ciekawe ile razy jeszcze się zgubią nim dojadą do celu.

Opowiadano mi o dwóch rodzinach, które z awanturą rozstały się już na tym pierwszym etapie podróży. Już pierwsza utrata łączności kosztowała parę godzin. Szybciej jadący samochód musiał zawrócić wiele kilometrów. Maruderzy znaleźli się przy szosie, tuż nad brzegiem jeziora. Opalali się.

– Po co się tak śpieszycie? Tu tak ładnie.

Po każdym chwilowym zatrzymaniu się znajdującego się w tyle samochodu – „bo synek chciał siusiu” zwracania, próby odnajdywania się, nerwy. Rozstali się po kilkuset kilometrach.

* em. kierownik katedry i Kliniki Reumatologii AM/UM w Lublinie

To był przykład na złą wolę i niedopasowanie się podróżujących. Ale zostaliśmy przy – wydawało by się – życzyliwych sobie turystach.

Nie daj Boże, jeśli zdecydują się podróżować po Europie trzema samochodami bez żelaznego przestrzegania dobrze opracowanych reguł podróżowania. Taki błąd, nie mając jeszcze odpowiedniego doświadczenia turystycznego, popełniliśmy w roku 1969.

Już po kilkuset kilometrach wspólnej podróży przekonałem się, że najbardziej sfrustrowany jest jadący w środku. Obowiązkiem jego jest mieć obu pozostałych na oku. Tymczasem najpóźniej po kilkudziesięciu kilometrach, przemieszczająca się w sznurze wyprzedzających i zwalnających samochodów kolumna, na pewno niebezpiecznie rozsunie się. Środkowy musi wybierać – albo trzymać się pierwszego i zgubić ostatniego, albo pozwolić, by pierwszy uciekł – niech pędzi.

By zmniejszyć ryzyko zgubienia się ustaliliśmy, że z większych miast wyjeżdżamy razem, zbierając się na granicy miasta, przy tablicy z napisem nazwy miejscowości. Mimo tego, problemy zaczęły się przy wyjeździe z pierwszej większej węgierskiej miejscowości Nyiregyhaza. Mamy tu przystanek, ustalamy, że następny będzie w Miskolcu. Wyjeżdżamy razem. Jakoś dobrze się jedzie. Przy tablicy z napisem nazwy miasta zwalniam.



Była taka ładna łączka nad rzeczką...

– Jadą za nami? – pytam w samochodzie.

– Tak.

– Gdzie są?

– Za tym czerwonym.

– Widzą nas?

– Chyba widzą...

– Jedziemy dalej?

– Jedziemy!

Luźna szosa, dobra nawierzchnia. Jedzie się przyjemnie. Nie zatrzymujemy się chociaż, zgodnie z umową, powinniśmy. Po kilku kilometrach, widząc, że nasi przyjaciele za nami nie jadą, zwalniam aby nas dogonili. Wreszcie orientujemy się, że nie jadą. Czekamy.

– Wracamy te 20 kilometrów?

– A jeśli przez pomyłkę skręcili gdzieś w bok i całkiem pogubimy się?

– Co robić?

– Przecież wiemy, że mamy zatrzymać się w Miskolcu.

– To jedziemy do Miskolca i poczekamy w centrum. Oni wiedzą, gdzie zawsze zatrzymujemy się.

Czekamy bardzo długo, wreszcie po kilku godzinach są! Ale jacyż wściekli! Z trudem hamują się, by nie powiedzieć czegoś bardzo ostrego. Zасыpują nas pytaniami typu: „Ale dlaczego...?” i „Jak mogliście...?”

Czekali kilka godzin pod tablicą coraz bardziej tracąc cierpliwość. Jak się później dowiedziałem – dyskutowali. Głównie o nas. Nie najmilej. Wzajemnie podniecając się. Przyjęli nawet za prawdopodobne, że uciekliśmy celowo. Może przewozimy kryształ i chcemy tak sprzedać, by oni nie wiedzieli?

Nasza wina. Kajamy się. Zaręczamy, że nigdy nie zrobimy już takiego błędu. Zasada zatrzymania się pod tablicą będzie odtąd dla nas świętą.

Podczas wyjazdu z Belgradu znowu prowadzę kolumnę naszych samochodów. Na ulicach korki. Kierowcy jeżdżą ryzykancko i wszyscy używają klaksonów. Wjeżdżając na regulowane światłami skrzyżowanie orientuję się, że drogowskaz wskazujący jazdę wprost na Titograd dotyczył samochodów ciężarowych. Dla osobowych był skręt w lewo. Ale już za późno! Trójpasmówka. Zawrócenie możliwe za półtora kilometra. W międzyczasie stoimy na światłach. Pod tablicą z napisem „Beograd” naszych przyjaciół nie ma. Stoimy. Godzina, dwie, trzy. Zaczyna szarzeć. Trudno, ruszamy.

Następnego dnia pędzimy samochodem dalej od wczesnego świtu. Mijają godziny. Jest nam coraz bardziej przykro, bo zdajemy sobie sprawę, że wczasy spędzimy sami. Wprawdzie planując wycieczkę mówiłem kolegom, że rozpoczniemy zwiedzanie od samego południowego

krańca jugosłowiańskiego wybrzeża adriatyckiego w miejscowości Ulcinj, ale podejrzewałem (i słusznie!), że w ogóle o tym nie pamiętają.

Kolejna krótka noc na przydrożnym „dzikim” campingu i dalsze doganianie przyjaciół. Wkrótce zdajemy sobie sprawę, że na pewno teraz my jesteśmy z przodu.

Co robić? Przydaje się doświadczenie harcerskie. Zauważam, że w Jugosławii duże tablice informujące o nazwie miejscowości mają napis tylko z przodu. Od tyłu tablica jest jednolicie ciemno-szara. W Titogradzie kupuję paczkę kredy szkolnej do tablicy. Na szarych stronach tablic wypisuję sympatyczne, zabawne ksywy podróżujących rodzin: „Kisiulki!”, „Zezulki!” i poniżej: „Jedziemy do Ulcinj!”.

Zaprzyjaźnione rodziny zjeżdżają na nasz camping z blisko dwudniowym opóźnieniem. Po drodze odczytywali kolejne, pisane kredą, listy. Pretensje miesza się z okrzykami i odruchami prawdziwej radości.

– Dlaczego nie czekaliście pod tablicą w Belgradzie?

– A kto tam cię wie? Myśleliśmy, że to ty nie czekałeś i uciekłeś, tak jak na Węgrzech!

– Dlaczego nie nocowaliście w miejscu widocznym z szosy? Myśmily was gonili.

– Była taka ładna łączka nad rzeczką. Trochę dalej. Za pagórkiem. Postanowiliśmy tam rozbić namioty.

Opowiadano mi o terroryście, który wspólny wyjazd zaplanował dokładnie w domu i rozpiął na godziny. Gorzej, że z żelazną konsekwencją trzymał się tego planu

Później dowiaduję się, że kolega z drugiego samochodu właściwie zauważył mój błąd na skrzyżowaniu w Belgradzie, ale miał do mnie przetrwały uraz za pogubienie się na Węgrzech i dodatkową pretensję, że za szybko jadę, a on ciągle musi naśladować i denerwuje się.

– A niech jedzie, jak mu się tak śpieszy!

Powie może ktoś, że opisuję przykłady zwykłego braku koleżeństwa, a nawet złośliwości. Proszę jednak wczuć się w sytuację drugiej strony. Zdenerwowani wczorajszym zgubieniem. Niepewni naszej lojalności. Oszolomieni szumem motorów i klaksonów belgradzkich samochodów. Zmordowani upałem. Z otwartymi oknami i spalinami wewnątrz. W samochodach bez klimatyzacji.

Pobyt nad Adriatykiem upływał już bez zgrzytów pomiędzy rodzinami. No... prawie bez zgrzytów. Okazało się bowiem, że dwie rodziny chcą chodzić na dancing do pobliskich hotelowych restauracji, a trzecia nie. Ta drobna różnica wystarczy już, by zaczynał się zarysowywać nowy podział, tym razem w innym układzie. Ostrożnie! Trzeba łagodzić.

Z reguły planem jazdy kieruje jeden z kierowców. Może to być bardzo wygodne dla drugiego, szczególnie, jeśli nie lubi stałe siedzieć nosem w mapach i przewodnikach. A jeśli ten dominujący jesz-





— Nie daj Boże, jeśli zdecydują się podróżować po Europie trzema samochodami bez żelaznego przestrzegania dobrze opracowanych reguł podróżowania

cze jedzie pierwszy i łapie na siebie wszystkie kontrole drogowe, sytuacja taka jest prawdziwie do zaakceptowania. Przykra strona takiego układu polega na konieczności akceptacji stanu dominacji prowadzącego.

Byleby była ona do przyjęcia. Opowiadano mi o terrorście, który wspólny wyjazd zaplanował dokładnie w domu i rozpiął na godziny. Gorzej, że z żelazną konsekwencją trzymał się tego planu.

— Niestety, nie obejrzymy Monte Carlo – oświadczył terrorysta – bowiem zaplanowałem, że dziś nocujemy już za granicą.

Jeśli prowadzący jest bardzo pewny siebie, stale epatuje zdobytą z książek wiedzą i wykazuje, że ma znacznie lepszą orientację w terenie, niż jego kolega – dominacja może stać się dość przykra. W „podporządkowanym” samochodzie zaczynają się dyskusje:

– Co on tak się zachowuje, jakby był najmądrzejszy!

– Nawet z nami nie porozumie się, czy chcemy dalej jechać.

– Była taka ładna plaża po drodze, to nawet nie zwolnił.

– Z tą nieuzasadnioną pewnością siebie staje się naprawdę denerwujący.

Zdenerwowanie narasta, jeśli uczestnicy podróży są zmęczeni, niewyspani, rozczarowani, przegrzani upałem, jak to zdarzyło się nam kiedyś podczas dojazdu do Sorrento. Jazda bez odpoczynku od paru dni, przejazd wzdłuż wybrzeża Adriatyckiego drogami państwowymi, czyli przez setki skrzyżowań ze światłami, zaledwie parogodzinny nocleg w samochodach przycupniętych na półce skalnej na południowej stronie półwyspu Sorrento. Wreszcie przystanek na wzgórzu, na samym cyplu półwyspu. Widok wspaniały. Morze ze wszystkich stron, przed nami zatoka Neapolitańska. W oddali zarys Wezuwiusza.

– Ładna górka – zwracam się do przyjaciela nie bez cienia satysfakcji, że ją pierwszy zobaczyłem i że orientuję się w terenie.

– Ładna.

– Wezuwiusz.

– E tam.

– Powiadam ci – Wezuwiusz!

– Głupstwa gadasz. Zawsze tak musisz mądrzyć bez sprawdzenia czy masz rację?

Ma słuszość. Mogłem sobie odpuścić pokazanie swojej przewagi w zakresie orientacji w terenie. Potwierdzenie mojej racji tylko nasila napięcie, bowiem zwiększa poczucie mojej przewagi i poczucie przykrości u przyjaciela. A przecież i tak ja cały czas kieruję jazdą.

Wyjeżdżając planowaliśmy, że głównym miejscem docelowym naszej podróży będzie właśnie Sorrento. Wezniej w Polsce na pytania gdzie jedziemy nie odpowiadaliśmy, że do Włoch, tylko, że do Sorrento. Marzyliśmy o wypoczynku na złotych piaskach plaży w Sorrento.

Na miejscu rozczarowanie. Kilkupiętrowy szelf. Pionowa skała. Plaża tylko na deskach małego mołu, tak zatłoczonego, że trudno nie deptać innym po rękach. Na dobitkę camping wściekle zatłoczony. Z biedą jest miejsce tylko dla jednej rodziny. Aby walka o to miejsce nie poróżniła nas do końca, decydujemy się na rezygnację z marzeń i na dalszą podróż. Miał wtedy szczęście autor słów piosenki „Wróć do Sorrento”, że nie nawinął nam się pod rękę. Ale w obu samochodach aż się gotuje. Wzajemne żale dotyczą już kompletnych drobiazgów.

Tymczasem ja zaogniam sytuację. Następnego dnia rano, podczas zwiedzania ruin Pompei popisuję się wiedzą zdobytą z przewodników. Kolega nie wytrzymuje mojego mądrzenia się i narażam się na ostrą reprimendę.

Na szczęście tego dnia buforami napiętej sytuacji okazują się: ciepły wieczór, księżyc, cykadę, migotliwe światło świeczuszek na turystycznym stoliku i – co nie bez znaczenia – flaszczyka wina przyniesiona przez okoliczne, poczęstowane czekoladkami, dzieciaki. Z miejsca noclegu wyjeżdżamy w poczuciu szczęścia, radości i prawdziwej przyjaźni.

Powie ktoś, że w przytoczonej opowieści przesadnie wyeksponowałem rolę dominacji jako źródła napięć. Radzę jednak nie bagatelizować znaczenia czynnika poczucia zdominowania przez przyjaciół jako pułapki na przyjaźń podróżujących! To przykre poczucie może powstać z nieporównywalnie bliższego powodu. Oto przykład:

Jedziemy dwoma samochodami w daleką i ciekawą, 40-dniową podróż. Znajdujemy uroczę miejsca na noclegi przy szmerzących strumykach. Grzecznie czekamy, aż koledzy wybiorą sobie pierwsi miejsce na rozbicie namiotu. Ogólna harmonia.

– Tato – zwraca się później do mnie córka w czasie jazdy – Zauważyłeś, że oni pierwsi zawsze rozbijają obozowisko. My się jeszcze grzebiemy, a oni już rozkładają krzeselka i siadają. I zawsze z uwagą, że już nie mają co robić!

Fakt. A my się tak staramy. I jesteśmy tak dobrze zorganizowani. Co się więc dzieje? Wreszcie podpatrzyliśmy. Rozbijają namiot i nabijają materace jakby uczestniczyli w formule 1. Wielka szybkość, kosztem jakości. Dlaczego? Proste! Wykazują, że w tym są lepsi. Czerpią poczucie zadowolenia z własnej przewagi!

W samochodzie ustalamy z córką plan postępowania na dzisiejszy wieczór:

– Ty staniesz tak, po prawej stronie. Lewą ręką podajesz mi stelaż. Prawa noga wysunięta. Teraz wchodzisz do namiotu. Tylko kilka ruchów pompką do materaca – później poprawimy. Śledzie do namiotu wciskamy ręką – szkoda czasu na młotek. Szpilki – co druga.

Po wybraniu miejsca na namiot rzucamy się do roboty. Po dwóch minutach rozkładamy krzeselka turystyczne, siadamy i głośno wołamy:

– Czekamy na kolację!

Nasi przyjaciele są jeszcze w proszku. Dopiero montują stelaż. Pęczniejemy z dumy!

– Tato, popatrz! – zwraca mi uwagę córka. Kątem oka widzę, jak przedstawiciel młodszego pokolenia naszych przyjaciół ociera łzy porażki. Mamy satysfakcję. Postanawiamy jednak nie uczestniczyć więcej w tym wyścigu.

Chociaż czasami zdarzały się przejściowe napięcia i grzyty jeździliśmy zwykle w tym samym składzie. Z dwiema rodzinami wyjeżdżaliśmy na urlop zagraniczny wielokrotnie. Chyba z każdą z nich ponad 10 razy, chociaż zwykle nie z obiema równocześnie. Ale na początku lat osiemdziesiątych wybraliśmy się razem, „w trzy samochody”. Podróż przebiegała bez zakłóceń. Miły tydzień pobytu nad pięknym jeziorem Ochryd. Dalsza część czasów pod Lichothonem, a podnoża masywu Olimp.

– Poproś swego przyjaciela A, masz z nim przecież lepsze kontakty, – zwrócił się do mnie przyjaciel B – by mi

pożyczył 10 litrów benzyny, którą wozi w kanistrach. Przecież w Grecji i tak już tego nie wykorzystasz, a po wjeździe do Jugosławii zaraz mu zwrócę.

Przyjaciel A, jak każdy przezorny Polak, woził dodatkowe zbiorniki paliwa. Przyjaciel B wolął to miejsce w bagażniku wykorzystać bardziej racjonalnie. Teraz miało się okazać, że przyjaciel A woził to paliwo dla przyjaciela B. Z drugiej jednak strony odjechaliśmy nie daleko od granicy z Jugosławią i w znacznie droższej Grecji tej benzyny przyjaciel A i tak już nie będzie miał okazji wykorzystać i bezsensownie wwiezie do tańszej Jugosławii.

Masz babo placek! Przyjaciel B zmusza mnie do niezręcznej negocjacji. Jak ja tego nie lubię! Widać się więc jak przydepnięta dżdżownica, ale ten nalega. Najrozsądniej należało odmówić. Z naiwności i głupoty postanawiam negocjować, zakładając, że przyjaciel A na tej transakcji nie nie traci.

Przyjaciel A uświadamia sobie, że jeśli się zgodzi, będzie to oznaczało, że wiozł benzynę dla przyjaciela B. Wpada w złość i katorycznie odmawia. Nie mogę zaakceptować tej niekoleżeńskiej postawy. Wściekły na fiasco moich negocjacji, przestając panować nad emocjami i używam mocnych słów. Konflikt. Napięcie. Wzajemne poczucie niechęci.

Wkrótce jednak następuje serdeczne zbliżenie pomiędzy przyjacielem A, a przyjacielem B. Pozostaje jedynie tylko przez pewien czas głęboki uraz przyjaciela A do mnie.

W luźnej, towarzyskiej rozmowie opisałem ostatnio parę z tych zdarzeń koleżance, która nigdy nie podróżowała samochodem po Europie.

– Popatrz – zdumiała się – my myśleliśmy, że wasze podróże przebiegały bez zgrzytów, w sympatycznej atmosferze! A tu się dowiaduję takich strasznych rzeczy!

– Niewiele pomyliłaś się. To były wspaniałe wyjazdy. Byliśmy zgraną grupą. Prawdziwi przyjaciele. Nigdy poważnie nie pokłóciliśmy się. Z niecierpliwością oczekiwaliśmy kolejnego wspólnego wyjazdu. I tak przez 24 lata. Czy słyszałaś o takich, którzy tylekroć, lub chociażby dwa – trzy razy wyjeżdżali razem i nadal chcieli razem jechać? Ja w każdym razie nie.

Pisząc te słowa dedykuję je naszym przyjaciołom, z którymi nadal utrzymujemy bliskie, serdeczne kontakty. Na tyle wyjazdów, na pełne dwa lata spędzone w podróżach, nieporozumień było niewiele. Jestem dumny z naszych przyjaciół i z siebie, że nam się to udawało.

Moim celem było przedstawienie zwykle nieuświadamianych, licznych, potencjalnych źródeł konfliktów, nerwowych napięć i nieopanowania emocji u podróżujących wspólnie samochodami turystów. Gdyby wszyscy wyjeżdżający posiadali tę wiedzę, takie podróże byłyby dla wielu znacznie przyjemniejsze i nie kończyły się utratą przyjaciół.

Może jednak są to już spóźnione rady? Dziś już inaczej się podróżuje, korzysta z hoteli, komunikuje telefonami komórkowymi. Odnotujmy więc ten tekst jako zapis epoki, która przeminęła i chyba już nie wróci.

Republika Południowej Afryki

raj na ziemi, do którego chciałabym jeszcze wrócić...

Popularne stały się słowa piosenki Dżemu, że „w życiu piękne są tylko chwile...”, osobiście uważam jednak, iż to właśnie te chwile zmieniają nasze życie oraz sprawiają, że staje się ono piękniejsze i ciekawsze. Właśnie dzięki takiej chwili odbyłam jedną z piękniejszych podróży, zobaczyłam cudowne miejsca, poznałam wspaniałych ludzi – przeżyłam niezapomniane przygody

MGR JUSTYNA CHMIEL

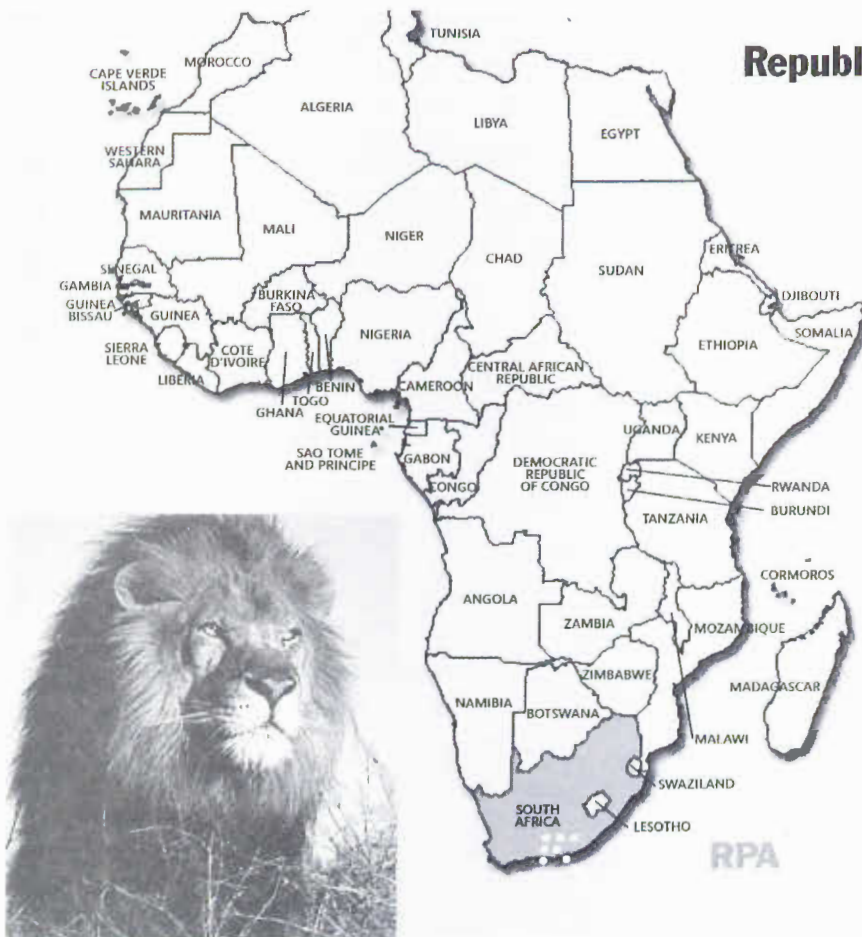
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
UM W LUBLINIE

Awszystko zaczęło się przypadkowo, zresztą jak większość sytuacji w moim życiu. W czasie jednej z sesji egzaminacyjnych zadzwonili do mnie przyjaciele z Niemiec. A co kobieta robi w sytuacji stresowej? Oczywiście idzie na zakupy. Tak było także ze mną. Siedząc z górą ubrań w przymierzalni odebrałam telefon i na pytanie czy mam ochotę wybrać się z nimi na urlop do South Africa odparłam w żartach – „*oczywiście, choćby teraz!*”. Oni przyhamowali moje emo-

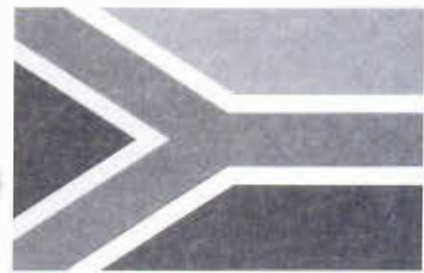
cje i powiedzieli, że tak szybko nie jest to możliwe, ale za kilka miesięcy wszystko będzie dograne. Omawialiśmy przykładowe terminy, śmialiśmy się, żartowaliśmy, wszystko zaakceptowałam, bo oczywiście dobry humor to podstawa, a śmiech to zdrowie. Następnym razem spotkaliśmy się już we Frankfurcie nad Menem, kiedy po raz kolejny powrócił temat Afryki i wręczyli mi mój bilet Frankfurt – Kapsztad. Znając ich już kilka lat zdziwiłam się, że niemiecki dowcip trwa tak długo. Wtedy to uświadomili mi, że wszystko było na serio i że za trzy miesiące lecimy. Zamarłam, ale gdy okazało się, że większość już zaplanowana i zarezerwowana, byłam pewna, że śnię, za chwilę się obudzę i wszystko będzie normalnie. Tak jednak się nie stało. Cóż miałam zrobić? Zgodziłam się po raz drugi, tym razem już świadomie – raz się żyje – zatem lećmy! Wróciłam do kraju, do codziennych spraw i zajęć, a myślami byłam daleko...

Pełna obaw siedziałam w samolocie LOT-u relacji Kraków-Frankfurt i kolejny przypadek sprawił, iż mój sąsiad i towarzysz podróży okazał się Polakiem mieszkającym na stałe w Johanseburgu. Rozwinęła się interesująca, szczególnie dla mnie, rozmowa i mimo, iż zwykle bardzo boję się latać, żałowałam, że te 1,5 h lotu tak szybko minęło. Niestety, nie mogliśmy jej kontynuować podczas kawy na lotnisku we Frankfurcie. On miał tego samego dnia lot do Kapsztadu i samolot South African Airlines czekał już na płycie lotniska, ja zaś leciałam następnego dnia Lufthansą.

Każde zdarzenie w życiu pozostawia pewien ślad i czegoś uczy. Oczywiście przeczy-



Republika Południowej Afryki (RPA/RSA)



tałam kilka przewodników, przejrzałam mnóstwo stron internetowych i wysłuchałam opowieści przyjaciół, którzy „wkręcili mnie w to RPA”, gdyż oni byli tam już kilka razy. Ale dzięki temu „przypadkowi” uzyskiwałam znacząco

nie więcej praktycznych wskazówek o kraju, do którego leciałam, od człowieka, który mieszka w nim na stałe. Jeśli chodzi o wszelkiego rodzaju wyjazd/podróżę, to jestem bardzo „zachłanna” i zawsze chcę zobaczyć-do



Ta wyprawa była jednym z marzeń, które tkwiło gdzieś głęboko w moich planach, a gdy się spełniało stawałam na głowie, by doświadczyć wszystkiego z podwójną siłą



świadczyć 101 procent tego, co oferuje dane miejsce. Ta wyprawa była jednym z marzeń, które tkwiło gdzieś głęboko w moich planach, a gdy się spełniało stawałam na głowie, by doświadczyć wszystkiego z podwójną siłą.

Kapsztad przywitał nas rześkim deszczykiem i przyjemnym ciepłem, jakże innym niż zimowe, mroźne, europejskie powietrze. W tym oto mie-

ście rozpoczęła się nasza afrykańska przygoda. Tuż po wylądowaniu wypożyczyliśmy samochód i udaliśmy się do pensjonatu Golden Hill w Somerset West, gdzie zatrzymaliśmy się na 7 dni. W okolicach Kapsztadu mieszka mnóstwo Niemców, będąc tam częściej rozmawiałam, o dziwo, po niemiecku niż po angielsku. Już na samym początku, podczas odbierania klucza do po-

Kapsztad to cudowne miasto w stylu europejskim, z nowoczesnymi domami i pięknymi sklepami. Ludzie żyją tam przyjemnie, mogą korzystać jednocześnie z dobrodziejstw a morza i gór



koju w Golden Hill, bardzo zaskoczyło mnie wypowiedziane przez właścicieli – *Guten Morgen*. Jak się później okazało nie tylko właściciele, ale także 99% turystów mieszkających razem z nami w tymże pensjonacie to Niemcy – zapaleni golciarze, gdyż Kapsztad i jego okolice oprócz wielu atrakcji turystycznych, unikatowych krajobrazów, egzotycznych zwierząt i roślinności to jedna ogromna winnica, to także wielkie pole golfowe wypełnione po brzegi Europejczykami.

Kapsztad to miasto położone na styku dwóch Oceanów i skrzyżowaniu historycznych dróg morskich. Aby zrozumieć czar tego miasta, trzeba choć jeden dzień w nim przeżyć. Z jednej strony góry, z drugiej morze, najpiękniejsze co natura mogła stworzyć. Centrum miasta znajduje się na równinie.

Stare wąskie uliczki i stare kamieniczki konkurują z szerokimi drogami i nowoczesnym budownictwem. Tu spotyka się Wschód z Zachodem, tu historia podaje rękę przyszłości. Kapsztad to cudowne miasto w stylu europejskim, z nowoczesnymi domami i pięknymi sklepami. Ludzie żyją tam przy-

Z jednej strony góry, z drugiej morze, najpiękniejsze co natura mogła stworzyć

jennie, mogą korzystać jednocześnie z dobrodziejstwa morza i gór.

Okolice Kapsztadu są niezmiernie barwne i piękne, panuje przekonanie że ludzie bogaci, po latach swego pracowitego życia przybywają tutaj, budują wille i żyją w nich spokojnie. Można zobaczyć tam ogród zoologiczny i botaniczny Kirstenbosch, w którym zwrócono szczególną uwagę na to, by objąć ochroną wszystkie okazy flory południowoafrykańskiej. Założył go botanik, prof. Pearson, który został później w nim pochowany. Grób jego pokrywa kamienna płyta z napisem: „Tu leży twórca tego ogrodu. Jeśli szukasz jego pomnika, rozejrzyj się dookoła”. W samym Kapsztadzie życie toczy się w cieniu Góry Stołowej, która swoją potęgą i majestatem dominuje nad całym miastem. Kapsztad ma idealny klimat, sprzyjający uprawie wspaniałych winogron. Biali osadnicy pochodzący m. in. z Francji, Niemiec, Holandii zaczęli produkować tutaj jedno z najlepszych win na świecie. Kapsztad, w delikatny sposób przypomina te narodowości, z których większość Południowoafrykańczyków się wywodzi – najlepiej szereg europejskich wpływów oddaje tamtejsze budownictwo oraz język *Africans* – mieszanka angielskiego, holenderskiego i kto wie czego jeszcze.

Podczas pobytu w Kapsztadzie i jego okolicach nie sposób nie odwiedzić takich miast jak Stellenbosch, Paarl, Worcester, Somerset West, Franschoek – należą one do najlepszych obszarów winnych Południowej Afryki. Wina z tamtejszych winnic to najdroższe wina afrykańskie. Szecepy takie jak m. in. Chenin Blanc, Pinotage, Sauvignon Blanc, Chardonnay, Cabernet Sauvignon, Merlot, Shiraz, Pinot Noir stanowią podstawę produkcji. Ubogie gleby i morskie wiatry czynią te tereny idealnymi dla uprawy winorośli, gdzie w niezwykle scenerii, uzyskuje się wino pełne owocem i aromatem, o dobrym kolorze i wspaniałej strukturze. Winnice występują tu prawie na każdej wysokości, tak więc owoce dojrzewają w różnym czasie dając wina o unikalnym charakterze dla każdego zbioru. Osobiście najbardziej podobają mi się okolice Paarl, a szczególnie malownicza dolina Franscho-





ek, dawniej De France Hoek, która pierwotnie znana była jako Oliphantshoek, ponieważ gdy ponad 300 lat temu przybyli tam pierwsi osadnicy francuscy. To oni byli pierwszymi, którzy dali podwaliny pod przyszły przemysł winiarski. Oprócz wspaniałych winnic są tam znakomite restauracje, a ajedowniejsza z nich to francuska Haute Cabriere Cellar, która jest pięknie i stylowo urządzona oraz mieści się w wykutej w górze jaskini.

Po zwiedzeniu tych urokliwych miast i degustacji win, które smakują tam niezmiernie nadszedł czas na wyprawę na Przylądek Dobrej Nadziei, który pierwotnie był zamieszkiwany przez myśliwych San i Khoi. Pierwszym Europejczykiem, który go opłynął i odkrył w 1486 roku, był portugalski żeglarz Bartolomeo Diaz. Jadąc najpiękniejszą drogą widokową wiodącą wzdłuż malowniczego wybrzeża Oceanu Atlantyckiego do Cape Point – miejsca, gdzie spotykają się dwa oceany: Atlantycki z Indyjskim, dotarliśmy wreszcie na Przylądek Dobrej Nadziei. Cape od Good Hope to kilkudziesięciometrowa skała obmy-

wana jest z trzech stron falami Oceanu Atlantyckiego. Na tablicach informacyjnych czytamy, iż znajdujemy się w miejscu najbardziej wysuniętym na południowy zachód całego kontynentu afrykańskiego, a z jego szczytu można oglądać mieszające się wody dwóch oceanów. W 1580 Sir Francis Drake opisał to miejsce jako „najpiękniej-

szy przylądek na świecie” i jest on najdalej sięgającym punktem kontynentu w kierunku południowo-zachodnim. Nie sposób opisać słowami uroków tego miejsca, aparat fotograficzny też nie odda całego piękna, jakie widzi ludzkie oko, dlatego wszelkie wrażenia i emocje z tejże wyprawy staram się zachować w pamięci. Pięk-





ne krajobrazy, śpiew ptaków, biegające wokół nas małpy, strusie i mnóstwo innych zwierząt oraz pingwiny wygrzewające się na skałach to niezapomniane przeżycia. Siedzieliśmy na szczycie w tarasowej restauracji napawając się bezmiarem oceanu, jego kolorowym, siłą rozbryzgujących się o skały fal. Chwile w takich pięknych za-

kątkach mijają bardzo szybko i po całonocnym pobycie na Cape of Good Hope i obiedzie na tarasie przyładkowej restauracji trzeba było wyruszyć w drogę powrotną do Somerset West, by odpocząć i nabrać sił na kolejny dzień wrażeń.

Pożegnanie z Kapsztadem i tą całą bajeczną krainą to wyprawa na Górę

Stołową. Niezapomniane przeżycie i skrajne emocje o zachwytu widokami rozpościerającymi się z jej szczytu po ogromny strach przed „przejażdżką” kolejką linową. Choć nie mam lęku przestrzeni ani wysokości, to jednak nie ufam wszelkim urządzeniom - pojazdom-maszynom unoszącym się nad ziemią od samolotów po kolejki linowe czy karuzele - lubię czuć grunt pod nogami. Najbardziej przerażało mnie to, że liny, po których wjeżdżała nasza kolejka, nie miały na swojej całej długości żadnych słupów podporowych. Jednak warto było zacisnąć zęby i „dać się ponieść” chwili.

Góra Stołowa dominuje nad Przyładkiem Dobrej Nadziei. Wznosi się na wysokość 1086 m n. p. m., ma 4 km długości i 2 km szerokości. Jest widzialna z morza z odległości 200km. Splaszczona górna część uformowana została setki milionów lat temu przez lodowce. Większość kamieni na płaskim szczycie góry to wapienie, a nie granity jak pozostała część góry, jest to dowód, że zostały one pozostawione tutaj przez przesuwające się powoli ogromne masy lodu. Góra Sto-





Nie sposób opisać słowami uroku tych miejsc, aparat fotograficzny też nie odda całego piękna, jakie widzi ludzkie oko, dlatego wszelkie wrażenia i emocje z tejże wyprawy staram się zachować w pamięci

łowa wchodzi w skład powstałego niedawno z połączenia kilku innych rezerwatów Parku Narodowego Przylądka. Jest to raj dla miłośników roślinności. Znajduje się tutaj ponad 2500 gatunków roślin tworzących naturalny fynbos (z języka Afrikans *fyn* znaczy drobny, *bos* czyli busz) ze srebrnikami i lasem zastrzalinów na zboczach góry. Z okazów zwierząt, można tutaj spotkać oswojone widokiem ludzi góraliki. Przypominają one wyglądem królika, ale są blisko spokrewnione ze słoniem. Spotyka się tutaj też wiele pawianów *czakma*, z większych ssaków zobaczyć można elandy, grys-boki przyładkowe i mangusty. Znajduje się tam też niewielka ilość tarów, czyli himalajskich antylop sprowadzonych z Azji w XIX wieku. Po obu stronach góry wznoszą się wyniosłe Lion's Head (Głowa Lwa) i Devil's Peak (Diabli Szczyt). U podnóża góry rozciągają się sztucznie stworzone 560-hektarowe Kirstenbosch National Botanical Gardens. Wychodzi stąd jeden z łatwiejszych szlaków pieszych prowadzących na wierzchołek góry, a na jego pokonanie potrzeba ok. 3h. Jednakże ze względu na wysoką przestępczość i „polowanie na turystów”, a ra-



III Edycja rajdu rowerowego dookoła polski z MKT

Od żubra do Kopernika (cz. II)

Z następnym dniem rajdu równinny pejzaż puszczański zmienił się znowu w coraz wyższe polodowcowe wzniesienia, wkroczyliśmy na Suwalszczyznę a właściwie Sejneńszczyznę. Mimo, że trudniej było pedałowac z ciężkimi sakwami oczy cieszyły widoki szczególnie na rynnę ślicznego jeziora Gaładuś, które jest w części jeziorem granicznym z Litwą. Miło było też stanąć jedną nogą w Polsce a drugą na Litwie, w poprzek granicznego strumyczka bez obawy pochwylenia przez rozsierzonego pogranicznika – co Unia to jednak Unia.

DR N. MED. PIOTR PAPRZYCKI
INSTYTUT MEDYCYNY WSI

Taki znak czasu w kontekście niezbyt przyjaznych w ubiegłym stuleciu stosunków polsko-litewskich. Po odzyskaniu niepodległości przez oba kraje po I Wojnie Światowej Litwa chciała objąć swoim te-

rytorium również Litwinów mieszkających na południe od Niemna, w dawnej Kongresówce aż do Sejń. Podobnie bez oporów Polska postanowiła sięgnąć daleko za Niemen do Wilna, oczywiście motywując to potrzebą włączenia ziem zamieszkałych przez litewskich Polaków. Aneksja Litwy Środkowej przez generała Żeligowskiego zakończyła sprawę Wilna, jeśli chodzi o Sejny to przez kilka lat w wyniku ko-

lejnych zbrojnych i politycznych interwencji przechodziły z rąk do rąk bez mała dwadzieścia razy. Ostatecznie ustalona północna granica Sejneńszczyzny jest właśnie tym jedynym fragmentem obecnej granicy Polski, który nie podlegał rewizji po II Wojnie Światowej – na naszej dotychczasowej trasie wyjątek godny odnotowania.

Powiem szczerze, że Polak czuje się w okolicach Puńska dość dziwnie. W stylowej restauracji tuż przed miasteczkiem jedynymi osobami rozmawiającymi po polsku okazują się turyści. Dzieci z mijanego przez nas szkolnego autobusu przed Puńskiem wszystkie wysiadają i ostatnie kilka kilometrów biegną z dumnie wzniesioną litewską flagą w obstawie policyjnego radiowozu. Mijana miejscowość na mapie oznaczona jako Kompocie okazuje się na dokładkę być „Kampuciai”, co obwieszcza postawiona na prywatnym gruncie drewniana tablica. Tak – to także Polska. Dla dogłębnego posmakowania tej „Polski Egzotycznej” postanawiamy spróbować sztandarowej litewskiej potrawy, czyli czenaków. Podawana na gorąco w ceramicznych garnuszkach mieszanka marchwi, kapusty, kiszonych ogórków i drobno-



wego mięsa smakuje rzeczywiście oryginalnie i wyśmienicie ze świeżą śmietaną – polecamy. Na szczęście widoczne z kilku kilometrów białe wieże sejneńskiej Bazyliki z przedziwną rozkładaną figurą Matki Boskiej tak przypominają barokowe świątynie Mazowsza i Lubelszczyzny, że czujemy się znowu u siebie.

Na drodze naszych rowerów ku północy staje tymczasem poważna przeszkoda. Wielki morenowy wał Góry Rowelskiej wznosi się ponad 90 metrów. Ze stojącej na krawędzi drewnianej platformy widokowej wzrok ogarnia bez mała połowę Suwalszczyzny, ale żeby się tam dostać trzeba pokonać różnicę wzniesień jednorazo-

wo po trzech serpentynach – nachylenie drogi po prostu beskidzkie.

Gdyby nie silny południowy wiatr byłyby problemy. Zmęczeni rzucamy rowery i siadamy na przydrożnych głazach zawleczonech tysiące lat temu z dalekiej Finlandii. Nad nami wiatr gra symfonię na śmigłach elektrowni wiatrowej. Chylące się już mocno na zachód słońce maluje od tyłu krawędzie podejrzanie ciemnych chmur. Dojeżdżają następnii maruderzy, wiatr chłodzi spocone, zaczerwienione twarze z wyrazem zasłużonego triumfu. Chwila warta setek przejechanych kilometrów została zwieńczona pięknym, długim zjazdem.

„Sprawiedliwość” dziejowa

Za Górą Rewelską nasz rajd niepostrzeżenie pożegnał się ze wschodem. Ostatni „wschodni” jeszcze biwak czekał nas nad jeziorem Wiżajny. Pamiętam dobrze ciepły, słoneczny wieczór i smak doskonałego wiżajskiego sera z kminkiem i ziołami oraz szybkie związanie obozu z powodu deszczu. Dalej na zachodzie ponownie dojechaliśmy





do granicy w pobliżu Żytkiem, gdzie przez pole można dojechać do trójzącza polsko-litewsko-rosyjskiego. Na rosyjskim słupku dumnie rozsiada się srebrny (?) dwugłowy orzeł w godle sporządzonym plastycznie ze sztucznego tworzywa. Zasięki otaczające rosyjski klin i tablice ostrzegawcze jednoznacznie dają do zrozumienia, czym porządna Rosyjska Federacja różni się od bałaganiarskiej Unii Europejskiej. Litwini nawet słupka sobie jeszcze nie postawili a polsko-litewskiej granicy po prostu nie widać.

I znowu graniczne historie. Rzeczywiście miejsce to było miejscem granicznym od setek lat, tylko że granica biegła tutaj dokładnie prostopadle do dzisiejszej z północy na południe i oddzielała najpierw Litwę a potem Polskę od... no właśnie nie da się prosto streścić. Najpierw mieszkali tu niesfornie plemiona pruskie opierające się do XIII wieku chrześcijaństwu i chętne rabunkowym wypadom na sąsiadów. Potem za przychylnością polskich książąt mieczem i dyplomacją opanowali te ziemie rycerze krzyżacy tworząc jedyne w Europie Państwo Zakonne i sprawując, że żywioł pruski wygasł tutaj do XVI wieku bezpowrotnie. Na jego miejsce napłynę-

li pod egidą Zakonu na północy osadnicy z Niemiec a na południe z Mazowsza tworząc nowych polsko-niemieckich Prusaków. Ponieważ Państwo Zakonne stało na drodze rozwoju nowemu polsko-litewsko-ruskiemu mocarstwu musiało ulec. Ale ponieważ było to dość dziwne mocarstwo, jego przeciwnik nie został wymazany z mapy i wchłonięty, ale pozostawiony jako podwładny i sojusznik pod nowym świeckim przywództwem książąt Hohenzollern.

Lennik książęcy miał jednak większe ambicje, choć być może nie były one zgodne z pragnieniami jego pruskich podwładnych. W ciągu 200 lat dynastia pruska najpierw stała się brandenburska i elektorską, potem złamała przysięgę lenną, za co znaczna część pruskich poddanych księcia zapłaciła śmiercią lub przymusową wycieczką na Krym i do Turcji w czasie Potopu Szwedzkiego. Wreszcie książę wyrósł na króla a potem cesarza a granica polsko-pruska stała się niemiecko-rosyjską a polski kłopot z wiarołomnym sąsiadem kłopotem rosyjskim i radzieckim.

Nie dziwnego, że jak chcą niektórzy Prusaków musiała spotkać kara dziejowa. Prusy Wschodnie rozdzie-

lone przez Stalina ruchem ręki na mniej więcej dwie połówki między Polskę i Rosję tym razem radykalnie zniknęły z mapy. Efektem tego pozostała prosta jak strzelił północna granica Polski wzdłuż której przyszło nam teraz jechać, i która tak naprawdę rozdziela sztucznie jedną historyczną krainę dopiero od 53 lat. Teraz więc, choć ciągle nie wyjechaliśmy z tego samego kraju, ślady kultury ruskiej przyszło nam zamienić na ślady kultury germańskiej.

Tylko ślady materialne, bo ludzie poprzedni mieszkańcy tych ziem opuścili je niemal całkowicie, niezależnie od tego czy byli Niemcami czy Mazurami a przybysze ze wschodu do dzisiaj słabo identyfikują się z własną ziemią. Dowody tego znajduje się co krok na naszej rowerowej trasie. Po wsiach dominuje popegeerowski rozpad, domy nieremontowane, ludzie niechętni do rozmowy, chyba że pijani. Na placu jednego z osiedli kuriozalny a przecież na wpół oficjalny napis „Rondo Bohaterów PGR-ów” z otoczeniem adekwatnym do treści. Czy to tylko żart?

W porównaniu z Mazurami zacofane Podlasie okazuje się gospodarne i porządne – to konstatacja dość nie-

samowita. Dopiero w większych miasteczkach pojawiają się oazy porządku, nowe chodniki, skwery i parki, zadbane domy i odrestaurowane zabytki świadczące, że ktoś już uznał to miejsce za swoje. Odjeżdżamy nieco od granicy, żeby te mniej znane Garbate Mazury zobaczyć lepiej. Nasza pokrętna trasa najpierw wiedzie na południe byśmy w bardzo malowniczej miejscowości Stańczyki zobaczyli słynne wiadukty kolejowe – dzieło dobrej niemieckiej inżynierii i nie gorszej propagandy z przełomu wieków. Rzeczywiście budowle robią wrażenie, oba wiadukty pokonują dość głęboką i zarośniętą dolinę rzeczki Błędzianki przesłami wysokimi na ponad 40 metrów, korona jednego z wiaduktów jest odrestaurowana i służy za spacerowy deptak dla turystów z ładnymi widokami. Pod wiaduktami chwytą nas gwałtowna burza, popołudniowe deszcze towarzyszyć nam będą niemal już do końca rajdu.

Zmoczeni zanurzamy się leśnymi drogami w ostępy Puszczy Romińskiej. Ten niegdyś teren łowiecki Cesarzy Niemieckich to jedna z najmniej znanych polskich puszczy. Mimo, że leśne szutrówki całkiem dobrze nadają się na szlaki rowerowe przeklinamy oznaczenia turystyczne. Manowce łąk i młodników po jakich zmuszeni jesteśmy krążyć za wskazówkami miejscowych są na tyle zniechęcające, że nawet Alę dopada kryzys.

– Jedźcie sobie do granicy, ja pojedę szosą do Goldapi!

– Co ty? Ala. Łamiesz się?

Stajemy chwilę w osłupieniu bo kogo jak kogo, ale Alicji Rokickiej nie podejrzewaliśmy o jakiegokolwiek wątpliwości na trasie. Moment konsternacji. Nie, ambicja jednak zwycięża. Ala znowu napiera na pedały aby pokonać następny terenowy podjazd swoją słynną szosówką. W miarę jak pokonujemy leśne dukty niebo się wypogadza. Na moment zatrzymujemy się przy „cesarskim kamieniu”, na którym miejscowi leśnicy w ramach odwiecznego wazelinianstwa utrwalił myśliwski sukces kajzera Wilhelma w postaci „kapitałnego jelenia o 24 odrostach”. Cały dzień spędzony w lesie daje się nam jednak mocno w znaki, że nie mamy już sił na zwiedza-

nie pozostałości Wojennej Kwatery Luftwaffe – rozbijamy namioty na nieczynnym jeszcze kempingu nad jeziorem Goldap. Z jednej strony przynajmniej nie nie płacimy, z drugiej nie ma co marzyć o łazience i ubikacji. Mimo zmęczenia musimy jeszcze znaleźć siły na niezbędne naprawy rowerów. Na mazurskich kocich łbach połamały się uchwyty sakw, poodkręcały wszystkie luźne nakrętki, porozpadały lampy. Trzeba też naoliwić niemilosiernie skrzypiące łańcuchy. Nie obędzie się jak co wieczór bez długich nocnych rozmów „na każdy temat”, na które nigdy nie znaleźlibyśmy czasu w zagonionej codzienności.

Woda, woda i trup hrabiego

Na rynku w Goldapi żegnamy się w Mariuszem Nowakiem. Komórka donosi, że Prezes z Kamilą i Adasiem wytrwale podążający za nami postanowili dać za wygraną i jutro wracają do domu z Wiżajn. Mariusz postanawia wykorzystać okazję i zabrać się z nimi samochodami rodziny, musi gonić do Lublina i na wcześniej wykupiony samolot do Londynu – praca nie chce czekać.

da też dookoła bo nawet nazwa krainy pochodzi od rzeki – to tzw. Kraina Węgorapy. Rzeka Węgorapa, która bierze początek w jeziorze Mamry i przepływa przez znane wszystkim żeglarzom Węgorzewo zmierza tutaj bardzo zawiastymi meandrami ku północy przez zabagnioną równinę usianą małymi jeziorkami aby gdzieś za granicą zanieść wodę do Pregoly i Bałtyku.

Zanim jednak rzeka przekroczy granicę przepływa koło małej miejscowości Rapa, która jest znana wszystkim polskim miłośnikom wahadełek i miejsc mocy. Liczne artykuły w odpowiedniej prasie „fachowej” utwierdzają w przekonaniu, że moc w pobliżu wybudowanej przez pruskiego właściciela ziemskiego hrabiego von Farenheida piramidy-grobowca jest tak potężna, że nie tylko jego zwłoki zachowały się nienaruszone w bagnie, ale nawet komary uciekają.

Niestety tego dnia chyba „promieniowanie” było słabsze bo kiedy przygotowaliśmy sobie obiad pod piramidą ciężko niemilosiernie. Na szczęście promieniowanie natechnęło kucharzy i kuski miały wyjątkowy smak wiżajskiego sera. Co do stanu zacho-



We wtorek 6 czerwca wiosenne deszcze osiągnęły swoje apogeum. Prawdziwie nieprzemoknięte pozostały tylko nieprzemakalne sakwy Crosso. Pomimo ochraniaczy woda chlupocze w butach, cieknie za kołnierz z kapturów i kapeluszy rozbryzguje się malowniczo z pokonywanych kałuż. Wo-

wania zwłok w piramidzie grobowej jest to raczej widok smętny, żeby nie powiedzieć przynębiający. Doczesne szczątki hrabiego Farenheida wystawione razem z trumnami żony i córki na widok publiczny widoczne są w północy przez okratowane okienka dawno pozbawione szyb. Może przy-

najmniej ezoteryczna sława piramidy w Rapie uratuje trupa hrabiego od poniewierki – czy to właśnie ta dziejowa sprawiedliwość?

Mimo deszczu rejestrujemy pejzaże, zwykle nieodzownym elementem każdego mijanego, większego osiedla jest prosty kościółek z polnych kamieni z czubatą wieżą od zachodu. Profil drzwi i niewielkich okien zdradza późny gotyk – to styl, który na Mazurach przetrwał daleko w głąb XVII wieku znaniionując po prostu kulturowe zacołanie. Gdzie tutejszym kościołom do rozmachu polskiego baroku, ale przecież są tutejsze i dobrze, aby stały się... nasze. Jest też inny zabytek, tym razem znowu zabytek techniki wodnej. Marzeniem niemieckich decydentów było połączenie Wielkich Jezior Mazurskich z Bałtykiem tak aby drogi wodne scalaly całe Prusy Wschodnie. I dla dzisiejszych żeglarzy atrakcją byłoby spędzenie wakacji na szlaku od Warszawy do Królewca i Gdańska. Mazurscy mitomani rozpuszczają nawet legendy, że to u-boty miały wpływać tędy na jeziora, gdzie bezpiecznie można je było remontować. Niestety cement, który miał służyć do budowy nabrzeży i śluz został zużyty na bunkry i stanowiska strzeleckie, tym sposobem niedokończony Kanał Mazurski pozostaje tylko smętnym zabytkiem.

Przyznam się, że oglądana przez nas śluza Guja, wykończona niemal do użytku jest wielka i toporna (nie ma tej zgrabnej lekkości budowli Kanału Augustowskiego). A może mógłby tędy przepłynąć mały okręciak podwodny? Na razie w szarej betonowej bryle, królują wywabione przez ulewę żaby.

– Jak to, ładnie to tak żeby w PTTK-u nie było miejsca dla prawdziwych turystów?

Ala jest mocno oburzona, kiedy recepcjonista w węgorszewskim Domu Wycieczkowym bezradnie rozkłada ręce. Kapitalizm mocno odmienił turystyczne obyczaje, a my stoimy trochę zrezygnowani, bo marzyliśmy tylko o wysuszeniu się i odpoczynku. Sumienie chyba jednak rusza chłopaka, bo udostępnia nam Internet z adresami kwater agroturystycznych. Trzeba tylko przejechać... jeszcze 10 kilometrów, na szczęście zapada wieczór i przestało padać.

Wracamy znowu ku granicy w oddolną okolicę pełną nieużytków, lasków i jeziorok. Wśród niewielkich wznieścień ukrywa się miejscowość Guja. Serdeczne przyjęcie przez gospodarzy szybko przywraca wiarę w ludzi i chęć do życia, można wysuszyć mokre rzeczy w kotłowni, umyć się w ciepłej wodzie i na tarasie wsłuchać się w odgłosy okolicy. Skłębione chmury odchodzącej burzy rozsypują się na różowym zachodzie. Gdzieniedzie w dojmującej ciszy stukają poszczekiwanie psów i strzały myśliwych, efekt akustyczny całkowicie obcy dla miejskiego ucha. To może ostatnia taka okazja, jeszcze tylko 2 dni rajdu przed nami.

Tam gdzie poruszono ziemię

Pewnie dlatego, że zaczynamy odczuwać już podświadomie znużenie rajdem zaczyna nas ciągnąć od granicznych wertepów ku wygodnym asfaltówkom. Jeszcze do południa ciągnęliśmy przez zalesioną krainę Węgorapy bocznymi szutrówkami i kociami łbami, ale za Barcianami już nikt nawet nie próbował zawracać ku północy. Okazało się, że oprócz ładnego

kościółka i ratusza nie ma tu żadnej porządnej jadłodajni. Na krótko chrońmy się w przyrynkowej speluncie na ciepłą kawę i sesję fotograficzną z tutejszymi wesołymi bywalcami.

Niezbyt gościnne Barciany zapowiadają mniej ciekawe okolice. Na Nizinie Sępolskiej, do której dojechaliśmy lasów i jezior jest mało a i wieś jakieś smutne. Pedalujemy więc mocno po szosach ścigani falami przelotnych deszczy, przychodzi też zmagać się z narastającym zachodnim wiatrem. Dopiero w słynnych dla bywalców polskich kolei Korszach udaje nam się zjeść smaczny obiad w wielkim lokalu, którego byliśmy jedynymi klientami. Ciągła groźba deszczu nie nastraja nas przychylnie do perspektywy biwakowania (oczywiście nie dotyczy to Ali). Przy wjeździe do nieco większych Bartoszyce od razu zaczynamy szukać hotelu. Wprawdzie stary motel przy szosie już w stanie upadku, ale dalej przynajmniej cztery nowe hoteliki zwiastują sukces nowych czasów. W ogóle Bartoszyce wyglądają całkiem pozytywnie, zdają się być właśnie tą oazą w popegeerowskim upadku.



Kiedy już rozkładamy śpiwory na podłodze hotelowego apartamentu, a rowery zasiedlają hotelową pralnię nagle wszyscy wychodzimy. Jedni do sklepu inni na spacer nad Łynę – jakoś zainteresowało nas to miasteczko z gotycką bramą zamykającą nieduży rynek zdobny w kolorową fontannę. No i trzeba też podziękować Paniom z recepcji, które nie potraktowały zbyt dosłownie naszych „dostawek”, dzięki czemu koszt noclegu nie przekroczył 30zł na osobę.

Jakoś tak się złożyło, że z ostatnim etapem rajdu wkroczyliśmy na Warmię. Gdzieś w mrokach średniowiecza, gdy rycerze krzyżowi ogniem i mieczem wypalali tutejszą ziemię i tworzyli na pogańskich zgłiszczach chrześcijańskie państwo mnichów, ten trójkątny splacheć sięgający Wiślanego Zalewu i noszący imię wyniszczonych pogańskich Warmów dostał się biskupowi. Po kilkuset latach okazało się, że mieszkańcy Warmii mieli wystarczająco dużą niechęć do swoich krzyżackich panów, aby grubszą gotówkę poświęcić na wyrwanie się spod opieki czarnego krzyża. Przez te skomplikowane koleje historii w ciało rodzącego się protestanckiego Księstwo Pruskiego wklinował się kraik niemiecki, ale katolicki, którego odrębność i silny związek z Polską zachowały się aż do tragicznego końca Prus Wschodnich.

Wśród wielkich ludzi Warmii, słynnych biskupów: Dantyszka, Krasieckiego, Hozjusza, Kromera, czy Papieża



Piusa II, cały świat pamięta jednego tylko, zarządcę dóbr Kapituły Warmińskiej i to z powodu jego uboższego hobby jakim była astronomia.

Zanim wjechaliśmy na Warmię jeszcze tylko skok do granicy, gdzie obok małej wsi Grzechotki wspaniała autostrada celuje w nowe przejście graniczne do Rosji. Znowu zdjęcia dokumentacyjne i okazja, żeby pędzić rowerami po pustej autostradzie. Nabieramy takiego rozpędu, że ledwo zatrzymujemy się przy katedrze w Braniewie – dawnej warmińskiej stolicy. Podziwiamy staranność budowniczych, którzy wzniesli świątynię niemal od podstaw po ruinie wojny i stąd już krok do Fromborka. Na miejsce docieramy

w różowych promieniach wieczoru po przebyciu 120 kilometrów – ostatni etap okazał się też najdłuższym, co szczególnie cieszy Dorotę. To dla niej najdłuższy etap w życiu, ale dzięki temu zyskujemy pół dnia na zwiedzenie miasteczka.

Jak to jest, że wszystkie etapy naszego rajdu granicznego spina taka piękna kłamra? Tak było dwa lata temu w słońcu wieczoru w bieszczadzkim Warlamowie i rok temu na opustoszałym wzniesieniu Gródka Nadbużnego. Wprawdzie aż w trzech miastach Pomorza i Mazur twierdzą, że to właśnie u nich Mikołaj Kopernik dokonał wiekopomnych obserwacji, ale piękne widoki z wieży twierdzy kapituły warmińskiej przekonały nas, że natchnienie spadło na niego właśnie tutaj. Patrząc na rozświetlone słońcem chmury pędzące nad Zalewem Wiślanym i odległą nierzecę, gdzie pewnie zaczniemy w przyszłym roku dzielić się wrażeniami z zadowoleniem i nieklamanej satysfakcją. Do zobaczenia za rok we fromborskim porcie!

Post scriptum

Pod koniec sierpnia 2009 r. Paweł Krawczyk wraz z rodziną postanowili zrekompensować sobie wiosenną rezygnację z trasy rajdu. Zaczynając od Wiżajn dojechali w ciągu kilku dni do Gdyni i tym sposobem należy ich zaliczyć do pełnoprawnych uczestników III edycji Rajdu Dookoła Polski z MKT!



Glutation

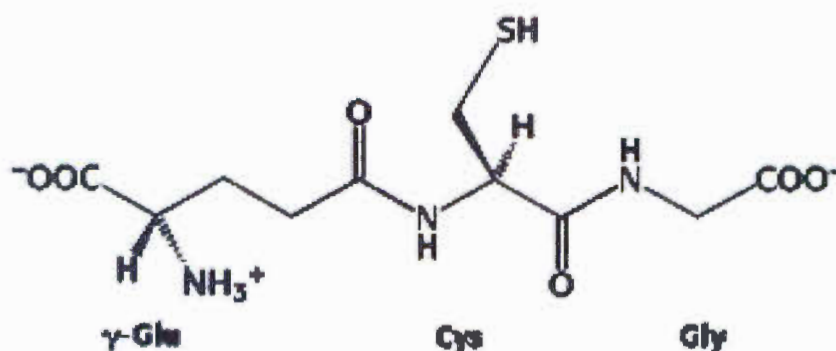
75 lat po określeniu struktury

„Nasze życie dosłownie zależy od glutationu. Bez niego nasza wątroba by zwiędła wskutek przytłaczającej ilości kumulujących się w niej toksyn, komórki wręcz rozpadałyby się przez niepohamowany stres antyoksydacyjny, a żeby tego było mało, nasz organizm miałby niewielką wytrzymałość na działanie wirusów i bakterii (...). To od glutationu zależy prawidłowe działanie innych antyoksydantów, w tym powszechnie stosowanych witamin C i E.”

Jimmy Gutman

EDYTA LECH
EDYTA WILCZYŃSKA

STUDENTKI VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE BIOCHEMIKÓW
PRZY KATEDRZE I ZAKŁADZIE
BIOCHEMII I BIOLOGII MOLEKULARNEJ
UM W LUBLINIE



Rys. 1 Struktura glutationu (GSH, gamma-glutamylcysteinylglycyna)

Glutation (GSH, gamma-glutamylcysteinylglycyna) (Ryc. 1) to związek chemiczny występujący we wszystkich organizmach roślinnych i zwierzęcych głównie wewnątrzkomórkowo, gdzie jest syntetyzowany. Osobliwość struktury glutationu polega na tym, że z grupą aminową cysteiny wiąże się grupa γ -karboksylowa glutaminianu, tworząc w ten sposób nietypowe wiązanie peptydowe (wiązanie izopeptydowe), które chroni glutation przed wewnątrzkomórkowymi peptydazami. Jedynym enzymem, dla którego wiązanie to nie stanowi przeszkody jest umiejscowiona po ze-

wnętrznej stronie błony komórkowej, γ -glutamyltransferaza.

Biochemiczna rola glutationu zależy przede wszystkim od grupy tiolowej (-SH) cysteiny, jednej z najbardziej reaktywnych grup chemicznych jakie występują w komórce.

Wewnątrzkomórkowe stężenie glutationu waha się w zakresie od 0,5 do

10 mmol/l i zależy od rodzaju tkanki. Najwyższe stężenie glutationu występuje w komórkach mózgu, wątroby i nerek. Niemal 90% wewnątrzkomórkowego glutationu znajduje się w cytosolu, około 10% – w mitochondriach. W warunkach fizjologicznych ponad 98% wewnątrzkomórkowego glutationu stanowi zredukowana forma tiolo-

wa (GSH). Pozostała część to przede wszystkim utleniona forma disiarczkowa (GSSG) oraz mieszane disiarczki (głównie GS-S-białko). Jedynie śladowe ilości glutationu są obecne w postaci tioeterów i innych koniugatów.

Glutation występuje także w płynach ustrojowych takich jak osocze krwi i żółć. Zewnątrzkomórkowe stężenie glutationu jest jednak 3-4 razy niższe od wewnątrzkomórkowego.

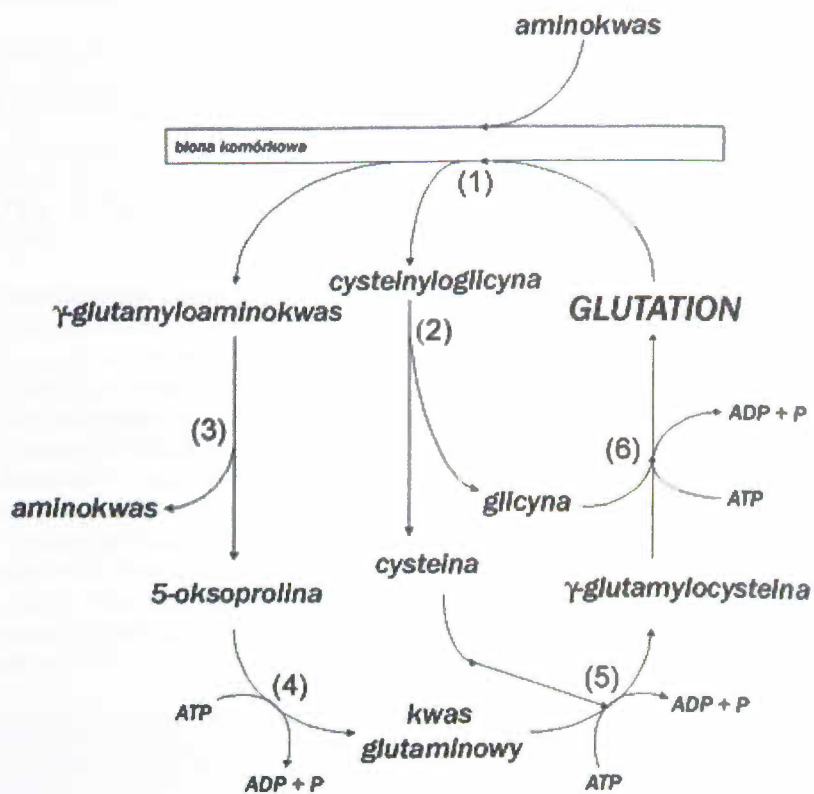
Glutation jest syntetyzowany z cysteiny, metioniny i glutaminianu głównie w wątrobie, ponieważ przede wszystkim w tym narządzie zachodzi synteza cysteiny w cyklu metioninowym z wykorzystaniem metioniny jako źródła siarki. Reakcje transmetylacji i transulfuracji metioniny zachodzące w tym cyklu wymagają obecności witaminy B₆, B₁₂, kwasu foliowego, które ograniczają szybkość poszczególnych etapów powstawania glutationu. Zarówno biosynteza glutationu jak i jego katabolizm zachodzą przy udziale cyklu γ -glutamylowego. (Ryc. 2).

Najwyższą aktywność – γ -glutamylotranspeptydazy stwierdzono w mózgu, sercu, płucach, nerkach, czerwonych i białych krwinkach, jelitach i intensywnie pracujących mięśniach.

Proces biosyntezy glutationu jest dwustopniowy. W pierwszym etapie powstaje γ -glutamylcysteina. Etap ten katalizowany jest przez syntetazę γ -glutamylcysteiny i jest regulowany przez cytokiny (TNF- α i interleukinę 1 β), niektóre przeciwutleniacze oraz insulinę i glukokortykoidy. W drugim

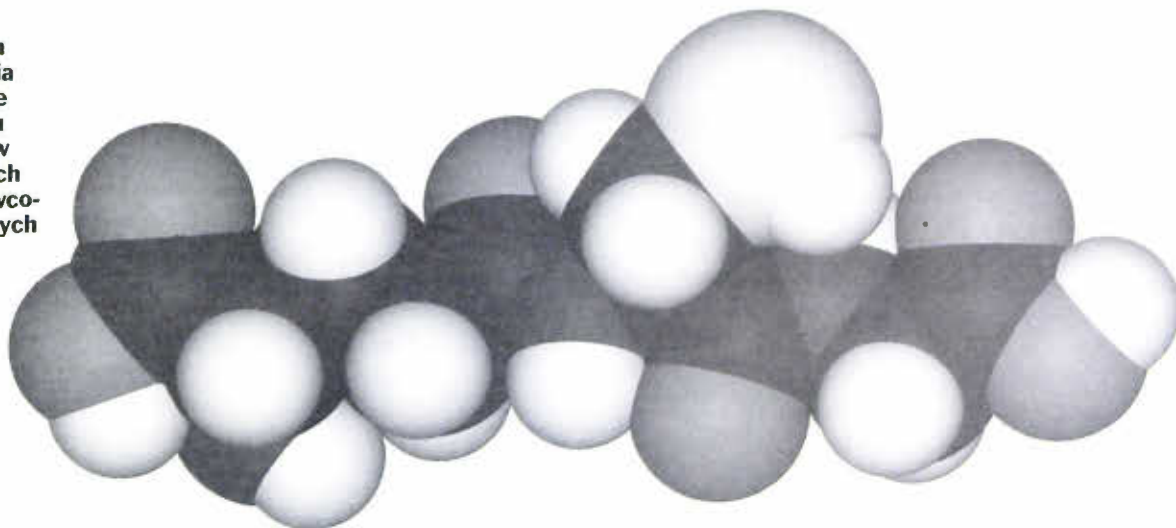
Cykl γ -glutamylowy

(„Glutation, niezwykle tripeptyd”. Tadeusz Karacz)



Rys. 2 Cykl γ -glutamylowy. Enzymy katalizujące poszczególne reakcje: [1] γ -glutamylotranspeptydaza, [2] dipeptydaza, [3] γ -glutamylcyklotransferaza, [4] 5-oksoprolinaza, [5] syntetaza γ -glutamylcysteiny, [6] syntetaza glutationu.

Glutation umożliwia usuwanie z ustroju związków azotowych i chlorowcopochodnych toksyn



etapie, katalizowanym przez syntetazę glutationową poprzez dołączenie glicyny powstaje glutation.

Synteza GSH w komórce jest zależna od dostępności substratów, głównie cysteiny, która w formie zredukowanej jest niestabilna. W komórce cysteina występuje w ponad 90% w postaci utlenionej cystyny. Wewnątrzkomórkowe stężenie cysteiny reguluje szereg czynników a szczególnie kwas liponowy, witamina E, kwas askorbinowy i ubichinon. Wzrost tkankowego stężenia GSH zależy zarówno od syntezy, regeneracji GSH z GSSG jak i rozkładania (Ryc. 3).

GSH jest rozkładany pozakomórkowo przez związanie z błonowym enzymem γ -glutamylotranspeptydazą. Enzym ten odłącza glutaminian, a następnie działają dipeptydazy, które odłączają glicynę. Powstałe aminokwasy mogą być ponownie używane do biosyntezy GSH.

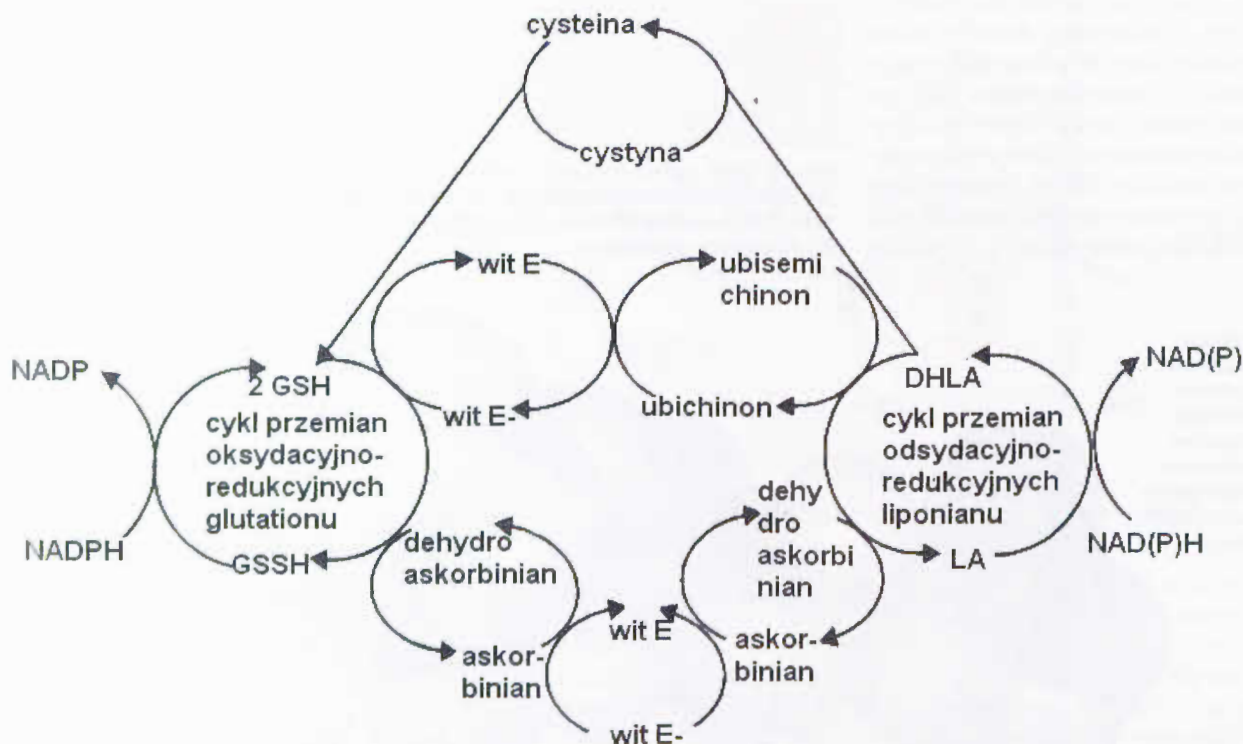
Glutation posiada trzy kluczowe dla naszego organizmu funkcje o implikacjach klinicznych; jest najważniejszym antyoksydantem organizmu, stymula-

Glutation syntetyzowany jest z cysteiny, metioniny i glutaminianu głównie w wątrobie, ponieważ przede wszystkim w tym narządzie zachodzi synteza cysteiny w cyklu metioninowym z wykorzystaniem metioniny jako źródła siarki

torem układu odpornościowego i związkiem uczestniczącym w detoksykacji substancji endo- i egzogennych.

W wyniku przemian metabolicznych w komórce powstają reaktywne formy tlenu (RFT). Produkcję RFT wywołują również czynniki zewnętrzne jak toksyny, patogeny, stres, dieta czy promieniowanie jonizujące. Wzrost stężenia RFT może powodować nieodwracalne utlenowanie grup SH w białkach, peroksydację lipidów czy modyfikację kwasów nukleinowych co w na-

stępstwie prowadzi do trwałego uszkodzenia komórki. Wszystkie aerobowe organizmy są podatne na stres oksydacyjny jako wynik tlenowego metabolizmu. Skutecznym sposobem na naturalne zwiększenie mechanizmów obronnych organizmu jest więc, zwiększenie poziomu antyoksydantów, a przede wszystkim poziomu glutationu – ich głównego przedstawiciela. Komórka, która ma wystarczającą ilość przeciwutleniaczy jest w stanie włączyć mechanizmy obronne i uniknąć śmierci.



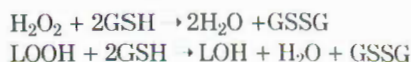
Ryc. 3. Udział związków w syntezie i regeneracji GSH. W oparciu o schemat Medycyna Pracy 2004; 55(6): 501

Glutation pełni nie tylko funkcję głównego wewnątrzkomórkowego „buforu red-oks” o dużej pojemności ale również funkcję „zmiataacza” reaktywnych związków elektrofilowych. Reaktywność glutationu uwarunkowana jest obecnością w jego cząsteczce grupy tiolowej. Utlenienie grup tiolowych w dwu cząsteczkach glutationu prowadzi do powstania disulfidu glutationu (G-S-S-G).

Antyoksydacyjne działanie glutationu polega na detoksykacji nadtlenu wodoru, nadtlenu organicznych i innych reaktywnych form tlenu, a także egzo- i endogennych związków elektrofilnych oraz z możliwości chelowania niebezpiecznych jonów metali. Potencjał redoks układu GSSG/GSH umożliwia również reakcje między glutationem zredukowanym, a utlenionymi postaciami innych antyoksydantów (witaminy E i C).

Do reakcji redukcji nadtlenu wodoru i nadtlenu lipidów przez GSH niezbędny jest selenoenzym peroksydaza glutationowa. Centrum aktywne peroksydazy zawiera selenowy ana-

log cysteiny, w którym siarka została zastąpiona selenem.



Natomiast disulfid glutationu powstający w wyniku redukcji nadtlenu wodoru czy nadtlenu organicznych składników komórek może być wtórnie zredukowany do GSH przez NADPH.



Reakcję redukcji GSSG przez NADPH katalizuje reduktaza glutationowa a glutation jest ważnym aktywatorem syntezy w wątrobie obu enzymów, peroksydazy i reduktazy glutationowej. (Ryc. 4)

Jak udowodniono, glutation nie tylko neutralizuje wolne rodniki tlenowe ale również zapobiega ich wytwarzaniu.

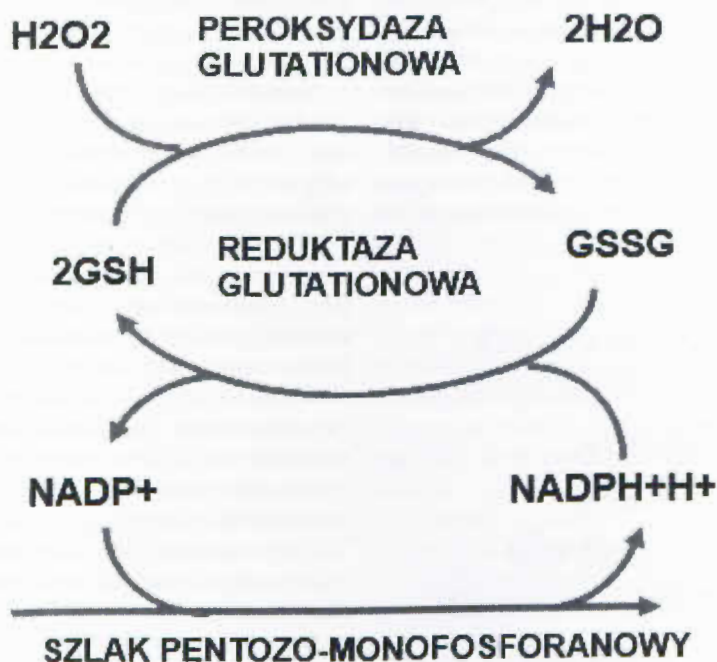
W posttranslacyjnej modyfikacji białek stabilizującej strukturę przestrzenną cząsteczki etapem decydującym o prawidłowym faldowaniu białek jest utlenienie grup sulphydrylo-

wych reszt cysteinowych z wytworzeniem mostków disiarczkowych (S-S) białka. Jednym ze sposobów odwracalnej modyfikacji białek o znaczeniu zarówno regulacyjnym jak i antyoksydacyjnym jest proces S-glutationylacji z aktywnym udziałem glutationu. W procesie S-glutationylacji powstają mieszane disulfidy białkowe. Wykazano, że wśród białek ulegających modyfikacji poprzez S-glutationylację są tak istotne w procesach regulacyjnych enzymy jak fosfatazy i kinazy białkowe, czynniki transkrypcyjne AP-1, czy białka z rodziny chaperonów. S-glutationylacji ulegają również białka pozakomórkowe. Największym jednak zagrożeniem dla komórek jest niebezpieczeństwo nieodwracalnego utlenienia grup -SH białek do kwasów sulfonowych (B-SO₂H) i sulfonowych (B-SO₃H). Antyoksydacyjne działanie glutationu polega na ochronie grup -SH przed nieodwracalnym utlenianiem, a tym samym przed nieodwracalną utratą biologicznej aktywności białka.

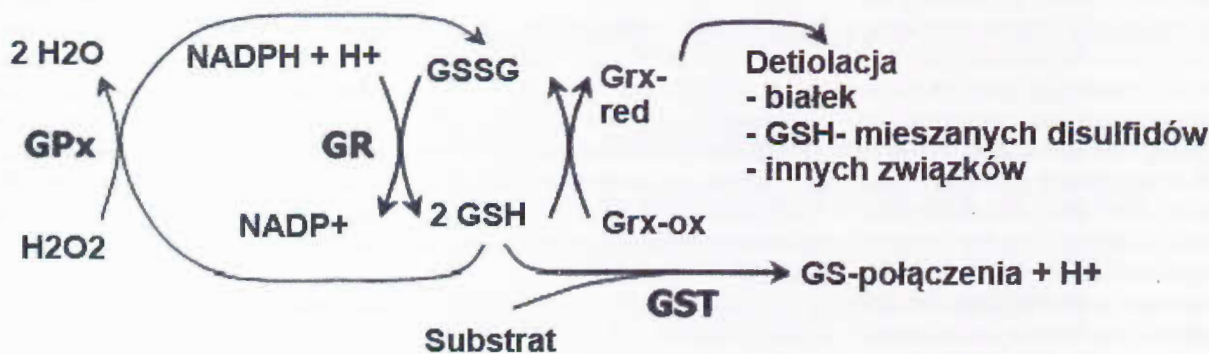
W prawidłowo funkcjonujących komórkach aby proces S-glutationylacji mógł skutecznie spełniać funkcję regulacyjną i antyoksydacyjną grupy tiolowe określonych białek są szybko przekształcane do postaci zredukowanej za co odpowiedzialny jest proces detiolacji S-glutationyloowanych (deglutationylacji) białek przebiegający również z udziałem glutationu.

Detiolacja może przebiegać enzymatycznie i nieenzymatycznie. W detiolacji przebiegającej z udziałem enzymów ważną rolę pełnią oksydoreduktazy białkowo-disulfidowe do których zaliczamy izomeryzy białkowo-disulfidowe, glutaredoksynę (Grx) oraz tioredoksynę (Trx). Glutaredoksyna i tioredoksyna są ważnymi układami antyoksydacyjnymi regulującymi homeostazę tiolowo-disiarczkową w komórkach. Enzymy te katalizują redukcję mieszanych disiarczków białek, czemu towarzyszy utlenianie grup -SH w ich miejscach aktywnych z powstawaniem wewnątrzcząsteczkowego mostka disiarczkowego. (Ryc. 5)

Podobnie reakcje transhydrogenacji, przebiegające z udziałem GSH jako dawcy wodoru, zapewniają utrzymanie grup -SH białek w stanie zredukowanym.



Ryc. 4. Rola peroksydazy i reduktazy glutationowej w metabolizmie glutationu.



Ryc. 5. Udział glutationu, reduktazy glutationowej (GR), glutaredoksyny (Grx), i peroksydazy glutationowej (GPx) u układzie antyoksydacyjnym.

Udział glutationu w procesie syntezy DNA związany jest z redukcją rybonukleotydów do deoksyrybonukleotydów katalizowanym przez reduktazę rybonukleozydodifosforanową współdziałającą z dwoma donorami wodoru. Jednym z nich jest tioredoksyna, przenosząca wodór bezpośrednio z NADPH, drugim zaś jest glutaredoksyna, uzyskująca wodór z GSH. Glutation utleniany jest do GSSG i wtórnie redukowany przez NADPH przy udziale reduktazy glutationowej.

Układ GSH/GSSG wpływa również na utrzymanie w formie aktywnej innych antyoksydantów komórkowych np. witany E i kwasu askorbinowego. Redukcja dehydroaskorbinianu do askorbinianu odbywa się z jednoczesnym utlenieniem GSH do GSSG.

Glutation jest ważnym stymulatorem układu odpornościowego. Uczestniczy w modulacji prezentacji antygeny limfocytom poprzez wytwarzanie cytokin, wskutek czego decyduje też o rodzaju odpowiedzi (komórkowa, humoralna). Wpływa na zwiększenie proliferacji limfocytów, zwiększenie cytotoxyczności limfocytów T i komórek NK. Uczestniczy w regulacji procesu apoptozy. Obniżony poziom GSH i nagromadzenie się wolnych rodników przyspieszają proces apoptozy.

Glutation jest związkiem nukleofilowym, łatwo reaguje zarówno z endo- jak i egzogennymi związkami elektrofilowymi tworząc z nimi, hydrofilowe formy – koniugaty, które bez trudu usuwane są z organizmu wraz moczem lub żółcią.

Tworzenie koniugatów może zachodzić spontanicznie, ale zwykle wymaga obecności S-transferaz glutationowych. Wytworzenie koniugatów ze związkami endogennymi prowadzi np. do zmniejszenia cytotoxyczności prostaglandyny A₁ i A₂, stabilizacji nietrwałego tlenu azotu, inaktywacji lub regulacji aktywności potencjalnie toksycznych związków, udziału w procesach zapalnych, wewnątrzustrojowym przekazywaniu sygnałów, usprawnieniu transportu niektórych związków przez błony biologiczne.

Glutation tworzy stabilne kompleksy z jonami niektórych metali (m. in. rtęci, miedzi, srebra, cynku i chromu), odgrywając rolę w ich magazynowaniu i transporcie przez błony.

Uczestniczy aktywnie w II fazie biotransformacji ksenobiotyków. Koniugaty glutationu z ksenobiotykami powstające przy udziale transferazy glutationowej cechuje rozpuszczalność w wodzie, co przyspiesza ich eliminację z organizmu. Dalsza biotransformacja tych związków przebiega przy udziale tych samych enzymów, które uczestniczą w degradacji glutationu. Toksyczność niektórych związków np. chlorowcopochodnych alkenów, hydrochinonów i aminofenoli, dichlorometanu wzrasta w następstwie takiej transformacji.

Glutation jest neuropeptydem i neuromodulatorem OUN. Obecność receptorów dla glutationu na powierzchni astrocytów potwierdza rolę tego pep-

Glutation nie może być stosowany doustnie w celach terapeutycznych, ponieważ nie jest wchłaniany. Doustna suplementacja GSH, jak wykazano, zapobiega jedynie degeneracji komórek jelita czczego oraz zwiększa szybkość usuwania nadtlenu lipidowych w enterocytach

tydu w przekazywaniu sygnałów w komórce.

Do innych funkcji tego kluczowego dla organizmu związku należą m. in. regulacja metabolizmu węglowodanów i lipidów, procesów wzrostu i różnicowania komórek, ochrona mitochondrialnego DNA (mtDNA), czy stabilizacja błon erytrocytarnych.

Zaburzenia w komórkowym stężeniu glutationu mogą wynikać z niedoboru substratów (aminokwasy) i ko-faktorów (witaminy B₆, B₁₂, kwasu foliowego, seleny) niezbędnych w syntezie jak również z zaburzeń aktywności czy niedoboru enzymów; peroksydazy glutationowej selenozależnej, reduktazy utlenionego glutationu, syntetazy glutationu, syntetazy γ -glutamylcysteinowej czy dehydrogenazy glukozo-6-fosforanowej, enzymu dostarczającego NADPH do redukcji GSSG.

Obniżone stężenie glutationu obserwuje się w przebiegu infekcji, po urazach, oparzeniu w sytuacjach stresowych. Stwierdzono, że z wiekiem stężenie glutationu w komórkach ulega również obniżeniu.

Niskie stężenie glutationu zaobserwowano w wielu chorobach neurodegeneracyjnych. Stwierdzono, że w substancji szarej mózgu pacjentów zmarłych na chorobę Parkinsona stężenie glutationu jest nawet o 40% niższe niż u osób zdrowych.

W chorobie Alzheimera całkowita zawartość GSH w mózgu jest niezmienną, ale wzrasta stężenie GSSG. Aktywność peroksydazy glutationowej i reduktazy glutationowej jest podwyższona, a transferazy S-glutationowej obniżona w różnych regionach mózgu.

Komórki nowotworowe cechuje wyższe stężenie glutationu niż komórki prawidłowe. Wykazano, że wysokie stężenie glutationu w komórkach nowotworowych zwiększa ich oporność na radio- i chemioterapię. Obniżenie stężenia GSH mogłoby przyczynić się do zwiększenia skuteczności radio- czy chemioterapii. Komórki nowotworowe w których stwierdzono wyższe stężenie GSH są również odporne na apoptozę. Przypuszcza się, że obniżone stężenie GSH może odgrywać istotną rolę w procesie apoptozy.

Wynika to najprawdopodobniej z nagromadzenia się w komórce a szcze-

Najwyższe stężenie glutationu występuje w komórkach mózgu, wątroby i nerek. Niemal 90% wewnątrzkomórkowego glutationu znajduje się w cytosolu, około 10% – w mitochondriach

gólnie w mitochondriach wolnych rodników, zaburzenia mitochondrialnego potencjału błonowego, otwarcia megakanałów w błonie mitochondrialnej, zmiany przepuszczalności tej błony i przemieszczenia się do cytosolu cytochromu c czynnika inicjującego apoptozę.

Zakażenie wirusem HIV prowadzi do znacznego (do 70%) spadku stężenia GSH i innych związków tiuolowych, co obserwuje się już w bezobjawowej fazie choroby. U pacjentów z zaawansowanymi objawami AIDS stwierdzono obniżenie stężenia GSH również w limfocytach. Prowadzi to do osłabienia funkcji limfocytów i zwiększonej ich podatności na śmierć. Sugeruje się, że podanie GSH w pierwszych tygodniach od zakażenia wirusem HIV może spowodować nawet regresję choroby.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje dotyczące glutationu wydaje się, że modulowanie jego poziomu w komórkach odgrywa istotną rolę.

Do wzrostu stężenia glutationu w komórkach mogą przyczynić się odpowiednia dieta, prekursor cysteiny, witaminy z grupy B. Czynnikiem decydującym o szybkości biosyntezy glutationu jest dostępność cysteiny. Posiada ona jednak silne właściwości neurotoksyczne, dlatego w celu stymulowania syntezy GSH podaje się nietoksyczny prekursor cysteiny N – acetylocysteinę.

O szybkości biosyntezy GSH decyduje również aktywność enzymów biorących udział w jego biosyntezie. Wykazano, że w procesie starzenia się spadek poziomu GSH w tkankach jest skorelowany z obniżeniem aktywności syntetazy γ -glutamylcysteinowej zwłaszcza w korze mózgu, sercu, wątrobie.

Obniżenie stężenia GSH jest wskazane np. do wywołania krótkotrwałej immunosupresji w powiązaniu z transplantacją narządów, a także w komórkach nowotworowych.

Dlatego poszukuje się rozwiązań, które pozwoliłyby na obniżenie stężenia GSH w komórkach nowotworowych, przy jednoczesnym zwiększeniu jego stężenia w komórkach prawidłowych. Uzyskanie takich efektów jest możliwe przez wykorzystanie istniejących różnic metabolicznych i genetycznych, jakie występują między komórkami prawidłowymi i nowotworowymi. Mimo licznych badań nie ma efektywnej strategii prowadzącej do obniżenia GSH w komórkach nowotworowych.

Glutation nie może być stosowany doustnie w celach terapeutycznych, ponieważ nie jest wchłaniany. Doustna suplementacja GSH, jak wykazano, zapobiega jedynie degeneracji komórek jelita czczego oraz zwiększa szybkość usuwania nadtlenuków lipidowych w enterocytach.

Istnieją doniesienia, że dożylnie podanie tego peptydu u pacjentów z chorobą Parkinsona poprawiało ich stan zdrowia.

Cysteina, aminokwas limitujący szybkość biosyntezy glutationu nie może być również stosowana w terapii z powodu dużej neurotoksyczności.

Stosowanie w terapii monoestrów glutationu (metylowy, etylowy i propylowy) ze względu na powstające z nich toksyczne alkohole i prawdopodobnie neurotoksyczność nie jest kontynuowane.

Trwają intensywne poszukiwania możliwości modulowania poziomu GSH i cysteiny w komórkach.

Walka duszy z... psychologią

Na samym początku chcę kategorycznie zaznaczyć, że nie uwierzyliśmy w psychologię. I jest ważne, żeby powiedzieć to właśnie w tym miejscu. Bo czasem aż strach, że psychologia, łącznie z fizjologią chcą stać się jakimś substytutem duszy. Chcą wytłumaczyć jej poruszenia, miłość, wiarę i sumienie teoriami neuroprzekaźników, teoriami osobowości, ego i superego, odwiecznymi zasadami ewolucjonizmu potrafiącego nawet najszlachetniejsze idee zdegradować do instynktu...

AGNIESZKA ŚMIAŁKO

STUDENTKA V ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UM W LUBLINIE

Dlatego chciałoby się ulec pokusie absolutnego rozdzielenia tych dwóch: duszy i psychologii, postawienia między nimi płotka i zezwolenia może jedynie na ich nieśmiało dotykaniu się. Czasami. W razie absolutnej konieczności.

Trudno jest religii przeniknąć do psychologii. Zaakceptować w niej to, co tłumaczyłoby człowieka w jego szlachetnej konstytucji korony stworzenia, jednocześnie bez wpadania w fa-

natyzm albo herezję. Trudna ta sztuka ma jednak swoich mistrzów.

Nasze Duszpasterstwo w czasie mniej lub bardziej cyklicznych spotkań, w warunkach bardziej lub mniej sprzyjających (np. „psychologiczne kajaki” skończyły się porównywalną ilością wody i pod łódką, i z chmury), stara się psychologię oswoić od ubiegłego roku. A te nasze próby z psychologią zaczęły się jeszcze na wiosnę 2009, na kajakach w Kazimierzu. Potem było październikowo-słoneczne spotkanie na Podzamczu w pobielanych grubyh ścianach kościoła św. Wojciecha, a ostatnio – znowu w ulubionym Kazimierzu Dolnym – weekendowe warsztaty z autoanalizy.

Warsztaty z autoanalizy...

Otóż było z nimi tak... Kiedy, jeszcze w Lublinie, ustalaliśmy „plan dnia” na ten czas, zdawało nam się, że te dwa dni wypełnione aż po brzegi rozmowami, gitarą, filmami... będą błogim relaksem – zakończyły się koszmarnym zmęczeniem. I to zmęczeniem, jak mak z popiołem, pomieszanym z niedosytem! To wciąga!

Cała rzecz zaplanowana była bardzo ambitnie. Okazuje się, że myślenie o sobie, albo może – myślenie o sobie w sobie – wcale nie pozostaje bez konsekwencji dla samopoczucia, siły, humoru, stabilności, czy ja wiem, emocjonalnej, duchowej – stabilności w ogóle. Bo jak tak człowiek dłużej się sobie poprzygląda, ale nie jak Narcyz w tafli lusterka, tylko jakby próbował spojrzeć przez szybę na to, co po drugiej stronie żyje własnym życiem i ma się nie najgorzej (albo wręcz przeciwnie). Więc jak tak człowiek dłużej się sobie poprzygląda, to może poczuć jak jego, budowany z taką pieczołowitością, dotychczasowy świat zaczyna wirować. Świat, który ukrył to, co miał ukryć. Aż tu nagle... ups! – coś zaczyna pękać...

Spora część tej pracy polegała na zabawie – rysowaniu (wybór kredek olbrzymi, jak w przedszkolu), układaniu piramid z karteczek, rozwiązywaniu quizów... (Tu odsyłam do galerii na www.duszpasterstwo.umlub.pl). A potem z tak, wydawałoby się, banalnych i bezwiednych rysunków, dr Wiesław „Wiesiek” Poleszak czytał jak z dłoni,

szklanej kuli, wnętrzości koguta, albo wszystkiego naraz. [1] Otwierały się ze zdumienia usta i czuliśmy się tacy bezbronni... Ale otuchy dodawała myśl, że śniegowej kulki puszczonej celnie w kierunku jego pleców jakoś nie umiał przewidzieć. Czyli jednak normalny, uff!

Wieczorem oglądaliśmy Wojtyłę, czyli film na podstawie sztuki Karola Wojtyły „Brat naszego Boga”. Film kosmicznie trudny, dlatego spora część widowni oglądała resztki chipsów na dnie opakowania, tudzież własne powieki od wewnątrz, zapewne kontemplując sensne światy podświadomości.

Sama już nie wiem, z jakich zapomnianych warstw nadnerczy spłynęła na nas wtedy energia, żeby po tych wszystkich atrakcjach soboty, grać jeszcze na gitarze aż do... 3 rano! (7.30 – niedzielne śniadanie, a trzeba jeszcze pomalować rzęsy).

Nie odkryte dno

Czy takie zajęcia dają jakieś życiowe przeżycia? Nie wiem. W każdym razie w tych, co to mniej skłonni do egzaltacji, zasiewają niewątpliwie ten „błogosławiony niepokój”, który każe przeczuwać, że w każdym z nas jest jeszcze jakieś nie odkryte dno. I że tam, na dnie, są jeszcze jakieś potrzeby – i to, że schowane głębiej wcale nie znaczy, że niższe. Przeczuwać, że jednak nie „wszystko w tym wszystkim” jest okej...

Nie, nie robimy tego, żeby dołować, udowodniać światu zło i coraz ciaśniej opatulać się ciepłą kościelną pierzynką. Przecież wszyscy zgadzamy się co do tego, że źle jest żyć w fikcji, w matriksie. Przecież wszyscy chcielibyśmy mieć pewność, że to, co widzimy, rzeczy-

wicie jest tym, na co patrzymy. Że nie patrzymy z zamkniętymi oczami... Więc my robimy to po to, żeby ciągle badać nasz wzrok. I tyle.

Psychologia nie jest nam potrzebna, aby poruszać fundamenty spraw kardynalnych (dusza jest i koniec!; dusza jest jednak czymś nieopisywalnym, co wymyka się wszelkim słowom i naukom). Psychologia jest nam potrzeb-

Zdawało nam się, że te dwa dni wypełnione aż po brzegi rozmowami, gitarą, filmami... będą błogim relaksem – zakończyły się koszmarnym zmęczeniem. I to zmęczeniem, jak mak z popiołem, pomieszczonym z niedosytem! To wciąga!

na, aby na drodze wyznaczonej przez grube drogowskazy spraw kardynalnych zrozumieć siebie, swoją wiarę (jak, po co i czy w ogóle?), swoje „skoki w bok” i potrzebę powrotów.

cdn...

Jak na razie wszyscy czekamy na ciąg dalszy. Kolejna odsłona warsztatów z dr. Poleszakiem w weekend majowy. W międzyczasie odbędą się warsztaty „stacjonarne” – w naszej kaplicy, na temat komunikacji lekarz – pacjent, prowadzone przez...

1 Po południu z odgłosów dobywających się z brzuchów wróżył, że zbliża się obiad (fachowo nazywa się to gastromancją).



Rajgród, czyli tam gdzie cisza splata się z naukowym zgiełkiem

W dniach 11-13 grudnia 2009 r. w Rajgrodzie koło Augustowa odbył się jubileuszowy X Krajowy Zjazd Doktorantów – IV Zwyczajny Zjazd Krajowej Reprezentacji Doktorantów. Udział w nim wzięło około 100 doktorantów z 40 polskich uczelni wyższych oraz instytutów badawczych PAN, jak również przedstawiciele niepublicznych uczelni wyższych. Naszą Almae Matris reprezentowali przedstawiciele Samorządu Doktorantów: Karolina Kosek-Hoehne, Magdalena Bielacz oraz Dominik Hoehne.

LEK. DENT. KAROLINA KOSEK-HOEHNÉ
DOKTORANTKA III ROKU

LEK. DENT. DOMINIK HOEHNÉ
DOKTORANT III ROKU
UM W LUBLINIE

Wśród znamienitych gości Zjazd zaszczyteli swą obecnością: Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego **prof. Barbara Kudrycka**, Przewodnicząca Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich **prof. Katarzyna Chałasińska-Macukow**, Przewodniczący Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego **prof. Jerzy Błażejowski**. Goście i uczestnicy zgromadzeni w malowniczym ośrodku Knieja wysłuchali serii znakomitych wykładów tematycznych. W pamięci młodych adeptów nauki najtrwalej zapisała się wypowiedź Minister Nauki i Szkolnictwa

Wyższego **prof. Barbary Kudryckiej**, która zwracając się do uczestników X Krajowego Zjazdu Doktorantów powiedziała, iż: „*Największych odkryć w naukach technicznych i przyrodniczych dokonują tak młodzi ludzie, jak wy.*” Następnie Pani Minister przedstawiła założenia do nowelizacji ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz ustawy o stopniach naukowych i tytułach naukowych oraz o stopniach i tytułach w zakresie sztuki. Proponowane zmiany mają na celu m. in. wyłonienie Krajowych Naukowych Ośrodków Wiodących (KNOW), które będą otrzymywały dodatkowe środki finansowe z Ministerstwa. Podczas dyskusji na temat założeń doktoranci poruszali wiele kwestii, m. in. certyfikat z języków nowożytnych, możliwości zatrudniania doktorantów w uczelniach, środki na stypendia doktoranckie, odrębna pula środków w Narodowym Cen-

trum Badań i Rozwoju dla młodych naukowców.

W dniu inauguracji Zjazdu wręczone zostały również nagrody w konkursie „Najbardziej Produktowna Uczelnia w Polsce” Konkurs po raz drugi organizowany był przez Krajową Reprezentację Doktorantów pod patronatem Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Ma on na celu wskazanie i promowanie najkorzystniejszych rozwiązań dla doktorantów wprowadzonych przez polskie szkoły wyższe.

Kapituła konkursu, w skład której weszli przedstawiciele Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego oraz Zarządu Krajowej Reprezentacji Doktorantów, przy ocenie uczelni brała pod uwagę jakość kształcenia na studiach doktoranckich, a także zapewnienie odpowiednich warunków ich odbywania oraz prowadzenia badań naukowych. Ważnym kryterium było też wsparcie



finansowe, jakie uczelnia oferuje uczestnikom studiów doktoranckich: od stypendiów doktoranckich, grantów i nagród, przez publikację wydawnictw, aż po finansowanie udziału w konferencjach, dodatkowych szkoleniach, kursach i zajęciach rozwijających zainteresowania i umiejętności młodych naukowców. Spośród 42 uczelni, które zgłosiły się do konkursu, wyłoniono cztery najbardziej wspierające badania i prace doktorantów. Zwycięzcą został Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Drugie miejsce uzyskał Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, trzecie ex aequo zajęła Politechnika Warszawska oraz Uniwersytet Warszawski.

Poza częścią oficjalną, doktoranci, jak co roku intensywnie pracowali nad rozwiązywaniem problemów, z którymi spotykają się w często bardzo odmiennych realiach naukowej codzienności. Do zadań Zjazdu należało także: przyjęcie sprawozdania z działalności ustępującego Zarządu, udzielenie absolutorium Zarządowi i wybór nowych władz KRD, a ponadto dokonanie zmian w statucie KRD i wyznaczenie kierunków działań na następny rok.

Zjazd dokonał wyboru nowych reprezentantów na kadencję 2010/2011. Zgodnie z § 9 ust. 1 Statutu KRD, Zarząd dokonał wyboru władz. Skład Zarządu V Kadencji jest następujący: **mgr Kinga Kurowska** – Politechnika Warszawska – Przewodnicząca KRD, **mgr Jacek Lewicki** – Uniwersytet Jagielloński w Krakowie – Wiceprzewodniczący, **mgr Szymon Grabański** – Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu –



Wiceprzewodniczący, **mgr Lukasz Przanowski** – Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie – Sekretarz, **mgr Elżbieta Kornalska** – Uniwersytet Rolniczy w Krakowie, **mgr inż. Paweł Maślak** – Politechnika Wroclawska, **mgr Beata Polińska** – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Uczestnicy X KZD wybrali również skład Komisji Rewizyjnej Zarządu V kadencji. Tworzą go: **mgr Dominik Bień** – Uniwersytet Gdański, **lek. dent. Karolina Kosek-Hoehne** – Uniwersytet Medyczny w Lublinie, **mgr Adam Ramotowski** – Uniwersytet w Białymstoku, **mgr Sylwia Serwońska** – Uniwersytet Szczeciński, **mgr Krzysztof Stereńczak** – Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie.

Zarząd utrzymał funkcję Pełnomocnika d/s niepełnosprawnych, którym została **mgr Dorota Zareba**. Przedłużony został również mandat Rzecznika Praw Doktorantów – pozostaje nim

mgr Paweł Pachuta. Nowe władze czeka wiele wyzwań w związku z pracami nowelizacyjnymi nad ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym. Pozostaje nam tylko wierzyć, że zaufanie jakim doktoranci z całej Polski obdarzyli swoich przedstawicieli nie zostanie zawiedzione i po roku urzędowania Zjazd będzie mógł udzielić absolutorium kolejnej grupie młodych pełnych nadziei i zapala naukowców walczących o prawa doktorantów.

Zjazd Doktorantów po raz kolejny był wyjątkową okazją do wymiany doświadczeń przez przedstawicieli doktorantów zarówno uczelni państwowych i prywatnych, jak i jednostek naukowych Polskiej Akademii Nauk. Piękno przyrody pozwalało uczestnikom na chwilę refleksji nie tylko nad losem nauki w Polsce, ale także nad wyborem własnych dróg życiowych, co stanowiło niezwykle doświadczenie u schyłku 2009 roku.

Szlakiem cudów i objawień

(cz. I)

Wakacje to okres wyczekiwany z utęsknieniem przez każdego studenta. Niektórzy nawet przemierzają rok akademicki dzięki myśli, że z każdym dniem zbliżają się do upragnionego zasłużonego odpoczynku. Form spędzania wolnego czasu jest wiele. Niektórzy wyjeżdżają ekipą w góry, inni nad morze, jeszcze inni lecą ze swoją drugą połówką do egzotycznych krajów. Są też tacy, którzy trzy miesiące wakacji chcą przeznaczyć na cele zarobkowe i wyjeżdżają do pracy i ci, którzy cenią bliskość rodziny i spędzają ten czas w domu.

AGATA CIURLA
STUDENTKA IV ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
UM W LUBLINIE

Jednak zanim wpadnie się w wir wakacyjnego szaleństwa czasem warto się zastanowić komu zawdzięczmy ten kolejny rok zmagania i nowe perspektywy, które dzięki wytrwałości i pracy otwierają się przed nami z każdym dniem.

Moje wakacje z końcem czerwca 2009 były jeszcze wielką niewiadomą. Planowane praktyki w Hiszpanii przypadły z dnia na dzień i jedynym pewnikiem okazał się wyjazd na camping z rodziną. Pobyt na miejscu był zarezerwowany od 11 lipca, ale nasza reisefeber skłonił nas do opracowania trasy, który wydłużyłaby nasze wakacje o tydzień. Za naszą przewodniczkę wybraliśmy Najświętszą Maryję.

Granicę polsko-niemiecką przekroczyliśmy 5 lipca. Podróż przebiegała spokojnie, w wesołej atmosferze, której jednak towarzyszyły chwile skupienia i zgodnie ze starą rodzinną tradycją poranne śpiewy godzinek. Staraliśmy się trzymać katolickiego zwyczaju i w południe odmawiać Anioł Pański, a o 15:00 koronkę do Miłosierdzia Bożego. Może to brzmi staroświecko i niemodnie, ale czułam, że dzięki tej modlitwie nasza więź rodzinna jest jeszcze silniejsza i że Bóg nad nami czuwa. Dzięki temu również szybciej mijał czas. Oczywiście, żeby nasza podróż nie była bezowocna, co jakiś czas sięgaliśmy po przewodnik, który zapoznawał nas z krainami, miastami i wioskami, które mijaliśmy.

7 lipca w chłodny, ponury ranek dotarliśmy do Lourdes, w którym ponad 150 lat temu małej dziewczynce objawiła się Matka Boska. 11 lutego 1958 r. czternastoletnia Bernadetta Soubi-

rous razem z siostrą Antonią i sąsiadką Joanną wybrały się nad rzekę Gave, aby nazbierać suchych gałęzi do palenia w piecu. Kiedy podeszły do groty, nad którą wznosiła się skała, nazywana Massabielle, musiały przepłynąć się przez przepływający tam strumień lodowatej wody. Bernadetta zdejmowała buty, gdy nagle usłyszała dziwny szum wiatru. „Spojrzałam w stronę groty – pisała potem – i zobaczyłam, że z jej wnętrza wypłynął złocisty obłok, a tuż za nim wyszła tak niezwykle piękna Pani, jakiej nigdy w życiu nie widziałam. Miała białą szatę, welon także biały, błękitny pasek i żółte róże na stopach. Od razu popatrzyła na mnie, uśmiechnęła się i pokazała mi, bym podeszła do Niej, jak gdyby była moją matką. Cały mój strach zniknął, ale wydawało mi się, że straciłam świadomość tego, gdzie jestem. Przecierałam oczy, zamykałam je, otwierałam, lecz Pani wciąż stała na

tym samym miejscu, dalej uśmiechając się do mnie – aż zrozumiałam, że to wszystko nie jest złudzeniem. Nie myśląc o tym, co robię, wzięłam w ręce swój różaniec i uklęknęłam. Pani skinęła głową na znak aprobaty i sama także wzięła do rąk różaniec, który miała przewieszony przez prawe ramię. Kiedy chciałam zacząć odmawiać różaniec i próbowałam podnieść dłoń do czoła, rękę miałam jakby sparaliżowaną – i dopiero kiedy Pani się przeżegnała, ja mogłam zrobić to samo. Jednak modliłam się sama, a Pani tylko przesuwała paciorki różańca w palcach, nie mówiąc nic. Dopiero na końcu każdej dziesiątki różańca odmawiała ze mną *Chwała Ojcu...* Kiedy skończyłam, dała mi znak, abym się do niej zbliżyła, ale się nie ośmieliłam. Wtedy nagle znikła”.

Kiedy dziewczynki zobaczyły kłęzącą Bernadettę, zaczęły się z niej wyśmiewać, jednak po chwili zrozumiały, że coś musiało się stać, i dlatego uporeczywie dopytywały się swej koleżanki, co to było. Bernadetta w końcu uległa ich prośbom; opowiedziała swym towarzyszkom o ukazaniu się tajemniczej Pani, prosząc je o zachowanie całkowitej tajemnicy. Jednak po powrocie do domu dziewczynki szybko wszystko rozpowiedziały i matka Bernadетки zakazała jej chodzenia do groty.

Spotkanie z tajemniczą piękną Panią, która wyglądała na młodą dziewczynę w wieku szesnastu lub siedemnastu lat, było dla Bernadetty tak wielkim przeżyciem, że od tamtej pory odczuwała wewnętrzne przynaglenie, aby jak najszybciej iść do groty na kolejne widzenie. Matka jednak kategorycznie jej tego zabraniała. Dopiero w niedzielę 14 lutego po Mszy św. uległa usilnym prośbom córki i wyraziła zgodę. Bernadetta razem z dwiema koleżankami natychmiast wyruszyły do groty Messabielle. Wzięły ze sobą różańce oraz butelkę ze święconą wodą. Bernadetta doszła pierwsza do groty i od razu uklęknęła do modlitwy różańcowej. „Zaledwie skończyłam pierwszy dziesiątek – pisze – ujrzałam tę samą Panią. Natychmiast zaczęłam kropić ją wodą święconą, mówiąc, aby została, jeśli przychodzi od Boga, a jeśli nie – aby odeszła. Równocześnie

przyspieszyłam kropienie wodą. Pani uśmiechnęła się do mnie i pochylała głowę. Im więcej kropiłam, tym bardziej uśmiechała się i potakiwała głową. (...) Kiedy skończyłam różaniec, postać znikła”. Jedyne Bernadetta widziała objawiającą się Postać. W czasie widzenia była w ekstazie, cała pochłonięta tym, co widzi, jakby oderwana od rzeczywistości, ze wzrokiem utkwionym w jeden punkt.

Po powrocie do domu Bernadetta usłyszała od matki, że już nigdy nie będzie jej wolno pójść do groty Messabielle. Wpływowa i bogata mieszkanka Lourdes, pani Peyret, trawiona wiel-

niewierzący lekarz, dr Dozous, chciał „zdemaskować oszustwo” – i dlatego postanowił zbadać dziewczynkę podczas ekstazy. Został głęboko poruszony jej zachowaniem i doświadczył obecności wielkiej tajemnicy. Od tego momentu rozpoczął się proces jego nawracania się. W swoim oświadczeniu dr Dozous stwierdził, że podczas ekstazy twarz Bernadetty stawała się niezmiernie piękna. Oznaczało to, że dziewczynka nawiązywała z kimś autentyczny kontakt. Podczas swych widzeń miała regularny puls, swobodny oddech i absolutnie nie wskazywało na jej nerwowe podniecenie.



ką ciekawością, wymogła jednak na matce Bernadetty, aby ta zgodziła się na pójście swej córki na miejsce objawień. 18 lutego, w piątek, po porannej Mszy św. Bernadetta razem z paniami Peyret i Millet wyruszyły do Messabielle. Piękna Pani ponownie objawiła się i prosiła widzącą: „Czy będziesz uprzejma przychodzić tu przez piętnaście dni?”. Dziewczynka odpowiedziała, że z radością spełni Jej prośbę – i wtedy usłyszała: „Nie obiecuję ci szczęścia na tym świecie, lecz w innym”.

W czasie czwartego i piątego objawienia Bernadette towarzyszyła dużej gromadzie ludzi. 20 lutego Maryja nauczyła ją modlitwy, którą Bernadetta odmawiała codziennie przez całe życie, ale jej tekstu nikomu nie przekazała. Podczas szóstego objawienia (21 lutego) Matka Boża prosiła o modlitwę za grzeszników. Wtedy też

Ponieważ coraz więcej ludzi zaczęło przybywać na miejsce objawień, władze bardzo się zaniepokoiły i próbowały przez zastraszanie i przesłuchania zabronić Bernadette przychodzenia do groty. Podczas siódmego objawienia (23 lutego) Maryja przekazała dziewczynce „trzy tajemnice” – dotyczące wyłącznie jej. Matka Boża prosiła ją też o przekazanie księdzu proboszczowi prośby, aby wybudował kaplicę w miejscu objawień. Ksiądz Peyramale nie wierzył jednak w prawdziwość objawień i dlatego poprosił o czytelny znak – aby Bernadetta zapytała piękną Panią, jakie ma imię.

Podczas dziewiątego objawienia Maryja wskazała Bernadette miejsce na ziemi w grocie i kazała jej „napić się z tego źródła, a potem się w nim obmyć”. Ponieważ nie było tam żadnego źródła, zaskoczona dziewczynka

zaczęła rozgrzebywać ziemię i po chwili zauważyła wypływającą wodę. Nabrała więc dłońmi mulistej cieczy, napiła się jej, a następnie obmyła nią twarz. Wkrótce z tego miejsca zaczął płynąć wartki strumień krystalicznej wody. Wiadomość o źródle, które wytrysnęło w grocie, szybko rozeszła się po okolicy. Woda z tego źródła stała się znakiem uzdrawiającej łaski Bożej. Świadczą o tym tysiące uzdrowień niewytłumaczalnych z naukowego punktu widzenia.

Następnego dnia Maryja nie objawiła się Bernadecie, za to przy grocie wydarzył się pierwszy cud. Kamieniarz Luis Bouriette od dwudziestu lat nie widział na prawe oko, które zostało mu wybite podczas wypadku przy pracy. Żarliwie modlił się przed grotą Massabielle i kilkakrotnie przemyślał oczy wodą ze źródła. Wtedy stał się cud: jego prawe oko zostało na nowo stworzone, a Luis odzyskał zdolność widzenia.

Drugie cudowne uzdrowienie nastąpiło 1 marca. Katarzyna Latapie po ciężkim wypadku i skomplikowanym złamaniu nie mogła otworzyć dłoni. Po modlitwie i zanurzeniu dłoni w źródle jej ręka powróciła do stanu przed wypadkiem.

Podczas objawień 27 lutego przed grotą zgromadziło się około 1000 ludzi. Z każdym dniem było ich coraz więcej. 3 marca zebrało się około 4000 osób, a 4 marca było ich już blisko 8000. Tego samego dnia, po skończonym objawieniu przy grocie, Bernadetta wracając do domu spotkała niewidomą dziewczynę dotkniętą nowotworem rakowatym oczu. Uściskała ją serdecznie, a następnie poprosiła, aby koleżanka obmyła się wodą ze źródła z grotty Massabielle. Kiedy dziewczyna to uczyniła, została natychmiast uzdrowiona.

W Święto Zwiastowania, 25 marca, w nocy Bernadetta czuje nagle silne wewnętrzne przynaglenie, dlatego już o godzinie 5 rano udaje się do grotty, razem ze swoimi rodzicami. Było jeszcze ciemno i panowała głęboka cisza, ale w miejscu objawień zgromadziła się już duża grupa ludzi, a wśród nich komisarz Jacomet. W czasie modlitwy różańcowej Bernadecie objawia się piękna Pani. Podczas wcześniejszych objawień dziewczynka wielokrotnie pytała Ją o imię, ale w odpowiedzi otrzymywała tylko uśmiech. Tym razem ponownie zapytała zjawę, kim jest, i wtedy otrzymała długo oczekiwaną odpowiedź: „Jestem Niepokalanym Poczęciem”.

Bernadetta była zaskoczona tą odpowiedzią, gdyż nie wiedziała, co znaczy to dziwne imię „Niepokalanie Poczęta”, tym bardziej że nigdy o nim nie słyszała. Nie zdążyła się już jednak o nic więcej zapytać, ponieważ śliczna Pani zniknęła.

Bernadetta szybko pobiegła do proboszcza Peyramale'a, aby przekazać mu to dziwne imię. Aby go nie zapomnieć, w drodze ciągle powtarzała: „Niepokalanie Poczęta”. Bernadetta nie wiedziała, że 8 grudnia 1854 r. w Bazylice Watykańskiej został uroczystie ogłoszony przez papieża Piusa IX dogmat o Niepokalanym Poczęciu Najświętszej Maryi Panny. Kiedy proboszcz usłyszał z ust Bernadetty imię „Niepokalanie Poczęta”, z wrażenia aż zaniemówił. Zrozumiał bowiem, że Maryja użyła teologicznie doskonałej formuły, która potwierdzała dogmat ogłoszony cztery lata wcześniej.

7 kwietnia miało miejsce siedemnaste objawienie. Podczas ekstazy Bernadetta nieświadomie przesunęła swą prawą dłoń nad palący się płomień świecy, którą trzymała w lewej ręce. Przez blisko kwadrans płomień przenikał jej przez palce, a mimo to dziewczynka nic nie czuła; na jej dłoni nie



pozostał najmniejszy znak oparzenia. Nadzwyczajne uzdrowienia zaczęły przyciągać na miejsce objawień tysiące ludzi. Władze chciały jednak za wszelką cenę zatrzymać narastającą falę pielgrzymek i dlatego zamknęły dostęp do grotty. Decyzją mera miasta stała się ona nielegalnym miejscem kultu religijnego. Nie poparł jednakże tego zarządzenia biskup i ludzie nadal tłumnie przybywali do Massabielle. Ponadto pielgrzymi zaczęli pisać petycje do ministra do spraw wyznań o odwołanie zarządzenia prefekta. Prócz tego mimo ponawianych gróźb ze strony władz ludzie kilkakrotnie zburzyli ogrodzenie broniące dostępu do grotty.

Postawa władz radykalnie się zmieniła dopiero w końcu września 1858 r. Wówczas to cesarz Napoleon III, po cudownym uzdrowieniu swojego syna, nakazał otworzenie pielgrzymom dostępu do grotty. Jego dziecko wyzdrowiało po napięciu się wody z cudownego źródła i spożyciu ziół pochodzących z Massabielle.

Tymczasem z powodu pogarszającego się stanu zdrowia Bernadetta zostaje wysłana 8 maja na dwutygodniowe leczenie do pobliskiego sanatorium w Cauterets. Z wielkim utęsknieniem czekała i przygotowywała się na przyjęcie Pierwszej Komunii Świętej w dniu 12 czerwca 1858 r. Od tamtej chwili przyjmowanie Jezusa w Komunii św. stało się dla niej najważniejszym wydarzeniem i największym źródłem duchowej mocy. 16 lipca 1858 roku, w święto Matki Boskiej z góry Karmel, po przyjęciu Komunii św. Bernadetta czuje wewnętrzne przynaglenie, aby udać się do grotty na spotkanie z Niepokalaną Dziewicą. Dotarła tam tuż przed zachodem słońca. Podczas modlitwy różańcowej Matka Boża objawiła się jej po raz ostatni. Bernadetta mówiła, że Maryja wtedy milczała i że była piękniejsza niż kiedykolwiek wcześniej.

W Lourdes do dziś odczuwa się siłę nadprzyrodzoną bijącą z tego miejsca objawień. Nad grotą, w której Maryja ukazała się Bernadecie wznosi się teraz wspaniałe Sanktuarium Maryjne, do którego pielgrzymują wiążący ze wszystkich zakątków świata. W tym świętym miejscu przyjmęłam Ko-

Cudowne uzdrowienie

Ażeby uznać powrót do zdrowia za cudowne uzdrowienie, muszą być spełnione następujące warunki:

1. Choroba, z której zostaje się uzdrowionym musi być ciężka tak, że wyleczenie z niej nie jest możliwe, a przynajmniej trudne.
2. Choroba nie może być już w stadium zaniku, tak że mogłaby cofnąć się samoistnie.
3. Nie mogą być aplikowane żadne lekarstwa, a gdy już zostały podane, stwierdzona musi być ich nieskuteczność.
4. Uzdrowienie musi być natychmiastowe.
5. Przed uzdrowieniem nie może mieć miejsca żaden kryzys na skutek podawania określonego środka; jeśli tak byto, nie należy mówić o cudownym uzdrowieniu, gdyż można je częściowo lub też całkowicie wytłumaczyć w sposób naturalny.
6. Uzdrowienie musi być całkowite.
7. Po uzdrowieniu nie może nastąpić nawrót choroby.

Obecnie przyjęta została zasada, że lekarzowi nie wolno stwierdzać cudów, a duchowny nie powinien szczegółowo zajmować się ich stroną lekarską. Aktualnie obowiązuje następujący sposób postępowania:

1. Pierwszą instancją badającą stanowi Biuro Medyczne w Lourdes w raz z przyłączonym do niego Biurem Badań naukowych.
2. Drugą instancją badającą stanowi Międzynarodowy Komitet Lekarski w Lourdes (nazwany także Międzynarodowym Komitetem Medycznym w Lourdes). Ten przeważnie w Paryżu obradujący komitet składa się z utworzonej przez Thesa Narodowej Komisji Lekarskiej i znakomitości lekarskich.
3. Proces kościelny i potwierdzenie cudów: dla instytucji lekarskich istotna jest wskazówka dr Alphonse Olivieri (1959- 1971), przewodniczącego Biura Medycznego w Lourdes „my jako lekarze nie możemy do czasu zapadnięcia decyzji biskupiej na temat jakiegos uzdrowienia nigdy użyć słowa cud”. Posiadający szczególne uprawnienia biskup musi podjąć najtrudniejszą i ostateczną decyzję. Wymaga ona największej odwagi.

munie Świętą i podziękowałam za opiekę Maryi w życiu codziennym. W czasie studiów wiele ludzi odchodzi od Boga albo przypomina sobie o Nim tylko przed egzaminami. Tu w Lourdes orężem pielgrzymy jest wiara i nadzieja. Tysiące pątników wyczuje w kolejce, by dotknąć wygładzonej już przez lata zimnej skały i wypowiedzieć w duchu swoją prośbę lub podziękowanie. Tu grupy pielgrzymów w kolorowych koszulkach, z transparentami i flagami składają hołd Maryi w jej Bazylice oplecionej bystrym strumieniem u podnóża gór. Tu nieuleczalnie chorzy przybywają, by prze-

żyć swój własny cud, wąpiący by doświadczyć duchowego uzdrowienia.

W naszym środowisku lekarskim pewnie wiele osób nie do końca wierzy w prawdziwość cudownych uzdrowień i doszukuje się ich naukowego wytłumaczenia. Dlatego przedstawię tu zasady obowiązujące przy uznawaniu cudu. Jeszcze do dzisiaj posługują nam do tego kryteria, które wyszczególnił w dziele „De servorum Dei beatificatione et beatorum canonisatione” (Bolonia 1734-1738) w ósmym rozdziale czwartej księgi papież Benedykt XIV.

C. D. N.

Postępy w analizie chemicznej

Zastosowania farmaceutyczne i biomedyczne

Tak jak w poprzednich latach, tak i w ubiegłym roku, na początku października, Lubelskie Towarzystwo Studentów Farmacji (LTSF), stanęło przed zadaniem opracowania planu działania. Na jednym z pierwszych spotkań członków stworzyliśmy plan, na kolejny rok akademicki. Znalazła się w nim, jak zwykle, konferencja o leku naturalnym oraz kilka nowych przedsięwzięć. Jednym z nich był pomysł organizacji pierwszej konferencji chemiczno-analitycznej.



Prof. dr hab. dr h. c.
Edward Soczewiński podczas
swojego wykładu

PIOTR PAWŁOWSKI
STUDENT V ROKU
WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO
UM W LUBLINIE

Duże zainteresowanie studentów wcześniejszymi konferencjami, organizowanymi przez nasze Towarzystwo, zachęciło nas do przedstawienia nowej, nie prezentowanej wcześniej na tego typu sesjach wykładowych LTSF, tematyki.

12 grudnia 2009 roku o godzinie 10 w auli Collegium Universum zebrała się nietypowo duża, jak na sobotnie przedpołudnie, grupa studentów, nie

tylko Uniwersytetu Medycznego, ale także pozostałych lubelskich uczelni. Wszyscy zebrani czekali z niecierpliwością na rozpoczęcie konferencji pod hasłem „Postępy w analizie chemicznej w aspekcie zastosowań farmaceutycznych i biomedycznych”. Przedsięwzięcie to udało się nam zorganizować dzięki współpracy i wsparciu szefów oraz pracowników Katedry Chemii (w skład, której wchodzi: Zakład Chemii Analitycznej, Zakład Chemii Fizycznej, Zakład Chemii Nieorganicznej oraz Samodzielna Pracownia Chromatografii Planarnej), Katedry Chemii Leków oraz Katedry Chemii Organicznej. Gościem Specjalnym był światowej sławy

specjalista, znawca tematyki chromatograficznej **prof. dr hab. dr h. c. Edward Soczewiński**, który swoim wykładem „Wpływ metod chromatografii na ewolucję nauk przyrodniczych” przybliżył zebranym historię i kierunki rozwoju tej dziedziny badawczej.

Sesję wykładową rozpoczęła **prof. dr hab. Grażyna Matysik** wykładem pt. „Potwierdzenie skuteczności działań ekstraktów roślinnych metodami biologicznymi i chromatograficznymi”. Następnie **mgr Łukasz Popiołek** przedstawił „Praktyczne aspekty zastosowań metod spektroskopowych”. Pierwszą serię wykładów zakończył prof. dr hab. dr h. c. Edward Soczewiński.

Po przerwie słuchacze zapoznali się z „Wysokosprawną elektroforezą kapilarną oraz metodami obniżania granicy dolnej wykrywalności agalitu” w wykładzie prezentowanym przez **dr Arkadiusza Pomykalskiego**. **Prof. dr hab. Tadeusz Dzido** w wykładzie pt. „Ciśnieniowa elektrochromatografia planarna” przybliżył studentom oraz wszystkim zebranym tajniki tej nowatorskiej metody opracowywanej przez zespół pracowników Zakładu Chemii Fizycznej. Na koniec drugiej serii wykładów **prof. dr hab. Monika Waksmundzka-Hajnos** przedstawiła wykład pt. „Chromatografia cieczowa elektrolitów organicznych”.

Po przerwie kawowej **dr hab. Krzysztof Józwiak** zaprezentował naszym gościom „Zastosowanie chromatografii powinowactwa w chemii medycznej”. Konferencję zakończyła **dr Beata Polak** wykładem pt. „Chromatograficzne metody rozdzielania związków optycznie czynnych”.

Rozmowy słuchaczy z naukowcami, podczas przerw „kawowych”, ujawniły duże zainteresowanie zebranych studentów tematyką naszej konferencji. Ucieszyło nas także ciepłe przyjęcie naszego pomysłu ze strony wykładowców: – *Bardzo cieszę się, gdy młodzi ludzie wykazują inicjatywę rozwijania swoich zainteresowań i uzdolnień. Jako nauczyciel akademicki doświadczam tego w wielu aspektach, związanych z aktywnością naukową*

– „**Bardzo cieszę się, gdy młodzi ludzie wykazują inicjatywę rozwijania własnych zainteresowań i uzdolnień**”



i organizacyjną studentów. Jednym z licznych przykładów jest nowa inicjatywa Lubelskiego Towarzystwa Studentów Farmacji, które zorganizowało, w dniu 12 grudnia 2009 r., konferencję nt. „Postępy w analizie chemicznej w aspekcie zastosowań farmaceutycznych i biomedycznych”. Konferencja spotkała się z bardzo dużym zainteresowaniem ze strony studentów, nie tylko naszej uczelni. Życzę organizatorom, aby starczyło im zapału do cyklicznego organizowania tego rodzaju, bardzo wartościowego, wydarzenia – powiedział prof. dr hab. Tadeusz Dzido, kierownik Zakładu Chemii Fizycznej.

Według Adama Pastuszka, studenta IV roku Wydziału Farmaceutycznego, członka Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze Chemii Organicz-

nej, taka konferencja to bardzo dobry pomysł. *Moim zdaniem każdy mógł znaleźć coś dla siebie. Różnorodność tematów oraz przedstawione szerokie aspekty zastosowań tych prężnie rozwijających się nauk sprawiły, że zdobyta przez nas dzisiaj wiedza zachęca do zgłębiania różnych aspektów analizy chemicznej.*

Sukces, którego widocznym znakiem była zapełniona aula, pierwszej edycji konferencji chemiczno-analitycznej skłania nas do wpisania jej na stałe w plan działania Lubelskiego Towarzystwa Studentów Farmacji.

Na zakończenie chciałbym jeszcze raz podziękować wszystkim wykładowcom oraz kierownikom katedr, których pracownicy brali czynny udział w konferencji, za okazaną pomoc w jej przygotowaniu.



Pierwszy studencki LipDub uczelni medycznej w Polsce

– refleksje reżysera

Lip-dub jest techniką produkcji teledysków, w których amatorzy udają, że śpiewają wybraną piosenkę, wzbogacając ją o własną interpretacją wizualną. Termin ten pochodzi od dwóch zjawisk filmowych – *lip synchronization* (dopasowywanie dźwięku do ruchu warg) oraz dubbing (podłożenie nowego nagrania pod oryginalny dźwięk). Cała trudność polega na tym, że materiał musi być nagrany jednym ujęciem, nie ma mowy o cięciach i montażu.

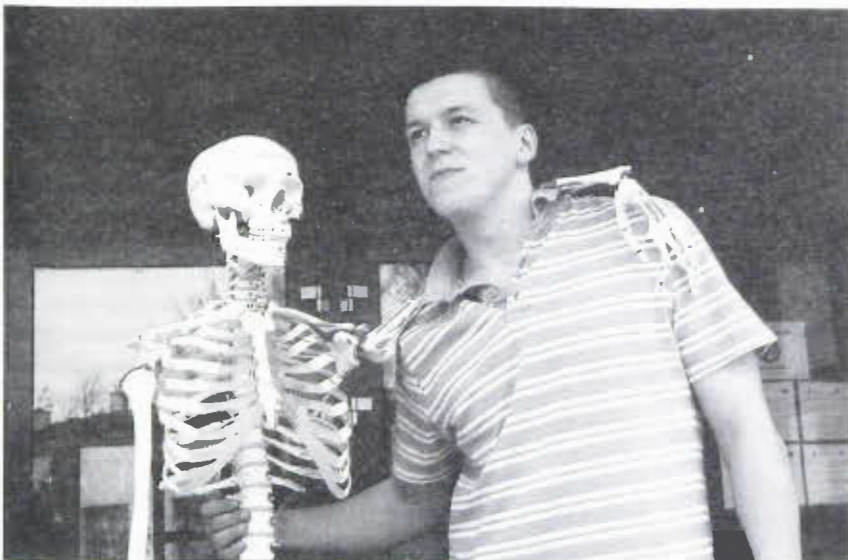


MICHAŁ PAULO

STUDENT V ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
UM W LUBLINIE

Za ojca tej techniki można uznać założyciela firmy Vimeo, **Jakoba Lodwicka**, który w 2006 roku, spacerując ze słuchawkami na uszach nagrał filmik ze swoim podśpiewywaniem, a po powrocie do domu podłożył oryginalną ścieżkę dźwiękową i umieścił go w internecie. Lip-dub bardzo szybko stał się popularny wśród internautów, którzy zaczęli tworzyć własne „teledyski”. Wkrótce pojawiły się też grupowe nagrania. Stąd już tylko krok do początków nietypowej studenckiej odmiany tej zabawy, którą nazwano *University LipDub*.

Pomysł stworzenia teledysku na naszej Uczelni zrodził się w listopadzie ubiegłego roku. Początkowo miał to być filmik promujący Uczelnię daleko odbiegający zasadami od typowego LipDub'a. Idea nakręcenia teledy-



sku razem z gotowym scenariuszem została jednak zepchnięta na boczny tor z powodu szeroko pojętego braku czasu. Temat powrócił nieczym bumerang 16 marca 2010 r. podczas jednego ze spotkań klubu „Kulturka”. Wspólnie doszliśmy do wniosku, że filmik musi zostać nakręcony w konwencji LipDub'a, aby przyniósł najlepsze efekty promocyjne dla naszego Uniwersytetu. Każdy z „kulturkowiczów” otrzymał zadanie naboru aktorów, a ja jeszcze tego samego dnia razem z Jackiem Bielem napisaliśmy nowy scenariusz do piosenki „Venus” w wykonaniu zespołu Ira. Pomysł na wykorzystanie tego właśnie utworu podsunęła nam **Ania Grządziel**.

Jedyny wolny termin wynajęcia budynku Collegium Anatomicum oraz Maius, który wybraliśmy na miejsce nakręcenia filmu, okazał się być znacznie wcześniej niż się spodziewaliśmy. Okazało się, że mamy niewiele ponad tydzień na zebranie aktorów, przygotowanie kostiumów, rekwizytów oraz scenografii. Przerażeni tym faktem zabraliśmy się do intensywnej pracy. W trakcie kiedy reszta członków komitetu organizacyjnego pracowała nad zapleczem logistycznym, ja całym godzinami wsłuchiwałem się w słowa i muzykę piosenki Iry, z nieustannym powtarzaniem scenariusza.

Wtorkowy poranek 23 marca to czas, w którym odbyło się moje pierwsze

Zachęcam wszystkich do obejrzenia efektów naszej pracy. Filmik dostępny będzie w serwisie internetowym YouTube pod hasłem „LipDub Uniwersytet Medyczny w Lublinie”

spotkanie z opiekunami poszczególnych części planu, w trakcie którego wspólnie omówiliśmy scenariusz i inne ważne sprawy organizacyjne. Wieczorem tego samego dnia miało miejsce zaplanowane tydzień wcześniej zebranie, które przyniosło iskierkę nadziei, aby plany ziściły się. Pojawiło się bardzo dużo osób chętnych do pomo-



Pomimo dużej frekwencji na wtorkowym spotkaniu nadal brakowało nam aktorów

cy. Scenariusz i muzyka zostały przyjęte z wielkim entuzjazmem, a role w naszym filmiku „rozchodziły się jak świeże bułeczki”. Zebraliśmy zamówienia na brakujące kostiumy, rekwizyty oraz wyznaczyliśmy datę próby generalnej na czwartek 25 marca, a dzień zdjęć głównych na niedzielny poranek.

Pomimo dużej frekwencji na wtorkowym spotkaniu nadal brakowało nam aktorów. Akcja informacyjna w postaci plakatów i informacji na stronie Samorządu przyniosła efekty. Na pró-

bie generalnej zjawili się prawie wszyscy wybrani dwa dni wcześniej aktorzy oraz wielu nowych przyszłych wspólników twórców filmu. Pomimo początkowych kłopotów organizacyjnych udało nam się przeprowadzić dwa próbne ujęcia, które przyniosły mieszane uczucia. Aktorzy spisali się świetnie, niestety uwidoczniły się pewne błędy w scenariuszu. Okazało się, że schody za bardzo spowalniały naszego operatora kamery – **Michała Wilczopolskiego**.





Piątek upłynął na intensywnej pracy z kamerzystą, aby wyeliminować błędy i niedociągnięcia scenariusza. Efektem było usunięcie niektórych scen, wprowadzenie przyspieszeń oraz nakręcenie „filmiku szkoleniowego”, od prezentacji którego rozpoczęliśmy niedzielny dzień zdjęciowy.

Pomimo zmiany czasu wszyscy aktorzy stawili się o czasie. Zaspaly jedynie rekwizyty i kostiumy, przez które opóźnił się start pierwszych ujęć. Na szczęście cała nasza ekipa filmowa trwała we wspaniałych humorach. Panowała miła i przyjazna atmosfera, a w powietrzu dało się wyczuć nutkę ogromnej ekscytacji. Wszystko to miało ogromne znaczenie i w dużej mierze przyczyniło się do ekspresowego nakręcenia obszernej ilości dobrego materiału, który w większości zostanie zaprezentowany w dodatkowym filmie „making-of”. Tempo naszego dnia zdjęciowego było naprawdę szybkie i już po dwóch względnie udanych próbach każdy kto do tej pory nie wierzył, że uda nam się nakręcić LipDub'a w ciągu jednego dnia zrozumiał, iż finalny efekt jest na wyciągnięcie ręki. Trze-

cia próba to już praktycznie pełny sukces. Każdy z aktorów wiedział kiedy się pojawić i jaką część piosenki ma zaśpiewać. Kamera płynnie przechodziła od sceny do sceny. Jednak to jeszcze nie był szczyt naszych możliwości, dlatego też nakręciliśmy kolejną wersję, która pozostała ostateczną.

Po kilkakrotnym obejrzeniu zmontowanej już wersji końcowej naszego LipDub'a stwierdzam, że efekt końcowy jaki udało nam się uzyskać jest naprawdę świetny. Nadal nie jest to 100 procent naszych studenckich możliwości, ale niestety z powodu, braku czasu aktorów, których wezwały obowiązki przygotowania się do poniedziałkowych zajęć musieliśmy poprzestać na czwartej próbie i przymknąć oko na pewne niedociągnięcia. Uważam jednak, że jak na pionierski tego typu film wśród polskich uczelni medycznych osiągnęliśmy niezły rezultat. Nikt też przecież nie powiedział, że to jest nasze ostatnie słowo.

Tymczasem zachęcam wszystkich do obejrzenia efektów naszej pracy. Filmik dostępny będzie w serwisie internetowym „YouTube” pod hasłem



„LipDub Uniwersytet Medyczny w Lublinie”. Gwarantuję, że nikt z odbiorców nie poprzestanie na jednokrotnym obejrzeniu teledysku.

Na koniec chciałbym bardzo serdecznie podziękować operatorom kamer, wszystkim aktorom oraz każdemu, kto pomógł w zrealizowaniu projektu, w którym miałem również zaszczyt uczestniczyć. Dziękuję władzom Uczelni za poparcie naszego pomysłu i udzielone wsparcie w jego realizacji.

Warto pokazywać polską kulturę, tradycje i obyczaje

Dzień Polski w Uczelni

Dzisiaj, w czasach globalizacji, likwidowania granic i „zmniejszania się” świata, programy wymian studenckich i studiów za granicą zdobywają coraz większą popularność. Wśród niezliczonych zalet takich programów wymienia się także wymianę doświadczeń kulturalnych.

MICHAŁ PAULO

STUDENT V ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
UM W LUBLINIE

Mając na uwadze jak wielu studentów z zagranicy gości na naszej uczelni oraz jak bogata i niepowtarzalna jest polska kultura – postanowiliśmy to wykorzystać

i zorganizować dla naszych obcojęzycznych kolegów i koleżanek „Dzień Polski”. Naszym celem było zorganizowanie spotkania, które przybliży najistotniejsze, wyróżniające nas spośród innych narodów, elementy polskich tradycji, obrzędów i innych cech właściwych tylko naszej kulturze narodowej. Założyliśmy także, że ta forma będzie skutkować nawiązaniu nowych relacji, przyjaźni i integracji środowiska aka-

demickiego, ale także pozwoli nam zaprezentować nasz punkt widzenia i obalić stereotypy.

Na jednym ze spotkań klubu „Kulturka” zaproponowałem zorganizowanie takiego „przedsięwzięcia” i od razu spotkałem się z bardzo entuzjastyczną reakcją. Zabrałiśmy się do pracy. Chętnych do pomocy było sporo, a robota paliła nam się w rękach. Pracowaliśmy w trzech grupach: plakatowej, kulinarnej oraz muzycznej, z których każda miała przypisane konkretne zadania. Ambitne plany stały się faktem, gdy 17 listopada 2009 r. w hallu budynku Collegium Maius, odbył się nowatorski event – „Dzień Polski”.

Grupa plakatowa przygotowała prace (oczywiście w języku angielskim) opowiadające o naszych obyczajach i tradycjach, tak, aby – przedstawić kulturę Polaków w przysłowiowej pigułce. Myślę, że udało się nam zrealizować zadanie. Nasi koledzy mogli podziwiać i czerpać wiedzę z prac przedstawiających m. in.: tradycje polskich świąt – Bożego Narodzenia oraz Wielkanocnych, obyczaje panujące na Pomorzu czy kulturę polskich górali. Nie zabrakło informacji na temat polskich malarzy, pisarzy oraz artystów. Był też plakat opowiadający o treści patriotycznej. Jedną z prac prezentowała ważne wydarzenie jakim jest zawarcie związku małżeńskiego. Nie zabrakło informacji o polskich wybitnych sportowcach oraz ważnych wydarzeniach sportowych. Nasi goście mogli również dowiedzieć o polskim rolnictwie oraz



o naszych narodowych, cenionych na świecie tradycyjnych napitkach. Wernisaż plakatowy cieszył się ogromnym powodzeniem, zwiedzający oglądali prezentację w skupieniu i z zainteresowaniem, mimo że obok kusily zapachy polskich potraw. Nasz polski „szwedzki stół” przygotowany przez grupę kulinarną cieszył się ogromnym powodzeniem. Polski bigos miał wielu zwolenników. Jego przepyszny smak i wyjątkowy aromat przyciągał nawet największych niejadków. Szybko też zniknął z naszego stołu mimo, że przygotowaliśmy sporą ilość porcji. Nie była to jednak jedyna potrawa, którą prezentowaliśmy podczas „Dnia Polski”. Nasza studencka kuchnia serwowała jeszcze m. in.: pierogi ruskie oraz z kapustą, chleb ze smalcem i kiszonymi ogórkami, różnego rodzaju kielbasy i pyszne desery i różnorodnych ciast.

Każdy z naszych gości mógł delektować się talerzem pełnym smakołyków w specjalnym kąciku restauracyjnym, w którym czas posiłku umiły inne atrakcje przygotowane przez grupę muzyczno-fotograficzną. Podczas gdy nasi koledzy i koleżanki z anglojęzycznych programów sprawiali ucztę podniebieniu do ich uszu docierały dźwięki polskiej piosenki i muzyki rozrywkowej. Nie zabrakło utworów Fryderyka Chopina, Stanisława Moniuszki i Ignacego Jana Paderewskiego. Wszystko to pięknie komponowało się z wyświetlanymi na monitorach zdjęciami polskich krajobrazów, miast, budynków, historycznych miejsc i wydarzeń. Były także, zdjęcia wybitnych sportowców, naukowców, polityków. Całości imprezy towarzyszyła wspaniała atmosfera.

To jednak nie wszystkie atrakcje jakie przygotowaliśmy dla naszych gości. Dzięki uprzejmości Zespołu Pieśni i Tańca naszego Uniwersytetu mogliśmy dostarczyć naszym gościom wspaniałych wrażeń tanecznych. Nasi koledzy i koleżanki z ZPiT zaprezentowali tradycyjne stroje i tańce z poszczególnych regionów Polski. Był to niewątpliwie atrakcyjny punkt naszego „Dnia Polskiego”. Prowadząca pokaz Urszula Skrobas ciekawie i interesująco przedstawiła historię i kulturę poszczególnych regionów Polski w powiązaniu z charakterystycznymi

strojami i tańcami typowymi dla wybranych obszarów kraju. Dużo radości oraz bezcenną dawkę humoru dostarczyły wspólne zdjęcia zrobione w oryginalnych strojach ludowych.

W tym niepowtarzalnym klimacie trwalibyśmy bez końca gdyby nie codzienne obowiązki. Dla każdego z organizatorów było to wspaniałe przeżycie. Prezentowaliśmy nasz kraj, ale była to dla nas także przygoda edukacyjna dzięki której przybliżyliśmy sobie widzę o krajach naszych kolegów i koleżanek z zagranicy.

Reasumując, „Dzień polski” okazał się wielkim sukcesem. Dzięki ciężkiej pracy naszych studentów, oryginalnym pomysłom i wychodzeniu naprzeciw wyzwaniom współczesnego świata, udało nam się zachęcić obcokrajowców do zapoznania się z kulturą i obyczajami

kraju w którym zdecydowali się studiować. Dodatkowo mieliśmy dużo frajdy i dumy z tak udanego przedsięwzięcia.

Oceniany międzynarodowe spotkanie w takiej formie jako niezwykle udaną integrację, zabawę i szansę na nawiązanie nowych przyjaźni, które na pewno będą pomocne w codziennej rzeczywistości. Wierzę, że to spotkanie i następne temu podobne przyczynią się do pełnej integracji studentów z Polski i z zagranicą. To bardzo ważne aby z daleka od domu rodzinnego móc funkcjonować w przyjaznym klimacie i otoczeniu, aby dom na czas studiów był choć trochę prawdziwym domem.

Jeszcze raz bardzo dziękujemy wszystkim współorganizatorom oraz uczestnikom naszego eventu i mamy nadzieję, że to dopiero początek nowej polskiej tradycji.



Porozmawiajmy na temat gruźlicy...

Z okazji Światowego Dnia Walki z Gruźlicą, 24 marca 2010 r. w Sali Błękitnej Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego odbyła się konferencja poświęcona temu problemowi.

DOROTA JĘDRYSIK
STUDENTKA II ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UM W LUBLINIE

Spotkanie naukowe odbyło się pod tytułem: „Gruźlica jako choroba towarzysząca uzależnieniu od alkoholu”. Głównymi organizatorami konferencji byli: Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Lublinie oraz Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Lublinie. Ich partnerami było Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland oddział Lublin.

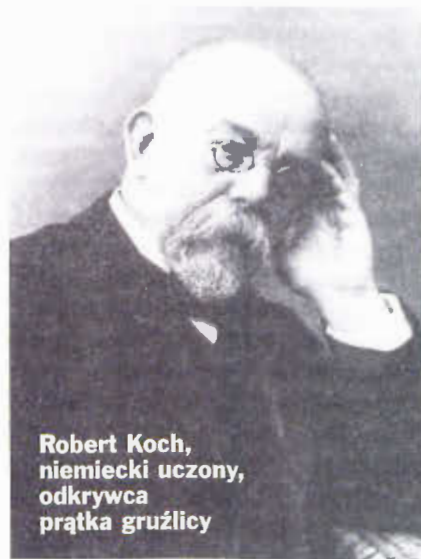
Gruźlica jest chorobą zakaźną, znaną od dawna i wciąż pozostaje jedna z głównych przyczyn zgonów. Wywołana jest przez prątką gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*). Do głównych objawów gruźlicy należy: ból w klatce piersiowej, krwioplucie, kaszel, ubytek masy ciała, gorączka, nocne poty, bledność oraz szybkie męczenie się. Około 1/3 populacji świata jest zainfekowana prątkiem gruźlicy, z czego około 2,9 mln chorych umiera rocznie z powodu gruźlicy.

Zakażenie wirusem HIV, wszelakie nowotwory jak również uzależnienia

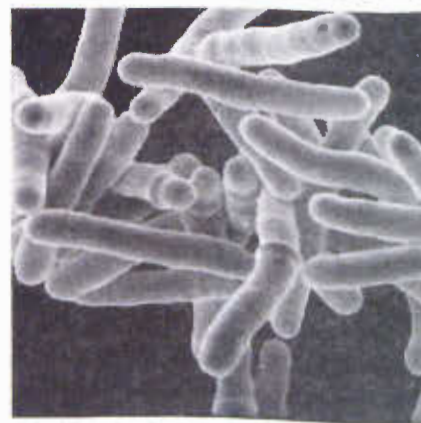
osłabiają odporność przez co zwiększają zachorowalność na gruźlicę. We Francji została opracowana szczepionka przeciw gruźlicy BCG, której skuteczność szacuje się na 80 procent.

Gruźlica nadal jest chorobą o znaczeniu społecznym. W Polsce każdego roku notuje się około 16 tysięcy nowych zachorowań. Wskaźnik zapadania na tę chorobę dla Polski wynosi 21, a dla województwa lubelskiego 30. Największą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w województwach: lubelskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim, natomiast najmniej zachorowań odnotowuje się w województwie lubuskim i wielkopolskim.

Studenci medycyny, działający przy lubelskim oddziale IFMSA-Lublin oraz lekarze, którzy uczestniczyli w konferencji mieli okazję poszerzyć swoją wiedzę na temat gruźlicy, ponieważ podczas konferencji były poruszane różnorodne problemy i aspekty związane z gruźlicą. Plan spotkania zapowiadał się interesująco. Na początku został przedstawiony wykład przez **prof. dr hab. Zofię Zwolską** na temat biografii Roberta Kocho, niemieckiego uczonego, odkrywcy prątką gruźlicy. Następnie **prof. Janusz Milanowski** ukazał gruźlicę, jako chorobę sta-



Robert Koch,
niemiecki uczony,
odkrywca
prątką gruźlicy



Gruźlica jest chorobą zakaźną, znaną od dawna i wciąż pozostaje jedna z głównych przyczyn zgonów. Wywołana jest przez prątką gruźlicy – *Mycobacterium tuberculosis*

nowiącą wyzwaniem XXI wieku. Pomi-
mo szerokiej gamy środków przeciw
gruźliczych, leczenie tej choroby nie
wydaje się proste, szczególnie gdy wy-
stępuje ona w formie przewlekłej.
Prątki gruźlicy bardzo szybko ulega-
ją mutacji i uczą się odporności na le-
ki. Ponadto czas terapii wynosi od 6
do 9 miesięcy. Dodatkowo znaczna licz-
ba chorych zaniedbuje chorobę zaraz
po zaniku najdokuczliwszych obja-
wów. Kolejny poruszany aspekt doty-
czył diagnozowania gruźlicy i został
przedstawiony przez doc. dr n. med.
Ewę Augustynowicz-Kopeć, która mó-
wiła o tym, że wśród metod pozwalają-
cych rozpoznać gruźlicę można wy-
różnić: diagnostykę radiologiczną, pró-
by tuberkulinowe, diagnostykę mikro-
biologiczną.

Następnie lek. med. Maria Jasio-
nowicz omówiła sytuację epidemiolo-
giczną gruźlicy w województwie lube-
lskim, gdzie panuje największa za-
chorowalność na tę chorobę. Pan dok-
tor powiedział: „Uzależnienia m. in.
od alkoholu i narkotyków prowadzą
do osłabienia układu odpornościo-
wego i w związku z tym rosnącej licz-
by pacjentów zgłaszających się do le-
karza z gruźlicą”. Powyższe proble-
my zostały zobrazowane przez prezen-

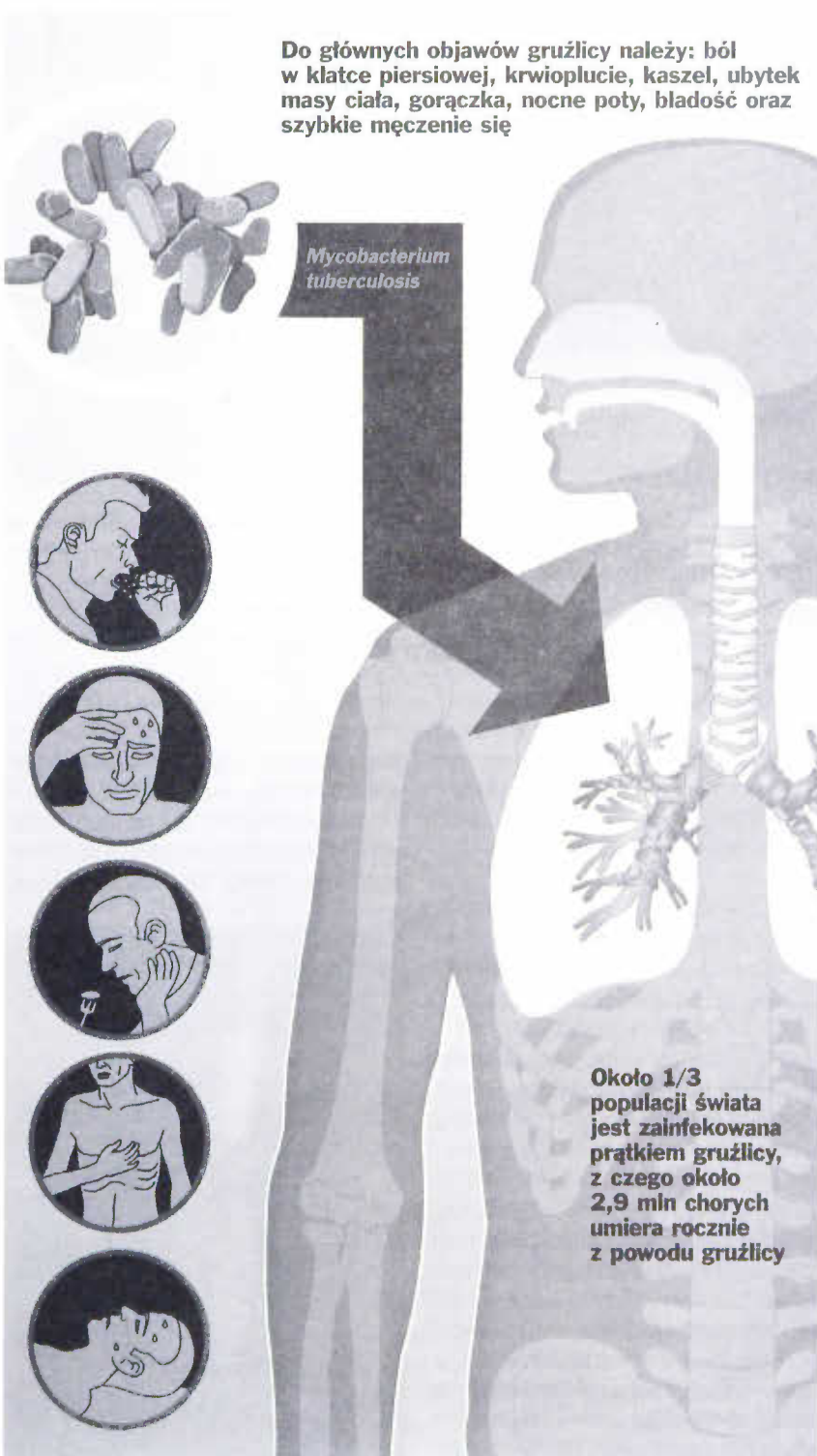
We Francji została opracowana szczepionka przeciw gruźlicy BCG, której skuteczność szacuje się na 80%

tacje pt.: „Przebieg gruźlicy u osób
uzależnionych od alkoholu” oraz „Uży-
wanie narkotyków, a problem gruźli-
cy”, przedstawione kolejno przez lek.
med. Bożenę Kowal oraz lek. med.
Marka Chmielewskiego. Następnie

lek. med. Małgorzata Szumańska zre-
ferowała zasady postępowania Pań-
stwowej Inspekcji Sanitarnej w ra-
mach nadzoru epidemiologicznego
nad gruźlicą. Pod koniec konferencji
odbyła się dyskusja panelowa.

Konferencja zobrazowała problem
gruźlicy z różnych punktów widzenia.

Ukazała, że gruźlica nie jest chorobą
przeszłości i nadal stanowi poważny pro-
blem zdrowotny w Polsce i na świecie.
Istotne wydaje się ciągle uświadamia-
nie społeczeństwa o zagrożeniach oraz
podejmowanie działań w zakresie za-
pobiegania zakażeniom, jak również
rozwijanie szeroko pojętej profilaktyki.



Wiosenne Zgromadzenie Delegatów IFMSA-Poland

W dniach 26-28 marca 2010 roku odbyło się Wiosenne Zgromadzenie Delegatów IFMSA-Poland, którego gospodarzem był oddział wrocławski, działający przy Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich. Nasza lubelska ekipa, licząca 17 osób, uczestniczyła aktywnie w trzydniowym spotkaniu.



IFMSA-Poland
International Federation of
Medical Students Associations

drogę pociągiem na południowy zachód Polski. Podróż upłynęła nam bardzo szybko, ponieważ nie było sposobu na nudę w tak doborowym towarzystwie. Nasz oddział na ZD reprezentowali: Prezydent Oddziału – **Mateusz Bilski**, Sekretarz – **Anna Klimek**, LORP – **Justyna Filipiuk** z asystentką **Justyną Suchocką**, LEO – **Angelika Biernacka**, LPO – **Aneta Szafraniec**, LORA – **Tomek Karauda**, LOME – **Karol Unifantowicz** z asystentem **Jaromirem Ognikiem**, Koordynator ds. Mediów i Informacji – **Michał Ciebiera**,

JUSTYNA FILIPIUK

STUDENTKA V ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO

MATEUSZ BILSKI

STUDENT V ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UM W LUBLINIE

kowo studenci z Lublina zostali oczarowani Wrocławiem.

Nasza wiosenna przygoda zaczęła się tak: W czwartkowy wieczór wyruszyliśmy z dworca PKP w 12-godzinną

Czy można wyobrazić sobie lepszą formę spędzenia pierwszego prawdziwie wiosennego weekendu inaczej niż, spotkanie w studenckim gronie? Spędzić czas z ludźmi z głową pełną pomysłów i inspiracji oraz zapalem do działania, a przy okazji zwiedzić jedno z najpiękniejszych polskich miast? Dla wszystkich uczestników ZD odpowiedź jest jednoznaczna. Spędziliśmy bowiem trzy wspaniałe dni, dyskutując, wymieniając się doświadczeniami, zdobywając nowe umiejętności w ramach działalności IFMSA. Dodat-





KR – **Daria Przybylska**, zapaleni działacze w składzie **Przemysław Kryczka**, **Monika Walankiewicz**, **Kasia Baranowska**, **Kuba Krawczyk** oraz trójka nowicjuszy z pierwszego roku.

Po dotarciu do Wrocławia udaliśmy się na śniadanie z poranną kawą, po to, aby mieć dużo energii na zwiedzanie „perelki” Dolnego Śląska. Wrocław jest czwartym pod względem wielkości miastem w Polsce. Leżący nad Odram i jej 4 dopływami jest wyjątkowym miastem 12 wysp i 112 mostów. To mia-

sto ze 1000-letnią historią, gdzie dziedzictwo przeszłości spleta się z nowoczesnością centrum biznesu. Jak wielokulturowym, zabytkowym i zadbanym miastem jest Wrocław, mieliśmy okazję się przekonać podczas naszej krótkiej piątkowej wycieczki. Niestety, nie udało nam się zobaczyć wszystkich urzekających miejsc, opisanych w przewodnikach wrocławskich dla turystów, bo jeden dzień to stanowczo za krótko! Czasu nie wystarczyło nam na przykład na zobaczenie Panoramy

Raławickiej, która jest dziełem o wymiarach 15 x 120 m i upamiętnia 100 rocznicę Insurekcji Kosciuszkowskiej. Mamy nadzieję, że uda się następnym razem, bo na pewno każdy z nas będzie chciał tu jeszcze wrócić.

Nasze zwiedzanie rozpoczęliśmy spacerem wrocławską starówką, którego punktem głównym był Rynek, otoczony wielokolorowymi kamienizkami. Podobno Rynek ten należy do największych założeń urbanistycznych tego typu w Europie. Wieczorem zamienia się w tętniące gwarem, ruchliwe centrum, gdzie miło można spędzić czas w licznych restauracjach, kawiarniach i ogródkach.

Następnie naszym celem zwiedzania był Ostrów Tumski, który jest najstarszą częścią Wrocławia. Otoczony wodami Odry gród, który dał początek całemu miastu, zachwycał nas swoją architekturą. Bardzo miłym zaskoczeniem był widok kwitnących krokusów na świeżej zielonej trawie w pobliżu zabytków. Kolejnym punktem wycieczki była Archikatedra Rzymskokatolicka Św. Jana Chrzciciela. Ogromna, mroczna świątynia, a zarazem piękna, zabytkowa i majestatyczna.

Naszą przygodę z miastem Wrocław zakończyliśmy udając się na obiad do





Jesteśmy dumni z tego, że staliśmy się jednym z najaktywniej działających krajów członkowskich federacji

przytulnej restauracyjki. Całość pobytu umilała nam przepiękna pogoda i promienie wiosennego słońca. Następnie późnym popołudniem wsiadliśmy do pociągu, który zawiózł nas prosto do Legnicy na wiosenne Zgromadzenie Delegatów IFMSA-Poland. Wszyscy czuliśmy, że spacer po Wrocławiu „wycisnął z nas wszystkie soki życia”, dlatego też po rejestracji, zakwaterowaniu i rozpakowaniu bagaży udaliśmy się na krótki odpoczynek.

O 19.00 odbyło się oficjalne otwarcie ZD. Pani prezydent Oddziału Wrocław i przewodnicząca organizującego komitetu – **Anna Zubkiewicz**, przywitała wszystkich uczestników (około 150) miłymi słowami: „*Bardzo serdecznie witamy Was w Legnicy! Wykorzystajcie dobrze czas spędzony na ZD.*”

Tego wieczoru rozpoczęła się pierwsza część sesji plenarnej podczas której Prezydent IFMSA-Poland **Beata Syzduł** przedstawiła sprawozdanie z wy-

jazdu na General Assembly March Meeting 2010 w Bangkoku, Tajlandia. Następnie po oficjalnym spotkaniu uczestnicy zjazdu uczestniczyli w imprezie integracyjnej pt. „Black or white.” Motywem imprezy był czarny albo biały strój. Większość osób wybrała czarny kolor i nie wiedzieć dlaczego, ale większość przebrała się za diabełki z rogami i widłami:-)

Następnego dnia, w sobotę po śniadaniu uczestniczyliśmy w wykładzie pt.: „Megachemioterapia i przeszczepianie hematopoetycznych komórek macierzystych. Wskazania, dobór dawców, wczesne i późne powikłania.”, wygłoszonym przez **dr hab. Lidę Usnarską-Zubkiewicz**. Problematyka wykładu nawiązywała do tematu przewodniego zjazdu czyli transplantacji. Przedstawiciel Oddziału Wrocław podczas otwarcia ZD powiedział: „*Chcemy aby uczestnicy ZD wyjechali z Legnicy z głową pełną pomysłów dotyczącą propagowania idei donacji narządów oraz bogatsi o wiedzę dotyczącą transplantacji.*”

Po wykładzie rozpoczęły się sesje, warsztaty oraz liczne szkolenia na których dowidywaliśmy się chociażby jak prawidłowo i efektywnie prowadzić negocjacje. Poruszano również kwestię poszczególnych projektów realizo-





wanych przez każdy z sześciu Programów Stałych. Podczas sesji prezydenckiej gorąca i długa dyskusja trwała do godziny 19. Główna jej część dotyczyła prezentacji oraz wprowadzenia dokumentu Polityka bezpieczeństwa IFM-SA-Poland. Każdy z Prezydentów został również przydzielony do zadań

specjalnych dotyczących organizacji i strategii rozwoju IFM-SA-Poland. Oddział Lublin zajmować będzie się kwestią zasobów ludzkich, gdyż posiada on każdego roku blisko 200 członków. Po kolacji natomiast rozpoczęła się druga część sesji plenarnej, na której odbyły się wybory na stanowisko Koor-

dynatora Narodowego Programu Stałego ds. Praw Człowieka i Pokoju na rok 2010. Został nim **Adam Kossut** z Warszawy. Następnie głosowano nad zmianami w Regulaminie IFM-SA-Poland. Prezentowano również rolę oraz obecną pozycję IFM-SA-Poland na arenie międzynarodowej. Jesteśmy dumni z tego, że staliśmy się jednym z najaktywniej działających krajów członkowskich federacji. Wieczór upłynął nam na zabawie w szampańskich nastrojach, dobrym towarzystwie i hawajskim klimacie. Bardzo nam wszystkim było smutno, gdy w niedzielę rano musieliśmy wyruszyć w drogę powrotną do Lublina. Była to długa, całonocna podróż, ale rozmawiając na temat wrażeń z wyjazdu, przyszłości IFM-SA i nowych projektów lokalnych oraz oczywiście o medycynie, czas upłynął nam bardzo przyjemnie.

My, studenci medycyny z Lublina i działacze IFM-SA-Poland jesteśmy niezmiernie szczęśliwi, że mieliśmy okazję uczestniczyć w tak wspaniałym i wartościowym wydarzeniu, a wspomnienie wycieczki do Wrocławia na zawsze pozostanie w naszej pamięci.



I Ogólnopolski Dzień Szczepień

28 listopada 2009 r. w Sali Błękitnej Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie odbyła się Konferencja w ramach obchodów I Ogólnopolskiego Dnia Szczepień. Organizatorami byli Lubelski Oddział Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego przy współudziale Polskiego Towarzystwa Wakcynologicznego i Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie. Dodatkowo zaszczyt współorganizowania konferencji przypadł lubelskiemu oddziałowi Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny – IFMSA Poland.

KAROL UNIFANTOWICZ
JAROMIR OGNIK
STUDENCI V ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UM W LUBLINIE

Zjazd został objęty patronatem medialnym TVP Lublin, Radia Lublin oraz Prezydenta Miasta Lublina **Adama Wasilewskiego**. Do akcji medialnej i propagandowej włączyły się także trzy lokalne gazety. „Misją organizatorów Ogólnopolskiego Dnia Szczepień jest promowanie idei

szczepień ochronnych oraz poszerzenie dostępu do nowoczesnych metod profilaktyki zdrowotnej w społeczności polskiej.” Oddział PTP w Lublinie jako jeden z pięciu w Polsce otrzymał szansę na szerzenie tej misji w regionie lubelskim.

Przygotowaniem zaplecza organizacyjnego zajęła się Ordynator Oddziału Zakaźnego Dziecięcego Szpitala im. Jana Bożego w Lublinie **dr Barbara Hasiec**. Przewodniczącymi zostali **prof. dr hab. Wanda Furmaga-Jabłońska** z Kliniki Patologii Noworodków i Niemowląt UM w Lublinie oraz **prof. dr**

hab. Leszek Szewczyk – Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pediatrii dla woj. lubelskiego z Kliniki Endokrynologii Dziecięcej UM w Lublinie.

Spotkanie skierowane było do szerokiego grona: pediatrów, lekarzy rodzinnych, pielęgniarek, młodzieży szkolnej, nauczycieli, firm farmaceutycznych oraz wszystkich zainteresowanych tematem. Wydarzenie to zbiegło się w czasie z epidemią „grypy AH1N1” w Polsce, zatem jej profilaktyka także była tematem odbywających się wykładów. W myśl hasła I Ogólnopolskiego Dnia Szczepień „*Szczepienia chronią nas, nasze rodziny, środowisko, w którym żyjemy na co dzień: w szkole, zakładzie pracy, szpitalu, domu opieki społecznej*” zostały omówione najważniejsze choroby zakaźne zagrażające podanym grupom zawodowym, a także najważniejsze sposoby ich profilaktyki.

Czego mogą obawiać się dzieci i młodzież? Na pewno będą to pneumokoki przeciwko, którym szczepi się niemowlęta od 2 miesiąca życia, meningokoki, wirus brodawczaka ludzkiego (szczepienia w 9-11 roku życia), ospa wietrzna oraz krztusiec. Przewlekłe choroby, a także osoby w wieku starszym narażeni są na pneumokokowe PZP oraz zakażenia bakteriami oportunistycznymi. Przy szczepieniach musimy pamiętać o powikłaniach u

osób z obniżoną odpornością, jednak mimo tego nie należy rezygnować ze szczepień u tej grupy osób.

Jednym z ważniejszych tematów konferencji było także zwrócenie uwagi na program szczepień osób narażonych zawodowo takich jak: pracownicy ochrony zdrowia, nauczyciele, wychowawcy w żłobkach i przedszkolach, ratownicy. Dla poparcia głoszonej misji I Ogólnopolskiego Dnia Szczepień do wygłoszenia wykładów zostały zaproszone osoby, których wiedza na przedstawiane tematy była rozległa. Pierwszym tematem był „Program Szczepień Ochronnych i jego realizacja w woj. lubelskim” przedstawiony przez **mgr Martę Sak** z Oddziału Epidemiologii Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie. Następnie zabrała głos **dr Barbara Hasiec** z Oddziału Chorób Zakaźnych Dziecięcych Szpitala im. Jana Bożego w Lublinie, która starała się nam przekazać kilka słów o priorytetach szczepień i także przedstawiła zalecane szczepienia. Kolejnym wykładem były „Szczepienia w grupach ryzyka” zaprezentowane przez **dr Marię Ważną-Olszewską** z Oddziału Dziecięcego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. K. Wyszyńskiego. Kolejne były „Kontrowersje dotyczące szczepień ochronnych” przedstawione przez **dr Iwonę Beń-Skowronek** z Kliniki Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej DSK w Lublinie. Na koniec została przedstawiona „Rola samorządów lokalnych w realizacji programu szczepień ochronnych” opisana przez **mgr Grażynę Jackowską**, Z-cę Dyrektora Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Lublina. Aspektem wieńczącym całą konferencję był panel dyskusyjny na temat „Szczepienia ochronne w Polsce dziś i jutro”.

Przedstawiony program był trafnie dobrany, a zainteresowanie tematem przeszło najśmielsze oczekiwania organizatorów. Należy także wspomnieć o skromnym, ale jakże ważnym wkładzie Oddziału Lublin IFMSA-Poland. Udział dla nas, członków IFMSA, był zaszczytem, za co należą się ogromne podziękowania dr Barbarze Hasiec za umożliwienie nam udziału w konferencji oraz stażycie **Piotrowi Jedliń-**



skiemu za bycie „mediatorem” pomiędzy organizatorami konferencji a IFMSA Lublin.

Poza częścią wykładową obecni również byli przedstawiciele firm farmaceutycznych, którzy doradzali przy wyborze szczepionek oraz ekspert ds. szczepień, który służył swoim cennym doświadczeniem. Wspomnieć tu należy także o punkcie informacyjnym IFMSA, na którym przedstawiana była prezentacja z działalności organizacji, a także dostępne były ulotki i materia-

ly promujące programy stałe IFMSA. Cel konferencji - rozszerzenie wiedzy o szczepionkach - na pewno został osiągnięty, a znakomite grono wykładców dodało konferencji prestiżu.

Jako studenci i członkowie Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny życzymy sobie dalszej tak owocnej współpracy w ramach organizacji kolejnych zjazdów, jak również składamy podziękowania na ręce grona pedagogicznego za znakomite przedstawienie problematyki.

Breaking the silence

Czy wiecie Państwo, że 250 milionów ludzi na świecie ma poważne problemy ze słuchem? Dodatkowo większość z nich wymaga profesjonalnej opieki medycznej. Z drugiej strony diagnoza lekarska oparta jest w 70 procentach na rozmowie z pacjentem. Jak więc poradzić sobie w sytuacji kontaktu z pacjentem głuchoniemym?



KAROL UNIFANTOWICZ

STUDENT V ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UM W LUBLINIE

Ze świadomością tego międzynarodowego problemu, Program Staży ds. Edukacji Medycznej (SCOME) Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland w Lublinie, wyszedł na przeciw młodym adeptom sztuki lekarskiej. We współpracy z Polskim Związkiem Głuchych i Towarzystwem Wiedzy Powszechnej, na przełomie grudnia 2009 i stycznia 2010 zostały zorganizowane warsztaty z języka migowego. Z ramienia IFMSA organizacją projektu zajmowali się **Maciej Nazarewicz** i **Ewa Kłonica** – studenci szóstego roku Wydziału Lekarskiego. Projekt ten, pod nazwą „Breaking the silence” miał swój początek w 2003 r. w Białymstoku i spotkał się z bardzo dużym zainteresowaniem w prawie wszystkich oddziałach IFMSA w Polsce. Do tej pory zorganizowanych zo-

stało szereg kursów na poziomie podstawowym i zaawansowanym, skierowanych do studentów medycyny. W tym miejscu należy również wspomnieć, iż niektóre Uniwersytety Medyczne wdrażają już język migowy, jako zajęcia fakultatywne. Dowodzi to ogromnego zainteresowania i chęci poznawania jego podstaw.

W porozumieniu z **mgr Anną Stasiak** ze Szkoły dla Głuchoniemych i TWP Lublin, odbyły się warsztaty „Breaking the silence”, w których uczestniczyło 20 studentów z II – VI r. Wydziału Lekarskiego. Zajęcia odbywały się w indywidualnie ustalonych terminach, na zmianę w sali DS nr 2 i sali konferencyjnej przy ul. Kosmowskiej w Lublinie. Uczestnicy poznawali język migowy od podstaw. Pierwszą częścią była nauka alfabetu. Po zapoznaniu się z „miganiem literek” skupiono się na zwrotach przydatnych w porozumieniu się z osobami głuchoniemymi. Materiały szkoleniowe dostarczone przez prowadzącą mgr Annę Stasiak były bardzo obszerne, ale jakże czytelne i zrozumiałe. Po nauce pod-

staw, przyszedł czas na doskonalenie wiedzy przydatnej przy zbieraniu wywiadu w języku migowym. Skupiliśmy się też na słownictwie medycznym, które jest nieodłączną częścią zawodu lekarza. Wiedza zdobyta na poprzednich spotkaniach powtarzana była dla utrwalenia na kolejnych. Uczestnicy spotkań na potwierdzenie znajomości i lepsze ugruntowanie zdobytych umiejętności, przeszli też przez egzamin końcowy. Dodatkowo każdy student, ukończywszy warsztaty z wynikiem pozytywnym, otrzymał certyfikat TWP Lublin i Polskiego Związku Głuchych, poświadczający o ukończeniu kursu. Za przeprowadzenie warsztatów w sposób bardzo przystępny i zrozumiały należą się wielkie słowa podziękowania prowadzącej mgr Annie Stasiak.

Sześćdziesiąt godzin spędzonych na nauce pomoże na pewno nam, przyszłym lekarzom, podnieść standard



naszych relacji z pacjentami. Pozwoli to również zmniejszyć izolację osób niedosłyszących. Te wszystkie pozytywne aspekty oraz sama znajomość języka migowego były głównym celem, który tkwił w założeniach programu SCOME. Podsumowując cały kurs myślę, że spełnił on oczekiwania uczestników i dał solidne podstawy do lepszego zrozumienia problemów osób głuchoniemych. Program Stały ds. Edukacji Medycznej przez organizację tego typu warsztatów pragnie przybliżyć młodym medykom tajniki zawodu lekarza. Jako Lokalny Koordynator Programu Stałego ds. Edukacji Medycznej (LOME) IFMSA Poland o. Lublin, pragnę życzyć zarówno sobie jak i uczestnikom warsztatów dalszej, tak owocnej współpracy. Zachęcam serdecznie do uczestnictwa w kolejnych tego typu przedsięwzięciach IFMSA w Lublinie.

Sześćdziesiąt godzin spędzonych na nauce języka migowego pomoże nam, przyszłym lekarzom, podnieść standard naszych przyszłych relacji z pacjentami. Pozwoli również zmniejszyć izolację osób niedosłyszących

III Ogólnopolska Konferencja PTSS

Konferencje PTSS od zawsze były ciekawym elementem życia studentów stomatologii. Średnio, każdego roku organizowane są 3-4 konferencje. Od trzech lat odbywa się coroczny Walny Zjazd PTSS. Podczas tego najważniejszego dla PTSS spotkania wybierany jest nowy zarząd główny, podejmowane są najważniejsze decyzje dotyczące towarzystwa. Ponadto prezesi poszczególnych oddziałów zdają sprawozdanie z rocznej działalności.

JOANNA FILIPIUK

STUDENTKA III ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
UM W LUBLINIE

19 marca do Łodzi zawitała bardzo liczna grupa studentów stomatologii z Lublina. Ich celem był III Walny Zjazd Studentów Stomatologii. Impreza inauguracyjna „Hollylódź” odbyła się w klubie Medyk na łódzkim Lumumbowie. Zapropionowanym przez organizatorów tematem imprezy były postacie z filmu i bajek. Studenci z Lublina nie zawiedli. Nie dość, że byli najliczniejszą grupą reprezentującą swój oddział to wcielając się w przeróżne postacie z dużego ekranu udowodnili swoją kreatywność.

Następnego dnia w nowoczesnej auli wschodniej Centrum Kliniczno-Dydaktycznego Uniwersytetu Medyczne-



go w Łodzi odbyły się dwa wykłady oraz wybory do zarządu głównego PTSS. Po oficjalnym rozpoczęciu konferencji pierwszy wykład poprowadziła **dr n. med A. Pacyk**, asystent Zakładu Propeutyki i Diagnostyki Stomatologicznej. Kolejnym elementem bloku wykładowego była prezentacja firmy Colgate, która od wielu lat wspiera działalność PTSS. Drugi, interesujący wykład pt. „Mikroskop zabiegowy w stomatologii” przedstawiła **lek. stom. Adrianna Adamek**. Po krótkiej przerwie kawowej prezesi poszczególnych oddziałów oraz Zarząd Główny PTSS zdali sprawozdanie z rocznej działalności. Prezydent i wiceprezydent podsumowali działania PTSS, sekretarz **Emilia Mazur** zaprezentowała nowy numer kwartalnika PTSS „StuDenti-

co” natomiast skarbnik **Małgorzata Bachanek** omówiła status finansowy towarzystwa. **Joanna Filipiuk** jako Narodowy Koordynator Wymian przedstawiła najnowsze projekty IADS: „Wolontariat w Ghanie” oraz „Szkoła letnia na jednym z indonezyjskich uniwersytetów”.

Prezentacje multimedialne, filmy i animacje były dowodem na to, że PTSS to prężnie działająca i wciąż rozwijająca się organizacja. Warto także podkreślić, że Towarzystwo Studentów Stomatologii (lubelski oddział PTSS) jest najliczniejszym oddziałem, który ze względu na swoją szeroko rozwiniętą działalność jest wzorem organizacji dla innych oddziałów.

Następnie ZG i delegaci uprawnieni do głosowania skupili się na wybo-

rach nowych władz PTSS. W zarządzie PTSS znalazły się dwie osoby z Lublina. Nowym prezydentem PTSS został **Maciej Michalak** (student IV roku stomatologii naszego Uniwersytetu Medycznego) natomiast na stanowisko Narodowego Koordynatora Wymian ponownie wybrana została **Joanna Filipiuk** (studentka III roku stomatologii).

Do programu wykładów, organizatorzy dodali także mini szkolenie pt. „Ratowanie zdrowia i życia”, czyli warsztaty z BLS-u, udrażniania górnych dróg oddechowych i wykonywania dostępu do szpikowego oraz konkurs wiedzy o postępowaniu w stanach nagłych. Ostatnim elementem bloku wykładowego był wykład wygłoszony przez mgr Justynę Niebieszezańską z firmy SciCan GmbH. Wykład poświęcony roli Public Relations w dzisiejszym świecie, przyciągnął uwagę wielu studentów. Na koniec panelu wykładowego prezes łódzkiego oddziału, główna organizatorka – **Marta Kacprzak** podziękowała za uczestnictwo w programie edukacyjnym i zaprosiła na wieczorną imprezę „Niespodziankę” w klubie Elektrownia znajdującym się na rynku słynnej łódzkiej Manufaktury. W niedzielę 21 marca wszyscy uczestnicy konferencji wyjechali z Łodzi. Na szczęście będą mieli okazję spotkać się już niebawem. IV Sesja Dental News w Poznaniu tuż-tuż...



Serdecznie dziękujemy wszystkim, którzy do nas przybyli. Mamy nadzieję, że był to dla Was wyjątkowy weekend i będziecie długo wspominali konferencję w Łodzi, zabawę w Medyku w stylu Hollyłódź, wykłady w nowoczesnej auli Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, jak również szaloną noc w klubie Elektrownia na Rynku Manufaktury. Było nam niezmiernie miło ugościć PTSSIaków w tak liczonym gronie (aż 300 studentów). Zapraszamy ponownie do Łodzi!

Zarząd Oddziału Łódź

IADS MID-YEAR MEETING

Międzynarodowe spotkanie studentów stomatologii



Nie po raz pierwszy uczestnictwo w zjazdach International Association of Dental Students pozwala nam odwiedzać piękne i nie zawsze będące miejscem docelowym turystycznych wypraw zakątki świata. Tym razem członkowie Macedońskiego Parlamentu Studentów Stomatologii zaprosili nas do Macedonii, nad jezioro Ohrid, jedno z największych i najpiękniejszych bałkańskich jezior tektonicznych.

LEK. DENT. ANETA FILIPIUK

ABSOLWENTKA
UM W LUBLINIE

JOANNA FILIPIUK

STUDENTKA III ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
UM W LUBLINIE

Mieliśmy okazję przekonać się, że nie bez powodu jezioro Ohrid zyskało trzydzieści lat temu miano światowego dziedzictwa kulturowego i przyrodniczego UNESCO. Zachwycające czystością wody, błękitną taflą jeziora, unikalną florą i fauną, malownicze skały tworzące małe zatoczki i górskie szczyty masywu Galiñica górujące nad jeziorem.

Śródroczny zjazd International Association of Dental Students (IADS Mid-Year Meeting) odbył się w dniach 1-5 marca 2010 r., w centrum konferencyjnym nieopodal miasta Ochryda. Uczestnikami zjazdu było 45 studentów stomatologii z całego świata. Polskę oficjalnie jako delegat Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii reprezentowała **Joanna Filipiuk** – Narodowy Koordynator Wymian. W zjeździe uczestniczyły również **Ilona Lalak**, **Adriana Jastrzębska** oraz **Aneta Filipiuk**, Międzynarodowy Koordynator Wymian IADS.

Ponieważ spotkanie ma znaczenie biznesowe i skupia się przede wszystkim na sprawach działalności IADS głównym punktem zjazdu było Zgro-

madzenie Ogólne – General Assembly, na którym zgodnie z obowiązującym na każdym zjeździe porządkiem obrad poruszono najważniejsze kwestie dotyczące IADS, zdano raporty oraz przedstawiono najnowsze projekty i plany międzynarodowego towarzystwa.

Obrady rozpoczął **Tomaz Spindler**, prezydent IADS, który podziękował członkom Zarządu za ciężką pracę i zrealizowanie jego planu wyborczego w tak krótkim czasie, delegatom i Narodowym Koordynatorom wymian za ich zaangażowanie i czynne uczestnictwo w projektach oraz popularyzowanie ich wśród studentów z całego świata. Sesję rozpoczęto od zatwierdzenia obrad 56. Światowego Kongresu IADS, który odbył się w Rumunii w sierpniu 2009 roku. Kolejnym punktem obrad były raporty z działalności Zarządu Głównego IADS: prezydenta, sekretarza, skarbnika, koordynatora wymian oraz edytora. Międzynarodowy Koordynator Wymian przedstawił bilans uczestników wymian. Następnie odbyły się prezentacje dwóch aplikacji o członkostwo w IADS. Krajami aplikującymi były Indie i Sudan. Powyższe kandydatury zostały jednogłośnie pozytywnie przegłosowane. Tym samym grono członków IADS powiększyło się o dwa egzotyczne kraje, stwa-



rzając nowe możliwości w programie wymian i nie tylko. Dalsza część obrad była poświęcona sprawom finansowym obejmującym sprawozdanie z aktualnego statusu finansowego, opłatę składek członkowskich, pozyskiwanie sponsorów i inne.

Następnie obrady skupiły się na szczegółowej działalności IADS. Poruszono problemy organizacyjne dotyczące bieżącego zjazdu. Ważnym punktem

okazała się prezentacja CDSA (Czech Dental Students Association) jako organizatora 57. Światowego Kongresu IADS i YDW. Organizatorzy zaprosili delegatów i wszystkich studentów stomatologii do Brna w dniach 16-22 lipca 2010 r. Program kongresu zapowiada się niezwykle interesująco i będzie obejmował obrady Zgromadzenia Ogólnego, konferencję naukową, konkursy studenckich prac naukowych oraz se-

sję plakatową, szkolenia i warsztaty oraz bogaty program socjalny. Ponadto wstępnie przedstawiono kandydatury do organizacji kongresu w 2011 roku. Krajami które będą rywalizować w Czechach o organizację corocznego spotkania będą Indie i miejmy nadzieję Polska.

Kolejnym punktem General Assembly były obrady komitetów prowadzących programy IADS: Komitet ds. Pro-

**Organizatorzy
zaprosili
delegatów
i wszystkich
studentów
stomatologii do
Brna w dniach
16-22 lipca br.**



blemów podczas Wymian, Komitet ds. Badań i Edukacji, Fundraising Committee oraz Komitet ds. Profilaktyki. Podjęto wiele ważnych decyzji. Członkowie COSPIE opracowali regulację nowego systemu tzw. *Freezing System*

panii antynikotynowej. Komitet SCORE będzie natomiast intensywnie popularyzował program Międzynarodowych Wymian Badawczych, wzbogacił bazę kursów podyplomowych dla międzynarodowych studentów stoma-

akarcie, Indonezji. Nowym Koordynatorem Naukowym (ISO), stojącym na czele komitetu ds. Badań i Edukacji został niezwykle aktywny **Pavel Scarlat** z Rumunii. Zaprezentował on program IDRП (International Dental Research Programme), który umożliwi członkom IADS prowadzenie miesięcznych badań naukowych na słynnych Uniwersytetach na całym świecie.

Następne minuty obrad poświęcone były publikacjom IADS, obejmującym gazetę towarzystwa – „IADS Newsletter”, stronę internetową, ulotkę informacyjną i aktualizację listy adresowej delegatów IADS. Zaprezentowano nowy folder reklamujący IADS, a delegaci otrzymali wydrukowane egzemplarze newsletter’a. Uczestnicy obrad skupili swoją uwagę na relacjach IADS z innymi organizacjami. Otóż w 2009/2010 roku IADS będzie kontynuował współpracę z następującymi organizacjami: FDI (World Dental Federation), ADEE (Association for Dental Education in Europe), EDSA (European Dental Students Association), YDW (Young Dentist Worldwide), IFM-SA, WHO (World Health Organization), IADR (International Association of Dental Research), UNESCO, APDSA (Asia-Pacific Dental Students Associa-

Wstępnie przedstawiono kandydatury do organizacji kongresu w 2011 r. Krajami które będą rywalizować w Czechach o organizację corocznego spotkania będą Indie i miejmy nadzieję... Polska

dla nieaktywnych członków towarzystwa. Powstały również oficjalne zaproszenia dla aplikujących o wizę uczestników programu wymian, jak również dokumenty usprawniające działanie Insurance Deposit System. Postanowiono, że działalność profilaktyczna IADS skupi się na profilaktyce stomatologicznej w przedszkolach, wśród kobiet w ciąży, chorych na cukrzycę oraz na profilaktyce onkologicznej, jak również udziale w kam-

tologii, zajmie się możliwościami pracy za granicą po uzyskaniu dyplomu.

Członkowie Zarządu prezentowali istniejące i nowe projekty IADS. Najważniejszymi z nich były zaprezentowane przez Międzynarodowego Koordynatora Wymian: Program wolontariacki w Ghanie, stworzony przy współpracy z organizacją YPWC „You can make a smile” oraz stomatologiczna szkoła letnia – International Dental Summer School, która co roku odbywa się w Yogy-





tion), ASDA (American Dental Students Association). Szczególnie owocna współpraca zapowiada się z APDSA, którzy pracują nad wprowadzeniem programu wymian, a także z IFMSA, która zaowocuje szkoleniami i wspólnym projektem.

Ostatnim, ale bardzo ważnym punktem obrad, było głosowanie w sprawie poprawek do konstytucji. Zmiany w konstytucji dotyczyły wprowadzenia nowego rodzaju członkostwa dla więcej niż dwóch narodowych organizacji z jednego państwa, wyborów ISO (Międzynarodowego Koordynatora Naukowego), oraz regulacji w procesie rezygnacji z funkcji członka zarządu głównego Executive Committee, a także systemu „zamrażania” członkostwa.

Po dwóch dniach intensywnych i owocnych obrad Prezydent IADS – Tomaz Spindler oficjalnie zakończył General Assembly. Dalsza część zjazdu poświęcona była programowi socjalnemu. Organizatorzy zapewnili zarówno zabawę w klubach jak i zwiedzanie malowniczo położonych zabytków. Zgodnie z tradycją odbył się Wieczór Narodów (Exchange Fair), gdzie uczestnicy przebrani w narodowe barwy i stroje częstowali lokalnymi smakołykami

i trunkami. Na międzynarodowym karaoke każdy z uczestników mógł się pochwalić wokalnymi umiejętnościami, na macedońskim wieczorze spróbować bałkańskich smakołyków. Wszędzie spotykaliśmy się z gościnnością. Dzięki zorganizowanym wycieczkom mieliśmy okazję przechadzać się uliczkami starego Ohrid i podziwiać lokalną charakterystyczną architekturę, zwiedziliśmy Kościół St. Bogorodica, Park Narodowy Galicica, Muzeum Fauny i Flory Jeziora, prehistorycz-

ną osadę, oferujący wspaniałe widoki na jezioro i miasto King Samoil Fortress oraz fortyfikacje Ohridu. Czas pędził jak szalony i nim się obejrzelismy zmierzaliśmy po krętych górskich drogach autokarem do Skopje, skąd mieliśmy lot powrotny. Pozostaje znów kilka miesięcy oczekiwania i kolejne niesamowite wydarzenie dla studentów stomatologii i młodych dentystów z całego świata, które już na stałe wpisane jest w kalendarz naszych wakacyjnych wyjazdów.



Akcja IFMSA – kobiety w czerwieni,
faceci w czerni

Równouprawnienie w walce o zdrowie...

Wśród naszego społeczeństwa funkcjonuje przekonanie, że główny problem zdrowotny płci pięknej, to nowotwory narządów płciowych takie jak rak szyjki macicy czy rak piersi. Zaskakujący jest jednak fakt, że dominującą przyczynę zgonów w tej grupie społecznej, stanowią choroby układu krążenia. Podobnie w przypadku mężczyzn, uważanych za płć silną, co trzeci z nich umiera z przyczyn kardiologicznych.

EWA BIAŁEK
ANETA SZAFRANIEC
STUDENTKI III ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UM W LUBLINIE

Skoro tak wysokiej rangi problem w naszym społeczeństwie stanowią schorzenia układu krążenia, a wiedza większości pacjentów na ten temat jest znikoma, pierwszym krokiem do poprawy obecnej sytuacji, jest szeroko pojęta profilaktyka. Powinna ona obejmować zarówno podstawowe badania profilaktyczne jak i edukację społeczeństwa na temat zdrowia i choroby.

Podążając za piękną ideą pogłębiania wiedzy i świadomości ludzi na temat chorób układu krążenia, program SCOPH (Program stały ds. Zdrowia Publicznego) lubelskiego oddziału IFMSA zorganizował akcję pt. „Kobiety w czerwieni, faceci w czerni”. Koordynatorem lokalnym projektu została **Wioleta Czepińska**. Razem z koordynatorem lokalnym SCOPH – **Anetą Szafraniec**, zadbały one o to, aby wszystko na akcji było dopięte na ostatni guzik. I tak, akcja miała miejsce w Centrum Handlowym Olimp w Lublinie dnia 7 marca 2010 roku w godz. 11-17. Doskonale się złożyło, że organizację całego przedsięwzięcia udało się sfi-



KOBIETY W CZERWIENI
FACECI W CZERNI



IFMSA-Poland
Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny

nalizować w okolicy Dnia Kobiet. Dzięki temu podarowaliśmy odwiedzającym Olimp paniom, piękny prezent – profilaktykę zdrowotną.

W ramach akcji, studenci lubelskiego Uniwersytetu Medycznego i działacze IFMSA, rozdawali broszury dotyczące chorób układu krążenia, uświadamiali o wpływie trybu życia na stan organizmu. Przedsięwzięcie nie opierało się jedynie na sile perswazji żaków. Głównym punktem akcji były starannie przygotowane stanowiska obsługiwane przez studentów. Dysponowaliśmy szerokim asortymentem: po-

miar ciśnienia tętniczego krwi, poziom cukru we krwi włośniczkowej, procentowa zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie. Kobiety zainteresowane akcją, mogły dowiedzieć się na temat: wartości ich BMI i WHR, oceny 10-letniego ryzyka złamania osteoporotycznego. Naszymi pacjentami tego dnia byli również mężczyźni. Dużą „atrakcją” był dla nich pomiar zawartości substancji smolistych i dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu oraz badanie wydolności oddechowej za pomocą specjalnego przyrządu.

Nasza „studencka przychodnia” cieszyła się naprawdę wielkim powodzeniem zarówno wśród pań, jak i panów. Finalnie przebadanych zostało 300 osób. Studenci stanęli na wysokości zadania, pomimo świadomości że to, co robią jest tylko kroplą w morzu potrzeb. Pełni energii i z zapalem do pracy, wykazali głębokie zaangażowanie w całość wydarzenia, czego dowodzi udział ponad 60 członków IFMSA. Samo zaangażowanie nie przesądziło jednak o pomyślności akcji. Nie mogłaby ona zaistnieć bez pomocy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Lublinie. Sanepid udostępnił nam część sprzętu niezbędnego do wykonania badań. Istotny w całym przedsięwzięciu był także patronat merytoryczny, objęty przez Prorektora ds. Nauki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie **prof. Ryszarda Maciejewskiego**. Ponadto, aby dotrzeć do większej ilości społeczeństwa i umożliwić jak największej ilości osób wzięcie udziału w akcji, została ona nagłośniana przez media – TVP 3 Lublin, Radio Lublin, Radio Er.

Dzięki właściwej organizacji oraz sprawnej współpracy, cała akcja stała się elementem profilaktyki chorób układu krążenia. Studenci medycyny, w tak pozornie łatwy i przystępny sposób, mogli uświadomić przynajmniej kilkudziesiąt osób, o tym jak dbać o zdrowie, żeby zapobiec rozwojowi chorób serca, miażdżycy, nadciśnienia. Pierwszy krok w profilaktyce stanowi uświadamianie społeczeństwa. W czasie akcji „Kobiety w czerwieni, faceci w czerni” został on osiągnięty. Oby nie był jedynie pojedynczą oznaką wiedzy, ale zapisanym w świadomości ludzi znacznikiem, iż każdy z nas może stać się strażnikiem własnego zdrowia.



Badamy pacjentów



Wywiad dla Radia Lublin



Organizatorzy akcji

Warsztaty tematyczne w ramach
Ogólnopolskiego Studenckiego Forum Naukowego

Narzędzia monitorowania procesu rehabilitacji oraz nowoczesne metody diagnostyki funkcjonalnej

W dniach 8-9 stycznia 2010 roku mieliśmy okazję uczestniczyć w warsztatach dotyczących zastosowania sprzętu do izokinetyki i reprezentować tam Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii, którego opiekunem jest dr n. med. Piotr Majcher.

MGR JUSTYNA CHMIEL
MGR KAMIL CHOŁUJ

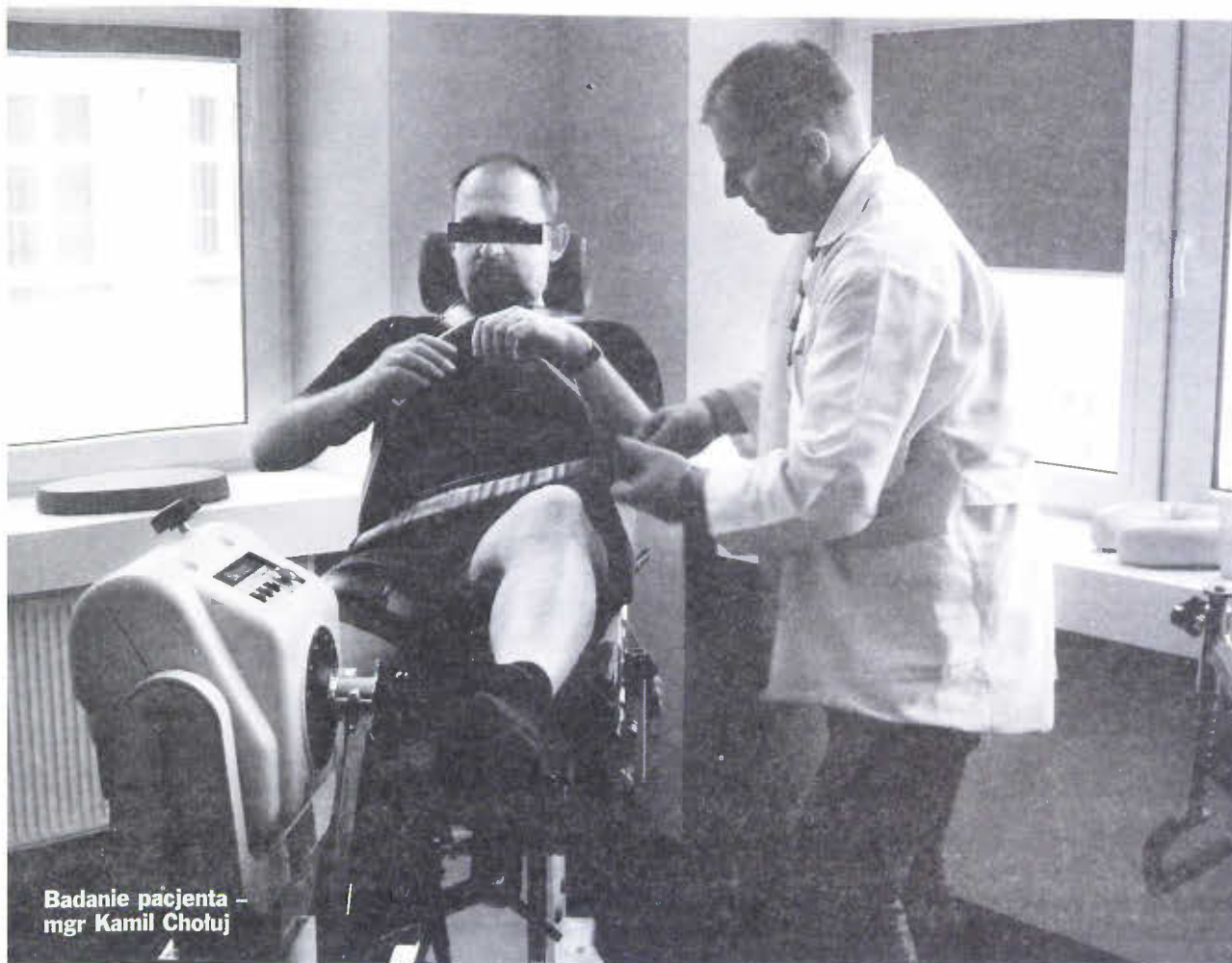
STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE FIZJOTERAPII
PRZY ZAKŁADZIE REHABILITACJI I FIZJOTERAPII
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
UM W LUBLINIE

Warsztaty te zostały zorganizowane przez Wyższą Szkołę Fizjoterapii we Wrocławiu i odbyły się w ramach Ogólnopolskiego Studenckiego Forum Naukowego „Badania naukowe w rehabilitacji i fizjoterapii” (w skrócie – OSFN), które zostało powołane 18 kwietnia 2008 roku w Warszawie.

Założycielami Ogólnopolskiego Studenckiego Forum Naukowego są:

1. **Dariusz Białoszewski** – pomysłodawca Projektu i p. o. Kierownika Zakładu Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medyczne-





**Badanie pacjenta –
mgr Kamil Chołuj**

go wraz ze Studenckim Kołem Naukowym Fizjoterapii;

2. **Andrzej Bugajski** – Rektor Wyższej Szkoły Fizjoterapii z siedzibą we Wrocławiu wraz ze Studenckim Towarzystwem Naukowym Wyższej Szkoły Fizjoterapii;

3. **Janusz Domaniecki** – Dziekan Wydziału Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie wraz ze Studenckimi Kołami Naukowymi Wydziału Rehabilitacji;

4. **Jolanta Kujawa** – Kierownik Kliniki Rehabilitacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wraz ze Studenckim Naukowym Kołem Fizjoterapii;

5. **Piotr Majcher** – Kierownik Zakładu Rehabilitacji i Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wraz ze Studenckim Naukowym Kołem Fizjoterapii.

Liczymy na prężny rozwój polskiej fizjoterapii, za którym pójdą badania naukowe na światowej klasy sprzęcie, których wyniki to nie tylko domysły, ale fakty

W chwili powołania OSFN ustalono, iż spotkania będą odbywać się w siedzibach Koordynatorów wyznaczanych na każdy rok akademicki. Tegoroczne spotkanie zostało zorganizowane przez Wyższą Szkołę Fizjoterapii we Wrocławiu i miało ono formę warsztatów, podczas których wszyscy uczestnicy spotkania mogli zapoznać się z:

- ▶ podstawami teoretycznymi, metodyką i celowością pomiarów w warunkach izokinetyki mięśni działających na staw kolanowy i skokowy w systemach Biodex 3 System Pro i Humac Norm,

- ▶ podstawami teoretycznymi i metodyką analizy sił reakcji podłoża wszystkich składowych w dynamice. Analiza kinematyczna i kinetyczna układu ruchu w systemie BTS Smart,

- ▶ funkcjonowaniem przenośnego zestawu Duometr PLUS, który służy do pomiarów antropometrycznych, medycznych oraz badań dla potrzeb fizjoterapii.

W pierwszym dniu warsztatów wysłuchaliśmy bardzo interesujących wykładów teoretycznych, a następnie za-

**Wręczenie
certyfikatów
uczestnikom
warsztatów**



poznaliśmy się z zasadami funkcjonowania w/w sprzętów i do późnego wieczora nauczyliśmy się ich obsługi wykonując badania/pomiary na sobie – oczywiście pod czujnym okiem wyszkolonych kolegów z Wrocławia.

By te wszystkie czynności nie były tylko tzw. „sztuką dla sztuki” w drugim dniu warsztatów zostaliśmy rzućni na głębokie wody. Musieliśmy stawić czoła nie tylko dość skomplikowanym urządzeniom (z mnóstwem funkcji potrzebnych do badań pod różnym kątem), ale także całą wiedzę i umiejętności nabyte dnia powszedniego, wykorzystać w pracy z pacjentami. Dla każdego pacjenta było przewidziane ok. 30 min., zatem naprawdę mieliśmy co robić i sobota przebiegała pod hasłem „burza mózgów”. Na szczęście wszyscy przeżyli, wykonaliśmy kawał dobrej roboty, a co najważniejsze uzyskaliśmy wiele ciekawych wyników badań, które następnie wspólnie analizowaliśmy i planowaliśmy dalszy proces rehabilitacji szacując jednocześnie możliwy rezultat terapii.

Ogromne wrażenie zrobił na nas sprzęt, na którym mają przyjemność pracować nasi koledzy z Wrocławia.

Bardzo podobał nam się system HUMAC NORM, który służy do przeprowadzenia testów (zarówno na początku jak i w trakcie procesu rehabilitacji) umożliwia ustalenie poziomu wyjściowego, określenie celów i śledzenie postępów podczas pracy z pacjentem. System HUMAC NORM oferuje badaczom/terapeutom dwie podstawowe metody pomiaru:

► testy izometryczne – służą do badania siły pod kątem skurezu koncentrycznego. Humac Norm umożliwia przyjęcie przez pacjenta bezpiecznej pozycji, bez względu na ustawienie katowe badanego stawu. W ramach procedury wykonywania pomiaru istnieje możliwość wyboru: kąta, czasu utrzymania napięcia, czasu odpoczynku, liczby powtórzeń i parametrów serii ćwiczeń.

► testy izokinetyczne – należy stosować do oceny siły pod kątem maksymalnej sprawności dynamicznej w całym zakresie ruchu. Humac Norm oferuje testy oporowe – koncentryczne i ekscentryczne. Krzywa testu izokinetycznego ułatwia określenie poziomu sprawności oraz obszarów występowania bólu lub zmniejszonej siły mięśniowej.

Cały cykl ćwiczeń przy użyciu HUMAC NORM służy zwiększeniu ruchomości, stabilności, siły i kontroli ruchu. Humac Norm umożliwia zastosowanie czterech trybów oporu i wielu opcji ćwiczeń ze sprzężeniem zwrotnym (biofeedbackiem), które pomagają w osiągnięciu w/w celów. Tryb bierny stosowany jest do zwiększenia mobilności pacjenta, poczynając od prostych schematów ruchowych, a koń-

**Na szczęście wszyscy przeżyli,
wykonaliśmy kawał dobrej roboty,
a co najważniejsze uzyskaliśmy
wiele ciekawych wyników badań**

Nie samą nauką
żyje człowiek...



cząc na złożonych wzorcach PNF. Tryb izometryczny służy do stabilizacji stawu w celu przeprowadzenia specyficznego treningu siłowego dla danego ustawienia kąтового. Tryb izokinetyczny to kontynuacja wzmacniania mięśni przy użyciu sprawdzonych już metod w celu szybszego przywrócenia utraconej funkcji, w tym z wykorzystaniem pracy koncentrycznej i ekscentrycznej oraz treningu opóźnionego. Ostatnim etapem rehabilitacji jest uzupełnienie treningu przywracającego utraconą funkcję z wykorzystaniem treningu izotonicznego z symulowaną masą.

Wszystko to wydaje się być bardzo skomplikowane i byłoby takie, gdyby nie oprogramowanie HUMAC zaprojektowane z myślą o jednym celu – aby operator mógł jak najszybciej przejść od przygotowania pacjenta do wydrukowania raportu z wykonywanego badania/pomiaru.

Warsztaty były bardzo interesujące i cieszymy się, że mieliśmy okazję popracować na sprzęcie, o którym póki co możemy pomarzyć. Z całą pulą możliwości, jaką daje badaczowi/terapeucie np. system HUMAC NORM, wią-

że się zatrwajająca cena, którą niestety nie każda jednostka naukowo-badawcza może zapłacić. Ale liczymy na prężny rozwój polskiej fizjoterapii, za którym pójdą badania naukowe na światowej klasie sprzęcie, których wyniki to nie tylko domysły, ale fakty – na podstawie których można ocenić aktualny stan pacjenta, wychwycić deficyty, zaplanować kompleksowy i indywidualny proces rehabilitacji, a następnie ocenić całość przy pomocy obiektywnego urządzenia. Mamy nadzieję, że w niedalekiej przyszłości będziemy także mogli poszczycić się tak specjalistycznym sprzętem na naszej uczelni.

Wyjazdy szkoleniowe to nie tylko nauka i praca. To także spotkania z przyjaciółmi, zawieranie nowych znajomości, poszerzanie horyzontów i spojrzenia na fizjoterapię oraz możliwość poznania nowych zakątków Polski. Wrocław jest miastem, które zapewne odwiedziło wielu z nas, jednakże za każdym razem można odkryć coś nowego i zachwycić się jego pięknem. W styczniu wyglądał przepięknie w zimowej aurze i czapach śniegu na dachach, drzewach i latarniach oraz z

pięknie oświetloną choinką w rynku. Podczas naszego pobytu zima sparażowała całą wrocławską komunikację, wykolejały się tramwaje, samochody zakopywały się w zaspach w centrum miasta, ale mimo wszystko miało to swój urok. W wolnych chwilach spacerowaliśmy po wrocławskim rynku, a wieczorem bawiliśmy się wszyscy w myśl powiedzenia, że „nie samą nauką żyje człowiek”.

Po intensywnym weekendzie musieliśmy nastawić się psychicznie na wszelkiego rodzaju atrakcje towarzyszące drodze powrotnej do Lublina. Dziury na naszych polskich drogach „wyrównał” śnieg, ale w myśl zasady „ruch to zdrowie” w nocy trzeba było wsiąść z autobusu i usuwać z drogi połamane drzewa. Ale to i tak nie w porównaniu ze stojącymi w zaspach w szerym polu pociągami z kilkudziesięcioletnim opóźnieniem.

Ciekawi jesteśmy jakie przygody czekają nas w związku z kolejnym spotkaniem Ogólnopolskiego Studenckiego Forum Naukowego „Badania naukowe w rehabilitacji i fizjoterapii”, którego gospodarzem w przyszłym roku akademickim będzie UM w Łodzi.

Uśmiech za uśmiech dar serca za dar serca

Pomoc dzieciom z najuboższych rodzin to przepiękna idea, która od kilkunastu lat przyświeca ogólnopolskiej akcji charytatywnej „Pomóż dzieciom przetrwać zimą”. W tegorocznej 17-tej edycji przedsięwzięcia, wziął czynny udział lubelski oddział IFMSA-Poland.

JUSTYNA FILIPIUK
STUDENTKA V ROKU
I WYDZIAŁU LEKARSKIEGO

MATEUSZ BILSKI
STUDENT V ROKU
II WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UM W LUBLINIE

Pomysł utworzenia sztabu akcji „Pomóż dzieciom przetrwać zimą” narodził się podczas wizyty członków naszej organizacji IFMSA w Radiu Lublin. Wtedy to właśnie, główny pomysłodawca i organizator akcji, red. Ewa Dadas, zaprosiła nas w celu przeprowadzenia wywiadu na temat naszego stowarzyszenia. Po zapoznaniu się z regulaminem, zgodnie postanowiliśmy utworzyć sztab akcji z siedzibą w biurze IFMSA Oddziału Lublin, czyli w akademiku nr 2 przy ul. Chodźki.

Powołaliśmy 21 wolontariuszy, którzy przez cały czas trwania akcji wkładali mnóstwo energii w to, aby organizacja zbiórek oraz wydarzeń towarzyszących, przebiegała jak najlepiej.

Z dniem 23 listopada 2009 r. rozpoczęliśmy zbiórkę stacjonarną. Przewodniczącym sztabu wybrany został Mateusz Bilski, a wiceprzewodniczącym Jaromir Ognik. Funkcję Sekretarza objęła Anna Klimek. Powołaliśmy również trzy zespoły: Zespół ds. Peer Education, Zespół ds. Organizacji Punktów Diagnostycznych oraz Zespół ds. Informacji. W skład zespołu ds. Peer Education wchodziła: Joanna Janicka,

Aleksandra Piasecka, Tomasz Karau-da, Katarzyna Szymańska, Katarzyna Korbyla. Zadanie zespołu polegało na organizacji oraz przeprowadzaniu prelekcji prowadzonych przez członków IFMSA oraz związanych m. in. z tematyką antynikotynową, zagadnieniem pierwszej wizyty u ginekologa czy problematyką HIV/AIDS. Lektury te skierowane były do uczniów szkół średnich Lublina. Najwięcej spotkań przeprowadziliśmy z młodzieżą uczącą się w Zespole Szkół Włókienniczych w Lublinie. Zespół ds. Informacji, któremu przewodziła Izabela Kośmider oraz Sylwia Połowniak, odpowiedzialny był za nagłośnienie akcji na terenie naszego Uniwersytetu Medycznego, głównie w formie plakatowej.

Dary można było składać w sztabie akcji od poniedziałku do soboty w godzinach od 16 do 20, w czasie pełnienia dyżurów przez naszych wolontariuszy.



szy. Specyfika zbiórki wynikała z faktu, iż darem nie mogły być ani pieniądze, ani jakiegokolwiek inne środki finansowe. Ofiarodawcy przynosili, przede wszystkim produkty i półprodukty spożywcze, nadające się do długoterminowego przechowywania, odzież, zabawki, książki i artykuły szkolne.

Kluczowym wydarzeniem dla każdego wolontariusza akcji „Pomóż dzieciom przetrwać zimę” była wielka uliczna zbiórka darów, która odbyła się w niedzielę 29 listopada. W tym dniu, przy współpracy z Radiem Lublin oraz TVP Lublin zorganizowaliśmy na Placu Litewskim punkt diagnostyczny. Za jego funkcjonowanie odpowiedzialny był Zespół ds. Punktów Diagnostycznych, w skład, którego wchodziła Aneta Szafranec oraz Marcin Urbańczuk. Chociaż tego dnia było zimno i wietrznie, ciepło ludzkich serc zainteresowanych pomocą dzieciom w ramach akcji, rozgrzało nas wszystkich. Punkt diagnostyczno-konsultacyjny umieszczony został w wielkim podgrzewanym namiocie w samym centrum Placu Litewskiego. Przedstawiliśmy mieszkańcom Lublina ofertę kilku podstawowych badań. Największym powodzeniem cieszył się pomiar poziomu glukozy we krwi, o czym świadczyć może liczba zużytych pasków, ponad 300. Mierzylśmy również ciśnienie tętnicze, zawartość tkanki tłuszczowej oraz obliczaliśmy BMI. Podczas badań można było uzyskać informację m. in. na temat szczepionek, schorzeń ginekologicznych, wad postawy, zerwania z na-



logiem palenia tytoniu, czy HIV/AIDS. Zainteresowanie ze strony mieszkańców Lublina było ogromne również dzięki obecności mediów m. in. TVP Lublin oraz Radia Lublin. To właśnie przez radio, które dociera do tak wielkiego grona słuchaczy, w godzinach od 8 do 14 zachęcaliśmy do badania i składania darów.

Gośćmi akcji na Placu Litewskim tego dnia byli muzycy Budki Suflera. Swoją obecnością przyciągali uwagę przechodniów, dla wielu mieszkańców miasta stanowili ogromną atrakcję.

Wolontariusze IFMSA pracowali w tym dniu także w innych dzielnicach Lublina, obsługując ruchome, samochodowe punkty diagnostyczne. Akcja zakończyła się o godzinie 14. Przebieg całego wydarzenia można było prześledzić w wieczornej telewizyjnej Panoramie Lubelskiej. Zbiórka stacjonarna darów zakończyła się z dniem 31 grudnia. Ku naszemu niemiemu zasko-

czeniu udało nam się zebrać ponad 70 kg produktów spożywczych, zabawek i wiele innych, z których później powstały paczki noworoczne dla wielu potrzebujących rodzin.

Podsumowując chcielibyśmy serdecznie podziękować Prorektorowi do spraw Studenckich naszej Almae Matris prof. dr hab. Jackowi Rolińskiemu za umożliwienie założenia Sztabu Akcji na terenie DS nr 2. Słowa podziękowania kierujemy także do Pani Kancelarz UM mgr Ewy Abramek za pomoc w organizacji i transporcie sprzętu podczas wielkiej ulicznej zbiórki. Nie możemy również zapomnieć o wszystkich wolontariuszach, bez których przeprowadzenie akcji i obsługa sztabu nie byłaby możliwa oraz ofiarodawcom za ich hojność i dobroduszość. Mamy głęboką nadzieję, że dzięki naszej działalności, tej zimy, na twarzach wielu dzieci zagościł uśmiech.



Nowa era szkoleń rozpoczęta

Wraz z wyborem nowego zarządu, w studenckie życie TSS-owiczów został wprowadzony nowy plan działania na bieżący 2009/2010 rok.



MAGDALENA PLATA

STUDENTKA III ROKU STOMATOLOGII
UM W LUBLINIE

Z punktu widzenia koordynatora ds. szkoleń mogę stwierdzić, że pierwsze w tym roku akademickim szkolenie pt. „Koferdam metodą izolacji pola zabiegowego w stomatologii” przeprowadzone zostało z suk-

cesem. W sobotę 5 grudnia 2009 r. Stomatologiczne Centrum Kliniczne odwiedził **Andrzej Wiśniewski**, przedstawiciel firmy Kerr: Szkolenie rozpoczął godzinny wykład w sali wykładowej „S” o godz. 10, na którym można było poznać dokładną budowę oraz zasadę działania koferdamów OptiDam. Studenci mieli możliwość bezpośredniego kontaktu z każdą częścią składową ślinochronu. Pan Wiśniewski przed-

stawił także koszty zakupu koferdamów, czym zostaliśmy miło zaskoczeni. Są to niewielkie nakłady finansowe w porównaniu do komfortu uzyskanej pracy.

Członkowie Towarzystwa Studentów Stomatologii uzyskali również wyczerpujące odpowiedzi na nurtujące ich pytania, a jakiekolwiek wątpliwości zostały skutecznie rozwiązane. W dalszej części praktycznej, która trwała



Ślinochrony zapewniają stomatologowi czystość i suchość pola zabiegowego, łatwość pracy, a pacjentowi przyjemne odczucia

od godz. 11 do godz. 14 studenci zostali podzieleni na trzy tury słuchaczy, którym początkowo gwarantowaliśmy trzydzieści miejsc, w każdej po dziesięć osób. Zainteresowanie przedmiotem sprawiło jednak, że zostały utworzone dodatkowe miejsca w liczbie dziesięciu. Zajęcia praktyczne, odbywające się na sali klinicznej nr 5, obejmowały wstępny, kilkuminutowy instruktaż zakładania lateksowej gumy na plastikową ramkę, a następnie mocowanie jej za pomocą specjalistycznego „skrzydelka” w jamie ustnej pacjenta – w naszym wypadku fantomu.

Przy każdym stanowisku pracowały po dwie, trzy osoby z drugiego, trzeciego, czwartego lub piątego roku stomatologii, co umożliwiło wzajemną pomoc i sprawniejszą pracę. Nad całą procedurą czuwał Andrzej Wiśniewski, chętnie tłumacząc i wspierając studentów. Czynność, która wydawała się banalnie łatwa w wykonaniu pana Wiśniewskiego, początkowo nie szła nam tak gładko i przyjemnie. Jednak w miarę treningu i swoich możliwości, każdy ze studentów doszedł do wprawy, a zakładanie koferdamu uznał za wygodne i komfortowe.

Mimo faktu, że ślinochroiny nie są powszechnie używane wśród polskich stomatologów, a już z pewnością nie tak często jak w krajach zachodnich, po przebytych szkoleniu większość z nas zadeklarowała, że w przyszłej praktyce stomatologicznej koferdam na pewno się pojawi. Nie tylko ze względu na innowację, ale przede wszystkim ze względu na czystość i suchość pola zabiegowego, a także łatwość pracy, zapewniające tym samym przyjemne odczucia pacjentowi.

Po zakończonym szkoleniu serdecznie podziękowaliśmy panu Andrzejowi Wiśniewskiemu za przyjazd, cierpliwość i włożoną pracę oraz gorąco poleciliśmy się na przyszłość, zapraszając do ponownego odwiedzenia Lublina. Mamy nadzieję, że oczekiwania członków TSS zostały spełnione, a liczba chętnych, biorących udział w szkoleniach i aktywnych studentów zdaje się to potwierdzać. Nasz zapał i gotowość do pracy już wkrótce da wyraz kolejnemu szkoleniu, na które czekamy z niecierpliwością. Wszystkich serdecznie zachęcamy do udziału!



Warsztaty szycia chirurgicznego

11 grudnia 2009 roku w sali seminaryjnej II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie odbyły się warsztaty szycia chirurgicznego zorganizowane przy współpracy Lubelskiego Oddziału Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny i Studenckiego Chirurgicznego Koła Naukowego. Ze strony IFMSA prowadzącymi warsztaty byli studenci Karol Unifantowicz, Jaromir Ognik i Karol Zarzycki z V r. Wydziału Lekarskiego, ze strony SKN opiekę sprawował Marcin Bobiński z VI r. Nad całością pieczę sprawował dr n. med. Michał Solecki.

ANNA RĘKAS
KAROL UNIFANTOWICZ
JAROMIR OGNIK
STUDENCI V ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UM W LUBLINIE

Program stały ds. edukacji medycznej (SCOME) z ramienia IFMSA, który patronował całemu przedsięwzięciu jest jednym z prężniej rozwijających się programów stałych. Głównym celem przyświecającym organizatorom warsztatów była edukacja studentów zainteresowanych poszerzeniem swojej wiedzy w zakresie chirurgii, a zwłaszcza szycia chirurgicznego. Na warsztaty mógł zapisać się każdy zainteresowany, wystarczyło odrobinę dobrej woli,



czasu i chęci. SCOME jako program stały powstał w roku 1951, jako jeden z pierwszych i od samego początku cieszył się dużym zainteresowaniem zarówno studentów jak i lekarzy. Podstawowym celem tego programu jest dążenie do jak najlepszego przygotowania studentów do przyszłego zawodu i pomoc w rozwijaniu ich zainteresowań. Badania naukowe pokazują, że nowe programy nauczania przekazują wiedzę w sposób bardziej praktyczny i efektywny, przyczyniając się do kształcenia nowoczesnego pokolenia lekarzy. Pomimo, że istnieje wiele innowacyjnych podejść do nauczania medycyny, zmiany systemu edukacyjnego zachodzą w niewielu ośrodkach akademickich, dlatego też jako jeden z wiodących ośrodków akademickich postanowiliśmy sprostać tym wymaganiom, organizując takie warsztaty w ramach lokalnej działalności IFMSA Poland.

Organizatorem i duszą projektu byli **Karol Unifantowicz** – lokalny koordynator SCOME wraz z **Jaromirem Ognikiem**, pełniącym funkcję koordynatora warsztatów „Szycie Chirurgiczne” IFMSA Lublin. Warsztaty prowadził **dr Michał Solecki** pod patronatem **prof. dr hab. Grzegorza Wallnera**, który jednocześnie jest jednym z opiekunów SKN. Udział w warsztatach wzięło 45 studentów Uniwersytetu Medycznego z różnych lat, aczkolwiek zainteresowanych było znacznie więcej. W dniu zapisy-

wania kolejka sięgała do portierni DS. nr 2, gdzie mieści się biuro Stowarzyszenia. Niestety, z powodu wielkości sali wykładowej nie wszyscy chętni mogli wziąć udział w warsztatach, dlatego też już myślimy o kolejnych, aby zadowolić liczną rzeszę odbiorców.

Pierwsza część warsztatów była typowo teoretyczna. Rozpoczęła się od krótkiej prezentacji najbardziej popularnych technik szycia przygotowanej przez Jaromira Ognika. Można było w niej znaleźć informacje na temat podstawowych narzędzi chirurgicznych, różnych rodzajów wiązania szwów, a także najczęstszych typów zopatrzywania ran ciętych. Słowo wstępne wygłosił również dr M. Solecki, za co bardzo dziękujemy i liczymy na dalszą owocną współpracę.

Każdy z uczestników otrzymał komplet akcesoriów zawierających imadła, nici, igły skalpele oraz nóżki świńskie – no cóż na czymś uczyć się trzeba. Starsi koledzy pod patronatem Studentckiego Koła Naukowego II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, w tym również Karol Unifantowicz, Jaromir Ognik i Karol Zarzycki, którzy ze względu na zainteresowania obejmujące w szczególności zagadnienia dotyczące chirurgii ogólnej pomagali młodszym kolegom i koleżankom stawiać pierwsze kroki w nacinaniu nówek, zakładaniu szwów

oraz nauki prawidłowego wbijania igły i wiązania nici. Na szczęście nikt poza materiałem ćwiczeniowym nie odniósł żadnych obrażeń ciała. Koledzy działali sprawnie i sprytnie „Jawrowali” między licznymi uczestnikami udzielając porad.

Jako studenci i członkowie Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny życzymy sobie dalszej tak owocnej współpracy w organizacji kolejnych warsztatów, jak również składamy podziękowania na ręce grona pedagogicznego za znakomite przedstawienie problematyki. Miejmy nadzieję, że już w najbliższym czasie będziemy mogli uczestniczyć w kolejnych tak dobrze i sprawnie przygotowanych warsztatach. Niech zachęta dla Was będzie czas trwania warsztatów (3h), co świadczy o olbrzymim zainteresowaniu i chęci nauki szycia chirurgicznego.

Na warsztaty mógł zapisać się każdy zainteresowany, wystarczyło odrobinę dobrej woli, czasu i chęci



II Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych w Futsalu Mężczyzn

Złoty Lublin

„Wszystko, wszystko co najlepsze” – to fragment okrzyku lubelskiej drużyny futsalu (halowa piłka nożna). W niedzielę 28 marca słowa te nabrały szczególnego znaczenia. Chłopcy zdobyli to, co dla zawodnika najcenniejsze – złoto! W walce o pierwsze miejsce, po zaciętej walce w rzutach karnych pokonali drużynę z Poznania 4:3!

JOANNA FILIPIUK
STUDENTKA III ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
UM W LUBLINIE

Organizacja mistrzostw w futsalu była dla nas kolejnym wyzwaniem. Od momentu, kiedy dowiedzieliśmy się o decyzji, że to nam przypadł zaszczyt przygotowania zawodów, prace ruszyły pełną parą” – mówi Mateusz Chruściak, prezes KU AZS UM w Lublinie. Nie było jednak łatwo! Częste spotkania zarządu, pozytywnie sponsorów, niespodziewane problemy czyli wszelkie trudne kwestie organizacyjne to cena jaką trzeba było zapłacić, aby stać się gospodarzem tak dużej imprezy sportowej.

Ale było warto! Komitet organizacyjny podobnie jak lubelska drużyna „spiął się na medal.

26 marca o godzinie 9 został rozegrany pierwszy mecz mistrzostw. Ceremonia otwarcia rozpoczęła się o godzinie 11:30. Jedenaście drużyn z uczelni medycznych z całej Polski wprowadziły na halę Uniwersytetu Medycznego w Lublinie dziewczęta z Zespołu Pieśni i Tańca. Ich przepiękne, ludowe stroje oraz dźwięk hymnu Gaudemus igitur były doskonałym podkładem muzycznym dla wciągnięcia na maszt flagi Akademickiego Związku Sportowego. Gdy nad głowami gości zwił biało-zielony symbol, **Mateusz Chruściak** – prezes KU AZS UM w Lublinie przywitał uczestników uroczystości krótkim przemówieniem. Na



stępnie głos zabrał rektor **prof. dr hab. Jacek Roliński**. Swoją obecnością zaszczycił nas także **prof. dr hab. Grzegorz Wallner**. Wstępem do części artystycznej były okrzyki drużyn, po czym wystąpiła breakdance'owa grupa tańeczna ze szkoły tańca iDance. Kolejnym a zarazem ostatnim elementem ceremonii był pokaz sekcji samoobrony prowadzonej przez instruktorkę Krav Magi, samoobrony i Kick-Boxingu – **Barbarę Maciejewską**.

W mistrzostwach wzięło udział 11 drużyn z Białegostoku, Bydgoszczy, Gdańska, Katowic, Krakowa, Łodzi, Poznania, Szczecina, Warszawy, Wrocławia oraz Lublina. Drużyny zostały

podzielone na trzy grupy. W sumie w ciągu trzech dni rozegrano 30 meczów, nad którymi pieczę sprawowali trzej sędziowie. Patronat medialny nad wydarzeniem objęło Radio Centrum 98.2 FM oraz tygodnik Dziennik Wschodni. Lubelskiej drużynie w walce na boisku pomagali kibice. Licznie wypełnione trybuny skutecznie rozgrzewały atmosferę na hali UM zwłaszcza podczas niedzielnego meczu finałowego a niezapomniane chwile sportowych zmagania uwiecznił na zdjęciach fotograf **Grzegorz Gamracki**.

W sobotni wieczór, po dwóch dniach intensywnych rozgrywek, organizatorzy zaprosili piłkarzy i trenerów do klubu Disco Fever gdzie odbyła się impreza – „Futsal Party”.

W niedzielę zostały rozegrane m. in. najważniejsze mecze tj. mecz o pierwsze i trzecie miejsce. W finale spotkały się drużyny z Poznania i Lublina. Po zaciętej walce w rzutach karnych lubelscy piłkarze pokonali przeciwną drużynę 4:3.

Tak więc złoto zdobyła drużyna naszej Almae Matris prowadzona przez **dr Adama Fijewskiego**. Najlepszym bramkarzem mistrzostw został **Michał Wyrzykowski** z Poznania, natomiast tytuł najlepszego zawodnika przypadł



Nurimi Sanei Mazdak'owi z Białegostoku. Zwycięzcy – reprezentanci naszej Uczelni otrzymali nagrody w postaci sportowych toreb z upominkami. Po ceremonii wręczenia pucharów i medali II Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych w Futsalu Mężczyzn zostały oficjalnie zamknięte.

Komitet organizacyjny mistrzostw kieruje podziękowania do wszystkich drużyn za wspaniałą grę i sportowego ducha walki oraz do kibiców za ich wsparcie oraz zagrzewanie zawodników do walki.

KOMITET ORGANIZACYJNY MISTRZOSTW

Mateusz Chruściak, Eliza Ganczarska, Bartosz Orybkiewicz, Joanna Filipiuk, Barbara Bądel, Rafał Kowalski, Mateusz Kolbus, Bartłomiej Wieczorek, Grażyna Soroka, Marcin Chrapek, Maciej Grabowski, Maciej Michałak, Michał Cieliński, Kacper Sowa, Grzegorz Gamracki



Górny rząd: Dr Adam Fijewski, Kamil Baczewski, Dawid Chciuk, Maciej Dąbała, Michał Sieczkarek, Bartłomiej Orybkiewicz, Marcin Polak, Łukasz Kuśmierz, Tomasz Zarzeczny.

Dolny rząd: Michał Popajewski (kapitan), Jarosław Przeworski, Piotr Machaj, Szymon Gieroba, Mateusz Niedziela

Studencka wyprawa z AZS-em

Nowy zarząd klubu uczelnianego AZS został wybrany na początku roku akademickiego 2009/2010. W jego składzie wielu kreatywnych ludzi, przed którymi mnóstwo planów i wyzwań. Jednym z nich była organizacja trzeciej edycji Sylwestra na nartach z AZS-em – wyjazdu, który co roku cieszy się ogromnym zainteresowaniem. Pomyślałam wtedy – *Dlaczego nie ja?*

JOANNA FILIPIUK

STUDENTKA III ROKU STOMATOLOGII
UM W LUBLINIE

Jako „świeżo upieczony” sekretarz Klubu Uczelnianego AZS podjęłam się zadania organizacji wyjazdu. W ramach dwumiesięcznych przygotowań poświęciłam czas na liczne spotkania z chętnymi, odebrałam dziesiątki e-maili oraz setki telefonów. Włożyłam w to wiele pracy i energii, ale czy sprawdziłam się w roli dobrego organizatora?

Przerwa bożonarodzeniowa, błoga świąteczna atmosfera w rodzinnym domu, a w mojej głowie burza myśli. Wyjazd w góry zbliżał się wielkimi krokami, a ja nie byłam pewna czy zrobiłam dostatecznie dużo, aby wszystko było zorganizowane jak należy. Ostatnie przygotowania do wyjazdu, pako-

wanie bagażu, ostatnie wiadomości wysyłane do uczestników. Prognoza pogody na najbliższe dni nie wróżyła białego szaleństwa. W takich okolicz-

nościach, podenerwowana, całą wyprawę widziałam w czarnych barwach. Ba! Jakże się martwiłam, że wyjazd narciarski przeze mnie organizowany nie spełni oczekiwań studentów naszej Almae Matris.

27 grudnia studencka ekipa z Lublina oraz okolic, pojawiła się w pełnym składzie osobowym na dworcu PKP w Katowicach. Stamtąd podstawiony autokar zabrał nas do ośrodka Banderosa w Gluchołazach, położonym blisko granicy polsko-czeskiej. Krajobrazy, jakie mijaliśmy po drodze, ze względu na brak śniegu i bezchmurne niebo przypominały raczej wczesną wiosnę niż zimę. Na szczę-



ście, nie zgasilo to entuzjazmu 78 osób, które nie mogły się już doczekać ubrania nart i desek snowboardowych na nogi. Po trzygodzinnej podróży w radosnych nastrojach dotarliśmy do celu. Na miejscu czekał na nas ciepły posiłek oraz pokoje w pawilonie nr 4.

Wieczorem, jeszcze tego samego dnia, odbyło się pierwsze spotkanie organizatorów. Wśród nich znalazły się osoby reprezentujące uczelnie wyższe z różnych zakątków Polski, min. Białegostoku, Szczecina, Warszawy, Wrocławia. Okazało się, że w ośrodku jest ponad 500 studentów różnych kierunków z całego kraju! Spotkanie poprowadził pan Janusz, odpowiedzialny za koordynowanie współpracy z czeskimi stokami. Humory poprawił nam już na wstępie mówiąc: „Możliwość jazdy na nartach jest, Czesi przygotowali dla nas stoki”.

Drugiego dnia mieliśmy okazję przekonać się o słuszności stwierdzenia pana Janusza. Rzeczywiście Czesi postarali się nie zawieść oczekiwań polskich narciarzy i snowboardzistów, toteż stoki przygotowane były do jazdy. Wyglądało to jednak na „nie lada wyczyn”, ponieważ biały, śnieżny jezioro stoku Filipovice, na którym zjeżdżaliśmy, wyróżniał się bardzo na tle gołych szczytów Gór Opawskich. Co prawda stoki nie były rewelacją, ale w tych warunkach nawet 700 m pokrytych warstwą puszystego śniegu, zdawało się być zadowalające. Szczerze powiedziawszy, pogoda nie rozpieszczała studentów przez cały okres naszego pobytu. Pod-

czas gdy, pozostała część kraju zasypana była śniegiem, w Glucholazach padał ulewny deszcz. Na stoku natomiast słońce, plusowe temperatury i mżawka. Warunki pozornie ekstremalne, ale mimo tego nie zabrakło ochotników na zjazdy.

Plan każdego dnia wyglądał podobnie. Po porannej zbiórce, przydzieleniu każdemu uczestnikowi prowiantu oraz załadowaniu sprzętu do autokaru, jechaliśmy na stoki Filipovice. Tam suszowaliśmy po śniegu ponad 5 godzin, a w międzyczasie ci bardziej zmęczeni odpoczywali w karczmarce pod stokiem. Po powrocie do ośrodka mieliśmy mnóstwo możliwości spędzenia wieczoru. Do dyspozycji gości ośrodka Banderova była jaskinia solna, sauna, hala sportowa oraz sala komputera z dostępem do internetu. Ponadto, codziennie wieczorem na stołówce można było potańczyć przy dźwiękach dyskotekowej muzyki. Jednym słowem – nie było czasu na nudę! Raz udało mi się zorganizować ognisko dla naszej lubelskiej grupy z pieczonymi kielbaskami i gorącą herbatką.

Atmosfera podczas wyjazdu była niesamowita, a ludzie tak sympatyczni, że człowiek szybko ulegał rozluźniającemu wpływowi otoczenia. Niestety jako organizator i opiekun lubelskiej grupy musiałam cały czas zachowywać trzeźwy umysł i pilnować, aby wszystko to, co ode mnie zależało było „dopięte na ostatni guzik”. Codziennie uczestniczyłam więc w zebraniach organizatorów, które miały na celu

ustalenie niezbędnych informacji oraz planów na kolejny dzień. Następnie przekazywałam swoim podopiecznym najważniejsze ustalenia.

Kulminacyjnym punktem naszego wyjazdu była zabawa sylwestrowa. 31 grudnia wróciliśmy nieco wcześniej ze stoku do ośrodka, aby każdy miał czas na odpoczynek i przygotowanie do wieczornej imprezy. „Studencki bal” rozpoczął się o godz. 20, kiedy podano pierwsze danie gorące. Dwie wielkie sale, na których stolowali się studenci z różnych zakątków Polski, rozdzielala mniejsza sala do tańczenia. Czas upływał na zabawie integracyjnej i rozmowach. Tuż przed północą wszyscy udali się na zewnątrz, by odliczając sekundy do godz. 24 w blasku fajerwerków wspólnie przywitać Nowy Rok 2010. Sylwestrowa zabawa trwała do samego rana, dlatego też 1 stycznia, na stoki wybrali się tylko najbardziej zacięci narciarze.

Przyznaję, że organizacja tygodniowego wyjazdu dla 78 studentów naszej uczelni była związana z dużym nakładem pracy i zaangażowaniem z mojej strony, ale jednocześnie warta poświęcenia. Uważam też, że było to dla mnie prawdziwym wyzwaniem, a jednocześnie okazją do zdobycia cennego doświadczenia, które na pewno przyda się w przyszłości. Śmiało mogę stwierdzić, że organizacja Sylwestra na nartach z AZS-em w Glucholazach była przyjemnością zwłaszcza, gdy pomagali mi w tym przyjaciele i wiele życzliwych osób.



Odszedł

Profesor Leszek Wdowiak



Prof. Leszek Wdowiak
(1948–2010)

Wspomnienie skromnego ucznia o Profesorze Leszku Wdowiaku Wielkim Mistrzu

Moje pierwsze spotkanie z prof. Leszkiem Wdowiakiem odbyło się w 1990 roku podczas konferencji naukowo-szkoleniowej w Kozłówce, a więc wiele lat temu. Doskonale pamiętam ten dzień, tak jakby było to wczoraj, jak i każde następne z nim spotkania. Profesor z ogromną pasją życia, radosnym i ciepłym uśmiechem na twarzy, zawsze witał każdego w drzwiach swojego gabinetu.

Pamiętam również swój egzamin z przedmiotu „zarządzanie i ekonomika ochrony zdrowia”, który jako student szóstego roku wydziału lekarskiego miałem przyjemność zdać u prof. Leszka Wdowiaka w 1995 roku.

Profesor z ogromną uwagą, pogodą ducha wysłuchiwał odpowiedzi na zadawane pytania, a gdy egzamin dobiegał końca potrafił znaleźć jeszcze czas i przedyskutować nurtujące mnie pytania z zakresu przedmiotu, który wykładał.

Miałem kontakt z Profesorem praktycznie stale, nasze relacje układały się poprawnie i zawsze

poruszane kwestie znajdowały kompromis i wspólne konsensusy.

Wspominam odległe chwile, kiedy podjąłem decyzję o doskonaleniu wiedzy w zakresie zdrowia publicznego, nasze drogi wówczas znacznie się zbliżyły z Profesorem Leszkiem Wdowiakiem, doskonałym wykładawcą oraz wybitnym naukowcem.

Niejednokrotnie podziwiałem Profesora za Jego upór w dążeniu do celu, oddanie dla drugiego człowieka, życzliwość i umiejętność rozwiązywania przeróżnych problemów.

Profesor był dla mnie człowiekiem wielkiego formatu, z niespotykanym poczuciem realizmu, radością i pasją życia, który nieustannie poszukiwał nowoczesnych rozwiązań w zarządzaniu ochroną zdrowia.

W mojej pamięci pozostanie jako człowiek z ogromną wiedzą i autorytetem.

Wspominam profesjonalizm Profesora Leszka Wdowiaka na egzaminie specjalizacyjnym ze zdrowia publicznego, który zdawałem w 2004 roku, kiedy w sposób przyjazny i ogromnie wyrozumiały analizował



problematyczne kwestie ochrony zdrowia.

Obecnie kiedy kieruję Katedrą Zdrowia Publicznego, w której Profesor Leszek Wdowiak rozwijał naukę, doskonalil lekarzy i kształcił z dumą mogę o nim powiedzieć, że był dla mnie Wielkim Mistrzem, którego praca pozostanie trwałym wkładem w rozwój polskiej nauki.

Dziś bezsprzecznie można powiedzieć, że Profesor Leszek Wdowiak to orędownik i twórca nowoczesnych rozwiązań w zarządzaniu ochroną zdrowia, które zarówno w sposób praktyczny, jak i teoretyczny pozostają niezapomniane.

Zasługi, które można przypisać Profesorowi Leszkowi Wdowiakowi głównie dla krajowego i międzynarodowego zdrowia publicznego oraz medycyny społecznej są ogromnie istotne i pozostaną nieocenione w swej treści.

Jest to strata niepowetowana zarówno dla całej społeczności akademickiej, jak i dla tych dla których był i pozostanie przyjacielem.

Dla mnie pozostanie Wielkim Mistrzem dzieła zwanego Zdrowie Publiczne.

PIOTR KSIĄŻEK

Trwać będzie pamięć, podziw, szacunek i refleksja

Aż wierzyć się nie chce, że nie ma Go wśród nas. Mija już drugi miesiąc. Dla nikogo nie mogło być tajemnicą, że miał swoje bardzo poważne problemy zdrowotne. Choć zawsze był taki pełen energii do pracy, twórczenia i poznawania innych kultur oraz krajów.

Jak mówił Arcybiskup Abel: „Dobry Bóg sprawił, że promieniował dobrem – mógłby swoją witalnością obficie obdzielić innych”. Był jedynym chyba człowiekiem, któremu, gdyby zaproponować wyjazd na jutro na koniec świata, to odpowiedziałby, że musi tylko poukładać zajęcia i już pytałby: na jak długo, w jaką strefę klimatyczną, gdzie i o której godzinie ma się stawić. Następne pytanie, to tylko, czy jest organizacyjna możliwość wspólnego wyjazdu z Jego Helen.

Potrafil jednak – jak mało kto – długie, dalekie wyjazdy łączyć z prawdziwą działalnością naukową i dydaktyką akademicką. Dowoda-

mi są osiągnięcia: artykuły, książki, aktywność konferencyjna i wręcz armia Jego wychowanków – wypromowanych doktorów i samodzielnych pracowników nauki. Przy czym w tym momencie należy zaznaczyć, iż każdy z Jego 54 doktorantów czuł opiekę i mobilizację Profesora. Profesor jak się już zdecydował, to nikomu nie odpuścił – znał każdą cząstkę każdej pracy doktorskiej, a motywował jak nikt. Często używał głosu, szczególnie przy jakiś sytuacyjnych złożonościach, o natężeniu proporcjonalnym do postury... Dało się to zapamiętać. Był przewidyującym – z praktyczną wyobraźnią podchodził do życia. Raz tego bezpośrednio doświadczyłem. Przed moją obroną doktorską, a działo się to ponad dwadzieścia lat temu, zapytał mnie, czy przygotowałem rezerwowo kompletny rzutnik i kabel. Na moje zdecydowanie widoczne na twarzy wątpliwości, krótko odpowiedział, że komisja nie będzie czekać, aż naprawisz sprzęt...



Prof. dr hab. Leszek Wdowiak urodził się 30 września 1948 r. w Lublinie. Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Lublinie ukończył w 1972 roku.

15 listopada 1977 r. uzyskał stopień doktora nauk medycznych, a 25 listopada 1985 r. tytuł naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych. Osiem lat później, w 1994 r. jako jeden z najmłodszych został profesorem, w 1995 r. profesorem nadzwyczajnym.

Od 1 października 1997 r. nierozwalnie związany z Akademią Medyczną w Lublinie; pracuje początkowo na stanowisku starszego asystenta, a od 1 stycznia 1978 r. – adiunkta, z jednoczesnym pełnieniem obowiązków kierownika ówczesnego Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia w Instytucie Medycyny Społecznej. Od 1 lutego 1978 r. powołany na zastępcę dyrektora Instytutu Medycyny Społecznej. Rok później, 1 lutego 1979 r. został wyznaczony do sprawowania specjalistycznego nadzoru regionalnego ochrony zdrowia na terenie ówczesnego województwa lubelskiego, radomskiego, białskopodlaskiego i zamojskiego – pełniąc obowiązki specjalisty regionalnego.

1 marca 1988 r. został mianowany dyrektorem Instytutu Medycyny Społecznej. Doceniono wiedzę i profesjonalizm zawodowy w 2003 r.,

gdy został konsultantem krajowym w dziedzinie zdrowia publicznego.

W latach 1999-2000 był dyrektorem Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie. Od 2006 r. do chwili śmierci pełnił funkcję dyrektora Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.

Od 1996 r. przez kolejne cztery kadencje sprawował funkcję prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego.

Był redaktorem naczelnym czasopisma „Medycyna Ogólna” i „Zdrowie Publiczne” oraz członkiem wielu innych redakcji. Był promotorem 54 ukończonych doktoratów, opiekunem 3 prac habilitacyjnych, a także ponad 200 prac magisterskich na Wydziale Pielęgniarstwa AM w Lublinie. Był autorem lub współautorem ponad 400 pozycji naukowych, w tym 18 książkowych. Odznaczony licznymi nagrodami i wyróżnieniami za wybitne osiągnięcia naukowe i dydaktyczne. Posiadał specjalizację z medycyny społecznej, organizacji ochrony zdrowia i zdrowia publicznego. Pośmiertnie odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Zmarł 16 lutego 2010 roku. Żegnany przez rodzinę oraz kilkusetosobowe grono bliskich, przyjaciół i znanych spoczął 26 lutego br. na cmentarzu przy ul. Lipowej.

I otrzymałem konkretne polecenie. Na obronie, nie minęło pięć minut i żarówka „wysiada”... w emocjach adrenalina sięgnęła wysoko. Proście to było.

Profesor był po prostu nietuzinkowy. Dawał się zapamiętać i wyróżniał się nawet wśród największych, w obecnych czasach, polskich uczonych. Nie wszyscy mu

przyklaskiwali, ale... może nie rozumieli Jego intencji. Teraz to już mniej ważne. Niech każdy, kto odczuwa taką potrzebę, oceni to w swoim sumieniu.

Wielką życiową bronią Profesora była Jego pogoda ducha. Umiejętność konstruktywnego dystansu. Był bardzo przyzwolonym człowiekiem. Z równym szacunkiem rozmawiał z uniwersyteckim profesorem, posłem, ministrem, jak i panią która sprzątała w katedrze. Po prostu lubił ludzi. Zawiszc była mu obca. Jego wrażliwe społecznie serce tworzyło sytuacje uczynności dla każdego i bezinteresownego angażowania się również w sprawy społeczne.

Z potrzeby duszy był w swoim życiu aktywnym związkowcem.

Był Wielki, wielki ciałem, sercem i duchem, osiągnięciami społecznymi i akademickimi.

Był wielkim autorytetem w zdrowiu publicznym. Prawdziwym współtwórcą, a po śmierci prof. Macieja Latałskiego, fundamentem lubelskiej szkoły zdrowia publicznego. Stworzył godny podziwu dorobek. Przed Nim jeszcze było tak wiele. Niestety śmierć nie dotyka – śmierć zabiera.

Zostaje pamięć, podziw, szacunek i refleksja, że tylko ludzie wielcy mogą jednocześnie trzymać głowę w chmurach i twardo stąpać po ziemi. Na ziemi Profesor zostawił nam swoje osiągnięcia, a wśród najbliższych, przyjaciół i tych co chcą pamiętać swoje „Niebo i Marzenia”.

Cześć Jego Pamięci!

PROF. DR HAB. ALFRED OWOC
UCZEŃ PROFESORA

Profesor Leszek Wdowiak: Naukowiec, Nauczyciel, Mistrz, Przyjaciół, Organizator i Ciekawy Świata Globtroter

„Sukces nie ma nic wspólnego z tym, co się w życiu uzyska lub osiągnie dla siebie. Sukces to jest to, co robi się dla innych”.

DANNY TOMAS

Byliśmy parę razy na wspólnych wyjazdach zagranicznych, ja, jako pilot grupy i profesor, a może po prostu Leszek. Zwiedziliśmy prawie całą Europę, zahaczając o północną Afrykę, czyli Maroko z plażowaniem w Casablance, ze zwiedzaniem pięknych ogrodów królewskich w Marrakeszu.

Europa to czerwona ziemia i białymi dachami południowej Hiszpanii z corridą i flamenco w Toledo oraz Madryt z muzeum Prado i Guernicą Picassa.

Warunki podróżowania były iście spartańskie, autokar bez klimatyzacji, nocowanie pod gołym niebem, czasami na trawnikach (w Monako obudziły nas zraszacz na trawnikach) uciekaliśmy w popłochu myśląc w pierwszej chwili, że to deszcz, śmiechu było co niemiara!

Był z nami Leszek, który przy całym swoim jestestwie żywo i aktywnie uczestniczył w życiu grupy, był duszą towarzystwa, zawsze uśmiechnięty, zadowolony i pomocny w różnych nieprzewidywalnych sytuacjach.

Profesor bardzo lubił podróżować, zwiedzać, poznawać nowe miejsca i nowych ludzi. Każdy swój wyjazd dokumentował robiąc zdjęcia, kupując pamiątki, foldery, albumy, mapy itp. Nasza wyprawa trwała prawie cały miesiąc, co pozwoliło sprawdzić się w sytuacjach śmiesz-

nych, trudnych czy wręcz podbramkowych. Miesiąc to kawał czasu, gdzie ujawniały się różne nasze słabości, wady i zalety. Profesor Leszek Wdowiak zawsze stanął na wysokości zadania, a czasami nawet dzięki swojemu doświadczeniu i poczuciu humoru łagodził zastrzone sytuacje.

Uczestniczyliśmy również w wielu konferencjach, Profesor zawsze „wypychał” swoich asystentów do pierwszego rzędu i przedstawiał swoim kolegom profesorom, wprowadzał nas w meandry nauki i struktury towarzystw naukowych. Przez całe swoje życie był mistrzem dla młodszych stwarzając jednocześnie bardzo bezpośrednią atmosferę w stosunkach międzyludzkich. Profesor Leszek Wdowiak pozostanie w naszej pamięci, jako mistrz, nauczyciel, organizator i przyjaciel.

KRYSTYNA RADECKA



Prof. Leszek Wdowiak
i Krystyna Radecka

**Był duszą
towarzystwa,
zawsze
uśmiechnięty,
zadowolony
i pomocny
w różnych
nieprzewidywal-
nych sytuacjach**

Doktor Janina Fetlińska

Zginęła tragicznie



Dr Janina Fetlińska
(1952–2010)

10 kwietnia 2010 r. w katastrofie rządowego samolotu Tupolew Tu-154 pod Smoleńskiem w Rosji zginęła nasza Koleżanka i Przyjaciółka, Senator VI i VII kadencji RP okręgu wyborczego nr 15 (Płock) absolwentka Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie – dr Janina Fetlińska.

Dyplom mgr pielęgniarstwa otrzymała w 1977 roku, a stopień doktora nauk medycznych w zakresie pielęgniarstwa w roku 1986. W 1991 roku ukończyła Podyplomowe Studium Ekonomiki Zdrowia na Wydziale Ekonomii Uniwersytetu Warszawskiego.

Przez wiele lat pracowała w placówkach służby zdrowia, pełniąc funkcje kierownicze. W okresie 1996-2004 była kolejno wicedyrektorem i dyrektorem Instytutu Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia w Ciechanowie, w Wyższej Szkole Humanistycznej im. A. Gięsztorza w Pultusku. W latach 2002-2005 pracowała jako nauczyciel akademicki i dyrektor Instytutu Ochrony Zdrowia w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Ciechanowie. Była członkiem Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego przy Ministrze Zdrowia. Opublikowała kilkadziesiąt artykułów naukowych z zakresu pielęgniarstwa, promocji zdrowia i zdrowia publicznego. Była członkinią wielu towarzystw naukowych i społecznych.

„Przez czas dany każdemu człowiekowi i równocześnie zadany mu przez Opatrzność” (Jan Paweł II) była przykładem człowieka dobrej pracy. Dzięki Niej, młodzież wybierająca pielęgniarstwo знаła odpowiedź na pytanie nie tylko „kim jest człowiek” ale „kim jest dobry człowiek” służący cierpiącemu, choremu i opuszczonemu.

Pielęgniarstwo zawsze było dla Niej „Cenną Perłą”. Znała Cenę Wielkiej Perły, ale nigdy nie żałowała ceny jaką trzeba płacić za jej posiadanie. Tworząc Kolegium Pielęgniarek i Położnych Środowisko-Rodzinnych w Polsce doskonale widziała specyficzny obszar aktywności pielęgniarstwa, który nie za-

wsze był akceptowany, jako dziedziną samodzielnej pracy pielęgniarek. Była także inicjatorką kierunku pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Ciechanowie. Jej praca zawodowa świadczyła o przenikliwości i głębokim rozumieniu przekształceń, przed którymi stawały polskie pielęgniarki.

Pracowitość, zdyscyplinowanie, Jej ciągły proces rozwoju i doskonalenia zawodowego przejawiał się w przygotowywaniu już zaawansowanej rozprawy habilitacyjnej na temat kształtowania się wyższego szkolnictwa pielęgniarstwa w Polsce.

Ciepła, odpowiedzialna, życzliwa, skromna i szczerza dodawała blasku zawodowi pielęgniarki, konsolidując całe środowisko pielęgniarstwa i promując współpracę interdyscyplinarną.

Będzie nam brakowało Inko Twojego uśmiechu, życzliwości i przyjaźni. Serdeczna pamięć o Tobie pozostanie w naszej pamięci do końca naszych dni.

PROF. DR HAB. IRENA WROŃSKA
DR HAB. ANNA KSYKIEWICZ-DOROTA
PROF. NADZW. UM
DR MARIA PIENIAŻEK
DR KRYSZYNA BERNAT

Pozegnanie

mgr farm. Sabiny Jakiel



**Mgr farm. Sabina Jakiel
(1922–2010)**

Urodziła się 21 stycznia 1922 r. w Wisłowcu pow. Zamość; szkołę podstawową ukończyła w Tarnogórze, do gimnazjum uczęszczała w Krasnymstawie, naukę przerwała wojna, a egzamin maturalny zdała w Krasnymstawie przed Komisją Tajnego Nauczania. W czasie wojny pracowała w Tarzymiechach i Izbicy.

W styczniu 1945 r. rozpoczęła studia na Wydziale Farmaceutycznym UMCS w Lublinie. Dyplom (nr 4) magistra farmacji uzyskała w grupie pierwszych 24 absolwentów farmacji jeszcze w UMCS, 11 lipca 1949 r. Od 22 grudnia 1947 r. (jako studentka III roku) rozpoczęła pracę na stano-

wisku asystenta w Zakładzie Chemii Nieorganicznej Wydziału Farmaceutycznego, a od 1 stycznia 1950 r. była starszym asystentem, i w zakładzie tym pracowała do 20 listopada 1961 r. Praca w Zakładzie (następnie Katedrze) Chemii Nieorganicznej dawała Jej dużo satysfakcji. Była też ceniona przez młodzież akademicką za talent nauczycielski, sprawiedliwe oceny, spokój i opanowanie.

W czasie pracy na Uczelni odbyła staż pracy aptecznej (od sierpnia 1949 r. do lipca 1951 r.), najpierw w aptece prywatnej, a po upaństwowieniu aptek – w aptece nr 7 w Lublinie. Ponadto w okresie od czerwca 1952 r. do końca października 1955 r. była zatrudniona na pół etatu na stanowisku starszego asystenta w Laboratorium Kontrolnym Cefarmu.

W dniu 1 września 1954 r. wstąpiła w związek małżeński z mgr farmacji Kazimierzem Jakielem (późniejszym dyrektorem Lubelskiego Zarządu Aptek).

Przez prawie cztery lata (od 1 marca 1962 r. do 31 stycznia 1966 r.) ponownie pracowała w aptece w Lublinie. Następnie, wskutek uznania jej zdolności organizatorskich, została przeniesiona w lutym 1966 r. na stanowisko starszego inspektora zaopatrzenia farmaceutycznego w dyrekcji L. Z. A. Do jej obowiązków należało m. in. opracowywanie biuletynów (m. in. „Nowe leki”), udzielanie kierownikom aptek informacji dotyczących zaopatrzenia farmaceutycznego, konsultacje na temat działania i dostępności leków. Uzyskane na

tym stanowisku umiejętności i doświadczenie, potwierdzone też otrzymaniem w październiku 1974 r.

II stopnia specjalizacji aptecznej, a w lutym 1975 r. I stopnia specjalizacji analityki farmaceutycznej, sprawiły, że stała się pożądanym specjalistą w zakresie kształcenia na Wydziale Farmaceutycznym przyszłych pracowników aptek. Dlatego otrzymała propozycję prowadzenia zajęć z ekonomicznych i organizacyjnych zagadnień farmacji na kierunku aptecznym w AM w Lublinie. W latach 1975–1977 pracowała na pół etatu na stanowisku wykładowcy, a następnie, w latach 1978–1982, na stanowisku starszego wykładowcy. W okresie pracy na stanowisku starszego wykładowcy prowadziła też kilka prac magisterskich. Z tych obowiązków wywiązywała się zawsze bardzo dobrze.

Ostatnim stanowiskiem jakie sprawowała w Lubelskim Zarządzie Aptek było kierownictwo Samodzielnej Komórki Badania Rynku Leków – od 1 marca 1979 r. do 31 grudnia 1982 r. Z końcem 1982 r. przeszła na emeryturę.

12 stycznia 2010 r. w Lublinie żegnali Ją jedyny syn Grzegorz, synowa Monika i liczne grono przyjaciół, współpracowników z Uczelni, Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, Cefarmu. Następnego dnia została pochowana w grobie rodzinnym na cmentarzu w Pilźnie.

Będziemy Ją zawsze serdecznie pamiętać.

LECH PRZYBOROWSKI

Międzynarodowy znak dla międzynarodowej uczelni



Uniwersytet Medyczny wprowadza nowy znak graficzny z symbolicznym ujęciem kilku nacji studentów. – *W ten sposób chcemy podkreślić naszą wielokulturowość* – mówi rzecznik uczelni. Znak zaprojektował Tadeusz Mysłowski, wybitny artysta-grafik.

Znak przedstawia trzy twarze studentów. Będzie używany w pismach i materiałach promocyjnych uniwersytetu. Taką decyzję w tym miesiącu podjął prof. Andrzej Książek, rektor Uniwersytetu Medycznego. Bez zmian pozostaje godło uczelni medycznej przedstawiające orła wpisanego w okrąg.

– Potrzebowaliśmy jednak znaku, który będzie trafiał do młodych ludzi – mówi Ewa Abramek, kanclerz Uniwersytetu Medycznego. – Czogoś „lekkiego” co zwiększy za granicą identyfikację naszej uczelni i czogoś, co jednocześnie spodoba się naszym przyszłym słuchaczom.

Lubelska uczelnia medyczna ma najwięcej studentów – obcokrajowców ze wszystkich szkół wyższych po tej stronie Wisły. To efekt realizowanej konsekwentnie od 15 lat strategii. Na ulicach Lublina przyszli lekarze głównie z USA są doskonale widoczni. Uniwersytet ma ogółem 750 słuchaczy – obcokrajowców z 49 krajów świata. Poza USA większa część pochodzi jeszcze z Kanady, krajów skandynawskich. Od niedawna w Lublinie uczy się też blisko 100 osobowa grupa studentów z Tajwa-

nu. Uniwersytet podpisał też w ubiegłym miesiącu umowę o wymianie studentów z Hamamatsu University School of Medicine – jedną wiodących japońskich uczelni medycznych. Uczelnia prowadzi również negocjacje ze szkołami wyższymi z Emiratów Arabskich. Od lat przy II Wydziale Lekarskim UM działa oddział anglojęzyczny – właśnie z myślą o studentach z zagranicy. Być może już od przyszłego roku akademickiego powstanie samodzielny – piąty wydział uczelni – pod nazwą Wydział Anglojęzyczny. Obcokrajowcy studiuje w Lublinie medycynę i stomatologię.

– Studenci z innych krajów mają realny wpływ na to jak zmienia się lubelskie środowisko akademickie. Na pewno staje się bardziej otwarte, tolerancyjne na ludzi o innym kolorze skóry. Studentki bez obaw noszą sari, czyli ubiór tradycyjny dla kultury indyjskiej, nie słyszałem w ostatnich latach o jakichkolwiek przejawach nietolerancji pod adresem naszych słuchaczy – opowiada dr Włodzimierz Matysiak, rzecznik UM.

Prof. Kazimierz Głowniak, prorektor ds. współpracy międzynarodowej doda-

je: – W ubiegłym tygodniu w naszym centrum kongresowym mieliśmy wieczór kultury indyjskiej, była pełna sala, również Polaków. Zorganizowali go sami studenci. Były przedstawienia i tańce. Liczymy, że słuchacze włączą się w tegoroczną Noc Kultury. Porozmawiam z prezydentem Lublina by ewentualnie użyczyć im jakąś salę na występ, gdzieś w centrum miasta.

Rzecznik prasowy: – I właśnie dlatego by podkreślić tę naszą wielokulturowość wprowadzamy nowy znak graficzny. Chcemy by studenci niezależnie od nacji czuli, że to ich uniwersytet.

Co ciekawe na użytek krajowy UM przygotował inny znak – przedstawiający kobietę i mężczyznę. Jak wyjaśnia Matysiak symbolizują „człowieka w ogóle”.

Oba zaprojektował Tadeusz Mysłowski, pochodzący z pod Lublina a mieszkający w Nowym Jorku, artysta – grafik, laureat licznych nagród i wyróżnień.

PAWEŁ P. RESZKA

GAZETA WYBORCZA LUBLIN, 31 MARCA 2010

Medycy pojedą na studia do Japonii

Wydziały medyczne trzech japońskich uniwersytetów są zainteresowane współpracą i wymianą studentów z UM w Lublinie.

Dr n. med. Włodzimierz Matysiak, rzecznik prasowy UM w Lublinie, mówi, że to ogromna zasługa prof. Kazimierza Głowniaka, kierownika Katedry Farmakognozji i prorektora UM ds. współpracy międzynarodowej, który utrzymuje ożywione kontakty naukowe z kilkunastoma ośrodkami naukowymi Europy, Ameryki i Azji. – Od trzech lat

w jednym z japońskich ośrodków farmakognostycznych przebywa dr Agnieszka Ludwiczuk, pracownik naszej uczelni i asystentka prof. K. Głowniaka – dodaje W. Matysiak – Samodzielnie pracuje tam nad przygotowaniem do druku podręcznika. Aktywnie uczestniczy w spotkaniach naukowych, podczas których reprezentuje lubelską uczelnię.

UM w Lublinie przyznaje, że prowadzone z Japończykami rozmowy są zaawansowane i wszystko wskazuje na to, że studenci tego kraju będą się kształcić w Lublinie. Już dziś w UM studiuje prawie 700 studentów z 49 krajów świata.

BEATA KOZIAN

KURIER LUBELSKI, 14 GRUDNIA 2009

Leczą jak w Europie

Dr Andrzej Głowniak z Katedry i Kliniki Kardiologii UM w Lublinie, jako trzeci kardiolog z Polski zdał egzamin specjalizacyjny z zakresu kardiologii interwencyjnej, który organizuje Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne.



Dr Andrzej Głowniak, kardiolog z europejską specjalizacją

Dr Andrzej Głowniak w pracowni elektroterapii lubelskiej Kliniki Kardiologii wykonuje chorym z zaburzeniami rytmu serca zabiegi ablacji likwidujące ognisko arytmii. – Uporczywie nawracające, często zagrażające życiu zaburzenia rytmu serca można sku-

tecnie wyleczyć właśnie poprzez wykonanie ablacji – mówi kardiolog.

Te zabiegi uwalniają większość chorych od konieczności przyjmowania do końca życia leków antyarytmicznych. Dzięki temu są bardziej ekonomiczne niż leczenie farmakologiczne. Zabiegi

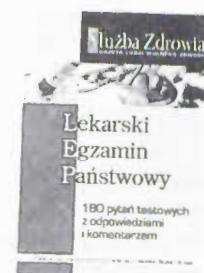
ablacji są robione w lubelskiej Klinice Kardiologii od ponad 10 lat, a ich liczba stale wzrasta. w ubiegłym roku wykonano ich 163. Jednak w porównaniu z krajami Europy Zachodniej wciąż robi się ich u nas zbyt mało.

BEATA KOZIAN

KURIER LUBELSKI, 6 LUTEGO 2010

Lekarski Egzamin Państwowy. Lubelscy medycy najlepsi

Kilka lat temu lubelscy medycy państwowy egzamin lekarski (LEP) napisali najgorzej w kraju, dziś są już najlepsi. To efekt rygorystycznych działań Uniwersytetu Medycznego.



W tym roku do Lekarskiego Egzaminu Państwowego (jest obowiązkowy, trzeba go zaliczyć by uzyskać prawo do wykonywania zawodu i rozpoczęcia specjalizacji) w Lublinie, podeszło 217 młodych medyków. Zdało 212. To najlepszy wynik kraju. Drugie miejsce zajęli młodzi ludzie ze Szczecina, w większości absolwenci Pomorskiej AM.

Co ciekawe, w 2004 r. ten sam egzamin wypadł w Lublinie najgorzej w skali całej Polski. Komentowano to jako wyraźny sygnał dla ówczesnej Akademii Medycznej, mówiący o potrzebie reformy systemu nauczania. Uczelnia – dziś Uniwersytet Medyczny – lekcję odrobiła.

Prof. Andrzej Książek, rektor UM: – Tegoroczny wynik to nasz sukces. By na niego zapracować, wprowadziliśmy szereg rozwiązań które podniosły poziom nauczania.

Rozwiązań jest kilka. W 2005 r. na uczelni powstało Biuro Oceny Jakości Kształcenia. Jednym z głównych celów jego powołania była poprawa jakości studiów. Biuro koordynuje szereg przedsięwzięć, które mają na to wpływ.

Od ubiegłego roku studenci lubelskiego Uniwersytetu Medycznego mogą wypełniać w internecie anonimowe ankiety dotyczące wykładowców. Oceniają w niej: efektywność wykorzystania czasu zajęć, sposób i umiejętność przekazywania studentom wiedzy, sprawiedliwość oceny, spełnianie oczekiwań studentów podczas zajęć, skłonność do poświęcania czasu pracy na konsultacje a nawet atmosferę podczas zajęć.

– Jej wyniki analizują później specjalne komisje na poszczególnych wydziałach. Ankieta to stosunkowo nowe narzędzie ale już wkrótce jej wyniki będą miały wyraźny wpływ na politykę awansów uczelnianych. Chcemy zachęcać naszych wykładowców do jak największego zaangażowania na rzecz studentów a samych studentów też do wzięcia części odpowiedzialności za uczelnię – mówi Włodzimierz Matysiak, rzecznik Uniwersytetu Medycznego.

„Gazeta”: – A czy wykładowcy nie protestowali przeciwko temu rozwiązaniu? Często nauczyciele akademicki z lekceważeniem odnoszą się do tego

typu ankiet argumentując, że są anonimowe i w związku z tym nie warto ich brać pod uwagę.

Rzecznik: Protestów nie było. Tego typu formy oceny są standardem na zachodzie. Włodzimierz Matysiak dodaje, że w ramach poprawy jakości kształcenia wprowadzono też niezapowiedziane hospicje zajęć. Biorą w nich udział dziekan lub prodziekan. Ale to nie wszystko. – Na spotkaniach z wykładowcami dziekan uczył ich na kilka spraw. Przed wszystkim przestrzegali przed łączeniem grup zajęciowych w większe, co obniża poziom ćwiczeń – dodaje rzecznik Matysiak. – Poza tym zwracali uwagę na to, by nie zwalniać studentów z zajęć i by konsekwentnie prowadzili je do końca czasu przewidzianego harmonogramem. Czyli na przykład nie ma mowy by kończyły się kwadrans wcześniej.

Procent medyków, którzy zdali LEP, powiększa się w Lublinie systematycznie od kilku lat. W ubiegłym roku Lublin był już czwarty.

PAWEŁ P. RESZKA

GAZETA WYBORCZA LUBLIN, 2 MARCA 2010

Inżynieria biomedyczna – nowy kierunek na lubelskich uczelniach ma być hitem

To będzie hit tegorocznej rekrutacji na lubelskich uczelniach. Po raz pierwszy dwie z nich wspólnie uruchamiają jeden kierunek: inżynierię biomedyczną. Absolwenci tych studiów za kilka lat mają być na wagę złota.

Szczegółowe informacje o inżynierii biomedycznej kandydaci na studia będą mogli poznać podczas dni otwartych drzwi Politechniki Lubelskiej. Działa też specjalna strona internetowa: www.itsi.pollub.pl/ibm. W przyszłym roku wehoda w życie nowe przepisy Unii Europejskiej dotyczące organizacji służby zdrowia.

–Na każdej zmianie przy zaawansowanym sprzęcie medycznym, w więc m. in. przy tomografie, rezonansie czy komputerowej aparaturze chirurgicznej na salach operacyjnych, będzie musiał dyżurować inżynier – tłumaczy prof. Ryszard Maciejewski, prorektor ds. nauki lubelskiego Uniwersytetu Medycznego.

Dlatego to właśnie UM razem z Politechniką Lubelską uruchamia studia z inżynierii biomedycznej – już od października tego roku. Na kandydatów czeka 60 miejsc. –Rekrutację będziemy prowadzić my – mówi Iwona Czajkowska, rzecznik PL. –Ale zajęcia będą odbywały się w obu uczelniach naraz.

Na Uniwersytecie Medycznym studenci będą uczyć się przedmiotów typowo medycznych: anatomii, fizjologii czy biochemii. Specjalnie z myślą o tym kierunku utworzono nowy przedmiot: sztuczne narządy (gdzie studenci poznają sztuczną nerkę, płuco, serce czy protezy kończyn). Z kolei na politechnice młodzież zgłębi tajniki elektroniki, programowania, informatyki, mikroprocesorów i ultradźwięków.

Nauka będzie dwustopniowa. Po trzech i pół roku absolwenci otrzymają tytuł inżyniera, honorowany w całej Unii Europejskiej. Ale naukę będzie można kontynuować na półtorarocznych studiach magisterskich. Absolwenci otrzymają dyplom ukończenia obu uczelni.

The screenshot shows the website for Biomedical Engineering at the Lublin University of Technology. The main heading is 'Inżynieria Biomedyczna'. Below it, there is a navigation bar with links like 'Home', 'O kierunku', 'Wzrostanie', 'Do pobrania', and 'Kontakt'. The main content area features a large image of a human head with a brain, and text stating: 'W roku akademickim 2010/2011 Politechnika Lubelska wzbogaca ofertę kształcenia uruchamiając wraz z Uniwersyteciem Medycznym w Lublinie nowy kierunek INŻYNIERIA BIOMEDYCZNA'. Below this, there is a section titled 'Informacje o Nowym Kierunku Inżynieria Biomedyczna' with a large heading 'INŻYNIERIA BIOMEDYCZNA'. To the right, there is a sidebar with a list of navigation links and a login section with fields for 'Nazwa użytkownika' and 'Hasło', and a 'Wbijaj Ciasto' button.

–To nie tylko ciekawy kierunek studiów – zaznacza prof. Maciejewski. –To także dziedzina wiedzy, w której w najbliższym czasie możemy się spodziewać największego postępu. Badania najważniejszych amerykańskich placówek naukowych wskazują, że w ciągu ostatnich trzech lat odnotowaliśmy dwukrotnie przyrost wiedzy z radiologii czy telemedycyny. To jest właśnie inżynieria biomedyczna.

Taki kierunek prowadzą już uczelnie w Gdańsku, Wrocławiu i Warszawie. –Uruchomiliśmy inżynierię trzy lata temu – mówi Ewa Chybińska, rzecznik Politechniki Warszawskiej. –Początkowo

byliśmy zdziwieni, bo w pierwszym roku nie cieszyła się zbyt dużym zainteresowaniem. Wynikało to pewnie z braku odpowiedniej informacji dla kandydatów.

–Teraz to jeden z bardziej obleganych kierunków – dodaje Chybińska. –To coś, co ma przyszłość. A poza tym, jest po prostu bardzo ciekawe.

–Nie możemy stać z boku i patrzeć, jak świat idzie do przodu – podkreśla prorektor Maciejewski. –Połączenie informatyki i inżynierii z medycyną to przyszłość.

MIŁOSZ BEDNARCZYK
DZIENNIK WSCHODNI, 5 LUTEGO 2010

Studia medyczne po angielsku w Lublinie

Uniwersytet Medyczny w Lublinie od ponad 10 lat kształci obcokrajowców na anglojęzycznym wydziale tej uczelni.



Gdy otwarto wydział anglojęzyczny na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (wówczas Akademia Medyczna) w 1996 r., było tam kilkoro studentów z USA. Dzisiaj uczy się ponad 600 osób: około 350 ze Stanów Zjednoczonych i Kanady oraz 300 z Tajwanu, Szwecji, Norwegii i Portugalii. 10 procent studentów ze Stanów to Polonia amerykańska, a władze uczelni cieszą się, że z każdym rokiem ich liczba się zwiększa.

STUDIOWANIE MEDYCZYNY W POLSCE jest interesującą możliwością dla młodzieży ze Stanów Zjednoczonych, gdzie ze względu na ograniczoną liczbę miejsc oraz dużą liczbę kandydatów trudno się dostać na ten rodzaj studiów. Sam zaś wyjazd do Polski na studia medyczne ma wiele zalet. Oprócz niższych kosztów niż w Stanach Zjednoczonych dla polonijnej młodzieży to okazja podszkolenia języka i zaznajomienia się z krajem pochodzenia. Lublin z kolei to piękne miasto uniwersyteckie, w którym znajduje się kilkanaście wyższych uczelni kształcących rocznie około 100 000 młodych ludzi.

PODSTAWOWY PROGRAM ANGLOJĘZCZYCH studiów na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie trwa 6 lat. Kandydaci, którzy mają skończone w Stanach studia o profilu medycznym (premedical), kwalifikują się na 4-letni program. Selekcja chętnych odbywa się m. in. na podstawie liczby kredytów, które dany kandydat zdobył z takich przedmiotów, jak biologia, chemia i fizyka oraz matematyka. Po 2-letnim pobycie w Lublinie większość studentów jedzie na rotacje kliniczne do USA. Zdobywają potem umiejętności w szpitalach, z którymi współpracuje lubelski uniwersytet, m. in. w Nowym Jorku, Chicago i Buffalo, a niedługo też w Luizjanie. „Zdecydowana większość absolwentów tego wydziału wraca do Stanów Zjednoczonych. Możliwość odbycia rotacji klinicznych w szpitalach amerykańskich i zdobycia tam rodzimej wiedzy jest atrakcją programu. Obserwuję jednak rosnące zainteresowanie odbyciem części rotacji klinicznych w Polsce. Ponieważ nie ma tak dobrych lokalizacji, jak u nas, z ginekologii czy neurochirurgii” – mówi prof. dr hab. Wojciech Załuska, który jest prodziekanem drugiego wydziału lekarskiego i odpowiada za szkolenie studentów kształcących się w języku angielskim. Pod koniec sierpnia br. odwiedził szpitale w USA, w których kontynuują naukę absolwenci jego wydziału.

Ci, którzy zdecydują się pozostać w Polsce na 4 lata, a potem podjąć tam pracę, mogą przystąpić do lekarskiego egzaminu państwowego (LEP) w języku angielskim. Po jego zdaniu otrzymują dyplom oraz prawo wykonywania zawodu, czyli licencję.

WSZYSTKIE ZAJĘCIA na tym wydziale prowadzone są w języku angielskim. „Nasi wykładowcy to Polacy, którzy mają doświadczenie w pracy w Stanach Zjednoczonych. Zarówno kliniczne, jak i akademickie” – wyjaśnia prof. Załuska, który specjalizuje się m. in. w nefrologii. W latach 90. był stypendystą w Beth Israel i do tej pory współpracuje z tą oraz innymi placówkami medycznymi i naukowymi w Nowym Jorku, jest także członkiem kilku stowarzyszeń medycznych, m. in. American Society of Nephrology i American Society for Artificial Internal Organs.

Studenci uczą się z książek amerykańskich, takich, które obowiązują w Stanach, i przygotowani są do egzaminów USMLE (United States Medical Licensing Examination), step 1 i step 2, wymaganych w Stanach do uzyskania licencji i możliwości ubiegania się o rezydenturę.

WŁADZE UCZELNI STAWIAJĄ NA POZIOM NAUCZANIA. Stąd też selekcja kandydatów podczas przyjmowania na studia oraz wysokie wymagania w czasie studiów, szczególnie na pierwszych latach. „Studiowanie medycyny to duża odpowiedzialność ze strony uczelni, ale także studentów i rodziców. Studenci zaciągają pożyczki od rządu amerykańskiego i w interesie wszystkich jest to, żeby skończyli studia, i to z dobrymi wynikami” – podkreśla dziekan, dodając, że gruntowne wykształcenie, jakie otrzymują na uczelni w Lublinie, ułatwia im później zaliczanie obowiązujących w Stanach egzaminów oraz zdobycie rezydentury. „Staramy się też umożliwić naszym podopiecznym możliwość publikacji. To ważny element CV, zwiększający szanse w ubieganiu się o pracę” – mówi prof. Wojciech Załuska.

Uniwersytet Medyczny w Lublinie posiada akredytację wielu stanów, w tym rzadką w Europie – Kalifornii. Akredytacja pozwala studentom na ubieganie się o rezydenturę w danym stanie. Niewątpliwą atrakcją programu są też visiting professors, czyli wybitni naukowcy z dziedziny medycyny, którzy przyjeżdżają z odczytami na uniwersytet lubelski. W ub. roku z wykładami gościł tam prof. James Watson, noblista, odkrywca DNA. „Naukowcy ci prowadzą wykłady, za-

jęcia dyskusyjne oraz prezentują ciekawe przypadki medyczne – tłumaczy prof. Załuska, dodając, że ta współpraca z naukowcami amerykańskimi jest coraz szersza. Zdążyliśmy też w kierunku przystosowania naszego programu jak najbardziej do standardów amerykańskich”.

Choć znajomość polskiego nie jest wymagana, uniwersytet oferuje studentom lekcje z tego języka. „Każdy ma okazję uczyć się polskiego. Zachęcamy studentów do nauki języków obcych, bo pracując w szpitalu w Stanach Zjednoczonych, szczególnie w takiej metropolii jak nowojorska, przyda się nie tylko angielski czy hiszpański, ale również polski i rosyjski” – mówi prof. Załuska, dodając, że choć fascynatów języka polskiego wśród studentów anglojęzycznego programu jest niewielu, zdarzają się wyjątki. „Jeden z moich studentów – John Alexander, obecnie pracujący w Nowym Jorku – pięknie mówi po polsku”.

STUDENCI PROGRAMU ANGLOJĘZCZNEGO mieszkają w akademikach przeznaczonych specjalnie dla nich. Obecnie mieszczą się przy ulicy Langiewicza – w przyszłości zostaną przeniesione do nowych kompleksów mieszkaniowych powstających właśnie w dzielnicy Chodźki, gdzie też znajduje się wydział medyczny. „Są to akademiki o bardzo wysokim standardzie. W Lublinie jest bezpiecznie, ale dla większej pewności budynki te są pod 24-godzinnym nadzorem” – mówi prof. Załuska.

Podania na anglojęzyczny program medyczny w Lublinie przyjmowane są przez cały rok i rozpatrywane są do lipca. Jednak prof. Załuska radzi wcześniej dobrze zapoznać się z wymaganiami uczelni, jak i programem studiów, a także poczytać o regionie i mieście. Wiele informacji można znaleźć na stronie uniwersytetu: www.unlub.pl. Uczelnia ma też swoje przedstawicielstwo na Hope Medical Institute w Wirginii (www.hopemedicaleducation.com). Ponadto na pytania kandydatów odpowiedzą biegli mówiący po angielsku pracownicy uczelnianego biura rekrutacji.

ALEKSANDRA SŁABISZ

NOWY OZIENNIK,
POLISH DAILY NEWS 19 PAŹDZIERNIKA 2009



Prof. Trojanowski: Cud? Nie obiecuję rzeczy niemożliwych

Wybitny lekarz, prof. Tomasz Trojanowski kierujący Kliniką Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie opowiada, jak rozumie określenie „cud w medycynie”.

Sławomir Skomra: Wierzy pan w cud zmartwychwstania?

Prof. Tomasz Trojanowski: -Wierzę w cud zmartwychwstania Chrystusa, bo jestem katolikiem. Natomiast nie znane mi są żadne fakty zmartwychwstania ludzi. Ponad tych, których wskrzesił – według zapisów biblijnych – Jezus.

Ale zdecydował się pan opisać własne doświadczenia w książce pt. „Cud w medycynie”.

– Przez słowo „cud” rozumiem zjawisko, które nie do końca potrafimy wyjaśnić na podstawie posiadanej wiedzy. Potocznie nazywa się je cudem. Znane mi są zjawiska, które tak właśnie można określić.

Jednym nich jest przypadek księdza, który po usunięciu guzów nowotworowych żyje już osiem lat w dobrym zdrowiu, tymczasem tacy pacjenci zazwyczaj przeżywają około roku?

– Można to zaliczyć do cudów. Spośród tysiąca pacjentów operowanych na tzw. glejaki, większość odchodzi po roku, trzy lata przeżywa jeden, może dwóch pacjentów. A jeżeli znajdzie się ktoś, kto przekracza granicę pięciu lat, to może nie jest to jedyny przypadek na świecie, ale jest tak rzadki, że można go nazwać cudem. Ksiądz należy do grupy pacjentów – może promila operowanych – którzy żyją dłużej, na dodatek jest aktywny, prowadzi normalne życie – jeździ na rowerze i prowadzi samochód. To niezwykle, bo zwykle u takich pacjentów pojawiają się zaburzenia neurologiczne, które ograniczają aktywne życie.

W książce „Cud w medycynie” wspomina pan też kobietę, u której samoczynnie zniknęły przerzuty raka.

– To było podczas mojego stażu 30 lat temu w Wielkiej Brytanii. Zniknęły jej

przerzuty raka piersi. Choroba była w końcowej fazie, kiedy nowotwór był na wszystkich możliwych narządach i kościach. Nowotwór zaczął zniknąć mimo, że pacjentka nie otrzymywała już żadnego leczenia. Tylko paliatywne – przeciwbólowe. To wywołało sensację w środowisku lekarskim. Przypadek tej pacjentki pokazywano jako ewenement. Oczywiście nauka stara się tłumaczyć takie zjawiska. Wiemy, że nasz organizm potrafi sam rozpoznać komórki nowotworowe i stara się je zniszczyć. To naturalne siły odpornościowe człowieka. Jednak u chorych z nowotworem te siły są niewystarczające, bo komórki nowotworowe mnożą i dzielą się szybciej niż organizm jest w stanie je zwalczyć.

Zjawisko cofnięcia się choroby występuje bardzo rzadko i nie jest dobrze zbadane. Właściwie nie wiadomo, dlaczego nagle u tej pacjentki tak było.

Znowu cud – zjawisko, którego nie możemy wyjaśnić.

To był jedyny taki przypadek w pana karierze?

– Widziałem pacjentów, u których choroba się zatrzymała. Pamiętam młode małżeństwo – jedną z moich pierwszych poważniejszych operacji. Zaraz po ślubie u młodego mężczyzny wykryto czerniaka – nowotwór bardzo złośliwy. Był przerzut do mózgu. Usunęliśmy ten przerzut, ale czerniak to choroba, która cały czas jest zagrożeniem. Ale u tego mężczyzny zatrzymała się, może siły odpornościowe organizmu poradziły sobie z nowotworem? Małżeństwo ma już dzieci.

W książce opisuje pan też przypadek młodego chłopaka, który po operacji przeprowadzonej dosłownie w ostatnim momencie, wrócił po miesiącu do normalnego życia.

– Miał nowotwór rdzenia kręgowego. To o tyle poważne, że rdzeń jest bardzo wrażliwy na niedokrwienia i możliwość przywrócenie ukrwienia zdarzają się bardzo rzadko. Przy tym regeneracja w układzie nerwowym nie następuje. Stąd pacjenci ze złamanym kręgosłupem stają się kalekami.

Przy niewielkim niedokrwieniu komórki nie dostają odpowiedniej ilości tlenu i glukozy. Komórka żyje, ale nie jest w stanie działać. Jak fabryka, która nie ma z czego produkować.

Akurat w tym przypadku cud polegał na tym, że guz uciskał rdzeń, ale nie zniszczył jego struktury. Komórki przeżyły. Udało się tak delikatnie ten guz usunąć, że nie doszło do dodatkowych uszkodzeń. Na pewno nie jest to cud taki, że odrósł komuś rdzeń kręgowy, bo to niemożliwe.

Powiedział pan kiedyś pacjentowi, że zostało mu tylko liczyć na cud?

– Zawsze próbuję nawiązać z pacjentem porozumienie, uświadomić z jakiego typu problemem medycznym mamy do czynienia. Przedstawić mu możliwość walki. Jeśli nie po to, żeby problem pokonać, to po to, żeby złagodzić ból.

Nigdy nie obiecuję rzeczy niemożliwych. Nie mogę nikomu powiedzieć, że usunę chorobę i będzie zdrowy. Zwykle pacjent włącza się w tę walkę. Przez tyle lat nie zdarzyło mi się, żeby pacjent zapytał „ile życia mi zostało?”. Mógłbym wtedy powiedzieć, że według statystyki pacjent przeżyje sześć miesięcy, a później możemy czekać na cud. Ale takich rzeczy nie mówię.

Jeśli jednak pacjent zapytałby mnie o tę sprawę, to nie odwoływałabym się do cudu. Wskazałbym pacjentowi sposoby postępowania, które dają szansę. Według mnie czekanie na cud może wytworzyć u pacjenta bierną postawę. Cud to coś, co przychodzi z zewnątrz,

Cud w medycynie



Dla mnie – jako lekarza – zmartwychwstanie to śmierć i powrót do życia. Zarówno ksiądz jak i pacjentka z przerzutami żyli. Ich życie było zagrożone, ale żyli.

bez naszej aktywności. Człowiek może co najwyżej oddać się modlitwie. Ale to nie jest dobra postawa dla człowieka, który musi walczyć z chorobą.

Ma pan pacjentów, którzy zrezygnowali z leczenia medycznego i postawili na cud? Oddali się w ręce znachorów czy energoterapeutów?

– To rzadkie przypadki, ale oczywiście się zdarzają. To postawa znamienna dla osób, które straciły nadzieję. A moim zdaniem zawsze jest nadzieja. Jak ludzie tracą nadzieję, to odwołują się do dziwnych zachowań – magicznych i czarodziejskich.

Czy patrząc na te wszystkie przypadki i traktując cud zmartwychwstania jako otrzymanie przez kogoś nowego życia, nadal pan w to nie wierzy?

– Wierzę w zmartwychwstanie Chrystusa. Co do tego nie mam wątpliwości. Nie znane mi są fakty zmartwychwstania człowieka. Dla mnie – jako lekarza – zmartwychwstanie to śmierć i powrót do życia. Zarówno ksiądz jak i pacjentka z przerzutami żyli. Ich życie było zagrożone, ale żyli.

W kategoriach filozoficznych można uznać, że są to osoby zmartwychwstałe. Jak gdyby otrzymały one „pieczęć” osoby, która nie powinna żyć. Ale wolę powiedzieć, że w ich przypadki to cudowne przywrócenia do zdrowia.

PROF. TOMASZ TROJANOWSKI kieruje Kliniką Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Jest członkiem m. in. PAN, Polskiej Akademii Umiejętności czy Akademii Euroazjatyckiej, która skupia najlepszych neurochirurgów z Europy i Azji.

Swoje doświadczenia spisał w wydanej właśnie przez Wydawnictwo Literackie książce „Cud w medycynie”. Oprócz niego o swojej pracy opowiedzieli m. in.: prof. Zbigniew Religa, prof. Andrzej Bochenek i dr Marek Edelman.

SŁAWOMIR SKOMRA

GAZETA WYBORCZA LUBLIN, 2 KWIEŃNIA 2010

Godzina dla życia. Szansa dla sercowców

Prof. Andrzej Wysokiński mówi, że udrożnienie naczyń w zawale to odwrócenie losu chorego.

Województwie lubelskim rośnie liczba osób, u których dochodzi do zawału serca. Życie zawałowców zależy od tego, jak szybko zostanie udzielona im pomoc. Na szczęście, w walce z czasem nasi kardiologowie coraz częściej są górami.

W ubiegłym roku do Kliniki Kardiologii szpitala klinicznego nr 4 przy ul. Jaczewskiego w Lublinie trafiło ponad tysiąc chorych z zawałem mięśnia sercowego. Życia nie udało się uratować 49 osobom.

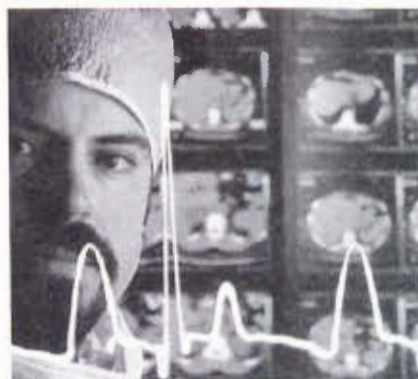
– Głównie dlatego, że za późno do nas trafili – stwierdza prof. Andrzej Wysokiński, kierownik Kliniki Kardiologii SPSK – 4 w Lublinie.

Dzięki ogromnemu postępowi, jaki dokonał się w kardiologii w ostatnich czasach, ostre zespoły wieńcowe (zawały), które przed laty często kończyły się

śmiercią chorego, dziś z powodzeniem się leczy.

– Pod warunkiem jednak, że chorzy trafią do nas jak najszybciej od momentu wystąpienia objawów zawału – zaznacza prof. Wysokiński. – W kardiologii mówimy o złotej godzinie, w której rozstrzyga się los chorego: to, czy będzie miał on rozległy zawał czy też Pan Bóg będzie łaskawy i naszymi rękami pozwoli udrożnić mu naczynia wieńcowe, a dzięki temu chory przeżyje.

Serce człowieka pracuje prawidłowo, gdy otrzymuje odpowiednią ilość tlenu i produktów odżywczych za pomocą naczyń wieńcowych. Jeśli natomiast na skutek zwężenia lub też zupełnego zamknięcia naczyń wieńcowych przerwany zostanie dopływ tlenu, dochodzi do obumarcia tkanki mięśnia sercowego, czyli zawału.



– Jak najszybsze udrożnienie tętnicy jest w stanie odwrócić te zmiany, nie dopuścić do obumarcia tkanek mięśnia sercowego – dodaje profesor Wysokiński.

Objawy zawału

Najczęściej zawał serca objawia się ostrym, piekącym i rozpierającym bólem w klatce piersiowej, który promieniuje do szyi, ramion, pomiędzy łopatkami. Zwykle pojawiają się także: duszność, nudności, zimny pot, strach przed śmiercią. Jak najszybsze wezwanie pogotowia może uratować życie.

BEATA KOZIAN

KURIER LUBELSKI, 14 LUTEGO 2010

W świątyni przy Staszica pomodlisz się po angielsku i hiszpańsku

Osoby posługujące się językiem hiszpańskim i angielskim, które przebywają w Lublinie mogą swobodnie brać udział w niedzielnych nabożeństwach.



Kościół rektoralny pw. Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Maryi Panny przy ul. Staszica zaprasza na msze w tych językach. Pierwsze nabożeństwa dla cudzoziemców odbyły się w niedzielę 25 października. Kolejne będą odprawiane co tydzień. Skorzystają z nich głównie zagraniczni studenci, którzy uczą się w naszym mieście. A tych jest sporo. Na KUL – u studiuje ich około 130, na UMCS około setki. – Wszystkich zagranicznych studentów jest około 180, ale są to także osoby ze Wschodu, które uczą się polskiego.

Największą liczbą zagranicznych studentów może poszczycić się Uniwersytet Medyczny. – Studiuje u nas ludzie z 49 krajów świata – informuje dr Włodzimierz Matysiak, rzecznik UM. – Mamy 630 studentów anglojęzycznych, którzy studiuje medycynę i stomatologię. Oczywiście nie wszyscy są wyznania rzymsko-katolickiego, ale myślę, że zainteresowanie mszami w językach obcych będzie spore.

Jak informuje ks. dr Stanisław Sieczka, koordynator duszpasterstw obcoję-

zycznych po angielsku pomodlimy się o godzinie 16.30, hiszpańsku – o 17.15 w kościele pw. Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Maryi Panny przy ul. Staszica. Przed mszą będzie też możliwość spowiedzi.

Msze po hiszpańsku to w Lublinie nie nowość. Kiedyś odprawiane były w kościele św. Michała Archaniola.

KSZ

MOJE MIASTO LUBLIN, 4 LISTOPADA 2009

Lubelscy naukowcy mają patent na kości



Naukowcy z UM w Lublinie stworzyli biomateriał do wypełniania ubytków kostnych. Jego właściwości są zbliżone do naturalnych kości człowieka.

Odkrycie może być przełomem w stomatologii implantacyjnej i ortopedii. Właściciel wynalazku, lubelska uczelnia medyczna, ubiega się o objęcie go międzynarodową ochroną patentową. Badania nad wytworzeniem materiału od lat prowadzi zespół pod kierunkiem prof. Grażyny Ginalskiej, kierownika Katedry Biochemii i Biotechnologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. – Poszukiwania substancji czy też materiału, który byłby w stanie skutecznie wypełniać ubytki kostne, trwają na całym świecie od lat. Wszystko dlatego, że istnieje ogromne zapotrzebowanie na „coś”, co pozwoli zastąpić w leczeniu ubytków kości, tzw. wszczepy kostne pozyskiwane od samego chorego, innych ludzi czy też materiały kościostające. Potrzebuje ich zwłaszcza stomatologia implantacyjna i ortopedia – opisuje problem profesor Grażyna Ginalska.

Kilka lat temu substancję stymulującą komórki pacjenta do samodzielnej odbudowy ubytku kostnego opracowali i opatentowali Amerykanie. – Ich wyna-

lazeł, choć ma podobne zastosowanie, różni się od naszego. Stworzony przez nas kompozyt ma szersze możliwości zastosowania. Jest elastyczny i łatwo daje się dopasować do kształtu i wymiaru ubytku czy to w kościach szczęk czy też innych. Jego właściwości mechaniczne są zbliżone do wykazywanych przez kość gąbczastą, a wytrzymałość na ściskanie jest zgodna z wartością tego parametru w chrząstce ludzkiej – zaznacza prof. Ginalska.

Nie zdradzając szczegółów, które objęte są tajemnicą, lubelscy uczeni ujawniają jedynie, że ich kompozyt powstał na bazie hydroksyapatytu i fazy organicznej. Może być nasączony substancjami aktywnymi biologicznie np. lekami przeciwbakteryjnymi czy białkowymi czynnikami wzrostu.

Stworzony w Lublinie materiał został już poddany próbom klinicznym. – To efekt współpracy z dr Izabelą Polkowską z Kliniki Chirurgii Zwierząt Wydziału Medycyny Weterynaryjnej Uniwersytetu Przyrodniczego w Lubli-

nie i dr hab. Anną Szyszkowską z Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – dodaje prof. Ginalska.

Dr Izabela Polkowska z UP wynaleziony kompozyt nasączony lekiem przeciwbakteryjnym wykorzystala do leczenia przetok ustno-nosowych u psów. Okazał się bardzo skutecznym materiałem. Po 4 miesiącach widoczny był efekt regeneracji tkanki kostnej u psów.

– Zależy nam na jak najszybszym wdrożeniu naszego wynalazku do produkcji. Uczelnia prowadzi zaawansowane rozmowy w tej sprawie i może wkrótce nastąpi ich finał – dodaje prof. Ginalska.

Wytworzenie kompozytu do wypełniania ubytków w kości jest efektem badań, na które pieniądze lubelskim naukowcom dała Unia Europejska z Projektu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka.

BEATA KOZIAN

KURIER LUBELSKI, 15 MARCA 2010

Lubelscy naukowcy w TVP

Por artykule Kuriera Lubelskiego, w którym opisaliśmy przełomowy wynalazek naukowców z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zespół prof. Grażyny Ginalskiej stał się sławny na cały kraj. Dzisiaj gościł w „Kawie czy herbacie”, popularnym porannym programie TVP.

Prof. Grażyna Ginalska, kierownik Katedry Biochemii i Biotechnologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wspólnie z współpracownikami opowiadała, jak został stworzony rewolucyjny biomateriał do wypełniania ubytków kostnych. Kompozyt ma właściwości zbliżone do naturalnych kości człowieka, jest elastyczny i łatwo daje się dopasować do kształtu i wymiaru uby-

tku w kościach, jest również wytrzymała. Odkrycie ma szansę dokonać przełomu w stomatologii implantacyjnej i ortopedii. Wynalazek został już objęty ochroną patentową w Polsce i jest w trakcie procedury otrzymania prawnej ochrony międzynarodowej.

– Poszukiwania substancji czy też materiału, które byłyby w stanie skutecznie wypełniać ubytki kostne trwają na całym świecie od lat. Wszystko dlatego, że istnieje ogromne zapotrzebowanie na „coś”, co pozwoli zastąpić w leczeniu ubytków kości wszczepy kostne pozyskiwane od samego chorego, innych ludzi czy też materiały kościostające. Potrzebuje ich, zwłaszcza stomatologia implantacyjna i orto-

pedia – wyjaśniała profesor Grażyna Ginalska.

Stworzony w Lublinie materiał został poddany próbom klinicznym na zwierzętach. Dr Izabela Polkowska z Kliniki Chirurgii Zwierząt Wydziału Medycyny Weterynaryjnej Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie leczyła nim przetoki ustno-nosowe u psów. Materiał okazał się bardzo skuteczny. Po 4 miesiącach widoczny był efekt regeneracji w tkance kostnej u psów. Lubelskim naukowcom zależy na jak najszybszym wdrożeniu wynalazku do produkcji. Uczelnia prowadzi zaawansowane rozmowy w tej sprawie.

BK

KURIER LUBELSKI, 19 MARCA 2010

Co z uczelniami? Są strategie...

Rozważne i romantyczne

Dyskusja nad przyszłością szkolnictwa wyższego weszła w decydującą fazę. Rektorzy uczelni stawiają na tradycję, eksperci ministerstwa na przyszłość. A terażniejszość skrzeczy.

Obie ogłoszone właśnie strategie rozwoju szkolnictwa wyższego wydają się na pierwszy rzut oka rozważne i obie są romantyczne, chociaż każda z innego powodu. Romantyzm strategii przygotowanej na zlecenie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego przez firmę konsultin-

gową Ernst and Young oraz Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową (wybrane w drodze konkursu) polega na jej rewolucyjności. Autorzy sypią pomysłami, które wywracają obecny porządek akademicki do góry nogami, nie bacząc na naszą ponad 600-letnią tradycję uniwersytecką. Właśnie do

tej tradycji odwołuje się romantyzm strategii przygotowanej przez Konferencję Rektorów Akademickich Szkół Polskich. Rektorzy wzięli się do tej roboty z własnej inicjatywy, pro publico bono, jak z dumą deklarują.

Pierwsi dobili do mety rektorzy. Już w grudniu 2009 r. zaprezentowali swoją wizję i zaprosili publiczność do dyskusji, to znaczy podali adres e-mailowy, na który można przysyłać uwagi, więc tych uwag nikt oprócz nich nie może przeczytać. Przygotowanie strategii ministerialnej potrwało kilka tygodni dłużej; dyskusja nad tym projektem toczy się na otwartym forum internetowym (www.uczelnie2020.pl).

Obie strategie opisują zmiany, jakie powinny nastąpić do 2020 r. Poza tym różnią się niemal wszystkim. Są produktami dwóch różnych światów.

Dla ułatwienia lektury strategię, przygotowaną przez zewnętrznych ekspertów na zamówienie ministerstwa, oznaczamy skrótem **EKS**, zaś propozycje rektorskie – skrótem **RE**.

Kolegia akademickie i uczelnie badawcze

Strategia EKS dąży do zminimalizowania różnic między pozycją szkół publicznych i niepublicznych, do zrównoważenia ich szans na rozwój. Każda z istniejących szkół zostanie zakwalifikowana do jednej z czterech kategorii: kolegium akademickie, uczelnia zawodowa, uczelnia akademicka, uczelnia badawcza.



Strynne Collegium Novum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Kolegium akademickie to całkowicie nowum w Polsce: kształciłoby na poziomie licencjatu, oferowało różnorodne zajęcia, pozwalało zagubionym początkującym studentom płynnie zmieniać dyscypliny, zanim podejmą ostateczną decyzję, z czego chcą robić dyplom. Nastawione byłoby przede wszystkim na wpojenie umiejętności analitycznego myślenia oraz prezentowania swojego stanowiska w mowie i w piśmie.

Program nauczania brałby pod uwagę zaangażowanie szkoły w życie lokalnej społeczności, udział w wydarzeniach kulturalnych lub ich inicjowanie, współpracę z miejscowymi pracodawcami i samorządem. Dzięki temu zostałyby uwzględnione potrzeby miejscowego rynku pracy i kolegia nie produkowałyby bezmyślnie bezrobotnych absolwentów, co przyczyniłoby się do podniesienia prestiżu tych szkół.

Do tej kategorii trafiłoby zapewne wiele dzisiejszych niewielkich uczelni niepublicznych z mniejszych miast. Będą dostarczały kompetentnych pracowników, ale też pozwolą wyłowić najzdolniejszych, którzy zdecydują się na dalszą naukę w uczelniach zawodowych lub akademickich.

Z kolei uczelnie badawcze nastawione byłyby przede wszystkim na rozwijanie nauki. Studiować będą na nich najzdolniejsi magistranci i doktoranci. To oni mają wprowadzić polską naukę w obieg międzynarodowy i doprowadzić do tego, by nasze uczelnie zaczęły się liczyć w światowych rankingach.

RE: Nie przewiduje tworzenia kolegiów. Proponuje natomiast wydzielenie z istniejących uniwersytetów najlepszych wydziałów lub kierunków i stworzenie na tej bazie uczelni flagowych i badawczych. Nie jest to pomysł nowy, został przedstawiony zeszłej wiosny przez minister Barbarę Kudrycką.

Konkursy na programy

EKS: Zniknie wewnętrzny podział uczelni na wydziały i kierunki, co byłoby niewyobrażalnym przewrotem, bo tak zwane jednostki podstawowe stanowią dziś tradycyjną i niepodważalną strukturę organizacyjną uczelni. Podziały te straciłyby jednak sens wobec nowego sposobu finansowania

szkół wyższych, opartego niemal wyłącznie na konkursach i kontraktach.

Dziś uczelnie publiczne otrzymują dotacje bez związku z jakością kształcenia czy badań. Głównym kryterium finansowania jest to, ile uczelnia dostała w poprzednim roku. W przyszłości główna dotacja, zwana dydaktyczną, byłaby przydzielana w drodze konkursu na programy dyplomowe. Ministerstwo lub jego wyspecjalizowana agenda opracują w bardzo ogólnym zarysie dziedziny kształcenia, a uczelnie przygotowują programy nauczania, starając się wpasować w te ogólne ramy. Dobiórą wykładowców, obliczą, ilu studentów są w stanie wykształcić i ile to będzie kosztowało.

Programy mogą iść w poprzek tradycji, na przykład łączyć zajęcia z psychologii z wykładem z matematyki i elementami biologii, byleby miało to sens. Mogą też być przygotowywane na zamówienie ministerstwa, które uzna, że państwo potrzebuje tylu a tylu fachowców, którzy znają się jednocześnie na informatyce i na zarządzaniu.

Państwowa Komisja Akredytacyjna (lub inne ciało wyłonione przez ministerstwo) rozstrzygnie, która uczelnia na jaki program dostanie ile pieniędzy. I państwo podpisze z uczelniami kontrakty na wykształcenie konkretnej liczby studentów w danym programie.

Uczelnie zyskają w ten sposób dużą samodzielność w formułowaniu programów nauczania, ale przynajmniej na początku będzie to od nich wymagało sporego wysiłku intelektualnego i ożywienia kontaktów między jednostkami podstawowymi. Na razie tylko w nielicznych i najlepszych uczelniach działają studia międzywydziałowe. Chociaż ich organizowanie jest możliwe od prawie 20 lat, wciąż traktuje się je jako eksperyment. Studenci, którym tradycyjna ścieżka nie wystarcza, skazani są na studiowanie drugiego albo i trzeciego kierunku.

RE: Podział uczelni na jednostki podstawowe pozostaje nienaruszony, a studiowanie drugiego i kolejnych kierunków ma być płatne.

Dotacje dla niepublicznych

EKS: W podobny sposób – na zasadzie konkursów – mają być przyzna-

wane pieniądze na badania naukowe. W ocenie programów zarówno dydaktycznych, jak i badawczych nie będą brane pod uwagę stopnie i tytuły pracowników, a jedynie ich dorobek naukowy i osiągnięcia.

W konkursach będą brały udział uczelnie publiczne i niepubliczne. Z czego wynika, że niepubliczne będą również otrzymywać dotacje z budżetu. Uczelnie publiczne będą dostawały jednak dodatkowo niewielką dotację stabilizacyjną na podtrzymanie infrastruktury materialnej i dydaktycznej.

RE: Owszem, jakaś część pieniędzy budżetowych będzie rozdzielana w wyniku konkursów, w których będą mogły brać udział również uczelnie niepubliczne, ale nie dotyczy to zasadniczej dotacji.

Upadłość

EKS: Uczelnie publiczne i niepubliczne będą miały zdolność upadłościową, co pozwoli na likwidację i konsolidację uczelni.

RE: Szkoły publiczne są wyłączone spod tego prawa – tak jak dzisiaj, a obowiązkiem ministra jest zapewnienie „bezpieczeństwa edukacyjnego państwa”, czyli podtrzymywanie każdej, nawet najbardziej nieefektywnej publicznej szkoły wyższej przy życiu.

Chów wsobny

To jedna z poważnych chorób uczelni. Szkoła kształci doktorów, którzy pracują w niej do emerytury. Przez całe zawodowe, twórcze życie naukowiec czy dydaktyk porusza się w zamkniętym kręgu tych samych ludzi, zagadnień, tematów. Uczelnie nie tylko w dużym stopniu izolują się w ten sposób od zagranicy, ale nawet w kraju nie następuje wymiana myśli, często na różnych uczelniach powiela się te same badania.

EKS: Lekarstwem ma być zakaz zatrudniania świeżo wypromowanych doktorów w ich macierzystej uczelni. Muszą oni poszukać obcej uczelni, która zechce ich przyjąć na co najmniej dwa lata. Co nie powinno być trudne, bo szkoły dostaną dotacje na przygotowanie stanowisk podoktorskich. Trzyletni praktyczny staż podoktorski będzie też można odbyć w przedsiębior-

stwach, instytucjach publicznych lub organizacjach pozarządowych. Będą też specjalne stypendia na odbywanie takich stażów za granicą.

RE: Rektorzy postulują wspieranie mobilności kadr; ale nie nakładają obowiązku odbywania stażu podoktorskiego poza uczelnią, która nadała doktorowi tytuł. Staż jest jedynie warunkiem koniecznym do objęcia stanowiska adiunkta.

Choroba wieloletowa

Obie strategie przyznają, że wieloletowość pracowników naukowych nie jest zdrowym zjawiskiem.

EKS: Zakłada wprowadzenie zakazu pracy na więcej niż pół etatu poza rodzimą uczelnią. Ale także przyjmowanie nowych pracowników w drodze konkursów i rezygnację z obowiązkowego pensum na rzecz elastycznego regulowania czasu pracy i zarobków.

RE: Nie proponuje nic.

Strategia EKS uważa za konieczne, a RE dopuszcza przyjmowanie na stanowiska dydaktyczne praktyków – ludzi bez dorobku naukowego, za to z doświadczeniem zawodowym. Jeśli znikną wymogi formalne w rodzaju stopni i tytułów naukowych uprawniających dziś do nauczania, a będzie się liczyła jedynie rzetelna wiedza i umiejętności – oceniane w konkursach – jest nadzieja, że problem sam się rozwiąże.

Stypendia

I RE, i EKS przyznają, że stypendia za wyniki w nauce są niesprawiedliwe. Nie służą wyrównywaniu szans, bo często trafiają do najbogatszych studentów, którym i tak od początku było łatwiej.

EKS proponują mały zamach stanu – pulę pieniędzy przeznaczonych na te stypendia przekształcić w pulę na stypendia socjalne i przekazać gminom. To samorządy lokalne, które ponoć lepiej znają potrzeby młodych ludzi, miałyby przyznawać te pieniądze. Pomysł wydaje się dość ryzykowny, zważywszy na różną jakość lokalnych urzędników.

RE: Zamiast stypendiów za wyniki w nauce rektorzy będą przyznawać stypendia za osiągnięcia na uczelni, biorąc pod uwagę oprócz stopni w in-

deksie jeszcze inne, choć nie podają jakie, kryteria.

Zarządzanie uczelnią i inne drobiazgi

Obie strategie uwzględniają powołanie rad powierniczych dla szkół publicznych. Według EKS taka rada jest warunkiem koniecznym przejrzystego i profesjonalnego zarządzania uczelnią; będzie obowiązkowa, powoływana przez ministra, a do jej zadań ma należeć między innymi nadanie uczelni statutu i nadzór nad finansami.

Zdaniem RE radę powierniczą można powołać, ale nie ma musu; zdecyduje o tym senat.

EKS: Władze wykonawczą na uczelni będzie sprawowało kolegium złożone z rektora, kanclerza i kwestora, zmaleje znaczenie senatu.

RE: Senat zachowa tradycyjną pozycję organu nadzorującego pracę uczelni.

EKS: Nie znaleziono powodów utrzymania Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego.

RE: Nie tylko trzeba ją zachować, ale też poszerzyć jej kompetencje.

EKS: Habilitacja nie jest do niczego potrzebna, ale jeśli jakaś uczelnia się przy niej upiera, to może utrzymać ten zwyczaj.

RE: Zrezygnowanie z procedury habilitacyjnej nie jest możliwe.

Ponadto rektorzy przewidują utworzenie w budżecie ministerstwa specjalnego funduszu na stypendia dla odchodzących na emeryturę profesorów. W tej sprawie eksperci nie zabierają głosu.

„Strategia musi być śmiała, ale realistyczna” – piszą rektorzy w swoim opracowaniu i brzmiałoby to nieźle, gdyby nie było ironią. Dodają, że chodzi o „harmonizację tradycji akademickich z wymogami coraz bardziej międzynarodowego rynku i nasilającej się konkurencji w szkolnictwie wyższym oraz narastającej presji proinnowacyjnej”.

Strategia rektorów napisana językiem hermetycznym, miejscami na-

wet niegramatycznym, sprawia wrażenie, jakby pochodziła z innej epoki. Zawiera, jak zapewniają autorzy, 181 propozycji zmian, z których wiele to postulaty wskazujące, jak nie powinno być, ale nie – jak to zmienić. Rektorzy tylko do pewnego stopnia przyjmują do wiadomości powszechną krytykę szkolnictwa wyższego. Według ich diagnozy, stan obecny można ocenić na trzy z plusem. Wystarczy, że ministerstwo wrzuci do systemu więcej pieniędzy. A resztę załatwi „promocja wśród studentów i doktorantów kodeksów etyki zawodowej oraz czuwanie nad przestrzeganiem kodeksów dobrych praktyk akademickich”. Więcej pieniędzy na naukę budżet państwa nie wysupeł, a normy etyczne są spisane od lat, ale, jak widać, nie mają żadnej mocy sprawczej.

Jedyna nowatorska propozycja rektorów to wprowadzenie powszechnej częściowej odpłatności za studia. Zasadniczo autorzy opracowania są zdania, że „po rozwiązaniu ustawowe należy sięgać w ostateczności”, ale w tym akurat punkcie uważają, że trzeba zmienić konstytucję.

Ludzie spoza środowiska akademickiego zaproponowali wizję śmiałą, przekazali ją w sposób przejrzysty i zrozumiały nawet dla laika. Według nich uczelnie wyższe nie są samotnymi wyspami, przeciwnie, celem ich istnienia jest dzielenie się wiedzą z resztą społeczeństwa, kształcenie kadr dla gospodarki, utrzymywanie praktycznych kontaktów ze społecznościami lokalnymi, z innymi uczelniami i naukowcami w kraju i za granicą. Ich zdaniem konkurencja jest dobra, bo pobudza innowacyjność.

Proponowaną przez nich rewolucję mieliby jednak przeprowadzać ludzie, którzy konkurencyjność i „presję proinnowacyjną” sami odbierają jako zagrożenie. Dlatego obie strategie wydają się bardziej romantyczne niż rozsądne.

MAGDA PAPUZIŃSKA,
POLITYKA, 17 LUTEGO 2010

Jaka uczelnia kształci bezrobotnych

Uniwersytet Przyrodniczy w czołówce uczelni produkującej bezrobotnych absolwentów w naszym województwie, z kolei problemów z pracą nie mają młodzi ludzie po Uniwersytecie Medycznym.

Wojewódzki Urząd Pracy opublikował właśnie „Ranking szkół wyższych według poziomu bezrobocia absolwentów (rok akademicki 2007/2008).” Powstał on w oparciu o dane z powiatowych urzędów pracy. W zestawieniu urzędnicy uwzględnili 19. szkół wyższych z Lubelszczyzny. W czołówce uczelni, których największy procent absolwentów (z dyplomem z ubiegłego roku akademickiego) jest bez pracy, są trzy szkoły wyższe spoza Lublina – to Puławska Szkoła Wyższa, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu oraz Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Chełmie. Na czwartym miejscu znalazł się Uniwersytet Przyrodniczy z Lublina, 12 proc. jego absolwentów którzy ukończyli studia wraz z ostatnim rokiem akademickim nie ma pracy.

Rektor tej uczelni prof. Marian Wołowski fakt ten komentuje krótko: – W ogóle nie wierzę w takie zestawienia. Absolutnie. Jego zdaniem absolwenci UP radzą sobie na rynku pracy dobrze. – Nie mają żadnych problemów ze znalezieniem pracy – podkreśla rektor. – Zakładają własne firmy, są przedsiębiorcy. A w przypadku weterynarii gdybyśmy na przykład chcieli kształcić pięć razy więcej studentów niż obecnie, to też znaleźliby pracę.

Dobrze radzą sobie młodzi ludzie po UMCS (5,3 proc. ubiegłorocznych absolwentów bez pracy) i KUL (5,3 proc.). W rankingu obie uczelnie, które kształcą ogółem 55 proc. wszystkich studentów na Lubelszczyźnie zajmują dolne pozycje. Jednak najlepiej jest w przypadku Uniwersytetu Medycznego, który z wynikiem 1 proc. jest na ostatnim miejscu. – Już od kilku lat jesteśmy liderem w tej klasyfikacji – podkreśla Włodzimierz Małysiak, rzecznik prasowy UM. – Kształcimy specjalistów, na których wciąż jest zapotrzebowanie – lekarzy, lekarzy stomatolo-

NAJLEPIJ jest w przypadku Uniwersytetu Medycznego, który z wynikiem 1% jest na ostatnim miejscu. Jest liderem w tej klasyfikacji. Kształci specjalistów, na których wciąż jest zapotrzebowanie – lekarzy, lekarzy stomatologów, farmaceutów, pielęgniarki.

Wpływ na to ma fakt, że nasze społeczeństwo się starzeje, kadra medyczna również. Rośnie zapotrzebowanie na wykwalifikowaną opiekę medyczną.

Absolwenci UM znajdują też pracę w krajach europejskich.

gów, farmaceutów, pielęgniarki. Wpływ na to ma fakt, że nasze społeczeństwo się starzeje, kadra medyczna również. Rośnie zapotrzebowanie na wykwalifikowaną opiekę medyczną. Nasi absolwenci znajdują też pracę w krajach europejskich.

Interesująco wygląda zestawienie kierunków pod względem liczby bezrobotnych. Według danych z tego roku wśród nich największą grupę stanowią absolwenci pedagogiki. Potem są młodzi ludzie z dyplomem po administracji a następnie ekonomiści.

Pedagogika utrzymuje się na pierwszym miejscu tego zestawienia już od pięciu lat.

– To popularny kierunek, rynek nie jest w stanie zagospodarować takiej liczby absolwentów – tłumaczy Janusz Kirenko, dyrektor Instytutu Pedagogiki UMCS. – Wciąż jest zapotrzebowanie na wyższe studia, zwłaszcza magisterskie. A w przypadku pedagogiki ezesne jest stosunkowo niewysokie. Zatem wiele osób ze względów praktycznych idzie na te studia, by zdobyć tzw. „papier”. Choć chciałbym podkreślić, że nie dotyczy to oczywiście wszystkich naszych studentów, bo jest wśród nich wiele osób, dla których pedagogika jest świadomym wyborem zawodowym.

Wojewódzki Urząd Pracy zauważa, że w stosunku do danych z ubiegłego roku (na dzień 31 maja) liczba wszystkich bezrobotnych wzrosła o 2,9 proc. Te dane nie szokują, ale w przypadku osób z wykształceniem wyższym wzrost w stosunku do sytuacji sprzed roku wynosi aż 20,3 proc.! Przyczyną, jak podkreślają urzędnicy, jest kryzys gospodarczy.

PAWEŁ P. RESZKA

GAZETA WYBORCZA LUBLIN, 18 GRUDNIA 2009

Studia za granicą

– szkoła czy szkoła życia



Stypendia zagraniczne cieszą się coraz większym zainteresowaniem. Od 1998 roku, czyli początków Erazmusa w Polsce, na zagraniczne uczelnie wyjechało już ponad 66 tysięcy polskich studentów, a chętnych przybywa. Skąd tak duże powodzenie tego typu wyjazdów? Czym kierują się studenci podejmując decyzję o spędzeniu co najmniej jednego semestru z dala od macierzystej uczelni?

Odpowiedzi, które się nasuwają, to chęć poznania świata i odmiennej kultury, zdobycie wyższych kompetencji językowych, zabawa, odpoczynek. Co ciekawe, sprawy czysto dydaktyczne, które powinny najbardziej interesować studentów, przychodzą do głowy na końcu. Czy słusznie?

Często bodźcem do wyjazdu na stypendium jest potrzeba zmiany miejsca zamieszkania i otoczenia. –Kiedy się wyjeżdża, to łapie się dystans do pewnych spraw i można zacząć doceniać to, co się zostawiło – mówi Karolina, studentka grafiki na warszawskiej ASP. Semestr spędziła w Grenadzie na tamtejszym wydziale sztuk pięknych.

Dla wielu erasmusowiczów pół roku to zdecydowanie za krótko na prawdziwe poznanie nowego miejsca i roz-

poczęcie gruntownej nauki. –Zawsze pierwsze 2-3 miesiące to aklimatyzacja, nauka poruszania się w mieście i próby zmniejszenia przeszkód technicznych i językowych – podkreśla Karolina.

Zazwyczaj stypendium nie wystarcza na to, by spokojnie się utrzymać, a nie ma już mowy, by na własną rękę odkrywać nowe miejsca. Oczywiście na samym początku wyjazdu wydaje się najwięcej pieniędzy. Dopiero po jakimś czasie łatwiej ocenić, co warto kupić, gdzie można dostać taniej potrzebne towary i z czego można zrezygnować. Znalezienie tymczasowej pracy nie jest problemem, ale bardzo ważne są kompetencje językowe. –Pracowałam w cateringu i w knajpie, ale raczej mało – mówi Magda,

studentka etnologii UW, która rok spędziła na stypendium w Berlinie. –Dużym wsparciem finansowym bywa dodatkowe stypendium z uczelni i rzecz jasna rodzina – dodaje.

Są jednak tacy, którzy potrafią utrzymać się jedynie ze stypendium. Wysokość stypendiów bywa różna w zależności od kraju i uczelni, do których się jedzie. –Grant Erasmusowy z założenia nie pokrywa całego kosztu wyjazdu, ale znam ludzi, którzy dawali radę przeżyć za te 275 euro – mówi Maja, studentka prawa Uniwersytetu Szczecińskiego, która przez rok była w Rostocku na stypendium, a kolejny rok na praktykach Erazmusa.

Cięcie kosztów

Często zdarza się, że studenci kilkakrotnie zmieniają swoje lokum. Wyjazd rozpoczynają od pobytu w akademiku, potem przenoszą się do wynajętego mieszkania, które z czasem zmieniają na kolejne. –Najlepiej szukać mieszkania na miejscu, bo wszelkie ogłoszenia w internecie „room for erasmus” są dużo za drogie i niestety niektórzy nie zdają sobie z tego sprawy. Zawsze trzeba zostawić kaucję, kupić bilety, telefon na kartę, niekiedy przeczekać parę dni w hostelu zanim się znajdzie odpowiednie lokum – radzi Karolina. –Najważniejsze jest, żeby mieć też pieniądze na podróże, autobusy, bilety wstępu itd. Tak żeby móc naprawdę poznać kraj, w którym się mieszka. To okrutne, ale kiedy się oszczędza na każdym kroku i nie wychodzi z domu, to po co wyjeżdżać? – przyznaje szczerze.

Pięciogwiazdkowe akademiki?

Niektórzy jednak nie narzekają na akademik i niechętnie go opuszczają. W norweskim Halden standard studenckich mieszkań jest wręcz niesamowity. –Pokoje są jednoosobowe. Jest w nich dużo miejsca, nie są to w żadnym wypadku ciasne klitki. Łazienka przypada na dwie, a kuchnia na cztery osoby. Kuchnia jest ogromna (wielkości polskiego salonu w bloku) i wyposażona w mikrofalówkę, dużą zamrażarkę i zmywarkę. Nie wspomnę o ogromnej lodówce, kuchence elektrycznej i piekarniku. Podłogi i ściany są wykonane z materiałów, które się bardzo łatwo sprząta i zmywa. A w łazience podłoga jest podgrzewana! –relacjonuje Ania, studentka anglistyki UW.

Organizacje erasmusowe starają się zadbać także o wolny czas studentów. Dysponują bogatą ofertą wycieczek, w cenie w sam raz na studencką kieszeń. – Oprócz zajęć na uczelni można zapisywać się na kursy językowe: niemiecki, angielski, rosyjski, japoński, szwedzki, hiszpański i dużo innych... i to za 10 euro za semestr! Do tego można było w tej samej cenie zapisać się na zajęcia sportowe: ponad 100 różnych do wyboru – mówi Maja. –Niemieccy studenci organizowali nam czas wolny, wycieczki np. do Berlina, na Rugie, wycieczki rowerowe, wyjścia na kręgle, do kina – wspomina swój wyjazd.

Można zawalić rok na Erasmusie?

A ja wygląda sprawa studiowania? Czy na Erasmusie można zawalić rok? Czy można się czegoś nauczyć? – Wszystko zależy od charakteru danej osoby. Znam ludzi, którzy nigdy nie chodzili na wykłady i każdego dnia imprezowali. Moim zdaniem, żeby zawalić rok na Erasmusie trzeba się bardzo, ale to bardzo postarać. Profesorowie naprawdę idą na rękę – twierdzi Maja.

Nie wszędzie jednak jest tak łatwo. Na przykład w Norwegii duży nacisk kładzie się na samodzielną pracę w domu czy w bibliotece, a egzaminy są bardzo wymagające. –Sprawdzają je dwie niezależne komisje a trzeci egzemplarz egzaminu zostaje dla studenta. Tu re-

guły są bardzo przejrzyste – mówi Ania. –Jest dużo nauki i trzeba uczyć się systematycznie dla własnego dobra. Nikt jednak do tego nie przymusza i można sobie rozplanować czas po swojemu.

Dla większości studentów, którzy zdecydowali się na wyjazd na stypendium, okazuje się on niezwykle ważnym doświadczeniem. –Nie wiadomo, czy jeszcze po studiach będzie się miało okazję wyjechać i mieszkać za granicą tyle czasu – wspomina Karolina –To również niesamowita okazja do po-

znania innej kultury i nauczania się języka. Człowiek staje się obywatelem świata – tłumaczy.

–Wyjazd na stypendium umożliwił mi kontakt z ludźmi z każdego kontynentu. – dodaje Ania. Wyzbyłam się wszelkich kompleksów, a świat zdecydowanie się skurezył. Łatwiej planować podróże, bo prawie wszędzie kogoś znasz... to niesamowite.

WOJCIECH KWAPISINSKI
GAZETA PRACA, 18 MARCA 2010

Amerykańskie uczelnie zakazują używania laptopów na zajęciach



Coraz więcej amerykańskich uniwersytetów zakazuje studentom używania laptopów w czasie zajęć. Według profesorów, urzędnicy te zamiast pomagać w nauce, coraz częściej przeszkadzają.

Laptopy miały służyć studentom do robienia notatek oraz przygotowywania prezentacji, a internet miał umożliwić natychmiastowy dostęp do informacji naukowych. Jednak studenci masowo wykorzystują notebooki do wysyłania e-maili, odwiedzania portali społecznościowych i blogów, a nawet gier. Robią to nie tylko w czasie przerw, ale również podczas zajęć.

–To tak, jakby położyć na biurko każdego studenta 5 czasopism, kilka telewizorów, odtwarzacz CD oraz telefon i powiedzieć: używaj czego chcesz – skarży się dziennikowi „Washington Post” profesor David Cole z Uniwersytetu Georgetown.

Frustracja wykładowców jest tak duża, że jeden z profesorów fizyki z Oklahomy wylał na laptopa ciekły azot, po czym rozbił go o ziemię. –Nigdy więcej nie przynosicie laptopów na zajęcia. Chyba wyraziłem się jasno – ostrzegł studentów.

Zakazy korzystania z komputerów w czasie zajęć najczęściej wprowadzają sami profesorowie. Część szkół wyższych – na przykład waszyngtońskie Georgetown University czy American University – wydała całkowity zakaz ich używania czasie zajęć.

ZSZ
INFORMACYJNA AGENCJA RADIOWA
9 MARCA 2010

Jak zagiąć belfra na „rzezi niewiniątek”?

Sposób na sesję egzaminacyjną: pójdz z wykładowcą na mszę (lub kup gazetkę katolicką), udawaj wnuka lotnika, gdyby profesor był emerytowanym wojskowym i – koniecznie! – załóż wykrochmaloną, jaskrawoczerwoną koszulę, jeśli to ulubiony kolor egzaminatora. Unikaj ściąg w formacie A4 i nie wkładaj ich do papierowej torby. Chętnie wypadają, ślizgają się po podłodze, lądując wprost pod nogami egzaminatora. Aha, i zorientuj się, jak wygląda wykładowca. Szczególnie, jeśli cały semestr nie chciało ci się chodzić na wykłady. Zapraszamy do przeczytania najzabawniejszych historii z sesji egzaminacyjnej naszych internautów!

Etap przedwstępny: sprawdź wygląd belfra

Rzeź niewiniątek (kryptonim: sesja) bywa groźna, zanim jeszcze się rozpocznie. Szczególnie jeśli nie chciało nam się chodzić na wykłady i – o zgrozo! – mamy zielone pojęcie, jak wygląda wykładowca. Takie historie – przekazywane z ust do ust – latami umilają życie profesorów i studentów. Prof. Kępka [nazwisko celowo zmienione], wykładowca politechniki, na jednym z wykładów (jak donosi Krzysztof, Internauta WP) miał opowiedzieć historię pewnego niezbyt bystrego studenta: –Zapukał do zakładu, stanął w progu i pyta o prof. Kępkę. Pytam, „A o co chodzi?”. „Mam z profesorem wykłady i chciałbym się dowiedzieć o termin egzaminu poprawkowego” – słyszę odpowiedź. „Nie ma teraz profesora, będzie dopiero w przyszłym tygodniu” – odpowiadam. Student grzecznie dziękuje i odchodzi.

Własnego wykładowcy nie poznał też Rafał, który – jako jedyny – przyszedł na egzamin w białej, zamiast czerwonej koszuli: –Zdawało nas pięciu. Wiedzieli, że profesor stawia lepszą ocenę tym, którzy mają jakiś element czerwony, a najlepszą – osobom w czerwonej koszuli. Wszyscy ubrali się więc podobnie. Poza mną. Jakże byli zdziwieni, kiedy jako jedyny otrzymałem piątkę!

–Jeśli masz wrodzonego lenia i – mimo licznych wysiłków, prób i napojów energetyzujących – nie udaje ci się dotrzeć na wykłady, jest na to sposób. Daj się zapamiętać wykładowcy już na pierwszych zajęciach, na przykład... klóćąc się z nim. –Na zajęciach z teorii i metodyki nauczania na wydziale biologii byłem tylko raz. Pokłóciłem się wtedy z prowadzącą odnośnie do jednego zagadnienia z treści zajęć. Kiedy przyszedł dzień zaliczeń, profesor sprawdzała frekwencję i wielu osobom mówiła „Oj, panu/pani nie mogę zaliczyć, bo za dużo nieobecności”. Kiedy podszedłem z indeksem, popatrzyła na mnie i, nie sprawdzając nawet mojej obecności na zajęciach, powiedziała: „Pana to pamiętam”. I dała wpis – opowiada Waldek.

Radzimy uważać, bo niektórzy wykładowcy skrupulatnie wyliczają wszelkie nieobecności i spóźnienia, przepytując za karę po godzinach. Świetnie wie o tym Ewa, studentka biologii, która na zajęciach z biochemii miała o jedną nieobecność za dużo. „Za karę” miała stawić się na specjalne zaliczenie. Profesor pyta – Ewa odpowiada. Kolejne pytanie... kolejne... kolejne. Nagle profesor wybuchł: –No co jest, do cholery, żeby nie mógł zagiąć studentki na moim własnym przedmiocie?!

Etap wstępny: „zaadoptuj” sławnego dziadka

Sprawdzony sposób na dobre wrażenie, to – uwaga! – dziadek lotnik. Kasia wspomina, jak na zajęciach z polonistyki wykładowca opowiadał studentom, jak krótko po wojnie egzaminował go były lotnik. I to nie byle jaki, bo emerytowany wojskowy z zawsze przypiętą do kłapy marynarki odznaką. Jeden z żaków znalazł podobną odznakę i, pokazując ją wykładowcy, powiedział, że jest wnukiem znanego lotnika (wymienił jego imię i nazwisko). Na to profesor z radością krzyknął: –Ja z nim latałem! Efekt był oczywisty i natychmiastowy – student opuścił salę z oceną bardzo dobrą (belfer nie zadawał mu specjalnie trudnych pytań). Następnego dnia inny student – widząc, że pomyśli się sprawdził – również przyszedł z odznaką i oznajmił prowadzącemu, że jest wnukiem jeszcze innego lotnika. Niestety zaliczył wpadkę, bo nie sprawdził, że wymieniony przez niego człowiek był... bezdzietny.

Kto studiował, ten wie, że fantazja prowadzących bywa podobna jak studentów – a może nawet większa. Szczególnie, jeśli ów prowadzący jest – o zgrozo! – fanatykiem religijnym. –Na wydziale informatyki, w sesji letniej, mieliśmy egzamin z grafiki komputerowej. Zamiast z przedmiotu, wykładowca przepytował nas jednak z treści Biblii, pytał o życie seksualne czy wypytywał o termin ostatniej wizyty w kościele – opowiada Łukasz. Wspomina, jak któregoś dnia student wszedł na egzamin i bardzo długo nie wychodził. W końcu drzwi otworzyły się, ale – ku zaskoczeniu wszystkich – w progu stanął wykładowca, zapraszając do sali kolejną osobę. Oczekujący – przechodząc w głowę, co się stało z kolegą – zdębieli, widząc otwarte w pomieszczeniu okno. Okazało się, że w sali, za plakatem, ukryte były drzwi do schowka. Egzaminator dał chłopakowi gazetkę katolicką do czytania, którą ten miał potem w całości streścić, i zamknął w pomieszczeniu. Zdarzało się też, że tych, którzy nie zdali lub chcieli poprawić sobie ocenę – zapraszał na poranną mszę u siebie w parafii. Niektórzy chodzili.

Etap bajeru i fuksa: znajdź mądrzejszego od siebie

Nawet jeśli nie wiesz, nie znaczy od razu, że oblejesz. –Uczyłam się, ale kompletnie nie mogłam zrozumieć materiału. Kiedy zobaczyłam pytania egzaminacyjne, miałam w głowie kompletną pustkę. Z nudów zaczęłam rysować. Po kolei – budowę łodygi, liścia... Wszystko, cokolwiek zahaczało o pytania. Oddałam kartkę z samymi rysunkami. Jakże byłam zaskoczona, kiedy okazało się, że z pracy otrzymałam czwórkę, z dołączonym od prowadzącego komentarzem: „Rysunki piękne, ale trochę za mało tekstu” – opowiada o egzaminie z botaniki Ewa. O tym, że wykładowcy woła prace oglądać, zamiast czytać, przekonała się też Klara. Po przydługim wstępie, do wypracowania dodała notkę: „Po uczelni chodzą słuchy, że Pan Profesor nie czyta naszych prac. Postanowiłam to sprawdzić, pisząc pracę nie na temat. Jeżeli dostanę pięć – będę miała rację, a jeżeli nie zaliczę wykładu – uznam plotkę za nieprawdziwą”. W dalszej części pracy rozpisywała się o swoim hobby. Z pracy profesor postawił jej „5”.

Sprawdzonym sposobem, jest też znalezienie mądrzejszego od siebie. Ola opowiada, jak przyszła na egzamin kompletnie nieprzygotowana. Usiadła za chłopakiem, który był najlepszy w grupie. Po tym, jak szybko rozwiązał zadania, dał jej kartkę z odpowiedziami. –Ostatecznie ja dostałam trójkę, a ten chłopak nie zdał – opowiada. Dodaje, że na kartce widniała notka, że ma przyjść do wykładowcy na rozmowę. Kiedy zobaczył, że dziewczyna ma w indeksie w większości same czwórki i piątki, stwierdził, że ją dopyta: –Zupełnie nie umiałam ze statystyki. Chciałam to jakoś przelożyć na inny dzień, ale on uparł się, że mam odpowiadać od razu. Zadał mi pytanie, kazał usiąść i napisać odpowiedź. W tym czasie przepytывał inne osoby. Miałam przy sobie zeszyt, więc przerysowałam wykres. Dopytywał się mnie o jakieś szczególności odnośnie rysunku. Nie mu nie odpowiedziałam, potakując tylko na każde jego stwierdzenie. Ostatecznie wysłałam z czwórką w indeksie. Do tej

pory zastanawiam się, jak to możliwe... – mówi Ola. Dodaje, że chłopak, który dał jej ściągając, jeszcze kilka razy przychodził na poprawki.

Ale uwaga! Ściąganie od mądrzejszego nie zawsze popłaca. Łukasz opowiada o dwóch chłopakach po technikum, którzy dostali się na prestiżową uczelnię techniczną dzięki wygranej w konkursie. –Znaleźli wykładowcę, który rozwiązał im zadania, dzięki czemu wygrali – opowiada Łukasz. Dzięki temu, mimo że niewiele umieli, na studia z informatyki dostali się bez problemu. Łukasz opowiada, jak student na jednym z najtrudniejszych egzaminów w sesji usiadł za chłopakiem najlepszym na roku (trzędy były podwyższone). Następnie podmienił sobie grupy: –Ściągnął wszystko od tamtego chłopaka. Okazało się, że obaj dostali maksymalną liczbę punktów, co było ewenementem i nigdy jeszcze w historii prowadzącego się nie zdarzyło. Wykładowca był więc pod wrażeniem. Problem w tym, że była jeszcze druga część sprawdzianu, ustna, polegająca na omówieniu rozwiązanych zadań z egzaminu. Pamiętam, że chłopak, siedząc przed salą spocony jak mysz, zachodził cały czas w głowę, jak wytłumaczyć wykładowcy, że nie nie umie. Wpadł na pomysł, że powie mu, że miał wypadek i dlatego nie nie pamięta. Skończyło się na niczym, bo chłopak wszedł tylko do sali, profesor pogratulował mu świetnego wyniku, uściśnął dłoń i postawił piątkę.

Etap cwaniactwa: jeśli ściągasz, to z głową

Paulina opowiada, jak jej koleżanka skserowała notatki z wykładów (ze wstępu do wiedzy o kulturze) i wsadziła do papierowej torby, którą następnie umieściła pod krzesłem. Kiedy tylko wykładowca wyszedł z sali, wyjęła je i zaczęła spisywać. – Kiedy ten wrócił, chciała je szybko schować. Zamiast trafić do torby, kartki wysypały się jednak na podłogę. Traf chciał, że w sali była akurat granatowa wykładzina, więc idealną biel kartek doskonale było na niej widać. Wykładowca pozbiierał kartki, zabrał je i powiedział, żeby następnym razem przygotowała sobie mniejsze ściągi. Nie za-

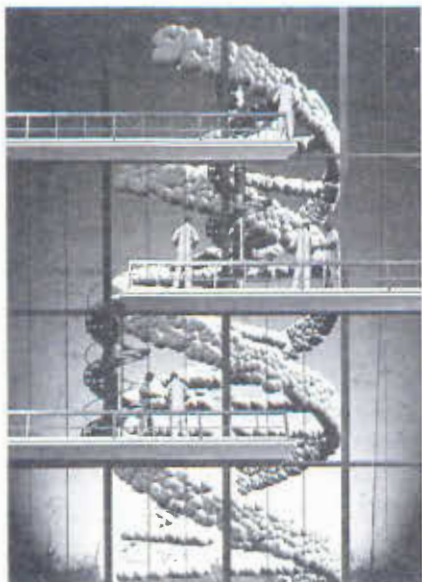
brał jej pracy, pozwalając pisać dalej – opowiada Internautka. Wspomina też sytuację, w której sama wydrukowała 60 stron wykładów, uzupełnionych własnymi przypisami: –Wydrukowałam sobie 60 stron wykładu i podczas zajęć przez cały semestr uzupełniałam te notatki. Potem tę całą ściągę, zapisaną na kartkach w formacie A4, zabrałam na egzamin (bo nie umiem ściągać z małych). Wykładowca zauważył to i kazał mi ją oddać. Kiedy wyciągnęłam 60-stronicowy plik kartek, to trochę zwątpił. Zauważył jednak, że jest to jego plik, wzbogacony o moje notatki. Stwierdził, że tyle pracy w to włożyłam, że on uzupełni swój skrypt moimi komentarzami, a z egzaminu postawi mi czwórkę.

Sporo szczęścia miał też Karol, na egzaminie z ekonomii politycznej. –Plik ściąg na moich kolanaach na karteczkach wielkości połowy A4. Profesor posuwa się między rzędami w moim kierunku. Nerwowy ruch i karteczki spadają na podłogę. Biorę do ręki kartkę, na której pisałem, wstaję i idę do profesora. Podchodzę i zadaję pytanie, czy właściwie odpowiadam na pytania egzaminacyjne. Profesor odwraca się, zwraca i gniewnym głosem mówi „nie czas teraz na pytania”. Wróciłem na miejsce i spokojnie zebrałem rozsypane ściągi. Udało się! – opowiada.

Zdecydowanie mniej szczęścia mieli dwaj koledzy Marka, Internauty WP: –Dwoje studentów AWF-u miało zdać egzamin z języka rosyjskiego. Obydwaj nie przepadali raczej za językiem Puszkina i nie umieli zbyt wiele. Liczyli na łatwe pytania plus wdziałek osobisty. Na egzamin weszli razem i dostali polecenie przeprowadzenia rozmowy telefonicznej na zadany temat. Parę chwil zastanowienia i jeden z nich zaczął udawać, że wykręca numer, a po chwili drugi wydawać z siebie sygnał „dryń, dryń”. Po kilku sygnałach ten, który dzwonił zwrócił się z tekstem do egzaminującej: „Ja dzwonił, dzwonił, no nikt nie padł na tutki...” – opowiada internauta. Oczywiście egzamin trzeba było powtórzyć...

Imiona studentów, na ich prośbę, zostały celowo zmienione.

WP. PL



Oblicza medycznej rewolucji

Bezpieczeństwo leku biopodobnego gwarantuje złożona procedura potrzebna do rejestracji, w tym badania porównawcze z preparatem referencyjnym.

Pierwsze oryginalne biologiczne leki otrzymywane nowoczesnymi metodami inżynierii genetycznej zostały wprowadzone do obrotu w latach 80. XX wieku i wiele z nich oznaczało rewolucję w leczeniu takich chorób, jak cukrzyca, niedokrwistość, nowotwory, stwardnienie rozsiane. Wszystkie te leki mogą być dopuszczane w Unii Europejskiej wyłącznie w ramach tzw. procedury secentralizowanej prowadzonej przez Europejską Agencję Leków (EMA), której finałem jest wydanie decyzji Komisji Europejskiej wprowadzającej dany lek na rynku wszystkich państw członkowskich. Powyższym zasadom podlega również dopuszczanie do obrotu produktów biopodobnych.

Wszzechstronna analiza

–Zanim lek biopodobny zostanie zarejestrowany przez EMA lub FDA, musi być przeprowadzony proces stwierdzenia braku różnic. System, w jaki sposób ich brak stwierdzić i jakie badania należy wykonać, był tworzony przez EMA przez cztery lata. Agencja korzystała z ekspertyzy 3 tys. specjalistów i naukowców, zanim te

zasady ustalono – podkreśla prof. Tomasz Romer, specjalista w dziedzinie endokrynologii i ekspert medyczny.

Prof. Romer dodaje, że w latach 2004-07 jedynie połowa zgłoszonych preparatów popatentowych przechodziła pozytywnie procedurę rejestracji i otrzymała status leku biopodobnego.

Bezpieczeństwo leku popatentowego – biopodobnego gwarantuje skomplikowana procedura potrzebna do rejestracji leku, w tym badania porównawcze z preparatem referencyjnym, który utracił ochronę. Wprowadzono m. in. wymóg wszechstronnej analizy na poziomie właściwości fizyko-chemicznych oraz wykonanie charakterystyki biologicznej, czyli oznaczenie in vivo i in vitro. Następnie są prowadzone badania przedkliniczne i kliniczne faz I-III.

–Pierwsze biofarmaceutyki, szczególnie insulina i hormon wzrostu, przechodziły procedurę rejestracyjną daleko prostszą niż obecnie. Był to wymóg danej chwili – twierdzi prof. Romer.

Niegdyś insuliny mogliśmy uzyskiwać tylko z trzustek zwierzęcych. W pewnym momencie została zachwiana równowaga pomiędzy liczbą chorých na cukrzycę a liczbą pozyskiwa-

nych trzustek do wytworzenia insuliny. Kiedy się pojawił biofarmaceutyk, czyli insulina rekombinowana, a jej produkcja stała się nieograniczona, wielu pacjentów zostało w ten sposób uratowanych.

W przypadku hormonu wzrostu okazało się, że przysadka, z której ekstrahowano hormon wzrostu, mogła zostać pobrana od zmarłego na chorobę Creutzfelda-Jakoba, u którego to schorzenie nie zostało rozpoznane. W latach 80. pojawiły się pierwsze raporty o zachorowaniach na chorobę Creutzfelda-Jakoba i zgonach ludzi już dorosłych, którzy w dzieciństwie stosowali hormon wzrostu uzyskiwany z przysadek pobranych w czasie sekcji zwłok. Powstała więc pilna potrzeba wprowadzenia biofarmaceutyków. Procesy rejestracyjne przebiegały bardzo szybko.

–Dzisiaj te leki nie zostałyby najprawdopodobniej dopuszczone na rynek, bo nie przeszłyby bardzo restrykcyjnej, solidnej kontroli organów rejestracyjnych – ocenia prof. Romer.

Szalone tempo

Podobnie było z jednym z leków na stwardnienie rozsiane. Licencja na

technologię jego wytwarzania została wykupiona przez podmiot odpowiedzialny w 1981 roku, a cztery lata później lek był już na rynku.

–Tylko cztery lata zabrało firmie rozwinięcie produktu. To szalone tempo, nie do powtórzenia dzisiaj – dodaje prof. Romer.

Obecnie o bezpieczeństwie leku biofarmaceutycznego popatentowego stanowią m. in. studia porównawcze, stwierdzające jego porównywalność na różnych poziomach z lekiem referencyjnym. Wykonanie tych badań trwa wiele lat, czasem dłużej niż rozwinięcie nowego produktu kilkadziesiąt lat temu. Dlatego ścieżka rejestracji leków biopodobnych nie jest szybka. Prof. Romer zwrócił również uwagę na długość trwania badań klinicznych w przypadku leków biopodobnych.

–Zdarza się, że badania kliniczne III fazy leków patentowych trwały dwa lata. Okres trwania badań dla leków popatentowych wydłużył się do 7 lat, bo wymagania agencji rejestracyjnych w ciągu dwóch dekad wzrosły – wyjaśnia prof. Tomasz Romer.

Podobną zależność zauważa doktor Waldemar Zieliński z zakładu farmako-ekonomiki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego:

–Złożoność leków biologicznych sprawia, że trudno jest nawet uniknąć różnic między seriami produktu pochodzącymi z tego samego procesu produkcyjnego tego samego wytwórcy. Stąd zrozumiałe jest, że trudności napotyka również wykazanie terapeutycznej równoważności między produktami biopodobnymi a oryginalnymi. Nie można również wykluczyć sytuacji, że produkt biopodobny wyprodukowany z użyciem współczesnych technologii będzie „lepszy” od produktu oryginalnego, który został wprowadzony do obrotu w latach 80. XX wieku.

Czy i kiedy zamieniać

Dlatego zdaniem prof. Michała Nowickiego, kierownika Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi, jednym z głównych problemów, z którym możemy mieć do czynienia w przypadku stosowania le-

ków biopodobnych, będzie możliwość automatycznej, czyli dokonywanej bez udziału i wiedzy lekarza, zamiany leków na poziomie apteki.

Aktualne przepisy polskiego Prawa farmaceutycznego stwierdzają, że kiedy leki mają tę samą nazwę międzynarodową, to można je zamieniać w aptece, o ile lekarz nie zastrzeże substytucji, wpisując „nie zamieniać” na recepcie. W Polsce taka sytuacja jest jeszcze rzadko spotykana, gdyż zdecydowana większość leków biologicznych jest kupowana przez szpitale i podawana w czasie hospitalizacji. –Ale w przyszłości musi to się zmienić tak, aby – jak w większości krajów Europy – pacjent otrzymywał taki lek na podstawie recepty realizowanej w aptece otwartej – uważa prof. Nowicki. –Są to zmiany niezbędne do tego, aby polityka refundacyjna stała się przejrzysta. Obecny system kupowania leków biologicznych przez szpitale stwarza kolejne zagrożenia.

Decyzję o zakupie danego leku podejmuje menedżer, który może, ale nie musi konsultować swojej decyzji o wyborze leku z lekarzem. Szpital, kierując się głównie względami ekonomicznymi, może kupić tańszy lek biopodobny, o tej samej nazwie międzynarodowej, jak lek referencyjny. Jeśli decyzje o zamianie leku będą podejmowane poza wiedzą lekarza, straci on wpływ na przebieg leczenia chorego.

W efekcie pacjent może być leczony raz jednym, raz drugim lekiem. Jeśli dojdzie do wystąpienia działań niepożądanych, nie będzie wiadomo, po którym z leków. To z kolei uniemożliwia długoterminowe śledzenie bezpieczeństwa leku – podstawowego wymogu związanego z wprowadzaniem leku biopodobnego.

Czułość farmakologiczna

Należy pamiętać, że leki biopodobne nie są identyczne z oryginałem. Z tego powodu producent takiego leku musi, zgodnie z przepisami Europejskiej Agencji Leków, opracować i wprowadzić wieloletni program monitorowania działań niepożądanych (program „farmakoczułości”, z ang. *pharmacovigilance*).

–Obecnie już wiemy, że działania niepożądane leków biologicznych mające charakter odpowiedzi immunologicznej mogą się ujawniać dopiero po wielu latach ich stosowania, tak jak było w przypadku erytropoetyny alfa – informuje prof. Nowicki.

Działania niepożądane pojawiły się pod koniec lat 90. ubiegłego wieku, około dziesięć lat po wprowadzeniu leku na rynek. Ich przyczyną była niewielka modyfikacja w zawiesinie leku, która w pewnych sytuacjach zmniejszała stabilność produktu i spowodowała jego potencjalną immunogenność prowadzącą do wystąpienia u części leczonych chorych aplazji czerwonych krwinek. U chorych tych dochodziło do ciężkiej, opornej na leczenie epoetyną niedokrwistości i jedynym sposobem leczenia było przetoczenie krwi i przeszczepienie nerki.

–Jak widać, w przypadku leków biologicznych części działań niepożądanych nie można wykryć na etapie badań klinicznych służących procesowi rejestracji, ale mogą się one ujawnić dopiero po ich wprowadzeniu do leczenia – dodaje prof. Michał Nowicki.

WHO w sprawie terminologii

O ile Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uporządkowała nazewnictwo leków klasycznych (chemicznych), to do dzisiaj organizacja ta nie przyjęła jednoznacznego stanowiska w kwestii nazewnictwa leków biopodobnych. Ustalono jedynie, że producent takiego leku musi wskazać lek referencyjny, natomiast leki te otrzymały w toku rejestracji zarówno nazwy międzynarodowe, takie jak leki referencyjne (np. epoetyna alfa), jak i inne niż oryginał (np. epoetyna zeta). W tym pierwszym przypadku leki te mogą być automatycznie zamieniane ze wszystkimi tego konsekwencjami. Jedyną zmianą, jaka zostanie wprowadzona w tym roku, będzie obowiązek podania przez producenta w charakterystyce produktu leczniczego, że dany preparat jest lekiem biopodobnym.

RYNEK ZDROWIA, 12 MARCA 2010

Powiedzieli o śmierci i umieraniu

Upragniona to śmierć –
umrzeć bez strachu przed śmiercią.

SENEKA MŁODSZY

Śmierć ukochanej osoby okrada nas
z niezbędnego wewnętrznego ciepła.
Albo może zdmuchuje stały płomień piecyka,
wygaszając palnik.

JONATHAN CARROLL

Śmierć jest tym samym co narodziny,
misterium natury.

MAREK AURELIUSZ

Śmierć jest ceną jaką płacimy za życie,
za wszelkie życie.

URSULA K. LE GUIN

Moje przemyślenia są proste:
nie ma człowieka, który by nie umarł.
Łącznie z papieżem. Skoro jest to nieodwołalne
i nieodwracalne, to nie ma się czego bać.

ZBIGNIEW RELIGA

Czasem patrzę na stare fotografie ofiar
wypadków i usilnie szukam jakiś znaków
świadczących o tym, że ludzie ci
przeczuwali swą śmierć.

JOSEPHINE HART

Śmierć jest wiecznym schronieniem,
w którym nic się nie odczuwa.

CYCERON

Tylko skazanie na śmierć wyróżnia człowieka
od innych; to jedyna rzecz,
której nie da się kupić.

STENDHAL (HENRI BEYLE)

Gdy tylko umiera człowiek,
umiera również jego fotografia.

KATHERINE MANSFIELD

Ta cicha дума w człowieku – śmierć broni się
przed nami, ale w końcu ulega.

STANISŁAW JERZY LEC

Umrzeć jest to skończyć życie,
zacząć żyć jest to zacząć umierać.

STEFAN WITWICKI

Bardzo mnie zawsze boli, gdy umiera
utalentowany człowiek, świat bowiem
bardziej ludzi takich potrzebuje niż niebo.

GEORG CHRISTOPH LICHTENBERG

Majestat śmierci jest taki, że ten,
kto dobrowolnie umiera za coś,
ma zawsze rację.

MARIA DĄBROWSKA

Kiedy chorzy umierają, mówi się, że winni
są lekarze, a kiedy przychodzą do zdrowia,
przypisuje się ich uzdrowienie bogom.

PIETRO POMPONAZZI

Kiedy umiera twój przyjaciel, niech twoje oczy
nie będą suche, ale niech także nie stają się
morzem. Łzy tak, ale płacz nie.

SENEKA MŁODSZY

Godnym zastanowienia jest fakt, że nasi
przyjaciele prędzej umierają niż nasi wrogowie.

WINSTON CHURCHILL

Lepiej jest umrzeć, kiedy człowiek chce żyć,
niż umierać wtedy, kiedy człowiek
chce już tylko umrzeć.

ERICH MARIA REMARQUE

Przez całe życie trzeba się uczyć umierać.

SENEKA MŁODSZY

Nie śmierć mnie niepokoi, ale umieranie.

MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE

I cmentarz umiera. Po śmierci –
staje się warstwą geologiczną.

WINCENTY RZYMOWSKI

Ileż razy człowiek umiera, nim umrze!

JULIE DE LESPINASSE

Każdy umiera w samotności.

HANS FALLADA

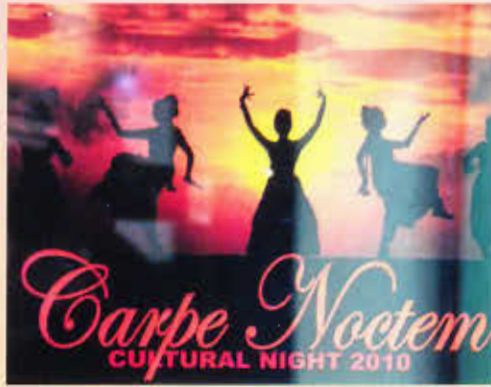
Ukochani przez bogów umierają młodo.

PLAUT

Umierać musi, co ma żyć.

STANISŁAW WYSPIAŃSKI

Cultural Night 2010



Fot.: Stanislaw Sadowski



A. Gronniak-Lipa '08