

2010.2.18

97471

# Alma Mater



UNIwersytet Medyczny w Lublinie

NR 4/77

ROK XX

ISSN 1230-0497

PAŹDZIERNIK-GRUDZIEŃ 2010

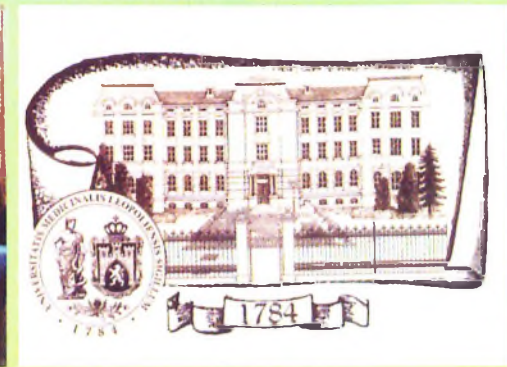
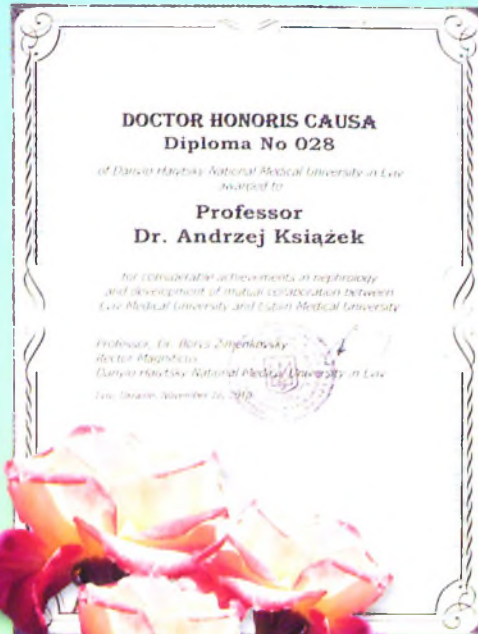


**JM Rektor  
uhonorowany**

PROFESOR ANDRZEJ KSIĄŻEK  
DOKTOREM HONORIS CAUSA  
Narodowego Uniwersytetu Medycznego  
im. Daniela Halickiego we Lwowie



# HONORY DLA JM REKTORA LWÓW, 16 LISTOPADA 2010 r.







LIPIEC-PAŹDZIERNIK 2010

## Spis treści

<b>Inauguracja</b>	
Inauguracja roku akademickiego 2010/2011 ...	18
<b>Uroczystość Akademicka</b>	
JM Rektor prof. dr hab Andrzej Książek .....	30
Doktorem Honoris Causa	
PROF. DR HAB. WOJCIECH ZAŁUSKA	
<b>Promocje doktorskie</b>	
Promocje doktorskie 2010 .....	38
<b>Szpital z certyfikatem</b>	
Konferencja	
„Problemy bezpieczeństwa i jakość .....	42
opieki zdrowotnej”	
MGR MAGDALENA MAZUR	
<b>Współpraca międzynarodowa</b>	
Nasze wielkie otwarcie na świat .....	46
PROF. DR HAB. KAZIMIERZ GŁOWNIAK	
Wizyta prof. Stevena Schwaitzberga .....	48
PROF. DR HAB. GRZEGORZ WALLNER	



JM Rektor prof. dr hab  
Andrzej Książek  
Doktorem  
Honoris Causa  
str. 30



Promocje  
doktorskie  
str. 38



## Nowe technologie w chirurgii onkologicznej str. 82



## Trening asertywności str. 200

### Konferencja międzynarodowa

Zdrowie publiczne wyzwaniem XXI wieku ..... 50  
MGR FARM. ADAM FAŁKOWSKI

### Kongres naukowy

III Polski Kongres Genetyki ..... 54  
DR N. MED. DOROTA KOCZKODAJ

### Międzynarodowe sympozjum naukowe

VIII Międzynarodowe Sympozjum  
„Choroby przetyku” ..... 58  
PROF. DR HAB. GRZEGORZ WALLNER

### Konferencja naukowa

II Lubelskie Dni Wirusologiczne ..... 64  
PROF. DR HAB. MAŁGORZATA POLZ-DACEWICZ

### Konferencja Polskiego Klubu

Chirurgii Endokrynologicznej ..... 68  
DR N. MED. MARIUSZ MATUSZEK  
PROF. DR HAB. SŁAWOMIR RUDZKI

Europejski zjazd u wrót Azji ..... 72  
PROF. DR HAB. INGRID ROŻYŁO-KALINOWSKA

### Działalność kliniczna

Klinika Kardiologii  
równa do najlepszych ..... 76  
DR HAB. N. MED. JANUSZ STĄŻKA  
DR N. MED. ADAM STADNIK

Nowe technologie wkraczają  
do chirurgii onkologicznej ..... 82  
PROF. DR HAB. WOJCIECH P. POLKOWSKI

128-warstwowy tomograf komputerowy  
SOMATOM DEFINITION AS+ ..... 86  
darem Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy  
MGR AGNIESZKA OSIŃSKA

### Działalność badawcza

Powstała Samodzielna Pracownia  
Chemii i Neuroinżynierii Medycznej ..... 90  
DR HAB. KRZYSZTOF JÓZWIAK

### Współpraca

Anatomia czyni mistrza ..... 92  
DR N. MED. KAMIL TORRES

### Warsztaty naukowe

Wspólnie możemy więcej ..... 94  
DR N. MED. ROBERT SITARZ

Jak skuteczniej zwalczać i rozpoznawać  
choroby nowotworowe? ..... 98  
DR N. MED. ROBERT SITARZ

### Towarzystwo naukowe

Prof. dr hab. Edward Soczewiński  
Honorowym Prezesem ..... 100  
Lubelskiego Towarzystwa Wspierania  
Nauk Farmaceutycznych  
MGR FARM. MACIEJ STRZEMSKI



**Bibliotekoznawstwo**

Jak w prosty sposób zwiększyć  
liczbę cytowań? ..... 102  
DR N. HUM. ANASTAZJA ŚNIECHOWSKA-KARPIŃSKA

**Zdrowie psychiczne**

Świadomość i rozumienie siebie (cz. XIX) ..... 106  
DR N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA

**Ftyzjatria**

100 lat działalności  
Poradni Przeciwgruźliczych ..... 112  
w Lublinie (cz. I)  
DR N. MED. JANUSZ BŁĘDOWSKI

**Geriatrya**

Problemy seniorów w Polsce ..... 118  
PROF. DR HAB. BIRUTA FAJROWICZ  
DR N. MED. MARIA LASKOWSKA-SZCZEŚNIAK

**Bioetyka**

Pracownicy medyczni i niemedyczni  
polskich hospicjów ..... 124  
MGR SOCJOL. ARTUR P. TOFIL

Aspekty etyczne i wątpliwości  
współczesnej transplantologii ..... 132  
O DR. N. MED. JACEK MARIA NORKOWSKI OP

**Warsztaty naukowe**

Borelioza - problemy z diagnostyką  
laboratoryjną ..... 140  
DR N. MED. EDYTA GAŁĘZIOWSKA

**Warsztaty naukowe**

Farmakopea Polska - historia i przyszłość ..... 146  
DR HAB. N. FARM. LUKASZ KOMSTA

**Użytki**

Dopalacze - alternatywne narkotyki ..... 150  
MGR MARCIN SZYNKARUK

**Medycyna i literatura**

54 Kongres Światowej Unii Lekarzy Pisarzy .. 152  
PROF. DR HAB. JAN PIETRUSKI

**Rocznica**

Wspomnienie  
o Profesorze Macieju Latalskim ..... 154  
PROF. DR HAB. ANDRZEJ GREGOSIEWICZ

**Duszpasterstwo akademickie**

Aby z siebie dawać dobro nie tylko  
przyswajając dobro już istniejące (cz. I) ..... 156  
AGNIESZKA ZARĘBSKA

Triduum o mężczyźnie i kobiecie ..... 164  
MONIKA KOTARSKA

**Koło naukowe**

Biochemiczne właściwości

związków farmakologicznie czynnych ..... 168  
grzybów z rodzaju *Psilocybe*  
JUSTYNA KINGA STĘPKOWSKA

O starości i opiece  
długoterminowej inaczej ..... 172  
MGR JUSTYNA CHMIEL

**Łamy studenckie**

Lubelski Oddział Międzynarodowego  
Stowarzyszenia Studentów Medycyny ..... 178  
IFMSA-Poland w roku akademickim 2009/2010  
MATEUSZ BILSKI

Zgromadzenie delegatów w Toruniu ..... 182  
KAROL UNIFATOWICZ

Lubelskie Towarzystwo Studentów  
Analityki Medycznej ..... 184  
JOANNA SZATKOWSKA

Z DAAD w niemieckich landach ..... 188  
JOANNA FILIPIUK                      JAGODA MŁODOŻENKA  
MAGDALENA PLATA                      GRZEGORZ MORAWSKI  
IZABELA KWAŚNIAK                      ANETA NOWAKOWSKA  
KATARZYNA GRUSZKA                      EWELINA MIELKO  
ADRIANA GÓRKA                      MACIEJ MICHAŁAK  
DR N. MED. RENATA CHAŁAS

Cała prawda przy łóżku chorego  
Areopag etyczny ..... 196  
ALEKSANDRA SKUBLEWSKA

Turnus rehabilitacyjny dla osób  
niepełnosprawnych w Karolinowie ..... 198  
ALEKSANDRA SKUBLEWSKA

Trening asertywności ..... 200  
ALEKSANDRA SKUBLEWSKA

Szpital Pluszowego Misia ..... 204  
ANNA ABRAMCZUK  
WERONIKA LESZKO  
PAULINA REJMER

PTSS na targu CEDE ..... 206  
JOANNA FILIPIUK                      MACIEJ MICHAŁAK

Otrzęsiny 2010 ..... 208  
JOANNA ŁAZARCZYK

**Pro memoria**

Odszedł Profesor Zbigniew Wójtowicz ..... 210

Pożegnaliśmy Docenta Tadeusza Kostarza .... 212

**Jak nas widzą, tak nas piszą** ..... 202

**Co piszą inni?** ..... 204



*Niech Święta Bożego Narodzenia  
napętnią nas radością i spokojem,  
a Nowy 2011 rok niech będzie rokiem  
sukcesów osobistych i zawodowych,  
spełnienia planów, marzeń i zamierzeń.  
Życzę Państwu odwagi, siły,  
mądrości i umiejętności  
dostrzegania oraz rozumienia tego,  
co naprawdę w życiu ważne.*

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

Lublin, w grudniu 2010

## Nominacje profesorskie

Ostatnio Prezydent RP Bronisław Komorowski wręczył akty nadania tytułu naukowego profesora kilkudziesięciu nauczycielom akademickim i pracownikom nauki.

Miło nam zakomunikować, że wśród wyróżnionych znaleźli się Państwo: Jerzy Beltowski – pracownik naukowy Katedry i Zakładu Patofizjologii, Dorota Krasowska – pracownik naukowy Katedry i Kliniki Dermatologii, Piotr Książek – kierownik Katedry i Zakładu Zdrowia Publicznego, Ingrid Różyło-Kalinowska – pracownik naukowy Zakładu Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej,

Piotr Paluszkiwicz – kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Krzysztof Turowski – kierownik Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Neurochirurgicznego, Jarosław Wójcik – pracownik naukowy Katedry i Kliniki Kardiologii.

Składamy  
Państwu Profesorom  
serdeczne gratulacje.

W.M.

## Nowa oferta stypendialna DAAD na rok akademicki 2011/2012

Niemiecka Centrala Wymiany Akademickiej – DAAD przedstawiła nową ofertę stypendialną na rok akademicki 2011/2012.

W zamieszczonej broszurze znajdują się szczególne informacje dotyczące poszczególnych programów stypendialnych dla studentów, absolwentów, doktorantów i nauczycieli akademickich polskich uczelni, którzy planują przeprowadzenie pobytu studyjnego lub badawczego w Niemczech.

DAAD jest stowarzyszeniem niemieckich szkół wyższych i związków studenckich. Jego centralna siedziba mieści się w Bonn, natomiast

na całym świecie działa szereg przedstawicielstw i Centrów Informacyjnych. Jego głównym zadaniem jest reprezentowanie niemieckich uczelni za granicą i wspieranie międzynarodowej wymiany akademickiej.

Więcej informacji dotyczących terminów składania wniosków wraz z linkami stron internetowych dostępnych jest pod adresem:

[http://www.um.ed.pl/pl/doc/nauka/broszura\\_DAAD\\_2010.pdf](http://www.um.ed.pl/pl/doc/nauka/broszura_DAAD_2010.pdf)





## Nagrody ministra zdrowia

### Nagrody indywidualne naukowe II stopnia

Dr hab. Krzysztof Giannopoulos  
Dr Tomasz Mroczek  
Dr Grażyna Zgórk

### Nagrody zespołowe naukowe

Dr hab. Grażyna Biała, prof. UM  
Dr Barbara Budzyńska  
Mgr Natasza Staniak

Prof. dr hab. Ryszard Maciejewski  
Prof. dr hab. Wojciech Polkowski  
Dr n. med. Robert Sitarz

Dr n. med. Kamil Torres  
Dr n. med. Anna Torres  
Dr n. med. Grzegorz Staśkiewicz  
Prof. dr hab. Ryszard Maciejewski  
Dr n. med. Andrzej Chrościcki  
Dr n. med. Tadeusz Łoś

Prof. dr hab. Franciszek Burdan  
Dr hab. Justyna Szumiło  
Dr hab. Jarosław Dudka  
Robert Klepacz  
Dr hab. Ingrid Różyło-Kalinowska  
Prof. dr hab. Teresa K. Różyło  
Dr Agnieszka Korobowicz-Markiewicz  
Dr Michał Szumiło  
Dr Michał Solecki

### Nagroda zespołowa dydaktyczna

Dr Grażyna Iwanowicz-Palus  
Dr Grażyna Stadnicka  
Dr Agnieszka Bień  
Mgr Agnieszka Bałanda-Bałyga  
Dr hab. Marta Makara-Studzińska  
Dr Anna Pilewska-Kozak

**Wszystkim laureatom składamy gratulacje!**

## Z PRAC I POSIEDZEŃ SENATU

### ▼ Uchwała Nr CCXXXIX/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie stanowiska Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym

### ▼ Uchwała Nr CCXL/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie stanowiska Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w sprawie projektu ustawy o działalności leczniczej opublikowanego na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w dniu 10 września 2010 roku

### ▼ Uchwała Nr CCXLI/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie wyrażenia zgody na przedłużenie zatrudnienia na stanowisku profesora nadzwyczajnego

### ▼ Uchwała Nr CCXLII/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie wyrażenia zgody na rozwiązanie stosunku pracy za wypowiedzeniem z nauczycielami akademickimi zatrudnionymi na stanowisku adiunkta z powodu nie uzyskania stopnia naukowego doktora habilitowanego w okresie mianowania

### ▼ Uchwała Nr CCXLIII/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie zatwierdzenia zmiany planu rzeczowo-finansowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na rok 2010

### ▼ Uchwała Nr CCXLIV/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie ustalenia wytycznych do planu i programu nauczania na interdyscyplinarnych chromatograficznych studiach doktoranckich prowadzonych na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej od roku akademickiego 2010/2011

### ▼ Uchwała Nr CCXLV/2010

**Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**



## Profesor Tomasz Trojanowski

### Prezesem Oddziału PAN w Lublinie

**Profesor Tomasz Trojanowski został 17 grudnia 2010 roku wybrany prezesem Oddziału PAN w Lublinie.**

**Prof. Tomasz Trojanowski, członek korespondent PAN, kieruje uznawaną (Newsweek Polska 2002) powszechnie za najlepszą w kraju lubelską Katedrą i Kliniką Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej UM. Jest absolwentem (1970) Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie.**



*Bardzo wysoko cenię sobie wybór na stanowisko Prezesa PAN Oddział w Lublinie – mówi prof. Tomasz Trojanowski, którą to funkcję przejmuję po profesorze Janie Glińskim, przez lata znakomicie promującym lubelskie środowisko naukowe.*

Ostatnio, prof. Tomasz Trojanowski został także wybrany na drugą kadencję przewodniczącym Komitetu Nauk Neurologicznych PAN.

Jest członkiem Polskiej Akademii Umiejętności skupiającej najwybitniejszych przedstawicieli nauki i sztuki polskiej.

Należy do ogromnie prestiżowej Światowej Akademii Neurochirurgicznej (World Academy of Neurosurgery), do której zapraszani są wybitni neurochirurdzy, jest w niej jedynym polskim przedstawicielem.

Pełni funkcję Prezydenta Sekcji Neurochirurgii UEMS (Europejskiej Unii Specjalistów Medycznych).

Sprawuje obowiązki Krajowego Konsultanta d/s Neurochirurgii.

Oddział PAN w Lublinie utworzono na mocy Uchwały nr 1/97 Zgromadzenia Ogólnego Polskiej Akademii Nauk z dnia 23 maja 1997 roku. Oddział lubelski PAN rozpoczął działalność 1 stycznia 1998 roku.

Na czele Oddziału lubelskiego Polskiej Akademii Nauk, który skupia 13 członków, stoi trójosobowe prezydium: Prezes prof. dr hab. Tomasz Trojanowski, czł. koresp. PAN, Wiceprezes prof. dr hab. Jan Gliński, czł. rzeczyw. PAN, Wiceprezes prof. dr hab. Marian Truszczyński, czł. rzeczyw. PAN.

Oddział integruje środowisko naukowe makroregionu, popiera i prowadzi prace naukowe o istotnym znaczeniu dla gospodarki i kultury narodowej ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień ważnych dla obszaru swojego działania oraz uczestniczy w upowszechnianiu ich wyników. Lubelski Oddział PAN jest jedynym położonym na prawym brzegu Wisły. Rozwija współpracę z przygranicznymi ośrodkami naukowymi. Ostatnio zawarto umowę o współpracy naukowej z Zachodnim Centrum Narodowej Akademii Nauk Ukrainy we Lwowie. Oddział lubelski PAN zmierza do nawiązania szerszych kontaktów ze środowiskami naukowymi Białorusi i Litwy.

WŁODZIMIERZ MATYSIAK

## Z PRAC I POSIEDZEŃ SENATU

w sprawie wyrażenia zgody na utworzenie Samodzielnej Pracowni Medycyny Jamy Ustnej w ramach Katedry i Zakładu Periodontologii w strukturze I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym

▼ **Uchwała Nr CCXXLVI/2010  
Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie wyrażenia zgody na utworzenie Samodzielnej Pracowni Hematoonkologii Doświadczalnej w strukturze II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym

▼ **Uchwała Nr CCXLV/2010  
Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie wyrażenia zgody na utworzenie Pracowni Modelowania Komputerowego w ramach Katedry Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych w strukturze Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej

▼ **Uchwała Nr CCXLVIII/2010  
Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie wyrażenia zgody na zakup nieruchomości

▼ **Uchwała Nr CCXLIX/2010  
Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie ustalenia wytycznych do planu i programu nauczania na interdyscyplinarnych chromatograficznych studiach doktoranckich prowadzonych na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej od roku akademickiego 2010/2011

▼ **Uchwała Nr CCL/2010  
Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie zmian w Statucie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie

▼ **Uchwała Nr CCLI/2010  
Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
z dnia 5 października 2010 roku**

w sprawie zmian do Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie

## Konkurs Fundacji Polpharmy o stypendia doktoranckie



Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny POLPHARMA ogłasza otwarcie konkursu o stypendia doktoranckie.

W 2006 r. Fundacja uruchomiła program stypendialny adresowany do młodych naukowców, uczestników studiów doktoranckich uczelni medycznych i Centrum Podyplomowego Kształcenia Medycznego. Celem programu jest promowanie i nagradzanie najzdolniejszych doktorantów z udokumentowanym dorobkiem naukowym. Nagrodą jest stypendium naukowe w wysokości 10 tys. zł finansowane ze środków Fundacji.

Stypendyści wylaniani są w drodze konkursu organizowanego przez Fundację raz na dwa lata. Doktorantów do udziału w konkursie rekomendują uczelnie, przy czym każda ma prawo zgłoszenia trzech kandydatów. Stypendia przyznaje zarząd Fundacji na wniosek Rady Naukowej.

Zgodnie z przyjętym formularzem oceny wniosku punktowane są:

- założenia rozprawy doktorskiej (do 20 pkt.)
- dotychczasowy dorobek (do 30 pkt.)
- dotychczasowe publikacje (do 50 pkt.)

Uwzględniając te kryteria uczelnie są zobowiązane do ułożenia listy rankingowej zgłaszanych wniosków. Stypendia otrzymują doktoranci, których wnioski uzyskały największą liczbę punktów i rekomendację od Rady Naukowej Fundacji.

Zachęcamy do udziału w konkursie!

Do zdobycia jest 10 stypendiów naukowych w wysokości 10 tys. zł każde!

## Z żałobnej karty

W ostatnim czasie odeszli od nas do wieczności:

**Anna Deres** - pracownik Kwestury UM,  
**Stanisław Muzyka**

- em. pracownik Działu Zaopatrzenia AM,  
**Marianna Szałuba** - em. pracownik dziekanatu Wydziału Lekarskiego AM,  
**prof. dr hab. Zbigniew Wójtowicz** - wieloletni kierownik Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej AM/UM.

*Pokój Ich Duszom!  
Cześć Ich Pamięci!*

## Mgr Marta Wilk

### laureatką Ogólnopolskiego Konkursu Prac Magisterskich Wydziałów Farmaceutycznych

**Magister Marta Wilk, absolwentka Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej UM w Lublinie, zajęła III miejsce w Ogólnopolskim Konkursie Prac Magisterskich Wydziałów Farmaceutycznych.**

Konkurs organizowany jest od wielu lat przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne.

Nagrodzona praca wykonana została w roku 2008 w Katedrze i Zakładzie Chemii Leków UM Lublin, pod opieką dr hab. Anna Gumieniczek, a nosi tytuł „Wpływ repaglinidu i pioglitazonu na stres oksydacyjny i azotowy w trzustce królika z cukrzycą alloxanową”.

Uroczystość wręczenia nagrod odbyła się 15 grudnia, 2010 w Warszawie.

Laureatce serdecznie gratulujemy!

LW

## Wyniki jesiennej sesji LEP

### Lublin w środku tabeli

Podczas jesiennej sesji LEP 2010 najlepiej wypadli absolwenci CM UJ. Zdobyli średnio 142,8 punktów. Tuż za nimi ze średnią liczbą punktów 140,6 znaleźli się absolwenci Uniwersytetów Medycznych z Warszawy i Poznania.

Ranking polskich uczelni medycznych wg wyników jesiennej sesji LEP 2010:

1. Collegium Medicum UJ w Krakowie - 142,8
2. Warszawski Uniwersytet Medyczny - 140,6
3. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu - 140,6
4. Gdański Uniwersytet Medyczny - 140,4
5. **Uniwersytet Medyczny w Lublinie - 139,9**
6. Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy - 139,5
7. Akademia Medyczna we Wrocławiu - 137,9
8. Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie - 137,7
9. Uniwersytet Medyczny w Łodzi - 137,4
10. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach - 136,8
11. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku - 130,8

Jest to być może jedna z ostatnich sesji egzaminacyjnych LEP. W jego miejsce ma się pojawić egzamin zdawany przez przyszłych lekarzy na ostatnim roku studiów medycznych.

RED



## Zaproszenie

Europejskie Towarzystwo Chirurgii Układu Pokarmowego (*European Digestive Surgery*) jest organizacją zrzeszoną w United European Gastroenterology Federation (UEGF). Jednym z jej celów jest edukacja i promocja chirurgii opartej na dowodach (*evidence based medicine*; EBM) wśród chirurgów krajów europejskich. Cel ten realizuje poprzez coroczną organizację kursów podyplomowych. Dotychczas kursy takie odbyły się w Kownie, Belgradzie, Cluj-Napoca. W tym roku kurs *ADVANCES IN GASTRO-INTESTINAL SURGERY* odbędzie się w Lublinie, w dniach 24-26 listopada 2011 r. Adresowany jest do chirurgów z Polski, Ukrainy, Litwy, Białorusi, Rumunii, Węgier, Słowacji, Czech i Mołdawii. Dla uczestników poniżej 35 r.ż. przygotowano są granty na pokrycie kosztów podróży. Zasadą kursu jest to, że jego wykładowcami są zarówno członkowie Rady EDS (zwykle z krajów zachodniej części Europy), jak i w równych proporcjach, autorytety w dziedzinie chirurgii układu pokarmowego z kraju, w którym odbywa się kurs – z Polski. Kurs rozpoczyna się warsztatami EBM. W programie przewidywane są sesje poświęcone chirurgii górnego odcinka układu pokarmowego, wątroby, trzustki i dróg żółciowych, a także jelita grubego. Szerokie spektrum omawianych zagadnień stwarza niezwykłą szansę na pogłębienie swojej wiedzy i umiejętności w dziedzinie chirurgii układu pokarmowego.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego  
prof. dr hab. med. Wojciech Polkowski

Szczegółowe informacje opublikowane są na angielskojęzycznej stronie internetowej:  
[www.eds-lublin2011.skolamed.pl](http://www.eds-lublin2011.skolamed.pl).

Uczestnicy konferencji otrzymają certyfikat uczestnictwa w kursie oraz potwierdzenie otrzymania europejskich punktów edukacyjnych (CME).

## Kategoria A Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Uzyskanie przez Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu kategorii A to wydarzenie historyczne, otwierające szeroki perspektywę dalszego rozwoju Wydziału.

Podstawą do otrzymania kategorii A były wymierne wskaźniki naukowe, dydaktyczne i organizacyjne.

W Wydziale stworzono możliwości do zwiększenia liczby publikacji naukowych w czasopiśmie naukowych z tzw. listy filadelfijskiej (*impact factor*). Podniesiono także rangę wydawanych przez WPiNoZ czasopism naukowych „Zdrowie Publiczne” i „Pielęgniarstwo XXI wieku” (podwyższenie punktacji MNiSzW/Index Copernicus).

Wydział uzyskał uprawnienia w zakresie nadawania stopni naukowych: – stopnia naukowego doktora nauk medycznych w dyscyplinie medycyna (2005 r.), oraz stopnia naukowego doktora nauk o zdrowiu (2010 r.)

WPiNoZ realizuje projekty badawcze finansowane przez MNiSzW oraz uczestniczy w wielu krajowych i międzynarodowych programach naukowo-badawczych. Mocną stroną Wydziału jest dobrze przygotowana kadra naukowo-dydaktyczna oraz stały i systematyczny monitoring, jak również podnoszenie jakości kształcenia w ramach realizowanych siedmiu kierunków kształcenia: *pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia, zdrowie publiczne, ratownictwo medyczne, dietetyka, kosmetologia*.

Studenci WPiZoZ mają możliwość uczestniczenia w programach międzynarodowej wymiany studenckiej

(Erasmus). Co istotne – innowacyjność otwiera Wydział na oczekiwania i zapotrzebowanie kraju i regionu na absolwentów. Przejawem tego jest stale poszerzanie oferty kształcenia.

Wydział aplikuje i składa wnioski o dofinansowanie kształcenia studentów ze środków UE. Wydział realizuje kilka projektów na następujących kierunkach: pielęgniarstwo, położnictwo, kosmetologia, zdrowie publiczne.

W najbliższej przyszłości Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu zamierza: uzyskać prawa nadawania tytułu *doktora habilitowanego nauk medycznych w dyscyplinie medycyna oraz w dyscyplinie doktora nauk o zdrowiu*, utworzyć nowe kierunki studiów I stopnia – praca socjalna, bezpieczeństwo i higiena pracy, elektroradiologia, a także powołać wydziałowe studia doktoranckie.

prof. dr hab.  
TERESA BERNADETTA KULIK,  
Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa  
i Nauk o Zdrowiu

### Kategorie pozostałych Wydziałów UM w Lublinie

- Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej – kategoria A
- I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym – kategoria B
- II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym – kategoria B

**Projekty realizowane w latach 2010-2011  
w ramach programu „IUVENTUS PLUS”  
ustanowionego komunikatem  
Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego  
z dnia 5 listopada 2010 r.**

1. **Dr n. med. Anna Torres** – „Rola szlaku sygnałowego kinazy mTOR oraz powiązanych z nim microRNA w patogenezie raka endometrium”. 200 000 zł  
Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka z Pracownią Biostruktury i Pracownią Wirtualnego Człowieka UM
2. **Lek. med. Mirosław Czuczwar** – „Wpływ hamowania neurogenezy we wczesnym okresie życia na epileptogenezę i zjawisko lekooporności u szczurów” 100 000 zł  
II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM
3. **Dr n. med. Anna Jamroz-Wiśniewska** – „Rola procesu homocysteinylacji białek w etiopatogenezie stwardnienia rozsianego” 87 000 zł  
Katedra i Klinika Neurologii UM
4. **Dr n. med. Grzegorz Staśkiewicz** – „Identyfikacja przeciążenia prawej komory serca u pacjentów z ostrą zatorowością płucną diagnozowanych metodą wielorzędowej tomografii komputerowej” 150 000 zł  
Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka z Pracownią Biostruktury i Pracownią Wirtualnego Człowieka UM
5. **Dr n. med. Jakub Pawlikowski** – „Krajowy biobank genomowy szansą rozwoju genomiki populacyjnej w Polsce. Model organizacyjny krajowego biobanku genomowego w świetle wytycznych międzynarodowych i doświadczeń innych krajów” – 68 000 zł  
Zakład Etyki i Filozofii Człowieka UM

**Inwestycje aparaturowe w 2010 r.**

1. „Systemy do leczenia nowotworów powierzchniowych otrzewnej oraz diagnostyki i rekonstrukcji piersi” – 1 200 000 zł  
Klinika Chirurgii Onkologicznej UM
2. „COX-2 zależna regulacja E-kadheryny na poziomie genu i białka w nowotworach układu pokarmowego i płciowego. Blokada transkrypcyjna E-kadheryny, rola SNAIL, ZEB1 i TWIST w progresji procesu nowotworowego.” 1 300 000 zł  
Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka z Pracownią Biostruktury i Pracownią Wirtualnego Człowieka UM
3. „Nowoczesne techniki leczenia nowotworów narządu płciowego kobiet” – 251 750 zł  
I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii UM
4. „Aparat do analizy genetycznej DNA – 473 246 zł  
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej UM

## Kryształowa Cegła dla „Teoretycznych Zakładów Naukowych III”

Nowe Collegium Pharmaceuticum znalazło się wśród laureatów dziesięcioletniego Konkursu o Kryształową Cegłę, ogłoszonego przez Polskie Towarzystwo Mieszkaniowe w Lublinie.



Do konkursu zgłoszono 61 realizacji, przy czym wzniesione obiekty budow-

lane były oceniane w 10 kategoriach.

Nowa siedziba Wydziału Farmaceutycznego przy ul. Chodźki otrzymała za nazwę Teoretyczne Zakłady Naukowe III i została laureatką konkursu i została uhonorowana w kategorii obiektów kultury i usługowe Kryształowa Cegła – głównym trofeum Konkursu, który organizowany jest od wielu lat. Kolejna już dziesiąta jubileuszowa edycja odbyła się w tym roku.

WZM



## Lubelski Kongres Studenckich Kół Naukowych

### Medycy w Tyglu

**Już po raz drugi młodzi lubelscy naukowcy mieli możliwość uczestniczyć w Lubelskim Kongresie Studenckich Kół Naukowych Tygiel 2010, który odbył się w dniach 22 i 23 września 2010 roku**

Coroczna impreza naukowa organizowana jest w ramach Lubelskiego Festiwalu Nauki. Ideą Kongresu Studenckich Kół Naukowych Tygiel 2010 jest zapoznanie się studentów z różnych uczelni lubelskich oraz wzajemne poznanie swej działalności naukowej i podejmowanych projektów badawczych. Jest to również doskonała sposobność do wymiany doświadczeń, a przede wszystkim propagowania nauki i zachęcenie młodzieży uczęcej się do podejmowania studiów i bycia aktywnymi członkami społeczności akademickiej.

Uniwersytet Medyczny reprezentowany był przez członków dziewięciu kół naukowych działających przy naszej Uczelni: Koło Naukowe Biochemików, Koło Naukowe Fizjologii Stosowanej i Neurofizjologii, Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Kardiologii, Koło Naukowe Przy Klinice Chorób Zakaźnych UM w Lublinie, Koło Naukowe przy Katedrze Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Koło Naukowe przy Zakładzie Chemii Fizycznej Katedry Chemii, Koło Naukowe Medycyny Ratunkowej, Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Higieny.

Wystąpienia studentów w panelu medyczno-chemicznym otworzyła Justyna Kinga Stępkowska, prezentując pracę *Związki pochodzenia roślinnego w walce z nowotworem*. Autorka przedstawiła surowce roślinne i otrzymywane z nich substancje czynne wykorzystywane w najnowszej medycynie w terapii i profilaktyce choroby nowotworowej.

Praca spotkała się z zainteresowaniem nie tylko obecnych na sali wykładowców akademickich i studentów, ale również młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych. W podsumowaniu obrad dwudniowego Kongresu Justyna Stępkowska została nagrodzona otrzymując *Dyplom za najlepiej wygłoszoną prezentację podczas Kongresu Studenckich Kół Naukowych Tygiel 2010* i statuetkę VII Lubelskiego Festiwalu Nauki.



Pozostali studenci naszej Almae Matris zaprezentowali podczas Kongresu tematy dotyczące takich zagadnień jak: bioterroryzm, grypa A/H1N1, czy choroby cywilizacyjne. Również podczas sesji plenarowej UM miał liczną reprezentację, a studenci: Mateusz Szymański, Karolina Komsta, Katarzyna Szymańska i Paweł Szpot z Koła Naukowego Fizjologii Stosowanej i Neurofizjologii otrzymali nagrodę za najlepiej przygotowane stanowisko plenarowe.

Lubelski Kongres Studenckich Kół Naukowych po raz kolejny dał możliwość zaprezentowania szerszej publiczności wyników pracy naukowej studentów lubelskich uczelni.

JUSTYNA KINGA STĘPKOWSKA

## Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny ogłasza otwarcie konkursu o stypendium doktoranckie

Do zdobycia jest 10 stypendiów naukowych w wysokości 10 tys. zł każde.

W 2006 r. Fundacja uruchomiła program stypendialny adresowany do młodych naukowców, uczestników studiów doktoranckich uczelni medycznych i Centrum Poddyplomowego Kształcenia Medycznego. Celem programu jest promowanie

i nagradzanie najzdolniejszych doktorantów z udokumentowanym dorobkiem naukowym. Nagrodą jest stypendium naukowe w wysokości 10 tys. zł finansowane ze środków Fundacji.

Stypendyści wyłaniani są w drodze konkursu organizowanego przez Fundację raz na dwa lata. Doktorantów do udziału w konkursie rekomendują uczelnie, przy czym każda ma prawo zgło-

sznienia trzech kandydatów. Stypendia przyznaje zarząd Fundacji na wniosek Rady Naukowej.

Zgodnie z przyjętym formularzem oceny wniosku punktowane są:

- założenia rozprawy doktorskiej (do 20 pkt.)
- dotychczasowy dorobek (do 30 pkt.)
- dotychczasowe publikacje (do 50 pkt.)

Uwzględniając te kryteria uczelnie są zobowiązane do ułożenia listy rankingowej zgłaszanych wniosków.

Stypendia otrzymają doktoranci, których wnioski uzyskały największą liczbę punktów i rekomendację od Rady Naukowej Fundacji.

Regulamin konkursu oraz formularz wniosku są dostępne na stronie internetowej: [www.polpharma.pl/fundacja](http://www.polpharma.pl/fundacja)

## Doktor Renata Krzyszycha dyrektorem Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego

Urodzona 1973 roku w Lublinie. Studia wyższe na kierunku Technologia Żywności i Żywnienie Człowieka w Akademii Rolniczej w Lublinie ukończyła w 1997 r. W tym samym roku rozpoczęła pracę w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie, gdzie zajmowała się kontrolą jakości żywienia w placówkach oświatowo-wychowawczych i leczniczych z terenu Lublina i województwa, a następnie analizą zanieczyszczeń chemicznych żywności, wody i powietrza. W czerwcu 2001 r. uzyskała w Akademii Rolniczej w Lublinie tytuł dr nauk rolniczych. W kwietniu 2003 r. uzyskała I stopień specjalizacji w zakresie higieny i epidemiologii oraz certyfikat audytora wewnętrznego badań żywności i wody.

W październiku 2003 r. została zatrudniona w Akademii Medycznej w Lublinie, a w październiku 2007 r. została powołana na stanowisko p.o. kierownika Zakładu Dietetyki Klinicznej WPiNoZ. Od 2009 r. pełniła funkcję koordynatora na kierunku dietetyka. Uczestniczyła jako członek komisji w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego przy tworzeniu standardów nauczania dla kierunku dietetyka. Autorka i współautorka 64 publikacji naukowych oraz doniesień konferencyjnych. 30 grudnia 2010 r. wygrała konkurs na wyższe stanowisko w służbie cywilnej – dyrektora Wydziału Zdrowia UW w Lublinie.

Red.

## Dr Janusz Borowicz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie protetyki

**Dr Janusz Borowicz został nowym konsultantem wojewódzkim w dziedzinie protetyki stomatologicznej. Powołanie na stanowisko odebrał z rąk wojewody lubelskiego Genowefy Tokarskiej.**

Konsultant m.in. kontroluje podmioty udzielające świadczeń medycznych z zakresu protetyki stomatologicznej. Absolwent I Liceum Ogólnokształcącym im. Stanisława Staszica w Lublinie. Bezpośrednio po uzyskaniu matury w 1983 roku podjął studia na Oddziale Stomatologicznym Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Po złożeniu egzaminów (średnia ocen na studiach 4,46) 23 sierpnia 1988 uzyskał dyplom i tytuł lekarza dentysty. Od 3 października 1988 r. pracuje w Katedrze i Zakładzie Protetyki Stomatologicznej z Pracownią Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia AM w Lublinie na stanowisku asystenta. Posiada specjalizację pierwszego stopnia ze stomatologii ogólnej uzyskaną w 1990

roku oraz specjalizację drugiego stopnia z protetyki stomatologicznej uzyskaną w 1993 z wyróżnieniem. W 1997 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych. W latach 1993-2001 pełnił funkcję skarbnika oddziału lubelskiego PTS. Członek – założyciel Polskiego Towarzystwa Dysfunkcji Narządu Żucia.

1 lipca 2009 r. został powołany przez JM Rektora na p.o. kierownika Poradni Protetyki Stomatologicznej w Stomatologicznym Centrum Klinicznym, natomiast z dniem 1 września 2009 roku rozpoczął pełnienie obowiązków kierownika Zakładu Protetyki Stomatologicznej UM w Lublinie. Jest autorem 32 publikacji.

WJM

### Duży sukces SPSK nr 4

## Perła wśród szpitali

**Spory sukces odniósł Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4. Zwyciężył w IV edycji Ogólnopolskiego Konkursu Medycznego Perły Medycyny (I miejsce w kategorii szpitale wielospecjalistyczne – powyżej 400 łóżek).**

Wyniki konkursu zostały ogłoszone 23 października 2010 r. podczas Gali Perły Medycyny. Przypomnijmy, że to nie pierwszy tego typu sukces SPSK nr 4. Do historii przeszły już wysokie lokaty tej największej lecznicy na Lubelszczyźnie w niedawnych rankingach „Rzeczpospolita”.

Także trzy lata temu (2007 r.) Szpital zdobył również pierwsze miejsce w rzeczowej kategorii.

Celem konkursu – jak stwierdzają jego organizatorzy – jest promocja placówek medycznych, które swoją działalnością wpływają na poziom oferowanych usług – ich dostępność, jakość i bezpieczeństwo pacjentów.

Konkurs zorganizowali: Mazowieckie Zrzeszenie Przemysłu Handlu i Usług, Naczelna Rada Zrzeszeń Handlu i Usług.

Patronami konkursu są m.in.: Prezes Naczelnej rady Lekarskiej, Polskie Towarzystwo Lekarskie, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Niepublicznych Szpitali Samorządowych, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED.

WJM



Publikujemy ponownie rankingi jednostek, opracowane przez Dziekanaty poszczególnych Wydziałów Uczelni, z uwzględnieniem jednolitych kryteriów oceny parametrycznej.

## Ocena działalności i aktywności naukowej jednostek I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym w 2009 roku

L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowników (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	Łączny IF
1	Katedra i Klinika Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku	12	866	689	1555,0	129,58	44,813
2	Katedra i Zakład Chemii Medycznej	5,6	184	406	590,0	105,36	5,68
3	Samodzielna Pracownia Genetyki Klinicznej	3	117	94	211,0	70,33	1,213
4	II Zakład Radiologii Lekarskiej	2	86	47	133,0	66,50	0
5	Klinika Chirurgii Onkologicznej Katedry Onkologii	3	104	74	178,0	59,33	0
6	Zakład Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej	3	33	142	175,0	58,33	0
7	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej	6,75	284	74	358,0	53,04	32,541
8	Katedra i Zakład Higieny	5	124	131	255,0	51,00	1,443
9	I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii	10,6	336	192	528,0	49,81	5,531
10	Katedra Genetyki Medycznej z Zakładem Genetyki Nowotworów i Pracownią Cytogenetyczną	4	53	146	199,0	49,75	2,905
11	Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka	17	679	160	839,0	49,35	29,45
12	Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej	8	196	138	334,0	41,75	12,266
13	Katedra i Klinika Psychiatrii	20	587	234	821,0	41,05	6,975
14	Katedra i Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży	8	128	143	271,0	33,88	4,897
15	II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii	5	141	19	160,0	32,00	5,474
16	Katedra i Klinika Okulistyki	13	250	161	411,0	31,62	10,634
17	Zakład Wirusologii	4	70	46	116,0	29,00	2,475
18	Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej	12,5	237	109	346,0	27,68	0
19	Katedra i Zakład Periodontologii	10	109	158	267,0	26,70	5,778
20	II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego	14	178	194	372,0	26,57	3,94
21	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych	19,5	324	38	362,0	18,56	4,956
22	Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego	16	239,329	55	294,3	18,40	4,329
23	Zakład Onkologii Katedry Onkologii	5	28	54	82,0	16,40	0
24	Katedra i Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii	6	81	14	95,0	15,83	1,779
25	Katedra i Zakład Ortopedii Szczękowej	8	107,496	18	125,5	15,69	4,329
26	Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii	6	62	31	93,0	15,50	2,886
27	Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	9	87	29	116,0	12,89	0
28	Zakład Chirurgii Stomatologicznej	6	62,926	12	74,9	12,49	10
29	Katedra i Zakład Histologii Embriologii	10	85	14	99,0	9,90	0,674
30	Katedra i Zakład Fizjologii Człowieka	18	142	16	158,0	8,78	10,478
31	Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej	31	142	85	227,0	7,32	7,062
32	Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej	18	47	74	121,0	6,72	0

## Ocena działalności i aktywności naukowej jednostek II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym w 2009 roku

L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowni- ków (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	łączy IF
1	Katedra i Zakład Patofizjologii	12,25	1142	220	1362	111,18	56,271
2	Katedra i Zakład Immunologii Klinicznej	8	467	377	844	105,50	40,404
3	II Katedra i Klinika Ginekologii	11,75	542	441	983	83,66	25,979
4	Katedra i Zakład Medycyny Sądowej	5	78	302	380	76,00	3,733
5	Klinika Pediatrii III Katedry Pediatrii	2	27	90	117	58,50	0
6	Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	8	106	258	364	45,50	2,959
7	Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii	9,3	139	276	415	44,62	2,067
8	Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej	14	481	128	609	43,50	8,466
9	Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej	13	376	186	562	43,23	10,81
10	Katedra i Klinika Gastroenterologii z Pracownią Endoskopową	9	265	116	381	42,33	15,236
11	Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii	4	62	106	168	42,00	1,213
12	Katedra i Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii	12	244	235	479	39,92	2,886
13	III Katedra i Klinika Ginekologii	5	157	41	198	39,60	5,576
14	I Zakład Radiologii Lekarskiej z Pracownią Telemedycyny Katedry Radiologii	5,1	117	82	199	39,02	6,878
15	Katedra i Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej	8	248	47	295	36,88	16,118
16	Katedra i Klinika Neurologii	18	452	168	620	34,44	42,852
17	Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii Katedry Radiologii	8	84	185	269	33,63	5,06
18	Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej	5	77	88	165	33,00	2,65
19	Katedra i Klinika Kardiologii	18,2	311	260	571	31,37	65,276
20	Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii	12	179	186	365	30,42	2,778
21	Katedra i Klinika Nefrologii	14	293	73	366	26,14	17,99
22	Klinika Ortopedii i Traumatologii Katedry Ortopedii	8	61	147	208	26,00	2,997
23	Katedra i Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej	12	235	74	309	25,75	14,097
24	Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej	17	385	46	431	25,35	20,561
25	Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego	8,5	164	49	213	25,06	2,606
26	Zakład Radiologii Dziecięcej Katedry Radiologii	5	54	71	125	25,00	3,588
27	Katedra i Zakład Epidemiologii	4	51	43	94	23,50	2,886
28	Klinika Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej III Katedry Pediatrii	11	84	164	248	22,55	2,285
29	Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii	5	31	75	106	21,20	0
30	Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	6	68	58	126	21,00	5,378
31	I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Kliniknym Oddziałem Dziecięcym	10	87	95	182	18,20	4,687
32	Katedra i Klinika Endokrynologii	8	54	77	131	16,38	3,061
33	Zakład Propedeutyki Pediatrii I Katedry Pediatrii	6	44	47	91	15,17	1,888
34	Klinika Patologii Noworodków i Niemowląt I Katedry Pediatrii	7	46	60	106	15,14	4,122



## Ocena działalności i aktywności naukowej jednostek II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym w 2009 roku

L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowników (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	Łączny IF
35	Klinika Nefrologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii	7	90	8	98	14,00	5,639
36	Katedra i Klinika Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej	3	14	28	42	14,00	0
37	Katedra i Zakład Biofizyki	6	41	35	76	12,67	0
38	Klinika Ortopedii i Rehabilitacji Katedry Ortopedii	5	14	46	60	12,00	0
39	Klinika Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej Katedry Ortopedii Dziecięcej	5	12	47	59	11,80	0
40	Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej	6	8	48	56	9,33	0
41	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych	12	48	41	89	7,42	0,337
42	Klinika Kardiologii Dziecięcej I Katedry Pediatrii	4	0	28	28	7,00	0
43	Katedra i Zakład Medycyny Nuklearnej	4	0	20	20	5,00	0
44	Klinika Kardiochirurgii	3	10	3	13	4,33	0
45	I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnościowego	11,5	24	16	40	3,48	0
46	Klinika Ortopedii Dziecięcej Katedry Ortopedii Dziecięcej	4	12	0	12	3,00	0

## Ocena działalności i aktywności naukowej jednostek Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej w 2009 roku

L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowników (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	Łączny IF
1	Zakład Chemii Fizycznej, Katedry Chemii	5	154	227	381	76,20	7,068
2	Katedra i Zakład Farmakognozji z Pracownią Roslin Leczniczych	11	541	215	756	68,73	34,990
3	Katedra i Zakład Farmakologii z Farmakodynamiką	10	388	168	556	55,60	33,821
4	Katedra i Zakład Chemii Organicznej	7	124	246	370	52,86	11,545
5	Katedra i Zakład Chemii Leków	10	289	187	476	47,60	14,899
6	Zakład Chemii Analitycznej, Katedry Chemii	8	299	69	368	46,00	16,205
7	Zakład Chemii Nieorganicznej, Katedry Chemii	7	191	110	301	43,00	11,615
8	Katedra i Zakład Żywności i Żywienia	3	87	30	117	39,00	0,000
9	Katedra i Zakład Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych	7	91	170	261	37,29	7,332
10	Katedra i Zakład Biologii z Genetyką	2	53	19	72	36,00	4,599
11	Katedra i Zakład Biochemii i Biotechnologii	9	224	92	316	35,11	3,623
12	Samodzielna Pracownia Chromatografii Planarnej, Katedry Chemii	2	38	31	69	34,50	0,662
13	Zakład Diagnostyki Biochemicznej, Katedry Diagnostyki Laboratoryjnej	2	53	12	65	32,50	0,000
14	Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej	6	135	31	166	27,67	1,772
15	Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej z Pracownią Diagnostyki Mikrobiologicznej	7	114	73	187	26,71	4,624
16	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Katedry Diagnostyki Laboratoryjnej	7,5	147	34	181	24,13	3,279
17	Katedra i Zakład Toksykologii	6	67	53	120	20,00	4,503

## Ranking

L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowników (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	Łączny IF
18	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	10	100	69	169	16,90	4,859
19	Zakład Historii Nauk Medycznych	2	4	0	4	2,00	0,000

## Ocena działalności i aktywności naukowej jednostek Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu w 2009 roku

L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowników (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	Łączny IF
1	Zakład Metod Informatycznych i Epidemiologicznych	1,0	165	71	236	236,00	1,443
2	Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Neurologicznej, Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii	1,0	105	33	138	138,00	2,317
3	Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej	2,0	230	20	250	125,00	0,337
4	Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego	2,5	107	183	290	116,00	0,000
5	Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedry Środowiskowej Opieki Zdrowotnej	2,0	127	94	221	110,50	0,000
6	Katedra Zdrowia Publicznego	3,0	76	247	323	107,67	0,000
7	Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych	2,0	124	58	182	91,00	0,641
8	Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Katedry Środowiskowej Opieki Zdrowotnej	2,0	70	102	172	86,00	0,000
9	Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii, Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii	4,0	155	155	310	77,50	0,000
10	Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa	8,0	257	314	571	71,38	3,162
11	Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej	4,0	133	131	264	66,00	2,778
12	Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedry Nauk Humanistycznych	3,0	180	16	196	65,33	0,000
13	Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego	2,0	64	64	128	64,00	0,000
14	Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Katedry Nauk Humanistycznych	3,0	161	30	191	63,67	2,176
15	Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie	3,0	82	99	181	60,33	0,000
16	Zakład Dietetyki Klinicznej	1	59	0	59	59	0,000
17	Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego	3,0	91	84	175	58,33	6,821
18	Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii	3,0	117	45	162	54,00	0,000
19	Pracownia Ratownictwa Medycznego	2,0	45	44	89	44,50	0,000
20	Pracownia Technik Diagnostycznych	1,0	16	16	32	32,00	0,000
21	Zakład Balneoterapii, Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii	2,0	52		52	26,00	0,000
22	Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego	5,0	114	6	120	24,00	1,443
23	Zakład Psychologii Klinicznej, Katedry Nauk Humanistycznych	2,0	15	33	48	24,00	0,000
24	Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego	8,0	149	32	181	22,63	7,460
25	Samodzielna Pracownia Medycyny Katastrof	2,0	15	13	28	14,00	0,000
26	Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej	4,5	24	15	39	8,67	0,000



# Inauguracja roku akademickiego 2010/2011





# GAUDEAMUS 2010/2011



LUBLINI













Fot. Stanisław Sadowski





**Kształcą się w Uczelni od kilkunastu lat przybysze ze wszystkich kontynentów, zdążający na studia medyczne do Lublina aż z 49 krajów świata – mówił JM Rektor prof. dr hab. dr h.c. Andrzej Książek w wystąpieniu inauguracyjnym.**

## **Słowo powitalne JM Rektora prof. dr hab. dr h.c. Andrzeja Książka**

Ekscelencjo  
Panowie Ministrowie  
Panie Prezydencie  
Wasze Magnificencje  
Szanowni Państwo

Dzień uroczystej inauguracji nowego roku akademickiego to niewątpliwie największe święto uczelni wyższych. Dziś inaugurujemy rok akademicki 2010/2011.

Naszą uroczystość zaszczyliło wiele osobistości, które mam zaszczyt powitać.

Witam

Jego Ekszelencję Księdza Arcybiskupa prof. dr hab. Józefa Życińskiego – Metropolity Lubelskiego, Wielkiego Kanclerza KUL, doktora honoris causa naszej Uczelni, dziękując jednocześnie za sprawowanie liturgii Mszy Świętej, która rozpoczęła dziś nasze uroczystości i za skierowane do nas słowa.

Serdecznie witam przybyłych na naszą uroczystość parlamentarzystów: Panie i Panów Posłów VI Kadencji Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej: Panią Magdalenę Gąsior-Marek, Pana Jana Łopatę, Panią Gabrielę Maślowską, Pana Krzysztofa Michałkiewicza, Panią Joannę Muchę, Panią Izabelę Sierakowską, Pana Lecha Sprawkę, oraz Panów Senatorów: Pana Józefa Bergie-

ra, Pana Grzegorza Czeleja, Pana Ryszarda Bendera, Pana Stanisława Gogacza.

Szczególnie gorąco witam Pana Cezarego Rzemka – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pana Krzysztofa Hetmana – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Rozwoju Regionalnego, Pana Krzysztofa Grabczuka – Marszałka Województwa Lubelskiego, Pana Adama Wasilewskiego – Prezydenta Miasta Lublin.

Witam Rektorów Akademickich Uczelni Lublina: Ks. Prof. dr hab. Stanisława Wilka – Rektora Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, Prof. dr hab. Andrzeja Dąbrowskiego – Rektora Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Prof. dr hab. Marianą Wesolowskiego – Rektora Uniwersytetu Przyrodniczego, Prof. dr hab. Marka Opielaka – Rektora Politechniki Lubelskiej.

Witam gorąco pozostałych członków Kolegium Rektorów Akademickich Uczelni Lublina: Prof. dr hab. Jana Glińskiego – Prezesa Lubelskiego Oddziału PAN, Prof. dr hab. Artura Korobowicza – Prezesa Lubelskiego Towarzystwa Naukowego.

Witam Ks. dr Marka Słomkę – Rektora Metropolitalnego Seminarium Duchownego w Lublinie, Prof. dr hab. Zdzisława Jerzego Czarneckiego – Rektora Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie, pułkownika dr Andrzeja Marciniuka – Szefa Katedry Nauk Ogólnokształcących Wyższej Szkoły Oficerskiej Sił Powietrznych w Dęblinie, Mgr Grażynę Jablonkę – Kanclerza Puławskiej Szkoły Wyższej.

Witam gorąco Konsula Generalnego Ukrainy w Lublinie Pana Ołcha Horbenkę.

Witam serdecznie doktorów honoris causa naszej Uczelni: Prof. dr hab. Bolesława Semczuka, byłego Rektora oraz Prof. dr hab. Edwarda Soczewińskiego.

Witam ks. prałata dr Tadeusza Pajurka – Dyrektora Ekonomicznego Archidiecezji Lubelskiej, ks. protoreja



**Andrzeja Łosia** – Dziekana Dekanatu lubelskiego Prawosławnej Diecezji Lubelsko-Chełmskiej.

Witam przedstawicieli administracji samorządowej Województwa Lubelskiego: **Pana Arkadiusza Bratkowskiego** – Członka Zarządu Województwa Lubelskiego, **Pana Jacka Czerniaka** – Przewodniczącego Sejmiku Województwa Lubelskiego, **Pana Piotra Zbigniewa Kowalczyka** – Przewodniczącego Rady Miasta Lublin, **Pana Stanisława Misztala** – Przewodniczącego Komisji Ochrony Zdrowia i Rodziny Sejmiku Województwa Lubelskiego, **Pana Dr Tomasza Włodka** – Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego, **Pana Janusza Szpaka** – Starostę Krasnostawskiego,

Serdecznie witam: **Pana Krzysztofa Babiśza** – Lubelskiego Kuratora Oświaty, **Pana Tomasza Pękalskiego** – Dyrektora Oddziału Lubelskiego Narodowego Funduszu Zdrowia, **dr Janusza Słodzińskiego** – Lubelskiego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, **pulkownika dyplomowanego Romana Chojeckiego** – Szefa Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego, **Inspektora Dariusza Działo** – Lubelskiego Komendanta Wojewódzkiego Policji, **Pana Tadeusza Gawdę** – Dyrektora Izby Skarbowej w Lublinie, **Pana Marka Zycha** – Zastępcę Prokuratora Rejonowego Lublin Północ, **Majora Mariusza Gałata** – Szefa Sekcji Planowania Trzeciej Brygady Zmechanizowanej Legionów im. Romualda Traugutta w Lublinie.

Witam serdecznie, **Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej** – **dr Janusza Spustka**, **Prezesa Okręgowej Izby Aptekarskiej** – **mgr Krzysztofa Przystupę**, **Przewodniczącą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych** – **mgr Monikę Kowalską**.



Mianuję Cię studentem Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



Ani na chwilę nie wolno nam zapomnieć o modernizacji szpitali klinicznych, ich infrastruktury, wyposażenia – skonstatował JM Rektor

Witam Przewodniczącego Zarządu Regionu Środkowoschodniego NSZZ „Solidarność” – **Pana Mariana Króla**.

Witam dyrektorów naszych szpitali klinicznych: **Dyrektora Szpitala Klinicznego nr 1 dr Adama Borowicza**, **Dyrektora Szpitala Klinicznego nr 4 dr Mariana Przylepę**, **Dyrektora Dziecięcego Szpitala Klinicznego dr Jerzego Szareckiego**, **Dyrektora Stomatologicznego Centrum Klinicznego – mgr Małgorzatę Jabłonkę**.

Witam dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej miasta i województwa: **Komendanta I Szpitala Wojskowego z Przychodnią plk dr Zbigniewa Kędzierskiego**, **Dyrektora Akademickiego ZOZ dr Ewę Rusinek-Goldiszewicz**, **Dyrektora Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej – dr hab. Elżbietę Starosławską**, **Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego – inż. Ryszarda Śmiecha**, **Dyrektora Wojewódzkiego Ośrodka**

**Medycyny Pracy – dr Annę Rutczyńską-Rumińską**, **Dyrektora Samodzielnego Publicznego ZOZ w Łęcznej – mgr inż. Piotra Rybaka**, **Dyrektora Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie – mgr inż. Edwarda Lewczuka**, **Dyrektora ds. Lecznictwa „Uzdrowiska Nałęczów SA” – dr Tomasza Kwiatkowskiego**, **Zastępcę Dyrektora d/s Lecznictwa Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Lublinie – dr Alicję Ciechan**.

Witam Dyrektorów Banków współpracujących z Uczelnią: **Panią Grażynę Elżbietę Fiok** – **Dyrektora Oddziału Regionalnego Kredyt Banku SA Oddział w Lublinie**, **Panią Anetę Piasecką** – **Dyrektora Oddziału Regionalnego Banku Millennium S. Oddział w Lublinie**,

**Pana Jarosława Świniarskiego** – Dyrektora Oddziału Regionalnego ING Banku Śląskiego.

Serdecznie witam: Zastępcę Dyrektora Państwowego Muzeum na Majdanku – **Panią Danutę Olesiuk**, Prezesa Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół AM – **prof. dr hab. Kazimierza Pasternaka**, Prezesa Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego – **mgr Janusza Kisielewskiego** oraz kierownika Oddziału Lubelskiego Towarzystwa Wolnej Wszechnicy Polskiej „Uniwersytet Trzeciego Wieku” – **mgr Malgorzatę Stanowską**.

Wśród naszych gości szczególnie gorąco witam dwóch nowych duszpasterzy Uniwersytetu Medycznego: **Ks. Wojciecha Iwanickiego i Ks. Marka Szoldrę**.

Witam także sprawującego dotychczas w Uczelni rządy **dusz księdza doktora Marka Saprygę** – *dziękując jednocześnie za pełnienie czternastoletniej posługi duszpasterskiej w naszym Uniwersytecie*.

Witam bardzo serdecznie przedstawicieli wszystkich grup pracowniczych naszego Uniwersytetu, a także pracowników emerytowanych, których obecność na tej sali potwierdza silne więzi emocjonalne i sentymentalne oraz wolę uczestnictwa w życiu Uczelni.

Szczególnie gorąco witam młodzież, a zwłaszcza studentów pierwszego roku, którzy po raz pierwszy biorą udział w uroczystości inauguracyjnej, a od dnia dzisiejszego wchodzi w skład naszej społeczności akademickiej jako pełnoprawni jej członkowie.

Witam przedstawicieli mediów: prasy, radia i telewizji.

Witam wszystkich gości przybyłych na naszą uroczystość.

## **Wystąpienie inauguracyjne JM Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr hab. dr h.c. Andrzeja Książka**

Wasza Ekscelencjo  
Panowie Ministrowie  
Wasze Magnificencje  
Szanowni Parlamentarzyści  
Szanowni Państwo

Uniwersytet Medyczny zatrudnia 1813 pracowników, w tej grupie jest 1077 nauczycieli akademickich, 57 pro-

fesorów zwyczajnych, 57 profesorów nadzwyczajnych i 675 pomocniczych pracowników nauki. Łącznie z trzema szpitalami klinicznymi, które mu podlegają, zapewnia pracę 8 tysiącom osób, co daje Uczelni bezwzględny prymat wśród największych pracodawców naszego miasta.

Dzisiaj w Uczelni na czterech wydziałach i dwunastu kierunkach studiuje 8 200 osób. Dość powiedzieć, że od lat wszelkie rekordy popularności wśród kandydatów ubiegających się o przyjęcie biją: medycyna, stomatologia, farmacja, fizjoterapia, techniki dentystyczne, analityka medyczna. Wszyscy nasi absolwenci znajdują zatrudnienie.

W zakresie inwestycji ukończyliśmy budowę Collegium Pharmaceuticum. W gmachu nowej farmacji przy ul. Chodźki znajdzie siedzibę 11 jednostek organizacyjnych Uczelni, zlokalizowane zostaną 72 laboratoria naukowo-dydaktyczne i 25 sal dydaktycznych. Będzie to miejsce pracy dla 200 osób oraz nauki dla kształcących się jednocześnie 500 studentów. Właśnie rusza wielka przeprowadzka...



**Immatrykulacja studentów**



Pozostałe projekty unijne jak modernizacja Collegium Pharmaceuticum, Collegium Pharmaceuticum przy ul. Staszica i budowa Ośrodka Medycyny Nuklearnej są na etapie realizacji. Realizujemy Centrum Innowacyjnych Technologii Nanobiomedycznych, przyczyni się ono do radykalnego przeobrażenia zaplecza aparaturowego, które wymaga pilnego dostosowania do współczesnych metod badawczych, abyśmy mogli konfrontować się w nauce z Europą i światem.

Łączna kwota wydatkowana na te cele wynosi 150 mln zł.

Ani na chwilę nie wolno nam zapomnieć o modernizacji szpitali klinicznych, ich infrastruktury, wyposażenia. Nasze szpitale wciąż rozbudowują się. Opoдал, co mogą Państwo dziś naocznie stwierdzić, rośnie duży, nowoczesny trakt operacyjny SPSK nr 4. Podobną rozbudowę traktu operacyjnego rozpoczyna SPSK nr 1.

Dużą stratę poniósł Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w wyniku pożaru dwóch oddziałów Kliniki Dermatologii, która przejściowo musi ograniczyć swoją działalność. Chcę zapewnić, że nadal poszukujemy optymalnego rozwiązania problemu, wyjścia z tej sytuacji, które z konieczności może oznaczać tymczasowe usytuowanie tej jednostki w szpitalnej bazie obcej.

#### **Szanowni Państwo,**

Kształcą się w UM od kilkunastu lat przybysze ze wszystkich kontynentów, zdążający do Lublina aż z 49 krajów świata. 730 obcokrajowców kontynuują w języku angielskim edukację medyczną na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, natomiast 170 rozpoczyna. Ostatnio dołączyło do nich kilkunastu studentów z Arabii Saudyjskiej. Kształcenie anglojęzyczne w zakresie medycyny i stomatologii stało się markową ofertą naszej Uczelni.

Pragnę zauważyć, że utworzenie przed kilkunastu laty studiów anglojęzycznych było kapitalnym projektem wizjonerskim, którego wieloletnia realizacja doskonale owocuje ku pożytkowi Uczelni, miasta i regionu. Obecność studentów zagranicznych w Lublinie to dodatkowe miejsca pracy dla mieszkańców naszego miasta i zarazem jego promocja wyrażająca się otwarciem na świat, a tym samym wielokulturowością.

Imponującym przykładem działań prospołecznych młodzieży są wzbudzające duże zainteresowanie ludności, prowadzone w ramach promocji zdrowia doraźne akcje profilaktyczne oraz organizowane corocznie podczas wakacji, we wsiach i miasteczkach Lubelszczyzny, obozy społeczno-naukowe. Jestem przekonany, że ogromne znaczenie wychowawcze miała tegoroczna akcja niesienia pomocy powodzianom w Wilkowie.

#### **Szanowni Państwo,**

Wykorzystując tę dzisiejszą, szczególną okazję i uczestnictwo w inauguracji grona naszych znamienitych gości honorowych pragnę tu i teraz skierować pod adresem Pana Prezydenta i Wysokiej Rady Miasta Lublin, na czele z Jej Przewodniczącym podziękowania za wspaniałomyślny gest przekazania budynku Collegium Novum na rzecz Uczelni. Tak bardzo oczekiwana, przychylna prośbom władz Uniwersytetu Medycznego uchwała, wzbudziła w naszej społeczności ogromną radość i uznanie dla włodarzy miasta. pozwala dziś z optymizmem spoglądać w przyszłość, kreślić plany dalszego rozwoju Uniwersytetu i snuć marzenia. Co więcej, przyznane Uczelni prawo własności dało podstawę do ubiegania się o środki finansowe, które umożliwią ochronę i kształtowanie zdegradowanej substancji budowlanej wybudowanego przed półwieczem gmachu. Raz jeszcze Panom Prezydentowi i Przewodniczącemu, jak również Państwu radnym gorąco, z głębi serca dziękuję.

„Dzisiaj, nie możemy również zapomnieć o naszych nauczycielach, współpracownikach i kolegach, którzy odeszli od nas w minionym roku akademickim – mówił JM Rektor, przywołajmy więc pamięć o nich: prof. dr hab. Jerzy Michalak, dr hab. Tadeusz Kostarz, prof. dr hab. Leszek Wdowiak, dr Michał Hajnos, Cezary Jagiełło. Uczcijmy chwilą ciszy ich pamięć.

Inauguracja roku akademickiego to również chwila inicjacji dla nowo wstępujących w nasze szeregi studentów. Naukę rozpoczyna 2700 żaków, którym życzę radosnego studiowania, znoszenia móżdżków nauki, przewycięzania zwątpień i czerpania energii z młodości. Studia to najpiękniejszy okres w życiu!

Z nowym rokiem życzę wszystkim pracownikom Uczelni wszelkiej pomyślności, zdając sobie sprawę, że bez Państwa udziału nie byłoby ubiegłorocznych sukcesów, osiągnięć i wysokich ocen. Gorąco za to Państwu dziękuję. Wierzę i ufam Wam, że i w tym roku równie odpowiedzialnie sprostacie wszystkim obowiązkom.

Życzę nam wszystkim, aby ten rok był lepszy od poprzedniego.

**Dziękuję Państwu za uwagę.**

**Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej  
Bronisław Komorowski uhonorował osoby zasłużone  
w służbie państwu i społeczeństwu.**

**Złotym Krzyżem Zasługi**

dr n. med. Izabella Dunin-Wilczyńska  
prof. dr hab. Sylwia Fidecka  
dr hab. Mirosław Jarosz  
prof. dr hab. Wojciech Zaluska

**Srebrnym Krzyżem Zasługi**

dr hab. Anna Gumieniczek  
dr hab. Beata Kulik-Rechberger  
dr hab. Grażyna Ossowska  
prof. dr hab. Wojciech Polkowski  
dr hab. Sławomir Rudzki  
dr Henryka Sawulicka-Oleszczuk  
prof. dr hab. Janusz Schabowski

**Brązowym Krzyżem Zasługi**

mgr Jacek Petkowicz  
dr n. hum. Włodzimierz Piątkowski  
dr n. farm. Beata Wojtysiak-Duma

**Medalem Złotym za Długoletnią Służbę**

Anna Czerniak  
dr n. med. Krystyna Kamińska  
Alina Mazur  
dr n. med. Jolanta Mieczkowska  
dr n. farm. Halina Stępień-Rukasz

**Medalem Srebrnym za Długoletnią Służbę**

dr n. med. Maria Cieszko-Buk  
mgr inż. Beata Kuś  
mgr Krystyna Ludwinek  
mgr Violetta Paździor  
dr n. med. Anna Ziolo

**Minister Edukacji Narodowej za szczególne zasługi  
dla oświaty i wychowania nadał Medal Komisji Edukacji  
Narodowej**

prof. dr hab. Andrzej Borzęcki  
prof. dr hab. Krzysztof Celiński  
prof. dr hab. Wanda Furmaga-Jabłońska  
prof. dr hab. Grażyna Ginalska  
prof. dr hab. Jolanta Kotlińska  
prof. dr hab. Grażyna Rajtar-Cynke  
prof. dr hab. Halina Szumiło

**Za szczególne zasługi dla profilaktyki, promocji zdro-  
wia i oświaty zdrowotnej Minister Zdrowia nadała  
Odznakę Honorową za Zasługi dla ochrony Zdrowia**

dr hab. Beata Jakubowska-Solarska  
dr n. farm. Aleksandra Józefczyk

prof. dr hab. Kazimierz Pasternak  
prof. dr hab. Tomasz Rechberger  
dr hab. Jolanta Rzymowska  
dr hab. Jolanta Szymańska

**Społeczność akademicka**

**Uniwersytetu Medycznego postanowiła  
uhonorować podsekretarza stanu  
Krzysztofa Hetmana  
(Ministerstwo Rozwoju Regionalnego)  
i Cezarego Rzemka (Ministerstwo Zdrowia)  
Medalem Okolicznościowym  
„Amicus Almae Matris”.**

**Za uzyskanie największej liczby cytowań własnych  
publikacji naukowych spośród pracowników  
Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Anality-  
ki Medycznej Laur Nauki – statuetkę SOWY  
otrzymała w tym roku  
prof. dr hab. Jolanta Kotlińska.**

**Absolwentka kierunku lekarskiego  
dr Izabela Zakrocka wygrała ogólnopolską  
edycję konkursu Primus Inter Pares  
w kategorii „Expert Lekarz”  
i tym samym została najlepszą studentką  
tego kierunku w Polsce.**





**Izabela Zakrocka,**  
absolwentka Wydziału Lekarskiego  
wygrała ogólnopolską edycję  
konkursu Primus Inter Pares  
w kategorii „Expert Lekarz”  
i tym samym została najlepszą  
studentką tego kierunku w Polsce

Prof. dr hab. Kazimierz Głowniak – Prorektor ds. Współpracy z Zagranicą i Szkolenia Podyplomowego, kierownik Katedry i Zakładu Farmakognozji wygłosił wykład inauguracyjny pt. „Aktualne kierunki badań nad lekami roślinnym”.

*Quod felix faustum fortunatumque sit!*

## **Wykład inauguracyjny prof. dr hab. Kazimierz Głowniak**

### **Nowe kierunki fitoterapii**

**Z najnowszych badań prowadzonych przez WHO wynika, iż 80% ludności świata stosuje jedynie leki pochodzenia roślinnego, a w krajach rozwiniętych 35% przepisanych leków to leki pochodzenia naturalnego. 50% leków OTC jest otrzymywana z roślin leczniczych.**

Spośród 40 tysięcy znanych gatunków roślin leczniczych jedynie 4000 zbadano pod kątem działania farmakologicznego, dlatego też szeroko rozwinięta współpraca naukowa krajów Europy z ośrodkami azjatyckimi czy afrykańskimi ukierunkowana jest na poszukiwanie roślin stosowanych w etnomedycynie danego regionu, a niezbadanych dotąd pod względem fitochemicznym.

Szereg międzynarodowych towarzystw naukowych jednoczy naukowców z całego świata na poszukiwa-

niach związków pochodzenia roślinnego aktywnych farmakologicznie. Do organizacji tego typu należą m.in.: PSE (Phytochemical Society of Europe), ISDNP (International Society for the Development of Natural Products) i ISEO (International Symposia on Essential Oils). Także w Lublinie co dwa lata Pracownicy Katedry Farmakognozji Uniwersytetu Medycznego organizują międzynarodową konferencję naukową – International Symposium on Chromatography of Natural Products, będącą okazją do wymiany doświadczeń i rozwoju naukowego. Siódmy zjazd odbył się w bieżącym roku w połączeniu z konferencją towarzystwa ISDNP (International Society for the Development of Natural Products). Kolejny zjazd tego towarzystwa jest zaplanowany w 2012 roku i odbędzie się w New Delhi, zaś Katedra Farmakognozji Uniwersytetu Medycznego w Lublinie będzie jego współorganizatorem.

Poszukiwania aktywnych ciał czynnych występujących w ekstraktach roślinnych prowadzone są w kierunku znalezienia związków pomocnych m.in. w terapii chorób nowotworowych, malarii, HIV, arteriosklerozy, czy też będących silnymi lekami przeciwbólowymi działającymi ośrodkowo, a nie wywołującymi przyzwyczajenia. Przykładem substancji o właściwościach przeciwmalarycznych jest artemisininina z bylicy rocznej (*Artemisia annua* L.), będąca związkiem skuteczniejszym niż od dawna stosowane pochodne chininy.

Obecnie liczne ośrodki naukowe w Europie, Stanach Zjednoczonych, czy Kanadzie ukierunkowane są na nawiązywanie współpracy z krajami Afryki, Ameryki Południowej i Azji, ze względu na zasób roślin leczniczych stosowanych w etnomedycynie ludowej tych krajów do dziś. Obecnie co raz częściej wprowadza się na uczelnie

szczególnie krajów Azji i Ameryki Południowej kształcenie z zakresu medycyny tradycyjnej jako równorzędne z kształceniem akademickim. Również w szpitalach klinicznych profil leczenia ukierunkowany jest na medycynę tradycyjną (fitoterapię, akupunkturę, akupresurę czy masaż) jako alternatywę do metod nowoczesnej terapii farmakologicznej.

**Medycyna tradycyjna** wprowadza środki lecznicze wieloskładnikowe o wielokierunkowym działaniu, często o niepotwierdzonych właściwościach farmakologicznych: mieszanki ziołowe lub złożone kompozycje przetworów galenowych – środki trudne do standaryzacji, leki, których dawkowanie oparte jest na wielowiekowym doświadczeniu.

**Medycyna akademicka** wykorzystuje leki o określonym składzie, mechanizmie działania i dawkowaniu – także te pochodzenia roślinnego. Preparaty zawierają zaledwie kilka składników ze wskazaniem substancji głównej o określonym działaniu farmakologicznym. Są to leki zgodne z monografiami farmakopealnymi, monografiami Komisji E oraz ESCOP (Ryc. 1).

**Ryc. 1 Lek roślinny asyntetyczny w terapii**

Lek roślinny	Lek syntetyczny
→ przetwory roślinne posiadają charakter wieloskładnikowy i wielokierunkowe działanie	→ pojedynczy związek chemiczny lub połączenie kilku składników – skuteczność w określonej jednostce chorobowej
⇒ ta sama substancja roślinna	
* ⇒ produkt leczniczy roślinny, suplement diety,	
⇒ środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, kosmetyk (fitokosmeceutyk)	
→ w innych produktach nie występuje	

Rozdzielanie roślinnych metabolitów wtórnych z naturalnie występujących mieszanin może prowadzić do potwierdzenia obecności znanych związków o określonej aktywności, odkrycia nowych właściwości znanych związków lub też wykrycia nowych struktur chemicznych – charakteryzujących się konkretną aktywnością farmakologiczną lub nieaktywnych farmakologicznie.

Szczególnie znużące i długotrwałe są testy dotyczące leków o potencjalnych właściwościach przeciwnowotworowych, gdyż wymagają one zarówno poznania mechanizmów działania cytotatycznego, jak też opracowania metod ich izolacji na szerszą skalę w postaci jednorodnej z materiału roślinnego.

Wyciągi te jednak są poddawane wstępnym screeningowym testom wykazującym ich ewentualną aktywność

farmakologiczną lub nieoczekiwane działanie toksyczne. Wyciągi wykazujące potencjalne działanie lecznicze poddawane są serii wstępnych badań *in vitro* celem potwierdzenia kierunku ich aktywności, a – w przypadku uzyskania pozytywnych wyników – poddawane analizie chromatograficznej preparatywnej celem wyizolowania jednorodnych składników.

Wymaga to dobrania optymalnych metod ekstrakcji, a następnie oczyszczania otrzymanych surowych wyciągów z zastosowaniem nowoczesnych metod chromatografii preparatywnej.

Wyizolowany związek po ustaleniu jego struktury musi być poddany badaniom aktywności cytotatycznej w testach *in vitro* na wybranych liniach komórek nowotworowych.

Linia komórek **białaczki P388**, bardzo wrażliwej na znane cytostatyki, jest stosowana w celu oceny, czy badany ekstrakt zawiera substancje przeciwnowotworowe

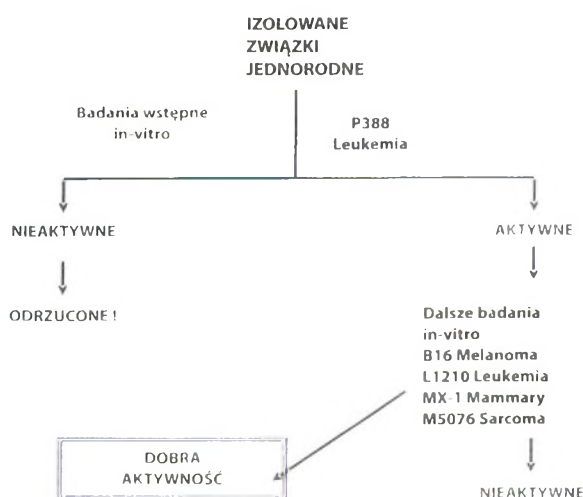
Następnym etapem jest testowanie wpływu na inne linie komórkowe, jak również poszukiwanie i izolacja odpowiedzialnych za tą aktywność składników oraz badania ich toksyczności

Stosowanych jest ok. **60 linii komórkowych** reprezentujących różne typy nowotworów: białaczkę, nowotwory płuc, okrężnicy, OUN, jajnika, nerki, prostaty, piersi oraz czerniaki.

Substancje syntetyczne i naturalne są badane w stężeniach od **10<sup>-4</sup> M do 10<sup>-8</sup> M**

Wyniki decydują o zakwalifikowaniu do dalszych badań lub odrzuceniu (Ryc. 2).

**Ryc. 2**



Badaniami związanymi z poszukiwaniem związków czynnych – potencjalnych leków przeciwnowotworowych – zajmuje się na szeroką skalę National Cancer Institute (NCI) utworzony w Stanach Zjednoczonych.





**Prof. dr hab. Kazimierz Głowniak wygłosił wykład inauguracyjny pt. „Aktualne kierunki badań nad lekiem roślinnym”**

Brał on udział w wielu znaczących odkryciach w tej dziedzinie oraz w badaniu i opisywaniu cytotoksyczności wielu produktów naturalnych

O niezwyklej aktywności tego instytutu świadczy fakt, że tylko w latach 1960 – 1982 przebadano na różnych liniach komórek nowotworowych 114000 ekstraktów z 35000 gatunków roślin

W Katedrze Farmakognozji od kilku lat prowadzone są badania nad surowcami zawierającymi substancje o działaniu cytostatycznym. Jedną z głównych grup substancji o tym działaniu są związki diterpenowe oparte na szkielecie taksanu.

Związki te zwane taksoidami występują w tkankach cis (rodzaj *Taxus* obejmujący 7 gatunków). W Europie występuje cis pospolity *Taxus baccata*.

Mechanizm działania taksolu polega na promowaniu tworzenia mikrotubuli i hamowaniu ich depolimeryzacji, a przez to stabilizacji cytoszkieletu i hamowaniu podziałów komórkowych.

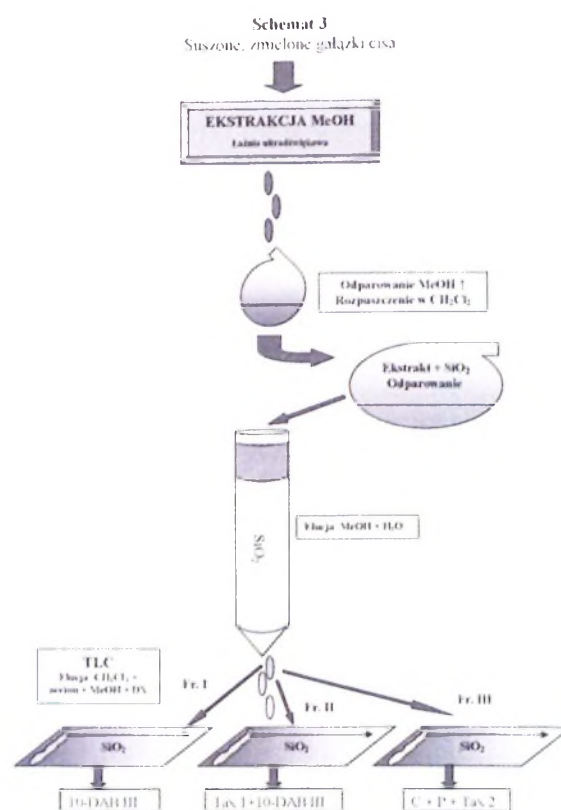
Dzięki silnym właściwościom cytostatycznym i antynowotworowym zarejestrowano taksol jako lek przeciwko rakowi jajników i piersi. Jakkolwiek rozpoczęto próby syntetycznego otrzymywania taksolu i innych taksoidów, izolacja z tkanek różnych gatunków cis jest główną metodą ich otrzymywania.

Izolacja taksoidów jest jednak procesem dość złożonym i znużającym z uwagi na fakt ich występowania w materiale roślinnym w ilościach śladowych (zawartość paklitakselu w korze *Taxus brevifolia* wynosi 0,01%). Wyprodukowanie kilograma paklitakselu – taksolu metodą izolacji z kory *Taxus brevifolia* pochłania 3 tysiące kilogramów igieł. Jest to ilość dla 500 pacjentów. Dlatego też obecnie stosuje się metodę półsyntetycznego otrzymywania taksolu z 10-deacetylobakatyiny III – taksoidu występującego w igłach cis w znacznie większych ilościach (0,1%). 10-DAB III jest związkiem stosunkowo łatwym do pozyskania – izolacja z igieł *Taxus baccata* (wydajność 1g z 1 kg suchych igieł).

W Katedrze i Zakładzie Farmakognozji opracowano metody przygotowania, ekstrakcji i oczyszczania próbek igieł i gałązek z różnych gatunków cis. Optymalizowano analizę ilościową metodą wysokosprawnej chromatografii cieczowej. Opracowano wstępne procedury izolacji na skalę preparatywną niektórych taksoidów przy użyciu tanich adsorbentów (tlenku glinu, Florisilu, żelu krzemionkowego) oraz nisko toksycznych rozpuszczalników.

Opracowana i opatentowana przez dr n. farm. Michała Hajnosa prosta, tania technologia oczyszczania surowego wyciągu metanolowego z igieł cis z zastosowaniem preparatywnej chromatografii kolumnowej pozwoliła na pozyskiwanie znacznych ilości 10-DAB III, taksolu (paklitakselu-P) i mniej aktywnej cefalomaniny (C) (Ryc. 3).

**Ryc. 3**



W dalszych naszych badaniach planowane jest wykorzystanie optymalizowanych wcześniej metod do oceny zawartości taksoidów w materiale roślinnym. Planowane są także szeroko zakrojone badania nad izolacją zarówno znanych jak i nowych taksoidów z tkanek cis przy użyciu nowoczesnych metod ekstrakcyjnych i chromatograficznych. Zastosowanie tanich sorbentów, niskotoksycznych rozpuszczalników i uproszczonych

procedur izolacji pozwoliłoby na obniżenie kosztów produkcji tych leków.

Kolejnym celem jest przeprowadzenie badań aktywności biologicznej szeregu związków naturalnych wyizolowanych z cisów. Badania będą przeprowadzone na komórkach roślinnych np. komórkach merystematycznych cebuli i na ludzkich liniach komórkowych. Badania te mogą doprowadzić do stwierdzenia aktywności antynowotworowej nowych związków z grupy toksoidów, a także określenie ich wpływu na hamowanie angiogenezy w guzach nowotworowych.

Angiogeneza jako proces tworzenia nowych naczyń włosowatych jest istotnym ogniwem procesów rozrodczych oraz warunkiem prawidłowej regeneracji uszkodzonych tkanek.

Przebiega wieloetapowo i bierze w niej udział szereg komórek i czynników humoralnych (cytokiny, chemokiny i enzymy proteolityczne).

Angiogeneza nowotworowa jest tworzeniem nowych naczyń krwionośnych w obrębie guza pierwotnego oraz ognisk przerzutowych. Stanowi niezbędny czynnik wzrostu i progresji przerzutów.

Inhibitory angiogenezy mogą być wykorzystane jako leki hamujące proces tworzenia naczyń krwionośnych w obrębie guza i w efekcie hamować jego rozwój oraz powstawanie przerzutów

Uzyskane do tej pory syntetyczne inhibitory angiogenezy min. bevacizumab, sunitinib, sorafenid i vatalanib, znajdujące się na etapie badań klinicznych, są bardzo kosztowne oraz obciążone znacznymi działaniami niepożądanymi

Niezbędne jest prowadzenie szeroko zakrojonych badań nad nowymi, tańszymi i bezpieczniejszymi lekami wykazującymi ten rodzaj aktywności farmakologicznej.

Wśród leków pochodzenia roślinnego angiogenezę hamują preparaty zawierające wyciągi z ziela **jeżówki purpurowej** (*Echinacea purpurea*) lub korzenia **jeżówki wąskolistnej** (*Echinacea angustifolia*). Aktywność ta jest związana z alkalamidami (głównie z izobutyamidami kwasu dodekatetraenowego), polisacharydami, glikoproteinami oraz fenolokwasami.

Działania to charakteryzuje także wyciągi z **cytryńca chińskiego** (*Schizandra chinensis*) stosowanego w Chinach ze względu na jego właściwości adaptogenne, antyoksydacyjne i hepatoprotekcyjne.

Do najstarszych substancji roślinnych stosowanych w leczeniu należy korzeń żeń-szenia (*Panax ginseng*) zawierający związki saponozydowe z grupy ginsenozydów. Aktualne badania wykazały aktywność ginsenozydów Rb1, Rb2, Rb3 jako silnych inhibitorów angiogenezy. Do właściwości żeń-szenia możemy także zaliczyć wpływ na biosyntezę białka i RNA, pobudzenie produkcji przeciwciał antywirusowych i obniżenie poziomu cholesterolu we krwi.



Laur Nauki – Statuetka Sowy za największą liczbę cyto-  
wań naukowych dla prof. dr hab. Jolanty Kotlińskiej

Saponiny są doskonałym regulatorem rytmu serca w przypadku zaburzeń czynności serca spowodowanych dysfunkcją elektrolityczną lub bodźcami nerwowymi, a także wykazują działanie antyoksydacyjne i immunostymulujące oraz pobudzają produkcję przeciwciał antywirusowych.

Szeroko prowadzone badania nad poszukiwaniem jednorodnych substancji leczniczych o tym działaniu wykazały, iż właściwości antyangiogenne posiadają przedstawione poniżej substancje izolowane z roślin leczniczych:

- **sangwinaryna** (*Sanguinaria canadensis*),
- **paklitaksel** (*Taxus baccata*),
- **kamptotecyna** (*Camptotheca acuminata*),
- **winkrystyna** (*Catharanthus roseus*),
- **kombretastatyna** (*Combretum caffrum*),
- **izolikwirytna** (*Glycyrrhiza uralensis*),
- **sinomenina** (*Sinomenium acutum*),
- **tryptolid** (*Tripterygium wilfordii*),
- **genisteina** (*Glycine max*)

Wykazano również, że stosowanie ultra niskich dawek leków przeciwnowotworowych (paklitaksel) hamuje angiogenezę, bez wpływu na tworzenie mikrotubuli, co może być wykorzystane w politerapii nowotworów.

Substancje chemiczne o działaniu antyangiogenym – neovostat (AE-941) i U-995 znalezione zostały także w chrząstce rekina i obecnie znajdują się już na etapie badań klinicznych.

Warto zaznaczyć, że systematyczne spożywanie produktów zawierających naturalne inhibitory angiogenezy, szczególnie z grupy polifenoli, może zmniejszać ryzyko występowania nowotworów.

Dla przykładu, zachorowalność na raka prostaty w krajach azjatyckich (Japonia, Chiny) jest znacznie niższe niż w krajach europejskich, co może być związane ze stosowaniem diety bogatej w soję, która zawiera antyangiogenne działającą genisteinę.



Podobnie działanie wykazuje występujący w zielonej herbacie galusan epigallokatechiny

Badania nad lekami przeciwnowotworowymi obejmują nie tylko rośliny wyższe, ale i organizmy dna morskiego, które dostarczają często związków czynnych o silnym działaniu przeciwbólowym oraz przeciwnowotworowym. Fitochemia organizmów morskich jest stosunkowo nową dziedziną wiedzy i jak dotąd nie wprowadzono do onkologii żadnych preparatów opartych o wyizolowane z nich związki chemiczne, aczkolwiek prowadzone badania kliniczne dowiodły ich wysokiej aktywności przeciwnowotworowej.

W fazie badań znajduje się min. bryostatyna-1, makrocycliczny lakton wyizolowany z *Bugula neritina*, który posiada zdolność modyfikowania aktywności białka kinazy C. Badania wykazały jego aktywność w stosunku do kilku typów nowotworów.

Wyniki II fazy badań wskazują, że może on znaleźć zastosowanie w onkologii, szczególnie w połączeniu z innymi cytostatykami. Ponadto didemmina B (z *Trididemnum solidum*) okazała się być aktywnym indukto-rem procesów apoptozy, a dolastatyna 10, wyizolowana z roślinożernego mięczaka *Dolabella auricularia* – inhibitorem tworzenia mikrotubul.

Związki naturalne – metabolity wtórne roślin – występujące w roślinnych produktach spożywczych odgrywają również istotną rolę w prewencji chorób nowotworowych, jak i miażdżycy. Należą tu związki naturalne z grupy pochodnych kumaryny, laktonów seskwiterpenowych, izotiocjanianów – głównie zaś związki polifenolowe obecne w warzywach i owocach.

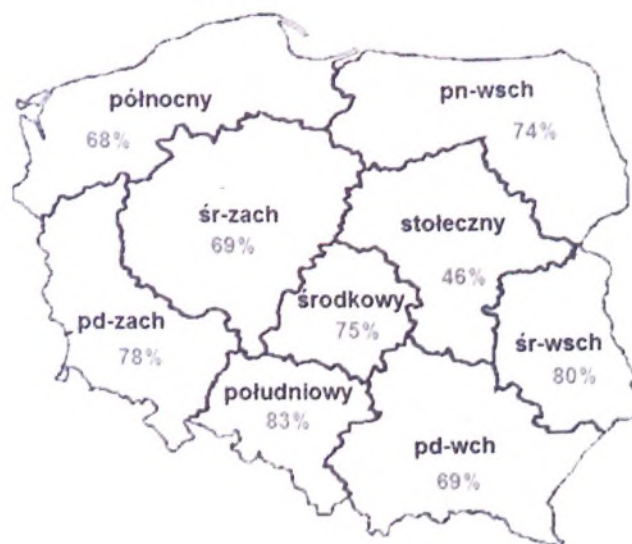
Liczne badania potwierdziły znacznie niższą zapadalność na choroby nowotworowe wśród ludności Azji oraz Ameryki Południowej. Osoby tego pochodzenia przeniesione do środowiska innych krajów i wprowadzające dietę fast food zapadają znacznie szybciej na nowotwory. Nadwaga staje się plagą naszych czasów. Aż miliard ludzi na całym świecie z czego aż 40% polskiego społeczeństwa cierpi na nadwagę.

Substancje roślinne stosowane są również w prewencji objawów stresu. Jest on reakcją organizmu na stawiane wymagania, wzbudzającą napięcie trudną sytuacją. To reakcja między umiejętnością obniżania napięcia a presją otoczenia społecznego na spełnianie często sprzecznych oczekiwań.

Z badań Holmesa i Rahe wynika interesująca zależność statystyczna pomiędzy stresorami a prawdopodobieństwem zapadnięcia na poważną chorobę. Podatność na stres znacznie zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania.

Z licznych badań wynika, iż Polacy w znacznym stopniu narażeni są na konsekwencje stresu (Rys. 4).

Ryc. 4



W preparatach o działaniu przeciwstresowym wykorzystywane są ekstrakty z kozłka lekarskiego, cytryńca chińskiego, żeń-szenia pięciolistnego, aralii mandżurskiej, różenia górskiego, czy bazylii poświęconej.

Zmniejszają one szkodliwy wpływ stresu na mięsień sercowy, zapobiegają miejscowemu niedokrwieniu, poprawiają nastrój, wpływają pozytywnie na poprawę pamięci, zwiększają wytrzymałość oraz sprawność organizmu.

Walka ze stresem jest jednym z szeregu zastosowań aromaterapii. Jest ona dziedziną medycyny alternatywnej zajmującą się wykorzystaniem leczniczym naturalnych olejków eterycznych.

Początków stosowania roślin aromatycznych i olejków eterycznych poszukiwać należy w najstarszych znanych człowiekowi źródłach historycznych. Już 3500 lat p.n.e. w starożytnym Egipcie używane były rośliny aromatyczne, zaś w okresie III Dynastii Faraonów (ok. 2650-2575 p.n.e.) upowszechnił się zwyczaj balsamowania i mumifikowania zwłok przy użyciu m.in. gumożywic, cedru, goździków, gałki muskatołowej, cynamonu, rumianku i jałowca.

Inhalacje, kąpiele i masaże aromaterapeutyczne mają poprawić kondycję organizmu i zapobiec rozwojowi wielu chorób.

Bogactwo zastosowań ekstraktów roślinnych pozwala stwierdzić, że w dobie nowoczesnej medycyny i zaawansowanej farmakologii nie należy zapominać o leku roślinnym oraz medycynie tradycyjnej wykorzystującej wyciągi naturalne.

## Wystąpienie okolicznościowe przewodniczącej Samorządu Studentów UM Anny Grządziel

Magnificencjo Rektorze  
Wysoki Senacie  
Dostojni Goście  
Drogie Koleżanki i koledzy

Na wstępie w imieniu Samorządu Studentów chciałybym się zwrócić do tych, którzy dzisiaj stawiają pierwsze kroki w murach naszej uczelni, słowami Wisławy Szymborskiej *„Každy przecież początek to tylko ciąg dalszy, a księga zdarzeń zawsze otwarta w połowie”* więc nie bójcie się, dzisiaj zaczyna się dla Was wielka przygoda jaką jest studiowanie. Zaczyna się dla Was czas ciężkiej pracy, wyrzeczeń i chłonięcia wiedzy on naszych mistrzów – nauczycieli akademickich, a jednocześnie czas zabawy, przyjemności oraz zawierania przyjaźni, takich prawdziwych na całe życie. I tylko od Was samych zależy jak ten czas wykorzystacie.

Zachęcam Was koleżanki i koledzy do cierpliwego zagłębiania się w tajemnice wiedzy, abyście później swoimi umiejętnościami, wiedzą i doświadczeniem mogli służyć drugiemu człowiekowi.

Nasza uczelnia da Wam bardzo wiele, jeśli chodzi o Wasz rozwój intelektualny a także poszerzenie Waszych horyzontów myślenia. Jednak bardzo ważne jest abyście nie pozostawali jej dłużni angażując się chociażby w działalności kół naukowych czy wielu organizacji studenckich prężnie funkcjonujących na Uniwersytecie. Zachęcam Was do tego gorliwie, bo wiem jak wiele to może wnieść do Waszego życia.



Wystąpienie okolicznościowe stud. Anny Grządziel – przewodniczącej Samorządu Studentów UM



Poczet sztandarowy

U progu nowego roku akademickiego chciałbym również życzyć wytrwałości i dalszych sukcesów wszystkim nauczycielom, władzom uczelni, a także pozostałym jej pracownikom, jednocześnie wyrażając głęboką nadzieję, że nasza współpraca nadal będzie przebiegała w tak pomyślny sposób.

Dla mnie to już kolejna inauguracja roku akademickiego i chciałabym Wam młodzi koledzy i koleżanki na koniec tylko podpowiedzieć coś z własnego doświadczenia. Życzę Wam, żebyście realizując swoje plany i ambicje, zdobywając kolejne zaliczenia i pnać się w górę, nie zapominali czasem obejrzeć się wokół gdzie ktoś może potrzebować Waszej pomocy. Jeśli jednak zdecydujecie się nie zważając na nic, wziąć udział w niekończącej się pogoni zwanej wyścigiem szczurów, to pamiętajcie słowa pewnej amerykańskiej aktorki *„Problemem w wyścigu szczurów jest to, że nawet jeżeli wygrasz, to ciągle jesteś szczurem.”*

Dziękuję za uwagę.



# JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Książek Doktorem Honoris Causa Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Daniela Halickiego we Lwowie



JM Rektor  
prof. dr hab. dr h.c. Andrzej Książek  
przy marmurowej tablicy,  
na której widnieją nazwiska  
doktorów honoris causa  
Narodowego Uniwersytetu  
Medycznego im. Daniela Halickiego  
we Lwowie

Każda podróż do Lwowa, oddalonego ok. 300 km od Lublina wiąże się z głębokim spojrzeniem w stronę historii, która rozpaczliwie przypomina o długoletniej polskości tego dumnego miasta. W okresie średniowiecza, do 1250 roku Lwów należał do Grodów Czerwieńskich. Historiografia ukraińska nawiązuje do lat 1256-1339, okresu panowania

W latach 1918-1939 ponownie wraca do II Rzeczypospolitej Polskiej.

Najnowsza historia to lata 1939-1941, miasto pozostaje pod okupacją ZSRR, następnie w latach 1941-1944, jako część Generalnego Gubernatorstwa należy do reżimu III Rzeszy Niemieckiej. Lata powojenne, do 1991 roku, to Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich. Od roku 1991 Lwów należy do wolnego państwa ukraińskiego. Nietrudno policzyć ponad 450 lat polskości tego wspaniałego, dumnego miasta.

**W szacownym międzynarodowym gronie doktorów honoris causa, którzy otrzymali to najwyższe akademickie wyróżnienie lwowskiej uczelni z ponad dwustuletnimi tradycjami są, m.in. Stanisław Lem (lekarz, literat), profesorowie Antoni Działkowiak (kardiochirurg), Ryszard Gryglewski (farmakolog), Kazimierz Imieliński (seksuolog), Jerzy Lorenz (urolog), Zbigniew Religa (kardiochirurg) oraz Jerzy Sadowski (kardiochirurg).**

władców Księstwa halicko-wołyńskiego (ruskiego), okresu zależności lennej od chanatu tatarskiego. W latach 1340-1772, to wspaniałe miasto należało do Korony Królestwa Polskiego, od 1569 części potęgi Rzeczypospolitej Obojga Narodów.

W latach 1772-1918 w okresie zaborów Lwów należał do Austrii (od 1867 jako część Austro-Węgier).

Po uzyskaniu radosnej informacji o przyznaniu zaszczytnego tytułu doktora honoris causa JM Rektorowi Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr. hab. Andrzejowi Książkowi przez Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Daniela Halickiego we Lwowie, staramy się dziś przybliżyć historię uniwersytetu, który tak znakomi-

## **Prof. dr hab., dr h.c. Andrzej Książek**

Prof. zwyczaj. dr hab. Andrzej Książek urodził się 30 sierpnia 1945 roku w Krasnymstawie. Jest absolwentem II Liceum Ogólnokształcącego im. Hetmana Jana Zamojskiego w Lublinie i absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej.

Dyplom Lekarza z wyróżnieniem otrzymał w roku 1968. W 1969 roku rozpoczął pracę na stanowisku asystenta w Katedrze i Zakładzie Farmakologii AM. Od 1971 r. pracuje w Klinice Nefrologii AM. W 1982 roku został kierownikiem tej jednostki i pełni tę funkcję do chwili obecnej.

W 1972 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy pt. „Działanie ośrodkowe leków wpływających na układ adrenergiczny”. Stopień doktora habilitowanego nauk medycznych otrzymał na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt. „Aktywność adrenergiczna u pacjentów z niewydolnością nerek oraz u szczurów z eksperymentalną mocznicą” i całości dorobku naukowego.

Jest specjalistą w zakresie chorób wewnętrznych oraz nefrologii.

W roku 1989 był stypendystą *Deutscher Akademischer Austausch Dienst* (DAAD) w Georg Haas Dialysezentrum Giessen oraz Klinice Uniwersytetu w Würzburgu. Był wielokrotnie wykładowcą jako profesor wizytujący w Divi-



► sion of Nephrology University of Southern California, Los Angeles, oraz Renal Research Institute USA, Nowy Jork. Zainicjował wieloletnią współpracę z prestiżowymi ośrodkami naukowymi, takimi jak: Georg Haas Dialysezentrum Giessen (prof. V. Wizemann), Klinika Nefrologii University of Southern California (prof. S. Massry), Oddział Nefrologii i Nadciśnienia, Beth Israel Medical Center, New York (prof. N. Levin), Klinika Nefrologii, Uniwersytetu w Würzburgu (prof. A. Heidland).

W 1987 roku uzyskał tytuł profesora medycyny.

Jest autorem i współautorem 365 pełnych publikacji naukowych o sumarycznym współczynniku wpływu 141,544, punktacji MNiSzW (KBN) – 1370. Posiada liczbę cytowań (bez autocytowań) – 292.

Publikacje obejmujące wyniki badań ukazywały się w prestiżowych czasopismach naukowych, takich jak: New England Journal of Medicine, Kidney Int, Nephron, Clinical Nephrology, Nephrology Dialysis and Transplantation, Clinical Chemistry Laboratory Med., Acta Derm Venereol, Physiology Res., Nephron Clinical Practice, Renal Failure, Molecular Diagnosis, International Journal Antimicrob Agents, ASAJO Journal, Cytokine, Human Immun, Clin Science, J Renal Nutr).

Autor pionierskich badań układu autonomicznego u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek (rozprawa



Lubelscy goście towarzyszą uczelnianej delegacji

cie zapisał się w historii szkolnictwa wyższego w Europie oraz naszego narodu.

Starania zmierzające do powstania drugiego po Uniwersytecie Jagiellońskim, Uniwersytetu w Rzeczypospolitej uwieńczone zostały wydaniem w Krakowie w dniu 20 stycznia 1661 roku, przez sprzyjającego jezuitom, zresztą w przeszłości członka tego zakonu, króla

Jana Kazimierza, dyplomu fundacyjnego na założenie pełnego, czterowydziałowego (również z wydziałami świeckimi prawa i medycyny) uniwersytetu jezuickiego we Lwowie, potwierdzonego następnie dalszym aktem królewskim wydanym w Częstochowie 5 lutego tegoż roku.

W 1758 roku August III potwierdził fundację Jana Kazimierza, określając uczelnię lwowską jako

### Wieloletnia współpraca AM/UM z medycznymi uczelniami ukraińskimi

Liczne są formy i przejawy wzajemnie korzystnej wieloletniej współpracy polsko-ukraińskiej w sferze medycyny i farmacji, rozwijającej się na płaszczyźnie klinicznej, naukowej i edukacyjnej z udziałem katedr, zakładów i klinik UM w Lublinie, których przykładami mogą być kooperacje pomiędzy:

- Instytutem Okulistyki i Terapii Tkankowej im. W. P. Filatowa, a I Katedrą i Kliniką Okulistyki AM w Lublinie,
- Instytutem Zoologii Ukraińskiej Akademii Nauk w Kijowie, a Katedrą i Zakładem Biologii i Parazytologii,
- Lwowskim Państwowym Uniwersytetem Medycznym im. Danyła Galickiego – Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Katedra i Klinika Otolaryngologii, Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Katedra i Klinika Neurologii, Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej.

W ostatnim czasie (pod koniec 2010 r.) Uczelnia poszerzyła współpracę z Lwowskim Narodowym Uniwersytetem Medycznym im. Da-

szkołę akademicką z dwoma wydziałami – teologii i filozofii, ale bez prawa nadawania stopni naukowych. Nadchodzi rok 1772, aneksja Małopolski przez Austrię, wreszcie kasata zakonu jezuitów, powodujące ostatecznie przekształcenie uczelni lwowskiej w tzw. Theresianum, czyli Akademię Stanową. W tej formie przetrwała ona do 1784 r., kiedy to Józef II nadał jej wreszcie od stu lat nadaremnie postulowany status uniwersytetu z czterema wydziałami: teologii, filozofii, prawa i medycyny. Uniwersytet józefiński przetrwał do roku 1805. Nadszedł okres wojen napoleońskich, w którym Austria, permanentnie w nie uwikłana, przeżywała trudności finansowe i ekonomiczne. Uniwersytet Lwowski zamknięto, tworząc w jego miejsce liceum o charakterze szkoły półwyższej, zawodowej. Stan ten utrzymał się aż do czasów po kongresie wiedeńskim.

W dniu 4 lipca 1871 r. na mocy rozporządzenia władz centralnych za jedyne języki wykładowe, jednakowo uprawnione, uznane zostały język polski i ruski. **Wobec jednak**

**stale rosnącej, coraz bardziej zdecydowanej przewagi profesorów i studentów narodowości polskiej, postanowienie to zostało po kilku latach zmienione reskryptem z 27 kwietnia 1879 r., uznającym język polski za urzędowy, ale rezerwującym jednocześnie możliwość zdawania egzaminów w języku niemieckim lub ruskim, o ile egzaminujący profesor danym językiem włada.**

**Po odrodzeniu Rzeczypospolitej Uniwersytet Lwowski był trzecim największym po Warszawskim i Jagiellońskim ośrodkiem naukowym i akademickim. W r. 1919 przybrał imię swojego fundatora Jana Kazimierza.**

O znaczeniu i pozycji Uniwersytetu Lwowskiego decydowała oczywiście jego kadra profesorska. Wspomnieć należy tych najwybitniejszych, których rozgłos sięgał daleko poza Lwów i Galicję i którzy weszli na trwałe do historii nauki polskiej. A więc historyków prawa i ustroju polskiego, państwowego i kościelnego, Władysława Abrahama i Oswalda Balzera, wielkich

habilitacyjna). Przyczynił się do rozwoju badań w zakresie genetyki przewlekłej choroby nerek, nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy (utworzenie Pracowni Badań Molekularnych przy Katedrze i Klinice UM w Lublinie). Pod kierunkiem prof. Andrzeja Książka dokonano licznych badań dotyczących adekwatności hemodializy i dializy otrzewnowej, aplikacji nowych technik, takich jak: bioimpedancja elektryczna, badanie potencjałów spoczynkowych czy mikroneurografia.

Pierwsze nurty badań naukowych profesora A. Książka koncentrowały się wokół zagadnień związanych z rolą układu autonomicznego w patogenezie przewlekłej niewydolności nerek i nadciśnienia tętniczego (nowatorskie badania w modelu eksperymentalnym oraz badania kliniczne opublikowane w prestiżowych czasopismach „Nephron”, oraz „Clinical Nephrology”).

nyła Galickiego, podpisując umowę na wspólną realizację projektów europejskich.

Jednym z przejawów współpracy jest cykl wykładów prof. Andriya Zimenkovskyego, kierownika Katedry Farmacji Klinicznej, Farmakoterapii i Standaryzacji Medycznej lwowskiego Uniwersytetu, który jako visiting profesor przybliżył studentom Uniwersytetu Medycznego w Lublinie tematykę interakcji leków, opieki farmaceutycznej oraz nowoczesnej farmakoterapii. Innym owocem współpracy obu Uniwersytetów są przygotowywane wspólne publikacje naukowe.

W lubelskim UM studiowało wielu obywateli Ukrainy. Kilka pochodzących z Ukrainy osób uzupełniało wykształcenie kierunkowe w ramach studium doktoranckiego (Kolegium Polsko-Ukraińskie). Jedną ze słuchaczek studium doktoranckiego napisała pod kierunkiem profesora naszej Uczelni dysertację doktorską z zakresu medycyny i ją obroniła. Kilkoro doktorantów z Ukrainy obroniło swoje prace również na Wydziale Farmaceutycznym. Jeden z doktorów, dr n. farm. Nazar Trotsko, pracuje na stanowisku asystenta w Katedrze i Zakładzie Chemii Organicznej.

Kolejnym obszarem wśród rozległych zainteresowań naukowych prof. Andrzeja Książka były badania nad zagadnieniami związanymi z leczeniem pacjentów z niewydolnością nerek za pomocą hemodializy oraz dializy otrzewnowej. Cykl prac poświęcił określeniu wpływu leczenia rekombinowaną erytropoetyną na funkcję układu adrenergicznego w przewlekłej niewydolności nerek. Pod kierunkiem prof. A. Książka dokonano licznych badań dotyczących adekwatności hemodializy i dializy otrzewnowej, aplikacji



nowych technik, takich jak bioimpedancja elektryczna, modelowanie kinetyczne toksyn mocznicowych czy mikroneurografia. Technika bioimpedancji elektrycznej stała się niezwykle cennym narzędziem do oceny przeszerzeni wodnych oraz stanu odżywienia u pacjentów dializowanych.

Kolejny cykl badań obejmował poszukiwanie mechanizmów odgrywających rolę w patogenezie chorób serca oraz metod diagnostycznych pozwalających na wczesną selekcję pacjentów narażonych na występowanie nagłych zgonów sercowych u chorych leczonych nerkozastępczo dializami. W badaniach tych oceniano czynniki wpływu pojedynczego zabiegu hemodializy na szerokość kąta zawartego pomiędzy maksymalnymi wektorami depolaryzacji i repolaryzacji (kąt QRS-T) mięśnia komór serca oraz wpływ na regionalne (prawa vs lewa komora serca) oraz transmuralne (epicardium vs endokardium) zaburzenia homogenności potencjału czynnościowego mięśnia serca, wyrażone jako dyspersja odcinka QT oraz odcinka zawartego między szczytem i końcem załamka T. W kolejnych badaniach prof. A. Książek stwierdził, że niezależnymi czynnikami predykcyjnymi występowania zaburzeń uśrednionego elektrokardiogramu załamka P był wiek pacjentów, ich stan nawodnienia oraz obecność niedokrwistości.

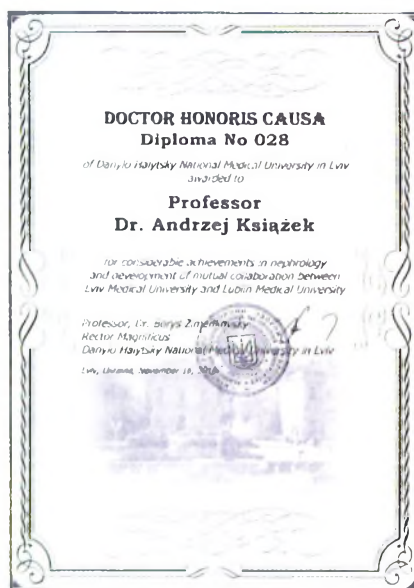
organizatorów nauki historycznej Ksawerego Liskego i Ludwika Finckla, Szymona Askenazego i Stanisława Zakrzewskiego, twórców polskiej historiografii neoromantycznej, przeciwstawiającej się pesymizmowi Krakowskiej Szkoły Historycznej. Polonistów – Małeckiego, Piłata i Bruchnalskiego, którzy pierwsi w Polsce kładli podwaliny pod nowoczesnie rozumiane badania nad literaturą. Romanistę Edwarda Porębowicza, genialnego tłumacza arcydzieł literatury światowej i autora monografii o Dancem i o św. Franciszku. Filozofów – metafizyka Mściława Wartenberga i wielkiego „wychowawcę uczonych” Kazimierza Twardowskiego, z którego lwowskiej szkoły wyszli nieomal wszyscy najwybitniejsi filozofowie polscy XX wieku: Kotarbiński, Ajdukiewicz, Czeżowski, Leśniewski, Łukasiewicz. Wielkich przyrodników – Benedykta Dybowskiego, zesłańca syberyjskiego, badacza Bajkału i Kamczatki, Józefa Nusbauma Hilarowicza, z którego szkoły wyszli tak znakomici następcy, jak Fuliński, Jakubski, Poluszyński, Weigl. Chemików i fizyków – Bronisława Radziszewskiego i Mariana Smoluchowskiego, czy chirurga świa-

towej sławy Ludwika Rydygiera. Podczas wizyty na Cmentarzu Łyczakowskim, stojąc przed grobem dr. Rydygiera, polskiego lekarza, chirurga, profesora doktora medycyny, ze zdumieniem dowiaduję się także, że był on generałem brygady Wojska Polskiego!

Co za czasy i nazwiska... – myślę sobie, analizując dyplom nadania doktora nauk medycznych uzyskany przez mojego pradziadka Jana Telesfora Załuska w 1905 roku, znajduję wspaniałe historyczne nazwiska JM Rektora prof. Józefa Puzyny, dziekana prof. dermatologii Włodzimierza Łukasiewicza oraz promotora prof. fizjologii Józefa Becka.

Nie należy oczywiście zapomnieć o Miłościwie Panującym Cesarzu Franciszku Józefie I Habsburgu.

Wracamy do naszych uroczystości, zatem 16 listopada 2010 roku, do Lwowa przyjeżdża delegacja Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z JM Rektorem prof. Andrzejem Książkiem z małżonką Ewą Książek. Jest z nami prof. Piotr Książek, prodziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, główny organizator wyprawy oraz inicjator bardzo owocnej współpracy z Katedrą Zdrowia Publicznego na Lwowskiej





**Doktor honoris causa prof. dr hab. dr h.c. Andrzej Książek z dyplomem nadania honorowego tytułu**

Uczelni. Nie zabrakło też w składzie delegacji prof. Kazimierza Głowniaka, który we Lwowie czuje się pewniej niż w Krakowie, od wielu

lat utrzymującego owocne kontakty z luminarzami lwowskiej farmacji. Delegacji Uniwersytetu Medycznego towarzyszą koledzy z zespołu Pana Prezydenta m. Lublina, Pan Tomasz Ziarno (były wybitny sportowiec) oraz Pan Józef Husarz, jedna z najbardziej znanych postaci (Lwówiak, mieszkający obecnie w Lublinie), osoby bardzo zaangażowane w tworzenie znakomitej współpracy ze stroną ukraińską.

Rozpoczynamy od wizyty w Narodowym Uniwersytecie Medycznym. W holu głównym uczelni wraz z Magnificencją odczytujemy poczet doktorów honoris causa lwowskiej uczelni. Znajdujemy znakomite polskie nazwiska. W szacownym międzynarodowym gronie doktorów honoris causa, którzy otrzymali to najwyższe akademickie wyróżnienie lwowskiej uczelni z ponad dwustuletnimi tradycjami są, m.in. Stanisław Lem (lekarz, literat), profesorowie Antoni Działkowiak (kar-

Kolejne zainteresowania naukowe dotyczą biologii molekularnej w zakresie identyfikacji genetycznych uwarunkowań przewlekłej choroby nerek, nadciśnienia tętniczego oraz nefropatii cukrzycowej. Badania genetyczne dotyczą roli polimorfizmów układu renina – angiotensyna – aldosteron, interleukiny 1, interleukiny 6, syntetazy tlenu azotu, transportera genu norepinefryny, receptora toll-like oraz czynnika H dopełniacza w rozwoju chorób, takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze oraz przewlekła choroba nerek. Wyniki prac z zakresu genetyki wnoszą nowe elementy do wiedzy o związku polimorfizmu niektórych genów z występowaniem cukrzycy typu 2 i z występowaniem nefropatii cukrzycowej (syntetaza tlenu azotu, transportera genu norepinefryny), a także szybkością progresji chorób nerek do ich schyłkowej niewydolności (geny RAA, interleukiny 1, interleukiny 6 oraz czynnika H dopełniacza).

Pod kierunkiem prof. Andrzeja Książka 6 osób uzyskało tytuł profesora medycyny, był promotorem 18 rozpraw doktorskich.

Profesor Andrzej Książek pełni obowiązki redaktora naczelnego miesięcznika „Nefrologia i Nadciśnienie Tętnicze”, jest członkiem kolegium redakcyjnego „Przeglądu Lekarskiego”, „Nefrologii i dializoterapii polskiej”. Jest członkiem zarządu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego II kadencji. Był recenzentem publikacji w ta-

**Senat lwowskiej uczelni, na czele z JM Rektorem Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Daniela Halickiego prof. Borysem Zimenkowskim, uhonorował 16 listopada 2010 r. zaszczytnymi tytułami doktora honoris causa trzech wybitnych naukowców: nefrologa prof. Andrzeja Książka z UM w Lublinie, pediatrę i genetyka prof. Władimira Werteleckiego z University of South Alabama, USA oraz prof. Hubertusa von Foss, dyrektora Centrum Rehabilitacji, Monachium, Niemcy.**



kich czasopismach jak *Kidney Int.*, *Nephrology Dialysis and Transplantation* oraz *Nephron*. Jest autorem lub współautorem 30 rozdziałów w podręcznikach akademickich z zakresu chorób wewnętrznych, nefrologii i hipertensjologii. Profesor Andrzej Książek był także redaktorem naczelnym obszernego podręcznika: „Nefrologia”, wydanego przez Wydawnictwo Czelej w 2004 roku (najobszerniejsza monografia w zakresie nefrologii opublikowana w ostatnich latach na krajowym rynku wydawniczym). Był redaktorem naczelnym tłumaczenia fundamentalnego dzieła J. Daugirdasa „Handbook of dialysis”.

Wielokrotnie uhonorowany prestiżowymi nagrodami i wyróżnieniami. W 1995 roku otrzymał Medal National Kidney Foudation.

W latach 1999-2005, przez dwie kadencje pełnił funkcję Prorektora ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie.

W maju 2005 r. został wybrany do pełnienia funkcji Rektora Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie, w kadencji 2005-2008. Twórca przekształcenia Akademii Medycznej w Uniwersytet Medyczny w 2005 roku.

W 2008 roku ponownie wybrany na funkcję Rektora UM w Lublinie, w kadencji 2008-2012.



**Nowo nominowani doktorzy honoris causa prof. Andrzej Książek prof. Władimir Wertelecki, prof. Hubertus von Foss z rektorem prof. Borysem Zimenkowskim**

diochirurg), Ryszard Gryglewski (farmakolog), Kazimierz Imieliński (seksuolog), Jerzy Lorenz (urolog), Zbigniew Religa (kardiochirurg) oraz Jerzy Sadowski (kardiochirurg).

**Jesteśmy bardzo dumni, że do tego znakomitego grona dołączy nasz znakomity Rektor!**

Udajemy się do gmachu senatu uczelni, z pewnym zaciekawieniem dotyczącym formy nadania tytułu honoris causa uczelni. Dowiadujemy się, że senat uczelni, na czele z JM Rektorem Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Daniela Halickiego, wybitnym farmaceutą prof. Borysem Zimenkowskim ma zamiar przyznać zaszczytne tytuły doktora honoris causa trzem wybitnym naukowcom. Pierwszym kandydatem jest światowej sławy pediatra i genetyk prof. Władimir Wertelecki, z University of South Alabama, USA. Kolejnym znakomitym kandydatem jest prof. Hubertus von Foss, dyrektor Centrum Rehabilitacji, Monachium, Niemcy. To znakomite grono uzupełnia prof. Andrzej Książek JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

JM Rektor Borys Zimenkowski, przedstawiając zasługi kandydata do zaszczytnego tytułu doktora honoris causa, prof. Andrzeja Książka przedstawia sylwetkę kandydata w aspekcie osiągnięć naukowych (opublikował łącznie 349 prac naukowych, które 565-krotnie zacytowano w piśmiennictwie światowym), klinicznych, organizacyjnych. Pan Rektor zaprzyjaźnionej uczelni wspominał o błyskotliwej karierze naukowej kandydata, ogromnym dorobku naukowym, zaangażowaniu w pracę we władzach uczelni. Podkreślił, iż pod kierownictwem prof. Książka 8 osób uzyskało tytuł profesora medycyny, a ponadto był promotorem 18 rozpraw doktorskich. Nadmieniał, że w latach 1999-2005, przez dwie kadencje, pełnił funkcję Prorektora ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie, a w chwili obecnej piastuje godność Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w kadencji 2005-2008 oraz kadencji 2008-2012. Wspomniano także bardzo owocną współpracę z uczelniami zagranicznymi, takimi jak Renal Research Institute,

Nowy Jork, USA; Georg Haas Dialysezentrum, Giessen, Niemcy oraz Kliniką Nefrologii w Los Angeles, kierowaną przez Prof. S. Massry, któremu nadano stopień Doktora Honoris Causa naszej uczelni. Nie zapomniano o unikalnym wyróżnieniu dla prof. Książka w postaci wręczenia na Kongresie National Kidney Foundation w San Diego w Kalifornii medalu International Distinguished Medal za zasługi w dziedzinie nefrologii.

W podsumowaniu JM Rektor Borys Zimenkowski humorystycznie podsumował, cyt.: „no, co wy na to wysoki senacie, kandydat nadaje się...”, koniec cytatu.

W czasie uroczystości wręczono naszemu rektorowi piękny strój akademicki, w barwach narodowych Ukrainy z biretem.

JM Rektor prof. Andrzej Książek, doktor honoris causa lwowskiej uczelni, dziękując za zaszczytne wyróżnienie podkreślił perspektywę owocnej współpracy z Narodowym Uniwersytetem Medycznym we Lwowie w zakresie wymiany kadry akademickiej, studentów, aktywności naukowej. W konkluzji zasugerował, iż w kontekście zbliżających się się Mistrzostw Europy w piłce nożnej jego marzeniem byłby finał futbolowy Polska-Ukraina.

W godzinach wieczornych polska delegacja udała się do kultowej restauracji lwowskiej „Premiera Lwowska” w towarzystwie kapeli lwowskiej, cieszyła się ogromnie z tego wydarzenia dla naszej Uczelni, w postaci otrzymania zaszczytnego tytułu dr honoris causa przez JM Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. Andrzeja Książka.

W drodze powrotnej mieliśmy okazję odwiedzić Katedrę Zdrowia Publicznego kierowaną przez przebitego prof. Andrzeja Zimenkowskiego.



Prezydium Senatu Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Daniela Halickiego we Lwowie



Sztandar Lwowskiej Uczelni z wizerunkiem jej patrona Daniela Halickiego



# Promocje doktorskie

**21 grudnia 2010 r. odbyły się doroczne promocje doktorskie. Uroczystość, którą prowadził JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Książek, zgromadziła władze Uczelni, promotorów, promowanych pracowników nauki oraz ich rodziny, przyjaciół i znajomych.**

**Wystąpienie okolicznościowe JM Rektora prof. dr hab. Andrzeja Książka**

Drodzy,  
Panie i Panowie Doktorzy,  
Szanowni Państwo,

Na wstępie swego krótkiego wystąpienia składam szczerze, serdeczne gratulacje dzisiaj promowanym doktorom. Gratuluję tego, że mimo częstych wyrzeczeń, wysiłków, a także rezygnacji z innych ważnych zajęć, poświęcając dużo osobistego

czasu osiągnęliście Państwo postawione sobie cele. Nie ma łatwych i prostych dróg do sukcesu. Gotowi na podjęcie tych trudów są tylko pasjonaci, którzy z umiłowania wiedzy i w celu oddania się nauce, godzą się na egzystowanie na niższym poziomie materialnym.

Szanowni Państwo,

Nauka, w katalogu dóbr, którymi od zarania dziejów ludzkość dysponuje jest czymś najcenniejszym, sferą autonomiczną, niezależną, wolną

od polityki, służącą tylko i wyłącznie prawdzie.

Zasadniczy problem, który leży u podstaw tzw. wielkiej nauki sprowadza się jednak zawsze do pytania, w jaki sposób wykorzystać ogromny zasób wiedzy naukowej i potencjalnych możliwości w niej tkwiących, dla postępu cywilizacyjnego oraz rozwoju człowieka. Skuteczne wdrożenie wiedzy zawsze wymaga podejmowania ukierunkowanych i odpowiednio zorganizowanych przedsięwzięć.

Wszystko to, co znajduje się między nauką, wiedzą i życiem społecznym musi być jak najprecyzyjniej określone i zaprogramowane, bo to właśnie decyduje o harmonijnym rozwoju człowieka i społeczeństwa. Działanie w tym kierunku powinno być oparte na możliwie racjonalnych zadaniach i przesłankach.

W lubelskim Uniwersytecie Medycznym rozwojowi naukowemu młodego pracownika służą wyjazdy zagraniczne, stypendia, staże naukowe, seminaria, konferencje, etc. Ważnym czynnikiem podwyż-



Prezydium uroczystości

szenia efektywności nauki jest także współpraca międzynarodowa, wymiana osiągnięć medycznych, wspólne prowadzenie prac. Rozwijaniu aktywności naukowej dobrze służy także system grantów uczelnianych oraz subwencji przyznawanych na drodze konkursu przez ministra nauki i szkolnictwa wyższego. Znakomicie funkcjonuje w uczelni system studiów doktoranckich umożliwiając rozwój zainteresowań naukowych w wymarzonej dziedzinie nauki. Od lat panuje w uczelni sprzyjająca atmosfera szacunku dla rzeczywistych osiągnięć naukowych.

Szanowni Państwo,

Promocja doktorska to niezwykle uroczysta chwila w życiu każdego adepta nauki marzącego o kolejnych szczeblach awansu akademickiego. To także powód szczególny do radości w uczelni, która świętuje naukową inicjację swych najmłodszych pracowników.

Dzisiejsza ceremonia, dla jednych – najmłodszych wiekiem i stażem

pracy badaczy to dopiero pierwszy etap na długiej drodze zdobywania umiejętności i wiedzy medycznej. Dla innych, dojrzałych do pracy samodzielnej, to już etap kolejny zapowiadający uzyskanie w niedalekiej przyszłości tytułu naukowego profesora. Nie dziwi więc podniosły nastrój, który towarzyszy takim i podobnym chwilom w życiu „Almae Matris”.

Jesteście Państwo najlepszymi wśród równych, którzy po wielomiesięcznych, a nierzadko wieloletnich, pełnych wyrzeczeń staraniach i trudach osiągnąwszy sukces wstępują na medyczny Olimp, aby głosić triumf prawdy.

Jeszcze raz gratuluję nowo kreowanym pracownikom nauki awansu, opiekunom, czyli promotorom bardzo dziękuję za cenne rady i wskazówki, bez których nie powstałyby imponujące wyniki badań i interesujące dysertacje naukowe.

Życzę Wam drodzy doktorzy, abyście byli entuzjastami tego co czynicie i abyście na początku swojej drogi naukowej spotkali ludzi,

jakich mnie udało się spotkać – czyli współpracowników z ogromnym doświadczeniem zawodowym i jeszcze większą chęcią do przekazywania wiedzy i umiejętności młodej kadrze. A sobie życzę – jeśli WY naprawdę macie nieograniczony entuzjazm – żebyście kontynuowali pracę badawczą właśnie u nas, czyli nadal w lubelskim Uniwersytecie Medycznym. Do zobaczenia w pracowniach naukowych.

Wszyscy czujemy już bożonarodzeniową atmosferę, trwamy w miłym świątecznym nastroju, toteż z tej okazji winszuję Państwu miłych, ciepłych, serdecznych chwil spędzonych w czasie zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia, życzę odwagi, siły, mądrości i umiejętności dostrzegania i rozumienia tego, co naprawdę w życiu ważne, a także wszelkiej pomyślności w zbliżającym się nowym 2011 roku.

**Dziękuję Państwu za uwagę.**



## Dyplomy doktora habilitowanego otrzymali

**Dr n. med. Agata Filip**  
z Katedry Genetyki Medycznej  
UM w Lublinie

**Dr n. med. Marcin Olajossy**  
z Katedry i Kliniki Psychiatrii  
UM w Lublinie

**Dr n. med. Elżbieta  
Czekajska-Chehab**  
z Zakładu Radiologii Lekarskiej  
z Pracownią Telemedycyny UM w Lublinie

**Dr n. med. Piotr Majcher**  
z Zakładu Rehabilitacji i Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie

**Dr n. med. Krystyna  
Mitosek-Szewczyk**  
z Katedry i Kliniki Neurologii  
UM w Lublinie

**Dr n. med. Przemysław Sikora**  
z Kliniki Nefrologii Dziecięcej II Katedry  
Pediatrii UM w Lublinie

**Dr n. farm. Łukasz Komsta**  
z Katedry i Zakładu Chemii Leków UM  
w Lublinie

**Dr n. farm. Monika Wujec**  
z Katedry i Zakładu Chemii Organicznej  
UM w Lublinie

## Doktorzy / Promotorzy I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym

Doktorzy	Promotorzy
<b>1. Lek. stom. Agnieszka Adamiak</b> NZOZ Lekarze Stomatolodzy w Lublinie	Za <b>Prof. dr hab. Teresę Bachanek</b> Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej
<b>2. Lek. stom. Dariusz Samborski</b> Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej	promuje Dziekan I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym <b>Prof. dr hab. Grzegorz Wallner</b>
<b>3. Mgr Dorota Ewa Kulina</b> Poliklinika SPSK 4	
<b>4. Mgr Alicja Joanna Rudek</b> NZOZ „AL-MED” Laboratorium Analityczno- Bakteriologiczne w Radomsku	<b>Prof. dr hab. Alicja Buczek</b> Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii
<b>5. Lek. stom. Aneta Komsta</b> Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej	<b>Prof. dr hab. Irena Karwat</b> Katedra i Zakład Epidemiologii
<b>6. Lek. med. Grzegorz Szczęśniak</b> Radomski Szpital Specjalistyczny Oddział Chirurgii Ogólnej	<b>Prof. dr hab. Jan Kotarski</b> I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
<b>7. Lek. med. Magorzata Michalska-Jakubus</b> Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej	<b>Dr hab. Dorota Kraowska, prof. UM</b> Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej
<b>8. Lek. med. Jakub Chodorowski</b> Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej	
<b>9. Mgr Katarzyna Sidor</b> Dziekanat I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym	Za <b>Prof. dr hab. Krzysztofa Marczewskiego</b> Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Katedry Nauk Humanistycznych  promuje Dziekan I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym <b>Prof. dr hab. Grzegorz Wallner</b>

<b>10. Lek. med. Elżbieta Alina Rybus-Potępa</b> Oddział II Wewnętrzny Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku	Za <b>Dr hab. Martę Makarę-Studzińską</b> Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego  promuje Dziekan I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym <b>Prof. dr hab. Grzegorz Wallner</b>
<b>11. Lek. stom. Anna Węclawska-Wasiura</b> Stomatologiczne Centrum Kliniczne UM	<b>Prof. dr hab. Maria Mielnik-Błaszczak</b> Katedra i Zakład Stomatologii Wieków Rozwojowego
<b>12. Mgr Anna Boguszewska-Czubara</b> Katedra i Zakład Chemii Medycznej	Za <b>Prof. dr hab. Kazimierza Pasternaka</b> Katedra i Zakład Chemii Medycznej  promuje Dziekan I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym <b>Prof. dr hab. Grzegorz Wallner</b>
<b>13. Lek. stom. Marcin Bartosz Kiciński</b> Zakład Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej	<b>Prof. dr hab. T. Katarzyna Różyło</b> Zakład Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej
<b>14. Lek. stom. Nadine Olajossy</b> Zakład Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej	<b>Dr hab. Ingrid Różyło-Kalinowska</b> Zakład Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej
<b>15. Lek. stom. Marcin Baran</b> Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	<b>Prof. dr hab. Tomasz Tomaszewski</b> Katedra Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej
<b>16. Lek. stom. Paweł Jaworski</b> NZOZ „Inter-Med” w Płońsku	<b>Prof. dr hab. Joanna Wysokińska-Miszczuk</b> Katedra i Zakład Periodontologii
<b>17. Lek. stom. Krzysztof Milik</b> Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Mielcu im. Biernackiego	<b>Dr hab. Tomasz Zubilewicz</b> Katedra i Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii

## Promocje doktorskie

<b>18. Lek. stom. Tomasz Jakub Chorągiewicz</b> Katedra i Klinika Okulistyki	<b>Dr hab. Tomasz Żarnowski, prof. UM</b> Katedra i Klinika Okulistyki
<b>19. Lek. med. Justyna Jurkowska-Dudzińska</b> Klinika Okulistyki	

## II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym

Doktorzy	Promotorzy
<b>1. Lek. med. Andrzej Jerzy Wrona</b> Oddział Urologiczny Szpitala Powiatowego im. Biernackiego w Mielcu	<b>Prof. dr hab. Krzysztof Bar</b> Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej
<b>2. Lek. med. Dorota Gołyska</b> Klinika Pediatrii III Katedry Pediatrii	<b>Prof. dr hab. Kinga Borowicz</b> Katedra i Zakład Patofizjologii
<b>3. Lek. med. Anna Steć</b> Katedra i Klinika Nefrologii	Za <b>Prof. dr hab. Monikę Buraczyńską</b> Pracownia Analizy DNA i Diagnostyki Molekularnej Katedry i Kliniki Nefrologii  promuje Dziekan II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym <b>Prof. dr hab. Maria Słomka</b>
<b>4. Lek. med. Monika Tomaszewska</b> I Zakład Radiologii Lekarskiej z Pracownią Telemedycyny	<b>Prof. dr hab. Andrzej Drop</b> I Zakład Radiologii Lekarskiej z Pracownią Telemedycyny
<b>5. Mgr Joanna Niezbecka</b> Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii UM	<b>Dr hab. Mirosław Jabłoński, prof. UM</b> Klinika Ortopedii i Rehabilitacji
<b>6. Lek. med. Remigiusz Czernecki</b> Oddział Neurologii Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Opieki Neuropsychiatrycznej w Kielcach	<b>Prof. dr hab. Jarogniew J. Łuszczki</b> Katedra i Zakład Patofizjologii
<b>7. Mgr Marta Anna Misiuta-Krzesińska</b> Janssen-Cilag Polska w Warszawie	
<b>8. Lek. med. Grzegorz Guzik</b> Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie	<b>Prof. dr hab. Tomasz Mazurkiewicz</b> Klinika Ortopedii i Traumatologii

## Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej

Doktorzy	Promotorzy
<b>1. Mgr Natasza Staniak</b> Katedra i Zakład Farmakologii z Farmakodynamiką	<b>Dr hab. Grażyna Biała, prof. UM</b> Katedra i Zakład Farmakologii z Farmakodynamiką

<b>2. Mgr Łukasz Piotr Popiolek</b> Katedra i Zakład Chemii Organicznej	Za <b>Prof. dr hab. Marię Dobosz</b> Katedra i Zakład Chemii Organicznej  promuje Dziekan Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej <b>Prof. dr hab. Janusz Solski</b>
<b>3. Mgr Wirginia Anna Kukuła</b> Katedra i Zakład Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych	<b>Prof. dr hab. Kazimierz Głowniak</b> Katedra i Zakład Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych
<b>4. Mgr Tadeusz Waldemar Ingłot</b> Katedra i Zakład Chemii Leków	<b>Dr hab. Anna Gumieniczek</b> Katedra i Zakład Chemii Leków
<b>5. Mgr Marek Krzysztof Juda</b> Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej z Pracownią Diagnostyki Mikrobiologicznej	<b>Dr hab. Anna Malm, prof. UM</b> Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej z Pracownią Diagnostyki Mikrobiologicznej
<b>6. Mgr Beata Stefanczyk</b> Biomaxima Lublin	<b>Prof. dr hab. Grażyna Matysik</b> Samodzielna Pracownia Chemii i Neuroinżynierii Medycznej
<b>7. Mgr Magdalena Wegiera</b> Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej	<b>Dr hab. Helena Smolarz, prof. UM</b> Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej

## Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Doktorzy	Promotorzy
<b>1. Mgr piel. Iwona Oskędra</b> Wydział Nauk o Zdrowiu Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Zakład Pedagogiki Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum	Za <b>Dr hab. Zofię Gawlinę, prof. nadzw.</b> Instytut Pedagogiki UJ  promuje Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu <b>Prof. dr hab. Teresa Kulik</b>
<b>2. Mgr Anna Ewa Włoszczak-Szubzda</b> Zakład Metod Informatycznych i Epidemiologicznych	<b>Dr hab. Mirosław Jarosz</b> Zakład Metod Informatycznych i Epidemiologicznych
<b>3. Mgr piel. Dorota Gutkowska</b> Wydział Medyczny Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Rzeszowskiego	<b>Prof. dr hab. Irena Karwat</b> Katedra i Zakład Epidemiologii
<b>4. Mgr Jolanta Anna Surdyka</b> Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie	<b>Dr hab. Andrzej Stanisławek, prof. UM</b> Katedra Środowiskowej Opieki Zdrowotnej
<b>5. Mgr Katarzyna Maria Kanadys</b> Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego	<b>Dr hab. Henryk Wiktor, prof. UM</b> Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
<b>6. Mgr Agnieszka Beata Ćwirlej</b> Uniwersytet Rzeszowski Wydział Medyczny Instytut Fizjoterapii	Za <b>Prof. dr hab. Annę Wilmowską-Pietruszyńską</b>  promuje Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu <b>Prof. dr hab. Teresa Kulik</b>



**Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia  
wysoko oceniło SPSK nr 1**

# Szpital z certyfikatem

**Konferencja  
„Problemy bezpieczeństwa i jakości opieki zdrowotnej”**

3 grudnia 2010 roku w Sali im. Profesora Witolda Klepackiego w budynku Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie przy ul. Staszica 11 odbyła się I Lubelska Konferencja Naukowa pn. „Problemy bezpieczeństwa i jakości opieki zdrowotnej” połączona z wręczeniem Certyfikatu Akredytacyjnego Szpitalowi SPSK nr 1 w Lublinie, zorganizowana przez Dyрекcję SPSK nr 1 w Lublinie oraz Zarząd Oddziału Lubelskiego Towarzystwa Promocji Jakości w Opiece Zdrowotnej w Polsce.

**MGR MAGDALENA MAZUR**

SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1  
W LUBLINIE

W Konferencji uczestniczyli: JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – prof. dr hab. Andrzej Książek, Kanclerz UM – Ewa Abramek, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia – Cezary Rzemek, Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia – Jerzy Henning, Kierownik Gospodarstwa Pomocniczego przy Centrum Monitorowania Jakości – Michał Bedlicki, Dyrektorzy szpitali klinicznych i samorządowych oraz wielu znamienitych gości.

Otwarcia i powitania gości dokonał Dyrektor SPSK nr 1 dr n. med. Adam Borowicz, który krótko w pierwszej części spotkania przedstawił historię wdrażania i funkcjonowania systemów jakości w SPSK nr 1 w Lublinie.



W grudniu 1999 roku SPSK nr 1 w Lublinie jako jeden z pierwszych w Polsce szpitali klinicznych poddał się ocenie wizytatorów Ośrodka Akredytacyjnego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Na długo przed oceną wprowadzono szereg zmian w zakresie systemu zarządzania i funkcjonowania jednostek Szpitala oraz szkolenie personelu w zakresie poznania procedur systemu i ich wdrożenia w codziennej praktyce, jednak początkowo uzyskano status Szpitala Akredytowanego tylko na okres jednego roku.

Stało się to przyczynkiem do bardziej intensywnego działania w zakresie doskonalenia naszych działań w kierunku podnoszenia jakości usług medycznych i zapewnienia większego bezpieczeństwa pacjentom w naszym Szpitalu.

W lutym 2001 roku Szpital przystąpił do kolejnej procedury ocenia-

jącej i uzyskał pełną Akredytację na okres trzech lat.

Powtórnie Szpital poddano ocenę w roku 2004, 2007 i 2010. W tym roku Szpital został zakwalifikowany do udziału w projekcie „Wsparcie procesu akredytacyjnego zakładów opieki zdrowotnej” współfinansowanego przez Unię Europejską, a ostatnia ocena odbyła się w oparciu o zestaw najnowszych standardów akredytacyjnych z 2009 roku.

Po raz pierwszy w tym roku akredytacja uzyskała status akredytacji resortowej i po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Akredytacyjnej tytuł Szpitala Akredytowanego został nadany przez Ministra Zdrowia.

Wręczenia Certyfikatu Dyrektorowi SPSK nr 1 w Lublinie dokonał przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia – Podsekretarz Stanu – Cezary Rzemek

Dyrektor podkreślił, że jakość jest najważniejszą cechą usługi medycz-

nej, od niej bowiem zależy zdrowie i życie pacjentów. Podstawowym celem działań projakościowych jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i skuteczności opieki medycznej. Aby to osiągnąć, w procesie muszą brać udział wszyscy pracownicy Szpitala.

Standardy muszą być wdrożone we wszystkich obszarach, na wszystkich stanowiskach pracy, w realizacji wszystkich procesów odbywających się w codziennym działaniu.

Dyrektor dr n. med. Adam Borowiec podziękował wszystkim pracownikom Szpitala, którzy licznie uczestniczyli w Konferencji i dzięki którym nie tylko wdrożono kompleksowe zarządzanie jakością, ale też utrzymuje się i udoskonala takie postępowanie w ostatnich 10 latach.

Były to lata dynamicznego rozwoju Szpitala.

Dzięki środkom finansowym uzyskanym z Ministerstwa Zdrowia





**Wręczenie certyfikatu.**

**Od lewej: Jerzy Hennig – Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,  
Cezary Rzemek – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia,  
dr n. med. Adam Borowicz – Dyrektor Naczelny SPSK nr 1.**

i fundusze europejskie udało się przeprowadzić szereg inwestycji budowlanych. Utworzono nowe Kliniki i Zakłady, zapewniono dla pozostałych należyte warunki sanitarne i techniczne zgodnie z obecnymi wymogami.

Przy udziale Uniwersytetu Medycznego doposażono jednostki Szpitala w nowoczesny sprzęt diagnostyczny. Trwa remont bloków operacyjnych. Rozpoczął się proces przebudowy obiektów Kliniki Okulistyki.

Ważnym punktem programu było również wręczenie odznaczeń pracownikom Szpitala. W trakcie uroczystości odznaczenia pracowników Szpitala wręczyli JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – prof. dr hab. Andrzej Książek oraz Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia – Cezary Rzemek.

#### **ZŁOTY KRZYŻ ZASŁUGI**

- Dr Jacek Sompur

#### **ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA**

- Dr Monika Lewicka
- Edyta Matejek

#### **MEDAL ZŁOTY ZA DŁUGOLETNIĄ SŁUŻBĘ**

- Dr Szymon Bakalczyk
- Józef Chańkowski
- Anna Grzywnowicz
- Bożena Gózdź
- Grażyna Jakubas-Myśliwiecka
- Elżbieta Miklaszewska
- Irena Pawłowska
- Anna Skubik

#### **MEDAL SREBRNY ZA DŁUGOLETNIĄ SŁUŻBĘ**

- Henryka Rogalewska
- Leszek Stefanek
- Marta Wróblewska

#### **MEDAL BRĄZOWY ZA DŁUGOLETNIĄ SŁUŻBĘ**

- Dorota Flis
- Elżbieta Przystupa
- Magdalena Sigłowa
- Ewa Stefańska

Po krótkiej przerwie, w drugiej części Konferencji wykłady wygłosili: dr n. med. Stanisław Ostrowski, który przedstawił „Zdarzenia niepożądane w opiece medycznej”, a następnie Marek Paździor, który omówił „Powikłania infekcyjne u pacjentów leczonych operacyjnie”.

Wykłady cieszyły się dużym zainteresowaniem wśród uczestników.

Wszyscy mają nadzieję, że takie spotkania otworzą kolejne konferencje i w niedalekiej przyszłości będziemy mogli spotkać się ponownie.

Dziękujemy wszystkim, którzy przyczynili się do przygotowania Konferencji oraz wszystkim, którzy uświetnili Konferencję swoją obecnością.







- Umowy o współpracy z 30 uczelniami zagranicznymi
  - Wspólne interdyscyplinarne badania naukowe
  - Wymiana międzynarodowa kadry i studentów

## Nasze wielkie otwarcie na świat

**Międzynarodowa współpraca pomiędzy uczelniami pozwala na wymianę dobrych doświadczeń związanych zarówno z dydaktyką, pracą naukową oraz dobrymi praktykami menedżerskimi.**

**PROF. DR HAB. KAZIMIERZ GŁOWNIAK**  
PROREKTOR DS. WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ  
I SZKOLENIA PODYPLOMOWEGO  
UM W LUBLINIE

Z roku na rok w rosnie liczba studentów i doktorantów lubelskiego Uniwersytetu Medycznego, którzy w ramach europejskiego programu Erasmus uczestniczą w wymianie międzyuczelnianej. Corocznie w takiej wymianie bierze udział ok. 30 studentów. Uczelnia obecnie ma podpisane umowy z 30 uczelniami partnerskimi. Plany obejmują również nawiązanie współpracy w ramach programu Erasmus z ośrodkami w Wielkiej Brytanii, uzgadniane są warunki umów z kolejnymi instytucjami.

Dzięki współpracy bezpośredniej z ośrodkami edukacyjnymi Europy i spoza Europy, możemy ciągle podnosić poziom kształcenia i wzmacniać współpracę międzynarodową. Tego typu wymiana daje również możliwość rozwoju kadry naukowo-dydaktycznej, budowania nowych więzi i doświadczeń.

W latach 2008-2010 zostały podpisane ramowe umowy międzynarodowe w zakresie wymiany studentów, doktorantów i pracowników oraz współpracy naukowej: • Białoruski Narodowy Uniwersytet Medyczny, Mińsk – Białoruś, • Hamamatsu University School of Medicine Hamamatsu – Japonia, • Szkoła Farmacji Uniwersytetu Nauk o Zdrowiu w Ułan Bator, Mongolia, • MEDIGREIF Betriebsgesellschaft für Krankenhauser und Integrative Gesundheitszentrum GmbH, Greifswald – Niemcy, • Wydział Zarządzania w Służbie Zdrowia, Tajwański Centralny Uniwersytet Nauki i Technologii – Tajwan, • Dniepropietrowski Medyczny Instytut Medycyny Tradycyjnej i Nietradycyjnej Ukraina Dniepropietrowsk – Ukraina (2 umowy – ogólna i dotycząca współpracy w kierunku farmakognozji), • Lwowski Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Daniela Halickiego Ukraina Lwów (bardzo dobra współpraca trzech katedr naszej uczelni – wymiana studencka i naukowa – 1. Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej, 2. Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, 3. Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej), • Taszkiencki Instytut Farmaceutyczny, Uzbekistan, • Fundacja Naukowa Ritnand Balved & Grupa Instytucji Współpracujących, Indie – współpraca w obrębie Katedry i Zakładu Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych, • Uniwersytet w Tokushimie, Japonia (staże naukowe, dr Agnieszka Ludwiczuk, Katedra i Zakład Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych, UM Lublin), • Brunel University, Londyn, Anglia, ścisła współpraca prof. Iana Garrarda z Katedrą i Zakładem Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych, a w szczególności z dr Krystyną Skalicką-Woźniak w zakresie chromatografii przeciwwąadowej, • Instytut Badawczy Roślin Leczniczych, Budakalasz.



**Przebywający w Lublinie w dniach 13-16 listopada 2010 r. Prorektor prof. Eugeniusz Tiszczenko (Białoruś – Uniwersytet Medyczny w Grodnie) złożył wizytę JM Rektorowi prof. dr. hab. Andrzejowi Książkowi, aby podpisać umowę o współpracy międzyuczelnianej.**

Węgry, • Uniwersytet Ateński, Grecja, wieloletnia współpraca z Katedrą i Zakładem Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych, • Uniwersytet Porto, Porto, Portugalia, • Uniwersytet Lizboński, Lizbona, Portugalia, • Uniwersytet w Oslo, Norwegia.

Szczególnie owocnie rozwija się współpraca ze stroną grecką reprezentowaną przez Katedrę Farmakognozji i Chemii Produktów Naturalnych. W wyniku wspólnych badań prowadzonych wspólnie z prof. I. Chinou i prof. I. Skaltsounisem powstało kilkanaście publikacji, jeden doktorat, a drugi jest w fazie końcowej. W greckim laboratorium na stażach naukowych przebywało lub będzie przebywać kilkoro naukowców z naszej Uczelni.

Równie ciekawa i obfitująca w rewelacyjne wyniki jest współpraca z Tokushima University (Japonia). W laboratorium prof. Asakawy staż naukowy odbywała dr Agnieszka Ludwiczuk (Katedra i Zakład Farmakognozji).

Szczególnie intensywna wymiana studentów w ramach programu Erasmus odbywa się pomiędzy UM w Lublinie oraz uniwersytetami portugalskimi (w Porto i Lizbonie). Z lubelskiego UM wyjechało już do Portugalii kilkunastu medyków. Podobną liczną grupę portugalskich studentów gościli nasze Wydziały.

W roku 2010 Uczelnia gościła wielokrotnie profesorów z uczelni zagranicznych, którzy złożyli wizytę w UM w celu przeprowadzenia wykładów, kontynuowania współpracy naukowej czy wykonania pokazowych operacji.

Ostatnio gościli w Uniwersytecie Medycznym: • Prof. Mathias Korell – 24.04 – 28.04.2010 – Niemcy – Klinika w Duisburgu – na zaproszenie Katedry i Kliniki Ginekologii i Onkologii – pokazowa laparoscopia gine-

kologiczna dla lekarzy z Klinik Ginekologicznych UM. • Prof. Louis Keith – 25.06 – 28.06.2010 – USA – Uniwersytet w Chicago – na zaproszenie Katedry i Kliniki Perinatologii UM – omawianie przypadków postępowania podczas krwotoków poporodowych. • Prof. Giuseppe Cannazza – 22.07 – 25.07.2010 – Włochy – Uniwersytet w Modenie – na zaproszenie Zakładu Chemii Analitycznej – tworzenie / nabór zespołu badawczego w programie TEAM. • Prof. Eugeniusz Tiszczenko – 13.11 – 16.11.2010 – Białoruś – Uniwersytet Medyczny w Grodnie – na zaproszenie Katedry i Zakładu Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych. • Prof. Oleksi Lukawiecki – 09.11. – 11.11.2010 – Ukraina – Lwowski Uniwersytet Medyczny im. Daniela Halickiego – omówienie warunków współpracy międzyuczelnianej. • Prof. Adolfo Rivero-Muller – 18.12 – 21.12.2010 – Finlandia – Uniwersytet w Turku – Zakład Chemii Analitycznej – wygłoszenie wykładu nt. „Cykl życia receptorów GPCR, elastyczność i sygnalizacja”. • Prof. Louis Keith – 20.12 – 28.12.2010 – USA – Uniwersytet w Chicago – na zaproszenie Katedry i Kliniki Perinatologii UM – seria wykładów dla studentów UM, nt. ciąży mnogiej, krwotoków w położnictwie.

Z cyklem wykładów dotyczących fitochemii przyjedzie w marcu do Lublina światowej sławy uczony japoński prof. Y. Asakawa (Tokushima Bunri University).

Poprowadzi on również seminarium dotyczące nowoczesnych metod badań fitochemicznych dla magistrantów. W czasie pobytu w Lublinie prof. Asakawa, skoordynuje rozpoczęte polsko-japońskie badania nad wątrobowcami.

W ramach umowy z Fundacją Naukową Ritnand Balved i Grupą Instytucji Współpracujących (Indie) planowana jest organizacja konferencji międzynarodowej w 2012 roku.

Wiele rodzajów i form współpracy pomiędzy UM i zagranicznymi instytucjami ma charakter nieformalny, większość przebiega jednak wektorowo (naukowiec – naukowiec). Są to formy współpracy nieformalnej na polu naukowym, których efektem finalnym jest, m.in. powstawanie wspólnych międzynarodowych publikacji. Tego typu współpracę kontynuujemy i rozwijamy z 55 jednostkami naukowymi.



# Wizyta

## prof. Stevena Schwaitzberga

W dniach 5-6 listopada 2010 roku na zaproszenie prof. Grzegorza Wallnera, kierownika II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego UM w Lublinie przebywał z wizytą prof. Steven Schwaitzberg, prezydent *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons*, największej, profesjonalnej organizacji zrzeszającej ponad 6000 chirurgów przewodu pokarmowego ze Stanów Zjednoczonych.

**PROF. DR HAB. GRZEGORZ WALLNER**  
II KATEDRA I KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ,  
GASTROENTEROLOGICZNEJ  
I NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO  
UM W LUBLINIE

SAGES jest wiodącym na świecie Stowarzyszeniem naukowym zajmującym się chirurgią minimalnie inwazyjną i chirurgią endoskopową. Misją SAGES jest propagowanie wiedzy i umiejętności z technik minimalnie inwazyjnych nie tylko w USA, ale też na całym świecie.

Jako prezydent SAGES, prof. Schwaitzberg szczególnie nacisk kładzie na poprawę efektywności systemu szkolenia chirurgów w zakre-

sie laparoskopii i terapeutycznych zabiegów endoskopowych, stanów nagłych w chirurgii, podnoszenia umiejętności prowadzenia badań w zakresie nauk podstawowych i nauk klinicznych, przede wszystkim w chirurgii.

Naukę medycyny i pracę zawodową, jako chirurg rozpoczął w *Baylor College of Medicine* w Houston w Teksasie. Zainteresowania naukowe prof. Schwaitzberga skupiają się na podstawach patofizjologicznych ostrych przypadków chirurgicznych w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, analizie czynników infekcyjnych i antybiotykoterapii w chirurgii, możliwościach wykorzystywania nowoczesnych tech-

nologii w chirurgii, oceny ich bezpieczeństwa, zwłaszcza w aspekcie zapobiegania zrostom pooperacyjnym w jamie otrzewnej.

Podczas blisko 25-letniej praktyki lekarskiej skupiał się na pogłębianiu swoich umiejętności praktycznych w wykorzystywaniu technik minimalnie inwazyjnych. W tym zakresie jest uważany za jednego z pionierów chirurgii minimalnie inwazyjnej w USA i na świecie. Jest autorem wielu opatentowanych rozwiązań technologicznych w chirurgii laparoskopowej. Personalne zainteresowania z chirurgii minimalnie inwazyjnej dotyczą chorób głowy i szyi, chirurgii narządów jamy brzusznej, chirurgii endokry-

nologicznej, chirurgii kręgosłupa. Od lat uznawany jest za jednego z najlepszych nauczycieli chirurgii laparoskopowej. Jest profesorem chirurgii w *Harvard Medical School* i *Tufts University*.

Wśród podstawowych problemów badawczych analizowanych przez prof. Schwaitzberga od początku jego kariery zawodowej była również jakość leczenia chirurgicznego, a także organizacja i bezpieczeństwo opieki chirurgicznej. Z tego powodu prof. Schwaitzberg w 2005 roku został mianowany na stanowisko *Chief of Surgery Cambridge Health Alliance* – zespołu trzech szpitali klinicznych podległych *Harvard Medical School* w Bostonie, Massachusetts. Ponadto jest dyrektorem *Surgical Research Laboratory*, gdzie w warunkach eksperymentalnych na zwierzętach testowane są nowe rozwiązania technologiczne z zakresu chirurgii

minimalnie inwazyjnej. Od 10 lat kieruje *Center for Minimally Invasive Surgery* w *New England Center (NEMC)* w Bostonie. Wokół siebie skupił wybitnych chirurgów zainteresowanych technikami minimalnie inwazyjnymi.

Wizyta prof. Schwaitzberga w Lublinie była związana z wprowadzeniem nowego generatora energii wysokiej częstotliwości stosowanego w endoskopowej terapii choroby refluksowej (technika Stretta zatwierdzona przez FDA w 2001 roku). Jako uznany w świecie ekspert, posiadający wieloletnie doświadczenie w wykonywaniu zabiegów Stretta, prof. Schwaitzberg wziął udział w szkoleniu chirurgów endoskopowych II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Po-

karmowego UM w Lublinie, którzy jako jedyni w Polsce wykonują zabiegi Stretta od 2007 roku. W jego asyście przez pracowników Kliniki z powodzeniem zostały wykonane 3 zabiegi Stretta.

Pobyty prof. Schwaitzberga został również wykorzystany do wygłoszenia wykładu dla studentów anglojęzycznych na temat „Bezpieczeństwa i możliwych powikłań procedur chirurgicznych wykonywanych technikami laparoskopowymi”.

W spotkaniu z JM Rektorem Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr. hab. dr. h.c. Andrzejem Książkiem wstępnie zadeklarowano obustronną współpracę w przyszłości.

**Wizyta u JM Rektora – prof. Andrzej Książek, w środku prof. Steven Schwaitzberg (Boston, USA), prof. Grzegorz Wallner, 5-6 listopada 2010 r.**





# Zdrowie publiczne wyzwaniem XXI wieku

W dniach 20-22 października 2010 r. odbyły się w Lublinie Międzynarodowa Konferencja oraz Międzynarodowe Targi Medyczne LUBMED 2010.

**MGR FARM. ADAM FAŁKOWSKI**  
STUDENT I ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
UM W LUBLINIE

Wspomniane wydarzenie stało się już historią, ponieważ w ubiegłym roku także odbywały się Targi oraz sesje naukowe.

Na szczególną uwagę zasługuje obecność znamienitych dostojników zagranicznych, którzy przybyli z bardzo dalekich stron (Ługańsk), aby pilnie wzbogacać swoją wiedzę i umiejętnie dzielić się doświadczeniami.

Warto przywrócić w pamięci sesję naukową poświęconą zagrożeniom oraz katastrofom, z którymi tak często borykamy się w całym kraju.

Wartościowy materiał przygotowany przez grupę, która pracowała i nadal bierze czynny udział w zwal-

czaniu skutków powodzi był dla uczestników nieocenionym materiałem naukowym, bowiem przedstawione szczegółowe dane mają być ujęte w opracowaniu standardów dla państw członkowskich Unii Europejskiej, które dotyczą postępowania w kataklizmach. Żałowaliśmy

ogromnie, że tak mało osób zaangażowało się w pomoc powodzianom, lecz wyszliśmy z założenia, że miarą wartości jest świadczona bezinteresowna pomoc. Grupa inicjatywna stworzona przez prof. dra hab. Piotra Książka spełniła swoje zadanie. Dyrektor SPZOZ w Opolu Lubelskim



Elżbieta Korszla oraz jej zastępca Józef Stępień organizowali stronę techniczną i logistyczną, wspierając naukę w postaci wyjątkowo ciekawych doniesień. Studenci – mgr Anna Grządziel i stażysta lek. med. Jacek Jagnicki wraz ze studentami Studenckiego Towarzystwa Naukowego stworzyli cenną bazę danych, która cieszyła się w czasie sesji sporym zainteresowaniem.

Sesja naukowa dotycząca kształcenia pielęgniarek i położnych była całkowicie nowym spojrzeniem na otaczającą rzeczywistość w pracy pielęgniarki i położnej.

Nowe trendy i zagadnienia przedstawiła profesor Irena Wrońska, której ogromne doświadczenie spotkało się z owacjami. Uzupełniła dr Grażyna Iwanowicz-Palus, która skoncentrowała się na nowych aspektach w położnictwie. Kropkę nad wątpliwościami postawiła przewodnicząca zarządu regionu pielęgniarek i położnych mgr Monika Kowalska. Sesję moderował prodziekan prof. dr hab. Piotr Książek.

Farmacja w swoim panelu dotyczącym ekonomii w farmacji zgromadziła bardzo wielu słuchaczy. Dziekan prof. dr hab. Janusz Solski oraz prorektor prof. dr hab. Kazimierz Głowniak przedstawili całkowicie innowacyjne poglądy, które dyskutowano jeszcze długo w kulisach. W panelu farmaceutycznym brali udział przewodniczący związku aptekarzy oraz mgr Marcin Wieczorek reprezentujący sieć aptek Malwa na terenie Lublina.

Sesję moderowała dr n. farm. Anna Kijewska, która czynnie angażowała słuchaczy do dyskusji.

Po tak ogromnej porcji wiedzy uczestnicy zgromadzili się na otwarciu Międzynarodowej Konferencji „Zdrowie Publiczne wyzwaniem XXI wieku”.

Uroczystość otworzyła przewodnicząca targów mgr Beata Gorajek oraz władze Uniwersytetu Medycy-

nego w Lublinie JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Książek.

Należy przypomnieć, że wśród gości znajdowali się JM Rektor Uniwersytetu Medycznego z Lugańska prof. dr hab. Walerii Iwczenko, JM Rektor Uniwersytetu ze Lwowa prof. dr hab. Borys Zamenkowski, wicewojewoda regionu Lugańsk Władimir Pritjuk oraz Dyrektor Departamentu Zdrowia ze Lwowa dr Włodzimierz Szybiński, a także

którą prezentowali znamienici wykładowcy.

Prorektor prof. dr hab. Andrzej Drop przedstawił bardzo wartościowy wykład dotyczący telemedycyny, w którym zaznaczył istotne elementy praktyczne w tworzeniu systemu e-learning.

Prodziekan prof. dr hab. Mirosław Jabłoński w swoim wystąpieniu analizował bezpieczeństwo działań kinezyterapii na przykładach poka-

## **Materiał przygotowany przez grupę, która pracowała i nadal bierze czynny udział w zwalczaniu skutków powodzi był dla uczestników konferencji nieocenionym materiałem naukowym.**

Prodziekan Uniwersytetu ze Lwowa Anatolij Lesyk. Dodatkowo ceremonię wzbogacił swoją obecnością Mistrz Olimpijski Jacek Wszola.

Warto zwrócić uwagę, że po ceremonii otwarcia odbyła się sesja najbardziej kontrowersyjna Police Forum, które w swoich burzliwych dyskusjach dotyczących reorganizacji i restrukturyzacji ochrony zdrowia w Polsce uzyskały kompromis. Forum prowadził Dyrektor Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia dr Tomasz Pękalski, który wielokrotnie odwoływał się do bardzo trafnych spostrzeżeń Dyrektora ZUS Ewy Warchoń-Sławińskiej, a także do wypowiedzi dr Marzeny Furtak oraz mgra Bartłomieja Dropa.

Health policy forum pozwoliło nam szeroko podejść do zagadnienia trudnych koszt-efektywnych zadań, które będą początkiem nowej ery w dążeniu do ubezpieczeń komplementarnych.

Kolejny dzień konferencyjny zawierał bardzo bogatą tematykę,

zujących zagrożenia oraz korzyści w podanych metodach w rehabilitacji.

Prof. dr hab. Andrzej Wysokiński w swoim wystąpieniu zaznaczał rolę diagnostyki w chorobach układu krążenia, natomiast prof. dr hab. Tomasz Mazurkiewicz w sposób ciekawy przedstawił problemy współczesnej traumatologii i ortopedii.

Warto zwrócić uwagę na bardzo ciekawy wykład prof. dr hab. Janusza Stażki, który poruszył zagadnienia dotyczące postępu w kardiologii.

Sesję wzbogaciły nowatorskie wykłady dr n. med. Marzeny Furtak poruszające zagadnienia rozwoju rynku ochrony zdrowia oraz dr n. med. Ewy Warchoń-Sławińskiej, która przedstawiła nowe poglądy na temat ubezpieczeń komplementarnych.

Ciekawostki zaprezentował mgr Bartłomiej Drop, który wskazał na istotną rolę jakości i standardów w ochronie zdrowia. Dopelnieniem



sesji był wykład dra Piotra Drehera na temat finansowania świadczeń zdrowotnych.

Ostatni dzień konferencyjny był szczególnie ważny w tematyce innowacji w zdrowiu publicznym. Poruszane zagadnienia z pogranicza ochrony zdrowia, medycyny w sposób szczególny cieszyły się uznaniem słuchaczy.

Sesję rozpoczął Prodziekan prof. dr hab. Wojciech Załuska, który przedstawił ważne aspekty kliniczne rozwoju dializoterapii.

Kolejnym prelegentem był prof. dr hab. Henryk Wiktor, który wygłosił wykład na temat oceny biofizycznej dobrostanu płodu.

Prof. dr hab. Andrzej Jaroszyński przedstawił w sposób szczególnie ciekawy problem przewlekłej choroby nerek.

Neurologię reprezentował prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak, który zobrazował badanie jakości życia u chorych ze stwardnieniem rozsianym.

Końcowe wykłady były podsumowaniem całości zagadnień związanych z tematyką zdrowia publicznego, będącego wyzwaniem XXI wieku, które dotyczyły głównie chorób cywilizacyjnych oraz chorób zawodowych, a także nowego spojrzenia na rozwój zdrowia publicznego.

Konferencja miała charakter innowacyjny i była istotnym elementem w drodze do osiągania nowych standardów i podnoszenia jakości w ochronie zdrowia. Najważniejsze poruszane problemy wymagają kontynuacji i rozwoju myśli naukowej, która jest odzwierciedleniem postępu badań, jakie aktualnie toczą się w naszej Almae Matris.

Propagowanie idei jest zawsze związane z pewnymi funduszami i dzięki operatywności władz Uniwersytetu i trafnym decyzjom możemy realizować zaplanowane zadania.

**II TARGI MEDYCZNE  
LUBMED 2010  
LUBLIN, 20-22 PAŹDZIERNIKA**

Studenci Studenckiego Towarzystwa Naukowego, którzy czynnie brali udział wraz z Samorządem, jednogłośnie zwrócili uwagę na fakty przemawiające za koniecznością organizowania i czynnego udziału w takich rozwojowych Konferencjach.

Ufamy, że zaplanowane zadania w postaci udziału naszej Uczelni w Parku Naukowo-Technicznym przyczynią się do jeszcze lepszej organizacji i realizacji Konferencji o wymiarze europejskim. Bowiem udział w tej inicjatywie pozwoli na wymianę studentów, wzajemne relacje naukowe i nowe osiągnięcia badawcze realizowane w projekcie transgranicznym Polska – Białoruś – Ukraina.

Jesteśmy zgodni, że udział w tak bogatych warsztatach naukowych może połączyć skromne studenckie prace z bogatym doświadczeniem naukowym profesorów i bardzo optymistycznie rokuje na przyszłość.

**Adres okolicznościowy  
JM Rektora  
prof. dr hab.  
Andrzeja Książka**

**O**gromnie cieszy fakt, iż w Lublinie, który stał się miastem targowym, doskonale rozwija się idea organizowania branżowych targów medycznych.

Targi są znakomitym propagatorem innowacji, nowych produktów i technologii, miejscem konfrontacji ofert, budowania relacji z dostawcami, badań nad wizerunkiem marki. Umożliwiają promocję producenta i jego produktów, stwarzają niepowtarzalną okazję nie tylko do zaprezentowania własnej oferty, lecz także do zbadania, jak jest ona oceniana przez innych i jakich zmian w niej oczekują.

Imprezy targowe niosą także kapitalną szansę identyfikacji nowych trendów na rynku branżowym oraz obserwacji działań konkurencji.

Nie do przecenienia jest pomysł odbycia w ramach towarzyszącej targom konferencji Health Policy Forum, które zgromadzi

zapewne wybitne autorytety zdrowia publicznego z kraju i zagranicy, przedstawiciele świata polityki, biznesu i nauki, grono uznanych ekspertów.

Co dziś najbardziej zaskakuje w wynikach badań socjologicznych na temat zdrowia? Otóż poziom i poczucie bezpieczeństwa społecznego w sytuacji choroby.

Dbłość o wspólne dobro, jakim jest zdrowie, wymaga respektowania najwyższych standardów gwarantujących przestrzeganie konstytucyjnej zasady równego dostępu do opieki zdrowotnej.

Nie można dziś rozmawiać o finansach państwa nie uwzględniając obszaru ochrony zdrowia, na który łącznie, ze środków publicznych i prywatnych, wydajemy – jak szacują specjaliści – 10% PKB. Dość powiedzieć, że pilnych uregulowań i rozstrzygnięć wymagają, m.in.: wciąż niedoskonałe procedury alokacji środków publicznych przeznaczanych w budżecie na

ochronę zdrowia, polityka decyzyjna w ochronie zdrowia, problem konkurencyjności podczas wchodzenia na zdrowotny rynek publiczny nowych podmiotów, wprowadzanie nowych ubezpieczeń, relacje między płatnikami a jednostkami systemu ochrony zdrowia. Niewłaściwe zasady alokacji – to ryzyko konfliktów, napięć społecznych, dyskomfortu pacjenta.

Zarządzanie tym systemem to niewątpliwie trudna sztuka wymagająca wiedzy, umiejętności i dyspozycji menedżerskich.

Obecne spotkanie ekspertów w ramach Health Policy Forum zapewne nie wyczerpie poruszanych tematów, sądzę jednak, że wskaże nam kilka bardzo ważnych spraw, którym warto w przyszłości aktywniej przyglądać się w gronie ekspertów zdrowia i polityki społecznej.

Żywię więc nadzieję, że ta lubelska platforma wymiany myśli i poglądów stanie się wkrótce znaczącym ciałem doradczym

managementu polskiego systemu ochrony zdrowia, pozwoli skuteczniej niż dotychczas rozwiązywać palące problemy zdrowotnej codzienności.

Uczestnikom targów życzę owocnych rozmów przy stoiskach, korzystnego zaprezentowania własnej oferty, zwłaszcza nowych produktów, usług i nowoczesnych technologii, nawiązania obiecujących kontaktów z partnerami rynkowymi, zawarcia lub sfinalizowania umów handlowych. Panelistom zaś życzę satysfakcji płynącej z udziału w konferencji, natomiast organizatorom winszuję uznania w oczach wystawców i osób zwiedzających **II Lubelskie Targi Medyczne LUBMED 2010**.

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



# III Polski Kongres Genetyki

W dniach od 12 do 15 września 2010 roku w Lublinie odbył się III Polski Kongres Genetyki poświęcony najnowszym osiągnięciom w dziedzinie genetyki człowieka, zwierząt i roślin oraz mikroorganizmów. Organizatorami Kongresu było Polskie Towarzystwo Genetyczne, Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka oraz lubelskie środowisko naukowe reprezentowane przez Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytet Przyrodniczy i Uniwersytet Medyczny.

**DR N. MED. DOROTA KOCZKODAJ**

KATEDRA GENETYKI MEDYCZNEJ  
Z ZAKŁADEM GENETYKI NOWOTWORÓW  
I PRACOWNIĄ CYTOGENETYCZNA  
UM W LUBLINIE

Lubelski Kongres wzbudził ogromne zainteresowanie. Zgromadził ponad 700 uczestników ze wszystkich ośrodków naukowych w Polsce. Program trzydniowych obrad obejmował cztery główne dziedziny, genetykę człowieka – reprezentowaną najliczniej, genetykę zwierząt, roślin i mikroorganizmów. Mimo różnorodnej tematyki poszczególnych sesji, wspólne techniki badawcze, a przede wszystkim zainteresowanie postępem w badaniach genetycznych i nowe, spektakularne osiągnięcia genetyki połączyły wszystkich uczestników. Badania strukturalne i funkcjonalne genomów różnych organizmów, od bakterii do człowieka, zaowocowały rozwojem nowych kierunków badań, takich jak, genomika, transkryptomika, proteomika czy metabolomika,

których osiągnięcia nie tylko mają ogromne znaczenie naukowe, ale są także wykorzystywane praktycznie w diagnostyce, profilaktyce i terapii ludzi i zwierząt.



**Uroczyste wręczenie tytułu Honorowego Członka Towarzystwa Genetyki Człowieka prof. dr hab. Danucie Rożynkowej przez Przewodniczącego PTGC prof. dra hab. Tadeusza Mazurczaka**

Różnorodność tematyczna wykładów i referatów prezentowanych na Kongresie stworzyła olbrzymie możliwości wymiany doświadczeń naukowych.

Uroczyste otwarcie wspólnego forum genetyków odbyło się w Centrum Kongresowym Uniwersytetu Przyrodniczego z udziałem licznie przybyłych gości. Władze Uniwersytetu Medycznego reprezentowali prorektor **prof. dr hab. Ryszard Maciejewski** oraz dziekan I Wydziału Lekarskiego **prof. dr hab. Grzegorz Wallner**.

Słowa powitania skierowała do uczestników przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego **prof. dr hab. Anna Skorupska**. Ważnym wydarzeniem uroczystości otwarcia Kongresu było nadanie honorowego członkostwa Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka **prof. dr hab. Danucie Rożynkowej**, nie-



zwykle zasłużonej dla rozwoju genetyki w Polsce, która stworzyła na Lubelszczyźnie pierwszy ośrodek zajmujący się genetyką kliniczną i przez wiele lat była kierownikiem Zakładu Genetyki Medycznej UM w Lublinie. Po wygłoszeniu laudacji przez **prof. dra hab. Tadeusza**

**Mazurczaka**, przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, zostały wręczone nagrody Polskiego Towarzystwa Genetycznego.

Niezwykle interesujący wykład inauguracyjny został wygłoszony przez **prof. dra hab. Janusza Sie-**

Laudacja • Laudacja

## Laudacja

### z okazji nadania Pani Profesor Danucie Rożynkowej tytułu Honorowego Członka Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka

**P**ani Profesor Danuta Rożynkowa urodziła się w Cieszynie. Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu ukończyła w 1950 roku. Rok później obroniła pracę doktorską pt. „*Udział trzustki w schorzeniach woreczka żółciowego*”. W 1957 roku uzyskała I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych.

Pracę naukową Pani Profesor rozpoczęła jeszcze w czasie studiów, w 1947 roku, jako wolontariusz w Katedrze Patologii Ogólnej i Doświadczalnej, pod kierunkiem prof. Antoniego Horsta. W tejże Katedrze Prof. Danuta Rożynkowa przepracowała ponad 15 lat, zajmując się początkowo przemianą tłuszczów i cholesterolu, zagadnieniami doświadczalnej miążdżycy, a także genetycznymi warunkowaniami zaburzeń gospodarki tłuszczowej. W późniejszym okresie Jej zainteresowania skupiły

się na genetycznym podłożu chorób, głównie chorób rozrostowych układu krwiotwórczego. Pani Profesor Rożynkowa była jednym z pionierów podjęcia tej tematyki badawczej w Polsce.

W 1964 roku, na podstawie dorobku naukowego i po przedstawieniu rozprawy pt. „*Udział bodźców emocjonalnych w patogenezie doświadczalnej miążdżycy*”, uzyskała stopień doktora habilitowanego.

W 1965 roku przeniosiła się do Lublina, gdzie – najpierw w obrębie Katedry Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej, a później w Samodzielnej Pracowni Genetyki Człowieka – od podstaw organizowała warsztat pracy badawczej w zakresie genetyki, głównie cytogenetyki i biochemii genetycznej, a także wprowadziła na Uczelni nowoczesne nauczanie genetyki człowieka, w tym genetyki klinicznej. W tym okresie zainteresowania naukowe Pani Profesor zogniskowały się na genetyce nowotworów hematologicznych, zwłaszcza limfoproliferacyjnych. Niezależnie, rozwijała lekarską działalność z zakresu ogólnej genetyki klinicznej, prowadząc konsultacje i badania genetyczne dla pacjentów z regionu Lubelszczyzny.

W trakcie swej pracy zawodowej przebywała na kilku krótkoterminowych stypendiach; m.in. w Instytucie Doświadczalnej Kancerogenezy i Immunogenetyki w Villejuif pod Paryżem, Instytu-



dleckiego pt.: „Telomery i telomeraza. Czy hamowanie telomerazy może być skuteczną metodą terapii przeciwnowotworowej?”



**Dr hab. Agata Filip odbiera nagrodę PTGC za pracę habilitacyjną pod tytułem „Rola komórek opiekuńczych w procesie apoptozy limfocytów przewlekłej białaczki limfocytowej B-komórkowej”.**

Kongres uświetniły swoją obecnością genetyczne autorytety z kraju, jak i z zagranicy. Ponad 100 wykładowców zaprezentowało osiągnięcia naukowe z różnych dziedzin genetyki. Wśród nich obecni byli **prof. Malcolm Ferguson-Smith** z Anglii, **prof. Artur Beaudet** ze Stanów Zjednoczonych, **prof. Alfons Gierl** oraz **prof. Nikolaus Blin** z Niemiec. Przewodnikami sesjami Kongresu były sesje tematyczne poświęcone genetyce klinicznej, molekularnej oraz cytogenetyce. Szczególną uwagę zwrócono na genetykę nowotworów układu krwiotwórczego, gdzie przedstawiono postępy w badaniach nad diagnostyczną i prognostyczną rolą aberracji chromosomowych, mutacji genowych i zmian ekspresji genów oraz mikroRNA w przebiegu różnych białaczek. Zaprezentowano również wykorzystanie najnowszych metod badawczych: macierzy CGH, macierzy ekspresyjnych w diagnostyce nowotworów układu krwiotwórczego oraz nowotworów narządowych. Niezwykle interesujące wykłady w sesji poświęconej genetyce klinicznej dotyczyły: zaburzeń rozwoju płciowego; diagnostyki genetycznej pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną; mutacji, polimorfizmów i haplotypów genów naprawy DNA w wybranych nowotworach wieku dziecięcego; postępów w genetyce klinicznej raka

tach Genetyki w Genewie, Rzymie, Londynie, Paryżu, Lund, wzbogacając swój warsztat badawczy, i jednocześnie dzieląc się swoim doświadczeniem z ośrodkami goszczącymi.

W uznaniu dorobku naukowego, Rada Państwa nadała Jej w 1976 roku tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1985 profesora zwyczajnego.

Oryginalność badań Pani Profesor Danuty Rożynkowej i nowoczesność warsztatu badawczego znalazły wyraz w Jej dorobku naukowym obejmującym ponad 120 artykułów naukowych, publikowanych w międzynarodowych (m.in. *J. Atherosclerosis*, *Ann.Hum.Genet.*, *Hereditas*) i polskich czasopismach. W większości z nich Pani Profesor była pomysłodawcą i inicjatorem badań oraz pierwszym, a w niektórych jedynym, autorem. Prace te były również przedstawiane na licznych międzynarodowych i krajowych kongresach i konferencjach, spotykając się z zainteresowaniem i uznaniem.

Równolegle publikowała wiele interesujących prac poglądowych, dzieląc się z młodszymi kolegami „po fachu” swą rozległą wiedzą o naturze komórek białaczkowych.

Do najważniejszych osiągnięć naukowych Pani Profesor Rożynkowej należą badania nad eksperymentalną i rodzinną miażdżycą, nad rodzinnym występowaniem wariantów genu dehydrogenazy

glukozy-6-fosforanowej, G-6-PD (jeden z odkrytych przez nią wariantów, nazwany Gd<sup>LUBLIN</sup>, został włączony do międzynarodowego rejestru wariantów G-6-PD, (*Ann. Hum. Genet.* 1973). Jeszcze większymi osiągnięciami są wyniki badań nad komórkami białaczkowymi. Pani Profesor już w 1968r. opublikowała w *Lancet* pracę nt. hodowli komórek białaczkowych, a potem systematycznie prowadziła badania nad aberracjami chromosomowymi w nowotworach hematologicznych, wpływającymi na ich biologię, a więc i przebieg kliniczny choroby i mającymi znaczenie rokownicze. Doświadczalne badania leukemogenezy obejmowały także bardzo istotne prace nad indywidualnymi cechami wzrostu komórek białaczkowych w hodowli, zaburzeniami ich różnicowania się, a później zaburzeniami apoptozy, z udziałem ulubionego obiektu badań Pani Profesor – genu *BCL2*, a także wiele, wiele innych. Zainteresowaniem tymi zagadnieniami zaraziła swoich uczniów, którzy kontynuują prace nad nimi.

Oryginalne, odkrywcze publikacje Pani Profesor ukazywały się w wysoko cenionych czasopismach o międzynarodowym zasięgu. Pani Profesor organizowała lub współorganizowała liczne konferencje i sympozja krajowe, odbywające się zarówno na terenie Lubelszczyzny (pamiętna konferencja w Kazimierzu nad Wisłą w 1991 roku!), jak i poza

piersi; przypadków dziedzicznych chorób prionowych w Polsce. O trafnym wyborze tematyki Kongresu świadczyło duże zainteresowanie uczestników przejawiające się licznymi pytaniami do referentów oraz komentarze wynikające z własnych doświadczeń. Obradom towarzyszyły sesje o charakterze specjalistycznych seminariów, sesje plakatowe oraz prezentacje prowadzone przez różne firmy. W sesjach plakatowych zaprezentowano około 400 plakatów. Najlepsze plakaty zostały wyróżnione, a ich autorzy otrzymali nagrody książkowe.

Obrady zgromadziły wybitnych naukowców, ekspertów i znawców genetyki. O wysokiej randze lubelskiego spotkania genetyków może świadczyć fakt przyznania punktów edukacyjnych przez Naczelną Izbę Lekarską i Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.

Przy okazji spotkania w tak licznym gronie genetyków ze wszystkich ośrodków naukowych w Polsce, drugiego dnia Kongresu odbyły się

wybory Zarządów Polskiego Towarzystwa Genetycznego i Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka.



nią, i ciesząc się dużym uznaniem i zainteresowaniem środowiska genetycznego. Pracowała również nad integracją środowiska osób zajmujących się cytogenetyką hematologiczną. W uznaniu Jej pionierskiej roli w cytogenetyce nowotworów krwi w Polsce, na pierwszym, założycielskim zebraniu Sekcji Cytogenetyki Hematologicznej PTGC, w 2003 roku, została mianowana Honorowym Członkiem Sekcji.

W uznaniu dorobku naukowego, organizacyjnego i dydaktycznego, Pani Profesor została wybrana na członka Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Genetycznego, na przewodniczącą jego Lubelskiego Oddziału, który współtworzyła, na członka Rady Naukowej Instytutu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu, członka Komitetu Patofizjologii Komórki PAN, Komisji Międzywydziałowej Genetyki i Rozwoju Człowieka, Komisji Hodowli i Różnicowania Tkanek, Komisji Biologii Nowotworów oraz Komisji Hematologii Doświadczalnej, a także odznaczona wieloma odznaczeniami, m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem 40-lecia Polski Ludowej, odznaką „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia”, Medalem 30-lecia w Służbie Medycyny i Honorową Odznaką Akademii Medycznej w Lublinie.

Nie tylko dzieło świadczy o Mistrzu, ale i jego uczniowie. Pani Profesor Danuta Rożynkowa do-

chowała się dziesięciu doktorów nauk medycznych i przyrodniczych. Jeden jej wychowanek ma tytuł profesora, a czworo – stopień doktora habilitowanego. Dla wszystkich Pani Profesor była jak matka – surowa, wymagająca (najwięcej od siebie), ale jednocześnie dbająca i troskliwa. Jej wielka rzetelność naukowa zawsze była i jest wzorem dla Jej wiernych uczniów.

Ale nie tylko bezpośredni wychowankowie uważają Panią Profesor Danutę Rożynkową za swego mistrza; wielu spośród nas – profesorów, docentów, doktorów – czuje się Jej uczniami, wielu odbywało staże pod Jej kierunkiem, korzystało z Jej mądrych, fachowych recenzji (kilkadziesiąt recenzji rozpraw doktorskich, habilitacyjnych oraz dorobku profesorskiego) i rad, udzielanych zawsze z pełnym zaangażowaniem i głębokim „wgrzaniem się” w zagadnienie, ze skromnością prawdziwego mędrca, życzliwym uśmiechem i ciepłym uściskiem dłoni.

W uznaniu zasług Pani Profesor dla rozwoju genetyki człowieka w Polsce oraz w uznaniu Jej pionierskiej roli w cytogenetyce hematologicznej, Zarząd Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka podjął decyzję o uhonorowaniu Jej tytułem Honorowego Członka Towarzystwa.

Lublin, 13 września 2010 roku

*Prof. dr hab. med. Tadeusz Mazurczak*  
Przewodniczący PTGC

Laudacja • Laudacja



# VIII Międzynarodowe Sympozjum „Choroby przełyku”

Tradycyjnie, co dwa lata zespół chirurgów II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie organizuje międzynarodowe sympozja poświęcone szeroko pojętej problematyce chorób przełyku. Spotkania te na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku zostały zapoczątkowane przez ówczesnego kierownika Kliniki prof. Pawła Misiunę.

**PROF. DR HAB. GRZEGORZ WALLNER**  
II KATEDRA I KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ,  
GASTROENTEROLOGICZNEJ I NOWOTWORÓW  
UKŁADU POKARMOWEGO  
UM W LUBLINIE

Pierwotny plan zakładał organizację sympozjum w kwietniu 2010 roku, ale wybuch wulkanu Eyjafjallajökull na Islandii na kilkanaście dni sparaliżował ruch lotniczy praktycznie nad całą Europą, co uniemożliwiło przylot do Polski zaproszonych wykładowców z Austrii, Francji, Irlandii, Stanów Zjednoczonych i Szwajcarii. Po raz pierwszy

w historii sympozjów zaplanowano warsztaty endoskopowe na temat diagnostyki i terapii endoskopowej chorób przełyku, a także warsztaty z czynnościowych technik diagnostycznych w nienowotworowych chorobach przełyku. Ważnym wydarzeniem również było zorganizowanie Studenckiej Sesji Naukowej, w trakcie której reprezentanci studenckich kół naukowych mieli okazję zaprezentować wyniki własnych dociekań. Organizatorzy podjęli decyzję, że zarówno warsztaty endoskopowe, warsztaty diagnostyczne, jak i konferencja kół studenckich wejdą na stałe do programu nauko-

wego kolejnych sympozjów. Mimo wysiłków i poniesionych kosztów organizatorzy zostali zmuszeni do przełożenia całości na grudzień 2010 roku.

W dniach 8-9 grudnia 2010 roku pod patronatem Jego Magnificencji Rektora UM w Lublinie prof. dr. hab. dr. h.c. Andrzeja Książka oraz prezesa Towarzystwa Chirurgów Polskich prof. Adama Dzikiego, odbyło się już VIII Międzynarodowe Sympozjum „Choroby przełyku”. Przewodniczącym komitetu naukowego był prof. Grzegorz Wallner, kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicz-



**VIII Międzynarodowe Sympozjum  
„Choroby przełyku”  
8-9.12. 2010 r.**

**Od lewej:  
prof. Adam Dziki  
prezes Towarzystwa  
Chirurgów Polskich,  
prof. Grzegorz Wallner  
przewodniczący  
Komitetu Naukowego,  
prof. Franz Riegler z Wiednia**

nej i Nowotworów Układu Pokarmowego.

Podobnie, jak już w blisko dwudziestoletniej historii tych spotkań, w grudniowym spotkaniu udział wzięło wielu wybitnych specjalistów zarówno z kraju, jak z zagranicy oraz około 300 uczestników z całej Polski. W warsztatach endoskopowych, cieszących się wyjątkowo dużym zainteresowaniem uczestniczyło blisko 200 lekarzy gastrologów, internistów, chirurgów, endoskopistów.

VIII Sympozjum swoją obecnością zaszczytli, między innymi prof. Radu Tutuian z Brna, prof. Franz Riegler z Wiednia oraz prof. Jarosław Leszczyszyn z Dublinu. Znowu z powodu przygód z aurą, tym razem zimową – paraliż lotniska Charlesa de Gaulle’a, nie mógł pojawić się w Lublinie dr Adrian Lobontiu z Paryża.

Spośród polskich wykładowców w spotkaniu udział wzięli, między innymi: prof. Krzysztof Paśnik z Warszawy, przewodniczący Sekcji Chirurgii Wojskowej TChP i konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii wojskowej, dr hab. Mariusz Wyleżół z Warszawy – ekspert w dziedzinie chirurgii bariatrycznej, przedstawiciel Polski w Europejskim Towarzystwie Chirurgii Baria-

trycznej, dr hab. Dariusz Patkowski – kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej z AM we Wrocławiu, prof. Jerzy Ostrowski z Kliniki Gastroenterologii CMKP w Warszawie, dr Jan Pertkiewicz z Warszawy – jeden z najbardziej doświadczonych endoskopistów polskich, dr n. med. Dorota Waśko-Czopnik z Kliniki Gastroenterologii AM we Wrocławiu – ekspert w zakresie badań czynnościowych w chorobach przełyku, dr n. med. Paweł Osemlak z Kliniki Chirurgii Dziecięcej, a także prof.

Barbara Skrzydło Radomańska z Kliniki Gastroenterologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Godnym podkreślenia jest fakt aktywnego udziału, jako wykładowców, asystentów II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego UM w Lublinie: dr. hab. Krzysztofa Zinkiewicza, dr. n. med. Marka Majewskiego, dr. med. Tomasza Skoczylasa, dr. n. med. Michała Soleckiego i dr. n. med. Witolda Zgodzińskiego.



**Zdjęcie grupowe przed tablicą prof. Feliksa Skubiszewskiego w hallu II Katedry i Kliniki Chirurgii w trakcie warsztatów z diagnostyki czynnościowej. W środku obok prof. G. Wallnera, prof. Radu Tutuian z Brna (Szwajcaria)**



Całość spotkania naukowego była tak pomyślana przez organizatorów, aby zaproszeni goście, uznani w świecie eksperci, mogli uczestniczyć zarówno w sympozjum, jak również w warsztatach endoskopowych. Tematami przewodnimi VIII Sympozjum były:

1. Terapia endoskopowa chorób przełyku,
2. Przełyk Barretta,
3. Postępy w leczeniu chirurgicznym chorób przełyku oraz patologicznej otyłości i zaburzeń metabolicznych,
4. Diagnostyka czynnościowa nielagodnych chorób przełyku.

Organizatorom przyświecała idea kompleksowego przedstawienia powyższych tematów. W pierwszej sesji, prof. Franz Riegler posiadający bodaj największe w Europie doświadczenie przedstawił, wprowadzoną w 2007 roku do praktyki klinicznej, nowoczesną technikę ablacji nabłonka metaplastycznego, tzw. przełyku Barretta za pomocą energii o wysokiej częstotliwości (tzw. procedura Halo). Metoda ta jest traktowana, jako alternatywa do metod ablacji argonowej, fototerapii dynamicznej, elektrokoagulacji wielobiegunowej, terapii laserowej czy endoskopowych metod resekcyjnych. Metoda Halo jest bezpieczna i wysoce skuteczna w prewencji progresji nabłonka metaplastycznego

w kierunku gruczolakoraka przełyku. Stanowi cenne uzupełnienie leczenia farmakologicznego i chirurgicznego chorych z przełykiem Barretta.

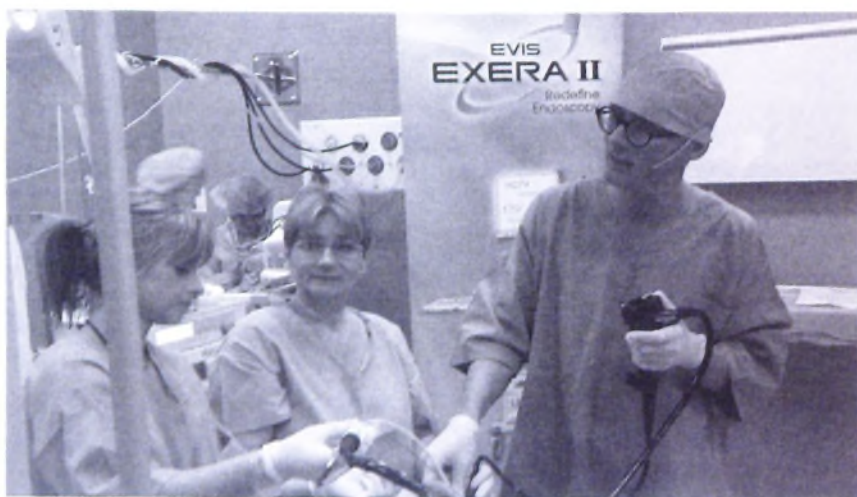
W zastępstwie nieobecnego dr. Adriana Lobontiu, jego wykład przedstawił prof. Grzegorz Wallner, który omówił wyniki leczenia choroby refluksowej przełyku na drodze fundoplikacji endoskopowej, jako konkurencyjnej w stosunku do klasycznych operacji antyreflukso- wych lub wykonywanych w technice laparoskopowej. Zwraca się uwagę, że endoskopowa fundoplikacja, tzw. metoda EsophyX – TIF jest równie skuteczna jak zabiegi chirurgiczne, natomiast znacznie zmniejsza uraz okołoperacyjny i ogranicza dole-

gliwości bólowe w okresie pooperacyjnym.

Dr n. med. Witold Zgodziński przedstawił już blisko 4-letnie doświadczenie lubelskie, jako jedynego ośrodka w kraju z leczenia chorych z chorobą refluksową na drodze endoskopowej aplikacji energii wysokiej częstotliwości w okolicę połączenia przełykowo-żołądkowego. W wyniku zastosowania metody Stretta dochodzi do zmiany proggu wrażliwości bólowej i poprawy wydolności mechanizmu antyreflukso- wego, redukcji tzw. przejściowych relaksacji dolnego zwieracza przełyku, z ustąpieniem dolegliwości subiektywnych oraz ze znamienym ograniczeniem przyjmowania leków antysekrecyjnych.



**Dr hab. Zinkiewicz w asyście dr. med. Jana Pertkiewicza (Warszawa) i dr. med. Tomasza Skoczylasa w trakcie zabiegu balonowego rozszerzania przełyku. I Warsztaty Endoskopowe**



**Prof. Franz Riegler w trakcie wykonywania procedury Halo (ablacja nabłonka meta- plastycznego przełyku Barretta). I Warsztaty Endoskopowe**



**Dr hab. Krzysztof Zinkiewicz w asyście dr. med. Jana Pertkiewicz (Warszawa) w trakcie zabiegu endoskopowego protezowania przełyku. I Warsztaty Endoskopowe**



**Dr med. Tomasz Skoczylas w asyście dr. hab. Krzysztofa Zinkiewicza w trakcie zabiegu endoskopowej mukozektomii z powodu wczesnego raka wpustu. I Warsztaty Endoskopowe**

Dr hab. Krzysztof Zinkiewicz, po przeszkoleniu w 2001 roku w National Cancer Center w Tokio, jako pierwszy w Polsce wykonał endoskopowe zabiegi mukozektomii, a także endoskopowej podśluzówkowej dyssekcji wczesnych zmian nowotworowych w górnym odcinku przewodu pokarmowego. Jego wykład oparty o doświadczenia własne, a także o przegląd literatury wskazał na kierunek działań medycznych, w którym powinniśmy zmierzać. Jedynie wczesna diagnostyka zmian nowotworowych pozwala na uzyskanie satysfakcjonujących wyników leczenia raka w Polsce. Jest to szczególnie istotne w przypadku złośliwego raka przełyku.

W kolejnym wykładzie prof. Jarosław Leszczyński omówił aktualne możliwości wykorzystania metod endoskopowych w paliatywnym leczeniu raka przełyku. Szczególną uwagę zwrócił na dużą efektywność terapii fotodynamicznej AFP w niszczeniu zmian nowotworowych, ze skutecznym udrażnianiem zwężeń organicznych przełyku skutkujących uciążliwą dysfagią i wyniszczeniem z niedoboru pokarmów.

Na zakończenie tej sesji dr n. med. Jan Pertkiewicz dokonał przeglądu nowych technik wizualizacji endoskopowych, między innymi wykonywanych wąską wiązką

światła NBI, techniką makro i chromo endoskopii, tzw. endoskopii mikroskopowej czy endoskopii konfokalnej, pozwalającej na obrazowanie zmian chorobowych z dokładnością obrazów mikroskopowych. Dzięki nowym technikom wizualizacji na naszych oczach dokonuje się przełom w możliwościach wczesnego wykrywania zmian chorobowych, przede wszystkim zmian rakowych we wczesnym stopniu zaawansowania. Jesteśmy świadkami powstawania nowej techniki operacyjnej w chorobach przewodu pokarmowego, tzw. chirurgii mikroskopowej, wcześniej znanej z wąskich dziedzin zabiegowych, np. okulistyki.

W sesji poświęconej przełykowi Barretta prof. Jerzy Ostrowski przedstawił patomechanizm uszkodzeń błony śluzowej przełyku w przebiegu choroby refluksowej. Jako doskonały model biologiczny, metaplasja gruczołowa nabolnka płaskiego z progresją do dysplazji dużego stopnia, a w końcu do raka gruczołowego pozwala na prześledzenie zmian morfologicznych, ale też dynamicznych zmian molekularnych towarzyszących kolejnym etapom procesu karcinogenezy przełyku Barretta. Obserwacje te mają daleko idące implikacje diagnostyczno-prognostyczne oraz zmieniają możliwości opcji terapii powiklanej choroby refluksowej od zmian nad-

żerkowych, poprzez metaplastyczne i dysplastyczne aż do gruczolakoraka przełyku.

Możliwe mechanizmy ochronne nabolnka i błony śluzowej przełyku przed cytotoksycznym działaniem soku żołądkowego (kwasu solnego i pepsyny), a także składników soku dwunastniczego, głównie soli i kwasów żółciowych przedstawił dr n. med. Marek Majewski. We współpracy II Kliniki Chirurgii UM w Lublinie z ośrodkami badawczymi kierowanymi przez prof. Jerzego Sarosięka i prof. Richarda McCalluma z Uniwersytetu w Kansas i Uniwersytetu z El Paso w Teksasie, powstał cykl prac badawczych weryfikujących rolę przednabolnkowych, nabolnkowych i pozanabolnkowych czynników protekcyjnych. Dr Majewski podkreślił zasadniczą rolę protekcyjną wodorowęglanów, składników śluzu oraz jakości połączeń międzykomórkowych w zapobieganiu rozwojowi i progresji nowotworowej przełyku Barretta.

W znakomitym przeglądzie piśmiennictwa z ostatnich lat prof. Barbara Skrzydło-Radomska szczegółowo omówiła możliwości farmakoterapii choroby refluksowej i przełyku Barretta. Nadal poszukuje się nowych możliwości leczenia przyczynowego choroby refluksowej, między innymi wśród inhibitorów pompy protonowej nowych





**Przed zabiegiem Stretta wykonywanym przez dr. hab. Krzysztofa Zinkiewicza w asyście prof. Stevena Schwaitzberga Harvard, Boston (blok operacyjny II Katedry i Kliniki Chirurgii)**

generacji, prokinetyków czy też testuje się możliwości kojarzenia inhibitorów z lekami z grupy selektywnych substancji przeciwzapalnych w opcji działania protekcyjnego, prewencyjnego i terapeutycznego.

Z kolei prof. Wallner przedstawił aktualne wytyczne skojarzonego leczenia gruczolakoraka Barretta. Dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują na dużą dynamikę występowania gruczolakoraka przełyku, najwyższą spośród wszystkich nowotworów układu pokarmowego. Brak satysfakcjonujących wyników leczenia skłania do poszukiwań nowych strategii terapeutycznych weryfikowanych o zasady *evidence base medicine*. Nadziei upatruje się w kojarzeniu leczenia chirurgicznego z chemio- i radioterapią, a także w tzw. terapii celowanej przy użyciu przeciwciał na różne etapy łańcucha zmian molekularnych, czy w końcu w terapii genetycznej z wykorzystaniem adenowirusów, jako wektorów przenoszących określoną informację genową do komórek raka przełyku.

Aktualne problemy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w tym w aspekcie refluksowych objawów przełykowych u chorych z patologiczną otyłością i zaburzeniami metabolicznymi przedstawił w kolejnej sesji prof. Paśnik i dr hab. Wyleżół z Warszawy. Obaj zwrócili

uwagę na epidemiczny charakter otyłości w Polsce i wskazali na potrzebę tworzenia regionalnych centrów terapeutycznych. Szczególny postęp w tej dziedzinie związany jest z wprowadzeniem przed około 10-ciu laty technik minimalnie inwazyjnych pozwalających na wykonanie restrykcyjnych lub/i wyłączających operacji bariatrycznych, przy jednoczesnym istotnym zmniejszeniu urazu okołoperacyjnego i powikłań pooperacyjnych. Doc. Wyleżół podkreślił rolę operacji bariatrycznych w leczeniu zespołów metabolicznych przebiegających z cukrzycą insulinozależną, nadciśnieniem tętniczym i hipercholesterolemią. Aktualnie jesteśmy świadkami rozwoju nowej dyscypliny chirurgicznej tzw. chirurgii metabolicznej.

W sesji postępów dr hab. Patkowski i dr n. med. Osemlak przedstawili unikalny materiał leczenia wad wrodzonej niedrożności przełyku u noworodków. Temat stosunkowo rzadko poruszany wśród chirurgów zajmujących się patologią przełyku u dorosłych. Szczególnie imponujący był materiał z ośrodka wrocławskiego – największa na świecie liczba leczenia tego rodzaju przypadków, operacji odtwarzających drożność i ciągłość przełyku wykonanych na noworodkach z wykorzystaniem techniki torakoskopowej.

Bogaty program naukowy VIII Sympozjum „Choroby przełyku” zakończyła sesja poświęcona diagnostycznym badaniom czynnościowym w chorobach przełyku. Prof. Radu Tutuian swoim wykładem wprowadził uczestników w świat nowoczesnej diagnostyki, która w zasadniczy sposób zmieniła rozumienie podstaw zaburzeń motoryki przełyku, patofizjologii choroby refluksowej, możliwości oceny zaburzeń zwieracza pierścienno-gardłowego, górnego odcinka przełyku, kojarzenia metod manometrycznych, impedancyjnych, pH-metrycznych.

Kolejni wykładowcy: dr n. med. Dorota Waśko-Czopnik z Wrocławia i dr n. med. Michał Selecki z Lublina omówili poszczególne metody diagnostyczne – manometrię wysokiej rozdzielczości, manometrię z impedancją. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że oboje są uczniami prof. Tutuiana, byli szkoleni w Ośrodku Szkoleniowym w Denver, USA prowadzonym przez jednego z najwybitniejszych znawców chorób przełyku, powszechnie uznanego za „ojca ezofagologii” prof. Donalda Castella. Obok nich również kolejni koledzy z II Kliniki Chirurgii UM z Lublina – dr Wioletta Masiak i dr Tomasz Pedowski, jako pierwsi w Europie uzyskali amerykański certyfikat wykwalifikowanych eduka-

torów, uprawniający do prowadzenia szkoleń z zakresu technik manometrycznych i impedancyjnych przelyku na terenie Europy i Bliskiego Wschodu.

W ostatnim wykładzie dr n. med. Tomasz Skoczylas przedstawił zalety ultrasonografii endoskopowej, stosunkowo jeszcze mało dostępnej metody diagnostycznej, bardzo przydatnej zarówno w ocenie stopnia zaawansowania nowotworów przelyku, jak też w diagnostyce pierwotnych zaburzeń motoryki przelyku, przede wszystkim kurczu wpustu. Wartość EUS jest szczególnie eksponowana w ocenie możliwości wykorzystania technik endoskopowych do usuwania zmian nowotworowych ograniczonych do błony śluzowej przelyku. Precyzyjna ocena stopnia zaawansowania, z możliwością EUS różnicowania tkanek w skali 0,1-2 mm ma kapitalne znaczenie w określeniu cech T i N wg klasyfikacji TNM, co wiąże się z dokładnym prognozowaniem ryzyka przerzutów do węzłów chłonnych w zakresie od 0 do kilkudziesięciu procent w zależności od stopnia zaawansowania raka przelyku.

W trakcie I Warsztatów Endoskopowych po raz pierwszy w Polsce udało się wykonać praktycznie wszystkie terapeutyczne zabiegi endoskopowe, jakie wykonywane są aktualnie na świecie w przypadkach choroby refluksowej i jej powikłań. Korzystając z obecności ekspertów, zespół asystentów Samodzielnej Pracowni Endoskopowej II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego SPSK nr 1 w Lublinie, kierowanej przez dr. hab. med. Krzysztofa Zinkiewicza wykonał procedury Stretta, ablację argonową, mukozektomię, dyssekcję podśluzówkową, protezowanie przelyku, balonowe rozszerzenie przelyku, badania EUS. Zabieg endoskopowej fundoplikacji sposobem EsophyX-TIF w zastępstwie nieobecnego dr. Adriana Lobontiu wykonał dr n. med. Jan Pertkiewicz z Warszawy, a prof. Franz Riegler z Wiednia w asyście doc. Krzysztofa Zinkiewicza dokonał ablacji sposobem Halo. Blisko 200 uczestników miało okazję obserwacji zabiegów, korzystając ze znakomitych przekazów w pełnej opcji wizualizacji o wysokiej rozdzielczości. Dla wytrwałych uczestników warsztatów z diagnostyki czynnościowej nienowotworowych chorób przelyku przygotowano do późnych godzin nocnych wykłady teoretyczne, prezentacje przypadków klinicznych i zajęcia praktyczne z manometrii z impedancją i pH-metrii z impedancją.



**Uczestnicy Sympozjum: prof. Kazimierz Głowniak – prorektor ds. współpracy z zagranicą, prof. Maria Słomka – dziekan II Wydziału Lekarskiego, prof. Krzysztof Celiński z Kliniki Gastroenterologii UM w Lublinie**



**Laureaci Sesji Studenckich Kół Naukowych**





# II Lubelskie Dni Wirusologiczne

W dniach 22-24 września 2010 r. odbyły się II Lubelskie Dni Wirusologiczne. Konferencja, pod honorowym patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr. hab. Andrzeja Książka, zainaugurowała także działalność Polskiego Towarzystwa Wirusologicznego, które zostało zarejestrowane na początku 2010 roku.



**II LUBELSKIE DNI WIRUSOLOGICZNE, NAŁĘCZÓW, 22-24 CZERWCA 2010r**

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

Uroczyste otwarcie konferencji miało miejsce w sali balowej Pałacu Małachowskich w Nałęczowie. Otwarcie konferencji uświetniła obecność władz Uniwersytetu Medycznego w osobach Prorektora ds. Szkolenia Podyplomowego i Współpracy z zagranicą – prof. dr. hab. Kazimierza Głowniaka oraz prodziekanów: I Wydziału Lekarskiego – prof. dr. hab. Anny Kwaśniewskiej, Wydziału Farmaceutycznego – prof. dr. hab. Anny Malm oraz Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu – prof. dr. hab. Piotra Książka. Uniwersytet Przyrodniczy reprezentował prorektor prof. dr. hab. Krzysztof Kostro.

Konferencję otworzyła prof. dr. hab. Małgorzata Polz-Dacewicz – przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego i Naukowego, a zarazem prezes Polskiego Towarzystwa Wirusologicznego referatem zatytułowanym *Virology – past, present and future*. Referentka przedstawiła krótko rys historyczny wirusologii jako nauki, jej znaczenie oraz kierunki badań na przyszłość. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. dr. hab. Jan Zmudziński, pt. *„Emerging and re-emerging diseases – aktualnie zagrożenia w dobie globalizacji”*.

Wirusologia jest olbrzymim działem wiedzy medycznej o ponad stuletniej historii, dziedziną bardzo dynamicznie rozwijającą się w ostatnich latach. Zakażenia wirusowe mają szczególne znaczenie w dobie globalizacji, która sprzyja szybkiemu rozprzestrzenianiu się wirusów z terenów endemicznych i/lub epidemicznych. Wirusy mogą zostać także wykorzystane jako broń biologiczna (bioterroryzm). Dzięki dużej zdolności adaptacji do zmieniających się warunków środowiskowych, poprzez procesy zmian genetycznych



(mutacje, rekombinacje, reasortacje genów) lub też zasiedlanie nowych nisz ekologicznych, możliwa jest selekcja nowych szczepów o zmienionych właściwościach patogennych.

Zakażenie komórki może prowadzić do powstania nowych, w pełni zakaźnych cząstek wirusowych, tzw. cykl produktywny. Replikacja wirusa w komórce może prowadzić do zmiany jej morfologii (efekt CPE). Niektóre wirusy mogą indukować transformację nowotworową, w wyniku której komórka uzyskuje zdolność do nieograniczonych podziałów (immortalizacja).

Odrębnym problemem są zakażenia latentne, które na skutek różnych czynników zewnętrznych mogą ulegać reaktywacji. Wreszcie zjawisko interferencji polegające na braku możliwości replikacji wirusa w komórce, która wcześniej została zakażona innym wirusem.

Choroby i zakażenia wirusowe odgrywają ogromną rolę w zakresie zdrowia publicznego. Są przyczyną nie tylko ostrych chorób zakaźnych, ale także chorób o charakterze przewlekłym. Ponadto wirusy onkogenne są jednym z czynników w rozwoju procesu nowotworowego.

Z tego względu prawidłowa i wiarygodna diagnostyka laboratoryjna ma ogromne znaczenie w postawieniu właściwego rozpoznania. Diagnostyka zakażeń wirusowych opiera się na izolacji i identyfikacji wirusa, oznaczaniu antygenów lub kwasu nukleinowego i/lub ocenie odpowiedzi organizmu na zakażenie.

Nowoczesna wirusologia obejmuje olbrzymią liczbę procesów zachodzących zarówno w pojedynczej komórce, jak i w całym organizmie człowieka. Dotychczas główny nacisk kładziono na patogenne działanie wirusów, zrozumienie patogenności licznych chorób wirusowych oraz metod ich zwalczania. Obecnie znaczenie wirusologii poszerzyło się o poznanie i zrozumienie nieprawidłowych mechanizmów dotyczących kodu genetycznego i reakcji biochemicznych oraz wzajemnych relacji między wirusem i komórką.

Narodowy Program Zdrowia do roku 2015 wśród celów strategicznych zakłada zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym także o etiologii wirusowej. Cel ten ma zostać zrealizowany przez: prowa-





dzienie szczepień ochronnych i analizę ich skuteczności, ocenę ryzyka zawleczenia chorób do Polski, poprawę stanu sanitarnego kraju oraz jakości żywności i jej przechowywania. Efektem tych działań ma być zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne, szczególnie wzw C, HIV, zakażenia przenoszone drogą płciową, a także znaczne obniżenie liczby zakażeń szpitalnych.

nych podstaw chorób wirusowych, interakcje wirus-gospodarz, zastosowania nowych technologii w diagnostyce, badanie trendów epidemiologicznych (epidemiologia molekularna), emerging and re-emerging diseases. Ważnym kierunkiem badawczym jest poszukiwanie nowych leków przeciwwirusowych (jako monoterapia lub terapia skojarzona), zarówno syntetycznych jak i pochodzenia naturalnego (roślinnego) oraz związane z tym badania nad patogenetycznymi podstawami terapii przeciwwirusowej, a także pojawiający się coraz częściej problem selekcji szczepów opornych na stosowane chemioterapeutyki. Osobnym zagadnieniem jest farmakoekonomika oraz kosztowoefektywność (pricing) terapii przeciwwirusowej. Wreszcie badania nad



nia te dotyczą zarówno szczepionek profilaktycznych jak i terapeutycznych mających zastosowanie w chorobach przewlekłych.

Po krótkiej przerwie odbyła się część artystyczna, w której wystąpił duet Małgorzata i Witold Ziemińscy ze spektaklem zatytułowanym „Pod niebem Paryża”.

Część naukowa konferencji odbywała się w trzech sesjach, w których wygłoszono referaty plenarne oraz doniesienia ustne. Odbyła się także sesja plakatowa oraz sesja dotycząca zakażeń wirusowych w weterynarii.

Sesję plenarną pierwszego dnia konferencji otworzył referat prof. dr hab. Anny Godździckiej-Józefiak (UAM, Poznań) na temat pochodzenia i ewolucji wirusów. Prof. dr hab. Martyna Kandeler-Szerszeń (UMCS, Lublin) w referacie zatytułowanym „Jak wirusy walczą z układem odpornościowym człowieka” przedstawiła odporność immunologiczną w zakażeniu wirusowym, rolę odporności wrodzonej w rozpoznawaniu wirusów. Szeroko zostały omówione sposoby ucieczki wirusów spod nadzoru immunologicznego przez hamowanie lub stymulację apoptozy, wpływ wirusów na system interferonowy, wpływ na ekspresję MHC, aktywność komórek NK, limfocytów T oraz aktywność dopełniacza. Natomiast prof. dr hab. Ewa Brojer (Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie) omówiła bardzo ważne zagadnienie reaktywacji zakażenia HBV u chorych z upośledzoną funkcją układu immunologicznego.



W dobie globalizacji choroby zakaźne szybciej przenoszą się, szybciej się pojawiają. Od 1970 rejestruje się rocznie 1-2 nowe choroby. W ostatnich 5 latach WHO zarejestrowała – 1100 incydentów epidemicznych. Znaczenia nabierają takie choroby jak: cholera, żółta febra, zakażenia meningokokowe, zakażenia wirusem Nipah, Hanta.

Obecne kierunki badań wirusologicznych dotyczą molekular-

zastosowaniem wirusów jako wektorów w terapii genowej, a także rola wirusów jako broni biologicznej (bioterroryzm). W wielu ośrodkach naukowych prowadzone są badania nad nowymi generacjami szczepionek (wakcynologia – dział bardzo szybko rozwijający się) – wektory, plazmidy DNA, peptydy, badania nad adiuwantami wzmagającymi immunogenność szczepionki, nad drogą podania szczepionki. Bada-

Następnie Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych dr Henryk Owczarek przedstawił zadania towarzystw naukowych w dziedzinie medycyny laboratoryjnej w odniesieniu do ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Według danych KIDL, liczba laboratoriów wirusologicznych (lub posiadających pracownię wirusologiczną) wynosi w Polsce 681. Świadczenia gwarantowane w zakresie mikrobiologii obejmują 397 badań, z czego 164, tj. 64% przypada na badania z zakresu diagnostyki zakażeń wirusowych. W związku z tym podkreślił, że Polskie Towarzystwo Wirusologiczne będzie skupiało pracowników, którzy na co dzień zajmują się diagnostyką wirusologiczną, a stanowią niemałą grupę.

W sesji dotyczącej wirusów pneumotropowych wygłoszono 3 referaty oraz kilka doniesień. Dr hab. Bogumiła Litwińska z Naro-

dopuszczone do stosowania w USA oraz zarejestrowane w Europie. Natomiast prof. Wiesław Gut (NIZ-PZH) przedstawił charakterystykę dotychczasowych pandemii grypy i zmian skokowych tego wirusa. Zacytował także słowa epidemiologa Toma Jeffersona, który mówił „o fałszywych prorocztwach ekspertów od świńskiej grypy, o przecenianiu skuteczności szczepień i o tym, że najlepszą ochroną przed zarażeniem jest po prostu regularne mycie rąk”. Z kolei profesor Anna Malm przedstawiła charakterystykę inhibitorów neuraminidazy, które, jak podkreśliła autorka, nie mogą być traktowane jako substytut szczepionki przeciwko grypie, ale jako dodatkowa wspólna broń do walki z grypą.

W drugim dniu konferencji odbyły się dwie sesje naukowe. Pierwsza weterynaryjna z głównym referatem dotyczącym statusu BSE w Polsce. Druga sesja była w cało-

Kwaśniewska. W podsumowaniu autorka stwierdziła, że karcinogeneza indukowana HPV zależy od: typu wirusa (wysoki – 16, 18, 31, 45, 51, 56; średni – 33, 35, 39, 51 i 52), zmienności genetycznej w obrębie danego typu, miana wirusa, mutacji powstających *de novo* (np. zmiany punktowe lub delecje nukleotydów w sekwencjach rozpoznawanych przez YY1, rekombinacje), polimorfizmu, współistnienia różnych izolatów w danej próbie klinicznej, struktury i sekwencji nukleotydowej I.C.R, konfekcji, czynników środowiskowych, prokreacyjnych oraz predyspozycji genetycznych: haplotyp HLA, polimorfizm P53.



dowego Instytutu Zdrowia PZH omówiła problemy związane z przeciwdziałaniem zakażeniom wywołanym nowym szczepem grypy A (H1N1) oraz szczepionki przeciw grypie pandemicznej A (H1N1)

ści poświęcona zakażeniom Human Papilloma Virus. Sesję prowadziła oraz referat wprowadzający pt. „Wpływ czynników komórkowych i ustrojowych na rozwój infekcji HPV” wygłosiła prof. dr hab. Anna

W drugim dniu konferencji zebrał się także Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Wirusologicznego na swoim pierwszym posiedzeniu, który obradował nad wytyczeniem kierunku działalności PTW na najbliższy okres. Postanowiono o przystąpieniu Polskiego Towarzystwa Wirusologicznego do European Society of Virology.

W konferencji wzięło udział ogółem 120 uczestników, wygłoszono 40 referatów oraz przedstawiono 27 prac w formie plakatowej.

Z okazji konferencji została wydana monografia zatytułowana *Viral infection – diagnostics, prevention and control. The role of viral infection in public health*. Następne Lubelskie Dni Wirusologiczne planowane są za dwa lata.



# Konferencja Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej

**W ciepłej, jesiennej atmosferze Nałęczowa w CSW Energetyk położonym w pobliżu Parku Uzdrowskiego w dniach 16-18 września 2010 roku odbyło się IX spotkanie Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej.**

**W spotkaniu uczestniczyło ponad 100 chirurgów z Polski i gości z zagranicy zajmujących się na co dzień chirurgią tarczycy, przytarczyc, nadnerczy i trzustki.**

**DR N. MED. MARIUSZ MATUSZEK  
PROF. DR HAB. SŁAWOMIR RUDZKI**  
I KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ,  
TRANSPLANTACYJNEJ I LECZENIA ŻYWIENIOWEGO  
UM W LUBLINIE

Spotkanie o charakterze konferencji naukowo-szkoleniowej zostało zorganizowane przez I Klinikę Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnościowego UM w Lublinie oraz Stowarzyszenie

Przyjaciół I Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej.

Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego oraz Naukowego był prof. dr hab. Sławomir Rudzki, kierownik I Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnościowego, Konsultant Wojewódzki ds. transplantologii klinicznej.

Było to już IX spotkanie chirurgów zrzeszonych w Polskim Klubie Chirurgii Endokrynologicznej, prezesem którego i jednym z założycieli

jest obecnie prof. dr hab. Krzysztof Kuzdak, kierownik Kliniki Chirurgii Endokrynologicznej i Ogólnej UM w Łodzi. Program Konferencji obejmował sesję inauguracyjną (czwartek) oraz cztery sesje naukowe (piątek i sobota) poświęcone jakości w chirurgii gruczołów dokrewnych. Na spotkaniu obecni byli nestorzy polskiej chirurgii, w tym założyciel i pierwszy prezes Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej prof. dr hab. Kazimierz Rybiński oraz prof. dr hab. Zbigniew Gruca.

Za stronę organizacyjną spotkania odpowiedzialni byli: prof. dr hab. S. Rudzki, dr med. M. Matuszek, dr med. J. Piłat, lek. med. W. Mąkosza, lek. med. M. Montewka, lek. med. M. Szczubkowski, lek. med. K. Wojewoda oraz nieoceniona pani Agata Szczuchniak.

Czwartkową sesję inauguracyjną otworzyli prof. dr hab. Sławomira Rudzki i prof. dr hab. Krzysztof Kuzdak, witając uczestników i Gości konferencji. Prof. Rudzki podkreślił znaczenie jakości w chirurgii gruczołów wydzielania wewnętrznego w aspekcie zminimalizowania możliwości powikłań w trakcie leczenia

chirurgicznego, w tym zabiegów małoinwazyjnych i stosowania aparatury do neuronawigacji. Pierwszy wykład w sesji inauguracyjnej pt. „Uwarunkowania anatomiczne w operacjach tarczycy” wygłosił prof. dr hab. Ireneusz Kozicki z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego CMKP w Warszawie. Przedstawił bardzo bogaty, ciekawy materiał (blisko 3000 zoperowanych chorych w ostatnich 10 latach) i własne doświadczenia dotyczące identyfikacji nerwów krtaniowych wstecznych w czasie zabiegu i techniki ich preparowania oraz zalety technik minimalnie inwazyjnych w chirurgii wola.

W kolejnym wykładzie na temat chirurgii przytarczyc prof. dr hab. Roman Drewno, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM w Poznaniu podkreślił fakt, że wycięcie przytarczyc była początkowo operacją wykonywaną bardzo rzadko z wybiórczych wskazań, ale w dniu dzisiejszym stała się jednym z podstawowych zabiegów chirurgii endokrynologicznej. Operacje przytarczyc powinny być wykonywane w specjalistycznych ośrodkach, które posiadają w dyspozycji odpowiednie techniczne zaplecze i jednocześnie istnieje głęboka potrzeba szkolenia w operacjach przytarczyc w związku z dość szybko rosnącą liczbą chorych.

Sesję inauguracyjną zakończyło wystąpienie prof. dr hab. Macieja Otto z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej UM w Warszawie. W wykładzie pt. „Technika operacyjna w chirurgii nadnerczy” podkreślił, że aktualne działanie chirurga w leczeniu chorych nadnerczy nie sprowadza się tylko do usunięcia stwierdzonego guza, lecz do świadomej resekcji z liczeniem się z wiadomymi następstwami hormonalnymi. Obecnie adrenalektomia laparoskopowa jest operacją referencyjną dającą

bezpieczeństwo i niezaprzeczalne korzyści wynikające z małoinwazyjnej ingerencji, a uzyskiwane wyniki u chorych z patologią nadnerczy uzależnione są od ścisłej współpracy lekarzy wielu dyscyplin (endokrynologa, radiologa, anestezjologa i chirurga).

Pierwszy dzień konferencji zwińczyło spotkanie towarzyskie. Do późnych godzin nocnych rozbrzmiewała muzyka przeplatana dyskusjami (nie tylko naukowymi) uczestników i gości konferencji zgromadzonych przy znakomitym „nałęczowskim stole grillowym” ośrodka Energetyk.



Po wczesnym śniadaniu poranną piątkową sesję naukową poprzedziły wystąpienia i sprawozdania dotyczące stanu chirurgii endokrynologicznej w poszczególnych ośrodkach i województwach w Polsce. Należy podkreślić że stan chirurgii endokrynologicznej w ośrodkach naszego województwa jest dobry i nie odbiega od standardów innych szpitali w kraju.

Przedpołudniowa sesja drugiego dnia obrad, która zgromadziła (skromnie mówiąc!) znaczną ilość uczestników, poświęcona była jakości w chirurgii tarczycy. Sesję prowadzoną przez prof. dr hab. Lecha

Pomorskiego i prof. dr hab. Stanisława Cichonia rozpoczął prof. dr hab. K. Kuzdak wykładem: „Całkowite czy częściowe wycięcie gruczolu tarczowego?” Temat wykładu wzbudził duże zainteresowanie słuchaczy oraz burzliwa dyskusję. Prof. dr hab. Lech Pomorski z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej UM w Łodzi w swoim wykładzie: „Kontrowersje w leczeniu raka tarczycy” poruszył problem zakresu operacji w raku tarczycy oraz zakresu limfadenektomii w leczeniu operacyjnym wysoko zróżnicowanych nowotworów gruczolu tarczowego. Największe zainteresowanie słuchaczy

wzbudziły dwa wykłady dotyczące neuromonitoringu w chirurgii gruczolu tarczowego w aspekcie identyfikacji i monitorowania przebiegu i lokalizacji nerwów krtaniowych wstecznych. Temat tych wykładów wynikał z faktu, że najczęstszym powikłaniem chirurgicznym w leczeniu wola jest porażenie NKW. Ciągłe udoskonalanie techniki chirurgicznej, tendencje do odślaniania śródoperacyjnego NKW za „wszelką cenę” nie zmniejszyła w sposób znaczący zaburzeń fonacji po wycięciu wola. Powikłanie to, według niektórych autorów, dotyczy nawet 4% chorych. Jedną z obecnie



rozpowszechnianych metod przydatną do identyfikacji NKW i oceny ich przebiegu, jak podkreślił prof. dr hab. Sławomir Rudzki, jest neuro-monitoring.

Obszerny materiał dotyczący tego problemu przedstawił zaproszony przez organizatorów Gość – dr n. med. Ritta Peller z Kliniki Chirurgicznej w Monachium (Martha-Maria Krankenhaus). Dr Peller podkreśliła, że w Niemczech neuromonitoring jest stosowany w zabiegach na gruczole tarczowym u blisko 90% chorych i jest „złotym standardem” postępowania. Metoda ta zmniejsza ryzyko przejściowych porażenia nerwów krtaniowych wstecznych w zabiegu na gruczole tarczowym. Podobne dane przedstawił w bardzo ciekawym wystąpieniu dr n. med. Marcin Barczyński z III Kliniki Chirurgicznej w Krakowie. W wykładzie pt. „Ocena przydatności neuromonitoringu” zaznaczył, że oprócz pomocy w śródoperacyjnej nawigacji w trudnym polu operacyjnym, śródoperacyjny neuromonitoring (IONM) może być cennym uzupełnieniem identyfikacji wzrokowej NKW. Ważnym wydarzeniem tej części spotkania było powołanie do życia, z inicjatywy Ośrodka Krakowskiego w ramach Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej – Polskiej Grupy Badawczej ds. Neuromonitoringu, której pierwsze spotkanie odbędzie się w Krakowie w dniach 15-16 kwietnia 2011 roku. Celem Grupy Badawczej będzie wytyczenie kierunków badawczych zmierzających do obiektywnej oceny przydatności praktycznej metody śródoperacyjnego neuromonitoringu nerwów krtaniowych wstecznych w chirurgii tarczycy w naszym kraju. Przyjmowanie zgłoszeń i wszelkie dalsze informacje dotyczące tego projektu dostępne są pod adresem: [www.neuromonitoring.com.pl](http://www.neuromonitoring.com.pl)

Na zakończenie tej sesji naukowej wystąpił dr hab. med. Marek Dedecius z Kliniki Chirurgii Ogól-

nej, Onkologicznej i Gruczołów Dokrewnych UM w Łodzi. Poinformował o projekcie stworzenia Krajowego Rejestru Operacji Tarczycy, jednocześnie zwrócił się do Zarządu Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej o wystąpienie do Zarządu Towarzystwa Chirurgów Polskich o pozytywne zaopiniowanie projektu. Propozycja została przyjęta przez Zarząd Klubu. Po przerwie kawowej, w czasie której, będący pod wrażeniem wysłuchanych wykładów uczestnicy nadal dyskutowali o problemach i kontrowersjach wokół neuromonitoringu, wykładowcy zaprezentowali prace własne dotyczące różnych aspektów chirurgii wola. Sesja ta cieszyła się dużym zainteresowaniem z uwagi na fakt, że większość wykładów prezentowało w wystąpieniach filmy z zabiegów operacyjnych, co dla wielu chirurgów miało duże znaczenie praktyczne.

Po zakończeniu porannej sesji wielu z uczestników spotkania, a zwłaszcza tych, którzy po raz pierwszy odwiedzili Nałęczów, skorzystało z możliwości spaceru, w czasie którego mogli, pijąc kawę lub herbatę w małych kawiarniach, delektować się śliwką nałęczowską w czekoladzie i poddać się urokom „miasta-ogrodu”, który to urok dostrzegli tacy wielcy pisarze i poeci XX wieku jak Henryk Sienkiewicz, Bolesław Prus, Stefan Żeromski, Stanisław Witkiewicz, Jan Lechoń, Ewa Szemberg-Zarembina, Kazimiera Hłakowiczówna i wielu innych.

Wielu z uczestników nie mogło sobie oczywiście odmówić skorzystania ze słynnego Nałęczowskiego SPA i term pałacowych oraz spaceru w Parku Uzdrowskim.

Sesja popołudniowa drugiego dnia spotkania była poświęcona jakości w chirurgii przytarczyc. W bardzo ciekawy sposób poprowadzili ją prof. dr hab. Michał Drews, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej

i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz dr hab. Ireneusz Nawrot z Kliniki Chirurgii Ogólnej SP CSK w Warszawie. Dr n. med. Waldemar Misiowski i dr n. med. Witold Chudziński z Warszawy w wykładach „Wskazania do leczenia chirurgicznego chorób przytarczyc” i „Taktyka leczenia pierwotnej nadczynności przytarczyc” w sposób bardzo czytelny przedstawili zagadnienia dotyczące tego problemu. Podkreślili, że leczenie operacyjne stanowi jedyne przyczynowe leczenie pierwotnej nadczynności przytarczyc. Dr hab. Ireneusz Nawrot w swoim interesującym wykładzie pt. „Allotransplantacja przytarczyc” stwierdził, między innymi, że u części chorych z przewlekłą pooperacyjną niedoczynnością przytarczyc allotransplantacja komórkowa tej tkanki może być uważana za skuteczną i alternatywną metodę leczenia i, co jest bardzo istotne, przeszczepiane hodowane komórki przytarczyc pomimo, iż są to przeszczepy allogeniczne, nie wymagają stosowania immunosupresji. W sesji popołudniowej wykład prof. dr. hab. Michała Drewsa na temat odległych wyników leczenia chirurgicznego przytarczyc zgromadził dużą ilość słuchaczy. Wykładowca przedstawił metody, przyczyny niepowodzeń i wyniki leczenia tej patologii. Podsumowując stwierdził, że w dalszym ciągu należy szukać sposobów poprawy wyników leczenia w takich dziedzinach, jak: wielogruczołowa postać PNP, wtórna nadczynność przytarczyc, reoperacje PNP i WNP. Podkreślił skuteczność autotransplantacji i krioprezerwacji przytarczyc. Kolejne wystąpienie dotyczyło rejestru guzów przytarczyc. Z propozycją wystąpił prof. dr hab. Jacek Gawrychowski, kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej w Bytomiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Propozycja spotka-

ła się z dużym zainteresowaniem uczestników.

Sesję zakończyła prezentacja prac własnych autorów z Warszawy i Bydgoszczy.

Bardzo pracowity drugi dzień obrad zakończyła uroczysta kolacja w CSW Energetyk. Musimy podkreślić, że po tak pracowitym drugim dniu posiedzenia Klubu, uczestnicy i Goście byli bardzo zintegrowani. Na wieczornym spotkaniu w fantastycznej atmosferze nie zabrakło ożywionych rozmów i wymiany poglądów na kontrowersyjne tematy poruszone w czasie sesji naukowych.

Dzień trzeci IX posiedzenia Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej to dyskusja o jakości w chirurgii guzów neuroendokrynych i nadnerczy. Podobnie jak w sesji piątkowej, frekwencja na sali obrad była wysoka, co świadczy o dużym zainteresowaniu chirurgów tą problematyką. Sesję pierwszą poprowadziła prof. dr hab. Beata Kos-Kudła, kierownik Kliniki Endokrynologii UM w Katowicach i prof. dr hab. Sławomir Rudzki, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej Transplantacyjnej i Leczenia Żywnościowego UM w Lublinie. W wykładzie wprowadzającym „Algorytmy postępowania u chorych z NETs i standardy postępowania terapeutycznego” prof. Kos-Kudła w sposób bardzo przejrzysty przedstawiła zasady diagnostyki i standardowego leczenia guzów neuroendokrynych. Zwróciła także uwagę na nowe metody leczenia, w tym celowaną terapię radioizotopową i nowe leki w leczeniu celowanym, jak inhibitory mTOR.

Dr n. med. K. Grygiel z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej SP CSK w Warszawie przedstawiła ciekawy i chyba największy w Polsce materiał dotyczący leczenia chirurgicznego chorych z guzami o typie insulinoma. W kolejnym wykładzie pt. „Przerzuty guzów neuroendokrynych

do wątroby – postępowanie chirurgiczne”. Prof. dr hab. Sławomir Rudzki omówił bardzo szeroko to zagadnienie. Przedstawił aktualne dane dotyczące wyników leczenia chirurgicznego przerzutów NET do wątroby oraz innych metod leczenia tych chorych, jak przeszczep wątroby i terapia ablacyjna.

Na zakończenie pierwszej sesji trzeciego dnia obrad prof. dr hab. B. Kos-Kudła przypomniała zebranym, że od kilku lat funkcjonuje w Polsce Krajowy Rejestr Guzów Neuroendokrynych. Rejestr jest stale uzupełniany. Celem rejestru, podobnie jak w przypadku rejestru operacji tarczycy, przytarczycy czy nadnerczy, jest standaryzacja rozpoznawania i leczenia, ocena wyników leczenia i formułowanie postulatów i opinii odnośnie prawodawstwa i rozwiązań organizacyjnych w oparciu o wiarygodne fakty.

Po krótkiej przerwie kawowej rozpoczęła się ostatnia sesja naukowa poświęcona jakości w chirurgii nadnerczy. Sesję poprowadził prof. dr hab. Maciej Otto z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej UM w Warszawie. W wykładzie pt. „Technika leczenia obustronnych guzów nadnerczy” uzupełnił zasady leczenia tych guzów przedstawione w wykładzie inauguracyjnym.

Prof. dr hab. Zbigniew Śledziński, Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej UM w Gdańsku w wykładzie pt. „Operacje klasyczne nadnerczy w dobie videoskopowej” w ciekawej prezentacji stwierdził, że obecnie zabiegi videoskopowe powinny być złotym standardem w chirurgii nadnerczy. Guzy o rozmiarach 6-15 cm mogą być operowane laparoskopowo. Guzy złośliwe pierwotnie powinny być operowane klasycznie bez względu na rozmiar.

Obszerny materiał i własne doświadczenia w wykładzie pt. „Operacje nadnerczy u chorych z guzami

hormonalnie czynnymi” przedstawił prof. dr hab. Krzysztof Kołomecki – z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej UM w Łodzi. W wystąpieniu poruszył problem zakresu operacji oraz leczenia substytucyjnego u chorych z guzami nadnerczy czynnymi hormonalnie.

Dr n. med. Andrzej Cichocki z Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie omówił temat leczenia chorych z przerzutami do nadnerczy, przedstawiając argumenty za i przeciw metodom videoskopowym w leczeniu tego schorzenia.

Sesję zamknęły dwie prezentacje prac własnych. Wykład dr. n. med. Pawła Domosławskiego z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, uzupełniony filmem z zabiegu operacyjnego pt. „Adrenalectomia laparoskopowa w porównaniu do metody klasycznej, doświadczenia zespołu po roku od wprowadzenia metody małoinwazyjnej, przekonał wielu słuchaczy do stosowania tej metody leczenia jako skutecznej i bezpiecznej.

Konferencję zakończył przewodniczący Komitetu Organizacyjnego i Naukowego prof. dr hab. Sławomir Rudzki, dziękując wszystkim wykładowcom i uczestnikom oraz organizatorom. O trafnym doborze tematów wykładów świadczy duże zainteresowanie uczestników wyrażone licznymi pytaniami do prelegentów oraz komentarze wynikające z własnych doświadczeń. Zorganizowanie Konferencji było możliwe dzięki pomocy i zaangażowaniu firm farmaceutycznych. Podziękowania należą się zwłaszcza firmie INOMED, GLAXO I NOVARTIS.

Kolejne jubileuszowe X już spotkanie Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej odbędzie się za rok podczas 65 Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich w Łodzi.



# Europejski zjazd u wrót Azji

W dniach 2-5 czerwca 2010 r. w Stambule odbył się 12. Kongres European Academy of for Dento-Maxillo Facial Radiology.

**...Turcja należy do krajów azjatyckich, a Sztambuł jest największym miastem tego kraju, [...] jest on zarazem największą aglomeracją w Europie, gdyż zachodnia [...] część miasta leży na europejskim brzegu cieśniny Bosfor...**

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

Wprawdzie Turcja należy do krajów azjatyckich, a Sztambuł jest największym miastem tego kraju, to jest on zarazem największą aglomeracją w Europie, gdyż zachodnia (większa) część miasta leży na europejskim brzegu cieśniny Bosfor. Również centrum hotelowo-konferencyjne Sheraton, w którym odbywał się Kongres, leży w zachodniej (europejskiej) części miasta, w centrum finansowym Maslak. Zakwaterowanie w miejscu odbywania się obrad było bardzo praktycznym rozwiązaniem, gdyż odległości w Stambule są zaskakujące, a czas ich przebycia – nieprzewidywalny. Trzydziestokilometrową trasę z lotniska do Maslak w dniu naszego przylotu w tygodniu roboczym tak-



**Autorka po prezentacji ustnej z przewodniczącą sesji – dr Suk Ng z King's College Dental Institute w Londynie**

sówka pokonała w półtorej godziny, podczas gdy powrotną w niedzielny poranek – zaledwie w kwadrans!

W trakcie konferencji wygłoszono 79 naukowych referatów ustnych, wśród nich znalazły się 2 doniesienia ustne autorki. Zaprezentowano także 176 prezentacji plakatowych, w tym 2 z Zakładu Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej UM w Lublinie. Doniesienia ustne zostały zgrupowane w następujące sesje tematyczne: anatomia części twarzowej czaszki, endodoncja i fraktale, próchnica zębów, osteoporoza i gęstość mineralna kości, staw skroniowo-żuchwowy, digitalizacja obrazu, tomografia wolumetryczna (aż 3 sesje!), tomografia komputerowa, dozymetria, opisy przypadków, edukacja, varia. Szczególną uwagę poświęcono radiografii cyfrowej oraz obrazowaniu wolumetrycznemu (CBCT) w implantologii, chirurgii i ortodoncji, jako metodzie coraz szerzej wykorzystywanej w każdej dziedzinie stomatologii. Zwracano uwagę na szczegóły techniczne, takie jak wpływ oświetlenia pomieszczenia opisowego na możliwości wykrywania zmian próchnicowych na cyfrowych zdjęciach rentgenowskich, np. w badaniach z ośrodka w Malmö wykazano, że diagnostyka zmian próchnicowych przekraczających szkliwo i dochodzących do zębiny jest znacznie skuteczniejsza, gdy światło w pomieszczeniu opisowym ma natężenie mniejsze o 50 luksów w porównaniu z oświetleniem standardowym.

Oprócz doniesień naukowych, w programie Zjazdu znalazły się liczne wykłady plenarne wygłoszone na zaproszenie organizatorów przez wybitnych specjalistów w swojej dziedzinie. Jeden z nich, podsumowujący konferencję, a zarazem całokształt swojej pracy zawodowej, wygłosił prof. Hans-Göran Gröndahl, profesor emeritus w Zakładzie Radiologii Stomatologicznej



**Profesor Różyló podczas prezentacji posterowych**

i Szczękowo-Twarzowej Instytutu Stomatologii Uniwersytetu w Göteborgu w Szwecji. Wykład zatytułowany był: „Czy robiliśmy to, co powinniśmy byli zrobić? Perspektywy długiej, niekończącej się kariery w radiologii szczękowo-twarzowej”. Swoje wystąpienie rozpoczął sentencją własnego autorstwa: „Życie jest wymagającym nauczycielem, ponieważ najpierw poddaje nas testowi, a dopiero później udziela lekcji”. Odnosił się tym samym do wieloletniej praktyki w zawodzie radiologa stomatologicznego, podkreślając jednocześnie, że on sam nie uniknął w trakcie lat swojej pracy błędów w sztuce, ale sztuką jest przyznanie się do nich oraz wykorzystanie nauki w dalszej pracy, aby tego samego uchybienia nigdy już nie popełnić. Jako jeden z najważniejszych błędów w pracy radiologa wymienił... uleganie lekarzowi kierującemu na badanie. Zdaniem prof. Gröndahla radiolodzy właśnie po to są kształceni w swojej dziedzinie, aby wiedzieli, jakich narzędzi diagnostyki obrazowej użyć do postawienia rozpoznania w danym przypadku i to oni wiedzą najlepiej, jakie badania powinni zlecić

w odpowiednim algorytmie postępowania diagnostycznego. Kolejne uchybienie, które zdarza się w pracy radiologa, to nadmiernie skupienie się na pewnym obszarze analizowanego zdjęcia, a tym samym przeoczenie zmian w pozostałych częściach obrazu – co prelegent nazwał „niezamierzoną ślepotą”. Zwrócił także uwagę, iż nierzadko przeoczone bywa to, co jest oczywiste, właśnie dlatego, że tego się nie oczekuje. Ocena radiologiczna w opinii prof. Gröndahla jest pochodną trzech czynników (pośrednio lub bezpośrednio zależnych od lekarza), na które składają się:

- prawidłowe fizjologiczne wytworzenie obrazu, prawidłowa fizjologiczna percepcja obrazu i prawidłowe nozologiczne zrozumienie obrazu;
- wykonywanie badań w taki sposób, aby analizowane struktury rzutowały się na tło, które jest tak jednorodne, jak to tylko możliwe;
- wykonywanie badań w taki sposób, aby każda oceniana struktura była widoczna w różnych płaszczyznach (co najmniej w dwóch prostopadłych do siebie).





**W trakcie sesji plakatowej – prof. Kostas Tsiklakis z Uniwersytetu w Atenach – Immediate Past President EADMFR – i dr Rose Ngu z Londynu wraz z Autorką**

Wskazówki przekazane przez radiologa stomatologicznego z długoletnim stażem pracy nie tylko stanowią punkt wyjścia w pracy zawodowej wielu młodych lekarzy, którzy uczestniczyli w zjeździe, ale również mogą być pomocne dla osób już pracujących wiele lat w tym zawodzie.

W licznych wykładach podkreślono rolę radiologów stomatologicznych i szczękowo-twarzowych w stomatologii i medycynie, którzy z racji swojej specyfiki pozostają niejako na styku dwóch dziedzin. Z jednej strony muszą mieć szersze niż dentyści, radiologiczne, spojrzenie na obraz rentgenowski, a z drugiej – posiadać znacznie większą wiedzę z zakresu stomatologii niż zawarta jest w programie studiów lekarskich.

Jak zwykle konferencji towarzyszyła wystawa sprzętu radiologicznego, głównie cyfrowych aparatów pantomograficznych oraz tomografów wolumetrycznych CBCT. Niezwykle zainteresowanie budziło oprogramowanie Qbion, które pozwala na symulację obrazu rentge-

nowskiego zębów w zależności od kąta padania promienia centralnego. Program ten ma wielką wartość edukacyjną, ponieważ dzięki symulacji ćwiczący uczy się, jak kąt padania promienia centralnego lampy rentgenowskiej wpływa na otrzymane zdjęcie rentgenowskie. Obecnie dostępne jest wykonywanie wirtualnych zdjęć zębowych, a wkrótce na rynku ma pojawić się wersja pozwalająca na symulację wykonywania zdjęć skrzydłowo-zgryzowych i pantomograficznych. Oprogramowanie to ma niezwykłą wartość edukacyjną, a zarazem pozwala na realizację zasad ochrony radiologicznej. Student czy lekarz, który przećwiczył zasady pozycjonowania do zdjęć na takim symulatorze, nie musi eksperymentować na pacjencie i unika powtarzania nieprawidłowo wykonanych zdjęć, tym samym chroniąc pacjenta przed niepotrzebną kolejną ekspozycją na promieniowanie jonizujące. Należy podkreślić, że nabycie umiejętności wykonywania zdjęć wewnątrzustnych jest jednym z podstawowych założeń programu kształcenia w zakresie radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej w naszym Uniwersytecie. Byłoby więc niezwykle korzystne, gdyby udało się zrealizować zakup takiego oprogramowania edukacyjnego dla naszych studentów.

W trakcie zjazdu odbyły się posiedzenia Zarządu Głównego European Academy of DentoMaxillofacial Radiology, w których wzięłam udział jako przedstawiciel Polski w Central Council EADMFR. Jednocześnie zostałam wybrana na członka komisji ds. specjalizacji, co jest niezwykle istotne, gdyż w Polsce obecnie trwają debaty nad formą kształcenia podyplomowego w radiologii stomatologicznej – czy ma być to specjalizacja dla lekarzy dentyków (a jeśli tak, to podstawowa czy szczegółowa), umiejętność dodatkowa dla lekarzy dentyków

**[...] Ceremonię otwarcia Zjazdu uświetnił wykład profesora Talata Saita Halmana, słynnego tureckiego poety, a zarazem pierwszego w historii Turcji Ministra Kultury, który objął ten urząd w 1971 r. i stworzył zrab organizacyjny tego ministerstwa.**



Wirujący derwisze podczas rytuału Sema

i lekarzy radiologów czy też element modułu radiologii głowy i szyi, jeżeli wprowadzony zostanie modułowy system kształcenia specjalizacyjnego w radiologii lekarskiej. Dzięki współpracy z członkami Akademii z innych krajów europejskich, będą miała możliwość zapoznania się z systemami kształcenia w zakresie radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej. Są bowiem kraje, w których radiologia stomatologiczna od dawna jest odrębną specjalizacją (Wielka Brytania), w których program kształcenia został opracowany niedawno (Norwegia), jak i takie, w których podobnie jak w Polsce nie ma tej specjalizacji (Niemcy). Istotną kwestią praktyczną poruszaną na zebraniu Zarządu EADMFR był druk materiałów konferencyjnych – organizatorzy kolejnego zjazdu w Lipsku w 2012 roku proponowali, aby zrezygnować z druku tradycyjnych pamiętników zjazdowych na rzecz wydania płyty CD bądź dostępu internetowego do streszczeń zjazdowych. Większość członków Zarządu stała na stanowisku, że chociaż elektroniczne media rozwijają się niezwykle szybko, to

jednak jest jeszcze za wcześnie na rezygnację z tradycyjnego nośnika informacji, zwłaszcza, że nie we wszystkich uczelniach elektroniczne pamiętniki zjazdowe są uznawane za prace naukowe.

Tradycją spotkań naukowych jest też możliwość wymiany doświadczeń w mniej formalnych warunkach, czyli na spotkaniach towarzyskich. Ceremonię otwarcia Zjazdu uświetnił wykład profesora Talata Saita Halmana, słynnego tureckiego poety, a zarazem pierwszego w historii Turcji Ministra Kultury, który objął ten urząd w 1971 r. i stworzył zrab organizacyjny tego ministerstwa. Wykład, bogato ilustrowany dokumentacją fotograficzną, był poświęcony tysiącletniej historii sztuki tureckiej, która obejmuje – epikę, poezję, architekturę, miniaturę, literaturę suficką, kaligrafię, ceramikę, włókiennictwo, itp. Po wykładzie organizatorzy zaskoczyli nas zaproszeniem na rytuał Sema – ceremonię wirujących derwiszy. Rytuał ten składa się z procesji i tańca (wirowania) przy muzyce i recytacji sur Koranu w ściśle określonej kolejności. W swej istocie ma łączyć trzy skład-

niki ludzkiej natury: umysł (jako wiedzę i myślenie), serce (przez ekspresję uczuć, poezję i muzykę) oraz ciało (przez uaktywnianie życia dzięki wirowaniu). Wirujący derwisz (*semazen*) potwierdza słowa Koranu (6:1): „Cokolwiek jest w niebiosach lub na ziemi wzywa Boga”. Ceremonię Sema należy uważać więc nie za widowisko, ale sposób oczyszczenia i wewnętrznego rozwoju, być może niedostępny dla uczestników z innych kręgów kulturowych... Niemniej jednak budzą podziw umiejętności *semazen* i graja, z jaką wirują raz za razem z prawą ręką wzniesioną ku górze, a lewą skierowaną do dołu (co tworzy kanał przepływu energii).

Drugą z atrakcji przygotowanych przez organizatorów była kolacja na statku pływającym po Bosforze. Dodatkową niespodzianką było zamurowanie przy nabrzeżu, na którym odbywał się tego wieczora koncert Rihanny, barbadoskiej gwiazdy pop, znanej z licznych światowych przebojów, takich jak „Umbrella”.

Podsumowując obrady 17. Kongresu International Association for DentoMaxillofacial Radiology można zdecydowanie stwierdzić, że radiologia stomatologiczna i szczękowo-twarzowa wchodzi właśnie w kolejną fazę rozkwitu. Następne spotkania członków Akademii odbędą się w Lipsku w 2012 roku i w Cluj-Napoca w Rumunii w roku 2014.

W opracowaniu informacji na temat rytuału Sema posiłkowałam się stroną internetową <http://sufizm.republika.pl/Sema/sema.html>, na której znajduje się tłumaczenie dokonane przez Arkadiusza Choczaja z języka angielskiego „Sema, The Turning of the Soul” autorstwa Camille Helminsky.



# Klinika Kardiologii równa do najlepszych

**DR HAB. N. MED. JANUSZ STĄŻKA**

PROF. NADZW. UM

**DR N. MED. ADAM STADNIK**

KATEDRA I KLINIKA KARDIOCHIRURGII  
UM W LUBLINIE

Wszystko zaczęło się w 1971 roku, kiedy z Kliniki Chirurgii Ogólnej PSK nr 4 wyodrębniono jako samodzielną jednostkę, Klinikę Torakochirurgii, a kierownictwo powierzono dr. hab. Zbigniewowi Paplińskiemu. Już w pierwszym roku istnienia kliniki doszło do pierwszej operacji kardiologicznej. W dniu 8 listopada 1971 r. zespół w składzie: Z. Papliński, J. Michałowski (z Instytutu Gruźlicy w Warszawie, uczeń prof. Leona Manteuffela, uznawanego za pioniera polskiej kardiologii), St. Jabłonka, Z. Modrzewski wykonał pierwszą komisurotomię mitralną (poszerzenie zwężonej zastawki mitralnej) bez użycia krążenia pozaustrojowego. Do 1977 roku w lubelskiej klinice wykonano prawie 300 tego typu operacji ze znakomitymi wynikami (trzy zgony przy stu pierwszych i jednym przy stu ostatnich operacjach). Był to wynik zna-

komity, także w skali kraju, szczególnie, jeśli weźmie się pod uwagę fakt, iż zdecydowana większość pacjentek (80% pacjentów kwalifikowanych do komisurotomii stanowiły kobiety) znajdowała się w zaawansowanym stadium choroby z objawami niewydolności krążenia w III i IV stopniu wg. skali NYHA. Należy podkreślić, iż operacja komisurotomii mitralnej na zamknięto (obecnie już nie wykonywana) charakteryzowała się też dobrymi wynikami odległymi.

ba jest pacjentka, która zgłosiła się przed kilkoma dniami do poradni kardiologicznej Kliniki Kardiologii w Lublinie po komisurotomii mitralnej wykonanej przez prof. Manteuffela w 1958 roku. W kolejnych latach rozszerzono zakres wykonywanych operacji o leczenie tętniaków aorty zstępującej w odcinku piersiowym, koarktację aorty, podwiązanie przewodu Botalla i chirurgiczne leczenie pericarditis constructiva.

## Osobą, która miała ogromny wpływ na rozwój kardiologii w Lublinie był prof. Mieczysław Kędra, ówczesny kierownik Kliniki Kardiologii.

W ostatnich latach w Klinice Kardiologii w Lublinie operowano kilka pacjentek z nawrotem zwężenia zastawki mitralnej po trzydziestu a nawet czterdziestu latach od komisurotomii. Rekordzistką chy-

U podłoża rozwoju niemal każdej dyscypliny zabiegowej leżą nauki podstawowe, jak i dyscypliny zachowawcze. Tak było także w przypadku lubelskiej kardiologii. Osobą, która miała ogromny wpływ na roz-

## Obecnie wiek pacjenta powyżej 80 roku życia, operowanego kardiochirurgicznie, nie jest czymś wyjątkowym.

wój kardiochirurgii w Lublinie był prof. Mieczysław Kędra, ówczesny kierownik Kliniki Kardiologii. To Jego zaangażowanie, talent dydaktyczny i organizacyjny, umiejętność skupienia wokół siebie ludzi młodych i ambitnych pozwolił na stworzenie i rozwój nowoczesnej intensywnej terapii kardiologicznej, wprowadzenie inwazyjnego badania hemodynamicznego, elektroterapii zaburzeń rytmu i inwazyjne diagnozowanie chorych z wadami serca (w Ośrodku Sercowo-Naczyniowym Instytutu Radiologii kierowanym przez prof. Mariana Klamuta). To przekonanie prof. Kędry, że pacjenci nie muszą jeździć na operację komisurotomii do kierowanej przez prof. Jana Mola kliniki kardiochirurgii w Łodzi i zaufanie, jakim obdarzył prof. Paplińskiego spowodowało, iż pierwszy a potem następni pacjenci kierowani byli na operację do Kliniki Torakochirurgicznej.

Jednak prawdziwym wyzwaniem dla kardiochirurgii w tamtych czasach były operacje z użyciem krążenia pozaustrojowego. Dzięki współpracy prof. Zbigniewa Paplińskiego z prof. Wacławem Sitkowskim (ucznem i następcą prof. Manteuffela w Szpitalu Wolskim w Warszawie) oraz energii i zdolnościom organizacyjnym dr. Stanisława Jabłonki (późniejszego profesora i od 1980 roku następcy prof. Paplińskiego na stanowisku kierownika Kliniki Torakochirurgii), który skompletował pompę do krążenia pozaustrojowego, jak również system monitorujący czynności życiowe, w grudniu 1977 roku wykonano w Lublinie pierwszą komisurotomię

z użyciem krążenia pozaustrojowego (Sitkowski, Papliński, Jabłonka, Religa), a 28 lutego 1978 roku wszczęcie pierwszej protezy zastawki mitralnej Starr-Edwards (Papliński, Sitkowski, Jabłonka, Religa, Modrzewski). Jeszcze przez kilkanaście miesięcy lubelscy chirurdzy korzystali z pomocy prof. Sitkowskiego, a potem dr. Religi, przy operacjach z użyciem krążenia pozaustrojowego, by od połowy 1980 roku rozpocząć operacje samodzielne (wówczas już pod kierownictwem prof. Jabłonki). Stopniowo

rozszereżano zakres wykonywanych zabiegów kardiochirurgicznych o operacje zamknięcia ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej, wszczęcia protezy zastawki aortalnej, tętniaka aorty wstępującej. W 1979 roku dr Religa z zespołem lubelskim (Jabłonka, Modrzewski, Stążka) wykonał pierwszą w Lublinie chirurgiczną rewaskularyzację mięśnia serca pacjenta diagnozowanego (koronarografia) poza Lublinem. Przez kolejne lata wykonywano od dwudziestu do czterdziestu operacji z użyciem krążenia. Wyniki operacyjne lubelskich chirurgów w tamtych latach odbiegały od wyników uzyskiwanych w renomowanych ośrodkach. Wynikało to z faktu ma-

lej liczby przeprowadzanych operacji, a w związku z tym małego doświadczenia zespołu w prowadzeniu pooperacyjnym pacjentów, jak również zaawansowania wad zastawkowych (stosunkowo duży procent pacjentów operowanych wymagał wszczęcia dwóch protez zastawkowych). Przy takich wynikach wielu kardiologów wołało wysłać swoich pacjentów do innych ośrodków kardiochirurgicznych w Polsce, a w Lublinie operowani byli w większości pacjenci dyskwalifikowani od operacji poza Lublinem oraz pacjenci w stanie zbyt ciężkim, by rokowali podróż poza Lublin.



Mając tego świadomość i ambicję stworzenia w Lublinie kardiochirurgii na poziomie dorównującym innym ośrodkom w kraju, prof. Jabłonka rozpoczął szkolenie asystentów w krajowych ośrodkach kardiochirurgicznych (Warszawa, Kraków, Łódź), a także zagranicznych. Dr Zygmunt Modrzewski odbył w 1987 roku sześciomiesięczny staż w klinice kardiochirurgii w Louven (Belgia), a dr Janusz Stążka spędził cztery lata w szwedzkich ośrodkach kardiochirurgicznych (d. 1989 do grudnia 1993 r. Uppsala i Umea).

Przełomem w kardiochirurgii lubelskiej był dzień 16 grudnia 1990 r., kiedy to wykonano pierwszą koronarografię u chorego we



- W PSK 4 powstaje ośrodek kardiologii
- Na razie bez przeszczepów serca

# By-passy pełną parą

W Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 4 przy ul. Jacewskiego kończony jest remont pomieszczeń przeznaczonych dla tworzącego się w Lublinie ośrodka kardiologii.

dlugi transport stanowił zagrożenie dla życia chorego. Uznałem, że trzeba zrobić wszystko, aby to zmienić.

*Książki  
Recenzja  
sątoch i  
Edward*

wstrząs kardiogenym. Fakt ten zaowocował rozszerzeniem zakresu zabiegów kardiologicznych wykonywanych w klinice o chirurgiczną rewaskularyzację mięśnia serca (pierwsza operacja w marcu 1991 roku. Modrzewski i Stążka wykonali u pacjenta trzy pomosty, w tym jeden tętniczy).

Od tego czasu liczba operacji chirurgicznej rewaskularyzacji mięśnia serca w ośrodku lubelskim stopniowo wzrastała. Istotnym ograni-

eniem liczby operacji był fakt, iż Klinika kardiologii nie posiadała własnej pracowni hemodynamicznej i, korzystając z życzliwości prof. Mariana Klamuta, dwa razy w tygodniu korzystała z pracowni rentgenowskiej w Ośrodku Sercowo-Naczyniowym Instytutu Radiologii.

Dzięki ogromnemu zaangażowaniu i trwającym pięć lat staraniom prof. Mariana Markiewicza, ówczesnego kierownika Kliniki Kardiologii, zakupiony został no-

woczesny angiokardiograf firmy Philips, pierwszy w województwie i w pierwszej połowie 1996 r. otwarta została nowoczesna Pracownia Hemodynamiki i Angiokardiografii zlokalizowana w Klinice Kardiologii kierowanej już przez prof. Teresę Widomską-Czekajską.

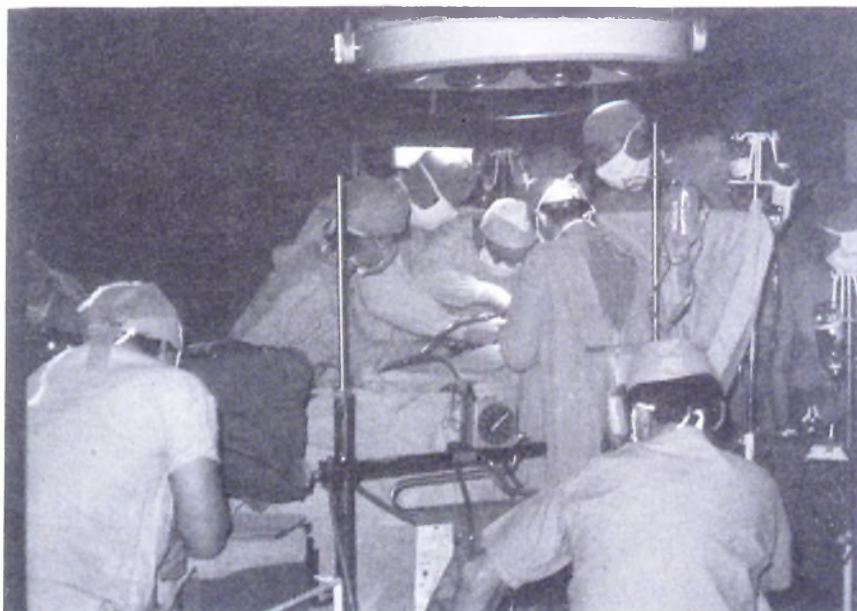
Zwiększenie liczby wykonanych koronarografii spowodowało zwiększenie liczby pacjentów kierowanych do leczenia operacyjnego. Warunki lokalowe Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca (przekształconej wcześniej z Kliniki Torakochirurgii) nie pozwalały na wykonanie więcej niż dwóch zabiegów tygodniowo. Dlatego władze Akademii Medycznej w Lublinie podjęły starania o utworzenie samodzielnej kliniki kardiologicznej z możliwością zabezpieczenia operacyjnego pacjentów kwalifikowanych do operacji w klinice Kardiologii.

Dzięki staraniom ówczesnych władz Akademii Medycznej, a szczególnie rektora prof. Zdzisława Kleinroka oraz prorektora prof. Macieja Latańskiego i przy współpracy merytorycznej prof. Andrzeja Bochenka, kierownika I Kliniki Kardiologii w Katowicach, przy ogromnym zaangażowaniu dyrekcji PSK nr 4, a szczególnie dyrektora naczelnego Mariana Przyłepy, przeprowadzono prace remontowo-adaptacyjne pomieszczeń w PSK nr 4 zajmowanych wcześniej przez Klinikę Chirurgii Naczyń. Organizację kliniki, kompletowanie zespołu, prace przy przygotowaniu i przeprowadzeniu przetargów na sprzęt powierzono dr. Zygmuntowi Modrzewskiemu i dr. Januszowi Stążce.

Otwarcie Kliniki Kardiologii nastąpiło 29 czerwca 1998 roku w obecności Ministra Zdrowia oraz przedstawicieli świata kardiologii polskiej prof. prof. Zbigniewa Religi, Andrzeja Bochenka, Mariana Śliwińskiego. Kierowanie kliniką powierzono dr. Januszowi Stążce, a trzon zespołu stanowili asystenci



Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca dr. Zygmunt Modrzewski (znakomity i doświadczony chirurg wykonujący operacje kardiochirurgiczne od 1985 roku), dr. Cezary Jurko, dr. Marek Czajkowski, dr. Janusz Jendrej oraz Maria Skwarek, oddziałowa. Zespół lekarski uzupełnili dr Elżbieta Krawczyk (kardiolog) oraz dr Piotr Dudka (chirurg). Klinika była najmniejszym oddziałem kardiochirurgicznym w Polsce. Dysponowała co prawda dwiema, znakomicie wyposażonymi salami operacyjnymi i sześciolóżkową salą intensywnego nadzoru pooperacyjnego, ale tylko dwiema salami chorych dla dziesięciorga pacjentów (sześciolóżkową i trzyłóżkową).



Początki działalności kliniki nie były proste. W skład zespołu wchodził tylko jeden specjalista kardiochirurg (Stążka), jeden torakochirurg z dużym doświadczeniem kardiochirurgicznym (Modrzewski), dwóch torakochirurgów oraz dwóch chirurgów – praktycznie bez doświadczenia kardiochirurgicznego. Lubelska klinika stała się jedynym w Polsce ośrodkiem kardiochirurgicznym, której kierownik nie wywodził się z żadnego z wielkich, z tradycjami ośrodków kardiochi-

dzięki życzliwości prof. Jabłonki, który pożyczył, do chwili zrealizowania zakupów, aparaturę do ciągłego monitorowania parametrów hemodynamicznych oraz zapisu obrazu elektrokardiograficznego.

Do końca roku 1998 w klinice przeprowadzono ok. 150 operacji, w tym 140 z użyciem krążenia pozaustrojowego. W roku 1999, posiadając już skompletowaną aparaturę medyczną, wykonano 353 operacje z użyciem krążenia pozaustrojowego, a w kolejnych latach wyko-

mitej współpracy przede wszystkim z kierowaną przez prof. Widomską-Czekajską Kliniką Kardiologii, ale także z oddziałami kardiologicznymi głównie Lublina, Puław i Lubartowa. Pacjenci przyjmowani do Kliniki Kardiologii w przeddzień operacji wypisywani byli najczęściej w siódmej dobie pooperacyjnej, czasami jeszcze wcześniej.

W miarę zdobywania doświadczenia przez zespół (kolejny chirurg uzyskał specjalizację z dziedziny kardiologii), rozszerzano zakres wykonywanych operacji. Oprócz rutynowo wykonywanych operacji pomostowania tętnic wieńcowych, wszczepiania protez zastawek serca i sporadycznie plastyk ubytków w przegrodzie międzyprzedsionkowej, coraz częściej wykonywano operacje rozwarstwionych tętniaków aorty wstępującej, operacje skojarzone (pomostowanie tętnic wieńcowych z jednoczasową operacją zastawkową), operacje pomostowania tętnic wieńcowych bez użycia krążenia pozaustrojowego (OPCAB). Operowano też pacjentów coraz starszych (obecnie wiek pacjenta powyżej 80 roku życia operowanego kardiochirurgicznie nie jest czymś wyjątkowym) oraz

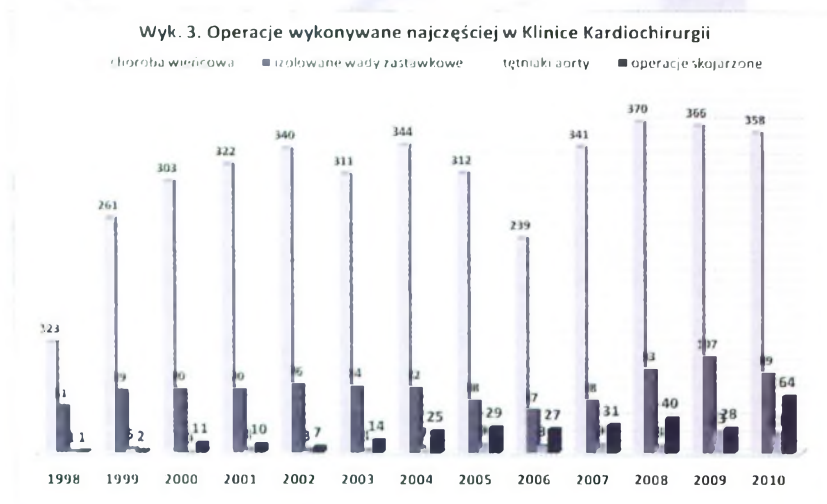
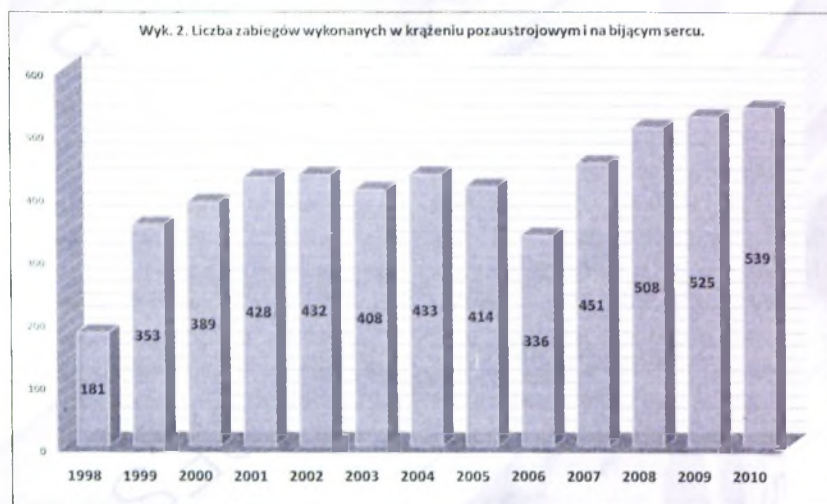
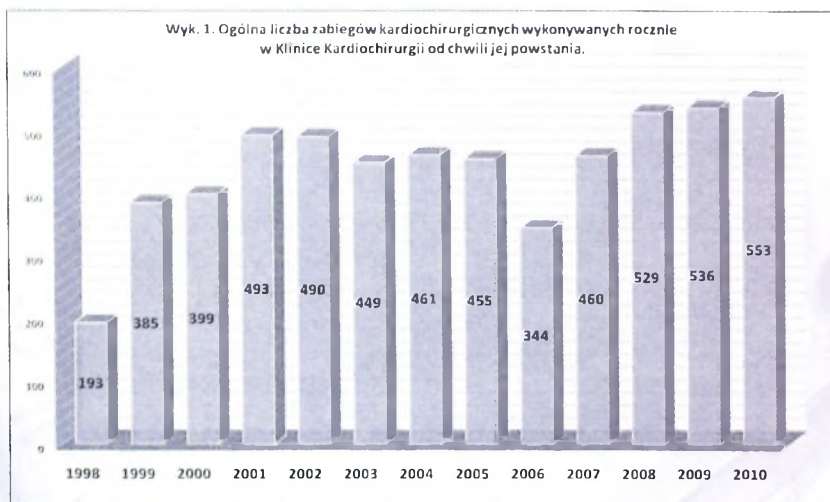
## Drugiego listopada 2010 roku wykonano w Klinice pierwszą operację ablacji epikardialnej metodą miniinwazyjną na bijącym sercu, u pacjenta z uporczywie nawracającym migotaniem przedsionków.

rurgicznych.

Przez pierwsze miesiące przeprowadzanie operacji możliwe było

nywano około 430 takich operacji rocznie. Ta liczba wykonywanych operacji możliwa była dzięki znako-



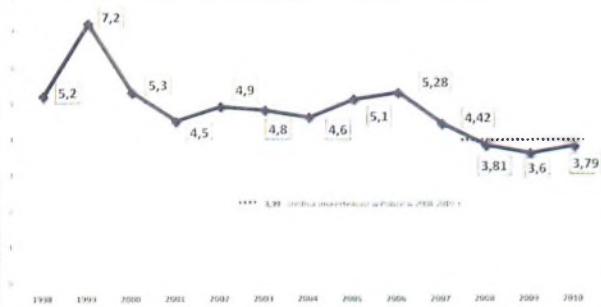


pacjentów obciążonych coraz większym ryzykiem powikłań ze zgonem włącznie. W lubelskiej Klinice Kardiologii zespół Stążka, Modrzewski, Sawa wykonali operację pomostowania tętnic wieńcowych z jednoczesną resekcją zwężonego odcinka tchawicy przy użyciu krążenia pozaustrojowego (drugi taki przypadek opisany w Europie), a w 1998 roku Stążka jako pierwszy w Europie użył mechanicznego szwu niewchłanianego VCS do wykonania zespołu obwodowych przy pomostach aortalno - wieńcowych. Lubelska klinika była też pierwszym ośrodkiem w Europie, w którym tętnicę piersiową wewnętrzną rutynowo pobierano metodą jej szkieletowania (metoda przywieziona przez Stążkę z Umea), co obecnie jest standardem światowym.

Dzięki uzyskiwanym wynikom, lubelska klinika zdobywała coraz większe zaufanie wśród lekarzy i kierowanych przez nich pacjentów. Niestety, nie przekładało się to na zaufanie płatnika. Najlepszym tego przykładem był fakt kontraktowania przez nowo powstałą Kasę Chorych świadczeń kardiologicznych dla PSK nr 4 w wysokości 5 000 PLN za pacjenta (po długich negocjacjach), podczas gdy stawkę na świadczenia zaproponowaną przez prof. Bochenka w wysokości 12 000 PLN za pacjenta przyjęto bez dyskusji.

Wraz ze zwiększającą się liczbą pracowni hemodynamicznych w regionie wzrastała też liczba pacjentów kwalifikowanych do operacji kardiologicznych. Stało się oczywistym, iż dotychczasowa baza łóżkowa kliniki nie odpowiada zapotrzebowaniu. Staraniem Władz Uczelni, a zwłaszcza rektora prof. Andrzeja Książka, a także zaangażowaniu dyrektora SPSK nr 4 dr. Mariana Przylepy, po pracach remontowo-adaptacyjnych pomieszczeń po Klinice Gastroenterologii, jak i dotychczasowej kliniki, w końcu 2006 roku zwiększono bazę łóżkową

Wyk. 4. Średnia śmiertelność po zabiegach kardiologicznych wykonanych w Klinice Kardiologii od chwili jej powstania wyrażona w %.



kliniki. Obecnie dysponuje ona, poza dotychczasowymi dwiema salami operacyjnymi, dziewięcioma łózkami intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz 22 łózkami w czterech pięcio- i jednej dwuosobowej sali.

Podwojenie bazy łóżkowej, wbrew oczekiwaniom, nie odbiło się w sposób znaczący na liczbie wykonywanych operacji. Złożyło się na to kilka czynników: w pierwszym okresie konieczność przeszkolenia i uzyskanie doświadczenia przez przyjętą grupę pielęgniarek, dwóch tylko kardiologów wykonujących operacje w pełnym zakresie, brak stałego, wydzielonego zespołu kardiologicznych i wreszcie wielkość kontraktów „negocjowanych” z NFZ uniemożliwiająca operowanie większej liczby chorych (każdego roku kontrakt jest przekraczany, mimo że od grudnia ograniczana jest liczba wykonywanych operacji). Dodatkowo od dwóch lat 1/3 bazy łóżkowej kliniki (siedem łóżek) oddawana jest do użytku remontowanemu klinikom, najpierw Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca, a obecnie Chorób Płuc. Wystarczy powiedzieć, że w roku 2010 dysponowaliśmy pełną bazą łóżkową tylko przez pięć miesięcy (od kwietnia do końca sierpnia), w tym przez dwa miesiące wakacyjne, kiedy z przyczyn urlopowych liczba wykonywanych zabiegów jest mniejsza. Mimo to do końca roku wykonanych zostanie około 550 operacji z przekroczeniem oczywiście i niestety, otrzymanego kontraktu.

Do sukcesów ostatnich lat z pewnością należy zaliczyć rozpoczęcie w 2006 roku operacji naprawczych zastawki mitralnej oraz chirurgicznego leczenia migotania przedsionków metodą endokardialnej izolacji tętnic płucnych falami o częstotliwości radiowej u pacjentów ze współistniejącymi wadami zastawkowymi (w trzyletniej obserwacji rytm zatokowy utrzymuje 78% pacjentów). Drugiego listopada 2010 roku wykonano też w lubelskiej Klinice Kardiologii pierwszą operację ablacji epikardialnej metodą miniinwazyjną na bijącym sercu u pacjenta z uporczywie nawracającym migotaniem przedsionków. Liczba wykonywanych tego typu operacji

w przyszłości zależeć będzie od wysokości kontraktów (na rok 2011 zakontraktowanych jest 7 takich operacji). W roku 2011 planujemy rozpocząć wykonywanie operacji naprawy lub wszczepienia protez zastawkowych metodą małoinwazyjną (z mitorakotomii metodą wideoskopową) – większość sprzętu posiadamy.



Obecnie w Klinice Kardiologii pracuje trzech specjalistów z dziedziny kardiologii (J. Stążka, C. Jurko, P. Dudka), specjalista torakochirurg (M. Czajkowski), specjalista chirurgii ogólnej (K. Jaguś) oraz czterech chirurgów bez specjalizacji (K. Olszewski, A. Stadnik, M. Kozłowicz, S. Targońska) – cała szóstka jest w trakcie specjalizacji z dziedziny kardiologii, specjalista kardiolog (E. Krawczyk), specjalista chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii (A. Król).

Wśród dziesięciu asystentów sześcioro posiada stopień doktora nauk medycznych (w tym pięcioro uzyskało go w okresie pracy w Klinice Kardiologii). Trzech lekarzy jest pracownikami naukowo-dydaktycznymi Uniwersytetu Medycznego, a ośmioro asystentami SPSK 4.

Od 2001 roku asystenci Kliniki Kardiologii organizują Lubelskie Spotkania Kardiologiczne, cykliczną (raz w roku) jednodniową konferencję naukowo-szkoleniową przeznaczoną dla środowiska kardiologów, specjalistów chorób wewnętrznych, lekarzy rodzinnych i studentów, której gośćmi byli już, między innymi prof. Bochenek, Zembala, Suwałski. W 2007 roku Polskie Towarzystwo Kardio-Torakochirurgów powierzyło lubelskiej Klinice Kardiologii organizację II Polsko-Ukraińskiego Kongresu Kardiologów, którego zaproszonymi gośćmi były światowej sławy kardiolog amerykański prof. Robitsek oraz były prezydent Europejskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów prof. Torkel Aberg ze Szwecji.



# Nowe technologie wkraczają do chirurgii onkologicznej

Jesienią 2010 roku Klinika Chirurgii Onkologicznej poszerzyła swoją działalność o trzy nowe technologie zastosowane u chorych na nowotwory piersi i układu pokarmowego:

- biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią, • rekonstrukcja piersi za pomocą przeszczepów tłuszczu wzbogaconych komórkami macierzystymi, • chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii.

---

**PROF. DR HAB. WOJCIECH P. POLKOWSKI**  
KLINIKA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ  
UM W LUBLINIE

---

Wprowadzenie tych nowoczesnych metod do praktyki klinicznej było możliwe dzięki zaangażowaniu całego wielodyscyplinarnego zespołu Kliniki, który obecnie tworzą nie tylko chirurdzy, ale także lekarze-specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej i radioterapii, a także fizyk medyczny. Niezbędny do uruchomienia tych technologii sprzęt

został zakupiony przez uczelnię z Funduszu Nauki i Technologii Polskiej. Bez zaangażowania Działu Nauki naszej Almae Matris, a szczególnie jego kierownika – mgr Iwonny Kaproń, nie byłoby to jednak możliwe. Dlatego szczególne podziękowania składam na jej ręce.

**Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią** (ang. *vacuum assisted biopsy*; VAB) służy do diagnostyki wszystkich zmian piersi oraz usuwania małych zmian łagodnych, a przede wszystkim do pewnego rozpoznawania raka piersi. W

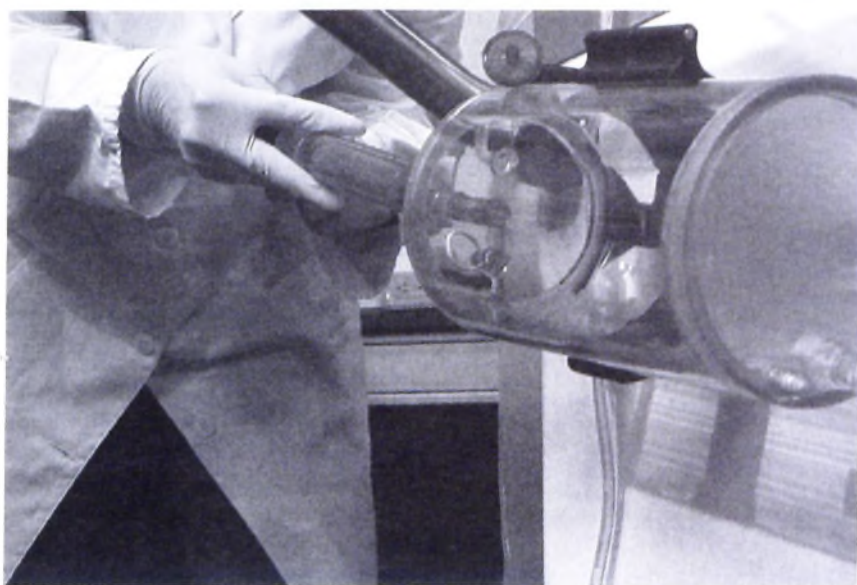
2007 r. Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej ogłosiło zalecenia dotyczące stosowania biopsji gruboigłowej wspomaganą próżnią, która jest obecnie najdokładniejszą i jednocześnie małoinwazyjną metodą oceny zmian w piersi. Zastępuje ona operacyjną diagnostykę piersi. Biopsja gruboigłowa wykonywana jest za pomocą aparatu wytwarzającego próżnię, pod kontrolą badania obrazowego piersi (USG). Diagnostyka wczesnych zmian nowotworowych, wykrytych w ramach populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi (mammografia przesiewowa) wymaga rozpoznania histo-patologicznego na podstawie adekwatnego materiału tkankowego pozyskanego drogą tego rodzaju biopsji. Biopsja gruboigłowa wspomaganą próżnią pod kontrolą mammografii cyfrowej na stole stereotaktycznym jest jedyną metodą diagnostyki mikrozwapnień podejrzanych o raka piersi. Wyposażenie ośrodka w tego rodzaju możliwości jest warunkiem zakwalifikowania ośrodka jako tzw. *breast care unit*. Zgodnie z prawem obowiązującym

w krajach Unii Europejskiej, diagnostyka i leczenie chorób piersi będzie mogło się odbywać wyłącznie w wyspecjalizowanych ośrodkach tego typu. Procedura biopsji piersi wspomaganą próżnią jest rozpowszechniona w pozostałej części kraju (Kraków, Poznań, Wrocław – dotychczas już tysiące wykonanych zabiegów), ale całkowity brak takich urządzeń w Polsce południowo-wschodniej (!) Klinika Chirurgii Onkologicznej naszej Uczelni jest więc pierwszym ośrodkiem w regionie, który wprowadził tego rodzaju diagnostykę, umożliwiającą leczenie chorych na raka piersi w najwcześniejszym, całkowicie wyleczalnym stadium.

### **Rekonstrukcja piersi za pomocą przeszczepów tłuszczu wzbogaconych komórkami macierzystymi**

Rekonstrukcja piersi ma na celu zastąpienie tkanki usuniętej podczas mastektomii lub kwadrantektomii (wycięcie częściowe piersi) z powodu raka piersi. Celem rekonstrukcji jest odtworzenie kształtu utraconej (części) piersi tak, aby nowa pierś była jak najbardziej podobna do drugostronnej. Kształt piersi może być odtworzony przy użyciu implantu umieszczonego pod skórą i mięśniem piersiowym większym (ekspander-/proteza) lub przy wykorzystaniu płata skóry wraz z tkanką tłuszczową i mięśniem z podbrzusza (TRAM). Operacje te są jednak obarczone wysokim odsetkiem powikłań, a w przypadku niepowodzenia są przyczyną kalectwa i głębokiego stresu dla chorej. Bezpieczną alternatywą dla dotychczasowych sposobów rekonstrukcji piersi jest wypełnienie ubytku piersi przeszczepem tłuszczu wzbogaconym komórkami macierzystymi. Umożliwia to system do pozyskiwania komórek macierzystych w technologii Celution 800/crs (Cytori). Rekonstrukcja piersi przez wypeł-

**W roku 2011 upływie 10 lat odkąd ówczesny kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej, Profesor Lucjan Kurylcio wraz ze skromnym dwuosobowym zespołem, rozpoczął pracę w nowej siedzibie Kliniki w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 przy ul. Staszica w Lublinie.**





**Wkrótce diagnostyka i leczenie choroób piersi będą mogły odbywać się wyłącznie w wyspecjalizowanych ośrodkach. Procedura biopsji piersi wspomaganą próżnią jest rozpowszechniona, m.in. w Krakowie, Poznaniu, Wrocławiu, brak jednak takich urządzeń w Polsce południowo-wschodniej. Klinika Chirurgii Onkologicznej jest pierwszym ośrodkiem w regionie, który wprowadził tego rodzaju diagnostykę, umożliwiającą leczenie chorych na raka piersi w najwcześniejszym, całkowicie wyleczalnym stadium.**

niemie ubytku piersi przeszczepem tłuszczu wzbogaconym komórkami macierzystymi nie jest dotychczas stosowana w kraju (z wyjątkiem pierwszych prób klinicznych w lipcu br. w Gdańsku). W Klinice Chirurgii Onkologicznej UM w Lublinie wykonano pierwsze procedury tego typu u chorych na raka piersi, łącząc je jednocześnie z radykalną operacją gruczołu piersiowego.

#### **Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii**

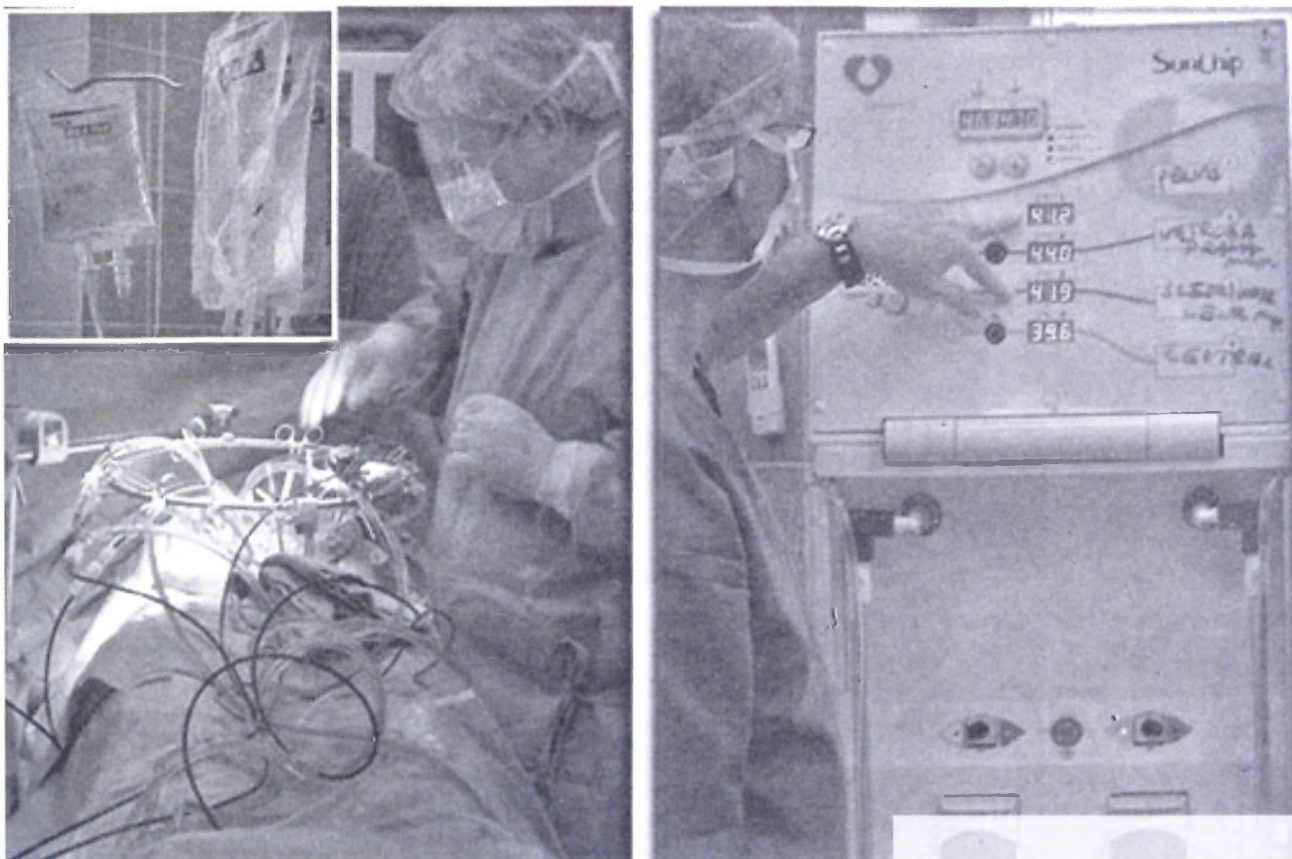
Hipertermia jest terapią, w czasie której tkanki nowotworowe poddane są działaniu temperatury wyższej (ok. 42°C) niż prawidłowa temperatura ciała, przy minimalnych skutkach ubocznych dla tkanek zdrowych. Stosowanie hipertermii jest kojarzone z chemioterapią, gdyż po zastosowaniu hipertermii komórki nowotworowe stają się bardziej

podatne na cytostatyki ze względu na kwaśne pH i hipoksję zwiększającą efekt cytotoksyczny. Wysoka temperatura jest czynnikiem zmieniającym metabolizm komórki, inaktywującym enzymy oraz utlenianie oddechowe, czego wynikiem jest śmierć komórki nowotworowej. Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (ang. *Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy*; HIPEC) łączy efekty działania wysokiej temperatury oraz chemioterapii. Komórki guza zostają wstępnie uszkodzone przez wysoką temperaturę, następnie pod wpływem działania cytostatyków są niszczone. W celu upewnienia się czy żądana temperatura została osiągnięta stosuje się monitorowanie temperatury tkanek. Zastosowanie HIPEC w trakcie laparotomii jako uzupełnienie operacji wycięcia wszystkich widocznych makroskopowo ognisk zrakowacenia otrzewnej jest optymalnym

leczeniem chorych z *peritonitis carcinomatosa*. Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii stosowana jest w zrakowaceniach otrzewnej w przebiegu: a. raka jelita grubego, b. śluzaka rzekomego otrzewnej (*pseudomyxomaperitonei*), c. międzybłoniaka (*mesothelioma*), d. raka żołądka, e. raka jajnika, a także w przerzutach raka jelita grubego lub raka żołądka do jajnika. Obecnie chorzy, u których stwierdzono zrakowacenie otrzewnej nie są w ogóle leczeni (stosowane jest jedynie postępowanie paliatywne), a większość chorych umiera w ciągu 6-9 miesięcy. U chorych na raka jelita grubego, który jest drugim co do częstości nowotworem złośliwym u obu płci w Polsce, przy zastosowaniu tej metody leczenia można osiągnąć nawet 50% przeżyć 5-letnich. Procedura chemioterapii dootrzewnowej w hipertermii stosowana była dotychczas tylko w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. 10 listopada 2010 r. Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie jako drugi ośrodek w kraju, rozpoczęła tę wysoce specjalistyczną terapię u chorych na nowotwory, które przez większość ośrodków regionalnych uznawane są za niemożliwe do wyleczenia.

Podziękowania należą się zespołowi Kliniki Anestezjologii w szpitalu przy ul. Staszica, kierowanemu przez prof. Krzysztofa Przesmyckiego. Bez ich wsparcia bezpieczne przeprowadzenie chorego przez skomplikowany proces leczenia nie byłoby możliwe. Żałuję, że zarówno Klinika Chirurgii Onkologicznej, jak i Oddział Intensywnej Terapii w naszym szpitalu dysponują tak niewielką liczbą łóżek. Moglibyśmy leczyć zdecydowanie więcej chorych. To wymaga zrozumienia i działań ze strony władz Uczelni i dyrekcji szpitala.

Podobne, trafne decyzje władz Uczelni przed kilkoma laty, które umożliwiły uruchomienie przez



Klinikę Chirurgii Onkologicznej radioterapii śródoperacyjnej już w roku 2005, przynoszą obecnie owoce. Dorobek Kliniki został dostrzeżony nie tylko w kraju, ale i za granicą, a wyniki leczenia już ponad 200 chorych przy użyciu tej technologii były przedmiotem ustnego doniesienia w czasie kongresu *International Society of Intraoperative Radiotherapy* w Scottsdale (Arizona, USA) w październiku 2010 r. Poza tym Klinika była jedynym w Polsce uczestnikiem wielośrodkowego, międzynarodowego badania TARGIT-A, dotyczącego radioterapii śródoperacyjnej u chorych na raka piersi, którego wyniki zostały opublikowane na łamach **Lancet** (2010;376:91-102). Wielodyscyplinarny charakter Kliniki oraz fakt, że w jej skład wchodzi Oddział Chemioterapii, umożliwia również uczestnictwo w innych prestiżowych badaniach III fazy, których wyni-

ki opublikowano ostatnio (*J. Am. Med. Assoc.* 2010;304:1073-81).

W roku 2011 upływie 10 lat od- kąd ówczesny kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej, profesor Lucjan Kurylcio wraz ze skromnym dwuosobowym zespołem, rozpoczął pracę w nowej siedzibie Kliniki w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 przy ul. Staszica w Lublinie.

Klinika jest miejscem podyplo- mowego szkolenia specjalizacyj- nego. Obecnie posiada akredytację Ministerstwa Zdrowia do prowa- dzenia specjalizacji nie tylko w dzie- dzinie chirurgii onkologicznej, ale również – chirurgii ogólnej oraz onkologii klinicznej. Wciąż pozostaje jedno wolne miejsce specjalizacyjne dla rezydenta w dziedzinie onko- logii klinicznej. Zainteresowanych absolwentów wydziałów lekarskich zapraszamy do współpracy (tel. do sekretariatu Kliniki 81 53 44 313).

**Klinika dysponu- je jednym wol- nym miejscem specjalizacyjnym dla rezydenta w dziedzinie onkologii kli- nicznej. Osoby zainteresowane proszone są o kontakt z se- kretariatem Kliniki, tel. 81 53 44 313.**



• DSK wzbogacił się o cenną aparaturę •

## 128-warstwowy tomograf komputerowy SOMATOM DEFINITION AS+ darem Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy

Uroczyste przekazanie przez Fundację Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy Dziecięcemu Szpitalowi Klinicznemu im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie tomografu komputerowego. Fundacja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy od 15 lat przekazuje sprzęt i aparaturę medyczną Dziecięcemu Szpitalowi Klinicznemu im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie. Do 2010 roku wartość przekazanego sprzętu przekroczyła 9 milionów złotych. Praktycznie wszystkie kliniki i oddziały oraz niektóre poradnie otrzymały wsparcie od Fundacji.

MGR AGNIESZKA OSIŃSKA  
DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY  
IM. PROF. ANTONIEGO GĘBALI  
W LUBLINIE

6 grudnia Wielka Orkiestra Świątecznej pomocy przekazała 128-warstwowy tomograf komputerowy SOMATOM DEFINITION AS+, który jest niezmiernie istotny we wczesnym diagnozowaniu zmian nowotworowych i ich unaczynienia u dzieci. Ponadto dzięki temu urządzeniu można przeprowadzać diagnostykę serca u dzieci, co nie było dotychczas możliwe we wschodniej Polsce. Aparat ma bardzo dobrą rozdzielczość, a zatem jakość obrazowania jest o wiele lepsza niż w poprzedniej generacji tomografów. Nowa technologia pozwala na optymalny dobór dawki promieniowania. Zastosowanie nowoczesnych komputerów przetwarzających obraz pozwala na 2-3-, a nawet 4-wymiarową analizę obrazu. Duża wydajność urządzenia skraca czas badania do minimum – od kilku do kilkunastu sekund. Tomograf jest szybszy, bezpieczniejszy, dokładniejszy.

Podczas uroczystości Dyrektor Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie – dr n. med. Jerzy Szarecki poinformował o zakupionym sprzęcie i aparaturze medycznej w ramach projektu pn. **Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej dla Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie – wartość sprzętu to 3 913 302,00 zł** (dofinansowanie UE – 85%: 3 326 306,70 zł, dotacja celowa z MZ – 15%: 586 995,30 zł), a są to: videogastroskop, komora Cryo (wraz z wkładem do komory i awaryjnym zasilaniem), wirówki MPW-350e – 2 szt., wirówka MPW-350R, zestaw fiberoskopów pediatrycznych z oprzyrządowaniem, respirator oscylacyjny dla dzieci, respirator oscylacyjny dla noworodków, aparat do ogrzewania pacjenta, uniwersalne respiratory do intensywnej terapii – 6 szt., inkubatory noworodkowe do intensywnej terapii – 6 szt., łóżka do intensywnej terapii – 4 szt., uniwersalne monitory funkcji życiowych – 10 szt., lampa szczelinowa, videostroboskop, mikroskop laryngologiczny – diagnostyczny, stół operacyjny laryngologiczny, instrumentarium do operacji kręgosłupa, sterylizator do sterylizacji tlenkiem etylenu, system archiwizacji i dystrybucji obrazów – RIS i PACS.

Dyrektor DSK przedstawił również aktualny stan przebudowy urządzeń i sieci energetycznych w ramach **dotacji Ministerstwa Zdrowia na rok 2010 pn. „Przebudowa urządzeń i sieci energetycznych w zakresie wymiennikowni ciepła, wewnętrznej sieci wodociągowej z hydrantami, wytwornicy pary technologicznej oraz urządzenia przetwarzającego prąd stały na zmienny w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. prof. Antoniego Gębali” o wartości 2 450 000 zł.** Wszystkie inwestycje zakończono przed końcem 2010 r.





## Sprzęt i aparatura medyczna o wartości (powyżej 80 tys.) przekazane DSK przez Fundację WOŚP:

- tomograf komputerowy SOMATON DEFINITION AS+
- aparat USG dla Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej
- aparat USG dla Kliniki Pediatrii i Nefrologii Dziecięcej
- radiator = źródłem dla Banku Krwi
- aparat do badań genetycznych do Pracowni Cytogenetycznej
- aparat do znieczuleń ogólnych dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- videostroboskop cyfrowy DX typ XION
- videonasolaryngoskop ER-270FP
- aparat urodynamiczny
- cytoskop dziecięcy z torem wizyjnym dla Kliniki Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej
- aparat RTG przyłóżkowy jezdny dla Kliniki Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej
- aparat do hemodializ
- stół operacyjny z przystawką ortopedyczną
- urządzenie do badania słuchowych potencjałów wywoławczych
- zestaw endoskopowy sztywny-narzędzia
- kardiomonitor inwazyjny
- aparat ABR do badania potencjałów słuchowych
- stanowisko zabiegowe dla noworodków
- aparat USG dla Kliniki Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej

Ponadto w imieniu Stowarzyszenia Przyjaciół DSK pn. *I Ty możesz pomóc choremu dziecku* – Prezes Bolesław Rykwa przekazał darowiznę w wysokości 80 000 zł, z których zostanie zakupiony sprzęt i aparatura medyczna dla szpitala. Firma ULTRA MED podarowała DSK także środki finansowe na ten sam cel.

Po uroczystych przemówieniach wszyscy goście udali się do Zakładu Diagnostyki Obrazowej DSK, gdzie nastąpiło uroczyste przecięcie wstęgi otwierające pracownię tomografii komputerowej i poświęcenie przez ks. Biskupa Artura Mizińskiego urządzenia podarowanego przez Fundację WOŚP.

Na zakończenie ks. Biskup Artur Miziński i Dyrektor DSK złożyli przybyłym gościom i pracownikom Dziecięcego Szpitala Klinicznego świąteczne życzenia i wszyscy przełamali się opłatkiem.

W uroczystości udział wzięli, m.in.: Krzysztof Hetman – Marszałek Województwa Lubelskiego, Henryka Strojnowska – Wicewojewoda Lubelski, ks. Biskup Artur Miziński – Wikariusz Generalny, Stanisław Gogacz – Senator RP, Jarosław Szymczyk – Dyrektor Generalny Urzędu Wojewódzkiego, Arkadiusz Bratkowski – Przewodniczący Sejmiku Województwa Lubelskiego, przedstawiciele Urzędu Miasta, Urzędu Marszałkowskiego, Uniwersytetu Medycznego z JM Rektorem UM – prof. Andrzejem Książkiem na czele, Przewodniczący Rady Społecznej DSK – prof. Janusz Solski oraz członkowie Rady Społecznej. Nie zabrakło również przedstawicieli placówek służby zdrowia Lubelszczyzny – dyrektorów szpitali. Lubelskie Hospicjum dla Dzieci im. Małego Króla reprezentował O. Filip Buczyński.









- Nowe projekty w nowej pracowni na Wydziale Farmaceutycznym •

## Powstała Samodzielna Pracownia Chemii i Neuroinżynierii Medycznej

Na Wydziale Farmaceutycznym naszej Alma Mater powstała właśnie Samodzielna Pracownia Chemii i Neuroinżynierii Medycznej. Celem nowej Pracowni jest prowadzenie badań z zakresu modelowania oddziaływań molekularnych zachodzących pomiędzy cząsteczką leku, a miejscami aktywnymi białka (czyli celem molekularnym leku).



Foundation for Polish Science

**DR HAB. KRZYSZTOF JÓZWIAK**

SAMODZIELNA PRACOWNIA CHEMII I NEUROINŻYNIERII MEDYCZNEJ  
UM W LUBLINIE

Jednym z głównych, choć nie jedynym, celów naszych wysiłków jest opracowanie i proponowanie nowych substancji chemicznych jako potencjalnych przyszłych leków. Badania takie powinny być prowadzone w sposób interdyscyplinarny, łączący wiedzę z wielu, czasami odległych dziedzin nauki:

chemii leków, farmakologii, bioinformatyki czy biologii molekularnej i wymagającej ścisłej współpracy pomiędzy osobami o bardzo różnym doświadczeniu badawczym. Podejście takie zostało ostatnio docenione przez Fundację na rzecz Nauki Polskiej, która w maju 2010 roku przyznała zespołowi grant badawczy w programie TEAM na realizację projektu „Multidisciplinary development of drugs acting on selected neuronal receptors”.

W chwili obecnej w Samodzielnej Pracowni prowadzi badania naukowe 13 młodych badaczy. Troje stażystów po doktoracie (czyli bardziej popularnie – „postdoków”), sześcioro doktorantów oraz czworo studentów studiów magisterskich (w tym jeden student farmacji Włoskiego Uniwersytetu w Modenie wykonujący pracę magisterską w ramach wymiany Erasmus). Osoby te pracują w trzech współpracujących ze sobą zespołach tematycznych: chemicznym, bioinformatycznym i biologicznym. Zadaniem bioinformatyków w Pracowni jest analiza i komputerowe modelowanie oddziaływań molekularnych pomiędzy cząsteczkami leków a makrocząsteczkami białek receptorowych. Wykorzystują oni szereg programów komputerowych, m.in. do budowy i oceny jakości komputerowych modeli zarówno makrocząsteczek białek jak i małych cząsteczkowych modeli leków, prowadzenia analizy strukturalnej – aktywności dla grup pochodnych substancji o potencjalnym działaniu leczniczym czy symulacji dopasowania cząsteczki leku do miejsca aktywnego białka oraz oceny wpływu różnych możliwych modyfikacji chemicznych na poprawę takiego dopasowania. Sekcja biologiczna Pracowni zajmuje się eksperymentalną oceną powinowactwa cząsteczek leków oraz ich aktywności wobec badanych układów receptorowych. Do tej pory stosowaliśmy kilka technik badawczych w tym zakresie (m.in. badania elektrofizjologiczne czy chromatografię powinowactwa), ale w najbliższym czasie nasze możliwości znacznie się powiększą i pozwolą na badania, m.in. mikrokalorymetryczne, wypierania radio-

ligandów, powierzchniowego rezonansu plazmonowego czy wykorzystanie szerokich możliwości, jakie daje w takich projektach nowoczesne obrazowanie mikroskopowe w zakresie fluorescencji, widma Ramana czy bliskiej podczerwieni. Natomiast sekcja chemiczna Pracowni prowadzi prace w zakresie projektowania i wykonania syntez chemicznych nowych substancji o zoptymalizowanym profilu farmakologicznym zaproponowanych w wyniku wcześniejszych etapów badań. Współpracujemy w tym aspekcie z Katedrą Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych, wspólne projekty zakładają również kompleksową charakteryzację fizykochemiczną syntetyzowanych substancji nowoczesnymi metodami spektroskopowymi.

Projekty badawcze realizowane w tak skonstruowanym zespole skupiają się na działaniu substancji chemicznych wobec kilku wybranych receptorów neuronalnych. Z chronologicznego punktu widzenia najdłużej pracujemy nad substancjami wpływającymi na działanie cholinergicznego receptora nikotynowego. Badania w tym zakresie zaowocowały projektem, w którym badamy N – podstawione pochodne deksztrometorfanu o potencjalnym efekcie blokującym neuronalne podtypy tego receptora. Nowe substancje działające poprzez blokadę kanału jonowego tego receptora mogą w przyszłości znaleźć zastosowanie w terapii uzależnień, a w szczególności uzależnienia nikotynowego. Ale zainteresowanie receptorem nikotynowym nie jest ograniczone tylko do tego jednego projektu. Badamy również, jak używanie wielu powszechnie stosowanych leków może wpływać na aktywność tego receptora w układzie nerwowym i czy może mieć to długotrwały efekt związany, np. z obniżeniem zdolności pamięciowych. Ostatnio zainicjowaliśmy kolejny kierunek badań receptora nikotynowego: nowe potencjalne substancje, które powodują zwiększoną aktywację tego receptora i ich wpływ, np. na procesy pamięciowe u pacjentów z chorobą Alzheimera.

Kolejnym rodzajem białkowego celu molekularnego, którego dotyczą nasze wysiłki badawcze jest receptor b-adrenergiczny z rodziny receptorów sprzężonych z białkami G. W tym przypadku badania skierowane są na opracowanie nowatorskich aktywatorów tego receptora, wpływu ich struktury chemicznej i stereoizomerii na zwiększony efekt agonistyczny i biodostępność substancji. Te nowe substancje strukturalnie podobne do znanego leku, fenoterolu selektywnie działają na receptor b2-adrenergiczny i wykazują bardzo obiecującą aktywność w szeregu eksperymentach *in vitro*. W ostatnim czasie jedna z tych substancji trafiła do etapu badań klinicznych w kierunku leczenia zastoinowej niewydolności krążenia. Co ciekawe, nasze badania wskazują, że opracowane substancje w zależności od struktury inicjują różne szlaki sygnałowe w komórce poprzez aktywację receptora. W tym świetle bardzo interesujące są ostatnie dane eksperymentalne potwierdzające, że jedna z pochodnych wykazuje silne właściwości mitostatyczne pewnych modeli komórkowych nowotworów mózgu, a przy tym ma właściwie znikome działanie na układ sercowo-naczyniowy.

Stosunkowo nowe zadania badawcze dotyczą kolejnego celu molekularnego w kręgu naszych zainteresowań: receptora AMPA z rodziny receptorów jonotropowych glutamina-

nergicznych. W tym przypadku prace skupiają się na klasie pozytywnych modulatorów receptora o potencjalnym zastosowaniu w leczeniu zaburzeń pamięciowych i procesów poznawczych. Uwagę naszą wzbudziła substancja IDRA-21 i jej pochodne, gdzie, stosując metody komputerowe, zaproponowaliśmy szereg modyfikacji chemicznych tych struktur chemicznych. Kilka z nich zostało zsyntetyzowanych i wstępne eksperymenty wykonane w laboratorium naszych partnerów z Uniwersytetu w Modenie potwierdziły, że mają one bardzo wysoką aktywność, kilkaset razy przewyższającą aktywność wyjściowej substancji IDRA-21.

Oczywiście projekty te nie są prowadzone w oderwaniu od wyników badań kilku partnerskich laboratoriów, z którymi naukowo współpracujemy. Szczególną rolę odgrywa tutaj Laboratorium Badań Klinicznych prof. Irwina W. Wainera z National Institute on Aging Narodowych Instytutów Zdrowia USA. Profesor Wainer jest osobą, którego obecnie głównym zadaniem jest koordynowanie zadań badawczych współpracujących ze sobą zespołów badawczych w dużych projektach dotyczących opracowania nowatorskich terapii i doprowadzenia ich do etapu badań klinicznych i wdrożeń. To właśnie w tym laboratorium opracowano koncepcję modyfikacji cząsteczki fenoterolu i użycie jej do leczenia chorób krążenia. A autor, podczas swojego stażu podoktorskiego, wysunął koncepcję modyfikacji struktury deksztrometorfanu w celu zoptymalizowania jej działania na pewne podtypy neuronalnych receptorów nikotynowych. W przypadku badań dotyczących selektywnych agonistów receptora b2-adrenergicznego prowadzimy bardzo owocną współpracę z instytutem SRI International w USA, a w szczególności z Laboratorium Neurofarmakologii instytutu, którym kieruje dr Lawrence Toll. Dr Hugo R. Arias z Midwestern University w Arizonie jest osobą, z którą prowadzimy wspólne badania farmakologiczne kilku klas ligandów receptora nikotynowego. Natomiast projekt dotyczący ligandów receptora AMPA jest polem, w którym prowadzimy wspólne badania z zespołem prof. Giuseppe Cannazza z Wydziału Nauk Farmaceutycznych Uniwersytetu w Modenie, Włochy. Jesteśmy również otwarci na współpracę na krajowym podwórku. Ostatnio nawiązaliśmy kontakt z działem badawczym rodzimej firmy farmaceutycznej CelonPharma z Lomianek, która jest zainteresowana badaniami nad nowymi agonistami receptorów nikotynowych i ich potencjalnym zastosowaniem w terapii choroby Alzheimera.

Samodzielna Pracownia Chemii i Neuroinżynierii Medycznej od nowego roku mieści się w nowej siedzibie w Collegium Pharmaceuticum przy ul. Chodźki 6. Wykonywane zadania badawcze finansowane są z kilku źródeł. Fundacja na rzecz Nauki Polskiej wspiera nasze wysiłki subsydiami FO-CUS (Modelowanie komputerowe oddziaływań cząsteczek leków z białkami docelowymi 2007-2011) oraz TEAM (*Multidisciplinary development of drugs acting on selected neuronal receptors*; 2010-2014). Jesteśmy również jednym z wykonawców kontraktu Amerykańskiej Agencji HHS (*The synthesis and preclinical studies of new treatments for neurodegenerative disease, diabetes, mellitus, congestive heart failure, oncologic and immunologic disease*; 2010-2014).



# Anatomia czyni mistrza

**DR N. MED. KAMIL TORRES**

KATEDRA I ZAKŁAD ANATOMII PRAWIDŁOWEJ  
UM W LUBLINIE

Tradycja spotkań z młodzieżą licealną z lubelskich szkół została zapoczątkowana przez **prof. dr. hab. Stanisława Załuskę** w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka wiele lat temu. Na przestrzeni lat tradycja prowadzenia lekcji pokazowych, seminariów i ćwiczeń w prosektorium była podtrzymywana przez wszystkich kierowników i pracowników zakładu jako chlubna tradycja.

Dwa lata temu, dzięki olbrzymiemu wsparciu władz Uniwersytetu, w szczególności JM **prof. dr. hab. dr. h.c. Andrzeja Książka** w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, którego Kierownikiem był **prof. dr. hab. Zbigniew Wójtowicz**, powstał program dla uczniów lubelskich liceum pt. „Anatomia czyni mistrzem”.

W roku 2009 opracowano pod kierunkiem **prof. dr. hab. Ryszarda Maciejewskiego** cykl szkoleń z zakresu anatomii układu oddechowego, krwionośnego, wydalni-

czego, nerwowego i pokarmowego w zdrowiu i chorobie. Na początku 2010 roku w odpowiedzi na prośbę Dyrekcji III LO im. Unii Lubelskiej w Lublinie p. Dyrektor **mgr Anny Suszyny** nawiązano współpracę z dwoma klasami o profilu biologiczno-chemicznym.

Wspólna praca naszego zespołu adiunktów, asystentów, wolontariuszy i studentów, przy nieocenionym wsparciu władz uczelni, a w szczególności JM Rektora i **Pani Kanclerz**

**mgr Ewy Abramek**, pozwolił na rozwój programu. Podpisano umowy partnerskie dotyczące współpracy dydaktycznej z kolejnymi szkołami: XXI Liceum Ogólnokształcącym im. Św. Stanisława Kostki i Prywatnym Liceum Ogólnokształcącym im. Ignacego Jana Paderewskiego w Lublinie.

Jesienią 2010 przeprowadzono w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka zajęcia dla 154 uczestników z trzech lubelskich szkół. Zajęcia obejmowały tematykę





związaną z anatomią z elementami fizjologii, promocją zdrowia i terminologią medyczną układu pokarmowego, oddechowego, krwionośnego, wydalniczego i nerwowego.

Zajęcia obejmowały:

1. Część seminaryjną opartą na audiowizualnych zbiorach Zakładu,
2. Część praktyczną:
  - ćwiczenia w prosektorium
  - ćwiczenia w **Pracowni Wirtualnego Człowieka**, gdzie przeprowadzone zostały pierwsze na naszej uczelni zajęcia dotyczące symulacji medycznej przy udziale pierwszego standaryzowanego pacjenta. Uczniowie analizowali opis przypadku pacjenta z napa-dem padaczkowym i pacjenta z udarem w oparciu o wybrane zagadnienia z zakresu anatomii człowieka. Ćwiczenia przeprowadzono w oparciu o efekty współpracy (modele trójwymiarowe i przestrzenne) Pracowni na polu radiologii anatomicznej z I Zakładem Radiologii i Pracownią Telemedycyny pod Kierownictwem **prof. dr. hab. Andrzeja Dropa**.
  - Ćwiczenia w **Pracowni Biostruktury**, gdzie przeprowadzono zajęcia praktyczne dotyczące układu krwionośnego i oddechowego.

- Ćwiczenia z zakresu rozwiązywania testów tematycznych.

Pracownicy Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka podczas szkoleń pt. „**Anatomia czyni Mistrzem**” przeprowadzili w sumie 2700 minut zajęć (wykłady trwały 1000 minut, ćwiczenia w prosektorium 900 minut, laboratorium 400 minut i ćwiczenia z zakresu symulacji 400 minut).

17 grudnia 2010 odbyło się uroczyste zakończenie edycji 2010-**Anatomia Czyni Mistrzem** w auli Collegium Maius. W spotkaniu uczestniczyli uczniowie szkół, pracownicy **Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka z Pracownią Biostruktury i Pracownią Wirtualnego Człowieka**. Uroczy-

stość uświetnił JM Rektor UM prof. dr. hab. dr. h.c. Andrzej Książek, Dziekan I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii prof. dr. hab. med. Grzegorz Wallner, Kanclerz mgr Ewa Abramek i Zastępca Kanclerza mgr Małgorzata Łobodzińska. Uczniowie, którzy otrzymali największą liczbę punktów podczas testów sprawdzających zostali wyróżnieni nagrodami, które wręczył JM Rektor Andrzej Książek i Dziekan I Wydziału Lekarskiego oraz Kanclerz UM mgr Ewa Abramek.

Podczas uroczystości wystąpili ambasadorowie szkół biorących udział w projekcie. Uczniowie „Biskupiaka” zorganizowali **wystawę fotograficzną**. Z III LO wystąpił chór „**Kantylena**” prowadzony przez mgr Małgorzatę Nowak. Rockowych emocji dostarczył zespół **X-MISSION** z Liceum im. Paderewskiego, laureat nagrody młodych zespołów „**Staś 2010**”.

Szczególne wyrazy podziękowania pragniemy złożyć **JM Rektorowi prof. Andrzejowi Książkowi, Pani Kanclerz mgr Ewie Abramek** i pracownikom Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka UM w Lublinie, Dyrekcji i gronu pedagogicznemu Szkół, koleżankom i kolegom, uczestnikom i wszystkim sympatykom Zakładu, dzięki którym mogliśmy zrealizować ten projekt.





• Nowe trendy w badaniach nad nowotworami •

# Wspólnie możemy więcej

W dniach 4-8 września 2010 r. w Miejskiej Bibliotece Publicznej w Józefowie na Roztoczu odbyły się warsztaty naukowe pt. „Nowe trendy w badaniach nad nowotworami. Lublin – Utrecht 2010”.

Patronat honorowy nad imprezą sprawował prof. Andrzej Książek, JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Spotkanie miało na celu integrację środowiska naukowego Uniwersyteckiego Centrum Medycznego w Utrechcie oraz Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

DR N. MED. ROBERT SITARZ  
KATEDRA I ZAKŁAD  
ANATOMII PRAWIDŁOWEJ CZŁOWIEKA  
UM W LUBLINIE

Postęp w onkologii nie byłby możliwy bez nowoczesnych badań molekularnych nad nowotworami. Ostatnie kilkadziesiąt lat to okres ogromnego rozwoju wiedzy o nowotworach, przede wszystkim z zakresu ich molekularnego podłoża. Naukowcy są zgodni, że większość chorób nowotworowych to choroby genów i biorą początek w większych lub mniejszych mutacjach w naszym materiale genetycznym, powielających się w kolejnych komórkach, które dają początek niekontrolowanemu rozrostowi. Badania molekularne stwarzają możliwość zidentyfikowania w społeczeństwie osób o podwyższonym ryzyku choroby nowotworowej, stwarzają również ogromne perspektywy dla rozwoju onkologii, w której indywidualnie będziemy opisywali każdy guz nowotworowy. To otwiera w przyszłości ogromne pole do leczenia na poziomie molekularnym. Niestety, jedno rozpoznanie to wciąż ogromna różnorodność typów nowotworów związana z innym charakterem molekularnym występujących zmian. Dotychczas w leczeniu opieramy się na typie histologicznym, stopniu zaawansowania nowotworu, stanie chorego. Badania nad molekularną patogenezą nowotworów pozwalają znaleźć odpowiedzi, których wcześniej nie było, a interdyscyplinarne spotkania i dyskusje, jakie miały miejsce podczas warsztatów naukowych na początku września są krokiem w kierunku dokładnego opisanie zmian powstałych w komórce rakowej i próbą znalezienia odpo-

wiedniego klucza do leczenia danego nowotworu.

Pomysłodawcą zorganizowania warsztatów naukowych był prorektor ds. nauki **prof. Ryszard Maciejewski**, który w 2009 roku podczas wizyty przedstawicieli UM w Lublinie w University Medical Center Utrecht, zaprosił pracowników naukowych do przyjazdu do Polski celem nawiązania bliższych kontaktów naukowych. Efektem tamtego zaproszenia były wrześniowe warsztaty. Spotkanie otworzył **prof. R. Maciejewski**, który przywitał wszystkich oraz przedstawił naukowców biorących udział w warsztatach. Słowa powitania skierował również do przybyłych gości Zastępca Burmistrza Józefowa **Ireneusz Wilczyński**, który przedstawił Józefów jako otwarte na nowości rozwijające się miasto, wspaniałe miejsce na wypoczynek. Następnie **dr Kamil Torres** przybliżył wszystkim UML jako doskonale miejsce do studiowania i uprawiania nauki.

Pierwszy wykład na temat carcinogenezy w różnych odcinkach przewodu pokarmowego wygłosił **prof. Johan Offerhaus**. Przedstawił rys historyczny badań nad

nowotworami przewodu pokarmowego oraz aktualny stan wiedzy na ten temat. Następnie zapoznał wszystkich z tematami projektów badawczych obecnie realizowanych w UMC Utrecht.

Duże zainteresowanie wywołał wykład na temat nowości w chirurgii onkologicznej, jak również potencjalnych możliwości współpracy z Holendrami, który wygłosił **prof. Wojciech Polkowski**. „Rak przełyku – czynniki prognostyczne” to temat wystąpienia **prof. Fiebo Ten Kate**, który przybliżył najbardziej użyteczne klinicznie biomarkery w terapii raka przełyku. Problem prawidłowej diagnozy patomorfologicznej rzadkich odmian raka przełyku był tematem wystąpienia **dr. hab. Justyny Szumiło**, **dr Agnieszki Fronczek** oraz **dr Doroty Lewkowicz**.

Na uwagę zasługują również prezentacje projektów badawczych, które zostały zaprezentowane przez naukowców z UMC Utrecht: rola

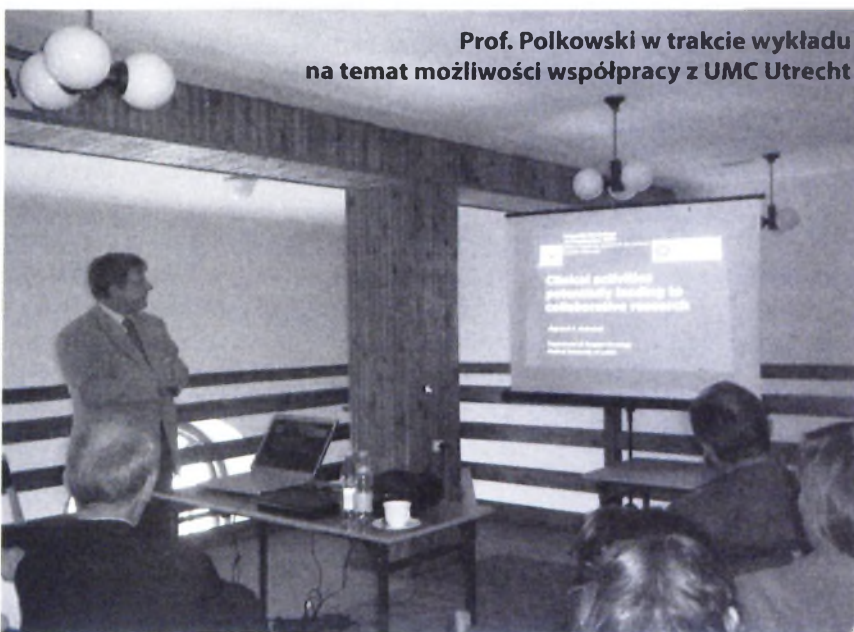


Prof. Maciejewski oraz Prof. Offerhaus dyskutujący podczas przerwy w warsztatach

komórek macierzystych w zespołach polipowatości jelita grubego **dr Danielle Langeveld** (metylacja komórek macierzystych) oraz **dr Vicky de Boer** (rola mitochondrialnego genomu). **Dr Wendy de Leng** przybliżyła molekularne podstawy wystąpienia zespołu Peutz-Jeghersa, a **dr Cathy Moelans** mówiła na temat potencjalnej roli receptorów HER2 w terapii raka żołądka. Rola Notch1 w rakach trzustki była tematem prezentacji **dr Niki Ottenhof**.

Lubelscy naukowcy przybliżyli tematy projektów badawczych prowadzonych w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, i tak **dr Sebastian Radej** przedstawił potencjalne możliwości immunoterapii raka jelita grubego, **dr Anna Torres** swoje wystąpienie poświęciła roli microRNA w raku endometrium. Ciekawy problem leczenia przerzutów raka jelita grubego do wątroby poruszyła **dr Magdalena Skórzewska**, a molekularne podłoże różnych podtypów raka żołądka i związane z tym implikacje terapeutyczne było tematem wystąpienia **dr. Roberta Sitarza**.

Każdy wykład czy prezentacja była tematem wielkiego zaintereso-



Prof. Polkowski w trakcie wykładu na temat możliwości współpracy z UMC Utrecht



Uczestnicy warsztatów  
podczas kolacji  
w Górecku Kościelnym



Kolacja  
w staropolskim stylu  
w stodole we Floriance



W gościnie u Państwa Tur  
w Majdanie Nowym.  
Pierwszy od prawej  
dr Zbigniew Tur







**Uczestnicy warsztatów zwiedzają RPN.  
Pierwszy od lewej nasz przewodnik, Zastępca Dyrektora RPN  
mgr T. Grabowski**

wania i ożywionej dyskusji. Wielkim sukcesem była frekwencja, jak również udział naukowców i klinicyistów o międzynarodowej renomie zajmujących się badaniami molekularnymi nad chorobami nowotworowymi. Niezwykle wysoki poziom naukowy warsztatów oraz doskonała organizacja były nagrodą za wysiłek włożony w przygotowanie się do tego spotkania.

Należy podkreślić, że wyniki prac badawczych prezentowane w ramach naszych warsztatów to efekt realizacji grantów badawczych uzyskanych w większości z międzynarodowych instytucji zajmujących się wspieraniem nauki, m.in. The Netherlands Cancer Research Foundation, The Stichting Vanders Founadtion, The International Union Against Cancer, The European Molecular Biology Organization. Pozyskanie środków finansowych z tych organizacji jest wielkim wyróżnieniem i świadczy o znaczeniu prowadzonych badań.

Warsztaty to podsumowanie naszej kilkuletniej współpracy na-

ukowej. Dyskutowano na temat realizowania wspólnych projektów badawczych, wspólnego gromadzenia materiału badawczego, wymiany osobowej, a przede wszystkim wspólnego aplikowania o granty badawcze. Obie strony pozytywnie oceniły dotychczasową współpracę, jak również jej koordynatorów. Po-

stanowiono przedłużyć dotychczasową umowę o współpracy między obu Uniwersytetami. Od 2008 roku obie uczelnie łączy oficjalna umowa o współpracy. Uczestnicy podkreślali, że nawiązanie bliższych, bardziej bezpośrednich kontaktów naukowych niewątpliwie przyniesie wymierne korzyści naukowe dla obu stron.

Oprócz części naukowej zrealizowano również bogaty program towarzyszący. Przyjazd Holendrów to doskonała okazja pokazania piękna naszej polskiej przyrody oraz różnorodności i smaku polskiej kuchni. Jest to okazja do promowania Polski na wielu poziomach.

Warsztaty zorganizowały Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka, Klinika Chirurgii Onkologicznej, Katedra i Zakład Patomorfologii UM w Lublinie.

Warsztaty zostały wsparte finansowo i organizacyjnie przez: **Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Urząd Miejski w Józefowie, Roztoczański Park Narodowy, „Nasze Zdrowie” Józefów oraz Trebormed.** Wszystkim sponsorom składamy serdeczne podziękowania.



**Podczas zwiedzania RPN.  
Pierwsza od lewej dr M. Sitarz  
tłumaczy na język holenderski**



# • Jak skuteczniej zwalczać i rozpoznawać choroby nowotworowe? •

Walka z nowotworami w dzisiejszych czasach powinna być priorytetem.

Czy jednak jest odpowiednio doceniana?

Jak postrzegają kwestię współpracy interdyscyplinarnej i kierunków dalszych badań sami naukowcy? O kilka słów refleksji poproszeni zostali holenderscy i polscy specjaliści, uczestnicy warsztatów.

**DR N. MED. ROBERT SITARZ**

KATEDRA I ZAKŁAD  
ANATOMII PRAWIDŁOWEJ CZŁOWIEKA  
UM W LUBLINIE

**Prof. Johan Offerhaus,  
University Medical Center Utrecht**

Away from the bustle of the clinic or department, with a pipette in hand, or leaning over a microscope in the laboratory, what is the position of researcher in widely understood contemporary clinical oncology?

The researcher is a key person amongst the professionals who combat human malignancies. He is the one who attempts to understand and unravel why cells, tissues, human bodies react and behave as they do. Mechanisms of cellular processes are studied in the test tube, but with the ultimate goal to translate this understanding in clinically useful applications. If autonomous cell growth is due to a DNA alteration of an intermediate in a signaling pathway that stimulates cell division and due to this mutation it is constitutively active, let us try to inhibit or block this pathway to stop tumor growth. And so forth.

In order to be a successful researcher one therefore benefits from insights in clinical medicine on the one hand, and the research skills and technical capacities of the lab on the other hand. These talents tend to reinforce each other. Research will feed the curiosity of the clinician on the bedside, and vice versa, the clinic will make the researcher aware of the complexity of the human body when attempting to recapitulate molecular processes in a vial. Thus, the combination of the two is a very fruitful and often also productive one.

That is also the reason why academic medicine should focus on educating and training medical personnel with a research interest and background. It is the 'sine qua non' for progress in our profession, and in my experience also our duties in teaching as academic physicians, benefit from continuous activities in the research lab.

**Prof. Wojciech Polkowski,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

Leczenie chirurgiczne to „złoty standard” w wielu chorobach nowotworowych, czy Polacy są leczeni tymi

samymi metodami co mieszkańcy innych krajów zachodniej Europy oraz jakie osiągnięcie chirurgii onkologicznej uważa Pan za najważniejsze?

Tak, rzeczywiście chirurgia nowotworów to podstawowa metoda ich leczenia. To jest prawda, która pozostaje wciąż i chyba jeszcze długo będzie aktualna. Ale trzeba powiedzieć, że i ta chirurgia onkologiczna zmienia się i unowocześnia. Przede wszystkim stawia sobie coraz wyższą poprzeczkę co do jakości, co przekłada się na operacje o doskonałej radykalności (doszczętności) onkologicznej, ale przy zminimalizowaniu powikłań pooperyacyjnych. To gwarantuje osiągnięcie dobrego wyniku odległego, czyli długiego przeżycia bez nawrotu choroby. Innym elementem „modernizacji” chirurgii onkologicznej jest praca w zespołach wielodyscyplinarnych. W zależności od specyfiki narządowej taki zespół składa się z chirurga onkologicznego, onkologa klinicznego, radioterapeuty onkologicznego, radiologa, patomorfologa i innych specjalistów w razie potrzeby. Liderem takiego zespołu powinien być chirurg onkologiczny. Coraz częściej nie tylko sala konferencyjna, ale także sala operacyjna staje się miejscem współpracy członków takich zespołów. Wspomnę tu o takich technikach specjalnych w chirurgii onkologicznej, jak: radioterapia śródoperacyjna czy chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii. Powiedziałbym, że to są przykłady najwyższego stopnia współpracy wielodyscyplinarnej w leczeniu nowotworów, które poprawiają wyniki leczenia chorych na nowotwory.

**Prof. Fiebo ten Kate,  
University Medical Center Utrecht**

**Usually in the shadow of a surgeon or oncologist, pathologist is a specialist, of whom little is said but he affects the process of treating patients. Do you agree with this statement?**

In general I agree with this statement. But it is not only the surgeon and the oncologist for which the pathologist do important diagnostic work. For most of the clinicians histopathologic and cytologic diagnostic work is important.

**Dr hab. Justyna Szumiło, Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

**Patomorfolog, chirurg, onkolog i naukowiec zajmujący się badaniami molekularnymi, na czym powinna polegać współpraca w prowadzeniu badań naukowych i jak może wpływać ona na proces leczenia chorych na nowotwory?**

Tego typu współpraca musi być przede wszystkim prawidłowo zaplanowana. Każdy w zespole prowadzącym badania naukowe musi wiedzieć, czego się od niego oczekuje i dobrze znać swój „warsztat” zawodowy. Istotna jest także znajomość specyfiki pracy pozostałych osób zaangażowanych w badania, dzięki temu unika się przykrych niespodzianek wynikających z wygórowanych lub zgoła nierealnych oczekiwań. Ponieważ badania, zwłaszcza prospektywne, są zwykle długotrwałe, ich uczestnicy powinni wykazywać się cierpliwością i systematycznością, bo, jak wiadomo, „słomiany zapal” zniweczył już niejednego interesujący projekt badawczy. Oczywiście ważna jest również, szczególnie w zespołach międzynarodowych, dobra znajomość języka angielskiego, o czym stale należy przypominać przyszłym naukowcom.

Zawsze istnieje szansa, że wyniki takich interdyscyplinarnych badań będą miały zastosowanie praktyczne, np. w leczeniu nowotworów. Obecnie coraz częściej stosowane są terapie indywidualne, tj. skierowane do konkretnego pacjenta, ustalone w oparciu o markery biologiczne, jak np. receptory estrogenowe, progesteronowe i HER-2 w rakach gruczołu piersiowego i ostatnio także zołądka, czy receptor c-kit w guzach stromalnych przewodu pokarmowego. Pozwala to z jednej strony na zastosowanie nowych, skutecznych leków, np. przeciwciał monoklonalnych, a z drugiej na uniknięcie stosowania chemioterapeutyków, o których wiemy, że nie będą skuteczne. W ten sposób nie narazamy pacjenta na skutki uboczne ich działania. Jest to niewątpliwie przyszłość leczenia nowotworów, której podstawą będą wyniki badań naukowych.

**Prof. Ryszard Maciejewski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

**Skuteczna walka z nowotworami to interdyscyplinarna współpraca klinicystów i naukowców. Czy w Pana opinii kadra naukowców zajmująca się genetyczno-molekularnymi aspektami chorób nowotworowych w naszym kraju jest dostatecznie liczna, a poziom kształcenia odpowiada zachodnim standardom?**

Obserwacja szybko postępującego rozwoju naukowego dokonującego się w ostatnich latach właśnie w dziedzinie badań nad nowotworami przynieść może wymierne korzyści w praktyce klinicznej. Oczywiście, podejście interdyscyplinarne do problemu choroby nowotworowej wymaga wzajemnego zbliżenia się środowiska klinicystów i naukowców, poszukiwania wspólnej płaszczyzny współpracy oraz umiejętności uczenia się, jak praktycznie korzystać z osiągnięć nauki. Interdyscyplinarne poszukiwania nowych, bardziej skutecznych metod walki z nowotworami są obecnie jedną z najbardziej obiecujących i intensywnie rozwijanych gałęzi nauki w Europie.

Wiedzą o tym dobrze władze UM w Lublinie, dlatego wspierają wszelkie działania, których celem jest większe zbliżenie do siebie nauki i praktyki klinicznej.

Niestety, naukowców zajmujących się molekularnymi badaniami nad nowotworami jest w Polsce niewiele, w porównaniu do krajów Europy Zachodniej. W Polsce pracujemy w trudniejszych warunkach niż nasz zachodni partner, gdzie na badania naukowe przeznacza się większe środki finansowe, również liczba godzin dydaktycznych poświęconych problemom nowotworowym wciąż odbiega od europejskiego standardu. Mimo że w Polsce w kształceniu studentów onkologia traktowana jest po macoszemu, to z zadowoleniem stwierdzam, że mamy wybitne jednostki oraz dużo pomysłów. Holandia, Dania oraz Niemcy to czołówka europejska, jeśli chodzi o poziom i jakość prowadzonych badań na poziomie molekularnym i do tej czołówki zdążamy.



# *Prof. dr hab. Edward Soczewiński*

## Honorowym Prezesem Lubelskiego Towarzystwa Wspierania Nauk Farmaceutycznych

**W związku z dostrzegalną potrzebą integracji lubelskiego środowiska naukowego, a zwłaszcza specjalistów różnych dziedzin mających wpływ na rozwój nauk farmaceutycznych, zebrała się grupa osób, która postanowiła powołać do życia towarzystwo naukowe.**

MGR FARM. MACIEJ STRZEMSKI  
LUBLIN

Zebrań założycielskie odbyło się 5 marca 2010 roku, wkrótce po drugiej edycji Kwartalnych Wieczorków Naukowych w Aptece-Muzeum. Na spotkaniu obecnych było 16 osób zakładających Towarzystwo oraz mecenas Janusz Kwiatek, który merytorycznie nadzorował jego przebieg. Założycielami Lubelskiego Towarzystwa Wspierania Nauk Farmaceutycznych byli: *Anna Bogucka-Kocka, Katarzyna Grębska, Renata Nurzyńska-Wierdak, Anna Oniszczyk, Krystyna Skalik-Woźniak, Katarzyna Zawadzka, Grażyna Zawiślak, Piotr Drączkowski, Sławomir Dresler, Krzysztof Józwiak, Tomasz Kocki, Tomasz Kubrak, Piotr Pawłowski, Ryszard Świeboda, Ireneusz Sowa i Maciej Strzemski.*

Podczas zebrania uchwalono Statut Towarzystwa oraz wybrano Komitet Założycielski w składzie: Ireneusz Sowa, Piotr Drączkowski i Maciej Strzemski.

12 marca 2010 członkowie Komitetu Założycielskiego złożyli do Biura Podawczego Sądu Rejonowego-Sądu

Gospodarczego XI Wydziału KRS wniosek o rejestrację Lubelskiego Towarzystwa Wspierania Nauk Farmaceutycznych. Wniosek ten został pierwotnie odrzucony z powodu braków formalnych, jednak po ich uzupełnieniu Sąd Rejonowy postanowił wpisać do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000358213 Lubelskie Towarzystwo Wspierania Nauk Farmaceutycznych. Było to 8 czerwca 2010 r. Tym sposobem Lubelskie Towarzystwo Wspierania Nauk Farmaceutycznych uzyskało osobowość prawną.

22 września 2010 r. członkowie Komitetu Założycielskiego ITWNF zwołali Walne Zebranie Członków Towarzystwa, które odbyło się w restauracji „Biesy” na przeciwko lubelskiego Trybunału. Członkowie w drodze głosowania wybrali skład organów Towarzystwa, który przedstawia się następująco: Zarząd: Maciej Strzemski – Prezes, Anna Bogucka-Kocka – Wiceprezes, Ireneusz Sowa – Wiceprezes, Piotr Drączkowski – Sekretarz, Sławomir Dresler – Skarbnik; Komisja Rewizyjna: Katarzyna Dzida, Janusz Kocki, Piotr Pawłowski; Sąd Koleżeński: Renata Nurzyńska-Wierdak, Grażyna Zawiślak, Ryszard Świeboda.

Podczas Walnego Zebrania na Sali obecny był prof. dr hab. Edward Soczewiński. Należy zaznaczyć, że Pan Profesor Soczewiński wygłosił wykład inauguracyjny podczas pierwszego Wieczorku Naukowego organizowanego wówczas przez Aptekę Muzeum w Lublinie (obecnie przez ITWNF), a wkład, jaki wniosły prace Profesora z zakresu chromatografii w rozwój nauk przyrodniczych, był podstawą do wystąpienia Zarządu Towarzystwa z wnioskiem o nadanie mu godności Honorowego Prezesa ITWNF.

Walne Zebranie Członków Towarzystwa jednogłośnie postanowiło nadać godność Honorowego Prezesa Lubelskiego Towarzystwa Wspierania Nauk Farmaceutycznych Panu Profesorowi. Członkowie Zarządu

**Profesor Edward Soczewiński** urodził się w Lublinie 4 września 1928 roku. W latach 1935-1942 był uczniem Szkoły Powszechnej nr 22 im. Marii Konopnickiej. Od 1942 do 1944 roku uczęszczał do Technikum Chemicznego Borodajki przy ul. Radziwiłłowskiej. Następnie, do 1948 był uczniem Gimnazjum i Liceum Chemicznego, po którego ukończeniu rozpoczął studia na Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym UMCS na kierunku chemia. W 1952 otrzymał tytuł magistra nauk przyrodniczych i został zatrudniony w Katedrze Chemii Nieorganicznej Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Lublinie. Od tego momentu działalność naukowa Edwarda Soczewińskiego jest już nierozdzielnie złączona z Lubelską Akademią. W 1960 otrzymał stopień doktora, a w trzy lata później doktora habilitowanego. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymał w 1970, a profesora zwyczajnego w 1978 roku. W latach 1964-1998 sprawował funkcję kierownika Katedry Chemii Nieorganicznej, od 1968 do 1972 Dziekana Wydziału Farmaceutycznego, a od 1981 do 1984 Prorektora do Spraw Nauki. W 1998 roku przeszedł na emeryturę, jednak nadal jest czynny jako naukowiec i dydaktyk. Poza nauką wielką pasją Pana Profesora jest numizmatyka.



**I Walne Zebranie LTWNF  
 Wręczenie dyplomu  
 Honorowego Prezesa**

wręczyli Panu Prezesowi stosowny dyplom. Profesor Soczewiński pogratulował wszystkim obecnym inicjatywy powołania do życia nowego stowarzyszenia i życzył owocnej pracy.

Dodam jedynie, że Lubelskie Towarzystwo Wspierania Nauk Farmaceutycznych jest stowarzyszeniem grupującym naukowców i studentów z trzech lubelskich uczelni: Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Przyrodniczego oraz Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Podczas ostatniego wieczorku naukowego jeden z wykładów wygłosiła dr Anna Czubačka z Instytutu Uprawy Nawożenia i Gleboznaw-

stwa, co można uznać za nawiązanie współpracy z Puławskim Instytutem.

Członkowie LTWNF spotykają się w każdy drugi piątek miesiąca o godz. 19 w restauracji „Biesy”. Spotkania te są okazją do dyskusji, wymiany doświadczeń i planowania dalszej działalności Towarzystwa. Każdy, kto chce wstąpić w poczet członków Towarzystwa, jest na tych spotkaniach mile widziany.

Myślę, że wielki entuzjazm i zapał do pracy, a zwłaszcza patronat Profesora Edwarda Soczewińskiego dobrze wroży dalszemu rozwojowi Lubelskiego Towarzystwa Wspierania Nauk Farmaceutycznych.



**I Walne Zebranie LTWNF**



# Jak w prosty sposób zwiększyć liczbę cytowań?

W dniach od 18 do 24 października 2010 r. obchodziliśmy po raz kolejny Open Access Week. Z tej okazji warto przypomnieć, na czym polega idea „open access” (otwartego dostępu) w przypadku prac naukowych i przywołać istotne zalety tego rodzaju publikowania.

DR N. HUM. ANASTAZJA  
ŚNIECHOWSKA-KARPIŃSKA  
BIBLIOTEKA GŁÓWNA  
UM W LUBLINIE

Jeszcze kilkanaście lat temu popularnym źródłem informacji była encyklopedia, tradycyjny podręcznik – wyrocznią porządkującą wiedzę przed egzaminem. Komputer i internet stanowił przestrzeń dostępną dla wąskiego grona wtajemniczonych. By przedstawić swoje odkrycie, nową teorię czy wyniki badań, należało opublikować je w formie artykułu naukowego, doniesienia, wystąpienia na konferencji, opisu przypadku, itp. Problemy szersze ujmowano w formę książki, monografii lub dysertacji. Upraszczając: o szybkości publikacji decydowała maszyna drukarska i system tradycyjnej dystrybucji. Autor za swój trud mógł spodziewać się uznania wyrażanego liczbą recenzji lub cytowań i ewentualnie wysokością honorarium autorskiego.

Obecnie mamy do czynienia z zupełnie innym sposobem postępowania: dla przeciętnego młodego człowieka pierwszym (i często ostatnim) źródłem informacji jest internet, zdarza się, że tradycyjne podręczniki istnieją w świadomości studentów w formie skopiowanych na ksero fragmentów. Wielotomowe encyklopedie zostały wyparte ze świadomości młodych ludzi przez Wikipedię i jej podobne przedsięwzięcia on-line. Zmieniło się tempo dystrybucji informacji. Problemem nie jest już szybkość publikacji, a raczej kwestie poszanowania praw au-

torskich (osobistych i majątkowych) oraz wiarygodność informacji pozyskiwanych z sieci.

Internet okazał się medium niezbędnym w komunikacji między ludźmi, ale jednocześnie zmienił sposób uprawiania nauki i informowania o sobie i wynikach własnej pracy. Dziś trudno już sobie wyobrazić samotnego geniusza prowadzącego indywidualnie swoje badania, szczególnie w przypadku nauk przyrodniczych. O ile jednak indywidualista-naukowiec może dokonać odkrycia na miarę teorii względności, to aby wynik tych działań uzyskał status nauki – musi przedstawić innym swoje odkrycie i zostać przez nich zrozumiany. Oznacza to, że można uznać za naukowe tylko takie twierdzenia lub teorie, które są zrozumiałe przez więcej niż jednego specjalistę w danej dziedzinie oraz podlegają sprawdzeniu przez innych badaczy, dzięki czemu można orzekać o ich trafności (prawdziwości) [1]. Kluczową kwestią jest tu więc komunikacja

Logo „Open Access” zaprojektowane przez Public Library of Science  
Plik: Open Access logo PLoS white.svg. Wikipedia [online] [dostęp 14 października 2010 r.]. [Dostępny w World Wide Web]: [http://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Plik:Open\\_Access\\_logo\\_PLoS\\_white.svg&filetimestamp=20081026081637](http://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Plik:Open_Access_logo_PLoS_white.svg&filetimestamp=20081026081637). Plik udostępniany na prawach CC „Uznanie autorstwa – na tych samych warunkach”.



– bez wzajemnej wymiany myśli, hipotez i twierdzeń nauka nie istnieje. Bez komunikacji nie ma nauki.

Jednak informacja, zwłaszcza taka, która po włączeniu w system wiedzy na dany temat tworzy nową jakość, posiada wymierną wartość w sensie finansowym. By ją pozyskać, ktoś musiał przeznaczyć pewne fundusze i, być może, ponosił te nakłady w nadziei na zysk. Taka postawa może być jedną z przyczyn powstawania barier w przepływie informacji w nauce. W praktyce sprowadza się to do decyzji, czy autor (odkrywca, wynalazca, twórca) chce i może w pełni dzielić się z innymi swoim dokonaniem, czy też limituje (lub blokuje) dostęp do nich. O ile zrozumiałe wydaje się utajnianie wyników badań w przypadku finansowania ich przez prywatnych inwestorów w nadziei na zysk (nie oceniając etyczności takiego zachowania, np. w przypadku odkryć w medycynie), to utrudnianie dostępu do wyników badań finansowanych ze środków publicznych – jest co najmniej trudne do zrozumienia. Ze strony autorów mamy chyba do czynienia z obawą czy będą szanowane prawa autorskie: osobiste i majątkowe, czyli: czy wolny dostęp do danej publikacji nie ułatwi dokonania plagiatu, i czy autor nie utraci prawa do honorarium (oraz czy nie zostanie pozbawiony zysku z racji dokonanego odkrycia czy wynalazku).

W przypadku idei Open Access mamy do czynienia z sytuacją, w której można mówić o próbie pogodzenia interesów wszystkich zainteresowanych stron – autor nie traci żadnego ze swoich praw, a osoby zainteresowane daną pracą mają możliwość bezpłatnego zapoznania się z publikacją zamieszczoną w Internecie na ściśle określonych warunkach. Ten rodzaj publikacji nie pozbawia również samego autora pewnych korzyści, ponieważ większa liczba odbiorców i szyb-



kość publikacji przekłada się na liczbę prac cytujących, a to z kolei na możliwość podjęcia współpracy z osobami zainteresowanymi danym tematem niemal natychmiast po publikacji. Nie bez znaczenia jest też fakt, że wzrastająca liczba cytowań ma wpływ na rangę czasopisma, to z kolei na *impact factor*, którego wartość jest brana pod uwagę jako jeden z parametrów przy dokonywaniu oceny naukowców i instytucji naukowych. Przeprowadzona w 2010 r. przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego kategoryzacja uczelni wyższych i instytutów naukowych została dokonana przede wszystkim w oparciu o analizę ilości publikacji w renomowanych czasopismach. Kwestie dydaktyki nie stanowiły najistotniejszego elementu. Świadczy o tym zawarta w ustawie definicja „oceny parametrycznej”, jako „oceny działalności jednostki naukowej, uwzględniającej wyniki działalności naukowej, zastosowania praktyczne wyników badań naukowych i prac rozwojowych oraz inne rodzaje aktywności jednostki naukowej” [2].

Czy można wobec tego pogodzić interesy autorów, wydawców i czytelników w sposób maksymalnie korzystny dla każdej ze stron? Od-

powiedzią może być wolny dostęp (Open Access) do publikacji, przede wszystkim naukowych. Sama idea zakłada, że choć informacja (wiedza) posiada wymierną materialną wartość, to nie jest ona „towarem” w potocznym rozumieniu tego słowa, bo jej komercjalizacja „zmniejsza efektywność procesów komunikacji naukowej i upowszechniania wiedzy” [3]. W USA reakcją na nadmierne skomercjalizowanie nauki było między innymi podpisanie w 2007 r. ustawy nakazującej nieodpłatne publikowanie w domenie publicznej wyników wszystkich prac naukowych sfinansowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Stanów Zjednoczonych. Uzasadnienie tej decyzji zawarte zostało w czterech punktach, przywoływanych przez Edwina Bendyka w tekście pt. „Wiedza dla wszystkich?”:

- podatnicy mają prawo znać wyniki badań, za które zapłacił rząd Stanów Zjednoczonych, a wyniki te powinny być publikowane w formie recenzowanych artykułów naukowych,
- wolny dostęp do tych treści jest kluczowym składnikiem narodowej inwestycji w naukę,
- dystrybucja treści tego rodzaju powinna dokonywać się za po-



mocą internetu, jako drogi najefektywniejszej, co przełoży się na dalsze odkrycia, a tym samym na korzyść społeczną,

- większy dostęp i lepsza wymiana informacji między naukowcami, ekspertami i obywatelami oznacza szersze wykorzystanie tych informacji w praktyce, a tym samym zapewni zwrot inwestycji, ponoszonych na prowadzenie badań naukowych [4].

W Polsce, jak kontynuuje swój wywód E. Bendyk: „zdecydowana większość badań naukowych prowadzona jest (...) za pieniądze podatników, na dodatek znaczna część ich wyników publikowana jest w czasopiśmie naukowych także utrzymywanych z dotacji publicznych”. Obowiązujący model komunikacji naukowej zakłada prowadzenie badań przez naukowców, którzy komunikują ich wyniki w czasopiśmie naukowych i na konferencjach. Natomiast upowszechnianiem wyników badań zajmują się popularyzatorzy nauki, często dziennikarze lub pasjonaci [5]. Taki system sprawdzał się, zanim internet stał się powszechnie dostępnym sposobem komunikacji i źródłem informacji.

W latach 90. ubiegłego wieku dostrzeżono, że z jednej strony narasta problem wysokiej opłaty za renomowane czasopisma naukowe (ceny subskrypcji w Stanach Zjednoczonych wzrastały o 8,5% rocznie), co czyniło je trudno dostępnymi nawet dla bibliotek specjalistycznych, które nie mogły już sfinansować dostępu do wszystkich znaczących czasopism w danej dziedzinie wiedzy [6]. Z podobną sytuacją musiały zmierzyć się w tym czasie także biblioteki polskie, co zaowocowało dużym spadkiem ilości prenumerowanych tytułów, szczególnie w tzw. językach kongresowych. Z drugiej – zaczęły powstawać otwarte repozytoria, które w formie cyfrowej przechowywały i udostępniały w sieci artykuły

naukowe. Jednak bezpłatne publikacje cyfrowe w sieci, choć udostępniane za zgodą autorów i przy poszanowaniu prawa autorskiego, uderzały w interesy wydawców, co zaowocowało wprowadzeniem odpłatności za możliwość przeczytania danego artykułu w czasopiśmie wydawanym online.

Model ten nadal obowiązuje, choć dostęp do poszczególnych artykułów z czasopism prenumerowanych można uzyskać bez ponoszenia dodatkowych opłat, pod

dziwość tego stwierdzenia łatwo zweryfikować, wystarczy wejść na stronę renomowanego czasopisma naukowego z dostępu poza siecią uczelnianą, a zamiast pełnego tekstu artykułu zostanie wyświetlony komunikat o konieczności wniesienia opłaty kilkudziesięciu dolarów lub euro (najczęściej odpowiednik ok. 90 zł).

Część autorów, zdając sobie sprawę z faktu, że ocena pracy naukowej jest uzależniona od liczby cytowań, decyduje się na publikację z załą-

## **Przeprowadzona w 2010 r. przez MNiSzW kategoryzacja uczelni wyższych i instytutów naukowych została dokonana przede wszystkim na podstawie analizy liczby publikacji w renomowanych czasopiśmie. Świadczy o tym zawarta w ustawie definicja oceny parametrycznej, jako „oceny działalności jednostki naukowej, uwzględniającej wyniki działalności naukowej, zastosowania praktyczne wyników badań naukowych i prac rozwojowych oraz inne rodzaje aktywności jednostki naukowej.**

warunkiem korzystania z dostępu do poszczególnych pełnotekstowych baz danych za pomocą komputerów podłączonych do sieci danej instytucji, co jest możliwe również w naszej sieci uczelnianej. Nieprawdą jednak jest stwierdzenie, że dostęp do tych tekstów jest bezpłatny. Niemałe koszty prenumeraty i licencji są ponoszone przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz poszczególne instytucje (w tym nasz Uniwersytet), co oznacza, że **dostęp do informacji** pewnej, fachowej, sprawdzonej – czyli **naukowej** – **nie jest w internecie bezpłatny**. Praw-

żeniem, że dostęp do jej treści nie będzie limitowany, tj. odbiorca nie będzie musiał ponosić żadnych dodatkowych kosztów. Jednak w przypadku wydawnictw działających na zasadach rynkowych nie ma możliwości, by nikt nie ponosił z tytułu jego funkcjonowania żadnych opłat. Zasada jest prosta: jeśli czasopismo ma utrzymać się na rynku – wydawca musi mieć zysk. Aby końcowy użytkownik mógł bezpłatnie przeczytać dany tekst – koszt publikacji w takiej formie ponosi sam autor (lub inny podmiot, który zgodzi się ją sfinansować). Mamy tu do

czynienia z sytuacją, w której autor nie tylko nie otrzymuje honorarium autorskiego, ale musi zapłacić wydawnictwu za możliwość publikacji, która potem będzie dostępna dla wszystkich bez opłat. Nie jest to sytuacja z punktu widzenia autorów komfortowa, jednak należy tutaj rozstrzygnąć następującą kwestię: czy z punktu widzenia twórcy ważniejsze jest honorarium autorskie czy wzrost cytowań danej pracy, czyli jej recepcja wśród specjalistów? Publikacja w nisko notowanym czasopiśmie (i otrzymanie honorarium) czy wysoko notowanym (z wysokim IF), ale z koniecznością poniesienia dodatkowych nakładów? W przypadku cyklicznych ocen pracowników nauki czy w procesie uzyskiwania kolejnych stopni naukowych jedna publikacja w renomowanym czasopiśmie może znaczyć więcej niż setka innych w tytułach niepunktowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego lub bez *impact factor*.

Można tu zadać pytanie – czy nie ma innej drogi niż ponoszenie przez autorów niejako podwójnych kosztów, raz w formie rezygnacji z honorarium autorskiego, powtórnie w formie opłaty ponoszonej na rzecz wydawcy? Jedną z odpowiedzi na ten problem jest **Narodowy program publikacji naukowych Springer Open Choice/Open Access w Polsce**, finansowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego,

z którego mogą korzystać również pracownicy i studenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Program ten umożliwia publikację, bez ponoszenia dodatkowych opłat ze strony autorów, w czasopiśmie należącym do wydawnictwa Springer i wymienionych na liście czasopism (<http://vls.icm.edu.pl/zasady/2010/krajowe/SpringerOpenChoiceTitles.xls>).

Artykuły wydawane w tym modelu publikacji podlegają takiej samej procedurze korekty i recenzji, jak te publikowane w tradycyjny sposób. Różnica polega na możliwości wyboru, czy przyjęty do druku tekst będzie dostępny również w wersji cyfrowej bez konieczności ponoszenia przez czytelnika dodatkowych opłat. Autorzy nie tracą praw autorskich do tekstu (niezbymalnego autorskiego prawa osobistego i majątkowego prawa autorskiego) oraz prawa do dalszego upowszechniania na zasadach Creative Commons [7]. Jak pisze Paweł Grochowski na stronie projektu: „Ostateczna elektroniczna wersja opublikowanego artykułu jest udostępniana przez wydawcę, jednocześnie może być archiwizowana i udostępniana w repozytoriach instytucji, w której afiliowany jest autor, lub która finansuje Open Access. Wydawnictwo Springer posiada dodatkowo umowę z repozytorium PubMed Central, w którym depozytowane są pełne teksty artykułów Open Access z zakresu nauk biomedycznych” [8]. Obecnie projekt ma

zapewnione finansowanie do końca 2010 r., przy czym przyjęto zasadę, że będzie on kontynuowany w latach kolejnych. Na stronie **Springer Open Choice/Open Access w Polsce** znajdują się również szczegółowe instrukcje, w jaki sposób opublikować pracę w tej formie.

Czy jednak warto publikować w czasopiśmie on-line na zasadach Open Access? Czy można mówić o wzroście cytowań prac w wolnym dostępie w stosunku do tych, opublikowanych tradycyjnie? W odpowiedzi można przywołać artykuł Marka Nahotki „Wpływ Open Access na poziom cytowań publikacji”, w podsumowaniu którego autor napisał: „Naukowcom obecnie radzi się, jeśli chcą, żeby ich prace były zauważane przez kolegów, wykorzystywane i w końcu cytowane, aby starali się rozpowszechnić swoje publikacje na wszelkie możliwe sposoby i na jak największej ilości platform, publikowali w Open Access i czasopiśmie o wysokim IF, wysyłali teksty do instytucjonalnych i dziedzinowych repozytoriów oraz udostępniali je na własnych stronach Web. Publikowanie artykułu w czasopiśmie jest obecnie tylko pierwszym krokiem w rozpowszechnianiu pracy i komunikowaniu naukowym. Niezbędne jest korzystanie z nowych możliwości technologicznych Webu, który dostarcza wiele metod i narzędzi służących upublicznieniu wiedzy naukowej” [9].

## Piśmiennictwo

[1] Por. Olechnicki K., Załęcki P., *Słownik socjologiczny*, Toruń 1997, s. 87.

[2] Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 września 2008 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Ustawy z dnia 8 października 2004 r. o zasadach finansowania nauki [online] [dostęp 14 października 2010]. Dostępny w World Wide Web: [http://static1.money.pl/d/akty\\_prawne/pdf/DU/2008/169/DU20081691049.pdf](http://static1.money.pl/d/akty_prawne/pdf/DU/2008/169/DU20081691049.pdf), s. 3.

[3] Bendyk E., *Wiedza dla wszystkich?*, [w:] Przewodnik po otwartej nauce [on-line]. [Warszawa] Interdyscyplinarne Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego, 2009 [online] [dostęp 14 października 2010]. Dostępny w World Wide Web: <http://otwartanauka.pl/wp-content/uploads/2010/01/przewodnik-po-otwartej-nauce.pdf>, s. 12.

[4] Por. tamże, s. 12.

[5] Tamże, s. 12.

[6] Por. Ruch Open Access, [w:] op. cit., s. 16.

[7] Por. Strona Creative Commons Polska [online] [dostęp 14 października 2010]. Dostępny w World Wide Web: <http://creativecommons.pl/>.

[8] Grochowski P., *Narodowy program publikacji naukowych Springer Open Choice/Open Access w Polsce* [online] [dostęp 14 października 2010]. Dostępny w World Wide Web: <http://vls.icm.edu.pl/zasady/2010/krajowe/SpringerOpenChoice.html>.

[9] Nahotko M., *Wpływ Open Access na poziom cytowań publikacji*, [w:] IV Ogólnopolska Konferencja EBIB Internet w bibliotekach Open Access. Toruń, 7-8 grudnia 2007 roku. – [Warszawa]: Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich, K[omisja] W[ydawnictw] E[lektronicznych], Redakcja „Elektronicznej Biblioteki”, 2007 [online] [dostęp 14 października 2010]. Dostępny w World Wide Web: <http://www.ebib.info/publikacje/matkonf/mat18/nahotko.php>.



# Świadomość i rozumienie siebie (cz. XIX)

## Szkolenie podyplomowe



**DR N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA**

ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO  
UM W LUBLINIE

### Świadomość samego siebie i rozumienie siebie

Świadomość – jest pojęciem trudnym do precyzyjnego zdefiniowania. W najszerszym ujęciu to poczucie przeżywania zjawisk psychicznych. Człowiek bowiem nie tylko spostrzega, zyskuje orientację w otoczeniu i dostosowuje działanie do znaczenia zdarzeń, ale również zdaje sobie sprawę z treści własnych przeżyć psychicznych i samego faktu ich doznawania [11].

Określenie świadomości (sensorium) z pozycji psychofizjologii oznacza psychiczną i subiektywną syntezę zależną od struktury i funkcji układu nerwowego, umożliwiającą człowiekowi pełną orientację ustrojową i środowiskową [14].

Według znanego psychiatry polskiego Adama Majczaka, *świadomość jest to kompleksowa i natychmiastowa identyfikacja informacji pod względem treści i formy. Jakież-*

kolwiek zaburzenie świadomości to brak, upośledzenie lub spowolnienie kompleksowej i natychmiastowej identyfikacji informacji [1].

Świadomość własnego myślenia była pierwszym i naczelnym faktem wiedzy niewątpliwej. Rozumowanie Kartezjusza ujęte jest w sławetną formułę „cogito ergo sum” – myślę, więc jestem [12].

Jakkolwiek by ją definiować, to dzięki świadomości zdajemy sobie sprawę z tego, kim jesteśmy i co, oraz w jakim celu, czynimy. Mówi się wtedy o samoświadomości. Sprawnie funkcjonująca samoświadomość jest podstawą wglądu w przyczyny i mechanizmy własnych zachowań, co z kolei jest jednym z warunków zachowania zdrowia zarówno psychicznego, jak i fizycznego [3, 7].

Zaburzenie świadomości powoduje dezorientację w miejscu, czasie oraz sytuacji. Człowiek z zaburzoną świadomością nie rozeznaje otoczenia, nie poznaje osób, ma zaburzoną pamięć, nie potrafi przewidywać swego działania, zachowuje się w sposób nie dostosowany do konkretnej sytuacji [14].

*Podświadomość* obejmuje wiele czynności oraz zjawisk psychicznych przebiegających bez udziału świadomości. Mówimy o zjawiskach psychicznych, że są podświadome, gdy jesteśmy w stanie w każdej chwili je sobie uświadomić. Codziennie wykonujemy wiele czynności automatycznie, np. wkładanie ubrania, schodzenie po schodach, gra na fortepianie z pamięci; czynności te wykonujemy całkowicie automatycznie, możemy jednak w każdej chwili przez skierowanie na nie uwagi uświadomić sobie ich przebieg [10].

W odróżnieniu od zjawisk podświadomych istnieją procesy psychiczne nieświadome, ukrywające się głęboko pod progiem świadomości, tak że nie można sobie ich uświadomić przez skierowanie na nie uwagi. Psychizmy nie uświadomiane mogą często w sposób bardzo wybitny wpływać na nasze postępowanie lub modyfikować nasze reakcje wewnętrzne, które pod ich wpływem mogą niekiedy przybierać cechy objawów chorobowych (J. H. Scully, 1998).

Efektom oceny swojego miejsca w życiu jest określona samoświadomość miejsca i towarzyszące jej rozumienie własnej osoby [7].

Z. Zaborowski (1996) uważa, że można wyodrębnić treści i formy samoświadomości. Treści samoświadomości mogą być wewnętrzne (np. myśli, emocje, pragnienia) oraz zewnętrzne (np. własne zachowania, stosunki interpersonalne). Treści mogą być przetwarzane [15]:

- indywidualnie (na podłożu struktury ja, personalne);
- obronnie (na podłożu lęku, zagrożenia);
- zewnętrznie (w sposób zobiektywizowany, opisowy);
- refleksyjnie (w oparciu o pojęcia ogólne, wartości).

Problem samoświadomości jest bardzo ważny z psychologicznego punktu widzenia. Wiadomo, że prawie

90% ludzi cierpi z powodu niskiego poziomu samoświadomości, a przyczyną tego stanu jest przede wszystkim frustrujący styl wychowania, hamujący nieskrępowany i harmonijny rozwój osobowości [7].

Świadomość samego siebie, główna cecha osobowości, nie jest cechą wrodzoną, lecz stopniowo rozwijaną i doskonaloną od wczesnego dzieciństwa, poprzez lata szkolne, wczesną młodość, aż po wiek dojrzały. Niedostateczna znajomość samego siebie może być przyczyną wielu frustracji, obniżających poczucie własnych wartości, a tym samym ujemnie oddziałujących na samopoczucie człowieka. Jak wygląda ta sytuacja w praktyce, ilustrują liczne przykłady osób cierpiących na zaburzenia w rozwoju osobowości (P. Lauster, 1995).

Miliony ludzi na świecie cierpią z powodu problemów, których przyczyną jest niedostateczna znajomość samego siebie [7].

Frustracje (rozczarowania, urazy psychiczne), jakich doświadcza każdy człowiek, systematycznie naruszają i obniżają pewność siebie i wiarę we własne siły. Niecałe dziesięć procent ludzi ma szansę na rozwijanie cech osobowości w sposób nieskrępowany, niczym nie tłumiony, przez nikogo nie hamowany. Przyczyn tego stanu rzeczy należy szukać przede wszystkim w procesie wychowawczym i uwarunkowaniach społecznych. Gdyby, na przykład, przez rok prowadzić obserwację metod wychowawczych powszechnie stosowanych przez rodziców i nauczycieli, a następnie porównać liczbę pochwał i nagan udzielanych dziecku, wyszłoby na jaw, że na jedną pochwałę przypada około 10 uwag karcących albo wręcz kar. Nie pozostaje to bez śladu w psychice dziecka, rzutuje również na dorosłą osobowość, stając się przyczyną rozmaitych zaburzeń emocjonalnych i funkcjonalnych [2, 13].

Im więcej konfliktów emocjonalnych tłumii człowiek, tym mniej jest pewny siebie, tym częściej odczuwa lęk. Behawioryści odkryli, że w ten sposób dochodzi do „warunkowania” reakcji. Oznacza to, że w ludzkiej duszy zachodzą procesy niedostępne rozumowi. Myli się bowiem człowiek sądząc, że w swoim postępowaniu kieruje się wyłącznie racjonalnymi pobudkami – dużo większy wpływ na jego działania mają tajemnicze siły psychiczne. Poznanie mechanizmów i współzależności zachodzących w psychice ułatwia zrozumienie samego siebie oraz innych ludzi. Chcąc umocnić wiarę we własne siły, trzeba zrezygnować z biernej postawy wobec życia [2].

Świadomość, a szczególnie samoświadomość stanowią immanentne cechy człowieka jako osoby, to znaczy podmiotu obdarzonego autonomią i możliwością samo-realizacji i rozwoju. Człowiek jako podmiot konstruuje twórczo obraz świata i siebie, to znaczy swojego miejsca, roli, zadań. Jednostka odkrywa i nadaje określone



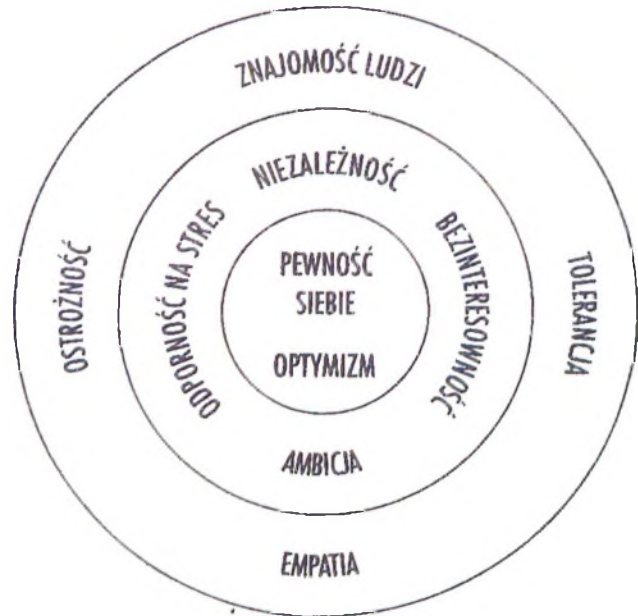
znaczenia różnym fragmentom świata, wydarzeniom, w tym również określa sens swego życia [15].

Często samozrozumienie u poszczególnych osób jest fragmentaryczne, selektywne, ma swe białe plamy i punkty niewralgiczne. Jednostki uzależnione od alkoholu, narkotyków, hazardu, niewłaściwie rozumieją siebie, swoje miejsce życiowe, podlegają swoistemu oglupieniu polegającemu na przeoczeniu ważnych warunków, przecenianiu innych itp. Rozumienie siebie może być głębokie i trafne w warunkach, gdy osoba jest dojrzała pod względem społecznym, moralnym, poglądowym. Na przykład dla Schweitzera i matki Teresy z Kalkuty rozumienie własnego życia i miejsca łączyło się ze służbą społeczną, niesieniem pomocy potrzebującym, ubogim, chorym [7, 12].

U każdej osoby świadomość samego siebie wykształcona jest w innym stopniu. Do wyjątków należą ludzie mogący z całym przekonaniem powiedzieć o sobie, że są w pełni świadomi samych siebie, a ich poczucie własnej wartości i związana z nim pewność siebie są wystarczająco mocne, aby żyć w harmonii ze sobą i z otoczeniem. W rzeczywistości większość ludzi cierpi z powodu niedostatecznie rozwiniętej samoświadomości. Z psycho-

rającego pewność siebie i optymizm (A. L. McGinnis, 1996).

Pewność siebie i optymizm (lub pesymizm) są cechami, które rozwijają się już w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości, natomiast inne cechy (np. znajomość ludzi) kryształują się w późniejszym, dorosłym okresie życia [8].



Cechy osobowości

## Świadomość własnego myślenia była pierwszym i naczelnym faktem wiedzy niewątpliwej. Rozumowanie Kartezjusza ujęte jest w sławną formułę „cogito ergo sum” – myślę, więc jestem.

logicznego punktu widzenia wydaje się, przynajmniej na pierwszy rzut oka, że być pewnym siebie to nie trudnego. A jednak jest to trudne, ponieważ świadomość samego siebie występuje w ścisłej korelacji z innymi cechami osobowości [16].

### Model osobowości

Pewność siebie znajduje się w centrum struktury osobowości. Orientacyjny model osobowości, przedstawiony poniżej w formie koła, ilustruje układ jej cech, zgrupowanych wokół jądra, zawie-

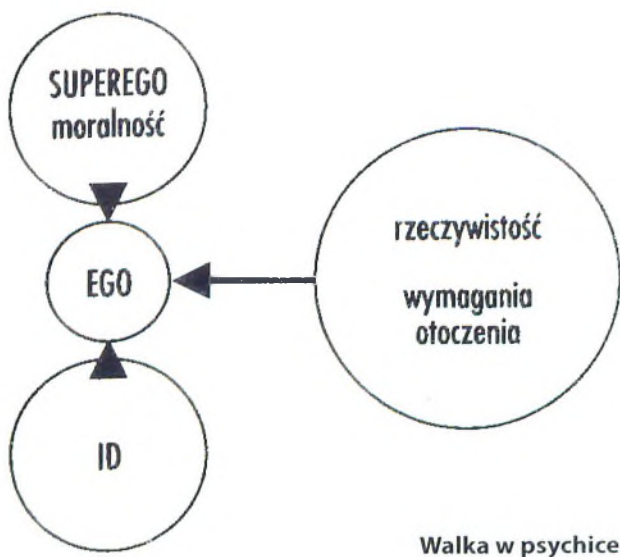
### Osobowość wg Zygmunta Freuda

Aby lepiej zrozumieć mechanizm lęku odczuwanego przed samym sobą, warto poznać teorię struktury osobowości sformułowaną przez Zygmunta Freuda, twórcę psychoanalizy.



Freud rozróżnia trzy sfery osobowości oddziałujące na ludzkie zachowania: ID, EGO, SUPEREGO. ID, to warstwa najbardziej elementarna, kierująca między innymi popędem seksualnym. EGO organizuje procesy poznawcze jednostki, odpowiada za przystosowanie się do rzeczywistości i wymagań otoczenia. O tym, czy potrzeby seksualne mają być rozwijane, decyduje więc EGO, ale w sposób ograniczony, ponieważ znajduje się pod wpływem instancji nadrzędnej, SUPEREGO, czyli sumienia jednostki, odzwierciedlającego zbiór norm i reguł społecznych i kulturowych, obowiązujących w danym środowisku [4].

Na EGO oddziałują siły płynące z trzech kierunków: ze strony ID (np. potrzeby seksualne), ze strony SUPEREGO – z zakodowanym zbiorem norm etycznych oraz ze strony otoczenia i wymagań, jakie stawia ono jednostce. Wygląda to następująco:



Zgodnie z teorią Freuda, EGO prowadzi walkę z dwiema sferami psychiki (ID, SUPEREGO) i z rzeczywistością. Oczywiście, nie zawsze wychodzi z tej walki zwycięsko, toteż pamiętne słowa Freuda, iż człowiek nie jest panem we własnym domu, były wyrazem rezygnacji i poczucia bezsilności wobec nieograniczonych możliwości oddziaływania wewnętrznych sił na ludzkie zachowania [4].

Człowiek lęka się pragnień płynących z warstwy EGO, obawiając się, że im ulegnie, a tym samym przeciwstawi się nakazom własnego sumienia (SUPEREGO), które zabrania realizacji tych dążeń i blokuje je (np. z powodu pruderyjnego wychowania w domu rodzinnym). Lęk przed ekspansją potrzeb i pragnień staje

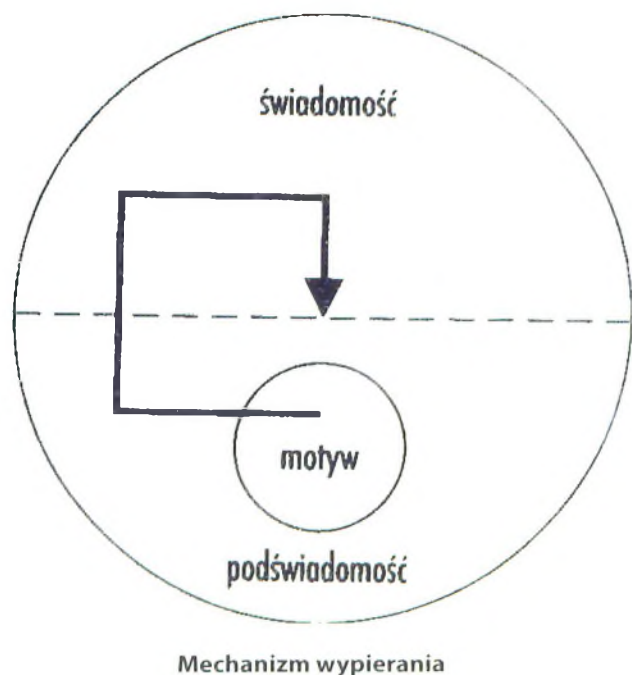
## Miliony ludzi na świecie cierpią z powodu problemów, których przyczyną jest niedostateczna znajomość samego siebie.

się przyczyną rozmaitych zahamowań psychicznych, co odbija się ujemnie na samopoczuciu psychofizycznym jednostki. Tłumienie potrzeb seksualnych może doprowadzić do poważnych zaburzeń nerwicowych (zaburzenia psychiczne), może też powodować przykre dolegliwości fizyczne (częste bóle głowy, bezsenność, nadmierna potliwość dłoni i stóp, bóle żołądka, przyspieszony rytm serca, itd.). Blokowanie potrzeb zakłóca również psychiczną równowagę człowieka, podświadomie podkopując jego wiarę w siebie [4].

Lęk przed własnymi potrzebami i pragnieniami powoduje „wypieranie” ich ze świadomości. Pojęcie to pochodzi od Anny Freud, córki Zygmunta Freuda, która kontynuowała prace ojca w dziedzinie badania mechanizmów obronnych (1997).

Poniższy schemat ilustruje mechanizm wypierania.

Motyw (działanie agresywne) przechodzi do świadomości, skąd natychmiast zostaje ponownie wyparty w sferę podświadomości [4].





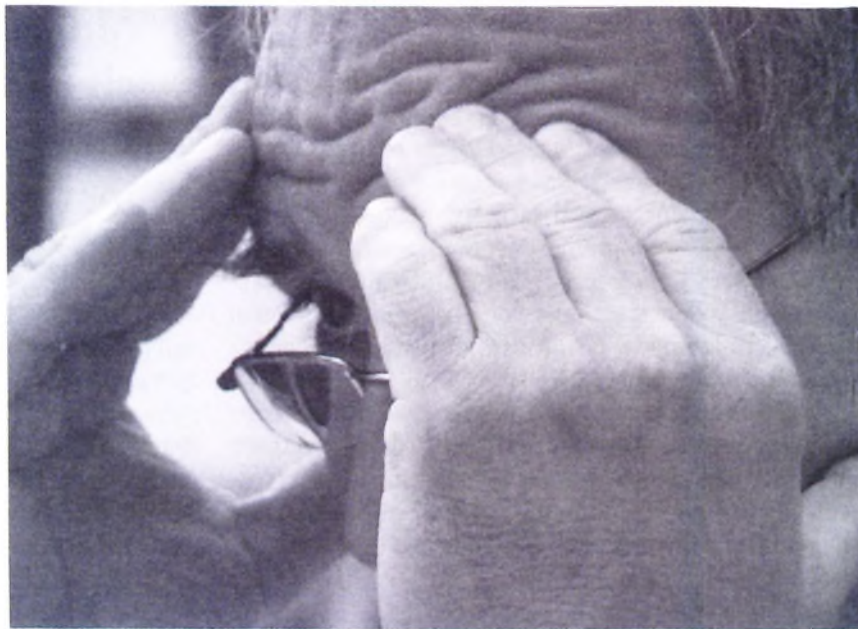
W ten sposób wypierane są nie tylko impulsy agresywne, lecz również pragnienia seksualne, zwłaszcza kiedy jeden z partnerów (mąż albo żona) traktuje seks jako tabu [4, 15].

Wypieranie nie jest jedynym mechanizmem obronnym. Istnieje wiele rozmaitych sposobów ukrywania przed samym sobą autentycznych odczuć i pragnień. Ludzie boją się spojrzeć prawdzie w oczy, dlatego zniekształcają albo modyfikują swoje doznania i doświadczenia tak, aby móc im sprostać. W ten sposób życie staje się łatwiejsze do zniesienia (P. Lauster, 1995).

Większość ludzi odczuwa lęk przed autentycznym samopoznaniem. Z jednej strony chcieliby wiedzieć, jacy są naprawdę, z drugiej jednak boją się, że okażą się inni, niż przypuszczają, wolą więc pozostać przy dotychczasowym wizerunku własnej osoby, pozytywnym dla siebie i pozytywnym w oczach otoczenia [6, 9].

### Interesujący eksperyment

Pierwszy etap tego eksperymentu polega na dokonaniu samooceny, drugi – na porównaniu oceny własnej z opinią otoczenia. Porównanie może być bardzo interesujące i przydatne, zwłaszcza jeśli między oceną własną a cudzą wystąpią różnice. Dzięki temu dowiesz się, jakie cechy w sobie przeceniasz, a jakich ewentualnie nie doceniasz. Oczywiście, nie wszystko może być zgodne z prawdą, być może w rzeczywistości jesteś zupełnie innym człowiekiem. Konfrontacja cudzych opinii z własnym wyobrażeniem na swój temat może być niezwykle inspirująca. Jeśli uda ci się zachować dystans do opinii otoczenia, będzie to oznaczało, że cudze zdanie nie ma wpływu na twoją pewność siebie (A. L. McGinnis, 1996).



### Samoocena

W tabeli samooceny postaw krzyżyk przy każdej z cech, odpowiednio do tego, jak oceniasz stopień jej rozwoju. Następnie połącz krzyżyki linią.

### Ocena otoczenia

Poproś znajomych o wypełnienie tabeli. Ma to być ich opinia na twój temat. Zaznacz, że zależy ci na uczciwych opiniach.

Samoocena					
cechy	b. silna	silna	średnia	słaba	b. słaba
pewność siebie					
optymizm					
ostrożność					
niezależność					
bezinteresowność					
znajomość ludzi					
odporność na stres					
tolerancja					
ambicja					
empatia					

Ocena otoczenia					
cechy	b. silna	silna	średnia	słaba	b. słaba
pewność siebie					
optymizm					
ostrożność					
niezależność					
bezinteresowność					
znajomość ludzi					
odporność na stres					
tolerancja					
ambicja					
empatia					

## Człowiek przekonany o swojej wartości nie obawia się samooceny ani oceny środowiska, a wewnętrzna harmonia pozwala mu w sposób naturalny rozwijać całą osobowość.

Jeśli negatywne sądy innych osób zaniepokoiły cię, albo zirytowały, wówczas oznacza to, że twoja samoświadomość nie jest zbyt mocna [8].

### Pożyteczne doświadczenie

Potraktowanie oceny otoczenia jako możliwości lepszego poznania samego siebie, naturalnie bez przeceniania cudzych opinii, dowodzi, że twoje poczucie pewności siebie jest solidnie ugruntowane. Pewność siebie wyraża się między innymi

w autentycznej niezależności od sądów otoczenia. Człowiek przekonany o swojej wartości nie obawia się samooceny ani oceny środowiska, a wewnętrzna harmonia pozwala mu w sposób naturalny rozwijać całą osobowość [5, 8].

C.D.N.

Opracowano na podstawie pozycji:  
Anieli Płotka: „Zdrowy styl życia psychicznego”, wyd. NeuroCentrum, Lublin 2003.

### Piśmiennictwo

- Bilikiewicz T., *Psychiatria kliniczna*. PZWL, Warszawa 1973.
- Bohnsack E., Jackson A. (red.), *Poznaj swoją osobowość*. Wyd. „DEBIT”, Bielsko-Biała 1996.
- Dąbrowski K., *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. PWN, Warszawa 1989.
- Freud A., *Ego i mechanizmy obronne*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Galdowa A. (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- Hambley K., *Jak uwierzyć w siebie*. Wyd. MEDIUM, Warszawa 1995.
- Lauster P., *Świadomość samego siebie*. Świat Książki, Warszawa 1995.
- McGinnis A. L., *Sztuka pewności siebie*. Świat Książki, Warszawa 1996.
- Mellibruda J., *Ja – Ty – My*. NK, Warszawa 1986.
- Murphy J., *Potęga podświadomości*. Świat Książki, Warszawa 1996.
- Pöppel E., *Granice świadomości*. PIW, Warszawa 1989.
- Płotka A., *Zdrowy styl życia psychicznego*. Wyd. NeuroCentrum, Lublin 2003.
- Rogoll R., *Aby być sobą. Wprowadzenie do analizy transakcyjnej*. PWN, Warszawa 1989.
- Scully J. H., *Psychiatria*. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 1998.
- Zaborowski Z., *Współczesne problemy psychologii społecznej i psychologii osobowości*. Oficyna Wyd. „Profi”, Warszawa 1996.
- Zimbardo P. G., *Psychologia i życie*. PWN, Warszawa 2005.



**Blokowanie potrzeb zakłóca również psychiczną równowagę człowieka, podświadomie podkopując jego wiarę w siebie.**



# 100 lat działalności Poradni Przeciwgruźliczych w Lublinie (cz. I)

Nasilająca się pandemia gruźlicy na świecie w wieku XIX i początku XX stała się jedną z największych klęsk tego okresu oraz wielkim problemem społecznym. Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy na Lubelszczyźnie była gorsza niż w pozostałej części kraju. Świadomość niebezpieczeństwa wymuszała podjęcie energicznych kroków do walki z nieubłaganym wrogiem. Działalność ta nie miała charakteru instytucjonalnego. Oparta była, jak w wielu krajach, na spontanicznych działaniach filantropijnych i wielkim zaangażowaniu osobistym działaczy społecznych.

---

*„Przypominajmy, dopóki pamięć trwa.”*

---

DR N. MED. JANUSZ BŁĘDOWSKI\*  
LUBLIN

Do czynnych działań pomocy chorym i poprawy sytuacji epidemiologicznej postanowiono powołać Lubelskie Towarzystwo do Walki z Gruźlicą. 19 lutego 1909

roku Lubelska Gubernialna Komisja zatwierdziła i wpisała do rejestru stowarzyszeń i związków Lubelskie Towarzystwo Walki z Gruźlicą. Za rozpoczęcie działalności Towarzystwa należy przyjąć datę posiedzenia organizacyjnego i wyboru 12-osobowego zarządu, tj. 31 stycznia 1910 roku. Niewątpliwym sukcesem

było uruchomienie w dniu 1 sierpnia 1911 roku ambulatorium przeciwgruźliczego nazywanego wówczas „Przychodnią”. Była to poradnia typu Calmette’a i miała charakter profilaktyczny, ponie-

\*em. kierownik Miejskiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Lublinie przy ul. Hipotecznej



Lublin, ul. Królewska 15. W latach 1911-1913 mieściła się tu pierwsza Poradnia Przeciwgruźlicza w Lublinie (tzw. ambulatorium)

waż leczenie farmakologiczne było wyłączone z jej działalności. Dla ambulatorium nazywanego dalej poradnią wynajęto lokal przy ul. Królewskiej 15 składający się z gabinetu badań wraz z pracownią mikroskopową i poczekalnią. Poradnia służyła najbardziej potrzebującym mieszkańcom Lublina wraz z przedmieściami bez ograniczeń wyznaniowych i narodowościowych. Gospodarzem poradni został dr Wacław Jasiński – pediatra, a pierwszymi lekarzami: dr Bolesław Dziemski – internista, dr Henryk Tenenbaum – internista i pediatra oraz dr Stefan Wąsowski

– internista. Pozostający pod opieką poradni chorzy otrzymywali masło, kefir, tran. Udzielano im także porad higienicznych, wydawano sopluszczki kieszonkowe, płyn odkażający, szczoteczki do zębów, a w niektórych przypadkach zapomogi pieniężne. Pierwszą sanitariuszką ambulatorium była p. Eleonora Bielńska. Do jej obowiązków należało odwiedzanie chorych w mieszkaniach, ocena warunków życia i przestrzegania przepisów higienicznych. W 1912 roku Zarząd Towarzystwa wycofał się z prowadzenia „Przychodni” przez 3 lekarzy i powierzył

je dr. Stefanowi Wąsowskiemu, który obowiązki kierownika i gospodarza pełnił od 1 lutego 1912 do 1 sierpnia 1914, tj. przez okres 2,5 roku. W sprawozdaniach dr Wąsowski podaje, że każdy zgłaszający się chory miał wykonywany odczyn tuberkulinowy; oceniano wagę i wzrost oraz parametry objętości klatki piersiowej we wdechu i wydechu. Mierzono temperaturę i tętno. Badano dokładnie płuca, serce, jamę brzuszną i węzły chłonne. Chory otrzymywał wskazówki higieniczne drukowane w 3 językach: polskim, rosyjskim i żydowskim [żargonie].

1 lipca 1913 roku przeniesiono Poradnię do pomieszczeń na parterze budynku przy ul. Początkowskiej 10. Czynna była 3 dni w tygodniu: we wtorki i czwartki w godz. 14-15 i w soboty w godz. 18-19.

W związku z rozpoczęciem wojny Poradnia była nieczynna przez okres 7 miesięcy. Przyjęcia chorych wznowiono 2 marca 1915 roku. Lekarzem przyjmującym i gospodarzem poradni został dr Marcin Garbaczewski i prowadził ją przez okres 10 lat. Działał bezinteresownie, opłacając nawet z własnych funduszy personel pomocniczy poradni.

Szczególną akcją prowadzoną przez Towarzystwo we współpracy z Poradnią były organizowane w okresie letnim kolonie dla dzieci zagrożonych gruźlicą. W skład komisji organizującej kolonie wchodził lekarz Poradni. Pierwszą kolonię zorganizowano w lipcu i sierpniu 1916 roku w Krasieninie – wsi w powiecie lubartowskim. Dzieci pozostawały pod stałą opieką pp. Eleonory Bielńskiej i Anny Szymańskiej. Uczestniczyło w niej 75 dzieci.

W liczbie tej według wyznań było:

- chrześcijan – 63
  - Żydów – 12
- według płci:
- dziewczynek – 49
  - chłopców – 26



Lublin, ul. Początkowska 10 (obecnie Staszica). Na parterze budynku od 1913 do 1930 roku funkcjonowała Poradnia Przeciwgruźlicza





Art. mal. G. Plecki

Plakat

według wieku:

- od 5 do 8 lat – 19
- od 9 do 12 lat – 39
- od 13 do 16 lat – 17

W 1917 roku na koloniach w Krasieninie przebywało 77 dzieci.

W omawianym okresie praca w poradniach przeciwgruźliczych, stowarzyszeniach oraz wszelkich akcjach związanych z gruźlicą miała charakter charytatywny i oparta była na pracy garstki ludzi dobrej woli. Jak w większości tego typu działań, były okresy szczególnie intensywnej, jak i zanikającej działalności. Sprawozdawczość ograniczała się do statutowych rejestrów z działalności stowarzyszeń, a w zakresie epidemiologii dotyczyła wyłącznie zgonów z powodu gruźlicy.

W 1925 roku Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia powołała Polski Związek Przeciwigruźliczy z ekspozyturami wojewódzkimi, tj. wojewódzkimi towarzystwami przeciwgruźliczymi. Powstanie związku miało na celu poprawę systemu zwalczania gruźlicy i wskazywało na większe zainteresowanie instytucji państwowych problemami gruźli-

cy. Było także pierwszą próbą wprowadzenia sprawozdawczości statystycznej z działalności poradni. Nastąpiło ożywienie działalności Towarzystwa. Na zebraniu 15 grudnia 1925 roku uchwalono nowy statut, powołano nowy zarząd. Postanowiono doposażyć poradnię w sprzęt, wyznaczyć pensje dla osób zatrudnionych w poradni, skoordynować działalność z innymi instytucjami opieki zdrowotnej i opieki społecznej.

Postulowano współdziałanie Kasy Chorych w działaniach Towarzystwa.

W 1926 roku, zgodnie z przyjętym zaleceniem, wyznaczono pensję dla dr. Artura Krauze, pielęgniarki Faustyny Cybulskiej oraz woźnej. Zakupiono aparat do odmy, a z subwencji Magistratu lampę kwarcową. Rzeczą bardzo istotną było założenie instalacji elektrycznej.

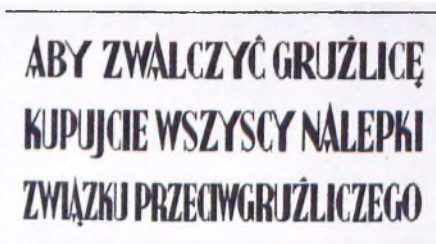
Wprowadzono ambulatoryjne leczenie odmą, a liczba przyjmowanych chorych wzrosła do 20 dziennie. Pacjentom Poradni nadal bezpłatnie wykonywano prześwietlenia w szpitalu Św. Jana. Po raz pierwszy aktywnie włączono się do ogólnopolskiej akcji „Dni przeciwgruźliczych” – wygłaszano odczyty, odbywały się kwesty, sprzedawano nalepki.

Poradnia utrzymywana była z funduszy Towarzystwa, które pozyskiwało je z darowizn oraz subsydiów instytucji społecznych i państwowych. Towarzystwo miało poważne trudności finansowe: zalegało ze składkami do Polskiego Związku Przeciwigruźliczego, brakowało funduszy na rozwój, a nawet bieżącą działalność Poradni. Ostatecznym rozwiązaniem było skorzystanie z pożyczki Kasy Komunalnej. Prowadzono nadal rozmowy z Kasą Chorych w sprawie współfinansowania działalności Poradni.

Praca statystyczna z działalności Poradni została zapoczątkowana w 1927 roku. System sprawozdawczości opracowano na podstawie wzorów francusko-amerykańskich.

Sprawozdania za rok 1927 i 1928 podają wyniki zbiorcze z 4 istniejących w województwie Lubelskim poradni (w tym dwu w Lublinie – Towarzystwa i TOZ). Ogółem w 1927 roku udzielono 625 porad, a w roku 1928 - 5722. Jedna poradnia przypadła na 521000 ludności.

W 1928 roku na terenie województwa czynnych było 9 poradni, jedna przypadła na 231000 mieszkańców.



Plakat



W 1929 roku liczba poradni wzrosła do 17, pracowało w nich 26 lekarzy, a liczba mieszkańców przypadających na jedną poradnię wynosiła 123000.

W poradni przy ul. Początkowskiej w 1929 roku udzielono 1226 porad. Ogółem pod opieką Poradni było 437 osób, w tym chorych na gruźlicę 122. Wykonano 9 prześwietleń, 3 badania płwociny na BK. W styczniu 1930 roku decyzją Zarządu zatrudniono w Poradni w wymiarze 1 godziny tygodniowo chirurga dr. Janusza Anasiewicza i pediatrę dr. Józefa Freytaga.

Dyrekcja szpitala św. Wincentego à Paulo zezwoliła pacjentom na bezpłatne korzystanie z pracowni rentgenowskiej. Związek Kas Chorych w Warszawie wyraził zgodę na korzystanie przez pacjentów Poradni z pracowni analitycznej Lubelskiej Kasy Chorych na warunkach członków Kasy.

Inspekcja Polskiego Związku Przeciwgruźliczego negatywnie oceniła warunki lokalowe Poradni. Od 1 listopada 1930 roku przeniesiono ją do obszerniejszego lokalu przy ul. Szopena 18. Zmienił się personel Poradni. Kierownikiem został dr Stefan Moroz, ftizjatriami dla dorosłych dr Konstanty Dłużniewski – internista ze szpitala św. Wincentego a Paulo, dr Rudolf Kochloffel – internista z Ubezpieczalni Społecznej, dr Henryk Malczewski – asystent z Oddziału Gruźliczego i Wewnętrznego Szpitala św. Jana i dr Helena Mysakowska z w/w Oddziału. Dzieci przyjmował nadal dr Józef Freytag. Poza tym zatrudniono dr. Aleksandra Woźkowskiego – ginekologa, dermatologa dr. Euzebiusza Rachale, dr. Rudolfa Kochloffela – internistę z Ubezpieczalni Społecznej, dr Henryka Malczewskiego – laryngologa, dr. Józefa Ossowskiego i chirurga dr. Edwarda Scholza. Od 1931 roku w Poradni pracował rentgenolog dr Jan Adamczyk, który przyjmował pacjentów we własnym gabinecie. Od lutego 1931 roku pacjenci byli bezpłatnie prześwietlani przez dr. Bronisława Sitkowskiego w szpitalu św. Wincentego à Paulo. Pielęgniarkami były Maria Dąbrowa i Halina Sierpińska. Personel szkolono na kursach Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

W 1930 roku na zebraniu Towarzystwa dr Jan Cywiński, ordynator oddziału dziecięcego w Lublinie zasugerował, aby dzieci ze względów epidemiologicznych były przyjmowane w osobnym gabinecie.

W ramach nadzoru Polski Związek Przeciwgruźliczy przeprowadził lustrację poradni i innych placówek przeciwgruźliczych w Lublinie (sprawozdanie PZP za 1930/31 r.)

Poradnię wyposażono w zestaw do odczynu Biernackiego metodą Westergreena. Zaczęto dożylnie podawać preparaty wapnia. Jedną godzinę przeznaczono dla kobiet ciężarnych ze środowisk gruźliczych i dla dzieci po szczepieniach BCG. Od 7 do 8 czerwca 1932 roku po-



Art. mal. B. Nowakowicz

Plakat

radnię wizytowała zorganizowana przez Ligę Narodów 18-osobowa międzynarodowa grupa lekarzy.

Ze względu na narastające trudności finansowe uruchomiono „fundusz nietykalny”. Prowadzono nadal pertraktacje z Kasą Chorych w sprawie objęcia opieką chorych na gruźlicę ubezpieczonych w Kasie. Ideę koordynacji całokształtu walki z chorobami społecznymi widziano w tworzonych na terenie kraju ośrodkach zdrowia.

Jesienią 1933 roku taki Ośrodek został zorganizowany w Lublinie przy ul. Górnej 4. W jego skład weszły poradnie: przeciwgruźlicza, przeciwjaglicza, przeciwweneryczna i stacja opieki nad matką i dzieckiem. Kierownictwo objął dr Adam Żurkowski. W Poradni przeciwgruźliczej pracowali lekarze: dr Stefan Moroz, dr Henryk Malczewski, dr Jan Kostecki, dr Helena Mysakowska.

W 1934 roku sytuacja finansowa uległa na tyle pogorszeniu, że zdecydowano się na zmniejszenie liczby godzin przyjęć lekarzy, a od zamożniejszych pacjentów pobierano niewielkie opłaty. W sprawozdaniu z 1935 roku kierownik Poradni dr Helena Mysakowska informowała, że przebadano 1193 osoby, liczba porad wyniosła 3031, a poradnia opiekowała się 548 chorymi na gruźlicę. Na Lubelszczyźnie utworzono nowe poradnie przeciwgruźlicze. Na jedną poradnię przypadło 91000





Lublin, ul. Górna 4.  
W latach 1933-1953  
działał Ośrodek Zdrowia  
Nr 1 z Poradnią  
Przeciwgruźliczą

mieszkańców, a na jedną pielęgniarkę 75000. Poradnia współpracowała z nowo otwartym Izolatorium dla niemowląt szczepionych BCG (6 października 1935 r.). Czas pobytu noworodka w Izolatorium wynosił 4 tygodnie. Jeśli w domu były osoby prątkujące, pobyt przedłużano od 3 do 6 miesięcy. Po tym czasie opiekę przejmował Ośrodek Zdrowia.

W 1935 roku sfinalizowano wieloletnie starania o objęcie leczeniem i profilaktyką członków Ubezpieczalni Społecznej oraz ich rodzin. Stała dotacja pozwoliła na zwiększenie od 1 stycznia 1936 roku liczby godzin lekarskich i pielęgniarskich. Zarejestrowano 788 chorych podopiecznych Ubezpieczalni. Udzielono im 5076 porad. Do szpitali skierowano 143 chorych, a do sanatorium 106 (Bystra Śląska, Tuszynek, Hołosk, Zakopane). Należy podkreślić dużą pomoc Ubezpieczalni w finansowaniu półkolonii i kolonii dla dzieci. Był to okres ożywionej akcji oświatowo-propagandowej. Wygłaszano odczyty, wydawano broszury i ulotki. Do 36 wzrosła liczba poradni w województwie lubelskim. Na jedną poradnię przypadało 65000 mieszkańców, a na jedną pielęgniarkę 55000. W 1937 roku kierownikiem Ośrodka został dr Edmund Rupniewski. Poprawiła się współ-

praca z Zarządem Miasta. Chorzy nieubezpieczeni łatwiej uzyskiwali skierowania do szpitala.

W Poradni zarejestrowanych było 1151 osób, w tym 864 chorych na gruźlicę. Odmą leczono 99 chorych, a u 965 dokonano jej dopełnienia. Wykonano 681 odczynów Biernackiego, 851 badań płwociny, 1051 badań radiologicznych. Wykonano 2004 domowe odwiedziny pielęgniarskie.

Za sukces w walce z gruźlicą na terenie Lublina uważano poprawę wskaźnika umieralności.

W 1936 roku wynosił 20 na 10000 mieszkańców, a w 1937 zmniejszył się do 17. Ubezpieczalnia Społeczna z dniem 1 listopada 1938 roku zerwała umowę dotyczącą korzystania z usług Poradni Przeciwgruźliczej informując, że postanowiła otworzyć własną przychodnię. Wstrzymała dotację na rzecz Poradni. Z powodu małej ilości personelu pielęgniarskiego ograniczono odwiedziny domowe.

Podczas działań wojennych we wrześniu 1939 roku Ośrodek pełnił rolę punktu sanitarnego. Władze okupacyjne zakazały działalności Towarzystwa, zezwalając na działanie Ośrodka Zdrowia. Zabrakło głównego źródła finansowania. Zarząd Miejski zobowiązał się opłacać

pracę jednej pielęgniarki i dwóch woźnych. Kierownictwo Ośrodka przejął dr Jan Danielski. Z końcem października wznowiły działalność wszystkie poradnie. Zarząd Miasta zwolnił Ośrodek z opłat za wodę, światło i gaz oraz wydał przydziały na węgiel, mąkę i cukier. Podczas okupacji w Poradni Przeciwgruźliczej dla Dorosłych pracowali: dr Helena Mysakowska, dr Jan Kostecki, dr Mieczysław Stelmasiak, dr Marią Hampel, dr Paweł Urban, a w Poradni Przeciwgruźliczej dla Dzieci dr Jan Cywiński, później dr Stefanią Sławińska. Część badań radiologicznych wykonywali dr Jan Adamczyk i dr Bronisław Sitkowski. Pielęgniarkami były: Halina Fijałkowska i Jadwiga Zaręba. Ze względu na fakt, że lekarze pracujący w Poradni etatowo byli zatrudnieni w szpitalu, przyjęcia odbywały się w godzinach popołudniowych. Wydawane w Poradni zaświadczenia o gruźlicy płuc pozwalały na uzyskiwanie dodatkowych przydziałów produktów żywnościowych i chroniły przed wywiezieniem na roboty do Niemiec. Praca w Poradni chroniła też przed tego typu represjami. W związku z tym w Ośrodku zatrudniano wielu młodych ludzi.

Liczba osób zatrudnionych przed wojną z 16 zwiększyła się do 80. Dr Jan Kostecki pracujący także w szpitalu więziennym na Zamku przynosił grypsy od więźniów. Pielęgniarki pp. Fijałkowska i Zaręba podczas pozorowanych wywiadów środowiskowych roznosiły je rodzinom w mieście. Obie pielęgniarki przygotowywały dla więźniów paczki z uzyskiwanej za fikcyjne zaświadczenia żywności. Piekarnia p. Grygowej dodawała pieczywo i smalec. Poza tym przygotowywały leki i materiały opatrunkowe dla partyzantów i szkoliły sanitariuszki. Opieką otoczyły dzieci z Zamojszczyzny przywiezione z obozu na Majdanku do lubelskich szpitali.

Wyczerpywały się zasoby finansowe. Postanowiono zwrócić się o subwencję do Zarządu Miasta i Ubezpieczalni Społecznej. Dla poprawy funduszy pobierano od zamożniejszych chorych drobne opłaty. Badania radiologiczne po niższych cenach wykonywano w pracowni Ubezpieczalni Społecznej, a dla ubogich chorych bezpłatnie w zakładzie radiologicznym Miejskiego Szpitala św. Jana. Państwowy Zakład Higieny wyraził zgodę na wykonywanie analiz laboratoryjnych i badań płwociny po obniżonych cenach.

W 1940 roku ograniczenie budżetu wymusiło podniesienie opłat za zabiegi. Wykonywano dużo odmoplucnowych będących główną formą leczenia. Brak aparatu rentgenowskiego w Poradni uniemożliwiał wykonanie badań kontrolnych po wykonanych zabiegach. W 1942 r. narastające problemy finansowe zmusiły Towarzystwo do przekazania Ośrodka Zdrowia Zarządowi Miasta Lublina.



Rozdawnictwo produktów żywnościowych, atrakcyjnej na owe czasy formy pomocy zwiększyło napływ chorych. W następnym roku nasiliła się ta forma pomocy poszerzona o wydawanie obiadów (dla 452 osób). Nie przeprowadzano wywiadów domowych.

Do końca okupacji działalność Poradni miała podobny zakres i charakter. Wskaźnik zgonów z powodu gruźlicy dla Lublina w 1939 roku wynosił 178/100000, natomiast w 1945 roku aż 251/100000. Jeszcze w 1949 roku był wysoki: 120/100000 mieszkańców.

W 1945 roku na Lubelszczyźnie działało 6 poradni przeciwgruźliczych, w tym Ośrodek Zdrowia przy ul. Górnej w Lublinie. Przy Departamencie Zdrowia w Ministerstwie Pracy Opieki Społecznej i Zdrowia został utworzony Referat do Walki z Gruźlicą. Referaty powstawały też na niższych szczeblach organizacyjnych służby zdrowia, także w Lublinie. Pod koniec 1945 roku

rozpoczęto przygotowania do utworzenia Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej województwa lubelskiego.

Uruchomiono ją 12 stycznia 1947 roku jako jedną z pierwszych w kraju. Centralna Poradnia Przeciwgruźlicza organizowała kolejne placówki przeciwgruźlicze na terenie województwa, wyposażała je w niezbędny sprzęt, a także druki do prowadzenia dokumentacji i sprawozdawczości. Pod koniec 1946 roku pracowało już 28 poradni przeciwgruźliczych, później ich liczba wzrosła do 38.

W kwietniu 1949 roku rozpoczęto masowe badania tuberkulinowe i szczepienia BCG przeprowadzane w ramach międzynarodowej akcji BCG przez Duński Czerwony Krzyż. Ogółem w latach 1949-1950 poddano próbom tuberkulinowym 24969 dzieci i młodzieży.

Następnie akcję szczepień przejął i do końca 1959 roku prowadził w WPP Dział Szczepień BCG. W kolejnych latach liczba zaszczepionych noworodków zwiększyła się, osiągając w 1959 roku 31318.

W 1946 roku prowadzono już nowoczesne leczenie farmakologiczne, stosując streptomycynę i kwas paraaminosalicylowy, a od 1952 roku hydrazyd kwasu izonikotynowego. W następnych latach włączono pyrazynamid, etionamid i cykloserynę.

W 1951 roku Ministerstwo Zdrowia wydało instrukcję w sprawie organizacji powiatowych, regionalnych i przykładowych poradni przeciwgruźliczych.

Od maja 1951 roku pracę w niepełnym wymiarze godzin podjął dr Jan Brzeziński, pełniąc też funkcję kierownika. Od 1952 r., przez wiele lat rejestrację prowadziła Iwona Tracz (1952-1981), osoba wielkiej kultury i pracowitości. W 1953 roku Poradnię Przeciwgruźliczą przeniesiono do Przychodni Obwodowej nr1 przy ul. Hipotecznej 4. W krótkim czasie zorganizowano w Lublinie jeszcze dwie poradnie przy ul. Hipotecznej 4.

Teren Lublina obsługiwały 4 poradnie przeciwgruźlicze. Rejon Obwodowej Poradni Przeciwgruźliczej nr 1 (25000 mieszkańców) obejmował Śródmieście, a na obwodzie miasta sięgał do cukrowni. Była najstarszą poradnią w Lublinie przeniesioną z Ośrodka z ul. Górnej.

Poradnia Przeciwgruźlicza nr 2 mieszcząca się na Morsztynowie obsługiwała rejon dzielnicy Dziesiąta i okolic (około 30000 mieszkańców). Do Poradni Przeciwgruźliczej nr 3 prowadzonej przez dr. Kazimierza Stojałowskiego należała część Śródmieścia z niewielką częścią obwodu miasta (25000 mieszkańców). W Poradni Przeciwgruźliczej nr 4 pracowały dr Blanka Landecka i dr Stefania Górską. Rejon około 27000 obejmował część ul. Stalingradzkiej, Kalinowszczyznę, Łęczynską, Fabrykę Samochodów Ciężarowych, Tatary i Majdanek. Rejon rozległy, położony na obwodzie miasta, mający bardzo słabą komunikację.

C.D.N.



# Problemy seniorów w Polsce

*Wszyscy chcemy żyć długo,  
ale nikt nie chciałby starości*

Jonathan Swift



Zaśnieżony las w Dąbrowie

## RECEPTA NA DRUGĄ MŁODOŚĆ

Żyjemy w epoce kultu młodości, piękna i sprawności fizycznej. Dużą popularnością cieszą się gabinety kosmetyczne, operacje plastyczne, itp.

W ostatnich latach XX i XXI wieku przybyło osób starszych w wielu krajach Europy, również w Polsce. Obecnie w naszym państwie żyje ponad 6,5 mln ludzi powyżej 60 roku życia. Między 65 a 69 rokiem życia jest ich 4,2%, 70 a 80 – 6,4%, a 80 i więcej – 2,2%. Są to przeważnie osoby na emeryturze lub rencie, niestety często dotknięte różnymi chorobami i niesprawnością. Prof. dr hab. Izabela Brzezińska mówi: *Świat bardzo szybko się zmienia, jest inny niż w czasach naszego dzieciństwa i naszej młodości(...) Zmianie nie tylko ulegają sposoby zachowania (...), ale też system wartości. Wiele rzeczy jest nowych, niezrozumiałych dla seniora, nawet powodujących lęk i niechęć. Sposób porozumiewania się między pokoleniami zmienił się tak, jak cały model życia. Coraz rzadziej spotyka się rodziny wielopokoleniowe wspólnie mieszkające i czerpiące naukę od siebie. Jeżeli są dziadkowie, to traktuje się ich z pewną rezerwą, nie ma już „rady starców“.*

Aby senior nie znalazł się poza nawiasem życia, prof. Brzezińska podaje 5 złotych rad:

- Dbaj o swój wizerunek.
- Im się jest starszym, tym lepiej znać trzeba swoje prawa.
- Domagaj się od innych przestrzegania twoich praw.
- Pielęgnuj i rozwijaj dobre kontakty rodzinne i sąsiedzkie.

\*em. kierownik Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruzlicy AM w Lublinie

- Szukaj młodszych od siebie, wychodź z domu jak najczęściej, ciągle się ucz.

Grupa seniorów, o której mówimy, ulega stałemu powiększeniu. W 1950 roku w Polsce wynosiła 8,3% ogółu społeczeństwa, a w 2010 już 17,8%. W 2020 prognozuje się wzrost do 22,4%, a w 2050 do 35,8%. Wiele czynników wpływa na to, jak będą dalej żyć i czy ich życie będzie dobre. Przede wszystkim, czy nie będzie codziennych przeszkód – małych udręczeń, jak np. za wysokie schody, brak poręczy, ciężko otwierające się drzwi, hałas, źle podjeżdżające na przystanek autobusy, zasy i ślizgawica w zimie oraz wiele innych przeszkód urbanistycznych i architektonicznych, których osoby młode nie spostrzegają.

Opieka nad tą grupą społeczną jest koniecznością, wymaga dużego przygotowania organizacyjnego, funduszy, bardzo przemysłanych działań. Przejście na tzw. zasłużony odpoczynek – złotą jesień życia – nie zawsze ma kolory złota i cieszy. Konieczne jest przygotowanie się do emerytury, planowanie różnych działań, pielęgnowanie sprawności fizycznej, pamięci, kontaktów z innymi ludźmi, kontynuacja nauki. Wiele instytucji państwowych, samorządowych i społecznych organizuje opiekę nad tą grupą. Powstają pobyty dzienne dla osób wymagających opieki, świetlice, różnego rodzaju punkty doradztwa dla osób starszych, wolontariaty, koła zainteresowań przy domach kultury, itp. Również ko-



Wielkanoc w Zemborzycach

Bardzo dokuczliwa jest samotność lub osamotnienie starszego człowieka, a jeżeli dołączy się do tego niepełnosprawność, codzienne życie staje się udręką. W takich przypadkach nawet najmniejsza pomoc drugiej osoby poprawia komfort życia. Najbardziej uciążliwe są różne choroby zawsze ograniczające sprawność fizyczną lub psychiczną. Nie wspomnę już o niedostatkach

ścióło opiekują się grupami swoich wiernych. Na wsiach duże znaczenie odgrywa koło gospodyń wiejskich. Większość populacji opisywanej grupy to kobiety, w miastach 62,7%, na wsi 61,3%. Większość seniorów ma tylko wykształcenie podstawowe (51%), wyższe tylko 7%, ale ta ostatnia grupa stale się powiększa.

W końcu XX wieku powstała idea „nieustającej edukacji”. Przeszko-



## Spacer w deszczu – słuchacze LUTW



dą nie jest wiek osób, które mimo wielu ograniczeń zdrowych chcą utrzymywać i rozszerzać swoją wiedzę. W 1973 roku Pierre Vellas z Tuluzji zorganizował system edukacji dla grupy seniorów, który opierał się na następujących przesłankach:

- Potencjał medyczny uniwersytetu powinien służyć propagowaniu wiedzy na temat utrzymywania zdrowia w wieku starszym.
- Upowszechnianie wiedzy o kulturze, która powinna być wzbogacana o doświadczenie i wiedzę ludzi starszych.
- Potencjał badawczy powinien zostać zmobilizowany dla rozwiązy-

wania problemów ludzi starszych i starości.

W dalszym rozwoju Vellas dołączył możliwość kształcenia się, przeprowadzanie badań gerontologicznych oraz wymianę kulturalną między generacjami. W Polsce prof. Halina Szwarz była prekursorem Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW). W Lublinie UTW powstał w 1985 roku dzięki zaangażowaniu doc. dra hab. Mieczysława Marczyka i dr Zofii Zaorskiej, wielu innych ofiarnych osób oraz pomocy rektorów uczelni lubelskich, władz wojewódzkich i miejskich. LUTW początkowo skupiał 375

osób, z tego z wyższym wykształceniem 26,3%, średnim 66,3% oraz 7,3% z niepełnym średnim. W 2009 roku słuchaczy było już 793, w tym 59,5% z wyższym wykształceniem. W okresie 25 lat powstało 10 filii na terenie województwa lubelskiego, do których uczęszcza ponad 1000 osób. Zadaniem LUTW jest organizacja wykładów ogólnych (o różnej tematyce) oraz zespołów edukacyjnych: wiedzy o sztuce, historycznego, literackiego, psychologii, ogrodnictwa oraz aktywności ruchowej, w tym gimnastycznej i turystycznej. Istnieje również zespół komputerowy, plastyczny i lektoraty językowe. Każdy senior może uczestniczyć w wybranych zajęciach.

Aktywne uczestniczenie w trakcie całego tygodnia w pracy uniwersytetu mobilizuje słuchaczy intelektualnie i fizycznie. Kontakt z rówieśnikami, a czasem z młodzieżą wpływa na całokształt zachowań – utrzymuje młodość. LUTW zapewnia również dodatkowe przyjemności: wycieczki, pikniki, bale. Konieczne jest dołączenie do tych działań sektora medycznego – zorganizowanie pionu geriatrycznego stosownie do wymogów czasu i potrzeb, aby stworzyć świadomość nie tylko potrzeby leczenia, ale i profilaktyki. Należy traktować seniorów holistycznie.

Tabela 1 Ludność w wieku 60 lat i więcej w latach 1950-2010 oraz prognoza do roku 2020

	1950	1970	1990	1997	2000	2010	2020
<b>OGÓŁEM</b>							
ogółem (tys.)	25035	32657	38183	38660	38854	40185	40694
w wieku 60+ (tys.)	2074	4235	5728	6269	6374	7148	9124
w % ogółu ludności	8,3	13,0	15,0	16,2	16,4	17,8	22,4
<b>MIASTA</b>							
ogółem (tys.)	9243	17088	23614	23924	24055	25091	25923
w wieku 60+ (tys.)	739	2036	3197	3680	3795	4594	6065
w % ogółu ludności	8,0	11,9	13,5	15,4	15,8	18,3	23,4
<b>WIEŚ</b>							
ogółem (tys.)	15792	15570	14569	14735	14799	15094	14771
w wieku 60+ (tys.)	1335	2199	2531	2589	2579	2554	3059
w % ogółu ludności	8,4	14,1	17,4	17,6	17,4	16,9	20,0

Źródło: „Seniorzy w polskim społeczeństwie”, GUS 1999 r.

## PROFILAKTYKA GERIATRYCZNA

W starości pogarsza się zdrowie, występują różne dolegliwości, pogarsza się sprawność psychofizyczna, choroby przewlekłe okresowo zaostrzają się. Seniorzy częściej niż w młodszych grupach wiekowych wymagają hospitalizacji (bywa, że kilka razy w roku), częściej stają się niedołążni, niesamodzielni, zależni od osób drugih. Na niską samoocenę stanu zdrowia wpływa rosnąca wraz z zaawansowaniem wieku wielochorobowość i polisymptomatologia. Już w 1998 r. GUS podawał, że tylko 8,8% ludzi starszych nie cierpi z powodu żadnej choroby przewlekłej, a 7,8% nie zgłasza żadnej dolegliwości. Średnio cierpią na 3,5 jednostki chorobowej. Badania polskich autorów wykazują, że 1/3 osób w wieku powyżej 75 lat nie jest w stanie samodzielnie wychodzić z domu, wykonywać czynności dnia codziennego. Niepełnosprawność to ograniczenie lub brak możliwości wypełniania zadań życiowych i ról społecznych. Najczęściej jest powikłaniem chorób przewlekłych narządu ruchu, układu krążenia, schorzeń neurologicznych, pogarszania się słuchu i wzroku. Rośnie zapotrzebowanie na świadczenia usługowe i opiekuńcze. Według danych z 1998 roku, pomocy w zakresie ciężkich prac domowych wymaga 55% osób po 75 roku życia, 44% przy zakupach, 30% przy kąpieli, zaś około 6% w zakre-



sie podstawowych funkcji samoobsługowych (jedzenie, ubieranie, korzystanie z WC). Świadczeń takich udziela ją najczęściej opiekunowie rodzinni (77%) oraz pomoc opłacana prywatnie (9%), nieformalna pomoc sąsiedzka (9%) i – w najmniejszym zakresie (4,5%) – pomoc publiczna (Prof. dr hab. B. Bień). Dopiero w ostatnich latach zaczęły, chociaż w skąpym zakresie, powstawać placówki opieki długoterminowej (ZOL, ZOP, opieka długoterminowa domowa, hospicja), które okazują się bardzo potrzebne. W Polsce opieka geriatryczna jednak jak i opieka długoterminowa nie rozwija się w stopniu wystarczającym, bo zbyt skromne są publiczne wydatki na ochronę zdrowia i wbrew oczekiwaniom wykazują tendencje malejące. Procedury są niedoszacowane, szpitale zadłużają się, rośnie niezadowolenie społeczne i rozczarowania pracowników Opieki Zdrowotnej. Przeciągająca się w czasie reforma Ochrony Zdrowia nie nadąża za przemianami demograficznymi. Rozdział funkcji, a więc i funduszy, między opiekę społeczną, a zdrowotną pogarsza sytuację. Istnieje silna potrzeba systemowej zmiany, obejmującej całościowo problemy opieki zdrowotnej nad osobami starszymi.

Wiek biologiczny nie musi pokrywać się z kalendarzowym, młodość ducha i ciała można zachować znacznie dłużej. Właściwe zachowania prozdrowotne wpajane już od dziecka mogą zahamować lub znacznie spowolnić niekorzystne dla zdrowia zmiany. Utrzymane na odpowiednim poziomie mechanizmy kompensacyjne i obronne zabezpieczą przed chorobą. Dobra samoocena, zdolność do samoobsługi i niezależność od osób drugih zapewnią dobre samopoczucie do późnych lat.

Nie będziemy bać się starości, jeśli zadbamy o nią wcześniej. Starość nie musi być brzydka i niedołążna. Należy zmieniać stereotypowe myślenie o niej. Można przecież wpływać na tempo przemian w naszym organizmie przez prozdrowotny tryb życia, a przede wszystkim:

- właściwie się odżywiać,
- zachować właściwą masę ciała,
- utrzymać aktywność fizyczną,
- hartować się, stosować szczepienia zwiększające odporność organizmu na choroby,
- wcześniej wykrywać choroby i skutecznie leczyć,
- przestrzegać zaleceń lekarza, nie stosować polipragmazji, nie nadużywać leków,
- unikać szkodliwości dla naszych zmysłów, w tym wzroku i słuchu,
- zadbać o środowisko, w którym żyjemy,
- nabyć umiejętności radzenia sobie ze stresami,
- uśmiechać się, być przyjaźnie nastawionym do świata i ludzi.

Wczesna profilaktyka chroni przed zachorowaniem. Profilaktyka wtórna zapobiega powikłaniom w czasie choroby, nie dopuszcza do przejścia choroby w stan





przewlekły. Takie oddziaływanie przeciwdziała niepełnosprawności, chroni przed niedołęstwem, cierpieniem i samotnością.

Profilaktyka to ogół działań i środków stosowanych w celu zapobiegania chorobom i ich niekorzystnym następstwom. Zalecany jest powszechny ruch edukacyjny dla wszystkich grup wiekowych pod hasłem „wychowanie do zdrowej starości”. Wielkie możliwości mają tu masmedia. Propagowanie sportu, zamiłowania do wszelkiej formy ruchu konieczne jest od młodych lat w domu, w szkole, na wyższych uczelniach. Od wielu lat, niestety, w tym zakresie były duże braki. Udogodnienia techniczne, telefony komórkowe, telewizja, komputeryzacja, internet ułatwiają dostęp do wiedzy, kontaktów międzyludzkich, ale znacznie ograniczają ruch. Pożywienie łatwo dostępne, spreparowane i łatwo przyswajalne oraz mało ruchu sprzyjają otyłości.

Otyłość natomiast jest czynnikiem prowadzącym do rozwoju nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, miażdżycy, niewydolności żyłnej, artrozy układu kostno-stawowego. Nadciśnienie tętnicze może być przyczyną udarów mózgu, uszkodzenia wzroku, chorób serca i naczyń. Miażdżycy grozi zatorami, niedokrwieniem serca i mózgu. Cukrzyca przyspiesza miażdżycę naczyń serca (CHNS), mózgu, nerek, kończyn dolnych (chromanie przestankowe, stopa cukrzycowa), uszkadza wzrok. Wszystkie te choroby mogą być przyczyną znacznego ograniczenia funkcji ruchowej i umysłowej człowieka. Niedożywienie również może być szkodliwe dla wieku starszego. Niedobory pokarmowe są czynnikiem prowadzącym m.in. do niedokrwistości, osteoporozy, zaniku mięśni, spadku sił odpornościowych. Niedożywienie wynika z częstego u osób starszych osłabionego apetytu, braków w użębieniu, monotonnego jadłospisu.

Duża ilość produktów roślinnych i ograniczenie soli kuchennej jest istotnym elementem profilaktyki nadciśnienia tętniczego. Właściwe zużycie błonnika to najprostszy sposób redukcji zaparc, a jednocześnie zmniejszenie ryzyka raka okrężnicy i uchyłkowatości

jelita grubego. Prawidłowa zawartość białka w diecie, suplementacja witaminy D i wapnia jest istotna w zapobieganiu osteoporozie. Po 50 r. życia rekomenduje się spożywanie w ciągu doby 800 – 1 000 j.m witaminy D i 500 – 1 000 mg elementarnego wapnia. Prowadzenie przybliżonego bilansu wodnego zabezpiecza przed zaburzeniem gospodarki wodno-elektrolitowej. U osób starszych jest zmniejszone pragnienie i należy dopilnować, aby spożywali co najmniej 20 ml na kg masy ciała płynów na dobę.

Profilaktyka wtórna to dobra pielęgnacja w chorobie i rehabilitacja przywracająca siły i sprawność po chorobie. Zbyt długie przebywanie w łóżku odbiera siły, sprzyja odwapnieniu kości i szybszemu rozwojowi osteoporozy oraz rozwojowi późnych powikłań. Niewłaściwa pielęgnacja przyłóżkowa usposabia do powstawania odleżyn. Należy przeciwdziałać wszelkim powikłaniom choroby. Dobra pielęgnacja, nawadnianie chorego, właściwe odżywianie, pomoc w realizacji leczenia, podniesienie na duchu przynosi pozytywne efekty.



W okresie czynnym zawodowo pracownicy objęci są obowiązkowymi badaniami okresowymi. Jest to możliwość wczesnego wykrywania chorób i ich leczenia. Przejście na emeryturę jest pozbawieniem takiego systematycznego badania profilaktycznego. Ponadto po 60-tym roku życia zaczyna się okres wielu strat, takich jak: utrata środowiska pracy, przyjaciół, zasobów pieniężnych (niskie emerytury), członków rodziny (śmierć współmałżonka, „zjawisko pustego gniazda”, bo dzieci wyjeżdżają, zakładają własne rodziny, itp.), celowego wypełnienia czasu. Zmienia się rytm dnia. Słabną siły vitalne, pogarsza się nastrój. Z wiekiem dochodzi do zmian atroficznych w narządach wewnętrznych. Spada ich wydolność i każdy stres może być przyczyną zaburzenia homeostazy, co często prowadzi do poważnych konsekwencji.

Rozwój cywilizacji początkowo przynosił nam wiele korzyści. Rozwój medycyny, higieny, warunków życia, wydłużyły życie. Ostatnio, niestety, już nam szkodzi.





Wycieczka do Dąbrowy

Przygotowując się do życia na emeryturze, dobrze by było dokonać bilansu zdrowia. na wzór bilansu zdrowia dziecka. W kompleksie badań, oprócz wnikliwego lekarskiego wywiadu, należy uwzględnić:

1. pomiary ciśnienia tętniczego,
2. EKG, rtg kłp, usg jamy brzusznej, densytometrię,
3. badania krwi: morfologię krwi, poziom cukru we krwi ew. krzywą cukrową, parametry wątrobowe, nerkowe, profil lipidowy, poziom TSH,
4. analizę moczu,
5. ocenę stanu odżywienia i nawodnienia, ocena stanu odżywienia i nawodnienia,
6. ocenę chodu, sprawności, próba równowagi, skali ryzyka upadków,
7. testy pamięci (MMSE), ocenę nastroju (GSD),
8. badanie stanu uzębienia,
9. badanie ginekologiczne, cytologię i mammografię u kobiet,
10. badanie urologiczne i oznaczenie PSA u mężczyzn,
11. badanie przez odbytnicę,
12. badanie wzroku i słuchu.

Stwierdzone nieprawidłowości należy dalej diagnozować, korygować i skutecznie leczyć. W leczeniu należy unikać polipragmazji, interakcji między lekami, nadużywania leków. Dobrze by było korzystać z pomocy farmakologa klinicznego. Nie wolno bezkrytycznie ulegać reklamom propagującym różne leki ani paramedykom wprowadzających nieświadomych słuchaczy w błąd. Dalsze kontrole dokonywać należy zgodnie z zaleceniem własnego lekarza lub geriatry, ewentualnie wg zasad: 1 x w roku badania krwi (morfologia, cukier, analiza moczu); 1 x w roku: mammografię, badanie ginekologiczne i rozmaz cytologiczny, badanie urologiczne; 1 x na 3 lata rtg kłp. Wskazane jest korzystanie z organizowanych akcji profilaktycznych.

Coraz bardziej uzasadnionym jest nauczanie geriatry i tworzenie placówek o tym profilu. W geriatry stosowana jest całościowa ocena geriatryczna (COG), co ułatwia ocenę zdrowia, rozpoznaje priorytetowe potrzeby seniorów,

ukierunkowuje dalsze postępowanie lecznicze i pielęgnacyjne. Edukacja pacjenta i opiekunów, pomoc w leczeniu w domu, przedłuża pobyt pacjenta starszego we własnym środowisku, ogranicza ponowne hospitalizacje.

Rozwój opieki geriatrycznej i długoterminowej i dobra współpraca na rzecz pacjenta w wieku starszym umożliwi zadbanie o jego dobrostan do późnych lat. Geriatria obejmuje profilaktykę, diagnostykę i właściwe leczenie.

Starość nie musi wzbudzać lęku, starsi ludzie to magazyn doświadczeń, pamięci historycznej i mądrych przemyśleń. Warto z tego korzystać i docenić. Starsi ludzie, jak i młodszy muszą być na równi szanowani.



Muzeum Wsi Lubelskiej



Wystawa bursztynu – Lublin 2004

W przyszłym roku zakończy się ogólnopolski program badawczy „Polsemior” obejmujący „aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”. Jest to multidyscyplinarny program poświęcony starzeniu się i starości, koordynowany przez Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie. Wielki wkład mają tu polscy geriatry. Wyniki badań zapewne wiele wniosą, uzupełnią dotychczasową wiedzę o polskiej starości, wpłyną na kierunek reform w Ochronie Zdrowia. Oczekujemy rozsądnych przemian zarówno w Ochronie Zdrowia, jak i w Opiece Społecznej, odpowiadającym rosnącym potrzebom społecznym. Oczekujemy właściwej polityki zdrowotnej. Potrzeba dobrej woli naszych władz. Wówczas starość będzie również pięknym okresem życia i nie będzie wzbudzała mechcy i lęku.



# Pracownicy medyczni i niemedyczni polskich hospicjów

## Prawda o opiece paliatywnej

**P**ytania podstawowe, od których w ogóle zaczyna się filozofowanie są bez wątpienia wołaniem bólu. Ale dodajmy jednak: wołaniem i zarazem wyborem drogi odpowiedzi. Pytając z głębi niedoli – gdzie jest prawda? – filozof dokonuje wyboru: choć w niedoli świata zagrożone są rozmaite wartości, to jednak zagrożenie przez nieprawdę jest dla niego najgroźniejsze i z nim trzeba się wpierv rozprawić.

(ks. J. Tischner, *Filozofia dramatu*)

MGR SOCJOL. ARTUR P. TOFIL  
OSTROWIEC SWIĘTOKRZYSKI

Opieka paliatywna jest całościową (holistyczną) i wielospecjalistyczną opieką w daleko zaawansowanym okresie choroby przewlekłej, obejmującą wszystkie potrzeby chorego. Jej celem nadrzędnym jest poprawa jakości życia chorego przez łagodzenie dolegliwości, a także przez niesienie szeroko pojętej pomocy psychologicznej, duchowej i środowiskowej. Prowadzona jest przez lekarzy, pielęgniarki, psychologów, pracowników socjalnych, osoby duchowne, wolontariuszy pozamedycznych, itp.

Obejmuje przede wszystkim chorych na nowotwory złośliwe, chorych na AIDS, rzadziej innych chorych. Stan ten stopniowo ulega zmianie na rzecz opieki świadczonej w większym stopniu pacjentom z chorobami nienowotworowymi.

Opieka hospicyjna jest najbardziej rozpowszechnioną i historycznie pierwotną formą opieki paliatywnej. Zajmuje się przede wszystkim chorymi w stanie: terminalnym i chorymi umierającymi. Zwraca szczególną uwagę na aspekty psychologiczne i duchowe tej opieki.

W praktyce obecnie coraz bardziej zaciera się granica między opieką hospicyjną i paliatywną i słowa te bywają używane jako synonimy. Ośrodki hospicyjne, niezależnie od typu opieki, jaką sprawują, zatrudniają pielęgniarki, lekarzy, rehabilitantów, którzy zajmują się pacjentami. Ponadto dla ośrodków opieki paliatywnej pracują osoby obsługujące stronę administracyjną – są to: pracownik socjalny, kierownik biura, księgowa. Bardzo ważne miejsce zajmują również osoby duchowne, siostry zakonne, księża. Hospicja zatrudniają także psychologów i pedagogów.

Dwudziestoczterogodzinna dyspozycyjność przez siedem dni w tygodniu tych osób daje rodzinie ogromne poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza napięcie i pozwala spokojnie przygotować każdy dzień życia osoby

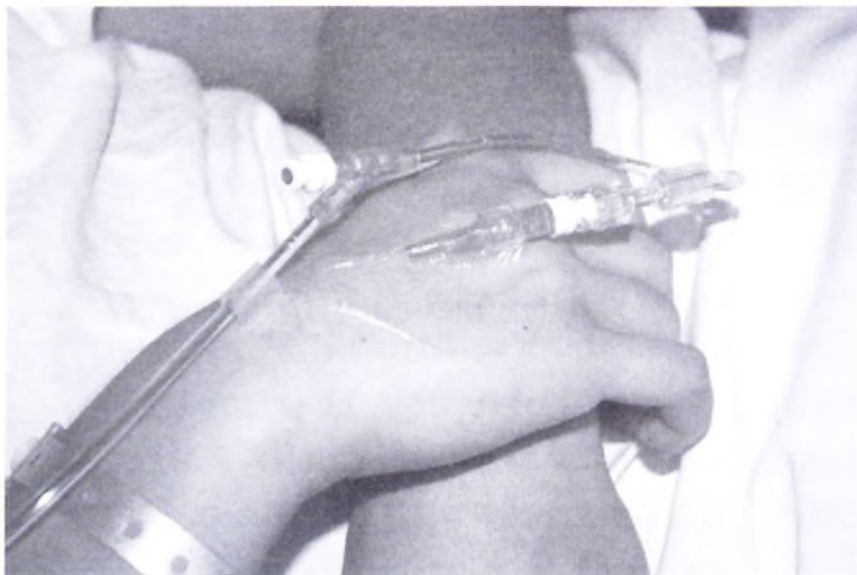
śmiertelnie chorej. Jest czas, by być z nią blisko, słuchać, rozmawiać. W tej roli niezastąpieni są wolontariusze.

Do zadań pedagoga należy regularny kontakt z pacjentem i jego rodziną, którą opiekuje się Hospicjum. Odwiedza on rodziny, staje się konsultantem (np. jako logopeda) i powiernikiem rodziny. Koordynuje wraz z psychologiem pracę zespołu wolontariuszy. Hospicjum stara się aranżować spotkania dla wszystkich rodzin, jak i dla rodzin, które są na etapie przeżywania żałoby po utracie najbliższego członka. Pedagog ma również kontakt z rodzinami w żałobie, odwiedza je.

Pracownik socjalny natomiast dba o wizerunek hospicjum na zewnątrz. Stara się on promować opiekę hospicyjną, poprzez organizację koncertów charytatywnych, akcji zbiórek pieniędzy, stara się o zdobycie osób prywatnych lub firm, które mogłyby wesprzeć finansowo hospicjum. Do jego zadań należy także koordynacja prezentacji hospicjum na stronach internetowych. Współpracuje z mediami, starając się o zamieszczanie w nich reklam i wiadomości dotyczących pracy ośrodka. Podobnie, jak i pedagog, utrzymuje on stały kontakt z dziećmi i ich rodzinami. Bardzo często rodziny będące pod opieką hospicjum, nie są w stanie zapewnić choremu niezbędnych sprzętów w domu. Dlatego pracownik socjalny musi zadbać o sferę materialną rodziny, o pełne umebłowanie pokoju dla pacjenta.

Hospicjum nie mogłoby pomagać nieuleczalnie chorym ludziom, gdyby nie praca pielęgniarek i lekarzy. Motywy podjęcia pracy są różne. Można dokonać pewnego usystematyzowania tych powodów w postaci pięciu bloków: motywacja altruistyczna, zadaniowa, ideologiczna, afiliacyjna i egoistyczna. W tym kierunku poszedł w swych badaniach M. Górecki, autor opracowania *Hospicjum w służbie umierających* (Warszawa, 2000). Badani najczęściej wymieniali motywację altruistyczną (46,3% wskazań). Przy czym w starszych grupach wiekowych (36 – 66 i więcej lat) wiązano ją z przeżywaniem potrzeby dopełnienia wartości własnego życia pracą dla innych. W grupie młodszej (do 25 lat) przywiązywano natomiast większą wagę do tej jej postaci, która przejawia się we współczuciu dla ludzi bezradnych i cierpiących.

Na drugim miejscu plasuje się motywacja zadaniowa (21,8% wskazań). Dominującą kategorię w tej grupie stanowi doświadczenie i powinność zawodowa (13,1%).



Dotyczy to głównie hospicjantów medycznych, inspirowanych również innymi przyczynami niż predyspozycje zawodowe. Wśród kobiet bardzo mocno (24,5% wskazań) jako powód przystąpienia do hospicjum rysuje się doświadczenie związane z pielęgowaniem w chorobie kogoś bliskiego.

Motywacja ideologiczna (14,8%) sprowadzana jest w wypowiedziach respondentów do przeżyć religijnych (12,2% wskazań). Jest ona właściwa grupom wiekowo młodszy (37,5% w przedziale wieku do 25 lat i 45,5% w przedziale 26–35 lat). Wskazują ją najczęściej osoby ze średnim i niepełnym wykształceniem wyższym (tj. 25,5% i 44,4%) oraz jednostkowo reprezentowane osoby z wykształceniem niepełnym średnim i pomaturalnym.

Motywacja filiacyjna, którą wskazuje 9,2% badanych, wyczerpuje się w dążeniu do związania się ze środowiskiem ludzi podobnie myślących i odczuwających. Wybierają ją głównie ludzie młodzi (50,0% badanych w wieku do 25 lat i 45,5% w przedziale 26–35 lat), z wyższym wykształceniem (21,2%), panny i kawalery (31,7%), wywodzący się ze środowisk robotniczych (27,6%).

Ostatnia motywacja egoistyczna pojawia się sporadycznie (7,9%). Poza kilkoma przypadkami (4,3%), które są ewidentnie ukierunkowane na własne korzyści, obejmuje osoby pragnące w ten sposób uwolnić się od wyrzutów sumienia.

W literaturze najczęściej w trakcie wywiadów z personelem hospicjum padały motywy altruistyczne, potrzeba dopełnienia wartości własnego życia bezinteresowną pracą dla innych, chęć bycia potrzebnym, odnalezienie w tym swego powołania, a przede wszystkim współczucie dla bezradnych i cierpiących dzieci. Mocno akcentowano też przeżycia religijne. Jedną z pan



## Skuteczność leczenia bólu nowotworowego została określona jako zadowalająca w Bułgarii, Estonii, Francji, Islandii, Holandii, Słowacji, Słowenii, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii, na Łotwie i Węgrzech. Natomiast jako niezadowalająca w Albanii, Białorusi, Belgii, Czechach, Grecji, Hiszpanii, Izraelu, Mołdawii, Niemczech, Polsce, Rumunii, Włoszech i na Ukrainie.

pielęgniarek, zanim podjęła pracę w Hospicjum, sama doświadczyła długotrwałej choroby i śmierci trzy-nastoletniego syna. Długo zmagając się z żalobą, bólem. W tym czasie pomyślała o pracy w hospicjum. Doszła do wniosku, że doświadczenie, które zdobyła podczas choroby syna, może okazać się przydatne. Zaczęła więc przychodzić na spotkania wolontariuszy. Na jednym z nich zaproponowano jej możliwość zatrudnienia jako pielęgniarki w hospicjum.

*...Nauczyłam się słuchać dzieci i traktować je w dalszym ciągu z ogromnym respektem i powagą. Praca w Hospicjum, to czas intensywnej nauki – najważniejszej lekcji – lekcji życia...<sup>1</sup>*

Jedna z pielęgniarek powiedziała w czasie rozmowy w hospicjum:

*...Daje mi wewnętrzną radość, że jestem z chorym w tym bodaj najważniejszym momencie życia – przekroczeniu progu śmierci, która jest dla każdego trudna. Jestem z rodziną w tej trudnej chwili – mogę pomóc – nie czują się osamotnieni. Znalazienie się w sytuacji śmierci podopiecznego skłania do rozważań nad przemijaniem, życiem, kształtu-*

*je hierarchię wartości i stosunek do innych ludzi...<sup>2</sup>*

Motywacja ta nie uwalnia przyszłych hospicjantów od poczucia winy, rozterek. Blisko 90,0% badanych miało różnego rodzaju obawy. Nie udało się ich uniknąć, także osobom zawodowo związanym z leczeniem i pielęgnacją chorych, których udział w grupie badanych wynosi 50,9%.

Wątpliwości te mają najczęściej podłoże psychiczne (62,5%). Wśród nich jako główne pojawiają się wahania spowodowane brzemieniem odpowiedzialności (22,9%) i nieprzewidywalną reakcją na cierpienie, którego trzeba być świadkiem (11,5%). Niemal we wszystkich wypowiedziach silnie akcentowany jest lęk przed ogromem obowiązków wobec chorego i rodziny, naruszeniem sfery prywatności i wyjawieniem niechcianej prawdy, w ogóle rozmowa z chorym, konfrontacja z bólem, któremu nie da się zaradzić, przynębiającą atmosferą domu, za-

<sup>1</sup> Rozmowa z panią pielęgniarką Lubelskiego Hospicjum dla Dzieci, z dn. 05.03.1998, w: Ks. W. Chrostowski, *Wspokaniu z cierpieniem i śmiercią. Rozwój duchowy pracowników hospicjum dla dzieci*, „Homo Dei”, 1/1999.

łamaniami się w trakcie sprawowania opieki.

Sporo respondentów wskazało też na swoje cechy charakteru (9,4%), które mogłyby w ich samoocenie utrudniać nawiązanie kontaktu, zachowanie umiaru i opanowania, zdobycie się na szybkie podjęcie trafnej decyzji w sytuacjach wymagających natychmiastowej mobilizacji i działań nie rutynowych.

Pozostałe bariery o charakterze psychicznym są wskazywane raczej sporadycznie. Wyrażają jednak stan napięcia wewnętrznego i skrupuły, które uwydatniają niepewność własnych sił i trudnych do udźwignięcia zadań.

Następne bariery: kompetencyjne i obiektywne pojawiają się w zbliżonym rozkładzie (14,0%). Są one zrozumiałe, biorąc pod uwagę fakt, iż mamy do czynienia w badaniach z wolontariuszami. Przystępując do pracy, nie posiadają oni praktycznych umiejętności pielęgnacyjnych. Obawy leżą również w braku treningu w nawiązaniu kontaktu psychicznego. A jak się okazało, dla ankietowanych była to bariera niezwykle ważna i stresująca.<sup>2</sup>

Pielęgniarki i lekarze z hospicjum są również zatrudnieni w klinikach. Tam także walczą o życie, a to wymaga dużego wysiłku emocjonalnego. Do tego dochodzi jeszcze praca w hospicjum, która jest naprawdę wyczerpująca. Założeniem hospicjum nie jest walka o życie, ale staranie o godną śmierć. Osoba nieuleczalnie chora musi być chroniona przed wszechogarniającym bólem, przed ubocznymi skutkami postępującej choroby.<sup>3</sup>

Lekarz i pielęgniarka, członkowie zespołu hospicyjnego, uczą rodzinę

<sup>2</sup> Zjawisko stresu przeżywanego przez osoby pracujące w hospicjum zostało przedstawione i opisane w badaniach Bożeny Muraczyńskiej, opublikowanych w: M. Libiszowska-Zółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórowska, Piątkowski Wł. (red.), *Szkice z socjologii medycyny*, Lublin 1998, s. 199-206.

<sup>3</sup> „Los” nr 5 (28) 05: 1998, *Są dzieci, które ciągle mam w pamięci*, s. 10.

chorego, jak dozować leki, w jaki sposób używać sprzętu medycznego, który jest w domu. Sprawują oni pełną, całodobową i profesjonalną opiekę nad terminalnie chorym, a także służą fachową pomocą rodzinie. Przeszkolony w opiece paliatywnej zespół medyczny, czuwa, aby chory człowiek nie odczuwał bólu ani innych przykrych dolegliwości fizycznych, które mogą występować w ciężkiej chorobie. Pomaga rodzinie chorego w opanowywaniu lęku, radzeniu sobie z problemami, jakie sprawia codzienna pielęgnacja. Lekarz ponosi odpowiedzialność za leczenie chorego, natomiast pielęgniarka zapewnia indywidualną pielęgnację dostosowaną do potrzeb chorych.

Bardzo ważna jest opieka duszpasterska, wsparcie duchowe i psychologiczne. Pracują więc w ośrodkach hospicyjnych księża, siostry zakonne, których obecność jest bardzo ważna. Warto w tym miejscu podkreślić, iż obecność przy łóżku ciężko chorego zarówno pracowników służby zdrowia, jak i osób duchownych tworzy płaszczyznę współpracy między medycyną a duszpasterstwem, współpracy, której celem jest dobro chorego. Członkowie rodziny, personel medyczny, duszpasterz tworzą zręby osobowej wspólnoty, w której centrum znajduje się chory człowiek.<sup>4</sup> Cała rodzina potrzebuje wsparcia duchowego, rozmów o sensie życia i cierpienia, podtrzymywania nadziei, zapewnienia uczestnictwa w praktykach religijnych. Tutaj rola kapelana jest niezaprzeczalną.<sup>5</sup>

W czasie rozmowy z jednym z księży pracujących w Lubelskim Hospicjum<sup>6</sup>, na pytanie dotyczące

pracy księdza w hospicjum dziecięcym, udzielono takiej odpowiedzi:

*„Najważniejsze jest, by dać dzieciom i ich rodzinom czas. Ksiądz powinien służyć obecnością i trwaniem przy łóżku chorego dziecka. Pierwszą rzeczą, którą mogę ofiarować każdemu dziecku jest uśmiech, który łamie wszelkie międzyludzkie bariery. W czasie pierwszych wizyt staram się zorientować, czym interesuje się dziecko, jakie są jego marzenia i aktualne potrzeby. Z dziećmi młodszymi najłatwiej nawiązać kontakt poprzez wspólną zabawę. Podczas wspólnych zabaw dzieci rozpoczynają stawianie różnorodnych pytań. Ksiądz powinien odpowiedzieć na nie w taki sposób, by być zrozumianym przez małego pacjenta. Z dziećmi starszymi i młodzieżą staram się przede wszystkim rozmawiać. Rozmawiamy o tym wszystkim, co jest dla nich ważne, co stanowi w ich życiu mniejszy lub większy problem. Nie unikamy ważnych tematów, które są charakterystyczne dla danej grupy wiekowej, dyskutujemy więc o sporcie, muzyce, kulturze czy sztuce. Rozmawiamy także o Bogu, o śmierci, ale zawsze czekam, by była to inicjatywa od samego pacjenta. Wszystkie dzieci i ich rodziny mają możliwość skorzystania z usługi sakramentalnej. Po śmierci dziecka staram się być w stałym kontakcie z rodzinami i rodzeństwem. W miarę możliwości wspólnie załatwiamy formalności związane z pogrzebem.”*

Wypowiedź ta zawiera w sobie istotę tych zadań, które stoją przed osobą duchowną. Osoby duchowne są wsparciem dla chorych, ale i podporą dla ich rodzin. Do końca są z nimi, pomagają dobrze przeżyć stan osierocenia. Wprowadzają do domu chorego spokój, radość, elementy życia religijnego. Kapłan, może on pomóc chorym tak przeżywać swoją chorobę, by posłużyła ona dla ich osobistego zbawienia. Podnosi ich na duchu, nie opuszcza

w trudnościach<sup>7</sup>. Cały czas działają w porozumieniu z całym zespołem hospicyjnym.

Psycholog, to osoba niezbędna w zespole opieki paliatywnej. Psycholog, dzięki swym technikom analizowania, metodom słuchania może badać i wpływać na psychikę nieuleczalnie chorych i ich rodzin. Jego dyspozycyjność, powołanie, opanowanie czynią z niego osobę zdolną do niesienia pomocy tym, którzy nie znajdują ukojenia w religii<sup>8</sup>.

Ponieważ człowiek potrzebuje innego człowieka, wobec którego mógłby istnieć wraz z całą rozciągłością sytuacji egzystencjalnej, w jakiej się znalazł. Tak jest właśnie w przypadku relacji, jakie nawiązuje psycholog z każdym pacjentem i z jego rodziną. Znajomość stanów psychicznych cierpiącego człowieka i jego najbliższych, pozwala zrozumieć chorych, ich przeżycia i oczekiwania oraz znaleźć sposób właściwego kontaktu<sup>9</sup>. Ważne jest tutaj wysłuchanie cierpiącej osoby, koncentrowanie się na niej oraz ważna jest gotowość okazania jej pomocy.

Dziecko musi zaufać, gdyż tylko wtedy możliwy stanie się kontakt psychiczny, sprzyjający szerszej i swobodnej wymianie myśli. Jednak nie może zdarzyć się tak, aby działał on w odosobnieniu.

Dotychczas opublikowano niewiele badań na temat opieki paliatywnej nad dziećmi. Istnieje natomiast wyczerpujące piśmiennictwo opisujące metody oceny jakości opieki oraz jakości życia u dorosłych pacjentów hospicyjnych. Metody opracowane dla dorosłych pacien-

<sup>4</sup> Ks. A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000, s. 211.

<sup>5</sup> Por. H. Bortnowska (red.), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków 1980, s. 237-240.

<sup>6</sup> Rozmowa z ks. z dn. 10.03.2001, [w:] „Gazeta Wyborcza”, dodatek lubelski.

<sup>7</sup> Ks. J. Dziedzic, *Eutanazja a religijność. Badania wśród studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego*, Kraków 1999, s. 60.

<sup>8</sup> J. Brehant, *Thanatos, chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1980, s. 56-57.

<sup>9</sup> Por. T. Wojtyłewicz, *Rola psychologa przy chorych umierających*, [w:] A. Biela (red.), *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996, s. 138-141.





tów znajdują jednak bardzo ograniczone zastosowanie w populacji pacjentów hospicjów dziecięcych. Dzieci nie są małymi dorosłymi. Ich wyjątkowe potrzeby odzwierciedlają osiągnięte fazy indywidualnego rozwoju oraz specyficzne potrzeby ich rodzin. Muszą one zostać uwzględnione podczas świadczenia holistycznej opieki paliatywnej.

Celem badania<sup>10</sup> było opracowanie metody oceny jakości opieki świadczonej nieuleczalnie chorym dzieciom i ich rodzinom przez Warszawskie Hospicjum dla Dzieci. Drugim celem było określenie trudności i problemów, których doświadczają rodzice oraz zakresu skuteczności hospicjum w ich rozwiązywaniu.

Kwestionariusz wysłano do 136 rodziców lub opiekunów 87 dzieci, które zmarły pod opieką hospicjum. Otrzymało osiemdziesiąt wypełnionych kwestionariuszy (59%), reprezentujących 54 pacjentów.

Rodzice wiązali następujące oczekiwania z opieką hospicyjną: dziecko nie będzie cierpiało (n=67), dziecko będzie się czuło bezpiecznie (n=47), otrzymamy wsparcie psychiczne (n=44), otrzymamy pomoc medyczną (n=44), hospicjum pomoże w załatwieniu formalności po śmierci dziecka (n=26), zmniejszy się nasza bezradność jako opiekunów (n=23), otrzymamy wsparcie duchowe (n=20), otrzymamy pomoc materialną (n=15).

Najtrudniejsze problemy rodziców podczas opieki domowej przedstawiono w tabeli 2. Najczęściej wymieniano bezsilność (n=60) i wartościowano ją jako najtrudniejszy problem (156 punktów). Opanowanie bólu i innych objawów było najczęściej wymieniane (n=45) jako problem, w którym hospicjum było w stanie pomóc (tabela 3). Z kolei bezsilność była najczęściej wymieniana (n=25) jako problem, w którym hospicjum nie było w stanie pomóc (tabela 4).

Czterdzieści jeden osób chciało, żeby podczas śmierci dziecka była obecna pielęgniarka z hospicjum, a dwadzieścia cztery, żeby obecny

był lekarz. Dwadzieścia dziewięć osób nie życzyło sobie obecności pracowników hospicjum. Pięćdziesięciu badanych potwierdziło obecność pracowników hospicjum podczas śmierci ich dziecka; spośród nich 47 osób oceniło ją jako pomocną, 2 osoby jako krępującą, a 1 osoba jako niepotrzebną.

Rodzice oceniali swoje zadowolenie z opieki hospicyjnej oraz pracy poszczególnych grup pracowników, używając skali Likerta od 0 (jestem bardzo niezadowolony) do 10 (jestem bardzo zadowolony). Wyniki oceny podano w tabeli 5. Siedemdziesięciu dziewięciu respondentów (99%) było zadowolonych z domowej opieki hospicyjnej. Średni poziom satysfakcji wynosił 9,608. Rodzice, którzy otrzymali pomoc materialną byli nieco bardziej zadowoleni (średnia 9,857, n=15) w porównaniu z tymi, którzy nie wymagali i nie otrzymywali takiego wsparcia (średnia 9,556, n=19). Różnica ta jest jednak statystycznie nieistotna.

Celem badania było określenie trudności i problemów, których doświadczają rodzice umierających dzieci oraz zakresu skuteczności hospicjum w ich rozwiązywaniu. Rodzice oczekiwali od hospicjum, że ich dzieci nie będą cierpiały. Wydaje się, że hospicjum okazało się skuteczne w tym zakresie, ponieważ zdaniem rodziców większość dzieci zmarła w domu spokojnie i bez cierpienia. Ponadto rodzice pozytywnie ocenili skuteczność hospicjum w opanowaniu bólu innych objawów. Uzyskane opinie wskazują, że hospicjum spełnia wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące skutecznego leczenia bólu nowotworowego w opiece paliatywnej nad dziećmi.

Rodzice doświadczali silnego stresu, na który składały się, m.in. bezsilność, lęk i wyczerpanie psychiczne. Uzyskane wyniki wskazu-

<sup>10</sup> Polska wersja artykułu: „An evaluation of a home palliative care program for children” [w:] *Ambulatory Child Health* (2000) 6: 101-114, Tomasz Dangel, Susan Fowler Kerry, Marek Karwacki, Joanna Bereza, *OCENA JAKOŚCI DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ W WARSZAWSKIM HOSPICYJUM DLA DZIECI*.

**Tabela 2. Najtrudniejsze problemy rodziców podczas domowej opieki paliatywnej nad dzieckiem (n=80)**

Lp	Opis	Punktacja*	Liczba respondentów
1	Bezsilność	156	60
2	Lęk	67	34
3	Opanowanie bólu i innych objawów	62	33
4	Wyczerpanie psychiczne	58	33
5	Wyczerpanie fizyczne	26	14
6	Kryzys wiary w Boga	20	11
7	Współdziałanie z małżonkiem	16	10
8	Moja nieumiejętność sprawowania opieki	10	7
9	Współdziałanie z małżonkiem	8	6

\* Respondenci wybierali trzy najtrudniejsze problemy z podanej listy, którą mogli uzupełnić, a następnie numerowali je 1,2,3 pod względem ważności. Problemom oznaczonym numerem „1” przyznawano trzy punkty, numerem „2” dwa punkty, a numerem „3” jeden punkt. W tabeli przedstawiono ostateczną punktację.

**Tabela 3. Problemy rodziców, w których hospicjum było w stanie pomóc (n=80)**

Kolejność	Opis	Liczba respondentów
1	Opanowanie bólu i innych objawów	45
2	Lęk	19
3	Bezsilność	15
4	Rozmowy z chorym dzieckiem	12
5	Wyczerpanie psychiczne	10
6	Wyczerpanie fizyczne	9
7	Moja nieumiejętność sprawowania opieki	7

**Tabela 4. Problemy rodziców, w których hospicjum nie było w stanie pomóc (n=80)**

Kolejność	Opis	Liczba respondentów
1	Bezsilność	25
2	Wyczerpanie psychiczne	14
3	Lęk	9
4	Wyczerpanie fizyczne	5
5	Rozmowy z chorym dzieckiem	4
6	Współdziałanie z małżonkiem	3
7	Współdziałanie z innymi członkami rodziny	3

**Tabela 5. Ocena poszczególnych elementów opieki hospicyjnej przez rodziców zmarłych dzieci (skala: 0-10, „0” – jestem bardzo niezadowolony, „10” – jestem bardzo zadowolony).**

Ocena jakości opieki hospicyjnej	Średnia	Mediana	SD	Minimum	Maksimum
Ocena lekarzy	9.615	10	1.072	5	10
Ocena pielęgniarek	9.810	10	0.699	5	10
Ocena pracowników socjalnych	9.806	10	0.573	7	10
Ogólna ocena opieki	9.608	10	0.92	5	10

Pięćdziesiąt badanych osób nie widziało potrzeby wprowadzania zmian w pracy hospicjum. Pięć osób nie miało zdania; dwie z nich, ponieważ współpraca z hospicjum była zbyt krótka. Dwadzieścia pięć osób zaproponowało zmiany, które przedstawiono w tabeli 6.

ją, że hospicjum ma ograniczony wpływ na redukcję tego typu stresu. Naturalnie nie wszystkie składowe ludzkiego cierpienia można wyeliminować. Prawdopodobnie niektóre aspekty cierpienia są na tyle osobiste i indywidualne, że hospicjum nie może uzyskać tu widocznego wpływu. Jednak pomimo tego, wysoki poziom zadowolenia z opieki hospicyjnej wskazuje, że, niezależnie od przeżywanego cierpienia, rodzice uzyskiwali korzyści i byli za nie wdzięczni.

Brak jest pełnych danych na temat aktualnego stanu opieki paliatywnej nad dziećmi w Europie. Opublikowano zaledwie kilka raportów z Białorusi, Grecji, Polski, oraz Wielkiej Brytanii. Pierwsze badanie stanu opieki paliatywnej nad dziećmi w Europie przeprowadzono w 1999 roku podczas I Europejskiego Kursu Opieki Paliatywnej nad Dziećmi, a wyniki opublikowano w European Journal of Palliative Care.

Badanie przeprowadzono w 2001 roku podczas II Europejskiego Kursu Opieki Paliatywnej nad Dziećmi. Zastosowano własny kwestionariusz, który zawierał 14 następujących pytań:

- Jaki przybliżony odsetek dzieci umierających z powodu chorób nowotworowych w Pana kraju umiera w szpitalu, a jaki w domu?
- Ile zespołów (hospicjów) świadczy domową opiekę paliatywną dla dzieci w Pana kraju?
- Ile hospicjów świadczy stacjonarną opiekę dla dzieci w Pana kraju?
- Ile szpitali dziecięcych posiada oddziały lub zespoły opieki paliatywnej nad dziećmi w Pana kraju?
- Czy istnieją jakieś inne instytucje (lub modele) zapewniające opiekę paliatywną dzieciom w Pana kraju? Proszę je wymienić.
- Jaki odsetek populacji Pana kraju ma dostęp do świadczeń w zakre-



**Tabela 6. Zmiany w działalności hospicjum zaproponowane przez rodziców**

Propozycje zmian	Liczba respondentów
Dotyczące zespołu: 1. Zwiększenie liczby pracowników, lekarzy i pielęgniarek* 2. Zmiana psychologa* 3. Ponowne zatrudnienie psychologa, który odszedł z hospicjum 4. Bliższy kontakt z lekarzem hospicjum 5. Lepsza współpraca pomiędzy onkologami i lekarzami hospicjum 6. Jedna z pielęgniarek powinna być bardziej rozmowna, ponieważ wprowadza przygnębiającą atmosferę*	3 2 1 1 2 1
Dotyczące organizacji: 1. Rozpoczęcie opieki hospicyjnej w szpitalu przed wypisaniem dziecka do domu 2. Wizyty domowe u rodzin po śmierci dziecka* 3. Organizowanie pomocy w ten sposób, żeby rodzice mieli więcej czasu dla siebie* 4. Organizacja hospicjum stacjonarnego, gdzie rodzice mogliby zostawić dziecko na kilka dni, żeby odpocząć	1 2 2 1
Dotyczące informowania: 1. Więcej informacji w prasie, gdzie znajduje się hospicjum* 2. Więcej ludzi powinno wiedzieć o hospicjum* 3. Delikatniej należy uświadamiać rodzicom, że życie ich dziecka się kończy	1 1 1
Dotyczące infrastruktury: 1. Poprawa warunków lokalowych hospicjum* 2. Zakup następnego samochodu*	1 1
Dotyczące filozofii: 1. Zbyt sztywne zasady opieki hospicyjnej	1
Nierealistyczne: 1. Umiejętność czynienia cudów 2. Sprawienie, by udział w spotkaniach grupy wsparcia w żałobie był łatwiejszy	1 1

\* Zmiany, które zostały już wprowadzone do działalności hospicjum

- sie domowej opieki paliatywnej nad dziećmi?
- Jak mógłby Pan opisać aktualną sytuację opieki paliatywnej nad dziećmi w swoim kraju?
- Czy rząd Pana kraju wprowadził narodowy program opieki paliatywnej nad dziećmi?
- Czy zalecenia WHO „Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children” zostały przetłumaczone i są dostępne w języku narodowym?
- Jakie są główne przeszkody w rozwoju programów opieki paliatywnej nad dziećmi w Pana kraju?

- Proszę opisać poziom leczenia bólu nowotworowego u dzieci w Pana kraju – jest zadowolający czy niezadowolający?
- Ile instytucji prowadzi programy wsparcia w żałobie po stracie dziecka w Pana kraju?
- Czy podyplomowe programy edukacyjne w dziedzinie opieki paliatywnej nad dziećmi są dostępne dla pracowników służby zdrowia w Pana kraju?
- Co, Pana zdaniem, jest najważniejsze w celu poprawy obecnej sytuacji opieki paliatywnej nad dziećmi w Pana kraju?

Kwestionariusz został wypełniony przez lekarzy i pielęgniarki zaangażowane w opiekę paliatywną nad dziećmi. Uzyskano dane z 24 krajów. Dane z 17 krajów zebrano w 2001 roku podczas II Europejskiego Kursu Opieki Paliatywnej nad Dziećmi. Pozostałe 7 kwestionariuszy otrzymano w roku 2002 od osób zaangażowanych w opiekę paliatywną nad dziećmi z Czech, Francji, Hiszpanii, Izraela, Mołdawii, Szwajcarii i Włoch.

Odsetek dzieci umierających z powodu chorób nowotworowych w szpitalu i w domu różnił się istotnie w poszczególnych krajach. Na podstawie miejsca śmierci można wyróżnić trzy grupy:

- Zorientowane na szpital: Belgia, Czechy, Grecja, Holandia, Izrael, Łotwa, Polska, Słowacja, Słowenia, Węgry i Włochy.
- Zrównoważone (bez wyraźnej tendencji): Białoruś, Estonia, Islandia, Mołdawia, Niemcy i Szwajcaria.
- Zorientowane na dom: Albania, Bułgaria, Francja, Rumunia i Wielka Brytania.

Domowa opieka paliatywna jest dostępna dla całej populacji tylko na Białorusi i w Wielkiej Brytanii. W innych krajach (z wyjątkiem Islandii, Łotwy i Polski) większość populacji nie ma dostępu do tego rodzaju świadczeń.

Hospicja zapewniające dzieciom opiekę stacjonarną nie istnieją lub są bardzo rzadkie we wszystkich krajach z wyjątkiem Wielkiej Brytanii. Oddziały lub zespoły opieki paliatywnej w szpitalach dziecięcych istnieją na Białorusi, w Belgii, Bułgarii, Estonii, Grecji, Islandii, na Łotwie, Węgrzech i we Włoszech.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Interpretacja uzyskanych danych jest trudna z powodu braku definicji i standardu określających szpitalny oddział lub zespół opieki paliatywnej dla dzieci. Oddziały szpitalne, na których dzieci umierają, nie powinny być automatycznie określane jako oddziały opieki paliatywnej. Autor osobiście odwiedził tylko jeden oddział opieki paliatywnej nad dziećmi w Budapeszcie na Węgrzech.

Inne formy (modele) opieki obejmują tzw. stacjonarną opiekę wspierającą (ang. *respite care*) w Holandii, Niemczech i Wielkiej Brytanii; pielęgniarki ambulatoryjne w Szwajcarii; oraz wydzielone pomieszczenia dla dzieci w hospicjach stacjonarnych dla dorosłych w Polsce (Myślowice, Poznań).

Aktualny stan opieki paliatywnej nad dziećmi został scharakteryzowany przez znaczną część respondentów jako nierozwinięty, niewystarczający, słaby lub nieistniejący. Tylko w Wielkiej Brytanii został określony jako dobrze rozwinięty, a we Francji jako dosyć dobry. Żaden z rządów w badanych krajach nie wprowadził narodowego programu opieki paliatywnej nad dziećmi. Zalecenia WHO „*Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children*” są dostępne w językach narodowych na Białorusi, Łotwie, w Hiszpanii, Islandii, Izraelu, Niemczech, Polsce, Wielkiej Brytanii i Włoszech.

Przeszkody we wprowadzaniu programów opieki paliatywnej nad dziećmi obejmują: brak funduszy, refundacji, brak świadomości, brak współpracy między hospicjami a pediatrami, postawy lekarzy, brak personelu, duże odległości, brak programów rządowych i wsparcia ze strony rządu oraz brak edukacji.

Skuteczność leczenia bólu nowotworowego została określona jako zadowalająca w Bułgarii, Estonii, Francji, Islandii, Holandii, Słowacji, Słowenii, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii, na Łotwie i Węgrzech. Natomiast jako niezadowalająca w Albanii, Białorusi, Belgii, Czechach, Grecji, Hiszpanii, Izraelu, Mołdawii, Niemczech, Polsce, Rumunii, Włoszech i na Ukrainie.

Z wyjątkiem Polski i Wielkiej Brytanii, istnieje zaledwie kilka programów wsparcia w żałobie dla rodziców zmarłych dzieci w pozostałych krajach. Programy kształcenia podyplomowego dla pracowników służby zdrowia są dostępne tylko

**Opieka paliatywna jest całościową (holistyczną) i wielospecjalistyczną opieką w daleko zaawansowanym okresie choroby przewlekłej, obejmującą wszystkie potrzeby chorego. Jej celem nadrzędnym jest poprawa jakości życia chorego przez łagodzenie dolegliwości, a także przez niesienie szeroko pojętej pomocy psychologicznej, duchowej i środowiskowej.**

w Bułgarii, Białorusi, Czechach, Izraelu, Łotwie, Polsce, Rumunii i Wielkiej Brytanii.

W celu poprawy aktualnej sytuacji opieki paliatywnej nad dziećmi, respondenci postulowali potrzebę narodowych programów polityki zdrowotnej, ocenę istniejących potrzeb, zmianę postaw lekarzy, programy edukacyjne, zwiększenie świadomości społeczeństwa i polityków oraz rozwiązanie problemów finansowych.

Mimo, że uzyskane wyniki dotyczą tylko 24 krajów europejskich, można przyjąć, że opieka paliatywna

nad dziećmi jest dobrze rozwinięta tylko w Wielkiej Brytanii (być może także we Francji, chociaż uzyskane informacje nie są pełne), natomiast niewystarczająca we wszystkich pozostałych. Interesującym fenomenem jest sprawny system opieki domowej na Białorusi, który obejmuje cały kraj. Ponieważ opieka domowa jest najbardziej odpowiednim i zalecanym modelem opieki paliatywnej, dlatego dalsze wysiłki edukacyjne i organizacyjne powinny koncentrować się właśnie na niej.

Wydaje się oczywiste, że brytyjskie doświadczenia i wiedza powinny stanowić punkt wyjścia dla dalszego rozwoju opieki paliatywnej nad dziećmi w Europie. Najważniejsze dziedziny, które zostały dobrze rozwinięte w Wielkiej Brytanii to filozofia hospicyjna i ocena potrzeb, etyka wyczoływania się z leczenia przedłużającego życie<sup>12</sup> oraz podstawowe definicje i modele opieki. Problemem praktycznym pozostaje kwestia rozpowszechnienia tej wiedzy oraz sposób zastosowania jej w innych krajach, posiadających różne systemy ochrony zdrowia, tradycje i kultury.

Zespół opieki paliatywnej to jedna całość i psycholog jako jego członek ściśle współpracuje z innymi w celu podniesienia jakości życia odchodzącym, jak i ich najbliższym. Obecność i towarzyszenie jest podstawową usługą względem odchodzących i jest zadaniem, które w różnym zakresie spoczywa na wszystkich członkach zespołu. W hierarchii ważności hospicjum na pierwszym miejscu są pacjenci, potem pielęgniarki, a na końcu lekarze. Najważniejsi są jednak chorzy, także dlatego, że oni najwięcej z siebie dają, personel zaś z tego najwięcej korzysta, uczy się od nich. Żeby zrozumieć, trzeba doświadczyć, trzeba w hospicjum przebywać.<sup>13</sup> W tym spotkaniu rodzi się prawda.

<sup>12</sup> H. Bortnowska [red.], *op. cit.*, s. 288.



# Aspekty etyczne i wątpliwości współczesnej transplantologii



Śmierć mózgowa stanowi obecnie okoliczność uprawniającą do pobrania narządów za zgodą rodziny. Mimo ponad czterdziestoletnich badań w tym zakresie, definicja śmierci mózgowej nadal pozostawia wiele wątpliwości.

Rodzi to wiele pytań natury etycznej – w świetle aktualnych doniesień nikt nie jest w stanie stwierdzić całkowicie na pewno, czy pobieranie organów nie jest uśmiercaniem żywego człowieka.

**D**efinicja i nazwa przetrwałego stanu wegetatywnego (PSW) pojawiły się za sprawą Jennetta i Plum'a w 1972 roku<sup>1</sup>. Definicja sformułowana przez tych autorów miała ujmować PSW od strony behawioralnej, czyli opisywać stan chorego z punktu widzenia zewnętrznego obserwatora. Określała ona stan wegetatywny jako ten, w którym chory, po przebytej śpiączce, zaczyna otwierać oczy i pojawia się u niego cykl „snu i czuwania”. Jennett i Plum nie powstrzymali się jednak od dołączenia do swojej definicji szeregu twierdzeń na temat subiektywnej świadomości chorego. Uznali oni, że chory w SW nie daje oznak behawioralnych posiadania świadomości siebie i otoczenia i dlatego można uznać, że jej nie ma. Z tego powodu bywają oni oskarżani o przeszmuglowanie do debaty na temat SW pewnych z góry przyjętych założeń, nie mających uzasadnienia merytorycznego, takich jak to, że chorzy w SW nie mają świadomości, że nie czują bólu, jak i to, że jeśli dojdzie do wytworzenia się stanu przewlekłego, czyli PSW, to jest stanem nieodwracalnym, a jego diagnoza może być pewna i godna zaufania.

### Wprowadzenie jednostki chorobowej o nazwie „stan minimalnej świadomości”.

Przez okres ponad dwudziestu lat od ukazania się pracy Jennetta i Plum'a z 1972 roku, w praktyce szpitalnej przyjmowano te twierdzenia za pewnik. Dopiero badania z lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, przeprowadzone pod kierunkiem

Andrews<sup>2</sup>, Childs<sup>3</sup> i Giacino wykazały, że prawie 40% procent chorych było mylnie diagnozowanych i że mieli oni niekiedy zachowany znaczny poziom świadomości. Od pewnego czasu widać wyraźne przyspieszenie badań nad stanem świadomości u osób z jej zaburzeniami. W 2002 wyodrębniono zespół chorobowy o nazwie i stanie świadomości minimalnej (SMS)<sup>4</sup>. Rozwijają się też techniki terapeutyczne, stosowane z powodzeniem wobec osób z uszkodzeniem mózgu.

### Konsekwencje stawiania błędnych diagnoz PSW

Panowanie przekonania, że wszyscy chorzy w PSW są nieświadomi, zanim jeszcze nauczono się odróżniać ten stan od stanu świadomości minimalnej, oznaczało, że przez dziesiątki lat liczni chorzy w stanie świadomości minimalnej cierpieli z powodu nieodpowiedniego traktowania przez opiekujących się nimi personel. Tak bardzo sugerowano się definicją i jej interpretacją stanu wegetatywnego jako stanu całkowitej nieświadomości chorego, że ignorowano fakty temu przeczące. Opóźniło to również rozwój diagnostyki i technik rehabilitacyjnych, możliwych do zastosowania wobec chorych w PSW.

### Status prawny chorych w PSW

Ważną sprawą jest wypracowanie właściwego podejścia do chorych w PSW. Rośnie zrozumienie wśród

lekarzy, że nikt z nas nie ma bezpośredniego wglądu w świadomość drugiego człowieka, że świadomość jest czymś stopniowalnym i że procesy regeneracyjne w mózgu umożliwiają wielu chorym odzyskiwanie świadomego kontaktu z otoczeniem. Tymczasem nadal można, w wielu krajach, zgodnie z prawem i ustalonymi procedurami, skazywać ich na śmierć wskutek zaprzestania ich karmienia i podawania im napojów. Można też nie leczyć ich chorób i w ten sposób doprowadzać ich do zgonu. Są to formy eutanazji, teoretycznie prawie nigdzie, poza krajami Beneluksu, niedopuszczalnej i nielegalnej. Są też tacy autorzy, którzy uważają, że chorzy w PSW mogą być dawcami narządów do przeszczepu.

### Problemy związane z terminologią

Nie udaje się załatwić sprawy terminologii<sup>5</sup>. Okreslenia typu „trwale warzywa” czy nawet „stan wegetatywny” budzą sprzeciw ze strony krewnych pacjentów tak nazywanych, ponieważ, ich zdaniem, brzmią obraźliwie. Mogą one być źródłem dodatkowych cierpień dla tych pacjentów. Propozycje zmiany nazwy „stan wegetatywny” na inną, bardziej adekwatną do ich sytuacji zdrowotnej, nie zostały jednak zaakceptowane.

### Stan świadomości u chorych w PSW i SMS

W dyskusji na temat statusu chorych z uszkodzeniem mózgu mocno

<sup>1</sup> B. JENNETT, F. PLUM, „Persistent Vegetative state after brain damage: a syndrome is search of name”, *Lancet*, 1972, 1, ss. 734-737.

<sup>2</sup> K. ANDREWS, L. MURPHY, R. MUNDAY, C. LITTLEWOOD, „Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study at the rehabilitation unit”, *BMJ* (6 July) 1996, 313, ss. 13-16.

<sup>3</sup> N. CHILDS, W. N. MERCER, H. W. CHILDS, „Accuracy of diagnosis the persistent vegetative state”, *Neurology* 1993, 43, ss. 1465-1467.

<sup>4</sup> J. T. GIACINO, S. ASHWAL, N. CHILDS i wsp.: „The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria”, *Neurology*, 2002, 58, s. 352

<sup>5</sup> D. A. SILVERMAN, „The ABC of PVS. Problems of definition”, w: *Proceedings of the IV International Symposium on Coma and Death, held March 9-12, 2004, in Havana, Cuba*, (Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 2004), s. 226.

<sup>6</sup> K. ANDREWS, „Vegetative state – background and ethics”, *JR Soc. Med.*, 1997, 90, s. 593



skupiono się na problemie świadomości. Jej posiadanie lub nieposiadanie milcząco uznano za równoznaczne z faktem bycia lub niebycia osobą ludzką. Wielu autorów uznaje, że im niższy jest stopień świadomości pacjenta, tym niższy jest stopień jego praw. Rozumowanie to prowadzi w konsekwencji do wniosku, że całkowity brak świadomości oznacza utratę cech osobowych i kwalifikuje pacjentów do zaprzestania podawania im pokarmu i wody. Tymczasem najnowsze badania za pomocą ERP, PET i f-MRI wykazały, że świadomość można stwierdzić u osób uważanych za przypadki PSW, a więc za osoby nieświadome, u których nie ma zachowanej praktycznie żadnej stwierdzalnej motoryki ciała.

Pytanie o to, czym jest świadomość i jakie ma ona znaczenie dla faktu bycia człowiekiem, jest pytaniem ważnym nie tylko dla medycyny. Poznanie fizjologii mózgu oraz rozwój neuropsychologii i psychologii kognitywnej dają nam coraz większy wgląd w mechanizmy formowania się i funkcjonowania świadomości. Jednak pytanie o to, co określa nasze człowieczeństwo wykracza poza teren medycyny i jest ze swej natury pytaniem filozoficznym. W dyskusji na temat świadomości i jej relacji do osoby ludzkiej jedną z możliwości jest odwołanie się również do tradycji filozoficznej reprezentowanej przez Arystotelesa i św. Tomasza z Akwinu. Zgodnie z jej założeniami jedynym obiektywnym kryterium człowieczeństwa jest bycie jednostką, która jest członkiem gatunku *Homo sapiens*, co można też wyrazić jako postulat bycia po prostu żywym, zintegrowanym organizmem ludzkim. Oznaczałoby to zaakceptowanie zasady, że człowiek jest człowiekiem, tak długo, jak długo żyje jego ciało (jego organizm), niezależnie od stanu jego świadomości czy kontaktu z otoczeniem.

## Wprowadzenie kryteriów neurologicznych śmierci człowieka

Dla medycyny pytanie o naturę świadomości i jej relację do osoby ludzkiej stało się szczególnie istotne od momentu, gdy Komitet Harvardzki w 1968 r. uznał wystąpienie u chorego nieodwracalnej śpiączki połączonej z bezdechem, za równoznaczne z jego śmiercią<sup>7</sup>. Stwierdzenia takie jak to, że „dusza mieszka w mózgu” i że „człowiek umiera dwa razy” ponieważ „najpierw umiera jego mózg a potem reszta ciała”, które padają z ust lekarzy w czasie dyskusji na temat śmierci mózgowej, są przykładami myślenia filozoficznego (dokładniej – kartezjańskiego), nie zaś medycznego, które powinno odwoływać się wyłącznie do empirii. Myślenie to cechuje podkreślanie dualizmu ciała i umysłu oraz pozornie zdroworozsądkowa skłonność do lokalizowania umysłu oraz „człowieczeństwa” czy też „cech osobowych” jedynie w mózgu człowieka.

## Różne sposoby rozumienia znaczenia terminu ŚM

W dyskusji na temat śmierci człowieka teoretyczne uzasadnienie utożsamienia śmierci jednego narządu, jakim jest mózg, ze śmiercią człowieka, może mieć trojaki charakter. Może być ono socjologiczne, psychologiczne lub biologiczne. W pierwszym przypadku śmierć byłaby powodowana spełnieniem pewnych kryteriów, wynikających z umowy społecznej; w drugim – śmierć oznaczałaby nieodwracalną utratę świadomości a wraz z nią – cech osobowych, do których posiadania konieczny jest sprawnie

<sup>7</sup> H. K. BEICHNIG i wsp., „A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death”. *JAMA*, 1968, 205 (6), ss. 337-340 (85-88).

działający mózg, w trzecim zaś – śmierć oznaczałaby utratę fizjologicznej jedności organizmu i kres jego istnienia<sup>8</sup>. Oficjalne uzasadnienie słuszności koncepcji śmierci mózgowej odwołuje się tylko do tego trzeciego rozumienia śmierci mózgowej, tj. uznano, że śmierć mózgowa jest tożsama ze śmiercią biologiczną organizmu. Fakt ten nie oznacza, że wszyscy tak rzeczywiście myślą. Prawie 1/3 członków zespołów transplantacyjnych, pobierających narządy do przeszczepu, uważa, że dawca jeszcze żyje w momencie, gdy narządy są pobierane<sup>9</sup>. Również około 1/3 anestezjologów w Wielkiej Brytanii podaje dawcom podczas operacji pobrania narządów środki znieczulające w przekonaniu, że mogą oni odczuwać ból<sup>10</sup>.

## Problem braku jednolitych kryteriów diagnostycznych ŚM

Nie ma ujednoczonej definicji śmierci mózgowej ani kryteriów diagnostycznych dla jej orzekania<sup>11</sup>. Oznacza to, że pacjent o identycznych parametrach fizjologicznych, w zależności od miejsca i kraju, może mieć status prawny obywatela, bądź już tylko zwłok ludzkich. W Polsce, podobnie jak w większości innych krajów, nauką prawnomocność teorii śmierci mózgowej opiera się na założeniu, że diagnoza śmierci mózgowej oznacza najpierw

<sup>8</sup> D. A. SHEWMON, „The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating the “Brain Death” with Death”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 2001, 26, 5.

<sup>9</sup> M. POTTS, P. A. BYRNE, R. NILGES, „Beyond Brain Death. The Case Against Brain Based Criteria for Human Death”, (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001).

<sup>10</sup> D. BELL, E. MOSS, P. G. MURPHY, „Brainstem death testing in the UK – time for reappraisal?”, *British Journal of Anaesthesia*, 2004, 92, (5), ss. 633-640.

<sup>11</sup> C. J. DOIG, E. BURGESS, „Brain death: resolving inconsistencies in the ethical declaration of death”, *Canadian Journal of Anesthesia*, 2003, 50, 7, ss. 725-731.

śmierć mózgu jako całości, a to ma z kolei oznaczać śmierć organizmu, również jako całości fizjologicznej, a tym samym śmierć osoby ludzkiej. Uzasadnienie takie zostało zawarte w przepisach wykonawczych do stosownych ustaw sejmowych<sup>12</sup> oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej i dokumentach Poltransplantu. Zgodnie z zapisami zawartymi w tych dokumentach, od momentu postawienia diagnozy ŚM ciało pacjenta nazywane jest zwłokami i ustaje wobec niego obowiązek terapeutyczny. Pacjent staje się „zwłokami z bijącym sercem”.

### Stan somatyczny chorych z diagnozą ŚM

Wielu autorów dowodzi jednak, że organizm chorych w stanie śmierci mózgowej jest zintegrowany, a więc żywy i podaje na to wiele argumentów<sup>13</sup>. Do najsilniejszych z nich należą przykłady chorych ciężarnych, będących w stanie ŚM, które były w stanie podtrzymać swoje dzieci w rozwoju i umożliwić im przyjscie na świat oraz przykłady dzieci, które normalnie rosły a nawet przechodziły wczesne etapy dojrzewania płciowego, cały czas będąc również w stanie śmierci mózgowej. Ciała chorych spełniających kryteria ŚM wykonują następujące czynności integrujące o charakterze holistycznym, czyli istotnym dla całego organizmu: krążenie, oddychanie (z pomocą respiratora), umożliwiające normalną absorpcję tlenu tkankach ciała i normalny przebieg procesów metabolicznych,

eliminacja szkodliwych produktów metabolizmu, działanie nerek, utrzymywanie równowagi energetycznej organizmu, które wymaga współpracy pomiędzy wątrobą, układem wewnątrzwydzielniczym, mięśniami i tkanką tłuszczową, podtrzymywanie temperatury ciała (choć często na niższym niż normalnie poziomie), gojenie się ran, odporność na infekcje i reagowanie na nie gorączką. Wszystkie te czynności ciała umożliwiają zachowanie w nim homeostazy. Znamionym jest reagowanie przez dawców pobudzeniem sercowo-naczyniowym i hormonalnym oraz ruchami ciała na chirurgiczne nacięcie powłok, co powoduje konieczność stosowania ich znieczulania i stosowania środków zwiotczających<sup>14</sup>.

### Stan mózgu chorych z diagnozą ŚM

Jeśli chodzi o stan samego mózgu, u znacznej części chorych będących w stanie, który umożliwiałby wysunięcie podejrzenia ŚM, można stwierdzić działanie kory mózgowej. Od 20% do 40% spośród pacjentów spełniających kryteria ŚM wykazuje aktywność mózgu w badaniach EEG<sup>15</sup> (niektóre typy badań EEG dają wyższe wyniki). Przynajmniej w niektórych przypadkach aktywność elektryczna mózgu jest podobna do tej, która występuje w czasie snu<sup>16</sup>. Sasaki i wsp. (1984), Barelli i wsp. (1990) oraz Machado i wsp. (1991) wykazali obecność wywoła-

nych potencjałów słuchowych u pacjentów z diagnozą ŚM.

Pomijanie badań EEG, potencjałów wywołanych i innych badań instrumentalnych przy diagnozowaniu ŚM trudno wobec tych faktów usprawiedliwić. U większości spośród tych pacjentów z objawami ŚM stwierdza się też przynajmniej jeden z objawów, takich jak: wydzielanie hormonów przez podwzgórze i przysadkę, działanie ośrodków temperaturowego lub działania ośrodków naczyńoruchowego w rdzeniu przedłużonym<sup>17</sup>.



### Problem właściwego doboru kryteriów diagnostycznych

Wydzielanie hormonów przez mózg oraz funkcjonowanie wyżej wymienionych ośrodków są działaniami o wielkim znaczeniu dla integracji somatycznej. Tymczasem objawy te pomija się przy orzekaniu śmierci mózgowej. Jest to dziwne, ponieważ stan ŚM ma oznaczać, zgodnie z jej oficjalną, biologiczną wykładnią, że integracji somatycznej w ciele dawcy nie ma. W takim razie badania pacjenta powinny być nakierowane właśnie na zagad-

<sup>12</sup> Załącznik do obwieszczenia Ministerstwa Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. (poz. 547), w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu.

<sup>13</sup> Szczególnie obszernie poruszył ten temat Shewmon w pracy: D. A. SHEWMON, "The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating the "Brain Death" with Death", *Journal of Medicine and Philosophy*, 2001, 26, 5.

<sup>14</sup> J. Hill, "Brain stem death: a United Kingdom anaesthetist's view", w: M. Potts, P. A. Barrie, R. Nilges, "Beyond Brain Death. The Case Against Brain Based Criteria for Human Death", (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001), s. 163. Hill powołuje się na: R. C. Weitz et. al, "Hemodynamic responses in brain dead organ donor patients", *Anesthesia and Analgesia*, 1985, 64, ss. 125-128.

<sup>15</sup> I. H. Kerridge i wsp., "Death, dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death", *J. Med. Ethics*, 2002, 28, s. 90.

<sup>16</sup> Halevy A. and Brody B., "Brain Death: Reconciling Definitions, Criteria, and Tests", *Annals of Internal Medicine*, 1993, 119, 6, ss. 519-525.

<sup>17</sup> C. J. Doe, E. Bura, "Brain death: resolving inconsistencies in the ethical declaration of death", *Canadian Journal of Anesthesia*, 2003, 50, 7, ss. 725-731.





nienie integracji jego ciała oraz na wykazanie nieobecności tych czynności mózgu, które takiej integracji mogą służyć. Tymczasem dowody istnienia integrującej czynności mózgu, w tym działania szczególnie ważnej hormonalnej osi podwzgórzowo-przysadkowej, są w tych badaniach pomijane i nie są zaliczane do kryteriów wykluczających ŚM<sup>18</sup>. Do kryteriów diagnostycznych ŚM zalicza się natomiast nieposiadanie świadomości, która nie jest niezbędna dla integracji organizmu oraz samodzielnego oddechu, który również nie jest do tego konieczny, skoro nie mają go pacjenci z wysokim uszkodzeniem rdzenia kręgowego

(URK), u których świadomość działa normalnie.

### **Zjawisko uogólnionego półcienia niedokrwiennego**

Wielu autorów podkreśla, że u chorych z podejrzeniem ŚM dochodzi najpierw jedynie do stopniowego wyłączenia się poszczególnych odruchów pniowych, wymagających sprawności złożonych połączeń synaptycznych w mózgu, co mylnie jest brane za dowód jego zniszczenia. Chodzi tu o zjawisko uogólnionego półcienia niedokrwiennego (GIP)<sup>19,20</sup>. GIP ma miejsce wtedy,

gdy perfuzja krwi w mózgu spada poniżej 35ml/100g/min., lecz jest wyższa niż krytyczny poziom 10ml/100g/min., przy którym dochodzi do martwicy tkanki mózgowej. Zmiany w mózgu towarzyszące wystąpieniu GIP są odwracalne nawet w 48 godzin i dłużej od momentu wystąpienia tego stanu, dzięki zachowaniu minimalnego poziomu ukrwienia mózgu. Istnienie jakiegokolwiek funkcji wewnątrzwydzielniczej mózgu świadczy zaś o tym, że jego tkanki nie zostały zniszczone, czyli że przepływ krwi przez mózg jest wyższy niż 10ml/100g/min., co długo zapewnia możliwość przetrwania jego tkanki neuronalnej.

<sup>18</sup> M. POPE, P. A. BERNI, R. NIGEL, "Beyond Brain Death. The Case Against Brain Based Criteria for Human Death", (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001).

<sup>19</sup> C. G. COIMBRA, *bmj.com*, 15 May 2002.

<sup>20</sup> C. G. COIMBRA, "Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death", *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 1999, 32, 1479, ss. 1479-1487.

## Wyniki badań sekcyjnych dawców diagnozą ŚM

Wyniki badań BBF u chorych spełniających kryteria ŚM są zgodne z badaniami sekcyjnymi (NINCDS Collaborative Study of Brain Death<sup>21</sup>), które wykazały, że tylko u 40% pacjentów, którzy spełniali kryteria pozwalające na wysunięcie podejrzenia ŚM, których poddano badaniu sekcyjnemu, uszkodzenia mózgu były znaczne, natomiast u 50% były one niewielkie, zaś u 10% nie dało się ich nacalnie stwierdzić. U 15% badanych pień mózgu był morfologicznie prawidłowy. Nawet jeśli arefleksja w obrębie głowy trwała 48 godzin, wynik badań sekcyjnych był bardzo podobny, natomiast badanie bezdechu trwające 4 minuty wywoływało powstawanie znacznych uszkodzeń.

## Szkodliwość badania bezdechu i postulat stosowania hipotermii terapeutycznej u chorych z urazem mózgu

Jest rzeczą niepokojącą, że ogół członków społeczeństw poszczególnych krajów, a nawet ich środowisk medycznych, nie jest poinformowany o tym, że stan chorych, określany jako umożliwiający wysunięcie podejrzenia, a potem stwierdzenie ŚM jest, według wielu autorów, odwracalny pod warunkiem szybkiego zastosowania łagodniej hipotermii oraz innych rodzajów terapii i nieprzeprowadzania próby bezdechu. Autorzy ci twierdzą, że w granicach od 60% do 70% przypadków u chorych w głębokiej śpiączce możliwa jest pełna rehabilitacja<sup>22</sup>, a więc ich

powrót do poprzednio wykonywanych zajęć.

## Hipoteza szoku rdzeniowego oraz szoku mózgowo-rdzeniowego

Stan chorych w ŚM od strony fizjologii ich ciała, czyli od strony somatycznej, zdradza wielkie podobieństwo do stanu somatycznego chorych z wysokim URK. Ewolucja stanu patofizjologicznego organizmu u pacjentów z objawami śmierci mózgowej jest niemal identyczna pod względem klinicznym z jej przebiegiem u chorych, u których doszło do przerwania rdzenia kręgowego na wysokości C3 i powyżej. Oba te zespoły można objąć wspólną nazwą „zespołu odłączenia”, który jest spowodowany przerwaniem kontaktu pomiędzy mózgiem a rdzeniem kręgowym, co powoduje ustanie modulującego wpływu mózgu na działanie rdzenia kręgowego. Ma to miejsce zarówno w przypadku ŚM jak i wysokiego URK. Objawy somatyczne oraz ich ewolucja są u chorych w ŚM oraz chorych z URK niemal identyczne. W takim razie wszelkie objawy somatyczne obserwowane u chorych w stanie ŚM, a przypisywane zniszczeniu mózgu, należy potraktować jako zmiany spowodowane przez przerwanie kontaktu pomiędzy rdzeniem kręgowym a mózgiem, a nie zniszczeniem tego ostatniego<sup>23</sup>.

Pojęcie szoku rdzeniowego wskazuje na to, że możliwe jest wyłączenia funkcji jakiejś części układu nerwowego, na przykład rdzenia kręgowego, na jakiś czas, a potem stopniowy powrót jego działania. Dlatego zanik działania jakiegokolwiek części układu nerwowego, nie powinien być utożsamiany z jego

zniszczeniem. Takiego utożsamienia dokonano jednak, w odniesieniu do mózgu, w Raporcie Komisji Harvardzkiej. Jeśli chodzi o problem szoku zachodzącego w układzie nerwowym, Talar<sup>24</sup> dokonuje istotnego uzupełnienia. Uważa on, że zjawisko szoku dotyczy nie tylko rdzenia kręgowego, lecz również samego mózgu. Autor ten twierdzi, że mózg może również czasowo wyłączyć swoją funkcję pod wpływem urazu, tak jak dzieje się to w przypadku uszkodzeń rdzenia kręgowego, aby potem podjąć ją na nowo. Okres wyłączenia funkcji mózgu może trwać znacznie dłużej niż w przypadku rdzenia kręgowego, ale analogia wydaje się tu prawdopodobna. Teoria szoku mózgowego może wytłumaczyć przypadki niemal błyskawicznego, t.j. w okresie rzędu dni, powrotu do świadomości zdrowia niektórych pacjentów, u których stwierdzono objawy zgodne z kryteriami śmierci mózgowej. Zjawiska tego nie może wyjaśnić w pełni nawet skądinąd coraz lepiej rozumiany fakt, że układ nerwowy cechuje plastyczność i że podlega on procesom regeneracyjnym.

## Postulat rezygnacji z zasady martwego dawcy

Wydaje się, że kryteriów mózgowych śmierci człowieka nie da się obronić na dłuższą metę. Ich krytyka może wynikać, m.in. z powodów moralnych, braku zgody na pobieranie narządów do przeszczepu od osób jeszcze żyjących. Może jednak być powodowana właśnie chęcią zwiększenia ilości pobieranych do przeszczepu narządów. Niektórzy autorzy uważają, że można by

<sup>21</sup> The NINCDS Collaborative Study of Brain Death. U.S. Department Of Health And Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health. NIH Publication No.81-2286, December 1980. NINCDS Monograph No. 24.

<sup>22</sup> N. HAYASHI, T. HIRAYAMA, A. UJIICAWA, "The cerebral thermo pooling and hypothermia treatment of critical head injury patients", w: Nagai et al. (eds.), *Intercranial Pressure IX*, 1994, Springer Verlag, Tokyo, ss. 589-590.

<sup>23</sup> D. A. SHEWMON, "Spinal shock and "brain death": Somatic pathophysiological equivalence and implications for the integrative unity rationale", *Spinal Cord*, 1999, s. 37.

<sup>24</sup> J. TALAR, „Śmierć mózgu porażowa a mózgowy szok mózgu – dylematy rehabilitacji”, [w:] „170-lecie Uzdrowiska Ciechocinek. Materiały konferencyjne pod redakcją Szymona Kubiaka – 24 czerwca 2006”, (Wrocław: Oficyna Wydawnicza Włocławskiego Towarzystwa Naukowego LEA, 2006).



pobierać narządy od wszystkich osób, które wyraziłyby na to zgodę w sposób świadomy i dobrowolny, jeśli działanie to nie wyrządzało- by im znaczniejszej szkody. Troug twierdzi, że wobec zapotrzebowania na narządy do przeszczepu, jest to konieczne, ponieważ „kon- cepcja śmierci mózgowej nie daje się uzgodnić z żadnym spójnym biologicznym czy też filozoficznym rozumieniem śmierci”<sup>25</sup> i sama jest rodzajem umowy społecznej, takim samym, jakim byłaby zgoda na po- bieranie narządów od znieczulo- nych, żyjących jeszcze dawców, któ- rzy przedtem wyrazili na to zgodę.

Liczni autorzy odnoszą się z rezer- wą do samej teorii śmierci mózgowej oraz do procedur, które towarzyszą jej orzekaniu. Autorzy ci twierdzą, że ciała pacjentów w ŚM są ży- we<sup>26</sup>,<sup>27</sup>. W większości zgadzają się też z poglądem, że stosowanie ba- dania bezdechu w trakcie orzekania ŚM wobec chorych zagrożonych obrzękiem mózgu powoduje dalsze uszkodzenie mózgu i dlatego nie tyle weryfikuje, co wywołuje uszko- dzenie mózgu<sup>28</sup>. Podobnie należy ocenić niestosowanie czasowego schłodzenia całego ciała pacjenta zagrożonego obrzękiem mózgu. Hi- potermia jest metodą, która w spo- sób najbardziej efektywny chroni mózg pacjenta przed możliwością powstania obrzęku. Jej zaniechanie może być powodem wytworzenia

się u chorego z przebyłym urazem mózgu zmian nieodwracalnych<sup>29</sup>.

### Regulacje prawne odnośnie do stawiania diagnozy ŚM

Regulacje prawne, które obo- wiązują w większości krajów świata cechuje brak poszanowania przeko- nań religijnych, światopoglądowych i etycznych przynajmniej tej części społeczeństw tych krajów, która nie uznaje ŚM za śmierć człowieka. Dlatego, zdaniem wielu autorów, należałoby zmienić przepisy prawa w tych krajach tak, aby przekonania obywateli, którzy nie zgadzają się z koncepcją śmierci mózgowej oraz pobieraniem narządów od daw- ców z niebijącym sercem, zostały uszanowane. Modelowe są tu roz- wiązania zawarte w prawie japoń- skim<sup>30</sup> oraz rozwiązania obowiązujące w stanach New Jersey i New York w Stanach Zjednoczonych<sup>31</sup>, gdzie nie wolno postawić diagnozy ŚM osobie, która nie uważa ŚM za śmierć człowieka. W celu wprowa- dzenia takich rozwiązań konieczna jest publiczna debata na te tematy. Należy również odejść od zasady domniemanej zgody na pobieranie narządów do przeszczepu i zastąpić ją zgodą wyrażoną osobiście przez każdego w sposób pozytywny.

### Stanowisko Kościoła Katolickiego w sprawie PSW oraz ŚM

Zagadnienie statusu chorych w PSW i mających inne zaburzenia świadomości doczekało się oficjal-

nych orzeczeń ze strony Kościoła Katolickiego. W 2004 roku, na za- kończenie Kongresu Lekarzy Ka- tolickich w Rzymie papież Jan Pa- weł II<sup>32</sup> powiedział, m.in.: „Człowiek, nawet ciężko chory lub niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności, jest i zawsze pozostanie człowiekiem, nigdy zaś nie stanie się „rośliną” czy „zwierzęciem”. Tak- że i nasi bracia, którzy znajdują się w klinicznym stanie „wegetatyw- nym” w pełni zachowują swą ludzką godność. Nadal spoczywa na nich miłujące spojrzenie Boga, który postrzega ich jako swoje dzieci, po- trzebujące szczególnej opieki”.

Oznacza to, że długa batalia to- czona przez wielu ludzi o wypraco- wanie właściwego ujęcia teologicz- nego, dotyczącego sytuacji chorych w stanie wegetatywnym i stanach do niego zbliżonych, zakończyła się sukcesem. Inną rzeczą jest problem, na ile może się to przełożyć na po- lepszenie sytuacji tych chorych. Samo jasne określenie ich sytuacji od strony moralnej ma jednak wiel- kie znaczenie.

Podobne stanowisko Kościoła Katolickiego w sprawie koncep- cji śmierci mózgowej jeszcze nie istnieje<sup>33</sup>. W 1985 i 1989 roku Pa- pieska Akademia Nauk zajęła się tym samym tematem. W obu spo- tkaniach wziął udział Jan Paweł II, a razem z nim grupa wybitnych lekarzy, naukowców, filozofów i teo- logów. Papież Jan Paweł II postawił wówczas pytanie zawarte *implicitie* już w poprzednich dokumentach Kościoła na temat śmierci czło- wieka: „Na czym polega śmierć osoby ludzkiej?”. W dokumencie wyda- nym na zakończenie obu sesji zna-

<sup>25</sup> Troug odrzuca koncepcję śmierci mózgowej z pozycji zwolennika zwiększenia puli daw- ców do przeszczepów, które byłoby możliwe dzięki rezygnowaniu z niej, por.: R. D. TROUG, „Role of brain death and the dead donor rule in the ethics of organ transplantation”, *Critical Care Med.* 2003, 31, No 9, 2003, ss. 2391-2395.

<sup>26</sup> D. A. SHEWMON, „The Brain and Somatic Inte- gration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating the “Brain Death” with Death”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 2001, 26, 5.

<sup>27</sup> R. D. TROUG, „Brain Death - Too Flawed to En- dure, Too Ingrained to Abandon” *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2007, 35 (2), s. 276

<sup>28</sup> C. G. COIMBRA, „Implications of ischemic pe- nibra for the diagnosis of brain death”, *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 1999, 32, 1479, ss. 1479-1487.

<sup>29</sup> *Ibid.*

<sup>30</sup> M. МОИОКА, „Reconsidering Brain Death: A Lesson from Japan’s Fifteen Years Of Expe- rience”, *Hastings Center Report* 2001, 31, no. 4, ss. 41-46.

<sup>31</sup> A. M. CAPRON, „Brain Death – Well Settled yet Still Unresolved”, *NEJM*, 2001, 344, ss. 1244-1246.

<sup>32</sup> JAN PAWEŁ II, Przemówienie do uczestni- ków kongresu „Terapie podtrzymujące życie a stan wegetatywny: postępy nauki i dylematy etyczne”, *L’Osservatore Romano* (6/2004).

<sup>33</sup> Dotychczasowe wypowiedzi Piusa XII, Jana Pawła II i Benedykta XVI na temat śmierci mózgowej uzależniają stanowisko Kościoła od zgodności opinii na ten temat w środowisku medycznym.

laża się odpowiedź zgodna z opinią większości środowisk medycznych, w której mówi się, że gdy „dojdzie do nieodwracalnego ustania wszystkich funkcji mózgu, nawet jeśli działanie serca i oddychanie (...) są sztucznie podtrzymywane”, wtedy śmierć może być stwierdzona<sup>34, 35</sup>.

Furton<sup>36</sup> pokreśla, że w Karcie Pracowników Służby Zdrowia wydanej w roku 1993 wyrażono podobną opinię<sup>37</sup>. Również Biesaga zauważa, że w Karcie Pracowników Służby Zdrowia stwierdza się, że „aby osoba była uważana za zmarłą, wystarczające jest stwierdzenie śmierci mózgowej dawcy, która polega na „nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu”. Po pewnym stwierdzeniu śmierci mózgu, to jest po należytej weryfikacji, można przystąpić do pobrania narządów<sup>38, 39</sup>”.

Jan Paweł II wypowiedział się w podobny sposób w trakcie Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie w 2000 roku: „W tym miejscu można orzec, że przyjęte w ostatnim okresie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, a mianowicie

całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii<sup>40</sup>.

Z drugiej strony, Jan Paweł II w 2003 roku, w swoim przesłaniu z okazji Światowego Dnia Chorych powiedział: „nie jest rzeczą moralnie akceptowalną powodować wprost okaleczenie ciała lub śmierć człowieka, nawet w celu opóźnienia śmierci innych osób<sup>41</sup>”. Warto zauważyć, że problemy moralne związane z pobieraniem narządów do przeszczepów zasygnalizował Jan Paweł II również 1995 roku w encyklice *Evangelium Vitae*. Papież napisał w niej, m.in.: „nie możemy też przemilczeć istnienia innych, lepiej zamaskowanych, ale nie mniej groźnych form eutanazji. Mielibyśmy z nimi do czynienia na przykład wówczas, gdyby w celu uzyskania większej ilości organów do przeszczepów przystępowały się do pobierania tychże organów od dawców, zanim jeszcze zostaliby uznani według obiektywnych i adekwatnych kryteriów za zmarłych<sup>42</sup>”.

Wszystkie te wypowiedzi Kościoła Katolickiego na temat śmierci mózgowej nie oznaczają więc, że jego aprobata śmierci mózgowej jako śmierci osoby ludzkiej jest tym samym ostateczna. Trzeba w tym miejscu zauważyć, że nigdy nie była ona wyrażona w formie, która oznaczałaby, że jest to nauczanie nieomyślne. Wręcz przeciwnie, nawet jeśli papież akceptuje „całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej” jako śmierć człowieka, to stosuje tu zwrot „nie wydaje się pozostawać w sprzeczności”, który wyraża warunkowy charakter całej wypowiedzi. Ten warun-

kowy charakter zgody na koncepcję śmierci mózgowej wynikał zapewne z tego, że, aby mieć w tej materii pewność moralną, należałoby być pewnym, że środowisko lekarskie jako całość nie zgłasza pod adresem koncepcji śmierci mózgowej większych zastrzeżeń. Tymczasem nie jest to prawdą. Brak zgodności opinii na ten tak ważny temat dał się zauważyć w trakcie konferencji organizowanych w Rzymie przez *Academia Pro Vita*, będącą jedną z agend Kościoła Katolickiego. Shea podkreśla, że papież Jan Paweł II na kilka miesięcy przed swoją śmiercią „otworzył na nowo debatę<sup>43</sup>” oraz, że „również papież Benedykt XVI nakazał podjąć na nowo tę debatę<sup>44</sup>”.

Jego wypracowanie jest na pewno czymś koniecznym. Zadanie to spoczywa oczywiście nie tylko na organizacjach religijnych, ale również na całych społeczeństwach poszczególnych krajów. Wszyscy musimy odpowiedzieć sobie na trudne pytania, związane z kwestią śmierci mózgowej czy też procedurami DCD. Brak odpowiedzi na te pytania może tylko odsunąć problemy, na które one wskazują i które będą czekały na swoje rozwiązanie. Rozwijająca się diagnostyka mózgu oraz nowe sposoby terapii podważają wiele z dotychczas obowiązujących pewników. Nowe metody leczenia, w tym regeneracja narządów, stają się obiecującymi kierunkami w medycynie, przy czym w przypadku mózgu, oznacza to również pewną rewolucję pojęciową. Niektóre zmiany w mózgu, uznawane dotychczas za nieodwracalne, mogą nie być takimi w dającej się przewidzieć przyszłości. Jak wielkie miałyby to znaczenie dla medycyny i samych chorych nie trzeba chyba nikogo przekonywać.

<sup>34</sup> Por. JAN PAWEŁ II, Discourse of John Paul II to the Participants of the Working Group, [w:] ROBERT J. WHITE, ed., Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death; 10 - 14 December 1989 (Vatican City: Pontifical Academy of the Sciences, 1992), xxvii. Reprinted as 'Determining the Moment When Death Occurs', *Origins*, January 11, 1990, 19, 126. Cf. *Evangelium vitae* (1995), n. 15.

<sup>35</sup> Papieska Akademia Nauk: Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci z 21.10.1985, [w:] K. SZCZYGIEL, red., *W trosce o życie*, ss. 453-454.

<sup>36</sup> E. J. FURTON, 'Brain Death, the Soul, and Organic Life', [Japan-Lifeissues.net] [ OMI Japan/Korea ] 28.11.2002.

<sup>37</sup> The Pontifical Council For Pastoral Assistance to Health Care Workers, "The Charter For Health Care Workers" (Vatican City: 1995) n. 87.

<sup>38</sup> T. BIESAGA, „Ewolucja definicji śmierci”, *Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo* 2006/03, 16.03.2006.

<sup>39</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: 'Karta Pracowników Służby Zdrowia' (Watykan: 1995) nr 87 27). JAN PAWEŁ II: „Do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie”, 29.08.2000. *L'Osserv. Rom.*, 2000, 228/11-12.

<sup>40</sup> *Ibid.*

<sup>41</sup> C. GLATZ, "Vatican resuscitates issue of whether brain death means total death", *Vatican Letter, Catholic News Service*, 2006, Sept. 15.

<sup>42</sup> JAN PAWEŁ II, "Evangelium Vitae", (Poznań: Księgarnia św. Wojciecha, 1995), s. 18.

<sup>43</sup> J. B. SHEA, "Cardiac arrest, brain death, and organ donation: the inconvenient truth", <http://www.thefreelibrary.com/Catholic+Insight/> Sept. 1, 2007.

<sup>44</sup> *Ibid.*



# Borelioza

## problemy z diagnostyką laboratoryjną

DR N. MED. EDYTA GAŁĘZIOWSKA  
FUNDACJA „BARTEK” NA RZECZ OSÓB Z BORELIOZĄ  
I INNYMI CHOROZAMI ODKLESZCZOWYMI

WWW.FUNDACJA-BARTEK.PL

### Strategia życiowa *Borrelia burgdorferi*

Bakteria wywołująca boreliozę jest patogenem wewnątrzkomórkowym. Z uwagi na różne środowiska życia (kleszcz i stałocieplny ssak), krętki, aby przeżyć, muszą się adaptować do odmiennych warunków bytowania. *Borrelia burgdorferi* (*Bb*) to jeden z największych krętków, a jego grubość porównać można do ludzkiego włosa. Ze względu na posiadanie własnego napędu, który tworzą połączone ze sobą wici, biegnące wzdłuż ciała, jest wyjątkowo ruchliwa; zarówno we krwi jak i w innych tkankach potrafi poruszać się doskonale. Utrzymanie spiralnego kształtu możliwe jest dzięki posiadaniu przez nią potrójnej ściany komórkowej. W porównaniu do innych bakterii, które potrzebują kilku-, kilkunastu- czy kilkudziesięciu minut, podział krętka boreliozy następuje bardzo powoli – szacuje się, że jest to 12-24 godz. Jest to o tyle ważne, że antybiotyki, działające na ścianę komórkową, mogą zniszczyć bakterię tylko podczas takiego podziału.

Bakteria, wywołująca boreliozę, jest najprawdopodobniej jedną z najstarszych filogenetycznie bakterii. Oznacza to, że w toku swego rozwoju tak udoskonalila mechanizmy przetrwania, że eliminacja jej z organizmu może być utrudniona lub wręcz niemożliwa. Te mechanizmy to wywoływanie immunosupresji, tolerancji immunologicznej, zmienność antygenowa, ukrywanie się wewnątrzkomórkowo oraz przebywanie w miejscach uprzywilejowanych immunologicznie.

Krętki *B. burgdorferi* charakteryzują się złożoną strukturą genetyczną – opisano u nich ponad 1500 sekwencji genowych i ponad 132 geny. Umożliwia to skuteczną adaptację *Bb* do organizmu ludzkiego i unikanie odpowiedzi immunologicznej poprzez strategię „skrytej patologii”, obejmującą, m.in. działanie immunosupresyjne, rozwój w różnych tkankach i zmienność antygenową. Atakując komórkę układu odpornościowego, powoduje zniszczenie jej ściany komórkowej, otacza się jej błoną komórkową, co sprawia, że *Borrelia* nie jest rozpoznawalna przez układ immunologiczny; ponadto posiada zdolność wykorzystywania płaszcza antygenowego ludzkich limfocytów B.

Strategia życiowa polegająca na omijaniu odpowiedzi immunologicznej organizmu przedkłada się

także na możliwości wykrycia jej metodami diagnostycznymi, opartymi o serologię. Odpowiedź immunologiczna jest odmienna od tej, którą obserwuje się w innych chorobach, a przede wszystkim powoduje, że testy, które ją oceniają, mogą okazać się zawodne w diagnostyce laboratoryjnej *Borrelia burgdorferi*.

Podstawową postacią bakterii jest ruchliwa forma spiralna, zwana krętkiem. W niesprzyjających warunkach krętki te przekształcają się w formy L, czyli formę sferyczną bez ściany komórkowej, które z kolei mogą się skupiać, tworząc tzw. cystę, która nie jest aktywna metabolicznie. Proces ten jest odwracalny, gdyż wszystkie formy zachowują możliwość transformacji. Formy L, pozbawione ściany komórkowej, a tym samym i antygenów, stają się niewidoczne dla układu odpornościowego, co powoduje spadek produkcji przeciwciał. Zarówno brak przeciwciał, jak i antybiotyków w tkankach sprzyja przekształceniu się form nieaktywnych, ukrytych w cystach, w formę krętka, a to prowadzi do rozprzestrzeniania się zakażenia w całym organizmie. Bakteria może także wytwarzać formy pęcherzykowate, zwane blebs, których znaczenie dla rozsiewania zakażenia nie jest do końca jasne.

Oprócz zmienności morfologicznej, bakteria wykształciła też

inny, niespotykany u pozostałych bakterii mechanizm obronny, tj. heterogeność i polimorfizm antygenów. Ma to bezpośredni wpływ na wytwarzane przez organizm przeciwciała. Ściana komórkowa bakterii posiada białka powierzchniowe Osp (OspA, OspB, OspC, VlsE). Ekspresja białek antygenowych ma miejsce już w momencie przechodzenia bakterii z kleszcza do ciała człowieka – ekspresja białek OspA i OspB jest bardziej wyrażona w czasie pobytu krętki w kleszczu, a OspC i VlsE – w organizmie ssaka.

Unikanie odpowiedzi immunologicznej organizmu człowieka poprzez zmiany antygenów powierzchniowych powoduje, że pojawiają się nowe antygeny, przeciwko którym nie zdążyły się jeszcze wytworzyć przeciwciała. Dodatkowo wcześniej wytworzone przeciwciała nie spełniają już swej funkcji ochronnej. Nowe antygeny pojawiają się i zanikają stale, co wynika z obranej strategii życiowej patogenu, pozwalającej przetrwać jej wiele lat w organizmie ssaka.

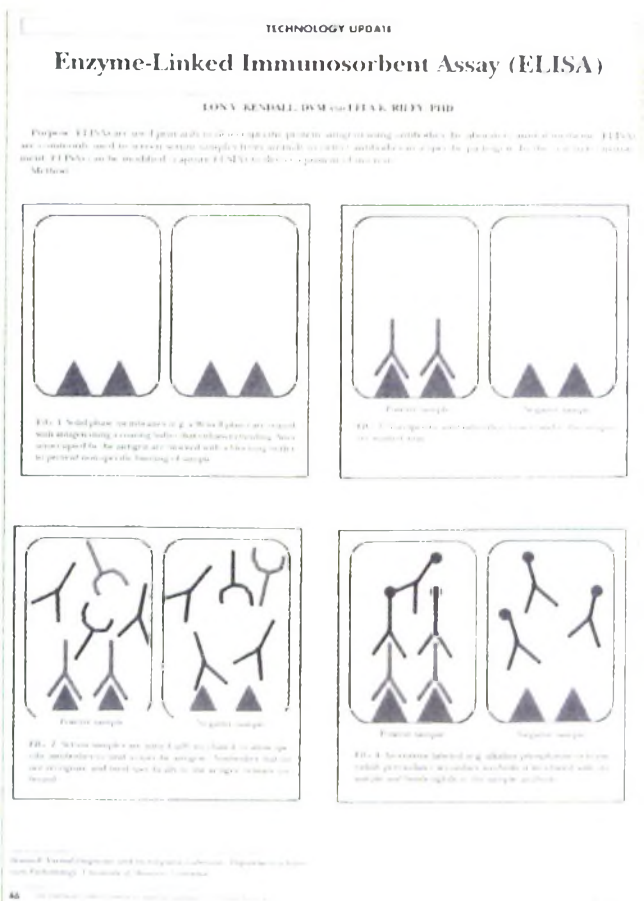
Początkowo układ immunologiczny rozpoznaje niewiele antygenów (m.in. p39, p58), jednakże wraz z upływem czasu odpowiedź się rozszerza i w późniejszych stadiach choroby produkowane są przeciwciała, skierowane przeciwko wielu antygenom (np. p83/100, p53, p43, p39, p30, p21, Osp17, pl4).

Antygenowość cyst różni się od antygenowości form wegetatywnych – cysty nie reagują z przeciwciałami przeciwko flagelinie. Jest prawdopodobne, że krętki w formie nieaktywnej, ale immunokompetentnej, są odpowiedzialne za stymulację antygenową, powodując objawy przewlekłej boreliozy; mogą być też przyczyną długich okresów latencji w przebiegu boreliozy.

Kolejny mechanizm, umożliwiający bakterii przetrwanie, to przebywanie w miejscach uprzywilejowanych immunologicznie. *Borrelia burgdorferi* bardzo szybko, w ciągu kilku dni od momentu wtargnięcia, rozprzestrzenia się w całym organizmie człowieka. Wynika to przede wszystkim z tego, iż zawiodą miejscowe mechanizmy obronne, a przeciwciała wytwarzają się z opóźnieniem. Bez większych trudności bakteria może więc dotrzeć tam, gdzie późniejsze przebywanie jest dla niej bezpieczne, bo odpowiedź immunologiczna jest znacznie utrudniona, a tym samym organizm nie jest w stanie jej rozpoznać i próbować zwalczyć. Takimi miejscami są, m.in. przestrzenie wewnątrzkomórkowe śródbłonka, fibroblasty, układ kostno-stawowy czy ośrodkowy układ nerwowy. Do tych miejsc trudniej docierają również antybiotyki, wobec czego istnieje ryzyko wznowy choroby, jeśli bakterie wydostaną się ze swego ukrycia; w takiej sytuacji mogą być wtedy produkowane przeciwciała, charakterystyczne dla wczesnego okresu choroby.

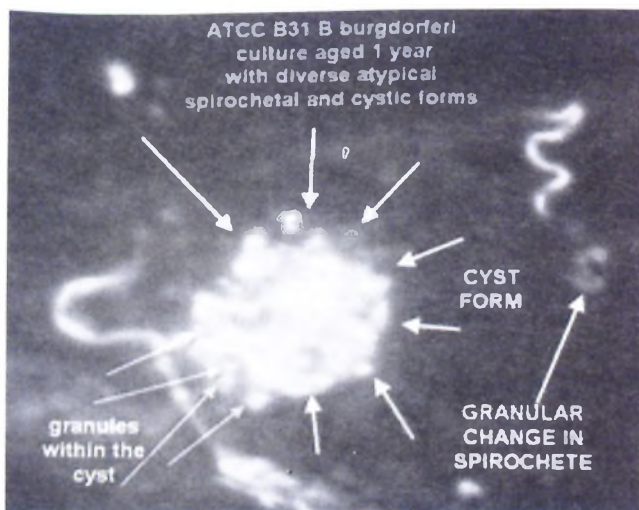
## Metody pośrednie, czyli jak ocenić odpowiedź immunologiczną organizmu

Nowoczesna diagnostyka serologiczna boreliozy powinna być procesem dwustopniowym. I etap to badanie skryningowe, które powinno być wykonywane testem serologicznym ilościowym, z antygenami II lub III generacji, o wysokiej czułości; nie są zalecane testy z antygenami I generacji. Antygeny II generacji są to izolowane, oczyszczone frakcje antygenowe, o większej swoistości, niż cała komórka bakteryjna lub jej sonikat, wykorzystywane jako antygeny I generacji. Z kolei antygeny III generacji to białka rekombinowane, otrzymywane drogą inżynierii genetycznej. W badaniu przesiewowym oznaczony zostaje poziom przeciwciał w klasie IgM i IgG. W założeniach test ten powinien charakteryzować się wysoką czułością i mniejszą swoistością, stąd wszystkie wyniki dodatnie lub wątpliwe powinny być zweryfikowane testem jakościowym Western blot, który z kolei powinien się odznaczać wysoką swoistością. Zgodnie z obowiązującymi polskimi wytycznymi (lecz w opozycji do standardów europejskich), po uzyskaniu negatywnego wyniku badania przesiewowego można zakończyć dalszą diagnostykę w kierunku boreliozy.



Elisa – zasada testu

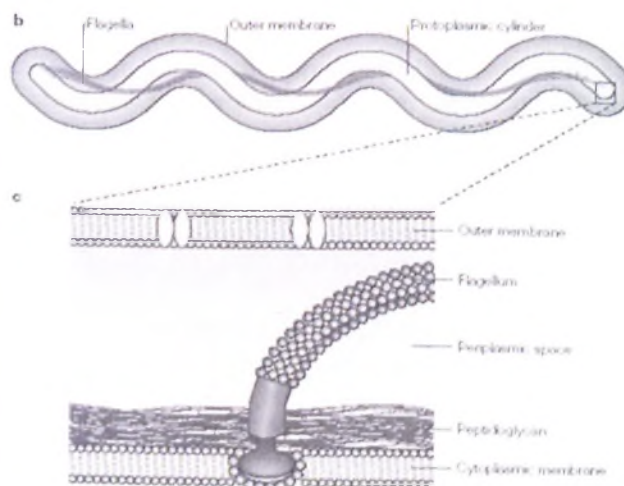




Różne formy bakterii Bb

Konieczność potwierdzenia ELISY wynika z możliwych reakcji krzyżowych, które dają wynik fałszywie dodatni. Taka reakcja może wynikać z innej infekcji, np. *Treponema pallidum*, *Ehrlichia*, zakażenia wirusami Herpes (szczególnie Epstein-Barr) i dotyczy zwłaszcza przeciwciał klasy IgM. Wymienione drobnoustroje posiadają antygeny, które występują także w krętku boreliozy, np.: p41, p58-60, p66, p68, p71, p73. Test Western blot eliminuje wyniki fałszywie dodatnie, gdyż poszukiwane nim antygeny są swoiste dla *Borrelia burgdorferi* - za wyjątkiem antygeny p41, tj. flageliny. Inną przyczyną wyniku fałszywie dodatniego mogą być hipergammaglobulinemie, tj. wysokie miana przeciwciał u chorych z chorobami autoimmunologicznymi.

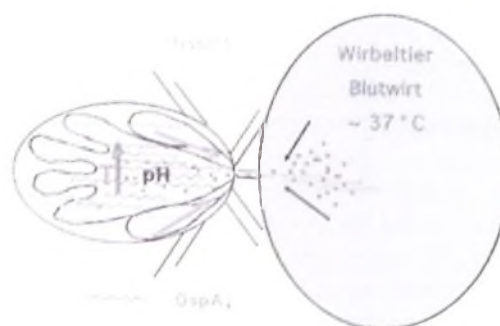
Oprócz wyników fałszywie dodatnich, o wiele częściej mogą się zdarzać wyniki fałszywie ujemne, tj. brak miana przeciwciał, wskazującego na zakażenie. Sytuacje takie są przede wszystkim efektem opisanego strategii życiowej bakterii. Opóźniony moment pojawienia się przeciwciał powoduje, że zbyt wczesne wykonanie badania da wynik fałszywie ujemny. Ponadto w teście mogą być oznaczane przeciwciała przeciw antygenom, które nie są jeszcze albo już prezentowane przez bakterię (zmienność antygenowa). Inną przyczyną seronegatywnej boreliozy jest przebywanie bakterii tam, gdzie trudno ją dostrzec systemowi immunologicznemu (miejsca immunologicznie uprzywilejowane), obecność bakterii w formie L, które nie posiadają ścian komórkowej z antygenami, a także defekt immunologiczny u chorego czy lokalna produkcja przeciwciał, które nie dostają się do krwi (np. tylko w płynie mózgowo-rdzeniowym czy stawowym). Kolejną bardzo ważną przyczyną boreliozy seronegatywnej, jest brak wolnych przeciwciał w badanej surowicy, gdyż badaniem można oznaczyć tylko wolne, tj. niezwiązane z antygenem



Bb - schemat budowy

przeciwciała. Taka sytuacja ma miejsce wtedy, gdy produkcja przeciwciał jest zbyt mała lub we krwi krąży bardzo duża ilość antygenów. Przeciwciała po połączeniu się z antygenem stanowią kompleks immunologiczny, który nie może być wykryty testem ELISA. Badania wykazują ponadto, że osłabienie odpowiedzi humoralnej przez zastosowanie antybiotyku w początkowym stadium choroby, też może skutkować otrzymaniem negatywnego, wyniku mimo trwającej infekcji.

Niestety, stosowanie testu ELISA nie daje zadowalających rezultatów także z innego powodu. Jak wykazały badania włoskie, prowadzone w oparciu o testy trzech wiodących marek europejskich, wyniki znacznie mogą się różnić w zależności od producenta; każdy z tych testów różnił się czułością, która wynosiła od 20,9% do 97,7%. Natomiast badania lubelskie dowiodły, że oceniane testy Western blot różnych producentów, stosowane w Polsce, nie wykazują między sobą dostatecznie wysokiej zgodności wyników badań. Należy przy tym podkreślić, że testy Elisa, a także test potwierdzenia, tj.



Ekspresja białek Bb w trakcie przemieszczania się z kleszcza do organizmu ssaka

Western blot, nie są metodami wystandardyzowanymi, co oznacza, że każdy producent testu sam decyduje, m.in. o tym, jakie antygeny będą użyte do badania.

Zalecenia polskie zamykają możliwość prowadzenia dalszej diagnostyki w kierunku boreliozy po otrzymaniu wyniku negatywnego testu przesiewowego, jakim jest ELISA. Jednakże z badań Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie wynika, że test Western blot należy wykonać także u osób z wynikiem negatywnym, gdyż u niektórych chorych jest ono czulsze niż ELISA. Naukowcy ci podkreślają także, że Western blot cechuje się wysoką swoistością, a jedynym antygenem nieswoistym dla krętka boreliozy ocenianym w tym badaniu jest flagelina, czyli p41. W teście tym oznacza się nie przeciwciała, ale obecność antygenów, dlatego wynik nie określa miana przeciwciał, a antygeny („paski”), które wykryto badaniem (np. p39, p100, VlsE). W technice tej białka rozdzielane są metodą elektroforetyczną i przenoszone z żelu na nitrocelulozę, czyli blotting. Nitroceluloza z zaadsorbowanymi białkami jest cięta na cienkie paski i w takiej postaci jest używana do wykonania testu serologicznego. W wyniku rozdzielania elektroforetycznego lizatu całych komórek bakterii udało się zidentyfikować 30 różnych pasm białkowych (antygenów). Wykazano, że czułość i swoistość metody zależy od genogatunku szczepu użytego jako antygenu diagnostycznego (w Europie dominuje *B. garinii* i *B. afzelii*; znacznie mniej zakażeń jest wywołanych *B. burgdorferi sensu stricto*).

Należy pamiętać o tym, że boreliozę diagnozuje się klinicznie; badania laboratoryjne mogą jedynie dodatkowo przemawiać za rozpoznaniem. W związku z tym pozytywny wynik badania laboratoryjnego przy braku objawów nie upoważnia do rozpoznania choroby,

#### Sprzęt do wykonywania badań metodą real time PCR



a wynik negatywny z towarzyszącymi choremu objawami chorobowymi nie musi oznaczać jej braku. Ponadto należy pamiętać o tym, że dodatni wynik testu ELISA w klasie IgG może się utrzymywać nawet wiele lat po skutecznym wyeliminowaniu bakterii z organizmu.

W przeciwieństwie do polskich zaleceń, standardy europejskie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej przyczyny seronegatywności, wskazują na możliwość prowadzenia dalszej diagnostyki – tj. wykorzystanie metody PCR lub hodowle.

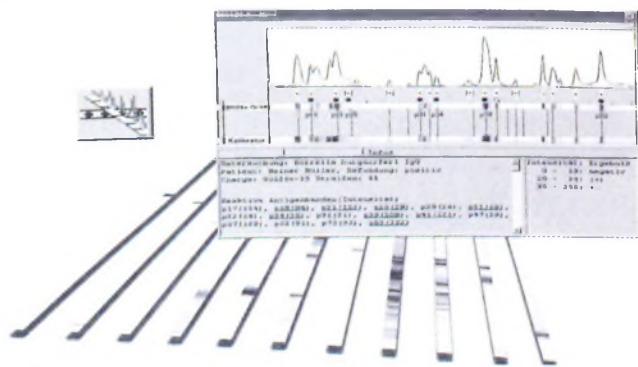
#### PCR (Polymerase Chain Reaction) i real time PCR

Jest to metoda, która umożliwia powielanie wybranych sekwencji DNA, występujących tylko u poszukiwanego organizmu. Stosuje się ją z powodzeniem w diagnostyce drobnoustrojów, np. HBV czy HCV, a także modyfikacji genetycznych czy genów lub mutacji w genach sprzyjających procesom nowotworowym. Amplifikacja fragmentu DNA metodą PCR zaczyna się od denaturacji DNA; następnie dochodzi do przyłączenia primera i syntezy komplementarnej nici DNA przy pomocy enzymu polimerazy. Etapy te są powtarzane cyklicznie, a na-

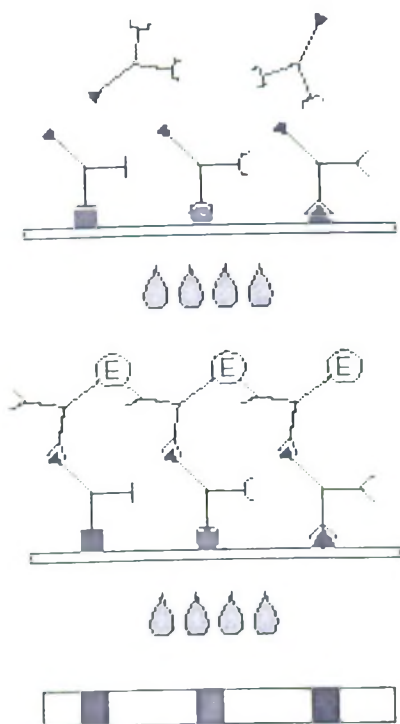
stępnie wykonuje się rozdział uzyskanego produktu na żelu podczas elektroforezy i wizualizacji za pomocą barwników wiążących DNA. Jest to badanie jakościowe.

Najnowszym osiągnięciem biologii molekularnej jest metoda analizy DNA – real-time PCR (reakcja PCR w czasie rzeczywistym). Oprócz wszystkich zalet klasycznej reakcji PCR, test DNA oparty na metodzie real-time PCR stwarza nowe możliwości. Dzięki zastosowaniu barwników i sond fluorescencyjnych, real-time PCR umożliwia jednocześnie powielanie i wykrywanie charakterystycznych sekwencji DNA, co znacznie skraca czas uzyskania wyniku analizy. Ścisła zależność intensywności fluorescencji, wzrastającej w miarę zachodzenia reakcji PCR, jest skorelowana z ilością powstającego produktu. Umożliwia to przeprowadzenie pomiarów ilościowych i określenie przybliżonej liczby mikroorganizmów w badanych próbkach. Real time PCR zwiększa specyficzność badania do 98-100% poprzez wprowadzenie komplementarnych do badanego genu sond oraz analizę poziomu fluorescencji w specjalnych programach komputerowych, co czyni go także metodą ilościową. Ponadto zwiększona jest





Ocena komputerowa WB



WB – zasada testu

także czułość badania i nie ma możliwości kontaminacji produktem PCR (brak wyników fałszywie dodatnich), gdyż nie ma potrzeby rozdzielania produktu reakcji na żelu – przyłączenie się sondy fluorescencyjnej do poszukiwanego fragmentu DNA daje efekt świetlny, który jest analizowany w sposób obiektywny, przez program komputerowy, bez interwencji człowieka.

Wg różnych badań czułość metody PCR jest uzależniona od materiału, w którym poszukuje się sekwencji genu. W biopsjach ze skóry w Erythema Migrans (EM) wynosić może 60-70%, w ACA – ok. 60%, we krwi u osób z EM 18%, w płynie mózgowo-rdzeniowym w neuroboreliozie – 10-30%. Czułość testów, opartych o real time PCR jest 20-200 razy wyższa niż tradycyjnego PCR, jednakże dostęp do tego badania jest znacznie ograniczony – w Europie badanie w kierunku boreliozy jest dostępne jedynie w jednym ośrodku – jest to Centrum Badań DNA w Poznaniu. Najprawdopodobniej czułość metody PCR powoduje, że to badanie stosunkowo rzadko daje wynik pozytywny; bakteria żyje wewnątrztkanowo, więc we krwi przebywa w stosunkowo niewielkiej ilości, czego nie udaje się potwierdzić tradycyjnym PCRem.

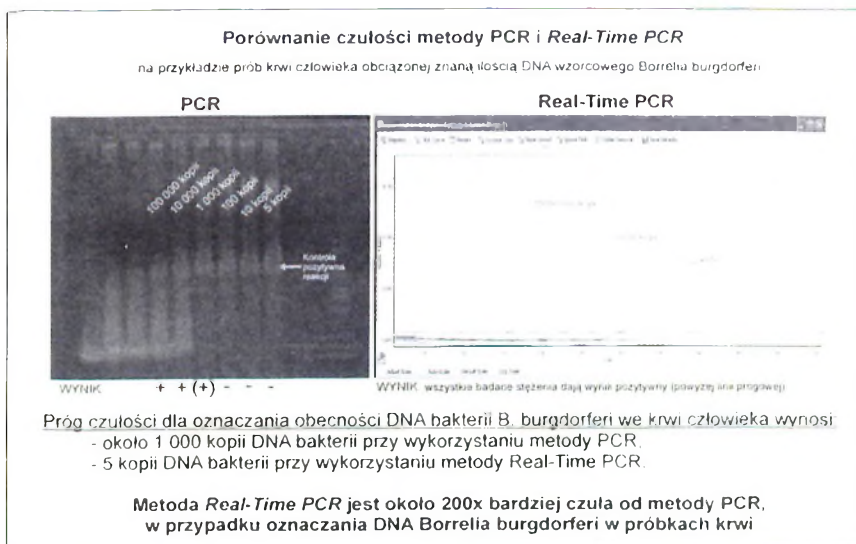
## Metoda złotego środka, czyli hodowle krętków

Jest to metoda, która w diagnostyce mikrobiologicznej nazwana jest złotym środkiem. Pozytywny wynik hodowli daje 100% pewność, że w organizmie są żywe bakterie. Niestety, jest to metoda bardzo czasochłonna, gdyż krętki rosną bardzo wolno (> 12 tygodni) i są to bakterie bardzo wymagające. W stałych warunkach hodowli „pracuje” około 10% materiału genetycznego. Do wykrywania krętków w hodowli stosuje się mikroskop z ciemnym polem widzenia lub fluorescencyjny; stosując PCR skraca się czas prowadzenia hodowli do 7 dni. Pozytywny wynik hodowli udaje się uzyskać u 70% chorych z EM (hodowla ze skóry), a z płynu mózgowo-rdzeniowego przy neuroboreliozie – zaledwie u 10-30%.

## Nowości w diagnostyce boreliozy

Test LTT boreliozy – jest to test, opracowany przez niemieckich naukowców, przydatny zwłaszcza w rozpoznawaniu późnej czy wczesnej rozsianej boreliozy, jeśli wynik badania serologicznego i PCR jest negatywny. W teście tym poszukiwane są pobudzone limfocyty T, więc osoba stosująca sterydy, może otrzymać wynik fałszywy, tj. sugerujący brak aktywnego zakażenia. Test może być przydatny do monitorowania efektów leczenia, ale nie samego leczenia. Badanie wykonywane jest w Niemczech; w Polsce można oddać krew do badania w laboratorium, które współpracuje z ośrodkiem, wykonującym ten test.

**Antygeny krętkowe w moczu (LUAT – Lyme Urine Antigens)** – jest to badanie pozwalające na wykrycie antygenów krętka boreliozy (*Borrelia burgdorferi*) w moczu. Są one wydalane z moczem i mogą być w tym materiale wykryte. Badanie musi być wykonane w czasie podawania antybiotyków bakteriobójczych (np. pochodnych penicyliny lub cefalosporyn) oraz leków powodujących rozpad „cyst” bakteryjnych (tynidazol/metronidazol). Wykonanie badania bez podania antybiotyków zazwyczaj daje wynik ujemny (wydalanie antygenów krętkowych jest zbyt niskie i nie można ich wykryć w moczu). Mocz pobierany jest zazwyczaj w 2, 4 i 6 dniu prowokacji (pierwsza, poranna próbka moczu) lub, jeśli badanie jest przeprowadzane jako kontrola, pod koniec leczenia – w dowolnym momencie antybiotykoterapii. Badanie jest polecane zwłaszcza osobom, które mają defekt immunologiczny lub przyjmują sterydy (utrudniają powstawanie przeciwciał). Test może być przydatny także w podejmowaniu decyzji o zakończeniu leczenia, gdyż ujemny wynik wraz z ustąpieniem objawów klinicznych u chorego może świadczyć o wyeliminowaniu bakterii z organizmu.



### rtPCR a zwykły PCR

Test C6 LYME firmy Immune-tics Inc. (USA) – to nowe badanie w kierunku boreliozy oparte na opatentowanej w USA metodzie wykorzystującej syntetyczny peptyd (tzw. peptyd C6 lub IR6), który reprezentuje najważniejsze, odpowiedzialne za produkcję przeciwciał, fragmenty białka krętkowego o nazwie VlsE. Sekwencja peptydu jest wspólna dla wszystkich najważniejszych genogatunków krętków (*B. sensu stricto*, *B. afzelii* i *B. garinii*, w tym szczepów europejskich tych genogatunków). Ponieważ do kon-

strukcji testu wykorzystano wysoce specyficzne dla Borelii fragmenty białek krętkowych, minimalizuje to ryzyko wystąpienia reakcji krzyżowych z innymi krętkami i uzyskania wyników fałszywie dodatnich (jak w klasycznych odczynach serologicznych opartych o lizaty krętków hodowanych *In vitro*).

Badania kliniczne wykazały znaczną czułość i swoistość diagnostyczną testu C6 Lyme. U chorych z zapaleniem stawów w przebiegu boreliozy wykazano czułość na poziomie 97% (dla porównania, do-

datnie wyniki WB uzyskano tylko u 87,9% pacjentów w tej fazie choroby); u pacjentów z porażeniem nerwu twarzonego w przebiegu boreliozy – 87,5%, (dodatkowo wyniki WB uzyskano u 81,3% pacjentów w tej fazie choroby), a u chorych z wszystkimi postaciami neurologicznymi boreliozy – 82,8% (dodatkowo wyniki WB uzyskano tylko u 72,4% pacjentów w tej fazie choroby).

Opisane strategie życiowe bakterii tłumaczą trudności w stosowaniu testów opartych o badanie odpowiedzi immunologicznej organizmu, a typowe miejsca bytowania bakterii, gdzie znajduje się ona poza zasięgiem możliwości układu immunologicznego, utrudniają uzyskanie potwierdzenia laboratoryjnego choroby innymi testami. Podstawowym narzędziem diagnostycznym pozostaje nadal ocena kliniczna; pojawianie się nowych testów może znacząco pomóc w podjęciu decyzji terapeutycznej, a także rodzi nadzieję, że w niedługim czasie będzie jednak dostępny nowoczesny test, który z niemal stuprocentową pewnością wskaże osoby z problemami zdrowotnymi, wynikającymi z zakażenia krętkiem *Borrelia burgdorferi*.

### Piśmiennictwo

Cisak E., *Problemy w diagnostyce laboratoryjnej boreliozy, Profilaktyka chorób przenoszonych przez kleszcze, ze szczególnym uwzględnieniem boreliozy*, Materiały pokonferencyjne, Lublin 2010, s. 223-254.

Embers E.M., Ramamoorthy R., Philipp M.T., *Survival strategies of Borrelia burgdorferi, the etiologic agent of Lyme disease*, *Microbes and Infection* Vol. 6, 3, 2004, s. 312-318.

Grier T.M., *The Complexities of Lyme Disease*, Lyme Disease Survival Manual 2000, Duluth, MN, USA.

Liang, F.F. et al. *Sensitive and specific serodiagnosis of Lyme disease by enzyme-linked immunosorbent assay with a peptide based on an immunodominant conserved region of Borrelia burgdorferi VlsE*. *J. Clin. Microbiol.* 1999; 37, 3990-3996.

Łacna K., Schmidt K., Wojciechowski J., *Zastosowanie metody real*

*time PCR w diagnostyce zakażeń bakterią Borrelia burgdorferi s.l.*, *Przegl. Epid.*, 2008, s. 62, 184.

Łacna K., *Zastosowanie metody real time PCR w diagnostyce chorób odkleszczowych*, *Akademia Chorób Odkleszczowych*, Cemed, Warszawa 2009, s. 75-82.

Marangoni A., Sparacino M., Carvini F., Storni E., Mondardini V., Sambri V., Cevenini R., *Comparative evaluation of three different ELISA methods for the diagnosis of early culture-confirmed Lyme disease in Italy*, *J. Med. Microbiol.* 54 (2005), s. 361-367.

Mogilyansky E. et al. *Comparison of western immunoblots and the C6 Lyme antibody test for the laboratory detection of Lyme disease*. *Clin. Diagn. Lab. Immunol.* 2004; 11(5), s. 924-929.

Murgia R., Piazzetta C., Cinco M., *Cystic forms of Borrelia burgdorferi sensu lato: induction, development, and the role of RpoS*, 114(13-14), 574-9 (2002).

Niścigorska J., *Trudności diagnostyczne boreliozy w praktyce lekarskiej*, *Biologia molekularna patogenów przenoszonych przez kleszcze*, Skotarczak B. (red.), PZWL, Warszawa 2006, s. 151-156.

Perron Ch., *The predictive value of clinical and biological markers in the diagnosis of Lyme borreliosis*, *Introductory course in treating Lyme disease*, ILADS, London 2010, s. 30-37.

Stricker RB, Winger EE, *Decreased CD57 lymphocyte subset in patients with chronic Lyme disease*, *Immunol. Lett.* 2001 Feb 1, 76(1), 43-8.

Tylewska-Wierzbianańska S., *Diagnostyka boreliozy*, *Akademia Cho-*

*rób Odkleszczowych*, Cemed, Warszawa 2009, s. 51-61.

Witecka-Knyś E., Klimczak M., Łakwa K., Zajkowska J., Pancewicz S., Kondrusik M., Grzegorzczuk S., Swierzbinska R., Hermanowska-Szapakowicz T., *Borelioza - dlaczego diagnostyka jest tak trudna?*, *Diagnosta Lab.*, 2007, s. 4.

Wodecka B., *Metody diagnostyczne polecane w boreliozy z Lyme*, *Biologia molekularna patogenów przenoszonych przez kleszcze*, Skotarczak B. (red.), PZWL, Warszawa 2006, s. 142-151.

Zajkowska J., Swierzbinska R., Pancewicz S., Kondrusik M., Grygoczuk S., Moniuszko A., *Badanie odpowiedzi immunologicznej wewnątrzoponowej na antygeny Borrelia burgdorferi u chorych z podejrzeniem neuroboreliozy - doniesienie wstępne*, *Przegl. Epid.*, 2008, s. 62, 152-157.



# Farmakopea Polska – –historia i przyszłość

– Widzieliście już najnowszą Farmakopeę Polską? – pyta student kolegów z grupy. – A widziałeś już Farmakopeę? – pada odpowiedź. Ta wersja skescu Bohdana Smolenia o weneckiej gondoli jest bardzo realna. Chociaż studenci farmacji uczą się wiele o wymaganiach farmakopealnych, samą farmakopeę mają najczęściej w ręku pierwszy raz dopiero na wyższych latach studiów. Wielu aptekarzy ma również zaległości, gdyż ostatnie wydania farmakopei ukazywały się w odstępie zaledwie kilku lat. Warto zatem przybliżyć zarówno historię Farmakopei Polskiej, jak i najnowsze plany związane z tym wydawnictwem.

**DR HAB. N. FARM. ŁUKASZ KOMSTA**  
KATEDRA I ZAKŁAD CHEMII LEKÓW  
UM W LUBLINIE

Kilka miesięcy temu staraniem Muzeum Farmacji w Krakowie ukazała się niewielka książeczka, zawierająca kompletny reprint (z komentarzem) 32-stronicowego wydawnictwa z 1794 roku zatytułowanego *Farmakopea Obozowa i Lazaretowa Wojska Koronnego*, potocznie zwanego Farmakopeą Kościuszkowską. Wydanie tej publikacji ponad 200 lat temu jest początkiem historii farmakopei w Polsce, chociaż oficjalnie za taką

nie jest ona uznawana. Była bowiem stworzona wyłącznie na potrzeby wojska. Pierwszą Farmakopeą Polską była natomiast *Pharmacopoea Regni Poloniae* wydana w 1817 roku.

Obecnie istnieje niewiele egzemplarzy tej pierwszej farmakopei i wielu farmaceutów nigdy nie widziało tej książki na własne oczy. Jej opracowanie zajęło 7 lat, gdyż już w 1810 roku Rada Ogólna Lekarska Księstwa Warszawskiego przystąpiła do opracowywania pierwszych monografii. Zawierała trzy części: *Materia pharmaceutica* (ponad 300 surowców i substancji), *Praeparata et compositae* (ponad 300 środków złożonych) oraz dodatek zawierają-

cy kilkanaście środków wymagających przyrządzenia na oczekaniu. Nie ukazało się uzupełnienie do tej farmakopei, opracowane w 1827. Farmakopea obowiązywała tylko w Królestwie Polskim, a w pozostałych zaborach korzystano z lokalnych regulacji. Na przykład siódme wydanie Farmakopei Austriackiej przełożył w Galicji na język polski mgr farm. Wilhelm Zajączkowski.

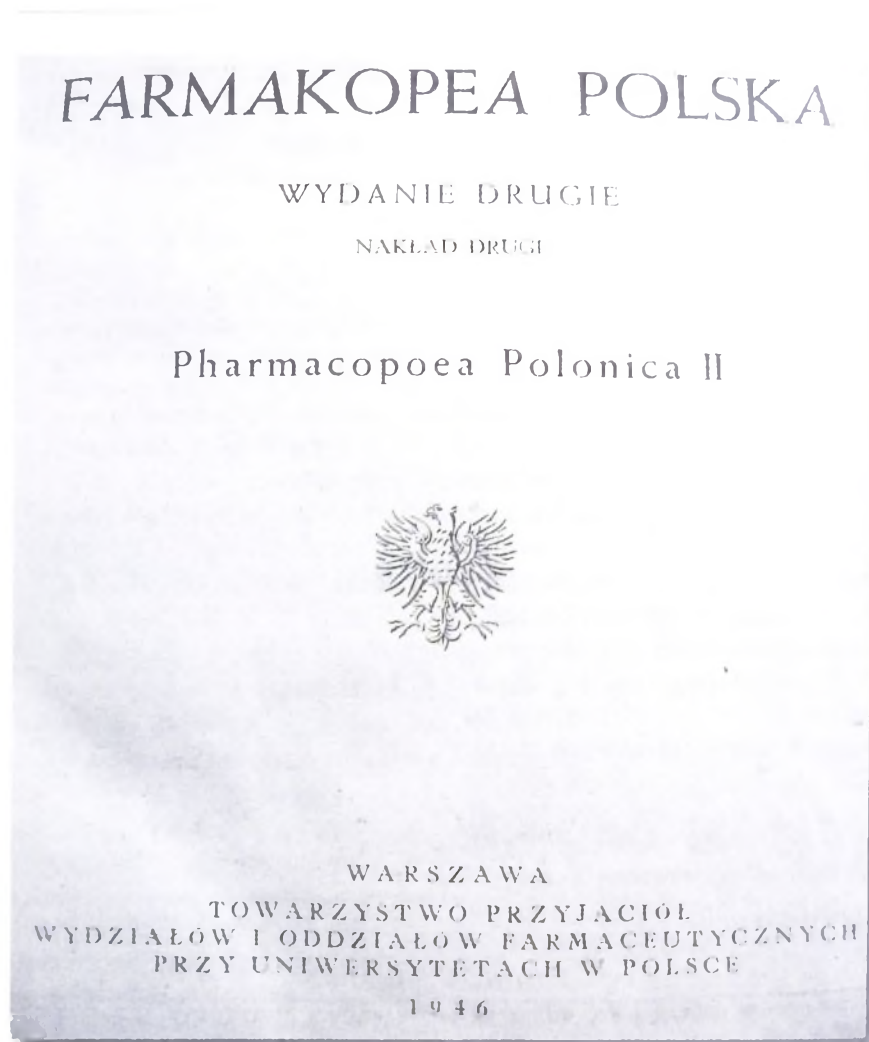
Następnie wydano kilka innych lokalnych dzieł, takich jak *Pharmacopoea Castrensis Polonica* (1831), *Farmakopea szpitalna* (1838 i drugie wydanie w 1860), czy też *Projekt do farmakopei dla szpitalów wolnego miasta Krakowa* (1842). Natomiast

już w 1844 roku rozpoczęto przygotowania do drugiego wydania Farmakopei Polskiej, lecz czynności te zostały wkrótce zawieszono. Kilkakrotnie podnoszono ten problem w odpowiednich organach nadzorujących sprawy zdrowotne i dopiero w 1866 ukończono prace. Ich wyniki, niestety, poszły tylko do szuflady (nie została wydrukowana ze względów politycznych).

Departament Spraw Wewnętrznych, na wniosek Rady Lekarskiej, powołał w 1917 roku odpowiednie komisje do opracowania Farmakopei, by wreszcie w pierwszej połowie 1937 roku zakończyć wszystko i wydrukować drugie wydanie Farmakopei Polskiej. Obowiązywała ona w Polsce od 1 stycznia 1938 roku. Farmakopea Polska II w części szczegółowej zawiera opis ponad 800 substancji i surowców.

Przedwojenne wydanie FP II jest obecnie bardzo poszukiwanym przez kolekcjonerów woluminem. Wiele egzemplarzy nie przetrwało wojny, dlatego też w 1946 roku wydrukowano drugi nakład, którego egzemplarze do dziś znajdują się w bibliotekach i w rękach prywatnych. Równocześnie powstała Komisja Farmakopei Polskiej III, jako organ doradczy i wnioskodawczy Ministra Zdrowia. Trzecie wydanie (FP III) ukazało się w 1954 roku.

Te archiwalne już dziś wydania Farmakopei mają nie tylko wartość kolekcjonerską, ale zawierają również wiele cennych informacji naukowych nie drukowanych w wydaniach następnych. Każde nowe wydanie Farmakopei zawiera pewną ilość nowych monografii, zaś niektóre monografie (nawet kilkadziesiąt!) są usunięte. Dlatego czytelnik zainteresowany, np. skrobią ryżową (*Amylum Oryzae*), wodą różaną (*Aqua Rosae*) czy cebulą morską (*Bulbus scillae*), nie znajdzie ich monografii w późniejszych farmakopeach, musi sięgnąć po egzemplarz FP II. Analogicznie, np. tylko



Strona tytułowa Farmakopei Polskiej II (dodruck z 1946 roku, egzemplarz ze zbiorów autora)

w FP III można znaleźć monografię guarany (*Guarana*), gutaperki (*Guttapercha*) czy miodu (*Mel depuratum*) jako surowca farmaceutycznego. Również w FP IV usunięto z polskiej farmacji wino jako składnik leków robionych (monografia *Vinum album* z FP III).

Chociaż niektóre monografie usuwano, surowce i związki w nich opisane były nadal szeroko stosowane w praktyce i przepisywane przez lekarzy. Niektóre środki nie ukazywały się w ogóle w Farmakopei. Sytuacja ta dotyczyła nie tylko Polski, na przykład w USA równo-

legle do United States Pharmacopoeia (USP) ukazywała się książka *Non-official remedies*. W Polsce rolę taką pełnił, m.in. Kalendarz Farmaceutyczny oraz Receptariusz Polski (skrót R.P.). Na przykład Kalendarz Farmaceutyczny z 1939 roku zawiera przepisy na tak przedziwne (a powszechne w aptekach) środki, jak Odwar Bułgarski (*Decoctum Bulgaricum*) z korzenia belladony, węgla i wina, proszek owadobójczy (*Pulvis insecticidus*), tusz do stali (*Nigramentum ad chalybem*), klej do celofanu (*Colla ad cellophanum*), lakier do skrzypiec (*Vernix ad violi-*

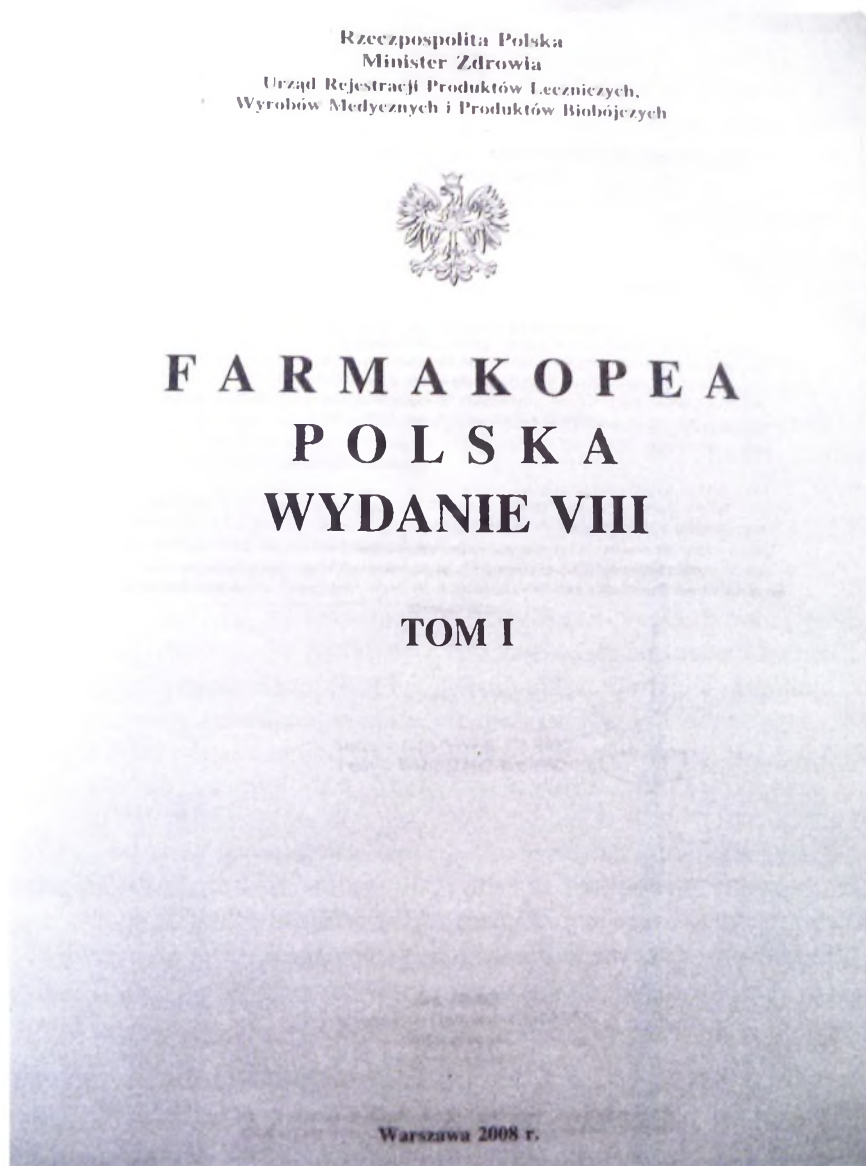


nas), środek odwłasiający bez zapachu (*Depilatorium sine odore*) czy też krem do masażu (*Lanolimentum ad corpus dependum*). Warto też wspomnieć o *The Extra Pharmacopoeia Martindale*, która zawierała przepisy poskładane z różnych farmakopei z całego świata.

W 1965 roku ukazał się I tom czwartego wydania Farmakopei Polskiej (FP IV), zawierający monografię substancji chemicznych. W 1970 roku wydano drugi tom z monografiami głównie surowców ziołowych. Wraz z wydanym w 1973 roku suplementem obowiązywała ona aż do przemian w 1989 roku. W stosunku do FP III wprowadzono 47 nowych monografii, 50 usunięto, zaś aż 268 opracowano całkowicie od nowa.

Wraz z przemianami w 1989 roku przystąpiono do redagowania piątego wydania Farmakopei Polskiej (FP V), które ukazywało się stopniowo w latach 1990-2000. Wydano 5 tomów i jeden suplement. Zrewidowane i poprawione monografie zostały zebrane w jeden tom i wydane jako szóste wydanie (FP VI) w 2002 roku. Przy opracowywaniu monografii zwracano szczególną uwagę na wymagania Farmakopei Europejskiej z uwagi na starania przystąpienia Polski do *Konwencji o Opracowaniu Farmakopei Europejskiej*. FP VI jest ostatnią farmakopeą opracowaną w Polsce, a wiele monografii zostało stworzonych przez farmaceutów – pracowników naszej uczelni.

W grudniu 2006 roku Polska przystąpiła do *Konwencji* i od tej pory rozpoczęto tłumaczenie Farmakopei Europejskiej (PhEur), wydawanej oryginalnie w języku angielskim i francuskim. Aktualnie obowiązujące przepisy (Prawo Farmaceutyczne) nadają PhEur moc prawną w Polsce, przy czym Farmakopea Polska obowiązuje w przypadku monografii nie zawartych w PhEur (tzw. monografie narodowe).



Strona tytułowa obowiązującej obecnie Farmakopei Polskiej VIII

# KALENDARZ FARMACEUTYCZNY

NA ROK

# 1927

WYDAŁ

**Mr. Farm. FR. HEROD**

REDAKTOR I WYDAWCA  
WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNYCH

**ROCZNIK SIÓDMY**

**WARSZAWA — DŁUGA 16**

**Kalendarz Farmaceutyczny (tu wydanie z 1927 roku, ze zbiorów autora) stanowił, m.in. zbiór wielu nieoficjalnych (niezamieszczonych w farmakopei) przepisów na leki i inne środki sprzedawane w aptekach**

Tłumaczenie Farmakopei Europejskiej zostało wydane jako siódme i ósme wydanie Farmakopei Polskiej. FP VII ukazała się w 2007 roku w jednym tomie (z suplementem) i zawiera tłumaczenia monografii ogólnych PhEur w wydaniach 5.1-5.5 – np. metod badań, suplement zaś uwzględnia zmiany w wydaniach 5.6-5.8. FP VIII wydana jest w 3 tomach i zawiera kompletne tłumaczenie PhEur 6.0 wraz z suplementami 6.1 i 6.2, przy czym większość monografii z FP VII nie uległa zmianie i nie była przedrukowywana. FP VIII zawiera aktualne elementy narodowe, takie jak wykaz środków N, A i B, czy wykaz dawek recepturowych. W tłumaczeniu na język polski brali również udział pracownicy naszego Wydziału Farmaceutycznego.

Aktualny system wydawania Farmakopei Europejskiej zakłada jedno główne wydanie co 3 lata, każde uzupełniane ośmioma suplementami. Zawartość suplementów 6.3-6.5 przetłumaczono jako Suplement 2009, zawartość suplementów 6.6-6.8 ma ukazać się jako Suplement 2010. Farmakopea Europejska 7.0, publikowana od 2011, będzie tłumaczona na język polski jako FP IX. Oczywiście z uwagi na objętość monografii w nowych wydaniach planowana jest tylko obecność tego materiału, który ulega zmianie w stosunku do wydania poprzedniego.

Najnowsze wydania Farmakopei Polskiej (VII-VIII) są rzadko kupowane przez apteki, mimo ogólnego prawnego wymogu posiadania przez każdą aptekę najnowszych edycji tego wydawnictwa. Spowodowane jest to brakiem w obecnej wersji monografii narodowych dotyczących leków recepturowych, zarówno wymagań ogólnych, jak i monografii szczegółowych. Nad tymi monografiami trwają obecnie prace i zostaną one zamieszczone prawdopodobnie w wydaniu IX.



# Dopalacze

## alternatywne narkotyki

„Dopalacz”, czy „dopalacze” (*smart drugs*) to termin, który nie stanowi pojęcia naukowego, to nazwa potoczna, określająca grupę różnych substancji lub ich mieszanki o rzekomym bądź faktycznym działaniu podwyższającym potencjał intelektualny, jak również specyfiki o działaniu stymulującym, relaksującym, psychodelicznym czy halucynogennym. „Dopalacze” są z reguły substancjami psychoaktywnymi, które w określonych sytuacjach mogą być niebezpieczne dla zdrowia. Szczególnie wówczas, gdy przyjmowane są w niekontrolowanych ilościach, jak również z innymi lekami.

MGR MARCIN SZYNKARUK  
LUBLIN

### Rodzaje dopalaczy, skład, działanie

Dopalacze można podzielić na substancje syntetyczne oraz surowce pochodzenia naturalnego. Wśród składników naturalnych należy wymienić szalwię wieszcza, roślinę pochodzącą z Meksyku. Jej alkaloidy powodują zróżnicowane działanie uzależnione od indywidual-

alnych cech użytkownika. Szalwia wieszcza posiada silne właściwości halucynogenne, powoduje utratę kontroli nad zachowaniem i poważne trudności w koordynacji ruchowej. Innym naturalnym surowcem jest susz otrzymany z muchomora czerwonego. Żucie świeżych lub wysuszonych owocników oraz spożywanie wywarów wywołuje stan odurzenia. Początkowo pojawia się stan przypominający upojenie alkoholowe, charakteryzujący się nad-

mierną gadatliwością, wesołym nastrojem i dobrym samopoczuciem. Następnie występują halucynacje wzrokowe i słuchowe. Liście kratomu – popularnego drzewa w krajach Dalekiego Wschodu od dawna stanowią używkę dla tamtejszej ludności. Wysuszone i sproszkowane liście albo brunatny sproszkowany ekstrakt z suszonych liści stanowią łagodniejszą formę opium. Powodują lekkie pobudzenie a większe dawki kratomu wywołują kolejno euforię, błogostan i senność. Powój hawajski, byliny z rodziny astrowatych, wargowych i wiele innych stanowią składniki mieszanek ziołowych stosowanych jako dopalacze.

Mieszanki ziołowe pochodzenia naturalnego od wieków używano w różnych rejonach świata w celach rytualnych. Brak udokumentowanych doniesień o szkodliwości czy ryzyku związanym z ich okazjonalnym używaniem. Obecnie stosowane mieszanki, czyli tzw. „mixy” posiadają w swoim składzie nawet dziesięć różnych roślin zawierających wiele składników psychoaktywnych, najczęściej są to alkaloidy. Niektóre z tych roślin zawierają jeden lub wiele różnych alkaloidów. Mieszanka wielu substancji, o różnorodnym działaniu może wywoływać skutki trudne do przewidzenia. Niektóre

z nich mają działanie euforyzujące, stymulujące, zaś inne uspokajające, przeciwbólowe, a pozostałe psychodeliczne. Jednoczesny wpływ na organizm ludzki substancji o różnym, czasami wręcz przeciwnym działaniu, może być niebezpieczny i nieprzewidywalny w skutkach.

Wśród substancji syntetycznych będących składnikami dopalaczy na uwagę zasługuje chlorowodorek tramadolu – przeciwbólowy syntetyczny lek opioidowy, BZP (N – benzylopi-perazylna) – stymulant ośrodkowego układu nerwowego, o działaniu podobnym do amfetaminy, TFMPP (3-trifluorometylofenylpiperazylna), czy JWH-018 Naftalen-1-yl (1-pentylindol-3-yl) metanon – jest syntetycznym agonistą receptorów kanabinoidowych. Wszystkie wymienione substancje chemiczne, oprócz wielu innych, posiadają w większym lub mniejszym stopniu działanie psychoaktywne, mogą powodować pobudzenie, poprawę nastroju, czasami oszołomienie, zaburzenia równowagi oraz różne (zależne od przyjętej dawki) reakcje psychiczne.

Z uwagi na dynamiczny charakter samego zjawiska zażywania dopalaczy, jak i brak reakcji prawnych będących odpowiedzią na problem, trudno jest obecnie określić skład dopalaczy, ponieważ zmienia się on w zastraszającym tempie. Producenci dopalaczy błyskawicznie zmieniają skład specyfiku, gdy tylko któryś z jego składników znajdzie się na liście substancji zakazanych, stąd właśnie wynika mała skuteczność prawna, jeśli chodzi o zwalczanie tego procederu.

### **Kto sięga po dopalacze?**

Z wyników badań (praca magisterska) przeprowadzonych przede mnie wśród uczącej się młodzieży (186 osób) wynika, iż największy odsetek korzystających z dopalaczy stanowią studenci i młodzież ostatnich klas licealnych. Ponad 50 proc. uczniów uczęszczających do ostatniej klasy liceum zażywa środ-

ki psychoaktywne, co być może jest spowodowane intensywną nauką przed egzaminem maturalnym. Wśród badanych studentów ponad 38 proc. zażywało „dopalacze”, taki odsetek badanych mógł być również spowodowany intensywniejszą nauką, np. podczas sesji. Aż 80 proc. młodzieży w wieku 16 i 17 lat miało wiedzę o skutkach ubocznych, jakie wywołują dopalacze, a mimo to młodzi ludzie po nie sięgali. Korzystanie z „dopalaczy” wzrasta wraz z wiekiem. Największym powodzeniem cieszyły się dopalacze pod postacią napojów (33 proc.), z kapsułek korzystało 7 proc. ankietowanych, tabletki zażywało 9 proc., a z mieszanek ziołowych korzystało 12 proc. studentów i ponad 6 proc. licealistów. Spośród wszystkich osób zażywających dopalacze ponad 80 proc. pochodziło ze wsi i małych miast, a tylko 19 proc. stanowili mieszkańcy dużych miast.

### **W jakim celu są stosowane?**

Wyniki moich badań dowodzą, iż używanie dopalaczy przez młodych ludzi jest najczęściej spowodowane ciekawością, chęcią i wiarą w możliwość poprawienia swoich wyników w nauce poprzez efektywniejsze przyswajanie wiedzy. Ponadto często wynikało to z chęci poprawy nastroju, przeżywania nowych doznań.

Dużym problemem jest to, że osoby zażywające dopalacze nie do końca posiadały wiedzę, co właściwie kupują. Wiele z nich sądziło, że nabyły naturalne i delikatne „ziola”, lecz często mogły to być chemiczne substancje syntetyczne, lub silne specyfiki pochodzenia roślinnego o bardzo niebezpiecznym działaniu dla zdrowia.

### **Skąd młodzież wiedziała o dopalaczach?**

Według moich badań, najlepszym źródłem informacji o „dopalaczach” byli znajomi, w dalszej kolejności internet i telewizja. Rzadko wiedza ta pozyskiwana była z domiesień prasowych.

### **Skąd młodzież bierze dopalacze?**

Najwięcej ankietowanych (41 proc.) posiadało dopalacze od znajomych a tylko 3 proc. badanych zaopatrywało się w nie w sklepach typu smart shop. Sklepy z dopalaczami dostępne są (były) w większych miastach, jak np. Lublin. Dlatego też studenci lubelskich uczelni oraz starsza młodzież licealna, mieli łatwiejszy dostęp do substancji psychoaktywnych.

### **Działania niepożądane dopalaczy**

Ankietowane osoby, zgłaszały różnorodne dolegliwości po zażyciu dopalaczy. Wielu respondentów zgłaszało, m.in. nudności, bóle głowy, stany lękowe, bezsenność, drgawki. Ponadto pojawiały się problemy z oddychaniem, znużenie (zwłaszcza po mieszankach ziołowych), ataki szału, urojenia, znaczne podwyższenie temperatury ciała, biegunka. U niektórych występowały zawroty głowy, silne pocenie się, wymioty oraz kołatanie serca.

### **Działania prewencyjne**

Po przeprowadzeniu dokładnej analizy wyników badań uważam, że należy podejmować wszelkie działania edukacyjne wśród najmłodszych uczniów szkół podstawowych w celu poszerzenia wiedzy dotyczącej zgubnego spożywania „dopalaczy”.

### **Akty prawne**

W chwili obecnej trwają intensywne prace nad ustawą, która w jasny sposób ograniczałaby sprzedaż, jak również nabywanie tych preparatów, aczkolwiek na listę substancji zakazanych wchodzić wciąż coraz cenniejsze składniki „dopalaczy”.

Na podstawie obronionej pracy magisterskiej „Poziom świadomości wśród młodzieży na temat środków psychoaktywnych tzw. „dopalaczy” Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, kierunek – zdrowie publiczne. Badania zostały przeprowadzone na przełomie 2009/2010 roku



# 54 Kongres Światowej Unii Lekarzy Pisarzy

W tym roku już po raz trzeci gościliśmy w Polsce we wrześniu w Płocku kolegów lekarzy Pisarzy i Poetów z całej Europy. Było to szczególne wyróżnienie dla polskiej niewielkiej grupy w roku 150 rocznicy śmierci Fryderyka Chopina i odbywającym się na Mazowszu związanym z młodością naszego genialnego kompozytora.

---

**PROF. DR HAB. JAN PIETRUSKI**  
CZŁONEK HONOROWY  
ŚWIATOWEJ UNII LEKARZY PISARZY  
BIAŁYSTOK

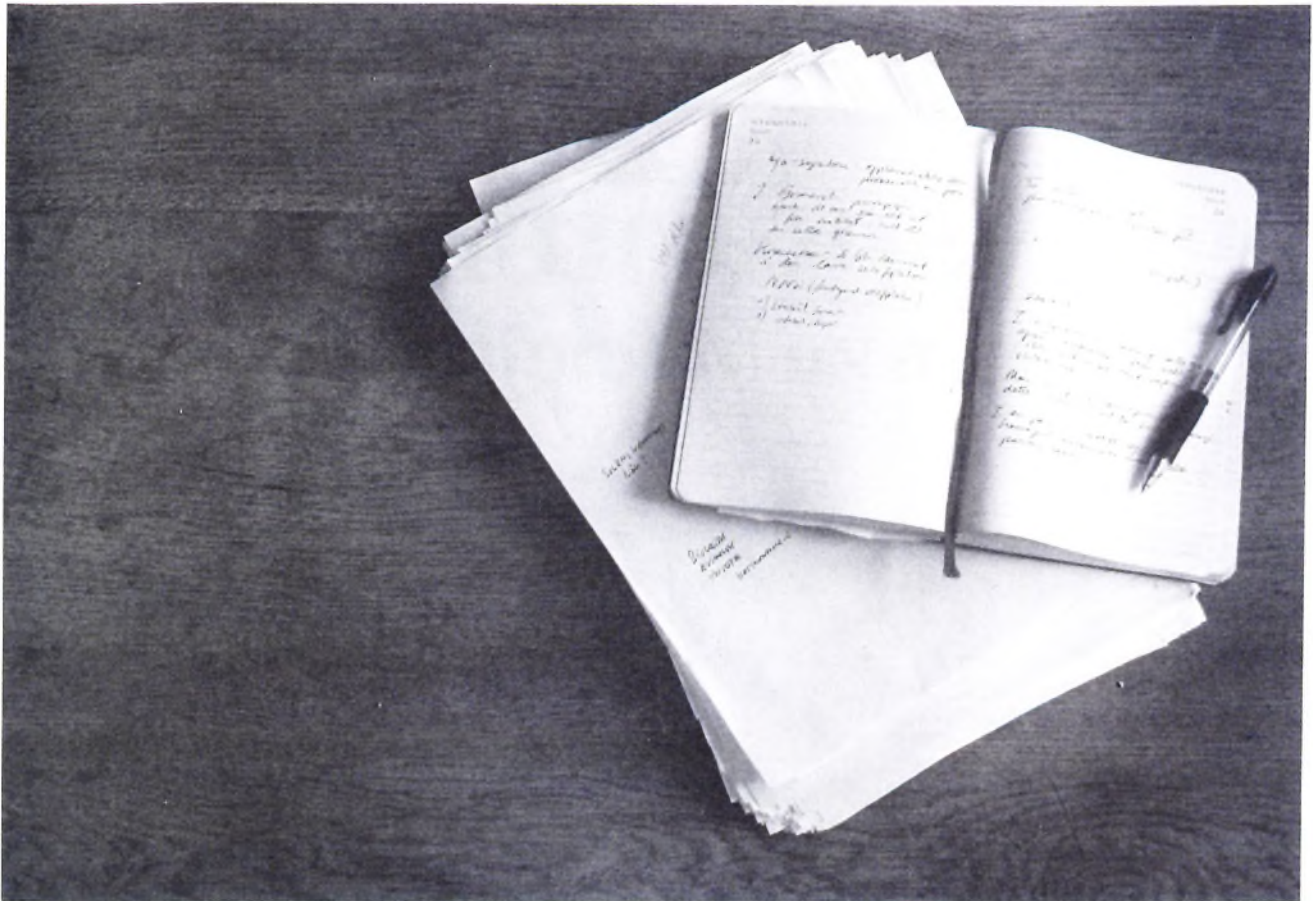
---

**D**o niedawna ukryci Żelazną Kurtyną, prawie nie byliśmy znani. Dziś jesteśmy już równorzędnymi uczestnikami i partnerami, obecnymi na każdym kongresie. Głównym tematem były etyka i moralność, mimo, że wywodzące się ze starożytności - nadal niezmiernie aktualne.

Lekarze Pisarze są grupą elitarną w najlepszym rozumieniu tego

słowa. Bo któż obok nas lekarzy zna lepiej człowieka w okresie, gdy potrzebuje pomocy? Skupieni w Unii piszą o problemach nękających społeczeństwa dzisiejszej doby, które dobrze znają ze swojej wieloletniej praktyki zawodowej, a także o aspektach etyczno-moralnych bezpośrednio związanych z deontologią, jedna z form etyki, nauki o powinnościach lekarskich. Dotyczy ona stosunków między lekarzami, między lekarzami a chorymi w każdym układzie ich potrzeb. Powinny je cechować koleżeństwo i uczciwość. W przysiędze Hipokratesa jest o tym mowa. Jak wynika

**Do niedawna  
ukryci  
Żelazną Kurtyną,  
prawie  
nie byliśmy znani.  
Dziś jesteśmy już  
równorzędnymi  
uczestnikami  
i partnerami,  
obecnymi  
na każdym  
kongresie.**



z referatów kolegów z wielu krajów, w dzisiejszych czasach pogoni za pieniądzem we wszystkich dyscyplinach działalności społecznej, często nie przestrzega się etyki zawodowej.

Tematyka kongresu w dzisiejszych czasach nabiera szczególnego znaczenia ze względu na to, że te odwieczne cechy współżycia, stają się dziś w pewnych środowiskach balastem, zręcznie przez niektórych omijany, o trudnych do przewidzenia konsekwencjach. Jak zauważył jeden z autorów szwajcarskich, wszędzie panoszy się dzisiaj *homo economicus*, deformując zasady etyki moralności. A są to wartości

trwałe, o których, niestety, dzisiejszy świat zdaje się zapominać, widząc wszędzie tylko pieniądź.

Opierając się na doniesieniach nie tylko tego kongresu, o czym przypominali nasi i zagraniczni koledzy, musimy z niepokojem stwierdzić, że część młodego pokolenia, bez względu na kraj pochodzenia, nie zdaje sobie sprawy z tego, czym są prawa etyczne, które muszą być także w nowoczesnym społeczeństwie przestrzegane, bo przecież waga społeczna etyki i moralności nadal jest taka sama jak dawniej. Poruszano sprawę etyki i moralności w aspekcie

globalnym. Mówiono z niepokojem o nowych środkach masowego przekazu, które nie znają granic zasięgu, ani, co jest znacznie gorsze, zwykłej przyzwoitości, jakkolwiek by rozumieć to słowo. Wszystko to napawa bezsilnością i niepokojem. Dyskutowali doświadczeni lekarze z grupą młodszych autorów, co pozwala mieć nadzieję, że załamania etyczne i moralne są przez nich dostrzegane. A to dobrze rokuje o szansach wejścia na prostą drogę. Można więc żywić przypuszczenie, z dozą niezbędnego optymizmu, że następne pokolenia będą walczyć o ich przestrzeganie.



# Wspomnienie o Profesorze Macieju Latałskim



Prof. dr hab. dr h.c. Maciej Latałski,  
w latach 1999-2005 Rektor AM w Lublinie

*Z ust zamkniętych, rąk drżenia i płaczu  
Głowy pochylonej i spuszczonej powiek  
Szept. Tak obcy „Malowanym ptakom”.  
I słowa. Głosne – na Twoją obronę.*

**PROF. DR HAB. ANDRZEJ GREGOSIEWICZ**

KATEDRA I KLINIKA  
ORTOPEDII DZIECIĘCEJ  
UM W LUBLINIE

Z wielkim bólem i zdziwieniem zauważam, że pamięć o jednym z największych ludzi polskiej medycyny powoli zamiera w lubelskim środowisku naukowym. Nie wdając się w przyczyny, nie mogę na to pozwolić. Stąd parafraza jednego z moich tekstów opublikowanych w „Akcencie” – lubelskim kwartalniku literackim. Odczytanie i zastanowienie się nad zawartą w niej myślą pozostawiam społeczności naszej Alma Mater. Bo to właśnie dla niej profesor Maciej Latałski – jako jeden z nielicznych – zrobił tak wiele. Dlatego pamięć o Nim nie powinna zginąć nigdy. I nie zginie.

Ostatnia fraza może być poczytana za patos. Ale jest ona przeznaczona wyłącznie dla Rodziny Profesora. Przecież tylko Rodzina pozostała nagle sama, z dojmującym uczuciem pustki, o której wiadomo, że nigdy się nie zablżnia. I dlatego ten krótki tekst dedykuję przede wszystkim Żonie – kobiecie o wielkim sercu i Synom godnym kontynuatorom idei Ojca.

Prof. zw. dr hab. dr h.c. Maciej Latałski przez prawie dekadę piastował najwyższe stanowiska w polskiej nauce. Był prorektorem i rektorem Akademii Medycznej, przewodniczącym Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych i przewodniczącym Rady Naukowej przy ministrze zdrowia. Był organizatorem medycyny rodzinnej i zdrowia publicznego w Polsce. Był również wybitnym naukowcem, autorem ponad 200 publikacji i podręczników. Długo by wymieniać Jego zasługi, osiągnięcia, nagrody.

Ale Jemu zawsze leżała na sercu lubelska Alma Mater. Wystarczy wspomnieć, że to On, dzięki swojej determinacji i osobistemu zaangażowaniu tchnął

w naszą Uczelnię ducha rozwoju na miarę XXI wieku. Nie bez powodu mówiono o nim z sympatią „Król Maciuś Pierwszy – Budowniczy”, gdy powstawały olbrzymie gmachy Collegium Maius i Universum.

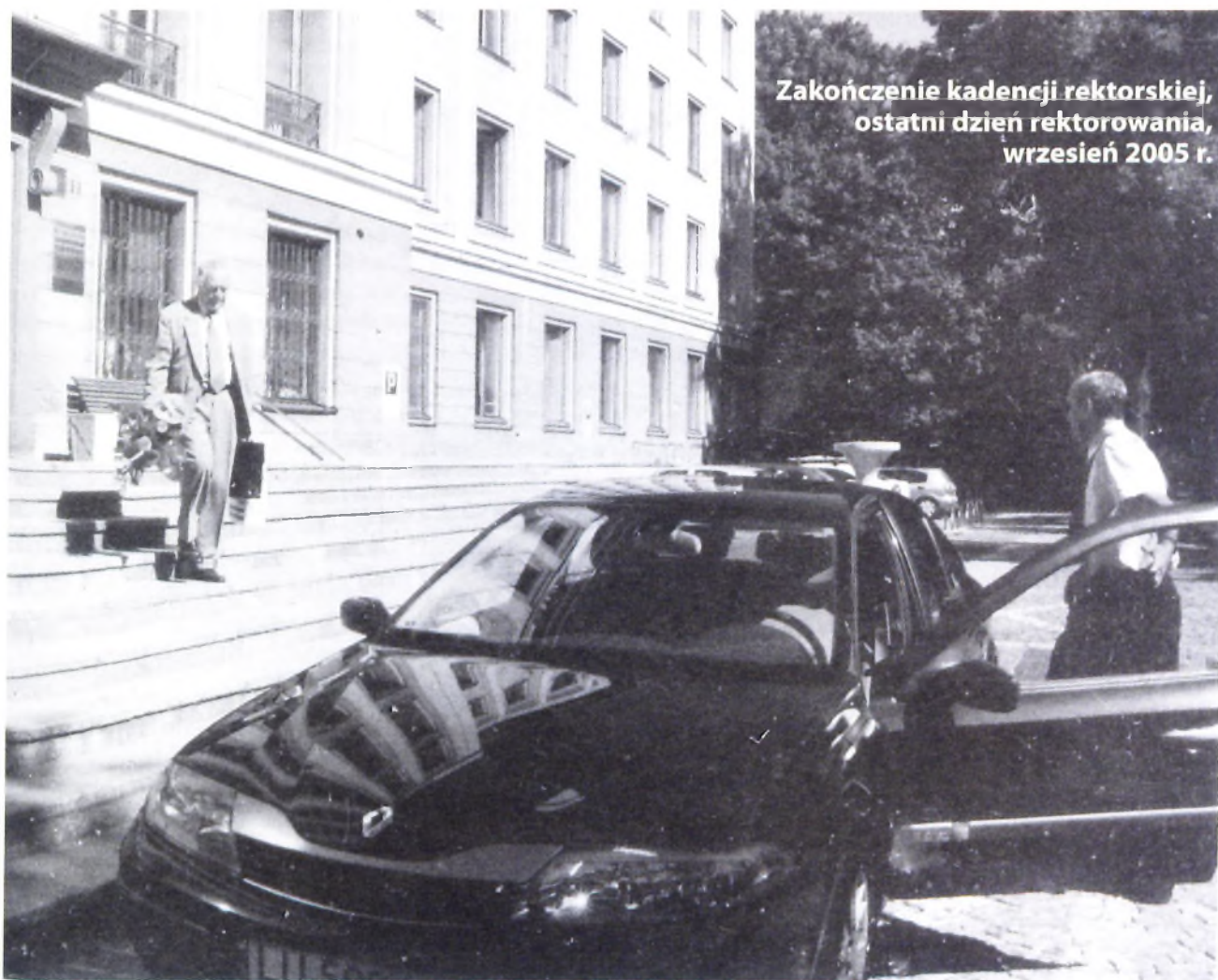
Przede wszystkim był to wyjątkowy człowiek, o nieposzlakowanej opinii, potrafiący zjednywać sobie ludzi, zawsze im życzliwy. Mimo ogromu obowiązków, zawsze znalazł czas, aby służyć radą i pomocą. Ja przekonałem się o tym osobiście, gdy postulowałem utworzenie drugiej Kliniki Ortopedii Dziecięcej. Jego Magnificencja już po krótkiej rozmowie uznał, że jest to konieczne posunięcie dla rozwoju tej specjalności. Nie pomylił się. Nowa

klinika w ciągu krótkiego czasu znalazła się w czołówce polskich jednostek tego typu, podnosząc prestiż Uczelni.

Ślepy los sprawił, że ten wielki uczony, wspaniały lekarz i nauczyciel, a przede wszystkim przyjazny wszystkim człowiek nie mógł, złamany chorobą, uczestniczyć w pierwszej inauguracji roku akademickiego w Uniwersytecie Medycznym, na który to status naszej Uczelni tak ciężko i długo pracował. Odszedł kilka dni później w wieku 72 lat, 12 października 2008 roku. Osierocił nie tylko Rodzinę, ale także lubelską uczelnię i polską medycynę.

Panie Profesorze, brakuje nam Pana. Ale nie zapomnimy. Ani

o Panu, ani o tym, czego Pan dokonał. I dziękujemy – powtarzając za Arcybiskupem Życińskim: „Dziś, drogi Panie Macieju, dziękujemy za wszystko. Za Twoją mądrość, Za Twoją troskę i budowanie środowiska, za formację wychowanków, także za tę lekcję pisaną cierpieniem, zmaganiem z chorobą, która zaskakiwała. Reszta niech stanie się modlitwą. Niech wyrazi się w ufności ponownego spotkania tam, gdzie nie będzie już bólu ani przemijania, ani lez. I niech ta perspektywa naszej wspólnej pielgrzymki do domu Ojca stanie się wyrazem naszej wdzięczności i naszej przyjaźni w godzinie rozłąki.”



**Zakończenie kadencji rektorskiej,  
ostatni dzień rektorowania,  
wrzesień 2005 r.**



O miłości i odpowiedzialności

# Aby z siebie dawać dobro nie tylko przyswajając dobro już istniejące (cz. I)

Zdecydowany akcent medyczny, wychowawczy aspekt  
czystości – zamiast wstępu.



---

**AGNIESZKA ZARĘBSKA**

STUDENTKA II ROKU  
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
UM W LUBLINIE

---

Istnieje szeroko rozpowszechnione mniemanie, że brak współżycia płciowego jest szkodliwy dla zdrowia człowieka w ogóle, a w szczególności dla mężczyzny. Nie opisano jednak żadnego zespołu chorobowego, który mógłby potwierdzić słuszność tej tezy. Badania wykazują, że nerwice seksualne są przede wszystkim następstwem nadużyć w życiu płciowym, że wynikają z niestosowania się do natury i jej procesów. Nie sama wstrzeźliwość więc, lecz właśnie jej brak powoduje prawdziwe schorzenia. Dla prawidłowości i zdrowia wydaje się

konieczne wychowanie człowieka od dzieciństwa, z jednej strony w prawdzie, z drugiej – w szacunku dla spraw płci, jako spraw związanych najściślej z najwyższymi wartościami życia i miłości ludzkiej. Brak informacji, a zwłaszcza brak formacji postaw może spowodować różnego rodzaju aberracje (np. onanizm). Jest to bardziej problem wychowawczy niż lekarski, jakkolwiek z reguły tam, gdzie są nieprawidłowe postawy człowieka, występuje reakcja nerwicowa jako odpowiedź organizmu i systemu nerwowego na ciągle napięcie.

## O miłości – rozważania różne

Miłość jest najpełniejszą realizacją wszystkich tych możliwości, które tkwią w człowieku. Osoba znajduje w miłości największą pełnię swego bytowania, obiektywnego istnienia. Miłość jest to takie działanie, taki akt, który najpełniej rozwija istnienie osoby. Musi to być oczywiście – miłość prawdziwa. Co to znaczy: miłość prawdziwa? To znaczy taka, w której realizuje się prawdziwa istota miłości, która zwraca się do prawdziwego (nie pozornego tylko) dobra, i to w sposób prawdziwy, czyli taki, jaki odpowiada jego naturze. Należy to zastosować również do miłości pomiędzy mężczyzną a kobietą. Miłość prawdziwa doskonali byt osoby i rozwija jej istnienie. Zła, a w każdym razie niepełna, byłaby miłość kobiety i mężczyzny, gdyby nie wychodziła poza pożądanie. Ale i sama miłość pożądania nie wyczerpuje w całej pełni istoty miłości pomiędzy osobami. Nie wystarczy tylko pragnąć osoby jako dobra dla siebie, trzeba ponadto przede wszystkim – pragnąć również jej dobra. Miłość osoby do osoby musi być życzliwa, inaczej nie będzie prawdziwa. Więc – nie będzie w ogóle miłością,

będzie tylko egoizmem. W naturze miłości nie tylko nie zachodzi przeciwieństwo, ale nawet istnieje łączność pomiędzy pożądaniem a życzliwością. Sama jednakże życzliwość nie polega na takiej konfiguracji chcień: y chce, aby x była dobrem, i to jak najpełniejszym, ażeby z kolei tym bardziej była dobrem dla niego. Życzliwość odrywa się od wszelkiej interesowności, której pierwiastki w pożądaniu wydatnie jeszcze tkwią. Życzliwość to tyle, co bezinteresowność w miłości: „Nie pragnę ciebie jako dobra”, ale: „Pragnę twego dobra”, „Pragnę tego, co jest dobrem dla ciebie” – osoba życzliwa pragnie tego bez żadnej myśli o sobie, bez żadnego względu na siebie. Taka też miłość najbardziej doskonali swój podmiot, najpełniej rozwija zarówno jego istnienie, jak i istnienie tej osoby, do której się zwraca. Miłość mężczyzny do kobiety oraz jej do niego nie może nie być miłością pożądania, winna zaś iść ku temu, aby coraz bardziej być pełną życzliwością. Winna do tego zmierzać w każdym stanie i w każdym przejawie ich współistnienia oraz obcowania. Jeśli chodzi o wzajemność – zdaniem Arystotelesa – może być ona różna, a decyduje o tym charakter dobra, na którym opiera się wzajemność, a wraz z nią i cała

jest ona czymś płytkim i niestłym. Istotnie, jakkolwiek wzajemność jest zawsze czymś „pomiędzy” osobami, to jednak w zasadniczej mierze zależy ona od tego, co wnoszą w nią obie osoby. Miłość o pełnej wartości etycznej, o gruntownej stałości, pewności niesie ze sobą zaufanie do drugiej osoby, które uwalnia od podejrzania i od zazdrości – zaufanie, które tak bardzo stanowi o tym, że miłość jest prawdziwym dobrem dwojga ludzi. To, że można na drugim człowieku polegać, myśleć o nim jako o przyjacielu, który nie zawiedzie, jest dla tego, kto kocha, źródłem pokoju i radości. Pokój i radość to owoce miłości bardzo blisko związane z samą jej istotą. Jeżeli natomiast tym, co wnoszą obie osoby w miłość wzajemną, jest tylko lub przede wszystkim pożądanie, nastawione na to, aby użyć, aby szukać przyjemności, to i sama wzajemność nie posiada tych cech, o których w tej chwili mowa. Nie można mieć zaufania do drugiego człowieka, skoro się wie lub bodaj czuje, że jest on nastawiony tylko na użycie oraz na przyjemność jako na jedyny cel. Nie można również mieć tego zaufania, skoro samemu jest się na to przede wszystkim nastawionym. Kobieta i mężczyzna mogą sobie wzajemnie dostarczyć przy-

## Miłość jest najpełniejszą realizacją wszystkich tych możliwości, które tkwią w człowieku.

przyjaźń. Jeśli jest to dobro prawdziwe (dobro godziwe), wzajemność jest czymś głębokim, dojrzałym i poniekąd niewzruszalnym. Gdy natomiast o wzajemności stanowi tylko korzyść, użytek (dobro użyteczne) lub przyjemność, wówczas

jemności natury seksualnej, mogą być wzajem dla siebie źródłem różnorodnych korzyści. Jednakże sama przyjemność i rozkosz zmysłowa nie jest dobrem zespalałym i jednoczącym ludzi na dłuższą metę, jak to niezwykle trafnie ustalił Arysto-





teles. Kobieta i mężczyzna – jeżeli o ich „wzajemnej miłości” stanowi sama tylko przyjemność lub korzyść – będą zespoleni z sobą tak długo, jak długo będą dla siebie wzajemnie źródłem tej przyjemności lub korzyści, jak długo będą jej sobie wzajemnie dostarczać. Z chwilą, kiedy to się skończy, skończy się też właściwa racja „miłości”, prysnie złudzenie wzajemności. Nie może być bowiem prawdziwej wzajemności opartej tylko na pożądaniu lub na postawie konsumpcyjnej. Postawa taka nie szuka bowiem właściwego sobie wyrazu w postaci miłości wzajemnej, ale szuka tylko zaspokojenia, nasycenia. Jest ona w gruncie rzeczy tylko i wyłącznie egoizmem, a wzajemność musi zakładać u obu osób altruizm. Nie może powstać prawdziwa wzajemność z dwóch egoizmów, może z nich powstać tylko chwilowy lub, co najwyżej okresowy pozór wzajemności.

Wynikają stąd dwa wnioski, jeden o znaczeniu raczej teoretycznym, drugi – bardziej praktycznym. Wniosek pierwszy: w świetle rozważań na temat wzajemności widać, jak bardzo potrzebna nam jest analiza miłości nie tylko pod kątem psychologicznym, ale przede wszystkim pod kątem etycznym. Wniosek dru-

gi, praktyczny: należy zawsze dobrze „sprawdzić” miłość, zanim się ją wzajemnie oświadczy, a zwłaszcza zanim się ją uzna za swe powołanie i zacznie na niej budować życie. Sprawdzić trzeba mianowicie to, co jest „w” każdej z osób współtworzących tę miłość, a w konsekwencji też to, co jest „pomiędzy” nimi: Trzeba ustalić, na czym opiera się wzajemność i czy nie jest to tylko pozór wzajemności. Miłość bowiem może przetrwać tylko jako jedność, w której zaznacza się dojrzałe „my”, a nie przetrwa jako zestawienie dwu egoizmów, w którego osnowie zaznaczają się dwa „ja”. Miłość ma strukturę międzyosobowej wspólnoty.

### **Co krąży wokół wartości seksualnej? Pojęcie wartości osoby**

Wokół wartości seksualnej ześrodkowuje się uczuciowość oraz zmysłowość. Wartość ta wiąże się z „człowiekiem drugiej płci”. Kiedy wiąże się przede wszystkim z „ciałem” tego człowieka i wykazuje znamiennej orientację na używanie, wówczas w przeżyciu dominuje pożądanie zmysłowe. Kiedy natomiast wartość seksualna, jako treść prze-

życia nie nawiązuje przede wszystkim do „ciała”, wówczas dominanta przeżycia przenosi się w stronę uczuciowości – pożądanie nie wysuwa się na pierwszy plan. Istnieje ogromnie dużo możliwych postaci przeżycia w zależności od tego, jakie odniesienie do wartości seksualnej przeważa. Nie chodzi bowiem w porządku etycznym bynajmniej o to, aby zatrzeć lub pominąć wartość seksualną, na którą reagują zmysły i uczucie. Chodzi tylko o to ażeby wartość tę mocno związać z wartością osoby, skoro miłość zwraca się nie do samego „ciała” ani też nawet nie do samego „człowieka drugiej płci”, ale właśnie do osoby. Co więcej – tylko przez zwrot do osoby miłość jest miłością. Wartość osoby pozostaje w najściślejszym związku z bytem osoby. Z natury, czyli z racji tego, jakim jest bytem, osoba jest panem siebie samej i nie może być odstępiona innej ani też zastąpiona przez inną w tym, co domaga się udziału jej własnej woli i zaangażowania jej osobowej wolności.

Otóż miłość wyrwa niejako osobę z tej naturalnej nienaruszalności i nie-odstępności. Miłość bowiem sprawia, że osoba właśnie chce siebie oddać innej – tej, którą kocha. Chce niejako przestać być swoją wyłączną własnością, a stać się własnością tej drugiej. Miłość idzie poprzez taką rezygnację, kieruje się jednak tym głębokim przeświadczeniem, że rezygnacja ta prowadzi nie do pomniejszenia iubożenia, ale wręcz przeciwnie – do rozszerzenia i wzbogacenia egzystencji osoby. Jest to jakby prawo „ekstazy” – wyjścia z siebie, aby tym pełniej bytować w drugim. Nie obustronne używanie seksualne, w którym oddaje swe ciało x w posiadanie y, aby oboje mogli zaznać przy tym maksimum rozkoszy zmysłowej, ale właśnie wzajemne oddanie się i wzajemne przynależenie do siebie osób – oto całkowite i pełne ujęcie natury miłości, która w tym wypad-

ku znajduje swe dopełnienie w małżeństwie. Miłość oblubieńcza, która niesie w sobie wewnętrzną potrzebę oddania własnej osoby drugiemu człowiekowi – potrzeba ta krystalizuje się pomiędzy kobietą a mężczyzną również w oddaniu cielesnym i w pełnym współżyciu seksualnym – posiada swoją naturalną wielkość. Miarą tej wielkości jest wartość osoby, która daje siebie, a nie tylko skala rozkoszy zmysłowo-seksualnej, która z tym oddaniem się łączy. Tylko ta kobieta zdolna jest do prawdziwego oddania siebie, która ma pełne przekonanie o wartości swej osoby oraz o wartości osoby tego mężczyzny, któremu się oddaje. I ten tylko mężczyzna zdolny jest przyjąć oddanie kobiety w całej pełni, który ma gruntowną świadomość wielkości tego daru – tej zaś nie może posiadać bez afirmacji wartości osoby. Widać w tym wyraźnie, jak gruntownie miłość oblubieńcza, miłość wzajemnego oddania, musi zawierać w sobie wewnętrzną strukturę przyjaźni.

### **Dlaczego przyjaźń w miłości jest tak ważna?**

W przyjaźni bowiem – inaczej niż w samej sympatii (na nią składają się przeżycia emocjonalno-afektywne oparte na wzruszeniu oraz uczuciach, które rodzą się w człowieku w sposób spontaniczny i utrzymują w drodze cokolwiek irracjonalnej) – rozstrzygający jest udział woli. Można by ująć treść i strukturę przyjaźni takim wzorem: >>Ja chcę dobra dla ciebie, tak jak chcę go dla siebie samego, dla mojego własnego „ja”<<. W miłości obustronne i wzajemne „chcę dobra dla ciebie”, chociaż stanowi rdzeń przyjaźni, pozostaje jednak jakby zawieszony w próżni, gdy pozbawi się je tej temperatury uczuciowej, której właśnie dostarcza sympatia. Miłość pomiędzy kobietą a mężczyzną nie może pozostawać

na poziomie samej sympatii, ale musi się stawiać przyjaźnią. W przyjaźni wola sama się angażuje. I dlatego przyjaźń bierze istotnie w posiadanie całego człowieka, jest ona jego dziełem, zawiera w sobie wyraźny wybór osoby, drugiego „ja”, do którego się zwraca. I na tym polega właśnie obiektywna siła przyjaźni. O ile sympatia jest czymś subiektywnym, o tyle przyjaźń opierająca się na akcie woli jest zjawiskiem obiektywnym. Miłość jest zawsze czymś subiektywnym, tkwi bowiem w podmiotach (osobach), równocześnie jednak winna być wolna od subiektywizmu. Ta pozornie sprzeczna zależność ma swoje uzasadnienie – miłość powinna w osobie być czymś obiektywnym, mieć swój obiektywny profil, nie subiektywny tylko. Ten obiektywizm daje przyjaźń, dlatego miłość nie może być tylko sympatią, ale musi być przyjaźnią. Dojrzałość przyjaźni pomiędzy x a y sprawdzić można m.in. przez to, czy towarzyszy jej sympatia, ale bardziej jeszcze przez to, czy nie jest ona bez reszty zależną od sympatii (od samych momentów wzruszeniowych oraz nastrojów afektywnych), ale również poza nimi posiada swój wyraźny obiektywny byt w osobie i między osobami. Wtedy dopiero można na niej budować małżeństwo oraz wspólne życie dwojga ludzi.

### **Odpowiedzialność – w miłości bezwarunkowo konieczna**

Istnieje w miłości odpowiedzialność – jest to odpowiedzialność za osobę, tę, którą się wciąga w najściślejszą wspólnotę bycia i działania, którą się czyni poniekąd swoją własnością, „korzystając” z jej oddania. I dlatego istnieje też odpowiedzialność za własną miłość: czy jest ona taka, tak dojrzała i tak gruntowna, że w jej granicach to ogromne zaufanie drugiej osoby, zrodzona z jej miłości nadzieja, że oddając siebie

nie traci swej „duszy”, ale wręcz przeciwnie, odnajduje tym większą pełnię jej istnienia – czy to wszystko nie dozna zawodu. Odpowiedzialność za miłość sprowadza się, jak widać, do odpowiedzialności za osobę, z niej wypływa i do niej też powraca. Dlatego właśnie jest to odpowiedzialność ogromna. W jej poczuciu kryje się przecież troska o jej prawdziwe dobro – kwintesencja całego altruizmu, a równocześnie nieomylny znak jakiegoś rozszerzenia własnego „ja”, własnej egzystencji, o to „drugie ja” i o tę drugą egzystencję, która jest dla mnie tak bliska, jak moja własna.

Jakie momenty, jakie czynniki psycho-fizjologiczne sprawiają, że dwoje ludzi wzajemnie sobie odpowiada, że jest im dobrze z sobą być i przynależać do siebie? Wybór osoby drugiej płci, która ma być adresatem miłości oblubieńczej, a równocześnie tą, która tę miłość współtworzy dzięki swej wzajemności, musi opierać się w pewnym stopniu na wartości seksualnej. Przecież miłość ta ma mieć swój wydźwięk seksualny, ma stanowić bazę całego współżycia osob różnej płci. Bez obustronnego przeżycia wartości seksualnej nie sposób tego nawet pomyśleć. Jeśli mamy mówić o wyborze osoby, motywem pierwszorzędym musi być sama wartość osoby. Pierwszorzędym – to nie znaczy jedynym. Chodzi tutaj przede wszystkim o to, ażeby naprawdę wybrać osobę, a nie wybierać tylko wartości, które są związane z osobą bez uwzględnienia jej samej jako wartości podstawowej. Wartości seksualne, które y znajduje w x (czy też ona w nim), z całą pewnością motywują wybór, osoba wybierająca musi jednak przy tym mieć pełną świadomość, że wybiera osobę. Jakkolwiek więc wartości seksualne w przedmiocie wyboru mogą zniknąć, ulec zmianie, itp., to jednak pozostanie zasadnicza wartość – wartość osoby. Wybór jest wtedy



prawdziwym wyborem osoby, kiedy liczy się z tą wartością jako najważniejszą i decydującą. I tylko wtedy akt wyboru jest wewnętrznie dojrzały i wykończony. Tylko wtedy bowiem dokonała się w nim właściwa integracja przedmiotu: przedmiot wyboru (osoba) – został ujęty w całej swej prawdzie. Prawda o osobie jako przedmiocie wyboru krystalizuje się właśnie w tym, że sama wartość osoby jest dla wybierającego tą wartością, której podporządkowuje wszystkie inne. Wartości seksualne, które działają na zmysły i na uczucie, zostają więc ujęte we właściwy sposób. Miłość prawdziwa, miłość wewnętrznie pełna, to ta, w której wybieramy osobę dla niej samej, a więc ta, w której mężczyzna wybiera kobietę, a kobieta mężczyznę nie tylko jako „partnera” życia seksualnego, ale jako osobę, której chce oddać życie. Wibrujące w przeżyciach zmysłowych i uczuciowych wartości seksualne towarzyszą tej decyzji, przyczyniają się do jej psychologicznej wyrazistości, ale nie stanowią o jej głębi. Sam „rdzeń” wyboru osoby musi być osobowy, a nie tylko seksualny. Życie sprawdzi wartość wyboru oraz wartość i prawdziwą wielkość miłości. Sprawdza się ona najbardziej wówczas, gdy samo przeżycie zmysłowo-uczuciowe osłabnie, gdy same wartości seksualne przestaną niejako działać. Wówczas pozostanie tylko wartość osoby i wyjdzie na wierzch wewnętrzna prawda miłości. Jeśli miłość ta była prawdziwym oddaniem i przynależnością osób, wówczas nie tylko ostoi się, ale nawet umocni i ugruntuje. Jeśli zaś była tylko jakąś synchronizacją zmysłowości i emocji, wówczas straci swą rację bytu; a osoby w niej zaangażowane staną nagle w próżni. Trzeba się poważnie liczyć z tym, że każda ludzka miłość musi przejść przez jakąś próbę, i z tym, że wówczas dopiero okaże się jej prawdziwa wartość.

## **Każdy podmiot jest przedmiotowym bytem, jest przedmiotowym „czymś” lub „kimś”. Człowiek jest przedmiotowo „kimś” – i to go wyodrębnia wśród reszty bytów widzialnego świata, które przedmiotowo są zawsze tylko „czymś”.**

O ile więc dla czysto uczuciowej miłości znamienna jest owa idealizacja (uczuciowość sama stwarza różne wartości i wyposaża nimi osobę, do której się zwraca) – to dojrzała wewnętrznym aktem wyboru miłość osoby, skupiona na wartości samej osoby, sprawia, że kochamy uczuciowo osobę taką, jaką ona naprawdę jest – nie nasze wyobrażenie o niej, ale prawdziwą osobę. Kochamy ją z jej zaletami i wadami, poniekąd niezależnie od zalet oraz pomimo wad. Wielkość takiej miłości ujawnia się najbardziej wówczas, gdy osoba ta upada, kiedy wychodzą na jaw jej słabości czy nawet grzechy. Sama osoba bowiem nigdy nie traci swej istotnej wartości. Uczucie, które idzie za wartością osoby, jest wierne człowiekowi.

### **Różnica między „czymś” a „kimś” – banał?**

Każdy podmiot jest przedmiotowym bytem, jest przedmiotowym „czymś” lub „kimś”. Człowiek jest przedmiotowo „kimś” – i to go wyodrębnia wśród reszty bytów widzialnego świata, które przedmiotowo są zawsze tylko „czymś”. To proste, elementarne rozróżnienie kryje w sobie głęboką przepaść, jaka dzieli świat osób od świata rzeczy. Człowiek posiada rozum, że jest bytem rozumnym, czego nie

sposób stwierdzić o żadnym innym bycie widzialnego świata, u żadnego bowiem nie natrafiamy na ślady myślenia pojęciowego. Człowiek nie pozwala się bez reszty sprowadzić do tego, co się mieści w pojęciu „jednostka gatunku”, ale ma w sobie coś więcej, jakąś szczególną pełnię i doskonałość bytowania, dla uwydatnienia której trzeba koniecznie użyć słowa „osoba”. Człowiek różni się od zwierząt życiem wewnętrznym. Szereg procesów biochemicznych i fizjologicznych u zwierząt (jakkolwiek podobnych do ludzkich) tworzą bogate życie zmysłowe, w którym zawiera się, m.in. poznanie, dążenie. U człowieka obdarzonego zdolnością myślenia abstrakcyjnego (czego nie posiada żadne zwierzę) życie zmysłowe jest życiem duchowym. Koncentruje się ono wokół prawdy i dobra. Wchodzi w nie zaś całe mnóstwo problemów, z których najbardziej centralne wydają się te dwa: jaka jest ostateczna przyczyna wszystkiego oraz jak być dobrym i posiadać pełnię dobra. Pierwszy z tych centralnych problemów życia wewnętrznego człowieka angażuje bardziej poznanie, drugi zaś – pożądanie czy raczej dążenie. Obie te funkcje wydają się zresztą czymś więcej niż funkcjami, są raczej jakimiś naturalnymi orientacjami całego człowieka-bytu.

Łączność osoby ludzkiej ze światem zaczyna się wprawdzie na

gruncie „przyrodniczym” i zmysłowym, ale kształtuje się w sposób człowiekowi właściwy dopiero w orbicie życia wewnętrznego. Tutaj też zarysowuje się moment znamieny dla osoby: człowiek nie tylko przejmuje treści docierające doń z zewnętrznego świata i reaguje na nie w sposób spontaniczny czy nawet wręcz mechaniczny, ale w całym swoim stosunku do tego świata, do rzeczywistości, usiłuje zaznaczyć siebie, swoje „ja” – i musi tak postępować, gdyż natura jego bytu tego się domaga. Człowiek ma z gruntu inną naturę niż zwierzęta. Zawiera się w niej władza samostanowienia opartego na refleksji i przejawiającego się w tym, że człowiek, działając, wybiera to, co chce uczynić. Władza ta nazywa się wolną wolą.

### Słów kilka o wolności i prawdzie

Człowiek posiada wolną wolę, jest też panem siebie samego. Starożytni filozofowie pisali, że osoba jest *alteri incommunicabilis* – nieprzekazywalna, nieodstępna. Nieprzekazywalność czy też nieodstępność osoby jest najściślej związana z jej wnętrzem, ze samostanowieniem, z wolną wolą. Nikt inny nie może za mnie chcieć.

Wolność wraz z prawdą, prawda wraz z wolnością stanowią o tym duchowym piętnie, które wyciska się na różnych przejawach życia i działania ludzkiego. Wchodzą one niejako w najgłębsze zakamarki ludzkich czynów i ludzkich przeżyć, wypełniają je taką treścią, jakiej żadnych śladów nie spotykamy w życiu zwierzęcym. Właśnie tym treściom zawdzięcza też swoją właściwą konsystencję miłość pomiędzy osobami różnej płci. Jakkolwiek tak mocno i tak wyraźnie opiera się ona na ciele i zmysłach, to jednak nie ciało i nie zmysły same tworzą jej właściwą ośnowę oraz właściwy profil. Miłość

jest zawsze jakąś sprawą wnętrza i sprawą ducha; w miarę jak przestaje być sprawą wnętrza i sprawą ducha, przestaje też być miłością. Wola jest niejako tą ostatnią instancją w osobie, bez udziału której żadne przeżycie nie ma pełnej osobowej wartości, nie posiada całkowitego ciężaru gatunkowego osoby. Ów ciężar gatunkowy osoby wiąże się ściśle z wolnością, a wolność jest właściwością woli. Zwłaszcza zaś miłość „potrzebuje” wolności, zaangażowanie wolności stanowi jej istotę. To, co nie płynie z wolności, co nie nosi znamion wolnego zaangażowania, ale ma piętno determinacji i przymusu, nie może być uznane za miłość, nie ma w sobie jej istoty. Tylko opierając się na prawdzie, możliwe jest prawdziwie wolne zaangażowanie woli. Przeżycie wolności idzie w parze z przeżyciem prawdy. Miłość wymaga prawdy obiektywnej. Tylko dzięki niej, tylko na jej zasadzie może się dokonywać integracja miłości. Dopóki rozważamy ją tylko w świetle jej prawdziwości subiektywnej, nie posiadamy jeszcze pełnego jej obrazu i niczego też nie możemy orzekać o jej obiektywnej wartości. Dlatego tak ważna jest

analiza etyczna miłości. Wolność woli jest możliwa tylko na podstawie prawdy ujętej, w poznaniu. Z tym ściśle wiąże się powinność. Człowiek bowiem powinien wybierać dobro prawdziwe. Właśnie powinność najpełniej ujawnia wolność woli ludzkiej. Wola „powinna” iść za dobrem prawdziwym, ale owo „powinna” tłumaczy się tym, że „może” za nim również nie iść – dlatego właśnie powinna iść, że może nie iść. Wolność woli ludzkiej bowiem najpełniej uwydatnia się w moralności przez powinność. Powinność zaś wyrasta zawsze w zetknięciu woli z jakąś normą. Stąd też i pełnej integracji ludzkiej miłości trzeba szukać w etyce. Jeśli chodzi o miłość w relacji: kobieta mężczyzna, to trzeba się zgodzić, że ma ona znaczenie etyczne, jest więc związana z normą. Norma, o którą chodzi w danym wypadku, to norma personalistyczna; jej wyrazem jest przykazanie miłości.

Tylko prawda o osobie umożliwia rzeczywiste zaangażowanie wolności w stosunku do tej osoby. Miłość polega na zaangażowaniu wolności, jest ona wszak oddaniem siebie, a oddać siebie to właśnie





## Człowiek posiada wolną wolę, jest też panem siebie samego.

znaczy: ograniczyć swoją wolność ze względu na drugiego. Ograniczenie wolności własnej byłoby czymś negatywnym i przykrym – miłość sprawia, że jest ono czymś pozytywnym, radosnym i twórczym. Wolność jest dla miłości. Miłość angażuje wolność i napędza ją tym, do czego z natury łączy wola, napędza ją dobrem. Wola dąży do dobra, a wolność jest własnością woli, i dlatego wolność jest dla miłości, przez nią bowiem najbardziej człowiek uczestniczy w dobru. To jest istotny tytuł do jej pierwszeństwa w porządku moralnym, w hierarchii cnót oraz w hierarchii zdrowych tęsknot i pragnień człowieka. Człowiek pragnie miłości bardziej niż wolności – wolność jest środkiem, a miłość celem. Pragnie jednak człowiek miłości prawdziwej, bo tylko opierając się na prawdzie możliwe jest autentyczne zaangażowanie wolności. Wola jest wolna, a równocześnie „musi” szukać dobra, które odpowie jej naturze, jest wolna w szukaniu i wybieraniu, ale nie jest wolna od samej potrzeby szukania i wybierania.

Wola nie znosi natomiast narzucania sobie przedmiotu, jako dobra. Chce sama wybrać i sama zaafirmować, wybór bowiem jest zawsze afirmacją wartości przedmiotu, który się wybiera. Tak mężczyzna, który wybiera kobietę, afirmuje przez to jej wartość – chodzi o to, aby afirmował wartość samej osoby. Wartość seksualna zresztą raczej sama się narzuca, wartość osoby natomiast czeka na afirmację i na wybór. I dlatego w woli człowieka, który jeszcze nie uległ samym namiętnościom, ale zachował wewnętrzną świeżość, toczy się zwykle jakaś walka między popędem a wolnością. Kiedy wola ulega pociągowi

zmysłowemu, wówczas zaczyna pożądać danej osoby. Uczucie odbiera pożądanemu jego charakter cielesny i konsumpcyjny zarazem, a czyni je bardziej pragnieniem „człowieka drugiej płci”.

Wola miłuje dopiero wówczas, kiedy człowiek świadomie angażuje swą wolność względem drugiego człowieka jako osoby, której wartość w pełni uznaje i afirmuje. Zaangażowanie takie nie polega przede wszystkim na pożądanym tego człowieka. Wola jest władzą twórczą, zdolną do tego, aby z siebie dawać dobro, a nie tylko do tego, aby przyswajając sobie dobro już istnie-

jące. Miłość woli wyraża się przede wszystkim w pragnieniu dobra dla osoby umiłowanej. Pragnienie samej osoby dla siebie nie ujawnia jeszcze twórczej potencjalności woli, nie stanowi też miłości w całym pozytywnym tego słowa znaczeniu. Wola z natury chce dobra, i to dobra bez granic, czyli szczęścia. W dążeniu do niego szuka osoby i pragnie jej dla siebie jako tego konkretnego dobra, które może to szczęście przynieść. Tak x pragnie y, a y pragnie x – i na tym polega... miłość pożądanego. Zmysły i uczucia pomagają w tej miłości. Ale miłość, w której pomagają zmysły i uczucia, stanowi jakby najbliższą sposobność do tego, by wola, której dążenia z natury idą w kierunku dobra bez granic, czyli szczęścia, zaczęła chcieć tego dobra nie tylko dla swojego własnego



podmiotu, ale również dla drugiej osoby, dla tej osoby, która stanowi – opierając się na zmysłach i uczuciu – przedmiot pożądania. I tutaj właśnie zarysowuje się owo napięcie pomiędzy dynamiką popędu a dynamiką własną woli. Popęd sprawia, że wola pożąda i pragnie osoby ze względu na jej wartość seksualną (co jest naturalnym zjawiskiem dla popędu), wola natomiast nie poprzestaje na tym. Jest wolna, czyli zdolna do tego, by pragnąc wszystkiego w relacji do dobra bezwzględnego, dobra bez granic – szczęścia. I tę właśnie zdolność, tę swoją naturalną, szlachetną potencjalność, angażuje w stosunku do tamtej osoby. Pragnie dla niej dobra bezwzględnego, dobra bez granic, szczęścia – i w ten sposób jakby równoważy czy też okupuje wewnątrznie to, czego od owej osoby „drugiej płci”, pragnie dla siebie. Wola bowiem nie tyle walczy z popędem, ile równocześnie podejmuje w ramach miłości oblubieńczej to, co stanowi jego naturalny cel. Popęd bowiem zwrócony jest do istnienia ludzkości, co w konkretnie oznacza zawsze istnienie nowej osoby, dziecka, jako owocu miłości mężczyzny i kobiety w małżeństwie. W ten sposób miłość prawdziwa, korzystając z naturalnej dynamiki woli, usiłuje wnieść rys gruntownej bezinteresowności w stosunek kobiety i mężczyzny, aby uwolnić tę miłość od nastawienia na użycie. Miłość chce dawać, tworzyć dobro, uszczęśliwiać. Znow widać, jak bardzo miłość oblubieńcza winna być przeniknięta tym, co stanowi istotę przyjaźni. W pragnieniu dobra „bez granic” dla drugiego „ja” zawarty jest bowiem jakby w załączku cały twórczy pęd prawdziwej miłości, pęd do tego, aby obdarzać dobrem te osoby, które się kocha, aby je uszczęśliwiać.

Jest to jakiś „boski” rys miłości. Istotnie, kiedy y chce dla x dobra „bez granic”, wówczas chce dla niej właściwie Boga. On jeden jest

obiektywną pełnią dobra i On też tylko może każdego człowieka pełnią taką nasycić. Miłość człowieka przez odniesienie do szczęścia, czyli do pełni dobra, niejako przechodzi najbliższej Boga. Wielka moralna siła prawdziwej miłości leży właśnie w tym pragnieniu szczęścia, czyli prawdziwego dobra, dla drugiej osoby. Dzięki temu miłość zdolna jest odrodzić człowieka – daje mu poczucie wewnętrznego bogactwa,

guje się środkami do swego celu, to środek służy i celowi, i podmiotowi.

Człowiek w swej różnorodnej działalności posługuje się całym światem stworzonym, wykorzystuje jego zasoby dla tych celów, które sam sobie stawia. Wymaga się od rozumnej istoty ludzkiej jedynie tego, ażeby nie niszczyła i nie marnotrawiła tych dóbr naturalnych, aby używała ich z takim umiarem, który człowiekowi samemu nie

**Miłość angażuje wolność i napenia ją tym, do czego z natury Ignie wola, napenia ją dobrem. Wola dąży do dobra, a wolność jest własnością woli, i dlatego wolność jest dla miłości, przez nią bowiem najbardziej człowiek uczestniczy w dobru.**

wewnętrznej płodności i twórczości: jestem zdolny chcieć dobra dla drugiej osoby, a więc jestem w ogóle zdolny chcieć dobra. Prawdziwa miłość zmusza mnie do tego, ażebym wierzył we własne siły duchowe. Miłość prawdziwa nakazuje mi szukać dobra prawdziwego ze względu na tę osobę, do której się zwraca.

### Co to znaczy używać?

Używanie to pewna obiektywna postać działania. Używać to tyle, co posługiwać się jakimś przedmiotem działania jako środkiem do celu, do którego dąży działający podmiot. Celem jest zawsze to, ze względu na co działamy. Z celem wiąże się istnienie środków. Z natury rzeczy środek jest więc podporządkowany celowi. skoro ten, kto działa, posłu-

utrudni rozwoju osobowego, a społeczeństwu ludzkim zapewni sprawiedliwe i zgodne współistnienie. Są to wszystkie zasady proste i łatwo zrozumiałe dla każdego normalnego człowieka. Problem zaczyna się wówczas, gdy chodzi o odniesienie do innego człowieka, do drugiej osoby ludzkiej. Czy wolno traktować tę osobę jako środek do celu i używać jej w takim charakterze? Problem postawiony w tym pytaniu posiada bardzo szeroki zasięg, rozciąga się na wiele dziedzin życia i współżycia ludzkiego. Dotyczy on relacji takich jak pracodawca – pracownik, nauczyciel – uczeń, rodzic – dziecko. Ten sam problem istnieje we wzajemnych relacjach między kobietą a mężczyzną.

C.D.N.



# Triduum o mężczyźnie i kobiecie

Pod koniec zeszłego roku akademickiego (2008/2009) w Duszpasterstwie Akademickim „Łukasz” zrodził się spontaniczny pomysł zorganizowania rekolekcji na początku nadchodzącego semestru zimowego.



**MONIKA KOTARSKA**  
STUDENTKA III ROKU  
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
UM W LUBLINIE

Zastanawialiśmy się, jakie aspekty życia nurtują nas, studentów, najbardziej. Jakie tematy stanowią dla nas największe wyzwanie, z jakimi pytaniami borykamy się często, nie znajdując jednoznacznych odpowiedzi wokół nas. Zauważyliśmy potrzebę rozmów o relacjach międzyludzkich, a zwłaszcza damsko-męskich oraz o tożsamości i swoim miejscu w świecie. Temat zawsze aktualny i interesujący dla ludzi w każdym wieku, a zwłaszcza dla tych, którzy stoją u progu w pełni samodzielnego i odpowiedzialnego życia.

Nasze spotkania zaplanowaliśmy pod nazwą „Triduum o kobiecie i mężczyźnie”.

Nie mieliśmy wątpliwości, kogo poprosić o poprowadzenie konferencji. Ksiądz Piotr Pawlukiewicz – bardzo dobrze nam znany, chociażby z konferencji słuchanych na lekcjach religii w szkole średniej. Jego otwartość, poczucie humoru i łatwość nawiązywania kontaktu z młodzieżą podczas przekazywania i tłumaczenia nieraz trudnych i nie do końca zrozumiałych prawd Ewangelii od wielu lat przyciąga liczne rzesze młodych ludzi na prowadzone przez niego wykłady.

Na trzeci dzień rekolekcji zaprosiliśmy panią profesor Wandę Półtawską.

Po powrocie z wakacji zajęliśmy się ostatnimi przygotowaniami do „Triduum”. Jako miejsce spotkań wybraliśmy Kaplicę przy SPSK nr 4 jako miejsce, które jest nam szczególnie bliskie i od wielu lat integruje nasze Duszpasterstwo. W akademikach i na tablicach ogłoszeń w budynkach naszej Alma Mater rozwiesiliśmy plakaty informujące o rekolekcjach i z utęsknieniem czekaliśmy na pierwszy weekend listopada.



**Nie mieliśmy wątpliwości, kogo poprosić o poprowadzenie konferencji. Ksiądz Piotr Pawlukiewicz [...]. Jego otwartość, poczucie humoru i łatwość nawiązywania kontaktu z młodzieżą [...] od wielu lat przyciąga liczne rzesze młodych ludzi...**

Hość słuchaczy przerosła nasze oczekiwania. Oprócz studentów Uniwersytetu Medycznego zjawili się również przedstawiciele innych lubelskich uczelni, m. in. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Politechniki Lubelskiej.

Podczas obu godzinnych konferencji ks. Pawlukiewicz przybliżył nam tematykę problemów, z jakimi stykamy się na co dzień i tych, które w niedalekiej przyszłości staną się udziałem wielu z nas. Mówiąc o trudnościach, jakie towarzyszą wspólnemu życiu kobiety i mężczyzny, podpowiadał jednocześnie, jak sobie z nimi radzić, aby utrzymać

jedność i miłość w małżeństwie przez całe życie. Z poczuciem humoru uświadamiał nam różnice w postrzeganiu i interpretacji świata, które nieraz generują konflikty międzyludzkie, zwłaszcza między przedstawicielami obu płci. Odwołując się do Księgi Rodzaju, a zwłaszcza aktu stworzenia oraz grzechu pierworodnego, pokazał różnorodność zadań, do jakich szczególnie przeznaczeni są współcześni Adam i Ewa.

Jeden z trudniejszych tematów dotyczył skłonności człowieka do zafalszowywania siebie samego. Od dziecka świat uczy nas, jak na-





## **W mojej pamięci szczególnie zapisała się konferencja pani Wandy Półtawskiej (...). Pani profesor w prostych, a jednocześnie mocnych i trafiających bezpośrednio do serca słowach mówiła o prawdziwej miłości, która jest bezinteresowna, sprawiedliwa i wymagająca.**

leży się zachować, aby spełnić jego oczekiwania, być miłym, szanowanym, lubianym. Przyzwyczajeni do pewnego stylu zachowań, gubimy własną tożsamość. Boimy się konfrontacji środowisk, do których należymy (np. rodziny, znajomych ze studiów, z liceum), ponieważ nie-rzadko w każdym z nich zachowujemy się inaczej.

Ksiądz Pawlukiewicz odnosił się także do tematów poruszanych w książkach Stasi i Johna Eldredge pt. „Urzekająca” i „Dzikie serce”.

W mojej pamięci jednak szczególnie zapisała się konferencja pani

Wandy Półtawskiej bezpośrednio po Akademickiej Mszy Świętej w niedzielę kończącą „Triduum”. Na samym początku pani profesor zapowiedziała, że zamierza przybliżyć nam, ludziom młodym, ale jeszcze pamiętającym Papieża – Polaka, jego myśl filozoficzną. W prostych, a jednocześnie mocnych i trafiających bezpośrednio do serca słowach mówiła o prawdziwej miłości, która jest bezinteresowna, sprawiedliwa i wymagająca. Przypomniła, jak ważne jest i do czego zobowiązuje Boże pochodzenie człowieka. Odwołując się do przemyśleń Jana Pawła II oraz

własnych doświadczeń, nakreśliła także zagadnienie teologii ciała oraz odpowiedzialności, jako miary dojrzałości człowieka.

Nie ominęła także pytań dotyczących tożsamości i zadań stojących przed nami – młodzieżą, której Papież bronił i którą kochał przez całe swoje życie. Przypomniła definicję wolności, którą Jan Paweł II określał jako „zależność od siebie samego i przyjętego systemu wartości”. Ograniczoną z jednej strony rozumem, a z drugiej – sumieniem.

Z charakterystycznym dla siebie humorem pani profesor zobowiązała nas także do lektury konkretnych dzieł, w których poruszane przez nią tematy są dogłębnie omówione: „Miłość i Odpowiedzialność”, „Osoba i czyn”, a także „Mężczyznę i niewiastą stworzył ich”. Wszystkie autorstwa Karola Wojtyły.

Te trzydniowe rekolekcje były czasem niezwykłych spotkań. Myślę, że w każdym z nas zostały pewien niezatarty ślad, zmotywowały do refleksji nad wyborami, jakich dokonujemy. Uświadomiły, że życie jest darem i jesteśmy odpowiedzialni za nie poprzez czyny, jakich dokonujemy.

### **O przemyśleniach z konferencji słów kilka**

Podczas ostatniej konferencji usłyszałam m.in., że nasze życie nie jest celem, lecz drogą.

Posiadanie rodziny, ukończenie studiów, przyjaźnie, nie są celem samym w sobie, lecz drogą do celu, jakim jest niebo – wieczna radość w obecności Boga, pełnia szczęścia. Co prawda, dopiero osuwam się z tą myślą i powoli ją przyjmuję, a już dużo mi w życiu wyjaśnia i ustawia odpowiednią hierarchię wartości.

Gdy postrzegam innych ludzi jako towarzyszy w drodze – łatwiej jest zrozumieć, zaakceptować pewne wybory, nie wymagać od nich konkretnych czynów, czy sposobów



**Posiadanie rodziny, ukończenie studiów, przyjaźnie, nie są celem samym w sobie, lecz drogą do celu, jakim jest niebo – wieczna radość w obecności Boga, pełnia szczęścia.**

działania. Bo choć cel jeden, to jednak drogi do niego prowadzące są różne. Z niektórymi osobami idę długo tą samą trasą lub nasze szlaki przeplatają się, a jednak cały czas człowiek swoją drogą kroczy sam – podejmuje autonomicznie decyzje, samodzielnie wybiera, od czego jest uzależniony. Wciąż, jeśli umie patrzeć, spotyka życzliwych i pomocnych towarzyszy, nierzadko sam się takim stając dla innych.

Droga. Wierzę, że pewnym momencie spotyka szczególną osobę. Stwierdza, że wspólnie idąc, będzie znacznie łatwiej pokonać ten szlak. Jeśli znajdzie odbicie swoich odczuć w towarzyszu, dalej idą już razem. Nadal spotykają innych ludzi, którzy są dla nich życzliwi i dla których życzliwymi można być. Teoretycznie niewiele się zmienia..., a jednak jest jednocześnie i trudniej i łatwiej. Łatwiej, bo obok jest ktoś, kto idzie tym samym szlakiem, dzieli się swoim doświadczeniem, pokazuje pewne rzeczy, na które idąc samemu nie zwróciłoby się uwagi, „ratuje” przed samotnością. Trudniej, bo trzeba nauczyć się kompromisu (a najlepiej synergii), znosić „gorszy dzień” towarzysza, wady i niedoskonałości, szukać drogi, która pasuje obu oso-

bom jednocześnie (np. uszkodzone kolano eliminuje drogę przez szczyt góry, mimo że jest krótsza - jednak wybiera się tą w dolinie, nawet kosztem pięknych widoków).

A jednak sporo osób decyduje się na taką właśnie formę podróży. Pomijam tu obecność Pana Boga, który cały czas jest i czuwa. On wskazuje drogę... i myślę, że stawia na naszej drodze odpowiednich ludzi w odpowiednim czasie po to, by łatwiej nam było iść.





# Biochemiczne właściwości związków farmakologicznie czynnych grzybów z rodzaju *Psilocybe*

**Dążenie do osiągnięcia  
przyjemności jest jedną  
z charakterystycznych  
potrzeb człowieka.**

---

**JUSTYNA KINGA STĘPKOWSKA**  
STUDENTKA VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE BIOCHEMIKÓW  
PRZY KATEDRZE I ZAKŁADZIE BIOCHEMII I BIOLOGII MOLEKULARNEJ  
UM W LUBLINIE

---

Od wieków człowiek szukał źródła przyjemności, poza naturalnymi stanami doznawania.

Substancje psychoaktywne mają długą i bogatą historię. Znane były już w czasach neolitu. Prawdopodobnie nie było takiej kultury, która nie stosowałaby ich w różnych celach, choć podstawową ich rolą, było wykorzystanie w celach kultowych oraz jako leki. Jak wskazują źródła, najwcześniej używaną substancją psychotropową był wywar z muchomora czerwonego *Amanita muscaria*, stosowany już około 10 000 lat temu [14]. Przypuszcza się, że charakterystyczny ornament na niektórych naczyniach neolitycznych, przedstawia właśnie blaszki grzyba pływające w wywarze. Grzyb ten był podstawą rytualnych napojów, dzięki zawartym w nim substancjom halucynogennym, głównie takim jak kwas ibotenowy, ale też bufotenina i muscymol [12].

Współcześnie, wśród osób stosujących związki psychoaktywne, dużą popularność mają ekstrakty pozyskiwane z grzybów z rodzaju *Psilocybe*.

## Uzależnienie

Jedną z cech charakterystycznych związków psychoaktywnych jest ich zdolność do wywoływania uzależnienia. Jest to złożona choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się silnym, trudnym w kontroli dążeniem, do użycia substancji uzależniającej. Jej cechą jest dominacja zachowań poszukiwawczych nad wszelkimi innymi. Jak wskazują ostatnie doniesienia, istnieją dość silne predyspozycje do wykształcenia się uzależnienia, związane z mutacjami receptorów dopaminowych w mózgu [12].

Zasadniczą rolę w uzależnieniach odgrywa mezolimbiczny układ dopaminowy, obejmujący obszar nakrywki brzusznej, w której znajdują się neurony dopaminowe dające projekcje do jądra półleżącego przegrody oraz do kory przedczołowej.

W nakrywce brzusznej są zlokalizowane receptory odpowiedzialne za nagradzające działanie morfiny [5]. Nagradzające efekty dają tu zarówno agoniści receptora  $\mu$ - jak i  $\delta$ -opiodowego [4]. Agoniści receptora  $\mu$  blokują receptory GABA, zlokalizowane na neuronach dopaminowych i powodują odblokowanie tych ostatnich [9]. Odblokowanie neuronów wydzielających dopaminę, w efekcie da oczywiście wzrost jej stężenia. O agoniście receptora  $\delta$  wiemy wciąż bardzo mało. Wykazano tylko, że ich działanie w porównaniu z agonistami receptora  $\mu$  jest stukrotnie słabsze [6].

W jądrze półleżącym zlokalizowane jest działanie uzależniających środków stymulujących: kokainy i am-

fetaminy, które po podaniu obwodowym podnoszą poziom dopaminy [7]. Interesujący jest fakt, że obie te substancje o podobnym, jak się przypuszcza, mechanizmie działania – amfetamina i kokaina, różnią się od siebie miejscem uchwytu działania uzależniającego [13].

### Zmiany adaptacyjne

Zależność od związków psychoaktywnych rozwija się jako skutek zmian adaptacyjnych, które powstają pod wpływem przewlekle stosowanej substancji. Wszystko to prowadzi do poważnych zmian osobowości uzależnionego.

Zmiany adaptacyjne podzielić można na dwie kategorie, powstanie sensytyzacji i tolerancji [13]. Sensytyzacja to zjawisko nasilania odpowiedzi na kolejne dawki narkotyku. Powoduje je szereg substancji, jak choćby kokaina, nikotyna czy amfetamina. W tym miejscu wspomnieć też trzeba o sensytyzacji farmakokinetycznej. Ciągłe stosowanie danej substancji może wiązać się z postępującym uszkodzeniem wątroby, co w konsekwencji powoduje zmniejszenie metabolizmu związku uzależniającego, a zatem zwiększone jego stężenie wpływa na ustrój. Tolerancja polega na konieczności ciągłego zwiększania dawki narkotyku w celu uzyskania tej samej odpowiedzi. Tolerancja może być wynikiem zajęcia odpowiednich receptorów, zmianą ich konformacji, przejściem w stan nieaktywny czy też zużyciem zapasów danych mediatorów [13]. Wszystkie jednak procesy prowadzące do wytworzenia stanu tolerancji, mają charakter obronny. Organizm za wszelką cenę bowiem stara się utrzymać stan homeostazy, który warunkuje jego egzystencję. Należy również wspomnieć, że jedną z konsekwencji rozwoju tolerancji jest występowanie uzależnienia.

### Substancje uzależniające

Ze względu na zróżnicowanie budowy chemicznej, mechanizm działania, efekty biologiczne, jak również ze względu na zastosowanie, WHO wyodrębniła kilka typów substancji uzależniających. Związki halucynogenne sklasyfikowane zostały jako typ VII substancji uzależniających.

Halucynogeny to związki biologicznie czynne, wywołujące zaburzenia czynności psychicznych postacią halucynacji (przy czym zaburzenia świadomości i funkcji poznawczych nie są nasilone). Mogą powodować również zmiany nastroju i pobudzenie ruchowe [3].

Pod względem chemicznym, można podzielić je na pochodne indolowe, o budowie zbliżonej do serotoniny [1] oraz pochodne feniloetyloaminy.

Wykorzystywane substancje czynne pochodzą ze sporyszu (czyli form przetrwalnikowych bulawinki czerwonej *Claviceps purpurea*), kaktusa *Lovofora Williamsi*, grzybów z rodzaju *Psilocibe*, muchomora plamistego *Amanita pantherina* oraz *Amanita muscaria* [10].

Do VII typu substancji uzależniających, należy również związek półsyntetyczny LSD (dietyloamid kwasu d-lizergowego). Wywołuje on halucynacje i tzw. odbłyski czyli rodzaj zaburzeń czynności psychicznych.

#### *Psilocybe*

Zainteresowanie grzybami halucynogennymi jest coraz większe. Najwięcej emocji budzą one wśród osób młodych, eksperymentujących z coraz to nowymi związkami psychoaktywnymi. Dzieje się tak zapewne z dwojakich względów. Po pierwsze, ze względu na osiąganą efekty psychodysleptyczne, po drugie, ze względu na ich stosunkowo łatwą dostępność. Przy czym wciąż małą jest świadomość, że stosowanie substancji pochodzących z grzy-

bów halucynogennych, prowadzić może do poważnych następstw chorobowych.

W Polsce najczęściej stosowanym surowcem halucynogennym są grzyby z rodzaju *Psilocybe*, a zwłaszcza łysiczka lancetowata *Psilocybe semilanceata*. Jest to mały grzyb, którego kapelusz o wysokości 1-2 cm jest lancetowato zaokrąglony lub stożkowaty. Na szczycie kapelusza nierzadko występuje brodawka. W czasie suszy łysiczka lancetowata jest gładka, płowozółta, z zielonkawym odcieniem, natomiast w porze deszczowej staje się ciemnooliwkowa i śluzowata. Grzyb jest twardy, o zbitej konsystencji, często wygięty. Z reguły jest silnie przyrośnięty z grzybnią do podłoża [10]. Psychotropowe działanie tego grzyba przypisuje się zawartym w nim alkaloidom: psilocybinie, psilocynie, baeocystynie oraz norbaeocystynie [11].

Stosowanie naturalnych halucynogenów zawartych w grzybach z rodzaju *Psilocybe* (w formie surowej bądź po przetworzeniu) powoduje po upływie ok. 20 minut pojawienie się zaburzeń koncentracji, halucynacji wzrokowych i słuchowych, euforii, urojeń. Mogą również pojawić się objawy nieprzyjemne, takie jak lęk, agresja, zaburzenia mowy, do myśli samobójczych włącznie.

Do najważniejszych związków składników omawianych grzybów - należą psilocybina oraz psilocyna. Są to związki, zawierające w swej strukturze chemicznej pierścień benzopirolowy. Obie substancje w głównej mierze, odpowiedzialne są za efekty halucynogenne. Inne związki wyodrębniono nieco później. Są to bufotenina, beocystyna i feniloetyloamina.

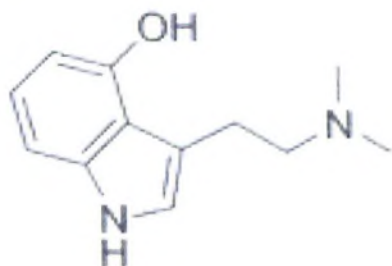
#### *Psilocybina (PSB) i psilocyna (PSC)*

Psilocybina to pochodna tryptofanu [2], nie wchłania się z przewo-

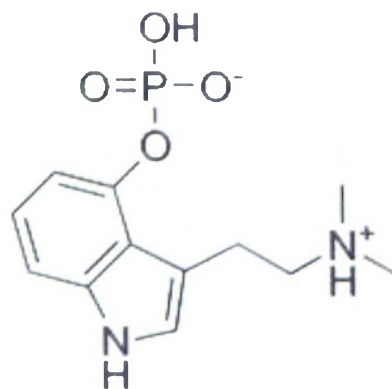


du pokarmowego po podaniu per os. Za właściwe działanie farmakologiczne odpowiedzialna jest psilocyna. Związek ten powstaje w wyniku przemian enzymatycznych psilocybiny (biorą w nich udział: fosfataza alkaliczna oraz niespecyficzne esterazy). Psilocybina w swej pierwotnej formie, jest związkiem biologicznie nieczynnym, zaś jej pochodna po podaniu per os, wchłania się z przewodu pokarmowego jedynie w 50% (u szczura) [10].

U podłoża mechanizmu działania psilocyny, leży jej wpływ na receptory serotoninowe. Dystrybucja tego związku odbywa się do ośrodkowego układu nerwowego (głównie kory mózgowej i hipokampa) oraz także do tkanek obwodowych. Psilocyna ulega metabolizmowi w ciągu 24 godzin i wydalana jest z organizmu głównie przez nerki, w formie niezmięnionej bądź w postaci metabolitów, głównie jako glukuroniany [10].



Ryc. 1. Psilocyna [19]



Ryc. 2. Psilocybina [16]

Czas trwania odurzenia PSB jest dość specyficzny i wynosi 4-6 godzin dla dawki 10 mg [15] (w zależności od stanu zdrowia osoby odurzonej). Po okresie utajenia (od kilku minut do godziny) pojawiają się objawy somatyczne: zaczerwienienie twarzy, zaburzenia czynności serca, rozszerzenie źrenic, pocenie, ból głowy, drżenie, itp. Powyższym objawom towarzyszy często euforia.

Objawy psychiczne odurzenia omawianymi związkami są bardzo różne. Wykazują wiele podobieństw i nieco różnic w porównaniu z innymi ze znanych środków halucynogennych, zwłaszcza meskaliną

i LSD. Najbardziej widocznym z objawów, jest bardzo dobre samopoczucie lub nawet rozkosz, podczas gdy objawy wegetatywne są łagodniejsze [15].

Inne zaburzenia spotykane u odurzonych osób, obejmują zachowanie maladaptatywne, czasami silny niepokój lub depresję, strach przed oszaleniem, wybuchowość, brak zdolności do rzeczywistej oceny sytuacji i niezdolność do interakcji społecznych. Czasami do objawów dołączają się: wyniosłość, obniżona potrzeba snu, roztargnienie, nadaktywność i gadatliwość [15].

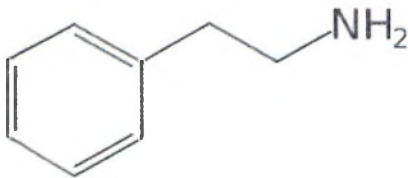
Tabela I. Porównanie charakterystycznych objawów odurzenia po podaniu 10 mg s.c. PSB oraz 0,15 mg i.m. LSD [15]

Odurzenie	PSB	LSD
Czas trwania	Okres utajenia – minuty do 1h, Czas trwania psychozy – 4-6 h Szczyt odurzenia – 2-3 h	Okres utajenia – 40-50 min, Czas trwania psychozy – 5-6 h Szczyt odurzenia – 5-6 h
Oznaki somatyczne	tachykardia i wzrost ciśnienia krwi, zawroty głowy, mdłości, pocenie, dreszcze, podekscytowanie, wstrząsy prowadzące czasem do zachowań agresywnych	na początku odurzenia – mdłości, wymioty, słabość i znużenie, zaczerwienienie skóry, pocenie, zaburzenia koordynacji motorycznej
Zaburzenia percepcji	iluzje, halucynacje, ornamentalizacja widzianych przedmiotów	iluzje, pseudohalucynacje, halucynacje
Zaburzenia afektywne	euforia, śmiech aż do ekstatycznego nastroju, dysforia, płaczliwość, depresja, paniczny niepokój	na początku często silna euforia, później depresja, częste ambiwalentne odczucia
Zaburzenia myślenia	rozdrażnienie, paranoiczne urojenia, mania prześladowcza, nieskładne myślenie	wszystkie zaburzenia zależą od wrażliwości danej osoby; paranoiczne urojenia, rozdrażnienie
Zaburzenia pamięci	gonitwa myśli, stany deliryczne, konfabulacje	pamięć jest zazwyczaj zachowana
Ocena sytuacji	zaburzenia percepcji, oceny przestrzeni i czasu	częste zaburzenia percepcji czasu, silne zaburzenia orientacji w przestrzeni
Zaburzenia uwagi	zaburzenia koncentracji	zdolność do koncentracji zależy od chęci
Zaburzenia osobowości	bezosobowość i odrealnienie	bezosobowość i odrealnienie
Zaburzenia świadomości	przy wyższych dawkach – od snu do śpiączki	przejęciowy i łagodny egocentryzm
Specjalne cechy	zaburzenia podstawowych instynktów: myśli samobójcze, samookaleczenia	geometryzacja

**Feniloetyloamina (PEA)**

Jest to produkt dekarboksylacji feniloalaniny. W śladowych ilościach występuje także fizjologicznie w mózgu i tkankach obwodowych ssaków [10]. Posiada zdolność penetracji bariery krew-mózg. Najważniejszym miejscem działania PEA jest OUN, gdzie pełni funkcję neuromodulatora, głównie dla neuronów dopaminergicznych [10].

Strukturalnie, feniloetyloamina wykazuje duże podobieństwo do amfetaminy [8]. Fakt ten spowodował, że PEA zaczęto słusznie określać jako endogenna amfetamina. Oczywiście, za podobieństwem strukturalnym, idzie podobieństwo wywoływanych objawów. Są to: pobudzenie emocjonalne, wzrost aktywności fizycznej, wzrost odporności na głód i zmęczenie.



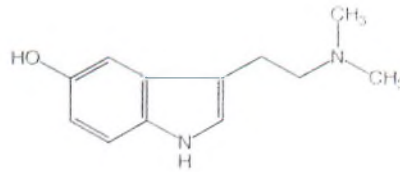
**Ryc. 3. Feniloetyloamina [18]**

Mechanizm działania PEA wiąże się z jego strukturalnym podobieństwem do dopaminy i adrenaliny. W odróżnieniu zatem od psilocyny, efekt biologiczny feniloetyloaminy polega na bezpośredniej aktywacji adrenergicznej. Również metabolizm feniloetyloaminy, zbliżony jest do metabolizmu amin katecholowych [10].

**Bufotenina (BUF) [15]**

Bufotenina jest składnikiem grzybów rodzaju *Amanita*. Przeciętnie stosowane dożylnie dawki BUF (ok. 4 mg) powodują halucynacje, zaburzenia w percepcji czasu i przestrzeni, bezosobowość i niepokój. Wysokie dawki (8-16 mg) powodują dreszcze, halucynacje w kolorze fioletowym i czarnym, zaburzenia czasu i kontroli przestrzennej. Objawy

somatyczne często obejmują rozszerzenie naczyń krwionośnych twarzy i brak koordynacji motorycznej.



**Ryc.15. Bufotenina [17]**

Współczesne czasy nie niosą niestety nadziei na zmianę wykształconych przez ostatnie stulecia patologicznych postaw ludzkich. Kult konsumpcji, materializmu i nieoponowany pęd do rozkoszy sprawił, że liczba osób sięgających po surowce halucynogenne, rośnie z roku na rok w zastraszającym tempie. Po „pigulki szczęścia” sięgają osoby coraz młodsze. Przy tym, tylko bardzo niewielki procent spośród osób sięgających po halucynogeny, zna - choćby pobieżnie - mechanizmy działania substancji, które przyjmuje i świadom jest poważnych ogólnoustrojowych efektów toksycznych, jakie ze sobą niosą. Jedyne dobra znajomość tych aspektów, przyczynić się może do prewencji uzależnień, rozwoju skutecznych metod terapii osób uzależnionych oraz wyrwania ich z nalogu.

**Piśmiennictwo**

[1] Aghajanian G.K., Marek G.J., 1999, Serotonin and hallucinogens. *Neurophysiopharmacology*, s. 21, 25, 16.  
 [2] Agurell S., Nilsson J., L., G., 1968, Biosynthesis of Psilocybin. *Acta Chem. Scand.* 22, s.1210.  
 [3] Baker R. W., Chothia C., Pauling P., 1973, Molecular structures of hallucinogenic substances LSD, Psilocybin and 2,4,5-trimethoxyamphetamine. *Mol. Pharmacol.* 9, s. 23.  
 [4] Bals-Kubik R., Ableitner A., Herz A., Shippenberg T.S., 1993, Neuroanatomical sites mediating the motivational effects of opioids as mapped by the conditioned

place preference paradigm in rats. *J Pharmacol Exp Ther* 264: s. 489-495.

[5] Bozarth M. A., Wise R. A., 1981, Intracranial self-administration of morphine into the ventral tegmental area in rats. *Life Sci* 28: s. 551-555.  
 [6] Clement J. A., Yoder B. J., Kingston D. G. I., 2004, Natural Products as a Source of CSN-Active Agents, *Mini-Reviews in Organic Chemistry*, 1, s. 183-208.  
 [7] Hurd J. L., Weiss F., Koob G. F., Anden N-E, Ungerstedt U, 1989, Cocaine reinforcement and extracellular dopamine overflow in rat nucleus accumbens: an in vivo microdialysis study. *Brain Res* 498: s. 199-203.  
 [8] Janssen P. A. et al., 1999, Does phenylethylamine act as an endogenous amphetamine in some patients? *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2, s. 229.  
 [9] Johnson S. W., North R. A., 1992, Opioids excite dopamine neurons by hyperpolarization of local interneurons. *J Neurosci* 12: s. 483-488.  
 [10] Machoy Mokrzyńska A., 2002, Ocena działania kardiotoxycznego naturalnych halucynogenów zawartych w grzybach z rodzaju *Psilocybe*. *Pomorska Akademia Medyczna*. Szczecin, s. 10-14.  
 [11] Suppran T., Frey U., Suppran R., Rosler M., Wanke K., 2001, *Über dem Gebräuche psychoactiver Pilze als Rauschmittel*, 69: s. 597-602.  
 [12] Vetulani J., 2001, Krótka historia narkotyków. *Wszeczwiat* 1/3, s. 37-42.  
 [13] Vetulani J., 2001, Uzależnienia lekowe: mechanizmy neurobiologiczne i podstawy farmakoterapii. *Alkoholizm i Narkomania* 1, s.14.  
 [14] Vetulani J., Psychoactive substances in the past and presence, 2001, *Pol. J. Pharmacol.*, 53, s. 201-214.  
 [15] Wurst M., Kysilka R., Fliieger M., 2002, Psychoactive Tryptamines from Basidiomycetes, *Folia Microbiol.* 47 (1), s. 3-27.  
 [16] [http://www.antoranz.net/CURIOSA/ZBIOR5/C0504/07\\_QZD05052\\_psilocybin.gif](http://www.antoranz.net/CURIOSA/ZBIOR5/C0504/07_QZD05052_psilocybin.gif)  
 [17] <http://www.bufo.friko.pl/Bufotenin/pliki/image002.gif>  
 [18] [http://www.chemicalforum.eu/dane/pictures/03122006\\_feniloetyloamina.gif](http://www.chemicalforum.eu/dane/pictures/03122006_feniloetyloamina.gif)  
 [19] [http://www.magictruffles.com/assets/images/pictures/about\\_04\\_working.jpg](http://www.magictruffles.com/assets/images/pictures/about_04_working.jpg)



• Jak robią to Austriacy? •

# O starości i opiece długoterminowej inaczej

„O starości inaczej – nowe kwalifikacje dla personelu medycznego w obszarze opieki długoterminowej” – staż zagraniczny w ramach programu Leonardo Da Vinci – „Uczenie się przez całe życie”.



## MGR JUSTYNA CHMIEL

STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE FIZJOTERAPII  
PRZY ZAKŁADZIE REHABILITACJI I FIZJOTERAPII  
UM LUBLIN

W listopadzie miałam przyjemność odbyć staż zagraniczny realizowany w partnerstwie pomiędzy polską Agencją Zatrudnienia CLUB SILESIA Sp. z o.o. z siedzibą w Opolu, a austriacką grupą ośrodków opiekuńczo-pielęgnacyjnych SONNENLAND. Projekt był realizowany w ramach stażowych projektów mobilności PLM Leonardo Da Vinci programu LLP „Uczenie się przez całe życie”. Spośród kandydatów z całej Polski wytypowano 10 osób, które mogły wyjechać do Austrii, poznać tamtejsze warunki pracy, możliwości, zdobyć nowe umiejętności zawodowe oraz udoskonalić swój język niemiecki. Wyjazdy odbywały się w dwóch turach: pierwsze 5 osób wyjechało w listopadzie, natomiast druga grupa z początkiem grudnia – zostało to podzielone w taki sposób, by każdy uczestnik miał komfortowe warunki do odbycia stażu.

Główne cele projektu to:

- nabycie przez uczestników wiedzy, nowych umiejętności oraz



Kolejka szynowa z Schlossberg

kompetencji w obszarze opieki długoterminowej,

- podniesienie kompetencji językowych uczestników w zakresie medycznego języka niemieckiego,
- wspieranie międzynarodowej mobilności osób w trakcie szkolenia zawodowego.

W ramach projektu uczestnicy odbywali praktykę w jednym z najbardziej renomowanych ośrodków opiekuńczo-pielęgnacyjnych w Austrii w miejscowości Semriach na-

leżącym do grupy SONNENLAND. Ośrodek plasuje się w czołówce największych, wiodących prywatnych ośrodków opiekuńczo-leczniczych w Austrii. Grupa realizuje nowatorskie programy w zakresie terapii ran (np. terapia dr. Kammerlanda, „Steirischer Wundkoffler” dr. Haralda Kielera), aktywacji oraz technik żywienia seniorów.

Projekt był skierowany do osób:

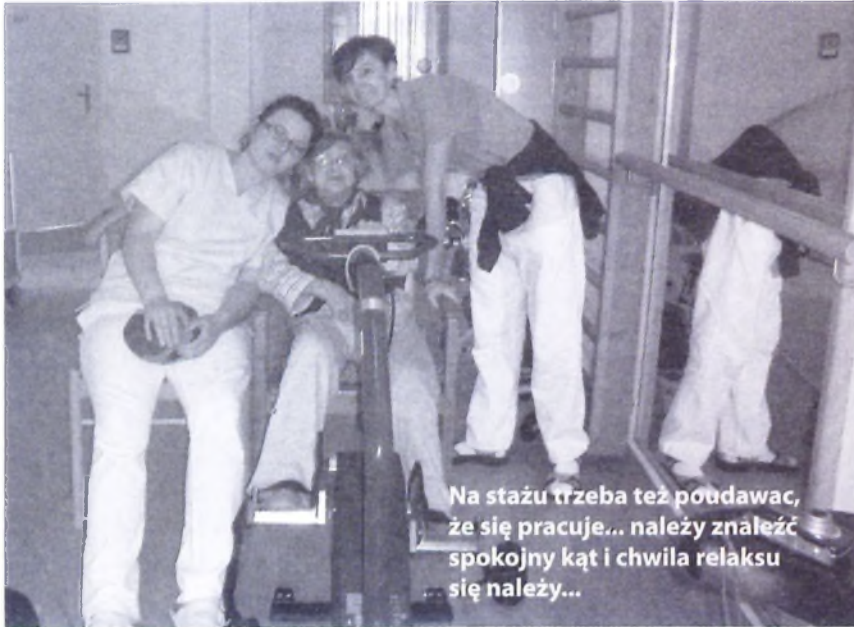
- posiadających wykształcenie pielęgniarstwa, w tym: absolwentów, osób pracujących, jak i poszukujących pracy,
- znających język niemiecki na poziomie komunikatywnym minimum B1/B2 wg sześciostopniowej skali Europejskiego Systemu Opisu Kształcenia Językowego opracowanej przez Radę Europy i przyjętej w Europie do oceny biegłości języka.

Komunikatywna znajomość języka niemieckiego była niezbędna ze względu na fakt, iż wszystkie zajęcia stażowe (teoretyczne i praktyczne) w Austrii odbywały się wyłącznie w języku niemieckim. W miejscu staży nie było tłumacza, stąd od każdego w uczestników oczekiwano umiejętności swobodnego komunikowania się. Przed wyjazdem pro-



Niedzielny wyjazd do Unzmarkt





Na stażu trzeba też poudawać, że się pracuje... należy znaleźć spokojny kąt i chwila relaksu się należy...

wadzony był przygotowawczy kurs językowy, mający na celu podniesienie już posiadanych kompetencji językowych i wzbogacenie ich o fachowe wyrażenia, zwroty z zakresu medycznego języka niemieckiego. Kurs językowy odbywał się w dwóch formach: stacjonarnej – w Opolu dla osób ze Śląska oraz jako e-learning dla osób z innych części Polski.

Program praktyki składał się, m.in. z zajęć teoretycznych i praktycznych w zakresie:

- modelu opieki pielęgniarskiej w kategorii deficytu samoopieki i potrzeb Doroty Orem;
- stawiania diagnoz pielęgniarskich w opiece długoterminowej według taksonomii NANDA;
- tworzenia indywidualnego i grupowego planu opieki;
- sposobów oraz narzędzi opisywania i dokumentowania praktyk pielęgniarskich w opiece długoterminowej;
- terapii leczenia ran w środowisku wilgotnym – metoda Gerharda Kammerlandera;
- tzw. „Steirischer Wundkoffer” / *styryjska walizka do zaopatrywania ran*/ dr. Haralda Kielera – ćwiczenia w leczeniu i opatrywaniu ran przewlekłych;

- diety seniorów i jej wpływu na samopoczucie i kondycję fizyczną;
- zajęć z aktywizacji seniorów (terapia ruchowa, artterapia, ergoterapia).

Dzięki przychylności koordynatora stażu w instytucji nas goszczącej Sonnenland (Sonnenhof w Semriach), który uwzględnił moje dwukierunkowe wykształcenie, miałam możliwość aktywnie uczest-

niczyć zarówno w pracy pielęgniarek, jak i fizjoterapeutów i dość dokładnie poznać specyfikę pracy tego rodzaju ośrodków.

Po ukończeniu kursu językowego, zakończeniu stażu i zdaniu egzaminów, uzyskaliśmy potwierdzenie nabytych kwalifikacji wydane w języku polskim oraz niemieckim:

1. Certyfikat ukończenia specjalistycznego kursu niemieckiego języka medycznego.
2. Europass Mobilność – potwierdzenie partnera zagranicznego o odbytej praktyce zawodowej.
3. Opcjonalnie – uznanie przez Ministerstwo Zdrowia w Austrii polskich kwalifikacji pielęgniarskich.

Od strony formalnej wyglądało to tak, jak wyżej opisałam, ale poza nauką, zdobywaniem praktycznych umiejętności oraz przyglądaniem się pracy w Sonnenhofie po godzinie 14:30 zaczynał się nasz czas wolny – wypełniony po brzegi.

Staż odbywaliśmy w miejscowości Semriach zlokalizowanej w okolicy drugiej co do wielkości metropolii miejskiej w Austrii – miasta Graz. Mieszkałyśmy w pięknym

**Przyglądając się tak obiektywnie opiece, zarówno pod względem pielęgniarstwa, jak i rehabilitacji tamtejszych pacjentów, można śmiało powiedzieć, że bilans w zestawieniu Austria – Polska wychodzi zdecydowanie na korzyść naszego kraju. Przede wszystkim pod względem stosunku personelu do pacjenta (a nie do jego portfela) oraz atmosfery w pracy.**

pensjonacie „*Trattnerhof*”, w którym, poza kosztowaniem wspaniałej styryjskiej kuchni, bogatej w dania z dziczyzny, różnego rodzaju potrawy oraz desery z dyni i maroni (kasztanów jadalnych), można było korzystać bez ograniczeń z wszelkich atrakcji: pływalni, sauny suchej, łaźni parowej, siłowni, kortów tenisowych, hali łuczniczej, itp. Dodatkowo w sąsiedztwie *Trattnerhofu* znajdowała się stadnina koni ze wspaniale utrzymanymi torami, na których odbywają się międzynarodowe pokazy i wyścigi, zatem każdy: zarówno miłośnik leniuchowania w saunie, jak i jazdy konnej mógł znaleźć coś dla siebie. Korzystając z pięknej pogody, codziennie po obiedzie wybieraliśmy się na spacer i wędrowki po okolicznych szlakach turystycznych. Godną polecenia była wyprawa nad Kesselfall – pobliski wodospad, gdzie trzeba było wspinąć się po drabinkach, iście jak w Słowackim Raju. Natomiast ze względów bezpieczeństwa wracaliśmy już inną trasą, gdyż



Mały uliczny koncert ludowej muzyki styryjskiej

został nas już mrok i bezpieczniej było wędrować łagodniejszymi zboczami, niż skakać po drabinkach i klamrach nad przepaścią.

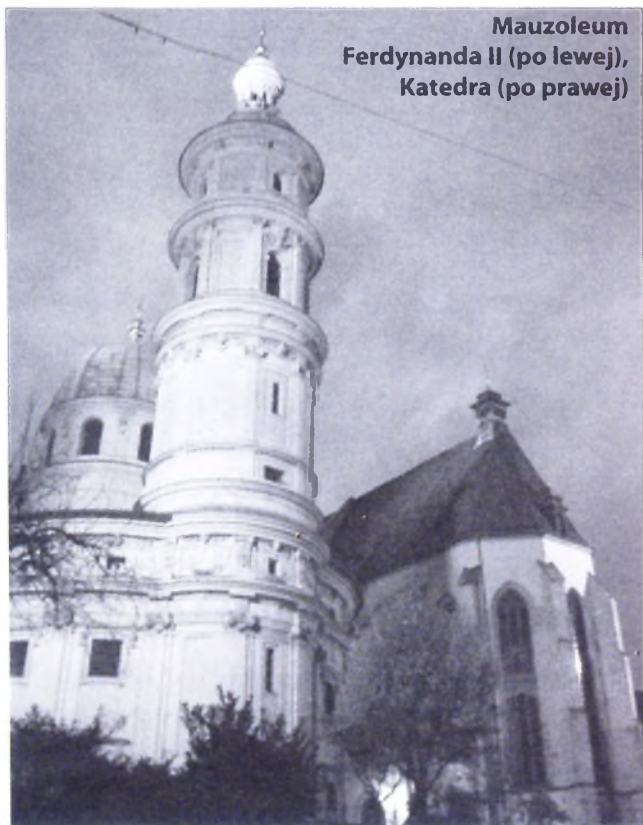
Wrażeń było bez liku, ale najwspanialszy był weekend, gdzie w formie niespodzianki kierownictwo instytucji goszczącej zafundowało nam zwiedzanie Styrii „w pigułce”. Trzeba przyznać, że Austriacy stanęli na wysokości zadania. W sobotę rano na parking przed pensjonatem czekał na nas bus, który zawiózł nas do Grazu o d d a l o n e g o od Semriach o ok. 30 km. Graz to miasto w południowo-wschodniej Austrii, stolica Styrii. Miasto jest położone nad rzeką Murą, u podnóża Alp

Styryjskich. Jest to po Wiedniu drugie co do wielkości i znaczenia miasto w Austrii. Nazwa miasta wywodzi się od *Gradec* – słoweńskiego wyrazu oznaczającego mały zamek, ponieważ Graz powstało na terenie wcześniejszej słowiańskiej osady o takiej właśnie nazwie. Pierwsze wzmianki o Grazu pochodzą z roku 881, kiedy w dokumencie wymienia się go jako warownię władców Styrii. Potwierdzeniem statusu było przyznanie praw miejskich w roku 1281 przez Rudolfa I Habsburga. Od pierwszej połowy XV wieku aż do XVII wieku Graz był siedzibą styryjskiej gałęzi dynastii Habsburgów. Pod ich patronatem w XV i XVI wieku miasto dobrze się rozwijało, wtedy to na górze Schlossberg wzniesiono twierdzę dla obrony przed Turkami. W roku 1586 w Grazu powstał pierwszy uniwersytet. W 1809 roku twierdzę bez powodzenia oblegały wojska napoleońskie. Graz jest znaczącym ośrodkiem przemysłowym, kulturalnym i turystycznym. W mieście znajdują się 4 uniwersytety i 2 inne szkoły wyższe, do których uczęszcza razem ponad 40 tys. studentów. W sercu miasta króluje zamkowe wzgórze, zalesiona góra ze ścież-



Stadtturm w Judenburgu, na górze mieści się planetarium





**Mauzoleum Ferdynanda II (po lewej), Katedra (po prawej)**

kami spacerowymi. Z dawnej twierdzy na wzniesieniu w całości zachowała się jedynie wieża zegarowa, która jest symbolem miasta. Od roku 2003 rolę nowego symbolu pełni mieszczący się na prawym brzegu rzeki Mur *Kunsthau*s - Dom Sztuki, przypominający swym kształtem ogromną, lśniącą na niebiesko bańkę.

Zwiedzanie Grazu rozpoczęliśmy od Starego Miasta, wąskich uliczek i pięknych kamienic. Już na samym początku naszą uwagę przyciągnęła piękna późnogotycka katedra świętego Idziego (*Domkirche*) z okresu 1438-1462. To rzadki przykład doskonałej, monumentalnej architektury gotyckiej, ściany katedry pokryte są resztkami fresków z XV wieku, wśród nich znajdują się najstarsze przedstawienia miasta podczas oblężenia tureckiego. Przy katedrze znajduje się mauzoleum cesarza Ferdynanda II i jego małżonki wzniesione w stylu manierystycznym, poświęcone Katarzynie Aleksandryjskiej. Następnie odwiedziliśmy kościoły, m.in. *Stadtpfarrkirche*, *Mariahilfkirche*, ratusz (XIX w.), Wieżę Zegarową oraz ruiny zamku *Schlossberg*. Jedną z najciekawszych historii związanych z *Schlossberg* opowiada, jak to mieszkańcy miasta wykupili od zwycięskich Francuzów prawo do zachowania Wieży Zegarowej, niestety, nie udało się to z innymi fortyfikacjami, które na przełomie XVIII i XIX wieku, w trakcie wojen napoleońskich zostały zniszczone na mocy zawartego pokoju. Z twierdzy zachowały się dwie baszty i dzwonnica, obecnie w zachowanych

piwnicach odbywają się różne plenerowe imprezy, festiwale i wydarzenia kulturalne. Jest tutaj zlokalizowanych kilka kawiarenek z rozległym widokiem na miasto Graz. Poza kolejką szynową i windą wykutą w skale, na szczyt wzgórza prowadzi ścieżka z wyciosanych stopni, ładnie wkomponowana w skalną część.

Na wzgórze wjechaliśmy windą i to właśnie w *Schlossberg Restaurant* odpoczęliśmy po pierwszej części zwiedzania Grazu. Zjedliśmy tam pyszny obiad. Po „zastrzyku energii” w postaci polędwicy z jelenia czy muszli Jacobsa, jakie, m.in. tego dnia serwował szef kuchni, i degustacji styryjskich win, wybraliśmy się na dalszy spacer po Graz. Odwiedziliśmy Muzeum Arnolda Schwarzeneggera, renesansowy *Landhaus*, w którym ma swoją siedzibę parlament styryjski, a na dziedzińcu co roku, tuż przed Bożym Narodzeniem stawiana jest szopka wykuta z lodu.

W ostatnich latach Graz zasłynął jako austriacka stolica architektury nowoczesnej. Na każdym kroku można spotkać futurystyczne budowle, odważnie wkomponowane w zabytkowe śródmieście, wpisane notabene na listę UNESCO. Bardzo ciekawym miejscem jest projekt artysty Vico Accontiego stworzony w 2003 roku jako uczczenie uzyskania przez Graz tytułu Europejskiej Stolicy Kultury. Zadaszony element architektoniczny w kształcie ogromnej muszli, położony jest pośrodku nurtu rzeki Mury na pływających platformach, połączony z obydwooma brzegami za pomocą kładek. Wewnątrz jest kawiarnia, plac zabaw dla dzieci, a całość stanowi swego rodzaju przeszklony amfiteatr – *Murinsel* ma około 50 m długości i 20 szerokości i zaprojektowana jest maksymalnie dla 350 osób przebywających tam jednocześnie. Najbardziej zaskakującym pomieszczeniem w tej restauracji jest toaleta – pomieszczenie ma kształt owalny, a ściany wyłożone są błyszczącymi, stalowymi płytami. Odwiedzając ten „przybytek” po popołudniowej kawie można dostać oczopląsu i po kilku chwilach trudno jest się odnaleźć. Intrygowało mnie bardzo to, jak zachowują się tam osoby pod wpływem alkoholu, wolałam jednak nie próbować... Muszę przyznać – trochę ryzykowny wystrój toalety... Sobotnią wycieczkę do Grazu podsumowaliśmy, jak na kobiety przystało, zakupami. Do Semriach wróciliśmy na kolację, po której tradycyjnie chwila relaksu i jak co wieczór basen, sauna. Trzeba było zregenerować siły na zapowiadającą się intensywną niedzielę. Następnego dnia tuż po śniadaniu przyjechał po nas mikrobus i zabrał nas najpierw do Unzmarkt – miejscowości, w której znajduje się inny ośrodek sieci *Sonnenland*. Kierownik tego ośrodka oprowadził nas po całym kompleksie i okolicy, spotkaliśmy się z pacjentami, a następnie pojechaliśmy do *Weißkirchen* na obiad. Po obiedzie udaliśmy się do *Judenburga*, w którym odwiedziliśmy planetarium mieszczące się na Wieży



Miejskiej (*Stadtturm*) na wysokości 76 m. Pochodząca z XVI w. Wieża Miejska jest wizytówką Judenburga i, ze względu na doskonały zestaw dzwonów, jest także używana jako dzwonnica. Instalacja planetarium w historycznym budynku stanowi architektoniczne i technologiczne wyzwanie, a zarazem powoduje zwiększenie atrakcyjności wieży w średniowiecznym centrum miasta. Zwartość systemów firmy Carl Zeiss idealnie spełnia wymagania dla maksymalnego wykorzystania dostępnej przestrzeni. Sprzęt mieści się w centrum kopuły, a dookoła ustawione są fotele, z których widzwie/turyści mogą oglądać projekcję. Goście do planetarium i oglądania galerii nie muszą wspiąć się po 254 schodach, ale mogą dotrzeć na górę wygodnie za pomocą windy. Planetarium w Judenburgu to wspaniała atrakcja, zwłaszcza, że jest możliwe dopasowanie programu zwiedzania i projekcji filmowych do wieku oraz poziomu intelektualnego widza – są wykłady stricte naukowe oraz takie na wesoło. Każdy może znaleźć coś dla siebie.

Weekend minął wycieczkowo, kolejne dni to już przede wszystkim szkolenia, praca, a popołudniami spacerki i relaks w SPA w pensjonacie. Każda z nas wyniosła z tego stażu coś nowego, porównała wa-

runki polskie z austriackimi, w głowie kłębiło się wiele myśli. Takie wyjazdy zagraniczne, staże, stypendia, praktyki, itp., to wspaniałe doświadczenia. Można zobaczyć, jak leczenie, pielęgnacja, rehabilitacja wygląda gdzie indziej, a nie tylko ograniczyć się do swojego lokalnego „poletka” i zamknąć się na jakiegokolwiek wpływu z zewnątrz. Osobiście pojechałam tam głównie z ciekawości i chęci nauczenia czegoś nowego, niektóre osoby z mojej grupy były bardziej nastawione na zdobycie doświadczenia, a następnie pracę w Austrii. Jeśli chodzi o rekreację to było wspaniale, natomiast zawodowo, to owszem kilka nowości, jednakże poza „wspaniałą otoczką” wynikającą głównie z tego, iż jest to o wiele bogatszy kraj niż Polska, nic mnie jakoś szczególnie nie zachwyciło. Byłam tam jako stażystka i obserwator, bez planów wyjazdu w najbliższej przyszłości i pracy w którymś z ośrodków. Przyglądając się tak obiektywnie opiece, zarówno pod względem pielęgniarstwa jak

i rehabilitacji tamtejszych pacjentów, to bilans w zestawieniu Austria – Polska wychodzi zdecydowanie na korzyść naszego kraju. Przede wszystkim biorąc pod uwagę stosunek do pacjenta, a nie do jego portfela oraz atmosferę w pracy. Jeszcze na studiach drażniło mnie, gdy już 100 razy słyszałam o podmiotowym traktowaniu pacjenta, szanowaniu jego prywatności, uczuć, itp., gdyż dla mnie było to oczywiste i wydawało mi się, że każdy tak myśli. Otóż nie! Dziś sama powtarzałabym studentom, może nawet częściej niż ja słyszałam o tym, by pamiętali, że jeśli ktoś jest nieprzytomny, sparaliżowany, itp., to ciągle pozostaje człowiekiem, ma swoją godność i uczucia. Poza tym każdemu, kto zastanawia się nad wyjazdem do pracy za granicę, polecam by najpierw pojechał do danego szpitala, ośrodka, itp. na kilka dni jako obserwator, dokładnie przeczytał umowę i poważnie zastanowił się nad ostateczną decyzją. Nie zawsze pieniądze są najważniejsze. Warto korzystać z wszelkiego rodzaju ofert stażów, stypendiów i praktyk zagranicznych. Poznawać terapie w innych krajach, nowe miejsca i ludzi. Uczymy się przez całe życie, a podróż kształcą nawet najbardziej opornego ucznia. Osobiście jestem bardzo zadowolona ze stażu, który ostatnio odbyłam, jednak podsumowałabym go w następujący sposób – „cudze chwalicie, swego nie znacie”.

**Każda z nas wyniosła z tego stażu coś nowego, porównała warunki polskie z austriackimi, w głowie kłębiło się wiele myśli.**



**My się nigdy nie nudzimy!**

# **Lubelski Oddział Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland w roku akademickim 2009/2010**

**IFMSA to największa studencka organizacja na świecie. W swoich szeregach zrzesza ona stowarzyszenia studentów medycyny z blisko 100 krajów świata ze wszystkich kontynentów. Należy do niej również Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland. Na arenie krajowej składa się ono z jedenastu oddziałów działających przy uniwersytetach medycznych.**

---

**MATEUSZ BILSKI**

STUDENT VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
UM W LUBLINIE

---

**N**ierozłączną jego częścią jest Oddział Lublin. Delegacje Oddziałów spotykają się, co najmniej dwa razy w roku, na Zgromadzeniach Delegatów, na których odbywają się sesje oraz warsztaty 6 programów stałych, prezydenckie, sekretarzy, skarbników oraz komisji rewizyjnych. W listopadzie 2010 roku ZD odbyło się we Włodowicach, którego organizatorem był Oddział Śląsk. Podczas wyborów do krajowych władz Stowarzyszenia Oddziałowi Lublin zostały powierzone ogólnopolskie funkcje. Spośród naszych członków wybrano Skarbnika Jacka Jagnickiego, Narodowego Koordynatora ds. Wymiany Naukowej (NORE) Angelikę Biernacką, Przewodniczącą Komisji

Rewizyjnej Darię Przybylską oraz jej członkinię Annę Klimęk. Konkurencja była spora, ale po raz kolejny zostaliśmy docenieni przez Delegatów wszystkich oddziałów. Serdecznie gratulujemy i cieszymy się, gdyż dzięki tym funkcjom dodatkowo budujemy prestiż naszego oddziału.

Jestem szczególnie zadowolony z pracy lubelskiego zarządu IFMSA-Poland na arenie lokalnej. Dzięki zaangażowaniu w rozwój organizacji oraz stworzeniu przyjacielskiej atmosfery, w nasze szeregi wstąpiło i aktywnie działało aż 160 członków. Za tą statystyczną liczbą kryje się wulkan energii naszych wspaniałych studentów, wiele oryginalnych osobowości, które swoją działalnością i pomysłowością, pokazały, że wspólnie można stworzyć zespół, który będzie wyróżniał się na arenie ogólnopolskiej. Tak duża liczba członków, pozwoliła na organizację i realizację wielu wspaniałych projektów w ramach tematyki Programów Stałych IFMSA!



**Zarząd**

#### **Program Stały ds. Zdrowia Publicznego(SCOPH)**

Zorganizowano aż 73 wydarzenia jednostkowe. Obejmowały one projekty:

- Prelekcje w szkołach średnich oraz gimnazjach o tematyce „Antitabaco”, „WZW – Wygraj Zdrową Wątrobę”, „Zaburzenia Odżywiania”,
- „Fashion Show – przeciwko bulimii i anoreksji”,
- „Szpital Pluszowego Misia” oraz „Miś pod szpitalną choinkę”,
- Światowy Dzień Jaskry,
- MATIO – Mukowiscydoza,
- „Kobiety w Czerwieni” oraz „Faceci w Czerni”,
- „Kostek z klasą – czyli profilaktyka osteoporozy”,

- Światowy Dzień Walki z Gruźlicą i „Konferencja o gruźlicy”,
- Imprezy studenckie „Smoke Free Party” oraz obchody Światowego Dnia bez Tytoniu,
- „Biała Niedziela – Studenci UM mieszkańcom Lublina”,
- Punkty diagnostyczno-profilaktyczne (mierzenie ciśnienia, poziomu glikemii, obliczanie BMI) na terenie szkół, uczelni wyższych oraz centrów handlowych.

#### **Program Stały ds. Zdrowia reprodukcyjnego i AIDS (SCORA)**

Zorganizowano 39 wydarzeń jednostkowych. Obejmowały one projekty:

- Prelekcje w szkołach średnich oraz gimnazjach o tematyce:
  - „HIV/AIDS” i „Pierwsza Wizyta u Ginekologa”,
  - Happening oraz candle light memorial związany z obchodami „Światowego Dnia AIDS”,
  - Szkolenia medyczne dla studentów – zagadnienia HIV/AIDS,
- Punkty ulotkowe na terenie szkół, uczelni wyższych oraz centrów handlowych.

#### **Program Stały ds. Praw Człowieka i Pokoju (SCORP)**

Zorganizowano 13 wydarzeń jednostkowych. Obejmowały one, m.in. projekty:

- „UNICEF na Gwiazdke”,
- „Maraton pisania listów Amnesty International”,
- Spotkania filmowe dla studentów ukazujące problematykę dyskryminacji i łamania praw kobiet i dzieci w Polsce i na świecie,
- Warsztaty dla studentów „Stop dyskryminacji i przemocy wobec kobiet”,
- Warsztaty dla studentów „Zasady komunikacji interpersonalnej i asertywność w kontaktach międzyludzkich”.

#### **Program Stały ds. Edukacji Medycznej (SCOME)**

Zorganizowano 13 wydarzeń jednostkowych. Obejmowały one projekty:

- Kurs Języka Migowego (60 h),
- Warsztaty „Szybie chirurgiczne”,
- Warsztaty ortopedyczne,
- Warsztaty EKG,
- Warsztaty ECHO,
- Warsztaty EEG,
- Kurs BLS/AED,
- Konkurs diagnostyczny dla studentów medycyny,
- Projekt „Ulotka nie gryzie”,
- Warsztaty „Umieranie – ludzka rzecz”,
- Warsztaty TRON w letnich obozach dla niepełnosprawnych,
- Praktyki wakacyjne w „Carolina Medical Care” dla studentów IFMSA,
- Warsztaty „CO WIESZ O AIDS”.



**Akcja profilaktyczna  
w centrum handlowym**



Organizowaliśmy również pozaprogramowo nowe projekty, w których skład możemy zaliczyć akcję „**Pomóż Dzieciom Przetrwać Zimę**”, która trwała od 1 listopada 2009 do 31 grudnia 2009 r. Akcja odbywała się w ścisłej współpracy z Radiem Lublin oraz TVP Lublin oraz pomysłodawczynią Panią Redaktor Ewą Dadas. Wspólnymi siłami, podczas licznych wydarzeń mieszczących się w jej zakresie, udało nam się zebrać blisko 80 kg darów dla najbardziej potrzebujących dzieci województwa lubelskiego.

Kolejnym przedsięwzięciem była organizacja konferencji nt. „**I Ogólnopolski Dzień Szczepień**” wraz z Polskim Towarzystwem Pediatrycznym oraz Kliniką Chorób Zakaźnych Dziecięcych Szpitala im. Jana Bożego w Lublinie.

Równie ciekawym przedsięwzięciem była organizacja akcji „**Mam SM**” wraz z Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego”. Inicjatywa była adresowana bezpośrednio do studentów medycyny, dzięki której przyszli lekarze mogli poczuć, z jakimi problemami

zmagają się chorzy na stwardnienie rozsiane. Podczas dwudniowej akcji w holu głównym Coll. Anatomicum zostały ustawione specjalne stoiska komputerowe, przy których studenci mogli porozmawiać z chorymi na SM, skorzystać z symulacji Mam SM oraz otrzymać materiały edukacyjne na temat stwardnienia rozsianego.

Bardzo ważnym wydarzeniem i sukcesem było powołanie pionierskiego na arenie ogólnopolskiej Programu ds. Studentów Anglojęzycznych. Powstał on z inicjatywy Zarządu Oddziału, gdyż chcieliśmy umożliwić korzystanie z naszej działalności również kolegom przyjeżdżającym na studia z zagranicy. Poza tym oni sami wielokrotnie deklarowali chęć przystąpienia do IFMSA-Poland. Koordynatorami Programu zostali Katarzyna Jasińska, Wojciech Czyżewski, Karolina Wilczyńska. Wykonali oni wyjątkową pracę nad stworzeniem programu, gdyż nie mieliśmy żadnego przykładu z innych oddziałów, jak się do tego zabrać. Program został zaprezentowany podczas sesji prezydenckiej na Zgromadzeniu Delegatów we Włodowicach – listopad 2010 i spotkał się z dużą aprobatą. Kilka oddziałów zadeklarowało chęć przyjazdu do Lublina na szkolenie dotyczące powołania takiego Programu przy innych Uniwersytetach Medycznych.

Koordynatorzy Programów, Projektów oraz osoby uczestniczące w wyżej wymienionej działalności, za swoją aktywność otrzymywali gratyfikację w postaci punktów, które następnie wymienili na Praktyki Wakacyjne lub Wymiany Naukowe w krajach, z którymi IFMSA-Poland ma podpisane umowy dotyczące wymiany bilateralnej i unilateralnej.



**Program Stały ds. Praktyk Wakacyjnych (SCOPE)** umożliwił wakacyjny wyjazd zagraniczny 22 spośród najaktywniejszych działaczy naszego oddziału. W większości były to praktyki bilateralne. Do Lublina na praktyki przyjechało 23 studentów z krajów partnerskich. Natomiast **Program Stały ds. Wymiany Naukowej (SCORE)** zakwalifikował 19 studentów z Lublina na





wakacyjny wyjazd w celach naukowych. W ramach tego programu odwiedziło nas 12 studentów zagranicznych.

Chciałbym serdecznie podziękować Zarządowi o Lublin, Komisji Rewizyjnej oraz Koordynatorowi ds. Mediów i Informacji Oddziału Lublin w latach 2009/2010 za wspaniałe wykonaną pracę: Sekretarzowi – Annie Klimek, Skarbnikowi – Jackowi Jagnickiemu, LORP – Justynie Filipiuk, LOME – Karolowi Unifantowiczowi, LPO – Anecie Szafraniec, LORA – Tomaszowi Karadzie, LORE – Joannie Janickiej, LEO – Angelice Biernackiej, KRO – Jarosławowi Kustra, Darii Przybylskiej, Agnieszce Kustra, Koordynatorowi ds. Mediów i Informacji – Michałowi Ciebierze. Nie mogę zapomnieć również o Asystentach, Koordynatorach Lokalnych Projektów oraz pozostałych członkach naszej wielkiej rodziny, jaką jest IFMSA – Poland, gdyż bez Was nigdy nie osiągnęlibyśmy takich wyników. DZIĘKI!

19 października 2010 r. odbyło się Walne Zebranie Członków Oddziału, na którym został wybrany nowy Zarząd Oddziału Lublin oraz Komisja Rewizyjna Oddziału. Oto skład nowego zarządu: Prezydent – Karol Unifantowicz, Sekretarz – Katarzyna Jasińska, Skarbnik – Monika Pilecka, LORP – Monika Walankiewicz, LOME – Jaromir Ognik, LPO – Aneta Szafraniec, LORA – Wioleta Czepińska, LORE – Magdalena Idziak, LEO – Angelika Biernacka, KRO – Mateusz Bilski, Justyna Filipiuk, Karolina Wilczyńska. Wszyscy studenci, którzy tworzą nowy zarząd, są studentami medycyny naszego uniwersytetu. Gratuluję im serdecznie i życzę powodzenia, bo czeka ich ciężka praca, aby nasz lubelski oddział IFMSA był za rok w jeszcze lepszej formie niż dotychczas.

## •STATYSTYKA•

**159** – liczba członków na dzień 15.X.2010

**154** – łączna liczba wydarzeń jednostkowych realizowanych w roku akademickim 2001/2010

**21000** – szacunkowa liczba osób objętych zasięgiem realizowanych projektów

**130** – szacunkowa liczba osób zaangażowanych w realizację projektów

**23** – liczba studentów zagranicznych, którzy przyjechali na praktyki wakacyjne (SCOPE)

**12** – liczba studentów zagranicznych, którzy przyjechali na wymianę naukową (SCORE)

**22** – liczba studentów oddziału, którzy wyjechali na praktyki wakacyjne (SCOPE),

**19** – liczba studentów oddziału, którzy wyjechali na wymianę naukową (SCORE)



## IFMSA-Poland

# Zgromadzenie delegatów w Toruniu

Nadzwyczajne jest wydarzeniem zwoływanym przez Prezydenta IFMSA-Poland na wniosek Zarządu Głównego, Komisji Rewizyjnej lub Zarządów trzech oddziałów Stowarzyszenia.

NZD zazwyczaj odbywa się przed zarówno jesiennym jak i wiosennym Zgromadzeniem Delegatów. W sytuacji nadzwyczajnej, jak sama nazwa wskazuje, może być zwołane, np. na potrzeby przegłosowania zmian w regulaminie Stowarzyszenia, wybrania członków Zarządu w razie rezygnacji ich poprzedników, itp.

Prawo do głosowania posiadają delegaci poszczególnych Oddziałów (wybierani na Walnych Zebraniach Członków Oddziału) oraz delegat Zarządu Głównego.

---

### KAROL UNIFANTOWICZ

STUDENT VI ROKU  
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
UM W LUBLINIE

---

Pierwsze NZD w roku akademickim 2010/2011 odbyło się w dniach 15-17 października 2010 r. Połączone było z warsztatami prezydenckimi. Organizatorem NZD był Maciej Cyran, zastępca Sekretarza Generalnego IFMSA-Poland oraz członek Oddziału Bydgoszcz. Delegacja z Lublina składała się z trzech osób. Oprócz mojej osoby, nowego Delegata Oddziału Lublin, pojechały jeszcze Aneta Szafraniec, Lokalny Koordynator ds. Zdrowia Publicznego oraz Daria Przybylska – członek Komisji Rewizyjnej IFMSA-Poland.



Karol Unifantowicz i Daria Przybylska,  
reprezentanci oddziału lubelskiego IFMSA

## IFMSA łączy ludzi



# IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie  
Studentów Medycyny

Jadąc na to spotkanie byłem pełny obaw, jak zostanie przyjęty, jako nowa osoba na tym szczepku. W czasie kilkugodzinnej podróży staraliśmy się przedyskutować proponowane zmiany w regulaminie i statucie IFMSA. Wiedzieliśmy, że ewentualne ich przegłosowanie będzie miało ogromny wpływ (oczywiście pozytywny) na dalszy rozwój stowarzyszenia. Naszym punktem docelowym w Toruniu był Dom Pielgrzyma, miejsce, w którym miały odbyć się warsztaty i w którym mieliśmy nocować. Na miejscu okazało się, że atmosfera wśród delegatów jest wspaniała i już taka została do końca NZD.

Piątek 15 października spędziliśmy na wspólnych rozmowach o IFMSA-Poland, dyskusjach o proponowanych zmianach, wymianie doświadczeń oraz przede wszystkim na zintegrowaniu się. Wiedzieliśmy, że kolejny dzień będzie bardzo wymagający, dlatego podstawą było wyspanie się. W sobotę warsztaty rozpoczęły się po śniadaniu, czyli ok. 9. Poruszane tematy głównie opierały się na zmianach w charakterze działania Komisji Rewizyjnej,

na zwiększeniu jej efektywności działania. Nie zabrakło pracy w grupach prowadzonej przez Wiceprezidenta ds. Zasobów Ludzkich, Anię Zubkiewicz. Staraliśmy się połączyć dyskusję z kreatywnym myśleniem, co zaowocowało przeniesieniem naszych rozważań na papier w postaci podania przykładowych kompetencji Zarządu Głównego, Komisji Rewizyjnej, a także poszczególnych Zarządów Oddziałów. Podjęta też została kwestia ustalenia pewnej hierarchii przekazywania informacji i raportów w IFMSA-Poland oraz współdziałanie jej organów. Wszystko to miało na celu polepszenie komunikacji w stowarzyszeniu.

Kolejnym punktem programu było zaprezentowanie się przedstawicieli AIESEC Polska oraz ELSA. AIESEC jest to organizacja studencka prowadzona przez studentów i niedawnych absolwentów interesujących się problemami otaczającego świata, przywództwem oraz zarządzaniem. Podczas NZD gościliśmy członka Zarządu Głównego, który starał się nam przybliżyć sposób funkcjonowania organizacji. Zainteresowanie było

ogromne, pytań wiele, a dyskusja trwała godzinami. Kolejnymi gośćmi byli przedstawiciele ELSA (Europejskie Stowarzyszenie Studentów Prawa), pełniący wcześniej funkcje ogólnopolskie. Ich doświadczenie w pracy dla stowarzyszenia było dla nas bardzo dobrą wskazówką na przyszłość. Dalszym punktem były krótkie szkolenia z marketingu i promocji, a także prezentacja prezydenta o. Kraków, Łukasza Durajskiego, która kładła nacisk na promocję Oddziału i pokazanie, jak można to urzeczywistnić na każdej innej uczelni medycznej. Całość warsztatów prowadzona była przez Prezydenta IFMSA-Poland, Beate Syzduł.

Po warsztatach prezydenckich, w późnych godzinach wieczornych otwarta została sesja plenarna, w której po sprawdzeniu quorum przystąpiliśmy do głosowania. Po wcześniejszym naświetleniu sytuacji i proponowanych zmian przez Darię Przybylską, członka KR, wiedziałem, iż działalność stowarzyszenia nie jest zagrożona, a zmiany mają na celu tylko i wyłącznie poprawę działalności IFMSA-Poland. Sesja plenarna trwała do późnych godzin nocnych, po nich nadszedł czas na integrację i chociaż trwała ona krótko ze względu na poranny pociąg, myślę, że udało się nawiązać nowe kontakty, które na pewno zaowocują i poprawią jakość IFMSA w naszym Oddziale.

Z perspektywy czasu, oceniając całość NZD muszę stwierdzić, że moje wcześniejsze obawy były całkowicie nieuzasadnione. Wszyscy delegaci okazali się bardzo sympatyczni i otwarci, a przyjęte poprawki okażą się krokiem milowym w rozwoju IFMSA. Kończąc moje sprawozdanie, chciałbym wszystkich czytających zachęcić do aktywnego działania w życiu Oddziału Lublin IFMSA-Poland. Niech wasze obawy pozostaną nieuzasadnione jak moje, gdyż jest to stowarzyszenie, które łączy ludzi i na pewno daje olbrzymie możliwości samorozwoju.



# Lubelskie Towarzystwo Studentów Analityki Medycznej istnieje i działa



Od pewnego czasu w głowach wielu studentów analityki medycznej kiełkował pomysł utworzenia towarzystwa, które zrzeszałoby przyszłych diagnostów laboratoryjnych. Inicjatywę jego założenia podjęła w ubiegłym roku akademickim grupa studentów Oddziału Analityki Medycznej z Przemysławem Kołodziejkiem na czele. 29 października 2010 r. formalnościom stało się zadość i oficjalnie weszliśmy w poczet organizacji studenckich Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

**JOANNA SZATKOWSKA**

STUDENTKA IV ROKU ANALITYKI MEDYCZNEJ,  
WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY  
Z ODDZIAŁEM ANALITYKI MEDYCZNEJ  
UM W LUBLINIE

Lubelskie Towarzystwo Studentów Analityki Medycznej (LTSAM) powstało dzięki zaangażowaniu wielu osób. Nie sposób wszystkich wymienić, ale warto dodać, że propozycję naszego utworzenia wspierały swoimi podpisami i działaniami, m.in.: władze uczelni i grono pracowników naukowych UM w Lublinie, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej, organizacje studenckie i studenci analityki medycznej, dla których przecież to Towarzystwo powstało.

Opiekę nad LTSAM zgodził się sprawować pan dr n. farm. Dariusz

Duma, adiunkt w Katedrze Diagnostyki Laboratoryjnej UM w Lublinie.

9 listopada 2010 r. w Collegium Anatomicum odbyło się zebranie organizacyjne naszego Towarzystwa. Była to pierwsza okazja, aby spotkać mogły się wszystkie aktualnie studiujące roczniki analityki medycznej UM w Lublinie. Przyszli diagnosty nas nie zawiedli i grono LTSAM powiększyło się o 100 zarejestrowanych członków.

Powstanie LTSAM dało nam wiele nowych możliwości. Otworzyło nam drogę do podjęcia efektywnej współpracy pomiędzy studentami tego kierunku oraz innymi organizacjami studenckimi, zarówno w Lublinie, jak i w całej Polsce. Ponadto umożliwiło studentom analityki medycznej rozwój naukowy poprzez organizowanie szkoleń, konferencji i spotkań dotyczących

tematów związanych z diagnostyką laboratoryjną. Wszystko to przekłada się na nabycie nowych umiejętności praktycznych i poszerzenie wiedzy teoretycznej przyszłych diagnostów. Sądzymy, iż LTSAM przyczyni się nie tylko do promowania kierunku analityki medycznej i naszego Uniwersytetu, ale przede wszystkim, poprzez akcje promocyjne i profilaktyczne, zachęci społeczeństwo do zachowań prozdrowotnych.

Aktualnie mija szósty tydzień naszej aktywnej działalności i można pokusić się o krótkie podsumowanie tego, co już udało się nam zrobić.

O tym, iż zbliżają się święta nie trzeba nikomu przypominać. Jest to czas szczególny, dlatego też działania LTSAM rozpoczęły się od akcji charytatywnych.







Przygotowywanie ozdób świątecznych na kiermasz

Pierwszą z nich była akcja „Studenci – dzieciom” organizowana na wszystkich lubelskich uczelniach wyższych przez Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym Agape, którą to koordynowaliśmy na UM w dniach 23-25.11 w Collegium Anatomicum, Pathologicum i Universum. Studenci naszego Uniwersytetu nie zawiedli i zebraliśmy najwięcej słodyczy i zabawek spośród wszystkich uczelni biorących udział w akcji. Prezenty mikołajkowe zrobione z tych darów zostały przekazane dzieciom z domów dziecka i świetlic środowiskowych.

W dniach od 30 listopada do 2 grudnia br. wraz z Kołem Naukowym Psychologów UMCS organizowaliśmy akcję „Gwiazdka Dzieciom”, z której całkowity dochód został przeznaczony na zakup

prezentów gwiazdkowych dla dziecięciorga dzieci z dotkniętej w tym roku powodzią gminy Wilków.

Ponadto, dołączyliśmy wraz z Agape do inicjatywy Fundacji Anny Dymnej „Mimo wszystko”, która to 15 grudnia 2010 r. na wielu uczelniach w Polsce organizuje kiermasz świąteczny, z którego pieniądze przekazane będą w tym roku 20-letniej Oli z Wrocławia na zakup aktywnego wózka inwalidzkiego. Kiermasz ten został poprzedzony wieloma spotkaniami, na których przygotowywaliśmy stroiki, choinki z szyszek, kartki i inne ozdoby świąteczne, aby chętni mogli je zakupić w Collegium Anatomicum i Universum.

9 grudnia LTSAM zorganizował profesjonalne laboratorium w Szpitalu Pluszowego Misia – akcji organizowanej przez Europejskie

Towarzystwo Studentów Medycyny w przedszkolu nr 9 w Lublinie. Badania, oglądanie czerwonych krwinek pod mikroskopem, proste doświadczenia chemiczne, a także cierpliwość i uśmiech pracujących w tym misiowym laboratorium analityków doprowadziła do promocji naszego kierunku wśród przedszkolaków, którzy to w większości deklaruowali chęć zostania w przyszłości diagnostami laboratoryjnymi.

Członkowie Lubelskiego Towarzystwa Studentów Analityki Medycznej zebrali się 13 grudnia br. w Collegium Anatomicum, aby porozmawiać z panią dr Elżbietą Puacz, która to 10 grudnia została prezesem Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Spotkanie na temat wyzwań i trudności współczesnych diagnostów laboratoryjnych zaowocowało wieloma nowymi po-

## **Powstanie LTSAM dało nam wiele nowych możliwości. Otworzyło nam drogę do podjęcia efektywnej współpracy pomiędzy studentami tego kierunku oraz innymi organizacjami studenckimi, zarówno w Lublinie, jak i w całej Polsce.**

myślami i planami, które chcielibyśmy zrealizować w nadchodzącym roku.

Czas ostatnich tygodni wypełniony był również spotkaniami poszczególnych sekcji działających w ramach LTSAM, które to przygo-

towały się do zadań czekających na nas w 2011 r. A są to, m.in.: szkolenia z diagnostyki, promocja kierunku w lubelskich szkołach i akcje promujące zdrowie.

Warto dodać, iż ten rok akademicki jest dla naszego Oddziału

Analityki Medycznej szczególny – obchodzimy 15-lecie jego powstania. Utworzenie Towarzystwa jest dla nas, studentów analityki medycznej, uwieńczeniem obchodów tego jubileuszu. Nasze święto chcemy uświetnić konferencją naukową pt. „Analityka medyczna – nowe kierunki rozwoju”, która to jest planowana na przełomie marca i kwietnia 2011 r. w Collegium Maius UM w Lublinie. Szczegółowe informacje pojawią się w najbliższym czasie, a my już teraz serdecznie zapraszamy do udziału w tym wydarzeniu.

Jako LTSAM jesteśmy otwarci na wszelkie sugestie, co do naszej działalności, jak również chętnie nawiążemy współpracę. Osoby i organizacje zainteresowane prosimy o kontakt mailowy: [ltsam.um@gmail.com](mailto:ltsam.um@gmail.com).





Wyjazd do Niemiec studentów stomatologii  
lubelskiego UM w ramach stypendium DAAD

# Z DAAD w niemieckich landach

JOANNA FILIPIUK, MAGDALENA PLATA,  
JAGODA MŁODOŻEŃCA,  
GRZEGORZ MORAWSKI,  
IZABELA KWAŚNIAK,  
ANETA NOWAKOWSKA,  
KATARZYNA GRUSZKA, EWELINA MIELKO,  
ADRIANA GÓRAK, MACIEJ MICHALAK,  
DR N. MED. RENATA CHAŁAS

**C**ały rok prężnej działalności w Towarzystwie Studentów Stomatologii; organizacja wielu

szkoleń, udział w konferencjach Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii, wymiany studenckie - to wszystko pochłonęło wiele energii każdego członka zarządu Towarzystwa Studentów Stomatologii. Jako dziesięcioosobowa grupa dołożyliśmy wszelkich starań, by nasza organizacja rozwijała się i prosperowała w odpowiedni sposób. Oczywiście już sam fakt reprezentowania interesów naszych kolegów, studen-

tów stomatologii, jest dla nas wyróżnieniem, jednak w tym roku czekała na nas wyjątkowa nagroda. Kiedy pojawił się pomysł złożenia wniosku o stypendium DAAD, z pomocą naszej opiekun, dr n. med. Renaty Chałas, zaplanowaliśmy cały wyjazd do Niemiec i wypełniliśmy odpowiednie dokumenty. Z niecierpliwością czekaliśmy na zaakceptowanie naszego podania. Byliśmy bardzo szczęśliwi, gdy na początku sierpnia

Przed długą podróżą



## Widok ze wzgórza Schlossberg we Freiburgu



zostaliśmy poinformowani o pozytywnym rozpatrzeniu naszego wniosku. Byliśmy podwójnie dumni, ponieważ wniosek znalazł uznanie u Dyrektora Centrali DAAD w Warszawie i to on wystarał się o dodatkowe środki z Bonn dla naszej grupy. Dodatkowo cieszy fakt, że w tym roku konkurencja była ogromna, a pomimo to znaleźliśmy się w grupie szczęśliwców – stypendia przyznano tylko 4 grupom w Polsce, a my byliśmy jedyną grupą studentów reprezentującą Uniwersytet Medyczny.

Nasza podróż rozpoczęła się 11 września 2010 r. Wszyscy punktualnie zjawili się pod halą sportową Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. O 9.30 wyruszyliśmy w podróż. Po niespełna 24 godzinach, o 8 nad ranem dotarliśmy do jednej z najpiękniejszych miejscowości w Niemczech – **Freiburga**.

Zostaliśmy zakwaterowani w hostelu „Black Forest” leżącym u stóp wzgórza porośniętego przez gęstwinę Czarnego Lasu. Mieliśmy to szczęście, że z okien naszych pokoi roztaczał się piękny widok na zieleniejącą w słońcu winnicę. Po krótkim odpoczynku wybraliśmy się na spacer aby poznać urok najcieplejszego i podobno najbardziej słonecznego miasta w Niemczech. Miasto usytuowane jest na zachodnich stokach Schwarzwaldu nad rzeką Dreisam. Specyficzny mikroklimat czyni je sercem winnego regionu Niemiec. Odkrywanie Freiburga rozpoczęliśmy od małej wspinaczki na wzgórze Schlossberg, by stamtąd nacieszyć oczy widokiem na spokojny niedzielny Freiburg. Następnie podążyliśmy wąskimi ulicami miasteczka, wzdłuż których biegły urocze małe strumyki. Damska część wycieczki

z uwagą pokonywała drogę, bowiem legenda głosi, iż dziewczyna, która wpadnie do strumyka, poślubi mieszkańca Freiburga. Miasto zaferowało nam prawie wielkie bogactwo historyczne i kulturowe. Głównym placem śródmieścia jest arcydzieło budownictwa gotyckiego – Muensterplatz wraz z okazałą katedrą Najświętszej Maryi Panny, która jest głównym zabytkiem miasta. Podczas pobytu weszliśmy na wieżę katedry, z której roztaczała się piękna panorama miasta i jego okolic. Naszą uwagę zwróciła trójwymiarowa bazylika z wieńcem kaplic, licznymi rzezbami i ołtarzami będącymi dziełami Hansa Baldunga.

Zwiedzając miasto, dotarliśmy nad rzekę Dreisam, by odpocząć chwilę i wsłuchać się w szum nurtu wody. Niektórzy z nas postanowili wykorzystać atuty ekologicznego Freiburga, wypożyczając rowery



**Zachód słońca  
z wieży widokowej we Freiburgu**



w jednej z wielu wypożyczalni rowerów. Piękna, słoneczna pogoda pozwoliła na relaksującą przejażdżkę po krętych uliczkach miasta. Wieczór spędziliśmy w bardzo klimatycznej kawiarni, by nacieszyć podniebienia wyśmienitym lokalnym przysmakiem „Apple Strudel”.

Następnego dnia odwiedziliśmy Uniwersytet Medyczny we Freiburgu – *Albert-Ludwigs-Universität Freiburg*. Jak wiadomo Freiburg jest ważnym punktem kulturalno-naukowym Niemiec. Może poszczycić się jednym z największych ośrodków medycznych nie tylko w Niemczech, ale i na świecie. Jest nim Centrum Medyczne Uniwersytetu we

Freiburgu (*Freiburg University Medical Center*), będące jednym z 11 wydziałów należących do kompleksu Uniwersytetu we Freiburgu, czyli *Albert-Ludwigs-Universität Freiburg*. Tutejszy Wydział Medycyny z wszystkimi podległymi jednostkami został założony w 1457 roku i do dziś jest jedną z najstarszych i najlepszych placówek medycznych w Europie, słusznie i konsekwentnie wysoko sytuowaną w bardzo wielu rankingach publikowanych przez niemieckie czasopisma naukowe. Naszym przewodnikiem po tym uniwersyteckim centrum był Lukas Kleinert, student czwartego roku stomatologii w Klinice Stomatologii we Freiburgu, aktywny przedstawiciel niemieckiego odpowiednika Towarzystwa Studentów Stomatologii.

Najważniejszym punktem naszej wizyty na tutejszym Uniwersytecie Medycznym, a jednocześnie budzącym największe zainte-

resowanie było *Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde* czyli Klinika Stomatologii, do której skierowaliśmy się zaraz po przybyciu na teren uniwersyteckiego kampusu.

Po przekroczeniu przez nas progu Instytutu, zostaliśmy oficjalnie i serdecznie przywitani przez profesora Elmara Hellwiga, kierownika Department of Operative Dentistry and Periodontology, po czym nasz przewodnik poprowadził nas do sali wykładowej, gdzie oczekiwaliśmy na pojawienie się profesora Rudolfa Struba, będącego wybitnym lekarzem stomatologii specjalizującym się w dziedzinie protetyki, dziekana oddziału stomatologii. Profesor ciepło przywitał naszą grupę po czym starał się przedstawić nam zarówno tok studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym w Niemczech, jak i program nauczania obowiązujący w Klinice Stomatologii Uniwersytetu we Freiburgu, najlepszej w Niemczech, a w ostatnim rankingu najlepszej wśród klinik stomatologicznych we wszystkich krajach niemieckojęzycznych (Niemcy, Austria, Szwajcaria). Były to dla nas bardzo cenne informacje, dzięki którym mogliśmy porównać niemiecki system nauczania z polskim. Studia na kierunku lekarsko-dentystycznym odbywają się tu podobnie jak w Polsce w jednolitym trybie 5-letnim, obejmującym 2 lata nauczania przedklinicznego oraz 3-letni program z zajęciami klinicznymi. Liczba studentów na każdym roku wynosi w sumie 40, co stanowi około połowę odpowiadającej liczby studentów stomatologii na większości uczelni medycznych w Polsce. Istotną różnicą była informacja, że egzaminy kończące studia stomatologiczne odbywają się tutaj przez kolejny rok, po zakończeniu 10 semestru. Porównanie procentowego udziału płci żeńskiej i męskiej na studiach dentystycznych przyniosło wyniki, świadczące o tym, że są to





studia wybierane w większości przez pleć piękną tylko w Polsce. Na koniec naszego spotkania złożyliśmy na ręce profesora Struba serdeczne podziękowania oraz drobny podarunek z Polski. Wśród typowo polskich słodkości znalazł się między innymi nasz oryginalny sękacz z Podlasia.

Po mile zakończonym spotkaniu rozpoczęliśmy zwiedzanie Kliniki Stomatologii. Nasz zaprzyjaźniony tutejszy student Lukas prowadził nas po kolei przez korytarze i sale Zakładu Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii, następnie przez Zakład Protetyki, Pracownię Protetyczną, sale Nauczania Przedklinicznego aż po Zakład Ortodoncji. Mieliśmy sposobność przyjrzeć się nie tylko technicznym warunkom praktyk studentów, ale również zobaczyć, jak radzą sobie oni w pracy z pacjentami. Z nieukrywaną zazdrością spoglądaliśmy w stronę ich unitów wyposażonych w nowoczesne systemy komputerowe, jak i używanie przez nich mikroskopów w codziennej pracy z pacjentem. Poznawanie kliniki zakończyliśmy podziwianiem ostatniego, nowodobudowanego, prywatnego piętra, gdzie mieści się Klinika Chirurgii Szczękowej i Plastycznej, z pięknym widokiem na wzgórze porośnięte Czarnym Lasem. Kontynuując nasz pobyt na terenie Centrum Medycznego Uniwersytetu we Freiburgu udaliśmy się na spacer po uniwersyteckim kampusie. Krocząc alejkami medycznego kompleksu podziwialiśmy jego infrastrukturę łączącą potężne budynki, atrakcyjne nowoczesne pomniki z kojącą zielenią i bogactwem kwiatów.

Wizytę w uniwersyteckim Centrum Medycznym zakończyło spotkanie z członkami VSZF E.V. Niemieckiego Towarzystwa Studentów Stomatologii wyżej wspomnianego uniwersytetu. Po przedstawieniu się sobie nawzajem, wyjaśnieniu, na czym polega funkcja każdego z nas, wymieniliśmy cenne doświadczenia. Szczególnie przypadła nam do gustu funkcja Lukasa – naszego opiekuna. Otóż jest on odpowiedzialny za gromadzenie wszelkich dodatkowych materiałów edukacyjnych i przekazywanie ich młodszemu pokoleniu. Z pewnością skorzystamy z podpowiedzi i dołożymy starań, by w naszym towarzystwie powołać podobną funkcję. Taka osoba niewątpliwie pomoże, ale i ułatwi studenckie życie członkom towarzystwa.

W drodze powrotnej podziwialiśmy i zwiedzaliśmy malowniczą najstarszą część miasta Freiburg, gdzie zatrzymaliśmy się wieczorem w słynnym browarze *Hausbrauerei Feierling*. Z przyjemnością skosztowaliśmy tam tradycyjnego sznycła i kielbasek, popijając świeżo warzonym piwem. Po tak aktywnym dniu zgodnie zdecydowaliśmy się na długi odpoczynek w hostelowym zaciszu.

Kolejny dzień krył w sobie kolejną ciekawą przygodę. Jako pierwsza grupa studentów w historii mieliśmy jedyną w swoim rodzaju okazję gościć w siedzibie



Popołudnie we Freiburgu



Na spacerze po starej części miasta Freiburg



Świeżo warzony niemiecki browar





Spotkanie z prof. Rudolfem Strubem w klinice we Freiburg

na niezawodne i efektywne metody leczenia. Straumann® Dental Implant System obejmuje trzy różne linie produktów: Straumann® Standard Implant, Straumann® Standard Plus i Straumann® Tapered Effect. Wszystkie o różnej charakterystyce pozwalają zoptymalizować implantację pod kątem pacjenta. Zostaliśmy również zapoznani z całkowicie nowatorskim rozwiązaniem wprowadzonym przez firmę, a mianowicie powierzchnią SLActive®. Ta superhydrofilna warstwa pozwala na skrócenie wżajania implantu do 3-4 tygodni, zapewniając lepszą

firmy Straumann® we Freiburg. Jest to światowy lider w dziedzinie implantologii stomatologicznej oraz regeneracji tkanek przyzębia. W progach zostaliśmy ciepło przywitani przez pracowników firmy. Wiedząc, iż poranne godziny nie sprzyjają koncentracji, zaproszono nas na kawę i śniadaniowego precla. Po chwili zasiedliśmy w sali wykładowej, gdzie pan Christian Müller rozpoczął swoją prezentację. Przybliżył bogatą historię marki, jaką jest Straumann® i zapoznał nas z rozwiązaniami implantologicznymi proponowanymi przez firmę. Szeroka gama produktów pozwala

Prezentacja urządzenia iTero



Wizyta w firmie Straumann

stabilizację implantu we wczesnym, krytycznym okresie i pozwalającą na szybszą odbudowę protetyczną. Prezentacja była wzbogacona o filmy, zdjęcia i wykresy pomagające zrozumieć trudniejsze treści. Po przerwie wykład wygłosiła pani Britta Meister-Petuker, która opowiadała o rozwiązaniach cyfrowych we współczesnej stomatologii. Najnowszym z nich jest wewnątrzusny system skanujący o nazwie iTero®. Przy jego pomocy można wykonać swoisty „wycisk” bez użycia mas ani łyżek wyciskowych. Wszystko możemy monitorować na ekranie urządzenia, a miły kobiecy głos podpo-



Przed zwiedzaniem hal produkcyjnych firmy Dentsply

wiada nam, jaki powinien być nasz kolejny krok. W efekcie otrzymujemy obraz gotowy do dalszej obróbki – np. projektowania pracy protetycznej. Pokazywane są również inne szczegóły, takie jak punkty kontaktu czy okluzja. Urządzenie z takimi możliwościami z pewnością możemy nazwać przełomowym. Straumann® może poszczycić się także szeroką gamą produktów regenerujących tkanki miękkie i twarde – czego tematem był ostatni wykład prowadzony przez panią dr Rebekkę

zapoznaliśmy się również z innymi produktami. Dr Rebekka Ellenrieder jest naukowcem na co dzień pracującym z wyżej wymienionymi produktami, dlatego też jej wykład urozmaicały liczne ciekawostki, wykresy i zdjęcia z badań klinicznych. Znacznie ułatwiło to przyswojenie wiedzy na ich temat.

Wieczorem po wizycie w firmie ponownie wspieliśmy się na najwyższe wzgórze Freiburga, by z wieży widokowej obejrzeć przepiękny zachód słońca na tle Francuskich Alp.

Kolejnym miastem docelowym naszej podróży było piękne, niezwykle malownicze miasto położone tuż przy granicy szwajcarskiej – Konstancja. Ten urokliwy zakątek świata leży w miejscu, gdzie rzeka Ren wpływa do Jeziora Bodeńskiego.

Właśnie nad tym akwenem znajdował się nasz, stylizowany na latarnię morską hotel – Jugendherberge. Pomimo tego,

iż widoki na spokojne wrześnie Jezioro Bodeńskie zapierały dech w piersiach, nie poprzestaliśmy na tej części miasta. W zabytki najbardziej obfitował rynek oraz starówka Konstancji. Wśród licznych zabytków, które poznaliśmy, należy przede wszystkim wspomnieć późnogotycki Kościół św. Stefana, XV-wieczny Stary Ratusz oraz łączącą w sobie kilka epok Katedrę pw. Najświętszej Maryi Panny. Konstancja w świetny sposób łączy w sobie zabytkowe piękno z nowoczesnością. W mieście tym kwitnie przemysł farmaceutyczny i maszynowy oraz znajduje się duży uniwersytet. Jest to miejsce godne polecenia nie tylko dla osób, chcących odwiedzić fabrykę firmy Dentsply, ale również dla ludzi chcących odpocząć od wielkomiejskiego gwaru, podziwiając finezyjne połączenie średniowiecznej architektury z nieomal nie skażoną ludzką działalnością, przyrodą. Podążając za naszym naukowo-turystycznym planem, odkrywaliśmy piękne zakątki miasta, przechadzając się wąskimi uliczkami i próbując lokalnych przysmaków.

16 września wybraliśmy się do fabryki materiałów stomatologicznych Dentsply DeTrey. Firma specjalizuje się przede wszystkim w produkcji kompozytów do wypełnień zębów, jak również wytwarzaniem reszty asortymentu materiałów. Swoją wizytę rozpoczęliśmy od zwiedzania fabryki. Ze względu na sterylne warunki pracy i wymagania musieliśmy założyć specjalne fartuchy, przechodząc przez osobny pokój. Pan Uwe Walz – inżynier i chemik w jednej osobie, odpowiedzialny za procesy produkcyjne, dokładnie wytłumaczył nam etapy procesu wytwarzania każdego z materiałów. Niezwykła precyzja i dokładność pracy, a także współpraca i profesjonalizm pracowników, wzbudzały nasz podziw. Wyjątkowym doświadczeniem była możliwość poznania procesu pro-



Zajęcia praktyczne z zastosowaniem materiału SDR firmy Dentsply

Ellenrieder. Omawiane były głównie preparaty Emdogain®, Emdogain PLUS® i BoneCeramic®, aczkolwiek

tym akwenem znajdował się nasz, stylizowany na latarnię morską hotel – Jugendherberge. Pomimo tego,





Przygotowana przez nas prezentacja o Polsce



Na wyspie Mainau

dukcji materiałów kompozytowych, a także dotknięcie poszczególnych składników na wybranych liniach produkcyjnych.

Pełni wrażeń, byliśmy gotowi na część teoretyczną, podczas której Pan Waldemar Kozłowski – Clinical Training Supervisor, polski przedstawiciel firmy Dentsply DeTrey, wstępnie wyjaśnił nam działanie i zadania firmy. Po krótkiej prezentacji, oddał głos Panu Walterowi Dias, aby ten wprowadził naszą grupę w tajniki oraz zasadność pracy omawianych produktów. Głównym problemem było omówienie materiałów adhezyjnych. Wykład został zamknięty częścią praktyczną, z wykorzystaniem nowego materiału Smart Dentin Replacement. Najpierw wykładowca przeprowadził krótki instruktaż, pokazując metodę odbudowy właściwej struktury zęba. Potem mieliśmy okazję spróbować swoich sił, wypełniając modelowy ząb. Następny wykład poprowadził Pan Waldemar Kozłowski, omawiając poszczególne produkty i skupiając się na najbardziej popularnych produktach marki, takich jak: Aquasil Ultra Monophase, AH Plus, Direct, Xp Bond czy SDR. Największe zainteresowanie wywołał wspomniany wcześniej SDR – Smart Dentin Replacement. Na zakończenie serdecznie podziękowaliśmy organizatorom i wykładowcom, ofiarowując symboliczne pamiątki z Polski. My natomiast zostaliśmy obdarowani firmowymi niespodziankami przygotowanymi przez gospodarzy. Nie pozostało nam nic innego jak udać się na pamiątkowe zdjęcie, pod charakterystycznym logo firmy.

W ostatni dzień naszej podróży jako cel obraliśmy malowniczą wyspę **Mainau**, której powstanie było efektem wielkiej miłości księcia Smälandu, następcy króla Szwecji i Emmy Louisy Nissvandt. Książę, wbrew woli ojca, poślubił swoją ukochaną i tym samym został po-

zbawiony prawa do korony. Pozbawiony także tytułu księżęcego osiadł na wyspie Mainau na Jeziorze Bodeńskim. Uczynił z niej ogromną atrakcję turystyczną, sadząc tam własnymi rękami przeróżne rośliny z całego świata. Między innymi z tego powodu mogliśmy podziwiać rosnące w gruncie pomarańcze, cytryny, granaty oraz śródziemnomorskie palmy. Dostaliśmy niemalże oczopląsu w rozległym rosarium, gdzie rośnie ponad 1,2 tysiąca różnobarwnych odmian róż i dali. Rośliny nie tylko tworzyły barwne, ale i przestrzenne kompozycje, pośród których należy wyróżnić dostojnego pawia czy stado kolorowych kaczek. W zachwyt wprawiło nas motylarium, gdzie znajdowało się mnóstwo tropikalnych roślin, które dodawały uroku latającym nad naszymi głowami motylom. W centrum Mainau znajdował się barokowy pałac, zbudowany jeszcze przez Krzyżaków. Tam też pozwoliliśmy sobie na chwilę zapomnienia w cudownej kameralnej cukierni. Kontynuując spacer po Wyspie z jej wyższych punktów, widzieliśmy ośnieżone szczyty odległych o kilkadziesiąt kilometrów Alp. Dzięki pięknej słonecznej aurze mogliśmy w pełni cieszyć się pięknym ogrodów i ostatnimi promieniami letniego słońca. Z żalem opuszczaliśmy to miejsce, zachowując w pamięci obraz odbierającej dech w piersiach, rajskiej Wyspy Mainau.

Kolejną atrakcją piątkowego popołudnia był **Meersburg** – odbicie niesamowitych widoków na Jezioro Bodeńskie i leżące na przeciwległym brzegu miasta Konstanz. Korzystając z okazji, odwiedziliśmy oryginalną i ponadczasową kawiarnię znajdującą się w Starym Zamku. Dzięki wizycie w muzeum winiarskim, poznaliśmy ciekawą historię miejscowego trunku. Dopelnieniem atrakcyjnego wizerunku i zarazem naszym ostatnim celem było muzeum zeppelinów. Po tak mile spędzonym czasie wróciliśmy promem do Konstanz, podziwiając wrześnieowy zachód słońca, płynąc po Jeziorze Bodeńskim i wsłuchując się w szum fal. Na nabrzeżu czekała już na nas kolejna atrakcja – właśnie rozpoczynał się lokalny Oktoberfest, dzień wcześniej niż w Monachium. Kolorowy korowód, muzyka, śpiew, no i oczywiście piwo. Trudno nam było opuszczać centrum, aby z żalem pakować swoje walizki.

Następnego dnia o godzinie 10 opuściliśmy hotelową latarnię i rozpoczęliśmy drogę powrotną do Polski. O godzinie piątej nad ranem, przed znajomą nam halą

sportową zakończyła się nasza cudowna niemiecka przygoda.

Zagranicznego stypendium nie sposób nie docenić. Przepiękna Badenia-Wirtembergia na długo pozostanie nam w pamięci. Wyjazd ten dał nam możliwość zanurzenia się w niemieckiej kulturze i historii, poznania specyfiki niemieckiego życia akademickiego oraz szansę szlifowania języka. Na własne oczy mogliśmy zobaczyć, że na zachodnich uniwersytetach pracuje się efektywniej i wygodniej. Stypendium DAAD to nowe doświadczenia – połączenie nauki ze świetną zabawą.

Podsumowując, jesteśmy niezwykle wdzięczni za zaangażowanie i entuzjazm, z jakim dzielono się z nami informacjami o najnowszych produktach i technologiach w firmie Straumann i Dentsply oraz w Klinice Stomatologicznej we Freiburgu. Mamy nadzieję, że wiedzę, jaką zdobyliśmy, będziemy mogli wykorzystać z powodzeniem w przypadkach, z jakimi spotkamy się w przyszłości. Na koniec warto wspomnieć o gościnności na

uniwersytecie oraz pracowników firm. Często przed panelem wykładowym czekał na nas poczęstunek, a w przerwie na lunch zostaliśmy zaproszeni na smaczny obiad. Tak więc polska gościnność znalazła sobie równą – niemiecką. Za ciepłe przyjęcie odwiedziliśmy się prezentacją multimedialną o Polsce, Lublinie i naszym Uniwersytecie. Ponadto został wyświetlony



film o Towarzystwie, w którym działamy. Mamy nadzieję, że i my będziemy również miło wspomniani przez naszych nowych niemieckich znajomych.

DANKESCHÖN!

Wyjazd w ramach stypendium DAAD nie odbyłby się bez wsparcia i pomocy ze strony wielu życzliwych ludzi. Pragniemy serdecznie podziękować władzom Uczelni za przychylność w rozwiązywaniu proceduralnych trudności, Pani Joannie Bogusz z Działu Współpracy z Zagranicą UM w Lublinie za zaangażowanie i niezbędną pomoc w organizacji podróży oraz Paniom z Działu Finansowego, dzięki którym na czas otrzymaliśmy niezbędne pieniądze. Pragniemy wyrazić ogromną wdzięczność naszej Opiekun Pani dr n. med. Renacie Chałas za wsparcie w rozwiązywaniu formalnych trudności, za cenne wskazówki i poświęcony nam czas. Dzięki Pani Doktor przeżyliśmy cudowne, niezapomniane chwile i zyskaliśmy cenne doświadczenie!



# Cała prawda przy łóżku chorego

## Areopag etyczny

W tegoroczne wakacje, w dniach od 16 do 23 sierpnia nad Zatoką Pucką odbyły się warsztaty z zakresu przekazywania trudnych wiadomości oraz z zagadnień etycznych. Organizatorem Areopagu jest Puckie Hospicjum pw. Św. Ojca Pio, którym zajmuje się mgr Anna Jochim-Labuda oraz ks. dr Jan Kaczkowski.

### ALEKSANDRA SKUBLEWSKA

STUDENTKA III ROKU  
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
UM W LUBLINIE

Studenci ze wszystkich medycznych uczelni z całej Polski wzięli udział w tygodniowych zajęciach, na których uczyli się, jak prawidłowo powiedzieć pacjentowi przykrą prawdę, dotyczącą jego wyników, stanu zdrowia. Warsztaty te prowadzone były pod okiem bardzo profesjonalnego ks. dra Jana Kaczkowskiego. Aby utrudnić nam studentom zadanie, a zarazem o wiele więcej się nauczyć, rolę pacjentów odgrywali profesjonalni aktorzy. Był z nami sławny aktor Witold Dębicki-



ki oraz nieco młodszy kolega aktorzy Martyna Kowalik i Szymon Nowak. W międzyczasie był z nami nawet aktor Bartosz Opania. Dzięki współpracy z artystami, scenki nabierały niezwykle prawdziwego, życiowego wydźwięku.

Każdego wieczoru, oprócz warsztatów z aktorami, odbywały się również wykłady. Codziennie mieliśmy zaszczyt gości kogoś nowego. W tegorocznej edycji Areopagu wzięła udział prof. Krystyna de Walden – Gałuszko, konsultant krajowy w zakresie medycyny paliatywnej. Profesor de Walden-Gałuszko wygłosiła wykład dotyczący trudnych rozmów lekarza z pacjentem. Omówiła również podstawowe zasady z zakresu komunikacji w psychoonkologii. Ponadto, profesor przekazała uczestnikom praktyczne rady związane z przebiegiem dialogu pacjent – lekarz.

Kolejne wykłady dotyczyły bioetyki. Cykl trzech wystąpień zaprezentował ks. dr Jan Kaczkowski, który mówił o prawdzie przy łóżku chorego, klauzuli sprzeciwu sumienia i dylematów etycznych. Dyrektor Hospicjum omówił również ze studentami odchodzenie zarówno z perspektywy pacjenta, jak i jego bliskich. Uczestnicy wykazywali duże zainteresowanie aktualnymi problemami bioetycznymi. Na rozmowy, dyskusje na ten temat ks. dr Jan Kaczkowski poświęcił również wiele czasu.

Jeden z najbardziej poruszających wykładów, dotyczących doświadczeń z towarzyszeniem w odchodzeniu, wygłosiła Dorota Roqueplo, która opiekowała się swoją ukochaną siostrą Dominiką Roqueplo – Woźniakowską do końca jej dni.

Ksiądz Piotr Szelaż, doktorant Uniwersytetu Gregoriańskiego w Rzymie mówił do uczestników o filozoficznym i teologicznym podejściu do sumienia. Przedstawił różnice pomiędzy pojmowaniem tego pojęcia, a także zastanawiał się, czy sumienie jest subiektywnym odczuciem, czy obiektywną formą.

Te wszystkie dotychczas omówione zajęcia odbywały się wieczorami, po wspólnie spędzonej smacznej kolacji. Natomiast w ciągu całego dnia uczestnicy Areopagu Etycznego mieli niepowtarzalną okazję do nauki windsurfingu. Studenci mogli codziennie po śniadaniu oraz po obiedzie uczyć się oraz szlifować swoje umiejętności pływania na desce. Organizatorzy zadbałi nie tylko o nasz rozwój intelektualny, ale również zapewniłi nam świetną okazję do wypoczynku poprzez sport.

Widoczny był duży kontrast tego, co się działo za dnia, gdzie młodzi ludzie walczyli z siłami natury na Zatoce Puckiej, używając swojej siły, krzepy, witalności. Wieczorami następował powrót do tematyki totalnie niezwiązanej z witalnością. Dzięki temu uczestnicy mogli nauczyć się również pokory i poszanowania dla swojego zdrowia.

Miałam zaszczyt wziąć udział w tegorocznej edycji Areopagu Etycznego. Jestem pod ogromnym wrażeniem organizacji tego tygodniowego spotkania. Przede wszystkim, wiele się nauczyłam, dowiedziałam i zobaczyłam świetnie funkcjonujące Puckie Hospicjum pw. Św. Ojca Pio. Według mnie warsztaty są najlepszą metodą na nauczenie się pewnych zasad dotyczących prawidłowego dialogu między pacjentem, a lekarzem. Na Areopagu taka forma była nieustannie ćwiczona. Poznałam fenomenalnych ludzi z całej Polski, a ponadto nauczyłam się pływać na desce, czego wcześniej nie potrafiłam i bałam się.

Jak wziąć udział w Areopagu? Organizatorzy tego wydarzenia ogłaszają się, reklamują na uczelniach poprzez plakaty, liczne informacje na stronach internetowych, forach. Ja sama dowiedziałam się o Areopagu z forum internetowego oraz Gazety Wyborczej, gdzie umieszczony był wywiad z księdzem Janem Kaczkowskim. Ogłoszony był konkurs na uczestnictwo, ponieważ limit miejsc jest ograniczony do dwudziestu osób. Należało wypełnić formularz (znajdujący się na stronie internetowej Hospicjum), który zawierał kilka pytań dotyczących swojego życia. Dodam jeszcze, że za Areopag trzeba było zapłacić tylko 100 zł oraz ponieść koszty za przyjazd, odjazd.

#### Za mną w tle Puckie Hospicjum pw. Św. Ojca Pio



Uczestnicy Areopagu zakwaterowani byli w świetnym sportowo-wypoczynkowym ośrodku „Delfin” w Pucku, a na naukę windsurfingu chodzili do pobliskiej szkółki „Na fali”. Koordynatorem projektu był Piotr Konkel, na którego uczestnicy mogli w każdej chwili liczyć. Każdy ze studentów dostał pakiet złożony z dwóch koszulek, notesu z długopisem, teczki.

Uczestnictwo w Areopagu Etycznym było dla mnie nagrodą, gdyż bardzo wypoczęłam, nawiązałam nowe znajomości, wyjechałam bogata w wiedzę odnośnie medycyny paliatywnej. Bardzo serdecznie dziękuję organizatorom Areopagu Etycznego.



# Turnus rehabilitacyjny dla osób niepełnosprawnych w Karolinowie

**ALEKSANDRA SKUBLEWSKA**

STUDENTKA III ROKU  
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
UM W LUBLINIE

Jako działaczka Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny – IFMSA wzięłam udział w obozie zorganizowanym dla osób w bardzo przykry sposób pokrzywdzonych przez los. Te dwutygodniowe kolonie odbyły się w Karolinowie niedaleko Łodzi. Organizatorem obozu jest Towarzystwo Pomocy Niepełnosprawnym. W Stowarzyszeniu tym działają głównie rodzice, których pociechy są niepełnosprawne umysłowo, bądź fizycznie. Ich głównym celem jest organizowanie wakacji dla osób niepełnosprawnych oraz radosnych zabaw mikolajkowych. Podczas, gdy chore dzieci jadą na taki turnus, rodzice mogą zregenerować swoje siły. Mają pewność, że zostawiają swoje pociechy w dobrych rękach. I tak naprawdę jest. Dziećmi opiekują się charyzmatyczni, odpowiedzialni wolontariusze. Podczas wakacji odbywają się cztery obozy, każdy z nich trwa dwa tygodnie. Bardzo często zdarza się tak, że uczestnicy zostają na całe dwa miesiące, czyli na cztery turnusy.

Ja pojechałam na taki turnus jako wolontariuszka. O możliwości wyjazdu dowiedziałam się z e-maila, którego dostałam od osoby zajmującej się „wylapywaniem” chętnych ludzi, studentów do pomocy przy takiej idei. Informacje na ten temat w IFMSA znajdują się w dziale SCOME (stały program odpowiedzialny za edukację me-

dyczną). Sam proces rekrutacji na wolontariusza uczestnika obozu dla niepełnosprawnych jest bardzo prosty. Wystarczą tylko same dobre chęci, cierpliwość i uśmiech.

Gdy pojechałam do Karolinowa, okazało się, że nie tylko studenci medycyny zajmują się opieką podopiecznych, ale również studenci psychologii, prawa, historii i wiele innych kierunków. Miłym zaskoczeniem był dla mnie również fakt, że poznałam tam koleżankę z Lublina z naszej Alma Mater.



**Moi dwaj podopieczni Rafał i Krzysz,**  
brakuje jeszcze Tomka

Do naszych zadań należała 24-godzinna opieka nad podopiecznymi. Każdy wolontariusz był odpowiedzialny za jedną, dwie albo trzy osoby. Ja czuwałam nad trzema chłopcami, jeden z nich chorował na epilepsję,

a dwóch pozostałych na dziecięce porażenie mózgo-  
we. Nie ukrywam, że początki było wyjątkowo trudne  
i ciężkie. Nigdy wcześniej nie miałam do czynienia  
z osobami niepełnosprawnymi. Pierwsze wrażenie, gdy  
tylko przyjechałam do Karolinowa, było dla mnie bar-  
dzo bolesne. Zobaczyłam dookoła siebie tyle nieszczęść,  
gdyż uczestnicy turnusu chorowali na autyzm, zespół  
Downa, dziecięce porażenie mózgo-  
we, upośledzenie  
umysłowe, epilepsję.



Podczas zabawy w „Skrzaty leśne”

Na każdym z turnusów jest około 30 uczestników,  
wolontariusze, kierownik obozu, pani pielęgniarka.  
Wszyscy tworzymy jedną wielką rodzinę, wspieramy  
się i pomagamy. Z ogromną wdzięcznością wspominam  
pomoc pani pielęgniarki i innych wolontariuszy, gdy  
tylko chciałam chwilę odpocząć, mieć tzw. „5 minut dla  
siebie”, oni zawsze bez problemu zajmowali się „moimi  
chłopakami”.

Co jeszcze należało do moich obowiązków? Przede  
wszystkim czuwanie, by chłopcy o czasie wzięli leki.  
Dbałam o ich higienę, by zjedli posiłek, by nie odczu-  
wali żadnego dyskomfortu. Wolontariusze oprócz opie-  
ki nad swoimi pociechami musieli również zaplanować  
cały dzień zajęć, zabaw. Podczas nocnych odpraw usta-  
laliśmy, co będziemy robić następnego dnia. Zawsze  
musieliśmy brać pod uwagę plan A – piękna, słoneczna  
pogoda i plan B – deszcz. Gdy było ciepło najczęściej  
wychodziliśmy nad Zalew (nasz Ośrodek znajdował się  
przy Zalewie Sulejowskim) i organizowaliśmy zabawy  
na plaży. Natomiast gdy pogoda nam nie dopisywała  
(a zdarzało się i tak) uczestnicy brali udział w zajęciach  
plastycznych, muzycznych. Mieliśmy do dyspozycji  
przestronną stołówkę, ogromne ilości przydatnych ar-  
tykułów papierniczych. Po kolacji zawsze odbywała się  
albo dyskoteka albo jakaś zabawa tematyczna: np. bal  
przebierańców, „Mam talent”, „Mini playback show”,  
„Tańce z gwiazdami”, pokaz mody. Nasi uczestnicy  
z miłą chęcią i ogromnym zaangażowaniem brali udział

w tych wszystkich konkurencjach. Ich uśmiech, radość  
sprawiała nam wolontariuszom wielką przyjemność.



Wieczorna dyskoteka, to czas, na który wszyscy obcowaliśmy z niecierpliwością czekaliśmy

Chciałabym bardzo zachęcić wszystkich chętnych stu-  
dentów do brania udziału w takich obozach. Proszę mi  
wierzyć, że liczy się każda dodatkowa para rąk. Mimo po-  
czątkowych trudów, po pierwszych dniach nawiązuje się  
przepiękna, wzruszająca, rodzinna atmosfera pomiędzy  
uczestnikami, a opiekunami. Od osób niepełnospraw-  
nych wiele się można nauczyć. Ja wyjeżdżając z Karolino-  
wa miałam łzy w oczach, gdyż bardzo przywiązałam się  
do Tomka, Krzysia, Rafała, a ponadto do domu wróciłam  
bogata w pokorę, siłę, w większą empatię.

Uważam, że każdy przyszły medyk powinien chociaż  
raz wybrać się na taki obóz. My, przyszli lekarze musi-  
my posiadać umiejętność przebywania, słuchania, roz-  
mawiania z osobami niepełnosprawnymi. Taki obóz jest  
do tego świetną, fantastyczną okazją.

#### Praktyki medyczne na Turnusach Rehabilitacyjnych z osobami niepełnosprawnymi

<b>Kiedy?</b>	Wakacje (sierpień)
<b>Gdzie?</b>	W ośrodku wypoczynkowym w miejscowości Dobrażyno, przy Zalewie Sulejowskim, 100 metrów od plaży, przy drodze do Dobrowieży
<b>Co robimy?</b>	Opiekujemy się osobą niepełnosprawną, razem wybieramy Krowia - Krowa TRON, wiodą podopiecznych, pieczemy kucharkę na ognisku i balo na spacer - Organizujemy balo przebierańców, podchody, konkursy i zawody sportowe (dyskoteka, czyli walcimy do starych dobrej okazji naszego dobrej okazji
<b>Wzrost ten opiera Ci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Zdobycie praktycznej umiejętności udzielania opieki nad osobą niepełnosprawną</li> <li>✓ Wykształcenie prawidłowej reakcji z osobą niepełnosprawną</li> <li>✓ Zdobycie umiejętności obsługi sprzętu rehabilitacyjnego</li> <li>✓ Nauka się analizować zadanie osoby niepełnosprawnej</li> <li>✓ Zwiększenie podopiecznego w społeczeństwie i zwiększenie jego udziału w działalności w codziennym życiu społeczny</li> <li>✓ Rozpoznawanie i analizowanie i kontrolowanie własnych emocji i zachowania</li> </ul>



**Dla kogo?**  
Tę wiedzę warto zdobyć już od najmłodszej  
rodziny zabawy

**Główny cel projektu**

**Podniesienie poziomu umiejętności  
studentów medycyny w zakresie badania  
i kontaktu z osobami niepełnosprawnymi oraz  
zapewnienie fachowej opieki osobom  
niepełnosprawnym podczas turnusu**

Ważnym elementem projektu jest również  
opieka nad osobą niepełnosprawną  
i zapewnienie jej pomocy i wsparcia  
w codziennym życiu. W ramach projektu  
organizujemy balo przebierańców, podchody,  
konkursy i zawody sportowe (dyskoteka,  
czyli walcimy do starych dobrej okazji  
naszego dobrej okazji)



# Trening asertywności

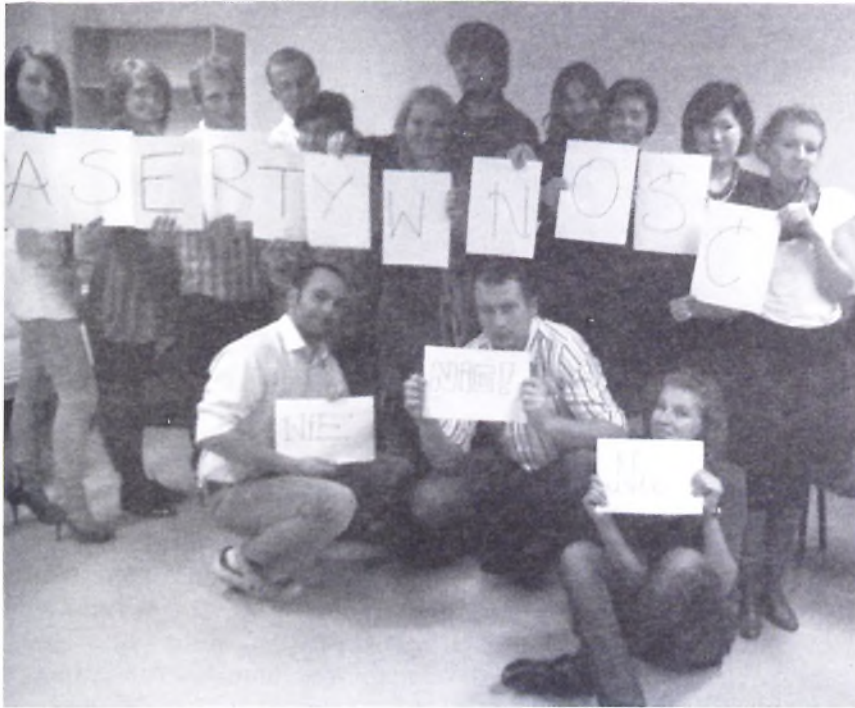
Asertywność to obok empatii, podstawowa umiejętność wchodząca w skład inteligencji emocjonalnej. Człowiek asertywny swobodnie ujawnia innym siebie, wyraża otwarcie swoje myśli, uczucia, pragnienia. Czyni to w sposób uczciwy, bezpośredni, śmiało, bez paralizującego lęku, akceptuje swoje ograniczenia, niezależnie od tego, czy w danej sytuacji udało mu się odnieść sukces, czy też nie. Pozwala sobie na błędy i potknięcia, dostrzegając swoje sukcesy i mocne strony. Potrafi się porozumieć z innymi, potrafi też dochodzić swych praw i umiejętnie je egzekwować, szanując przy tym terytorium psychologiczne innych.

---

**JUSTYNA FILIPIUK**  
STUDENTKA VI ROKU  
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
UM W LUBLINIE  
**KAROLINA MIECZKOWSKA**  
MGR PSYCHOLOGII

---

Zasady komunikacji interpersonalnej oraz postawa asertywna stanowią bardzo ważne umiejętności, które z pewnością będą przydatne nam, przyszłym lekarzom w codziennej praktyce lekarskiej. Mając na uwadze rozwój osobisty studentów medycyny naszego uniwersytetu, lubelski oddział IFMSA-Poland zorganizował warsztaty pt.: *Życ w zgodzie ze sobą i w dobrych stosunkach z innymi – doskonalenie umiejętności z zakresu asertywności*. Warsztaty odbyły się 23 października 2010 r. w godz. 13.00-18.30 na terenie akademika nr 2. Zostały przeprowadzone przez moje koleżanki z Warszawy, mgr psychologii Karolinę Mieczkowską i Magdalenę Perlińską i w związku z tym były całkowicie nieodpłatne. W przerwach uczestnicy mogli się poczęstować drobnymi smakołykami. W warsztatach uczestniczyła 12-osobowa grupa trenerska składająca się z na-



szych koleżanek i kolegów, działaczy IFMSA. Celem szkolenia była:

- Nauka umiejętności praktycznego zastosowania asertywności w kontaktach interpersonalnych, przybliżenie definicji.
- Poznanie sposobów budowania postawy asertywnej.
- Poznanie wybranych technik zachowań asertywnych.

A teraz kilka słów o tym, jak przebiegało szkolenie i czego się tam nauczyliśmy...

### Asertywność, co to takiego?

Asertywność oznacza uczciwość i szacunek wobec siebie oraz otoczenia. Gdy jesteś pewny siebie i postępujesz w sposób asertywny, stajesz się otwarty na innych ludzi, chociaż ich opinie mogą się różnić od twoich. Jesteś wówczas w stanie wyrażać się w sposób jasny i efektywnie porozumiewać się z otoczeniem.

Asertywność to umiejętność wyrażania własnych myśli, uczuć i potrzeb. Jest to również dbałość o własne prawa bez naruszenia

praw innych osób. Asertywność to inaczej łagodna stanowczość. To umiejętność mówienia nie, ale także udzielanie konstruktywnej krytyki, reagowanie na nią, wyrażanie oczekiwań i prośb, wydawanie poleceń, wyrażanie złości bez agresji oraz umiejętność reagowania w sytuacji agresji werbalnej.

Dzięki asertywności, możemy nauczyć się uczciwie i stanowczo wyrażać swoje uczucia, postawy, opinie w sposób respektujący uczucia i poglądy rozmówców. Dzięki temu kontakty z innymi ludźmi stają się łatwiejsze i bardziej satysfakcjonujące.

Wśród zachowań społecznych asertywność jest pomiędzy agresywnością i pasywnością, inaczej uległością. Ludzie zachowujący się agresywnie stosują atak werbalny i niewerbalny. Nie rozwiązują sytuacji, tylko skupiają się na udowodnieniu winy. Postawa uległa natomiast, charakteryzuje się tłumieniem emocji i nie ujawnianiem swoich prawdziwych uczuć wobec zaistniałej sytuacji. Ludzie w relacjach interpersonalnych często po-

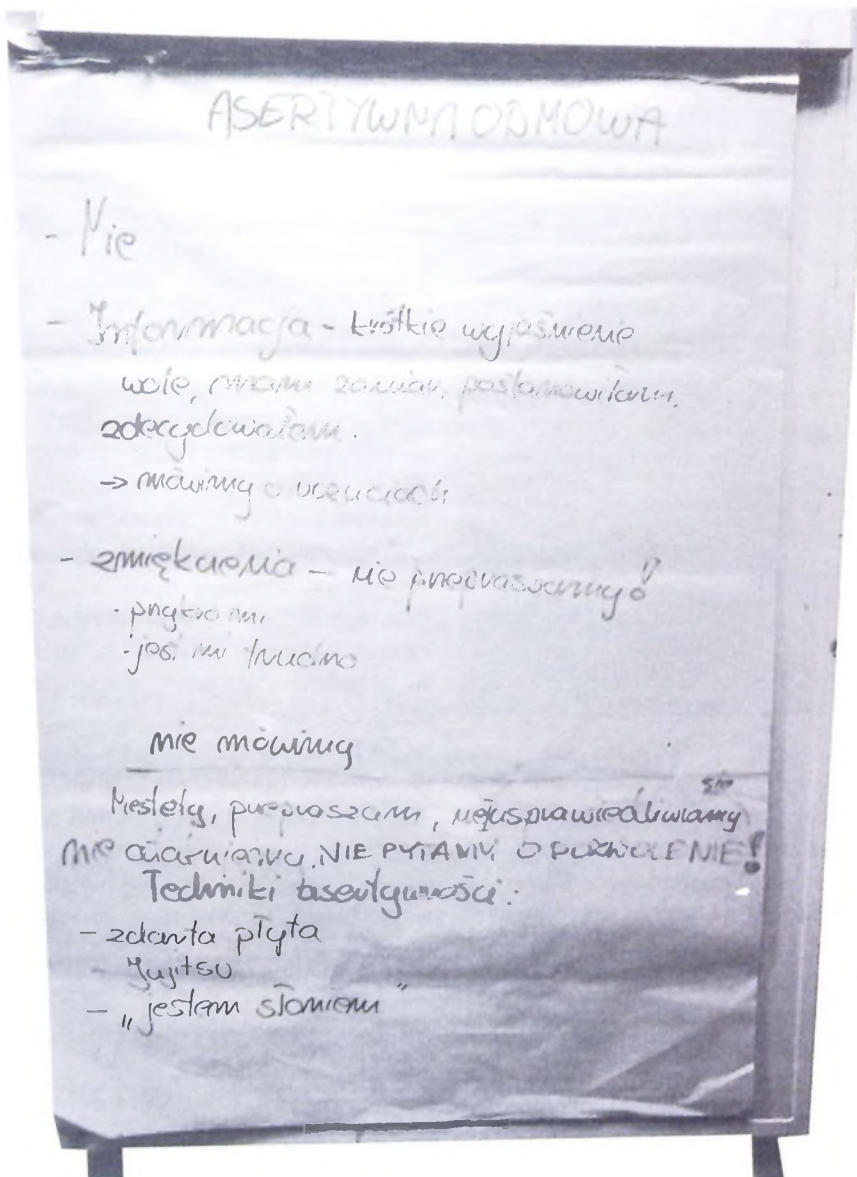
slugują się komunikatami typu „Ty”. Komunikaty te przede wszystkim są subiektywne i charakteryzują się ocenianiem ludzi, etykietowaniem i generalizowaniem (ocenianie – jesteś spóźnialski, jesteś leniem). Są łatwe do podważenia, gdyż możemy różnić się pod względem opinii i ocen. Umniejszanie godności innych osób, a wywyższanie swoich.

Komunikaty typu „Ja” polegają na tym, że mówi się o swoich uczuciach wywołanych zachowaniem drugiej osoby, biorąc jednocześnie odpowiedzialność za te uczucia. Nie musimy koniecznie używać zaimka „ja” – ważne jest natomiast, abyśmy mówili rzeczywiście o swoich odczuciach, bez obwiniania i oceniania ucznia. Komunikaty typu „Ja” można przedstawić za pomocą następującego schematu: co ja czuję + kiedy ty... + co to dla mnie znaczy, co powoduje, np.: „Drażni mnie twoje zachowanie”. Informacja zwrotna jest natomiast ustosunkowaniem się do czyjegoś zachowania, wypowiedzi, wyglądu, cech charakteru, sposobu bycia.

**Bądź szczery  
nie owijaj w bawełnę,  
czyli o technikach,  
które wspomagają  
asertywną odmowę...**

Najczęstszym powodem, dla którego ludzie robią coś, na co nie mają ochoty, jest to, że nie chcą narazić się na gniew lub utratę sympatii osoby, której odmawiają. Ostatecznie jednak, jeżeli sytuacja taka się powtarza, efektem jest pogorszenie relacji między innymi przez brak prawdziwego porozumienia się. Ludzie tłumią emocje, a więc nie są szczerzy i nie mówią, co myślą naprawdę, wprowadzają ludzi w błąd. Często także samo słowo „nie” kojarzy się z takim niepokojem i poczuciem winy, że ludzie unikają go niezależnie od sytuacji.





Jeśli człowiek w kontakcie z drugą osobą przez dłuższy czas robi coś, na co nie ma ochoty, zazwyczaj doznaje silnych emocji, a najczęściej złości się i denerwuje. Obwinia drugą osobę i zaczyna o niej źle myśleć, czuje się skrzywdzony. Ma poczucie, że jego terytorium psychologiczne jest ciągle naruszane. Im dłużej taki stan trwa, tym bardziej prawdopodobne, że nawet najdrobniejsze wydarzenie spowoduje wielki wybuch złości i agresji nieproporcjonalny do przyczyny, ale z całą pewnością odpowiadający sile nagromadzonej złości, żalu i często nieuzasadnionej

pretensji. Jeśli trwa to bardzo długo, to niewyraźny gniew może zamienić się we wrogość i wtedy człowiek nie skupia się na obronie siebie, tylko na sprawianiu bólu drugiej osobie, żeby zrekompensować dotychczasowe własne cierpienia.

Jeśli chcemy mieć satysfakcjonujące stosunki z ludźmi, to powinniśmy im jasno przedstawić, jak chcemy być traktowani. Powinniśmy otwarcie mówić, co nam się podoba, a co nie. **OZNACZA TO, ŻE SAMI BIERZEMY ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA KSZTAŁT NASZYCH RELACJI Z OTOCZENIEM – STAWIAMY**

## WARUNKI, PRYZYWAŁAMY, NIE ZGADZAMY SIĘ, DECYDUJEMY, WYBIERAMY!

Asertywna odmowa jest podstawowym środkiem obrony terytorium psychologicznego obszaru zawierającego całą moją własność, moje postawy, poglądy, obyczaje, sprawy, na które chcę mieć wpływ. Składa się ona z takich elementów, jak: słowo NIE, informacja o tym, jak zamierza się postąpić i krótkie wyjaśnienie. Stosując asertywną odmowę możemy użyć także zmiękczeń, które uwzględniają stan ducha drugiej strony lub podkreślają naszą życzliwą postawę, np.: „Przykro mi” oraz „Jest mi trudno”. Odmawiając, nie powinniśmy zaczynać zdania od słów: przepraszam lub wybaczone oraz mnożyć argumentów i uzasadnień.

## Techniki wspomagające asertywną odmowę

**Zdarta płyta** – kiedy ktoś próbuje wyrzucić na nas jakąś presję – trzymamy się zdania, które wypowiedzieliśmy za pierwszym razem.

**Jujitsu** – ugięcie się skoncentrowanej energii partnera (sile, presji argumentów). Nie przedstawiamy całej naszej mocy, lecz uginamy się i wtedy partner rozmowy zostaje z jego własną siłą skierowaną w próżnię. Mówimy, że zdajemy sobie sprawę jak wygląda sytuacja, ale jesteśmy w konsekwencji w odmowie.

**Zasada „jestem słoniem”** – Chodzi o to, żeby w trudnej sytuacji zwolnić tempo reagowania, to powoduje zwiększenie poczucia własnej mocy. Druga strona odbiera nas również jako pewniejszych siebie. Wolniej mówić, głębiej oddychać, parafrazować, dopytywać się, gdy czegoś nie rozumiemy, nie unikać kontaktu wzrokowego.



### Wyrażanie konstruktywnej krytyki

Celem krytyki konstruktywnej jest rozwiązanie problemu a nie udowadnianie komuś winy. Odwołujemy się do zachowania, a nie do osoby i nie generalizujemy. W języku asertywności składa się ona z opinii, która wyraża nasze zdanie na dany temat faktów, które odnoszą się do realnych zachowań i są obiektywnie niepodważalne oraz ustosunkowania emocjonalnego do danej postawy.

### Jak wyrażać złość bez agresji, asertywne wyrażanie gniewu...

Człowiek, chcąc zmienić niepożądaną sytuację, podejmuje działania nastawione na zniszczenie (w sensie psychologicznym lub materialnym) obiektu wywołującego gniew. Nie chce on tylko zmienić sytuacji, ale chce również zadać ból drugiej osobie. Robi to, naruszając granice jej psychologicznego terytorium. Agresja rodzi agresję. W przypadku uległego wyrażania gniewu, człowiek tłumy go w sobie, ale nie podejmuje działań, które mogą zmienić tę sytuację. Efektem takiego postępowania jest obciążenie orga-

nizmu niepotrzebnym napięciem i złe samopoczucie, a także psychologiczne narastanie stresu wobec świata, gromadzenie się żalu, rozgoryczenie, czasem wrogość.

Gdy chcemy w sposób asertywny wyrazić gniew, musimy skoncentrować się na zmianie niepożądanego stanu sytuacji i dążyć do tej zmiany. Wyrażając gniew i niezadowolenie, nie narusza się przecież praw innych osób, jednocześnie pozwala sobie na ekspresję, uwalniając się tym sa-

mym od napięcia. Osoba asertywna w takiej sytuacji może mówić normalnie, głośno krzycząc stosownie do przeżywanego uczucia. Istotne, żeby zaczynać zdanie od „Ja” a nie od „Ty” np.: „Jestem zła na Ciebie i nie podoba mi się sposób, w jaki zostałam przez Ciebie potraktowana” zamiast „Ty idioto! Czy nigdy nie możesz traktować mnie normalnie?”.

Nie ma cudownych odpowiedzi. Chociaż asertywność nie zawsze się sprawdza, na pewno przewyższa inne możliwości działania. Trzeba pracować nad autorozwojem i rozwijać techniki postawy asertywnej, ażeby w przyszłości lepiej nam się żyło, zarówno na arenie prywatnej jak również zawodowej. Być asertywnym lekarzem!

Podsumowując, chciałabym serdecznie podziękować Pani Longinie Arciszewskiej, kierownikowi akademika nr 2 za udostępnienie nam sali na przeprowadzenie szkolenia. Do wszystkich uczestników szkolenia również kieruję serdeczne dzięki za zaangażowanie podczas warsztatów i wreszcie do koleżanek prowadzących za solidne przygotowanie i profesjonalne podejście do tematu.





# Akcja **Szpital Pluszowego Misia** przynosi radość milusińskim oraz szansę na przełamanie lęku przed wizytą u lekarza

Z czym się kojarzy szpital?  
Odpowiedź na to pytanie z perspektywy dorosłego i dziecka wygląda podobnie: oznacza bowiem chorobę, ból i cierpienie. My, jako studenci, pragniemy zmienić spojrzenie dzieci oraz ich rodziców i opiekunów na lekarzy, pielęgniarki i całą ochronę zdrowia. Chcemy przełamać lęk przed wizytą u lekarza i badaniami diagnostycznymi. Z tego powodu powstał pomysł stworzenia „Szpitala Pluszowego Misia”, który organizowany jest już od kilku lat przez Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny EMSA Lublin.

**ANNA ABRAMCZUK  
WERONIKA LESZKO  
PAULINA REJMER**

STUDENTKI IV ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
UM W LUBLINIE

**K**olejny finał tej akcji odbył się 9 grudnia 2010 r. w Przedszkolu nr 9 na ul. Pogodnej i objął dzieci w wieku od 3 do 6 lat.

Czym jest w zasadzie Szpital Pluszowego Misia? Jest to inicjatywa podjęta przez studentów medycyny i innych paramedycznych kierunków, mająca na celu wypracowanie wizji ochrony zdrowia jako instytucji przyjaznej pacjentowi, w której pacjent jest świadomym odbiorcą przekazywanej mu wiedzy, a także bierze aktywny udział w procesie leczenia. Pozwala nam to już teraz kształtować umysły dzieci, które za kilka czy kilkanaście lat zostaną naszymi pacjentami. Staramy się uzyskać te efekty przez zachęcanie do wizyty kolorowym wystrojem, wspaniałym uśmiechniętym personelem, a także cukierkami, naklejkami i kolorowankami, które otrzymuje każdy pacjent.



W tym szpitalu pacjentem jest ulubiony pluszak, a rodzicem – dziecko. Jedna z sal została przez nas specjalnie przystosowana do przyjmowania tych wyjątkowych pacjentów.

W recepcji czekała na dzieci serdecznie uśmiechnięta pielęgniarka, która kierowała je do odpowiednich specjalistów. W szpitalu przyjmowali, m.in. dr Lisek, dr Cytrynka czy dr Marchewka, którzy byli przedstawicielami szerokiej palety lekarzy specjalistów od radiologa, przez chirurga do kardiologa. Dzieci przedstawiały lekarzom główne dolegliwości, trapiące ich misie. Zdarzały się bardzo skomplikowane przypadki, takie jak np. obustronne odklejenie siatkówki po kontakcie oczu z niebezpiecznymi chemikaliami („Sprawa dla detektywa!” – jak skomentował to Krzyś), ostre ucho, ciężkie złamania, które wymagały natychmiastowej interwencji chirurga. Opiekunowie pluszaków mieli możliwość uczestniczenia w każdym etapie operacji, począwszy od znieczulenia, poprzez sam zabieg i wybudzenie pacjenta.

Mniej poważne urazy były kierowane do diagnostyki radiologicznej. Nasza pracownia była wyposażona

w tomograf komputerowy i aparat rentgenowski, które dostarczały doskonałej jakości zdjęć. Mali opiekunowie sami mogli wysłuchać jak bije serduszko nie tylko ich pociech, ale również ich własne, a także wykonać badanie EKG (również aparat najwyższej europejskiej jakości). Na wyposażeniu Szpitala znalazł się również niezwykle szybki i wyposażony w najlepszy sygnał dźwiękowy wózek do transportu chorych na salę operacyjną. Ostatnim punktem wizyty w naszym Szpitalu była apteka, kierowana przez mgr Witaminę. Dzieci mogły tutaj zrealizować recepty, które dostawały od lekarzy.

W tej edycji po raz pierwszy towarzyszyły nam studentki z Lubelskiego Towarzystwa Studentów Analityki Medycznej. Prowadziły



one laboratorium, w którym każde dziecko mogło podpatrzeć, jak pobierane są materiały do badań, a także w jaki sposób przygotowuje się preparaty, które później mogły zobaczyć pod mikroskopem. Najbardziej interesującym preparatem dla dzieci okazały się ludzkie krwinki czerwone z powodu pięknego koloru i kształtu. Ponadto dzieci mogły wykonać także drobne badania z łagodnymi odczynnikami chemicznymi przy pomocy pipety, której obsługa wzbudzała wiele radości.

Dzieci pięcioletnie i sześciolatnie miały okazję wziąć udział w krótkim szkoleniu z zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Celem mini kursu było oswojenie dzieci z niespodziewanymi sytuacjami, w których ich pomoc, w postaci telefonu do odpowiednich służb czy poinformowania osób dorosłych o zdarzeniu, może zaważyć na ludzkim życiu. Większość dzieci po raz pierwszy miała kontakt z fantomami, które wzbudziły duże zainteresowanie, nie tylko wśród samych dzieci, ale również ich opiekunek. Każde dziecko miało możliwość przeprowadzenia masażu serca, a także wykazania się wiedzą na temat znajomości numerów kontaktowych do odpowiednich służb. Dla dzieci reanimacja okazała się nie lada wyzwaniem, ale wszyscy dzielnie stawili mu czoła. Ponadto wszyscy uczestnicy mini kursu otrzymali dyplom Małego Ratownika.

Każdy finał „Szpitala Pluszowego Misia” sprawia ogromną radość nie tylko dzieciom, ale także nam, studentom. Czyni wspaniałą okazję do poszerzenia swoich doświadczeń na płaszczyźnie kontaktów lekarz – maly pacjent, a także do oderwania się od konwencjonalnej rzeczywistości szpitala. Wizyty w przedszkolach dostarczają wielu niezapomnianych emocji i wspomnień na lata.

Zapraszamy wszystkich studentów do wzięcia udziału w kolejnych edycjach.



# PTSS na targach CEDE

25 września zakończyła się dwudziesta edycja Środkowoeuropejskiej Wystawy Produktów Stomatologicznych CEDE. Po raz trzeci na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich. Wśród wystawców z Polski, Niemiec, Włoch, Francji, Hiszpanii, Szwajcarii, Słowacji, Czech, Liechtensteinu, Łotwy, Estonii, USA, Chin - swoje stanowisko zaprezentowało Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii.



**JOANNA FILIPIUK**  
STUDENTKA IV ROKU STOMATOLOGII  
**MACIEJ MICHALAK**  
STUDENT V ROKU STOMATOLOGII  
UM W LUBLINIE

**W**ystawa CEDE jest największym i najbardziej znaczącym wydarzeniem branży stomatologicznej w tej części Europy. Oczywiście jest fakt, że na takim wydarzeniu nie mogło zabraknąć studentów stomatologii z Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii. Od kilku lat targi stomatologiczne są okazją do pierwszego powakacyjnego spotkania członków PTSS. Na wrześniowe spotkanie zjeżdżają się członkowie Zarządu Głównego, przedstawiciele wszystkich oddziałów PTSS oraz inni studenci. Na trzydniowy pobyt w Poznaniu składają się dyżury na stanowisku PTSS, Prezydium, oraz wieczorne spotkania towarzyskie. W tym roku organizacją stanowiska i imprez towarzyszących zajęli się: Marcin Wilczek i Małgorzata Bachanek – członkowie Zarządu Głównego PTSS oraz Magdalena Wilczak – członek zarządu poznańskiego oddziału. Wszystko to odbywało się pod okiem Macieja Michalaka – obecnego Prezydenta PTSS oraz dr. n. med. Tomasza Marii Kercza – Redaktora Naczelnego czasopisma e-Dentico.

Towarzystwo już od wielu lat współpracuje z portalem DENTOnet oraz spółką Exactus. Dzięki tym sponsorom już po raz drugi mieliśmy okazję zaprezentować naszą organizację na targach CEDE. Ponadto dzięki wsparciu DENTOnetu już od roku mamy możliwość wydawania kwartalnika STUdentico. Czasopismo jest doskonałą promocją Towarzystwa, szansą na rozwijanie pasji studentów z całej Polski oraz zgłębiania wiedzy stomatologicznej. Termin wystawy szczęśliwie zbiegł się z wydaniem czwartego numeru Studentico. Co więcej, na naszym stanowisku zaprezentowaliśmy gadżety promujące PTSS; długopisy, zakreślacze, naklejki oraz specjalnie przygotowane na tą okazję fartuchy.

Ciekawym elementem naszego stanowiska było urządzenie VELscope umożliwiające diagnozowanie i wykrywanie wczesnych zmian zapalnych i nowotworowych błony śluzowej jamy ustnej i języka. W przeddzień rozpoczęcia targów studenci – ochotnicy wzięli udział w szkoleniu w zakresie obsługi wspomnianego urządzenia. Szkolenie poprowadził dr n. med. Tomasz Maria Kercz. Celem warsztatów było przygotowanie studentów do badań profilaktycznych prowadzonych podczas targów. Przez trzy dni studenci badali osoby odwiedzające targi. Członkowie PTSS chcieli w ten sposób zwrócić uwagę lekarzy dentystów (i nie tylko) na diagnostykę zmian przednowotworowych, która często jest bagatelizowana. Studenci tłumaczyli, jak wielu ludziom można pomóc poprzez zwracanie uwagi na stan

błony śluzowej jamy ustnej podczas rutynowych badań. Dodatkowo lekarze mogli sami za pomocą VELscope spróbować wykonać badanie i przekonać się, że proste dwuminutowe badanie może uratować niejedno życie. Dzięki Telewizji Polskiej nasz przekaz dotarł do znacznie większej liczby osób niż planowaliśmy. TVP nakręciła długą relację o tym, jak studenci badają lekarzy do programu „Zdrowie i Ty”.



Dnia 23 września odbyło się Prezydium PTSS. Wziął w nim udział Zarząd Główny PTSS oraz przedstawiciele poszczególnych oddziałów z całej Polski. Zebranie rozpoczęło się od oficjalnego przekazania władzy nowemu zarządowi wybranemu w marcu br. Następnie przedyskutowano najważniejsze sprawy dotyczące organizacji. Co więcej, zaplanowano wstępny plan zjazdów i konferencji PTSS na rok akademicki 2010/2011.

Targi CEDE to świetna okazja do zaistnienia w świecie stomatologicznym, a także dowód na to, że studenci doskonale się w nim odnajdują. Z roku na rok stajemy się coraz bardziej rozpoznawalną organizacją, przez co łatwiej nam o zdobycie dodatkowych środków na dalszy rozwój PTSS. Dzięki targom mamy możliwość pozyskania sponsorów wśród licznych firm stomatologicznych oraz poznania lekarzy specjalistów znanych nam z czasopism stomatologicznych. Stawiamy sobie nowe cele i z coraz większym zapałem je realizujemy. Dołożymy wszelkich starań, aby na kolejnym CEDE nasze stoisko prezentowało się jeszcze lepiej i zainteresowało większą liczbę osób. Zdradzimy, że nową atrakcją, jaką planujemy za rok, będzie studencka naukowa sesja plakatowa. Studenci z całej Polski będą mogli zaprezentować swój dorobek naukowy przed kilkutysięcznym gronem lekarzy odwiedzających targi. Najlepsze prace zostaną oczywiście nagrodzone!



# OTRZĘSINY 2010

**JOANNA ŁAZARCZYK**

STUDENTKA III ROKU  
WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU  
UM W LUBLINIE

**P**aździernik jest już niestety najczęściej miesiącem chłodnym, w którym świat robi się coraz bardziej ponury i przygotowuje się na zimowy sen. Jednocześnie dla studentów to miesiąc powrotu na studia, do akademika, miesiąc hucznych powitań. Jest to również czas, kiedy w nasze szeregi trzeba z pompą przyjąć nowych żaków. Akt taki dokonuje się na naszej uczelni podczas uroczystych otrzęsin dla pierwszoroczników, które odbyły się w tym roku 22 października.

Żeby wynagrodzić wszystkim niskie temperatury panujące na zewnątrz, postanowiliśmy, że w tym roku tematem przewodnim imprezy będzie Havana Night. W tworzenie hawajskich dekoracji zaangażowali się wszyscy członkowie Klubu Kultúrka działającego przy Samorządzie Studentów. Ci bardziej utalentowani tworzyli kwiaty niczym nie różniące

się od tych zdobiących lasy tropikalne, a reszta zamieniała w magiczny sposób rulony po dywanach w palmy rodem z Karaibów. Właśnie w taki sposób dzięki bibule i tekturze nasza była Stołówka zmieniła się w gorącą kubańską plażę. Jeszcze tylko odpowiednia osoba na scenie, która całą noc rozgrzewała nas latynoską muzyką i nikt nie pamiętał, że do ciepłych krajów jest tak daleko...

Spośród zaproszonych gości zaszczytili nas swoją obecnością prof. dr hab. Andrzej Borzęcki, prodziekan I Wydziału Lekarskiego z oddziałem Stomatologii, mgr Jacek Rogoziński, Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego, mgr Izabela Podleśna – Kierownik Dziekanatu Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Pani Ula Szafran z Zespołu ds. Rekrutacji, Oceny Jakości Kształcenia i Absolwentów oraz Panie Ania Olsińska i Beata Kuś z sekretariatu prorektorów. Bardzo dziękujemy wszystkim za przybycie i wspólną zabawę.

Jak co roku impreza nie mogłaby się odbyć bez licznych konkursów, które upoważniają pierwszorocz-

niaków do nazwania się pełnoprawnymi członkami naszej braci studenckiej. Szlagierem i jednocześnie prawdziwym chrztem bojowym jest konkurs anatomiczny. Nasi najmłodszy musieli w tym roku wykazać się umiejętnością rozpoznania w badaniu palpacyjnym narządów, takich jak serce czy nerka, a także znajomością ogólnej budowy organizmu ludzkiego. Jako główny juror naszych studentów oceniał Dziekan prof. dr hab. Andrzej Borzęcki, który nie miał serca, aby nie zaliczyć nawet tym którzy „odrobinę” się pomylili. Tym razem dzięki urokowi osobistemu uniknęli dwój nawet z takimi drobnymi pomyłkami, jak zamiana w lokalizacji trzustki z tarczycą, umieszczenia śledziony na plecach, a struktur mózgowia w okolicach dołu podkolanowego. Mamy nadzieję, że na zajęciach z anatomii unikną takich potknięć.

Szampańska zabawa trwała do samego rana i tylko najbardziej wytrwali zostali, żeby uporządkować salę, co jak się okazało też może być dobrą zabawą.



**Szlagierem i jednocześnie prawdziwym chrztem bojowym był konkurs anatomiczny. Nasi najmłodszy musieli w tym roku wykazać się umiejętnością rozpoznania w badaniu palpacyjnym narządów, takich jak serce czy nerka, a także znajomością ogólnej budowy organizmu ludzkiego.**



# Odszedł

## Profesor

# Zbigniew Wójtowicz



Prof. dr hab. Zbigniew Wójtowicz  
1941-2010

**P**rof. dr hab. Zbigniew Wójtowicz urodził się 8 września 1941 roku w Lublinie. Świadectwo dojrzałości otrzymał w 1958 roku i w tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie. Dyplom lekarza medycyny uzyskał 13 marca 1964 roku.

Z Akademią Medyczną w Lublinie zawodowo związany był od roku 1960 – początkowo pracując jako wolontariusz, zaś od roku 1963, jeszcze w trakcie studiów, jako pracownik techniczny.

Stanowisko asystenta w Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka objął w roku 1965. Prowadził ćwiczenia, konsultacje, seminaria i wykłady z anatomii prawidłowej

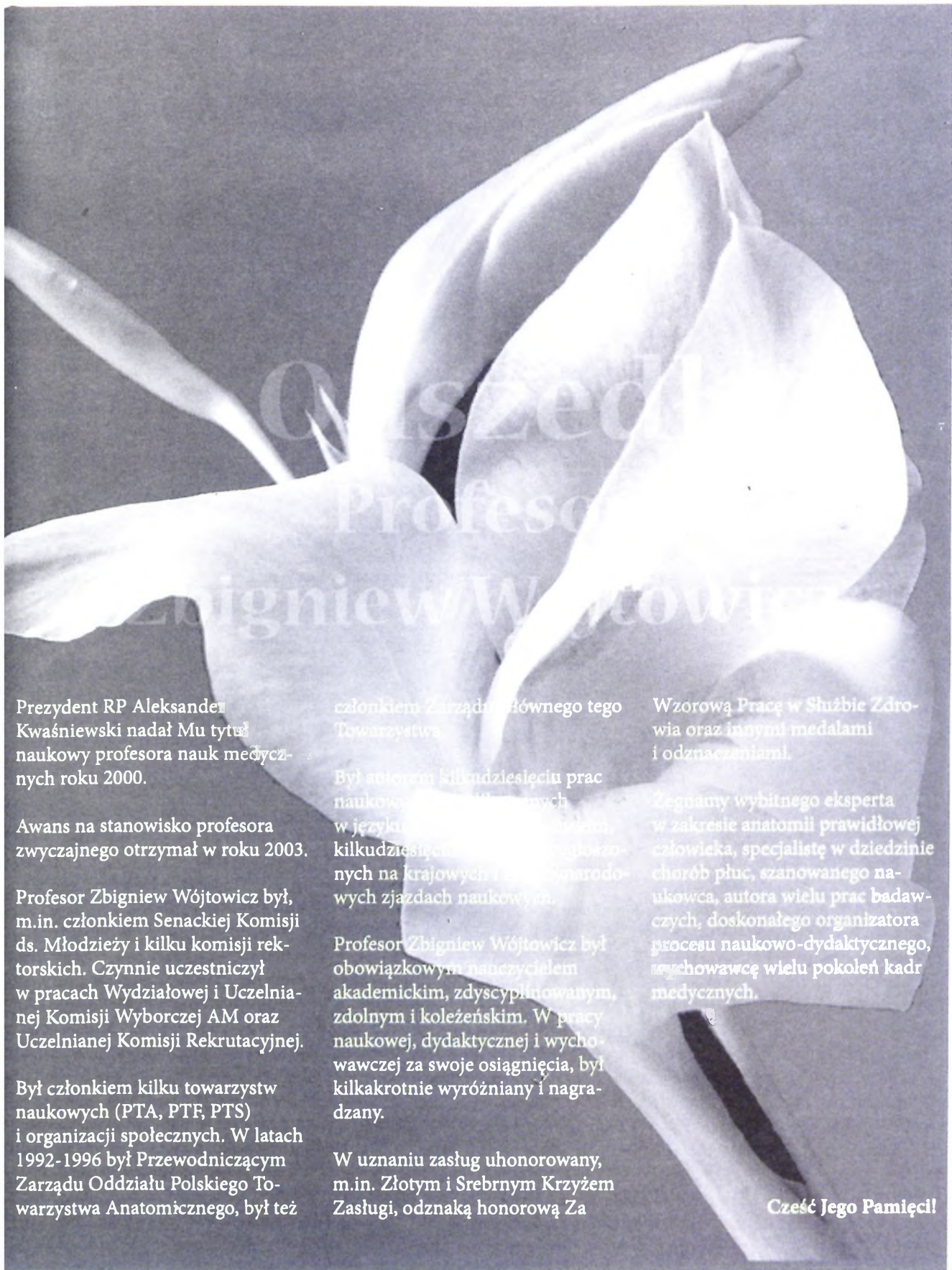
człowieka zarówno na Wydziale Lekarskim jak i Oddziale Stomatologii oraz na Wydziale Pielęgniarstwa Akademii Medycznej.

W roku 1990, po przedstawieniu pracy pt. „Budowa histologiczna, ultrastrukturalna i biochemiczna ściany tętnicy podstawnej u królika”, został mu nadany stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych.

W roku 1994 objął stanowisko profesora nadzwyczajnego, a w rok później funkcję Kierownika Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka.

W latach 1996-1999 pełnił funkcję Prodziekana Wydziału Lekarskiego.





Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski nadał Mu tytuł naukowy profesora nauk medycznych roku 2000.

Awans na stanowisko profesora zwyczajnego otrzymał w roku 2003.

Profesor Zbigniew Wójtowicz był, m.in. członkiem Senackiej Komisji ds. Młodzieży i kilku komisji rektorskich. Czynnie uczestniczył w pracach Wydziałowej i Uczelnianej Komisji Wyborczej AM oraz Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej.

Był członkiem kilku towarzystw naukowych (PTA, PTF, PTS) i organizacji społecznych. W latach 1992-1996 był Przewodniczącym Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Anatomycznego, był też

członkiem Zarządu Głównego tego Towarzystwa.

Był autorem kilkudziesięciu prac naukowych i popularnych w języku polskim i angielskim, kilkudziesięciu referatów ogłoszonych na krajowych i międzynarodowych zjazdach naukowych.

Profesor Zbigniew Wójtowicz był obowiązkowym nauczycielem akademickim, zdyscyplinowanym, zdolnym i koleżeńskim. W pracy naukowej, dydaktycznej i wychowawczej za swoje osiągnięcia, był kilkakrotnie wyróżniany i nagradzany.

W uznaniu zasług uhonorowany, m.in. Złotym i Srebrnym Krzyżem Zasługi, odznaką honorową Za

Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia oraz innymi medalami i odznaczeniami.

Zegnamy wybitnego eksperta w zakresie anatomii prawidłowej człowieka, specjalistę w dziedzinie chorób płuc, szanowanego naukowca, autora wielu prac badawczych, doskonałego organizatora procesu naukowo-dydaktycznego, wychowawcę wielu pokoleń kadr medycznych.

**Cześć Jego Pamięci!**



# Pożegnaliśmy Docenta Tadeusza Kostarza



Docent Tadeusz Kostarz  
1929-2010

Urodził się 1 grudnia 1929 r. w Kowlu na Wołyniu. W 1949 roku ukończył Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcące im. A. i J. Vetterów Zgromadzenia Kupców w Lublinie. W tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Weterynaryjnym Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. W roku 1953 uzyskał dyplom lekarza i rozpoczął pracę w UMCS, pracował tam do 1976 roku, tj. do chwili przejścia do Zakładu Patofizjologii Instytutu

Patologii Klinicznej Akademii Medycznej w Lublinie. Pracę doktorską obronił 19 marca 1963 r. W roku 1964 docent Tadeusz Kostarz został mianowany adiunktem, w tym roku rozpoczął sześciomiesięczny staż naukowo-szkoleniowy w Czechosłowacji jako stypendysta Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego, gdzie zapoznał się z problematyką Katedry Patofizjologii Wyższej Szkoły Rolniczej w Brnie. Nawiązał szereg kontaktów w ośrodkach naukowych, m.in. w Zakładzie Patologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Brnie, w Koszycach, Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Karola w Pradze, Laboratorium Endokrynologii i Przemiany Materii kierowanego przez prof. Harata.

W Zakładzie Fizjopatologii lubelskiego Wydziału Weterynaryjnego wchodzącego kolejno w skład UMCS, WSR i Akademii Rolniczej stał się współautorem „Przewodnika do ćwiczeń z fizjopatologii zwierząt”. Na uwagę zasługują dwie publikacje o charakterze podręcznikowym. Jest to szczególnie opracowany przewodnik do ćwiczeń z zakresu fizjopatologii, który ukazał się w dwóch wydaniach. W przewodniku tym zawarte są opisy szeregu zajęć praktycznych dla studentów weterynarii. Przewodnik zawierał szereg schematów i ilustracji, które uzupełniały tę wartościową publikację (opinia prof. Jarosława Billewicza-Stankiewicza, dyrektora Instytutu Patologii Klinicznej AM w Lublinie).





Z profesorem  
Jarosławem Billewiczem-Stankiewiczem

Docent Tadeusz Kostarz był autorem lub współautorem ponad 30 prac naukowo-dochodzących i doniesień przedstawionych na sympozjach naukowych w Czechosłowacji i Anglii oraz na zjazdach Polskiego Towarzystwa Nauk Weterynaryjnych.

W 1969 roku otrzymał nagrodę tego Towarzystwa, a jedna z prac została przetłumaczona dla National Science Foundation w Waszyngtonie.

Przedmiotem głównych zainteresowań docenta była miążdżycza doświadczalna i biochemia tkanki limfatycznej, zwłaszcza w przebiegu białaczek.

Pracę habilitacyjną obronił w 1975 roku. Za całokształt swej pracy naukowej, dydaktycznej i wychowawczej odznaczony został w 1973 roku Złotym Krzyżem Zasługi, oprócz tego kilkakrotnie wyróżniony był nagrodą Rektora Akademii Rolniczej.

Do Zakładu Patofizjologii Instytutu Patologii Klinicznej AM w Lublinie dr hab. Tadeusz Kostarz przeszedł w roku 1976 na stanowisko adiunkta, na zasadzie wzajemnego porozumienia pomiędzy zakładami.

Dr hab. Kostarz aktywnie włączył się do wszystkich prac w nowym Zakładzie, wkładając dużo zapału w dydaktykę zarówno w zakresie zajęć praktycznych jak i wykładów, był bardzo lubiany przez studentów. Włożył dużo trudu i inicjatywy w sprawy organizacyjne Zakładu. W opinii Rektora Instytutu Patologii Klinicznej prof. J. Billewicza-Stankiewicza, był nader pożytecznym i wartościowym pracownikiem, żywo obchodząco go wstrząsało co wiązało się z jego obowiązkami.

Jako członek Komisji Patofizjologicznej Polskiego towarzystwa Patofizjologicznego, w roku 1980 był współorganizatorem III Krajowej Konferencji Patofizjologiczno-Dydaktycznej Patofizjologów, a w 1983 stał się współzałożycielem nowego związku zawodowego pracowników lubelskiej Akademii Medycznej, sprawował funkcję Przewodniczącego Komisji Rewizyjnej.

Był współautorem podręcznika do ćwiczeń z patofizjologii dla studentów medycyny.

Za wyniki pracy dydaktyczno-wychowawczej otrzymał dwukrotnie (1979, 1980) nagrodę Rektora III kadencji, a w 1988 roku Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski.

Mimo jego pasji do nauki i pracy z młodzieżą akademicką, pogarszający się stan zdrowia był przyczyną przejścia docenta T. Kostarza na wcześniejszą emeryturę.

Po długich cierpieniach i ciężkiej chorobie zmarł 11 kwietnia 2010 roku.

Odszedł od nas człowiek wartościowy, pracowity i skromny, chłonny wiedzy do ostatnich swoich dni.

Tadeusz, pamiętamy, że byłeś dla nas wzorem do naśladowania, człowiekiem zawsze wymagającym w stosunku do siebie i innych.

**Cześć Twojej Pamięci!**

**Rodzina, koledzy, współpracownicy**



• Mówią o nim: przedwojenny lekarz •

# Dusza jest w mózgu

**Lekarzowi nigdy nie wolno zwątpić. Wybitny neurochirurg Tomasz Trojanowski wie o tym dobrze, bo leczył pacjentów, którym nikt inny nie dawał szans.**

Gdyby nie prof. Tomasz Trojanowski, neurochirurg z Lublina, mój syn już by nie żył – mówi Roman Graczyk, znany krakowski dziennikarz i publicysta. Niemal dokładnie sześć lat temu, po zakończeniu sylwestrowego biegu na bulwarach wiślanych w Krakowie, 15-letni wówczas Krzyś przeszedł rozległy udar mózgu. Gdy przyjechało pogotowie, miał już niedowład połowy ciała, przestał mówić.

Przewieziono go do szpitala dziecięcego w Prokocimiu. – Udar spowodował poważny obrzęk mózgu. Leczenie farmakologiczne nie pomagało, obrzęk cały czas narastał, a lekarze nie mieli pomysłu co robić dalej. W dziesiątej dobie stan syna gwałtownie się pogorszył. Powiedziano nam, że to koniec. Zasugerowano by wezwać księdza z ostatnim namaszczeniem – opowiada Roman Graczyk. Z pozycji autorytetu, jest przecież krajowym konsultantem do spraw neurochirurgii – opowiada Graczyk.

Przyjaciele rodziny skontaktowali się wtedy z prof. Trojanowskim. Spojrzał na wyniki badań i postawił zupełnie inną diagnozę. Według niego pień mózgu nie był nieodwracalnie uszkodzony, tylko uciśnięty i trzeba było błyskawicznie rozciąć czaszkę, by zrobić miejsce dla obrzękniętego mózgu. Profesor złapał za telefon i powiedział lekarzom z Prokocimia, żeby wykonali trepanację. – Mówił do nich bardzo kulturalnie, ale z pozycji autorytetu, jest przecież krajowym konsultantem do spraw neurochirurgii – opowiada Graczyk.

Krzyś ma dziś 21 lat. Po udarze została mu ciężka afazja, ma poważne problemy z mówieniem i czytaniem. Kiedy kilka lat po wypadku rodzice zawieźli go do Lublina, bardzo chciał okazać prof. Trojanowskiemu wdzięczność. Ponieważ forma „pan jest dla niego zbyt trudna, powiedział po prostu: „Dziękuję ci”.

## Gdy serce zwalnia

Prof. Tomasz Trojanowski doskonale pamięta przypadek Krzysia. Czasem, kiedy ma wolną chwilę, wkłada sobie do komputera płytę z nakręconym amatorską kamerą filmem, na którym widać, jak chłopak brawurowo zjeżdża z górskiego stoku na nartach. I robi to zaledwie kilka lat po udarze, który prawie go zabił. Dla profesora przypadek Krzysia to dowód, że wola życia i uparta rehabilitacja mogą zdziałać cuda. Ale też przypomnienie, że lekarzowi nigdy nie wolno zwątpić, że chorego da się uratować.

W książce pod tytułem „Cud w medycynie. Na granicy życia i śmierci. Opowieści lekarzy” prof. Trojanowski opisuje przypadek lekarki, której kilka lat temu usuwał guza mózgu. „Operacja była bardzo trudna: pamiętam, że gdy sondą dotknąłem okolicy naczyniaka, serce chorej zaczęło bić o połowę wolniej (...). Na szczęście blok serca się odwrócił i potem operacja poszła już gładko, ale sytuacje, kiedy neurochirurg, próbując oddzielić guz od pnia mózgu, słyszy od anestezjologa, że serce zwalnia albo stanęło, są szalenie stresujące. Wymagają opanowania i wiedzy, by nie posunąć się za daleko, a z drugiej strony – nie zrezygnować zbyt wcześnie.

Prof. Trojanowski często przyjmuje w klinice neurochirurgii w Lublinie pacjentów, którym inni lekarze nie dawali już szans. Czy zdarza mu się czasem odmówić? – Tylko wtedy, gdy wiem, że stopień zaawansowania choroby wyklucza skuteczne leczenie. Ale nawet wtedy nie rezygnujemy, tylko staramy się łagodzić cierpienie chorego.

Najtrudniej jest wtedy, gdy ma poczucie, że zrobił wszystko, co mógł, a pacjent umiera. – Wtedy czasem pojawia się zwątpienie. Zdarza się, że zadaję sobie pytanie, czy jestem na właściwym miejscu, czy sprostałem

wyzwaniu. Wtedy bardzo starannie analizuję przebieg leczenia, sprawdzam sam siebie, zastanawiam się, czy wszystko, co zrobiliśmy było najlepszym z możliwych wyborów – opowiada prof. Trojanowski.

Pamięta też świetnie momenty niesamowitego szczęścia. Takie jak wtedy, gdy operował znanego szwedzkiego kompozytora cierpiącego na skomplikowany nowotwór mózgu. Profesor ostrzegł go, że po zabiegu może mieć niesprawne palce. Kompozytor odparł, że jeśli nie będzie mógł grać na fortepianie, to nie chce żyć. – Tuż przed operacją jeszcze raz powiedział, że jeśli straci czucie w rękach, to będzie uważał, że go skrzywdziłem i okaleczyłem. Bardzo się starałem, ale przy operacji mózgu nigdy nie można mieć gwarancji, że wszystko pójdzie dobrze. Zaraz po wybudzeniu z narkozy kompozytor zażądał, by podano mu keyboard. Wstrzymałem oddech. Na szczęście zagrał – wspomina profesor.

### Miał być informatykiem

Niewiele brakowało, by Tomasz Trojanowski nigdy nie został lekarzem. W latach 60., gdy kończył liceum, marzył o informatyce, ale wtedy takie studia były tylko w Warszawie. A on nie chciał się przeprowadzać, bo był przecież głową rodziny. Ojciec, przedwojenny oficer AK, zmarł, gdy Tomasz miał zaledwie 10 lat. Od tej pory jego i młodszego brata Marka wychowywała matka. Nie było jej łatwo, ale dbała, by chłopcy chodzili na lekcje angielskiego i muzyki.

– Pamiętam atmosferę tego domu. Wiadomo było, że do stołu siada się w porządnym stroju, że trzeba mieć zainteresowania, wiedzieć, co się dzieje w świecie – wspomina Romuald Lipko, lider Budki Suflera, zaprzyjaźniony z rodziną od niemal 40 lat.

Na studiach Tomasz poznał przyszłą żonę, Małgorzatę Szczerbo, córkę wybitnego chirurga i urologa. – Tomek z Małgosią potrafili całymi nocami robić jakieś doświadczenia i ekscytowali się ich wynikami – Byli i są pasjonatami nauki – wspomina doktor Lidia Stasiun, przyjaźniąca się z Trojanowskimi od czasów studenckich.

Dziś prof. Małgorzata Szczerbo-Trojanowska kieruje (do niedawna jedynym w Polsce) zakładem radiologii zabiegowej. Radiologia wspomaga neurochirurgię, więc często omawiają w domu z mężem najlepsze metody diagnozowania i leczenia szczególnie skomplikowanych przypadków.

Dr Danuta Filipczak, wieloletnia ordynator oddziału neurologii szpitala bródnowskiego w Warszawie, wspomina, jak profesor Szczerbo-Trojanowska w środku nocy postawiła na nogi pół swojego zakładu, bo trzeba było wykonać dodatkowe badania pacjentowi. – Gościłam wtedy u nich w Lublinie. Zostawili nas, bo człowiek

w szpitalu potrzebował pomocy Profesor też pojechał. Oni już tacy są, zawsze pierwsi, gdy trzeba pomóc.

### Pięknie zszyci

Mąż Bianki Dachowicz trafił do kliniki prof. Trojanowskiego ze skomplikowanymi tętniakami mózgu. W rodzinnym Wrocławiu najlepsi specjaliści powiedzieli im, że takie przypadki potrafi skutecznie wyleczyć tylko prof. Trojanowski. – My musimy się jeszcze dużo nauczyć – powiedział znany profesor z wrocławskiej Akademii Medycznej. W dniu, w którym mąż Bianki Dachowicz czekał na operację, prof. Trojanowski wszedł do pokoju i zaczął oglądać głowę pacjenta. Z prawej, z lewej. Zaniepokojona Bianca zapytała, czy coś jest nie w porządku, a profesor na to: „No przecież nie możemy tą operacją zniszczyć panu fryzury”. – Nawet w tak stresującej dla nas sytuacji potrafił żartem rozładować atmosferę. I rzeczywiście, blizny są prawie niewidoczne.

– To genialny lekarz, a przy tym esteta – mówi dr Danuta Filipczak. – Widziałam wielu jego pacjentów po trepanacji czaszki, są pięknie zszyci. Dba, by po zabiegu nie pozostały szpecące blizny. Dla chorych ma to często kapitalne znaczenie.

Dla profesora natomiast kapitalne znaczenie ma ludzki mózg. Tak jak nie lubi chwalić się lekarskimi sukcesami, tak o mózgu może opowiadać godzinami. – To najbardziej doskonały twór natury, o najwyższym stopniu złożoności, decydującym o naszym człowieczeństwie – mówi. Uważa, że dusza mieści się w mózgu. Bo gdy umiera mózg, umiera człowiek.

Profesor często powtarza, że bardzo się obawia zbytnej komercjalizacji medycyny. Tego, że o leczeniu pacjenta może decydować nie tylko czynnik medyczny, ale też ekonomiczny – Nie od dziś wiadomo, że łatwiej leczy się pacjentów z mniej skomplikowanymi schorzeniami i jest to bardziej opłacalne. A co z trudnymi przypadkami? Jeśli będziemy unikać ich leczenia ze względu na nieopłacalność i ryzyko niepowodzenia, możemy zahamować postęp w medycynie.

Roman Graczyk, ojciec Krzysia, mówi, że prof. Trojanowski symbolizuje dla niego ludzki wymiar medycyny. – W Przeciwnieństwie do wielu innych lekarzy nie chowa się przed pacjentami ani ich rodzinami. Nie trzeba go zmuszać do rozmowy, nie unika nazywania problemu po imieniu. Spokojnie rozmawia, tłumaczy punkt po punkcie wyniki badań, mówi, jakie są rokowania. To taki, powiedziałbym, przedwojenny lekarz.

ELŻBIETA POŁUDNIK  
WPROST



# Nowa uczelnia medyczna. Jak się to robi na Cyprze

**Przyszli lekarze będą się uczyli, jak badać pacjentów – na fantomach. Kadra nowego uniwersytetu medycznego na Cyprze nie będzie mogła prowadzić prywatnej praktyki. Rząd Cypru korzysta zaś z rad prof. Tomasza Trojanowskiego, wybitnego lubelskiego neurochirurga.**

**Marcin Bieleś:** Jest pan członkiem zespołu, który pracuje nad utworzeniem pierwszej na Cyprze wyższej szkoły medycznej. W jaki sposób znalazł się pan w tym elitarnym gronie ekspertów?

Prof. Tomasz Trojanowski\*: – Na dobrą sprawę nie wiem. Nie szukałem tego zaszczytu. Mogę jedynie przypuszczać, że ktoś mnie polecił gronu doradców prezydenta Cypru Dimitrisa Christofiasa, któremu szczególnie zależy na tym przedsięwzięciu.

Mogło mi pomóc to, że byłem wiceprezydentem Światowej Federacji Towarzystw Neurochirurgicznych, teraz kieruję sekcją neurochirurgii Unii Europejskich Specjalistów Medycznych. Wykładałem też i wykładam na naszym Uniwersytecie Medycznym, byłem prodziekanem wydziału lekarskiego.

Choć najbardziej mogło mi pomóc to, że jestem mężem swojej żony. Była prezydentem Europejskiego Kongresu Radiologicznego, więc jako osoba towarzysząca bywałem na różnych spotkaniach z ważnymi ludźmi, z którymi mogłem podyskutować.

No i wreszcie nasza klinika już w 2000 r. dostała certyfikat potwierdzający, że szkolimy lekarzy na poziomie europejskim. Pewnie to wszystko razem zdecydowało, że zostałem wybrany przez Cypryjczyków.

**Po co uczelnia medyczna w turystycznym raj – bo tak myślimy zwykle o Cyprze?**

– To przede wszystkim dość młoda, ale dobrze radząca sobie demokracja. Dopiero w latach 60. Cypr uzyskał niepodległość po brytyjskiej dominacji. Tak na marginesie warto zauważyć, że zapewne częściowo

dzięki brytyjskiemu dziedzictwu Cypryjczycy dbają, by wszystko było transparentne. Praktycznie nie ma korupcji, gdy tymczasem w Grecji jest, i to obłądna.

Okazuje się, że Cypr to dobrze radzący sobie ekonomicznie kraj, w dodatku dobrze zarządzany przez prezydencki system rządów. Prezydent Christofias jest jednocześnie szefem rządu.

Jednak mieszkańcy nie mają zbyt dobrej opinii o państwowej służbie zdrowia. Wolą leczyć się w prywatnych szpitalach lub za granicą. Dlatego prezydent uznał, że należy podnieść poziom państwowej służby zdrowia, a tego nie da się osiągnąć bez własnej kadry medycznej, której Cypr nie posiada. Dlatego przy istniejącym Uniwersytecie Cypryjskim w Nikozji postanowiono utworzyć wydział medyczny.

**Dlaczego nie oddzielny uniwersytet?**

– Istniejąca uczelnia ma renomę i środki na działanie.

**Kto oprócz pana jest w zespole ekspertów doradzających przy tym przedsięwzięciu?**

– Nasz zespół liczy pięć osób. Oprócz mnie jest w nim Amerykanka, patolog, specjalizująca się w chorobach nerek, dwóch Brytyjczyków z Peninsula University King's College i Grek, profesor internista z Krety.

**Jakie były oczekiwania wobec was?**

– Przede wszystkim postawiono przed nami zadanie zarysowania kształtu tej medycznej uczelni. Mogłaby to być zwykła szkoła zawodowa, lub też można by było położyć nacisk na badania naukowe. Zapadła decyzja, by był to research univeristy, uniwersytet nastawiony na zaawansowane badania naukowe, czyli będzie realizowany ten drugi model.

**W jaki sposób pracuje wasz zespół?**

– Cztery razy w roku przez kilka dni omawiamy sprawy na Cyprze. Poza tym oczywiście cały czas jesteśmy w kontakcie przez internet. Uczestniczę w pracy zespołu od dwóch lat.

**Na jakim etapie są przygotowania do otwarcia cypryjskiej uczelni medycznej?**

– W tym momencie стоимy przed bardzo ważnym zadaniem, bo upoważniono nas do wyboru pierwszej kadry uczelni. Musimy przeprowadzić konkursy, które

zwykle prowadzą struktury wydziałowe uniwersytetu, a takich w tym przypadku nie ma.

Jest już spore zainteresowanie ze strony specjalistów pochodzących z Cypru, którzy chcą wrócić do ojczyzny. Np. skontaktował się już z nami wiceszef neurochirurgii z berlińskiego szpitala Charite.

**A pan nie otrzymał od Cypryjczyków propozycji pracy?**

Otrzymałem. Chcieli, abym objął stanowisko dziekana. Ale nie chcę rezygnować z pracy w mojej klinice.

**Jak będą kształceni studenci?**

Będą zastosowane rozwiązania brytyjskie i amerykańskie. Np. na pierwszym roku będą zajęcia z psychologiem, aby student nabrał poczucia, że jako lekarz znajdzie się w trudnych emocjonalnie sytuacjach. Nauczą się w ten sposób, jak radzić sobie w sytuacji, gdy muszą poinformować pacjenta, np. o tym, że jest ciężko chory.

Badania chorych będą uczyć się na fantomach, których wygląd będzie odzwierciedlać wygląd chorego człowieka, z widocznymi zewnątrznie typowymi objawami. Sala, w której fantomy będą leżeć na łóżkach, będzie wyglądać zupełnie jak sala w szpitalu. Będą też kroplówki i zwykły sprzęt używany w szpitalach. To bardzo dobre rozwiązanie dla studentów, bo oswajają się z warunkami klinicznymi. Dobrze też dla pacjentów, którzy nie chcą, żeby badali ich niedoświadczeni lekarze.

Anatomia będzie nauczana w laboratoriach. Nie będzie ćwiczeń na zwłokach. Od tego również już się odchodzi. Są specjalistyczne programy komputerowe

i modele. A nauczanie kliniczne będzie odbywało się w szpitalu w Nikozji.

**Ale przyszli lekarze na Cyprze będą się uczyć nie tylko tego.**

Owszem, ponieważ chcemy, by byli ludźmi wszechstronnymi. Dlatego będą również do wyboru zajęcia, np. z historii sztuki. Tworzy to bardziej różnorodnych absolwentów.

**W polskich warunkach lekarze pracujący w uczelnianych klinikach często prowadzą również prywatną praktykę.**

– Na Cyprze będzie to niedopuszczalne. Nasz zespół uznał, że łączenie praktyki prywatnej z akademicką jest szkodliwe dla tej drugiej. Oczywiście musi być to zrekompensowane godziwą płacą.

**Cypr jest wyspą podzieloną pomiędzy uznawaną przez społeczność międzynarodową Republikę Cypru i część okupowaną przez Turków. Czy władze planują dopuszczenie na studia medyczne studentów z tureckiej części wyspy?**

– Być może w przyszłości. Na razie bowiem postanowiono, że język grecki będzie jedynym językiem wykładowym, mimo że proponowaliśmy, aby wykładano również w języku angielskim. Nie ma co ukrywać, ta decyzja była podyktowana względami politycznymi.

\* Prof. Tomasz Trojanowski jest kierownikiem Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej lubelskiego Uniwersytetu Medycznego.

MARCIN BIELESZ  
Gazeta Wyborcza Lublin

## Stypendium „Polityki” dla prof. Giannopoulośa z UM

**Badający nowotwory immunolog, 33-letni dr hab. Krzysztof Giannopoulos z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie został laureatem programu stypendialnego dla młodych naukowców - Zostańcie z nami! prowadzonego przez Fundację Tygodnika „Polityka”.**

Giannopoulos wcześniej uzyskał, m.in. stypendium rządu niemieckiego DAAD dla młodych naukowców, był też stażystą na Uniwersytecie w Ulm w Niemczech.

Stypendium „Polityki” w wysokości 25 tys. zł wręczane jest jednocześnie, gala z udziałem laureatów odbędzie się 10 października w redakcji „Polityki” w Warszawie.

W tym roku do programu stypendialnego zgłoszono 370 wniosków, wybranych zostało 20.

Tygodnik „Polityka” poprzez swój program chce umożliwić młodym polskim naukowcom rozwój i prowadzenie badań bez konieczności emigracji za granicę.

AM  
GAZETA WYBORCZA LUBLIN



Monika Fajge

2010-12-20 07:51:40,

aktualizacja: 2010-12-20 08:07:54

# Uniwersytet Medyczny ma supermikroskop na bolące zęby

Zakład Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego wzbogacił się o nowoczesny mikroskop. – Stary służył nam przez ponad 8 lat, przyszedł czas na zmiany – mówi dr Mirosław Orłowski, pracownik zakładu przy ul. Karmelickiej. – Ten jest bardziej precyzyjny i ma o wiele większe powiększenie, dzięki czemu stomatolog może bez problemu dotrzeć do najgłębszych zakamarków kanałów korzeniowych zębów – tłumaczy.

Mikroskop jest w placówce dopiero od tygodnia. Praca przy jego pomocy jest dość skomplikowana, dlatego dentyści będą musieli przejść specjalne szkolenia. Pierwsza grupa stomatologów ma je już za sobą – wyjaśnia dr Orłowski. I dodaje, że z pomocą nowoczesnego sprzętu specjaliści z ul. Karmelickiej będą leczą tzw. najcięższe, najbardziej skomplikowane przypadki. – Czasem przyjmujemy pięciu takich pacjentów tygodniowo, innym razem – pięciu dziennie – tłumaczy dr Orłowski.

Takie specjalistyczne mikroskopy kosztują od 20 do ponad 100 tys. zł. – Nasz jest z tych lepszych – dodaje.

## Wyjątkowa sala wykładowa

W śródmieściu stanęła na przelomie lat 60. i 70. Nie każdy jednak wie, gdzie jej szukać. A naprawdę warto, bo obiekt robi wrażenie.

W wtorkowej „Gazecie” przedstawiśmy wstępną listę XX-wiecznych budynków, które mają być chronione przed przebudowami niszczącymi ich unikalny charakter. Wykaz przygotowuje specjalna komisja działająca przy prezydencie Lublina. Wśród obiektów, które znalazły się na liście, wymieniliśmy, m.in. salę operacyjną kliniki okulistycznej z ul. Chmielnej.

Chodzi o niewielki, okrągły budynek z charakterystycznymi świetlikami w dachu. Okazuje się jednak, że w notatki komisji wkradł się błąd, ponieważ to nie sala operacyjna, a wykładowa, w której odbywają się zajęcia Uniwersytetu Medyczne-

go. Taką funkcję pełniła od samego początku, a studenci nazywali ją kiedyś maczugą.

Sala wykładowa została zbudowana w latach 1967-74, a wewnątrz jest tak rozplanowana, że przez świetliki pada słońce na korytarz przed aulą. Zaprojektował ją Stanisław Roszczyk. Architekt jest także autorem zespołu budynków szpitala klinicznego przy ul. Jaczewskiego, które zresztą komisja także chce chronić.

Dlaczego sala wykładowa z Chmielnej znalazła się na liście? – To bardzo interesująca forma, z charakterystycznymi świetlikami w kopule. Lublin nie ma wielu takich obiektów. Dlatego należałoby je chronić

choćby po to, by zachować świadectwo, że w architekturze Lublina działa się coś więcej oprócz blokowisk – uważa wchodząca w skład komisji architekt Jadwiga Jamiołkowska.

Sala wykładowa z ul. Chmielnej przypomina nieco dworzec autobusowy w Kielcach, bo tam kopuła też ma świetliki. Jest on jednak młodszy od lubelskiego obiektu (budowa w Kielcach rozpoczęła się w 1975 r.), inni są też architekci.

Ostateczna lista cennych obiektów XX w. najprawdopodobniej będzie gotowa w grudniu. Budynki zostaną później wpisane do planów zagospodarowania przestrzennego. Dyskusja o ich ochronie to efekt debaty na łamach „Gazety” po skandalicznej przebudowie pawilonów Oskara Hansena przy ul. Wileńskiej.

Małgorzata Domagała  
Gazeta Wyborcza Lublin

# Doktor ewolucja

**Obniżanie gorączki szkodzi, leczenie przedłuża chorobę, a intensywne opiece medyczne – mimo najlepszych chęci – potrafi zabić. Tak się dzieje, kiedy lekarze ignorują ewolucję.**

**B**oli? Musi boleć! Ma palić gorączką, łać się z nosa, skręcać w brzuchu, łupać w kościach. Nie po to ewolucja harowała miliony lat na nasze mechanizmy obronne, żebyśmy teraz jedną tabletką mieli się ich pozbywać. Tak, wiem – gorączka czy biegunka to nic przyjemnego. Ale organizm wie, co robi. Za jego mądrością w walce z chorobą stoją miliony lat ewolucji. A za naszą – pół wieku rozwoju intensywnej terapii i przekonanie, że wiemy, dlaczego chorujemy. O, ludzka naiwności!

## Wyzdrowieć mimo leczenia

Wyjaśniam na samym początku: nie chcę nikogo przekonywać, by od jutra przestał chodzić do lekarza, albo rzucił w kąt przepisane leki. Zamierzam tylko skłonić do rozważenia nad leczeniem antybiotykami byle kataru, zbijaniem każdej gorączki i nerwowym pozbywaniem się najmniejszych oznak choroby. Nasz wysiłek w tym względzie może bowiem przynieść więcej szkody niż pożytku. Tak w każdym razie twierdzą ewolucjoniści, którzy postanowili trochę napomnieć lekarzy. Niektórzy medycy słuchają ich argumentów – i tak na styku dwóch, wydawałoby się odległych, nauk powstała trzecia: medycyna ewolucyjna.

Jednym z jej głównych pionierów jest Mervyn Singer, dyrektor Bloomsbury Institute Centre for Intensive Care Medicine w University College w Londynie. Jak na funkcję,

którą pełni, ma dość radykalne poglądy. – Współczesna intensywna terapia – mówi – bardzo często koliduje z naturalnymi mechanizmami obronnymi naszego organizmu. W wyniku tego zdarza się, że ciężko chory pacjent dochodzi do siebie pomimo działań lekarzy, a nie dzięki nim.

– Lekarze powinni przechodzić kurs ewolucjonizmu – wtóruje mu amerykański lekarz i biolog ewolucyjny, profesor Randolph M. Nesse. Na University of Michigan Nesse kieruje programem badawczym mającym zgłębić ludzkie mechanizmy adaptacyjne wykształcone w procesie ewolucji. Wyniki badań jego zespołu pozwoliły mu napisać książkę „Why We Get Sick” („Dlaczego chorujemy”).

Dzięki takim ludziom jak on medycyna ewolucyjna (zwana także niekiedy darwinowską) staje się po mału coraz bardziej obecna w świecie białych fartuchów. Niektórzy się na nią oburzają, inni uważają ją za kontrowersyjną. Są tacy, których urzeka. Niewielu pozostaje obojętnych. To bowiem całkowicie odmienne spojrzenie na to, czym jest choroba i jak należy z nią walczyć.

Weźmy na przykład rozmaite zmiany genetyczne. Współczesny lekarz zobaczy w nich przyczynę poważnej choroby, ewolucjonista – mechanizm, który powstał, by w odległej przeszłości umożliwić Homo sapiens przetrwanie. – Dopiero rozwój cywilizacji sprawił, że stały

się dla nas niekorzystne – mówi dla „Przekroju” profesor Nesse. – Zmiany ewolucyjne powstawały tysiące, a nawet miliony lat, a rozwój cywilizacji to w skali ewolucyjnego zegara zaledwie nanosekundy. Dzieją się one zbyt szybko, by nasze ciała przeniesione niemal bez zmian z paleolitu w późny czwartorzęd były w stanie przystosować się do nowych warunków. Dlatego chorujemy.

Dla zilustrowania swego poglądu Randolph Nesse przytacza taką historię: ewolucja ukształtowała nasze nawyki kulinarne, które – choć świetnie sprawdzały się w długich okresach chłodu i głodu – w ciągu ostatnich kilku dziesięcioleci dostatkowi są dla nas tylko utrapieniem. Bo co w epoce hipermarketów i fast foodu zrobić z upodobaniem do niezwykle rzadkiego w dawnej diecie słodkiego i tłustego?

Właśnie to ewolucyjnie zaprogramowane łakomstwo jest przyczyną cukrzycy typu II.

A wszystko zaczęło się kilka milionów lat temu, w czasach gdy pełny żołądek był rzadkością. Okresy obfitości trzeba było umieć wykozystać. O dziwo, najlepiej radzili sobie nosiciele genów, które dziś predestynują do cukrzycy II typu. Po posiłku ich organizm produkował dużo insuliny, a pozyskany cukier szybko przetwarzał w tłuszcz. Poziom insuliny spadał, co wywoływało głód i chęć zjedzenia następnego posiłku. W ten sposób obrabano się w tłuszcz przydatny na czarną



godzinę. Jak jednak działa ten mechanizm, gdy jedzenia jest w bród? Po pierwsze, powoduje otyłość. Po drugie, ciągle wyrzut insuliny „znieczula” tkanki organizmu na jej działanie.

A komórki głuche na działanie insuliny to właśnie cukrzyca typu II. Może uszkodzić nerki, zakończyć nerwowe, doprowadzić do ślepoty, nadciśnienia i otyłości.

### Wyścig zbrojeń

W przypadku cukrzyca medycyna ewolucyjna pozwala nam po prostu zrozumieć mechanizm tej choroby, w wielu innych daje dodatkowo bardzo praktyczną możliwość zastosowania lepszej terapii.

No choćby taka, za przeproszeniem, biegunka. Jedna drugiej nierówna. Kiedy na przykład wywołuje ją zakażenie pałeczkami *Shigella* – powodującymi czerwonkę – nie ma co jej przeciwdziałać. Ludzie leczeni preparatami przeciwbiegunkowymi chorują bowiem dłużej i są bardziej podatni na powikłania niż ci, którzy bez protestów poddali się naturze i odcierpieli swoje. Dzieje się tak dlatego, że nasz organizm w dość częstych kontaktach z bakterią nauczył się jej pozbywać. Wydzielane przez nią toksyny przyspieszają perystaltykę jelit i bakteria – w gwałtownych dla posiadacza owych jelit okolicznościach – jest szybko z organizmu wydalana, co przyspiesza leczenie. Podawanie leków przeciwbiegunkowych jest działaniem sabotującym ten mechanizm, które tylko przedłuża mękę.

Z drugiej jednak strony inna bakteria – przecinkowiec cholery – wycwanila się bardziej od nas i zaczęła wykorzystywać biegunkę do rozprzestrzeniania się po świecie. Rozsiewana przez biedaka muszającego co chwila kucnąć pod krzaczkiem czyha na kolejną ofiarę. W tym przypadku leki przeciwbiegunkowe pomogą organizmowi zwalczyć

infekcję w zarodku i przeszkodzą w zakażeniu innych.

By jednak wiedzieć, jak zadziałać, trzeba dobrze znać wykształcone w ciągu wieków mechanizmy funkcjonowania mikroobów oraz wiedzieć, kiedy objaw choroby jest systemem obronnym, a kiedy odpowiada wywieszeniu białej flagi i jest wołaniem o ratunek.

Za to drugie zwykliśmy często uznawać gorączkę. Tymczasem podwyższona temperatura ciała to nie kapitulacja, ale właśnie zwieranie szyków: stymuluje układ immunologiczny do walki z infekcją – twierdzi w pracy opublikowanej w „Nature” Sharon Evans, immunolog z Roswell Park Cancer Institute w Buffalo.

Podwyższona temperatura (u człowieka powyżej 37,5 stopnia Celsjusza) jest naturalną odpowiedzią układu odpornościowego na rozpoczynający się stan zapalny. Wiemy, że znaczenie tego objawu to obronna odpowiedź organizmu na atak wirusów, bakterii, grzybów, obecność ciał obcych, alergenów, martwych fragmentów tkanek i innego dziadostwa. Do niedawna przyjmowano jednak, że funkcja obronna gorączki polega jedynie na zaburzeniu metabolizmu chorobotwórczych mikroobów przez ich lekie „podgotowanie”.

Tymczasem Sharon Evans oraz współpracownicy przeprowadzili serię doświadczeń na myszach i wykazali, że podniesienie temperatury ciała zwierząt to znacznie bardziej wyrafinowany mechanizm: działa jak inkubator na nasze siły obronne – zwiększa liczbę komórek układu immunologicznego, które w cieple szybciej dojrzewają i nabierają zdolności do rozpoznawania i niszczenia wroga. Dlatego autorzy pracy sugerują, żebyśmy podczas przeziębienia zastanowili się, zanim przyjmimy leki na obniżenie temperatury, bo ewolucja wiedziała, co robi, wymy-

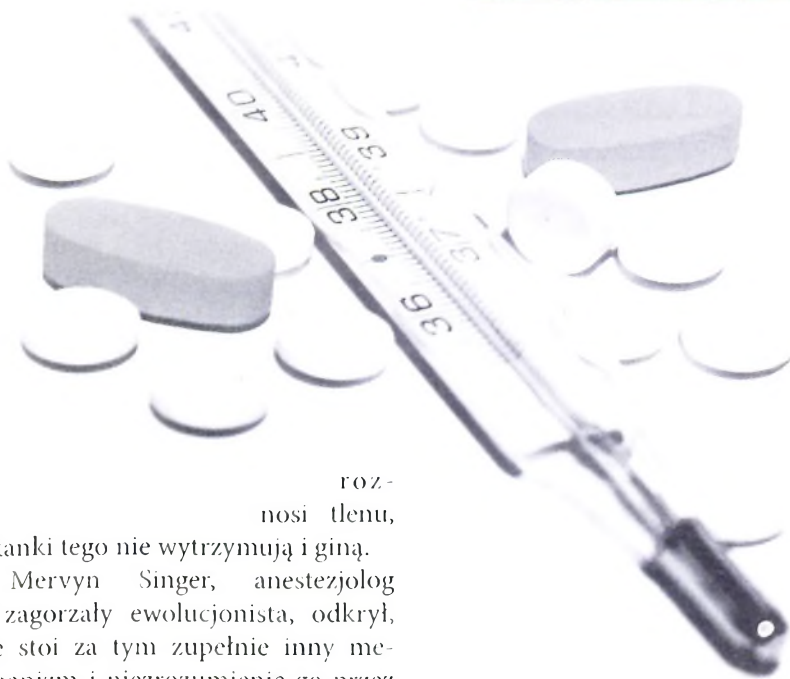
ślając gorączkę. Nie bez powodu zmiennociepne jaszczurki, kiedy zachorują, przenoszą się do cieplejszych miejsc i nagrzewają swoje ciała, wywołując rodzaj sztucznej gorączki. Zaobserwowano też, że stare szczury, które mają zaburzone mechanizmy termostatyczne, również szukają cieplejszych miejsc.

Podobną ostrożność należy zachować przy zwalczaniu anemii – niskiego poziomu żelaza we krwi, który często towarzyszy przewlekłym infekcjom. Podanie żelaza może w niektórych przypadkach tylko pogorszyć sprawę. W czasie infekcji nasz organizm przemysłnie zatrzymuje je w wątrobie. Brak żelaza nie sprzyja bowiem rozwojowi wielu bakterii i wirusów. Podanie żelaza może nas więc wyleczyć z anemii, ale za to zaostrzyć infekcję. Co się bardziej opłaca? Organizm nauczył się rozważać zyski i koszty. Tym bardziej, że czasem to dla niego kwestia życia albo śmierci.

### Totalne zapalenie

Taka sytuacja ma miejsce w przypadku ogólnoustrojowej reakcji zapalnej zwanej potocznie sepsą. Organizm zaatakowany przez bakterie (rzadziej grzyby czy wirusy) daje sygnał: cała naprzód! Układ immunologiczny wchodzi na najwyższe obroty, uwalniają się hormony stresu, przyspiesza się przemiana materii. Podnosi się gwałtownie (albo opada) temperatura, przyspieszają serce i oddech. Taka akcja może doprowadzić do czegoś, co lekarze nazywają niewydolnością wielonarządową. Stanem, w którym przestaje działać kilka narządów naraz.

Oficjalny pogląd na sprawę głosi, że narządy wyłączają się, bo dociera do nich zbyt mało tlenu. To zaś jest spowodowane przeciekaniem naczyń krwionośnych na skutek reakcji zapalnej organizmu. Krew wycieka z nieszczelnych żył i tętnic, nie



roz-  
nosi tleniu,  
tkanki tego nie wytrzymują i giną.

Mervyn Singer, anestezjolog i zagorzały ewolucjonista, odkrył, że stoi za tym zupełnie inny mechanizm i niezrozumienie go przez anestezjologów, którzy w dobrej wierze ratując pacjenta, mogą wywołać tylko szkody.

Otóż Singer przeprowadził badania, z których wynika, że narządy wewnętrzne wcale nie są uszkodzone przez brak tleniu. One przełączają się w tryb awaryjny i potrzebują go dużo mniej. Przeczekują tak stan wojny, w który wchodzi organizm chcący zwalczyć infekcję. Owa wojna wymierzona przeciw najeźdźcy nie zostaje bez wpływu na własne terytorium. Niezwykle obciążenie energetyczne organizmu uszkadza mitochondria – małe komórkowe elektrownie zapewniające dostawę energii wszystkim narządom. Ich odbudowa chwilę trwa i by to przetrwać, narządy wchodzi w rodzaj energooszczędnego trybu standby. To daje im szansę przeczekań najgorszego i dotrwania bez większych szkód do czasów pokoju. Dlatego u ludzi, którzy przeżywają niewydolność wielonarządową, po jakimś czasie wszystko w końcu wraca do normy. Narządy nie zosiają uszkodzone. To oczywiście ryzykowna strategia, dlatego nasze ciało podejmuje ją tylko w stanie skrajnego zagrożenia.

### Sztuka umiaru

Lekarze, działając w całkiem dobrej wierze, mogą tu sporo zaszkodzić – uważa Singer. Chcąc zwalczyć infekcję, podają na przykład antybiotyki. Tymczasem wiele z nich hamuje działania mitochondriów. Te zaś w początkowej fazie mobilizacji organizmu muszą działać pełną parą. Stłumione antybiotykami mogą nie dać rady wytworzyć ogromnej ilości energii potrzebnej do walki. Antybiotyki mogą też wpływać negatywnie na proces regeneracji uszkodzonych elektrowni i organizm załamuje się wskutek takiego leczenia.

A zatem – konkluduje Singer na łamach tygodnika „New Scientist” – lekarze powinni lepiej dobierać dawki i czas podania antybiotyku. Podobnie jest z podawaniem tleniu. Może być zbawienny, kiedy poda się go wcześniej, ale nieefektywny lub nawet szkodliwy, kiedy dawka tleniu zwiększy aktywność organów przełączających się w tryb uśpienia. Uaktywnione będą potrzebować energii od i tak przeciążonych mitochondriów. Gdy jej nie otrzymają,

naprawdę umrą. – Jeśli więc chcecie pomóc, wspomagajcie te małe komórkowe elektrownie – głosi Singer. Ale to wymaga zupełnie innego leczenia.

Wielu lekarzy nie jest przekonanych do pomysłów Singera i jemu podobnych. Godzą one bowiem w stosowane od lat algorytmy postępowania. Randolph M. Nesse odpowiada im: – Nasze ciała wiedzą, jak walczyć z infekcjami, urazami, niedoborem pożywienia. Miały czas, by się tego nauczyć. Ale nie zdołały wytworzyć mechanizmów obronnych wobec antybiotyków, interwencji lekarskich czy intensywnej terapii. Dlatego często są wobec nich bezradne. Próbują robić, co umieją najlepiej, a my tylko im w tym przeszkadzamy.

Oczywiście systemy alarmowe organizmów nie są idealne. Dlatego czasem włącza je wcale nie pożar, ale po prostu przypalona grzanka. Układ odpornościowy wytacza wielkie działa na byle muchę. Coś boli, mimo że ów ból nie informuje o istotnym zagrożeniu. W takiej sytuacji nie stanie się nie groźnego, jeśli go powstrzymamy. Sztuka polega na tym, żeby wiedzieć, kiedy interwencja ma sens. No dobrze, ale skąd to wiedzieć?

Medycyna darwinowska próbuje odpowiedzieć na to pytanie. Wskazuje, że potrzeba więcej naukowych badań nad istotą choroby i że czasem powinny one pojąć w innym niż wyznaczony kierunku. Nie wystarczy bowiem zrozumieć, co robi organizm w obliczu zagrożenia. Trzeba jeszcze wiedzieć, po co to robi. A po takie informacje należy czasem udać się w podróż do przeszłości. Ewolucjoniści już szykują swoje wchikuly.

OLGA WOŹNIAK  
PRZEKROJ



# • Największe zarobki zapewnia medycyna •

**Największe zarobki zapewnia medycyna. W następnej kolejności – prawo i nauki ścisłe. Nie powinni żałować także ci, którzy ukończyli szkoły biznesowe. Pracownicy sektora publicznego czerpią z wyższego wykształcenia mniejsze korzyści niż ci, którzy zdecydowali się na sektor prywatny.**

**D**roga do sukcesu materialnego wiedzie przez dobre studia. Lepiej karierę zawodową rozpocząć nieco później, za to z dyplomem prestiżowej uczelni w ręce. Kiedy pracownikom zwracają się koszty studiów? I co oplaca się studiować?

Najwcześniej pierwszą pracę na Starym Kontynencie podejmują Irlandczycy, Duńczycy i Holendrzy – pokazują analizy Eurostatu. Z wynikiem 22 wiosen Polacy ułokowali się niemal na końcu stawki. Średnia dla całej Unii jest o dwa lata niższa.

## **Czym wytłumaczyć tę opieszałość naszej młodzieży?**

– Bynajmniej nie lenistwem ani brakiem ambicji. Ale chęcią zdobycia solidnego wykształcenia, bo ono jest przepustką do lepszego życia, przynajmniej w sensie zawodowym i materialnym – odpowiada prof. Janusz Czapiński, znany psycholog społeczny.

## **Praktyczne podejście Polaków**

Uczony nie ma wątpliwości: boom edukacyjny, który zaczął się krótko po transformacji ustrojowej,

nie wynika z chęci przedłużenia młodości. Powodem jest dostrzeżenie zależności, jaka występuje między nauką a wysokością zarobków. Zdaniem profesora, studia traktujemy bardzo pragmatycznie. Jako inwestycję, która powinna się zwrócić. W możliwie najkrótszym czasie.

A stopę zwrotu z inwestycji, jaką są kolejne szkoły i fakultety, dość łatwo policzyć. Najpierw od różnicy między poborami osoby kończącej dany szczebel edukacji i jej rówieśnika tej samej płci, który zakończył naukę na szczeblu o jeden niższym, trzeba odjąć koszt dalszego kształcenia (czesne i utracone w czasie nauki zarobki) rozłożony na cały okres aktywności zawodowej. Następnie należy podzielić wynik tego bilansu przez wysokość zarobków gorzej wykształconego. Wreszcie ten iloraz mnożymy przez 100, aby wyrazić go w procentach przewagi zarobkowej netto lepiej wykształconego nad gorzej wykształconym.

## **Wysoki zwrot z inwestycji**

Takie wyliczenie prof. Czapiński przeprowadził na podstawie danych

ze swojej przekrojowej analizy „Diagnoza społeczna 2009” — poprzez porównanie wynagrodzeń osób z tytułem doktora do pensji magistrów oraz zestawienie plac absolwentów szkół wyższych i uposażeń ludzi, którzy mogą się wykazać jedynie maturą.

**Studia traktujemy bardzo pragmatycznie, jako inwestycję, która powinna się zwrócić w możliwie najkrótszym czasie.**

Okazało się, że stopa zwrotu dla dyplomu licencjata wynosi obecnie 19 proc. Dla magisterki – 57 proc., a dla doktoratu – aż 76 proc. Przy czym pracownicy sektora publicznego czerpią z wyższego wykształcenia mniejsze korzyści niż ci, którzy zdecydowali się na sektor prywatny. Zaś największymi dochodami cieszą się przedsiębiorcy (zwłaszcza kobiety), którzy zainwestowali w wykształcenie na poziomie magisterium lub licencjatu.

Ale tytuł naukowy czy sektor rynku pracy, który wybraliśmy, to nie wszystko. O wynagrodzeniu decyduje też kierunek studiów. Największe zarobki zapewnia medycyna. W następnej kolejności – prawo i nauki ścisłe. Nie powinni żałować

▶ także ci, którzy ukończyli szkoły biznesowe.

– Wprawdzie absolwenci ekonomii, marketingu, zarządzania i finansów nie mogą już liczyć na takie profity, jakie były ich udziałem na początku lat 90., ale nadal stanowią zawodową i finansową elitę ze stopą zwrotu na poziomie 70 proc. — podkreśla Janusz Czapiński.

### Bieduje rolnik i humanista

Co jeszcze warto studiować? Pewne wskazówki daje lista tzw. zawodów przyszłości, opracowana przez Międzyresortowy Zespół Prognozowania Popytu na Pracę. Wynika z niej, że nadal dobrze opłacani będą specjaliści związani z informatyką: operator DTP, programista, projektant stron internetowych, analityk systemów komputerowych. O zarobki nie powinni się też martwić niektórzy absolwenci europeistyki: jeśli nie są matematycznymi antytalentami, mogą znaleźć zajęcie przy pozyskiwaniu funduszy unijnych. Biedy nie doświadczą również przyszli absolwenci AWF – fizjoterapeuci i specjaliści odnowy biologicznej. Bo w związku ze starzeniem się społeczeństwa zapotrzebowanie na ich usługi będzie rosło. Z podobnych powodów spokojnie mogą spać aktuariusze – eksperci z zakresu ubezpieczeń, którymi z reguły zostają finansiści i bankowcy.

Najmniej opłacalne są natomiast kierunki rolnicze, humanistyczne, społeczne i artystyczne — wynika z „Diagnozy społecznej”. Z kolei według analiz firmy doradczej Sedlak & Sedlak, nie do pozazdroszczenia jest los osób legitymujących się dyplomem uczelni pedagogicznej. W zeszłym roku ich pensje były aż 1,9 razy niższe niż absolwentów studiów technicznych, takich jak elektronika czy informatyka.

Mirosław Sikorski  
wp.pl

## Naukowcy: wiara w Boga może uratować życie

Przeszczepy wątroby udają się lepiej, jeśli biorca jest osobą religijną – informuje fachowe pismo „Liver Transplantation”. Powodzenie tak skomplikowanej operacji jak przeszczep zależy nie tylko od zgodności tkankowej, ale także czynników psychologicznych, społecznych czy duchowych.

**O**kolo 90 procent populacji świata to osoby wierzące. Wcześniejsze prace wykazały, że religijność pozwala lepiej sobie radzić z chorobą, a nawet wpływać na jej rozwój. Na przykład metaanaliza oparta na badaniach dotyczących 126 000 ludzi wykazała, że religijność zwiększa szanse na przeżycie o 26 proc.

Włoski zespół kierowany przez psychologa, doktora Franco Bonaguidi, przez 4 lata śledził losy 179 pacjentów (129 mężczyzn i 50 kobiet, średnia wieku 52 lata), którym przeszczepiono wątrobę pomiędzy styczniem roku 2004 a grudniem 2007. Wskazaniami do przeszczepu były wirusowe zapalenie wątroby (68 proc. przypadków), marskość związana ze spożyciem alkoholu (17 proc.) oraz choroba autoimmunologiczna (7 proc.). Badani wypełniali kwestionariusz, dotyczący ich religijności.

Jak się okazało osobista wiara w Boga (niezależnie od tego, czy wierzący był chrześcijaninem, muzułmaninem, czy też wyznawał inną religię) zwiększała szanse na przeżycie po przeszczepie, podczas gdy formalna przynależność do kościoła miała mniejsze znaczenie.



PG  
PAP



# Kolejny skandal

Nowy system oceny ofert przy kontraktowaniu świadczeń na lata 2011-2013 zakończył się skandalem, jakiego już dawno nie było. Mamy chaos, bałagan nie do opisania i skrajną uciążliwość dla pacjentów oraz pogardę dla poradni specjalistycznych od wielu lat sprawujących opiekę nad pacjentami.

Narodowy Fundusz Zdrowia zafundował świadczeniodawcom i świadczeniobiorcom na koniec 2010 roku sporą rewolucję.

Dotychczas kontraktowanie świadczeń w NFZ podlegało przede wszystkim regulom historycznym. Świadczeniodawca spełniający wymagania NFZ w zakresie lokalu, sprzętu i personelu mógł liczyć w kolejnych negocjacjach na kontrakt na kolejne lata. Jeśli wypełniał kontrakt, a jeszcze lepiej, gdy przekraczał, to w procesie kontraktowania było to ważkim argumentem na przyszły rok. Gdy nie wyrabiał kontraktu – wówczas otrzymywał mniejsze środki. Jeśli dysponował lepszym sprzętem, bardziej wykształconym personelem, NFZ w mniejszym lub większym stopniu brał to pod uwagę. Oczywiście pre-

ferowane były przychodnie szpitalne i będące własnością dużych sieci przychodni, ale pewne zasady ładu społecznego obowiązywały.

## Przyszło nowe?

### „Najlepszy” bierze wszystko

W procesie kontraktowania na lata 2011-2013, oprócz zmienionego systemu oceny ofert, NFZ wprowadził nowość polegającą na tym, że „najlepszy” bierze wszystko. A kto jest najlepszy? NFZ oceniał 5 głównych parametrów, za które przyznawał określoną ilość punktów. I tak: za jakość 40 punktów (personel, sprzęt, lokal, certyfikaty jakości i wyniki poprzednich kontroli), za kompleksowość 5, dostępność 10, ciągłość 10 i za cenę 30 punktów.

Wydawałoby się, że idea jest piękna. Ale, niestety, jak zawsze diabeł tkwi w szczegółach i wszystko się zawaliło. Kontrakty uzyskały podmioty, których podstawową zaletą (oczywiście czasem nie jedyną) była zdolność przewidzenia konsekwencji nowego systemu oceny ofert przez osoby zarządzające tymi podmiotami, czyli pomysł, aby maksymalnie obniżyć cenę nie licząc się z realiami.

Kontraktów nie dostało natomiast wiele podmiotów od kilku lub kilkunastu lat organizujących poradnie specjalistyczne. Dotyczyło to również poradni przyszpitalnych i często jedynych poradni na danym terenie. Pacjenci z dnia na dzień stracili opiekę lub będą musieli jechać dodatkowe kilkadziesiąt kilometrów, lekarze i pielęgniarki stracili pracę, zakupiony sprzęt będzie stał bezczynnie, istniejące przychodnie opustoszeją. A ponieważ kontrakty są na 3 lata, to konse-

kwencje również będą trwały przez 3 lata! Ale co to spowodowało?

## Dlaczego pacjent musi jeździć do przychodni?

Otóż pierwsza kwestia, której projektodawca systemu ocen nie wziął pod uwagę to fakt, że świadczenia są kontraktowane w określonych rejonach – niektóre na terenie województwa, inne na obszarach 6, 4, 3 lub 1 powiatu. Z czym to się wiązało? Jeden lub dwa podmioty „najlepsze” mogły dostać kontrakt dla grupy powiatów! Jak to się ma do dostępności zagwarantowanej ustawowo?

Dlaczego pacjent z mniejszej miejscowości ma dojeżdżać do swojego miasta powiatowego, a potem jeszcze do innego miasta? Problem polegał na tym, że ani system ocen, ani komisje konkursowe przy ocenie dostępności nie brały pod uwagę takiej kwestii, że pacjent powinien mieć poradnię niedaleko miejsca zamieszkania. Opieki specjalistycznej zazwyczaj wymagają osoby starsze i schorowane. I powyższe wytyczne w ocenie dostępności powinny być szczególnie honorowane.

Czy można to było zrobić inaczej? Bardzo prosto. Wystarczyło na przykład 1/4 wartości środków przeznaczonych dla danego regionu podzielić po równo pomiędzy oferentów spełniających kryteria NFZ. I automatycznie NFZ oraz pacjenci mają szeroką sieć poradni możliwie najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta!

## Czego NFZ w ogóle nie brał pod uwagę?

Kolejny problem to ciągłość. Zdefiniowana została jako spełnienie

# z NFZ w roli głównej

wymagań NFZ w chwili składania ofert! Natomiast zdroworozsądkowo patrząc, ciągłość to ciągłość opieki specjalistycznej – czyli ciągłość sprawowania opieki nad pacjentem przez danego lekarza. Ale NFZ tego w ogóle nie brał pod uwagę.

Nieistotne dla NFZ i nie punktowane było funkcjonowanie od 5-10 lat poradni specjalistycznej, nieistotne było sprawowanie przez te kilka – kilkanaście lat opieki nad daną populacją pacjentów przez danego lekarza. Z czym się to wiązało? Poradnie specjalistyczne gwarantujące swoim wieloletnim istnieniem ciągłość opieki mogły nie dostać kontraktów i ich nie dostały!

Opieka nad pacjentem to długotrwały proces – poznawania się, najpierw diagnostyki, potem prowadzenia leczenia, potem kontroli, kształtowania interakcji lekarz – pacjent. A według władarzy NFZ, wystarczy postąpić z pacjentem jak z lampą: przelączyć wtyczkę do innego gniazdka i lampa będzie od razu świeciła!

Czy można to było zrobić inaczej? Bardzo prosto. Wystarczyło przeznaczyć np. 1/4 wartości środków przeznaczonych dla danego regionu do podziału pomiędzy poradnie dotychczas sprawujące opiekę. I NFZ oraz pacjenci mają zapewnioną ciągłość opieki.

## Potęga punktów i procentów

Następne zagadnienie to logika finansowa systemu oceny ofert. Otóż obniżając cenę od ceny wyjściowej NFZ, można było otrzymać dodatkowe punkty. Algorytm przewidywał dodatkowe 15 punktów za 10 procent obniżki ceny. Cena wyjściowa większości świadczeń za

punkt to 9 zł. Czyli jak proste działanie wykazuje, 1 punkt kosztował 90 groszy : 15 = 6 grosze. Ponieważ lekarz udziela w ciągu godziny 4 porady (jedna porada warta jest 4 punkty po 9 zł), to koszt godzinny obniżki ceny, dzięki którym uzyskujemy 1 punkt w ocenie ofert, wyniesie 64 grosze (4x4x4).

Ale mając lepszy personel i lepszy sprzęt świadczeniodawca również otrzymuje dodatkowe punkty. Ale ile? Jak to wyliczył pomysłodawca systemu? Świadczeniodawca może zakupić dodatkowy sprzęt za 20 000 – 30 000 zł i wtedy dostanie 2 punkty w ocenie ofert (jeśli obniżyłby cenę, kosztowałoby go to 1,2 zł za godzinę pracy poradni – przy poradni pracującej 100h/miesiąc daje to 120 zł miesięcznie; natomiast 5-letnia amortyzacja sprzętu przeliczona na ten sam czas pracy poradni to koszt 400 zł miesięcznie).

Jeśli tutaj nie ma logicznej podstawy takiej wyceny wartości posiadanej aparatury, to może lepiej jest z personelem? Przypomnę jeszcze raz – 64 grosze na godzinę kosztuje nas uzyskanie dodatkowego punktu w skali oceny ofert. Zatrudniając dodatkowo pielęgniarkę, położną czy dietetyka (koszt wynagrodzenia półgodzinnego przy płacy 2000 brutto to 7,5 zł), otrzymamy 3 punkty... A ile to będzie kosztowało świadczeniodawcę schodzącego z ceny? 3 x 64 grosze czyli 1,92 zł. Ponad 3 razy mniej.

Skutek? Jeśli oferent zachowywał się zdroworozsądkowo i brał pod uwagę te koszty (sprzętu lub personelu), to nie miał żadnych szans w konkursie z oferentem o gorszym wyposażeniu lub personelu, ale maksymalnie schodzącym z ceny.

Czy można to było zrobić inaczej? Przede wszystkim nie można czynić znaku równości pomiędzy ceną a jakością, gdy jakość jest 3-4 razy droższa! Dlatego 1/4 wartości środków przeznaczonych dla danego regionu powinna trafić do podziału pomiędzy 25% poradni gwarantujących najlepszą cenę, a 1/4 pomiędzy 25% poradni gwarantujących najlepszy sprzęt i personel.

## Rozsądek? Logika? A kwestie prawne?

Dużo mówione było o rozsądku i logice. A jak wygląda kwestia prawna? Otóż przepisy uszczegóławiające proces kontraktowania razem z tym niekompetentnym systemem oceny ofert są zarządzeniami prezesa NFZ, a co za tym idzie, aktami prawnymi niższej rangi niż ministerialne zarządzenie i ustawa sejmowa. Ustawa i rozporządzenie również nakazują zwrócić uwagę przy kontraktowaniu na omówione powyżej kwestie, tylko nie w tak nielogiczny sposób.

To co widzimy po zakończeniu procesu kontraktowania – wystawia najlepszą ocenę systemowi ocen – jest on po prostu niezgodny z ustawą i rozporządzeniem, a dodatkowo jest niezgodny ze zdrowym rozsądkiem.

Czy i co można teraz zrobić? Już zawarte umowy należy wypowiedzieć. I powtórzyć proces kontraktowania wg rozsądnych zasad. Podstawa jest – niezgodność zapisów zarządzenia z Ustawą i Rozporządzeniem. A dział przygotowujący i oceniający system oceny ofert z centrali – wymienić.

Chyba, że taki był świadomy plan Ministerstwa Zdrowia i NFZ?

mysl  
Interia.pl



# Tam studiują najlepsi... i płacą najwięcej

**Najlepsze uniwersytety na świecie przyciągają co roku tysiące chętnych. Jednak studiowanie na takich szkołach wyższych jak Harvard, Princeton czy MIT to przywilej, na który nie stać przeciętnego Kowalskiego. Nauka kosztuje... dziesiątki tysięcy dolarów.**

**Z**obacz dziesięć najlepszych uniwersytetów świata według rankingu QS World University Rankings i sprawdź, czy masz wystarczająco dużo pieniędzy, aby tam się uczyć.

## **10. California Institute of Technology (CalTech) (USA)**

Dziesiątą najlepszą uczelnią świata jest CalTech, czyli California Institute of Technology. Niestety, dla studentów jest to również jedna z droższych do studiowania szkół wyższych.

Poza czesnym, które wynosi 34.989 dolarów za rok, do opłat wliczone są koszty opłat studenckich (1.293 dolary), mieszkanie i wyżywienie (6.441 + 4.956 dolarów), a także dodatkowe opłaty, w tym koszty książek (1.413 + 1.323 + 1.974 dolary).

W sumie daje to 52.389 dolarów każdego roku. A dodatkowo każdy nowy student płaci jednorazową opłatę (tzw. opłatę wprowadzającą) w wysokości 500 dolarów.

## **9. Massachusetts Institute of Technology (MIT) (USA)**

MIT jest najbardziej znaną uczelnią wyższą na świecie, kształcąca inżynierów i informatyków. Nie sposób policzyć, ile razy pojawiała się ona w produkcjach z Hollywood.

Wysoki poziom kształcenia na tej uczelni technicznej wiąże się z równie wysokimi opłatami za samo studiowanie. Student musi być przygotowany na roczny drenaż swojej kieszeni w wysokości 53.210 dolarów, na co składają



się opłaty takie jak czesne (39.212 dolarów), mieszkanie i wyżywienie (11.234 dolary) oraz materiały edukacyjne i inne (2.764 dolary).

### 8. Princeton University (USA)

Ósmy najlepszy uniwersytet świata, **Princeton**, również nie należy do najtańszych. Samo czesne wynosi 36.640 dolarów, a to dopiero początek wydatków.

Do czesnego należy doliczyć opłatę za pokój (6.467 dolarów), wyżywienie (5.473 dolary), a także pozostałe wydatki uczelniane (około 3.600 dolarów).

Dodatkowo studenci, którzy nie są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym mogą za cenę 1.450 dolarów na rok wykupić Studencki Plan Zdrowotny.

W sumie studenci Princeton muszą być przygotowani na wydatki rzędu 52.180 do 53.630 dolarów.

### 7. University of Chicago (USA)

Jeżeli chcemy studiować na siódmej najlepszej uczelni na świecie, **University of Chicago**, musimy mieć przygotowane w portfelu co najmniej 40.188 dolarów. Jest to bowiem roczne czesne na tej uczelni. Dodatkowo za miejsce do spania plus wyżywienie zapłacimy jeszcze 12.153 dolary, a za uczestnictwo w życiu studenckim kolejne 913 dolarów.

Do tego wszystkiego dochodzą jeszcze opłaty za książki i inne wydatki osobiste (3.396 dolarów), co daje w sumie koszt na poziomie 56.640 dolarów za rok.

### 6. University of Oxford (Wielka Brytania)

Jak większość uniwersytetów w Wielkiej Brytanii, również **University of Oxford** wprowadza rozróżnienie na opłaty dla studentów z Wielkiej Brytanii / Unii Europejskiej oraz pozostałych.

Pierwsza grupa musi zapłacić czesne w wysokości 3.290 funtów za

rok, niezależnie od kierunku. W przypadku natomiast studentów spoza ww. regionu opłaty wahają się od 12.200 (matematyka lub fizyka) do nawet 25.500 funtów za rok (medycyna kliniczna).

### 5. Imperial College London (Wielka Brytania)

Nauka na **Imperial College London** nie należy do najtańszych. Wprawdzie studenci z Wysp bądź Unii Europejskiej za dowolny kierunek muszą uiszczać coroczne opłaty wynoszące 3.290 funtów, i to bez względu na kierunek studiów, o tyle studenci spoza UE chcący studiować na ICL. powinni dysponować zasobnym portfelem.

Czesne dla studentów spoza UE wynosi – w zależności od kierunku – 14.500 do 39.150 funtów za rok.

### 4. UCL (Wielka Brytania)

**University College London** w zestawieniu najlepszych uniwersytetów świata zajął 4 miejsce. Ta brytyjska uczelnia dla studentów pochodzących z Wielkiej Brytanii (UE) przewiduje opłaty w wysokości maksymalnie 3.290 funtów.

Studenci spoza UE muszą zapłacić zdecydowanie więcej, bo aż 8.360 funtów.

Dla jednych i drugich przygotowano jednak kilkanaście różnych programów stypendialnych, dzięki którym obciążenia związane z opłatami dla studenta są bardziej znośne.

### 3. Yale (USA)

Na trzecim miejscu znalazł się amerykański uniwersytet **Yale**. Filozofia uniwersytetu zakłada, iż studenci, którym uda się przebrnąć przez sito rekrutacji, **nie muszą uiszczać żadnych opłat**. Yale pokrywa 100 proc. finansowych zobowiązań studenta wynikających z nauki na tej uczelni.

Dzięki takiej polityce na Yale trafiają najbardziej uzdolnieni studenci, pochodzący z bardzo szerokiego spektrum środowisk.

### 2. University of Cambridge (Wielka Brytania)

Drugim w kolejności najlepszym uniwersytetem na świecie jest brytyjski **University of Cambridge**.

W przypadku tej uczelni koszty zależą od tego, czy jesteśmy studentami z Wielkiej Brytanii (ewentualnie Unii Europejskiej), czy też spoza UE.

W pierwszym przypadku student płaci coroczne czesne w wysokości 3.290 funtów (cena stała za jeden kierunek), ale do tego należy doliczyć jeszcze 6-7,5 tys. na pokrycie kosztów mieszkania, ogrzewania, utrzymania czystości, dostępu do internetu czy też wyżywienia, jak również materiałów do nauki.

Studenci spoza UE muszą liczyć się z wydatkami na czesne rzędu 10.752 do 28.632 funtów, w zależności od kierunku, który chcą studiować.

### 1. Harvard (USA)

Od wielu lat najlepszą według rankingów uczelnią świata jest **Harvard**. Obecnie na piętnastu wydziałach tej prestiżowej amerykańskiej uczelni studiuje ponad 13 tysięcy ludzi. Dla wielu Harvard oznacza wiele lat wyrzeczeń, przede wszystkim finansowych. Rok studiów kosztuje tutaj, bagatela, 33.696 dolarów. I jest to tylko czesne. Opłata uwzględniająca zakwaterowanie, wyżywienie oraz pokrycie kosztów pewnych usług studenckich wynosi aż 48.868 dolarów.

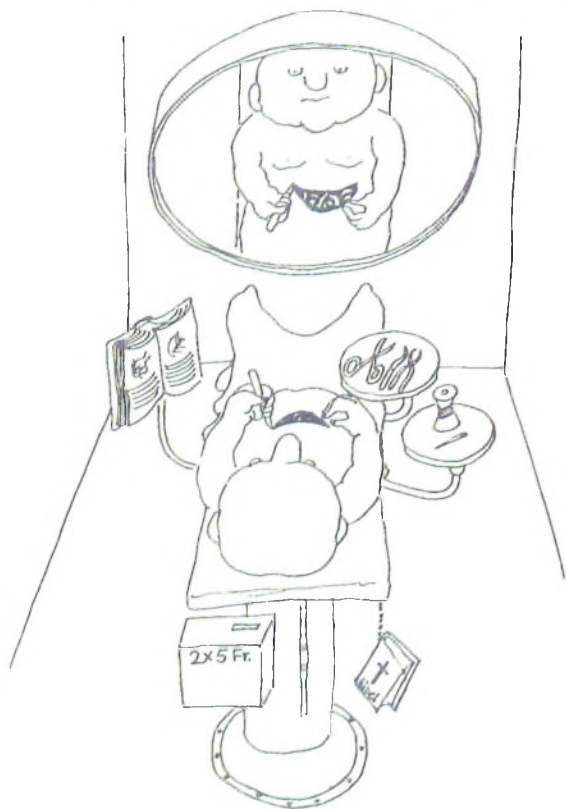
Na szczęście studenci mogą liczyć na różnego rodzaju pomoc finansową ze strony Harvardu. Średnia wartość pomocy, jaką uniwersytet przeznacza na jednego studenta wynosi 41 tys. dolarów (dane na rok 2010).

A gdzie jest miejsce Polski?

wp.pl



## Śmiech Eskulapa



- Panie doktorze, mój mąż myśli, że jest koniem! Zgodziłam się żeby podkuł sobie buty, ale dzisiaj zaczął jeść siano!
- Konieczne jest leczenie, ale będzie ono bardzo kosztowne.
- Nie szkodzi, mąż wygrał ostatnio 3 gonitwy.
  
- Tętno bardzo nieregularne. Czy pan pije? - dopytuje się lekarz.
- Tak, bardzo regularnie.
  
- Od dawna pani pali? - pyta lekarz młodą kobietę.
- Od tygodnia, panie doktorze. Pierwszego zapaliłam, jak mój mąż po powrocie z delegacji zauważył pełną popielniczkę niedopałków.

## Powiedzieli o zdrowiu

Zdrowie to nie egoizm, tylko mądrość.

Szanuj zdrowie należycie, bo jak umrzesz stracisz życie.

Im lepszy lekarz, tym więcej zna najnowszych badań naukowych.

Zbytняя ciekawość grozi utratą zdrowia i życia.

Higiena przyjaciółką zdrowia.

Śmiech i mleko krowie, to twoje zdrowie.

Co za dużo lub za mało, to nie zdrowo.

Kogo nie boli, temu powoli.

Utracisz traciąc zdrowie, by zdobyć pieniądze, potem tracąc pieniądze, by odzyskać zdrowie.

Gdybym miał w tej sprawie coś do powiedzenia, uczyniłbym zaraźliwym zdrowie, a nie chorobę.

ROBERT GREEN INGERSOLL

Cygara są zdrowe dla gospodarki kraju, który je produkuje, ale nie dla zdrowia.

FIDEL CASTRO

Czasem w chorobie więcej się czuje niż przy zdrowiu. Zdrowie zamula, a w chorobie może taka jasność przyjść, że widzisz, czego w zdrowiu nigdy nie zobaczysz.

WIESŁAW MYŚLIŃSKI

KWARTALNIK  
**ALMA MATER**

Adres redakcji: Rektorat UM, 20-095 Lublin, Al. Raclawickie 1, pok. nr 132, tel. +48 81/528 84 48

Redagują: Dr n. med. Włodzimierz Matysiak oraz współpracownicy

Skład, łamanie, druk: EXPOL Włocławek

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, możliwość skracania i adyustacji tekstów oraz doboru ilustracji.



# Beanalia, czyli OTRZĘSINY 2010







A. Grówniak - Lipa '08