

Alma mater



AKADEMIA MEDYCZNA IM. PROFESORA FELIKSA SKUBISZEWSKIEGO W LUBLINIE

NR 2/47

ROK XIII

ISSN 1230-0497

KWIECIEŃ-CZERWIEC 2003



**Profesor
Feliks
Skubiszewski
Patronem
Uczelni**

Pierwszy Rektor Patronem Uczelni



**Prof. dr hab. dr h. c.
Feliks Skubiszewski**
(1895-1981)

USTAWA
z dnia 4 grudnia 2002 r.

o nadaniu Akademii Medycznej w Lublinie nazwy „Akademia Medyczna
w Lublinie imienia Profesora Feliksa Skubiszewskiego”

Art. 1.

Akademii Medycznej w Lublinie nadaje się nazwę „Akademia Medyczna w Lublinie
imienia Profesora Feliksa Skubiszewskiego”.

Art. 2.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Aleksander Kwasniewski
PREZYDENT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ



KWIECIEŃ-CZERWIEC 2003

W numerze...

Uroczystość patronalna
Pierwszy rektor
Patronem Uczelni 24

DR N. MED. WŁODZIMIERZ MATYSIAK
PROF. DR. HAB. DR. H. C. ZBIGNIEW PAPLIŃSKI
PROF. DR. HAB. GRZEGORZ WALLNER

Promocje doktorskie 2003 48

Jubileusz
30-lecie stomatologii
akademickiej w Lublinie 52

PROF. DR. HAB. TERESA BACHANEK
DR N. MED. BARBARA DROG

Ogólnopolska konferencja naukowa
Szkolenie przed- i podyplomowe
w stomatologii 56

PROF. DR. HAB. TERESA BACHANEK

Konferencja naukowa
Ochrona zdrowia w Polsce
po wstąpieniu do Unii Europejskiej 60

DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA
DR N. MED. EWA WARCHOŁ-SŁAWIŃSKA



**Uroczystość
patronalna
str. 24-47**



**Prywatna Stacja Dializ
GAMBRO
str. 112**



**Klinika Chirurgii
Naczyń i Angiologii
w nowej siedzibie
str. 116**



Konferencja naukowa

X Jubileuszowe Lubelskie
Spotkania Naukowe 64
DR HAB. BARTOSZ ŁOZA
LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK

Problemy terapii medycznej alkoholizmu .. 82
LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK

Konferencja naukowo-szkoleniowa

Nowoczesne leczenie
ostrych zespołów wieńcowych 66
PROF. DR HAB. TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA

Toksykologia kardiologiczna 70
DR N. MED. HANNA LEWANDOWSKA-STANEK

IV Lubelskie Dni Reumatologiczne
w Baranowie Sandomierskim 74
PROF. DR HAB. LESZEK SZCZĘPAŃSKI

Przewlekłe choroby mielo-
i limfoproliferacyjne 78
DR N. MED. MAŁGORZATA KOWAL

Bioterroryzm.
Postępy w diagnostyce i leczeniu
chorób układu nerwowego (cz. VI) 84
DR N. MED. MARIA PILARCZYK

Polineuropatie.
Postępy w diagnostyce i leczeniu
chorób układu nerwowego (cz. VII) 86
DR N. MED. URSZULA CHYRCHEL

Neurochemiczne i farmakologiczne
aspekty padaczki 88
DR N. MED. IWONA HALCZUK
DR N. MED. KRYSZYNA MITOSEK-SZEWczyk

Diagnostyka i leczenie
zespołów otępiennych 92
DR N. MED. MARIA PILARCZYK

Międzynarodowe sympozjum naukowe

Stawonogi pasożytnicze,
alergogenne i jadowite 96
PROF. DR HAB. ALICJA BUCZEK

Sympozjum naukowe

Spotkanie naukowe cytologów 98
DR N. MED. DANUTA SKOMRA

Sympozjum naukowo-szkoleniowe

Majówka pulmonologiczna 102
DR N. MED. WOJCIECH REMISZEWSKI

Międzynarodowa konferencja naukowa

Forum Młodych Chemików w Dreźnie ... 104
MGR AGNIESZKA KACZOR

Symbolika zawodu

Kształtowanie tradycji zawodów
pielęgniarki i położnej 108
MGR MARIUSZ WYSOKIŃSKI

Medycyna kliniczna

Prywatna Stacja Dializ GAMBRO 112
DR N. MED. ANNA BEDNAREK-SKUBLEWSKA

Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii
w nowej siedzibie 116
DR HAB. JACEK WROŃSKI

Rola Rady Społecznej w procesie akredytacji
Dziecięcego Szpitala Klinicznego
im. Prof. Antoniego Gębali w Lublinie .. 120
DR N. MED. BOŻENNA STANKIEWICZ-CHOROSZUCHA

Polska Akademia Nauk

Z prac Komitetu Nauk o Leku PAN 130
PROF. DR HAB. LECH PRZYBOROWSKI

Farmakoekonomika

Gospodarowanie lekami
po wstąpieniu do Unii Europejskiej 134
PROF. DR HAB. MARIAN WIEŁOSZ

Opieka społeczna

Daddy-boom 138
PROF. DR HAB. BIRUTA FĄPROWICZ
KLAUDYNA FĄPROWICZ

Etyka

Uwarunkowania relacji lekarz-pacjent
nieuleczalnie chory
w świetle socjologii medycyny 142
MGR SOCJOL. ARTUR PIOTR TOFIL

Szkolenie podyplomowe

Obrazowanie pseudo-trójwymiarowe
szkieletu 148
PROF. DR HAB. T. KATARZYNA RÓŻYŁO

Oksazolidynony, antybiotyki XXI wieku ... 152
MGR ANNA KALASIEWICZ

Apoptoza.

Programowana śmierć komórki (cz. II) ... 156
DR N. MED. AGATA FILIP

Najczęstsze nowotwory w Polsce
ze szczególnym uwzględnieniem raka
płuca i nowotworów narządu rodnoego ... 160
LEK. MED. KRZYSZTOF PATYRA

Działania ortopedyczno-rehabilitacyjne
Ważne ogniwo kompleksowej terapii ... 166

Szkice jubileuszowe

Pięćdziesiąt lat temu
Tańczuj Macha... na medal 174
PROF. DR. HAB. LESZEK SZCZEPAŃSKI

Zjazd Koleżeński Absolwentów (1944/1949)
Wydziału Lekarskiego UMCS/AM 180
PROF. DR. HAB. BIRUTA FĄPROWICZ

Łamy absolwentów

Rocznica pięćdziesiąta druga 182
DR. KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Rejs dewizowy (Cz. VIII) 184
DR. WITOLD KOMARNICKI

Medicina et pharmacia in nummis 192
PROF. DR. HAB. EDWARD SOCZEWIŃSKI

Hyde park

Listy polecane 196
PROF. MARIAN KAZIMIERZ KLAMUT
PROF. JAN PIETRUSKI

Sylwetki

Pacjent zawsze jest najważniejszy 198
LIDIA SMUTEK
AGNIESZKA SOBOLEWSKA
MGR. BEATA DOBROWOLSKA

Mgr farm. Leonard Bejnarowicz (1920-2002) .. 204
PROF. DR. HAB. LECH PRZYBOROWSKI
PROF. DR. HAB. OLGA SZYMONA

Dr Zygmunt Jach (1913-1991) 206
DR. N. MED. CZESŁAW POPIK

Łamy studenckie

IX Warsztaty Medyczne „Eurotalk”
EMSA Freiburg 208
ALEKSANDRA STANKIEWICZ
ALEKSANDRA WASILEWSKA
MARCIN ZIĘBA

Edukacja medyczna w Europie 212
FILIP STOMA

X Spotkanie
Koordynatorów Narodowych EMSA 214
KATARZYNA KLÓDNICKA
TOMASZ KUCMIN

Leczenie bólu 216
ANNA MICHALAK

Powstało Polskie Towarzystwo
Studentów Stomatologii 218
IWONA LORENC

Łamy studenckie

Szpital Pluszowego Misia 220
EMILIA PABIS

Pomóż małym pacjentom
w trudnych chwilach 222
MARIUSZ BEZAK
SŁAWOMIR ŻUREK

A w Krakowie na Brackiej pada deszcz... .. 224
MGR. FARM. AGNIESZKA MIĘTKIEWICZ-CAPALA

Międzynarodowy Zjazd IFMSA w Estonii .. 226
MAGDALENA KWIATOSZ

Medykalia '03 230
GRZEGORZ SAŃCZEL

Ogólnopolski Zjazd IFMSA-Poland 236
MAGDALENA KWIATOSZ

IFMSA-Poland Oddział w Lublinie
znów się kręci! 238
KATARZYNA ŻBIKOWSKA

Majowy mazurski rejs 242
MARCIN ZIĘBA

Sport akademicki

JM Rektor przyjął medalistów 244
ADAM SUPEŁ

Co nowego w AZS? 246
JAKUB FLOREK

Koszykarze medycy walczyli w Lublinie
o mistrzostwo Polski 248
ANNA KWIECIŃSKA
JAROSŁAW PAŚNICZEK

Dni Sportu '03 252
JAROSŁAW PAŚNICZEK

IV Regaty o Puchar JM Rektora AM 256
ALEKSANDRA STANKIEWICZ

Pro memoria

Prof. dr hab. dr h. c. mult. Jerzy Maj 256
Krystyna Nowakowska 260
Prof. dr hab. Romuald Buliński 262
Prof. dr hab. Romuald Langwiński 264
Prof. dr hab. Janusz Szyszko 266
Dr n. przyr. Małgorzata Ewa Stelmasiak .. 268
Dr n. med. Grzegorz Jaroszyński 270

Co piszą inni?

Prestiz tytułu 272

Uczelnia uhonorowana tytułem Lider Promocji Nauki w Polsce

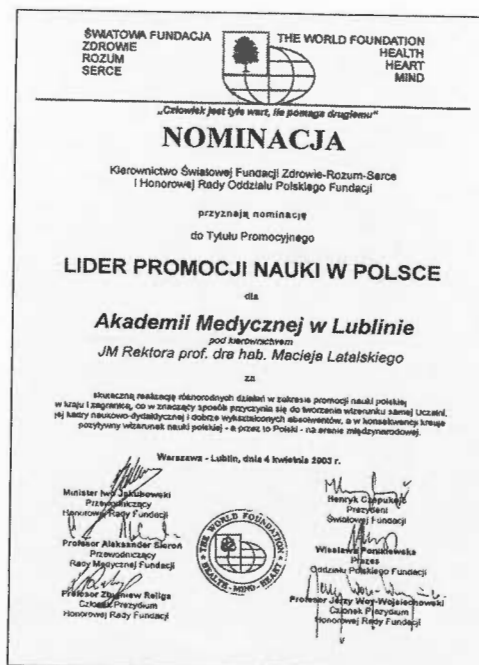
Lubelska Akademia Medyczna otrzymała nominację do prestiżowego tytułu **LIDER PROMOCJI NAUKI W POLSCE**.



Nominację do tytułu **LIDER PROMOCJI NAUKI W POLSCE** wręcza JM Rektorowi przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia poseł prof. dr hab. Barbara Błońska-Fajfrowska



Od lewej: prof. dr hab. Kazimierz Głowniak – prorektor do spraw nauki, Henryk Czepukojć – prezydent Światowej Fundacji Zdrowie-Rozum-Serce oraz Anna Synajewska-Przybyś – dyrektor biura Lubelskiego Oddziału Regionalnego Fundacji



Wyróżnienia przyznaje Oddział Polski Światowej Fundacji Zdrowie-Rozum-Serce z siedzibą w Warszawie, na czele której stoi prezydent **Henryk Czepukojć**.

Przyznaniem tego, o najwyższym prestiżu, wyróżnienia – napisal w adresie okolicznościowym do JM Rektora prezydent H. Czepukojć – jest wyrazem uznania dla kierownictwa, pracowników i studentów AM w Lublinie za skuteczną realizację różnorodnych działań w zakresie promocji nauki polskiej w kraju i za granicą, co w znaczący sposób przyczynia się do tworzenia wizerunku samej Uczelni, jej kadry naukowo-dydaktycznej i dobrze wykształconych absolwentów, a w konsekwencji kreuje pozytywny wizerunek nauki polskiej, a przez to Polski na arenie międzynarodowej. Wybitny dorobek naukowy, dydak-

tyczny i wychowawczy w okresie istnienia Uczelni w pełni uzasadnia przyznanie za rok 2002 – Akademii Medycznej w Lublinie – nominacji do tego prestiżowego tytułu.

Przekazania nominacji dla Uczelni, na ręce JM Rektora prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego, dokonali 4 kwietnia br. prezydent Światowej Federacji Henryk Czepukojć oraz przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia prof. Barbara Błońska-Fajfrowska, podczas uroczystości z okazji nadania AM w Lublinie imienia profesora Feliksa Skubiszewskiego. Uczelnia otrzymała od Fundacji dar wartości ok. 9,5 tys. zł – aparat VIO-FOR IPS, urządzenie służące do profilaktyki i leczenia wielu schorzeń za pomocą magnetostymulacji. Jest to już drogi dar Fundacji przekazany klinikom lubelskiej AM.

Obradowali rektorzy akademii medycznych

W czwartek, 3 kwietnia br., obradowała w lubelskiej AM pod przewodnictwem JM Rektora lubelskiej AM prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych w Polsce. W obradach wzięli udział Minister Zdrowia dr Leszek Sikorski. Obecność nowo mianowanego ministra podczas posiedzenia KRUM świadczy o uznaniu przez szefa resortu rangi omawianych problemów.



**Minister Zdrowia
dr Leszek Sikorski**

Rektorzy akademii medycznych debatowali nad problemami szpitali klinicznych, a zwłaszcza nad sytuacją powstałą po wprowadzeniu w życie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia. NFZ zrównuje w uprawnieniach

wszystkie szpitale, bez względu na poziom oferowanych usług. Dość powiedzieć, że z dniem 1 kwietnia br. przestały funkcjonować tzw. stopnie referencyjności określające dotychczas w sposób umowny, kto jakie usługi świadczy. Oczywisty jest fakt, że kliniki legitymujące się największą skutecznością w zakresie diagnostyki i terapii, wykonujące wysoko specjalistyczne, najkosztowniejsze badania i zabiegi oczekują większych niż pozostałe szpitale środków finansowych na swą działalność, ponieważ właśnie tu trafiają pacjenci z najtrudniejszymi i najpoważniejszymi schorzeniami. Dzielenie zatem pieniędzy „po równo” – i według zasady „kto chce najmniej ten dosta-



Prezydium Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych oraz władz resortu zdrowia

nie” – do czego mogłoby dojść po zmianie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnych jest niesprawiedliwe.

Rektorzy zgłosili propozycje konkretnych aktów wykonawczych do ustawy o NFZ.

Kolejny nurt dyskusji dotyczył prac nad projektem „Prawa o szkolnictwie wyższym”. Rektorzy wyrażają nadzieję, że w nowym Prawie znajdzie się zapis dotyczący szpitali klinicznych, ze względu na specyfikę kształcenia akademii medycznych oraz taki, który regulować będzie zasady tworzenia, określi rolę, miejsce i znaczenie szpitali klinicz-

nych, które – przypomnijmy – są bazą dla dydaktyki medycznej. Pilnego uregulowania wymaga również kwestia dotacji na świadczenia zdrowotne udzielane przez studentów (np. stomatologia). Należy także uporządkować pod względem prawnym przepisy dotyczące czasu pracy asystentów pracujących zarówno na rzecz szpitala, jak i akademii medycznej. Nad nowym „Prawem o szkolnictwie wyższym” pracuje już zespół pod kierunkiem prof. dr hab. Jerzego Woźnickiego, który uczestniczył w obradach. Wkrótce po lubelskiej Konferencji Rektorzy przekazali pod adresem wspomnianego zespołu nowe wnioski oraz propozycje.

I wreszcie ostatnia, omawiana podczas Konferencji sprawa, która spędza sen z powiek władzom uczelni medycznych – Państwowy Egzamin Lekarski. Mocą uchwalonej niedawno ustawy będą go zdawać absolwenci studiów medycznych, którzy ukończą staż podyplomowy po 1 października 2004 roku. Rektorzy dążą do sprecyzowania zadań, które zostaną im powierzone w związku z koniecznością przeprowadzenia tego egzaminu, nie wiedząc dzisiaj jakie obowiązki zleci im resort zdrowia odpowiedzialny za wdrożenie PEL.

W. M.



Rektorzy zgłosili propozycje konkretnych aktów wykonawczych do ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia

Z prac i posiedzeń Senatu

JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański otwierając IV posiedzenie (26 marca 2003 r.) Senatu kadencji 2002/2005 serdecznie powitał zebranych, a następnie przedstawił porządek posiedzenia z wnioskiem o akceptację. Senat w głosowaniu jawnym jednomyślnie zatwierdził przedstawiony porządek posiedzenia.

■ Po zaakceptowaniu porządku obrad, JM Rektor poprosił o uczczenie chwilą ciszy osób, które od nas odeszły na zawsze. Są to Profesorowie: **Michał Bokiniec, Antoni Deryło, Dyonizy Górny, Janusz Szyszko, Mieczysława Trojanowska** oraz nasza Senatkorka **dr Barbara Sztembis**.

■ Protokół z III posiedzenia Senatu członkowie Senatu otrzymali wraz z zaproszeniem na IV posiedzenie w celu zapoznania się z treścią i wniesienia ewentualnych uwag. Ponieważ nikt z obecnych nie wniósł uwag do protokołu JM Rektor poprosił Wysoki Senat o zatwierdzenie. W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie zatwierdził protokół z III posiedzenia Senatu odbytego w dniu 18 grudnia 2002 r.

■ Akademia Medyczna znajduje się w przededniu podniosłej i mitej uroczystości nadania jej imienia **prof. Feliksa Skubiszewskiego**. Uroczyste nadanie imienia odbędzie się 4 kwietnia podczas połączonych posiedzenia Senatu Uczelni i Rad Wydziałowych.

■ 3 kwietnia br. odbędzie się w naszej Uczelni posiedzenie Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych z udziałem p. **prof. Jerzego Woźnickiego**, byłego przewodniczącego KRASP, który wchodzi w skład prezydenckiego zespołu przygotowującego projekt nowej ustawy o szkolnictwie wyższym. Harmonogram prac tej komisji przewiduje: zakończenie prac nad projektem do końca kwietnia, a następnie poddanie go pod dyskusję ośrodków akademickich w Polsce. Dzięki zaproszeniu **prof. Jerzego Woźnickiego** zyskamy możliwość przedstawienia naszych uwag, propozycji dotyczących specyfiki uczelni medycznych i ich usytuowania w systemie szkolnictwa wyższego.

■ Przyszli użytkownicy zgłaszają uwagi dotyczące zasiedlenia nowego budynku Collegium Universum, których nie zgłosili wcześniej na etapie formułowania tzw. planu użytkowego. Są to wnioski m. in. o przeniesienie drzwi, zwiększenie liczby gniazd elektrycznych, zmianą ustawienia umywalk. W miarę możliwości staramy się uwzględnić te uwagi. Pociąga to za sobą wzrost kosztów, wydłuża termin oddania budynku do użytku. Przewidujemy, że po 1 maja możliwe będzie zasiedlenie skrzydła budynku usytuowanego od ul. Hirszfelda. Wprowadzenie użytkowników wraz z wyposażeniem będzie odbywało się przez boczną klatkę schodową od ul. Chodźki, bez uruchamiania wind. Główne wejście na razie będzie zablokowane do czasu ostatecznego wykończenia. Na drugą połowę czerwca przewidujemy całkowite zasiedlenie budynku. Uroczyste oddanie do użytku budynku Teoretycznych Zakładów Naukowych odbędzie się w przeddzień inauguracji nowego roku akademickiego.



Premier Leszek Miller wręczył Annie Michalak dyplom i statuetkę

► Primus Inter Pares

Anna Michalak najlepszą studentką Uczelni i województwa

Konkurs o tytuł „Primus Inter Pares” organizowany jest dla najlepiej uczących się i najaktywniejszych w pracy społecznej studentów.

Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest uzyskanie przez studenta średniej ocen minimum 4,71 za ostatnie dwa semestry z jednego kierunku studiów. Oprócz wyników w nauce, w ocenie kandydatów do miana „najlepszych wśród równych” bierze się pod uwagę ich znajomość języków obcych, pracę w studenckim ruchu naukowym, działalność w organizacjach studenckich, samorządzie studenckim, fundacjach i stowarzyszeniach, redagowanie gazet studenckich, osiągnięcia sportowe oraz różne formy aktywności artystycznej. Konkurs przebiega na trzech etapach: uczelnianym, regionalnym i ogólnopolskim. Głównym organizatorem „Primus Inter Pares” jest Zrzeszenie Studentów Pol-

skich. Historia konkursu sięga połowy lat sześćdziesiątych XX wieku. Zrodziła go potrzeba nagradzania najwybitniejszych studentów za ich wysiłek i rezultaty pracy na uczelniach i poza ich bramami. Od samego początku konkursowi towarzyszyło duże zainteresowanie i poparcie ze strony całego środowiska akademickiego. Wypracowana przez lata tradycja i marka konkursu zjednała mu przychyłność i szacunek najwyższych urzędników państwowych i samorządowych. Jego patronami są wojewodowie, marszałkowie, prezydenci miast, a ostatnio praktyką stało się obejmowanie patronatu nad konkursem przez prezydenta lub premiera RP. W regionalnym finale konkursu „Primus Inter Pares”, który

odbył się dnia 10 maja 2003 roku w Sali Błękitnej Urzędu Wojewódzkiego, Akademii Medycznej w Lublinie reprezentowali studenci **Anna Michalak** i **Jacek Szczygielski** z VI roku Wydziału Lekarskiego, **Filip Kacki** z III roku Wydziału Lekarskiego oraz **Sławomir Roś** z V roku Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu. Tytuł najlepszej studentki Akademii Medycznej w Lublinie, a także najlepszej studentki województwa lubelskiego otrzymała Anna Michalak. Dnia 21 maja 2003 roku odebrała z rąk **premiera RP Leszka Millera** dyplom i statuetkę „Primus Inter Pares”. Laureatem konkursu na szczeblu ogólnopolskim został **Łukasz Kubicki** – student SGH i Collegium Invisible Uniwersytetu Warszawskiego. Najlepsza studentka województwa lubelskiego Anna Michalak jest tegoroczną absolwentką Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Od 1998 roku udziela się aktywnie na rzecz środowiska akademickiego w Studenckim Towarzystwie Naukowym oraz Europejskim Stowarzyszeniu Studentów Medycyny. W latach 1999-2001 Ania pełniła funkcję Koordynatorki ds. Organizacji, a od dwóch lat jest Przewodniczącą EMSA-Lublin. Brała udział w organizacji wielu warsztatów i konferencji naukowych.

Działalność w Studenckich Kołach Naukowych przy Katedrze i Zakładzie Zdrowia Publicznego, przy Klinice Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej oraz przy Zakładzie Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii zaowocowała przygotowaniem kilku prac naukowych oraz udziałem w studenckich konferencjach o zasięgu ogólnopolskim i międzynarodowym. Ania publikowała również liczne artykuły popularnonaukowe w kwartalniku uczelnianym „Alma Mater”. W sierpniu 2000 roku była stypendystką DAAD (Deutscher Akademischer Austauschdienst) na Uniwersytecie Heinrich-Heine w Düsseldorfie w Niemczech. W 2002 roku otrzymała stypendium Sokrates-Erasmus, dzięki któremu przez trzy miesiące studiowała na Uniwersytecie w Lizbonie w Portugalii. Odbywała również praktyki wakacyjne na oddziale chirurgii w Szpitalu New Cross w Wolverhampton w Wielkiej Brytanii. Ania Michalak zna bardzo dobrze język angielski i niemiecki i nadal poszerza swoją wiedzę w tym zakresie uczęszczając na kursy językowe. W wolnym czasie lubi podróżować, jeździć na nartach, pływać, obejrzeć dobry film o tematyce psychologicznej lub komedię.

Red.



W towarzystwie prof. dr hab. Teresy Bachanek – prorektor do spraw studenckich AM w Lublinie

■ Zakłady Teoretyczne II – przetarg na wykonanie dokumentacji technicznej został rozstrzygnięty. Według zapewnień wykonawcy projektu w dniu 9 maja br. będzie gotowa dokumentacja techniczna wraz ze zbiorczym zestawieniem kosztów. Powierzchnia budynku wyniesie ok. 8000 m², szacunkowy koszt ok. 12-13 mln złotych.

■ Środki finansowe – Uczelnia otrzymała oficjalne pismo o wysokości środków przyznanych na rok 2003. Należy powiedzieć, że środki te nie są niższe w porównaniu z rokiem ubiegłym. Mniej jest natomiast środków przeznaczonych na pomoc materialną dla studentów, co skutkować będzie ograniczeniem zakresu remontu stołówki przy ul. Chodźki.

■ Zgodnie z ustawą o szkolnictwie wyższym władze Uczelni powołały kolejnych rzeczników dyscyplinarnych dla nauczycieli akademickich, są to: z Wydziału Lekarskiego – **prof. dr hab. Tomasz Rechberger** z II Katedry i Kliniki Ginekologii, z Wydziału Farmaceutycznego – **dr hab. Jolanta Kotlińska** z Katedry i Zakładu Farmakodynamiki.

■ Sprawy szpitali klinicznych – Minister Zdrowia **p. Marek Balicki** jest inicjatorem „okrągłego stołu” w służbie zdrowia. Do udziału w obradach zostało zaproszonych kilkadziesiąt podmiotów. Pierwsze, dwudniowe spotkanie przewidziano na 24-25 kwietnia br., na którym planuje się powołanie zespołów tematycznych: ekonomia, organizacja, zawody medyczne, samorządy terytorialne.

■ Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych w dniu 3 kwietnia br. wytypuje przedstawicieli poszczególnych uczelni do pracy w wymienionych zespołach. Organizator „okrągłego stołu” w piśmie powiadającym prosił podmioty o wskazanie kto będzie je reprezentował. Z naszej Uczelni będą to: Radca Prawny – **mgr Ewa Abramek**, Prorektor ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego – **prof. dr hab. Andrzej Książek**, Rektor – **prof. dr hab. Maciej Latański**.

■ 1 kwietnia br. wchodzi w życie ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia. Należy stwierdzić, że nie zawiera zapisu o szpitalach klinicznych. Wobec tego podczas Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych w dniu 3 kwietnia br. chcemy przygotować pismo do Ministra Zdrowia ze wskazaniem miejsc w ustawie do uwzględnienia interesów szpitali klinicznych w przepisach wykonawczych.

Sytuacja finansowa polskich szpitali klinicznych ogólnie jest bardzo zła. Jest Uczelnia, której szpitale kliniczne odnotowały łącznie 120 mln złotych zadłużenia. Nasze trzy szpitale kliniczne mają za rok 2002 ujemny wynik finansowy w granicach łącznie ok. 12 mln zł. Naszą stosunkowo dobrą sytuację zawdzięczamy podjętym wcześniej działaniom restrukturyzacyjnym, oszczędnościowym (wyprowadzenie służb pomocniczych na zewnątrz, oszczędna gospodarka lekami itp.). Wśród propozycji na „okrągły stół” będzie prawdopodobnie wniosek, aby wprowadzić pewną niewielką odpłatność za usługi służby zdrowia np. za 1 dzień pobytu w szpitalu 15-20 zł, albo za zgłaszanie się po poradę 5 zł. W przeciwnym razie trudno będzie uniknąć dalszego zadłużenia się zakładów opieki zdrowotnej.

Z prac i powieści Szwajcra

■ **Prof. dr hab. Kazimierz Główniak** – Prorektor ds. Nauki przedstawił Wysokiemu Senatowi wniosek Dziekana Wydziału Lekarskiego wraz z uchwałą Rady Wydziału z dnia 20 marca 2003 roku w sprawie nadania tytułu doktora honoris causa Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie **Profesorowi Nathanowi Woolfowi Levinowi** – Dyrektorowi Instytutu Nefrologii w Nowym Jorku.

Profesor Nathan Levin urodził się 21 grudnia 1934 roku w Johannesburgu w Republice Południowej Afryki. Studia medyczne ukończył w University of the Witwatersand w Johannesburgu. W 1969 roku uzyskał American Board of Internal Medicine, a w 1970 został członkiem American College of Physicians. W 1974 roku Prof. Levin uzyskał specjalizację w zakresie nefrologii. Od 1962 roku rozpoczął pracę na terenie USA będąc kolejno: asystentem w International Fellowship Presbyterian St. Luke's Hospital and Univ. of Illinois, Chicago, kierownikiem Oddziału Nefrologii w V. A. Research Hospital, Chicago, kierownikiem Kliniki Nefrologii i Nadciśnienia w Henry Ford Hospital w Detroit, kierownikiem Kliniki Nefrologii i Nadciśnienia w Beth Israel Medical Center w Nowym Jorku. Od 1997 roku do chwili obecnej Prof. Nathan Levin jest dyrektorem naukowym i medycznym Renal Research Institute w Nowym Jorku, będącym największą na świecie placówką zajmującą się leczeniem dializami pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek (ponad 8.300 pacjentów).

Prof. Nathan Levin jest obecnie jedynym z najbardziej znanych i cenionych nefrologów na świecie, o czym świadczy jego ogromny dorobek naukowy obejmujący ponad 300 publikacji naukowych we wszystkich prestiżowych czasopismach naukowych oraz autorstwo szeregu podręczników z zakresu nefrologii i medycyny wewnętrznej. Jest jednym z twórców zaleceń dotyczących leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek będąc wieloletnim prezydentem National Kidney Foundation Council on Dialysis Executive Committee, którego jest wiceprezydentem w chwili obecnej, byłym prezydentem Renal Physician Association, prezydentem RPA Research and Education Foundation oraz Clinical Practice Committee American Society of Nephrology. Owocem pionierskich prac w zakresie adekwatności dializy oraz nowych technik dializacyjnych były liczne prestiżowe nagrody i wyróżnienia; USPHS/NIH Research Award, Chicago Heart Association Research Award, Michigan Kidney Foundation Research Awards, Michigan Department of Public Health Research Award, NIH Award oraz wielu innych. Należy podkreślić ogromną aktywność Profesora Levina w zakresie współpracy międzynarodowej. Owocna współpraca pomiędzy Katedrą i Kliniką Nefrologii Akademii Medycznej w Lublinie a Kliniką Nefrologii i Nadciśnienia Beth Israel Medical Center, a następnie Renal Research Institute rozpoczęła się ponad 10 lat. Od tego momentu Prof. Levin wielokrotnie odwiedzał Lublin oraz naszą Uczelnię prowadząc wykłady oraz kursy naukowe. Na stypendiach i gościnnych wykładach w Renal Research Institute w latach 1994-2001 przebywało 3 pracowników Kliniki Nefrologii. Dzięki pomocy prof. Nathana Levina nasza klinika otrzymała sprzęt do monitorowania procesu dializy o wartości 25.000 USD,

Stypendia Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej

Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej już po raz 11 z rządu przyznała 108 stypendiów dla młodych naukowców z różnych dziedzin nauki i techniki, aby wesprzeć ich wysiłki i starania w rozwijaniu myśli twórczej.

Głównym zadaniem Fundacji są wszelakie działania mające służyć „nauce w Polsce” – tzn. wesprzeć finansowo tych, którzy zafascynowani wiedzą, zdobytą na studiach, pragną ulepszyć i zmienić rzeczywistość. Każdy z nich ma nadzieję, że odkryje coś, co stanie się epokowym dziełem dla przyszłych pokoleń. Jednakże pochłonięci całkowicie swoją pasją – zderzają się nagle z kosztami dnia codziennego. Dewizą FNP jest „wspieranie najlepszych, aby mogli się stać jeszcze lepsi” i mogli nadal rozwijać „Polską myśl naukowo-techniczną”, zamiast szukać dodatkowego zajęcia umożliwiającego im przeżycie „od pierwszego do pierwszego”. Przyznanie tego prestiżowego stypendium wiąże się z wielkim wyróżnieniem, gdyż najczęściej spośród setek kandydatów zgłaszających się do konkursu tylko sami najlepsi otrzymują to wyróżnienie. Podstawowym kryterium przyznania stypendium jest udokumentowany publikacjami dorobek naukowy (najwyżej cenione są prace zamieszczone w pismach o zasięgu międzynarodowym, jak również uznawane za wiodące w danej dziedzinie nauki). Oprócz publikacji, pod uwagę brane są również prace dokumentujące inwencję twórczą i samodzielność badawczą, związane z dogłębnym opracowaniem problemu badawczego (np. własne granty badawcze lub ścisła współpraca z innymi jednostkami naukowymi). Ważny jest także udział w konferencjach naukowo-szkoleniowych o zasięgu międzynarodowym, jak i licznych krajowych konferencjach te-



matycznych.

Gdy spełnione są te kryteria, wówczas bez obaw można ubiegać się o zaszczytne miejsce w panteonie stypendystów FNP. Wraz z przyznaniem stypendium FNP, na laureata spadają obowiązki, do których należy przede wszystkim kontynuacja pracy naukowej (a nawet jej zintensyfikowanie). Jedyną niedogodnością jest fakt, że przez okres pobierania stypendium nie można opuścić kraju na okres dłuższy niż dwa miesiące, tak więc nie można uczestniczyć w szkoleniach zagranicznych i łączyć zagranicznych staży naukowych. Szczegóły na temat przyznawania stypendiów jak i formularz zgłoszenia dostępne są na stronie internetowej Fundacji www.fnp.org.pl lub na życzenie, pod adresem fnp@fnp.org.pl. W gronie tegorocznych stypendystów FNP znaleźli się dwaj pracownicy naukowcy Uczelni. **Lek. med. Piotr Luchowski** – tegoroczny laureat stypendium krajowego dla młodych naukowców Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej w dziedzinie medycyny. Lubelską AM na wydziale lekarskim ukończył w 2000 roku. Początkowo jako student, a obecnie jako specjalista dydaktyczno-badawczy pracuje w Katedrze Farmakologii pod opieką **dr hab. Ewy Urbańskiej**, oraz w Klinice Neurologii AM, gdzie odbywa staż specjalizacyjny. Główne zainteresowania badawcze lek. Piotra Luchowskiego dotyczą schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, m. in. etiopatoge-



Lek. med. Piotr Luchowski

nezy padaczki, oraz układu sercowo-naczyniowego. Przewodzi również badania roli kwasu kynureninowego, jedyne endogenne antagonisty receptorów dla aminokwasów pobudzających, w schorzeniach neurodegeneracyjnych oraz doświadczalnej ischemii OUN.

W chwili obecnej jest współautorem ośmiu prac o łącznym IF 12,0, opublikowanych m. in. w *Neuroscience Letters* i *European Journal of Pharmacology*, oraz kilkunastu doniesień zjazdowych prezentowanych w kraju i za granicą. Przyznane stypendium chce przeznaczyć na dofinansowanie wyjazdu do zagranicznego ośrodka naukowego oraz badania eksperymentalne konieczne do ukończenia pracy doktorskiej.

Lek. med. Jarogniew Łuszczki – już w trakcie studiów żywo zainteresował się pracą badawczo-doświadczalną prowadzoną w Katedrze i Zakładzie Farmakologii i Toksykologii



Lek. med. Jarogniew Łuszczki

AM w Lublinie, gdzie od 1996 r. pracował pod kierownictwem **prof. dr hab. dr h. c. mult. Zdzisława Kleinroka**. W roku akademickim 1998/1999 za osiągnięcia naukowe otrzymał Stypendium Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W 1999 r. uzyskał dyplom lekarza medycyny i zaraz po skończeniu studiów rozpoczął staż podyplomowy w SPSK nr 4 w Lublinie. W trakcie stażu (2000 r.) został przyjęty na studia doktoranckie w Katedrze i Zakładzie Patofizjologii AM w Lublinie, gdzie pod kierownictwem **prof. dr hab. Stanisława Jerzego Czuczvara** przygotowuje rozprawę doktorską. Wykonywane prace naukowo-badawcze zaowocowały licznymi publikacjami (7) w czasopiśmie zagranicznych. Ponadto brał czynny udział w 14 zjazdach i konferencjach naukowo-szkoleniowych o zasięgu krajowym (9) i międzynarodowym (5).

W latach 2000-2002 był wykonawcą w dwóch projektach naukowych finansowanych przez KBN, natomiast w 2001 r. Komitet Badań Naukowych powierzył mu kierownictwo nad projektem badawczym pt.: „Analiza izobolograficzna interakcji pomiędzy tiagabiną, a lekami przeciwpadaczkowymi w doświadczalnym modelu padaczki” – zakończonym w grudniu 2002.

W lipcu 2002, otrzymał stypendium konferencyjne z Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej oraz został stypendystą International Brain Research Organization, umożliwiające prezentację pracy na „3rd Forum of European Neuroscience” w Paryżu.

W październiku 2002 roku został przyjęty na etat naukowo-dydaktyczny w Katedrze i Zakładzie Patofizjologii AM w Lublinie. Natomiast w lutym 2003, został laureatem konkursu o Stypendium krajowe dla młodych naukowców z Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej.

dzięki któremu rozpoczęto nowatorskie prace w zakresie monitorowania przestrzeni wodnych u pacjentów dializowanych za pomocą bioimpedancji, czego owocem było uzyskanie prestiżowych grantów naukowych. Owocem współpracy naukowej są także liczne wspólne publikacje w renomowanych czasopiśmie nefrologicznych.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat pozytywnie zaopiniował wniosek o nadanie tytułu doktora honoris causa Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie **profesorowi Nathanowi Woolfowi Levinowi** oraz podjął uchwałę w tej sprawie.

■ Wysoki Senat pozytywnie zaopiniował wnioski Rady Wydziału Lekarskiego o powołanie **prof. dr hab. Jacka Wojcierowskiego** – kierownika Zakładu Genetyki Medycznej, **prof. dr hab. Andrzeja Gregosiewicza** – z Katedry i Kliniki Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji na stanowisko profesora zwyczajnego w Uczelni.

■ Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **dr hab. Janusza Kleinroka** na stanowisko Kierownika Katedry i Zakładu Protezy Stomatologicznej Akademii Medycznej w Lublinie.

■ Wysoki Senat pozytywnie zaopiniował 6 wniosków Dziekana Wydziału Lekarskiego, o przedłużenie zatrudnienia na stanowisku kierownika: Katedry i Zakładu Ortopedii Szczękowej **prof. dr hab. Anny Komorowskiej**, Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej **Prof. dr hab. Jerzego Kowalczyka**, Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych **prof. dr hab. Romany Modrzewskiej**, Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii **prof. dr hab. Andrzeja Nestrowicza**, Katedry i Zakładu Fizjologii Człowieka **prof. dr hab. Andrzeja Niechaja**, Katedry i Zakładu Chemii Ogólnej **prof. dr hab. Kazimierza Pasternaka**, oraz wniosek o przedłużeniu zatrudnienia na stanowisku Kierownika Międzywydziałowego Zakładu Matematyki i Biostatystyki Medycznej **dr Marianowi Jędrzychowi**.

■ Senat jednomyślnie pozytywnie zaopiniował wniosek w sprawie powołania **mgr Renaty Birskiej** na stanowisko Dyrektora Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia zniesienia Zakładu Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, uchwałę w sprawie zatwierdzenia zniesienia Zakładu Historii Nauk Medycznych Katedry Nauk Humanistycznych na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, oraz uchwalili powołanie Samodzielnej Pracowni Ratownictwa Medycznego oraz Biura Karier przy Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, a także powołanie Międzywydziałowego Zakładu Historii Nauk Medycznych.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia utworzenia Ośrodka Kształcenia Podyplomowego.

■ Rada Wydziału Farmaceutycznego na posiedzeniu w dniu 6 marca 2003 roku podjęła uchwałę w sprawie utworzenia ogólnodostępnej Apteki Akademickiej która będzie zlokalizowana w budynku Teoretycznych Zakładów Naukowych Akademii Medycznej przy zbiegu ul. Chodźki i Hirszfelda.

Apteka ta będzie spełniała pomocną rolę w realizacji procesu dydaktycznego: ćwiczenia z farmacji stosowanej, studenckie praktyki wakacyjne, pełna informacja o leku, wprowadzenie nowoczesnych metod dystrybucji leków oraz staże podyplomowe.

Apteka będzie działała w formie wydzielonej działalności gospodarczej. Przewiduje się zatrudnienie kierownika apteki oraz czterech osób personelu, na etatach akademickich. Wyposażenie apteki będzie zakupione przez sponsorów (hurtownie farmaceutyczne oraz Fundacja Wydziału Farmaceutycznego).

W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie pozytywnie zaopiniował wniosek o prowadzeniu przez Akademię Medyczną wydzielonej działalności gospodarczej w formie ogólnodostępnej Apteki Akademickiej.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia powołania Komórki Audytu Wewnętrznej i zmiany Statutu. Audyt wewnętrzny w AM przeprowadza audytor zatrudniony w Uczelni w oparciu o plan opracowany na podstawie analizy obszarów ryzyka obejmujących gromadzenie środków publicznych i dysponowanie nimi.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Samorządu Studentów.

■ Senat zatwierdził jednomyślnie protokoły z posiedzeń Rad Wydziałowych: Lekarskiego, Farmaceutycznego oraz Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu.

■ Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie powołania **prof. dr hab. Ryszarda Kocjana** na członka Rady Społecznej SP Szpitala Klinicznego nr 4.

■ JM Rektor **prof. dr hab. Maciej Latalski** przedstawił sprawę planowanego ładowiska dla śmigłowców sanitarnych w rejonie szpitali klinicznych. W obszarze, gdzie znajdują się trzy szpitale: SP Szpital Kliniczny Nr 4, Dziecięcy Szpital Kliniczny oraz Wojewódzki Szpital im. Jana Bożego, brak jest ładowiska dla śmigłowców ratowniczych.

W związku z tym powstał projekt, aby taki obiekt powstał wspólnymi siłami: Akademii Medycznej, która miała użyć teren ok. 3.200 m², łącznie z drogami dojazdowymi ok. 6000 m² i Samorządu Województwa Lubelskiego, który poprzez Komitet Sterujący Restrukturyzacją w Służbie Zdrowia miał przeznaczyć 400 tys. złotych na realizację. W tej chwili te pieniądze są w tzw. rezerwie finansowej Ministerstwa Finansów bez gwarancji, że te środki rzeczywiście wpłyną. Prócz tego okazuje się, że nie chodzi o użyczenie terenu ze strony Akademii Medycznej, ale o trwałe jego oddanie. W chwili obecnej negocjacje toczą się w kierunku, aby kwotę 400 tys. zł z rezerwy finansowej Ministerstwa Finansów przekazało Uczelni, a my ładowisko wybudujemy na własnym terenie. Do czasu wyja-

Prof. B. Fąfrowicz i dr A. Józwiakowski wyróżnieni Medalem Lubelskiej Izby Lekarskiej

Podczas XIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w dniu 29 marca 2003 r. kilku lekarzom wręczono pamiątkowe Medale Lubelskiej Izby Lekarskiej. W gronie uhonorowanych znaleźli się **prof. dr hab. Biruta Fąfrowicz** oraz **dr n. med. Andrzej Józwiakowski**.



Profesor Marian Kazimierz Klamut, który napisał pod adresem kapituły list promujący, tak oto scharakteryzował Panią Profesor.

Prof. dr hab. Biruta Fąfrowicz należy do coraz rzadziej spotykanych w lekarskim świecie osobowości, które obok perfekcyjnego opanowania i wykorzystywania w leczeniu najnowszej wiedzy biotechnicznej zawsze pamiętają, że pacjent to cierpiący człowiek, ze swymi złożonymi problemami



emocjonalnymi, społecznymi i środowiskowymi. (...) Jej postawę i zasady życiowe kształtowali wspaniali nauczyciele. Wskrzęsza ustawicznie ich dobre imię we własnych, licznych, przepojonych głębokim humanizmem artykułach, gdzie wyraża tak rzadko dziś spotykaną wdzięczność, a swoich mistrzów wskazuje jako najgłębsze źródło własnych przeżyć, życiowych osiągnięć. (...) Klarowny system przyjętych przez prof. B. Fą-

► Wybory władz LTN

Prof. M. Wielosz sekretarzem generalnym

Ostatnio, 6 maja br. odbyły się wybory władz Lubelskiego Towarzystwa Naukowego na kadencję 2003-2007.

Funkcję prezesa zarządu LTN powierzono ponownie, w jednomyślnym głosowaniu, **prof. dr hab. dr h. c. Edmundowi Prostowi**. Wybrano także wiceprezesów: **ks. prof. dr**

hab. Andrzeja Szostka (KUL) i **prof. dr hab. Artura Korobowicza (UMCS)** – ponownie. Sekretarzem generalnym został ponownie reprezentant naszej uczelni **prof. dr hab.**

frowicz zasad etycznych, zgodność słów i czynów, szczerość i służba prawdzie leżą zapewne u podstaw Jej wewnętrzne go spokoju, zadowolenia z życia, harmonijnej współpracy z otoczeniem, sympatii i życzliwości dla innych oraz poczucia zdrowego humoru. (...) Ma odwagę i potrzebę pisania o znaczeniu w życiu człowieka grzeczności, uprzejmości, skromności oraz wagi takich słów jak: dziękuję, proszę, przepraszam, używanych coraz rzadziej, i jakby wstydliwie. Zabiera również głos na temat niepokojących zjawisk socjospołecznych – korupcji, nepotyzmu, bezduszności, braku współczucia, które tak bardzo obniżają autorytet środowiska naukowego, a zawodo- wi lekarza odbierają dobre imię i społeczne zaufanie. Prof. dr hab. Biruta Fąfrowicz przez wiele lat kierowała Katedrą i Kliniką Chorób Płuc

i Gruźlicy AM w Lublinie. Dziś prowadzi czynną działalność edukacyjną w Uniwersytecie III Wieku. Jest również częstym gościem na łamach „Alma Mater”, szanowaną Damą, poważanym lekarzem. **Dr n. med. Andrzej Józwiakowski** ma wielkie zasługi w umacnianiu etosu lekarza. Własną postawą wielokrotnie dawał świadectwo profesjonalizmu nacechowanego troską o zdrowie chorego człowieka, oczekującego ulgi w cierpieniach. Uczestniczył w reaktywowaniu samorządu lekarskiego. W 1980 roku organizował w Uczelni oraz w regionie środkowo-wschodnim NSZZ „Solidarność”. Za działalność wolnościową oraz walkę o prawa demokratyczne w stanie wojennym aresztowany, a następnie internowany. Dr n. med. Andrzej Józwiakowski rozpoczął pracę nako- wo-dydaktyczną jako asystent w Zakładzie Fiziologii, następnie przez wiele lat był adiunktem

I Katedry i Kliniki Chirurgii AM.

Obojgu wyróżnionym składamy najserdeczniejsze gratulacje.



Marian Wielosz. Prezes zapowiedział m. in. dalsze starania o przyznanie Lubelskiemu Towarzystwu Naukowemu prawa wieczystego użytkowania dotychczasowej siedziby – Pałacu Czartoryskich. LTN zrzesza ponad 700 członków, głównie pracowników nauki z lubelskiego ośrodka akademickiego. Towarzystwo przyznaje doroczną nagrodę naukową tzw. Lubelskiego Nobla za największe osiągnięcia w pracy badawczej, oraz na-

daje honorowe wyróżnienia najwybitniejszym przedstawicielom lubelskiej nauki. Warto podkreślić, że to dzięki aktywności i zaangażowaniu prezesa prof. dr hab. dr h. c. Edmunda Prosta ogromnie wzrósł prestiż i społeczne uznanie Lubelskiego Towarzystwa Naukowego. LTN oraz jego prezes otrzymali nagrodę Towarzystwa Ubezpieczeniowego Allianz „Kultura Nauka Media”

śnienia sytuacji wskazane byłoby wstrzymanie się z decyzją przekazania podmiotowego terenu.

■ JM Rektor przedstawił sprawę udziału profesorów z uczelni państwowych w powstających uczelniach niepaństwowych. Powstają prywatne wyższe szkoły medyczne, które ubiegają się o akredytację. Aby to osiągnąć zapraszają do współpracy profesurę z uczelni państwowych. Również do pracowników naszej Uczelni wpłynęło takie zaproszenie. Sprawa ta będzie poruszona na posiedzeniu Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych w dniu 3 kwietnia br. Należy stwierdzić, że przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich **prof. dr hab. Franciszek Ziejka** stoi jednoznacznie na stanowisku, iż profesor uniwersytetu czynny zawodowo nie powinien podejmować pracy jednocześnie w uczelni prywatnej. Władze Uczelni stojąc na podobnym stanowisku apelują do naszego środowiska profesorskiego – profesorowie czynni zawodowo nie powinni wspierać konkurencji.

■ JM Rektor poinformował Senat, iż na wcześniejszą emeryturę odchodzi p. **Barbara Komor** – Dyrektor ds. Pracowniczych AM, długoletni, zasłużony i wysoko ceniony pracownik Akademii Medycznej. Z dniem 31 marca br. został powołany jako pełniący obowiązki Dyrektora ds. Pracowniczych **mgr Maciej Juszczyk**, dotychczas pracujący w Zespole ds. Monitoringu Szpitali Klinicznych Akademii Medycznej, a wcześniej zatrudniony w SP SK nr 4. JM Rektor dziękując wszystkim za przybycie i udział w obradach zamknął IV posiedzenie Senatu kadencji 21002/2005 zapraszając jednocześnie na najbliższe kolejne posiedzenie w maju br.

JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański otwierając V posiedzenie (7 maja 2003 r.) Senatu kadencji 2002/2005 serdecznie powitał zebranych, a następnie przedstawił porządek posiedzenia z wnioskiem o akceptację. Senat w głosowaniu jawnym jednogłośnie zatwierdził przedstawiony porządek posiedzenia.

■ JM Rektor **prof. dr hab. Maciej Latański** otwierając V posiedzenie Senatu kadencji 2002/2005 serdecznie powitał zebranych, a następnie przedstawił porządek posiedzenia z prośbą o akceptację. Następnie JM Rektor poprosił o uczenie chwilą ciszy osób, które od nas odeszły na zawsze. Są to: **prof. dr hab. Romuald Buliński** oraz **Krystyna Nowakowska** – emerytowana, długoletnia pracownica Uczelni, jako pierwsza objęła stanowisko Sekretarza Rektora. Wysoki Senat jednogłośnie zatwierdził protokół z IV posiedzenia Senatu odbytego w dniu 26 marca 2003 r.

■ JM Rektor poinformował Wysoki Senat, iż w okresie od ostatniego posiedzenia Senatu kontynuowane były przez Władze Uczelni starania na rzecz pomyślnego sfinalizowania sprawy budowy lądowiska dla helikopterów sanitarnych. Z pisma jakie otrzymała

Uczelnia od Marszałka Województwa Lubelskiego wynika, że środki finansowe na realizację zadania inwestycyjnego pod nazwą budowa lądowiska dla helikopterów w Lublinie dla potrzeb regionalnego systemu ratownictwa medycznego, są zagwarantowane w budżecie samorządu województwa i przewidziane do wydatkowania w roku bieżącym.

Aby zadanie mogło być zrealizowane Samorząd Województwa musi mieć zagwarantowane prawo udziału w użytkowaniu wieczystym części działki Akademii Medycznej niezbędnej do budowy lądowiska. Jest to istotna i korzystna zmiana stanowiska Władz Samorządowych, które przedtem oferowały środki finansowe będące w rezerwie finansowej Ministra Finansów. W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednoznacznie podjął uchwałę w tej sprawie.

■ Urząd Miejski otrzymał pieniądze na przebudowę skrzyżowania ulic Radziwiłłowskiej i 3-go Maja, do wykorzystania w bieżącym roku. Konieczne do tego poszerzenie ulicy Radziwiłłowskiej będzie się odbywało kosztem części terenu będącego za ogrodzeniem Kliniki Dermatologicznej. Wiąże się z tym konieczność wyburzenia portierni, likwidacja kiosku, przeniesienie pomieszczenia agregatu elektrycznego, wykonanie nowego ogrodzenia. Gmina Miasto Lublin wykona na swój koszt i własnym staraniem przeniesienie na nowe miejsce niezabudowanych szpitalowi urządzeń. Dodatkowym warunkiem Akademii Medycznej jest wykwaterowanie i przeniesienie do lokali zamiennych, lokatorów nieruchomości położonej w Lublinie przy ul. dr K. Jazewskiego 4.

W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednoznacznie pozytywnie podjął uchwałę w sprawie stanowiska dotyczącego projektu porozumienia pomiędzy Akademią Medyczną w Lublinie, Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym nr 1 oraz Gminą Miasto Lublin.

■ Rozmowy w Ministerstwie Zdrowia prowadzone przez JM Rektora z nowym Ministrem Zdrowia p. Leszkiem Sikorskim wykazały, iż w tej sprawie mamy potwierdzenie kontynuacji finansowania naszej inwestycji. W tym też celu konieczne jest podjęcie przez Senat Uczelni uchwały w sprawie otwarcia tytułu inwestycyjnego pod nazwą „Zakłady Teoretyczne II Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie”. JM Rektor odczytał projekt uchwały o treści:

§ 1. Zatwierdza się w roku 2003 tytuł inwestycyjny pod nazwą „Zakłady Teoretyczne II Akademii Medycznej im prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie”

§ 2. Koszty opracowania dokumentacji projektowej budowlanej i wykonawczej "Zakładów Teoretycznych II AM" będą sfinansowane ze środków własnych.

§ 3. Przewiduje się, że finansowanie inwestycji, o której mowa w § 1, będzie odbywać się:

- a) w 2003 roku – ze środków własnych,
- b) w 2004 roku – ze środków budżetowych zgłoszonych w planie do Ministerstwa Zdrowia w wysokości 10.000.000 złotych oraz ze środków własnych w wysokości 2.600.000 złotych (wniosek Rz-9 z dnia 15.05.2003 r. złożony w Ministerstwie Zdrowia).

W Lublinie, we wrześniu

III Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

W dniach 11-13 września 2003 roku odbędzie się w Lublinie III Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (PTMR).

Organizatorem Zjazdu jest Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Lublinie kierowany przez **prof. dr hab. Jerzego Łopatyńskiego**. Inicjatorem lubelskiego spotkania jest **prof. dr hab. Andrzej Steciwko**, Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu. Od strony technicznej obsługą Zjazdu zajmuje się dobrze nam znana ze swojej rzetelności firma Agora International kierowana przez **mgr Małgorzatę Hein**. Patronat honorowy będzie sprawować JM Rektor AM w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański**, który przez wiele lat promował medycynę ogólną, w istocie medycynę rodzinną, jak to się teraz powszechnie określa tę specjalność.

Zgodnie z dotychczasową tradycją swój udział zapowiedziało wiele znakomitych autoritetów z wiodących ośrodków w kraju. Otrzymałymi propozycje 119 tematów wykładów obejmujących problemy, z jakimi spotykają się lekarze rodzinni podczas ich codziennej praktyki, które to zostaną zaprezentowane w poszczególnych sesjach tematycznych. Oprócz wykładów odbędzie się również sesja plakatowa. Aby obrady przebiegały w miłej atmosferze zaplanowano dodatkowe atrakcje.

Oczywiście nie obejdzie się bez spotkań towarzyskich:

staropolskiej biesiady ludowej na terenie Muzeum Wsi Lubelskiej i występów między innymi Aloszy Awdiejewa, Roberta Janowskiego z zespołem AKT i Jerzego Kryszaka. Zaplanowano również występy lubelskich artystów: grupy Lubelska Federacja Bardów oraz młodych skrzypków – uczestników największego na świecie konkursu młodych skrzypków im. Henryka Wieniawskiego.

Szacujemy, że w lubelskim zjeździe weźmie udział od 1 do 2 tys. lekarzy i innych uczestników z całego kraju. Tradycja zjazdów PTMR rozpoczęła się od pierwszego spotkania, które miało miejsce w dniach 11-12 maja 2001 roku w Szczecinie i połączone było z III Krajową Konferencją Naukową „Kształcenie Przeddyplomowe w Medycynie Rodzinnej”. Zjazd zorganizowany był przez Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej PAM w Szczecinie pod kierownictwem prof. dr hab. Tadeusza Kozielca, zaś współorganizatorem i patronem zjazdu było PTMR pod przewodnictwem **prof. dr hab. Andrzeja Steciwko**. W zjeździe wzięło udział około 600 osób z całej Polski, a wiodącym tematem obrad był „Pacjent przewlekle chory w praktyce lekarza rodzinnego”. Wygłoszono szereg ciekawych wykładów, a także odbyły się obrady okrągłego stołu, podczas których poruszono problemy dotyczące nauczania medycyny rodzinnej i zaproponowano istotne zmiany w programie

nauczania tej dziedziny medycyny.

Drugi zjazd PTMR, pod hasłem „Wyzwania dla medycyny rodzinnej u progu XXI wieku”, odbył się w dniach 9-11 maja 2002 roku w Łodzi. Organizatorami byli: kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi **profesor Ewa Ratajczyk-Pakalska** oraz profesor Andrzej Steciwko. W obradach wzięło udział ponad 600 lekarzy, którzy wysłuchali 44 wykładów wygłoszonych w sześciu sesjach plenarnych, a także licznych wystąpięń prezentowanych w sześciu sesjach satelitarnych, dwóch sesjach prac naukowych i dwóch sesjach plakatowych.

Zgodnie z tradycją odbyła się również konferencja Okrągłego Stołu tym razem poświęcona problemom diagnostyki i terapii okresu menopauzalnego. Odbyła się także konferencja omawiająca standardy postępowania w astmie oskrzelowej.

Dotychczasowe spotkania lekarzy rodzinnych i ich wykładówce były wyjątkowo udane. Mamy nadzieję, że spotkania lubelskie nie będą gorsze. Serdecznie wszystkich – nie tylko lekarzy rodzinnych – na nie zapraszamy.

PROF. DR HAB.
JERZY ŁOPATYŃSKI
LEK. MED.
IWONA CHMIEL-PERZYŃSKA

III Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w dniach 11–13 września 2003 roku Centrum Kongresowe Akademii Rolniczej Lublin, ul. Akademicka 13

Organizator Zjazdu:

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Katedry Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej w Lublinie
ul. Staszica 13, 20-081 Lublin
tel. (0-81) 532 34 43

Zgłoszenia uczestnictwa

w terminie do 30 czerwca 2003 roku
prosimy kierować na adres:
Agora Intl. ul. Nałkowskiej 3, 60-573 Poznań
Tel. (0-61) 847 12 80; 847 12 89; fax (0-61) 8443 91 64
e-mail: biuro@agoraintl.pl

Opłata zjazdowa

do dnia 30 czerwca 2003 – 100 PLN
po 1 lipca 2003 – 200 PLN
Udział w imprezach towarzyszących – 50 PLN

Istnieje możliwość rezerwacji miejsc noclegowych
Więcej informacji na stronach internetowych:

www.agoraintl.pl

§ 4. Upoważnia się JM Rektora do podejmowania wszelkich czynności prawem przewidzianych zmierzających do pozyskiwania środków finansowych umożliwiających zakończenie sfinansowania inwestycji, której wartość szacunkową ustalono w kwocie 12.600.000 złotych.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednoznacznie pozytywnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia otwarcia tytułu inwestycyjnego pod nazwą „Zakłady Teoretyczne II Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie”.

■ W budynku Teoretycznych Zakładów Naukowych (Collegium Universum) można przystąpić do tzw. odbioru wewnętrznego skrzydła „B” – część budynku od ul. Chodźki. Po 15 maja można będzie przystąpić do zasiedlania, tak więc terminy oddania do użytku w żaden sposób nie są zagrożone.

■ Rozpoczęte obrady Okrągłego Stołu w dniu 24 kwietnia br. miały głównie charakter organizacyjny. Wyloniono pięć zespołów wraz z terminami pierwszych spotkań: Zespół ekonomiczny, Zespół organizacyjny, Zespół zawodowy, Zespół samorządowy, Zespół praw pacjenta. Posiedzenie Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych w Krakowie w dniu 20 maja br. odniesie się do obrad „Okrągłego Stołu”. Jego głównym tematem będą postulaty KRUM w stosunku do spraw „Okrągłego Stołu”.

■ Wygasa umowa najmu ze Zgromadzeniem Sług Jezusa, na podstawie której Klinika Okulistyczna miała siedzibę przy ul. Chmielnej. Ocena techniczna przeprowadzona na koszt zgromadzenia zakonnego wykazała, że koszt niezbędnych prac remontowych wyniesie 5 mln złotych, ponadto Urząd Zamówień Publicznych wyraził zgodę na umowę najmu tylko na 10 lat. Na naszą propozycję zakupu budynku przy ul. Chmielnej partner negocjacji nie wyraził zgody. Wobec powyższego negocjacje obecnie prowadzone są w kierunku, aby z budynku korzystać do 30 czerwca 2004 r. Ten okres należy wykorzystać, aby dla Klinik Okulistycznych znaleźć nową siedzibę.

Sprawy szpitali klinicznych:

■ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1. Sąd w swoim wyroku kasacyjnym uznał za obowiązującą umowę z 1997 roku szpitali klinicznych, uczelni i Ministerstwa Zdrowia dotyczącą wynagrodzeń zatrudnionych w szpitalach anestezjologów. Jeśli ten wyrok będzie realizowany powstaje pytanie skąd wziąć 3 mln złotych w budżecie SP SK nr 1. Ta kwota to kwartalna wartość kontraktu z Oddziałem Funduszu Zdrowia. W związku z tym największy niepokój budzi przyszłość Szpitala Klinicznego Nr 1, naszej bazy dydaktycznej.

■ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4. Szpital ten ma najgorszy wynik finansowy za ubiegły rok spośród naszych szpitali klinicznych. Jednostka ta ma już tzw. wierzycelności wymagalne.

Wysoki Senat Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

■ Dyrektorzy wszystkich szpitali zostali poproszeni o analizę sytuacji i działania, aby wynik finansowy za 2003 rok wyszedł na „zero”. W grę wchodzi redukcja łóżek, redukcja personelu. Zakład Medycyny Nuklearnej przejęty będzie przez Akademię Medyczną, niestety będzie się to również wiązało z redukcją zatrudnienia. Dług tego Zakładu to około 20% całego zadłużenia szpitala. Są to trudne decyzje, ale niezbędne dla funkcjonowania Uczelni. Proszę o poparcie i zrozumienie dla decyzji dyrektorów szpitali.

■ Dziecięcy Szpital Kliniczny.

Dramatyczna sytuacja diagnostyki obrazowej. Działa w tym szpitalu tylko jeden aparat, dwa pozostałe są uszkodzone. Po naradzie Kolegium Rektorskiego rozważany jest kredyt bankowy na warunkach komercyjnych, który trzeba będzie sukcesywnie spłacać. Władze Uczelni apelują do wszystkich kierowników klinik o zrozumienie i współdziałanie z dyrektorami szpitali w ich działaniach na rzecz ograniczenia kosztów. Sprawa jest tym bardziej istotna, iż po rozmowach w Ministerstwie Zdrowia w ostatnim okresie można powiedzieć, że możemy liczyć tylko na siebie, żadnej pomocy z zewnątrz nie będzie.

■ Wysoki Senat pozytywnie zaopiniował wnioski na stanowisko profesora zwyczajnego **prof. dr hab. Moniki Buraczyńskiej** z Katedry i Kliniki Nefrologii, oraz na stanowisko profesora nadzwyczajnego: **dr hab. Grażyny Chodorowskiej** – kierownika Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, **dr hab. Wandy Furmaga-Jabłońskiej** – kierownika Zakładu Propedeutyki Pediatrii i Katedry Pediatrii. Senat pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie na stanowisko kierownika Katedry i Zakładu Farmakodynamiki **prof. dr hab. Sylwii Fideckiej**. Senat pozytywnie zaopiniował wnioski Dziekana Wydziału Lekarskiego o powołanie na stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Psychiatrii **prof. dr hab. Marka Masia-ka**, Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej – **prof. dr hab. Marii Koziol-Montewka**, Samodzielnej Pracowni Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej, **prof. dr hab. Teresy Różyło**, Kliniki Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej – **prof. dr hab. Ewy Tuszkiewicz-Misztal**, II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej – **prof. dr hab. Grzegorza Wallnera** oraz wniosek o powołanie na stanowisko Kierownika Międzywydziałowego Zakładu Historii Nauk Medycznych **dr n. farm. Andrzeja Wróbla**.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat większością głosów, podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia reorganizacji Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej z Pracownią Chemii Fizycznej.

■ W odrębnie przeprowadzonym głosowaniu jawnym, Wysoki Senat większością głosów podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia utworzenia Samodzielnej Pracowni Chromatografii Planarnej w strukturze organizacyjnej Katedry Chemii na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Lublinie.

Nominacje profesorskie

Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręczył ostatnio akty nadania tytułu naukowego profesora kilkudziesięciu nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki.

Z największą radością komunikujemy, iż w gronie utytułowanych znaleźli się **prof. dr hab. Andrzej Nowakowski** – kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii, **prof. dr hab. Tomasz Paszkowski** – kierownik III Katedry i Kliniki Ginekologii oraz **prof. dr hab. Krzysztof Przesmycki** – kierownik II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Nowo mianowanym profesorom składamy serdeczne gratulacje!



Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręcza prof. dr hab. Andrzejowi Nowakowskiemu dyplom honorujący otrzymanie tytułu profesora



Dyplom profesorski otrzymuje od Prezydenta RP prof. dr hab. Tomasz Paszkowski – kierownik III Katedry i Kliniki Ginekologii



Prof. dr hab. Krzysztof Przesmycki otrzymuje dyplom honorujący nadanie tytułu profesora

Wizyta prof. Raju Varghese

W dniach 20-27 marca 2003 roku przebywał w Polsce profesor Raju Varghese, psycholog, pracownik University of Maryland School of Social Work i autor wielu publikacji o bardzo zróżnicowanej tematyce.



Do Polski, a szczególnie do Lublina przywiodły Profesora niejako więzy rodzinne, bowiem na Oddziale Anglojęzycznym AM w Lublinie kształci się były podopieczny autora student, a syn Profesora – Sanjeev. Korzystając z obecności w Polsce poprosiłem Profesora o krótki wykład w Klinice Psychiatrii, gdzie zdobywam specjalizację. Wykład zatytułowany „Use of groups in psychotherapy” odbył się we wtorek, 25 marca 2003 roku. Z powodu nadmiaru obowiązków niestety nie wszyscy zainteresowani wykładem pracownicy Kliniki dotarli, ale jednocześnie, jakby dla przeciwwagi dopisali studenci, których liczna grupa zjawiała się w sali wykładowej Kliniki w ramach ćwiczeń z psychiatrii. Pomimo że sam wykład obfitał w informacje powszechnie znane, każde spotkanie tego typu stanowi znakomitą okazję do konfrontacji wiedzy, a nie jedynie jej przyswajania. Mam nadzieję że w przyszłości uda mi się jeszcze skorzystać z obecności w Lublinie Pana Profesora i zorganizować dłuższy oraz bardziej owocny wykład lub dyskusję w innym niż wtorkowe przedpołudnie terminie. Moim zdaniem każdy przyjazd pracownika zagranicznej uczelni do Polski, powinien zostać wykorzystany dla wymiany informacji, doświadczeń oraz nawiązania nowych kontaktów.

GRZEGORZ OPIELAK

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok 2002. W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia planu finansowego Uczelni na rok 2003.

■ Senat zatwierdził jednomyślnie protokoły z posiedzeń Rad Wydziałowych: Lekarskiego, Farmaceutycznego oraz Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie pozytywnie podjął uchwałę w sprawie przystąpienia Akademii Medycznej do spółki Lubelski Park Technologiczny.

■ JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański odczytał pismo **Biskupa Marka Jędraszewskiego** – Delegata Konferencji Episkopatu Polski ds. Duszpasterstwa Akademickiego, zawiadamiającego o organizowanej w dniach 9-11 maja br. 67. Pielgrzymce Akademickiej na Jasną Górę.

■ JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański odczytał pismo Przewodniczącego Konferencji Akademickich Szkół Polskich prof. dr hab. **Franciszka Ziejki**, dotyczące Stanowiska Komisji Nauki, Edukacji i Sportu Senatu RP, w sprawie przeciwdziałania patologiom związanym z uzyskiwaniem dyplomu wyższych uczelni. Odnośnie do jego treści, JM Rektor poinformował Senat, że postulowane działania zapobiegawcze podjęte zostały także przez władze naszej Uczelni. Już wcześniej przeniesiono promotorstwo prac magisterskich i licencjackich do jednostek, w których nie wykonuje się pensum, w szczególności dotyczy to Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu. Ponadto trzeba będzie poddać analizie wszelkie regulaminy przygotowywania prac magisterskich. Jest to zadanie do końca tego roku akademickiego. Od nowego roku akademickiego Kolegium Rektorskie przekaże swoje ustalenia Radom Wydziałów.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zmiany w strukturze organizacyjnej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym nazwy Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy na Katedrę i Klinikę Pneumonologii, Onkologii i Alergologii.

■ Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie wyrażenia zgody na obciążenie ograniczonym prawem rzeczowym – użytkowaniem nieruchomości będącej w użytkowaniu wieczystym Akademii Medycznej. JM Rektor dziękując wszystkim za przybycie i udział w obradach zamknął V posiedzenie Senatu kadencji 2002/2005 zapraszając jednocześnie do udziału w kolejnym posiedzeniu.

Nominacje

Nowi dyrektorzy



Mgr Renata Bircka

Mgr Renata Bircka ukończyła w 1989 studia w zakresie bibliotekoznawstwa i informacji naukowej na UMCS. Od 1989 pracuje w Bibliotece Głównej lubelskiej AM, do 2000 r. w Dziale Informacji Naukowej, od maja 2000 do 31 sierpnia 2002 r. na stanowisku zastępcy dyrektora Biblioteki, a następnie do 31 marca br. jak p. o. dyrektora. Posiada uprawnienia bi-

bliotekarza dyplomowanego oraz dorobek w postaci 9 publikacji; współpracowała 12 roczników Bibliografii publikacji pracowników AM. Jest członkiem Komitetu Wykonawczego Konferencji Dyrektorów Bibliotek Medycznych.

Wolny czas poświęca na naukę języka angielskiego, wycieczki rowerowe oraz lekturę interesujących książek.

JM Rektor powołał z dniem 1 kwietnia 2003 r. mgr Renatę Birską na stanowisko dyrektora Biblioteki Głównej AM.



Mgr Maciej Juszczyk

Mgr Maciej Juszczyk jest absolwentem (1983 r.) Wydziału Pedagogiki i Psychologii UMCS. Ukończył studia podyplomowe w zakresie administracji i zarządzania (UMCS) oraz zarządzania zasobami ludzkimi (WSPiA). Związany z lubelską AM od roku 1994 – pracował w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4, oraz od 2001 roku w Akade-

mii Medycznej jako specjalista do spraw monitoringu szpitali klinicznych.

Studiuje literaturę z dziedziny systemów zarządzania, intensywnie pogłębia wiedzę na temat procesów restrukturyzacyjnych i przekształceń systemowych w ochronie zdrowia.

Interesuje się historią XX wieku, zbiera pamiątki kultury masy, uprawia sport, jest myśliwym.

Z dniem 31 marca 2003 roku JM Rektor powierzył mgr Maciejowi Juszczykowi pełnienie obowiązków dyrektora do spraw pracowniczych AM.

Prof. J. Kowalczyk na czele Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej

W dniach 29-31 maja br. odbył się w Krakowie II Zjazd Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej, któremu towarzyszyło Walne Zebranie członków tego Towarzystwa.



Prof. dr hab. Jerzy Kowalczyk

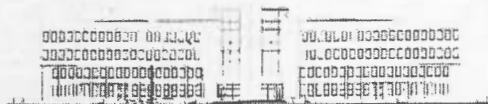
W wyniku wyborów przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej został na kolejną kadencję prof. dr hab. Jerzy Kowalczyk – kierownik Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej AM w Lublinie.

Kadencja nowo wybranego Zarządu Głównego będzie trwać przez najbliższe cztery lata. Składamy Panu Profesorowi serdeczne gratulacje.

Z żałobnej karty

Ostatnio odeszli od nas do wieczności: prof. dr hab. Roman Buliński – emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Bromatologii, prof. dr hab. Romuald Buliński – kierownik Katedry i Zakładu Farmakodynamiki, dr n. med. Grzegorz Jaroszyński – emerytowany adiunkt Katedry i I Kliniki Okulistyki, Krystyna Nowakowska – emerytowana sekretarz rektora.

Cześć Ich Pamięci! Pokój Ich Duszom!



Z placu budowy Collegium Universum



Gmach Collegium Universum czeka na lokatorów

► Od rozpoczęcia budowy do zasiedlenia budynku upłynęło zaledwie dwa i pół roku

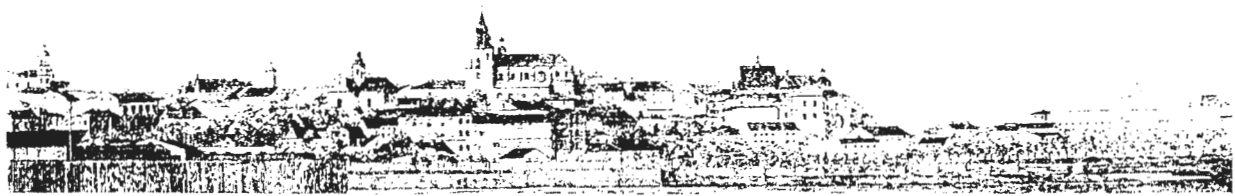
Dobiega końca przeprowadzka kilkunastu jednostek organizacyjnych Uczelni zakładów do nowego budynku – Collegium Universum.

Collegium Universum usytuowane u zbiegu ulic Chodźki i Hirszfelda, Jaczewskiego i Obywatelskiej to budynek o kubaturze 50 tys. m sześć. i powierzchni 10 tys. m kw., który pomieści: ► salę wykładową z pełnym, najnowocześniejszym wyposażeniem w urządzenia audiowizualne – o po-

jemności 160 osób/miejsc; ► aptekę akademicką (ogólnodostępną, szkoleniową), w której przyszli farmaceuci/aptekarze (studenci Wydziału Farmaceutycznego) oraz absolwenci podczas zajęć praktycznych zdobywać będą szlify zawodowe; ► dwanaście zakładów teoretycznych uczelni, których siedziba znajdowała się dotychczas w budynkach nie będących własnością uczelni (Collegium Maius przy ul. Lubartowskiej – Gmina Wyznaniowa Żydowska, oraz Centrum Kultury przy ul.

Peowiaków – własność miasta). Infrastrukturę tworzą: ► urzędnictwo do neutralizacji ścieków kanalizacyjnych; ► dwie duże windy (przeznaczone dla 12 osób); ► terminale internetowe (połączenie światłowodowe); ► księgarnia medyczna, kiosk Ruchu, punkt małej gastronomii, punkt kserograficzny. Budynek posiada klimatyzowane sale dydaktyczne i audytoryjne, a także nowoczesną wentylację. W salach, gdzie będą się odbywały ćwiczenia laboratoryjne zostały zamontowane nowoczesne dygestoria spełniające wszystkie współczesne normy BHP i ekologiczne. Budynek wyposażono w instalację zabezpieczającą przed niekontrolowanym wypływem gazu, najnowszej generacji instalacje p/poż. (informacja o pożarze przesyłana jest natychmiast do stowiska dowodzenia straży pożarnej), p/włamaniowo-alarmową. JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latalski zapowiedział, że uroczyste otwarcie budynku nastąpi w przeddzień inauguracji roku akademickiego, tj. 2 października br.

WŁODZIMIERZ MATYSIAK



Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych

▼
UCHWAŁA NR 17/02-05
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
z dnia 3 kwietnia 2003 roku

w sprawie określenia koniecznych działań
zmierzających do wzmocnienia pozycji
prawnej szpitali klinicznych na gruncie
ustawy o powszechnym ubezpieczeniu
w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Dla ochrony prawidłowego funkcjonowania szpitali klinicznych na gruncie nowego porządku prawnego KRUM uznaje za uzasadnione podejmowanie działań, których celem będzie:

1. ustalenie przez Zarząd Funduszu i zatwierdzenie przez Radę Funduszu w Krajowym Planie Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych maksymalnej ceny za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych w stawce odrębnej dla szpitali klinicznych;
2. ustalenie przez Zarząd Funduszu kryteriów oceny i warunków wymaganych od świadczeniodawców w konkursie ofert o których mowa w art. 88 ust. 1 i 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ w sposób umożliwiający szpitalom klinicznym ubieganie się o kontrakt z właściwie rozumianą i zastosowaną zasadą prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji;
3. wprowadzenie do rozporządzenia MZ w sprawie warunków jakim powinien odpowiadać wojewódzki plan zdrowotny oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania wojewódzkiego planu zdrowotnego jako priorytetu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ludności w pierwszej kolejności przy wykorzystaniu zasobów szpitali klinicznych. Proponuje się dodanie w § 1 rozporządzenia ust. 3 w następującym brzmieniu „cele strategiczne i działania o których mowa w ust. 2 winny być realizowane przy wykorzystaniu w pierwszej kolejności zasobów szpitali klinicznych”;
4. zmiana załącznika do rozporządzenia o warunkach planu, który w części 5 „Zasoby ochrony zdrowia” w układzie tabelarycznym nie wymienia zakładów opieki zdrowotnej dla

których organem założycielskim jest państwo a uczelnia medyczna a wymienia zakłady dla których organem założycielskim jest Sejmik Województwa; Rada Powiatu; Minister Obrony Narodowej, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz inne.

W związku z pracami nad nowelizacją ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia i projektem przesunięcia terminu tworzenia planów zdrowotnych oraz planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na rok 2005, KRUM uznaje za konieczne wprowadzenie do istniejącego projektu zapisów umożliwiających wpływ władz uczelni na kształt planu zdrowotnego województwa i wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.

KRUM wnosi o uwzględnienie w projekcie nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ następujących zmian:

1. w art. 102 ust 7 ustawy zarząd województwa przy opracowywaniu planu zobligowany został do zasięgnięcia opinii u wojewody, organów powiatu i samorządów zawodów medycznych. Tak więc przy opracowywaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego przez samorząd województwa pozbawiono państwowe uczelnie medyczne głosu opiniującego. W związku z powyższym proponuje się uzupełnienie ust. 7 art. 102 o opinię rektora państwowej uczelni medycznej działającej na terenie województwa;
2. uzupełnienie art. 106 ust. 8 ustawy o prawo zgłaszania przez rektora państwowej uczelni medycznej opinii do projektu krajowego planu;
3. uzupełnienie art. 111 ust 2 ustawy o prawo do zgłaszania przez rektora wniosku o zmianę planu;
4. wprowadzenie do art. 41 ustawy, w składzie rady funduszu przedstawiciela wybranego przez rektorów państwowych uczelni medycznych;
5. wprowadzenie w art. 51 ustawy delegacji do określenia przez Ministra Zdrowia krajowej sieci szpitali publicznych z gwarancją kontraktu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uzasadnienie

Rola i miejsce szpitali klinicznych w nowym systemie powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia nie jest określona w sposób satysfakcjonujący państwowe uczelnie medyczne.

Utrata mocy rozporządzenie MZIOS w sprawie krajowej sieci szpitali i ich poziomów referencyjnych z dniem 1 kwietnia 2003 roku wzbudza niepokój co do przyszłości szpitali klinicznych. Brak poziomów referencyjnych szpitali oraz brak krajowej sieci szpitali publicznych przekłada się wprost na zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania tych jednostek w przyszłości. Nie jest tajemnicą, że właśnie szpitale kliniczne stanowią często ostatnią szansę dla pacjentów trudnych, skomplikowanych, czy wręcz beznadziejnych gdy zawodzą inne możliwości szpitali kliniczne dźwigają najtrudniejszy i najkosztowniejszy etap procesu leczniczego.

Tymczasem nie ma na dzisiaj podstaw prawnych dla określenia przez Ministra ds. Zdrowia tzw., „krajowej sieci szpitali publicznych”. Brak delegacji w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ.

Nie spełnia tego wymogu ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Delegacja z art. 37 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej obliuguje Ministrowi Zdrowia do określenia planu rozmieszczenia szpitali.

Krajowa sieć szpitali publicznych obejmująca w pierwszym rzędzie szpitale kliniczne, stanowić miała gwarancję kontraktowania z tymi jednostkami świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z uwzględnieniem specyfiki tych jednostek z zachowaniem właściwie rozumianej zasady uczciwej konkurencji. Uczciwa konkurencja nie może oznaczać równego traktowania szpitali klinicznych w zakresie oferowanej ceny wobec podmiotów nie obciążonych zadaniami ciężącymi na szpitalach klinicznych. Również nie oznacza sprawiedliwie. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ nie posługuje się pojęciem szpitala klinicznego, czy też zakładu opieki zdrowotnej o charakterze klinicznym.

Powyższa uwaga odnosi się także do 36 projektów aktów wykonawczych, zamieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Istniejący stan rzeczy stanowi powód do niepokoju władz uczelni medycznych o przyszłość szpitali klinicznych. Nie można bowiem pozostawić kontraktowania świadczeń zdrowotnych w szpitalach klinicznych ogólnym regułom rynku. Ustawa o NFZ nie precyzuje co należy rozumieć przez równe traktowanie świadczeniodawców.

Równe traktowanie świadczeniodawców w utrwalonej już rzeczywistości przerwania najtrudniejszych pacjentów do szpitali klinicznych, które równocześnie realizują zadania dydaktyczne i naukowe, doprowadzi do zapaści finansowej tych jednostek i w konsekwencji zahamuje rozwój nauk medycznych w Polsce. W trosce o byt szpitali klinicznych stanowiących bazę dla rozwoju nauk medycznych w Polsce, KRUM uznała za konieczne podjęcie niniejszej uchwały.

Przewodniczący KRUM
Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański

▼ **UCHWAŁA NR 18/02-05**

Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych z dnia 3 kwietnia 2003 roku

w sprawie wyodrębnienia w Narodowym Funduszu Zdrowia środków na finansowanie nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych.

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych. stoi na stanowisku, że ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia stwarza szanse na odbudowanie medycyny klinicznej w Polsce. KRUM zwraca się do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o podjęcie współpracy w zakresie wyodrębnienia w Narodowym Funduszu Zdrowia środków na finansowanie nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych.

Wyodrębnienie środków na finansowanie nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych powinno być realizowane na etapie tworzenia planów zdrowotnych województwa i planów zdrowotnych dla służb mundurowych.

W treści zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków jakim powinien odpowiadać wojewódzki plan zdrowotny oraz zakresu planu danych niezbędnych do przygotowania wojewódzkiego planu zdrowotnego oraz treści zarządzenia Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie warunków jakim powinien odpowiadać plan zdro-

wotny dla służb mundurowych, oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania tego planu, konieczne jest uwzględnienie trybu zabezpieczenia środków na nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne.

▼ **UCHWAŁA NR 19/02-05**

Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych z dnia 3 kwietnia 2003 roku

w sprawie konieczności poszukiwania źródeł pokrycia strat finansowych szpitali klinicznych poniesionych w latach 1999-2002

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych, której działania zmierzają do ochrony interesów szpitali klinicznych stanowiących bazę dla rozwoju nauk medycznych w Polsce zwraca się do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w podjęcie współpracy w zakresie poszukiwania źródeł umożliwiających pokrycie strat finansowych szpitali klinicznych poniesionych w latach 1999-2002. Powstałe straty są wynikiem równego traktowania zakładów opieki zdrowotnej w kontraktowaniu Świadczeń zdrowotnych przez regionalne kasy chorych w utrwalonej praktyce przerwania najtrudniejszych pacjentów do szpitali klinicznych oraz nie płacenia szpitalom klinicznym za świadczenia zdrowotne udzielane ponad limity określone kontraktem. KRUM stoi na stanowisku, że poszukiwanie środków finansowych na zapłatę szpitalom klinicznym za wykonane przez nie świadczenia zdrowotne jest konieczne i możliwe w nowej rzeczywistości prawnej.

Przewodniczący KRUM
Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański

STANOWISKO

Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych przyjęte na posiedzeniu w dniu 20 maja 2003 r. w Krakowie

Sytuacja panująca w krajowym systemie ochrony zdrowia, grożąca w każdej chwili jego paralizem, a nawet całkowitą zapaścią budzi najwyższe zaniepokojenie rektorów wyższych uczelni medycznych Polski.

Występuje szereg niekorzystnych zjawisk, takich jak: wykupywanie długów jednostek ochrony zdrowia, obrót wierzytelnościami

szpitali. Pragniemy z całą stanowczością podkreślić, że dalsze trwanie stanu destabilizacji finansowej zagraża egzystencji szpitali klinicznych, utrudnia coraz bardziej kształcenie przyszłych kadr medycznych, może ponadto w najbliższym czasie spowodować wybuch społecznego niepokoju. Uchwalona przed kilkoma miesiącami ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ zrównała pod względem kategoryzacji i referencji wszystkie jednostki krajowego systemu ochrony zdrowia. Stan ten stawia dziś szpitale kliniczne, zatrudniające kadrę legitymującą się najwyższymi kwalifikacjami zawodowymi, promujące postęp i najnowocześniejsze osiągnięcia światowej medycyny, predestynowane do prowadzenia diagnostyki i terapii najtrudniejszych chorób, w jakże niezwykle trudnej - wręcz przymusowej sytuacji, skutkującej ograniczeniami przyjęć pacjentów, redukcjami personelu. Czyni je ubogimi krewnymi finansów publicznych, podmiotami zebrzącymi o jalmużnę w obliczu widma rychłego bankructwa. Innym, niepokojącym zjawiskiem jest problem nieadekwatnego do potrzeb finansowania kształcenia przeddyplomowego, czyli dydaktyki klinicznej, zapewnienia takiej alokacji środków budżetowych, aby zagwarantować prawidłowe utrzymanie i rozwój wszystkich rodzajów studiów, w tym także kierunków licencjackich.

Pilnej rewizji wymaga ponadto obecne funkcjonowanie procesu szkolenia podyplomowego kadr medycznych, w dużej mierze oderwanego od uczelni medycznych, nadmiernie skomercjalizowanego za sprawą działających mechanizmów rynkowych. Wyrażamy także stanowczy sprzeciw wobec prób kreowania wydziałów medycznych przez nie posiadające własnej kadry i bazy uczelnie niepaństwowe, przy czym budzi nasze zdumienie bierność czynników instytucjonalnych względem takich poczynań. Wobec powyższego, pozwalamy sobie w poczuciu odpowiedzialności za stan wyższego szkolnictwa medycznego, oraz za przyszłe losy medycyny akademickiej, przekazać kilka projektów zmierzających do poprawy sytuacji w dziedzinach o kluczowym znaczeniu dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Wskazując na pogłębiające się zadłużenie szpitali klinicznych, nie płacenie im za wykonane świadczenia zdrowotne ponad limity wynikające z kontraktów, ożywiony obrót wierzytelnościami tych jednostek oraz w trosce o prawidłowość toku kształcenia przed- i podyplomowego, Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych podnosi konieczność wprowadzenia kilku źródeł finansowania działalności szpitali klinicznych oraz zgłasza potrzebę pilnego rozwiązania następujących kwestii:

1. Ustalenia dla szpitali klinicznych odrębnej stawki za udzielane świadczenia zdrowotne;

2. Wyodrębnienia w Narodowym Funduszu Zdrowia środków celowanych na finansowanie w szpitalach klinicznych procedur innowacyjnych;
3. Częściowego finansowania działalności szpitali klinicznych z budżetu państwa;
4. Udziału państwowych uczelni medycznych w procesie tworzenia planu zdrowotnego i Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych;
5. Problematyki kształcenia podyplomowego;
6. Problematyki kształcenia licencjackiego;

Uzasadnienie

Ad. 1. Pomimo odejścia w aktach prawnych od poziomów referencyjności szpitali, podział taki istnieje w świadomości społecznej. Szpitale kliniczne stanowią ostatnie ogniwo w leczeniu pacjentów najczęściej chorych, skomplikowanych czy wręcz źle rokujących dźwigając najtrudniejszy i najkosztowniejszy etap procesu leczenia. Okoliczności te w sposób oczywisty uzasadniają ustalenie dla szpitali klinicznych odrębnej, preferencyjnej stawki za udzielane świadczenia zdrowotne. Proponuje się zastosowanie przelicznika 1- dla szpitali powiatowych; 1,1 – dla szpitali wojewódzkich i 1,2 – dla szpitali klinicznych;

Ad. 2. Konieczność wydzielenia z NFZ środków na finansowanie nowych metod diagnostycznych, terapeutycznych i wszelkich innych działań innowacyjnych nie mających charakteru eksperymentu medycznego jest warunkiem postępu w medycynie. Dlatego też proponuje się utworzenie w Funduszu rezerwy w wysokości 1% środków całego rocznego budżetu (przed jego podziałem) na finansowanie działań innowacyjnych z przekazaniem tych środków do szpitali klinicznych, z zastosowaniem przelicznika „na łóżko”.

Ad. 3. Finansowanie działalności szpitali klinicznych nie może odbywać się wyłącznie w oparciu o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Szpitale kliniczne realizujące zadania dydaktyczne, naukowe i lecznicze w dziedzinie nauk medycznych wymagają dla prawidłowej realizacji powierzonych im zadań wsparcia finansowego z budżetu państwa. Z budżetu winny być dofinansowane świadczenia zdrowotne w których uczestniczą studenci w ramach szkolenia przeddyplomowego oraz osobnym nurtem wydatki natury technicznej związane z remontami, bieżącą eksploatacją sal wykładowych, seminarijnych oraz z zakupem odzieży ochronnej dla studentów itp. Finansowane z budżetu państwa procedury wysokospecjalistyczne winny być wycenione w oparciu o realne koszty ich wykonania.

Ad. 4. Państwowe uczelnie medyczne

w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ zostały pozbawione głosu opiniującego przy opracowywaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego i prawa wnioskowania o zmianę plan krajowego. Ponieważ prawo to zapisane zostało innym podmiotom uprawnionym do tworzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej jak również samorządom zawodów medycznych, uzasadnione jest dokonanie w tym zakresie zmian w ustawie. Proponuje się dodania w art. 102 ust. 7 państwowych uczelni medycznych i w art. 111 ust. 2 rektora państwowej uczelni medycznej.

Ad. 5. Rektory uczelni medycznych podtrzymują swoje dotychczasowe stanowisko wyrażone w sprawie kształcenia podyplomowego w dniu 22 lutego 2003 roku. W ocenie KRUM system kształcenia podyplomowego powinien się odbywać w strukturach uczelni medycznych, egzamin winno przeprowadzać CEM a obsługa procedur specjalistycznych i innych form kształcenia podyplomowego będących w gestii Ministra Zdrowia winna być przeprowadzana przez CMKP. Wszelkie próby przejęcia tych zadań przez podmioty nie dysponujące bazą i wyodrębnionymi strukturami są niebezpieczne dla prawidłowego toku szkolenia. Podstawowym problemem obecnego systemu jest niedostateczna liczba miejsc akredytowanych oraz ograniczona dostępność do obowiązkowych kursów specjalizacyjnych. Działania jakie należy podjąć powinny zmierzać do poprawy systemu a nie jego zmiany. Konieczna jest więc analiza i weryfikacja programów specjalizacyjnych przez wyznaczone zespoły. Wydaje się bezwzględnie słuszne zabezpieczenie w ramach specjalizacji bezpłatnego udziału lekarzy i lekarzy stomatologów w kursach określonych programem specjalizacji jako obligatoryjne. Rozwiązania wymaga również specjalizowanie się w ramach studiów doktoranckich. Uzasadnione jest w tym przypadku zsynchronizowanie czasu trwania szkolenia ze studiami.

Ad. 6. Istnieje konieczność zapewnienia uczelniom środków na prowadzenie kształcenia w ramach licencjatu. Środki na to zadanie winny pochodzić z dotychczasowego budżetu Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu. Utrzymanie w uczelniach tego zadania wymaga zarezerwowania w budżecie państwa na rok 2004 około 300 milionów złotych, bowiem przekazanie uczelniom przez samorządy województw, zadania kształcenia licencjackiego nastąpiło bez równoczesnego przekazania środków. Stanowisko niniejsze uzyskało poparcie Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych oraz Związku Pracodawców Szpitali Klinicznych.

Przewodniczący KRUM
Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański

Adresaci stanowiska:

1. Premier Rządu RP;
2. Minister Zdrowia;
3. Prezes NFZ;
4. Przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia;
5. Koordynator Obrad Okrągłego Stołu.

▼

UCHWAŁA NR 20/02-05
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
z dnia 18 czerwca 2003 roku

w sprawie rekrutacji na studia medyczne
w roku akademickim 2004/2005

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych postanawia, że rekrutacja na studia medyczne w roku akademickim 2004/2005 do uczelni medycznych – członków KRUM odbywać się będzie na takich samych zasadach jak w roku 2003. Do przygotowania egzaminu wstępnego upoważnia się prof. dr hab. Andrzeja Kuliga.

Przewodniczący KRUM
Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański

▼

UCHWAŁA Nr 21/02-05
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
z dnia 18 czerwca 2003 roku

w sprawie desygnowania przedstawiciela
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
do Komisji Konferencji Rektorów
Akademickich Szkół Polskich

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych desygnuje do składu Komisji ds. wykorzystania technik informacyjnych w szkołach wyższych KRASP, jako swego przedstawiciela, prof. dr hab. Tadeusza Wilczoka – Rektora Śląskiej Akademii Medycznej.

Przewodniczący KRUM
Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański

Wybory do Samorządu Studentów

Podczas zebrania sprawozdawczo – wyborczego Rady Uczelnianej Akademii Medycznej w Lublinie, w dniu 15 maja br. został wybrany Zarząd Samorządu Studentów AM w Lublinie.

Zarząd Samorządu Studentów AM w Lublinie będzie pracować w następującym składzie: **Tomasz Lorenc** – Przewodniczący, **Marcin Szczygieł** – Wiceprzewodniczący, **Tomasz Igras** – Wiceprzewodniczący, **Katarzyna Strawa** – Przewodnicząca Komisji Ekonomicznej, **Tadeusz Ingot** – Przewodniczący Komisji Informatycznej, **Lukasz Puzio** – Przewodniczący Komisji Kultury, **Marcin Gruba** – Przewodniczący Komisji ds. Kontaktów Międzyuczelnianych, **Rafał Ignaczuk** – Przewodniczący Komisji ds. Kontaktów z Zagranicą, **Maciej Palmąka** – Przewodniczący Komisji Badania Opinii Studenckiej, **Grzegorz Prucia** – Przewodniczący Komisji Re wizyjnej.

Nowy skład personalny wnosi zwykle świeże pomysły na przyszłość. Dużo czasu poświę-

cimy na uruchomienie, przynajmniej w części pokojów na miasteczku akademickim, sieci internetowej, poprawę ochrony na miasteczku akademickim. Będziemy starali się również kontynuować pomysły wprowadzone w zeszłym roku, tj. kursy języków obcych w naszej Uczelni, kurs tańca towarzyskiego w Hali Sportowej. Ważnym punktem w naszych planach na przyszły rok jest organizacja Dni Kultury Studenckiej, jak również wiele innych atrakcji naukowych oraz kulturalnych.

Wszystkich zainteresowanych współpracą zapraszamy do pokoju 15 w Collegium Novum. Dodatkowe informacje na temat pracy samorządu można znaleźć na stronie Samorządu Studentów AM Lublin:

<http://samorzad.am.lublin.pl>

MARCIN GRUBA

GRANTY Komitetu Badań Naukowych

GRANT WŁASNY

Prof. dr hab. Bożena Leszczyńska-Gorzelał 180 000 zł

KATEDRA I KLINIKA POŁOŻNICTWA I PERINATOLOGII

Śródporodowa diagnostyka niedotlenienia płodu z wykorzystaniem metod nadzoru biofizycznego: elektrokardiografii płodowej, pulsoksymetrii, oraz kardiokografii.

GRANT APARATUROWY

Prof. dr hab. Roman Mądro 540 000 zł

KATEDRA I ZAKŁAD MEDYCYNY SĄDOWEJ

Chromatograf cieczerwowy i detektor mas.

PROJEKTY WYNALEZCZE ZNAKI TOWAROWE

zgłoszone w 2002 roku do Urzędu Patentowego RP

PATENTY

Dr n. farm. Tomasz Mroczek, prof. dr hab. Kazimierz Głowniak
KATEDRA I ZAKŁAD FARMAKOGNOZJI

„Sposób wydzielania i oznaczania alkaloidów pirolizydynowych w materiale biologicznym” – P. 351639

Dr n. farm. Tadeusz Dzido, mgr farm. Rafał Majewski

KATEDRA I ZAKŁAD CHEMII NIEORGANICZNEJ I ANALITYCZNEJ

„Komora pozioma (1) do rozwijania elektrochromatogramów planarnych” – P. 354388

Dr n. farm. Tadeusz Dzido, mgr farm. Rafał Majewski

KATEDRA I ZAKŁAD CHEMII NIEORGANICZNEJ I ANALITYCZNEJ

„Komora pozioma (2) do rozwijania elektrochromatogramów planarnych” – P. 353326

Dr n. farm. Tadeusz Dzido, mgr farm. Rafał Majewski

KATEDRA I ZAKŁAD CHEMII NIEORGANICZNEJ I ANALITYCZNEJ

„Komora pozioma (3) do rozwijania elektrochromatogramów planarnych” – P. 354797

Dr hab. Bożena Modzelewska-Banachiewicz, mgr anal. Jacek Banachiewicz, mgr farm. Tomasz Długosz

KATEDRA I ZAKŁAD CHEMII ORGANICZNEJ

„Nowe pochodne 1,2,4- triazolii i sposób ich wytwarzania” – P. 355553

Dr hab. Grażyna Matysik, prof. dr hab. Edward Soczewiński

KATEDRA I ZAKŁAD CHEMII NIEORGANICZNEJ I ANALITYCZNEJ

Kompozycje ziołowe o działaniu synergicznym” – P. 356878

Prof. dr hab. Wiktor Czarnecki, dr n. farm. Piotr Belniak

KATEDRA I ZAKŁAD FARMACJI STOSOWANEJ

Transdermalny system terapeutyczny (1) z porowatym zbiornikiem i sposób jego otrzymywania P. 357617

Prof. dr hab. Wiktor Czarnecki, dr n. farm. Piotr Belniak

KATEDRA I ZAKŁAD FARMACJI STOSOWANEJ

Transdermalny system terapeutyczny (2) z porowatym zbiornikiem i sposób jego otrzymywania P. 357616

ZNAK TOWAROWY

Znak „NARAN” Z-258809, zgłoszony dla kompozycji ziołowych o działaniu synergicznym.

AKADEMIA MEDYCZNA W LUBLINIE



Patron Uczelni
Prof. dr hab. dr h. c. Feliks Skubiszewski
(1895-1981)

Pierwszy Rektor lubelskiej Akademii Medycznej w latach 1950-1954.
W latach 1945-1946 Dziekan Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej

Pierwszy rektor Patronem Uczelni

Wielki to dzień i uroczysta chwila w życiu Uczelni, gdy przyjmuje na swe sztandary imię patrona. Przestaje być bezimienna, anonimowa, nie chce już funkcjonować jako jedna z wielu pospolicznych szkół wyższych. Staje się tą jedną, jedyną posiadającą własne, określone oblicze, sygnowane godnością, autorytetem i zasługami konkretnej postaci. Lubelska Akademia Medyczna obrała na patrona pierwszego rektora, znamienitego chirurga, wspaniałego człowieka, wychowawcę wielu pokoleń młodzieży akademickiej oraz lekarzy chirurgów, którego chlubna działalność pozostawiła trwałe ślady na kartach historii Almae Matris Lublinensis.

DR N. MED. WŁODZIMIERZ MATYSIAK

Uczelnia postanowiła uhonorować swego patrona 4 kwietnia 2003 uroczystością patronalną, która zgromadziła rodzinę prześwietnego Patrona, zaproszonych dostojnych gości, parlamentarzystów, przedstawicieli władz państwowych i samorządowych, reprezentantów korporacji zawodowych i naukowych, byłych rektorów i doktorów honoris causa Uczelni, członków Senatu i rad wydziałowych oraz młodzież akademicką.

JM Rektor **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański** podkreślał dobitnie w swoim wystąpieniu wolę kontynuowania tradycji – przypominał, że poszczególne sale wykładowe, a także niektóre obiekty Uczelni noszą imiona niezwykłych, znanych po dziś dzień profesorów. Mówił także o inicjatorach i orędownikach nadania imienia lubelskiej AM.

Prof. dr hab. Paweł Misiuna, uczeń prof. Feliksa Skubiszewskiego z wielką estymą wspominał swego mistrza, przywołując fakty z Jego kariery zawodowej. Wiele uwagi poświęcił zasługom Profesora Skubiszewskiego dla rozwoju lubelskiej chirurgii, dzielił się również osobistymi

refleksjami na temat własnej drogi życiowej i wpływu czcigodnego Patrona na jej wybór.

Brzmiąca sentymentalnie ciekawa wypowiedź **dr n. med. Hanny Lackowskiej-Powalka**, która spędziła dzieciństwo i młodość u Feliksa i Wandy Skubiszewskich, nawiązywała do czemiernieckich klimatów, atmosfery domu rodzinnego, zawierała kilka elementarnych prawd o życiu wyartykułowanych – jak mówiła o Patronie – przez wujka.

Interesujący wykład **prof. dr hab. Grzegorza Wallnera** nt. przyczyn i metod leczenia choroby refluksowej przełyku był próbą rekapitulacji stanu wiedzy na ten temat, stał się swego rodzaju klamrą spinającą prekursorskie wysiłki chirurgów sprzed półwiecza z dzisiejszymi osiągnięciami przedstawicieli tej dyscypliny w ratowaniu życia i zdrowia człowieka.

W atmosferze święta akademickiego goście i gospodarze uroczystości podkreślali wybitne walory Patrona, Jego niezłomny charakter, ogromną determinację w dążeniu do celu, niestrudzoną działalność dla dobra Uczelni. Na ręce JM Rektora **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego** przekazano wiele adresów okolicznościowych i gratulacji z okazji nadania lubelskiej AM imienia profesora Feliksa Skubiszewskiego.



JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański

Słowo powitalne JM Rektora prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego, wygłoszone podczas uroczystości poświęconej nadaniu lubelskiej Akademii Medycznej imienia prof. Feliksa Skubiszewskiego.

Dostojni Goście
Szanowni Państwo

W dniach 2-3 czerwca 2001 roku, w murach naszej Uczelni zebrali się pierwsi absolwenci Wydziału Lekarskiego. Była to 55. rocznica otrzymania przez nich dyplomów lekarza.

To tutaj w Lublinie, jako pierwszym mieście po wojnie, rozpoczęto nauczanie medycyny i farmacji. W niezwykle trudnych warunkach, dzięki bardzo dużej przychylności i zrozumieniu ze strony władz lokalnych i przy heroicznym wysiłku nauczających mogli oni skończyć studia, bo ich naukę wymarzonego zawodu przerwała wojna. Dyplomy otrzymali w roku 1946.

Na tym to Zjeździe, wśród jego uczestników zrodziła się myśl powołania patrona dla Akademii Medycznej w Lublinie. Autorem tej inicjatywy był nieobecny niestety tu dzisiaj absolwent z 1946 roku p. **prof. Zbigniew Papliński**, wieloletni nauczyciel akademicki naszej Uczelni, kierownik Kliniki Torakochirurgii, dziś emerytowany profesor Akademii Medycznej w Gdańsku, gdzie spędził ostatnie lata pracy jako kierownik jednej z tamtejszych klinik.

Władze naszej Uczelni podjęły tę inicjatywę. Staramy się pielęgnować tradycje. Imiona naszych byłych profesorów noszą m. in. Dziecięcy Szpital

Kliniczny, kliniki oraz wykładowe. Senat Akademii Medycznej w Lublinie podjął zatem stosowną uchwałę.

Ogłosiliśmy plebiscyt, w którym prawo głosu co do zgłaszania kandydatów jak i wyboru miała cała nasza społeczność. Wynik tego plebiscytu okazał się zgodny z sugestią naszych pierwszych absolwentów, bo to oni zaproponowali kandydaturę Profesora Feliksa Skubiszewskiego, pierwszego Rektora Akademii Medycznej w Lublinie, kierownika kliniki chirurgii, świetnego lekarza, nauczyciela i postaci niezwykle barwnej.

Po przeprowadzeniu procedury legislacyjnej Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 4 grudnia 2002 roku uchwalił stosowną ustawę, przyjętą następnie przez Senat i podpisaną przez pana Prezydenta. Ustawa weszła w życie z dniem 18 lutego 2003 roku. Taka jest geneza naszej dzisiejszej uroczystości. Cieszymy się bardzo, że tę Uroczystość zechcieli zaszczyścić swą obecnością dostojni goście, których gorąco witam.

Są wśród nich Członkowie Rodziny naszego Patrona:

Prof. Piotr Skubiszewski z małżonką, **Prof. Krzysztof Skubiszewski**, **Dr Marcin Skubiszewski** z małżonką i córką, **Dr Anna Lackowska** z małżonkiem, **Dr Marianna Nowakowska** z małżonkiem, **Barbara i Paweł Stajgisowie**.

Witam przedstawicieli władz rządowych i samorządowych: **Andrzeja Kurowskiego** – Wojewodę Lubelskiego, Wicemarszałka Województwa Lubelskiego – **Mirosława Złomańca**, **Sławomira Janickiego** – Przewodniczącego Rady Miejskiej Lublina, **Janusza Mazurka** – Zastępcę Prezydenta miasta Lublina.

Witam reprezentującego Ministra Zdrowia **Docenta Romana Danielewicza** – Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w naszym Ministerstwie.

W uroczystości uczestniczą także Ich Magnificencje Rektorzy Uczelni Medycznych, których serdecznie witam:





Rektor AM w Białymstoku – **Prof. dr hab. Jan Górski**,
Rektor AM w Bydgoszczy – **Prof. dr hab. Danuta Miścicka-Śliwka**,
Rektor Śląskiej AM w Katowicach – **Prof. dr hab. Tadeusz Wilczok**,
Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – **Prof. dr hab. Andrzej Lewiński**,
Rektor AM w Warszawie – **Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk**,
Prorektor UJ ds. Collegium Medicum w Krakowie – **Prof. dr hab. Marek Zembala**,
Dyrektor CMKP w Warszawie – **Prof. dr hab. Jadwiga Słowińska-Szrednicka**,
Prorektor ds. Klinicznych AM w Gdańsku – **Prof. dr hab. Stanisław Bakuła**,
Przewodniczący KAUM – **Prof. dr hab. Maciej Gembicki**,
Dyrektor CEM – **Prof. dr hab. Stanisław Orkisz**.



Witam Rektorów Wyższych Uczelni Lublina:

Prof. dr hab. Józefa Kuczmaszewskiego – Rektora Politechniki Lubelskiej, **Prof. dr hab. Zdzisława Targońskiego** – Rektora Akademii Rolniczej, **Prof. dr hab. Agnieszkę Kijewską** – Prorektora ds. Nauki KUL, **Prof. dr hab. Stanisława Chibowskiego** – Prorektora ds. Studentów UMCS, **Gen. bryg. pil. Tadeusza Kuziorę** – Rektora – Komendanta Wyższej Oficerskiej Szkoły Sił Powietrznych w Dęblinie.

Witam przybyłych na naszą uroczystość Parlamentarzystów: Panią Senator **Irenę Kurzępę**, p. prof. **Barbarę Błońską-Fajfrowską** – Przewodniczącą Sejmowej Komisji Zdrowia, p. Posła **Izabellę Sierakowską**, p. Posła **Gabrielę Masłowską**, p. Posła **Józefa Żywca**.

Witam **Prof. dr hab. Jana Glińskiego** – Prezesa Lubelskiego Oddziału PAN, **Prof. dr hab. dr h. c. Edmunda**



Prosta – Prezesa Lubelskiego Towarzystwa Naukowego. Witam Prezidenta Światowej Fundacji „Zdrowie – Rozum – Serce” p. **Henryka Czepukojcia**.

Witam doktorów honoris causa naszej Uczelni: **Prof. dr hab. Edwarda Soczewińskiego**, **Prof. dr hab. Bolesława Semczuka** – byłego Rektora AM, **Prof. dr hab. Mariana Kazimierza Klamuta** – byłego Rektora AM.

Witam **dr Adama Borowicza** – Dyrektora Oddziału Lubelskiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Witam: Wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej – **dr Mariana Wróblewskiego**, Prezesa Okręgowej Izby Aptekarskiej – **mgr Mariana Mikulskiego**, Przewodniczącą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, **mgr Wiesławę Sidorowską-Floriańczyk**.

Witam Dyrektorów szpitali klinicznych.

Witam przedstawicieli mediów: prasy, radia i telewizji.

Witam wszystkich gości przybyłych na dzisiejszą uroczystość.

Jak powstawała idea powołania patrona Uczelni?

PROF. DR HAB. DR H. C. ZBIGNIEW PAPLIŃSKI

Po prawie 34. latach pracy w Lublinie przenieśliśmy się do Akademii Medycznej w Gdańsku. Od ponad 10 lat jestem emerytem. Choć od mojego odejścia z Akademii Lubelskiej minęło już 23 lata nigdy nie zerwałem z Nią więzi emocjonalnych i koleżeńskich, czego dowodem między innymi są moje wspomnienia i artykuły drukowane w Alma Mater. Okres emerytury daje więcej wolnego czasu i skłania do spoglądania wstecz oraz spokojnej zadumy i przemyśleń.

Bardzo głęboko i dokładnie utkwił mi w pamięci obraz Lublina z początków lata 1945 r.: miłego, niedużego

(jestem warszawiakiem) miasta, które wydało się po przygodach czasu okupacji i wojny oazą spokoju. Było to równocześnie miejsce, w którym spełniło się moje najważniejsze marzenie: ukończenie studiów lekarskich. Wtedy było to jedyne takie miejsce w kraju i wobec tych szans wszystko inne było nieważne. Nie byłem wobec tych szans sam – na piątym roku – na który zostałem przyjęty było nas wielu, ok. 80 osób. Duża część w mundurach o różnorodnej przeszłości. Większość studia zaczęła przed wojną, część podobnie jak ja, w czasie okupacji niemieckiej na studiach podziemnych. Pochodzili z różnych stron kraju, w większości z terenów na wschód od Wisły. Mieli za sobą różne przejęcia wojenne łącznie z partyzantką i służbą na froncie, w tym rekonwalescencji po ciężkich ranach wojennych, Byli też tacy, którym



Fot. archiwum



Fot. archiwum

sześcieliwy los pozwolił wrócić z Armią Polską ze wschodu po uwięzieniu i wywóźce w głąb Rosji. Byli także najwięksi szczęśliwcy, Żydzi ocaleni z Zagłady.

Ten zespół ludzi w większości po ciężkich przeżyciach wojennych połączyła jedna wspólna okoliczność: byli bezpieczni i mogli kontynuować studia.

A te, choć niesłychanie prymitywne, bo wymuszone okolicznościami warunki studiowania stworzyli nam ludzie, którzy mieli odwagę myślenia i przewidywania przyszłości, ludzie którzy rozumieli znaczenie i wagę nauczania i nauki dla przyszłego rozwoju Polski, ludzie wizjonerzy.

Nikt, kto wówczas nie zetknął się z ówczesnymi warunkami nauczania, szczególnie na tak specjalistycznych studiach jak lekarskie, nie jest dziś w stanie tego sobie wyobrazić. A jednak Twórcy Wydziału Lekarskiego potrafili stworzyć coś bardzo ważnego, prawie z niczego.

Wydział Lekarski w 1944 tworzyli bardzo nieliczni przedwojenni profesorowie i docenci: Jan Henryk Lubieniecki, Ludwik Hirszfild, Jakub Węgierko, Feliks Skubiszewski oraz nieco liczniejsze grono lekarzy miejscowych. W tej grupie trzeba przede wszystkim wymienić dr. Mieczysława Stelmasiaka, późniejszego wieloletniego Rektora lubelskiej AM, dr. Tadeusza Kielanowskiego późniejszego Rektora Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej, a potem twórcę Akademii Medycznej w Białymstoku.

Wielu profesorów i doktorów, przebywających czasowo, opuszczało Lublin przenosząc się w miarę wyzwania Polski do odtwarzanych przedwojennych Uczelni (Wrocław – prof. prof. H. i L. Hirszfildowie, Poznań – prof. S. Siengalewicz) lub do nowotworzonych (prof. J. Węgierko – Szczecin, prof. I. Abramowicz, prof. Grzegorzewski, prof. Morzycki – Gdańsk, czy prof. T. Kielanowski – Białystok).

Mimo to nowo powstały w Lublinie Wydział Lekarski stał się miejscem szybkiego rozwoju ka-

dry naukowej i nauczającej. Ówczesni animatorzy niektórych Katedr już w niedalekiej przyszłości stali się najbardziej cenionymi profesorami jak Mieczysław Stelmasiak czy Stanisław Grzycki, którzy doktoryzowali się już w 1945 r.

Ogółem do powstania 1 stycznia 1950 r. Akademii Medycznej doktoryzowało się na Wydziale Lekarskim 30 osób, habilitowało zaś 17 doktorów, spośród których aż 11 zasililo inne uczelnie.

Wspominam o tym, aby wskazać jak niezwykle ważną rolę odegrał wydział lekarski w Lublinie także dla wspomnienia kadrowego nowo powstających wydziałów w całej Polsce.

A równocześnie należy przypomnieć, że już w pierwszym roku działalności 1944/45 na Wydziale studiowało aż 509 studentów. Ci najstarsi bardzo szybko mogli uzupełnić straszliwie przerzedzoną kadrę lekarską. Pierwsi absolwenci Wydziału Lekarskiego, którzy rozpoczęli studia już w Lublinie w 1949 r. uzyskali dyplom lekarza.

Jak powstawał, rósł i doskonalił się Wydział miałem możliwość obserwować bezpośrednio od 1945 r., a od 1946 brać udział w pracy wydziału jako asystent. I dziś patrząc z ogromnego dystansu czasowego trudno mi ciągle uwierzyć że Twórcy Wydziału potrafili to zrobić. A równocześnie od wielu lat obserwuję jak ulotna jest pamięć o ludziach którzy wówczas pracowali i tworzyli wszystko od podstaw, z niczego.

Obserwowałem narastanie powszechnej wśród młodego pokolenia niewiedzy o Tych Największych Nauczycielach, którzy już odeszli.

Te fakty zapaliły we mnie lampkę ostrzegawczą: zapominamy własną historię. Nasunął mi się tylko jeden wniosek – pamięć twórców UMCS – potem Akademii Medycznej w Lublinie winna być utrwalona. Wydawało mi się, że najlepiej i najtrwalej stanie się to przez nadanie Uczelni imienia jednego z twórców.

Tak się złożyło, że wiosną 2001 r. obchodziliśmy 55-lecie ukończenia studiów i spotkaliśmy się w Lublinie na



zaproszenie JM Rektora profesora Macieja Latalskiego w skromnym już tylko gronie 13. osób. Wówczas przedstawiłem swoje odczucia i przemyślenia o powołaniu patrona Akademii. Propozycja ta spotkała się ze spontanicznym jednogłośnie poparciem. Wszyscy uznali, że winien to być ktoś spośród Twórców Wydziału, a potem Akademii Medycznej. Dla mnie osobiście tą osobą był prof. Feliks Skubiszewski. Obecna wśród nas dr Hanna Kałużniacka, która pracowała w Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka w okresie jego tworzenia przypominała zasługi ówczesne i późniejsze jako Rektora prof. Mieczysława Stelmasiaka. Zebrani zdecydowali o przedstawieniu kandydatury prof. Feliksa Skubiszewskiego.

Ustaliliśmy wówczas, że w imieniu grupy najstarszych absolwentów Uczelni przedstawię formalnie na piśmie odpowiedni wniosek Panu Rektorowi. O naszych dyskusjach i propozycjach powiadomiliśmy JM Rektora w bezpośredniej rozmowie jeszcze w czasie spotkania, a nasze propozycje spotkały się z całkowitym zrozumieniem i zapewnieniem, że władze Uczelni podejmą odpowiednie kroki, a ich efektem końcowym stała się uroczystość w dniu 4 kwietnia 2003 r.

Bardzo chciałem być wówczas w Lublinie, ale niestety musiałem swój przyjazd nieomal w ostatniej chwili odwołać. Zdrowie po osiemdziesiątce jest co najmniej tak kapryśne jak tegoroczna wczesna wiosna: nawaliło.

Chciałem podczas uroczystości powołania patrona Uczelni powiedzieć parę słów: o motywacjach swojego działania – pragnę swoje niedoszłe wystąpienie choć częściowo zastąpić tym słowem pisanym.

Podstawową ideę, choć w sposób ograniczony już opisałem. Pragnę przedstawić własne odczucia i uzasadnienie odnośnie osoby patrona.



Fakt, że prof. Feliks Skubiszewski był chirurgiem i ja nim jestem ułatwiło mi wysunięcie Jego kandydatury; po prostu pozwoliło mi to ocenić i docenić dodatkowo walor patrona Akademii – był chirurgiem znakomitym, wysoko notowanym w Polsce. Ja jednak nie byłem jego uczniem i współpracownikiem, nie ma więc w mojej propozycji aspektu osobistej wdzięczności zawodowej.

Prof. Feliks Skubiszewski był pierwszą osobą związaną z Wydziałem Lekarskim w Lublinie, z którą zetknąłem się w 1945 r. Był wówczas dziekanem i On przyjmował mnie na studia. Podstawą było zaświadczenie od przedwojennego i okupacyjnego dziekana Wydziału Lekarskiego w Warszawie prof. Franciszka Czubalskiego. Prof. F. Skubiszewski zdecydował o przyjęciu mnie na rok piąty, ale postawił warunek, że do końca października (lub listopada – już nie pamiętam) 1945 r. zdam egzamin z farmakologii i anatomii patologicznej. Ja oba te egzaminy zdałem już w czasie okupacji w 1943/44 r. w Warszawie – ale nie miałem na to żadnego potwierdzenia bowiem prof. F. Czubalski mógł stwierdzić tylko, że zaliczyłem zakres trzeciego i częściowo czwartego roku. Powie ktoś: co za problem przecież oba egzaminy zdałem niedawno 1,5–2 lata temu.

I to była prawda, ale ja w ciągu tego okresu uciekałem z transportu zdążającego do Majdanka, przez kilka miesięcy wojowałem w partyzantce, a w końcu odbyłem służbę frontową zakończoną 2 maja 1945 r. w Berlinie. I dlatego pamięć moja medyczna była nieco osłabiona przez wspomnienia militarne, lecz wyrok Dziekana przyjąłem z pokorą i egzaminy zdałem w terminie.

Znacznie gorzej dla mnie zakończyło się następne bezpośrednie spotkanie – końcowy egzamin z chirurgii, a ostatni mój egzamin dyplomowy.

Zostałem oblany bardzo szybko, ale dla mojej ambicji boleśnie, bowiem od pół roku pracowałem już w Klinice Chirurgii Ogólnej, a na dodatek według mojego trwającego do dziś przekonania – niesłusznie. Po dwóch tygodniach powtórkę zdałem na celująco, i tak 12 maja 1947 – przed 56. laty otrzymałem dyplom lekarski.

Dalej było już tylko znacznie lepiej. Prof. F. Skubiszewski był moim recenzentem pracy doktorskiej i habilitacyjnej, i mam prawo przypuszczać, że wysoko ocenił moją pracę szczególnie w zakresie nowych kierunków rozwoju chirurgii: torako- i kardiochirurgii.

Przez cały okres do Jego emerytury mogłem obserwować wielkość zaangażowania w budowanie podstaw i rozwój Uczelni. Był pierwszym znakomitym rektorem Akademii Medycznej. Był jedynym profesorem – założycielem Uniwersytetu, a następnie Akademii, który nie odszedł do swojej starej Almae Matris w Poznaniu, mimo, że nie miał bezpośrednio po wojnie żadnego rywala do objęcia katedry chirurgii po wielkim prof. A. Juraszu, którego był uczniem i wieloletnim współpracownikiem.

Trwał na najtrudniejszym stanowisku i tworzył wielkie dzieło. Był Ojcem Założycielem i chwała mu za to i niech Imię Jego pozostanie na zawsze związane z Akademią Medyczną w Lublinie.

Uroczystość patronalna



RECTOR
UNIVERSITATIS JAGELLONICAE
CRACOVENSIS

Kraków, 19 marca 2003 roku

Wielce Szanowny Panie Rektorze,

Bardzo dziękuję za zaproszenie na uroczystość nadania Akademii Medycznej w Lublinie imienia Profesora Feliksa Skubiszewskiego. Niestety, wcześniej zaplanowane obowiązki służbowe sprawiają, iż mój przyjazd do Lublina w dniu 4 kwietnia 2003 roku jest niemożliwy.

W imieniu własnym oraz całej Wspólnoty Akademickiej Uniwersytetu Jagiellońskiego pragnę z okazji wspomnianej uroczystości przekazać na ręce Pana Rektora najlepsze życzenia. Mam nadzieję, że przyjęcie za patrona znakomitego uczonego sprawi, iż Uczelnia będzie nadal wzbogacać się o znakomite osiągnięcia badawcze i podtrzyma swoje zasługi dla procesu kształcenia polskiej kadry medycznej. Oby najbliższe lata przyniosły Panu Rektorowi, wszystkim Pracownikom i Studentom spełnienie wszelkich planów.

Z wyrazami szacunku

Prof. dr hab. Franciszek Ziajka

Jego Magnificencja
Prof. dr hab. Maciej Łatański
Rektor Akademii Medycznej w Lublinie



MINISTER ZDROWIA

NS-ED/AML/03

Warszawa, dnia 3.11.2003

Rektor
Senat
Pracownicy i Studenci Akademii Medycznej
w Lublinie

Z wielką satysfakcją przyjąłem zaproszenie na uroczystość nadania Akademii Medycznej w Lublinie imienia Prof. Feliksa Skubiszewskiego wskazującą, że pamięć o znakomitych postaciach naszej nauki pozostaje żywa a nazwiska jej luminarzy zyskują godne miejsca będące dowodem tej pamięci.

Niestety obowiązki służbowe nie pozwalają mi na osobiste uczestnictwo w tej uroczystości.

Wszyscy Państwo, możecie czuć się dumni, że uczelnia Wasza zyskuje imię tak znakomitej osobistości, członka polskich i zagranicznych towarzystw naukowych.

Nazwisko Pana Prof. Skubiszewskiego jest znane społecznościom akademickim Warszawy, Poznania i naturalnie Lublina, w którym pracował do emerytury

Prof. Skubiszewski był pierwszym Rektorem Akademii Medycznej w Lublinie, otrzymał zaszczytny tytuł doktora honoris causa tej uczelni i to jej społeczność akademicka dokonała wyboru Pana Profesora na patrona swojej uczelni tym samym składając Mu hołd szczególny.

Życzę wszystkim Państwu, aby Akademia Medyczna w Lublinie im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego rozwijała się i osiągała coraz wyższy poziom godny swojego patrona.

Z poważaniem

MEDICAL UNIVERSITY OF ŁÓDŹ
90-419 ŁÓDŹ,
4, Kościuszko Av.
POLAND
Phone: +48 (42) 632-51-00
Fax: +48 (42) 630-07-07
E-mail: rektor@rkt.am.lodz.pl



UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁÓDZI
90-419 ŁÓDŹ,
al. Kościuszki 4
POLAND
Tel. + 48 (42) 632-51-00
Fax + 48 (42) 630-07-07
E-mail: rektor@rkt.am.lodz.pl

Rc/562/03

Łódź, 2003-03-20

Jego Magnificencja
Rektor Akademii Medycznej
w Lublinie

Prof. dr hab. Maciej ŁATAŃSKI

Wielce Szanowny Panie Reaktorze,

Z okazji uroczystości nadania Akademii Medycznej w Lublinie imienia

PROFESORA FELIKSA SKUBISZEWSKIEGO

niem mi będzie wolno przekazać na ręce Waszej Magnificencji najserdeczniejsze gratulacje dla całej społeczności akademickiej. Jednocześnie z całego serca życzę Panu Rektorowi i Jego pracownikom wielu osiągnięć, powodzenia w pracy organizacyjnej, naukowo-dydaktycznej i wychowawczej oraz dobrego zdrowia, szczęścia i pomyślności w życiu osobistym. Dziękując Panu Rektorowi za zaproszenie pozostaje z wyrazami szacunku i poważania.

REKTOR

Prof. dr hab. Andrzej Lewiński



POSEL
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
ZDZISŁAW PODKARSKI

Jego Magnificencja
Prof. zw.dr hab. n. med. Maciej Łatański
Rektor
Akademia Medyczna w Lublinie

Stanowny Panie Rektorze,

dziękując bardzo serdecznie za zaproszenie uprzejmie proszę przyjąć ode mnie wyrazy szacunku i uznania za pracę, która jest wyrazem najpełniej pojętego humanizmu.

Ogromnie cieszę się, że Akademia Medyczna w Lublinie ze swoim ponad półwiecznym dorobkiem naukowym na swego Patrona obrala człowieka wywodzącego się z Lubelszczyzny Profesora Feliksa Skubiszewskiego, wielkiego chirurga i Polaka.

Z okazji tak ważnej dla Społeczności Akademickiej uroczystości, życzę Panu Rektorowi, Senatowi Uczelni, Pracownikom Naukowym sukcesów w pracy naukowej, dalszego rozwoju Uczelni. Bractwu Studenckiemu życzę aby sylwetka Patrona Akademii przyswiewcała im w przyszłej pracy zawodowej.

Wszystkim Państwu, pracownikom pionów technicznych Uczelni, Przyjaciółom Akademii Medycznej w Lublinie z całego serca życzę satysfakcji z pracy zawodowej, zdrowia oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

Z poważaniem

Lublin, dnia 4 kwietnia 2003 r.

Sylwetka Patrona



Feliks Skubiszewski
Doktor Nauk Medycznych
Profesor Akademii Medycznej w Lublinie

Serdeczne podziękowania składamy dr n. med. Hannie Lackowskiej-Powalka za udostępnienie prywatnych zbiorów fotografii i pamiątek rodzinnych Czcigodnego Patrona prof. Feliksa Skubiszewskiego, oraz wyrażamy wdzięczność za wszechstronną pomoc w przygotowaniu materiałów archiwalnych do edycji.

Red.

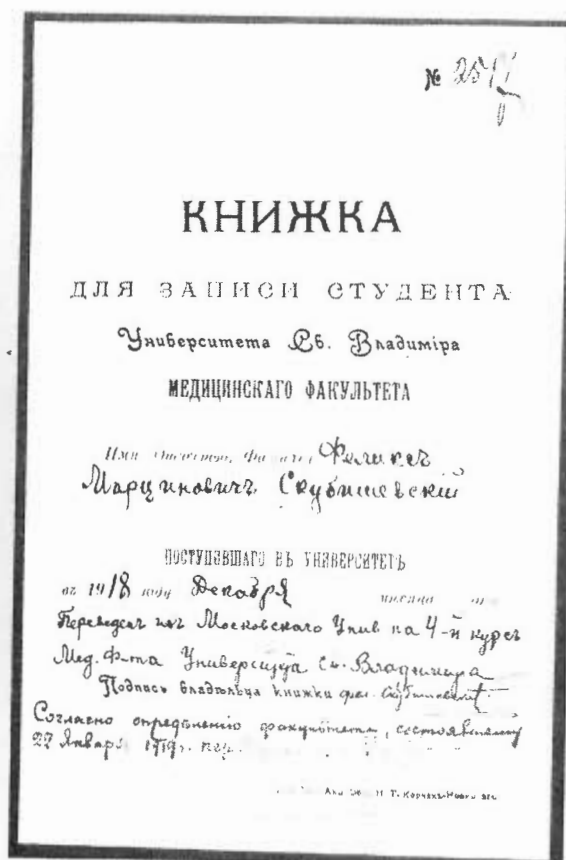
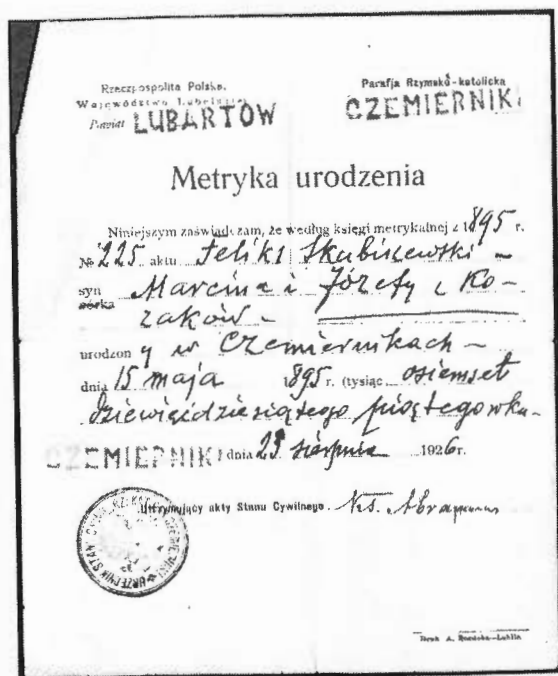
Wystąpienie prof. dr hab. Pawła Misiuna, kierownika II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej AM w Lublinie w latach 1970-1998, ukazujące sylwetkę Patrona.

Magnificencjo Rektorze
Wysoki Senacie
Szanowni Goście
Koleżanki i Koledzy
Czując się wielce zaszczyconym możliwością przedstawienia na dzisiejszej uroczystości sylwetki profesora dr hab. dr h. c. Feliksa Skubiszewskiego zdaję sobie sprawę z trudności, wynikających chociażby z ograniczonych ram czasowych scharakteryzowania tej nieprzeciętnej, bogatej osobowości, Jego filozofii i mądrości życiowej, wielorakiej działalności jako wybitnego chirurga, nauczyciela akademickiego, wychowawcy licznej rzeszy studentów, współorganizatora Uniwersytetu Marii Curie – Skłodowskiej, a od 1950 Akademii Lekarskiej, twórcy własnej szkoły chirurgicznej, promieniującej na cały południowo – wschodni region naszego kraju.



Prof. dr hab. Paweł Misiuna

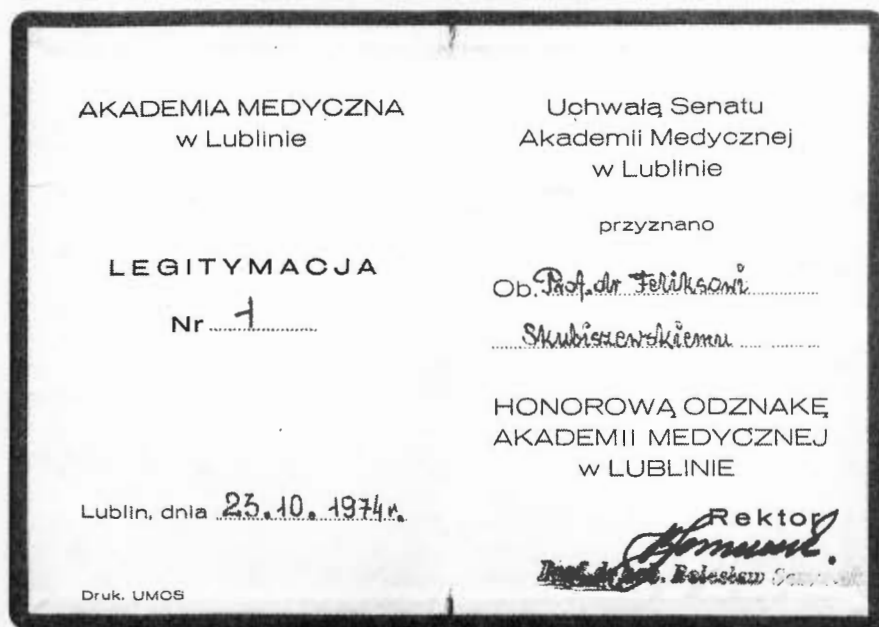
Prof. F. Skubiszewski urodził się 15 maja 1895 we wsi Czemierniki w rodzinie Józefy i Marcina Skubiszewskich, gospodarujących na niewielkim, bo trzyhektarowym gospodarstwie. Była to światła rodzina, o czym świadczy fakt, że z czworga dzieci troje skończyło studia wyższe a dwaj synowie osiągnęli najwyższe godności i stanowiska w karierze akademickiej. Starszy brat – Ludwik był profesorem anatomopatologiem i wieloletnim Kierownikiem Katedry Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego. Siostra Janina, po mężu Gorzkowska, ukończyła studia stomatologiczne i pracowała w tym zawodzie do czasu przejścia na emeryturę. Jedynie druga siostra Cecylia, po mężu Abramowicz, pozostała w Czemiernikach i wraz z rodzicami prowadziła gospodarstwo rolne.



Syn Feliks, po latach nauki podstawowej w rodzinnych Czemiernikach w roku 1915 kończy Gimnazjum Gubernialne w Lublinie i w tymże roku wstępuje na studia lekarskie w Imperatorskim Uniwersytecie Moskiewskim, z którego w roku 1918 przenosi się na Uniwersytet Świętego Włodzimierza w Kijowie, gdzie w 1919 roku uzyskuje dyplom lekarza z wyróżnieniem.

Po powrocie do kraju, jeszcze przed nostryfikacją dyplomu podejmuje pracę zawodową w Zakładzie Chirurgii Operacyjnej, a następnie jako elew w I Klinice Chi-

rurgii Operacyjnej Uniwersytetu Warszawskiego, kierowanej przez prof. Leona Kryńskiego. Tam też ogłasza swoją pierwszą pracę pod tytułem „Przyczynek do nauki o uchyłkach wyrostka robaczkowego”. W czerwcu 1920 roku dokonuje nostryfikacji dyplomu lekarza na Uni-





wersytecie Warszawskim. Od listopada 1921 roku rozpoczyna pracę jako starszy asystent w Klinice Chorób Nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego, kierowanej przez prof. Orzechowskiego. W tym czasie ogłasza szereg prac z zakresu neurologii, z których dwie: „O przysadce mózgowej” i „O polineurytach ciężowych” zostały opublikowane w *Revue Neurologique*.

Praca i osiągnięcia młodego lekarza uwieńczone zostały nadaniem przez Uniwersytet Warszawski w roku 1924 Dyplomu Doctoris Medicinae Universae (Doktor Wszecznauk Lekarskich).

Przełomową datą w karierze zawodowej, a przede wszystkim chirurgicznej profesora F. Skubiszewskiego był rok 1925, kiedy to na propozycję profesora Antoniego Tomasza Aleksandra Jurasza rozpoczął pracę w charakterze starszego asystenta w Klinice Chirurgii Uniwersytetu Poznańskiego.

Profesor A. Jurasz był nie tylko znakomitym chirurgiem, twórcą chirurgii klinicznej w ośrodku poznańskim ale, jak dowiodły tego lata wojny, był również gorącym patriotą. Jako lekarz pułkownik Wojska Polskiego przyczynił się do utworzenia Polskiego Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie w Edynburgu, którego był dziekanem przez cały okres istnienia wydziału. Na wydziale tym kilka roczników polskiej młodzieży zdobyło wykształcenie medyczne.

Okres pracy w Poznaniu to niewątpliwie bardzo szczęśliwe lata w życiu profesora Skubiszewskiego: przede wszystkim opanował wszechstronnie arkana wiedzy i sztuki chirurgicznej, uczestniczył wraz ze swoim nauczycielem w zjazdach krajowych i międzynarodowych, zapoznał się z czołowymi ośrodkami chirurgicznymi Europy oraz intensywnie pracował naukowo, czego wyrazem są liczne publikacje w czasopiśmie krajowych i międzynarodowych. Szczególnie wartościowe i pionierskie prace dotyczyły zmian anatomopatologicznych w krwotoczno-martwiczym zapaleniu trzustki. Ukoronowaniem tego kierunku zainteresowań naukowych prof. F. Skubiszewskiego była rozprawa pod tytułem „Późne zmiany anatomopatologiczne trzustki w następstwie jej martwicy. Odnowa wyspek Langerhansa”, na podstawie której senat Uniwersytetu Poznańskiego w dniu 7 lipca 1931 r. podjął uchwałę o habilitacji i nadaniu stopnia docenta chirurgii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego. W tymże roku został profesor przyjęty na członka Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Niestety, po wybuchu wojny, jeszcze w roku 1939 profesor zmuszony został przez okupanta niemieckiego do opuszczenia Poznania. Po krótkim okresie pracy w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie, od roku 1940 rozpoczął pracę w Szpitalu Powiatowym w Puławach, pełniąc jed-

nocześnie obowiązki dyrektora szpitala i ordynatora oddziału chirurgicznego. Tu właśnie zetknął się profesor, jak to określił w jednym z wywiadów, z „ubóstwem chirurgii terenowej”. Mimo ciężkich warunków materialnych i okoliczności okupacyjnych już 23 stycznia 1940 roku wykonał pierwszą operację w tym szpitalu, a według własnoręcznie sporządzonego wykazu do roku 1944 przeprowadził w sumie 2732 różnego rodzaju zabiegów chirurgicznych. W tym szpitalu zgromadził wokół siebie siedmiuosobowy zespół chirurgiczny oraz odpowiedni

Warszawa, dn. 8 marca 1952 r.

MINISTER ZDROWIA

Obywatel Prof.dr Skubiszewski Feliks

L.11/21/52

L u b l i n
ul.3 Maja 10 m.5

Z l e c a m Obywatelowi za Jego zgodą od dnia 1-go marca 1952 roku wykonywanie czynności specjalisty w zakresie chirurgii na teren województwa lubelskiego.

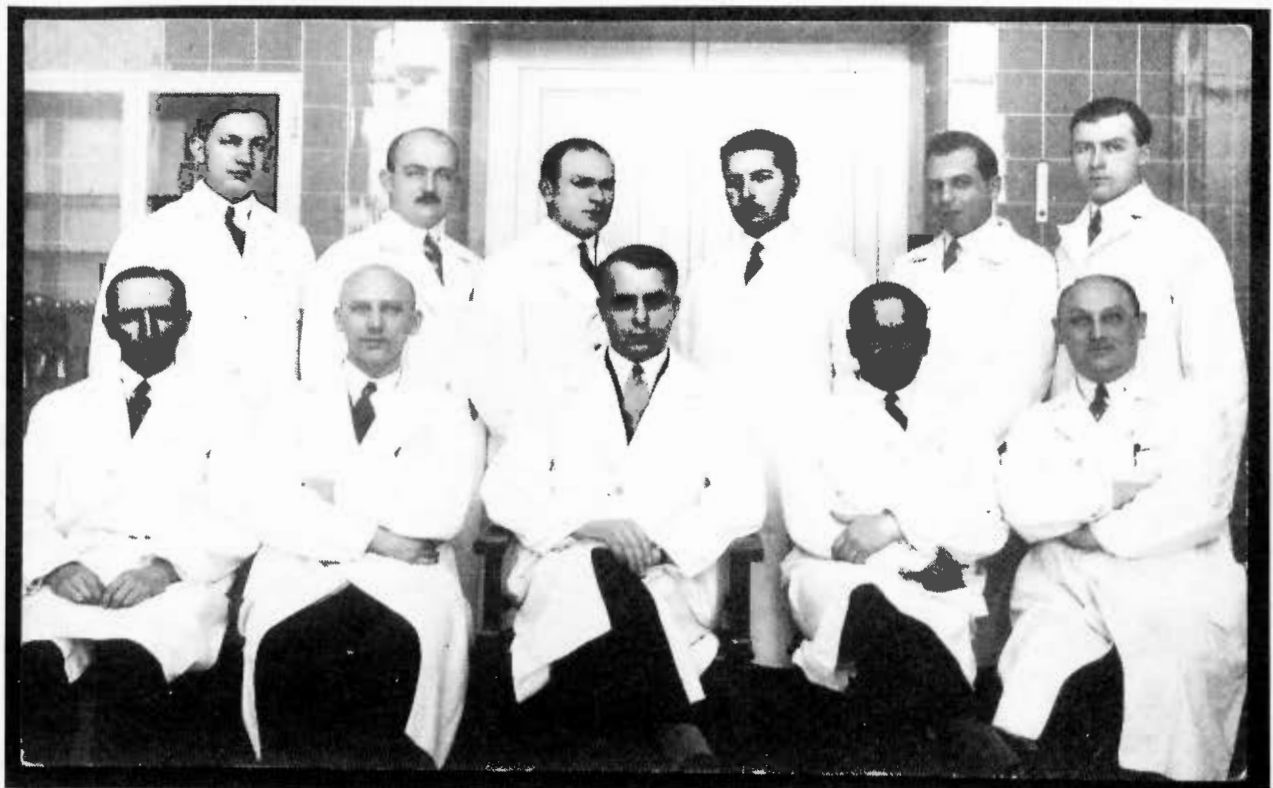
Zadania i obowiązki Obywatela oraz sposób wykonywania czynności reguluje zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 1950r. w sprawie specjalistów krajowych i wojewódzkich /Dz.U.N.Zdr.Nr.15 poz.130/, dołączona do zarządzenia instrukcja, przepisy i zarządzenia, które zostały lub zostaną ogłoszone w sprawach nadzoru fachowego oraz art. 498 do 516 kodeksu zobowiązań.

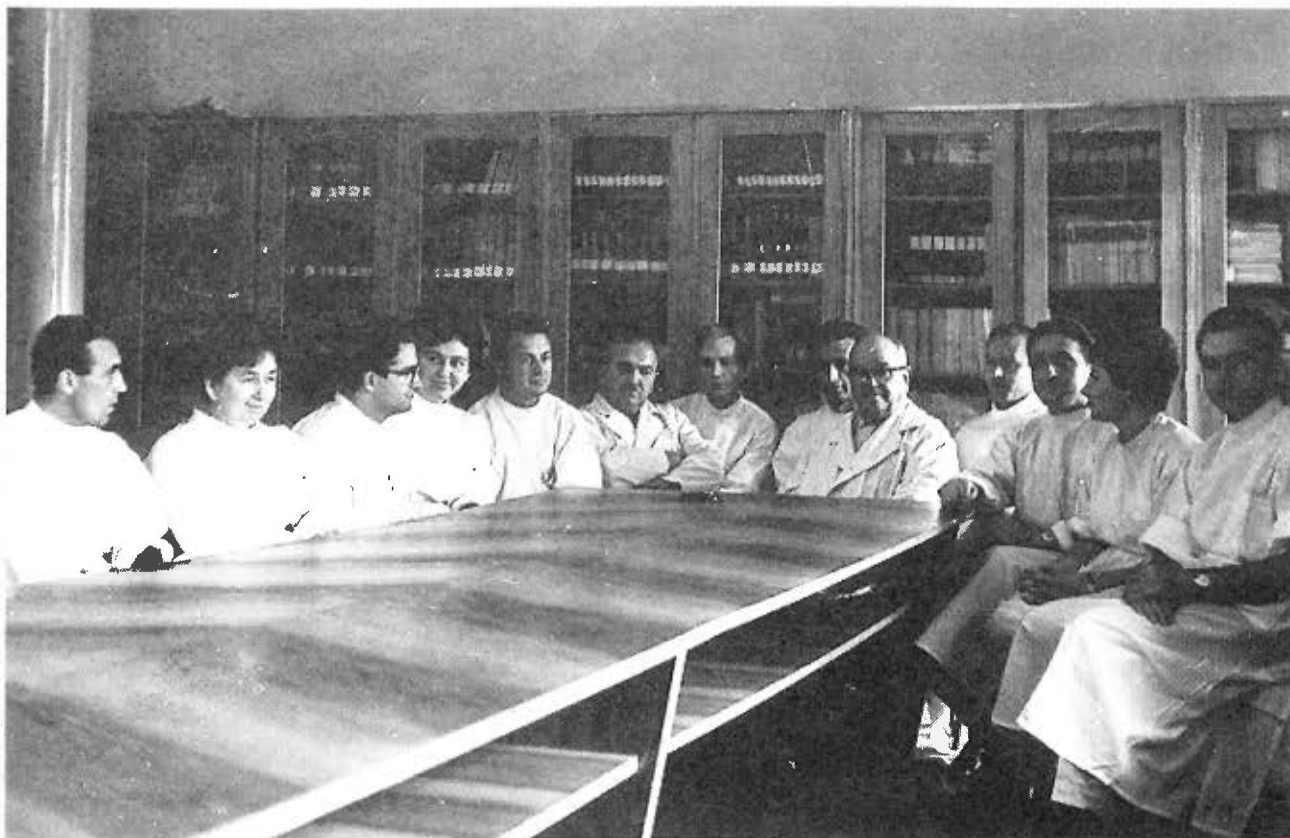
Za wykonywanie powyższych czynności przysługują Obywatelowi wynagrodzenie w wysokości zł.750 miesięcznie płatne z dołu każdego miesiąca po złożeniu w terminie określonym w cytowanym zarządzeniu sprawozdania z dokonanych czynności oraz diety i zwrot kosztów podróży według norm ustalonych dla pracowników państwowych w stopniu odpowiadającym.

Obowiązki i prawa Obywatela wynikające z niniejszego zlecenia mają moc wiążącą aż do odwołania i wygasają w ostatnim dniu miesiąca podanego w piśmie odwołującym.

Jednocześnie anuluję pismo z dnia 25 sierpnia 1950r.Nr.L.VI.10005/50.

MINISTER





personel średni i niższy. Wśród pacjentów profesora byli również partyzanci, których operował i leczył nie bacząc na niebezpieczeństwo narażenia własnego życia. Szkolił i egzaminował również sanitariuszki z oddziałów partyzanckich.

Po przejściu frontu, już we wrześniu 1944 roku został powołany do Wojska Polskiego w stopniu majora, pełniąc kolejno do końca lipca 1945 roku: funkcję Chirurga Departamentu Służby Zdrowia, Głównego Chirurga w 64 Szpitalu Ewakuacyjnym, a następnie Kierownika Oddziału Chirurgicznego Wojskowego Szpitala Okręgowego nr 2 w Lublinie.

23 października 1944 roku został powołany w Lublinie Uniwersytet Marii Curie – Skłodowskiej, a w jego ramach Wydział Lekarski. Docent Feliks Skubiszewski, jako jeden z pierwszych, zgłosił się do władz uczelni i aktywnie uczestniczył w pracach organizacyjnych uniwersytetu. 1 listopada 1944 roku otwarta została w Szpitalu św. Wincentego a Paulo, przy ulicy Staszica 16, Klinika Chirurgiczna, której kierownikiem został mianowany z tym dniem profesorem nadzwyczajnym F. Skubiszewski. Klinika liczyła początkowo 45 łóżek, a zespół chirurgiczny tworzyło dwóch asystentów – dr M. Zakryś i dr K. Litwin.

W roku akademickim 1945/46 profesor był dziekanem Wydziału Lekarskiego. Pełniąc swoje obowiązki, okazał wielką życzliwość dla zgłaszającej się na studia młodzieży, często już dotkliwie doświadczonej przez losy wojenne – zgłaszali się kandydaci w mundurach Wojska Polskiego, w mundurach partyzanckich o różnych odcieniach, studenci niedokończonych studiów przedwojennych. W ramach wydziału działała Katedra Medycyny Wojskowej, przygotowująca kadry lekarskie dla potrzeb wciąż rozbudowującego się wojska. Swoim stosunkiem do młodzieży profesor zaszczylił jej wdzięczność i szacunek, o czym świadczą chociażby karykatury profesora, rysowane przez studentów. W tym czasie prof. F. Skubiszewski prowadził aktywną działalność lekarską i naukowo-organizacyjną w różnych gremiach jak: Lubelskie Towarzystwo Lekarskie, Państwowa Rada Zdrowia, Wydział Szpitalnictwa Ministerstwa Zdrowia, Komisja Medycyny Klinicznej i Doświadczalnej Polskiej Akademii Umiejętności. Z dniem 1 stycznia 1951 roku została powołana Akademia Lekarska, (przemianowana później na Akademię Medyczną), składająca się z dwóch wydziałów: Lekarskiego i Farmaceutycznego UMCS. Prof. F. Skubiszewski zostaje pierwszym rektorem nowo utworzonej uczelni i pełni te obowiązki do 30 września 1954 roku. Już podczas inauguracji roku akademickiego 1950/51, w wystąpieniu rektora nakreślone zostały kierunki rozwoju uczelni obejmujące nauki podstawowe i szpitalnictwo kliniczne. Wówczas właśnie powstał plan budowy dużego szpitala klinicznego – jest to dziś funkcjonujący SPSK nr 4.

Jako kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgicznej, profesor stopniowo powiększa liczbę łóżek do 120, a równocześnie kształtuje zespół chirurgów – asystentów



i adiunktów kliniki, ucząc ich nie tylko chirurgii, ale również odpowiedniej etyki zawodowej w myśl swojej wypowiedzi: „starałem się moim uczniom przekazać zamiłowanie do chirurgii, do rzetelnej pracy, kształtować cechy nieodzowne dla chirurga: prawość i rozumienie medycyny jako służby społecznej”. Wyrazem rozwoju naukowego asystentów jest uzyskanie pod promotorstwem profesora dwunastu doktoratów, przy czym profesor wyróżniał, jak to sam określił zasadę napoleońską – profesor tylko podawał „koronę”, a każdy wkładał ją na skronie sam. A że to była nieraz korona cierniowa...

Jako wieloletni konsultant wojewódzki do spraw chirurgii (od 1947 do 1974 roku) troszczył się o poziom chirurgii terenowej. Wielu asystentów Kliniki desygnował do objęcia ordynatur oddziałów chirurgicznych w szpitalach powiatowych. Szereg chirurgów ze szpitali terenowych zdobyło pod kierunkiem profesora pełną specjalizację chirurgiczną.

Zgodnie z przepisami prawa prof. F. Skubiszewski przeszedł z dniem 30 września 1965 roku na emeryturę, otrzymawszy z tytułu zasług rentę specjalną.

Zarząd Główny Towarzystwa Chirurgów Polskich w roku 1966 nadał profesorowi tytuł Członka Honorowego Towarzystwa, a macierzysta uczelnia w dniu 22 maja 1975 roku – zaszczytny tytuł – Doktora Honoris Causa.

Za swą działalność zawodową i społeczną profesor wyróżniony został licznymi odznaczeniami: dwukrotnie Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim i Oficerskim Orderem Odrodzenia Polski, Orderem Sztandaru



Pracy I Klasy, odznaką „Zasłużony dla Lubelszczyzny” i innymi.

Będąc na emeryturze profesor interesował się pracą stworzonej przez siebie Kliniki, a po utworzeniu na jej bazie w 1970 roku w ramach Instytutu Chirurgii trzech Klinik: Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Naczyń i Traumatologii, których kierownictwo objęli jego uczniowie, utrzymywał z nimi ścisły kontakt.

Po krótkiej, ale ciężkiej chorobie profesor zmarł dnia 17 maja 1981 roku przeżywszy 86 lat. Zgodnie z własną wolą został pochowany na cmentarzu w Czemiernikach, w rodzinnym grobie Skubiszewskich.



Magnificencjo Rektorze

Proszę pozwolić mi na kilka refleksji osobistych. Po raz pierwszy z osobą profesora F. Skubiszewskiego zetknąłem się podczas egzaminu wstępnego na Wydział Lekarski UMCS, w roku 1949. O oznaczonej godzinie wszedł na salę elegancko ubrany pan, przedstawił się, odczytał trzy tematy z biologii i poprosił o pisemne opracowanie, jednego dowolnie wybranego z nich. Po czym wszedł na katedrę i oczekiwał na złożenie ukończonych prac. W czasie studiów, z racji mojej działalności w organizacjach młodzieżowych, często miałem możliwość kontaktu z profesorem jako rektorem. Już wówczas imponował mi swoim spokojem, rozważą i troską w niełatwym kierowaniu nowo utworzoną i szybko rozwijającą się uczelnią. W dużej mierze tym kontaktom zawdzięczam wybór chirurgii jako swojej specjalności. Marzenia moje spełniły się dość szybko, bowiem już 1 marca 1953 roku, będąc studentem czwartego roku medycyny, zostałem zatrudniony w Klinice profesora w charakterze p. o. asystenta. Asystując profesorowi do różnych i licznych operacji poznawałem tajniki jego precyzyjnej techniki operacyjnej. Była to znakomita szkoła chirurgii, oparta na relacji mistrz i uczeń. W miarę upływu czasu dzięki temu, zdobyłem pełne wykształcenie chirurgiczne. Profesor był promotorem mojej rozprawy doktorskiej oraz patronem przewodu habilitacyjnego. Po przejściu na emeryturę profesor utrzymywał stały kontakt ze mną i z kierowaną przeze mnie Kliniką Chirurgii Naczyń.

Pewnego dnia profesor powierzył mi tajemnicę swojej choroby i poprosił o leczenie operacyjne. Doceniając w pełni zaufanie, jakim zostałem obdarzony uważałem jednak, że nestora chirurgii polskiej winien operować najznakomitszy chirurg ówczesnego okresu tj. prof. Jan Nielubowicz. Profesor zaakceptował moją propozycję. Są jednak choroby, których naturalnego przebiegu nie są w stanie zmienić nawet najznakomitsze ręce chirurga. Niestety, choroba ta była przyczyną śmierci profesora.

Możliwość przedstawienia sylwetki prof. dr F. Skubiszewskiego proszę przyjąć jako złożenie hołdu memu mistrzowi i nauczycielowi, a od dziś patronowi naszej Almae Matris.



**Wypowiedź dr n. med.
Hanny Lackowskiej-Powalka,
wychowanki prof. Feliksa Skubiszewskiego.**

Magnificencjo Rektorze
Wysoki Senacie
Dostojni Goście
Szanowni Państwo
Pragnę przedstawić Państwu dwa fakty z życia mojego Wujka, Profesora Feliksa Skubiszewskiego, które zażyły na dalszych Jego losach w życiu.

W roku 1924, będąc asystentem Profesora Kazimierza Orzechowskiego w Klinice Neurologii w Warszawie wygłosił referat na Posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego pt. „Przyczynki do chirurgicznego leczenia kilaków mózgu”. Przypadek dotyczył obserwacji pacjenta z mnogimi kilakami mózgu, który operowany był w trybie pilnym z powodu objawów



**Dr n. med.
Hanna Lackowska-Powalka**



narastającej ciasnoty śródczaszkowej przez Profesora Sawickiego. W posiedzeniu tym uczestniczył profesor Antoni Jurasz. Właśnie wtedy zaproponował Wujkowi pracę w Klinice Chirurgii w Poznaniu. Decyzja była szybka – tak – jadę do Poznania. Po piętnastu latach pracy w Poznaniu, po ciężkiej pracy i tulacze w okresie okupacji powraca na stałe w rodzinne strony – do Lublina, aby tutaj realizować największe dzieło swojego życia.

W 1948 roku otrzymuje kuszącą propozycję. Władze poznańskiej Akademii Medycznej zwracają się z prośbą o objęcie kierownictwa Kliniki Chirurgicznej, w której pracował do listopada 1939 roku. Wtedy również



decyzja była szybka i jednoznaczna – nie jadę – zostaję w Lublinie.

Pamiętam jak wielokrotnie Wujek mi mówił: „*Każdy człowiek szuka własnego miejsca w życiu, im szybciej to miejsce znajdzie – tym lepiej*”. Tym miejscem, w życiu Wujka był zapewne Poznań, ale był to tylko szczęśliwy przystanek. Tym szczęśliwym miejscem, którego szukał w życiu był właśnie Lublin.

To tutaj był Wydział Lekarski na UMCS, nowo tworzona Klinika Chirurgiczna, tak potrzebna społeczności Lubelszczyzny, to tutaj była Akademia Medyczna od 1950 roku szczęśliwy dom stworzony przez ukochaną żonę Wandę – pełen ciepła, radości i miłości.

Właśnie tu, na Lubelszczyźnie, 53 km od Lublina usytuowane w trójkącie pomiędzy Lubartowem, Parczewem i Radzyniem Podlaskim są ukochane Czemierniki.

O Czemiernikach mówił tak: „*To jest nawspanialsze miejsce na świecie, takich pięknych łąk i pól nie ma nigdzie, tutaj najpiękniej śpiewają ptaki o poranku*”.

Tu w Czemiernikach mieszkają towarzysze dziecięcych zabaw, koledzy z ławy szkolnej, potrzebujący pomocy lekarskiej ludzie chorzy, których traktował jak najbliższych członków rodziny.

Odwiedzając grób rodziców na czemiernickim cmentarzu zawsze powtarzał: „*Pamiętaj Haniu, moje miejsce jest tutaj, pod tym kasztanem, razem z rodzicami*”.

15 maja 1981 roku skończył 86 lat, zmarł 17 maja w przeddzień swoich imienin. Spoczął tutaj w czemiernickiej Ziemi. Po dziesięciu latach umiera moja Ciozia – Wanda Skubiszewska, która spoczywa obok swojego ukochanego męża.

Magnificencjo Rektorze dziękuję Panu, dziękuję Wysokiemu Senatowi, dziękuję całej społeczności akademickiej.

Wspomnienia dr n. med. Ludwika Kotlińskiego, byłego ordynatora Oddziału Urologicznego Szpitala Powiatowego w Puławach, nadesłane z okazji nadania Uczelni imienia prof. Feliksa Skubiszewskiego

Jest dla mnie ogromnym zaszczytem i przyjemnością propozycja, aby przy tej uroczystej chwili podzielić się informacjami na temat pobytu i działalności w Puławach Pana Profesora Feliksa Skubiszewskiego w latach 1940-1944.

Są to wprawdzie dane fragmentaryczne, lecz oparte na relacjach ówczesnych współpracowników Pana Profesora. Jako lekarz oddziału chirurgicznego szpitala w Puławach od 1954 r. miałem możliwość współpracować z Panią pielęgniarką, instrumentariuszką Marią Siwecką opatrunkową i jednocześnie podającą narkozę Józefą Fronczak, które pracowały w tym szpitalu od lat przedwojennych.

Świeża była jeszcze pamięć okresu przedwojennego, lat okupacji i wyzwolenia. Często były więc wspomnienia tamtych czasów, odwołania do chwil minionych, lecz obie panie jednak najchętniej wspominały z wielką dumą lata wspólnej pracy z Panem Profesorem, ówczesnym Docentem. W okresie przedwojennym Puławy były

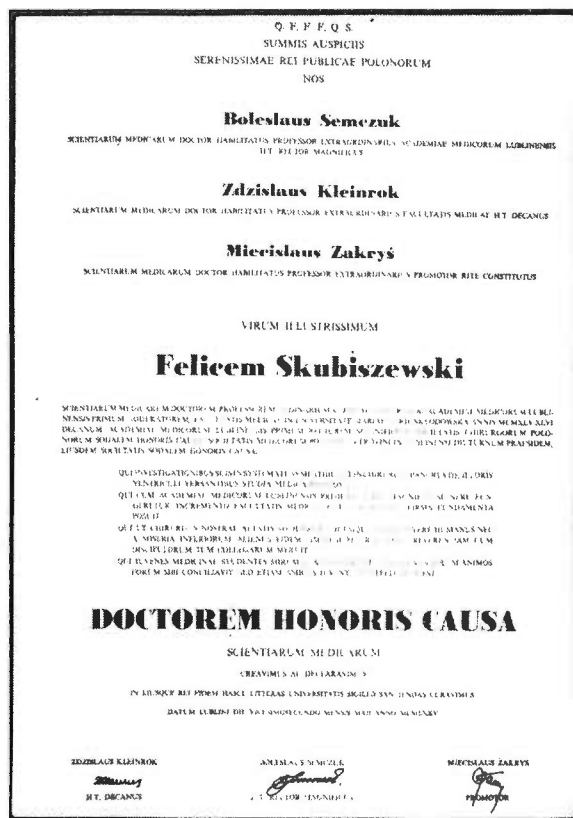
małym, letniskowym miasteczkiem z dwoma Instytutami – Rolnym i Weterynaryjnym, Gimnazjum, kilkoma małymi zakładami pracy i jednostką wojskową. Istniał też mały szpital powiatowy. Zarząd nad nim sprawował sejmik złożony z okolicznych włościan, którzy zatrudnili w latach dwudziestych ordynatora i dyrektora tego szpitala dr Mierczyńskiego – adiunkta prof. Redlińskiego z Kliniki Chirurgii w Warszawie. Na dwa lata przed wojną rozpoczęła się budowa nowoczesnego szpitala na 150 łóżek, zakończona tuż przed wojną. Nie zdążono przenieść się do niego. Dotychczasowy ordynator został powołany do wojska, na wojnę, i zakończył ją, jako asystent, u prof. Antoniego Jurasza w Edynburgu, natomiast po wojnie powrócił do Polski.

Niemcy po zajęciu zniszczonych Puław urządzili w nowym szpitalu, obok gimnazjum, szpital wojskowy; stary szpital św. Karola został przeznaczony dla ludności cywilnej. W szpitalu brakowało wszystkiego, bielizny leków, żywności, panowała prawdziwa bieda z nędzą. W tym czasie, w 1940 roku przybył do Puław doc. dr Feliks Skubiszewski z Kliniki Chirurgii w Poznaniu kierowanej przez prof. Antoniego Jurasza. Objął stanowisko dyrektora szpitala i ordynatora oddziału chirurgicznego; asystentem został dr Jan Zapędowski, instrumentariuszką siostra Maria Siwecka, narkozę podawała Józefa Fronczak. Szpital był permanentnie obłożony pacjentami, ponad miarę, chorzy przynosili ze sobą pościel, bieliznę, dostarczano z zewnątrz żywność. Operowało się dużo, choć brakowało instrumentarium.

W tamtych czasach było w zwyczaju, że chirurdzy mieli własne narzędzia, tymczasem żona poprzedniego ordynatora zabrała je do domu. Po nawiązaniu kontaktu z prof. F. Skubiszewskim oddała je niezwłocznie do szpi-

tala dowiedziawszy się, że ten chirurg bardzo dużo i dobrze operuje, wykazując przy tym właściwą postawę.

We wspomnieniach wymienionych pielęgniarek ogrom i różnorodność zabiegów przewijały się wielokrotnie, obie wspominały, że Profesor



Dr Feliks Skubiszewski
ul. Hempła 4 m. 8
tel. 2-26-08

22.10.77

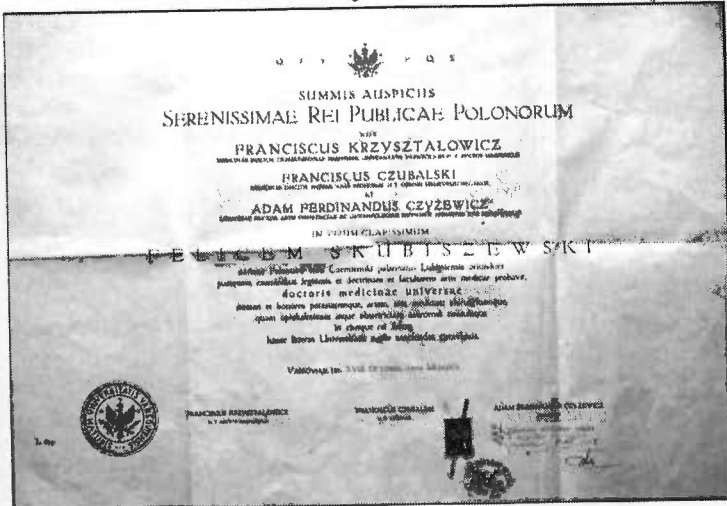
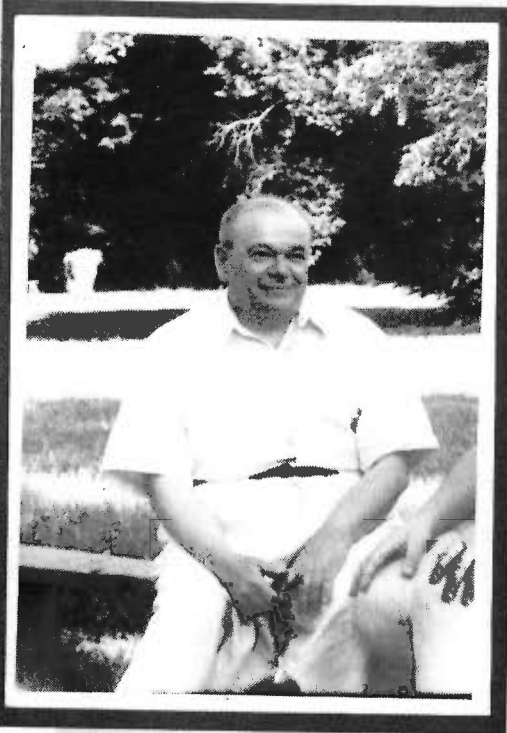
Urodził się w Czemiornikach dn. 15.V.1895r.
Medycynę studiował w Moskwie, ostatni rok
w Kijowie i na wiosnę r. 1919 otrzymał
dyplom lekarza. Po powrocie do Kraju nosił
kawałek dyplomu na Uniw. Warszawskim w rok
1920. Doktorat wstecz nauk lekarskich otrzy-
mał na Uniw. Warszawskim w październiku
1924 r.

Praca zawodowa: W r. 1920 i 21 byłem asystentem Chirurgii Ope-
cyjnej u pror. L. Kryński na Uniw. Warszawskim, jednocześnie
pracowałem jako młodszy ordynator w szpitalu Pol. Tow. Czerw.
Krzyża w Warszawie /legitymacja nr 29, wydana z datą 17 sierpnia
1920 r.

Następnie trzy lata /1922 - 25 r./ byłem st. asystentem Kliniki
neurologicznej u prof. K. Orszadowskiego. /Legitymacja Urzędu
wydana 5 stycznia 1923 r./. Przytoczam dwie prace ogłoszone
w Paryżu w Revue neurologique, ze względu na daty ich ogłoszenia
pierwsza o przysówce mózgowej T I nr 4, octobre 1924, druga
o polineurytach ciężowych z datą septembre 1925, t II nr 3.
Następnie przenieśliśmy się do Poznania i tu w Klinice chirurgi-
cznej Uniwersytetu Poznańskiego pracowałem pod kierownictwem
prof. Antoniego Jurasza w latach 1925-1939. Kolejno jako sta-
synt /dekret nominacyjny Rektora z dn. 2 stycznia 1928 r.
następnie po uzyskaniu Docentury jako Adiunkt Kliniki do czasu
wojny.

Minister... Oświecenia Publicznego J. Jędrzejewicz pisał
do Rektoratu Uniwersytetu Poznańskiego datowanym 20 października
1931 r. zatwierdza ... "uchwałę przyjętą przez Senat
Akademicki na posiedzeniu w dniu 7 lipca 1931 r., której uchwa-
łą dr Feliks Skubiszewski został habilitowany jako Docent chirur-
gii na Wydziale Lekarskim Uniw. Poznańskiego".
Zwyczajem tamtych lat, dopiero Docent mógł zostać adiunktem.
funkcję Adiunkta pełniłem od r. 1932, do wojny, z tym ważnym
uzupełnieniem, że w r. 1938 zostałem mianowany "na stałe
adiunktem przy Katedrze Chirurgii z ważnością od 1 maja
1938 r."

Klinicę po wroczeniu okupanta prowadziłem
do 9 listopada 1939 r., poczem wyjechałem
do Warszawy.



Podziemie nawiązało kontakt z Profesorem i kilkakrotnie przywożono do szpitala rannych partyzantów, którzy byli operowani przez Feliksa Skubiszewskiego, jako chorzy-ranni, którzy rzekomo ulegli wypadkom rolniczym lub drogowym.

Profesor był organizatorem i wykładowcą kursów dla sanitariuszek, jeden z nich był prowadzony w okolicach Baranowa n. Wieprzem. Spośród grona słuchaczek tych kursów spora grupa sanitariuszek pełniła służbę w oddziałach partyzanckich. Jedną z nich, żyjącą obecnie 85-letnią kobietą, opowiadała mi o partyzancie, który podczas oblawy skrył się w stogu siana i w momencie przeszukiwania stogu przez żandarmy został widelcami głęboko zraniony w pośladek. Po tygodniu ukrywania się wymagał natychmiastowej pomocy chirurgicznej z powodu olbrzymiego ropnia. Zabieg mógł być wykonany tylko w terenie; operację wykonał Profesor, a chłopak dzięki tej interwencji chirurgicznej przeżył wojnę.

Okoliczni gospodarze, ziemianie zdawali sobie sprawę z trudnej sytuacji szpitala i zaopatrywali intendenturę w płody rolne. Dziedzicowie, bogatsi gospodarze, w okresie pokoju, jak i podczas okupacji, nie chcieli być

wymagał dobrych znieczuleń, tak by „brzuch się nie ruszał”, stosowano najczęściej narkozy chloroformowe. Sława Profesora niepomniernie rosła. Chirurdzy niemieccy ze szpitala wojskowego, jak opowiadały siostry, prosili Profesora kilkakrotnie na konsultacje, toteż parokrotnie operował na ich życzenie.

Okoliczni gospodarze, ziemianie zdawali sobie sprawę z trudnej sytuacji szpitala i zaopatrywali intendenturę w płody rolne. Dziedzicowie, bogatsi gospodarze, w okresie pokoju, jak i podczas okupacji, nie chcieli być

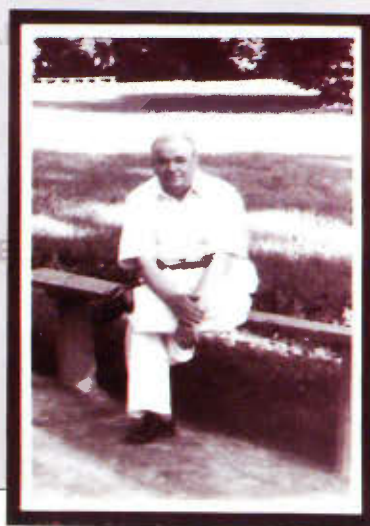
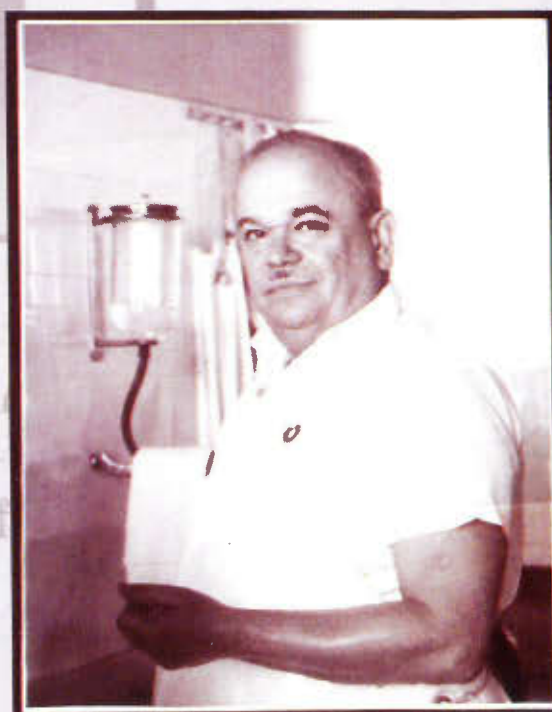
Dr. Feliks Skubiszewski
prof. chirurgii Akademii Medycznej

Prof. Feliks Skubiszewski

Lublin
3-go Maja 10 m. 5

Tel. 20-55

Życie z albumu



HONOROWĄ ODZNAKĘ
AKADEMII MEDYCZNEJ

...Krzwawicz i F. Skubiszewski
...torami honoris causa
...w Lublinie



...Człowiekiem palącym Lublinskim uczynionym
...suis et doctissimam et facidatam ante medicos probavit,
...rix medicis...
...creantemque, ante
...can abque ribotem in exercendis conuulsiua
...In ritapae r...
...Lliveriansi 1908

Prof. Feliks Skubiszewski

Życie z albumu



FRANCISZKUSZKI
...1911

FRANCISZKUSZKI
...1911

ADAM FRANKOWSKI
...1911

№ 2547



Д. П. ... Н. Т. А.

Университета Св. Владимира



И. М. Ма

В. ... еки

аз 19/8
Перевде
Мед. Фр
По

ни
4-7
ици

Согласно
22 Января



znano
ferikawci
skiemni
WA ODZNA
MEDYCZNI
BLINIE

Rekt
L. ...
A. ...

Prof. Feliks Skubiszewski
Życie z albumu



Rys. Jeńmianowicz, 1947 r.



Secretarius
Generalis

Prof. dr FELIKS SKUBISZEWSKI

Lublin, ul. Hejzpla 4

DR FELIKS SKUBISZEWSKI
PROFESOR U. M. C. S.

LUBLIN
UL. 3-GO MAJA 10 M. 5

TELEFON NR 20-55

na jego prośbę odbyliśmy obaj właśnie taki wieczorny spacer, zasłuchani w słowicze trele.

Nadszedł czas końca wojny, front stanął na Wiśle, szpital ewakuowano do Garbowa, w tym czasie powstawał w Lublinie Uniwersytet, gdzie Profesor objął Klinikę Chirurgiczną. W la-

poddawani zabiegom operacyjnym w szpitalu, toteż operowali się w domach. Zjeżdżano do nich w umówionych dniach z potrzebnym sprzętem, organizowano prowizoryczne sale operacyjne i operowano przepukliny, wyrostki, wytwarzano przetoki np. pęcherzowe, stosowano wyciągi kostne przy złamaniach. Wspomniane siostry towarzyszyły Profesorowi, pomagały przy zabiegach, a jedna zawsze zostawała na kilka dni, aby pielęgnować chorego. Według ich relacji okresy pooperacyjne przebiegały dobrze. Siostry otrzymywały za to gratyfikację, co okazało się być dla nich bardzo korzystne ponieważ wynagrodzenie urzędowe zaledwie było symboliczne.

Profesor nawiązał kontakty towarzyskie z rodzinami pracowników naukowych obu puławskich instytutów. Często odwiedzał tutejszego proboszcza, kanonika Zygmunta Adamczewskiego. Już po wojnie, gdy przyjeżdżał do szpitala w Puławach na wizytację, wspominał obiady u kanonika i niezapomniane, wieczorne spacery nad Wisłą. Po latach, w maju 1959 r., podczas kolejnej wizytacji,

tach powojennych wielokrotnie odwiedzał oddział chirurgiczny w Puławach. Był zawsze mile i serdecznie przez wszystkich witany, a zwłaszcza przez personel lekarsko-pielęgniarski, który miał zaszczyt z nim pracować.

„-Każdy człowiek szuka własnego miejsca w życiu, im szybciej to miejsce znajdzie – tym lepiej”.

Prof. F. Skubiszewski



a także bezwzględnego wykluczenia choroby nowotworowej. W opinii autora próby ustalenia rozpoznania choroby refluksowej w oparciu o empiryczne podanie leków zmniejszających wydzielanie kwasu solnego (Konsensus z Genwal z 1997 roku) są błędem mogącym w istotny sposób opóźnić rozpoznanie raka, a w konsekwencji doprowadzić do zgonu chorego.

Do podstawowych badań diagnostycznych zaliczamy – dobrze zebrany wywiad, badanie radiologiczne górnego odcinka przewodu pokarmowego, ezofagoskopię z pobraniem wycinków, dobową manometrię trzonu przełyku, dobowe monitorowanie pH w przełyku, oraz badanie manometryczne dolnego zwieracza przełyku. Stały postęp technologiczny przyczynia się do wprowadzenia nowych metod diagnostycznych, które z grupy metod stosowanych w badaniach naukowych znalazły w ostatnich latach uzasadnione zastosowanie kliniczne (ultrasonografia endoskopowa, spektrofotometria przełykowa – Bilitec, manometria przestrzenna, badania impedancji przełykowej, makroendoskopia).

Choroba refluksowa przełyku stanowi doskonały obiekt do prowadzenia wieloletnich obserwacji klinicznych, morfologicznych, molekularnych, pozwalających na monitorowanie progresji choroby refluksowej od dyskretnych objawów, poprzez kolejne stadia zaawansowania choroby, powikłania do zmian stwarzających zagrożenie raka. Szczególnie interesującym jest możliwość obserwacji procesu karcinogenezy u chorych z niekompletną metaplastyczną jelitową w przebiegu choroby refluksowej, czyli z tak zwanym przełykiem Barretta. Dane epidemiologiczne wskazują na systematyczny wzrost liczby chorych zarówno z przełykiem Barretta, jak i ewidentny wzrost przypadków raka gruczołowego przełyku i wpustu, rozwijających się na podłożu nabłonka metaplastycznego. Wśród przyczyn obserwowanych zmian częstości występowania powikłanej choroby refluksowej przełyku, w tym przełyku

Spolecznym problemem może być również fakt, że klasyczne objawy choroby refluksowej występują jedynie u 60 procent chorych

Barretta wymienia się gwałtowny wzrost zużycia leków rozkurczowych, masowo wykorzystywanych w terapii nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, leków przeciwastmatycznych, uspokajających, hormonalnych, które przy długotrwałym stosowaniu prowadzą do przewlekłego upośledzenia czynności motorycznej trzonu przełyku oraz obniżenia wydolności dolnego zwieracza przełyku.

Co więcej, charakterystyczna dla krajów wysoko rozwiniętych dieta, sprzyjająca nadmiernej otyłości również wpływa na wzrost liczby chorych z chorobą refluksową. Badania populacyjne wskazują, że czas trwania objawów refluksowych, czyli brak podjęcia szybkiego, efektywnego postępowania terapeutycznego jest podstawowym czynnikiem prognostycznym, wskazującym na silny związek choroby refluksowej z niebezpieczeństwem rozwoju gruczolakoraka przełyku. Podobnie, zarówno środki terapeutyczne niekorzystnie wpływające na motorykę przewodu pokarmowego, jak i otyłość są zaliczane do najważniejszych, negatywnych czynników rokowniczych, wielokrotnie zwiększających ryzyko rozwoju gruczolakoraka przełyku.

Do niekorzystnych czynników prognostycznych zaliczany jest także skład zarzucanej treści. W postaciach klasycznych choroby refluksowej występuje tzw. refluks kwaśny. Jednak dokładne dane epidemiologiczne analizujące skład zarzucanej treści dowodzą, że w ponad 60 procent przypadków występuje posiadający bardziej cytotoksyczny potencjał tzw. refluks mieszany, zawierający zarówno kwas solny i pepsynę z żołądka, jak i składniki zasadowe – żółć, sok dwunastniczy i sok trzustkowy z enzymami proteolitycznymi i lizolecytyną. U około 25 procent chorych występuje czysty refluks alkaliczny.

Monitorowanie następstw przewlekłego stosowania leków blokujących wydzielanie kwasu solnego, rutynowo wykorzy-



stywanych w terapii choroby refluksowej sugeruje, że w przypadkach zarzucania mieszanego lub alkalicznego następstwa takiej terapii mogą być bardziej niebezpieczne niż dotychczas sądzono. Wskazuje na to wzrost liczby rozpoznania tzw. niekompletnej metaplastyki jelitowej i przypadków gruczolakoraka przełyku rozwijającego się na podłożu przełyku Barretta. Wykazano związek czasowy z okresem masowego stosowania leków z grupy blokerów receptorów histaminowych typu H₂, a zwłaszcza tzw. inhibitorów pompy protonowej. Zarzucane do żołądka kwasy i sole żółciowe w kwaśnym środowisku ulegają wytrąceniu, a jako nierozpuszczalne w wodzie, zarzucane do przełyku nie stanowią zagrożenia dla nabłonka błony śluzowej przełyku. Podobnie w środowisku alkalicznym związki te ulegają dysocjacji. Posiadany ładunek elektryczny uniemożliwia penetrację błon komórkowych nabłonka przełykowego. Nie prowadzą więc do uszkodzenia komórek nabłonka. Natomiast terapia choroby refluksowej przy użyciu H₂-blokerów, a zwłaszcza inhibitorów pompy protonowej pozwala jedynie na utrzymanie pH zarzucanej treści w zakresie wartości obojętnych. W tym środowisku związki żółciowe są rozpuszczalne w wodzie, łatwo przenikają barierę komórkową nabłonka przełykowego, w ich wnętrzu ulegają dysocjacji, co w konsekwencji warunkuje silny efekt cytotoksyczny, sprzyjający uszkodzeniu zarówno materiału genetycznego, jak i organelli komórkowych. „Pulsacyjne” wahania stężenia zdysocjowanych kwasów i soli żółciowych zarzucanych do przełyku, przez większość badaczy, traktowane są jako najsilniejszy bodziec prowadzący do uszkodzenia kwasów nukleinowych jąder komórek nabłonka i dalej do rozwoju gruczolakoraka przełyku.

Z punktu widzenia chorego, najważniejszym celem w leczeniu choroby refluksowej powinno być zniesienie uciążliwych objawów. W opinii lekarzy niemniej istotnym jest wygojenie i zapobieganie nawrotom uszkodzeń błony śluzowej przełyku, zapobieganie powikłaniom CHRP, a także możliwość korekty warunków, które powodują chorobę refluksową.

Natomiast uwzględniając kryteria patofizjologiczne choroby refluksowej zawsze należy dążyć do przywrócenia prawidłowej czynności motorycznej dolnego zwieracza przełyku, poprawy efektywności motoryki trzonu przełyku oraz przyspieszenia opróżniania żołądkowego.

Efekt terapeutyczny można uzyskać na drodze zaleceń ogólnych (stosowanie prostych leków zobojętniających, ograniczenia dietetyczne, zmiana przyzwyczajęń żywieniowych, wyższe ułożenie wezgłowia łóżka, unikanie pasów, pozycji kucznej, leżenia na brzuchu itp.). Poza pewnymi odczuciami subiektywnymi chorych, ten typ terapii choroby refluksowej nie ma żadnego uzasadnienia naukowego. W leczeniu farmakologicznym najbardziej logicznym wydaje się zastosowanie leków prokinetycznych, które poprawiałyby motorykę trzonu, dolnego zwieracza przełyku oraz wpływałyby na efektywne opróżnianie żołądkowe. Obserwacje kliniczne wskazują jednak na stosunkowo niską skuteczność leków prokinetycznych. Stąd podstawą leczenia zachowawczego choroby refluksowej

przełyku jest szerokie stosowanie leków zmniejszających lub hamujących wydzielanie kwasu solnego. Łączenie obu grup leków wydaje się być optymalnym wariantem terapii farmakologicznej, mającej zastosowanie we wstępnych stadiach zaawansowania choroby refluksowej, w stanach zaostrzenia objawów chorobowych, terapii podtrzymującej, oraz w okresie przygotowania do planowanej operacji antyrefluksowej.

Wprowadzenie w 1991 roku chirurgicznych technik minimalnie inwazyjnych wpłynęło na gwałtowny wzrost liczby przypadków choroby refluksowej leczonych chirurgicznie. Operacje laparoskopowe (dostęp od strony jamy brzusznej), jak i operacje torakoskopowe (dostęp od strony klatki piersiowej) pozwalają na uzyskanie efektu terapeutycznego porównywalnego do operacji klasycznych, ze skutecznością kliniczną podobną do intensywnej terapii farmakologicznej z wykorzystaniem inhibitorów pompy protonowej. W zdecydowanej większości przypadków gwarantują trwałe i szybki efekt leczniczy, przy jednoczesnej poprawie jakości życia chorych poprzez zmniejszenie urazu okołoperacyjnego czy minimalizację dolegliwości bólowych związanych z zabiegiem chirurgicznym. Operacje te charakteryzują się krótkim okresem rekonwalescencji, szybkim powrotem do pełnej sprawności fizycznej i zawodowej.

Zgodnie z ustaleniami American Gastroenterological Association z 1997 roku w Orlando, powszechnie znane są precyzyjne kryteria wskazań do operacji antyrefluksowych. Brak efektów leczenia farmakologicznego, szybki nawrót choroby po odstawieniu leków, dalsza progresja choroby mimo wysokich dawek leków, występowanie powikłań choroby refluksowej, wiek chorego poniżej 40. roku życia lub oczekiwany długi okres życia po operacji, preferencje pacjenta wynikające z chęci szybkiego powrotu do pełnej sprawności fizycznej, a także względy ekonomiczne sprawiają, że rocznie operowanych jest około 300. chorych z chorobą refluksową. Należy jednak pamiętać, że operacje antyrefluksowe wiążą się z ryzykiem powikłań związanych ze znieczuleniem, wynikających z techniki operacyjnej, metody operacji antyrefluksowej. Niosą ze sobą również minimalne ryzyko zgonów pooperacyjnych. Wraz z nabywaniem doświadczenia odsetek powikłań jak i zgonów po operacjach antyrefluksowych wykonywanych technikami minimalnie inwazyjnymi uległ wyraźnemu obniżeniu w porównaniu do operacji klasycznych.

Wzrastający stopień zaawansowania choroby refluksowej zmienia nie tylko wskazania, ale także typ i zakres operacji. W niepowikłanej chorobie refluksowej dominują operacje antyrefluksowe wykonywane metodami minimalnie inwazyjnymi. Przy konieczności reoperacji i powikłanej chorobie refluksowej zabieg ponownie wykonuje się metodą laparoskopową lub klasycznie. W stanach krańcowego zaawansowania (zweżenia, owrzodzenia, skrócenie przełyku) oraz przy podejrzeniu raka gruczołowego (dysplazja ciężkiego stopnia) zabieg może być rozszerzony do całkowitego wycięcia przełyku z próbą zaoszczędzenia nerwów błędnych.

Promocje doktorskie

2003



JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański wręcza dyplom doktora habilitowanego dr Jackowi Wrońskiemu z Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyń i Angiologii.

W dniu 25 maja 2002 r. odbyła się w Collegium Novum uroczysta promocja doktorów i doktorów habilitowanych, którą prowadził JM Rektor prof. dr hab. dr hab. dr h. c. Maciej Latański.

Słowo JM Rektora prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego, skierowane do uczestniczących w uroczystej promocji habilitantów i doktorantów.

Szanowni Państwo,

Otwierając uroczystość wręczenia dyplomów doktora habilitowanego, doktora nauk medycznych, farmaceutycznych i biologicznych, witam serdecznie:

Dziekanów: Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym Pana Profesora Mariana Wielosza; Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej Panią Profesor Hannę Hopkałę oraz Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Panią Profesor Irenę Wrońską – naszej Almae Matris,

Dostojnych Profesorów, promotorów nowo kreowanych doktorów,

Panie i Panów doktorów habilitowanych i doktorów, którzy za chwilę otrzymają dyplomy.

Witam Szanownych Gości, krewnych i bliskich dzisiaj promowanych, którzy swą obecnością uświetniają naszą wspólną uroczystość.

Szanowni Zebrani, Panie i Panowie Doktorzy,

Na wstępie swego krótkiego wystąpienia pragnę złożyć szczere gratulacje bohaterom dzisiejszej uroczystości. Gratuluję tego, że osiągnęliście Państwo postawione sobie cele. Droga, jaką przebyliście dążąc do tego celu, nie była łatwa. Wymagała wiele wysiłku, nieraz wyrzeczeń, rezygnacji z innych może też ważnych zajęć i kosztowała wiele osobistego czasu. Nie ma jednak innej, łatwej i prostej drogi do sukcesu. Karierę naukową wybierają dziś głównie ci, którzy w imię własnych pasji, czystego umiłowania wiedzy, gotowi są na kiepską egzystencję. Wybierając ją nie są wolni od myśli, czy nie rzucić tego wszystkiego i nie poszukać bardziej intratnego zajęcia.

Wasz sukces nie byłby możliwy bez pomocy, opieki i życzliwości okazywanych przez Waszych opiekunów naukowych i promotorów. Z tego miejsca im także składam gratulacje wraz z wyrazami podziękowania za trud związany z kierowaniem pracami.

Osiągnęliście w życiu pewien kolejny etap. Ale dalsza droga, jaka ściele się przed Wami jest niezwykle trudna. Pogoń za nieprawdopodobnie szybkim rozwojem wiedzy, nadrabianie zaległości w stosunku do krajów bardziej od naszego rozwiniętych to wyzwania, którym nie łatwo będzie sprostać. Będzie to tym trudniejsze, że realia ekonomiczne i powszechnie znane trudności budżetowe nie oszczędzają sfery nauki. Nakłady na ten cel przeznaczone są coraz niższe w stosunku do produktu krajowego brutto, a w porównaniu do roku 1989 zmalały trzykrotnie.

Jak widać trudno przychodzi zrozumienie tej oczywistej prawdy, że naród bez



nauki jest jak istota bez przysłowiowych szarych komórek. To jest żywot ameby. Bez nauki nie da się po prostu rozwijać społeczeństwa, nie da się żyć.

Za chwilę złożycie ślubowanie, po czym nastąpi akt promocji.

Łaciński tekst tej przysięgi zawiera głębokie treści, które poznaliście przygotowując się do dzisiejszej uroczystości. Będziecie przyrzekać zawsze mieć na względzie dobro Uczelni, w której dostępujecie tej wysokiej godności. Godność tę macie zachować nienaruszoną i nieposzlakowaną poprzez uczciwość życia i obyczajów. Przyrzekniecie też stale poszerzać swą wiedzę o to wszystko, o co w przyszłości powiększy się reprezentowana przez Was dyscyplina i tę wiedzę, jak i zdolności poświęcać będziecie w całości dla zdrowia i dobra ludzi. Ukierunkowaniem bowiem wszelkiej działalności naukowej i usługowej w naszej Uczelni winna być troska o człowieka. Jakakolwiek byłaby dziedzina badań, każdy kto angażuje w pracy naukowej swoją wiedzę, talent i trud, powinien sobie stawiać pytanie, czy czyni ona życie ludzkie bardziej godnym człowieka, czy w kontekście postępu, który tworzy badacz możemy z jednej strony kształtować siebie bardziej gotowym nieść pomoc in-

Dr Piotr Książek
z Zakładu
Podstawowej Opieki
Zdrowotnej Katedry
Medycyny Rodzinnej
otrzymuje od
Dziekana Wydziału
Lekarskiego
prof. dr hab.
Mariana Wielosza
dyplom doktora
nauk medycznych.

nym, pomocy tej potrzebującym, a z drugiej stwarzać warunki dla skuteczności takiej pomocy.

Takie podejście do szeroko rozumianej nauki uwypukla jej służebny charakter. Nauka bowiem, jeśli nie jest uprawiana w poczuciu służby człowiekowi, łatwo może być wykorzystana w celu diametralnie różnym, może się obrócić przeciw człowiekowi. Dlatego pracownicy nauki winni zawsze mieć na względzie to, czy ich słuszne dążenie do zgłębienia tajników wiedzy wpisuje się w podstawowe wymogi poszanowania praw pojedynczego człowieka czy narodu.

Służebność nauki obowiązuje nie tylko w stosunku do człowieka czy społeczeństwa, ale również – a może nade wszystko – w stosunku do samej prawdy. Naukowiec nie jest twórcą prawdy, a jedynie jej odkrywcą. Im bardziej pozostaje jej wierny, tym bardziej ona się przed nim odsłania. Szacunek dla prawdy wymaga od badaczy dołożenia wszelkich starań, aby ją zgłębiać i możliwie najwierniej zaprezentować innym. Trzeba przy tym pamiętać, że dochodzenie do prawdy winno być oparte o badanie prowadzone w sposób prawdziwie naukowy i z poszanowaniem norm moralnych.

Dochodzenie do prawdy winno być także oparte na cechach krytycznego i logicznego myślenia. W światowym piśmiennictwie filozoficznym od lat toczy się dyskusja na temat krytycznego myślenia odnośnie definicji tego terminu. Jedna z nich podaje, że jest to postawa umysłowa i badawcza dociekająca racji wszelkich przekonań, w tym własnych, gotowa do przyjęcia twierdzeń tylko uzasadnionych i sprawdzonych oraz do zmiany uznawanych twierdzeń wobec wystąpienia przeczących im faktów.

Myślenie logiczne to formułowanie i wysnuwanie różnorodnych alternatyw, ocenianie wiarygodności źródeł, dochodzenie do konkluzji uzasadnionych w świetle dowodów empirycznych, ocenianie poprawności procesu rozumowania, to umiejętność wnioskowania.

Taka jest głęboka treść przysięgi, którą składacie.

Wasi Promotorzy zwracając się do Was w sposób bezpośredni wyrzekli słowa: prawa i obowiązki doktora przenoszę na Ciebie.

Jesteśmy w pełni przekonani, że ten fakt zapadnie głęboko w Wasze serca, stanie się dla Was drogowskazem w działalności naukowej i społecznej oraz, że nigdy złożonego ślubowania nie złamiecie. Tego oczekuje od Was Wasza Alma Mater, w ten sposób spłaciec też dług wdzięczności

Waszym Nauczycielom i Wychowawcom i dług zaciągnięty wobec społeczeństwa.

Uzyskanie stopnia naukowego wprowadza Was do grona współtwórców kultury narodowej. Społeczeństwo nasze i my wszyscy oczekujemy od Was zarówno czynnego udziału w tworzeniu tej kultury, jak też odpowiedniego jej propagowania. Wasze postępowanie, Wasza postawa etyczna stanowi i stanowić będzie przykład dla całego społeczeństwa.

Na zakończenie Drogie Koleżanki i Koledzy pozwólcie, że gratulacje złożę także Waszym bliskim, którzy zapewne przeżywali z Wami wszystkie etapy tak pomyślnie zakończonych przewodów.

Wam natomiast życzę dalszych sukcesów, kolejnych stopni i tytułów naukowych oraz wszelkiej pomyślności.

Dziękuję za uwagę

Nagroda dla doktor Beaty Smoleń

Podczas uroczystej promocji odbyła się również niecodzienna uroczystość wręczenia dyplomów firmy Statsoft Polska za najlepszą pracę doktorską napisaną w ubiegłym roku przy zastosowaniu programów z rodziny Statistica.

Jak już informowaliśmy, w piątej edycji tego konkursu w 2002 roku nagrodę uzyskała praca doktorska napisana przez dr n. med. Agatę Smoleń z Zakładu Matematyki i Biostatystyki AM w Lublinie. Praca dotyczyła zagadnień wykorzystania zaawansowanych metod modelowania statystycznego, w tym sztucznych sieci neuronowych w prognozowaniu istnienia raka jajnika u kobiet. Promotorem tej pracy był dr hab. Artur Czekierdowski z I Katedry i Kliniki Ginekologii AM w Lublinie.

Nagrodę, która obejmowała nie tylko dyplomy dla zwycięzców konkursu, ale też i 25-cio stanowiskową roczną licencję na używanie w naszej Uczelni najnowszego pakietu programów Statistica wręczył przedstawiciel firmy Statsoft Polska, dr Janusz Wątroba. Pogratulował on w imieniu firmy JM Rektorowi AM, dr n. med. Agacie Smoleń i promotorowi pracy zwycięstwa w niezwykle wyrównanym w ub. roku konkursie prac nadesłanych ze wszystkich typów uczelni w Polsce.



Dyplom doktora habilitowanego nauk medycznych otrzymali:

Wojciech Barud
z Katedry i Kliniki Chorób
Wewnętrznych

Grzegorz Dzida
z Katedry i Kliniki Chorób
Wewnętrznych

Bolesław Floriańczyk
z Katedry i Zakładu Biochemii
i Biologii Molekularnej

Mirostław Jabłoński
z Katedry i Kliniki Ortopedii,
Traumatologii i Rehabilitacji

Janusz Klatka
z Katedry i Kliniki Otolaryngologii

Grażyna Ossowska
z Zakładu Farmakologii Klinicznej
Katedry Farmakologii

Beata Kulik-Rechberger
z Zakładu Propedeutyki Pediatrii
i Katedry Pediatrii

Andrzej Stanisławek
z Kliniki Chirurgii Onkologicznej
Katedry Onkologii

Piotr Tutka
z Zakładu Farmakologii
i Toksykologii Katedry Farmakologii

Edward Warda
z Katedry i Kliniki Ortopedii,
Traumatologii i Rehabilitacji

Jacek Wroński
z Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyń
i Angiologii

Jakub Jabłoński
z Zakładu Toksykologii AM
w Białymstoku

Helena Smolarz
z Katedry i Zakładu Botaniki
Farmaceutycznej

Promotorzy wręczyli dyplomy doktorskie następującym osobom: *

WYDZIAŁ LEKARSKI
Z ODDZIAŁEM ANGLOJĘZYCZNYM
I ODDZIAŁEM STOMATOLOGICZNYM
Jacek Ciesielski
Magdalena Klijer,
Norbert Stachowicz
Agata Smoleń
Eulalia Machowicz
Agnieszka Pedrycz-Wieczorska
Paweł Klonowski
Hubert Siodziński
Małgorzata Wachowicz
Violetta Wilk
Agnieszka Borowiec
Michał Latański
Piotr Dziduch
Marta Nakonieczna-Rudnicka
Piotr Książek
Edyta Tokarska

Dariusz Zwolski
Barbara Biziorek
Elżbieta Kobyłecka
Ryszard Adach
Krzysztof Jakubowski
Tomasz Pochylski
Marcin Pencuła
Wit Juśkiewicz
Renata Markiewicz
Andrzej Imieliński
Wojciech Kosikowski
Agnieszka Bojarska-Junak
Andrzej Stodółkiewicz
Anna Drelich-Zbroja
Ewa Falkowska
Janusz Goch
Najeeb Mohammed Saeed
Moulhee

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY
Z ODDZIAŁEM
ANALITYKI MEDYCZNEJ
Piotr Belniak
Tomasz Mroczek
Ireneusz Sowa
Agnieszka Augustyniak
Justyna Ostrowska
Katarzyna Paradowska
Tomasz Baj

WYDZIAŁ PIELEGNIASTWA
I NAUK O ZDROWIU
Anna Irzmańska-Hudziak
mgr Małgorzata Marć

* została zachowana kolejność promocji

30-lecie stomatologii akademickiej w Lublinie

Uroczystości 30-lecia Oddziału Stomatologicznego Akademii
Medycznej w Lublinie, które trwały się w dniach 11-12 czerwca
2003 roku zbiegły się ze zjazdem absolwentów.

PROF. DR HAB. TERESA BACHANEK
DR N. MED. BARBARA DROP

KATEDRA I ZAKŁAD
STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ
AM W LUBLINIE

Poprzedziła je Msza Święta w Archikatedrze Lubelskiej koncelebrowana przez Metropolitę Lubelskiego Księdza **Arceybiskupa Józefa Życińskiego**. Patronat objął JM Rektor AM w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański**. W uroczystości udział wzięli goście z kraju i zagranicy, przedstawiciele władz miasta i Akademii Medycznej. Wojewodę Lubelskiego **Andrzeja Kurowskiego** reprezentowała **dr Barbara Bańczak-Mysiak**. Obecni byli także zastępca Prezydenta Miasta **Edward Szempruch**, Przewodniczący Rady Miasta **Sławomir Janicki**. Władze Uczelni reprezentowali Dziekan Wydziału Lekarskiego AM **prof. dr hab. Marian Wielosz**, Prodziekan Wydziału Lekarskiego **prof. dr hab. Ryszard Maciej-**

jewski i Prodziekan Oddziału Stomatologicznego **prof. dr hab. Maria Mielnik-Błaszczak**.

Krajowe uczelnie reprezentowali kierownicy zakładów akademii medycznych z Poznania, Gdańska, Łodzi, Wrocławia, Szczecina i Zabrza. Udział wzięli także goście z uczelni medycznych Lwowa i Wilna. Uniwersytet Medyczny we Lwowie reprezentował **prof. dr hab. Stefan Kuchta** oraz pracownicy zakładów: Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej, Uniwersytet w Wilnie **prof. dr hab. Irena Balcinienie** oraz kierownicy zakładów stomatologii zachowawczej i patologii jamy ustnej.

Honorowymi gośćmi uroczystości byli zasłużeni, pierwsi kierownicy jednostek organizacyjnych Oddziału Stomatologicznego: **prof. dr hab. Krystyna Fetkowska-Mielnik**, **prof. dr hab. Maria Hutowska-Łukasiewicz**, **prof. dr hab. Grażyna Jarzab**. Gości przybyłych na Jubileusz 30-lecia Oddziału Stomatologicznego powitała Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego **prof. dr hab. Teresa Bachanek**.

Otwarcia uroczystości dokonał JM Rektor AM w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Maciej**



Osiągnięcia i zamierzenia Oddziału Stomatologicznego przedstawiła prodziekan Wydziału Lekarskiego ds. Oddziału Stomatologicznego prof. dr hab. Maria Mielnik-Błaszczak

Latałski. Przedstawił historię lubelskiej stomatologii. Oddział Stomatologiczny został powołany zarządzeniem MZiOS z dnia 15 maja 1973 r. w sprawie zmian organizacyjnych AM w Lublinie (Dz. U. MZiOS nr 11, poz. 53 z mocą z dn. 1 września 1973 r.).

Twórcą lubelskiej stomatologii był **prof. dr hab. Józef Jarzab**, który zorganizował i kierował Kliniką Stomatologii mieszczącą się przy ul. Lubar-towskiej. Wykształcił kadrę kierowniczą przyszłego Instytutu Stomatologii, która liczyła 4 samodzielnych pracowników nauki, i 34 lekarzy asystentów. Obecna kadra liczy 93 nauczycieli akademickich, w tym 7 samodzielnych. W okresie istnienia Oddziału dyplomy lekarza stomatologa uzyskało 2500 absolwentów.

Obecnie w skład Oddziału Stomatologicznego wchodzi 7 jednostek organizacyjnych. Modernizowana jest ciągle baza szkoleniowa. Specjalistyczną opieką stomatologiczną pracownicy obejmują mieszkańców makroregionu lubelskiego.



Goście i uczestnicy uroczystości jubileuszowych



Dziekan Wydziału Stomatologicznego Uniwersytetu Wileńskiego prof. dr hab. Irena Balcinienie

W imieniu Wojewody Lubelskiego gratulacje przekazała dr Barbara Bańczak-Mysiak, zastępca Prezydenta Miasta Lublin, Edward Szempruch. O osiągnięciach i planach Oddziału Stomatologicznego mówili także: prof. dr hab. Grażyna Jarzab – pierwszy Dziekan i Dyrektor Instytutu Stomatologii, Dziekan Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie prof. dr hab. Marian Wie-

losz, Prodziekan Oddziału Stomatologicznego prof. dr hab. Maria Mielnik-Błaszczak, przedstawiciel absolwentów Oddziału Stomatologicznego **dr n. med. Doro- ta Krawczyk**, przedstawiciele akademii medycznych w Polsce i uczelni medycznej z Wilna.

Prezydent Miasta przyznał honorowe odznaczenie zasłużonym, pierwszym kierownikom Zakładów: stomatologii zachowawczej – **prof. dr hab. Marii Strużak-Wysockińskiej**, chirurgii stomatologicznej – **prof. dr hab. Grażynie Jarzab**, i **prof. dr hab. Marii Hutowskiej-Lukasiewicz**, stomatologii dziecięcej – **prof. dr hab. Krystynie Fetkowskiej-Mielnik**, protetyki – **prof. dr hab. Marii Kleinrok**, ortodoncji – **prof. dr hab. Annie Komorowskiej**. Odznaczenia wręczył zastępca Prezydenta Edward Szempruch.

Podczas sesji naukowej wykłady wygłosili: **prof. dr hab. Maria Barańska-Gachowska** z Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego ŚIAM w Katowicach, **prof. dr hab. Antoni Karasiński** – Kierownik Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej ŚIAM w Katowicach, **prof. dr hab. Tomasz Konopka** – Kierownik Zakładu Patologii Jamy Ustnej AM we Wrocławiu, **prof. dr hab. Danuta Piątowska** – Kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii UM Ło-

Twórcą lubelskiej stomatologii był profesor Józef Jarzab, który zorganizował i kierował Kliniką Stomatologii mieszczącą się przy ulicy Lubartowskiej

dzi, **prof. dr hab. Jadwiga Stypułkowska** – Kierownik Samodzielnej Pracowni Chirurgii Stomatologicznej CMUJ w Krakowie. Wykłady zawierały najnowsze osiągnięcia dotyczące endodoncji, chorób błony śluzowej jamy ustnej, stomatologii zachowawczej, chirurgii szczękowo-twarzowej i stomatologicznej oraz protetyki. **Dr n. med. Jacek Ciesielski** przedstawił problemy związane z organizacją gabinetu stomatologicznego po wejściu do Unii Europejskiej. Sesjom naukowym przewodniczyli: **prof. dr hab. Krystyna Fetkowska-Mielnik**, **prof. dr hab. Barbara Adamowicz-Klepalska**, **prof. dr hab. Urszula Kaczmarek**, **prof. dr hab. Zofia Knychalska-Karwan**, **prof. dr hab. Elżbieta Jodkowska**, **prof. dr hab. Wiesława Szajewska-Jarzynka**, **prof. dr hab. Maria Kleinrok**, **prof. dr**



Msza Święta koncelebrowana przez Metropolite Lubelskiego Księdza Arcybiskupa Józefa Życińskiego



Zastępca Prezydenta Miasta Lublina Edward Szempruch wręcza honorowe odznaczenie prof. dr hab. Krystynie Fetkowskiej-Mielnik



Prof. dr hab. Bolesława Arabska-Przedpętska, prof. dr hab. Danuta Piątowska oraz prof. dr hab. Halina Pawlicka dziękują przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego prof. dr hab. Teresie Bachanek za zaproszenie do udziału w uroczystościach jubileuszowych

hab. T. Katarzyna Różyło, prof. dr hab. Grażyna Jarzab, prof. dr hab. Tomasz Konopka, prof. dr hab. Lidia Postek-Stefańska, prof. dr hab. Bolesława Arabska-Przedpętska.

W sesji poświęconej osiągnięciom firm przedstawiciel firmy KaVo zaprezentował nowe możliwości leczenia próchnicy na powierzchniach zużytych zębów za pomocą aparatu z wykorzystaniem ozonu. Stosowanie ozonu daje duże możliwości, nie eliminuje jednak wiertła i tradycyjnego opracowania szczególnie ubytków trudno dostępnych na powierzchniach stycznych. Zaprezentowano nowości w dziedzinie systemów wiążących i materiałów kompozytowych stosowanych do wypełnień stałych oraz materiałów stosowanych w protetyce.

Równoległe z wykładami odbyły się trwające dwa dni sesje plakatowe podzielone tematycznie. W tej części konferencji zaprezentowano 65 prac z Polski, Litwy i Ukrainy. Obradowały w pierwszym dniu sesji protetycznej przewodniczyli: prof. dr hab. Teresa Matthews-Brzozowska i dr hab. Janusz Kleinrok. Przedstawiono 14 prac z materiałoznawstwa i dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego. Równoległe trwającą sesję chirurgiczno-periodontologiczną prowadzili prof. dr hab. Joanna Wysokińska-Miszczuk i prof. dr hab. Tomasz Tomaszewski. Cztery prace o tematyce chirurgicznej i dziewięć z zakresu chorób przyzębia i błon śluzowych prezentowali naukowcy z Polski, Litwy i Ukrainy. W drugim dniu trwającego zjazdu w sesji plakatowej przedstawiono 39 prac w zakresie stomatologii zachowawczej, endodoncji, epidemiologii i stomatologii wieku rozwojowego. Trzy prace prezentowały także członkinie Studenckiego Koła Naukowego. Sesji przewodniczyły prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka, prof. dr hab. Elżbieta Jodkowska i dr n. med. Barbara Drop. Sesje plakatowe wzbudziły duże zainteresowanie wśród osób zwiedzających i poszukujących nowości naukowych oraz zainteresowanych się osiągnięciami poszczególnych ośrodków akademickich.

Organizatorem obchodów Jubileuszu 30-lecia Oddziału Stomatologicznego był Zakład Stomatologii Zachowawczej AM w Lublinie.

Szkolenie przed- i podyplomowe w stomatologii

System sprawdzania kompetencji studentów

W dniach 13-14 czerwca 2003 roku odbyła się w Nałęczowie, pod patronatem Ministra Zdrowia Leszka Sikorskiego, JM Rektora Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego**, V Ogólnopolska Konferencja Stomatologów na temat „Szkolenie przed- i podyplomowe w stomatologii – system sprawdzania kompetencji studentów. Europejski System Transferu Punktów Kredytowych”.

PROF. DR HAB. TERESA BACHANEK

KATEDRA I ZAKŁAD
STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ
AM W LUBLINIE

W konferencji uczestniczyli: Prorektor ds. Nauki AM w Lublinie **prof. dr hab. Kazimierz Głowniak**, JM Rektor AM w Warszawie **prof. dr hab. Janusz Piekarczyk**, Dyrektor Departamentu Nauki i Kadr Medycznych MZ **dr hab. Roman Danielewicz**, przedstawicielka Departamentu Nauki i Kadr Medycznych MZ **mgr Małgorzata Matuszczak**, dziekani wydziałów lekarskich i oddziałów stomatologii akademii medycznych z Białegostoku – **prof. dr hab. Wanda Stokowska**, Gdańska – **prof. dr hab. Zdzisław Bereznowski**, Katowice – **prof. dr hab. Tadeusz Cieślik**, Łodzi – **prof. dr hab. Halina Pawlicka**, **prof. dr hab. Magdalena Wochna-Sobańska**, Szczecina – **prof. dr hab. Ludmiła Halczy-Kowalik**, **prof. dr hab. Jadwiga Buczkowska-Radlińska**, Warszawy – **prof. dr hab. Hubert Wanyura** i Lublina – **prof. dr hab. Andrzej Drop** i **prof. dr hab. Maria Mielnik-Błaszczak**, konsultanci krajowi: **prof. dr hab. Barbara Adamowicz-Klepalska**, **prof. dr hab. Janina Stopa**, **prof. dr hab. Maria Wierzbicka**, **prof. dr hab. Janusz Piekarczyk**, członkowie Naczelnej Izby Lekarskiej – **prof. dr hab. Jerzy Kruszewski**, przewodniczący Komisji Kształcenia Naczelnej Rady Lekarskiej: **dr n. med. Andrzej Fortuna**, **dr n. med. Zbigniew Żak**, wiceprezes Lubelskiej Izby Lekarskiej **dr n. med. Marian Wróblewski**, prezes Wojewódzkiego Oddziału PTS w Lubli-

nie **prof. dr hab. T. Katarzyna Różyło**.

Gośćmi konferencji byli **prof. Irena Balcunine** z Uniwersytetu Wileńskiego i **prof. Fons Plasschaert** z Holandii. Konferencję zorganizował Zakład Stomatologii Zachowawczej AM w Lublinie na czele z przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego **prof. dr hab. Teresą Bachanek**. Obrady konferencji odbywały się w sesjach tematycznych poszczególnych specjalności stomatologii z udziałem kierowników wszystkich zakładów stomatologii AM.

Sesja I

Zobiektywizowanie i ujednoczenie systemu sprawdzania kompetencji nabytych przed ukończeniem studiów.

Tematem obrad sesji I było omówienie potrzeby zobiektywizowania i ujednoczenia systemu sprawdzania kompetencji nabytych w kształceniu przeddyplomowym.

Sesje tematyczne:

Chirurgia stomatologiczna, chirurgia szczękowo-twarzowa

Referat programowy wygłosił **prof. dr hab. Janusz Piekarczyk** – JM Rektor AM w Warszawie. Wynikiem dyskusji przeprowadzonej po wysłuchaniu referatu było przyjęcie następujących wniosków:

1) minimum dydaktyczne powinno wynosić 270-280 godz. dla chirurgii stomatologicznej i 90-100 dla chirurgii szczękowo-twarzowej,

2) program nauczania chirurgii powinien obejmować również nauczanie diagnostyki onkologicznej,

3) konieczność egzekwowania normy zabiegów wykonywanych przez studentów,

4) obowiązkiem każdego zakładu jest zapewnienie wykonania takiej normy – jeżeli jest to niemożliwe należy zmniejszyć liczbę studentów,

5) w połowie procesu nauczania powinna być wprowadzona ocena umiejętności manualnych,

6) konieczność wprowadzenia dwuczęściowego egzaminu: część pierwsza – egzamin praktyczny, druga – egzamin testowy lub ustny w zależności od decyzji kierownika zakładu.



W wystąpieniu Profesor J. Piekarczyk zwrócił także uwagę na brak warunków i środków na kształcenie ustawiczne i podyplomowe.

Ortodoncja, ortopedia szczękowa

Referat programowy wygłosiła **prof. dr hab. Teresa Matthews-Brzozowska** – kierownik Katedry i Zakładu Ortodonta i Chirurgii Szczękowej AM we Wrocławiu. W swoim wystąpieniu Pani Profesor proponowała:

– standaryzację procesu rekrutacji dla wszystkich obywateli,

– stworzenie nowego programu kształcenia, standardów nauczania,

– zachowanie odpowiedniej równowagi między przedmiotami medycznymi i stomatologicznymi zgodnie z dyrektywą i ideą kompetencji klinicznych,

– zwiększenie liczby godzin leczenia pacjentów do 1300-1500 (w czasie pięcioletnich studiów i jednego roku stażu podyplomowego),

- zmianę brzmienia dyplomu zgodnie z dyrektywą – lekarz dentysta.

W wyniku dyskusji przyjęto następujące wnioski:

1) wprowadzenie w Polsce ujednoliconej, równej liczby godzin 195 dla ortodoncji według zaleceń,

2) wprowadzenie ćwiczeń przedklinicznych w trakcie roku studiów w liczbie 15 z normami, ocenianych w liczbie punktów kredytowych,

3) punkty transferowe powinny być po każdym roku z wpisem ocen – na trzecim roku 1, na czwartym 3, na piątym 5. Liczba punktów wynosiłaby 9,

4) konieczność stworzenia etatu technicznego dla potrzeb dydaktycznych ortodoncji,

5) konieczność stworzenia funduszu dydaktycznego na środki materiałowe, a w przypadku niedoboru środków student zobowiązany byłby do uczestnictwa w zakupie materiałów (masy wyciskowe, rękawiczki),

6) zainteresowanie studentów informacją o punktach kredytowych,

7) utworzenie wysokiej liczby godzin ogólnomedycznych kosztem innych przedmiotów – wychowanie fizyczne, języki obce.

Periodontologia chorób błon śluzowej jamy ustnej i przyzębia

Referat programowy „Europejski System Transferu Punktów Kredytowych ECTS” wygłosiła prof. dr hab. Jadwiga Banach – kierownik Zakładu Periodontologii Katedry Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii AM w Szczecinie.

W referacie przedstawiono dokumenty, które przygotowują uczelnię do programu ECTS, kryteria przydziałów punktów oraz pomocniczą skalę ocen dla wszystkich uczelni europejskich. Podstawę systemu ECTS stanowią: informacje o programie zajęć i osiągnięciach studentów; porozumienie między współpracującymi uczelniami i studentami. Punkty ECTS określają staż pracy jaki ma wykonać student, aby uzyskać zaliczenie. Program ECTS obejmuje także nauczycieli akademickich. Na podstawie dyskusji wysunięto następujące wnioski:

1) należy opracować informator programowy dla studentów dotyczący kształcenia w zakresie stomatologii,

2) należy wypracować standardy egzaminów końcowych.

Protetyka stomatologiczna materiałoznawstwo stomatologiczne protetyka i rehabilitacja stomatologiczna

Referat programowy wygłosiła dr hab. Maria Gołębiowska – kierownik Zakładu Protetyki AM w Białymstoku. Dotyczył on systemu ECTS będącego częścią programu Erasmus umożliwiającego międzynarodową wymianę studentów. Rozszerza on ofertę edukacyjną i stwarza warunki do współpracy między instytucjami europejskiego ruchu szkolnictwa wyższego.

Po wysłuchaniu dyskusji wysunięto postulaty:

1) Towarzystwa Naukowe lub Izby Lekarskie powinny oceniać kompetencje lekarzy (wydawanie certyfikatów umiejętności). Inny zakres działania powinien posiadać lekarz bezpośrednio po studiach, a inny specjalista co zapobiegałoby błędom jatrogennym,

2) należy dokonać wyceny prac wykonywanych przez studentów w ramach minimum dydaktycznego z zakresu protetyki oraz domagać się przeznaczenia określonych środków finansowych z Ministerstwa Zdrowia na te cele,

3) pacjenci przyjmowani przez studentów powinni być dotowani przez Ministerstwo Zdrowia, narodowy Fundusz Zdrowia lub częściowo dopłacać do wykonywanych procedur. Dotyczy to przede wszystkim stałych uzupełnień protetycznych,

4) należy wprowadzić egzamin praktyczny i teoretyczny na zakończenie ćwiczeń przedklinicznych (po III roku studiów) z protetyki – protetyka przedkliniczna, za obiektywną formę oceny wiadomości studentów uznano egzaminy testowe.

Stomatologia wieku rozwojowego

Referat programowy wygłosiła prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka – kierownik Zakładu Stomatologii Wiekowej AM w Poznaniu. Dotyczył on systemu ECTS, do którego przystąpiła AM w Poznaniu.

Po dyskusji sformułowano następujące wnioski:

1) należy zmienić proporcje liczby godzin wykładów do liczby ćwiczeń,

która obecnie wynosi 210 godzin w tym 60 wykładów, zaproponowano 180 godzin ćwiczeń i 90 godzin wykładów.

2) egzamin powinien odbywać się po studiach, a nie po stażu: egzamin praktyczny przedmiotowy oraz egzamin teoretyczny zintegrowany z egzaminem testowym.

Stomatologia zachowawcza stomatologia ogólna stomatologia doświadczalna radiologia stomatologiczna

Referat programowy wygłosiła prof. dr hab. Urszula Kaczmarek – kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej AM we Wrocławiu. W trakcie dyskusji powołano zespół do ustalenia i ujednoczenia kompetencji studentów. Zadania tego zespołu to:

- przygotowanie propozycji i rozesłanie ich do kierowników,
- zamiana egzaminu dyplomowego ustnego na egzamin dyplomowy testowy,

- przygotowanie materiału do dyskusji na temat egzaminu testowego,
- do połowy września zebranie się w grupie i ustalenie ostatecznej formy egzaminu oraz treści,

- upoważnienie zespołu do podejmowania decyzji, dotyczących ustalenia kompetencji,

- propozycje do egzaminu opracowane na podstawie Syllabusu i podręczników: Jańczuka, Piątowskiej, Arabskiej-Przedpeńskiej.

Sformułowano następujące wnioski:

1) zobowiązuje się zespół do rozesłania ustaleń jako wiążących,

2) regulamin ustala się do 15 września,

3) należy ustalić sposób oceny poszczególnych części egzaminu dyplomowego,

4) egzaminy testowe są jednakowo obowiązujące i ustalone na podstawie wymienionych podręczników (standard),

5) w przyszłości należy przygotować bank pytań testowych, aby stworzyć bazę do ewentualnego egzaminu jednolitego dla wszystkich ośrodków.

Sesja II

Formy kształcenia ustawicznego

Referaty dotyczące form kształcenia ustawicznego wygłosili: prof. dr hab. Maria Chomyszyn-Gajewska, prof. dr hab. Fons Plasschaert.

W wystąpieniach przedstawili sytuację kształcenia ustawicznego oraz system oceny jakości kształcenia podyplomowego lekarzy w krajach Unii Europejskiej. Według prof. dr hab. Marii Chomyszyn-Gajewskiej programy kształcenia powinny być różnorodne, umożliwiające wybór i wymianę między państwami. Szkolący powinien podlegać akredytacji, ocena jakości kształcenia powinna być koordynowana na poziomie europejskim zaś cały ten proces powinien być finansowany z wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia. Prof. dr hab. Fons Plasschaert wystąpieniu przedstawił najważniejsze problemy dotyczące nauczania studentów w krajach europejskich. Przedstawił zalety uczestnictwa w tych programach takie jak:

– stworzenie grupy ekspertów mogących wydawać opinie,

– możliwość rozpoznania słabych i mocnych stron kształcenia,

– wyłonienie priorytetów.

Podkreślił rolę studentów oraz personelu szkolącego w tworzeniu standardów nauczania oraz główne cele kształcenia takie jak: podniesienie kwalifikacji, wyeliminowanie słabych stron. Kolejni wykładowcy – prof. dr hab. Irena Balcuniene oraz prof. dr hab. Nina Smolyar przedstawiły nauczanie stomatologii na przełomie wieków. Pani Profesor podkreśliła rolę studentów w modyfikowaniu programu nauczania. Zwróciła szczególną uwagę na potrzebę wszechstronnej oceny studenta – jego zdolności, wiedzy i kompetencji.

Sesja III

Kształcenie podyplomowe w stomatologii – specjalizacje

Sesji przewodniczyły: prof. dr hab. Wanda Stokowska, prof. dr hab. Elżbieta Weyna, prof. dr hab. Barbara Adamowicz-Klepalska.

Referaty programowe wygłosili: konsultanci krajowi ds. stomatologii zachowawczej prof. dr hab. Janina Sto-

pa, ds. stomatologii dziecięcej prof. dr hab. Barbara Adamowicz-Klepalska w zastępstwie konsultanta krajowego ds. protetyki prof. dr hab. Stanisława Majewskiego – dr n. med. Anna Wiczorek.

Konsultanci krajowi przedstawili kilka spraw problemowych w zakresie szkolenia specjalizacyjnego. Stwierdzono:

1) zbyt małą liczbę jednostek do prowadzenia specjalizacji w stosunku do potrzeb,

2) brak rozporządzeń prawnych w zakresie specjalizacji dla lekarzy pracujących prywatnie i przyjmujących w oparciu o umowę cywilno-prawną,

3) nierozwiązany problem finansowania kształcenia podyplomowego,

4) konieczność zabezpieczenia kursów do specjalizacji tematycznie zgodnych z programem specjalizacji,

5) konieczność współuczestniczenia Izby Lekarskiej w finansowaniu kursów,

6) rozwiązywanie problemu dostępności do specjalizacji asystentów akademii medycznych bez postępowania kwalifikacyjnego.



Ochrona zdrowia w Polsce po wstąpieniu do Unii Europejskiej

W związku z referendum unijnym i rosnącym zainteresowaniem środowiska medycznego następstwami wstąpienia do Unii Europejskiej dla ochrony zdrowia w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego – Oddział Wojewódzki w Lublinie, w dniu 21 maja br. zorganizowało konferencję pt. „Ochrona Zdrowia w Polsce po wstąpieniu do Unii Europejskiej”.

DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA
KATEDRA I ZAKŁAD EPIDEMIOLOGII

DR N. MED. EWA WARCHOŁ-SŁAWIŃSKA
ZAKŁAD ZARZĄDZANIA I EKONOMIKI
OCHRONY ZDROWIA AM W LUBLINIE

Patronat nad Konferencją zgodzili się przyjąć JM Rektor AM w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski** oraz Wojewoda Lubelski **mgr Andrzej Kurowki**. Specjalnymi gośćmi Konferencji byli: JE **Arcybiskup Abel**, a także zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego **dr Marek Grabowski** i **dr Seweryn Jurgielaniec** oraz zastępca Dyrektora Departamentu Integracji Europejskiej Ministerstwa Zdrowia **dr Bogusław Suski**. W konferencji uczestniczyli Prorektor ds. klinicznych AM w Lublinie **prof. dr hab. Andrzej Książek**, Wojewoda Lubelski **mgr Andrzej Kurowski** oraz menedżerowie służby zdrowia, samorządowcy, pracownicy nauki Akademii Medycznej, studenci, związkowcy i inni członkowie Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego.

Otwarcia Konferencji dokonał **prof. dr hab. Leszek Wdowiak**, Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia



Wojewoda lubelski mgr Andrzej Kurowski, Poseł prof. dr hab. Alfred Owoc oraz JE Arcybiskup Abel

Publicznego; po jego wystąpieniu zaprezentował się Zespół Pieśni i Tańca Akademii Medycznej w Lublinie, który odśpiewał hymn Polski i Unii Europejskiej oraz zatańczył wiązaną tańców ludowych. Następnie głos zabrali goście z Warszawy. Już na początku padło stwierdzenie, że procesy dostosowawcze w ochronie zdrowia w związku ze wstąpieniem do Unii Europejskiej będą dotyczyły w Polsce głównie zdrowia publicznego.

Dr Marek Grabowski zaprezentował procesy dostosowawcze i restrukturyzacyjne wprowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną celem zaistnienia Polski we wspólnotowym systemie bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Dr Bogusław Suski nakreślił strategię zdrowia publicznego UE, szczególnie podkreślając wśród działań bezpośrednich nowy program UE w zakresie zdrowia publicznego na lata

2003-2008, na realizację którego przeznaczono 312 mln euro, akcentując nurty tego programu, takie jak: poprawa przepływu informacji istotnych dla zdrowia, z udziałem społeczeństwa, profesjonalistów oraz właściwych organów krajowych lub lokalnych oraz wzmocnienie zdolności reagowania na zagrożenia zdrowotne (zakaźne, nie zakaźne, krew, narkotyki, itp.).

Dyrektor Oddziału Lubelskiego NFZ **Adam Borowicz** w swoim wystąpieniu skupił się na bieżących trudnościach, ich przyczynach i następstwach w jednostkach służby zdrowia w woj. lubelskim.

Prof. dr hab. L. Jabłoński w swoim referacie zwrócił uwagę na różne korzystne i dyskusyjne skutki integracji europejskiej dla polskiego systemu ochrony zdrowia z punktu widzenia epidemiologa.

Dr Marek Wójtowicz, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, z właściwą sobie kompetencją, erudycją i dowcipem przekonywał obecnych, mówiąc o systemach szpitalnictwa w UE, że nie ma dwóch identycznych systemów ochrony zdrowia, a jednocześnie trudno znaleźć choćby dwa o istotnych różnicach oraz, że opieka zdrowotna i szpitalnictwo nie podlegają istotnym procedurom unifikującym system danego kraju.

Dr Anna Rumińska szefowa lubelskiego STOMOZ profesjonalnie i szczegółowo przedstawiła organizację otwartej opieki zdrowot-

nej w krajach UE ze szczególnym podkreśleniem opieki będącej odpowiednikiem naszej medycyny rodzinnej i opieki specjalistycznej, a także medycyny pracy.

Dr n. med. Anna Jabłońska-Chmielewska omówiła nową ustawę o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 2001 r. jako przykład regulacji prawnej zawierającej w swojej treści elementy dostosowawcze do systemu bezpieczeństwa epidemiologicznego w Europie oraz porównała podobieństwa dotychczasowych celów i działań zdrowia publicznego w Polsce i w Europie.

Prof. dr hab. Małgorzata Polz-Dacewicz zaprezentowała wiele istotnych informacji na temat wymogów systemu akredytacji laboratoriów, a także wyczerpująco i interesująco omówiła sytuację chorób zakaźnych w Europie ze szczególnym podkreśleniem społecznego znaczenia takich chorób jak gruźlica, HIV/AIDS, odra i grypa.

Dr Marek Chmielewski, Pełnomocnik Zarządu Województwa Lubelskiego ds. Zwalczania Uzależnień przedstawił sytuację w zakresie patologii społecznych, takich jak: alkoholizm i narkomania w krajach wspólnotowych i politykę UE w zakresie ich zwalczania.

Jednym z kluczowych i ważnych wystąpień konferencyjnych, z pewnością zasługującym na opublikowanie in extenso na łamach „Alma Mater” był referat **prof. dr hab. Mariana Wielosza Dziekana** Wydziału Lekarskiego



Dr n. med. Anna Jabłońska-Chmielewska, dr n. med. Anna Warchoń oraz prof. dr hab. Leszek Wdowiak

Otwarcia
Konferencji dokonał
prof. dr hab.
Leszek Wdowiak,
przewodniczący
Polskiego
Towarzystwa
Medycyny
Społecznej
i Zdrowia
Publicznego



w Lublinie na temat „Gospodarka lekami w Polsce po wstąpieniu do Unii Europejskiej”, odnoszący się do swobód wspólnotowych i omawiający na ich tle gospodarkę lekami.

Reprezentujący Studenckie Towarzystwo Naukowe student IV roku Wydziału Lekarskiego **Rafał Fornal** zaprezentował bardzo interesujące wyniki badań ankietowych, które wykazały między innymi, że 66 procent przebadanej grupy studentów AM nie interesuje się polityką, zaś 56 proc. grupy badanej jest za wstąpieniem do Unii Europejskiej.

Bardzo rzetelny i dogłębny referat na temat prawa wykonywania poszczególnych zawodów medycznych w Polsce po wstąpieniu do Unii Europejskiej zaprezentowała **mgr Krystyna Walkowska** z Katedry i Zakładu Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia AM w Lublinie.

Konferencję zakończyły wystąpienia przewodniczących dwóch dużych związków zawodowych działających w służbie zdrowia – **Krystyny Sprawki** z Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i **Anny Sylwestrzak** z Sekcji Medycznej Zarządu Regionu NSZZ „Solidarność”, które mówiły o oczekiwaniach i obawach dotyczących spraw pracowniczych, w związku ze wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej.

Konferencja rozpoczęła o godz. 10 zakończyła się ok. godz. 17, cieszyła się zainteresowaniem mediów i zdaniem wielu jej uczestników spełniła oczekiwania środowiska medycznego.

Dr n. med.
Marek Grabowski,
dr Seweryn
Jurgielaniec –
zastępcy
Głównego
Inspektora
Sanitarnego oraz
mgr Janusz
Kisielewski –
dyrektor Wydziału
Zdrowia Urzędu
Marszałkowskiego
w Lublinie



X Jubileuszowe Lubelskie Spotkania Naukowe

W dniach 8-10 maja 2003 roku odbyły się już po raz dziesiąty Lubelskie Spotkania Naukowe.

DR HAB. BARTOSZ ŁOZA
LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK
KATEDRA I KLINIKA PSYCHIATRII
AM W LUBLINIE

Zracji jubileuszu, jaki przypadł w tym roku, przypomnijmy kilka podstawowych faktów z historii.

Inicjatorem powołania do życia Spotkań był **profesor Marek Masiak** – kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie. Pierwsze, z całego cyklu LSN, miały miejsce w 1991 roku, stając się stopniowo w latach dziewięćdziesiątych – i czego organizatorzy „nie planowali” – największym w kraju cyklicznym zjazdem psychiatrów i psychologów klinicznych poświęconym w całości badaniom nad schizofrenią. Wszystkie kolejne edycje LSN gromadziły coraz szersze rzesze naukowców ze wszystkich krajowych ośrodków akademickich, a także psychiatrów zagranicznych, m. in. tych z polonijnym rodowodem (Lwów, Grodno, Wilno). Pierwsze LSN skupiły 50 osób, zaś tegoroczne – 300. Należy wspomnieć, iż jest to jeden z niezliczonych dużych zjazdów krajowych w pełni niezależny organizacyjnie i me-

rytorycznie – zorganizowany przez naukowców i praktyków-klinicystów – przez to środowisko dla własnego środowiska. Każdy uczestnik ma szansę prezentacji dorobku naukowego oraz możliwość podzielenia się własnym doświadczeniem klinicznym.

Jak zauważył w tym roku prof. dr hab. Marek Masiak, całe pokolenie obecnych na sali uczestników debiutowało kiedyś właśnie podczas LSN. Zjazd pełni rolę integracyjną dla środowiska psychiatrów, psychologów klinicznych i innych profesjonalistów. W trakcie LSN kładziony jest nacisk na rozwój szkół myślenia klinicznego, zawierających w sobie nie tylko bogactwo doświadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, ale także niosących ze sobą przekaz wartości wielkich nauczycieli. Tego typu konferencje otwierają również możliwości szersze – bliższego poznania psychiatrii przez osoby zawodowo niezwiązane z tą dziedziną nauki, przeciwdziałania stereotypom lub stygmatom narosłym w związku z zaburzeniami psychicznymi, inicjowania i wzmacniania akcji popularyzatorskich, itp. Zapewne nie przypadkiem główny organizator zjazdu – lubelska Klinika Psychiatrii – „ro-

śla” wraz ze swoim zjazdem i jest obecnie największą tego typu placówką w Polsce (150-170 łóżek), z dalszymi planami poszerzenia zakresu organizacyjnego jej aktywności terapeutycznej, naukowej i dydaktycznej (m. in. o sekcje alkoholizmu i narkomanii, interwencyjną medycynę oraz rozbudowę części sądowo-psychiatrycznej).

Każdy zjazd i konferencja jest m. in. tak ważna, jak ilość i jakość prezentowanych prac naukowych. Od 1991 roku liczba wystąpień znacząco i systematycznie wzrastała. Pierwsze LSN były okazją do zaprezentowania 16, a tegoroczne – 100 wystąpień. Znakiem czasu i dowodem wciąż wzrastającej roli LSN pozostaje także wydawnictwo, w jakim zamieszczane są artykuły. Do 1996 roku (VI LSN) wydawany był jedynie pamiętnik zjazdowy, zaś od 1998 roku ukazuje się nasz lubelski indeksowany i punktowany przez KBN rocznik „Badania nad Schizofrenią”. Podnosi to rangę zarówno samej konferencji, jak i prezentowanych w niej wystąpień, przy czym wspomniany rocznik to forum także dla prac zgłaszanych niezależnie od LSN, a ukierunkowanych tematycznie na badania nad schizofrenią. W skład komitetu naukowego wchodzi profesorowie zarówno lubelskiej Katedry i Kliniki Psychiatrii, jak i pochodzący z innych ośrodków krajowych i zagranicznych.

Rosnące zainteresowanie, a tym samym i ilość uczestników LSN, zmusiły organizatorów do zmiany miejsca obrad. Pierwotnie był nim kameralny pałacyk Lubelskiego Towarzystwa Naukowego przy Placu Litewskim. Niestety, mimo swojego uroku, w chwili obecnej byłby już zbyt mały by pomieścić rzesze zainteresowanych lekarzy i psychologów. Od dwóch lat LSN odbywają się zatem w Centrum Kongresowym (ul. Akademicka 15), gdzie komfortowo mieszczą się rzesze uczestników (zarejestrowanych i niezarejestrowanych).

Lubelskim Spotkaniom Naukowym towarzyszyły zawsze ważne imprezy pozanaukowe. Na szczęście dla organizatorów, Lublin to stolica polskiego „off-u” teatralnego, więc każdy ze zjazdów

był okraszany gwiazdorskimi przedstawieniami, a niekiedy nawet swoistymi mini-festiwalami teatralnymi (Scena Plastyczna KUL, Provisorium, Teatr NN, Gardzieniec i inne). Dla wielu uczestników to już styl i tradycja LSN, dla której warto przebyć czasem kilkaset kilometrów. Bywały też spektakle bardziej akademickie, koncerty muzyczne i wystawy plastyczne pacjentów. Last but not least, uczestnicy bawili się, pozostając nawet wtedy adwokatami naszego regionu, jak podczas towarzyskiej nocy w skansenie Muzeum Wsi Lubelskiej.

Za powstanie kolejnych zjazdów i jego obecny kształt, poza przewodniczącym LSN (M. Masiakiem), odpowiedzialni byli jego dwaj sekretarze naukowcy i organizacyjni (A. Czernikiewicz i B. Łoza) oraz inni pracownicy

Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie (A. Grzywa, A. Kochański, G. Korpacz, G. Kozak, H. Marmurowska-Michałowska, M. Olajossy, J. Perzyński, A. Stodulska-Błaszke i inni). Po objęciu przez dr hab. A. Czernikiewicza stanowiska kierownika Kliniki Psychiatrii AM w Białymstoku, zorganizował on Podlaskie Warsztaty Psychiatryczne, będące w istocie „szkoleniową kontynuacją” tradycji LSN. Wspomniała, zimowa sceneria Białowieży, gdzie odbyły się pierwsze Warsztaty w styczniu tego roku, podnosi napięcie towarzyszące oczekiwaniu na kolejne zjazdy – zarówno w Lublinie, jak i Białowieży.

Przez 13 lat, jakie upłynęły od pierwszych LSN, konferencja zyskała wielu stałych uczestników, ludzi, którzy pracując i reprezentując ośrodki w kraju i za granicą, przywożą do nas i dzielą się swoim bogatym doświadczeniem. Z osobistości zagranicznych warto wymienić prof. J. Peuskensa z Belgii oraz prof. J. Parnasa z Danii. Polska psychiatria była reprezentowana przez naukowców z wszystkich krajowych ośrodków akademickich. Dzięki tak wielkiemu zainteresowaniu i skupieniu ludzi nauki w jednym miejscu i czasie, mieliśmy niejednokrotnie okazję przysłuchiwać się niezwykle twórczym, „profesorskim” dyskusjom, tak w trakcie oficjalnych wystąpień, jak i kulturalnych dyskusji.

Wraz z upływem czasu i wobec ciągle rosnącego zainteresowania Spotkaniami, konieczne stało się poszukiwanie przez organizatorów nowych źródeł finansowania tego przedsięwzięcia. Ponieważ LSN obfitowały w wiele atrakcji i niezapomnianych chwil, dla powstania których same dobre chęci niestety nie wystarczą, poza opłatami konferencyjnymi, których wysokość była zawsze wyjątkowo promocyjna, konieczne stało się dofinansowanie ze strony sponsorów – najczęściej firm farmaceutycznych, a także powołanie wspierającego stowarzyszenia (Lubelskie Stowarzyszenie Naukowe na Rzecz Rozwoju Psychiatrii). Zjazd pozostanie jednak przede wszystkim dziełem i dowodem zaangażowania i integracji samego środowiska psychiatrów i psychologów klinicznych.



W kulisach, od lewej: dr n. med. Urszula Kosińska-Opielak, lek. med. Iwona Patejuk, prof. dr hab. Halina Marmurowska-Michałowska



Fot. Grzegorz Opielak

Stół prezydyalny, od lewej siedzą: prof. dr hab. J. Perzyński, dr hab. B. Łoza, prof. M. Masiak, prof. dr hab. H. Marmurowska-Michałowska, prof. dr hab. A. Grzywa, dr hab. A. Czernikiewicz, przemawia prorektor ds. nauki AM w Lublinie prof. dr hab. K. Główniak.

Nowoczesne leczenie ostrych zespołów wieńcowych

25 marca 2003 roku w sali Filharmonii
Lubelskiej odbyła się zorganizowana
przez Lubelski Oddział Polskiego
Towarzystwa Kardiologicznego wspólna
Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
kardiologów, internistów i lekarzy
rodzinnych poświęcona realizacji
europejskich standardów leczenia
ostrych zespołów wieńcowych (OZW)
w naszym województwie.

**PROF. DR HAB.
TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA**
KATEDRA I KLINIKA KARDIOLOGII
AM W LUBLINIE

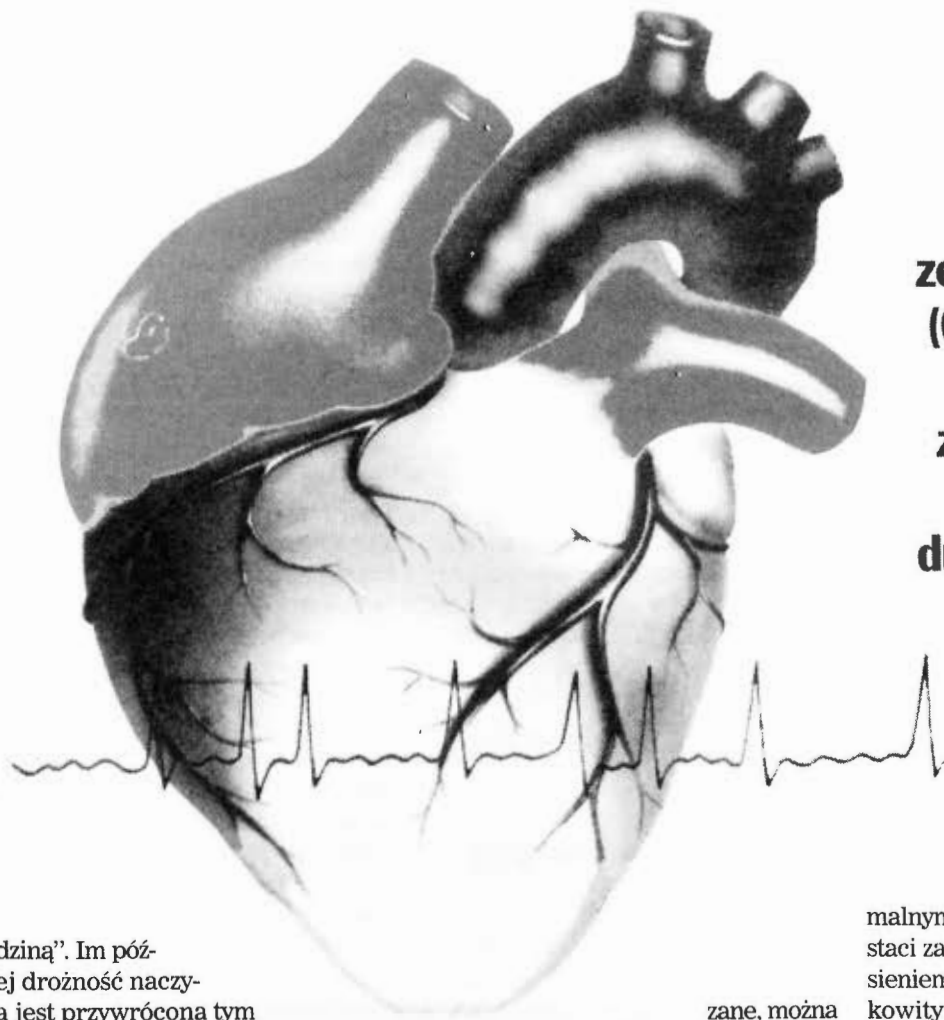
Zaproszonymi wykładowcami byli: **prof. dr hab. Grzegorz Opolski** – Konsultant Krajowy ds. Kardiologii, Kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii AM w Warszawie i jego współpracownik **dr n. med. Krzysztof J. Filipiak**.

W Konferencji udział wzięli, poza licznie przybyłymi lekarzami, Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego **mgr Stanisław Dąbrowski**, Dyrektor Departamen-

tu Medycznego LRKCH **dr Tomasz Kwiatkowski**, pełnomocnik wojewody ds. Ratownictwa Medycznego **dr Barbara Bańczak-Mysiak**, Dyrektor ds. Medycznych Pogotowia Ratunkowego **dr Alicja Ciechan** i przedstawiciele lubelskiej prasy. List okolicznościowy przekazał Wojewoda Lubelski **mgr Andrzej Kurowski** i Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmiku Województwa poseł **dr Stanisław Misztal**.

Nazwą „ostre zespoły wieńcowe (OZW)” obejmuje się od kilku lat zawał serca oraz niestabilną dusznicę bolesną, określaną wcześniej jako „zawał zagrażający”. Szybkie i skuteczne ich leczenie jest niezwykle ważne, gdyż epizodom OZW towarzyszy wysokie ryzyko wystąpienia nagłego zgonu lub ostrej niewydolności serca, a późnym następstwem może być niewydolność serca, rzutuująca na jakość dalszego życia pacjentów.

Przyczyną OZW jest nagłe zmniejszenie (lub utrata) drożności tętnicy wieńcowej, spowodowane pęknięciem blaszki miażdżycowej w jej ścianie z wtórnym uruchomieniem mechanizmu miejscowego wewnątrznaczyniowego krzepnięcia. O następstwach tego procesu decyduje stopień niedokrwienia obszaru mięśnia serca zaopatrywanego przez tę tętnicę oraz czas jego trwania. Przywrócenie drożności naczynia w ciągu godziny od jego zamknięcia zapobiega powstaniu martwicy mięśnia serca, dlatego czas ten nazywany jest „złotą



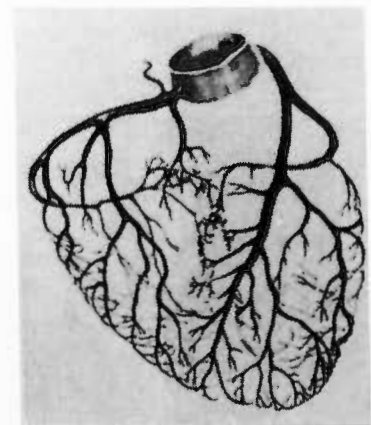
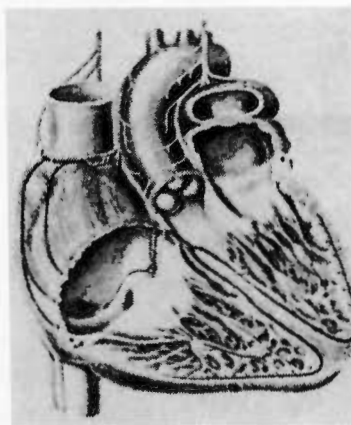
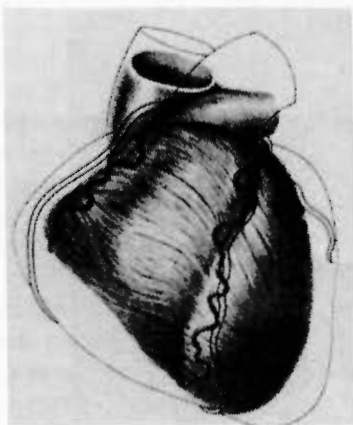
Nazwą „ostre zespoły wieńcowe (OZW)” obejmuje się od kilku lat zawał serca oraz niestabilną dusznicę bolesną, określaną wcześniej jako „zawał zagrażający”

godziną”. Im później drożność naczy-
nia jest przywrócona tym
mniej korzyści, gdyż zawał serca
jest już dokonany, można tylko zmniej-
szyć obszar niedokrwienia. W czasie
do czterech godzin świeżą skrzeplinę
można rozpuścić stosując leki fibryno-
lityczne (streptokinaza) lub trombolitycz-
nie (alteplaza), powyżej czterech
godzin leczenie to jest przeciwwska-

zane, można
jednak udrożnić na-
czynnie wykonując angioplastykę wień-
cową (PTCA).

Nowoczesne światowe standardy
leczenia OZW zostały oparte na wyko-
nanych w ostatnich latach badaniach
randomizowanych dużych grup pa-
cjentów. Badania te wykazały, że opty-

malnym postępowaniem w OZW w po-
staci zawału serca z przetrwałym unie-
sieniem ST w EKG, świadczącym o cał-
kowitym zamknięciu tętnicy, jest jak
najszybsze jej udrożnienie. Umożli-
wia to interwencyjna plastyka bala-
nowa (PTCA), która daje zmniejsze-
nie śmiertelności w ostrym okresie
zawału serca o ok. połowę (z 10-15%
do 5-6%), pod warunkiem, że jest wy-
konana przez doświadczonego kardio-
loga interwencyjnego, gdyż ryzyko po-



wikłań jest u tych chorych znacznie większe niż przy zabiegach planowych. PTCA może być wykonana jako pierwotna (bez poprzedzającego leczenia fibrynolitycznego), torowana (poprzedzona niewielką dawką alteplazy) lub ratunkowa (w przypadku nieskutecznej fibrynolizy lub opóźnionego nawrotu bólów).

Oczywiście interwencyjna PTCA jest tylko jednym (choć najskuteczniejszym) z elementów leczenia świeżego zawału serca. Do pozostałych należy dożylnie podanie nitrogliceryny, heparyny, a także betablokerów, inhibitorów konwertazy angiotensyny, statyn, aspiryny. Wszystkie te leki są dostęp-

ne i mieszczą się wystarczająco w kosztach hospitalizacji. Niestety, to nie wszystko. U wielu chorych (ok. 80%) wskazane jest zabezpieczenie drożności naczyń za pomocą stentu, a u niektórych podanie bardzo kosztownego leku antyagregacyjnego (abciksymab), hamującego proces wykrzepiania i zapobiegającego zatorom w drobnych rozgałęzieniach udrożnionej tętnicy przez cząsteczki zakrzepu miażdżonego podczas PTCA. Dawka leku abciksymab (Reo-Pro) zalecana w takich sytuacjach kosztuje 5.500 zł dla jednego pacjenta, co przekracza ponad dwukrotnie kwotę przeznaczaną na całą hospitalizację.

Niestabilna dusznica bolesna jest postacią OZW spowodowaną krytycznym zmniejszeniem drożności tętnicy wieńcowej, jednak z zachowaniem resztkowego przepływu. Ryzyko całkowitego zamknięcia naczyń jest zróżnicowane u poszczególnych chorych. U tych z mniejszym ryzykiem próbuje się uzyskać stabilizację (ustąpienie bólów, cofanie się zmian niedokrwiennych w EKG) przy pomocy leczenia zachowawczego, gdy jednak ryzyko całkowitego zamknięcia tętnicy i powstania zawału jest duże wykonuje się PTCA w trybie pilnym, często również z użyciem stentów i abciksymabu.

Aktualne zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące leczenia OZW promuje Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Treść tych standardów przedstawił w znakomitym wykładzie prof. dr hab. Grzegorz Opolski – główny autor kardiologicznego bestsellera 2002 r. – pt. „Ostre zespoły wieńcowe”. Uzupełnieniem referatu prof. dr hab. Grzegorza Opolskiego było omówienie nowoczesnych markerów martwicy mięśnia serca przez jego współpracownika dr Krzysztofa J. Filipiaka, współautora książki.

Szybkie i skuteczne leczenie jest niezwykle ważne, gdyż epizodom OZW towarzyszy wysokie ryzyko wystąpienia nagłego zgonu lub ostrej niewydolności serca, a w konsekwencji trwałej niewydolności serca.



A potem nastąpiły prezentacje lubelskie. „Losy lubelskiego programu interwencyjnego leczenia OZW” przedstawiła prof. dr hab. T. Widomska-Czekajka. Program ten powstał w naszym województwie w 2001 r. W jego przygotowaniu brali udział przedstawiciele wszystkich instytucji, których sprawne współdziałanie było konieczne: dyrektorzy szpitali, kierownicy ośrodków kardiologii interwencyjnej i ośrodków kardiologicznych w Lublinie i Zamościu, Lubelska Regionalna Kasa Chorych, dyrektor Pogotowia Ratunkowego, Konsultant ds. Ratownictwa.

Częstość występowania OZW w Polsce jest szacowana na ok. 200-250 tysięcy rocznie. Opierając się na fakcie, że mieszkańcy naszego województwa stanowią ok. 6% ludności kraju można oczekiwać ok. 12 tys. zachorowań. W 2002 r. leczono w szpitalach naszego województwa 7079 pacjentów z OZW (3394 z zawałem serca i 3695 z niestabilną dusznicą bolesną).

Wprawdzie pilne koronografie i PTCA były wykonywane w Lublinie i Zamościu od kilku lat, lecz dotyczyły tylko ograniczonej liczby pacjentów. Natomiast istotą Programu było zabezpieczenie takiej pracy ośrodków kardiologii interwencyjnej, aby każdy chory w województwie, dla którego postępowanie interwencyjne jest optymalną metodą leczenia – mógł je otrzymać bezzwłocznie. Województwo zostało podzielone na trzy rejony, tak aby każdy ośrodek zapewniał przyjęcie chorych z określonych, najbliższych terytorialnie szpitali, wydłużony został czas pracy pracowni hemodynamiki. Niestety, na przeszkodzie pełnej realizacji zamierzeń stanęły względy finansowe – konieczność szybkiej nowoczesnej diagnostyki w karetce Pogotowia lub Izbie Przyjęć szpitali, szybki transport, możliwość właściwego finansowania zabiegów interwencyjnych. Jedyną pomoc stanowił fakt, że w ubiegłym roku LRKCh zabezpieczyła finansowanie abciksymbu dla 250 chorych (łącznie dla 3 ośrodków kardiologii interwencyjnej) w ramach „Programu leczenia interwencyjnego świeżego zawału serca z uniesieniem odcinka ST u chorych wysokiego ryzyka lub niestabilną dusznicą bolesną najwyższego ryzyka”.

Mimo piętrzących się na każdym kroku trudności organizacyjnych i finansowych leczenie interwencyjne OZW było realizowane w dość szerokim zakresie, początkowo w 2 ośrodkach tj. w Klinice Kardiologii w Lublinie i Oddziale Kardiologii w Zamościu, a od 2002 r. również w Oddziale Kardiologii WSS w Lublinie. Szczegółowe wyniki działania tych ośrodków przedstawili kolejno dr n. med. Jarosław Wójcik, kierujący zespołem Pracowni Hemodynamiki Kliniki Kardiologii, dr n. med. **Andrzej Kleinrok** ordynator Oddziału Kardiologii WSS im. Jana Pawła II w Zamościu i dr n. med. **Waldemar Rumiński**, ordynator Oddziału Kardiologii WSS im. Kard. Stefana Wyszyńskiego w Lublinie. W 2002 do tych ośrodków przeniesiono ok. 500 chorych z OZW z innych szpitali województwa. Łącznie wykonano 983 koronarografie ze wskazań pilnych (576 w Klinice Kardiologii, 254 w Oddziale Kardiologii WSS w Zamościu i 153 w Oddz. Kardiologii w Lublinie) oraz 555 pilnych PTCA (odpowiednio po 237, 205 i 113 zabiegów w wymienionych ośrodkach).

Wyniki stosowania abciksymbu przedstawili kolejno: dr n. med. **Andrzej Madejczyk**, dr n. med. Andrzej Kleinrok i dr n. med. Waldemar Rumiński. We wszystkich ośrodkach potwierdzono bardzo dużą skuteczność i przydatność leku.

A teraz kilka słów o zespole pracującym w Pracowni Hemodynamiki Kliniki Kardiologii. Aktualnie w jego skład wchodzi dziesięciu lekarzy, a pięciu z nich posiada duże doświadczenie w zakresie kardiologii interwencyjnej. W dniu 1 stycznia 2003 r. w Pracowni został wprowadzony całodobowy dyżur, w ramach którego w godzinach 16-8 są przyjmowani do pilnych koronarografii i PTCA pacjenci z OZW również ze Szpitali współpracujących z Oddziałem Kardiologii WSS w Lublinie. Dla Dyrektora SPSK nr 4 decyzja ta nie była łatwa. Uruchomienie całodobowego dyżuru pociąga bowiem finansowe skutki, wynikające nie tylko ze wzrostu kosztów osobowych, lecz przede wszystkim z przyjmowania większej liczby najcięższych i wysoko kosztownych pacjentów. Kasa Chorych nie przewiduje refun-

dacji za procedury i hospitalizacje ponadkontraktowe. Niestety w pierwszym kwartale 2003 było ich aż 88, kosztowały ponad 200 tys. zł. Za taką cenę uratowano życie i zdrowie kilkunastu osobom. Czy to dużo, czy mało? Chyba niedużo, ale refundacja tej kwoty jest potrzebna na zakup sprzętu i leków dla następnych pacjentów, przecież im też nie odmówimy skutecznej pomocy!

Podobna sytuacja powstała w Oddziale Kardiologii WSS w Zamościu (który wprowadził pełnodobowy dyżur dla OZW od 1 lutego br.) i Oddziale Kardiologii WSS w Lublinie (choć chory do pilnych zabiegów interwencyjnych są przyjmowani w godz. 8-16).

Nie wprowadzono w NFZ przygotowanej jesienią ub. roku punktowej wyceny procedur, która umożliwiłaby refundację wyższych kosztów leczenia OZW.

Jak będziemy leczyć OZW w 2003 r.? Nie wprowadzono w NFZ przygotowanej w listopadzie ub. roku punktowej wyceny procedur, która umożliwiłaby refundację wyższych kosztów leczenia OZW. Nie przewiduje się też finansowania programu ratownictwa medycznego. Kończy się program byłej LRKCh zapewniający szansę stosowania abciksymbu. A zaangażowanie, zapał i upór aby działać dalej, leczyć skutecznie i nowocześnie, mimo trudnej rzeczywistości codziennej pracy, nie chce zamieniać się w środki finansowe na zakup sprzętu i leków. Pozostaje nam wiara, że „jutro będzie lepiej”..., ale czy ta wiara okaże się dość silna aby „przenieść górę”?

Toksykologia kardiologiczna

W dniach 4 i 5 kwietnia 2003 roku odbyła się w Lublinie Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji Toksykologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego pt. „Toksykologia Kardiologiczna”.

**DR N. MED.
HANNA LEWANDOWSKA-STANEK**
ODDZIAŁ INTERNISTYCZNO-KARDIOLOGICZNY
REGIONALNY OŚRODEK TOKSYKOLOGII KLINICZNEJ
SZPITALA IM. JANA BOŻEGO W LUBLINIE

Okazją do zorganizowania konferencji było XXXV-lecie Regionalnego Ośrodka Toksykologii Klinicznej Szpitala im. Jana Bożego w Lublinie. Ośrodek ten powstał jako jeden z pierwszych w Polsce zgodnie z Instrukcją nr 2/67 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie wojewódzkich ośrodków toksykologicznych. Twórcą i pierwszym ordynatorem ośrodka był **dr med. Henryk Dąbski**. Ośrodek ten został utworzony przy Oddziale Wewnętrznym. Aktualnie ośrodek działa przy Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym i stanowi jego integralną część. Od 1993 roku kieruje nim **dr n. med. Hanna Lewandowska-Stanek**, Ordynator Oddziału i Regionalny Konsultant ds. Toksykologii Klinicznej.

Rozwój cywilizacyjny sprzyja pojawianiu się nowych przyczyn i rodzajów zatruc. Epidemia schorzeń układu krążenia i postęp w ich leczeniu powodują, że dostęp do leków stosowanych w kardiologii, a mogących być potencjalnymi czynnikami toksycznymi stał się powszechny. Pojawiło się też szereg, nie będących substancjami leczniczymi, ksenobiotyków wpływających na układ krążenia. Z drugiej zaś strony osiągnięcia kardiologii w leczeniu nagłych stanów zagrożenia życia, towarzyszących wszystkim rodzajom zatruc środkami chemicznymi, umożliwiają zastosowanie nowych metod terapii w ratowaniu zdrowia i życia zatrutych pacjentów.

Jak się okazało, konferencja „Toksykologia kardiologiczna” stała się dobrą okazją do przedstawienia dokonań ośrodków toksykologicznych, wymiany poglądów i dyskusji na ten temat.

Była to pierwsza tego rodzaju konferencja toksykologiczna, poświęcona jednemu zasadniczemu tematowi i zgodnie z oczekiwaniami organiza-

torów spotkała się z szerokim zainteresowaniem toksykologów i kardiologów z różnych miast Polski. Przybyli na nią przedstawiciele wszystkich jedenastu Regionalnych Ośrodków Toksykologicznych, na czele z Krajowym Konsultantem ds. Toksykologii Klinicznej **prof. dr hab. Januszem Pachem**, pełniącym jednocześnie funkcję Prorektora Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Konferencję zaszczylicili swą obecnością także przedstawiciele lubelskiej AM w osobach **prof. dr hab. Teresy Widomskiej-Czekajskiej**, Konsultanta Regionalnego ds. Kardiologii, Kierownika Katedry i Kliniki Kardiologii AM, **prof. dr hab. Iwony Żebrowskiej-Łupiny**, Kierownika Zakładu Farmakologii Klinicznej AM i **prof. dr hab. Ewy Jagiełło-Wójtowicz**, Kierownika Katedry i Zakładu Toksykologii Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie. W gronie gości i uczestników dało się zauważyć ordynatorów oddziałów kardiologicznych i internistycznych z naszego miasta i regionu.

Konferencję otworzyła dr n. med. Hanna Lewandowska-Stanek, która powitała uczestników konferencji w Kozim Grodzie, przedstawiła historię i dzień dzisiejszy Regionalnego Ośrodka Toksykologii Klinicznej w Lublinie, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki kardiologicznej. W ośrodku pracuje 6 toksykologów klinicznych, 3

kardiologów, 11 specjalistów II stopnia, 6 lekarzy z I stopniem specjalizacji z chorób wewnętrznych, a także wyspecjalizowany personel pielęgniarski.

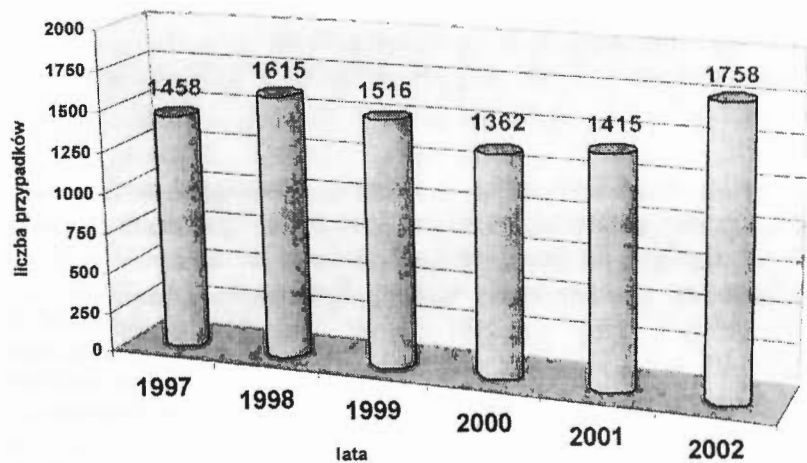
W Regionalnym Ośrodku Toksykologii Klinicznej w 2001 i 2002 roku hospitalizowano odpowiednio 822 i 800 chorych, 17 i 11 pacjentów zmarło, w Izbie Przyjęć leczono 452 i 625 chorych. Rocznie udzielanych jest ponadto kilkaset konsultacji telefonicznych (ryc. 1 i 2).

Wykład inauguracyjny wygłosił prof. dr hab. Janusz Pach, który mówił jak zwykle ze swadą, tym razem na temat: „Środowiskowe czynniki kardiotoksyczne”. Podkreślił powszechną obecność ksenobiotyków działających na układ krążenia i łatwy do nich dostęp. Kardiotoksyczność może manifestować się hipotensją lub nadciśnieniem, zastoinowym uszkodzeniem mięśnia sercowego, zaburzeniami rytmu i przewodzenia. Szereg ksenobiotyków ma bezpośrednie działanie na układ sercowo-naczyniowy, np. amfetaminy, opiaty, kokaina, atropina, związki fosforoorganiczne, trójchloroetylen, cięguatoksyna, tetrodotoksyna. Niektóre substancje i rośliny są łatwo dostępne i z tego powodu przyczyniają się do zatruc zwłaszcza u dzieci i młodzieży. Do takich związków arytmogennych zaliczyć można; pokrzyk wilczą jagodę, bielun dziędzierzawy i lulek czarny. Arytmie pochodzenia toksycznego wywołują amfetaminy, kokaina, efedryna, trichloroetylen, jad skorpionów. Jedną z najbardziej niebezpiecznych roślin w Polsce to rosnący przy drogach tojad mocny, wywierający ciężkie zaburzenia rytmu i przewodzenia. Z kolei martwicę mięśnia sercowego wywołać może zatrucie cyjankami i tlenkiem węgla. Kardiomopatie wywoływać mogą kobalt (heavy beer drinkers) i bromowane oleje roślinne. Szereg związków wywiera toksyczne działanie na naczynia krwionośne: składniki rozpuszczalników i dymów. Ogromna liczba ksenobiotyków stanowi czynniki pośrednio toksyczne dla układu krążenia: poprzez hipowolemię (kwasy, ługi, fenol, żelazo, grzyby, kokaina, rącznik pospolity, środki ochrony roślin, etanol, inne alkohole czy opioidy). Ciężkie, śmiertelne zatrucia powoduje rycyna, jady węży

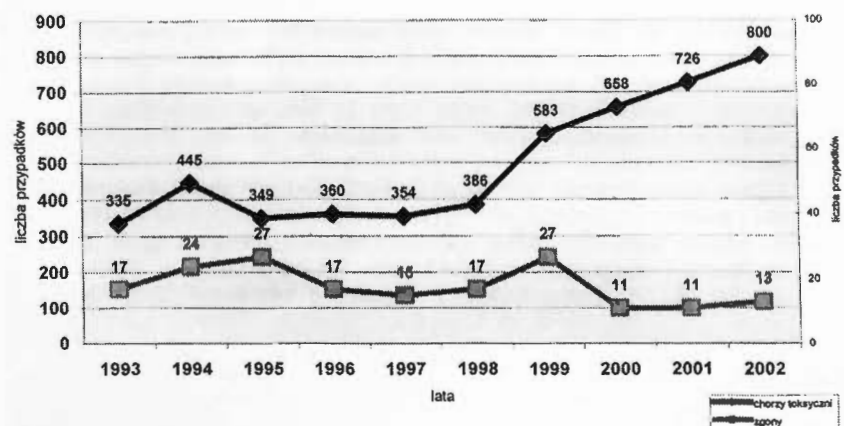
i skorpionów. Również hipoksja w takich zatruciach jak siarkowodorem, cyjankami i tlenkiem węgla ma działanie kardiotoksyczne. Toksykologzy opanowali leczenie obrzęku płuc zarówno kardiogenego (betablokery, chinidyna, werapamil) jak i niekardiogenego (aspiracja węglowodorów, gazy drażniące, kokaina, glikol etylenowy, pary rtęci, opary metali, opiaty, parakwat, fosgen). Hipotermia w zatruciach etanolem, wodzianem chłoralowym, tlenkiem węgla czy opiatami to także możliwość działania kardiotoksycznego. Natomiast substancje takie jak: salicylany, teoflina, hormony tarczycy, kokaina, amfetamina, ekstaza, LSD i wiele innych są potencjalną przyczyną hipertermii. W przebie-

gu wielu zatruc m. in. na skutek hipotermii i hipertermii, może rozwinąć się rhabdomyoliza. Ogromna ilość ksenobiotyków inicjuje kwasicę, której leczenie jest codziennością w toksykologii, aczkolwiek może być zaskakująco trudne. Nie bez znaczenia dla stanu układu krążenia są także zaburzenia jonowe, będące nieodłącznym skutkiem wielu zatruc.

Kolejny wykład inauguracyjny wygłosiła prof. dr hab. Teresa Widomska-Czekajska, której wykład zatytułowany „Kardiologia toksykologiczna” spotkał się z żywym zainteresowaniem. Profesor Teresa Widomska-Czekajska stwierdziła, że pojęcie „kardiologia toksykologiczna” jest pojęciem wirtualnym. Umownie do jej zakresu moż-



Ryc. 1



Ryc. 2

na zaliczyć zarówno zagadnienia związane z występowaniem objawów kardiologicznych w przebiegu zatruc, jak i kardiotoksyczne uboczne działania leków. Prof. T. Widomska-Czekajka omówiła objawy kardiologiczne w przebiegu ostrych zatruc takie jak zaburzenia rytmu serca i zaburzenia hemodynamiczne oraz przedstawiła ogólne zasady ich zwalczania. Do leków kardiologicznych stanowiących częstą przyczynę zatruc zaliczyła glikozydy nasercowe, leki beta-adrenolityczne, leki beta sympatykomimetyczne i antagonistów wapnia. Następnie przedstawiła korzystne i toksyczne działanie alkoholu etylowego na układ krążenia. Ważne miejsce w tym wykładzie zajął temat wydłużenia odstępu QT jako objaw toksyczności i potencjalnego ryzyka wielokształtnego częstoskurczu komorowego (TdP). Do leków typowo wydłużających QT należą: leki antyarytmiczne klasy I i III w klasyfikacji Vaughana-Williamsa, niektóre leki antyhistaminowe drugiej generacji, niektóre antybiotyki chinolonowe, makrolidowe i przeciwgrzybicze, leki psychotropowe, w tym trójcykliczne antydepresanty, leki przeciwmalaryczne. Kończąc wykład prof. dr hab. Teresa Widomska-Czekajka stwierdziła z niepokojem, że wiele leków podawanych ze wskazań innych niż kardiologiczne może dawać objaw uboczny w postaci częstoskurczu ko-

morowego i że wystąpienie tego działania zwykle wiąże się z obecnością różnorodnych czynników ryzyka.

Prof. dr hab. Iwona Żebrowska-Łupina zaprezentowała z punktu widzenia farmakologa klinicznego „Objawy ze strony układu krążenia po stosowaniu leków psychotropowych”. Prof. I. Żebrowska-Łupina zwróciła uwagę na problem zapisywania pacjentom dużych ilości leków psychotropowych, które często są potem zażywane w ilości kilkudziesięciu tabletek przez osoby labilne emocjonalnie czy chore psychicznie. Podała rozmaite mechanizmy działania tej grupy leków, objawy uboczne i interakcje, a także przeciwwskazania do ich stosowania oraz możliwe działanie na układ krążenia. W podsumowaniu zaznaczyła, że trójcykliczne leki przeciwdepresyjne ujawniają działanie kardiotoksyczne, czego nie stwierdzono po stosowaniu antydepresantów nowych generacji. Za najbardziej kardiotoksyczne uznała amitryptylinę, dotiepinę, imipraminę i klomipraminę. Zwróciła uwagę na to by w leczeniu psychoz unikać stosowania maksymalnych dawek neuroleptyków ze względu na ich znaczny efekt proarytmiczny. Wskazała na konieczną ostrożność przy stosowaniu tiorydazyny i karbamazepiny. Prof. dr hab. Iwona Żebrowska-Łupina przybliżyła słuchaczom złożony problem terapii lekami psychotropowymi.

Zgłoszone na konferencję prace prezentowano w trzech sesjach ustnych i jednej plakatowej.

Pierwszej sesji przewodniczyli dr med. Hanna Lewandowska-Stanek i prof. dr hab. Zbigniew Kołaciński z Kliniki Ostrych Zatruc Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. Dr Jarosław Woron w UJ w Krakowie przedstawił „Działania niepożądane i niekorzystne interakcje leków a problem kardiotoksyczności”, podkreślając zwłaszcza problem arytmii komorowych. Leki przeciwhistaminowe (astemizol, terfenadyna, ebastyna) przez hamowanie aktywności CYP3A4, podobnie jak wyciągi z grejfruta mogą wpływać na metabolizm innych leków i same w wyższych stężeniach zaburzać repolaryzację. Stosowanie niektórych innych leków jak cisaprid, mibefradil, grepafloksacyna, zostało ograniczone lub zabronione. Kardiotoksyczność mogą wykazywać także leki przeciwcukrzycowe z grupy pochodnych sulfonylomocznika i antracykliny.

Następnie przedstawiciele ośrodka łódzkiego przedstawili „Obraz kliniczny i leczenie 198 przypadków ostrych zatruc betablokerami i blokerami kanału wapniowego” i „Analiza zgonów z powodu ostrych zatruc lekami nasercowymi w materiale Kliniki Ostrych Zatruc Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi w latach 1995-2002. Po zaprezentowaniu doniesienia pt. „Kardiotoksyczność tlenku węgla” przez autorów z Tarnowa, uczestnicy konferencji mieli możliwość zapoznania się z interesującą pracą z ośrodka poznańskiego „Wykładniki zawału mięśnia sercowego w ciężkim zatruciu tlenkiem węgla u 16-letniego chłopca. Nie po raz pierwszy okazało się, że tlenek węgla jest groźną trucizną, a następstwa zatrucia mogą mieć ciężkie powikłania kardialne nawet u młodych osób.

W kolejnej sesji, której przewodniczyli prof. dr hab. Teresa Widomska-Czekajka i prof. dr hab. Janusz Pach wysłuchano najpierw wykładu „Zmiany obrazów elektrokardiograficznych pod wpływem toksycznych dawek leków kardiologicznych”. Leki te, co oczywiste wpływają na elektrokardiogram, wywołując szereg zaburzeń, które mają okazję prześledzić jedynie lekarze pracujący w ośrodkach toksykologicz-



Zespół lekarski Regionalnego Ośrodka Toksykologii Klinicznej

nych, bowiem w dawkach terapeutycznych leki te nie powodują tego rodzaju patologii. Substancje te często w różnych skojarzeniach między sobą i innymi lekami powodują zaburzenia czynności bodźcotwórczej i przewodzenia, wyraźnie wpływają na napięcia krzywych. Zmienne działanie tych leków nawet w podobnie wysokich dawkach powoduje różne reakcje zależne od wieku, chorób towarzyszących, stanu anatomicznego serca przed zatruciem oraz czasu i rodzaju leczenia. Zatrucia betablokerami, antagonistami wapnia czy napařnicą są zawsze potencjalnie śmiertelne, zwłaszcza, że coraz częściej zalecane są i stosowane leki o przedłużonym działaniu lub uwalnianiu. Niejako w nawiązaniu do tej pracy autorzy z Oddziału Ostrego Zatrucia Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu przedstawili jedną z najciekawszych prezentacji dotyczącą ciężkich zatruc antagonistami wapnia, które zawsze są groźne dla życia, ze względu na rozwój zaburzeń przewodzenia, hipotensję, wstrząs oraz rozprężenie elektromechaniczne i występującą zazwyczaj nieskuteczność elektrostymulacji endokawitarnej. Autorzy zastosowali w przypadku ciężkich zatruc wera-pamilem oraz skojarzonego zatrucia felodypiną i teofiliną niezarejestrowany w Polsce preparat 4-aminopirydyny z bardzo dobrym skutkiem klinicznym prowadzącym do wyzdrowienia chorych. Co prawda stosowanie 4-aminopirydyny wymaga dalszych prób klinicznych, jednak jak się wydaje stanowi nadzieję dla pacjentów zatrutych antagonistami wapnia, których często inaczej nie można uratować. Z kolei ośrodek łódzki opisał „Zaburzenia układu sercowo-naczyniowego w przebiegu zatrucia baklofenem”, który – co od lat intrygujące – jest dużo częściej przyczyną zatrucia w Łodzi niż w innych ośrodkach, a powszechnie uchodzi za bardzo groźną trucizną dającą rozmaity obraz kliniczny. W tej sesji mieliśmy możliwość wysłuchać jeszcze doniesień z Gdańska „Samobójcze zatrucia lekami hipotensyjnymi” i z Lublina „Kardiotoksyczność leków antydepresyjnych”.

Trzeciej sesji wystąpień ustnych przewodniczyli prof. dr hab. Zygmunt

Chodorowski z Gdańska i prof. dr hab. Jerzy Szczeklik z Krakowa. Przedstawiono niezmiernie ciekawe doniesienia z Poznania „Ciężkie zatrucia lekami nasercowymi wymagające czasowej stymulacji endokawitarnej” oraz z Rzeszowa „Zastosowanie kontrapulsacji wewnątrzaořtalnej w terapii ciężkiej niewydolności krążenia w zatruciach lekami kardiotoksycznymi”. Prace te potwierdzają pogląd, że nie ma pacjentów straconych i od razu skazanych na śmierć. Intensywne leczenie farmakologiczne i agresywna terapia inwazyjna często przeprowadzana w dramatycznych okolicznościach dyżurowych, w połączeniu niekiedy z wielogodzinną resuscytacją krążeniowo-oddechową może przynieść efekt o ile podejmie się trud zastosowania wszelkich dostępnych w danym ośrodku metod leczniczych. Niekiedy wymaga to zaangażowania wielu osób i współpracy różnych oddziałów i klinik. Regionalny Ośrodek Toksykologii Klinicznej w Lublinie we współpracy z Kliniką Kardiologii również ma doświadczenia w zakresie skojarzonego stosowania wielogodzinnego masażu zewnętrznego serca, elektrostymulacji i kontrapulsacji aortalnej u młodej pacjentki zatrutej lekami kardiodepresyjnymi zakończone uratowaniem chorej. Kolejna praca dotyczyła wpływu etanolu na ryzyko wystąpienia w zatruciach karbamazepiną, co ma istotne znaczenie ze względu na szerokie rozpowszechnienie tego leku.

Sesje ustne zakończyła prezentacja z Regionalnego Ośrodka Toksykologii Klinicznej w Lublinie pt. „Czy stężenie cholesterolu całkowitego jest dobrym markerem próby samobójczej?”, która mimo kilku godzin obrad wzbudziła żywe zainteresowanie i dyskusję.

W trakcie sesji plakatowej, której przewodniczyli dr n. med. Barbara Groszek z Krakowa i dr n. med. Jarosław Szponar z Lublina zaprezentowano 10 równie interesujących prac. Klinika Toksykologii UJ omówiła przykład samobójstwa rozszerzonego 2 pacjentek zatrutych acebutololem i nifedypiną, a także „Ciężkie zatrucie diltiazemem, magnezem i potasem” oraz „Kardiotoksyczne działanie amantadyny w ostrym zatruciu”. Ośrodek po-

znański opisał „Ciężkie powikłania pozasercowe u osoby zatrutej wera-pamilem” w postaci niedroźności. Autorzy z Lublina przedstawili „Zatrucia lekami z grupy trójcyklicznych antydepresantów w materiale Regionalnego Ośrodka Toksykologii Klinicznej” i „Analizę przypadków ostrego zatrucia lekami działającymi na układ sercowo-naczyniowy”, a toksykolog z Tarnowa „Analizę zatruc lekami stosowanymi w kardiologii w materiale Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza”. Interesujące doniesienie nt. „Dwa przypadki rabdomiolizy o różnym przebiegu klinicznym” przygotował ośrodek z Białej Podlaskiej. Duże zainteresowanie uczestników konferencji spowodowała praca „Kardiotoksyczne działanie jądów kręgowców”, które jak się okazało coraz częściej są sprowadzane do Polski z najbardziej egzotycznych krajów świata.

Całość obrad zakończyło podsumowanie konferencji, która będąc pierwszym w Polsce tego rodzaju spotkaniem toksykologów, kardiologów, farmakologów i lekarzy praktyków zainteresowanych zagadnieniem toksykologii kardiologicznej była bardzo owocna. Pozwoliła na podzielenie się doświadczeniami przez ośrodki toksykologiczne, wymianę poglądów na sposoby leczenia różnych zatruc ksenobiotykami działającymi na układ sercowo-naczyniowy i wskazała nowe możliwości terapii. W toksykologii, gdzie niektóre zatrucia są bardzo rzadkie niekiedy nie sposób przewidzieć przebieg choroby oraz rodzaj powikłań, skuteczność terapii i rokowania. Dlatego możliwość zapoznania się z wiedzą innych praktyków i okazja osobistej dyskusji ma niezmiernie znaczenie. Zwłaszcza, że ta wymiana poglądów odbywała się w pięknych wnętrzach Pałacu Czartoryskich, będącego siedzibą LTN, a wieczorem przeniosła się do gościnnych sal pałacu w Wierchowiskach. Uczestnicy konferencji mieli możliwość także zwiedzenia Starego Miasta i Zamku Lubelskiego.

To wszystko sprawiło, że goście opuszczali Lublin pod wrażeniem uroku naszego miasta, zadowoleni z owocnego udziału w Konferencji „Toksykologia Kardiologiczna”.

IV Lubelskie Dni Reumatologiczne w Baranowie Sandomierskim

► Spotkanie reumatologów na „Małym Wawelu”

Organizowane od 1997 roku „Lubelskie Dni Reumatologiczne” stały się od kilku ostatnich edycji głównym doradczym spotkaniem reumatologów.

PROF. DR HAB. LESZEK SZCZEPAŃSKI
KATEDRA I KLINIKA REUMATOLOGII
AM W LUBLINIE

W tym roku odbyły się one w pięknym renesansowym zamku w Baranowie Sandomierskim, ze względu na kolumny i krużganki zwanym także „Małym Wawelem”. Podstawową wadą tego bardzo atrakcyjnego miejsca jest niewystarczająca baza hotelowa. Stąd organizatorzy – Katedra i Klini-

ka Reumatologii oraz Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego – zakładali, że liczba uczestników nie przekroczy 500 osób. Jednak wśród lekarzy chęć uczestnictwa w lubelskich spotkaniach była tak silna, że niektórzy rezerwowali miejsca hotelowe w miejscowościach odległych nawet o 60-70 km. Ponad 300 zgłoszonych osób musiało jednak z tego powodu zrezygnować z przyjazdu. Niemniej liczba uczestników przekroczyła 700 osób. Goście zostali zaskoczeni miejscem obrad, bowiem po raz pierwszy uczestniczyli w konferencji naukowej zorganizowanej na świeżym powietrzu. Dziedziniec zamku został przykryty plastikowym dachem, a na podeście dla referentów został ustawiony telebim. Doskonała pogoda sprzyjała temu rozwiązaniu i całemu spotkaniu.

Wykłady i doniesienia naukowe prezentowane były przez dwa dni od godz. 8 do 18. Przed-

stawili je prawie wszyscy polscy profesorowie reumatologii, wszyscy lekarze lubelskiej Kliniki Reumatologii, a także **prof. Roy Altman** i **prof. Carmelita Frondoza** z USA oraz **prof. Valentina Chopyak** ze Lwowa. Jak zawsze na lubelskich spotkaniach tematy doniesień odnosiły się do problemów z jakimi na co dzień spotyka się lekarz-praktyk. Głównym motywem konferencji była tym razem choroba zwyrodnieniowa stawów.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się programy interaktywne, podczas których słuchacze stawali się współtwórcami prezentacji głosując wybranym przyciskiem pilota na jedno z proponowanych rozwiązań prezentowanego problemu. Głosowanie ujawniło głęboką zmianę poglądów na farmakoterapię reumatoidalnego zapalenia stawów. Przed 4 laty na III Lubelskich Dniach Reumatologicznych w Kazimierzu Dolnym jako leki pierwszego wyboru uczestnicy wskazywali sulfasalazynę i sole złota, obecnie 81 procent respondentów opowiedziało



Uczestnicy IV Lubelskich Dni Reumatologicznych



Szkoda, że liczba zamków, pałaców i atrakcyjnych miejscowości w południowo-wschodniej Polsce, których jeszcze nie znają polscy reumatolodzy, jest ograniczona.



**Prof. dr hab.
dr h. c.
Stefan
Mackiewicz
(Poznań)**



**Prof. dr hab.
Leszek
Szczepański
– kierownik
Katedry
i Kliniki
Reumatologii
AM w Lublinie**



**dr hab.
Andrzej Pluta
(Rzeszów)**

się za metotreksatem. Po ujawnieniu głosowaniem rozkładu preferencji uczestników programu dotyczących wyboru podejścia lekarskiego do przedstawianych problemów zapobiegania osteoporozы swoje komentarze przedstawili wybrani eksperci: **prof. dr hab. Janusz Badurski** z Białegostoku i **prof. dr hab. Witold Tlustochowicz** z Warszawy. Wysłuchanie dyskusji między ekspertami a także uwag uczestników wydaje się najlepszą drogą do przyswojenia sobie informacji i proponowanych rozwiązań.

Przyjęcie powitalne odbyło się w czwartek (22 maja br.) na otoczonym krużgankami dziedzińcu zamkowym. Zabawa na wolnym powietrzu miała miejsce w pobliżu zamku następnego wieczoru. Wystąpił na niej znany aktor, piosenkarz i kompozytor Michał Miłowicz, wcielając się w pierwszej części swoich występów w Elvisa Presley'a. Trzeba przyznać, że aktor ten potrafi doskonale nawiązać kontakt ze słuchaczami i wciągnąć do zabawy wszystkich uczestników imprezy. Elegancki bankiet w salonach zamku odbył się trzeciego wieczoru na zakończenie zjazdu. Najwytrwalsi skończyli tańce i pieśni biesiadne o piątej nad ranem.

Konferencji naukowej towarzyszyły jeszcze inne imprezy towarzyskie. Część uczestników wysłuchała występu kabaretu „Czerwony Tulipan”. Dużym powodzeniem cieszyły się wycieczki do Opatowa i ruin zamku Krzyżtopór oraz do szczególnie interesującego i zabytkowego miasta, jakim jest Sandomierz.

Cała organizacja „Lubelskich Dni Reumatologicznych” spoczywała jak zawsze w rękach komitetu organizacyjnego, który nie korzysta z pomocy żadnych wyspecjalizowanych biur czy instytucji. Z tym większą satysfakcją odbieraliśmy liczne słowa uznania za sprawną organizację, wyrazy sympatii dla zespołu lubelskiego i prośby o jak najszybsze zorganizowanie kolejnego, podobnego spotkania. Szkoda, że liczba zamków, pałaców i atrakcyjnych miejscowości w południowo-wschodniej Polsce, których jeszcze nie znają polscy reumatolodzy, jest ograniczona.



Cała organizacja „Lubelskich Dni Reumatologicznych” spoczywała jak zawsze w rękach komitetu organizacyjnego, który nie korzysta z pomocy żadnych wyspecjalizowanych biur czy instytucji. Z tym większą satysfakcją odbieraliśmy liczne słowa uznania za sprawną organizację.



Przewlekłe choroby mielo- i limfoproliferacyjne

**Tradycją Kliniki Hematoonkologii
w Lublinie i regionalnego Oddziału Polskiego
Towarzystwa Hematologów
i Transfuzjologów (PTHiT) –
jest organizowanie od 1995 roku lubelskich
konferencji naukowo-szkoleniowych,
poświęconych wybranym zagadnieniom
hematologicznym.**

DR N. MED. MAŁGORZATA KOWAL

KATEDRA I KLINIKA HEMATOONKOLOGII
I TRANSPLANTACJI SZPIKU
AM W LUBLINIE

W dniach 16-17 maja 2003 roku pod patronatem JM Rektora AM w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego**, odbyła się VI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Przewlekłe Choroby Mielo- i Limfoproliferacyjne”. Lubelskie konferencje, które na stałe wpisały się do kalendarza naukowo-szkoleniowego nie tylko polskiego środowiska hematologicznego, są niepowtarzalną okazją do spotkania autorytetów zarówno z kraju, jak i z zagranicy.

Po raz kolejny gościliśmy w Lublinie Prezydenta Europejskiej Grupy Transplantacji Szpiku, na co dzień wykładowcę w londyńskim Imperial College School of Medicine, **prof. J. Apperley**, Prezydenta Europejskiego Towarzystwa Hematologów (IHA) **prof. E. Montserrat** z Hiszpanii oraz **prof. A. Berrebiego** z Izraela. W zastępstwie **prof. J. L. Harrouseau**, koordynatora francuskiej Grupy Szpiczakowej, której liczne obowiązki w ostatniej chwili nie pozwoliły na udział w konferencji, przybył **prof. Moreau**. Z Francji przyjechał także **prof. B. C. Gisselbrecht**, jeden z koordynatorów francuskiej grupy chłoniakowej. Dość liczną, bo aż czteroosobową grupę wśród zaproszonych gości zagranicznych sta-

nowili Niemcy na czele z **prof. H. J. Kolbe** i z Przewodniczącym Niemieckiej Grupy Badawczej ds. Przewlekłej Białaczki Limfocytowej **prof. M. Halikem**. Na Konferencji był obecny **prof. E. McCloskey** z Anglii, niezaprzeczalny autorytet do spraw biologii i leczenia szpiczaka plazmocytoowego. Ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej przyjechali **prof. E. Gilboa** i **dr F. Payvandi**. Nie zabrakło gości z Danii, którą reprezentował **prof. T. Plesner**, od wielu lat współpracujący z lubelską Kliniką, co zaowocowało wieloma wspólnymi naukowymi doniesieniami na zjazdach krajowych i zagranicznych. Na konferencję przybyła współpracująca z lubelską Kliniką jedenaosobowa grupa hematologów z Ukrainy, na czele z **prof. J. Wyhowską** kierowniczką Kliniki Hematologii we Lwowie.

Polskie ośrodki hematologiczne były reprezentowane przez profesorów: **I. Frydecką** i **K. Kuliczkowskiego** z Wrocławia, **A. Hellmanna** z Gdańska, **J. Kłoczkę** z Białegostoku, **J. Kawiaka**, **M. Kraj**, **R. Maryniak**, **K. Sułka** z Warszawy, **E. Krykowskiego** i **T. Robaka** z Łodzi, **K. Zawilską** i **M. Komarnickiego** z Poznania. Obecny był również **prof. W. W. Jędrzejczak**, w jednej osobie prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów

oraz konsultant krajowy ds. hematologii. Wśród około 200 uczestników konferencji byli przedstawiciele wszystkich klinicznych ośrodków hematologicznych z Polski.

Obrady odbywały się w przestronnych i nowoczesnych pomieszczeniach Centrum Konferencyjnego Akademii Rolniczej. W części oficjalnej Konferencji poza przedstawicielami władz miasta, udział wzięli dyrektor Lubelskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia – **dr n. med. A. Borowicz** oraz prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej **dr A. Ciofko**. Władze Akademii Medycznej reprezentowali prorektor ds. nauki **prof. dr hab. K. Głowniak** oraz dziekan Wydziału Lekarskiego **prof. dr hab. M. Wielosz**. Wśród zaproszonych gości byli także przedstawiciele prasy medycznej.

Zebranych powitała przewodnicząca Komitetu Naukowego Konferencji **prof. dr hab. Anna Dmoszyńska**. W imieniu władz uczelni głos zabrał **prof. dr hab. K. Głowniak**, który podkreślił, że organizowana konferencja jest jednym z najbardziej doniosłych wydarzeń w życiu całej społeczności Uczelni.

Po części oficjalnej rozpoczęła się bardzo ciekawa sesja plenarna poświęcona przewlekłej białaczce limfocytowej. Przewodniczącymi sesji i jednocześnie wykładcami byli profesorowie Montserrat i Robak, którzy razem z **prof. Berrebi** przedstawili nowoczesne podejście do zagadnienia rokowania i leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową. Dotychczas najważniejszym czynnikiem prognostycznym warunkującym rozpoczęcie leczenia jest stopień klinicznego zaawansowania choroby wg klasyfikacji Raia lub Bineta. Niedogodnością obydwu klasyfikacji jest brak możliwości wyodrębnienia różnie rokujących chorych w obrębie tego samego okresu klinicznego, szczególnie we wczesnych stadiach zaawansowania choroby. Podkreślano potrzebę utworzenia klasyfikacji uwzględniającej nowe czynniki rokownicze, w tym surowicze (kinaza tymidynowa, rozpuszczalny receptor CD23), komórkową ekspresję CD38 i/lub ZAP70, jak i genetyczne. W oparciu o nową klasyfikację będzie można określić potrzebę wczesnej interwencji terapeutycznej.

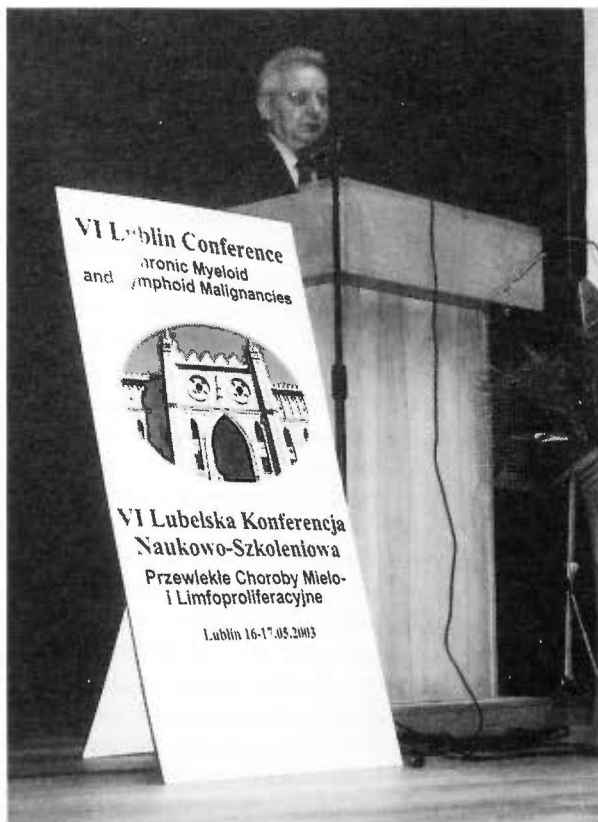
Aktualne możliwości lecznicze dają szansę uzyskania nie tylko optymalnej stabilizacji choroby i długotrwałych remisji, ale być może i wyleczenia w przyszłości.

Następna sesja plenarna była poświęcona przeciwciałom monoklonalnym, które stały się przełomem w leczeniu chłoniaków nieziarnicznych przede wszystkim o małym stopniu złośliwości, i bez których dzisiaj trudno wyobrazić sobie leczenie chorób rozrostowych układu krwiotwórczego.

Wykład **dr hab. Smolewskiego** stanowił podstawę teoretyczną do dalszych rozważań dotyczących wykorzystania przeciwciał monoklonalnych w praktyce, jako nowych modulatorów apoptozy i proliferacji komórek nowotworowych.

W interesującym, zwięzłym wykładzie **prof. Hallek** przedstawił strategię postępowania Niemieckiej Grupy Badawczej ds. Przewlekłej Białaczki Limfocytowej w zależności od wieku chorych, przy uwzględnieniu nowych czynników prognostycznych. We wczesnych stadiach choroby przy obecności surowicznych i molekularnych niepomysłnych wskaźników rokowniczych strategia przewiduje między innymi skojarzone leczenie składające się z chemioterapii (fludarabina + cyklofosfamid) oraz immunoterapii (anty-CD20, anty-CD52). Przeciwciało monoklonalne ant-CD52 jest jedynym lekiem powodującym ustąpienie infiltracji limfoidalnej szpiku. Jest on stosowany do eradykacji choroby resztkowej w pbl, co w rezultacie może doprowadzić do remisji molekularnej. Dotychczas było to możliwe po wykonaniu auto- lub allotransplantacji szpiku. Jest prawdopodobne, że uzyskanie remisji molekularnej w wyniku skojarzonej chemioterapii i immunoterapii będzie miało decydujący wpływ na wydłużenie czasu przeżycia i poprawę jego jakości.

W dalszej części **prof. Gisselbrecht** zaprezentował imponujące wyniki skojarzonego leczenia przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20 (rituksymab) z chemioterapią w rozlanym chłoniaku z dużych komórek B w grupie 202 chorych, w wieku 60-80 lat. W porównaniu z grupą leczoną tylko chemioterapią, dołączenie rituksymabu wpły-



Prof. Emilio Montserrat z Barcelony, prezydent Europejskiego Towarzystwa Hematologów



Prof. prof. J. Apperley, R. Maryniak, A. Dmoszyńska, P. Walden

nęto nie tylko na zwiększenie wskaźnika całkowitych odpowiedzi, ale również na wydłużenie czasu wolnego od choroby i całkowite przeżycie w ciągu trzech lat obserwacji.

Dr hab. J. Walewski z Instytutu Onkologii w Warszawie przedstawił pol-

skie doświadczenia ze stosowaniem rituksymabu u 272 chorych na chłoniaki złośliwe. W badaniach udział wzięło 14 ośrodków, w tym również lubelska Klinika. Głównymi wskazaniami do immunoterapii preparatem rituksymab były nawrotowość choroby,

indukowanie pierwszej remisji w skojarzeniu z chemioterapią oraz eradykacja choroby resztkowej z następową transplantacją komórek macierzystych lub bez niej. Podkreślenia wymaga fakt, że rituksymab był stosowany u chorych, u których w połowie przypadków rozpoznano agresywne postaci chłoniaków złośliwych. Optymistyczne jest, że 85% z badanych chorych przeżyło trzy lata.

Po godzinnej przerwie na lunch rozpoczęły się dwie równoległe sesje popołudniowe. W sesji szkoleniowej w sposób praktyczny profesorowie **Zawilska, Komarnicki i Kuliczkowski** omówili nowe aspekty biologii chłoniaka Hodgkina oraz wynikające z tego implikacje terapeutyczne. Po wielu latach stosowania kuracji MOPP jej miejsce zajął układ ABVD, który jest dzisiaj standardem. Ważną i niekwestionowaną rolę odgrywają przeszczepy szpiku. W trakcie prób klinicznych są nowe metody leczenia, między innymi przeciwciała monoklonalne.

Druga z sesji była tematycznie zdominowana przez zagadnienia immunologiczne.

Pierwszy dzień obrad zakończyło przyjęcie powitalne w Muzeum Wsi Lubelskiej, tonącym w zieleni o tej porze roku. Po występie zespołu folklorystycznego, przy dźwiękach dyskotekowej muzyki bawiono się do późnych godzin nocnych.

W drugi dzień obrad niewątpliwie największe zainteresowanie wzbudził profesjonalny, a jednocześnie przystępny i zrozumiały wykład prof. Apperley dotyczący terapii chorych na przewlekłą białaczkę szpikową (pbs). Wprowadzenie do leczenia w 1998 roku imatinibu zrewolucjonizowało postępowanie w pbs. Lek stwarza możliwość wyleczenia i u poszczególnych chorych może zastąpić allogeniczną transplantację komórek macierzystych (allogenic stem cell transplantation, allo-SCT). Pomimo niewątpliwego postępu jaki dokonał się w ostatnich latach, allo-SCT pozostaje metodą leczenia obciążoną znaczną śmiertelnością oraz przewlekłymi chorobami u chorych z długoletnim przeżyciem. Decyzja o przeprowadzeniu transplantacji może być podjęta po dogłębnym rozpatrzeniu korzyści i ryzyka. Jest to



Profesorowie: A. Berrebi, E. Montserrat, B. C. Giselbrecht.

szczególnie trudne u chorych na pbs, dla których pojawiło się alternatywne leczenie imatinibem. Dotychczasowe wyniki są optymistyczne, jednak brakuje długoletnich obserwacji. Prof. Apperley podkreślała, że przy podejmowaniu decyzji o transplatacji należy uwzględnić techniczne możliwości, czynniki ryzyka i prawdopodobieństwo długiego przeżycia przy leczeniu imatinibem.

W czasie drugiej sesji omawiano problemy związane ze szpiczakiem plazmocytowym (sz.p.). O różnorodności struktury i funkcji komórki plazmatycznej mówił nie tylko prozą prof. Sułek. W formie poetyckiej brzmiało to tak:

„Jest wśród mnogości komórek szpiku
Jakaś kusząca moc do zadumy
Jak to się dzieje, że u człowieka
Pewne komórki, choć są jak w tłumie,
To jednak łatwo wpadają w oko
Swym kształtem oraz rozmiarem,
Lecz nade wszystko jądra widokiem,
Plazmy strukturą i barw beżniarem.
To plazmocyty jest tym księciem,
Co wyróżnia się wśród innych
Pawim oczkiem w cytoplazmie
I kolorem jej tak zmiennym.”

Taki wykład na długo pozostanie w pamięci.

Prof. dr hab. Anna Dmoszyńska wygłosiła ciekawy wykład dotyczący przeciwnowotworowego działania lowastatyny w szpiczaku plazmocytowym. Choroba jest konsekwencją proliferacji plazmocyty w szpiku kostnym i nadal pozostaje nieuleczalną chorobą, ze średnią czasu przeżycia 12-17 miesięcy. Konwencjonalna chemioterapia wydłużyła czas przeżycia do ok. 3 lat. W ostatnich latach pojawiły się nowe metody leczenia w postaci wysokodozowanej chemioterapii z następowym autologicznym przeszczepem komórek macierzystych, co pozwoliło uzyskać przeżycie 5-7 lat od momentu rozpoznania. Ale u około połowy chorych dochodzi do nawrotu choroby. Z myślą o tych chorych poszukuje się nowych leków. Jednym z nich jest talidomid, który przez indukowanie apoptozy komórek szpiczakowych, jest z powodzeniem stosowany w opornych i nawrotowych postaciach choroby. Warto w tym miejscu wspomnieć, że w sesji posterowej lubelska Klinika

prezentowała wyniki wieloośrodkowych badań klinicznych 191 chorych na sz.p. leczonych talidomidem w latach 1999-2002. Uzyskane wyniki wskazują, że talidomid powinien być uważany za lek z wyboru w nawrotowych, opornych postaciach sz.p.

Kolejną, obiecującą opcją terapeutyczną wydają się statyny powszechnie stosowane w zwalczaniu hipercho-

lesterolii. W 1964 roku Fumagalli i wsp. wykazali, że komórki guza mózgu produkują duże ilości cholesterolu. Obserwacje sugerowały, że przez zakłócenie syntezy cholesterolu można zahamować rozwój guza. W ostatnim okresie pojawiło się wiele doniesień o statynach, które przez zablokowanie cyklu komórkowego w fazie G1, interferują z działaniem genu Ras, powodując znaczący efekt apoptotyczny. Przez zmniejszenie syntezy naczyniowego, endotelialnego czynnika wzrostu, statyny hamują angiogenezę. Skojarzenie statyn z chemioterapią może potencjalnie poprawić efekty terapii przeciwnowotworowej. W lubelskiej Klinice rozpoczęto badania z wykorzystaniem lowastatyny u chorych opornych na wcześniej stosowane leczenie. Wydaje się, że kandydatami do terapii statynami będą chorzy na szpiczaka plazmocytowego w zaawansowanym wieku, obciążeni chorobami serca i hipercholesterolemią.

Sesja równolegle prowadzona zgromadziła zainteresowanych trudnymi, ale i pasjonującymi zagadnieniami immunoterapii nowotworów. Udział nieprzeciętnych wykładowców i profesjonalizm profesorów **Kolba, Gilboa i Waldena** przybliżyły nowe możliwo-

ści leczenia nowotworów z zastosowaniem między innymi komórek dendrytycznych transfekowanych RNA guza, czy też szczepionek przeciwnowotworowych.

O trafnym wyborze tematyki konferencji świadczy duże zainteresowanie uczestników przejawiające się licznymi pytaniami do referentów oraz komentarze wynikające z własnych

O trafnym wyborze tematyki konferencji świadczy duże zainteresowanie uczestników przejawiające się licznymi pytaniami do referentów oraz komentarze wynikające z własnych doświadczeń

doświadczeń, co powodowało wydłużenie czasu trwania sesji plenarnych.

W czasie dwudniowej konferencji, równocześnie z obradami plenarnymi odbywały się sesje plakatowe, które stały się okazją do zaprezentowania dorobku naukowego lubelskiej Kliniki. Na uwagę zasługuje fakt, że wśród 60. wystawianych plakatów, prawie połowa pochodziła z Kliniki Hematologii i/lub Zakładu Immunologii Klinicznej AM w Lublinie. Streszczenia referatów sesji plenarnych oraz doniesienia sesji plakatowych opublikowano w 1. suplementcie Acta Haematologica Polonica vol. 34.

Zorganizowanie VI Konferencji Naukowo-Szkoleniowej było możliwe dzięki zaangażowaniu i pomocy finansowej firm farmaceutycznych. Słowa podziękowania należą się szczególnie głównym sponsorom konferencji firmom Schering AG, Roche Polska Sp. z o. o., Novartis Poland Sp. z o. o., GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S. A.

Uczestnicy powtarzali, że „wystarczy przyjechać do Lublina, aby usłyszeć tych co powinno się znać i to co trzeba wiedzieć z hematologii.

Następna konferencja już za dwa lata. Do zobaczenia!

Problemy terapii medycznej alkoholizmu

W dniach 25-26 kwietnia br. miałem okazję uczestniczyć w I Międzynarodowej Polsko – Niemieckiej Konferencji „Postępy terapii medycznej uzależnienia od alkoholu – spojrzenie interdyscyplinarne”.

LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK
KATEDRA I KLINIKA PSYCHIATRII
AM W LUBLINIE

Miejscem obrad była mała wypoczynkowa miejscowość Pieczyska, niezwykle malowniczo położona nad Zalewem Koronowskim z dala od zgiełku i huku wielkich miast. Miejsce to jest dla mieszkańców Bydgoszczy i Torunia tym, czym dla nas – Lublinian Pojezierze Łęczyńsko-Włodawskie. Konferencja zorganizowana została pod egidą Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przez Katedrę i Klinikę Psychiatrii AM w Bydgoszczy oraz Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie w Paderborn (Niemcy).

Dla autora niniejszego artykułu jest to temat bliski z racji wykonywanego zawodu i nabywanej specjalizacji, jako że poza Kliniką Psychiatrii pracuję także na oddziale odwykowym Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lubli-

nie. Chciałem jednak zarówno podzielić się z czytelnikami kilkoma swoimi uwagami dotyczącymi samej konferencji, jak również przybliżyć problem, któremu była poświęcona. Tematykę konferencji stanowił alkohol i wszystko co z nim związane. Niestety staje się to z każdym rokiem coraz bardziej poważniejszym problemem w skali naszego kraju i województwa. Według ocen WHO alkohol to jedna z pierw-



Dr Bruno Neuner

szych 10 przyczyn zgonów na świecie. Wynika to może nie tyle z toksycznego działania znanej od wieków substancji, ile z wielu problemów, które wiążą się z jej ciągłym i długotrwałym przyjmowaniem. Polska jest właśnie jednym z krajów najbardziej zagrożonych alkoholizmem, zdecydowanie bardziej niż kraje zachodnie i na nic nam pocieszenie że największa na świecie Izba Wytrzeźwień (250 osób, w weekendy do 500 osób) znajduje się w 450-tysięcznych Helsinkach. Bogata zachodnia Europa boryka się z problemem narkomanii na niespotykaną w naszym kraju skalę, ale koszty społeczne alkoholizmu w Polsce są zdecydowanie wyższe niż narkomanii na zachodzie. Na tyle ogromne, że można nazwać alkoholizm naszą prawdziwą społeczną plagą. Wszyscy statystycy liczą koszty wypadków samochodowych, leczenia ich ofiar, przestępczości i leczenia uzależnionych – to sprawy oczywiste. Ale pamiętajmy, że suche liczby nie nie wyrażają, jeśli nie weźmiemy pod uwagę rozpadu rodziny, uniemożliwienia należytej edukacji i normalnego życia każdemu członkowi rodziny alkoholika. To prowadzi do powstania kolejnych rzesz osób nadmiernie pijących (Cloninger typ II) i w efekcie powolnego upadku społeczeństwa w odstępie kilku pokoleń, a podobno odzyskaliśmy wolność w 1989 roku... To i nie tylko to stało się tematem wielu dyskusji z obecnymi na Konferencji kolegami z Niemiec.

W Polsce najbardziej zdziwił ich wciąż duży odsetek pacjentów uzależnionych jedynie od alkoholu, z drugiej strony trudno spotkać w zachodnich krajach człowieka, który nie wy-

chował się na ulicy, a pierwszy kontakt z alkoholem miał w wieku dwunastu lat. Piszę to, posiłkując się własnym doświadczeniem, bo takich pacjentów w ciągu ostatnich 6 miesięcy spotkałem kilku. Jeżeli ktoś z czytelników nadal uważa, że nie należy intensyfikować wysiłków w walce z plagą nadużywania alkoholu proszę niech wyobrazi sobie życie tych młodych ludzi i ich rodzin, dokładnie takich jak na omawianym przykładzie. W wieku osiemnastu lat ktoś z sześciolatniakiem stażem alkoholowym jest wrakiem człowieka, mającym już za sobą co najmniej kilka pobytów na oddziałach odwykowych i psychiatrycznych (koszty leczenia!). Dawno już nie poprzestał na samym alkoholu, próbował narkotyków i leków od których jest także uzależniony (przestępczość, jeszcze wyższe koszty leczenia!). Ze względu na nadmiar „rozmaitych substancji chemicznych” jego mózg z powodu zmian organicznych funkcjonuje na poziomie podobnym jak u starszego człowieka (po trzykroć koszty leczenia!). A my – społeczeństwo uczciwie pracujące i płacące podatki – musimy utrzymać go przez całe życie.

Tak właśnie wygląda współczesny politoksykoman, a niestety schemat młodego i uzależnionego człowieka ewaluuje w tym kierunku od kilkunastu lat. Jest zawsze jeden wspólny mianownik – zazwyczaj zaczyna się od alkoholu. Tematem rozważań z kolegami z innych ośrodków, zarówno w czasie konferencji, jak i nieformalnych spotkań w kularach, były także najrozmaitsze problemy diagnostyczne u pacjentów uzależnionych. Nadużywanie alkoholu wraz ze współistnie-

jącymi zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi to zagadnienia słabo rozpowszechnione w praktyce klinicznej i rzadko poruszane. Znajduje to zresztą odzwierciedlenie w skąpej liczbie prac naukowych poświęconych właśnie temu tematowi, a przecież widzimy najwięcej z tego, o czym możemy przeczytać w fachowym piśmiennictwie. Zatem puentując, chciałbym zaapelować do wszystkich Czytelników by nie przechodzili obojętnie nad pacjentem uzależnionym. Często można się spotkać ze zdaniem i opinią wielu, w tym niemałego grona lekarzy, skłonnych traktować uzależnionych jako gorszych, przypisywać im winę za własne problemy w imię zasady „jak by nie chciał, to by nie pił”. Oczywiście, że decyzja o pierwszym kontakcie z jakąkolwiek substancją uzależniającą jest w pełni dobrowolna, ale kiedy zostanie przekroczona bardzo ulotna, czasem niedostrzegalna granica początku uzależnienia zastosowanie znajduje już tylko stare porzekadło: „pijak to ten co mógłby przestać pić gdyby chciał, a alkoholik przestałby pić, gdyby mógł”.

Czy ktoś z palących czytelników „Alma Mater” zastanawiał się biorąc do ust pierwszego papierosa nad odległym efektem tego co robi? Czy ktoś myślał kiedykolwiek „celowo chcę się uzależnić więc palę”? Raczej nie! A alkoholizm jest chorobą bardzo „demokratyczną”, nigdy nie wybiera. Nasuwa mi się taki wniosek podsumowujący jedną z nielicznych konferencji poświęconych alkoholizmowi, jak i postrzeganie omawianego zagadnienia w całości. Nigdy nie traktujmy omawianego problemu z „przymrużeniem oka”.

Od śmierci dra Benjamina Franklina, który jako pierwszy zauważył w alkoholiku człowieka, na dodatek chorego, minęło już wiele lat, ale czasami wydaje się, że ogromny wysiłek jaki wniósł w rozwój tej dziedziny medycyny w bardzo niewielkim stopniu pomógł ukształtować opinię o uzależnionych w naszym społeczeństwie.

Bioterroryzm

Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego (cz. VI)

W dniu 16 maja 2003 roku, w Grand Hotelu „Lublinianka” w Lublinie odbyło się kolejne, szóste spotkanie neurologów w ramach konferencji naukowo-szkoleniowej pt. „Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego”.

DR N. MED. MARIA PILARCZYK
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

Konferencja została zorganizowana przez Katedrę i Klinikę Neurologii AM w Lublinie, Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie epidemiologii. Moderatorem konferencji był **prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak** – Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i kierownik Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie.

Gościem Konferencji był **prof. dr hab. Krzysztof Chomiczewski** z Wojewódzkiego Instytutu Higieny i Epidemiologii w Warszawie, krajowy konsultant ds. obronności kraju w dziedzinie epidemiologii, który przedsta-

wił bardzo interesujące wystąpienie na temat: „Bioterroryzm jako współczesny problem medycyny i biologiczny”. Profesor stwierdził między innymi, że pojęcie terror wywodzi się z nazwy łacińskiej, którą określano kształtowanie w psychice człowieka strachu, trwogi, przerażenia, grozy, paniki. Temu służy także broń biologiczna, wyodrębniła się więc nowa kategoria terroru określana jako bioterror lub bioterroryzm. Istotą bioterroryzmu jest bezprawne, nielegalne użycie czynników biologicznych wobec ludzi z zamiarem wymuszenia jakiegoś działania lub zastraszenia rządu, ludności cywilnej lub jakiegokolwiek jej części dla osiągnięcia celów osobistych, politycznych, społecznych lub religijnych. W tym celu mogą być użyte takie czynniki biologiczne jak: bakterie, wirusy, riketsje lub materiały z nich pochodzące. Także różnego rodzaju toksyny

pochodzenia biologicznego powodujące choroby lub uszkodzenia u ludzi, zwierząt lub roślin. Czynniki biologiczne mogą mieć postać kropeł cieczy, aerozoli lub suchych proszków. Najczęściej broń biologiczna, która należy do broni masowego rażenia, stosowana jest w postaci liofilizatu lub aerozolu, w których bojowym ładunkiem są drobnoustroje chorobotwórcze. W ostatnim czasie, w 1999 roku (CDC) Center for Disease Control w Atlancie w USA dokonało podziału niebezpiecznych czynników biologicznych, które mogą być potencjalnie użyte jako broń biologiczna, na trzy kategorie: A, B, C. Najistotniejszą z nich jest kategoria A, do której zaliczono patogeny najwyższego priorytetu, ponieważ są:

- ▶ łatwe do rozsiania lub łatwo przenoszą się z osoby na osobę,
- ▶ powodują wysoką śmiertelność i mogą mieć duży wpływ na zdrowie publiczne,
- ▶ mogą wywoływać panikę publiczną,
- ▶ ponadto wymagają przygotowań i stałego nadzoru ze strony służb publicznych.

Są to takie patogeny jak: węglik, dżuma, tularemia, botulina, jad kiełbasiany, wirusy gorączek krwotocznych

Ebola, Marburg, wirus gorączki Las-sa, wirusy gorączek krwotocznych pod-ludniowo-amerykańskich.

Profesor szeroko przedstawił me-tody szybkiego reagowania i metody diagnostyki w przypadku zagrożenia atakiem bioterrorystycznym.

Kolejnym, drugim referatem było wystąpienie **dr n. med. Anny Jabłońskiej-Chmielewskiej**, wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie epidemiologii, która przedstawiła aktualną sy-tuację epidemiologiczną w zakresie chorób zakaźnych w Polsce oraz wy-kazała, że mimo niewielkiego znacze-nia chorób zakaźnych jako przyczyny śmierci w naszym kraju, co jest zasłu-gą służb sprawujących nadzór w za-kresie bezpieczeństwa epidemiolo-gicznego, ze względu na czynniki cy-wilizacyjne, takie jak rozwój i szyb-kość współczesnej komunikacji, mu-tacje i zmiany właściwości biologicz-nych zarazków, choroby zakaźne po-siadają swoją specyfikę i wymagają ciągłego monitoringu w populacji. Omówiono też wpływ uwarunkowań prawnych na kreowanie sytuacji w za-kresie chorób zakaźnych.

Dr n. med. Marek Kamiński, ad-junkt Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie przedstawił aspekty epi-demiologiczne wybranych schorzeń z powikłaniami dotyczącymi układu nerwowego u człowieka, takich jak:



Prof. dr hab. Krzysztof Chomiczewski
– krajowy konsultant ds. obronności kraju w dziedzinie epidemiologii

kleszczowe zapalenie mózgu, borelio-za, toksoplazmoza i tbc.

Infekcje ośrodkowego układu ner-wowego najczęściej pod postacią za-palenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu są stosunkowo nieliczną i nie-rzadko niedocenianą grupą schorzeń spotykanych w codziennej praktyce lekarskiej.

Znaczenie tej grupy jest jednak od-wrotnie proporcjonalne do częstości występowania i jest związane ze znacz-nym stopniem śmiertelności sięgają-cym często 20, a nawet ponad 90 pro-cent (w przypadku zakażeń gruźliczych u małych dzieci, osób przewlekle cho-rych i osób starszych) oraz różnymi powikłaniami zarówno ze strony ukła-du nerwowego (padaczka, wodogło-wie, ropnie mózgu, uszkodzenia ner-wów czaszkowych), jak i innych ukła-dów (zapalenie wsierdza).

Około połowę z nich stanowią in-fekcje bakteryjne wywoływane naj-częściej przez meningokoki (*Neisese-ria meningitidis*), pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), pałeczka gry-py (*Haemophilus influenzae*), pałeczka okrężnicy (*Escherichia coli*).

Następne w kolejności występowania są infekcje wirusowe. W części przypadków spotykamy zakażenia o in-nej etiologii, wymagające rozszerzo-nej diagnostyki i odmiennego postę-powania leczniczego. Do grupy tej na-leży zaliczyć choroby przenoszone przez zwierzęta oraz gruźlicę. Tereny Lu-belszczyzny i innych rejonów położo-nych na wschodzie Polski jako rejony uboższe, o wybitnie rolniczym charak-terze, w znacznym stopniu porośnięte lasami są szczególnie narażone na wy-stępowanie tej grupy chorób.

Powszechne jest występowanie za-równo bezobjawowych, jak i skąpo-objawowych przypadków toksopla-zmozy wywołanych zakażeniem pierwotniakiem *Toxoplasma gondii*. Rezerwuarem infekcji są zwierzęta do-mowe i gospodarskie (koty, świnie). Możliwe jest również zakażenie w okre-sie rozwoju płodowego (toksoplazmo-za wrodzona).

Inną, dość często występującą, ze szczególnym nasileniem na terenach endemicznych (Białowieża, Mazury), chorobą jest borelioza. W przypad-kach typowych obserwowane są ko-



Dr n. med. Marek Kamiński

lejno występujące po sobie objawy skórne, stawowe oraz objawy zajęcia obwodowego lub ośrodkowego ukła-du nerwowego. W części przypadków (neuroborelioza) obserwujemy jed-ynie manifestacje ze strony układu ner-wowego wymagające często długotrwa-łej diagnostyki i różnicowania z taki-mi schorzeniami jak choroba Alzhe-imera czy stwardnienie rozsiane.

Innym, wymagającym szczególnej pamięci i uwagi schorzeniem jest co-rasz częściej rozpoznawana gruźlica ośrodkowego układu nerwowego. Znac-ny odsetek osób chorych stanowią zdra-we dotychczas osoby młode, u których nie udaje się zidentyfikować pierwot-nego ogniska chorobowego. Postawie-nie szybkiej diagnozy w przypadku te-go typu zakażenia jest kluczowe ze względu na swoisty sposób leczenia oraz znaczny procent przypadków śmie-rtelnych, nawet po wdrożeniu odpowied-niego postępowania leczniczego.

Konferencja cieszyła się ogromnym zainteresowaniem przybyłych na nią 175 osób: neurologów, rezydentów, le-karzy specjalizujących się w zakresie neurologii i epidemiologii oraz stu-dentów Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie. Wszyscy uczestnicy Kon-ferencji otrzymali certyfikaty potwier-dzające uzyskanie 2,5 punktów edu-kacyjnych. Konferencja została zorga-nizowana dzięki pomocy firm farma-ceutycznych, Pfizer, Polfa Kutno, Po-lpharma oraz GlaxoSmithKline.

Polineuropatie

Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego (cz. VII)

W dniu 23 maja 2003 r. w Grand Hotelu „Lublinianka” odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa stanowiąca siódmą część z cyklu „Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego.”

DR N. MED. URSZULA CHYRCHEL
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

Konferencja została zorganizowana przez Lubelski Oddział Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Katedrę i Klinikę Neurologii Akademii Medycznej w Lublinie oraz firmę Wörwag Pharma.

Moderatorem konferencji był **prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak**, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie, Przewodniczący Lubelskiego Oddziału PTN, Prezes Zarządu Głównego PTN. Wykłady obejmowały tematykę patofizjologii, diagnostyki, obrazu klinicznego oraz leczenia chorób obwodowego układu nerwowego ze szczególnym uwzględnie-

niem polineuropatii. W wykładzie pt. „Patofizjologia i badania diagnostyczne w schorzeniach obwodowego układu nerwowego”, stanowiącym pierwszy punkt programu konferencji **dr n. med. Marek Kamiński** przedstawił problem patofizjologii poszczególnych typów uszkodzeń neuronu. Omówił specyfikę kliniczno-prognostyczną uszkodzenia demielinizacyjnego (pierwotnego i wtórnego) oraz uszkodzenia typu aksonalnego. Zwrócił szczególną uwagę na możliwości regeneracji neuronu, która w przypadku patofizjologii demielinizacyjnej (gdzie uszkodzenie dotyczy głównie osłonki mielinowej) może zachodzić nawet w 100 procentach, w przeciwieństwie do niepełnej, odległej w czasie regeneracji przy uszkodzeniu samego włókna nerwowego. Znaczącą część swojego wykładu

dr n. med. Marek Kamiński poświęcił diagnostyce neurofizjologicznej przedstawiając specyfikę różnych metod badania: badania elektromiograficznego, neurograficznego (przewodnictwo czuciowe, ruchowe), badania fali F i odruchu H i ich zastosowanie w diagnostyce uszkodzeń neuronu obwodowego.

Drugi punkt programu stanowiło wystąpienie **dr n. med. Urszuli Chyrchel** pt. „Polineuropatie – Zespół Guillain-Barré i CIDP (Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy)”. Dr n. med. Urszula Chyrchel przedstawiła kryteria podziału i klasyfikację polineuropatii, skupiwszy się przede wszystkim na ostrych i przewlekłych polineuropatiach zapalnych. Omówiła patofizjologię, obraz kliniczny, kryteria rozpoznawania oraz aktualne sposoby leczenia Zespołu Guillain-Barré i CIDP. Szczególną uwagę zwróciła na temat różnicowania dwóch wyżej wymienionych polineuropatii, co ma istotne znaczenie w kontekście leczenia. Szerokie zainteresowanie, (co znalazło odzwierciedlenie w dyskusji) wzbudziły aktualne metody leczenia: plazmafereza i terapia immunoglobulinami w przypadku zespołu Zespół Guillain-Barré oraz lekami im-



Uczestnicy konferencji z uwagą przysłuchiwali się wystąpieniom mówców

munosupresyjnymi w CIDP. W dyskusji rozpatrywano zalety i wady każdej z metod, wymieniano doświadczenia własne z terapii immunoglobulinami.

Trzecim, zamykającym spotkanie punktem programu było wystąpienie

przedstawiciela firmy Wörwag Pharma mgr **Tomasza Szumowskiego** poświęcone zastosowaniu preparatów Benfogamma i Thiogamma w leczeniu polineuropatii, głównie cukrzycowej.



Mgr Tomasz Szumowski – przedstawiciel firmy Wörwag Pharma, dr n. med. Maria Pilarczyk – sekretarz OL PTNeurol i prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak – prezes ZG PTNeurol.



Dr n. med. Urszula Chyrchel

Neurochemiczne i farmakologiczne aspekty padaczki

W dniach 24-26 kwietnia 2003 r. odbyła się w Kazimierzu Dolnym druga konferencja naukowo-szkoleniowa „Neurochemiczne i farmakologiczne aspekty padaczki”.

DR N. MED. IWONA HALCZUK
DR N. MED.
KRYSTYNA MITOSEK-SZEWczyk
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

Organizatorem Konferencji z ramienia Polskiego Towarzystwa Neurologicznego była Katedra i Klinika Neurologii AM w Lublinie. Konferencja otrzymała akredytację Światowej Federacji Neurologii (CME WFN). Miejszem obrad była Sala Konferencyjna hotelu „Zajazd Piastowski” w Kazimierzu Dolnym. Prezentowane w czasie Konferencji wykłady i doniesienia stanowiły przegląd dorobku nauk neurologicznych z zakresu wiedzy o padaczce i migrenie w ciągu ostatnich lat. Patronat Honorowy Konferencji objął Jego Magnificencja Rektor Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latalski**, członkami Komitetu Honorowego byli też Proroktor ds. Nauki **prof. dr hab.**

Kazimierz Głowniak, oraz Dziekan Wydziału Lekarskiego **prof. dr hab. Marian Wielosz**. Przewodniczącym Komitetu Naukowego Zjazdu był **prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak** prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, a członkami byli profesorowie **Stanisław Jerzy Czuczwar** i **Janusz Solski**. Komitet Organizacyjny Zjazdu stanowili: **prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak** (przewodniczący), **dr n. med. Anna Szczepańska-Szerej** (wiceprzewodnicząca), oraz członkowie: **dr n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk**, **dr n. med. Iwona Halczuk**, **dr n. med. Konrad Rejda**, **lek. med. Teresa Gustyn**.

Konferencja zgromadziła ponad 350 neurologów z całej Polski. W czasie sesji referatowych wygłoszono 23 wykłady, w tym wykłady zaproszonych gości zagranicznych z Niemiec, Wielkiej Brytanii, Danii i Francji. W sesji plakatowej zaś zaprezentowano 12 doniesień plakatowych. Obrady odbywały się w języku polskim, natomiast wy-

stąpienia zaproszonych gości zagranicznych z dyskusją w języku angielskim i polskim.

W dniu 24 kwietnia 2003 r. od godziny 17 odbywała się rejestracja uczestników Konferencji, a o godzinie 20.30 odbył się Koncert Powitalny czterdziestoosobowej orkiestry dętej Helicopters Brass Orchestra przygotowany przez firmę UCB. Właściwe otwarcie Konferencji miało miejsce 25 kwietnia 2003, o godzinie 9.00. Konferencję otworzył **prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak** – Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego wykładem „Przypadki kliniczne w nauczaniu: brainLINC – rzeczywisty obraz neurologii”. Następnie głos zabrał **dr P. Posel** z Francji. Kolejny wykład na temat: „Biologicznych podstaw oporności na leki przeciw padaczkowe” wygłosiła **prof. H. Potschke** z Niemiec. Około 20-30 procent pacjentów nie reaguje na leczenie pomimo zastosowania właściwego leku przeciw padaczkowego. W oparciu o istniejące dane można stwierdzić, że za zjawisko lekooporności odpowiada zwiększona ekspresja przekaźników dla wielu leków: ich stan funkcjonalny. Być może inhibitory przekaźników dla leków mogą się okazać uży-

teczne w kombinacjach z lekami przeciw padaczkowymi celem zwiększenia ich dostępu do mózgu i tym samym polepszenia ich efektywności. Potrzebne są dalsze badania dla potwierdzenia tych ważnych hipotez oraz do identyfikacji dalszych mechanizmów wieloczynnikowej lekooporności. Kolejny wykład przedstawił znany na świecie **prof. P. Patsalos** z Wielkiej Brytanii. Tematem wykładu były: „Interakcje farmakokinetyczne leków przeciw padaczkowych: porównanie leków nowej i starej generacji”. Znaczny odsetek pacjentów leczonych z powodu padaczki wymaga politerapii. Zwiększa to ryzyko wystąpienia interakcji farmakokinetycznych, dość licznych i dobrze poznanych oraz farmakodynamicznych – rzadkich i nadal mało znanych. Interakcje takie zachodzą zdecydowanie rzadziej między lekami nowej generacji, głównie ze względu na ich eliminację przez nerki i brak wpływu na układy enzymatyczne, a w konsekwencji na metabolizm innych jednocześnie stosowanych leków. W dalszej części wykład, na temat „Doświadczalnych podstaw politerapii padaczki” wygłosił **prof. dr hab. Stanisław Czuczwar**. Konieczność stosowania politerapii u ok. 20-30 procent pacjentów leczonych z powodu padaczki wymusza określenie najkorzystniejszych kombinacji lekowych. synergistycznych w odniesieniu do działania przeciw drgawkowego i antagonistycznych wobec efektów niepożądanych. Kombinacje leków przeciw padaczkowych określane w warunkach doświadczalnych mogą być pomocną wskazówką dla lekarzy praktyków na temat korzystnych połączeń lekowych. Ostatni, wzbudzający ożywioną dyskusję wykład wygłosiła **dr S. Tigar** z Danii. Tematem wykładu były: „Zaburzenia kardiologiczne u chorych z lekooporną padaczką – implikacje etiologiczne w nagłej śmierci”. Po raz pierwszy przeprowadzono pełną diagnostykę czynności układu sercowo-naczyniowego w trakcie i bezpośrednio po napadzie padaczkowym. Skojarzenie niedokrwienia mięśnia sercowego potwierdzone zmianami w EKG, wzrost czynności współczulnej i zaburzenia depolaryzacji miokardium mogą stanowić główny mechanizm powstawa-



Od prawej: **prof. J. Majkowski**, **prof. Z. Stelmasiak** i **dr K. Rejdak**



W imieniu JM Rektora otwarcia Konferencji dokonał **prof. dr hab. Kazimierz Główniak** – prorektor ds. nauki AM w Lublinie

nia zespołów nagłej śmierci po napadach padaczkowych.

Po krótkiej przerwie odbyła się druga sesja referatowa której przewodniczyli **prof. dr hab. Janusz Solski** oraz **prof. dr hab. Danuta Ryglewicz**. Pierwszy wykład na temat „Epidemiologii padaczki” wygłosiła **prof. dr hab. Danuta Ryglewicz**. Kolejny wykład przedstawił **prof. dr hab. Władysław Lason**, który mówił na temat „Postępów w badaniach nad problemem epileptogenezy”. Aktualne leczenie padaczki ma ciągle charakter postępowania objawowego, ale prowadzone badania dążą do zastosowania metod skutecznych w zapobieganiu procesom epileptogenezy. Zrozumienie układu systemów

neuroprzekaznikowych, neuromodulatorów, a także zastosowanie odpowiednich modeli zwierzęcych powinno przyczynić się w znacznym stopniu do wyjaśnienia zjawiska epileptogenezy i do racjonalnego projektowania leków przeciw epileptogennych. Obiecującym kierunkiem badawczym w zakresie epileptogenezy jest analiza mutacji genów kodujących m. in. zależne od napięcia kanały sodowe, potasowe, wapniowe. W dalszej części tej sesji wykład na temat „Zaburzeń biochemicznych u pacjentów z padaczką” przedstawił w zastępstwie **prof. Janusza Solskiego**, **dr n. med. W. Germand**. Biologiczne markery uszkodzenia mózgu mogą być pomocne w wy-



Głos w dyskusji

jaśnieniu problemu uszkodzeń neuronów kory mózgowej po napadach drgawkowych. Wśród potencjalnych markerów uszkodzeń neuronalnych po napadach padaczkowych wymienia się prolaktynę, kortyzol, oraz inne hormony wydzielane w warunkach stresu. Markerem swoistym dla uszkodzenia neuronów może być enolaza NSE. Może być ona pomocna w ustalaniu krytycznego czasu trwania napadu prowadzącego do uszkodzenia mózgu oraz do oceny skutków nowych sposobów leczenia padaczki. Ostatni wykład w tej sesji wygłosiła **dr n. med. Teresa Stelmasiak**, wojewódzki konsultant ds. alergologii. Tematem wykładu były: „Polekowe reakcje aler-

giczne z uwzględnieniem leków przeciw padaczkowych”. Alergia na leki stanowi 10-20 procent wszystkich niepożądanych reakcji polekowych. Alergia po lekach stosowanych w padaczce, w większości przypadków typu komórkowego, cechuje się różnorodnością objawów klinicznych, ze zdecydowaną przewagą zmian skórnych. Jest niezwykle trudna diagnostycznie ze względu na częstą politerapię pacjentów. Nie każda wysypka skórna pojawiająca się w czasie leczenia przeciw padaczkowego zależy od tego leczenia, a więc nie należy zbyt pochopnie, bez postępowania diagnostycznego, podejmować decyzji o odstawieniu leków przeciw padaczkowych ma-

jących życiowe znaczenie dla pacjenta, np. podawanie lamotryginy winno być prowadzone ściśle wg zaleceń, szczególnie dotyczy to rozpoczynania terapii od niskich dawek z następowym ich powolnym wzrostem. Po godzinnej przerwie obiadowej odbyła się sesja plakatowa, której przewodniczyły **prof. dr hab. Krystyna Pierzchała** i **prof. dr hab. Danuta Ryglewicz**. Większość prac przedstawionych w sesji plakatowej stanowiły to prace doświadczalne, ale także poruszano problemy kliniczne np. dotyczące najnowszych osiągnięć w diagnostyce genetycznej padaczki, czy sytuacji psychospołecznej chorych na padaczkę.

Ostatnia sesja referatowa tego dnia obrad rozpoczęła się o godzinie 16. Sesji tej przewodniczyli profesorowie: **Wojciech Kozubski** i **Stanisław Nowak**. Pierwszy wykład na temat „Psychiatrycznych aspektów diagnozowania i leczenia napadów padaczkowych” wygłosiła **dr n. med. Marta Kaczyńska-Haładyj**. Zależności pomiędzy napadami padaczkowymi, a zaburzeniami psychicznymi można znaleźć na wielu płaszczyznach. Współczesnym wyzwaniem jest opracowanie kompleksowej strategii diagnozy i terapii zaburzeń psychicznych w padaczce. Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z padaczką powinno obejmować optymalizację kontroli napadów, a następnie poprawę globalnego i psychospołecznego funkcjonowania. Tematem drugiego wykładu przedstawionego na sesji popołudniowej przez **dr n. med. Barbarę Chmielewską** były: „Napady rzekomopadaczkowe – trudny kliniczny problem diagnostyczny i terapeutyczny”. Pani doktor przedstawiła najbardziej charakterystyczne kliniczne symptomy mogące być pomocne w różnicowaniu napadów padaczkowych i niepadaczkowych. Omdlenia, napady rzekomopadaczkowe psychogenne, przemijające napadowe niedokrwienie mózgu, przemijająca niepamięć całkowita, niektóre rodzaje ruchów mimowolnych to schorzenia, które najczęściej są błędnie rozpoznawane jako padaczka. Wszystkie te nagłe zaburzenia powinny być skrupulatnie diagnozowane zanim zapadnie decyzja o długotrwałym stosowaniu leków przeciwpadaczkowych.



Christian Lombard (Francja) wykonuje partię solową podczas programu artystycznego

Ostatni wykład sesji popołudniowej wygłosił **dr Piotr Czapiński**. Tematem wykładu było: „Kliniczne zastosowanie kombinacji leków nowej generacji w padaczce lekoopornej”. W farmakoterapii padaczki, aktualnie opartej o zasady racjonalnej politerapii, zasadnicze znaczenie odgrywa wybór właściwego leku przeciwpadaczkowego. Lek taki powinien cechować się wysokim wskaźnikiem terapeutycznym, małą ilością interakcji lekowych i działań niepożądanych. Pod tymi względami nowe leki przeciwpadaczkowe prezentują się znacznie korzystniej w porównaniu z lekami klasycznymi. Znajomość interakcji farmakodynamicznych pozwala na zastosowanie takich kombinacji lekowych, aby uzyskać synergistyczne działanie przeciw padaczkowe i antagonistyczne działanie toksyczne.

Po niezwykle interesującym, ale jednocześnie wyczerpującym dniu obrad firma farmaceutyczna GlaxoSmithKline zaprosiła wszystkich uczestników Konferencji na plenerowy wieczór towarzyski, którego szczególną atrakcją był występ solisty **Christiana Lombarda** z Francji.

W sobotę 26 kwietnia, drugiego dnia obrad, w godzinach rannych odbyła się sesja poświęcona bólowi głowy. **Prof. dr hab. Antoni Prusiński** wygłosił bardzo interesujący wykład na temat związku między padaczką a migreną oraz zastosowanie leków przeciw padaczkowych w leczeniu profilaktycznym mi-

greny. Następnie **profesor dr hab. Wojciech Kozubski** przedstawił problem rozpoznania, diagnostyki różnicowej i leczenia bólów głowy objawowych wykorzystując do zobrazowania ciekawe przypadki. Na koniec tej sesji **dr n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk** zaprezentowała ogólne zasady leczenia migrenowych bólów głowy, zarówno postępowanie doraźne jak i leczenie profilaktyczne.

Następna sesja poświęcona była problemom padaczki. **Profesor dr hab. Zdzisław Huber** przedstawił możliwości farmakologiczne leczenia padaczki u dzieci w zestawieniu z wynikami leczenia operacyjnego w padaczkach lekoopornych jednoogniskowych. Zwrócił uwagę na współczesne dążenie do ograniczenia inwazyjnych metod lokalizacyjnych oraz precyzyjne zmniejszenie operacyjnych resekcji. Następnie **prof. dr hab. Jerzy Bidziński** zaprezentował rys historyczny operacyjnego leczenia padaczki. Pierwsze zabiegi operacyjnego leczenia padaczki były zastosowane już w XIX wieku. Następnie **prof. dr hab. Andrzej Marchel** wygłosił wykład na temat operacyjnego leczenia padaczki skroniowej w przebiegu guzów glioneuronalnych. Na zakończenie sesji **dr n. med. Iwona Halczuk** zaprezentowała postępy w leczeniu padaczki częściowej ze szczególnym uwzględnieniem padaczki pourazowej. Ryzyko rozwoju padaczki u pacjentów w następstwie przebytego urazu głowy jest trzykrotnie wyż-

sze niż w populacji ogólnej. Zwróciła szczególną uwagę na ciągle aktualny problem stosowania leczenia profilaktycznego w celu zapobiegania rozwojowi padaczki pourazowej.

Ostatnia, trzecia sesja tego dnia poświęcona była elektrofizjologii i badaniom obrazowym w padaczce. **Prof. dr hab. Jerzy Kotowicz** przedstawił znaczenie badania potencjałów wywołanych w padaczce. Następnie **dr n. med. Krystyna Niedzielska** wygłosiła wykład na temat znaczenia EEG w diagnostyce padaczki u osób starszych. Zwróciła uwagę, że diagnostyka padaczki u osób starszych stwarza szereg specyficznych problemów. Potem **dr Piotr Kurczab** zaprezentował przydatność badań MR w identyfikacji potencjalnych ognisk padaczkowych. Obecnie obrazy MR są źródłem wielu cennych informacji, niezbędnych do kwalifikacji pacjentów do leczenia operacyjnego. Natomiast **dr n. med. Piotr Dropko** przedstawił monitorowanie badania EEG w padaczce w celu rejestracji zapisu EEG i zachowania się pacjenta, dla oceny napaadowych zaburzeń funkcji mózgu.

Na zakończenie konferencji **prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak** i **prof. dr hab. Stanisław Czuczwar** krótko podsumowali poszczególne sesje i wystąpienia. **Profesor Zbigniew Stelmasiak** podziękował gościom zagranicznym za uświetnienie konferencji, prelegentom za ciekawe wykłady, a wszystkim uczestnikom za udział w konferencji. Szczególnie podziękował wiceprzewodniczącej Komitetu Organizacyjnego **dr n. med. Annie Szczepańskiej-Szezej** za aktywność i zaangażowanie w organizację sympozjum, a firmom GlaxoSmithKline i UCB Pharma za pomoc w sponsorowaniu sympozjum, zwłaszcza ciekawego programu artystycznego. Podziękowania przekazał także innym firmom farmaceutycznym: Polpharmie, Sanofii Synthelabo, Janssen-Cilag, ICN Polfie Rzeszów i Polfie Kutno.

Celem corocznych Konferencji Naukowo-Szkoleniowych pt. „Neurochemiczne i farmakologiczne aspekty padaczki” w Kazimierzu Dólnym jest przybliżenie wszystkim lekarzom, a zwłaszcza młodym, aktualnej wiedzy na temat padaczki.



Dr n. med. Teresa Stelmasiak i... najmłodsze pokolenie uczestników Konferencji

Diagnostyka i leczenie zespołów otępiennych

Wydłużanie się życia ludzkiego w skali globalnej oraz wyniki badań epidemiologicznych prowadzonych na świecie, również w Polsce, wskazują na zwiększającą się populację pacjentów z problemami psychogeriatrycznymi. Wzbudza to zrozumiałe zainteresowanie przede wszystkim przedstawicieli nauk medycznych, ale również demografów, polityków czy reprezentantów szeroko rozumianych nauk społecznych.

DR N. MED. MARIA PILARCZYK

KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

Temu problemowi została poświęcona kolejna Konferencja naukowo-szkoleniowa, która odbyła się w dniu 13 czerwca 2003 roku w Lublinie, w Centrum Konferencyjnym Akademii Rolniczej w Lublinie.

Konferencja została zorganizowana przez Katedrę i Klinikę Neurologii AM w Lublinie, Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz firmę farmaceutyczną Pfizer. Organizatorem i Przewodniczącym Konferencji był **prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak**. Moderatorami byli: prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak – Przewodniczący Zarządu Głównego i Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie, **dr n. med. Marcin Olajosy** – Przewodniczący Oddziału Lubelskiego i Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, **dr n. med. Maria Pilarczyk** – Sekretarz Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, **dr n. med. An-**



drzej Fidor – Członek Zarządu Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Program Konferencji obejmował część wykładową prezentowaną przez zaproszonych gości: **prof. dr hab. Marię Barcikowską** – kierownika Kliniki Neurologii z Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, **doc. dr hab. n. med. Iwonę Kłoszewską** z Kliniki Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, **dr n. med. Tadeusza Parnowskiego** z Oddziału Psychogeriatrycznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz **mgr Sławomirę Kotapka-Minc** z Oddziału Psychogeriatrycznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Po części wykładowej odbyła się sesja warsztatowa pt. „Diagnostyka otępienia” przeprowadzona przez **dr n. med. Tomasza Sobów** oraz **dr Radosława Magierskiego**.

W wykładzie pt. „Wczesna diagnostyka zespołów otępiennych” **prof. dr hab. Maria Barcikowska** zwróciła uwagę na potrzebę przeprowadzenia bardzo dokładnego wywiadu chorobowego zebranego od chorego oraz jego opiekuna z uwzględnieniem wywiadu rodzinnego, chorób przebytych i obecnych, ewentualnie stosowanego leczenia psychiatryczne-

go oraz uzależnień, głównie: alkoholu oraz leków. Podkreśliła potrzebę oceny klinicznej chorego: internistycznej, psychologicznej, neurologicznej oraz psychiatrycznej. Szczególną uwagę należy poświęcić skargom na zaburzenia: pamięci i zachowania. W procesie diagnostycznym podstawowe znaczenie mają testy: MMSE oraz test zegara, które są zawsze patologiczne w sytuacji pacjentów z zespołami otępiennymi. Następnie omówiła problem zaburzeń nastroju u badanych chorych, ewentualną obecność depresji. W diagnostyce różnicowej należy przede wszystkim uwzględnić takie schorzenia jak: guzy mózgu, krwaki wewnętrzne, AIDS, chorobę Creutzfeldta-Jakoba, alkoholizm, wpływ niektórych przewlekłe przyjmowanych leków, niedobór witamin, głównie B12 i kwasu foliowego oraz niedoczynność tarczycy. Następna część wykładu dotyczyła najnowszych informacji dotyczących *Mild Cognitive Impairment* – łagodnych zaburzeń poznawczych. Przedstawione zostały kryteria diagnostyczne MCI, a w nich: skargi na upośledzenie pamięci wyrażane przez chorego, opiekuna lub zauważone przez lekarza z zachowaniem prawidłowej codziennej aktywności życiowej, z prawidłowym globalnym funkcjonowaniem poznawczym, obiek-

Od lewej:
prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak,
dr n. med. Maria Pilarczyk,
dr n. med. Andrzej Fidor,
dr n. med. Marcin Olajossy.



Prof. dr hab. Maria Barcikowska

tywnie stwierdzonym pogorszeniem pamięci lub upośledzeniem innych funkcji poznawczych, o 1,5-2 odchylenia standardowego poniżej wartości odpowiednich dla wieku oraz brak otępienia. Kryteria diagnostyczne amnestycznego MCI to: skargi na zaburzenia pamięci potwierdzone przez informatora (najczęściej opiekuna chorego), obecność deficytu pamięci większego niż odpowiedni dla wieku i wykształcenia, prawidłowe ogólne funkcjonowanie poznawcze, brak zaburzenia codziennej aktywności życiowej oraz brak otępienia. Funkcje poznawcze to: procesy postrzegania i językowe, pamięć, myślenie oraz funkcje wzrokowo – przestrzenne i wykonawcze. Badania dodatkowe, które należy wykonać u każdego chorego to: OB., morfologia krwi, oznaczenie stężenia glukozy, mocznika, kreatyniny we krwi, oznaczenie lipidogramu, poziomu TSH, homocysteiny, wit B12, kwasu foliowego, wykonanie badania

senilin 1 i 2, białka tau, 2. Poszukiwanie genetycznych czynników ryzyka: polimorfizm genu dla Apolipoproteiny E. Do markerów biologicznych należy oznaczanie w surowicy i/lub w płynie mózgowo-rdzeniowym stężeń AB 42 i ufosforylowanego białka tau.

Doc. dr hab. Iwona Kłoszewska przedstawiła problem: „Majaczenie w otępieniu”. Majaczenie (delirium) to zespół o różnorodnej etiologii, w którym równolegle występują zaburzenia świadomości i uwagi, spostrzegania, myślenia, pamięci, aktywności psychoruchowej, emocji i rytmu sen – czuwania. Objawami koniecznymi dla rozpoznania delirium są: zaburzenia świadomości i uwagi (od przymglenia do śpiączki), zmniejszona zdolność ukierunkowania, skupiania, utrzymywania i przerwania uwagi oraz: uogólnione zaburzenia procesów poznawczych – zaburzenia percepcji, iluzje i omamy, najczęściej wzrokowe, upośledzenie myślenia abstrakcyjnego

Konferencja cieszyła się ogromnym zainteresowaniem przybyłych na nią neurologów, psychiatrów, rezydentów i lekarzy specjalizujących się w zakresie neurologii i psychiatrii oraz lekarzy rodzinnych i internistów w liczbie 170 osób.



Dr n. med. Tadeusz Parnowski

ekg, usg tętnic, eeg, ocena dna oka oraz wykonanie badań neuroobrazowych. Badania neuroobrazowe strukturalne: CT, CT z oceną hipokampa, badanie MRI, natomiast czynnościowe to: SPECT oraz PET. Szczególnie duże znaczenie diagnostyczne ma spektroskopia rezonansu magnetycznego. W wykonywanych badaniach genetycznych zwraca się uwagę na: 1. mutacje w obrębie genów dla APP, Pre-

i pojmowania z przemijającymi urojeniami lub bez nich, zaburzenia bezpośredniego odtwarzania i pamięci świeżej, ale ze względnie zachowaną pamięcią dawną, dezorientacja w czasie, a w głębszym nasileniu – w miejscu i otoczeniu. Istotne są zaburzenia psychoruchowe, zaburzenia rytmu snu i czuwania oraz zaburzenia emocjonalne. Epidemiologia majaczenia: 10-30% chorych w wieku podeszłym

w chwili przyjęcia do szpitala ma delirium a do 55% chorych wykazuje objawy majaczenia w czasie hospitalizacji. Wpływ delirium na zdrowie: pogorszenie rokowania, przedłużenie hospitalizacji, pogorszenie sprawności, wzrost liczby chorych instytucjonalizowanych oraz wzrost śmiertelności. Patofizjologia majaczenia (hipotezy): zmniejszenie transmisji cholinergicznej, zaburzenia w układzie serotoninergicznym (zespół serotoninowy, zmniejszenie poziomu tryptofanu, podwyższenie poziomu fenyloalaniny), zmiany aktywności w układzie dopaminergicznym (L-Dopa, deprenyl, pergolide, bupropion, leki hamujące przekąźnictwo używane w leczeniu delirium), wzrost aktywności GABA (chinolony aktywują receptor GABA, odstawienie benzodiazepin prowadzi do wzrostu aktywności GABA), wzrost aktywności układu glutaminowego) encefalopatia wątrobowa, majaczenie drżenne, wzrost poziomu katecholamin. Zależność częstości występowania majaczenia w zależności od wieku: wiadomo, że transmisja cholinergiczna ulega osłabieniu wraz z wiekiem, obniżenie rezerwy cholinergicznej może odpowiadać za zwiększone ryzyko majaczenia u ludzi starszych, otępienie związane jest z utratą neuronów cholinergicznych, co stanowi dodatkowy element ryzyka dla majaczenia; zmniejszenie przepływu mózgowego, poziomu neuromediatorów skutkuje mniejszymi zdolnościami kompensacji. Majaczenie w otępieniu często jest nierozpoznawane, leczenie zaburzeń zachowania może nasilać je, często powodem są zaburzenia świadomości; występuje u 22–89% chorych; przyspiesza narastanie głębokości otępienia; śmiertelność jest większa niż w majaczeniu bez otępienia; fenomenologia majaczenia w otępieniu jest podobna do majaczenia u osób bez otępienia.

Farmakoterapię otępienia przedstawił **dr n. med. Tadeusz Parnowski**. W swoim wystąpieniu zwrócił uwagę na aktualne strategie terapeutyczne obejmujące: leki cholinergiczne (inhibitory AchE) – działanie objawowe, polegające na stymulacji procesów poznawczych, neuroprotekcji; leki glutaminergiczne (antagoniści receptora

NMDA) – działanie objawowe z możliwością neuroprotekcji; antyoksydanty (Vit E, Ginko Biloba, Selegilina) – korzystny wpływ na przebieg schorzenia, możliwa neuroprotekcja; nootropowe (Piracetam) – możliwa neuroprotekcja, leki przeciwzapalne (NLPZ) – działanie przeciwzapalne, korzystny wpływ na przebieg choroby; HRT (estrogeny) – działanie zapobiegawcze; statyny (prawa – sim- lowastatyna) – działanie zapobiegawcze.

Wczesne objawy choroby Alzheimera w diagnostyce neuropsychologicznej były tematem wykładu **mgr Sławomiry Kotapka-Minc**, która przedstawiła potrzebę wczesnego wykrywania choroby Alzheimera ze względu na: możliwość wczesnej interwencji farmakologicznej, stymulacji procesów poznawczych, możliwie wczesnego podjęcia ważnych decyzji i zaplanowania długoterminowej opieki. Procesy przyswajania informacji: I faza to kodowanie, II faza – przechowywanie, III faza – przypominanie. Metody badawcze to między innymi: sprawdzanie sposobów nazywania przedmiotów ogólnie znanych (występują błędy tej samej kategorii semantycznej, badanie zaburzeń planowania w teście złożonej figury Reya, w teście rysowania zegara, badanie zaburzeń pamięci operacyjnej) badanie pamięci bezpośredniej i operacyjnej, wykonywanie testów łączenia punktów „B”. W podsumowaniu wykazano, że wczesne objawy choroby Alzheimera to: zaburzenie przyswajania informacji (PAMIĘĆ EPIZODYCZNA), aktualizowania nazw (PAMIĘĆ SEMANTYCZNA), realizacji czynności równoczesnych (PAMIĘĆ OPERACYJNA).

Konferencja cieszyła się ogromnym zainteresowaniem przybyłych na nią neurologów, psychiatrów, rezydentów i lekarzy specjalizujących się w zakresie neurologii i psychiatrii oraz lekarzy rodzinnych i internistów w liczbie 170 osób. Wszyscy uczestnicy spotkania naukowo-szkoleniowego otrzymali punkty edukacyjne przyznane przez Komisję ds. Kształcenia Podyplomowego Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.



Mgr Sławomira Kotapka-Minc



Doc. dr hab. Iwona Kłoszewska

Piąte spotkanie w Kazimierzu Dolnym

Stawonogi pasożytnicze, alergogenne i jadowite

W dniach 12-15 maja 2003 r. odbyło się już po raz piąty Międzynarodowe Sympozjum „Stawonogi pasożytnicze, alergogenne i jadowite – znaczenie medyczne i sanitarne”.

PROF. DR HAB. ALICJA BUCZEK
KATEDRA I ZAKŁAD BIOLOGII I PARAZYTOLOGII
AM W LUBLINIE

Miejscem obrad był Dom Pracy Twórczej Dziennikarzy Polskich położony w pobliżu zielonych o tej oprze roku wąwozów. Protektorat nad sympozjum objął Jego Magnificencja Rektor AM **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latalski**, którego reprezentowali **prof. dr hab. Maria Mielnik-Błaszczak** i **prof. dr hab. Jacek Roliński**.

W spotkaniu tegorocznym uczestniczyło 120 osób, w tym goście z Wielkiej Brytanii, Niemiec, Słowacji, Rosji i Ukrainy. Prof. dr hab. Maria Mielnik-Błaszczak w imieniu władz Uczelni przekazała uczestnikom pozdrowienia i życzenia owocnych obrad.

Referaty wygłoszone podczas sympozjum dotyczyły biologii i ekologii stawonogów, interakcji między stawonogami i żywicielami, a także chorobotwórczości stawonogów. Podobnie jak podczas poprzednich sympozjów dominowały referaty na temat drobnoustrojów przenoszonych przez stawonogi i chorób przez nie wywołanych.

Wzbudziły one ogromne zainteresowanie słuchaczy i ożywioną dyskusję. Poglądy i doświadczenia dotyczące objawów klinicznych, diagnozowania i leczenia chorób wywołanych i przenoszonych przez stawonogi wymieniali uczestnicy do późnych godzin nocnych. Służyły temu przygotowane przez organizatorów imprezy towarzyszące w ogrodzie przepelnionym zapachami wiosennych kwiatów i nastrojowych salach Domu Dziennikarza.

Podczas sympozjum odbyła się również sesja plakatowa. Zaprezentowano na niej 33 plakaty z wielu polskich i zagranicznych ośrodków naukowych.

Uczestnicy żegnali się z nadzieją na spotkanie w Kazimierzu w następnym roku na VI Międzynarodowym Sympozjum w dniach 10-13 maja 2004 r.

Chociaż coraz więcej pojawia się informacji o chorobach wywołanych i przenoszonych przez stawonogi, wciąż wiedza na ten temat jest niezadowalająca. Nic więc dziwnego, że coraz częściej lekarze, diagnostycy, biolodzy i pracownicy służb sanitarnych nawiązują współpracę i wspólnie opracowują strategię postępowania profilaktycznego i leczniczego.

Do tej pory nie udało się ograniczyć rozprzestrzenienia wielu chorób transmisyjnych, jak np. boreliozę, wirusowego zapalenia mózgu, wirusowych gorączek krwotocznych, malarii, a już pojawiły się nowe.

Należy do nich m. in. erlichioza wywołana przez bakterie należące do rodziny *Rickettsiaceae*. W zależności od

gatunku zakażają one monocyty lub granulocyty, dlatego też wyróżnia się dwie jej postaci, a mianowicie monocytarną HME (human monocytic ehrlichiosis) stwierdzaną głównie w USA i granulocytarną HGE (human granulocytic ehrlichiosis) rozpoznawaną także w Europie.

Czynnikiem ludzkiej erlichiozy granulocytarnej jest *Anaplasma phagocytophilum*. W Europie pierwszy przypadek HGE stwierdzono w Słowenii w 1997 r. W Polsce tę chorobę po raz pierwszy odnotowano w 2000 r.

Wektorem bakterii są kleszcze z rodzaju *Ixodes*, głównie *Ixodes ricinus*, *I. persulcatus* (w Europie) i *Ixodes scapularis* (w Ameryce). Kleszcze zakażają się czynnikiem ludzkiej erlichiozy w czasie ssania krwi kręgowców, które są rezerwuarami *Anaplasma phagocytophilum*. Zakażenie może rozprzestrzeniać się w obrębie populacji kleszczy podczas współżerowania kleszczy na fragmencie skóry z zakażonymi osobnikami.

Rezerwuarami patogenu wywołującego erlichiozę są gryzonie, jeleniowate i psowate. Badania przeprowadzone przez doktorantkę Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie w okolicach Starachowic wykazały występowanie erlichii u 13% kleszczy.



Prof. dr hab. Edward Siński (Uniwersytet Warszawski)

Obraz kliniczny

Ludzka erlichioza jest chorobą wieloukładową. W erlichiozie monocytarnej dominują bóle stawowe i częściej występuje rumień niż w erlichiozie granulocytarnej.

W erlichiozie granulocytarnej częściej natomiast pojawiają się objawy rzekomogrypowe i zaburzenia świadomości. Powikłaniami erlichiozy mo-

gą być niewydolność nerek, serca, zaburzenia w funkcji ośrodkowego układu nerwowego.

W świetle dotychczasowych danych śmiertelność wynosi w HME – 5%, zaś w HGE w granicach 7-10%.

Diagnostyka erlichiozy opiera się przede wszystkim na testach serologicznych, a także na analizie DNA *Ehrlichia* (PCR).



Uczestnicy Sympozjum

Spotkanie naukowe cytologów

W dniach 6-7 czerwca 2003 r. w Katedrze
i Zakładzie Patomorfologii Klinicznej
lubelskiej Akademii Medycznej odbyło się
jubileuszowe XXV Ogólnopolskie Sympozjum
Sekcji Cytologii Klinicznej Polskiego
Towarzystwa Patologów.

DR N. MED. DANUTA SKOMRA

KATEDRA I ZAKŁAD PATOMORFOLOGII KLINICZNEJ
AM W LUBLINIE

Patronat Honorowy nad Sympozjum objęli: Wojewoda Lubelski **mgr Andrzej Kurowski**, Prezydent Miasta Lublina **Andrzej Pruszkowski**, Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie **mgr Janusz Kisielewski**, JM Rektor Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański** i przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie **dr Andrzej Ciołko**.

Zespół Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej pod przewodnictwem **prof. dr hab. Elżbiety Korobowicz** gościł w Collegium Pathologicum ponad 150 uczestników Sympozjum z całej Polski. W spotkaniu naukowym wzięli udział lekarze różnych specjalności: patomorfolodzy, ginekolodzy, radiolodzy, endokrynolodzy, a także cytotechnicy odpowiedzialni za przygotowanie i screening prepa-

XXV OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM
SEKCJI CYTOLOGII KLINICZNEJ
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PATOLOGÓW



Lublin, 6 - 7 czerwca, 2003 rok



Prof. dr hab. Elżbieta Korobowicz – kierownik Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej AM w Lublinie otwiera XXV Ogólnopolskie Sympozjum Sekcji Cytologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Patologów.

list, pełen życzliwości i uznania dla organizatorów, a szczególnie przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego prof. dr hab. Elżbiety Korobowicz, pełniącej jednocześnie funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Patomorfologii, podkreślający rolę patomorfologa w procesie diagnostycznym. Uroczystość otwarcia uświetnił Chór Akademii Medycznej który mimo sesji zjawiał się w pełnym składzie na zaproszenie wieloletniej jego opiekunki.

Program naukowy Sympozjum obejmował cztery sesje referatowe i jedną sesję plakatową. W sesji I, stanowiącej jednocześnie wprowadzenie do całości obrad wykłady wygłosili: **prof. dr hab. Włodzimierz Olszewski** na temat diagnostyki różnicowej w cytologii aspiracyjnej zmian guzowatych tarczycy oraz **prof. dr hab. Anna Kwaśniewska** – referat dotyczący roli on-

ratów cytologicznych, jak również studenci – członkowie Studenckich Kół Naukowych i EMSA.

Na to, że tak wielu lekarzy różnych specjalności w Lublinie interesuje się patomorfologią i współpracuje z Katedrą w dużej mierze ma wpływ osobowość i entuzjazm pani Profesor, kierownika Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej. Zmiana nazwy Katedry i Zakładu Patomorfologii na Katedrę i Zakład Patomorfologii Klinicznej od momentu objęcia kierownictwa przez prof. dr hab. Elżbietę Korobowicz podkreśla ścisłą współpracę z klinicystami.

Konferencję otworzyła prof. dr hab. Elżbieta Korobowicz witając przybyłych gości i charakteryzując znacznie cytopatologii klinicznej w diagnostyce i monitorowaniu leczenia. W uroczystości otwarcia Sympozjum uczestniczyli Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie **mgr Jarosław Szymczyk**, Prorektor do spraw Nauki **prof. dr hab. Kazimierz Główniak**, Dziekan Wydziału Lekarskiego **prof. dr hab. Marian Wielosz** i Prodziekan tego Wydziału

prof. dr hab. Jadwiga Daniluk. W imieniu Wojewody Lubelskiego mgr Andrzeja Kurowskiego odczytany został



Goście i uczestnicy Sympozjum



Koncert Chóru lubelskiej AM podczas uroczystego otwarcia Sympozjum



kogennych typów wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) w karcinogenezie szyjki macicy.

W przerwie pomiędzy sesjami firma Olympus zaprezentowała nowoczesny system telemikroskopii OLYMPUS MISTIC.

II sesja poświęcona była patologii tarczycy. Referaty dotyczyły korelacji zmian cytologicznych z rozpoznaniem histopatologicznym i obrazem ultrasonograficznym, znaczenia klinicznego rozpoznania cytologicznego, roli biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej i trudności diagnostycznych w ocenie cytologicznej nowotworów i zmian nienowotworowych w tarczycy.

Kolejna sesja referatowa poświęcona była patologii szyjki macicy. Wstępem do niej był wykład prof. dr hab. Marii Chosi pt. „Postę-

Prof. dr hab. Włodzimierz Olszewski – konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, przewodniczący Sekcji Cytologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Patologów

powanie diagnostyczne u pacjentek z nieprawidłowym lub trudnym do oceny wynikiem badania cytologicznego wg Systemu Bethesda 1991". Następne referaty dotyczyły postępowania diagnostycznego u pacjentek z nieprawidłowym lub trudnym do oceny wynikiem badania cytologicznego wg systemu Bethesda i obserwacji w czasie tych pacjentek, zmian histopatologicznych u pacjentek zakażonych HPV i HIV oraz oceny ekspresji p16 INK4a w rozmazach cytologicznych z szyjki macicy.

W drugim dniu obrad, po demonstracji nowoczesnego sprzętu firm Siemens i General Electric Medical System, **dr hab. Paweł Wiczorek** przedstawił zastosowanie nowych technik obrazowania ultrasonograficznego -THI, 3D, 4D oraz technik Dopplera w biopsji cienkoigłowej. Sesję zakończyło omówienie przez **dr n. med. Jacka Syguta** przypadków z biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej tarczycy, które uczestnicy Symposium mogli oglądać przez cały czas trwania obrad pod mikroskopami w sali ćwiczeniowej Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej.

Na zakończenie odbyła się sesja plakato- wa, której przewodniczyli **prof. dr hab. Bogusław Musiatowicz** i **prof. dr hab. Maria Chosia**. Zaprezentowano podczas niej 15 plakatów dotyczących cytopatologii tarczycy, szyjki macicy i innych narządów.

Wszystkie prace zostały opublikowane w postaci streszczeń w suplemencie Polish Journal of Pathology 2003.

W trakcie Symposium odbyło się również walne zebranie Sekcji Cytologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Patologów, na którym powołano nowe władze Sekcji pod przewodnictwem **prof. dr hab. Włodzimierza Olszewskiego**.

Po zakończeniu części naukowej, w pierwszym dniu Symposium zaproszeni goście spotkali się na terenie zespołu pałacowo-parkowego w urokliwych i tonących w zieleni Wierchowiskach. Do późnych godzin nocnych bawiono się wspólnie przy dźwiękach studenckiego zespołu muzycznego. A na zakończenie Symposium – wyjazd do Kozłówki. Wielu z gości nie przypuszczało, że tuż pod Lublinem mamy taką perełkę – Pałac Zamojskich, po którym oprowadzały nas śliczne przewodniczki ubrane w stylowe stroje. I unikatowa, jedyna w Polsce Wystawa Socrealizmu. A na pożegnanie spotkanie przy grillu w przepięknej scenerii parkowej.

Goście wyjeżdżali zachwyceni, nie tylko poziomem merytorycznym Symposium, ale również jego oprawą, m. in. mnóstwem kwiatów dekorujących każdy niemal zakątek Zakładu, a także pięknem Ziemi Lubelskiej.



Wielu uczestników Symposium z uwagą i zainteresowaniem obejrzało wybrane preparaty histopatologiczne



Spotkanie towarzyskie w Wierchowiskach

Majówka pulmonologiczna

Zgodnie z kilkuletnią już tradycją 28 maja 2003 roku odbyło się kolejne symposium naukowo-szkoleniowe **Pneumonologia i Alergologia 2003**, zwane potocznie „majówką”.

DR N. MED. WOJCIECH REMISZEWSKI
KATEDRA I KLINIKA CHOROÓB PŁUC I GRUŻLICY
AM W LUBLINIE

Z przyjemnością odnotowuję, i nie jestem w tym odosobniony, fakt rosnącego poziomu merytorycznego spotkań. Spotkanie otworzył **prof. dr hab. Janusz Milanowski**, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy AM w Lublinie. Pierwszym wykładowcą był **prof. dr hab. Jerzy Kozielski** z Kliniki Ftyzjopneumonologii Śląskiej AM w Zabrze, a jednocześnie prezes Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego. Tematem wykładu prof. J. Kozielskiego było „Zastosowanie glikokortykosteroidów w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POCHP)”. W swym wystąpieniu autor przedstawił metaanalizę licznych publikacji odnoszących się do roli glikokortykosteroidów (GKS) w leczeniu tej rozpowszechnionej choroby. Wnioski płynące z tej analizy potwierdzają znaczenie leczenia GKS w zaostrzeniach choroby, ale także u pacjentów, którzy pozytywnie zareagowali na kilkutygodniowe leczenie

wziewne poprawą parametrów spirometrycznych, oraz pacjentów z ciężką postacią choroby.

Kolejnym mówcą był **prof. dr hab. med. Paweł Śliwiński** z II Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Prof. P. Śliwiński specjalizuje się w zagadnieniach związanych z POChP, m. in. przewlekłą niewydolnością oddechową (PNO), będącą skutkiem POChP. Temat wykładu brzmiał: „Nowoczesne metody postępowania w niewydolności oddechowej”. Mówca przedstawił najbardziej aktualne dane dotyczące PNO. Część z nich, o bardzo dużym znaczeniu praktycznym, przywiózł przed tygodniem z konferencji w USA. Dane te, zmieniające kryteria kwalifikacyjne do operacyjnego zmniejszenia objętości płuc (OZOP), nie były dotychczas publikowane. Ich znaczenie może być jednak przełomowe w podejściu do tej metody leczenia. Prawdopodobnie pociągną za sobą zawężenie grupy pacjentów poddawanych OZOP z uwagi na znacznie większą wczesną śmiertelność pooperacyjną w porównaniu z podobną grupą leczoną zachowawczo. Innym ważnym zagadnieniem po-

ruszonym przez prof. P. Śliwińskiego była rehabilitacja pacjentów z POChP. Podniesiono szczególnie znaczenie ogólnego treningu fizycznego u tych chorych, już od pierwszych dni ich hospitalizacji związanej z zaostrzeniem choroby. Zapobiega to zmniejszeniu masy mięśniowej pacjentów, które pogarsza zwykle ich wydolność fizyczną, nasila duszność przy coraz mniejszym wysiłku i, w mechanizmie błędnego koła, prowadzi do szybszego zgonu. Znaczenie rehabilitacji tego typu nie funkcjonuje powszechnie w świadomości pulmonologów, a jak dowiedziano, obok zerwania z nałogiem palenia tytoniu oraz domowego leczenia tlenem chorych z PNO, jest to trzeci czynnik wpływający w istotny sposób na wydłużenie życia chorych na POChP i poprawę jego komfortu.

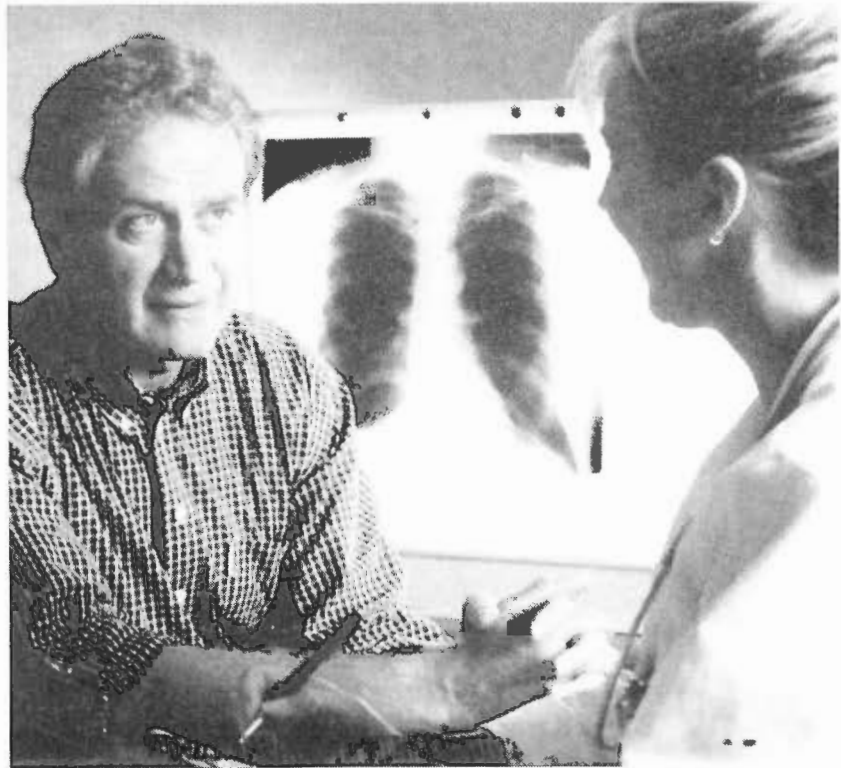
Następnie głos zabrał **dr n. med. Ireneusz Kołodziej**, adiunkt Zakładu Radiologii Lekarskiej lubelskiej AM, który wprowadził słuchaczy w świat wirtualnej rzeczywistości rodem z filmu „Matrix”. Byliśmy oto świadkami zadziwiających procesów tworzenia przestrzennych obrazów wnętrza ludzkiego organizmu i symulacji naśladujących np. badanie endoskopowe. Bez wprowadzania bronchoskopu mogliśmy oglądać wnętrze oskrzela, w którym znajduje się guz. Mogliśmy śledzić dynamikę niewielkiej zmiany w płucu, której nie wykazał ani tradycyjny radiogram, ani nawet klasyczne badanie KT. Mogliśmy wreszcie ocenić zasięg zmiany i to np., czy nacieka ona,

czy też nie nacieka ściany klatki piersiowej, co metodami tradycyjnym było o wiele trudniejsze do osiągnięcia. Te i inne jeszcze możliwości daje nam nowy wielorządowy tomograf komputerowy, będący od niedawna w dyspozycji Zakładu Radiologii Lekarskiej.

Dr hab. Andrzej Emeryk z Kliniki Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii AM w Lublinie dostarczył nam kolejnej porcji świeżych informacji nt. astmy oskrzelowej i innych chorób alergicznych. Przedstawił m. in. modyfikację wytycznych GINA leczenia astmy oskrzelowej, w której postuluje się włączanie GKS wziewnych już w astmie lekkiej, a także znaczenie wielokierunkowego synergizmu działania tych leków z b2-mimetykami, który pozwala lepiej kontrolować tę chorobę. Doc. A. Emeryk omówił także znaczenie nowej generacji GKS wziewnych oraz leków antyhistaminowych w leczeniu astmy, a także nowych niesterydowych leków przeciwzapalnych w leczeniu alergicznego nieżyty nosa. Rzeczywiście, pędzący przed naszymi oczami na zakończenie pokazu samochód, dobrze oddawał tempo zmian zachodzących w postępie wiedzy nt. wspomnianych chorób.

Kończącym akcentem konferencji było wystąpienie kierownika Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy, **prof. dr hab. Janusza Milanowskiego** na bardzo aktualny i niepokojący temat zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS), pt.: „SARS – aktualny stan wiedzy”. Choroba wywołana przez nowy, nieznaną dotąd wirus z grupy tzw. coronavirusów rozlała się po świecie ze swego źródła w południowo – wschodniej Azji, sięjąc popłoch doniesieniami o dużej śmiertelności. Prof. J. Milanowski przedstawił słuchaczom dokładne i ciepłe jeszcze dane epidemiologiczne, kliniczne i morfologiczne nt. SARS, a także prace nad możliwościami wynikającymi ze szczepień ochronnych. Niestety te ostatnie nie napawają wielkim optymizmem z uwagi na szybkie mutacje wirusa. Z drugiej jednak strony należy się cieszyć z faktu, że choroba wydaje się ograniczać swój zasięg.

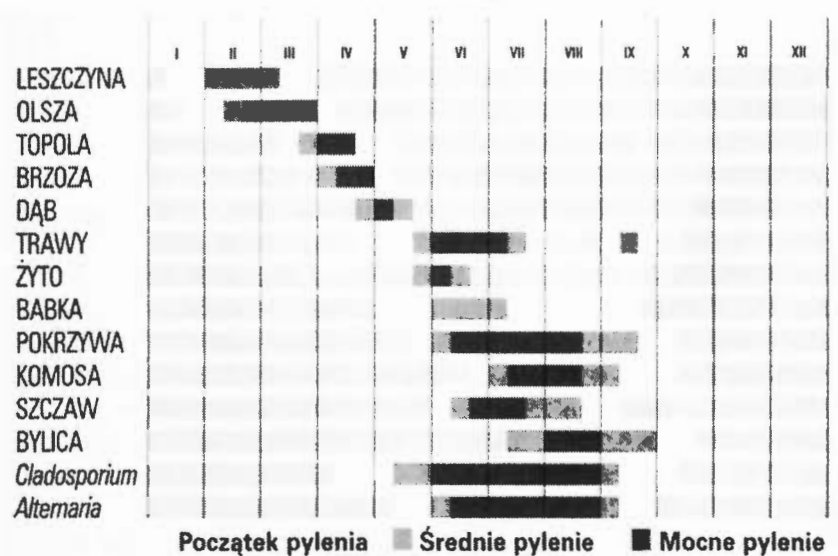
Konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem. Do ostatniego wykładu sala Auditorium Maximum była



pełna, ożywiona. Wykłady charakteryzował wysoki poziom i aktualność doniesień. Poprzedzka jest wysoko. To duże wyzwanie! Następną „majówką” już za rok! Organizatorami sympozjum byli: Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy AM im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie oraz oddziały lubelskie Polskiego Towarzystwa

Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego, Stowarzyszenia Chorych na Astmę Oskrzelową, przy udziale jako sponsorów firm: AstraZeneca, Adamed, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Ivax, Janssen-Cilag, Merck, Molteni, Polpharma, Sanofi Synthelabo, US Pharmacia.

Kalendarz pylenia



Forum Młodych Chemików w Dreźnie

Długą historię ma Forum Młodych Polskiego Towarzystwa Chemicznego, rozwijające się obecnie prężnie pod opieką prof. dr hab. Wiesławy Ferenc z Wydziału Chemii UMCS. Od kilku lat, ważną strukturą w ruchu młodych chemików jest też Akademickie Stowarzyszenie Studentów Chemii (ASSCh), ogólnopolska organizacja o nieco mniej formalnym charakterze, co jednak nie zmniejsza entuzjastycznego stosunku do chemii jej członków.

MGR AGNIESZKA KACZOR
KATEDRA I ZAKŁAD
SYNTEZY I TECHNOLOGII CHEMICZNEJ
ŚRODKÓW LECZNICZYCH
AM W LUBLINIE

Marzeniem twórców ASSCh było powołanie europejskiego, a może nawet światowego forum studentów i doktorantów nauk chemicznych, regularnie organizującego konferencje i szkolenia. I oto okazało się, że Forum Młodych Chemików

Niemieckiego Towarzystwa Chemicznego od kilku lat zajmuje się organizacją wiosennych zjazdów o zasięgu ogólnoeuropejskim z udziałem gości z innych kontynentów.

W dniach 27 lutego – 1 marca 2003 r. odbyło się w Dreźnie takie właśnie spotkanie: Euregionale 2003. Wiosenne Sympozjum Forum Młodych Chemików Niemieckiego Towarzystwa Chemicznego (5. Frühjahrsymposium Gesellschaft Deutscher Chemiker – Junger Chemiker Forum – GDCh – JCF), w którym miałam zaszczyt uczestniczyć.

Niemcy obchodzą „Rok Chemii”

Rok 2003 ustanowiony został „Rokiem Chemii” przez Niemieckie Towarzystwo Chemiczne i inne związane z chemią niemieckie organizacje. W ten sposób chciano uczcić 200. rocznicę urodzin Justusa von Liebiga, sławnego chemika niemieckiego XIX wieku. Justus von Liebig opracował metody analizy elementarnej związków organicznych, sformułował teorię mineralnego żywienia roślin, a także przyczynił się do rozpowszechnienia nawozów sztucznych.

Euregionale 2003 zostało włączone w program obchodów „Roku Chemii” i miało w związku z tym szczególny charakter. Według profesora **Brigitte Voit**, przewodniczącej drezdeńskiego oddziału GDCh, lokalizacja tegorocznego Euregionale właśnie w Dreźnie była słusz-

ną decyzją, tak z naukowego, jak i geograficznego punktu widzenia. Po pierwsze, Drezno jest ważnym miastem uniwersyteckim. Poza cieszącą się zasłużoną renomą Politechniką Drezdeńską, ma tu swoją siedzibę także wiele związanych z chemią instytutów i organizacji: Towarzystwo Leibniza, Towarzystwo Maxa Plancka, Towarzystwo Fraunhofera. Z drugiej strony, wybór Drezna był korzystny ze względu na jego położenie – wielu uczestników reprezentowało bowiem Europę Środkową i Wschodnią.

W Euregionale 2003 wzięło udział ponad 200 osób, głównie Niemców, Czechów, Słowaków i Polaków. Reprezentację Polski stanowiła ponaddwudziestoosobowa grupa chemików, m. in. z Warszawy, Krakowa, Poznania i Lublina. W konferencji uczestniczyli też młodzi chemicy z USA, Słowenii, Hiszpanii i Turcji. Obecność tak wielu studentów i doktorantów z Europy Środkowej i Wschodniej możliwa była dzięki stypendiom ufundowanym przez „Fonds der Chemischen Industrie”.

Od ciekłych kryształów do chemicznego konia trojańskiego

Prezentowane prace podzielone zostały na dwie grupy tematyczne: nauki biomedyczne (Life Science) i nauka o materiałach (Mate-

rial Science). Prezentacje i posterki z tej pierwszej kategorii obejmowały m. in. zagadnienia otrzymywania i analizy związków biologicznie aktywnych, wyodrębniania takich substancji z materiału roślinnego, projektowania potencjalnych leków, ale także poszukiwania przyjaznych środowisku barwników i pigmentów. W drugiej sekcji prezentowano postępy w chemii polimerów, detergentów, stopów, zeolitów, ciekłych kryształów, światłowodów etc.

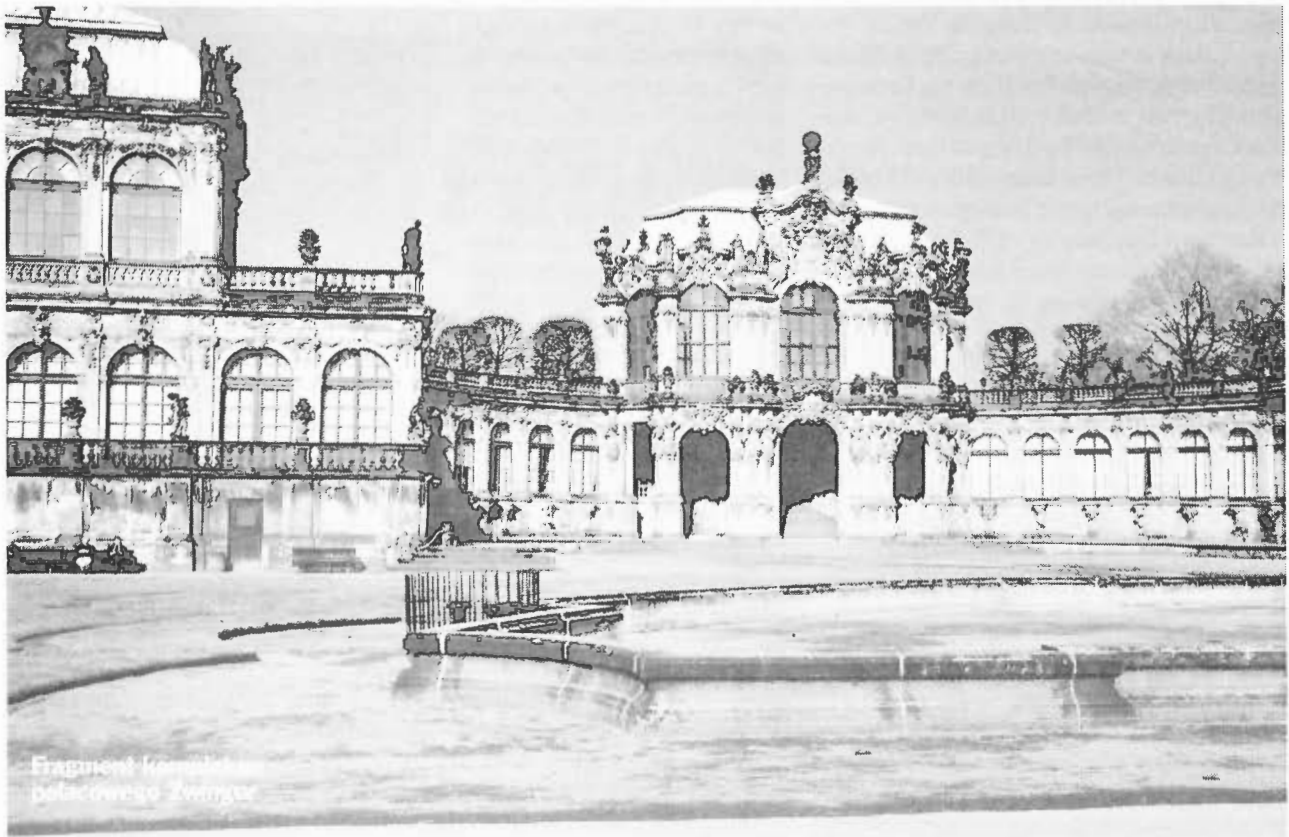
Szczególne zainteresowanie wzbudził referat na temat pewnego rodzaju pronukleotydów, mających aktywność przeciwwirusową i określanych mianem chemicznego konia trojańskiego. Godne uwagi było również wystąpienie relacjonujące wyniki pomiarów stężeń różnych form rtęci w atmosferze na Antarktyce. Dla wielu takie badania łączyły się przede wszystkim z egzotyczną przygodą i bliscy byli podsumowania



Przed nagrodzonym posterem, pierwsza z lewej laureatka, mgr inż. Monika Hołdak



Podczas zwiedzania Drezna



Fragмент kolumniady
pałacowego Zwinger



Ekipa polska (w niepełnym składzie)
w budynku obrad

ich poprzez sparafrazowanie słów użytych kiedyś na określenie badań z dziedziny fizyki teoretycznej: „I jeszcze im za to płacą”.

Na konferencję tę przygotowaliśmy z **dr Dariuszem Matosiukiem** poster, przedstawiający syntezę nowych imidazodiazyn i prezentację, podsumowującą prace nad reakcją Michała prowadzone w naszym zakładzie.

W konkursie na najlepszą prezentację i poster II nagrodę otrzymała **mgr inż. Monika Hołdak** z Politechniki Warszawskiej za poster z zakresu nauk biomedycznych „ICP-MS determination of trace amounts of selected elements in herbs”. W kategorii „najlepsza prezentacja” w sekcji nauki o materiałach nominację przyznano **Zbigniewowi Pianowskiemu** za wystąpienie „The wonderful world of liquid crystals”, przygotowane w Instytucie Chemii Organicznej PAN.

Spektakl z produkcją lodów

Na zakończenie konferencji w wypełnionej po brzegi auli odbyły się pokazy chemiczne czy też ściślej – bajeczne widowisko, błyskotliwie komentowane przez **profesora Roesky’ego**. Profesor Roesky jeździ do różnych krajów ze swoimi pokazami doświadczeń. Jest też autorem znanej książki „Chemical curiosities”. Profesor na oczach zachwyczonej publiczności sporządzał chemiczne „lody”, „coca-cola”, „wino”, „piwo”, przeprowadzał efektowne reakcje oscylacyjne, okraszając całość cytataми ze starożytnych filozofów, Goethego i Liebiga. Wszystko to składało się na fascynującą kompozycję barw, światła i dźwięków, dając w istocie spektakl teatralny, współtworzony przez widzów wykonujących część eksperymentów. Obecnie na widowni dzieci miały okazję przekonać się, że chemia nie musi być trudna, a już na pewno nie jest nudna.

Miasto historii, sztuki i przyrody

Choć bogaty program naukowy wykluczał dogłębne poznanie atrakcji Drezna, spędzenie paru dni w położonej nad Łabą stolicy Saksonii dało nam wyobrażenie o jej niepowtarzalnym uroku. Od setek lat Drezno jest jednym z centrów kulturalnych Europy. W dreźnieńskich muzeach znajdują się prace Rembrandta, van Gogha czy Moneta. Inni artyści – jak Wagner, Schiller czy C. M. von Weber inspirowali się romantycznymi saksońskimi krajobrazami. Drezno ma też bogate tradycje muzyczne – wystarczy wymienić słynną orkiestrę czy znany chór chłopięcy – dające koncerty

w monumentalnym gmachu opery, skądinąd perły architektury europejskiej. Symbolem miasta jest Zwinger, późnobarokowy zespół pałacowy wybudowany na planie prostokąta, w środku którego znajduje się ogród z fontanami. W sąsiedztwie jest też znana z podręczników do nauki języka niemieckiego galeria malarstwa (Gemäldegalerie). Słynne są umiej-

**Najwięcej chcą od świata ci, co nic nie robią,
Ażeby on był inny! Tylko się żalobią
Samotnie niszcząc serce! – gdyby coś robili,
Mieliby i sił więcej, i świat by kształcili...**

Cyprian Kamil Norwid

scowione nad brzegiem Łaby ogrody (Brühlsche Terasse), zwane także „balkonem Europy”. Imponujące wrażenie robi Drezno nocą, a zwłaszcza spacer doliną Łaby. Nic więc dziwnego, że Erich Kästner opisywał to miasto jako triadę historii, sztuki i przyrody.

Ku Euregionale 2004

O korzyściach płynących z tego typu wyjazdów nie trzeba nikogo przekonywać. Jednym z nich wymieniłem by można: nawiązanie kontaktów naukowych, wymianę doświadczeń, uzyskanie wskazówek do dalszej pracy badawczej, sprawdzenie się w roli referującego czy wreszcie nawiązanie wieloletnich często przyjaźni. Spotkanie z tak liczną grupą młodych ludzi, pełnych entuzjazmu, badawczej pasji czy po prostu radości życia daje potężną dawkę energii, niezbędną do zmagania z akademicką prozą życia. Dlatego zachęcam wszystkich studentów i doktorantów związanych z naukami chemicznymi do wzięcia udziału w Euregionale 2004. Odbędzie się ono wiosną przyszłego roku, w jednym z uniwersyteckich miast niemieckich. Przecież, jak pisał Asnyk, „do tych należy jutrzejszy dzień, co nowych łaną zdobyć”. Może przez przypadek udało mu się stworzyć trafną definicję naukowca?

Cyprian Kamil Norwid, autor powyższych słów, mógłby być dumny ze społeczności młodych polskich adeptów nauk chemicznych, gdyż nie tylko „chcą oni wiele od świata”, nie tylko nie działają w pojedynkę, ale także aktywnie pracują i robią nie „coś”, ale bardzo wiele.

Kształtowanie tradycji zawodów pielęgniarki i położnej

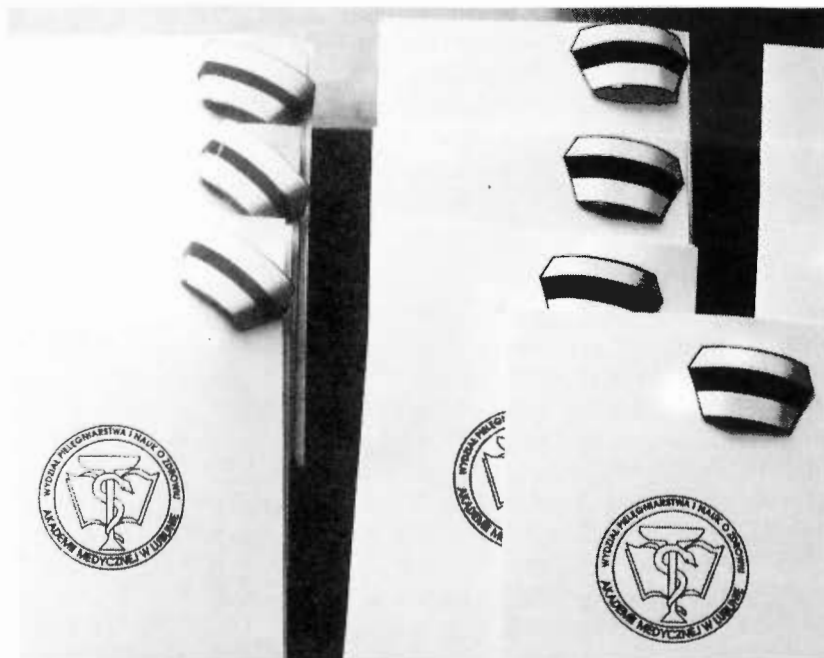
Zgodnie z tradycją panującą na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Lublinie, w dniu 31 marca 2003 roku odbyła się uroczystość poświęcona „Symbolice zawodu pielęgniarki i położnej”.

Uroczystość poświęcona „Symbolice zawodu pielęgniarki i położnej” składała się z dwóch części. Pierwszą oficjalną część otworzyła Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. Irena Wrońska. Następnie głos zabierali zaproszeni goście. Swoją obecnością zaszczylił studentów i zgromadzonych gości Jego

MGR MARIUSZ WYSOKIŃSKI

SAMODZIELNA PRACOWNIA UMIEJĘTNOŚCI
PIELĘGNIARSKICH
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Mottem przewodnim uroczystości były słowa Jana Pawła II „Waszą siłą niech będzie nadzieja, a powszechna miłość – Waszym ideałem”. W czasie jej trwania 139 studentów kierunku pielęgniarstwo otrzymało symbole „czepka”, które mają stanowić dla nich element kształtujący ich tożsamość zawodową oraz podkreślać osiągnięcie określonego poziomu wtajemniczenia zawodowego. W tym roku „czepki” po raz pierwszy otrzymało 19 studentów kierunku pielęgniarstwo specjalność położnictwo.



Symboliczne „czepki” wręczone studentom przygotowującym się do zawodu położnej oraz pielęgniarki

Magnificencja Rektor Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. Maciej Latałski**, który podkreślił znaczenie tej uroczystości dla przyszłej identyfikacji zawodowej studentów zdobywających wykształcenie zawodowe. Następnie głos zabarała prof. dr hab. Irena Wrońska oraz przedstawiciele zaproszonych gości: **mgr Wiesława Sidorowska-Floriańczyk** – Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, **mgr Michalina Cuber** – Przewodnicząca Zarządu Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. W wystąpieniach osób przemawiających dominował pogląd, że dużą szansą dla młodzieży przygotowującej się do zawodu pielęgniarki i położnej jest wstąpienie Polski do Unii Europejskiej. Podkreślano także, fakt że Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie kształci studentów zgodnie z wymogami i dyrektywami unijnymi, co było możliwe dzięki osobistemu zaangażowaniu Jego Magnificencji Rektora Akademii Medycznej w Lublinie prof. dr hab.



JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latałski wręcza symbole „czepka” studentom wyróżnionym posiadającym najwyższą średnią ocen

Macieja Latałskiego oraz Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. Ireny Wrońskiej. Na sali nie zabrakło przedstawicieli in-

nych Wydziałów Akademii Medycznej w Lublinie w osobach **prof. dr hab. Teresy Bachanek** – Prorektor ds. Studenckich oraz **prof. dr hab. Genowefy**



Studenci Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu podczas uroczystego ślubowania



Misztal – Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej.

Po złożeniu ślubowania symboliczne „czepki” studentom z najlepszą średnią wręczał osobiście Jego Magnificencja Rektor Akademii Medycznej.

Pozostali studenci kierunku pielęgniarstwo otrzymali je z rąk mgr Wiesławy Sidorowskiej-Floriańczyk, a specjalności położnictwo mgr **Zofii Furtak**.

Oficjalny charakter uroczystości podkreślił swoją obecnością chór Akademii Medycznej, który pod kierow-

nictwem **dr Moniki Mielko** odśpiewał majestatycznie hymn pielęgniarstwa.

W imieniu studentów studiów magisterskich gratulacje na ręce młodszych koleżanek złożyła studentka IV roku **Sylwia Gradowska**. Podziękowania dla przybyłych gości oraz osób



Wspólne zdjęcie studentów z Collegium Dziekańskim Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu oraz zaproszonymi gośćmi upamiętniające uroczystość „Symbolika zawodu pielęgniarki i położnej”

Pierwszy referat zaprezentowany przez mgr Martę Czekirde i mgr Agnieszkę Sadurską poświęcony był sylwetce osobowej pielęgniarki **Hanny Chrzanowskiej**. Nowatorska forma prezentacji pracy polegająca na dialogu osób referujących wywołała duże zainteresowanie wśród słuchaczy. Referat wygłoszony przez mgr **M. Lewicką** przybliżył studentom i zgromadzonym gościom wzór osobowy położnej **Stanisławy Leszczyńskiej**. Obie te postacie, dzięki swojej postawie życiowej oraz zawodowej stały się osobowościami w swoich profesjach oraz wzorcami osób godnych naśladowania. W związku z tym od trzech lat na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Lublinie za najlepsze prace magisterskie przyznawane są nagrody ich imienia.

Kolejna prezentacja autorstwa mgr **Krystyny Szpak-Lipińskiej** przybliżyła zgromadzonym historię oraz współczesne wymagania i obowiązujące przepisy prawne związane ze strojem zawodowym pielęgniarki i położnej.

Niezapomnianym fragmentem części refleksyjnej było oddanie głosu nestorkom pielęgniarstwa paniom mgr **Stefanii Hoch** i mgr **Lucynie Pietrzykowskiej**, które w swoich referatach podzieliły się ze zgromadzoną młodzieżą ogromnym doświadczeniem zawodowym i mądrością życiową, zdobywaną podczas pracy na różnych stanowiskach w zawodzie pielęgniarki i położnej. Szczególne zainteresowanie wzbudziły wspomnienia związane z pracą w misjach ONZ w krajach afrykańskich.

Po zamknięciu uroczystości, w kularach rozbrzmiewały liczne dyskusje wokół zaprezentowanych prac oraz składano życzenia studentom, winszując im, aby ciągle przyświecała im myśl słów pionierki pielęgniarstwa F. Nighthingale „Miej oczy, które widzą, uszy, które słyszą i serce, które rozumie.”

zaangażowanych w przygotowanie uroczystości wygłosiła studentka II roku **Jadwiga Wójcik**. Kończąc swoje wystąpienie obietnicą, że otrzymany symbol będzie zawsze zobowiązaniem do prezentowania w relacjach zawodowych rzetelnej wiedzy empirycznej

i opiekuńczej postawy nacechowanej empatią. Druga część uroczystości, która odbyła się po krótkiej przerwie miała charakter refleksyjno – tematyczny i zatytułowana była „Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość w zawodzie pielęgniarki i położnej”.

Prywatna Stacja Dializ GAMBRO

**W marcu 2003 roku w Dziecięcym Szpitalu
Klinicznym im. Prof. Antoniego Gębali
w Lublinie dokonano oficjalnego otwarcia
pierwszej w makroregionie lubelskim
prywatnej Stacji Dializ.**

**DR N. MED.
ANNA BEDNAREK-SKUBLEWSKA**
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
STACJA DIALIZ GAMBRO W LUBLINIE

Ośrodek, którego właścicielem jest szwedzka firma Gambro przeznaczony jest do leczenia osób dorosłych ze schyłkową niewydolnością nerek.

Pierwsi chorzy byli już dializowani w grudniu 2002 r. Początkowo leczeniem objęto pacjentów zamieszkałych w Lublinie, a dojeżdżających od miesięcy na zabiegi hemodializ do różnych Ośrodków Makroregionu. Obecnie, w Stacji Dializ Gambro leczeni są również chorzy rozpoczynający właśnie tutaj dializoterapię.

Już na początku kwietnia ośrodek posiadał 11 aparatów sztucznej nerki, co pozwoliło dializować 40 osób, a wyposażenie o 8 dodatkowych aparatów umożliwi leczenie około 100 chorych.

Firma Gambro od ponad 35 lat produkuje wysokiej jakości urządzenia niezbędne w dializoterapii: aparaty sztucznej nerki, linie krwi, dreny, koncentraty oraz uzdatniacze wody. Stacja w Lublinie jest trzecim należącym do Gambro ośrodkiem w Polsce. W roku 2001 zostały otworzone ośrodki w Krakowie oraz w Katowicach, w tym roku firma uruchomi kolejną już stację w Kielcach oraz w Lubartowie. Obecnie w kraju około 200 pacjentów korzysta z leczenia w ośrodkach Gambro, równocześnie na świecie w ponad 700 stacjach będących w posiadaniu firmy jest przewlekle hemodializowanych ponad 54 tys. chorych.

Poprzez dializoterapię rozumiemy techniki nerkozastępcze, które umożliwiają oczyszczenie krwi z toksycznych produktów przemiany materii, odwodnienie chorego i wyrównanie istniejących zaburzeń przemiany materii oraz zaburzeń jonowych krwi

w sposób zbliżony do tego, w jaki czyni to fizjologicznie nerka.

Hemodializoterapia jest podstawową, skuteczną metodą nerkozastępczej terapii pozwalającą za pomocą specjalnych filtrów zwanych dializatorami oczyścić krew z toksyn i utrzymać przy życiu chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem mięszu nerkowego. W leczeniu wykorzystuje się przede wszystkim zjawisko dyfuzji czyli przemieszczania się przez półprzepuszczalną błonę dializacyjną związków zgodnie z różnicą ich stężeń we krwi. Czas trwania i częstość hemodializy zależy w dużej mierze od rodzaju stosowanych dializatorów oraz od stopnia nasilenia procesów katabolicznych występujących indywidualnie u chorego. Zazwyczaj pacjent dializowany jest 3 razy w tygodniu po 4 godziny, korzystając z wybranej zmiany: rano, popołudniu lub wieczorem.

Historia dializoterapii ma ponad pięćdziesiąt lat. Podstawą funkcjonowania tej metody jest wykryte w 1854 roku przez Thomasa Grahama zjawie-

 **GAMBRO**[®]



Uroczystego przecięcia wstęgi dokonuje prorektor do spraw klinicznych prof. dr hab. Andrzej Książek – kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii AM w Lublinie

sko przez błonowego transportu substancji rozpuszczonych w wodzie. Pionierem dializ stosowanych u człowieka był G. Hass, który jako pierwszy w 1928 r. do wykonania hemodializy u osoby z ostrym zatruciem toksynami egzogennymi zastosował heparynę. Po raz pierwszy zabieg oczyszczania krwi chorego z mocznicą przeprowadził W. Kolff w 1947 r. Utrzymał on przy życiu 68-letnią kobietę z ostrą niewydolnością nerek dzięki kilkakrotnym hemodializom. W aparacie własnej konstrukcji Kolff zastosował błonę celofanową (octan celulozy), speł-



Pierwsza z lewej dr n. med. Anna Bednarek-Skublewska – kierownik Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Stacja Dializ Gambro w Lublinie



Stacja w Lublinie jest trzecim należącym do Gambro ośrodkiem w Polsce. W roku 2001 zostały otworzone ośrodki w Krakowie oraz w Katowicach, w tym roku firma uruchomi kolejną już stację w Kielcach oraz w Lubartowie. Obecnie w kraju około 200 pacjentów korzysta z leczenia w ośrodkach Gambro, równocześnie na świecie w ponad 700 stacjach będących w posiadaniu firmy jest przewlekle hemodializowanych ponad 54 tys. chorych.

niającą kryteria półprzepuszczalności. Równocześnie z udoskonalaniem aparatu sztucznej nerki Kolffa modyfikowano także budowę dializatora, którego pomysłodawcą był w 1945 r. N. Alwall.

Istotnym postępowaniem w udoskonaleniu hemodializy było opracowanie w 1960 r. przez B. Scribnera zewnętrznego połączenia tętniczo-żylnego umożliwiającego podłączenie chorego do aparatu sztucznej nerki. To techniczne rozwiązanie pozwoliło na stosowanie u pacjentów wielokrotnych zabiegów hemodializ. Prawdziwym jednak przełomem w rozwoju tej metody nerkozastępczej terapii było opracowanie przez J. Cimino i współpracowników podskórnego połączenia tętniczo-żylnego pozwalającego na wielokrotne nakłuwania dostępu naczyniowego wytworzonego z własnych naczyń (zespolenie Cimino-Brescia). Dzięki temu chirurgicznemu rozwiązaniu liczba chorych wymagających leczenia znacznie wzrosła. W Polsce leczenie powtarzanymi dializami rozpoczęto w I Klinice Chorób Wewnętrznych w Warszawie w 1961 r.

W latach siedemdziesiątych oraz osiemdziesiątych obserwuje się burzliwy rozwój wiedzy i zdobywanie doświadczeń w hemodializoterapii. Poszukiwania optymalnej metody substitucji czynności nerek spowodowały rozwój produkcji coraz lepszych, biozgodnych błon półprzepuszczalnych, oraz automatyzację aparatów sztucznej nerki. W procesie tym od lat czynny udział bierze firma Gambro.

Dzięki ulepszaniu technologii powstają nowe dializatory oraz doskonalone są już istniejące, poprzez modyfikację przede wszystkim struktury błony półprzepuszczalnej zwiększając jej zdolność dyfuzji i filtracji. Stopniowo także występuje rozwój pokrewnych metod oczyszczania krwi, do których należą: hemofiltracja, plazmafereza, hemoperfuzja oraz dializa otrzewnowa.

Na świecie żyje obecnie blisko dwa miliony chorych leczonych zarówno hemodializą jak i dializą otrzewnową. Ogromny postęp jaki dokonał się w dializoterapii spowodował, że kilkunastoletnie przeżycie pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek jest co-

raz częstsze. Optymalizacja leczenia nerkozastępczego spowodowała również zmniejszenie śmiertelności pacjentów z ostrą niewydolnością nerek.

Obecnie w naszym kraju niemalże wszystkie osoby ze schyłkową niewydolnością nerek są objęte przewlekłą terapią nerkozastępczą. Taka pełna kwalifikacja pacjentów do terapii jest możliwa od niedawna dzięki konsekwentnej realizacji przez środowisko nefrologiczne kolejnych etapów Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii. Należy mieć na uwadze fakt, że w minionych latach zarówno osoby

w wieku podeszłym, jak i chorzy z nefropatią cukrzycową mieli w znacznym stopniu ograniczony dostęp do dializoterapii. Dzięki więc ogromnemu wysiłkowi szeregu ludzi stało się faktem, że przewlekła niewydolność nerek przestała być wreszcie procesem prowadzącym bezpośrednio do śmierci pacjenta.

Wraz z rozwojem leczenia nerkozastępczego oraz powstawaniem nowych stacji dializ do terapii są więc już kwalifikowani chorzy z pierwotnymi jak i wtórnymi chorobami nerek. Dotyczy to głównie chorych z nefropatią eu-

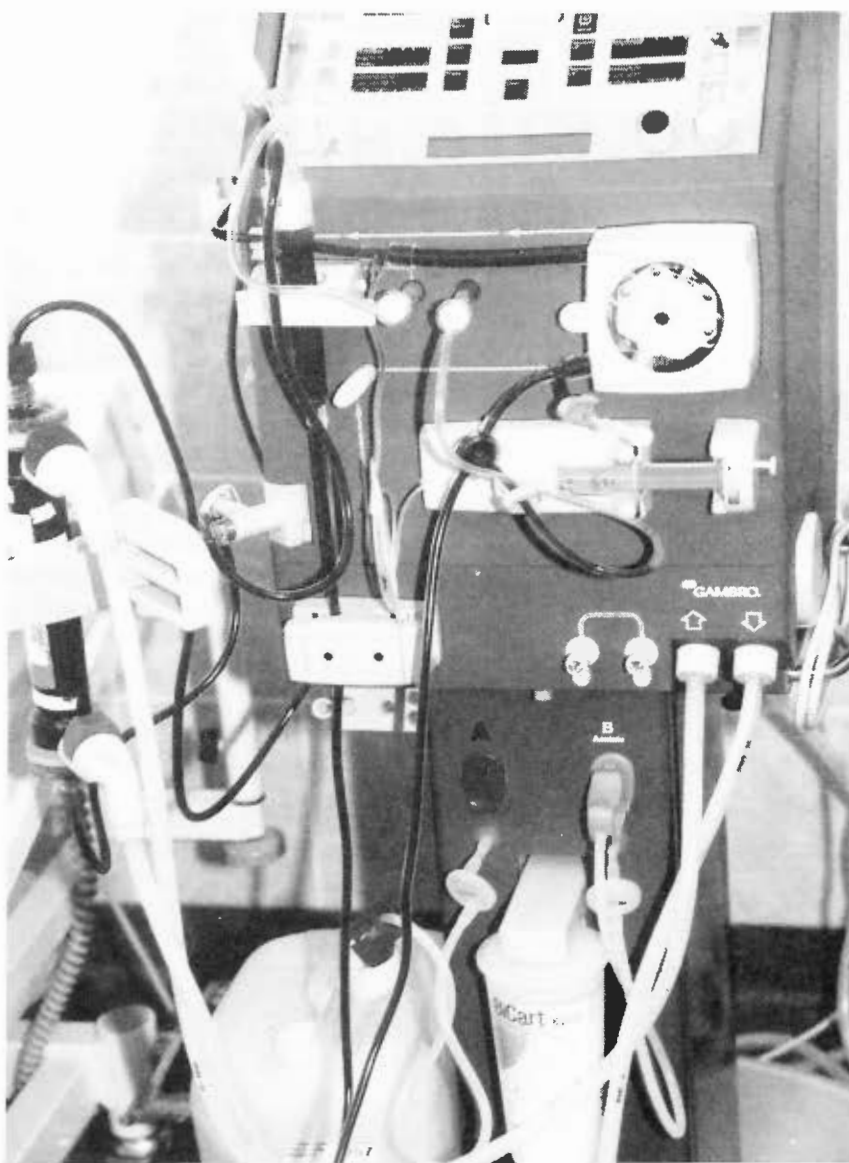
krzycową. Obecnie, na całym świecie obserwuje się wzrost liczby chorych z cukrzycą – szczególnie typu II, która to choroba staje się powszechną przyczyną schyłkowej niewydolności nerek. Także starzenie się społeczeństwa powoduje, że liczba pacjentów w podeszłym wieku wymagających dializoterapii również ulega zwiększeniu.

W grudniu 2001 r. działało w Polsce 177 stacji dializ z 1768 stanowiskami hemodializacyjnymi, co pozwoliło na dializowanie 8300 chorych. W naszym kraju stale wzrasta wskaźnik osób objętych leczeniem nerkozastępczym w przeliczeniu na milion mieszkańców i obecnie wynosi on średnio 209. Mimo zwiększania z roku na rok liczby chorych objętych leczeniem nerkozastępczym, jednak nie osiągamy wskaźnika 400 jaki notuje się – na przykład w Szwajcarii.

Obecnie w makroregionie lubelskim liczącym 2230 tys. populacji mamy 12 stacji dializ, w których na 120 stanowiskach dializowanych jest około 600 chorych. Pozwala nam to leczyć 265 chorych na milion mieszkańców – dysponując odpowiednio dla tej populacji 44 stanowiskami.

Liczba miejsc dializacyjnych na milion mieszkańców jest zróżnicowana w poszczególnych regionach kraju. We wszystkich województwach z wyjątkiem podkarpackiego liczba stanowisk przekracza 35 na milion mieszkańców, a w pięciu osiąga ponad 50 na milion. Dynamiczny, wieloletni rozwój dializoterapii umożliwia leczenie wszystkich potrzebujących chorych, których liczba z każdym rokiem wzrasta. Jest więc faktem zrozumiałym, że od kilku lat powstają również niepubliczne stacje dializ wyposażane w nowoczesne aparaty sztucznej nerki, zapewniając właściwy standard leczenia nerkozastępczego.

W naszym kraju jest obecnie 30 prywatnych ośrodków przeznaczonych do leczenia osób dorosłych z niewydolnością nerek. Ośrodki te mogą w istotny sposób zwiększyć dostępność chorych do tej metody leczenia i przyczynić się do podwyższenia standardu świadczonych usług. Stacja Dializ firmy Gambro wychodzi naprzeciw tym wyzwaniom.



Ogromny postęp jaki dokonał się w dializoterapii spowodował, że kilkunastoletnie przeżycie pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek jest coraz częstsze.

Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii w nowej siedzibie

Klinika Chirurgii Naczyń powstała w 1971 roku na bazie istniejącego Oddziału Chirurgii E Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 przy ulicy Staszica 16.

gi medyczne w dziedzinie chorób naczyń w 1997 roku została podjęta decyzja o przeniesieniu Kliniki do wyremontowanych pomieszczeń w dawnej siedzibie Instytutu Pediatrii przy ul. Staszica 11. Niestety, na skutek nie-szczęśliwego zbiegu okoliczności, remont i adaptacja tych pomieszczeń trwała aż do maja 2003 roku. W okresie pięciu i pół roku Zespół Kliniki

DR HAB. JACEK WROŃSKI

KATEDRA I KLINIKA
CHIRURGII NACZYŃ I ANGIOLOGII
AM W LUBLINIE

Zajmowała wówczas pomieszczenia w jednopiętrowym budynku, w którym obecnie mieści się Klinika Rozrodczości i Andrologii. Posiadała osiem wieloosobowych sal chorych, jedną salę operacyjną i jedną salę opatrunkową. W roku 1987 Klinika przeniosła się do Państwowego Szpitala Klinicznego nr 4 przy ulicy Jaczewskiego 8, gdzie posiadała dziewięć czteroosobowych sal chorych, jedną własną salę operacyjną na oddziale i mogła dwa razy w tygodniu korzystać z sal Bloku Operacyjnego. Ze względu na stale rosnące zapotrzebowanie na usłu-



korzystał z uprzejmości ówczesnego Kierownika Kliniki Torakochirurgii, **profesora Stanisława Jablonki**, który udzielił na sześć miesięcy pomieszczeń swojej Kliniki na pierwszym piętrze gmachu PSK nr 4, co dało 18-lóżkową bazę bez własnej sali operacyjnej. Następnie, korzystając z uprzejmości kierownika Kliniki Traumatologii PSK nr 1, **profesora Jerzego Karskiego**, Klinika Chirurgii Naczyń uzyskała bazę 12-lóżkową z własną, niewielką salą operacyjną i możliwością korzystania z pomieszczeń Bloku Operacyjnego Kliniki Traumatologii. Po roku, decyzją JM Rektora naszej Akademii, Klinika Chirurgii Naczyń otrzymała zaadaptowane pomieszczenia po Klinice Laryngologii Dziecięcej przy ulicy Staszica 11. W ten sposób baza łóżkowa wzrosła do 25 stanowisk, jednak w małych, niewygodnych i niedostosowanych do profilu chorób salach. Bazę operacyjną stanowiła jedna sala operacyjna i jedna sala zabiegowa. Klinika mogła nadal korzystać z bloku operacyjnego Kliniki Traumatologii dla wykonywania zabiegów endowaskularnych naczyń obwodowych. W tak trudnych warunkach zespół Kliniki potrafił wykonywać do 1200 operacji rocznie, z czego znakomitą większość stanowiły rozległe operacje rekonstrukcji naczyń.

Przez ponad pięć lat nie ustawały wysiłki **prof. dr hab. Jerzego Michalaka**, ówczesnego Dyrektora Szpitala **dr. n. med. Adama Borowicza**, JM Rektora **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego** oraz innych przyjaciół Kliniki w zabiegach mających na celu wpisanie remontu na listę priorytetową inwestycji Ministerstwa Zdrowia, a następnie staraniach mających zapewnić terminowe przekazywanie transzy kredytowych dla szpitala na rzecz tej budowy. Nie można pominąć roli Dyrektora ds. Technicznych **inż. Jerzego Pelczarskiego**, nadzorującego remont z ramienia JM Rektora i Dyrektora SPSK nr 1. Ze strony pracowników Kliniki za realizację planów i projektów budowlanych był odpowiedzialny **dr hab. Jacek Wroński**, a za wyposażenie oddziałów **dr n. med. Tomasz Zubilewicz**. Wreszcie 30 maja 2003 roku odbyło się oficjalne uruchomienie działalności Kliniki Chirurgii



Przecięciu wstęgi dokonał JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański



JE Ks. Arcybiskup prof. Józef Życiński Metropolita Lubelski poświęcił pomieszczenia Kliniki w nowej siedzibie.



JE Ks. Arcybiskup prof. Józef Życiński Metropolita Lubelski, JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski, prof. dr hab. Mieczysław Szostek – konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii naczyń oraz prof. dr hab. Jerzy Michalak – kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyń i Angiologii AM w Lublinie

Naczyń i Angiologii w nowo otwartej siedzibie przy ul. Staszica 11.

W latach 1971-1980 Kliniką kierował jej założyciel **prof. dr hab. Paweł Misiuna**. Od 1980 roku Kierownikiem Kliniki jest **prof. dr hab. Jerzy Michalak**, który Kliniką będzie kierował do 31 września 2003 roku. Jego następcą jest, wyłoniony w drodze konkursu, **dr hab. Jacek Wroński**. Zespół Kliniki liczy obecnie 14 lekarzy, w tym 2 samodzielnych pracowników nauki i 10 doktorów nauk medycznych.

Uroczystość otwarcia Kliniki

Oficjalne otwarcie Kliniki nastąpiło 30 maja 2003 roku w obecności władz naszej Uczelni na czele z JM Rektorem **prof. dr hab. h. c. Maciejem Latałskim**, władz województwa, miasta z Prezydentem **Andrzejem Pruszkowskim**, oraz samorządu terytorialnego. Uroczystość uświetnili także: Jego Ekscelencja **Ks. Arcybiskup Józef Życiński Metropolita Lubelski**, przybyli kierownicy Klinik Chirurgii Naczyń z całej Polski, kierownicy Klinik i Zakładów naszej Akademii, dyrektorzy lubelskich Szpitali Klinicznych, ordynatorzy Oddziałów Chirurgii województwa lubelskiego oraz pracownicy Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1.

Zebranych Gości powitał Kierownik Kliniki **prof. dr hab. Jerzy Michalak**, który także pokrótce przedstawił historię Kliniki ze szczególnym

wyeksponowaniem ostatnich lat remontu nowej siedziby. Kolejnym mówcą był JM Rektor **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski**, który zwrócił uwagę na dbałość Akademii o tworzenie nowych siedzib dla potrzeb jednostek naszej



Uczelni. Następnie przemawiał Prezydent Miasta Lublina **Andrzej Pruszkowski**, który podkreślił znaczenie dobrze wyposażonych ośrodków diagnostyczno-leczniczych otwieranych dla potrzeb naszego miasta i regionu. Kolejnym mówcą był **prof. dr hab. Wojciech Noszczyk**, wieloletni Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chirurgii i Chirurgii Naczyniowej, były Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich, który przedstawił gościom dorobek naukowy Kliniki. Następnie obecny Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chirurgii Naczyniowej **prof. dr hab. Mieczysław Szostek** przedstawił pokrótce stan reformy służby zdrowia w Polsce. Jego Ekscelencja **Ks. Arcybiskup Józef Życiński Metropolita Lubelski** dokonał poświęcenia Kliniki oraz wygłosił krótkie przemówienie o korzyściach, ale i zagrożeniach związanych z postępowaniem zarówno w medycynie, jak i życiu codziennym Polaków. Następnie dokonano przecięcia wstęgi. Aktu tego dokonali: JM Rektor **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski**, Dyrektor SPSK nr 1 **mgr Marzena Pomarańska-Olszak**, Dyrektor Lubelskiego Oddziału NFZ dr

n. med. Adam Borowicz oraz Kierownik Kliniki prof. dr hab. Jerzy Michalak. Następnie zaproszeni goście zwiedzili nową siedzibę.

Nowa siedziba Kliniki

Obecnie Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii mieści się w sześciokondygnacyjnym budynku przy ul. Staszica 11, w dawnej siedzibie klinik: Chirurgii Dziecięcej oraz Ortopedii Dziecięcej Instytutu Pediatrii. Łączna powierzchnia pomieszczeń budynku wynosi 3000 m. kw. Mieszczą się tu jednak także Laboratorium Centralne SPSK nr 1 oraz Centralna Sterylizatornia Szpitala. Na trzech piętrach, w przestronnych dwuosobowych salach i jednej izolatce może przebywać 45 chorych, Klinika posiada także trzyosobową salę wzmoczonego nadzoru pooperacyjnego. Część zabiegową stanowią Blok Operacyjny z dwoma salami operacyjnymi wybudowany zgodnie ze standardami unijnymi, sala zabiegowo-operacyjna przy Izbie Przyjęć oraz sale opatrunkowe na każdym z trzech pięter. Część diagnostyczną stanowią laboratorium naukowe Kliniki oraz gabinet badań hemodynamicznych. Na poddaszu mieszczą się: Sala Konferencyjna, biblioteka Kliniki z gabinetem badań naukowych, sala seminaryjna i pomieszczenia gospodarcze. Docelowo Klinika będzie wyposażona w specjalistyczną aparaturę diagnostyczno-operacyjną. Obecnie, ze względu na procedury zakupów, Klinika dysponuje zaledwie jedną salą operacyjną, nie może na miejscu wykonywać operacji wewnątrznaczyniowych ani rozwijać innych nowoczesnych, mało inwazyjnych metod operacyjnych. Niestety, koniec tzw. „inwestycji” przypada na 2004 rok. Dopiero wtedy Klinika będzie posiadała całą zaplanowaną aparaturę i sprzęt medyczny.

Plany na najbliższą przyszłość

W najbliższym czasie zespół Kliniki czeka realizacja własnych programów naukowo-badawczych w oparciu o współpracę interdyscyplinarną:

1. Badania nad zaburzeniami procesów krzepnięcia w chorobach naczyń, ze szczególnym uwzględnieniem

zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń (współpraca z Kliniką Hematoonkologii AM w Lublinie i Kliniką Hematologii AM w Białymstoku).

2. Badania nad hemostazą u chorych w okresie okołoperacyjnym leczenia kończyn na tle miażdżycy (współpraca z Kliniką Hematologii AM w Białymstoku).

3. Badania procesów angiogenezy w chorobach niedokrwiennych (współpraca z Zakładem Genetyki AM w Lublinie).

4. Badania ultrastruktury pęczka naczyniowo-nerwowego w chorobie Buergera (współpraca z Samodzielną Pracownią Mikroskopii Elektronowej Instytutu Badań Doświadczalnych PAN w Warszawie).

5. Badania z dziedziny mikrobiologii i immunologii tętniaków aorty brzusz-

nej (współpraca z Zakładem Mikrobiologii Lekarskiej AM w Lublinie).

6. Badania nad mikrokrążeniem w chorobach naczyń (współpraca z Katedrą Fizjologii Uniwersytetu w Grazu, Austria).

7. Wdrażanie nowych technik operacji z dziedziny wideoskopii naczyniowej (współpraca z Kliniką Chirurgii Naczyniowej w Paryżu, Francja).

8. Opracowywanie nowych trendów w dziedzinie technik wewnątrznaczyniowych i wideoskopowych (współpraca z Centrum Rozwoju Techniki Medycznych w Paryżu, Francja oraz Aesculap, B. Braun w Tutlingen, Niemcy).

9. Współpraca w wielośrodkowych badaniach dotyczących diagnostyki i leczenia chorób naczyń.

Zespół Kliniki ma nadzieję, że podola tym zadaniom w nowych, znacznie lepszych warunkach.



Rola Rady Społecznej w procesie akredytacji Dziecięcego Szpitala Klinicznego

im. Prof. Antoniego Gębali
w Lublinie

DR N. MED.
BOŻENNA STANKIEWICZ-CHOROSZUCHA
MINISTERSTWO ZDROWIA

I. Wstęp

Prezentowana praca jest próbą odpowiedzi na pytanie, czy i w jakim stopniu Rada Społeczna (RS) miała wpływ na proces akredytacji Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie (DSK). Jako organ inicjujący i doradcy Ministra Zdrowia (MZ) oraz doradcy Szpitala – samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SP ZOZ), przez trzy lata kadencji RS konsekwentnie potwierdzała konieczność działań zmierzających do jak najlepszego zarządzania jakością w DSK. Pomimo, że RS została powołana w oparciu o zapisy usta-

wy, a więc „nakazowo”, udało się stworzyć zespół osób mających wspólne cele zgodne z misją Szpitala i statutem RS. Jako przewodnicząca, koordynująca działania tego Zespołu, zawsze czułam życzliwość i akceptację członków RS, kierownictwa DSK i wszystkich pracowników, z którymi miałam kontakt. Już pierwsze spotkanie z najmłodszymi pacjentami Szpitala i jego personelem – uroczyste otwarcie oddziału Kardiologii Dziecięcej w Klinice Patologii Noworodków i Niemowląt w marcu 1999 r. związało mnie mocno i trwale z DSK.

Przedstawiając więc relację z kolejnych zdarzeń mam też niecodzienną możliwość przedstawienia wspólnego wysiłku:

- ▶ niezwykle sprawnej Dyrekcji Szpitala, doceniającej znaczenie zarządzania jakością jako niezbędnego warunku kreowania pozytywnego wizerunku Szpitala;
- ▶ pełnomocnika dyrektora ds. zarządzania jakością, świetnie przygotowanego do kierowania Zespołem ds. Jakości i całym sercem oddanego sprawie akredytacji (powołany w grudniu 1999 r.)

▶ wszystkich pracowników Szpitala, którzy podjęli trud wewnętrznej akredytacji;

▶ wszystkich członków RS, która już na swoim pierwszym posiedzeniu zaleciła zintensyfikowanie procedur mających na celu uzyskanie przez DSK akredytacji – uchwała nr 1 z 18 maja 1999 r., co zaowocowało niewątpliwym sukcesem, tj. zdobyciem certyfikatów akredytacyjnych.

II.

Historia i stan obecny Dziecięcego Szpitala Klinicznego

(Analiza strategiczna – opracowanie wg „Biznesplanu na lata 2001-2005”)

Podstawą do starań o budowę nowego, nowoczesnego szpitala klinicznego dla dzieci w województwie lubelskim stały się: trudna baza lokalowa Instytutu Pediatrii Akademii Medycznej w Lublinie, wielołożkowe sale dla pacjentów i stale pogarszający się stan budynków przy wzrastającej liczbie usług. MZiOS znając bardzo trudną sytuację lubelskiej pediatrii w dziedzinie bazy łóżkowej zaliczyło budowę nowego Instytutu Pediatrii do najpilniejszych inwestycji resortu i ujęło ją w „Programie budownictwa służby zdrowia i opieki społecznej na lata 1976-1980”.

Po długich staraniach Pana prof. Antoniego Gębali, dzięki przychylności władz Akademii Medycznej, w 1979 r. uzyskano zgodę MZiOS na rozpoczęcie budowy nowego szpitala. Powołano Społeczny Komitet Budowy i Wyposażenia Instytutu Pediatrii imienia „Dzieci Zamojszczyzny” Akademii Medycznej w Lublinie. W budowę zaangażowały się liczne instytucje, zarówno finansowo, jak i poprzez realizację poszczególnych zadań budowy.

Dopiero w 1991 roku, po dwunastu latach budowy, udało się uruchomić w nowym budynku szpitala przy ul. dr. W. Chodźki 2 pierwsze pomieszczenia Polikliniki, z pojedynczymi gabinetami specjalistycznymi. Na wniosek ówczesnego rektora AM prof. dr hab. Mariana Klamuta, zarządzeniem MZiOS



z dnia 8 września 1991 roku utworzono Dziecięcy Szpital Kliniczny, już jako jednostkę niezależną od PSK nr 1. Jednocześnie z dniem 1 grudnia 1994 r. zarządzeniem nr 13 rektora AM w Lublinie zniesiono Instytut Pediatrii po

14 latach jego działalności. Przez sześć kolejnych lat, przenoszono poszczególne jednostki organizacyjne szpitala z budynków przy ul. Staszica do nowego gmachu szpitalnego przy ul. dr. W. Chodźki 2 w Lublinie.

W dniu 27 czerwca 1997 roku z udziałem władz państwowych, wojewódzkich, miejskich i uczelnianych nastąpiło uroczyste otwarcie Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie. Od 1 października 1997 r., po wygra-

nym konkursie, dyrektorem szpitala został dr n. med. Jerzy Szarecki, specjalista chirurg.

Szpital posiada 428 łóżek, 12 oddziałów w tym 10 klinicznych, 23 poradnie specjalistyczne, liczne porad-

nie i zakłady, Bank Krwi, Laboratorium Centralne, Dział Sterylizacji.

W latach 1998-2001 w DSK powstały jednostki organizacyjne zgodne z nowymi zadaniami:

1. Oddział Kardiologii Dziecięcej (20 łóżek) z Pracownią Nieinwazyjnych Badań Układu Krążenia,
2. Klinika Chorób Płuc i Reumatologii, która została wydzielona z dawnej Kliniki Nefrologii,
3. Zakład Alergologii i Immunoterapii z pobytem dziennym,
4. Szpitalny Oddział Ratunkowy;
5. w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej zorganizowano:
 - dwie pracownie ultrasonograficzne,
 - pracownię tomografii komputerowej;
6. w Poliklinice utworzono:
 - Pracownię EMG,
 - Pracownię Urodynamiczną,
 - Poradnię ginekologiczną dla dzieci i młodzieży,
 - Poradnię Zdrowia Psychicznego;
7. przy Poradniach Pulmonologicznych Polikliniki otwarto:
 - Lubelski Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Mukowiscydozy;
8. w Klinice Nefrologii uruchomiono:
 - Pracownię ultrasonografii,
 - Pracownię urodynamiczną;
9. w Klinice Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej utworzono:
 - Salę intensywnej opieki pooperacyjnej,
 - Pracownię cystoskopową;
10. w Klinice Hematologii i Onkologii Dziecięcej wydzielono:
 - Oddział pobytu dziennego,
 - sale dla pacjentów po przeszczepach szpiku kostnego;
11. w Klinice Chorób Płuc i Reumatologii utworzono:
 - Salę rehabilitacji z inhalatornią,
 - wydzielono sale izolacyjne w szczególności dla dzieci z mukowiscydozą;
12. w Zakładzie Rehabilitacji uruchomiono:
 - Pobyt dzienny rehabilitacji,
 - Oddział rehabilitacji (4-łóżkowy),
 - Gabinet metod specjalnych.

W dniu 3 kwietnia 2001 r. z udziałem podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, władz Akademii Medycznej oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia odbyła

Dr n. med. Bożenna Stankiewicz-Choroszuca

Absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku (1973 r.). W latach 1973-1989 pracowała w macierzystej uczelni na stanowisku nauczyciela akademickiego, początkowo asystenta, następnie – po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych – adiunkta, w Zakładach: Anatomii Prawidłowej, Fizjologii, Higieny, Biochemii. Specjalista II° w zakresie chorób wewnętrznych i medycyny pracy. W latach 1990-1992 kierowała Przychodnią Sportowo-Lekarską w Białymstoku. W 1992 roku rozpoczęła pracę w Wojewódzkiej i Terenowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku,

gdzie w ciągu sześciu lat pełniła obowiązki kierownika Oddziału Higieny Pracy. Od 1998 roku jest kolejno wicedyrektorem Departamentu Zdrowia Publicznego MZiOS, zastępcą dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia oraz Naczelnikiem Wydziału Medycyny Pracy w MZ. Ukończyła w 2002 r. Studium Podyplomowe w zakresie Ekonomiki Zdrowia na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego.

W latach 1998-2002 była przewodniczącą Rady Społecznej Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie.



JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. wręcza dr n. med. Bożennie Stankiewicz-Choroszuca akt powołania na członka Rady Społecznej DSK w kadencji 2002-2005.



Rada Społeczna Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie powołana na lata 1999-2003.

się uroczystość nadania DSK Certyfikatu Akredytacyjnego.

Dnia 20 czerwca 2001 roku w DSK odbyła się uroczystość ustanowienia dla szpitala Patrona oraz nadania Jego Imienia – Profesora Antoniego Gębali. Akt został podpisany przez Sekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia dr n. med. Tomasza Grottela oraz przez Jego Magnificencję Rektora Akademii Medycznej w Lublinie prof. dr hab. Macieja Latałskiego.

Analiza sytuacji wewnętrznej Dziecięcego Szpitala Klinicznego

Świadczenia medyczne

Dziecięcy Szpital Kliniczny

Dziecięcy Szpital Kliniczny świadczy usługi w zakresie ochrony zdrowia obejmujące hospitalizację i porady ambulatoryjne. Działalność pod-

stawową w zakresie hospitalizacji oraz porad specjalistycznych wspomagają:

1. Zakład Diagnostyki Obrazowej,
2. Laboratorium Centralne,
3. Bank Krwi,
4. Zakład Rehabilitacji z Oddziałem Łóżkowym oraz pobytu dziennego,
5. Apteka,
6. Dział Sterylizacji,
7. Ośrodek Pomocy Rodzinie.

W Dziecięcym Szpitalu Klinicznym na bazie Izby Przyjęć funkcjonuje Szpitalny Oddział Ratunkowy dla Dzieci. DSK posiada nieruchomość przystosowaną do świadczenia kompleksowych usług medycznych oraz dostępny całodobowo wysokospecjalistyczny sprzęt do diagnostyki i leczenia. Ma też pokoje hotelowe dla matek karmiących piersią.

DSK świadczy usługi medyczne zamawiane i finansowane przez cztery Kasy Chorych (KCh) oraz przez Ministerstwo Zdrowia. W DSK wykonywane są cztery wysokospecjalistyczne

procedury medyczne oraz realizowane dwa programy:

1. ogólnopolski program leczenia niedoboru wzrostu,
2. leczenie cyklosporyną A sterydopornego zespołu nerczycowego.

DSK jako szpital kliniczny Akademii Medycznej uczestniczy w działalności dydaktycznej i naukowo-badawczej AM. W szpitalu prowadzone są zajęcia dydaktyczne dla studentów Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym oraz Wydziału Pielęgniarskiego AM. W klinikach DSK lekarze odbywają staże podyplomowe, a lekarze specjalizujący się w pediatrii i medycynie rodzinnej – staże na I^o i II^o specjalizacji.

Pracownicy DSK, nauczyciele akademicy, a także lekarze zatrudnieni na etatach szpitalnych prowadzą liczne badania naukowe. Pracownicy DSK współpracują z wieloma ośrodkami klinicznymi i naukowo-badawczymi w kraju i za granicą.

W lutym 2001 roku DSK otrzymał na jeden rok certyfikat akredytacyjny potwierdzający wysoką jakość usług świadczonych przez szpital. W listopadzie 2001 r. szpital ponownie zgłosił chęć poddania się przeglądowi wizytatorów z Centrum Monitorowania Jakości. Ocena spełnienia przez szpital standardów akredytacyjnych odbyła się w dniach 6-8 lutego 2002 r.

Zasoby kadrowe

DSK zatrudnia 921 osób w przeliczeniu na 859 etatów. Kadra medyczna obejmuje: 100 lekarzy szpitalnych (88,8 etatu), 79 lekarzy akademickich (32,9 etatu), 412 pielęgniarek, 6 farmaceutów, 80 techników medycznych.

Wśród lekarzy jest: 12 profesorów nauk medycznych, 4 doktorów habilitowanych, 79 doktorów nauk medycznych. Z ogólnej liczby 179 lekarzy 125 posiada II stopień specjalizacji, a 39 I stopień specjalizacji.

Pracownicy DSK sprawują funkcję konsultantów:

- Konsultanta Krajowego ds. onkologii dziecięcej,
- Konsultanta Wojewódzkiego ds. pediatrii,
- Konsultanta Wojewódzkiego ds. kardiologii dziecięcej,
- Konsultanta Wojewódzkiego ds. chirurgii dziecięcej,
- Konsultanta Wojewódzkiego ds. laryngologii, foniatrii i audiologii dziecięcej,
- Konsultanta Wojewódzkiego ds. neurologii dziecięcej.

Szpital zatrudnia 11 magistrów psychologii, 5 magistrów rehabilitacji, 22 magistrów analityki medycznej.

Wśród kadry pielęgniarskiej - 37 pracowników ma wykształcenie wyższe (mgr pielęgniarstwa), a 116 posiada specjalizacje.

Stan i poziom kwalifikacji personelu medycznego zapewnia wysoką jakość świadczonych usług medycznych, tym bardziej że wszyscy pracownicy medyczni biorą systematycznie udział w różnego rodzaju szkoleniach zawodowych i konferencjach naukowych.

Sytuacja finansowa DSK na tle innych szpitali klinicznych w Polsce jest lepsza niż przeciętna. DSK zachowuje płynność finansową.



Powołanie Rady Społecznej SP ZOZ DSK w Lublinie

Zarządzenie MZiOS z dnia 31 grudnia 1998 r. powołało RS SP DSK w Lublinie zgodnie z art. 44c ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o ZOZ (z późn. zm.). Pełniąc funkcję wicedyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego zostałam jako przedstawiciel Ministra powołana na przewodniczącą RS DSK w Lublinie. W czasie kadencji RS odbyło się 11 posiedzeń, na których podjęto 66 uchwał. Na spotkaniach Rady wśród wielu problemów zajmowano się oceną jakości udzielanych przez DSK świadczeń medycznych, analizą skarg i wniosków wnoszonych przez ustawowych przedstawicieli pacjentów. Na posiedzenia zapraszani byli przewodniczący pięciu istniejących na terenie szpitala zakładowych organizacji związkowych oraz inni goście.

Na I posiedzeniu RS w dniu 18 maja 1998 r. przedstawiłam regulamin pracy RS DSK, który został uchwalony zgodnie ze Statutem SP ZOZ DSK (§10 ust. 1 p. 1b) zatwierdzonym przez MZiOS w dniu 14 grudnia 1998 r. zarządzeniem nr 33/98. Zmiana regulaminu RS została uchwalona w czerwcu 2001 r. zgodnie z ustawą o ZOZ z 30 sierpnia 1991 r. i Statutem DSK nadanym przez JM Rektora AM w Lublinie i zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia 14 maja 2001 r.

Już na I posiedzeniu RS potwierdziła konieczność stałego monitorowania ilości i jakości procedur medycznych zakupionych przez LRKCh i MZOiS oraz zaleciła zintensyfikowanie procedur akredytacyjnych. Szpital posiada wysokospecjalistyczną kadrę oraz spełnia wszystkie warunki pozwalające na zwiększoną dystrybucję procedur - DSK świadczy usługi na bardzo wysokim poziomie, cieszy się dobrą opinią w regionie, co stwarza możliwość podjęcia starań o akredytację.

Na II posiedzeniu RS 6 października 1999 r. poinformowałam o zmianach personalnych w składzie RS zgodnie z Zarządzeniem MZiOS z 15 wrze-

śnia 1999 r. (zdjęcie Rady Społecznej). Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał jako swoich przedstawicieli profesorów: Tomasza Trojanowskiego i Zbigniewa Stelmasiaka, którzy jako kierownicy Klinik AM i Konsultanci Krajowy i Regionalny w swoich specjalnościach, znakomicie służyli cennymi radami. Na tym posiedzeniu przedstawiłam też kandydaturę dr inż. Stanisława Stachowicza - Prezesa Zarządu KWK „Bogdanka” S.A. na mojego zastępcę, która została jednogłośnie przyjęta. Był to wspaniały wybór, gdyż przez całą kadencję Rady Stanisław Stachowicz był dla nas ogromnym wsparciem, służąc bardzo kompetentnymi i wyważonymi radami. Jego doświadczenie, znakomite przygotowanie do kierowania Kopalnią Węgla Kamiennego (najlepszą w Polsce) bardzo pomagało nam w podejmowaniu najważniejszych decyzji w czasie, nieraz bardzo ożywionych, dyskusji. Zarówno mój zastępca, jak i dr Antoni Magdoń, Dyrektor Wykonawczy Banku PKO S. A. Makroregion Wschód okazali się bardzo aktywnymi członkami Rady Społecznej jak też hojnymi sponsorami DSK i rzecznikami spraw Szpitala w środowisku lubelskim.

Rada Społeczna w tym składzie pracowała do dnia powołania przez JM Rektora AM w Lublinie nowej Rady w lutym 2002 r. Zgodnie z Rozporządzeniem MZ z 15 października 2001 r. państwową uczelnią właściwą do przejęcia uprawnień organu założycielskiego w stosunku do DSK im. prof. A. Gębali jest Akademia Medyczna w Lublinie. Pismem z 18 stycznia 2002 r. prof. zw. dr hab. Maciej Latański - Rektor AM w Lublinie poinformował mnie, że zostałam desygnowana przez MZ na członka RS DSK im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie i zaprosił na uroczyste posiedzenie nowej RS w lutym br., na którym wręczono nam nominacje.

Następne posiedzenie odbyło się 10 kwietnia - przewodniczącym Rady został mgr Andrzej Niedzielski - Dyrektor Administracyjny AM. W skład Rady weszło jeszcze pięciu członków z poprzedniej RS, co daje gwarancję kontynuowania współpracy - w tym dbałość o stałe podnoszenie jakości

świadczonych usług. Potwierdzeniem tego było wystąpienie na posiedzeniu RS dr n. med. Marii Zatorskiej-Karpus – pełnomocnika dyrektora ds. zarządzania jakością, która omówiła wyniki wizyty akredytacyjnej przeprowadzonej w dniach 6-8 lutego br. w DSK. W ten sposób nowa Rada została wprowadzona w aktualne zagadnienia dotyczące podnoszenia jakości i jej promocji. Aneks nr 4 do Zarządzenia nr 30/2000 Dyrektora DSK, dodając § 62a, określił zadania Pełno-

ankietowania satysfakcji pacjentów – jak najlepsze zorganizowanie badań ankietowych przez pracowników. Wiadza uzyskana na licznych szkoleniach (seminariach i warsztatach) przez członków Zespołu ds. Jakości pozwoliła na bardziej merytoryczne podejście do działań projakościowych. Zespół i Zarząd Szpitala postawiły sobie za cel podniesienie poziomu realizacji standardów jakościowych, co wymagało:

Prace tak kompetentnego Zespołu ds. Jakości pod kierunkiem mądrego, aktywnego i sercem oddanego sprawię Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością oraz zaangażowanie Dyrekcji Szpitala i jej RS w działania projakościowe pozwolą z pewnością na jeszcze lepszą ich realizację.



mocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością, zobowiązując go, między innymi, do sporządzania sprawozdań rocznych w zakresie zarządzania jakością w DSK.

Za rok 2001 został sporządzony raport z realizacji programu działań na rzecz poprawy jakości w DSK określający pięć obszarów działań na rzecz poprawy jakości. W II obszarze wybrano pięć problemów wymagających szybkiego rozwiązania, z równoczesną analizą problemu. Dwa z nich dotyczyły praw pacjenta tj. informowania o przysługujących mu prawach oraz

– ugruntowania w świadomości wszystkich pracowników ogromnej roli wysokiej jakości usług medycznych dla pacjentów, płatnika usług i właściciela Szpitala, a także angażowania się pracowników do wszystkich działań projakościowych,

– stałego monitorowania poziomu spełnionych standardów akredytacyjnych oraz konieczność poprawy częściowo zgodnych,

– podjęcia aktywnych działań na rzecz poprawy jakości w obszarach, które w czasie wizyt akredytacyjnych nie były w pełni spełnione.

IV. Proces akredytacji DSK

Dotychczas na 719 szpitali publicznych i niepublicznych ok. 100 poddało się programowi zewnętrznej oceny jakości. Akredytację posiada 59 szpitali: 48 pełną (trzyletnią) i 11 warunkową (roczną). Spośród 43 szpitali klinicznych, aż trzy z siedzibą w Lublinie, tj. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1, SPSK nr 4 oraz nasz DSK

im. Prof. A. Gębali – mają pełną akredytację, co stawia Lublin na czele miast wojewódzkich w tym względzie. Do stycznia 2002 r. był to jedyny DSK w Polsce z akredytacją – teraz warunkową akredytację posiada również DSK im. dr L. Zamenhofa AM w Białymstoku, którego Dyrektor uczestniczyła w uroczystości wręczenia nam pierwszego, rocznego certyfikatu akredytacyjnego w kwietniu 2001 r. zapowiadając wówczas przystąpienie DSK w Białymstoku do akredytacji.

Program Akredytacji Szpitali to zbiór 210 standardów podzielonych na 15 grup – standardy oceniane są w skali punktowej 5-3-1 (5 – to pełna zgodność, 3 – częściowa, 1 – standard niespełniony).

Tematy poruszane w standardach akredytacyjnych:

- 72% dotyczy przepływu istotnych dla chorych informacji,
- 78% dotyczy funkcjonowania szpitala jako całości organizacyjnej,
- 77% dotyczy opieki sprawowanej bezpośrednio nad chorymi,
- 11% dotyczy wymogów technologicznych.

Należy dodać, że szpitalom klinicznym trudniej osiągnąć sukces, jako większym placówkom realizującym zarówno cele lecznicze, dydaktyczne i naukowe. Jakość, będąca sumą jakości cząstkowej (jednostkowej), powstaje w szpitalu w procesach klinicznych

oraz jest konsekwencją ich realizacji. Tak więc wszystkie komórki w zakładzie muszą ze sobą współpracować, aby osiągnąć efekt końcowy – zadowolenie pacjenta z otrzymanej usługi.

DSK w Lublinie poddał się dwukrotnie procesowi akredytacji w listopadzie 2000 r. oraz w lutym 2002 r. Cel uzyskania pełnej trzyletniej akredytacji został osiągnięty w marcu 2002 r. – certyfikat nr 2002/10 nadał DSK status Szpitala Akredytowanego do 10 marca 2006 r. Oczywiście otrzymanie akredytacji nie zwalnia ze stałego czuwania nad utrzymaniem wysokiej jakości świadczonych usług i dążenia do pełnej zgodności ze wszystkimi standardami.

Zarządzanie jakością jest niezbędnym warunkiem kreowania pozytywnego wizerunku organizacji. Ponieważ zarządzanie placówką zdrowia jest 6–8-krotnie trudniejsze od zarządzania organizacjami z innych branż, należy poszukiwać narzędzi pozwalających na skuteczne i efektywne zarządzanie oparte na konkretnych bieżących danych. Narzędziem monitorowania jakości i jednocześnie marketingowym, jest pomiar satysfakcji klienta zewnętrznego placówek tj. pacjentów. Badanie to ma dostarczyć informacji o poziomie satysfakcji pacjentów potwierdzając dobry poziom oferowanych usług oraz określić priorytetyzując aspektów wymagających

interwencji i poprawy. Dokonanie pomiaru satysfakcji, przed i po wprowadzonych w jej wyniku zmianach w procesie świadczenia usług, ułatwia ocenę postępowania i wyciąganie wniosków. Badania te muszą więc być powtarzane cyklicznie i powinny być z góry zaplanowane. Ocenia się szereg elementów: dostępność usług, informację i komunikację, wsparcie psychiczne i emocjonalne, koordynację i kontynuację opieki, warunki hotelowe.

Główną determinantą zadowolenia pacjentów z usług medycznych jest jego relacja z personelem medycznym. Staraliśmy się więc w czasie badań ankietowych w DSK przewagę pytań stawiać po stronie relacji interpersonalnych.

Celem przeprowadzonych dwukrotnie badań ankietowych było uzyskanie odpowiedzi między innymi na następujące grupy pytań:

- jaki jest procent pacjentów, którzy rekomendowaliby szpital rodzinie i znajomym,
- jaki procent pacjentów zapozna się z Kartą Praw Pacjenta i Regulaminem Klinik,
- jak oceniana jest uprzejmość lekarzy, pielęgniarek i pracowników administracji szpitala,
- jaki jest procent pacjentów zadowolonych z informacji udzielanych przez lekarzy i pielęgniarki,
- jaki jest procent rodziców znających nazwisko lekarza leczącego i pielęgniarek opiekujących się dzieckiem,
- jak oceniane są warunki hospitalizacji.

Naszymi pacjentami są dzieci, więc pytania kierowaliśmy do ich rodziców i opiekunów, starając się przy kolejnym badaniu doskonalić jakość stawianych pytań i jasno je formułować, by uzyskać bardziej wiarygodne odpowiedzi. Dotychczas, w DSK przeprowadzono trzy badania ankietowe satysfakcji pacjentów: dwa w 2001 r. oraz w kwietniu 2002 r.

W badaniu ankietowym satysfakcji pacjentów w maju 2001 r., które potraktowano jako pilotażowe, wzięło udział 443 rodziców – w okresie tym wypisano 1092 dzieci (nie uwzględniono wówczas pacjentów leczonych w Oddziale Intensywnej Terapii). Zwrot-



ność ankiet wynosiła ok. 40%. Badano wiele parametrów, analizę przedstawiono w 40 tabelach, zaś podsumowanie – graficznie. Raport z majowego badania ankietowego został przedstawiony pracownikom, pacjentom oraz RS na IX posiedzeniu w czerwcu 2001 r. i na X posiedzeniu w październiku 2001 r. wraz z wykresem średnich ocenianych parametrów. RS podjęła uchwałę nr 8 z 27 czerwca 2001 r. oraz uchwałę nr 4 z 3 października 2001 r. w sprawie poprawy jakości świadczeń udzielanych w DSK.

Po przeprowadzeniu analizy uzyskanych w maju odpowiedzi:

- zmodyfikowano ankietę, tj. układ i zakres pytań z położeniem nacisku na pytania o relacje interpersonalne,
- zmieniono punktację wprowadzając sześciopunktową skalę szkolną, znaną rodzicom.

Drugą tak zmodyfikowaną ankietę przeprowadzono w dniach od 17 września do 17 października 2001 r. W badaniach wzięło tym razem udział więcej rodziców, tj. 659 na 1127 pacjentów wypisanych w tym czasie, co stanowi 58,5%). Ankiety były wypełniane przez rodziców w dniu wypisu pacjenta w Dziale Dokumentacji Medycznej i Statystyki DSK.

Na pytanie dotyczące rekomendacji szpitala rodzinie i znajomym 581 osób uznało DSK za godny polecenia, 23 osoby nie poleciłyby szpitala, zaś 55 osób nie udzieliło odpowiedzi. Oznacza to, że 96,2% osób zajmujących stanowisko – rekomenduje DSK jako godny polecenia rodzinie i znajomym.

Z Kartą Praw Pacjenta zostały zapoznane 474 osoby, 142 stwierdziły, że nie znają tego dokumentu, a 43 nie udzieliły odpowiedzi. Odsetek odpowiedzi potwierdzających zapoznanie z Kartą Praw Pacjenta w grupie osób zajmujących stanowisko wyniósł 76,9%.

Wskaźnik znajomości nazwiska lekarza w skali DSK wynosił w październiku 92,4%. Wskaźnik ten w stosunku do pielęgniarek wynosił 62,9%.

Ankietowani ocenili uprzejmość lekarzy, w skali od 1 do 6, na poziomie 5,17, a uprzejmość pielęgniarek na poziomie 4,92. Uprzejmość pracowników Działu Dokumentacji Medycznej i Statystyki została oceniona na 5,37. Z badań wynika, że poziom satysfakcji

z udzielanych informacji przez lekarzy wynosił od 4,87 (plan badań i leczenia), 4,86 (stan zdrowia dziecka) do 5,01 (zalecenia po wypisie do domu). Satysfakcja z informacji udzielanych przez pielęgniarki wynosiła od 4,76 (funkcjonowanie oddziału), 4,90 (pielęgnacja po wypisie) do 4,94 (opieka pielęgniarska). Warunki lokalowe szpitala zostały ocenione na poziomie 5,24, czystość w klinikach – na 5,26, jakość posiłków – 4,60.

W kwietniu 2002 r. przeprowadzono po raz trzeci badania ankietowe satysfakcji pacjentów – identyczne i porównywalne do badania z września-października 2001 r. Zwrotność ankiet była też zbliżona i wynosiła ok. 60%. Po wstępnej analizie można stwierdzić, że spotyka się coraz mniej dodatkowych uwag o ewentualnych brakach i niedociągnięciach, zaś coraz więcej rodziców potwierdza, że DSK jest godny polecenia rodzinie i znajomym. Obecnie rodzice przy przyjęciu dziecka do Kliniki potwierdzają, że zapoznali się z Kartą Praw Pacjenta i Regulaminem Klinik, co znacznie poprawia wzajemne relacje rodziców i personelu.

Jednym z zadań RS, wg § 2 ust. 2 p. 4 Regulaminu RS SP DSK w Lublinie jest dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające ze świadczeń Szpitala, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu. Na X posiedzeniu w dniu

3 października 2001 r. przedyskutowano przedstawioną analizę skarg dotyczących DSK na przestrzeni lat 1998-2001. Dotyczyły one najczęściej:

- ▶ odwiedzin i „dostępności” do łóżka pacjenta,

- ▶ poradni oraz utrudnień w „dostępności” do lekarzy specjalistów.

Ważna w tych wypadkach jest rozmowa i tłumaczenie rodzicom, jakie trudności ma szpital i z czego te kłopoty wynikają.

RS została poinformowana przez zastępcę Dyrektora DSK, że na wysokość kontraktu z Kasami Chorych będzie również rzutować nowowprowadzone kryterium „skargi pacjentów”. Analiza skarg i obliczanie wskaźnika skarg jest kolejnym ważnym działaniem na rzecz jakości.

V. Perspektywy DSK (po uzyskaniu akredytacji)

Otrzymanie przez DSK statusu szpitala akredytowanego jest atutem w negocjacjach z Kasami Chorych i Ministerstwem Zdrowia – Lubelska KCh podpisała w 2001 r. aneks, w którym z tytułu akredytacji kontrakt z DSK za I półrocze wzrósł o 1% (szpitale, które w tym czasie otrzymały certyfikat na 3 lata – uzyskały zwiększenie kontraktu o 3%) i pozwala mieć nadzieję na wyróżnienie poprzez promowanie nas przez organ założycielski.

Po otrzymaniu certyfikatu akredytacyjnego w 2001 r. i podjęciu decyzji o uzyskaniu akredytacji pełnej został opracowany biznesplan na lata 20001-2005. Przedstawione w nim zostały m. in.:

Misja Szpitala

Standardem postępowania musi być przyjęcie misji przez szpital i jej realizowanie tak, by nie wygasła.

Misją Szpitala jest udzielanie świadczeń medycznych o najwyższej jakości w powiązaniu z pracą naukowo-badawczą i dydaktyczną.

Wizja DSK

Wizja DSK, zgodnie z koncepcją R. Kocha stanowi dalekosiężne aspiracje DSK wyrażające się umacnianiem pozycji niekwestionowanego lidera w zakresie usług medycznych – pediatrycznych. W dążeniu do bycia najlepszym, DSK poprzez działania poszczególnych Klinik, Poradni i Zakładów zmierza do ciągłego podnoszenia jakości i rozszerzenia zakresu świadczonych usług medycznych.

DSK w tym procesie zamierza umacniać kluczowe czynniki sukcesu, do których należą:

1. wysoko kwalifikowany personel medyczny,

2. związek z Akademią Medyczną poprzez zatrudnianie nauczycieli akademickich, prowadzenie badań naukowych i zajęć dydaktycznych,

3. utrzymanie akredytacji DSK,

4. nowoczesny sprzęt diagnostyczno-leczniczy,

5. dobre warunki lokalowe,
6. wizerunek DSK.

Mocne strony DSK

1. wysoko wyspecjalizowana kadra medyczna z dorobkiem naukowym,
2. dobre wyposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną,
3. wyłączność na większość z oferowanych w regionie specjalistycznych świadczeń medycznych,
4. akredytacja,
5. dobra opinia rodziców pacjentów o wysokiej jakości świadczonych usług (z badań ankietowych wynika, że ponad 96% rodziców uznaje DSK za godny polecenia),
6. okoliczność, że konsultant krajowy ds. onkologii dziecięcej oraz konsultanci wojewódzcy w poszczególnych dziedzinach pediatrii są pracownikami DSK,
7. wykonywanie procedur wysoko-specjalistycznych,
8. uczestnictwo w ogólnopolskich programach badawczych.

Szanse DSK

1. słaba konkurencja w zakresie świadczeń medycznych będących w ofercie szpitala,

2. możliwość zagwarantowania odpowiedniej jakości świadczeń, wynikających ze wzrostu oczekiwań pacjentów wobec szpitala,

3. gwarantowany wzrost odpisu ze składki na ochronę zdrowia,
4. rozwój ubezpieczeń prywatnych,
5. wzrost zapotrzebowania na świadczenie medyczne naszego szpitala dla pacjentów z Ukrainy, Białorusi, i Litwy opłacających świadczenia we własnym zakresie,
6. możliwość rozszerzenia oferty o inne świadczenia – w tym stopniowe uruchamianie sal pobytu dla matki z dzieckiem w poszczególnych oddziałach,
7. rozwój nowych usług medycznych, między innymi powstanie Oddziału Rehabilitacji i Ośrodka Leczenia i Diagnostyki Mukowiscydozy,
8. wolny wybór lekarza i szpitala przez pacjenta.

Cele strategiczne DSK

Do głównych celów strategicznych DSK należy:

1. stałe zwiększanie udziału DSK w rynku usług medycznych,
2. utrzymanie akredytacji,
3. realizowanie zadań dydaktycznych dla Wydziału Lekarskiego z Od-

ziałem Stomatologii, Pielęgniarskiego AM w Lublinie, oraz prowadzenie innego rodzaju szkoleń i udostępnianie bazy Szpitala do wykonywania prac badawczych prowadzonych przez pracowników Szpitala,

4. Podnoszenie wartości rynkowej DSK (w tym i poprzez osiąganie zysku z działalności).

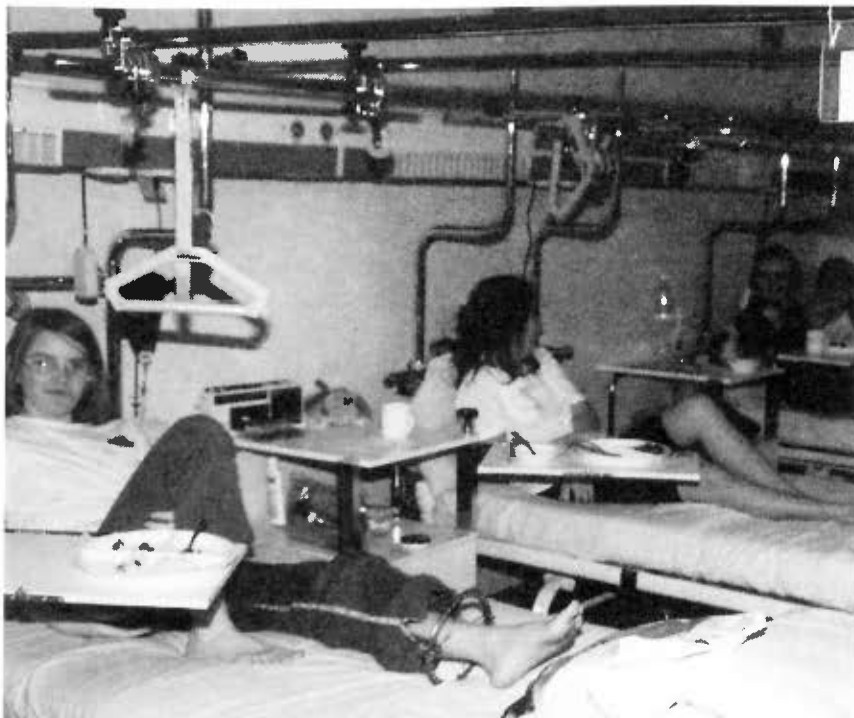
Sformułowane cele przekładają się na działania poprzez system mierników w czterech perspektywach Strategicznej Karty Wyników. Do mierników tych należą:

- w ramach perspektywy finansowej:
 - zysk operacyjny,
 - koszt pobytu chorego.
- w ramach perspektywy klienta:
 - zadowolenie rodziny,
 - polecenie szpitala innym,
 - świadomość planu opieki zdrowotnej.
- w ramach perspektywy procesów wewnętrznych:
 - długość pobytu,
 - współczynnik ponownych przyjęć,
 - współczynnik zakażeń szpitalnych,
- w ramach perspektywy wiedzy i rozwoju:
 - liczba uzyskanych specjalizacji, odbytych szkoleń przez pracowników DSK,
 - stopień zużycia wysoko specjalistycznego sprzętu diagnostyczno-leczniczego.

Inicjatywy strategiczne obejmują działania poszczególnych Klinik i Zakładów rozszerzających ofertę usług medycznych i podnoszących ich jakość.

Strategia Kadrowa

1. szkolenia lekarzy niezbędne dla uruchomienia nowych ofert,
2. szkolenie pracowników ekonomiczno-finansowych w obszarze nowych metod finansowo-księgowych i nowoczesnych metod zarządzania, w tym TQM,
3. szkolenia w zakresie monitorowania zakażeń szpitalnych,
4. opracowanie systemu wynagrodzenia motywującego do podnoszenia jakości i obniżania kosztów usług medycznych.



Strategia Marketingowa

1. reklama Dziecięcego Szpitala Klinicznego w środkach masowego przekazu,

2. public relations: seminaria, lobbing, imprezy sponsoringowe dla DSK,

3. promocja nowych metod diagnostycznych, leczenia oraz usług medycznych,

4. badanie satysfakcji pacjentów.

Strategia Jakości

Ważnym kierunkiem strategicznym dla całego Szpitala jest ciągłe podnoszenie jakości świadczonych usług, pozwalające na utrzymanie Certyfikatu Akredytacyjnego. Realizacja strategii jakości będzie realizowana poprzez:

1. ciągłe monitorowanie spełniania standardów akredytacyjnych,

2. systematyczne prowadzenie badań ankietowych satysfakcji pacjentów oraz przedstawianie wyników ankiety pracownikom Szpitala, Radzie Społecznej oraz pacjentom,

3. systematyczną analizę przyczyn zgonów oraz wskaźników zgonów, reoperacji, zakażeń szpitalnych, skarg, ponownych przyjęć,

4. analizę najczęstszych przyczyn hospitalizacji i porad w poradniach DSK,

5. systematyczną kontrolę dokumentacji medycznej,

6. wykorzystywanie wniosków z badań satysfakcji pacjentów do zmiany postaw pracowników w kierunku ich większego zaangażowania w proces podnoszenia jakości świadczonych usług przez DSK.

Przygotowana przez Zespół ds. Jakości Strategia Jakości, z założeniem systematycznego przedstawiania wyników badań ankietowych satysfakcji pacjentów, daje gwarancję jak najlepszego wykorzystania aktualnych danych do prowadzenia właściwej polityki zarządzania Szpitalem, w tym zarządzania jakością.

Wnioski:

Wydaje się celowe:

1. Wpisanie do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością, wymienionych w § 62a Regulaminu

Organizacyjnego SP ZOZ DSK w Lublinie, nowego zadania w brzmieniu:

„Informowanie Rady Społecznej na każdym posiedzeniu o działaniach podjętych na rzecz podnoszenia jakości”.

2. Wpisanie do zadań Rady Społecznej wymienionych w Regulaminie RS 2 czerwca 2001 r:

„Obowiązek ciągłego monitorowania działań prowadzonych przez Zespół ds. Jakości, analiza problemów przedstawianych przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością oraz wyciąganie wniosków z informacji zgłaszanych na każdym posiedzeniu RS jak też zawartych w rocznych sprawozdaniach”.

3. Wystąpienie RS z informacją do Ministra Zdrowia o uzyskaniu przez DSK pełnej akredytacji oraz z wnioskiem do Ministra Zdrowia i JM Rektora AM o wyróżnienie SP ZOZ DSK im. prof. Antoniego Gębali przez jego promowanie oraz np. większy dostęp do korzystania z funduszy inwestycyjnych.

4. Wystąpienie do KCh i MZ popierające negocjacje zwiększające w znaczący sposób kontrakty z DSK na usługi medyczne i procedury wysokospecjalistyczne.

Podsumowanie

W miarę powstawania pracy zdałam sobie sprawę, że jako przewodnicząca RS powinnam więcej czasu podczas posiedzeń poświęcać analizie przedstawianych zagadnień przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości. Teraz jako członek nowej Rady będę się starała zwrócić na to uwagę nowego przewodniczącego.

Trzyletnia kadencja RS cechowała się znakomitym porozumieniem i współpracą naszego zespołu z Dyrekcją Szpitala. Dyrektor Jerzy Szarecki, świetny organizator, mądry i kompetentny zwierzchnik, bardzo aktywny propagator naszego Szpitala w środowisku lubelskim i na forum krajowym, stworzył zespół oddanych sprawom Szpitala Pań: Wicedyrektorzy, Główna Księgowa, Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością, Naczelną Pielęgniarkę, Dyrektora Szkoły Przyszpitalnej. Współpraca RS z tym zespołem była niezwykle satysfakcyjna,

owocna i mimo, a może dzięki, nieraz gorącym dyskusjom – zawsze potrafiliśmy razem podjąć najważniejsze decyzje. Dyrektor Szarecki nadal zabiega o życzliwość dla Szpitala, zaprasza na każdą uroczystość media informując o ważnych wydarzeniach w życiu DSK. Wystąpienia RS z wnioskiem o nagrodę dla Dyrektora nie były więc tylko regulaminowym dopełnieniem obowiązku RS, ale skromnym podziękowaniem za jego wielkie serce całe oddane Dzieciom – Pacjentom Szpitala.

Moje kontakty z DSK to nie tylko posiedzenia RS, to także wiele spotkań z okazji wielu uroczystości: otwarcie nowych oddziałów, nadanie szpitalowi certyfikatu jakości, przyjęcie daru ojców miasta upiększającego podjazd naszego DSK w figurce przesympatycznej foczki – fontanny, której dzieci (po konkursie) nadały wdzięczne imię: Florka. Takie spotkania budują szczególną więź. Wszystkie uroczystości zaszczycał swoją obecnością prof. dr hab. Maciej Latalski JM Rektor AM w Lublinie, zawsze życzliwy poczynaniom Dyrekcji i RS DSK. Ta wzajemna ciepła, a właściwie gorąca relacja bardzo pomagała podczas każdej pracy podejmowanej na rzecz pacjenta DSK, jakim jest dziecko.

W 2000 r. został wydany informator DSK. Nasz Szpital bierze też udział w programie „Motylkowe Szpitale dla Dzieci” organizowanym przez Fundację „Porozumienie bez Barrier”; w dniu 2 sierpnia 2000 r. zostaliśmy wyróżnieni nagrodą pieniężną. Znaleźliśmy się też na liście 100 najlepszych szpitali w Polsce, wybranych spośród tych, które dobrowolnie poddały się ocenie przeprowadzonej przez Medical Rating i dziennik „Rzeczpospolita” w pierwszej edycji ogólnopolskiego rankingu.

Pełnienie funkcji przewodniczącej RS DSK to była wielka odpowiedzialność, ale też ogromny zaszczyt i przyjemność – praca z takim gronem wspierających mnie osób to jasny promień słońca na tle dość często „zachmurzonego horyzontu” urzędniczej pracy.

Warszawa, 2002

Piśmiennictwo u autorki

Z prac Komitetu Nauk o Leku PAN

Z końcem 2002 roku zakończyła się czteroletnia kadencja (1999-2002) Komitetu Nauk o Leku Wydziału (VI) Nauk Medycznych PAN.

PROF. DR HAB. LECH PRZYBOROWSKI*
SEKRETARZ NAUKOWY
KOMITETU NAUK O LEKU PAN

Wskutek zmian organizacyjnych w Polskiej Akademii Nauk, polegających na ograniczeniu liczby komitetów w wydziałach, od stycznia bieżącego roku Komitet Nauk o Leku został połączony z Komitetem Terapii Doświadczalnej. Nasze argumenty (jak się wydaje dość mocne), dotyczące utrzymania pełnej samodzielności Komitetu w ramach Wydziału VI, nie pozwoliły powstrzymać ogólnych tendencji reorganizacji.

Komitet Nauk o Leku PAN został powołany w grudniu 1985 roku. Powstał w wyniku usilnych starań Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, popartych jednomyślnymi uchwałami wszystkich Rad Wydziałów Farmaceutycznych. (Nie wymieniam nazwisk szeregu osób uczestniczących w tym osiągnięciu, chociaż zasługi kilku z nich były szczególnie duże). Należy przypomnieć, że wobec stanowiska władz Polskiej Akademii Nauk nie powiódł się pierwotny zamiar powołania Komitetu Nauk Farmaceutycznych, co ograniczyło oczywiście zakres działalności powstałego Komitetu.

Na pierwszym posiedzeniu (10 lutego 1986 r.) przewodniczącym Komitetu Nauk o Leku wybrano **prof. dr hab. Leszka Krówczyńskiego**



go (pełnił tę funkcję przez trzy kadencje), sekretarzem naukowym był **prof. dr hab. Jan Grzybek**. Przez 2 kolejne kadencje (3- i 4-letnia) przewodniczącą była **prof. dr hab. Mirosława Goleniewska-Furmanowa**, zastępcą **prof. dr hab. Kazimierz Główniak**, sekretarzem naukowym **prof. dr hab. Lech Przyborowski**. Początkowo powołano pięć komisji (Analizy i Trwałości Leku, Dostępności Biologicznej Leku i Farmacji Klinicznej, Leku Naturalnego i Biotechnologii, Leku Syntetycznego, Tech-

*emerytowany profesor
zwyczajny

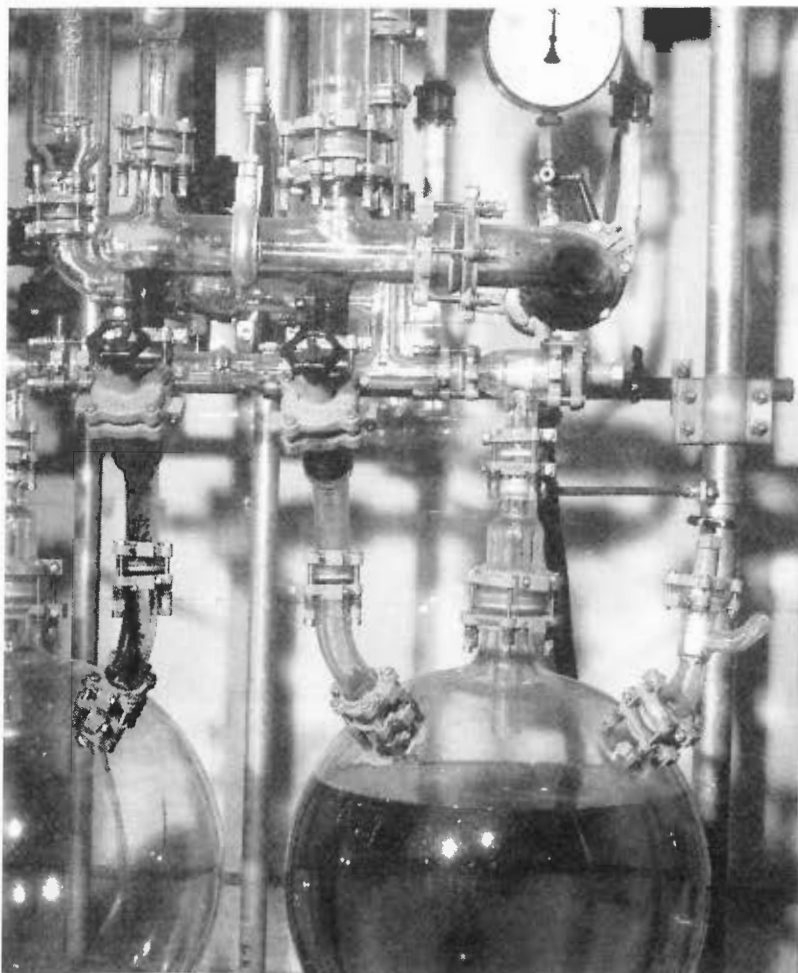
nologii Postaci Leku). W 1993 r. połączono dwie komisje i do chwili obecnej w skład Komitetu wchodzi cztery komisje (w nawiasie nazwiska przewodniczących): Komisja Analizy Leku (**prof. dr hab. Jan Pawlaczyk**), Komisja Leku Naturalnego i Biotechnologii (**prof. dr hab. Stanisław Kohlmünzer**; a po Jego śmierci, od r. 2002 **prof. dr hab. Wanda Kisiel**), Komisja Postaci Leku, Farmakokinetyki i Farmacji Klinicznej (**prof. dr hab. Aleksander Kubis**). Komisja Syntezy i Projektowania Nowych Leków (początkowo **prof. dr hab. Alfred Zejc** następnie **prof. dr hab. Zdzisław Machoń**).

Zgodnie z założeniami działalność Komitetu koncentrowała się głównie na inspirowaniu badań naukowych, ich ocenie w oparciu o osiągnięcia światowe oraz upowszechnieniu wiedzy w szerokim zakresie nauk o leku. Ponieważ duża praca ekspercka dokonana m. in. w latach 1994-1995, zna-

lała swój wyraz w wydanym nakładem (PAN w 1995 r. opracowaniu pt. „Nauka Polska w Ocenie Komitetów”, a fragmenty niektórych działań Komitetu były także referowane w „Farmacji Polskiej”, dlatego w tym miejscu ograniczę się do częściowej charakterystyki ostatniego okresu działalności Komitetu Nauk o Leku PAN.

Komitet był organizatorem lub współorganizatorem szeregu konferencji i sympozjów, z których wymienić należy przede wszystkim trzy cykliczne konferencje o szerokim zasięgu krajowym i międzynarodowym: International Symposium on Molecular Aspects of Chemotherapy, odbywające się co dwa lata w Gdańsku, we wrześniu (1999, 2001, kolejne, dziewiąte Sympozjum – w roku 2003), organizowane przez prof. dr hab. Edwarda Borowskiego, a instytucjonalnie przez Komitet Nauk o Leku, Politechnikę Gdańską, Centrum Doskonałości Bio-

logii Molekularnej; Multidyscyplinarna Konferencja Nauk o Leku; I odbyła się w Muszynie (3-5 marca 1999 r.), II w Cieplicach (5-7 kwietnia 2000 r.), III w Pile (13-16 maja 2002 r.), współorganizowana przez Instytut Farmaceutyczny, Komitet Nauk o Leku i jego Komisję Syntezy i Projektowania Nowych Leków (prof. dr hab. Zdzisław Machoń), PTFarm., PTChem.; International Symposium on Chromatography of Natural Products, odbywa się w Lublinie (Kazimierz Dolny) co dwa lata w czerwcu (III: 12-15 czerwca 2002), organizowana przez prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka, instytucjonalnie przez Komitet Nauk o Leku i jego Komisję Leku Naturalnego i Biotechnologii, Akademię Medyczną w Lublinie.



Prof. dr hab. Lech Przyborowski

Absolwent Wydziału Farmaceutycznego UMCS. W latach 1972-1984 kierownik Zakładu Analizy Leków AM w Lublinie, w latach 1985-1996 kier. Katedry i Zakładu Chemii Leków, prodziekan Wydziału Farmaceutycznego (1969-1972), dziekan Wydziału Farmaceutycznego (1972-1981 i 1984-1987). Od 1986 roku pełni funkcję sekretarza naukowego Komitetu Nauk o Leku PAN. Autor 140 publikacji dotyczących badań z zakresu chemii koordynacyjnej, metod analitycznej oceny jakości leków, oznaczania środków farmaceutycznych w materiale biologicznym.



Obok tych dużych zgromadzeń pracowników naukowych były też inne, nie mniej inspirujące. Wymienię niektóre z nich, z ostatnich czterech lat.

W 1999 r. – poza wymienionymi – konferencją w Muszynie i Sympozjum w Gdańsku, odbyło się posiedzenie naukowe Komitetu (organizator: prof. dr hab. Mirosława Furmano-

wa) z wykładem prof. S. N. Upadhyaya (Narodowy Instytut Immunologii w New Delhi) pt. „Therapeutic potential of plant derived immunomodulatory compounds”. W tym samym roku odbyły się trzy zebrania naukowe zorganizowane przez Komisję Komitetu Nauk o Leku: Sympozjum „Badanie jakości i trwałości substancji leczniczych” – przez Komisję Ana-

Komitet Nauk o Leku PAN został powołany w grudniu 1985 r., w wyniku usilnych starań Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

lize Leku, organizator: prof. dr hab. Aleksander Kubis) oraz „Perspektywy opieki farmaceutycznej w Polsce”, w Krakowie 29 listopada (organizator: **prof. dr hab. Joanna Szymura-Oleksiak**).

W 2000 r. – oprócz Konferencji w Cieplicach i Sympozjum w Kazimierzu – Komitet Nauk o Leku zorganizował przy udziale **prof. dr hab. Waldemara Jańca** – w Warszawie 23 maja, bardzo interesującą konferencję „Wprowadzenie do farmakogenetyki i terapii genowej”, z trzema doskonałymi wykładami (moderator: prof. W. J.) i wartościową dyskusją. Miało też miejsce Sympozjum „Postęp w zakresie oznaczania leków w materiale biologicznym i interpretacji wyników” (organizator: **prof. dr hab. Jan Pawlaczyk**) w Poznaniu 21-22 września, przy uczestnictwie Komitetu Nauk o Leku, Komisji Analizy Leku KNoL i Komisji Analizy Farmaceutycznej Komitetu Chemii Analitycznej PAN. Odbyły się także dwie konferencje Komisji Postaci Leku, Farmakokinetyki i Farmacji Klinicznej: „Współczesne poglądy na technologię stałych doustnych postaci leku” w Warszawie 24 listopada (organizator: prof. dr hab. Aleksander Kubis) i „The Application of Population Pharmacokinetics to the Optimization of Pharmacotherapy” w Krakowie 14 grudnia (organizator: prof. dr hab. Joanna Szymura-Oleksiak), jak również Konferencja Komisji Leku Naturalnego i Biotechnologii KNoL (organizator: prof. dr hab. Stanisław Kohlünzer) z wykładem prof. dr hab. W. Cisowskiego pt. „*Uncaria tomentosa* (Vitaceae) – peruwiańska roślina lecznicza, dotychczasowy stan badań fitochemicznych i aktywności biologicznej” w Warszawie 12 kwietnia.

W roku 2001, w związku z XVIII Naukowym Zjazdem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (Poznań, 19-22 września), wielu członków Komitetu i jego Komisji było zaangażowanych w organizację (dotyczy to przede wszystkim prof. dr hab. Jana Pawlaczyka) i czynnym uczestnictwie w tym Zjeździe, w szczególności w 3 presympozjach oraz sekcjach leku roślinnego i leku syntetycznego (w obu podsekcjach – analitycznej i syntetycznej). Odbyło się oczywiście wymienione wy-

żej Międzynarodowe Sympozjum (ósme) w Gdańsku. Ponadto Komitet uczestniczył w sesji naukowej „Farmacja Warszawska Społeczeństwu” (Warszawa, 7 czerwca), współorganizowanej z Wydziałem Farmaceutycznym AM w Warszawie; dotyczy to zwłaszcza prof. dr hab. M. Furmanowej i prof. dr hab. J. Pachecka. Komitet i jego Komisja Syntezy i Projektowania Nowych Leków odbyła konferencję „Fotouczulacze i ich rola w chemioterapii przeciwnowotworowej”, w Warszawie 11 czerwca (organizator: prof. dr hab. Z. Machoń), a Komisja Postaci Leku, Farmakokinetyki i Farmacji Klinicznej KNoL konferencję „Postacie leków stosowanych w ginekologii”, Warszawa, 10 grudnia (organizator: prof. dr hab. A. Kubis).

W 2002 roku – poza Konferencją w Pile i sympozjum chromatograficznym – miała miejsce konferencja Komitetu Nauk o Leku z udziałem czterech Komisji KNoL z niezwykle interesującym wykładem **prof. dr hab. Waldemara Jańca** „Leki sieroce (Orphan Drugs)”, Warszawa 16 kwietnia. Sympozjum LEK „Problemy analityczne w ocenie czystości i farmakokinetyki leku” (organizatorzy **dr hab. Jan Krzek** i prof. dr hab. Joanna Szymura-Oleksiak) odbyło się w Krakowie 26-27 września, z inicjatywy Komisji PAN: Postaci Leku, Farmakokinetyki i Farmacji Klinicznej Komitetu Nauk o Leku oraz Komisji Analitycznej Komitetu Chemii Analitycznej i Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UJ, przy współudziale Komisji Analizy Leku KNoL i Komisji Farmakopei Polskiej. W Warszawie 8 listopada Komisja Postaci Leku, Farmakokinetyki i Farmacji Klinicznej odbyła także Konferencję nt. „Nowoczesne poglądy na technologię stałych doustnych postaci leku oraz form leków podawanych na skórę i błony śluzowe” (organizator: prof. dr hab. A. Kubis).

Poza tą działalnością inspirującą i upowszechniającą osiągnięcia naukowe w zakresie nauk o leku Komitet na posiedzeniach plenarnych i posiedzeniach Prezydium KNoL omawiał współpracę naukową polskich ośrodków naukowych z zagranicznymi. Członkowie Komitetu Nauk o Leku i Komisji KNoL realizują wielolet-

nie dwustronne umowy o współpracy z ośrodkami naukowymi w Belgii, we Francji, w Holandii, Indiach, Kanadzie, Niemczech, we Włoszech. Opiniowano na zebraniach Komitetu lub Prezydium Komitetu wnioski dotyczące zapraszania gości zagranicznych, związanego z działalnością Komitetu – w celu nawiązania współpracy naukowej, wygłaszania wykładów lub uczestniczenia w szkoleniu. Komitet Nauk o Leku opiniował (popierał) kandydatury na członków Polskiej Akademii Nauk, chociaż tylko w jednym przypadku (prof. dr hab. Roman Kaliszan) było to uwieńczone pomyślnym skutkiem. Opiniowano również wnioski o nagrody naukowe Prezesa Rady Ministrów, skierowane zapytaniem do Komitetu. Omawiane były niektóre sprawy związane z programami studiów farmaceutycznych, szkolenia podyplomowego, specjalizacji farmaceutycznych, a także poziomu czasopism naukowych, w których publikowane są prace z zakresu nauk o leku. Przekazywano kierownictwu Polskiej Akademii Nauk zaniepokojenie niewystarczającym finansowaniem badań naukowych dotyczących otrzymywania i oceny jakości leków (nb. Komitet też miał trudności z organizacją niektórych konferencji, zwłaszcza pod koniec każdego roku kalendarzowego, ze względu na szczupłe finanse PAN).

Przedstawione (w koniecznym skrócie) prace i znaczące osiągnięcia Komitetu uzasadniały – jak to zaznaczono na wstępie – utrzymanie samodzielności Komitetu Nauk i Nauk o Leku będzie w Wydziale VI największym (liczebnością członków) z komitetów. W ramach nowego Komitetu istnieje możliwość powołania dwóch Subkomitetów: 1. Nauk o Leku, 2. Terapii i taki jest postulat ustępującego Komitetu Nauk o Leku. Wybory odbędą się odrębnie, według zmienionego w PAN regulaminu dla kadencji 2003-2006: do każdego z przyszłych subkomitetów ma być wybranych po osiemnastu członków, z możliwością doko-optowania po dwóch członków. Uważamy, że w oczekiwanym Subkomitecie Nauk o Leku będą powołane cztery komisje, o analogicznym do dotychczasowego zakresie działania.

Gospodarowanie lekami po wstąpieniu do Unii Europejskiej

Wprowadzanie nowych leków oraz metod leczniczych i diagnostycznych powoduje stałą zwyżką kosztów leczenia. Permanentny wzrost wydatków na leczenie sprawił, że zaczęto poszukiwać metod umożliwiających racjonalne wykorzystanie tych wydatków, bez zmniejszenia wyników terapii.

PROF. DR HAB. MARIAN WIELOSZ

KATEDRA I ZAKŁAD
FARMAKOLOGII I TOKSYKOLOGII
AM W LUBLINIE

Jedną z tych metod jest farmakoekonomika – specjalność zajmująca się ekonomiczną analizą farmakoterapii. Celem analizy farmakoekonomicznej nie jest oszczędzanie lub zmniejszanie wydatków na ochronę zdrowia, lecz racjonalne wykorzystanie posiadanych środków finansowych w celu podwyższenia zdrowotności społeczeństwa. W każdym kraju finansowanie ochrony zdrowia jest ograniczone, więc nieuzasadnione ekonomicz-

nie gospodarowanie środkami przeznaczonymi na ochronę zdrowia, także preparatami farmaceutycznymi, prowadzi do niemożności realizowania nowych programów ochrony zdrowia.

Każda ocena ekonomiczna składa się z trzech elementów, tj. analizy ponoszonych nakładów, realizowanego programu, konsekwencji jego realizacji (poprawa stanu zdrowia).

Kosztowne leki

Analizę realizowanego programu lub postępowania medycznego można przeprowadzić za pomocą wielu metod:

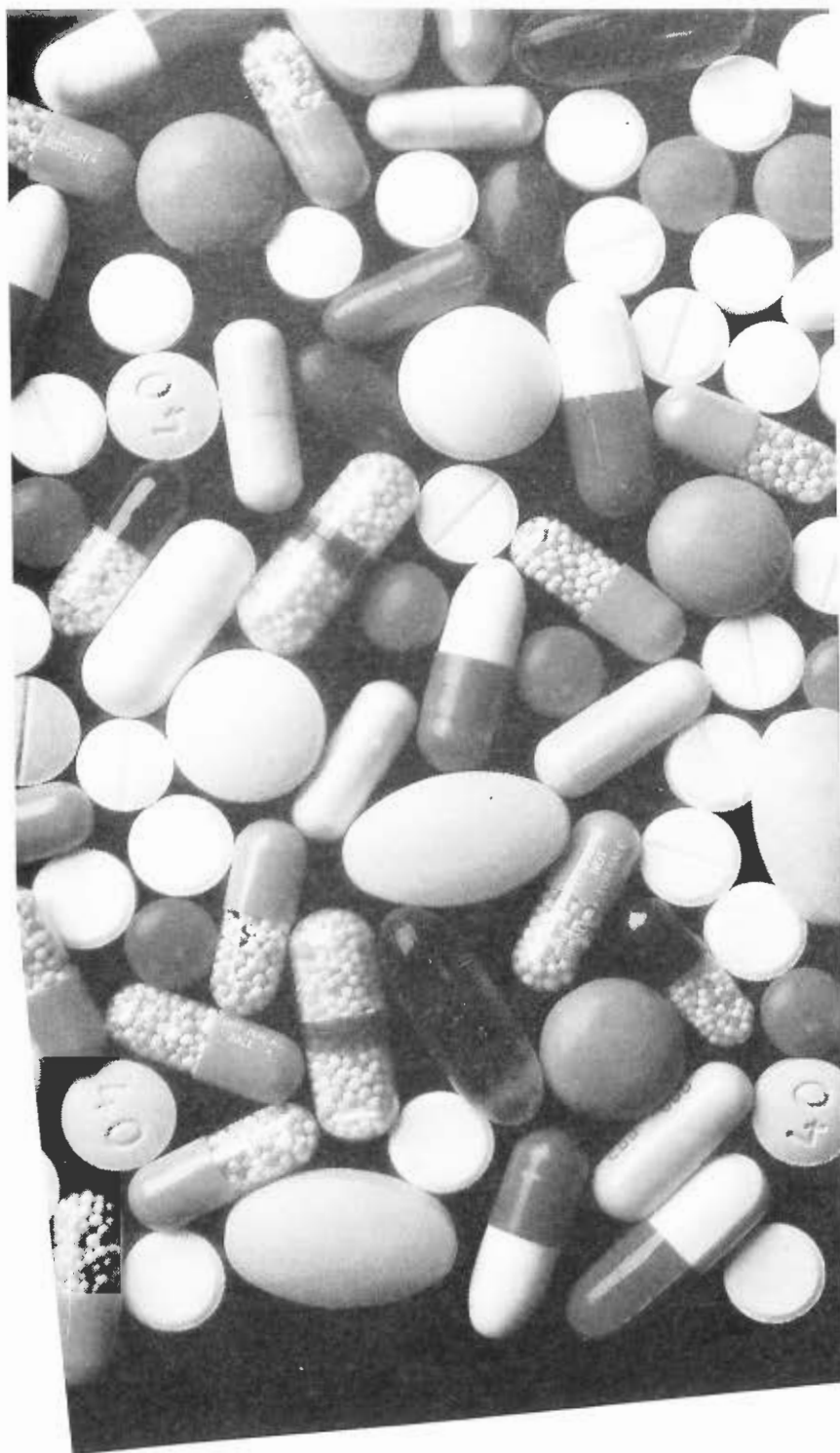
▶ analizować jedynie poniesione koszty na realizację programu – taka

analiza nie pozwala odpowiedzieć na pytanie – *czy warto je ponieść*,

▶ analizować konsekwencję realizowanego programu, lecz również nie uzyskać się informacji, *czy warto było ją ponieść*.

Z wyników tych analiz można dowiedzieć się, jakie koszty należy ponieść aby uzyskać określony cel, ale nadal brak odpowiedzi na pytanie: *czy oceniane postępowanie jest warte poniesionych kosztów?* – można zatem stwierdzić, że jest ono ogromnie kosztowne lub tanie.

Najważniejszy sens analizy ekonomicznej wyraża się wówczas, gdy jej wynik daje podstawę do preferowania określonego postępowania medycznego. W celu uzyskania odpowiedzi na wspomniane pytania nieodzowna staje się analiza ekonomiczna konkurencyjnego postępowania medycznego, która pozwoli dokonać wyboru programu, dającego optymalne efekty przy zmniejszonych kosztach. Niekiedy może być to program droższy od programu alternatywnego, przynoszą-



**W ciągu 20 lat liczba leków
zwiększyła się tysiąckrotnie.**

**Najważniejszy
sens analizy
ekonomicznej
wyraża się
wówczas,
gdy jej wynik
daje podstawę
do preferowania
określonego
postępowania
medycznego**

cy jednak korzyści, warte poniesienia dodatkowego kosztu (mniej wizyt u lekarza, mniej badań laboratoryjnych).

W Polsce i wielu krajach Unii Europejskiej, leki uznane za niezbędne ujęte są w kodeksy leków nazywane Farmakopeą. WHO opracowało Farmakopeę Międzynarodową, której przesłaniem jest stworzenie norm międzynarodowych dla najważniejszych preparatów farmaceutycznych i ustalenie nazw międzynarodowych dla tych leków. Leki farmakopealne nie stanowią pełnego wykazu leków dopuszczonych do lecznictwa, taki bowiem katalog znajduje się w Urzędowym Spisie Leków.

W ciągu dwudziestu lat liczba leków zwiększyła się tysiąckrotnie. Dziś produkują je dominujące na rynku trzy czołowe przemysły farmaceutyczne: amerykański – 36 procent, europejski – 38 proc. i japoński – 18 proc. Stanowi to 93 proc. produkcji ogólnoświatowej leków.

Główne grupy leków

Leki znajdujące się na rynku dzielą się na trzy grupy: leki oryginalne (markowe), kongenery (markowe), odtwórcze (generyczne). Gospodarowanie lekami kontrolowane jest w różny sposób w różnych krajach poprzez:

► tworzenie list leków: podstawowych, uzupełniających, dla chorób przewlekłych

► wydawanie rozporządzeń dotyczących sprzedaży leków wydawanych wyłącznie na receptę i tzw. leków z listy OTC,

► powołanie komitetów terapeutycznych w szpitalach,

► sporządzanie receptariuszy szpitalnych i wojewódzkich będących wynikiem stałej analizy rynku farmaceutycznego.

Receptariusz szpitalny

Wydatki na leki stanowią od 10 procent do 20 proc. budżetu szpitala. Celem wprowadzenia receptariusza szpitalnego jest racjonalizacja farmakoterapii tzn. zwiększenie jej efektywności przez:

► stosowanie leków o udowodnionej skuteczności klinicznej,

► ograniczenie liczby leków i obliczanie współczynnika kosztów leczenia do efektywności leczenia.

Receptariusz zawiera: wykaz leków podstawowych, wykaz leków rezerwowych autoryzowanych przez ordynatora, wykaz leków rezerwowych zatwierdzonych przez dyrektora szpitala. Receptariusz powinien być co sześć miesięcy aktualizowany na podstawie analizy zużycia leków w poszczególnych oddziałach.

Wybór terapii

Wprowadzenie receptariusza zmniejszyło koszty antybiotykoterapii w wielu szpitalach o 20 do 30 procent, głównie przez zmniejszenie częstości ich przepisywania oraz przez zmianę ich dawkowania w tzw. terapii (sekwencyjnej i. v., następnie p. o.), co powoduje skrócenie czasu ich indywidualnego stosowania i skrócenie czasu leczenia od 5 dni do 14 dni bez zmniejszenia ich skuteczności. Metoda ta redukuje działania niepożądane i zmniejsza koszty leczenia.

W terapii sekwencyjnej – wybór antybiotyku podawanego i. v. i p. o. zależy od rodzaju drobnoustroju wywołującego zakażenie. W większości tych terapii stosuje się ten sam antybiotyk, ale nie jest to zawsze konieczne. Trzeba pamiętać, że leczenie i. v. jest o wiele droższe niż leczenie p. o., ale jeśli

skraca się czas pobytu chorego w szpitalu to zyskuje się znacznie więcej niż poniesione koszty leczenia dożylnego. Ważną rzeczą jest przy tym właściwa kwalifikacja chorych do leczenia sekwencyjnego.

Przeprowadzona w USA analiza kosztów leczenia tą metodą wykazała, że w czasie dwóch miesięcy szpital za-

oszczędził 13 tys. dol., co potwierdza, że antybiotykoterapia sekwencyjna jest skuteczna, korzystna ekonomicznie i nie pogarsza wyników leczenia.

Dawkowanie leku

Innym sposobem zmniejszającym koszty leczenia jest zmiana dawkowania leku z ciągłego podawania na po-



**Obecnie działa
na wyobraźnię
pacjentów
agresywna
reklama, toteż
lekarze coraz
częściej leczą dziś
pacjentów nie
lekami, lecz
nazwami
markowych leków
zastrzeżonymi dla
producentów**

dawanie pulsowe. Przykładem jest itraconazol: lek ten podawany codziennie był nieskuteczny w leczeniu grzybicy paznokci stóp u 21 proc. leczonych, a stosowany i. v. w postaci pulsów tylko u 10 proc. chorych. Wynik mówi sam za siebie – koszty leczenia pulsami są mniejsze od leczenia ciągłego.

Następnym sposobem zmniejszania kosztów leczenia jest wprowadzenie do szpitala leków odtwórczych tzw. generyków, które są znacznie tańsze od leków oryginalnych. Wielu lekarzy powątpiewa, czy leki odtwórcze mają tą samą skuteczność co leki oryginalne. Moim zdaniem NIESŁUSZNIK, ponieważ przed rejestracją każdy lek generyczny poddawany jest wszechstronnej ocenie analitycznej, farmakologicznej, toksykologicznej i klinicznej. Lek generyczny musi spełniać standardy jakościowe wymagane dla leku oryginalnego oraz posiadać równoważną dostępność biologiczną. Ceny leków generycznych są o 30 procent mniejsze od ceny leków oryginalnych.

Analiza farmakoekonomiczna

W wielu krajach Unii Europejskiej przyznanie środków finansowych na określony sposób leczenia nie jest możliwe bez przeprowadzenia analizy farmakoekonomicznej. Analizy farmakoekonomiczne ułatwiają podejmowanie decyzji lekarzom, komitetom terapeutycznym, oddziałom Narodowego Funduszu Zdrowia, komisjom ds. refundacji leków.

W wielu krajach od firm farmaceutycznych wymaga się przedstawienia analiz farmakoekonomicznych przed umieszczeniem leku na liście refundacyjnej. Obowiązek taki jako pierwsza wprowadziła Australia w roku 1993, Kanada w 1994 r., a następnie Belgia, Szwecja, Finlandia, Nowa Zelandia, Irlandia. W Polsce brak jest informacji na temat analiz farmakoekonomicz-

nych. Prawidłowo funkcjonujący receptariusz szpitalny daje wymierne korzyści finansowe dla szpitala i leczonych w nim pacjentów.

Wiedza wśród lekarzy na temat zasad farmakoekonomicznych jest niewielka. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, którzy podpisali kontrakt z NFZ powinni posiadać wykaz leków rekomendowanych, aby zapisywać chorym leki skuteczne i zarazem tanie. Spoza listy mogą zapisywać leki specjalisci przy kontynuacji leczenia szpitalnego. Bardzo często w jednej grupie terapeutycznej występuje wiele leków o podobnej skuteczności (beta-blokery, antagoniści wapnia, inhibitory konwertazy angiotensyny). W związku z tym w krajach Unii Europejskiej prowadzi się monitorowanie kosztów leczenia w celu ich minimalizacji, ale bez obniżania efektywności klinicznej.

Tanio i skutecznie

Minimalizację kosztów leczenia można uzyskać za pomocą:

- ▶ porównania kosztów leczenia różnymi preparatami z tej samej grupy,
- ▶ zmiany dawkowania leku z postaci konwencjonalnej na postać o kontrolowanym uwalnianiu,
- ▶ zmiany drogi podawania leku,
- ▶ obliczania współczynnika opłacalności leczenia dwoma lekami,
- ▶ obliczania kosztów określonej choroby z uwzględnieniem różnych metod leczenia.

W wielu krajach do obliczania kosztów leczenia wykorzystuje się tzw. wskaźniki zużycia leków. Podstawą do szacowania wskaźnika poziomu zużycia leków jest koszt określonych dofinansowanych dawek dobowych leku/1000 mieszkańców/1 dzień.

W Polsce jest jeszcze ogromnie dużo do zrobienia w sferze porządkowania rynku farmaceutycznego i racjonalizacji spożycia leków.

Obecnie działa na wyobraźnię pacjentów agresywna reklama, toteż lekarze coraz częściej leczą dziś pacjentów nie lekami, lecz nazwami leków zastrzeżonymi dla producentów, np. Trymetazyna, Tertensif, Glikliazyd, Detralex, unikając posługiwania się nazwami międzynarodowymi preparatów.

To prawdziwy znak czasu, i w temat sam w sobie, wymagający – jak sądzę – odrębnego omówienia.

Gospodarowanie lekami jest kontrolowane w różny sposób:

- ❶ tworzenie list leków: podstawowych, uzupełniających, dla chorób przewlekłych,
- ❷ wydawanie rozporządzeń dotyczących sprzedaży leków wydawanych wyłącznie na receptę i tzw. leków OTC,
- ❸ powoływanie komitetów terapeutycznych w szpitalach,
- ❹ sporządzanie receptariuszy szpitalnych i wojewódzkich,
- ❺ monitorowanie rynku farmaceutycznego.

Minimalizację kosztów leczenia można uzyskać przez:

- ❶ porównanie kosztów leczenia różnymi preparatami z tej samej grupy,
- ❷ zmianę dawkowania leku w postaci konwencjonalnej na postać o kontrolowanym uwalnianiu,
- ❸ zmianę drogi podawania leku,
- ❹ obliczanie współczynnika opłacalności leczenia dwoma lekami,
- ❺ obliczanie kosztów określonej choroby zwalczanej różnymi metodami terapii.

**Wielu lekarzy
powątpiewa,
czy leki odtworzone
mają tą samą
skuteczność co
leki oryginalne.
Moim zdaniem
nieśluszenie.**

Daddy-boom

Odwrócona piramida demograficzna i jej skutki

Zmiany demograficzne zapoczątkowane w XIX i XX wieku zakłócają dziś równowagę ludnościową w całym niemal świecie, a szczególnie w krajach rozwiniętych.

**PROF. DR HAB. BIRUTA FAJROWICZ*
KLAUDYNA FAJROWICZ****

Przyrost naturalny w Polsce w 1950 roku wyniósł 19,1 na 1000 mieszkańców, a w roku 2000 już zaledwie 0,6. Obecnie jest ujemny, osób po 60 roku życia jest w kraju 16%. Według opracowania ONZ z 2002 r. 629 mln ludzi, czyli jedna dziesiąta ludności ma dzisiaj 60 i więcej lat; jest to trzy razy więcej niż przez 50 laty. W 2050 r. w podeszłym wieku będzie już 2 miliardy osób i ich liczba stanie się większa niż liczba dzieci do 14 roku życia. W krajach nierozwiniętych te proporcje są zupełnie inne. W Jemenie średnia wieku wynosi 15 lat w porównaniu z Japonią, gdzie średnia wieku to 41 lat. Średnia wieku ludności całego świata obecnie wynosi 26 lat, a w 2050 r. wzrośnie do 36 lat. Najstarszą ludność będzie mia-

ła Hiszpania ze średnią 55 lat, a Niger najmłodszą – 20 lat. Wg naukowców w Duke University w 2080 r. średnia życia w USA dla mężczyzny wyniesie 100 lat.

Przemiany demograficzne wiążą się z koniecznością zapewnienia opieki i zabezpieczenia materialnego egzystencji starszej generacji. Obowiązek ten spada z jednej strony na rodzinę (dzieci), zaś z drugiej na państwo. Kondycja intelektualno-psychiczna i fizyczna osób starych bywa bardzo różna i dlatego pomoc ta z konieczności jest wieloraka.

Najbardziej dokuczliwą cechą starości są zakłócenia mechanizmów adaptacyjnych. Przełamywanie niechęci ludzi starych do zmian może doprowadzić do powikłań psychosomatycznych. Powiedzenie, że starych drzew się nie przesadza jest zawsze aktualne, ale przy najlepszej kondycji „czas robi swoje” i organizm ludzki starzeje się.

Jak podaje Krzyżanowski, wiele osób starszych wymaga pomocy osób drugich: 55% w cięższych pracach domowych, 44% przy zakupach, a 6% w zakresie podstawowych funkcji samoobsługowych. Nie zawsze rodzina może temu sprostać, konieczne jest włączanie osób trzecich.

Niesprawność ma nie tylko aspekt medyczny, ale również psychologiczny, prawny, ekonomiczny i społeczny. W chwili obecnej konieczne jest znalezienie złotego środka w organizowaniu pomocy dla osób starszych. Na pewno najlepszym miejscem dla nich jest własne mieszkanie. Mieszkanie z rodziną wielopokoleniową w naszych warunkach nie spełnia zadania lub jest wręcz niemożliwe. Rodzina nie ma czasu, zazwyczaj pracuje intensywnie poza domem. Wśród uczestników ankiety telewizyjnej, której wyniki ogłoszono 10 maja 2003 r., 29% osób uważa, że osobami starszymi powinno zająć się państwo, natomiast 71% respondentów twierdzi, że powinna to czynić rodzina. Zdaniem lekarzy emerytów, biorących udział w badaniach sondażowych, tylko 10,57% dzieci nie może sobie pozwolić na opiekę i utrzymywanie rodziców, a w rze-

* emerytowana profesor zwyczajna pulmonologii i ftizjatrii

** studentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii UMCS

czywistości nie robi tego 74,38% dzieci (wg A. Danysza). Jednocześnie w naszym społeczeństwie dominuje przekonanie, że umieszczenie dziadków, czy rodziców w domu opieki jest czymś niewłaściwym, wręcz nagannym. W naszych czasach te poglądy powinny radykalnie się zmienić. Dostrzegamy dużo pozytywnych momentów i optymizmu w obserwacjach emerytów amerykańskich czy szwedzkich, których styl życia w rodzinie jest odmienny od naszego, którzy uważają za normalność odcięcie się od dzieci. Również u nas odchodzi w zapomnienie rodzina wielopokoleniowa, jednak mimo wszystko więź i pewna hierarchia rodzinna nadal są utrzymywane.

Nie ma jednoznacznej recepty na szczęście w starości. Na pewno atmosfera domu, aktywność, integracja ze środowiskiem, poczucie bezpieczeństwa dobrze wpływają na samopoczucie, lecz również często osoby starsze nie są samotne, lecz osamotnione. Konieczne jest zatem wdrażanie systemów, które dadzą seniorom godziwe warunki egzystencji.

Konieczna jest zamiana zachowań młodszych roczników naszego społeczeństwa. W chwili obecnej stosunek do seniorów powinien ulec poprawie. Ogólnie rzecz biorąc, starzy ludzie stają się dla młodych niepotrzebni i „niewidzialni”. Następuje zanik solidarności międzypokoleniowej, a nawet rodzinnej. W ostatnim czasie stosunki w rodzinach wiejskich zmieniły się na lepsze. Często babcia czy dziadek byli w przeszłości źle traktowani, natomiast dziś niejednokrotnie ich emerytura ratuje budżet domowy.

W większości przypadków młodzi także nie myślą o zapewnieniu sobie bytu w przyszłości. Według danych CBOS, do 50 roku życia tylko 1% respondentów myśli o starości. Również emeryci, którzy są w dobrym stanie psychofizycznym nie przewidują, że naturalne starzenie się organizmu łączy się z niepełnosprawnością. Wydaje im się, że dotrwają we własnych mieszkaniach i nie będą potrzebowali pomocy osób drugich. Takie myślenie jest powodem małego zainteresowania domami opieki, domami seniorów. W badaniach CBOS tylko 1% emerytów zgłasza chęć zamieszkania w do-

mu seniora, natomiast w ankiecie prof. A. Danysza dotyczącej emerytów lekarzy – 27% spośród 489.

Przedłużenie życia w naszych czasach jest dużym osiągnięciem nie tylko postępu medycyny, ale techniki, nauk społecznych. Niestety nie udało się stworzyć eliksiru młodości i z biegiem lat funkcje psychofizyczne naszego organizmu pogarszają się, uzależniamy się od pomocy innych osób.

Bardzo dobrym rozwiązaniem dla ludzi wiekowych są właśnie domy seniora, w których trzeba stworzyć takie warunki bytowe, aby mieszkaniowiec miał poczucie niezależności (własny pokój z własnymi meblami), a z drugiej strony poczucie opieki i w każdej chwili pomocy, rady, szacunku i zrozumienia dla potrzeb starości.

Jednym z istotnych zadań polityki społecznej państwa jest wspieranie osób starszych w jesieni życia wielorakimi sposobami, w zależności od indywidualnych potrzeb i stanu zdrowia. Państwo chcąc sprostać tym wyzwaniom oferuje seniorom różne formy pomocy. Ze względu na tę różnorodność potrzeb istnieje cała gama placówek, starająca się podjąć oczekiwaniom korzystających z niej osób. Należą do nich domy dziennego pobytu, jak również całodobowe placówki opiekuńcze. Podmiotami realizującymi w Polsce politykę społeczną wobec ludzi starszych są: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – odpowiadające za system ubezpieczeń społecznych, Ministerstwo Zdrowia – odpowiadające za służbę zdrowia i leczenie, władze samorządowe: powiatowe oraz gminne, zapewniające pomoc społeczną na swoim terenie. Problematyką tą zajmują się także organizacje pozarządowe, społeczne, kościelne, stowarzyszenia i fundacje.

W Polsce są państwowe oraz prywatne domy opieki, jest ich około 800; to mało w porównaniu z Wielką Brytanią posiadającą 3 tys. na 57 mln mieszkańców. W Holandii co piąty mieszkaniec starszego pokolenia jest w domu emerytów, podobnie jest w Szwecji. Utrzymanie jednego podopiecznego kosztuje tam 800-2000 euro, a u nas 1800-2000 zł. NIK przeprowadziwszy w ostatnich latach kontrolę polskich domów opieki, w 70% pla-



Przemiany demograficzne wiążą się z koniecznością zapewnienia opieki i zabezpieczenia materialnego egzystencji starszej generacji. Obowiązek ten spada z jednej strony na rodzinę, zaś z drugiej na państwo.



Wizualizacja architektoniczna przyszłego Domu Lekarza w Nałęczowie

cówek stwierdziła złe warunki. Domy prywatne mają często w nazwie „pensjonat” i wówczas nie podlegają jakimkolwiek kontrolom, nawet Sanepidu. We wszystkich tego rodzaju instytucjach personel powinien być wyszkolony, odpowiedzialny, przyjazny, zapewniać opiekę lekarską i pielęgniarską. Niestety nie zawsze te wymogi są spełniane.

Państwo gwarantuje szereg świadczeń w ramach pomocy społecznej dla osób starszych, oferując usługi bytowe i opiekuńcze (np. pobyt w domach pomocy społecznej, ubrania, opiekę, posiłki), pracę socjalną, świadczenia pieniężne tj. renty socjalne z tytułu inwalidztwa, zasiłek celowy – np. na zakup leków, a także zasiłek stały dla mieszkańców domów pomocy społecznej.

Rodzaj wsparcia dla osób starszych zależy od ich indywidualnych potrzeb i kondycji zdrowotnej. Można wyróżnić dwa zasadnicze systemy pomocy seniorom:

- ▶ pomoc środowiskowa organizowana w miejscach zamieszkania, udzie-

lana przez pielęgniarki środowiskowe, pracowników socjalnych, stowarzyszenia, fundacje oraz wolontariat;

- ▶ pomoc instytucjonalna zapewniająca opiekę w placówkach specjalistycznych, tj. dziennych domach pobytu, stacjonarnych domach pomocy społecznej, hospicjach.

Opiekę w miejscu zamieszkania osobom starszym zapewniają pielęgniarki środowiskowe i pracownicy socjalni, którzy specjalizują się w wykonywaniu następujących zadań:

- ▶ pomoc w wykonywaniu czynności domowych i czynności gospodarczych, usługach w zakresie pielęgnacji chorego, opiece, zabiegach higienicznych oferują pielęgniarki środowiskowe osobom, które z uwagi na swój stan zdrowia nie są w stanie sobie poradzić bez wsparcia innych;

- ▶ pracownicy socjalni są osobami pierwszego kontaktu z ludźmi starszymi i ich rodzinami znajdującymi się w trudnej sytuacji życiowej. Interesują się osobami samotnymi i pozostającymi bez opieki, aby we właściwym

momencie je wspomóc. Ich podstawowym zadaniem jest ocena sytuacji osoby starszej i ewentualne udzielanie pomocy, a także rozbudzanie w tych ludziach chęci do aktywności i działania.

Istotną rolę w systemie opieki dla ludzi w podeszłym wieku odgrywają wolontariusze pomagający w codziennym życiu. Wolontariuszami bywają często seniorzy i w ten sposób tworzą się grupy samopomocowe, w których to wzajemnie się aktywizują i pozytywnie wpływają na zmianę nastawienia życiowego.

Aktywizacją osób starszych w środowisku zajmują się również tzw. Kluby Seniora czyli Złotego Wieku. W klubach tych prowadzone są zajęcia kulturalno-oświatowe i organizowane różne imprezy okolicznościowe, wycieczki krajoznawcze itp. Istnieją również placówki dziennego pobytu tzw. Dienne Domy Pomocy Społecznej, zapewniające opiekę medyczną, rehabilitację, ale również zajęcia kulturalno-rekreacyjne. Inną formą opieki i integracji ze środowiskiem jest Środowi-

skowy Dom Samopomocy. Ponadto pomocą społeczną zajmują się liczne organizacje pozarządowe, społeczne, kościelne, stowarzyszenia (CARITAS, PCK, POLSKI KOMITET POMOCY SPOŁECZNEJ), fundacje, itp.

Działalność Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej (PKPS), jednego z wielu stowarzyszeń charytatywnych, wspomagających i uzupełniających prace na rzecz ludzi starszych, samotnych i chorych oferowana przez instytucje państwowe. Instytucja ta świadczy pomoc finansową, usługową i rzeczową. Obok PKPS znaczącą rolę odgrywa Polski Czerwony Krzyż, zajmujący się opieką nad chorymi. Osoby nieuleczalnie chore objęte są pomocą stacjonarną i medyczną w ośrodkach stanowiących formę pośrednią między szpitalem i domem pomocy społecznej. Podopieczni mogą również liczyć na pomoc materialną.

Osoby niesprawne psychofizycznie mają możliwość korzystania z Domu Pomocy Społecznej (DPS), który jest placówką zapewniającą całodobową opiekę. Głównym jego zadaniem jest zaspokajanie niezbędnych potrzeb podopiecznych.

Dla osób w stadium terminalnym choroby utworzone zostały hospicja, na których wsparcie może liczyć również rodzina pacjenta. Poza hospicjami stacjonarnymi istnieją również hospicja domowe sprawujące opiekę medyczno-pielęgniarską. W tej formie opieki ogromne zasługi ma wolontariat. Dopełnieniem tej działalności jest poradnia paliatywna.

Pomoc społeczna na rzecz osób wiekowych nie stanowi wyłącznie pomocy materialnej, czy opiekuńczej, jak podano wyżej, ale także oferuje szeroko pojmowane poradnictwo specjalistyczne z zakresu psychologii, psychiatrii i prawa, udzielanie informacji o placówkach i organizacjach znajdujących się na danym terenie. Wszystkie opisane formy pomocy osobom starszym będącym w różnej kondycji psychofizycznej i sytuacji rodzinnej wymagają dużych nakładów finansowych. Ze względu na niskie emerytury i renty większą część opłat musi pokrywać państwo bądź stowarzyszenia, fundacje itp. Nielicząc sobie na pobyt w prywatnych

domach pomocy. Lubelska Izba Lekarska posiada w Nałęczowie piękną działkę i gotowy projekt budowy Domu Lekarza. Niestety, jak zawsze, brak funduszy. UMCS i Politechnika Lubelska planują również budowę azylu dla swoich emerytów. Warto przypomnieć, że w naszym województwie jest już około 1300 lekarzy emerytów i liczba ta z roku na rok rośnie. Domy seniorów jednozawodowe wpływają pozytywnie na kondycję psychiczną pensjonariuszy. Przykładem powyższego jest Dom Aktora w Skolimowie i Dom Lekarza na ul. Wołowskiej w Warszawie.

W związku z panującą obecnie na świecie sytuacją demograficzną konieczne jest niezwłoczne planowanie przyszłości dla osób, które są lub nibawem wejdą w okres trzeciego wieku. W tym wypadku nie tylko ważne są fundusze, ale również organizacja pomocy. Wiemy, że na świecie jest wie-

le projektów już realizowanych, którym powinniśmy się przyjrzeć i nawet naśladować. Nie można odsuwać problemu, nie ma już na to czasu, nie możemy zostać na szarym końcu. Opieka nad emerytami nie może polegać tylko na obdarowywaniu ich dwa razy w roku bonami towarowymi, czy dopłatami do wypoczynku letniego, lub honorowaniu zaproszeniami na akademie.

Lubelska Izba Lekarska zapisała już pod tym względem chlubną kartę. Sekcja Emerytów prowadzona przez dr med. Izabellę Zatońską skupiająca lekarzy o dobrej kondycji fizyczno-psychicznej robi bardzo wiele dla lubelskiego środowiska. Należy jednak jeszcze pomyśleć o losie i egzystencji osób wymagających stałej opieki osób innych.

Piśmiennictwo u autorek



Wnętrze Domu Seniora w Amsterdamie, 2003 r.

Uwarunkowania relacji lekarz-pacjent nieuleczalnie chory w świetle socjologii medycyny

W ostatnich latach relacje interpersonalne w ramach systemu medycznego stały się polem badawczym socjologów i teoretyków medycyny. Ich badania jasno wyodrębniły szczególne umiejętności nawiązywania kontaktu, zarówno te, które wzmacniają więź, jak i te, które ją osłabiają.

MGR SOCJOL. ARTUR PIOTR TOFIL
OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI

W literaturze medycznej i socjologicznej można odnaleźć wiele prac poświęconych opisowi wzajemnego oddziaływania lekarzy i pacjentów. Problematyka kontaktu między lekarzem i pacjentem dotyczy bowiem węzłowego punktu codziennej praktyki lekarskiej i jako taka jest dziś jednym z głównych tematów badawczych w socjologii medycyny.

Początki szczegółowych badań nad relacjami lekarz – pacjent datuje się na połowę lat sześćdziesiątych XX wieku, kiedy to dr Barbara Korsch zainstalowała w gabinetach przyjęć swej kliniki pediatrycznej kamery wideo. Jak pisała później w pionierskiej dla tej tematyki pracy: „ludzie byli zaszokowani tym, że analizowałam usświęcone stosunki lekarz – pacjent. Było to tak, jak gdyby ktoś wybrał się z kamerą wideo do kościoła”.¹

Do najbardziej wpływowych na gruncie socjologii teorii analizujących stosunek lekarz – pacjent należy zaliczyć koncepcje: Talcotta Parsonsa i Eliota Freidsona.

T. Parsons traktował lekarza i pacjenta jako aktorów, którzy odgrywają względem siebie role, czyli przypisane społecznie wzory zachowań. Wskazywał na wzajemne porozumienie uczestników tej relacji, dla której charakte-

rystyczna jest asymetryczność polegająca na dominacji lekarza nad pacjentem. Parsons wychodził z założenia, że zarówno lekarz jak i sam pacjent wchodzi w harmonijny układ, gdyż obydwaj mają do zrealizowania jeden podstawowy cel – powrót pacjenta do zdrowia, a więc i powrót do zwykle realizowanych ról.²

Rolę chorego czy też pacjenta traktował jako przejściową i nakładającą na osoby, które w nią wchodzi, obowiązek szukania kompetentnej pomocy i współdziałania w procesie leczenia.

Istotne znaczenie, zwłaszcza ze względu na różnice w podejściu do choroby, odgrywa wzajemne porozumienie uczestników danej relacji, gdyż warunkuje prawidłowy przebieg leczenia. Pogodzenie czasem odmiennych podejść: obiektywnego, naukowego, chłodnego ze subiektywizowanym i emocjonalnym bywa czasem dość trudne, ale ma niewątpliwą wartość i to nie tylko w ujęciu proponowanym przez Parsonsa. Bowiem, nawet wtedy, gdy diagnoza lekarska jest jednoznaczna i skazuje pacjenta na śmierć w dalszym czy bliższym przedziale czasowym, zaakceptowanie lub choćby próba zrozumienia sytuacji partnera jest warunkiem podstawowym dla realizowania na przykład skutecznej terapii przeciwbólowej, czy wsparcia psychologicznego.

Emocjonalne zachowania lekarza, takie jak: okazywanie pacjentowi zrozumienia, empatia pozwalają choremu lepiej zaadaptować się do wymogów nieuleczalnej choroby.



Model zgodności (consensusu) zakłada harmonię relacji, w której lekarz ma pozycję nadrzędną względem chorego, ale tak wyznaczona rola obliguje go do wykorzystania wiedzy i umiejętności wyłącznie dla dobra pacjenta i z poszanowaniem jego godności. Wprawdzie koncepcja Parsonsa za cel takiego postępowania uznaje działania uczestników relacji prowadzące do odniesienia sukcesu terapeutycznego, to jednak należy uznać, że korzyści płynące z efektywnej komunikacji dotyczą także relacji między lekarzem a pacjentem nieuleczalnie chorym, gdyż podstawowym celem realizowanym wobec chorego, jest opieka nad nim niezależnie od okoliczności, bez zastrze-

żeń i bez używania blokad komunikacji interpersonalnej, które mogą zostać odczytane jako wyraz braku akceptacji i próba wywarcia presji na pacjenta. Jednocześnie harmonijne porozumienie między lekarzem a chorym terminalnie może ułatwić choremu zrozumienie tego, że może odnaleźć cel i sens życia również w okresie, jaki mu pozostał.

Inny znany socjolog – E. Freidson postrzegał wzajemne relacje między lekarzem i pacjentem nieco inaczej. Na podstawie własnych badań wysunął tezę, iż u podstaw relacji między lekarzem i pacjentem może tkwić potencjalny konflikt. Wskazał na różnice interesów, oczekiwań i wiedzy, między laikiem (pacjentem) i profesjonalistą (lekarzem) jako źródło potencjonalnego konfliktu, który nazwał „zderzeniem perspektyw”.

Freidson krytykował T. Parsonsa za pomijanie perspektywy pacjenta, który ma niewątpliwie prawo do krytycznej oceny lekarza i nie musi zawsze ugiąć się pod autorytetem profesjonalisty. W badaniu zatytułowanym „Opinie pacjentów o praktyce lekarskiej” opisał system oddziaływania laików („lay referral system”) jako źródło informacji, z której pacjent może skorzystać, zanim uda się do lekarza, a informacja, którą tam otrzyma może kolidować z poglądami lekarza.

**W obecności
nieprzytomnego
pacjenta często
prowadzi się rozmowy
na temat jego stanu
i bliskości śmierci,
choć nie ma się
pewności, czy
rzeczywiście nie
posiada on zdolności
odbierania pewnych
bodźców, np.
słuchowych.
Inicjowanie „śmierci
społecznej” jest
procesem związanym
z całkowitą
depersonalizacją
pacjenta.**



Na pojawienie się konfliktu wpływ może mieć ponadto – zdaniem Freudsona – struktura organizacyjna opieki lekarskiej oraz zetknięcie się dwóch różnych wzorów kulturowych, reprezentowanych przez lekarza i pacjenta. Koncepcja ta, wychodzi z założenia, że lekarz i pacjent żyją w zupełnie odmiennych środowiskach, które wywierają różny wpływ na ich zachowanie, ograniczając przy tym możliwości wzajemnego przystosowania.³

Przedstawione powyżej modele wskazują na asymetryczny charakter relacji lekarz-pacjent, gdzie lekarz ma pozycję dominującą, jest jakby liderem interakcji w tym sensie, że jego rola wymaga od niego by kontrolował cały przebieg procesu wzajemnych kontaktów, zwłaszcza tych o podłożu terapeutycznym.

Tymczasem wielu współczesnych autorów opowiada się za większą współpracą i aktywnym udziałem pacjenta w kontaktach z przedstawicielami profesji medycznych, które mają opierać się na stosunkach partnerskich.⁴

Już w 1956 roku T. Szasz i M. H. Hollender wyciągając wnioski z nieadekwatnej ich zdaniem koncepcji T. Parsonsa przedstawili własny model trzech podstawowych typów stosunku lekarz – pacjent.⁵ Nowatorstwo tego podejścia wyraża się w tym, że trzeci podany przez tych badaczy typ (nota bene, którego Parsons w ogóle nie przewidział w 1951 r.) – współpraca i współuczestnictwo – ma zastosowanie przy chorobach przewlekłych. Koncept ten, zakłada pewną zawartą w formie symbolicznej umowę. Chodzi tu o udział pacjentów w podejmowaniu decyzji, swoistą równowagę sił i wzajemną, przynoszącą obu stronom korzyści, zależność.

Tak rozumiana współpraca między lekarzem, i pacjentem ma charakter niehierarchiczny. Ukierunkowana jest na władzę opartą o wiedzę i doświadczenie, będącą przeciwieństwem władzy opartej na roli czy na funkcji.

W kontekście opieki nad terminalnie chorym współpraca między chorym i lekarzem nabiera szczególnego znaczenia, zważywszy przede wszystkim na fakt, jak trudno jest czasem podjąć decyzję, czy kontynuować próby leczenia. Dotyczy to nawet sytuacji, gdy nadzieja na zahamowanie postępów choroby jest nikła. Lekarz może wtedy służyć choremu pomocą w podejmowaniu takich decyzji, oczywiście pod warunkiem, że uzna, iż jest to problem pacjenta, oraz posłuży się aktywnym słuchaniem w celu ułatwienia pacjentowi zaakceptowania swej sytuacji. Zadaniem lekarza w tym okresie jest umożliwienie pacjentowi wglądu we własną sytuację, umacnianie i wspomaganie go w okolicznościach, które najczę-

ściej przerastają jego możliwości. Bez wątpienia, tak realizowana współpraca na linii lekarz-pacjent nieuleczalnie chorego pozwala choremu wpływać na decyzje o kształcie i zakresie rozciąganej nad nim opieki. Niezmiernie istotne jest współdziałanie między uczestnikami tej specyficznej relacji wtedy, gdy choroba przedłuża się, a pacjent przeszedł już przez etap negacji, gniewu i depresji, w okresie, kiedy wydaje się oczywiste, że zbliża się śmierć.⁶ Ta przemiana może być stopniowa bądź gwałtowna. Może też nastąpić okres wyciszenia, akceptacji, kiedy pacjent uspokaja się, przestaje walczyć, daje do zrozumienia opiekunom, że jest na wszystko przygotowany.

Nie jest to jednak uniwersalny opis umierania, niektórzy ludzie nigdy nie przestają walczyć i nigdy nie wyzbywają się gniewu wobec losu czy wobec siebie samych. Im zacieklej walczą, by uniknąć tego, co nieuchronne, tym usilniej starają się zanegować własną śmierć i tym trudniejsze staje się dla nich osiągnięcie spokoju i przyjęcie z godnością ostatniego stadium akceptacji. W relacji z takim pacjentem pojawia się także nowe zagrożenie wynikające z sytuacji, w której personel szpitalny czy też rodzina chorego zachęcają go do walki aż do końca, wbrew obiektywnemu stanowi postępującej choroby. Czasem takie podejście potęguje jeszcze i tak przykre dolegliwości związane z umieraniem, ponieważ desperacka walka przysparza większych cierpień niż przedczesna akceptacja śmierci.⁷

W relacji z pacjentem, którego choroba przybliżyła go nieuchronnie do śmierci, to po stronie lekarza leży zadanie wyjścia do chorego z propozycją wsparcia, pomocy. Niestety jak wykazuje praktyka, lekarze i personel medyczny w ogólności unikają kontaktów z pacjentem terminalnym.⁸ Niekiedy w szpitalu ma miejsce zjawisko „śmierci społecznej”, która wyprzedza śmierć biologiczną. Zdarza się bowiem, że pacjent za życia traktowany jest jako martwy. W obecności nieprzytomnego pacjenta często prowadzi się m. in. rozmowy na temat jego stanu i bliskości śmierci, choć nie ma się pewności, czy rzeczywiście nie posiada on zdolności odbierania pewnych bodźców, np. słuchowych. Inicjowanie „śmierci społecznej” jest procesem związanym z całkowitą depersonalizacją pacjenta.⁹

Dlatego więc tak istotne są działania w celu wypracowania jak najlepszych relacji między lekarzem i pacjentem, zwłaszcza, jeśli chodzi o człowieka śmiertelnie chorego. Lekarz może zawsze spróbować podjąć współpracę z takim pacjentem, pomóc mu przezwyciężyć rozgoryczenie, poczucie krzywdy i osamotnie-

Przypisy

1 B. Korsch, V. Negrete, Doctor – patient communication, „Sci. Amer.”, 1972, s. 66-74.

2 Podstawą dla sformułowania przez T. Parsonsa teorii zakładającej harmonię relacji było wyidealizowanie stosunku lekarz-pacjent przedstawionego jako spotkanie człowieka dotkniętego ciężką chorobą i profesjonalisty, gdzie obaj dążą do wspólnego celu, jakim jest powrót pacjenta do zdrowia; Por. M. Sokółowska, Socjologia medycyny, Warszawa 1986, s. 93.

3 M. Sokółowska, Socjologia medycyny, Warszawa 1986, s. 96-97; Por. B. Tobiasz-Adamczyk, Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny, Kraków 2002, s. 34.

4 Patrz M. Belknap, R. Blau, R. Grossman, Case studies and methods in humanistic medical care, San Francisco 1975, s. 27-28; Por. D. Roter, J. Hall, N. Katz, Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature, s. 99-119.

5 T. Szasz i M. H. Hollender, A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of doctor-patient relationship, „Arch. Int. Med.”, 1956, s. 585-592.

6 Pogląd, że ludzie, wiedząc, że umierają, przechodzą przez pięć typowych „etapów” (zaparczenia, złości, negocjacji, depresji, akceptacji) pojawił się po raz pierwszy w pionierskiej dla tematyki umierania i śmierci pracy E. Kübler-Ross, Rozmowy o śmierci i umieraniu, wydanej po raz pierwszy w USA, w 1969 r.; Patrz E. Kübler-Ross Rozmowy o śmierci i umieraniu, Poznań 1979, s. 55-123.



nia. Znany psychiatra austriacki Victor Frankl uważa, że pozytywny stosunek do życia wynika ze świadomości, że ma ono sens w każdych okolicznościach i że każdy potrafi ów cel życia odkryć, a dostrzeżenie tego faktu pozwala wnieść się człowiekowi ponad chorobę i cierpienie.¹⁰

Relacje, które zachodzą między lekarzem i pacjentem można opisać także w kategoriach interakcji, czyli pewnej, dynamicznej i ciągłej sekwencji nawzajem ku sobie zwróconych działań społecznych.¹¹ Interakcja jest procesem twórczym i odbywa się poprzez nieustanną interpretację działań podejmowanych przez jej uczestników.

Na gruncie socjologii istnieją przynajmniej cztery komplementarne względem siebie teorie interakcji, które przedstawiają różne jej ujęcia. Mam tu na myśli teorię behawioralną, teorię wymiany, symboliczny interakcjonizm i koncepcję dramaturgiczną Ervinga Goffmana. Większość z nich ma zastosowanie w analizie interakcji zachodzących w systemie medycznym.

W 1965 roku powstała – mająca swe zakorzenienie w teoriach interakcyjnych – koncepcja dotycząca bezpośrednio relacji między umierającym i otaczającymi go osobami. Socjologowie amerykańscy B. Glaser i A. Strauss, autorzy tej koncepcji, analizowali kwestię kontekstu świadomościowego pacjentów w stanie terminalnym. Zauważyli, że poczucie stanu, w jakim pacjent się znajduje wa-

„(...) pozytywny stosunek do życia wynika ze świadomości, że ma ono sens w każdych okolicznościach i że każdy potrafi ów cel życia odkryć, a dostrzeżenie tego faktu pozwala wnieść się człowiekowi ponad chorobę i cierpienie”

VICTOR FRANKL

runkuje w znacznym stopniu jego interakcje z otoczeniem. Wyodrębnili cztery podstawowe typy takich interakcji odpowiadające czterem kontekstom świadomościowym. Po pierwsze, świadomość zastrzeżona, czyli sytuacja, w której pacjent nie zdaje sobie sprawy ze zbliżającej się śmierci, chociaż otaczające go osoby o tym wiedzą. Po drugie świadomość podejrzana, czyli sytuacja, w której pacjent podejrzewa, a inni wiedzą, i próbuje potwierdzić lub unieważnić swoje podejrzenie. Trzeci typ, to świadomość wzajemnego udawania, czyli sytuacja, w której każda ze stron określa pacjenta jako umierającego, ale wszyscy udają, że tak nie jest. W końcu świadomość otwarta, czyli sytuacja, w której zarówno personel opiekujący się chorym, jak i on sam są świadomi zbliżania się śmierci i wszyscy zachowują się zupełnie otwarcie. W tym kontekście cierpienie i umieranie ma duże szanse – przy właściwym podejściu opiekunów – przebiegać bez poczucia osamotnienia, depresji, a chory może nadal uczestniczyć w wielu istotnych dla niego sprawach.¹²

Autorzy tego badania zakładali, że kontekst świadomościowy odnośnie własnego stanu zdrowia wyznacza rodzaj interakcji, ale także, że jest odwrotnie – interakcje wpływają na stan świadomości pacjenta. Interakcje mogą modyfikować lub utrzymywać kontekst świadomościowy.

Jakkolwiek praca Glasera i Straussa dotyczyła natury interakcji (wzorów, technik, strategii), to jednak nie zagłębiała się w procesy kształtowania samych interakcji lekarz-pacjent. Dla wyjaśnienia mechanizmów powstawania interakcji może być natomiast przydatna – teoria wymiany, bądź jej nowsza odmiana – teoria racjonalnego wyboru. Traktuje ona interakcję w kategoriach działań racjonalnych o charakterze utylitarnym, a polegających na wymianie pewnych dóbr i wartości między partnerami. Schemat myślowy tej koncepcji opiera się na zasadach transakcji, w której partnerzy dążą do uzyskania pewnej nadwyżki korzyści nad kosztami lub przynajmniej ich zrównoważenia. Należy przy tym jednak mieć na uwadze, że wymiana społeczna zawsze zawiera elementy o znaczeniu wewnętrznym dla partnerów, co różni je znacząco od transakcji ekonomicznych.¹³

Georg Homans, jeden z twórców teorii wymiany, rozumianej w kategoriach ogólnej teorii zachowania, interpretował procesy interakcyjne jako procesy wymiany, której przedmiotem są zachowania ludzkie będące źródłem wzajemnych kar i nagród pomiędzy partnerami. W relacjach społecznych ludzie ma-

ją zawsze do dyspozycji więcej niż jedno możliwe zachowanie i dysponują możliwościami wyboru zgodnie z tym, co chcą uzyskać.

W ramach systemu medycznego, chorzy mają szanse uzyskać od partnerów interakcji (lekarzy, personelu) nagrody w wymiarze bezpośrednim (np. uzyskanie pomocy), albo symbolicznym (poczucie godności, bezpieczeństwa). Aby je uzyskać, muszą się zachowywać w sposób, który zgodnie z ich oczekiwaniami wyzwoli odpowiednie zachowanie wśród personelu. Stosowane kary są tym samym odwrotnością nagród, a więc pozbawieniem konkretnych dóbr czy pożądanego uczuć.¹⁴

Jeszcze precyzyjnej interakcje lekarz-pacjent opisyje zasada wzajemności, obowiązująca w teoriach wymiany. Amerykański socjolog Alvin Gouldner traktował zasadę wzajemności jako pewną uniwersalną i powszechną regułę kulturową, normę społeczną nakładającą na uczestników interakcji powinność rewanżowania się za doznane korzyści czy uzyskane dobra. Jest ona, jego zdaniem, zasadą wszelkiego porządku społecznego („zwróć dobro, które jest ci dane”). W sytuacji terapeutycznej zachowania lekarza ukierunkowane na dobro pacjenta, są najczęściej „zwracane” przez chorego poprzez nawiązanie współpracy i podporządkowanie się zaleceniom lekarskim. W obliczu bliskości śmierci, także możliwe jest by pacjent zrewanżował się lekarzowi za opiekę, pełnym godności, spokoju i akceptacji okreśsem poprzedzającym własne odejście.

Teorie interakcyjne zakładają, że pacjenci rozpoznają i reagują głównie na zachowania socjoemocjonalne ze strony swoich lekarzy. Zgodnie z tą ogólną zasadą pacjenci poszukują pomocy lekarskiej by:

- uzyskać informacje, jak się leczyć,
- obniżyć poczucie napięcia, niepokoju;¹⁵

W kontekście oddziaływania na pacjenta nieuleczalnie chorego, szczególną rolę odgrywają zwłaszcza różne formy okazywania zainteresowania pacjentowi. Szereg badań potwierdza pozytywną korelację pomiędzy wyrażaniem przez lekarza „emocjonalnego” nastawienia wobec pacjenta, a satysfakcją odczuwaną przez chorego z przebiegu interakcji z pacjentem. Zauważono na przykład, że pacjenci chorzy na raka przedkładają emocjonalne zachowania lekarza nad zachowania o charakterze instrumentalnym, wynikającym z jego zadań terapeutyczno-zawodowych. Emocjonalne zachowania lekarza, takie jak: okazywanie pacjentowi zrozumienia, empatia pozwalają choremu lepiej zaadaptować się do wymogów nieuleczalnej choroby.

7 Jest to stadium, kiedy pacjenci lub rodzina poszukują wsparcia poza murami szpitala.

8 A. Ostrowska, Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa, Warszawa 1997, s. 156; Por. J. Nielubowicz, Lekarz w oczach chorego. Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku. Relacja lekarza a pacjent, „Polski Tygodnik Lekarski: 48 (1993) nr 18-19, s. 398

9 M. Sokotowska, Socjologia medycyny, Warszawa 1986, s. 132-133; Por. R. Kastenbaum, Śmierć psychologiczna, [w:] red. L. Pearson, Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym, Warszawa 1973, s. 13

10 V. Frankl dostrzega sens życia na dwóch poziomach: ostatecznym (we wszechświecie istnieje porządek a każda istota stanowi jego cząstkę) oraz aktualnym (osiągnięcie poczucia spełnionej egzystencji). Por. Homo patiens (1950, wyd. pol. 1984), Man's search for meaning, New York 1959.

11 P. Sztompka, Socjologia. Analiza społeczeństwa, Kraków 2002, s. 85.

12 B. Glaser, A. L. Strauss, Awareness of dying, Chicago 1965.

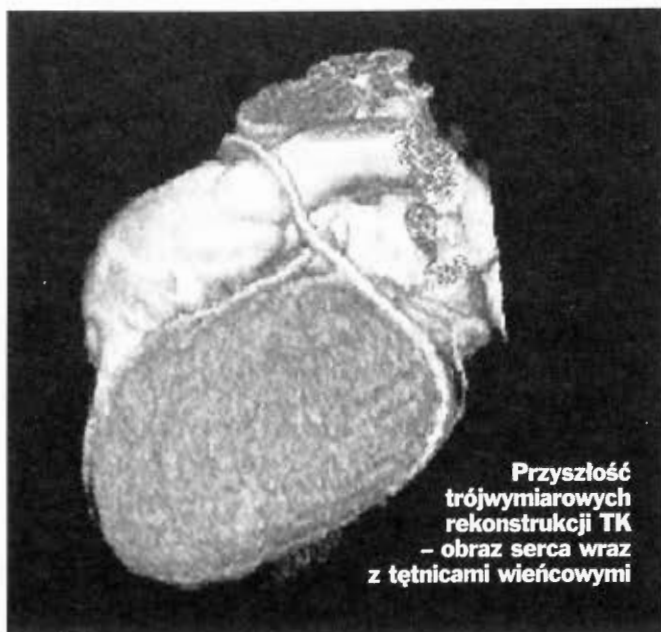
13 H. P. Blau, Wymiana społeczna, [w:] W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki, ETS, Warszawa 1975.

14 A. Ostrowska, op. cit., s. 139

15 B. Tobiasz-Adamczyk, K. Szafraniec, J. Bajka, Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta, Kraków 1999, s. 38.

Obrazowanie pseudo-trójwymiarowe szkieletu

Burzliwy rozwój nowoczesnej aparatury diagnostycznej, jaki nastąpił w ostatnich latach dwudziestego i na początku dwudziestego pierwszego wieku oraz jej praktyczne zastosowanie, sprawiły, że staliśmy się biernymi świadkami schodzenia na drugi plan panującej prawie cały wiek ery rentgenodiagnostyki konwencjonalnej.



Przyszłość trójwymiarowych rekonstrukcji TK – obraz serca wraz z tętnicami wieńcowymi

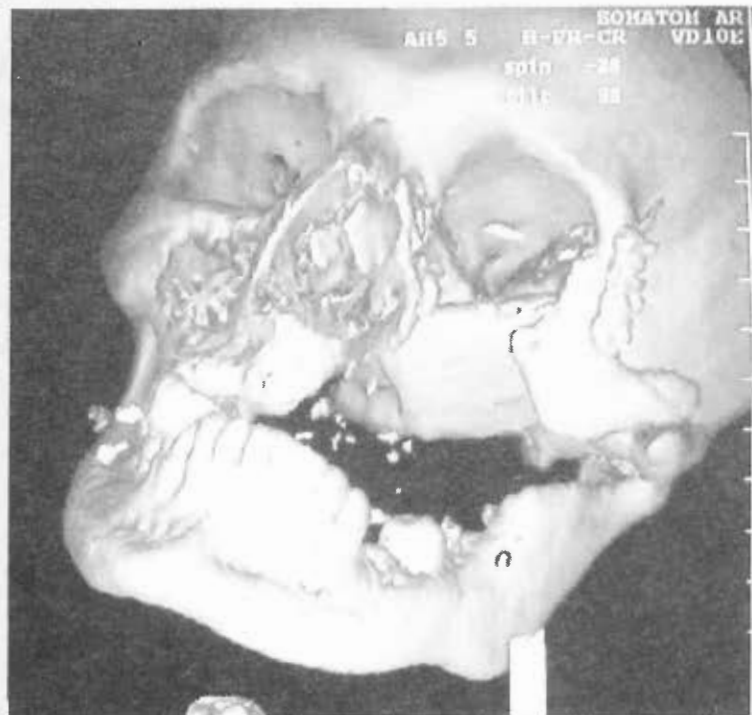
PROF. DR HAB. T. KATARZYNA RÓŻYŁO
SAMODZIELNA PRACOWNIA RENTGENODIAGNOSTYKI
STOMATOLOGICZNEJ I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ
AM W LUBLINIE

Wraz z nadejściem rewolucji informatycznej ujawniło się znane już dzisiaj zjawisko szumu informacyjnego. Zaistniał zatem poważny problem, również w diagnostyce obrazowej, radzenia sobie z nadmiarem informacji i odsiewem tego, co ważne od tego, co nieistotne. Współcześnie, jak i w najbliższej przyszłości, nowe techniki obrazowania narządów staną się dominujące, bowiem łączą już zalety badania czynnościowego i morfologicznego. Dzisiaj lekarz nie przystąpi do operacji bez uzyskania danych wynikających z zastosowania znanych technik diagnostycznych. Wiele zabiegów z zakresu chirurgii opartych jest na badaniach wykonanych metodą tomografii komputerowej (TK), a w niektórych przypadkach ich przeprowadzenie byłoby bez niej niemożliwe.

Od kilku lat lekarze dysponują technikami wzbogacającymi tradycyjne opcje badania TK – mianowicie na bazie danych pochodzących z badania metodą tomografii komputerowej w przekrojach osiowych lub czołowych (wieńcowych) możliwe jest wtórne otrzymanie rekonstrukcji pseudo-trój-



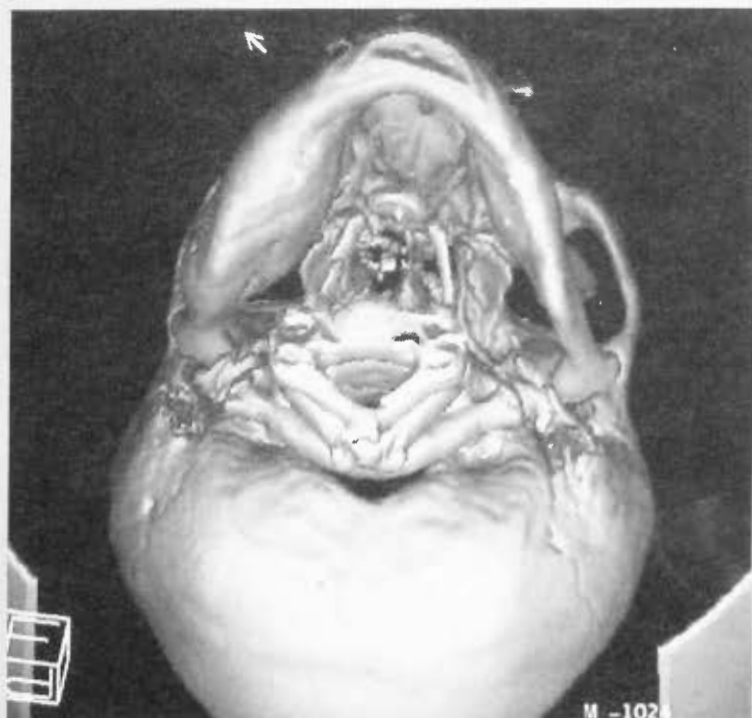
Trójwymiarowa rekonstrukcja przedstawia nie tylko szkielet głowy i szyi, ale również zwapnienia w starym ropniu okolicy podżuchwowej lewej



Stan po rozległej resekcji szczęki z odtworzeniem dna oczodołu lewego za pomocą przeszczepu kostnego

Należy pamiętać, że w diagnostyce nie można opierać się jedynie na obrazowaniu pseudo-trójwymiarowym TK, gdyż jest ono tylko metodą pomocniczą.

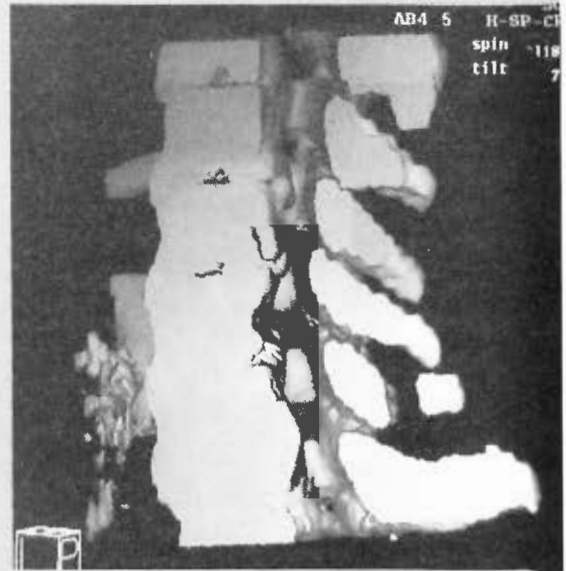
wymiarowych (3D) obrazujących przestrzennie szkielet kostny. Opcja trójwymiarowa pozwala uzyskać przestrzenne informacje o wzajemnych stosunkach struktur kostnych. Manipulacje rekonstrukcją 3D (obroty, zmiana kąta padania pozornego oświetlenia, odcinanie fragmentów rekonstrukcji) dostarczają nowych informacji diagnostycznych. Rekonstrukcje te są szeroko stosowane w rozpoznawaniu przebiegu szczelin przełomu w przypadkach pourazowych, w ocenie wad wrodzonych szkieletu lub jego zmian zwyrodnieniowych, czy też destrukcji kost-



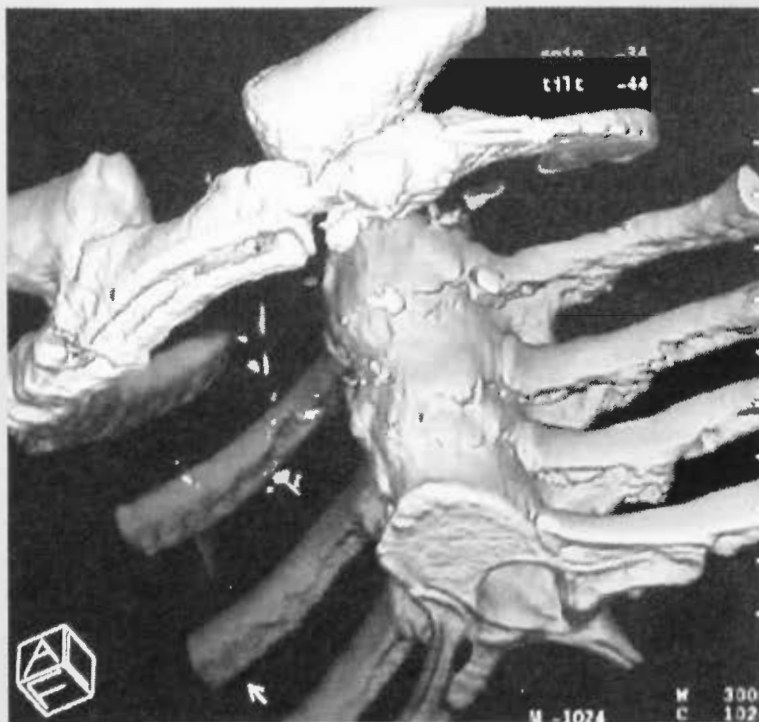
Dobrze widoczna asymetria trzonu żuchwy z jego rozděciem po stronie lewej w przypadku zmiany nowotworowej o rozprężającym typie wzrostu



Rekonstrukcja kręgosłupa odcięta w linii pośrodkowej: otwory międzykręgowe prawidłowej szerokości, jednak ewidentne jest rozrzedzenie struktury kostnej trzonów o charakterze zaników oraz ich zniekształcenie.



Rekonstrukcja kręgosłupa odcięta w linii pośrodkowej pozwala na ocenę zwężenia światła otworów międzykręgowych.



Trójwymiarowy obraz górnego odcinka kręgosłupa piersiowego pozwala na potwierdzenie rozpoznania kompresyjnego złamania trzonu kręgu w wyniku zmiany przerzutowej.

nej w nowotworach albo zmianach zapalnych. Chociaż rekonstrukcje pseudo-trójwymiarowe (3D) są raczej obrazami przybliżonymi i nie przedstawiają dokładnie brzegów zmian zwłaszcza nowotworowych, to jednak dostarczają dodatkowych danych obrazowych, przydatnych w planowaniu leczenia operacyjnego. Zrekonstruowane obrazy pomagają chirurgowi wyobrazić sobie rozmiary, kształt i topografię guza. Coraz częściej możliwe staje się skorelowanie danych trójwymiarowych z badania TK z wynikami badań metodą tomografii magnetycznego rezonansu jądrowego w ultrasonografii, w planowaniu zabiegów chirurgicznych lub radioterapii.

Rekonstrukcja 3D TK umożliwia analizę rozległych urazów z licznymi złamaniami, wgłobieniami i przemieszczeniami odłamów pośrednich. Powstająca głębia przestrzenna pozwala odtworzyć zasięg i rozległość oraz charakter złamań, wgłobień i wklinoowań odłamów kostnych do otaczających je struktur anatomicznych. Obrazowanie szkieletu kostnego za pomocą tomografii komputerowej (TK)

pozwała na wcześniejsze zaplanowanie zabiegu operacyjnego, chociażby w przypadku skomplikowanych złamań z dużym przemieszczeniem odłamów kostnych, zakładania wszczepów śródkostnych, a także podjęcie decyzji czy możliwe jest leczenie operacyjne, czy też konieczne jest wdrożenie terapii zachowawczej. Rekonstrukcje trójwymiarowe w tomografii komputerowej umożliwiają wcześniejsze przygotowanie specjalnych przeszczepów tkankowych dostosowanych kształtem do istniejących ubytków kostnych i asymetrii szkieletu czy na przykład dobór wszczepów kostnych (implantów) w protetyce stomatologicznej.

Uważa się, że rekonstrukcje 3D charakteryzuje taka sama, a nawet niższa czułość w wykrywaniu złamań niż macierzyste przekroje osiowe lub czółowe. Należy pamiętać, że w diagnostyce nie można opierać się jedynie na obrazowaniu pseudo-trójwymiarowym TK, gdyż jest ono tylko metodą pomocniczą. Prawidłowy schemat postępowania radiologicznego diagnostycznego to staranna analiza macierzystych przekrojów osiowych lub wieńcowych dopiero wtórnie uzupełniona o rekonstrukcje wielopłaszczyznowe (MPR) i pseudo-3D. Związane jest to z niższą rozdzielczością przestrzenną tych rekonstrukcji w porównaniu z wyjściowymi przekrojami, która to różnica zaznaczona jest zwłaszcza w przypadku skanerów TK najstarszych generacji, konwencjonalnych, a nie spiralnych. Dodatkową pułapką obrazów pseudo-3D jest fałszywe odzwierciedlanie cienkich struktur kostnych, takich jak papierowato cienkie ściany dna oczodołu lub komórek sitowia. Na skutek uśredniania obrazu z poszczególnych warstw pojawiają się w rekonstrukcjach 3D otwory będące jedynie artefaktami, które imitują złamania np. typu „blow-out” dna oczodołu. Aparaty TK wielorzędowe w dużej mierze pozbawione są powyższych niedogodności, jednak są one drogie, a w naszym kraju stanowią wielką nowość i nie są szeroko dostępne.

Niewątpliwie niekwestionowaną zaletę i wyższość obrazowania pseudo-trójwymiarowego nad typowymi badaniami przekrojowymi TK stanowi wykazanie wzajemnych stosunków

przestrzennych struktur leżących na różnych poziomach i ukazanie konfiguracji tych zmian, które jest możliwe jedynie za pomocą rekonstrukcji 3D. Odtworzenie w myślach tych stosunków anatomicznych bez użycia rekonstrukcji TK wymaga od radiologa dyscypliny myślowej i dużej wyobraźni przestrzennej, i obarczone jest błędem, na który lekarz nie może sobie pozwolić w interpretacji badania.

Niezwykle istotną wadą obrazowania pseudo-3D TK jest czasochłonność. W zależności od wydajności i możliwości pamięci operacyjnej systemów komputerowych biorących udział w odtwarzaniu obrazów trójwymiarowych sama operacja odtworzenia trójwymiarowego kształtu trwa różnie długo – zazwyczaj kilka minut – kilkanaście minut. Jeszcze bardziej czasochłonne są operacje obracania obrazu, odcinania jego fragmentów czy zmiany kierunku pseudo-oświetlenia trójwymiarowej bryły. Idealną sytuacją jest wyposażenie skanera TK w trzecią konsolę (oprócz konsoli służącej do prowadzenia badania i drugiej do wykonywania dokumentacji) przeznaczoną jedynie do obróbki obrazów trójwymiarowych przy użyciu specjalnego oprogramowania. Taka organizacja pracowni TK powoduje oszczędność czasową – podczas długotrwałego opracowywania obrazów 3D możliwe jest jednoczesowe wykonywanie kolejnych badań u innych pacjentów, a więc nie blokuje się normalnej diagnostyki, jak też nie zmusza lekarza chcącego opracowywać

dokumentację 3D do pozostawiania po godzinach pracy tomografu.

Trójwymiarowe obrazowanie kości weszło już na stałe do rutynowej diagnostyki medycznej. Znakomita większość działających tomografów komputerowych, nawet najstarszej generacji, nie pracujących w systemie spiralnym lub wielorzędowym, jest wyposażona w oprogramowanie pozwalające na opracowywanie obrazów trójwymiarowych. Warto, aby wszyscy lekarze, nie tylko ortopedzi, rehabilitanci i chirurdzy urazowi, byli świadomi, że istnieje możliwość otrzymywania takich obrazów, znali ich ograniczenia, a jednocześnie nie uważali ich za jedynie nowinkę technologiczną będącą przedmiotem prac naukowych.

Natomiast przyszłością i wyzwaniem dla radiologów jest zastosowanie i doskonalenie obrazowania trójwymiarowego między innymi w diagnostyce narządów będących w ruchu, takich jak serce wraz z tętnicami wieńcowymi (koronarografia TK), jak też nadanie obrazowaniu przestrzennemu „czwartego wymiaru”, czyli zastosowanie interaktywnej przestrzennej wizualizacji TK narządów w czasie rzeczywistym (tzw. opeja 4D). Stale doskonalone są też techniki *wirtualnej* endoskopii, jak kolonoskopia, bronchoskopia czy endoskopia ucha środkowego, które ze względu na liczne ograniczenia, jak też stosunkowo niską czułość i swoistość, w chwili obecnej też ustępują klasycznym metodom i nie są jeszcze rutynowo stosowane w praktyce klinicznej.

Niekwestionowaną zaletę i wyższość obrazowania pseudo-trójwymiarowego nad typowymi badaniami przekrojowymi TK stanowi wykazanie wzajemnych stosunków przestrzennych struktur leżących na różnych poziomach i ukazanie konfiguracji tych zmian, które jest możliwe jedynie za pomocą rekonstrukcji 3D.

Oksazolidynony, antybiotyki XXI wieku

Narastanie oporności bakterii na antybiotyki i chemioterapeutyki stanowi ważną przyczynę niepowodzeń terapeutycznych w zwalczaniu wielu chorób infekcyjnych.

MGR ANNA KALASIEWICZ

KATEDRA I ZAKŁAD
MIKROBIOLOGII FARMACEUTYCZNEJ
AM W LUBLINIE

Ponieważ medycyna nie zna lepszej broni do walki z bakteriami chorobotwórczymi, dlatego od szeregu lat liczne koncerny farmaceutyczne prowadzą wielokierunkowe badania nie tylko nad modyfikacjami znanych już leków, ale również nad nowymi grupami substancji o aktywności przeciwbakteryjnej. Jest to „być albo nie być” w walce chorego organizmu kontra patogeny, gdyż od chwili odkrycia leku do momentu wprowadzenia go do lecznictwa mija 5-12 lat. Może być to okres niewspółmiernie długi do czasu niezbędnego do selekcji szczepów opornych, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że ostatnio coraz częściej izoluje się wielolekooporne (MDR – multidrug resistant) szcze-

py bakterii, niewrażliwe na stosowane dotychczas preparaty. Wśród nowych leków największe nadzieje wiąże się z grupą antybiotyków przeciwbakteryjnych odkrytych w latach osiemdziesiątych XX wieku – oksazolidynonami. Linezolid (Ryc. 1), zarejestrowany jako *Zyvox* lub *Zyvoxid*, jest pierwszym przedstawicielem nowych antybiotyków wprowadzonym do lecznictwa.

Mechanizm działania

Oksazolidynony są inhibitorami biosyntezy białka w komórkach bakteryjnych [3]. Wiążąc się z domeną V 23S rRNA w podjednostce rybosomalnej 50S, zapobiegają utworzeniu kompleksu 70S – N-formylometionylo-tRNA: mRNA: rybosom, warunkującego rozpoczęcie translacji (Ryc. 2). Unikatoowy mechanizm działania oksazolidynonów wyklucza powstanie oporności krzyżowej pomiędzy tymi antybiotykami, a innymi lekami hamującymi

biosyntezę białka, stosowanymi powszechnie w lecznictwie, co jest bardzo ważne w aspekcie narastającej lekooporności bakterii.

Spektrum działania

Obecnie w większości opracowań dotyczących ustalania wartości granicznych, będących podstawą oceny wrażliwości badanych szczepów na antybiotyki, przyjmuje się, że wartości MIC ≤ 4 mg/l, świadczą o wrażliwości badanego szczepu na linezolid, natomiast wartości MIC > 4 mg/l, wskazują na jego oporność. Lek ten wykazuje aktywność *in vitro* głównie w stosunku do bakterii Gram-dodatnich, obejmując swoim spektrum zarówno szczepy wrażliwe, jak i oporne na dotychczas stosowane antybiotyki (Tabela 1). Bardzo ważną zaletą linezolidu jest jego aktywność wobec wielolekoopornych szczepów ziarniaków Gram-dodatnich (Tabela 2), w tym szczepów wykazujących oporność na wankomycynę [4,7]. Należy zaznaczyć, że wankomycyna jest dziś jedynym skutecznym lekiem „ostatniej szansy” w wielu ciężkich, inwazyjnych schorzeniach wywołanych przez wielolekooporne szczepy *Staphylococcus aureus*,

w tym MRSA (methicillin-resistant *S. aureus*) czy *Streptococcus pneumoniae*, w tym PRSP (penicillin-resistant *S. pneumoniae*). Jest też antybiotykiem z wyboru w leczeniu zakażeń spowodowanych przez wielolekooporne szczepy *Enterococcus* spp. Niestety, coraz częstsze występowanie w ostatnich latach szczepów wankomycynopornych może spowodować, że wkrótce stosowanie tego antybiotyku stanie się bezzasadne.

Na uwagę zasługuje również aktywność tuberkulostatyczna linezolidu. Lek ten może uzupełnić listę preparatów stosowanych w leczeniu gruźlicy czy mykobakterioz wywołanych przez prątki odporne na klasyczne tuberkulostatyki [1].

Mechanizmy oporności

Oporność na linezolid jest wynikiem mutacji punktowych w genach kodujących domenę V 23S rRNA [5].

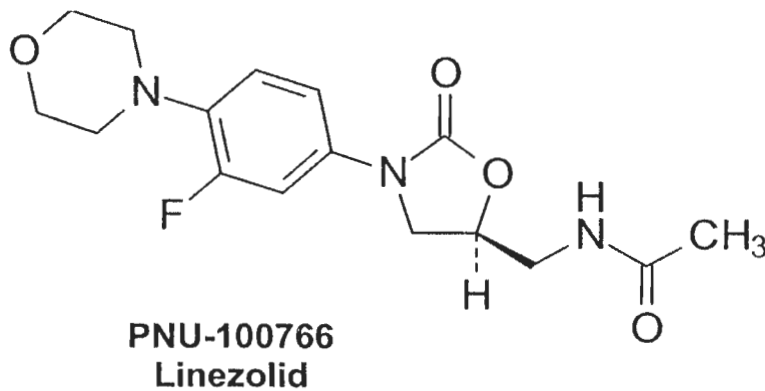
Pomimo krótkiego czasu stosowania linezolidu izolowano już pojedyncze szczepy enterokoków, jak i gronkowców wykazujące oporność na ten lek, zwłaszcza od pacjentów poddawanych przedłużonej terapii linezolidem. Niepokojącym zjawiskiem jest możliwość klonalnego rozprzestrzeniania się opornych na linezolid szczepów enterokoków w środowisku szpitalnym. Izolowano również szczepy *Clostridium difficile* odporne na linezolid.

Ostatnio opisano nowy mechanizm oporności na linezolid u wyselekcjonowanego w warunkach laboratoryjnych szczepu *Mycobacterium smegmatis*, należącego do prątków atypowych. Jest on najprawdopodobniej wynikiem zakłócenia penetracji linezolidu przez osłony komórkowe do cytoplazmy, co uniemożliwia dotarcie leku do punktu uchwytu [5].

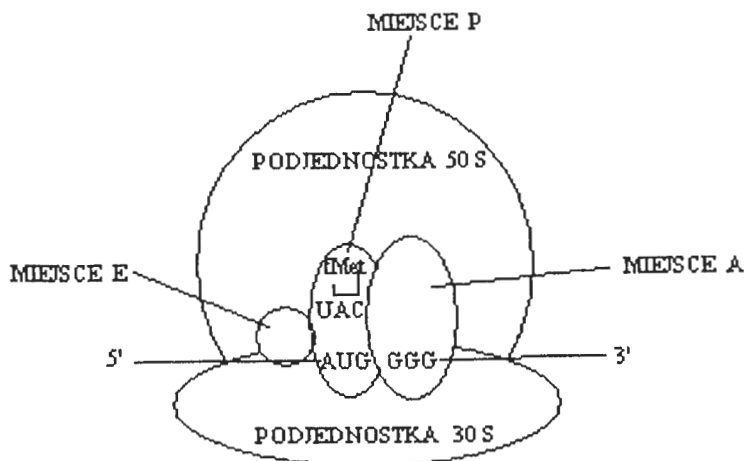
Farmakokinetyka

Linezolid jest dostępny w dwóch formach - do iniekcji, przeznaczony do wlewu dożylnego w postaci jednorazowych woreczków plastikowych, zawierających 200, 400 lub 600 mg preparatu oraz do stosowania doustnego w postaci tabletek, zawierających 400 i 600 mg preparatu, lub granulatu do przygotowania doustnej zawiesiny, zawierającej 100 mg preparatu w opakowaniu. Lek podawany jest zazwyczaj w dwóch dawkach 400 lub 600 mg co 12 h, w zależności od stanu klinicznego pacjenta. Czas trwania leczenia w przeprowadzonych badaniach klinicznych wynosił 7-28 dni, najczęściej 10-14 dni [8].

Linezolid ze względu na swoje właściwości fizyko-chemiczne może być podawany dożylnie lub doustnie. Po podaniu doustnym wchłanianie się szybko, a jego dostępność biologiczna wynosi prawie 100%. Stanowi to niewątpliwą zaletę w porównaniu z innymi związkami o podobnym spektrum działania przeciwbakteryjnego. Linezolid należy do leków przeciwbakteryjnych o działaniu zależnym od czasu. Czas, w którym stężenie leku w surowicy utrzymuje się powyżej MIC ($t_{0.5MIC}$) wynosi 12 h, co stanowi farmakokinetyczne uzasadnienie podawania leku dwa razy na dobę. Linezolid wiąże się z białkami krwi w 30% i nie jest to zależne



Ryc. 1. Wzór strukturalny linezolidu - (S)-N-[[3-(3-fluoro-4-(4-morfolinyl) fenyl) -2-okso-5-oksazolidynylo] metylo]-acetamidu (C16H20FN3O4).



Ryc. 2. Kompleks inicjatorowy 70S - N-formylometionilo-tRNA: mRNA: rybosom. Oznaczenia: miejsce A - akceptorowe; miejsce P - peptydylowe; miejsce E - wyjścia; fMet - N-formylometionilo-tRNA; 5' - 3' - mRNA.

Bakterie tlenowe, względnie beztlenowe i tlenotolerancyjne

Staphylococcus aureus
Gronkowce koagulazo-ujemne
Enterococcus faecalis
Enterococcus faecium
Streptococcus pneumoniae
Streptococcus pyogenes
Paciorkowce grupy C
Paciorkowce grupy G
Bacillus spp.
Corynebacterium spp.
Rhodococcus equi
Listeria monocytogenes
Erysipelothrix rhusiopathiae
Nocardia spp.

Bakterie beztlenowe

Clostridium difficile
Clostridium perfringens
Peptostreptococcus spp.
Propionibacterium acnes

Tabela 1.
Bakterie Gram-dodatnie
wrażliwe na linezolid

od stężenia, a jego objętość dystrybucji wynosi około 40-60 l, co sugeruje równomierne rozmieszczenie w organizmie. Osiąga on również wystarczające stężenie przeciwbakteryjne w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz w licznych narządach (np. płucach) i w tkankach, np. tkance kostnej [6].

Linezolid jest metabolizowany w wątrobie do nieaktywnych metabolitów, ale bez udziału cytochromu P-450. Klirens pozanerkowy stanowi 65% całkowitego wydalania linezolidu. W stanie równowagi dynamicznej przez nerki wydalany jest związek macierzysty (około 30% dawki) oraz jego metabolity. Okres półtrwania linezolidu wynosi około 5 h [6].

Działanie niepożądane

Linezolid jest dobrze tolerowany, mimo pojawiających się stosunkowo rzadko reakcji niepożądanych, głównie zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego (biegunka, nudności, wymioty) i bólu głowy. Zwraca się również uwagę na przypadki przejściowego zahamowania czynności szpiku, głównie u pacjentów poddawanych dłuższej terapii linezolidem. Zaleca się podawanie tego leku u dorosłych, ze względu na brak wystarczających informacji na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania tego leku u dzieci i młodzieży (<18 r. ż.). U pacjentów z lekką lub umiarkowaną niewydolnością nerek czy wątroby oraz u osób w podeszłym wieku (> 65 r. ż.), nie ma konieczności modyfikacji dawkowania. Stosowanie tego leku podczas ciąży i laktacji jest dopuszczalne jedynie w przypadkach, gdy korzyść dla matki przeważa na potencjalnym zagrożeniem dla płodu czy noworodka [6].

Zastosowanie kliniczne

Wskazania kliniczne do stosowania linezolidu nie są ostatecznie ustalone [2,4]. US Food and Drug Administration (FDA) zaleca stosowanie tego antybiotyku w leczeniu zakażeń wywołanych przez ziarniaki Gram-dodatnie (Tabela 3). Według Departamentu Polityki Lekowej Ministerstwa Zdrowia, w naszym kraju linezolid jest wskazany do leczenia zakażeń, w których znanym lub podejrzanym czyn-

nikiem etiologicznym są bakterie Gram-dodatnie wrażliwe na ten antybiotyk, jak *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, gronkowce koagulazo-ujemne, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* oraz paciorkowce z grupy C i G, ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń, w przypadku których potwierdzono klinicznie skuteczność linezolidu. Wśród wskazań klinicznych wymienia się szpitalne i pozaszpitalne zapalenie płuc oraz powikłane zakażenia skóry i tkanek miękkich, zaznaczając, że należy również wziąć pod uwagę aktualną sytuację epidemiologiczną w zakresie oporności bakterii Gram-dodatnich na inne stosowane dotychczas antybiotyki.

Linezolid jest antybiotykiem, który pojawia się, w chwili, gdy wielu specjalistów zaczyna mówić o początku końca ery antybiotyków czy o zbliżaniu się do ery postantybiotykowej, a zatem w momencie poważnego kryzysu antybiotyk- i chemioterapii. Powstaje pytanie, jaki jest status tego leku, pierwszego od ponad 30 lat przedstawiciela zupełnie nowej grupy antybiotyków, wprowadzonego do lecznictwa. Mimo swoich zalet, zwłaszcza biodostępności po podaniu doustnym, szerokiego spektrum wobec bakterii Gram-dodatnich i mykobakterii, stosunkowo niskiej częstości selekcji szczepów opornych oraz rzadko występujących poważnych działań niepożądanych, linezolid nie powinien być uważany za lek „zastępujący” wszystkie stosowane dotychczas leki. Jego zastosowanie powinno być ograniczone do wybranych jednostek chorobowych, w których może być uważany za lek I rzutu, zwłaszcza ciężkich zakażeń przebiegających z powikłaniami lub wywołanych przez wielolekooporne szczepy, w tym bakterie Gram-dodatnie odporne na wankomycynę. Poszerzające się doświadczenia kliniczne pozwolą na weryfikację skuteczności linezolidu *in vivo* i ocenę szybkości narastania oporności wśród bakterii, a tym samym jego przydatności w lecznictwie. Ponadto, umożliwią weryfikację bezpieczeństwa stosowania tego leku, uważanego obecnie za preparat dobrze tolerowany.

LITERATURA

1. Crabb C.: A new TB drug by 2010 – or sooner? Bull. World Health Organ. 80, 518-519, 2002
2. Meszáros J.: Co nowego w leczeniu zakażeń bakteriami Gram-dodatnimi?. Terapia i Leki 52, 5-10, 2002
3. Patel U., Yan Y. P., Hobbs F. W. Jr., Kaczmarczyk J., Slee A. M., Pompliano D. L., Kurilla M. G., Bobkova E. V.: Oxazolidinones mechanism of action: inhibition of the first peptide bond formation. J. Biol. Chem. 276, 37199-37205, 2001
4. Rybak M. J.: Therapeutic options for Gram-positive infections. J. Hosp. Infect. 49 (Suppl. A) S25-32, 2001
5. Sander P., Belova L., Kidan Y. G., Pfister P., Mankin A. S., Bottger E. C.: Ribosomal and non-ribosomal resistance to oxazolidinones: species-specific idiosyncrasy of ribosomal alterations. Mol. Microbiol. 46, 1295-1304, 2002
6. Slatter J. G., Stalker D. J., Feenstra K. L., Welshman I. R., Bruss J. B., Sams J. P., Johnson M. G., Sanders P. E., Hauer M. J., Fagerness P. E., Stryd R. P., Peng G. W., Shobe E. M.: Pharmacokinetics, metabolism and excretion of linezolid following an oral dose of [14C] linezolid to healthy human subjects. Drug Metab. Dispos. 29, 1136-1145, 2001
7. Szczypa K., Betlejewska K., Nowak K., Hryniewicz K.: In vitro activity of linezolid against Gram-positive cocci isolated in Poland. J. Antimicrob. Chemother. 48, 932-935, 2001
8. Zyvox. <http://www.zyvox.com>

Populacja szpitalna

metycylinooporne gronkowce: *Staphylococcus aureus* (MRSA – methicillin-resistant *S. aureus*)
gronkowce koagulazo-ujemne (MRCNS – methicillin-resistant coagulase-negative staphylococci)

oporne na glikopeptydy enterokoki (GRE – glycopeptide-resistant enterococci), w tym szczepy oporne na wankomycynę (VRE – vancomycin-resistant enterococci)

Populacja pozaszpitalna

oporne na penicylinę pneumokoki (PRSP – penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*)

Tabela 2. Przykłady wielolekoopornych ziarniaków Gram-dodatnich.

Przykłady zakażeń

■ Zakażenia wywołane przez wankomycynooporne szczepy *Enterococcus faecium*, w tym przypadki przebiegające z jednoczesną bakteriecią

■ Szpitalne zapalenia płuc wywołane przez *Staphylococcus aureus* (MSSA, MRSA) lub *Streptococcus pneumoniae* (tylko PSSP)

■ Powikłane zakażenia skóry i tkanek miękkich wywołane przez *S. aureus* (MSSA, MRSA), *Streptococcus pyogenes* lub *Streptococcus agalactiae*

■ Niepowikłane zakażenia skóry i tkanek miękkich wywołane przez *S. aureus* (MSSA, MRSA) lub *S. pyogenes*

■ Pozaszpitalne zapalenie płuc wywołane przez *S. pneumoniae* (tylko PSSP), w tym przypadki przebiegające z jednoczesną bakteriecią, lub *S. aureus* (tylko MSSA)



Tabela 3. Wskazania kliniczne do stosowania linezolidu według FDA

Apoptoza

Programowana śmierć komórki (cz. II)

Do grupy egzogennych inhibitorów apoptozy można zaliczyć m. in. aktywatory kinazy białkowej C (estry forbolu) i produkty niektórych genów wirusowych: LMP1 wirusa Epstein-Barr (EBV), E1B19 i E1B95 adenowirusów, γ 1.34.5 herpeswirusów i p35 bakulowirusów.

DR N. MED. AGATA FILIP
ZAKŁAD GENETYKI MEDYCZNEJ
AM W LUBLINIE

Transdukcja sygnału do apoptozy

W komórkach ssaków opisano dwie główne drogi przekazywania sygnału do apoptozy. Pierwszą z nich, zewnętrzną (extrinsic) określa się również mianem *toru receptorów śmierci*, zapoczątkowuje ją bowiem przyłączenie ligandu do receptora zawierającego domenę śmierci DD, np. Fas/APO-1/CD95 lub TNF. Powoduje to utworzenie sygnałnego kompleksu białek, który przez cząsteczkę adaptorową FADD indukuje mobilizację cząsteczek prokaspazy-8 i jej aktywację.

Droga wewnętrzna (intrinsic), inaczej *tor mitochondrialny*, stanowi odpowiedź na egzogenne i endogenne czynniki powodujące uszkodzenie DNA. Szlaki przekąźnikowe tego typu bodźców zbiegają się w mitochondriach, najczęściej w związku z aktywacją proapoptotycznych członków rodziny Bcl-2 (np. genu *Bax*). Wobec przewagi sygnałów proapoptotycznych nad antyapoptotycznymi z przestrzeni międzybłonowej mitochondriów uwalnianych jest szereg czynników, z których najważniejszą rolę odgrywa cytochrom *c*. Asocjuje on bowiem z Apaf-1 i prokaspazą-9 tworząc apoptosom.

Oba te szlaki przekąźnikowe łączą się na poziomie aktywacji kaspazy-3. Aktywację kaspazy-3 i jej aktywność mogą hamować białka rodziny IAP (Inhibitors of Apoptosis). Działanie tych z kolei białek może zostać zahamowane przez produkt genu *Smac*, białko DIABLO uwalniane z mitochondriów.

Aktywacja kaspazy-3, stanowiąca początek efektorowej fazy apoptozy, implikuje kaskadę zdarzeń zakończoną śmiercią i usunięciem komórki.

Komunikację pomiędzy zewnętrzną i wewnętrzną drogą przekazywania sygnału zapewnia białko Bid, będące jednym z proapoptotycznych członków rodziny Bcl-2.

Opisane szlaki sygnalizacji apoptozy nie są jedynymi. Wiadomo na przykład, iż skutecznie można indukować proces apoptozy u myszek z uszkodzonymi torami kaspazy-8 i kaspazy-9.

Genetyczna regulacja apoptozy

Proces śmierci programowanej jest złożony i wieloetapowy, równie skomplikowana jest jego regulacja genetyczna. Poznano już wiele genów, których produkty białkowe mają działanie pro- lub antyapoptotyczne, i które równolegle uczestniczą także w kontroli przebiegu innych istotnych procesów, takich jak regulacja cyklu komórkowego czy zachowanie integralności genomu wobec działania czynników mutagennych.

Zaburzenia ekspresji tych genów obserwowane są w przebiegu wielu nowotworów, a niektóre z tych zmian traktuje się nawet jako niezależny czynnik diagnostyczny i rokowniczy.

Pojęcie *genów śmierci*, *ced* (ang. cell death) wywodzi się z prac ubiegłorocznego noblisty, Roberta Horvitz'a i wsp. Modelem ich badań był bytujący w glebie nicien *Caenorhabditis elegans*, który w trakcie prawidłowego procesu morfogenezy traci drogą śmier-

ci fizjologicznej 131 z 1090 swoich komórek. Kilka z opisanych przez Horvitz'a czterestu genów pozytywnie i negatywnie regulujących ten proces na poszczególnych jego etapach, znalazło już swoje homologi w komórkach ssaków (np. *bcl-2/ced-9* czy *ICE/ced-3*). Obecnie wiadomo, że określenie *gen śmierci* nie jest ścisłym, bowiem większość poznanych genów, których

ekspresja istotna jest dla procesu apoptozy, bierze również udział w regulacji cyklu komórkowego.

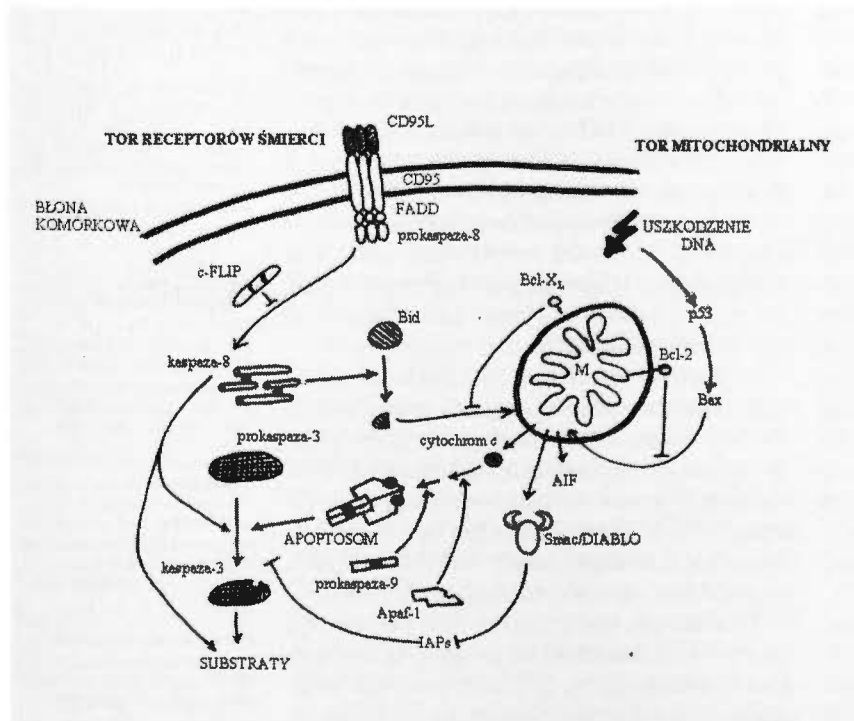
Ze względu na rodzaj oddziaływania, geny zawiadujące śmiercią fizjologiczną komórek ssaków umownie podzielić można na następujące kategorie:

- Geny inicjujące proces apoptozy – np. geny *fas/APO-1*, *p53*.
- Geny promotory apoptozy – *bax*, *bcl-x_s*, *bid*, *bad*, *smac/DIABLO*.
- Geny supresory apoptozy – *bcl-2*, *bcl-x_L*, *mcl-1*, *IAPs*.
- Geny wykonawcze (efektorowe) – rodzina genów *ICE/ced-3*.

Prawdopodobnie najwyżej na szlaku przekazywania sygnału śmierci programowanej znajdują się te geny regulatory, których produkty są czynnikami transkrypcyjnymi. Geny życia i śmierci, takie jak: *c-myc*, *c-fos*, *c-jun*, *Rb-1* i *p53* ulegają ekspresji zarówno w komórkach proliferujących, jak i uruchamiających program apoptozy.

Receptor powierzchniowy **APO-1/Fas/CD95** należy do rodziny receptorów TNF-podobnych i występuje na wielu komórkach organizmu ludzkiego. Ekspresja Fas odgrywa największą rolę w przypadku limfocytów, jest on bowiem zaangażowany w proces eliminacji autoreaktywnych tymocytów w grasicy, bierze także udział w cytotoksycznej odpowiedzi immunologicznej limfocytów T. Podobnie, jak

Sygnalizacja i regulacja procesu apoptozy wciąż kryje w sobie wiele pytań i niejasności. Wydaje się, że w miarę zgłębiania tych tajemnic coraz umiejętniej będziemy mogli zaprogramować śmierć w wymiarze niezbędnym dla życia.



Dwa główne szlaki przekazywania sygnału do apoptozy (za Hengartner)

w przypadku receptora TNF (TNFR) i TRAIL (TRAILR), receptor Fas może indukować proces apoptozy po przyłączeniu swojego ligandu (FasL). Ligand FasL występuje w postaci związanej na powierzchni niektórych komórek, lub w postaci rozpuszczalnej cytokiny.

Gen *p53* jest genem supresorowym – przeciwnowotworowym (tumor suppressor gene), którego mutacje są najczęstszym defektem genetycznym, stwierdzanym w nowotworach wszystkich typów. Białko kodowane przez gen *p53* jest czynnikiem transkrypcyjnym. Fizjologicznie gen *p53* pełni rolę „strażnika genomu”. Jest bowiem jednym z głównych genów kontrolujących tzw. punkt restrykcyjny G_1 uszkodzenia DNA (DNA G_1 damage checkpoint). Określenie „punkt restrykcyjny uszkodzenia DNA” obejmuje specyficzny mechanizm, który wykrywa uszkodzenie genomu, generuje sygnał zatrzymujący komórki w fazie G_1 cyklu, zwalnia fazę S (syntezy DNA), zatrzymuje komórki w fazie G_2 i aktywuje transkrypcję genów reperacyjnych. Moment zatrzymania cyklu komórkowego zależy od fazy, w której doszło do uszkodzenia DNA.

Udział genu *p53* w regulacji cyklu komórkowego polega na zahamowaniu przejścia z fazy G_1 do S komórek, których genom uległ uszkodzeniu w wyniku transformacji nowotworowej bądź działania czynników zewnętrznych (np. promieniowania γ lub UV), co zapobiega replikacji defektywnego DNA. Oprócz białka *p53* proces ten kontrolują również geny *ATM* (ang. ataxia teleangiectasia mutated) i *waf1/cip1*. Jeżeli uszkodzenie genomu jest nieodwracalne (niereperowalne), lub w przypadku braku czynników wzrostowych – produkt dzikiego genu *p53* kieruje komórkę na drogę apoptozy.

Rodzina genów *bcl-2* jest duża i stale opisywani są nowi jej członkowie. Są wśród nich wysoce homologiczne geny o działaniu antyapoptotycznym, takie jak: *bcl-2*, *bcl-XL*, *bcl-W*, *bcl-1*, *mcl-1*, *A1* (*bfl-1*) i *boo*, oraz geny o działaniu proapoptotycznym: *bax*, *bak*, *bad*, *mta* (*bok*), *diva*, *bik*, *bid*, *bim*, *bcl-rambo*, *hrk* (*dp5*), *blk*, *bnip3*, czy *bnip3l*, gdzie homologia sekwencji może dotyczyć jedynie trzech czy nawet jednego wspólnego regionu. Specyficzną cechą produktów białkowych rodziny *Bcl-2* jest możliwość tworzenia heterodimerów pomiędzy białkami pro- i antyapoptotycznymi, co może wzajemnie hamować ich aktywność.

Wiadomo, że kluczową rolę w realizacji wewnętrznego toru sygnałowego śmierci programowanej odgrywają mitochondria. W szczególnych okolicznościach uwalniają one z przestrzeni międzybłonowej do cytoplazmy komórki szereg substancji apoptogennych, takich

jak cytochrom *c* i AIF. Czynniki AIF, będący flawoproteiną o sekwencji podobnej do sekwencji oksydoreduktaz bakteryjnych, może indukować charakterystyczne dla apoptozy zmiany morfologiczne jądra komórkowego, natomiast cytochrom *c* ma zdolność bezpośredniej aktywacji kaskady kaspaz.

Uwolnienie tych czynników uwarunkowane jest zmianami potencjału błonowego mitochondrium ($\Delta\Psi$). Temu właśnie zjawisku mogą zapobiegać „antyapoptotycy” członkowie rodziny *bcl-2*, białka takie jak *Bcl-2* i *Bcl-X₁*.

Białka rodziny **IAP** po raz pierwszy opisano w 1994 roku u baculowirusów, kiedy odkryto ich zdolność do hamowania apoptozy, będącej naturalną odpowiedzią komórek gospodarza na infekcję. Odkrycie to zaowocowało wkrótce potem identyfikacją całego szeregu białek hamujących apoptozę u Eukaryota. Dotychczas scharakteryzowano siedem ludzkich białek rodziny IAP: *NAIP*, *cIAP1*, *cIAP2*, *XIAP*, *Survivin*, *Livin* i *Apollon*. Mogą one hamować apoptozę indukowaną przez wiele czynników, zarówno poprzez szlak przewodzenia sygnału od „receptorów śmierci”, jak też na poziomie mitochondrium. Działają bowiem na wspólne dla obu dróg czynniki wykonawcze apoptozy, którymi są kaspazy. Stwierdzono, iż białka IAP łączą się i blokują kaspazę 3, uniemożliwiając uruchomienie kaskady proteolitycznej zainicjowanej na drodze receptor/kaspaza 9.

Udowodniono też, że białka *XIAP*, *c-IAP1* i *cIAP2* bezpośrednio mogą wiązać się z kaspazą 9, uniemożliwiając jej aktywację w odpowiedzi na działanie uwolnionego z mitochondrium cytochromu *c*. Ten proces w przypadku białka *XIAP* może jednak zostać zablokowany przez jego fizyczną interakcję z produktem genu *Smac*, białkiem **DIABLO**.

Co ciekawe, hamowanie apoptozy przez wirusowe IAPs dotyczy jedynie toru mitochondrialnego, co sugeruje późniejszy ewolucyjnie rozwój szlaku przekazywania sygnału od receptorów śmierci.

Wydaje się, że w hierarchii genów kontrolujących proces śmierci programowanej, najbliższej fazy wykonawczej znajdują się geny kodujące dużą grupę **kaspaz** apoptotycznych. Produkty tych genów to duża rodzina proteaz cysteinowych *ICE/Ced-3*, nazwana tak dla podkreślenia ich homologii z genem *ced-3* u *C. elegans*, pozytywnym regulatorem śmierci komórki.

Pierwszym, opisanym w 1993 roku przez Yuana i wsp. białkiem tej grupy była konwertaza interleukiny-1 β , *ICE* (ang. interleukin-1 β -converting enzyme), aktywująca tę przeciwzapalną cytokinę poprzez nacięcie nieaktywnego prekursora w miejscu Asp¹¹⁶/Ala¹¹⁷. Obec-

LITERATURA

1. Allen P. D., Bustin S. A., Newland A. C. The role of apoptosis (programmed cell death) in haemopoiesis and the immune system. *Blood Rev* 1993; 7: 63-67.
2. Ambrosini G, Adida C, Altieri DC. A novel anti-apoptosis gene, survivin, expressed in cancer and lymphoma. *Nature Medicine* 1997, 3 (8), 917-921
3. Antosson B., Conti F., Ciavatta AM., Montessuit S., Lewis S., Martinou I., Bernasconi L., Bernard A., Mermod J.-J., Mazzei G., Maundrell K., Gambale F., Sadoul R., Martinou J.-C. Inhibition of Bax channel-forming activity by Bcl-2. *Science* 1997; 277: 370-372.
4. Athanassiadou P, Dosios T, Petrakou E, et al. P53 and bcl-2 protein expression in non-small-cell lung carcinoma. *Diagn Cytopathol* 1998, 19 (4), 255-59
5. Bellosillo B., Dalmau M., Colomer D., Gil J. Involvement of Ced-3/ICE proteases in the apoptosis of B-chronic lymphocytic leukemia cells. *Blood* 1997; 89 (9): 3378-3384.
6. Bunn PA, Soriano A, Johnson G, Heasley L. New therapeutic strategies for lung cancer. *Chest* 2000, 117 (4) Suppl, S163-68
7. Clarke A. R., Purdie C. A., Harrison D. J., Morris R. G., Bird C. C., Hooper M. L., Wyllie A. H. Thymocyte apoptosis induced by p53 dependent and independent pathways. *Nature* 1993; 362: 849-852.
8. Cuende E., Alés-Martínez J. E., Ding L., González-García M., Martínez-A. C., Nuevo G. Programmed cell death by Bcl-2 dependent and independent mechanism in B lymphoma cells. *EMBO J* 1993; 12 (4): 1555-1600.
9. Dworakowska D, Gozdz S, Jassem E, et al. Prognostic relevance of proliferating cell nuclear antigen and p53 expression in non-small lung cancer. *Lung Cancer* 2002, 35 (1), 35-41
10. Fernandes-Alnemri T, Litwack G., Alnemri E. S. Mch2, a new member of the apoptotic Ced-3/ICE cysteine protease gene family. *Canc Res* 1995; 55 (13): 2737-2742.

11. Green D. R., Reed J. C. Mitochondria and apoptosis. *Science* 1998; 281, 1309-12
12. Hengartner M. O. The biochemistry of apoptosis. *Nature* 2000; 407: 770-776.
13. Hoey T. A new player in cell death. *Science* 1997; 278: 1578-1579.
14. Kerr J. F., Wyllie A. H., Currie A. R. Apoptosis: a basic biological phenomenon with wide-ranging implications in tissue kinetics. *Br J Cancer* 1972; 26: 239-257.
15. Kuttler F, Valnet-Rabier MB, Angonin R, et al. Relationship between expression of genes involved in cell cycle control and apoptosis in diffuse large B cell lymphoma: a preferential survivin-cyclin B link. *Leukemia* 2002, 16 (4), 726-35
16. Laytragoon-Lewin N, Rossmann ED, Castro J, Mellstedt H. Significance of phosphotyrosine proteins, Bcl-2 and p53 for apoptosis in resting B-chronic lymphocytic leukemia (CLL) cells. *Int J Cancer* 2002, 97 (3), 344-48
17. Müller C., Salles B. Regulation of DNA-dependent kinase activity in leukemic cells. *Oncogene* 1997; 15 (19): 2343-2348.
18. Nicholson D. W. From bench to clinic with apoptosis-based therapeutic agents. *Nature* 2000; 407: 810-816.
19. Roliński J. Apoptoza w układzie odpornościowym – rola Fas, bcl-2 i interleukiny 2. *Post Biol Kom* 1997; 24 (4): 561-574.
20. Sikora E. Cykl komórkowy i apoptoza: śmierć starej komórki. *Post Bioch* 1996; 42 (2): 108-112.
21. Tamm I, Kornblau SM, Segall H, et al. Expression and prognostic significance of IAP-family genes in human cancers and myeloid leukemias. *Clin Canc Res* 2000, 6 (5), 1796-803.
22. White E. Death-defying acts: a meeting review on apoptosis. *Gen & Develop* 1993; 7: 2277-2284.

nie znany już kilka enzymów ICE/Ced-3. Wiadomo też, że niektóre z nich aktywnie uczestniczą w realizacji efektorowej fazy śmierci apoptotycznej (kaspaza-1, 3 i 8), natomiast inne mogą działać protekcyjnie (krótsza postać produktu kaspazy-2, ICH-1_S). Wydaje się, że kaspazy zaangażowane są w większości, jeśli nie we wszystkich szlakach transdukcji sygnału do apoptozy.

Opisano kilka potencjalnych substratów dla proteaz ICE, z których najistotniejszym w procesie apoptozy wydaje się być PARP. Stopień degradacji PARP jest dla niektórych autorów markerem zaawansowania śmierci programowanej. Substratem dla kaspaz jest także kompleks ICAD (DNaza aktywowana przez kaspazy w połączeniu z białkiem inhibitorowym), laminy jądrowe i białka cytoszkieletu (np. fodryna i gelsolina).

Inhibitorami kaspaz są produkty niektórych genów wirusowych: białko p35 bakulowirusa i CrmA wirusa ospy krowiej. Przykładem syntetycznego blokera tych enzymów może być tetrapeptyd Ac-YVAD-cmk (acetylo-Tyr-Val-Ala-Asp-chlorometyloketon).

Czynniki diagnostyczne i prognostyczne

Fakt obecności lub braku produktów genów regulujących proces śmierci programowanej jest coraz częściej wykorzystywany jako czynnik diagnostyczny i prognostyczny w przebiegu wielu chorób, zwłaszcza nowotworowych. Zwiększoną ekspresję genu *bcl-2* obserwuje się w komórkach proliferujących, typowa jest także dla nowotworów, zwłaszcza dotyczących układu krwiotwórczego (limfocyty B u pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową i chłoniakiem nieziarniczym). Obecność zmutowanego produktu genu *p53* lub jego całkowity brak opisywany jest w bardzo wielu nowotworach i świadczy o gorszym rokowaniu.

Niesłychanie ciekawym markerem okazało się być jedno z białek IAP, survivina. Ekspresja genu dla surviviny jest powszechna w tkankach płodowych, zanika natomiast całkowicie po urodzeniu (wyjątkami są keratynocyty warstwy podstawnej naskórka, gdzie jest stwierdzalna tylko metodą RT-PCR, i komórki endometrium w fazie wydzielniczej). Wysoką ekspresję tego genu stwierdza się natomiast w komórkach nowotworowych i dotyczy to większości nowotworów (rak jelita, pęcherza moczowego, płuc, piersi, prostaty, trzustki, skóry, nerek, chłoniaki nie-Hodgkinowskie, ostra białaczka szpikowa), gdzie duże ilości białka wykrywane są metodami immunocyto-

chemicznymi. W przypadku raka pęcherza możliwe jest nawet stwierdzenie obecności surviviny w osadzie moczu.

Implikacje dla terapii

Mimo, iż modulacja przebiegu apoptozy wydaje się być możliwa na wielu etapach przekazywania sygnału śmierci, pewne ograniczenie stanowi fakt, że niewiele uczestniczących w nim enzymów czy receptorów może być celem dla leków konwencjonalnych. W związku z tym większą uwagę przywiązuje się obecnie do innych strategii, obejmujących swym działaniem białkowe elementy szlaku przekazywania sygnału śmierci. Najbardziej atrakcyjnie przedstawiają się próby regulacji ekspresji genów kontrolujących maszynę śmierci. Jedną z metod jest terapia z wykorzystaniem oligonukleotydów antysensownych, przylączających się do mRNA określonych genów, co uniemożliwia ich translację. W drugiej fazie badań klinicznych jest zastosowanie samego antysensu *bcl-2* w czerniaku i chłoniaku nie-Hodgkinowskim, a w połączeniu z konwencjonalną chemioterapią w innych nowotworach: drobno-komórkowym raku płuc (z paclitaxelem), raku sutka (z docetaxelem), przerzutowym raku prostaty (z mitoxantronem), raku jelita grubego (z irinotecanem) i ostrej białaczką (z fludarabiną). Opisano wystąpienie spontanicznej apoptozy w komórkach raka płuca i czerniaka po zastosowaniu antysensu dla surviviny. Próbuje się również stosować zrekombinowane cząsteczki polipeptydowe, mające zablokować aktywność receptorów śmierci, na przykład TRAIL. Z kolei niespecyficzne blokery kaspaz (fmk, cmk i z-D-cmk), dzięki zahamowaniu apoptozy zmniejszają ischemiczne uszkodzenia organów, mają zastosowanie podczas transplantacji, udaru, w chorobie Parkinsona. Wprowadzanie do komórek nowotworowych konstruktów dzikiego genu *p53* zwiększa ich wrażliwość na apoptozę indukowaną konwencjonalnymi cytostatykami. Terapię genową obejmującą geny regulujące proces śmierci programowanej próbuje się także stosować w przypadku AIDS. Miejsca cięcia w obrębie kaspazy-3 są zastępowane sekwencjami rozpoznawanymi przez proteazę wirusa HIV, co powoduje, że komórki zainfekowane selektywnie ulegają apoptozie w związku z uruchomieniem kaskady kaspaz.

Sygnalizacja i regulacja procesu apoptozy wciąż kryje w sobie wiele pytań i niejasności. Wydaje się, że w miarę zgłębiania tych tajemnic coraz umiejętniej będziemy mogli zaprogramować śmierć w wymiarze niezbędnym dla życia.

Najczęstsze nowotwory w Polsce

ze szczególnym uwzględnieniem raka płuca i nowotworów narządu rodniego

Zachorowania na nowotwory są uwarunkowane czynnikami środowiskowymi i genetycznymi. Wśród czynników środowiskowych największe znaczenie mają: palenie tytoniu, czynniki żywieniowe, promieniowanie jonizujące, szkodliwe czynniki środowiska pracy, leki – głównie hormonalne

LEK. MED. KRZYSZTOF PATYRA
KATEDRA I ZAKŁAD ONKOLOGII
AM W LUBLINIE

Szczególnie szybka dynamika zachorowań występuje w raku płuca, krtani, nerki, jelita grubego u mężczyzn, oraz raka piersi, jajnika, płuca, trzustki i jelita grubego u kobiet. Obserwuje się ciągły i szybki

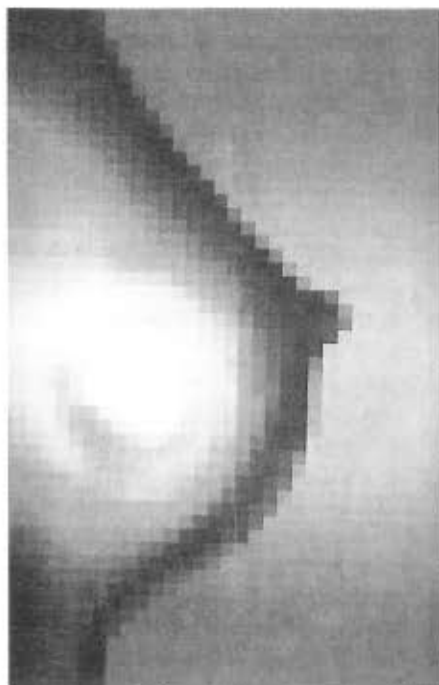
wzrost zachorowań na raka płuca, głównie u mężczyzn, oraz na raka piersi i nowotwory narządu rodniego u kobiet.

Rycina 1 przedstawia najczęściej występujące nowotwory w Polsce, z podziałem na lokalizację narządową oraz płeć.

Jak wynika z ryc. 1, rak płuca jest głównym nowotworem, na który zapadają mężczyźni, a rak piersi i nowotwory narządu rodniego to dominujące rozpoznania onkologiczne wśród kobiet. Zachorowalność na raka płuca w naszym kraju ma nadal stałą tendencję wzrostową. W 1959 roku zanotowano 2191 nowych zachorowań, a w roku 1988 już aż 15 683. Liczba ta stale rośnie, a wskaźniki zachorowalności i umieralności są alarmujące. Tempo wzrostu umieralności z powodu raka płuca w Polsce jest dwukrotnie wyższe niż w innych krajach europejskich. Palenie tytoniu jest nadal głównym czynnikiem ryzyka, które u osoby palącej staje się 20-30-krotnie wyższe niż u osoby niepalącej. Inne czynniki chorobotwórczych prezentuje rycina 2. Do głównych objawów klinicznych, niekiedy lekceważonych przez samych chorych, a nierzadko przez lekarzy należą: kaszel, chrypka, nawracające stany



Im lepsza współpraca między lekarzami różnych specjalności, tym lepsza wykrywalność, a tym samym leczenie



Obserwuje się ciągły i szybki wzrost zachorowań na raka płuca, głównie u mężczyzn, oraz na raka piersi i nowotwory narządu rodowego u kobiet.

zapalne oskrzeli i płuc. Im dłużej choroba pozostaje nie rozpoznana, tym objawy kliniczne nasilają się, powodując wystąpienie duszności, krwioplucia, aż do powstania zespołu żyły głównej górnej.

Rycina 3 przedstawia badania, które stosuje się w rozpoznawaniu raka płuca. Nadal, podstawową rolę w rozpoznawaniu raka płuca ma zdjęcie rentgenowskie. Dopiero na jego podstawie można prowadzić dalszą diagnostykę, wykonując wspomniane badania w celu ustalenia rozpoznania histopatologicznego.

Podział kliniczny ze względu na rozpoznanie histopatologiczne nowotworów płuca przed-

5 najczęściej występujących nowotworów z uwzględnieniem lokalizacji narządowej i płci

KOBIETY

- ✓ PIERŚ
- ✓ SZYJKA MACICY
- ✓ JAJNIK
- ✓ PŁUCO
- ✓ TRZON MACICY

MĘSCZYŹNI

- PŁUCO
- ŻOŁĄDEK
- KRTAŃ
- GR. KROKOWY
- PĘCZERZ
- MOCZOWY

ryc 1.

RAK PŁUCA- CZYNNIKI CHOROBTWÓRCZE

- ✓ Czynniki zawodowe – pyły azbestu , pyły i gazy koksownicze , produkty ropy naftowej.
- ✓ Zanieczyszczenia powietrza – dym i spaliny silnikowe , wysokie stężenia związków arsenu , benzopyrenu i dwutlenków siarki

ryc 2.

RAK PŁUCA - ROZPOZNAWANIE

- Zdjęcie rentgenowskie –rola podstawowa !
- Bronchofiberoskopia
- Badanie cytologiczne plwociny
- Cewnikowanie oskrzeli ze szczoteczkowaniem

ryc 3.

stawia rycina 4. Główną rolę w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca nadal odgrywa zabieg operacyjny (pulmonectomia, lobectomia). W przypadkach wątpliwej oszczędności zabiegu operacyjnego stosuje się leczenie uzupełniające (radioterapię i chemioterapię). Radykalną radioterapię proponuje się pacjentom, którzy nie mogą być operowani.

U chorych nieoperacyjnych, z powodu rozległości procesu nowotworowego stosuje się radioterapię paliatywną. Leczenie drobnokomórkowego raka płuca rozpoczyna się natomiast od chemioterapii z ewentualną uzupełniającą radioterapią. Ten typ nowotworu nie podlega zabiegowi operacyjnemu. Rokowanie w raku płuca jest bardzo poważne, przedstawia je rycina 5. W raku niedrobnokomórkowym, po radykalnym zabiegu operacyjnym 5 lat przeżywa ok. 30 % chorych, natomiast w drobnokomórkowym, po zastosowanym leczeniu, 5 lat przeżywa ok. 10-15% pacjentów.

Najczęstsze nowotwory narządu rodno przedstawia rycina 6. Bardzo ważne jest prowadzenie badań przesiewowych w raku szyjki macicy w celu wczesnego rozpoznania procesu nowotworowego. Wczesne wykrycie raka szyjki (stopień 0) pozwala uzyskać blisko 100% wyleczeń, przy zastosowaniu mało kosztownego leczenia. Dlatego też przynajmniej raz w roku

Należy podkreślić, że im nowotwór jest wcześniej wykryty, tym większe są szanse na jego wyleczenie.

Wczesne wykrycie raka szyjki (stopień 0) pozwala uzyskać blisko 100% wyleczeń, przy zastosowaniu mało kosztownego leczenia.

każda kobieta powinna być zbadana ginekologicznie z pobraniem cytologii, a jeśli są ku temu wskazania należy wykonać kolposkopię. Po badaniu ginekologicznym zalecane jest wykonanie badania usg jamy brzusznej i przezpochwowego.

Czynniki etiopatogenetyczne w raku szyjki macicy przedstawia rycina 7. Pod względem histologicznym 95% wszystkich raków szyjki macicy stanowi rak płaskonabłonkowy, pozostałe 5% to rak gruczołowy. Podział kliniczny raka szyjki macicy przedstawia rycina 8.

Leczenie zależne jest od wspomnianych stopni zaawansowania, schematy terapii oraz przeżycia pięcioletnie przedstawia rycina 9. Rak szyjki macicy jest drugim po raku skóry pod względem łatwości rozpoznania. Dlatego tak istotne jest jego wczesne wykrywanie, które możliwe jest przy zastosowaniu ogólnie dostępnych środków, przy niewielkich nakładach finansowych. Warto i należy prowadzić taką profilaktykę, ponieważ można uzyskać znakomite efekty terapeutyczne, pod warunkiem wczesnego rozpoznania. Rak trzonu macicy jest nowotworem hormonozależnym, występuje zwykle u kobiet pomenopauzalnych

RAK PŁUCA - HISTOPATOLOGIA

Rak niedrobnokomórkowy :

- Płaskonabłonkowy ok.50%
- Wielkokomórkowy ok.10-15%
- Rak gruczołowy ok.15%

Rak drobnokomórkowy :

- Ok.20-30%

ryc 4.

RAK PŁUCA - ROKOWANIE

- Chorzy nie leczeni umierają w 6 – 9 mies. od rozpoznania
- Podstawowe znaczenie w rokowaniu ma zaawansowanie proc. npl
- Rokowanie dobre w guzach małych bez przerzutów do węzłów chłonnych
- 75% niepowodzeń jest wynikiem przerzutów odległych

ryc 5.

Najczęstsze nowotwory narządu rodowego

- Rak szyjki macicy 59%
- Rak jajnika 19%
- Rak trzonu macicy 18%
- Inne 4%

ryc 6.

Etjopatogeneza raka szyjki macicy

- Wcześnie rozpoczęte życie płciowe przed 20 rokiem życia
- Wielopartnerstwo
- Wieloródzstwo
- Zakażenie wirusem opryszczki płciowej typu II
- Przewlekłe stany zapalne

ryc 7.

Podział kliniczny

- Rak przedinwazyjny – stopień 0
- Rak inwazyjny ograniczony do szyjki – stopień I
- Rak przechodzi poza szyjkę – stopień II
- Rak nacieka kości miednicy – stopień III
- Rak szerzy się poza miednicę mniejszą i/lub daje przerzuty odległe – stopień IV

ryc 8.

Leczenie raka szyjki macicy

- Rak przedinwazyjny - prosta konizacja lub amputacja części pochwowej – ok..100% wyleczeń
- Stopień I – radykalny zabieg operacyjny + RT + Brachyterapia – ok..80% przeżyć 5-cio letnich
- Stopień II i III – radykalna radiochemioterapia + brachyterapia – ok..60% przeżyć 5-cioletnich w st.II i ok..30% w st.III
- Stopień IV – paliatywna radioterapia – ok..6-7% przeżyć 5-cioletnich

ryc 9.

Tempo wzrostu umieralności z powodu raka płuca w Polsce jest dwukrotnie wyższe niż w innych krajach europejskich.

w szóstej dekadzie życia. Czynniki ryzyka wystąpienia raka trzonu są: późna menopauza, otyłość (cukrzyca, nadciśnienie), mała płodność. W ok. 90% przypadków głównym objawem klinicznym są nieregularne krwawienia z dróg rodnych w okresie okołolub pomenopauzalnym. Materiał do badania histopatologicznego i postawienia rozpoznania uzyskuje się z abrazyj jamy macicy.

W 75 % przypadków histologicznie rozpoznaje się raka gruczołowego. Podział kliniczny, leczenie oraz rokowanie przedstawia rycina 10.

Rak trzonu macicy rokuje dobrze, zwłaszcza w stopniu I i II zaawansowania klinicznego. W ostatnich latach obserwuje się stałą tendencję do spadku zachorowań na raka trzonu, spowodowaną częstszymi zabiegami operacyjnymi usuwania macicy, np. z powodu mięśniaków.

Rak jajnika jest nowotworem występującym częściej u kobiet nieplodnych, z zaburzeniami miesiączkowania. Szczyt zachorowalności przypada na 5-6 dekadę życia. Objawy kliniczne występują późno i są mało charakterystyczne, stąd też trudności we wczesnym rozpoznawaniu raka jajnika. Najczęstsze objawy kliniczne przedstawia rycina 11.

Najczęstsze postacie histologiczne raka jajnika to: rak surowiczy, rak śluzowy, rak endometrialny, rak jasnoko-

mórkowy, rak niezróżnicowany. Sposoby leczenia obrazuje rycina 12. Rokowanie w raku jajnika jest bardzo poważne i zależy bezpośrednio od stopnia zaawansowania nowotworu, radykalności zabiegu operacyjnego, postaci histologicznej i stopnia dojrzałości komórkowej, oraz od wieku i stanu ogólnego chorej.

Podsumowując, należy podkreślić, że im nowotwór jest wcześniej wykryty, tym większe są szanse na jego wyleczenie. Im bardziej są rozwinięte techniki diagnostyczne i terapeutyczne, tym lepiej i szybciej można wykrywać i dokładniej leczyć. I bardzo istotna sprawa, im lepsza, a przede wszystkim oparta na wzajemnej życzliwości współpraca między lekarzami różnych specjalności, tym lepsza wykrywalność, a tym samym leczenie.

Przynajmniej raz w roku każda kobieta powinna być zbadana ginekologicznie z pobraniem cytologii, a jeśli są ku temu wskazania należy wykonać kolposkopię.

* Wykład wygłoszony w ramach XVI Tygodnia Kultury Zdrowotnej w Urzędowie, w dniach 11-16 listopada 2002 r.

Podział kliniczny i leczenie

- Stopień I i II - leczenie skojarzone (operacja + radioterapia) – ok..90% 5-cioletnich przeżyć w st.I i ok..50% w st.II
- Stopień III - radioterapia – ok..30% 5-cioletnich przeżyć
- Stopień IV – paliatywna radioterapia

ryc 10.

Objawy kliniczne

- Rozpoznanie zwykle w znacznym zaawansowaniu choroby

Najczęstsze objawy:

- Bóle brzucha
- Parcia na pęcherz moczowy
- Uczucie pełności w j. brzusznej
- Wysięk w j. otrzewnowej

ryc 11.

Leczenie

Stosowane są trzy metody leczenia :

- Operacja
- Chemioterapia
- Radioterapia

ryc 12.

Działania ortopedyczno -rehabilitacyjne

Ważne ogniwo kompleksowej terapii

PROF. DR HAB. TOMASZ KARSKI
DR HAB. GRZEGORZ KANDZIERSKI
DR N. MED. JUSTYNA C WALINA
DR N. MED. JACEK KARSKI
DR N. MED. MICHAŁ LATAŁSKI
LEK. MED. JAROSŁAW KAŁAKUCKI
LEK. MED. KATARZYNA DANIELUK

KATEDRA I KLINIKA
ORTOPEDII DZIECIĘCEJ I REHABILITACJI
AM W LUBLINIE

Tematykę wsparcia społecznego rodziny dziecka niepełnosprawnego przedstawiono w oparciu o różnorodne jednostki chorobowe wymagające kompleksowego leczenia rehabilitacyjnego, aparaturowego i operacyjnego. Problem omówiono na przykładzie: mózgowego porażenia dziecięcego (MPDz), dysplazji biodra z podwichnięciem i zwichnięciem, stóp ekwinalno-szpotaowych, spina bifida, kolan koślawych, goleni szpotaowych (choroba Blounta), skolioz tzw. idiopatycznych, choroby Perthesa, młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej.

Poruszono najistotniejsze zagadnienia związane z koniecznością specjalistycznej opieki medycznej nad dzieckiem chorym i wynikające stąd problemy.

Problemy relacji pacjent/rodzina – lekarz

W pracy próbowano przeanalizować następujące problemy:

▶ określenie optymalnego sposobu postępowania leczniczego na przykładzie wybranych jednostek chorobowych,

▶ opisanie „modelu dobrego” i „modelu złego” współpracy lekarza z rodziną dziecka chorego we wspomnianych jednostkach chorobowych,

▶ analiza leczenia specjalistycznego z punktu widzenia psychologii w systemie wsparcia społecznego rodziny dziecka niepełnosprawnego,

▶ omówienie aspektów wynikających z kontaktu lekarz – rodzina dziecka niepełnosprawnego.

Sytuacja dziecka niepełnosprawnego w rodzinie jest sprawą złożoną i rodzi potencjalnie wiele problemów. Zawiera w sobie:

- aspekt społeczny,
- aspekt psychologiczny,
- aspekt pedagogiczny (sprawa edukacji dziecka),
- aspekt medyczno-terapeutyczny,
- konieczność współpracy lekarza z rodziną dziecka i odwrotnie.

Rodzice dziecka niepełnosprawnego ruchowo wobec ogromu problemu oczekują skutecznych działań ortopedyczno-rehabilitacyjnych. Niejednokrotnie lekarz staje się „ostatnią iskierką nadziei” dla dziecka i całej jego rodziny. W relacji lekarz – rodzice dziecka wyróżnić można dwa elementy wsparcia i współpracy:

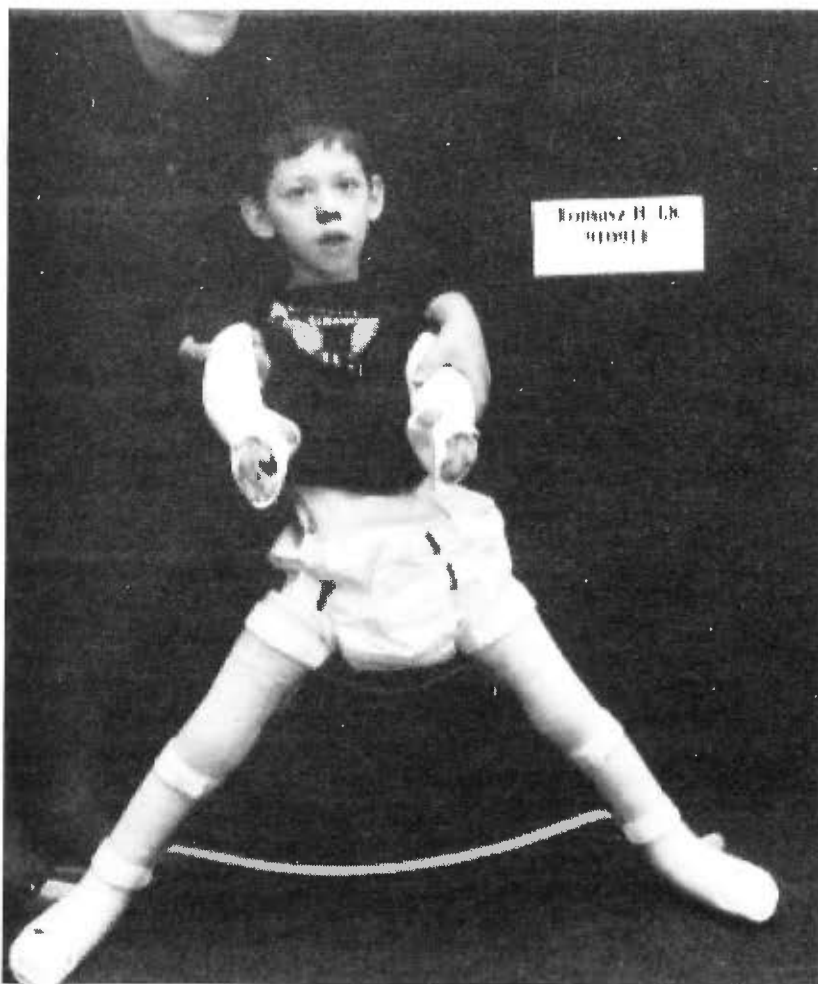
A. rodzice oczekują od lekarzy wsparcia w ich smutnym i trudnym losie obecności chorego dziecka w rodzinie,

B. lekarze oczekują od rodziców współpracy w ich działaniach terapeutycznych.

Ortopedia ma szansę pomocy dzieciom niepełnosprawnym przez kompleksowe działania lecznicze określone mianem RAO. Wyjaśnienie: **O** (ortopedia bezoperacyjna, operacyjna), **A** (stosowanie aparatów) i **Ro** (reha-

bilitacja ortopedyczna). W leczeniu chorób, wad i dysfunkcji narządu ruchu ortopedia zawsze potrzebuje rehabilitacji, jednak sukcesy przynosi tylko współdziałanie ortopedii i rehabilitacji ortopedycznej. Rehabilitacja bez ortopedii, oparta wyłącznie na „metodach stymulacyjnych”, często nie jest efektywna (leczy, ale nie wy-

Sukcesy przynosi tylko współdziałanie ortopedii i rehabilitacji ortopedycznej



Hist. chor. nr 910111 – pacjent 12 letni z MPDz w zaopatrzeniu aparatomym po zabiegach operacyjnych

leczy) i bywa nierozważnie samodzielna, a w swej samodzielności bywa bardzo często niewystarczająca.

Polem działania ortopedii i rehabilitacji ortopedycznej (Ro) są różnorodne jednostki chorobowe, które pogrupować można w szerszych kategoriach, jako:

- wady wrodzone,
- choroby układowe,
- uszkodzenia pourazowe,
- dysfunkcje neurogenne,
- dysfunkcje pozapalne.

Niektóre z ortopedycznych jednostek chorobowych wymagają szczególnego współdziałania lekarzy z rodzicami chorego dziecka. Są nimi:

- mózgowe porażenie dziecięce – MPDz (*paresis cereбрalis infantum – PCI*),
- spina bifida,
- wrodzone zwichnięcie biodra,
- wrodzone stopy ekwinalno-szpotałe,
- golenie szpotawe,
- kolana koślawe,
- skoliozy tzw. idiopatyczne,
- choroba Perthesa,
- młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej.

Szczegółowe omówienie jednostek chorobowych

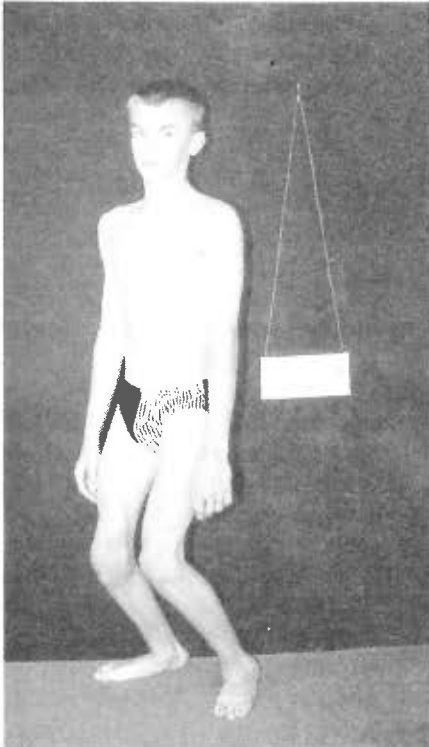
I. Mózgowe porażenie dziecięce – MPDz (*paresis cereбрalis infantum – PCI*)

Ortopedia wyróżnia trzy grupy kliniczne MPDz o odmiennej charakterystyce dotyczącej leczenia i jego skuteczności:

▶ 10% dzieci – minimal brain disease – każde leczenie jest zawsze skuteczne, w tym także wyłączone leczenie rehabilitacyjne przez tzw. stymulacje psychoruchowe (różne metody jak: Bobath, Pető i inne),

▶ 80% dzieci – konieczność kompleksowego leczenia metodą RAO, ponieważ sama rehabilitacja prowadzi do powikłań, komplikacji i utrwalenia wady, nie zaś do jej wyleczenia,

▶ 10% dzieci – ciężkie postacie MPDz. Możliwe tylko leczenie paliatywne. Uzyskanie wyraźnych efektów leczniczych,



Hist. chor. nr 850409 – pacjent 16-letni z MPDz.
Dominują przykurcze spastyczne kolan i bioder

- z metod NDT (Bobath), Pet(E),
- zapobieganie przykurczom,
- zapobieganie zwicnięciu biodra.

II. Spina bifida

Priorytetami leczenia ortopedycznego spina bifida są:

- zapobieganie przykurczom i wadliwym ustawieniom kończyn
- zapobieganie zwicnięciu biodra
- ważny pierwszy zabieg chirurgiczny (konieczność zabiegu w okularach operacyjnych).

III. Wrodzona dysplazja, podwichnięcie i zwicnięcie biodra

Kluczowe w profilaktyce i leczeniu wrodzonej dysplazji, podwichnięcia i zwicnięcia biodra są:

- poprawna pielęgnacja od pierwszych dni życia dziecka,
- stałe zgięcie i odwiedzenie bioder,
- poprawne noszenie niemowląt – „twarzą do siebie”.

Zalety noszenia niemowląt „twarzą do siebie” w zgięciu i odwiedzeniu stawów biodrowych:

- biodra ulegają centracji,
- dobrze rosną krawędzie i dachy panewek,
- rozwijają się głębokie panewki,
- dziecko widzi matkę i ojca,
- od matki i ojca poznaje świat,
- dziecko widzi oczy oraz usta matki i ojca, uczy się mówić.

Wadliwe noszenie niemowląt „twarzą od miasta” (tyłem do rodzica) powoduje:

- decentrację bioder,
- panewki bez abdukcji stają się płytkie, powiększa się dysplazja,
- dachy panewek stają się krótkie i strome,

- zalecanie wadliwej pielęgnacji to „medycyna inaczej” (tak jak wiele innych rzeczy w naszym dziwnym obecnym świecie). Według zwolenników „medycyny inaczej” dziecko ma samo poznawać świat. Jest to zupełny absurd w odniesieniu do noworodka czy niemowlęcia,

- dziecko źle noszone nie widzi oczu oraz ust matki i ojca stąd opóźnione mówienie i opóźniony rozwój,

- ćwiczenie noworodka to kolejny absurd. Noworodek oczekuje ciszy, spokoju, ciepła, piersi matki i miłości rodziców a nie ćwiczeń.

Współdziałanie rodzice – lekarz w przypadku rozpoznania MPDz:

MODEL DOBRY	MODEL ZŁY
wczesne rozpoznanie	późne i błędne rozpoznanie
systematyczne stosowanie metody RAO	wyłączne stosowanie metod stymulacji psychoruchowej (Vojta, Bobath, Petó, Rood, Doman/Delacato, Phelps, Kabat/Knott/Kaiser)
ochrona przed przykurczami lub ich zminimalizowanie	zmuszanie dzieci 4-5 letnich do raczkowania, rozwój przykurczów bioder, kolan i stóp
ochrona bioder przed zwicnięciem (dysplazją, podwichnięciem)	zwicnięcie biodra (bioder), skrzywienie kręgosłupa

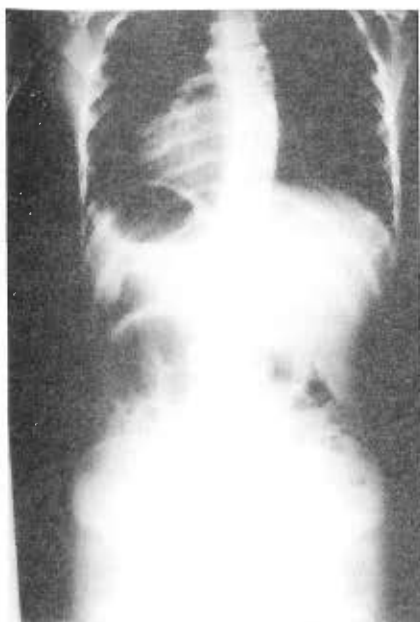
także przez ortopedię (RAO), jest właściwie niemożliwe lub efekty są minimalne.

Najważniejsze zasady w leczeniu mózgowego porażenia dziecięcego ujmują poniższe punkty:

- maksymalnie wczesne rozpoznanie,

- określenie celu działań ortopedycznych i rehabilitacyjnych,

- umiejętność prognozowania,
- systematyczna, długotrwała, poprawna realizacja koncepcji RAO,
- stymulacje według zasad rehabilitacji ortopedycznej + wybrane elementy,



Hist. chor. nr 941209
I grupa etiopatogenetyczna rozwoju skolioz. Skolioza typu „S” – lędźwiowa (L) w lewo i piersiowa (Th) w prawo. (widok od tyłu)



Hist. chor. nr 930128
II grupa etiopatogenetyczna rozwoju skolioz. Długolukowa skolioza lewostronna L+S. (widok od tyłu)

Współdziałanie rodzice – lekarz w przypadku rozpoznania *spina bifida*:

MODEL DOBRY	MODEL ZŁY
wczesne rozpoznanie	rozległy zabieg chirurgiczny bez okularów (może spowodować nasilenie niedowładów)
systematyczna rehabilitacja ortopedyczna	leczenie metodą Wojty
zapobieganie przykurczom przez redresje, termoterapię i ćwiczenia czynne	ćwiczenia bioder niestabilnych, rozwój przykurczów
ochrona biodra przed zwichnięciem	utrwalenie się zwichnięcia biodra

IV. Wrodzone stopy ekwinalno-szpotaawe

Informacje związane z leczeniem dziecka ze stopami ekwinalno-szpotaawymi:

- rozpoznanie wady jest oczywiste i natychmiastowe,
- podjęcie leczenia także winno być natychmiastowe,
- ważne są etapowe redresje gipsowe,
- konieczna dobra współpraca z rodzicami i rodziców z lekarzem,

- 50%-70% wyleczeń przez redresje gipsowe,

- w 30%-50% przypadków konieczny etap operacyjny.

W przypadku tej jednostki chorobowej rodzice oczekują od lekarza wyleczenia dziecka, natomiast lekarze oczekują od rodziców realizacji kinezyterapii, wytrwałości i cierpliwości w ćwiczeniach.

Współdziałanie rodzice – lekarz w przypadku rozpoznania wrodzonej dysplazji biodra:

MODEL DOBRY	MODEL ZŁY
wczesne rozpoznanie, poprawna pielęgnacja	późne rozpoznanie, wadliwa pielęgnacja
leczenie aparatuowe	brak stosowania aparatów ortopedycznych
nie dopuszczenie do rozwoju podwichnięcia i zwichnięcia biodra	rozwój podwichnięcia lub zwichnięcia biodra
wyleczenie biodra, uzyskanie wydolnych przez całe życie	konieczność operacji
	niewydolność biodra, bóle, wczesna artroza

Współdziałanie rodzice – lekarz w przypadku rozpoznania wrodzonych stóp ekwinalno–szpotawych:

MODEL DOBRY	MODEL ZŁY
rozpoznanie wczesne jest oczywiste	rozpoznanie wczesne jest oczywiste
systematyczne stosowanie redresji gipsowych od 1–3 dnia życia dziecka	zbyt późne leczenie redresyjno-gipsowe
wytrwałość w leczeniu	leczenie przerywane, błędne niekompetentne, mało skuteczne
stosowanie aparatów, w niektórych przypadkach operacje	stosowanie aparatów w miejsce redresji gipsowych
okresowe doleczanie gipsowe	trudne, niepełne operacje
uzyskanie wydolnych stóp	nawroty, przekorygowania

V. Skoliozy tzw. idiopatyczne

Skoliozy są deformacją kompensacyjną związaną z przykurczem zgięciowo-abdukcji-rotacyjnym (Rz) prawego biodra. Etiologię podano w 1995 (T. Karski – referat w Szeged/Węgry), w latach 1995-2003 autor opublikował szereg publikacji i dwie książki. Wyróżnia się dwie grupy etiopatogenetyczne skolioz:

Grupę I charakteryzuje:

- bardzo wczesny utajony rozwój, pierwsze objawy już w 3-4 roku życia;
- wykrycie tylko za pomocą specjalnych testów klinicznych;
- trójpłaszczyznowa deformacja kręgosłupa + klatki piersiowej: a/ rotacyjna, b/ w płaszczyźnie strzałkowej, c/ w płaszczyźnie czołowej;
- sztywność kręgosłupa, płaskie plecy, zanikanie wyrostków kolczystych Th6-Th12 w pozycji skłonowej dziecka;
- hipolordoza L, hipokifoza Th;
- czasami „lordotyzacja” dolnej części kręgosłupa piersiowego;



Hist. chor. nr 931219
kolejne rentgenogramy 8-letniej dziewczynki.
Wyściowo wysokie, obustronne zwichnięcie
stawów biodrowych – jako następstwo braku
poprawnej pielęgnacji w okresie noworodkowym
i niemowlęcym. Kolejne etapy leczenia
operacyjnego repozycji-rekonstrukcji bioder.

- obie skoliozy – piersiowa i lędźwiowa – powstają równocześnie;
 - garb żebrowy prawostronny;
 - progresja;
 - przyczyna – czynnik biomechaniczny związany z chodzeniem oraz permanentnym staniem na spoczynku na prawej kończynie dolnej. Deformacja kręgosłupa rozwija się jako zjawisko kompensacyjne wynikające z asymetrii ruchów, obciążeń i rośnięcia prawej i lewej strony miednicy i kręgosłupa.

Grupę II charakteryzuje:
 - ujawnienie się wady po 10 roku życia,
 - brak deformacji rotacyjnej,
 - wada tylko w części lędźwiowej (L, L+S, L+Th),
 - brak garbu żebrowego,
 - brak progresji,
 - przyczyna – nawyk permanentnego stania na spoczynku na prawej kończynie dolnej.

Istnieją też deformacje kręgosłupa z pogranicza I i II grupy etiopatogenetycznej.

W leczeniu skolioz tzw. idiopatycznych potwierdzamy:
 - szkodliwość zwalniania z WF, zaś wielką, pozytywną rolę aktywności sportowej,
 - potwierdzamy bardzo korzystne efekty ćwiczeń typu Karate, Aikido, Taekwon do, Kung-fu, Judo, Jujitsu, Yoga, balet widzimy jako szczególnie korzystne – asymetryczne ćwiczenia zgięciowo-rotacyjne.

Rehabilitacja ortopedyczna skolioz tzw. idiopatycznych winna objąć:
 - skłony w pozycji stojącej (skłony w pozycji siedzącej są dobre ale mniej efektywne),
 - ćwiczenia typu przewrotów i ćwiczenie typu pół-spagatów,
 - pozycje fizjologiczne do siedzenia i spania: pozycja fizjologiczna do siedzenia (siedzenie swobodne); spanie w pozycji fizjologicznej-płodowej – z kolanami przy brodzie – patrz I grupa etiopatogenetyczna,
 - wskazane stanie na spoczynku tylko na lewej kończynie dolnej lub na kończynach skrzyżowanych.

Współdziałanie rodzice – lekarz w przypadku rozpoznania skolioz tzw. idiopatycznych

MODEL DOBRY	MODEL ZŁY
umiejętność wykrycia zagrożeń	późne rozpoznanie
wczesne rozpoznanie wady	obarczanie rodziców winą za progresję wady
zachęcenie dziecka do aktywności sportowej	stosowanie ćwiczeń wyprostnych inaczej wzmacniających (w ułożeniu na brzuchu), ćwiczeń unoszenia tułowia lub kończyn ze zwisu ze stołu rehabilitacyjnego,
zalecanie asymetrycznych ćwiczeń zgięciowo-rotacyjnych	jatrogenne powiększanie się zniekształcenia
unikanie ćwiczeń wyprostnych (tzw. wzmacniających prostowniki grzbietu)	operacje skolioz, powiktania, nieszczęśliwe dzieciństwo

Współdziałanie rodzice – lekarz w przypadku rozpoznania choroby Perthesa:

MODEL DOBRY	MODEL ZŁY
wczesne rozpoznanie	późne, błędne rozpoznanie
natychmiastowe odciążenie (zakaz chodzenia, leżenie, ciepłe kąpiele)	zaniechanie obserwacji i leczenia wobec przejściowego ustępowania dolegliwości, leczenie kolana zamiast biodra (!?)
kontynuowanie termoterapii, ćwiczeń odwodzenia na brzuchu, scentrowanie (<i>containment</i>) biodra przez pozycję tzw. „półzabkową”, ewentualne leczenie operacyjne	leczenie gipsami abdukcijnymi (niewystarczające scentrowanie biodra, brak kinezyterapii)
A/ zatrzymanie choroby, jeśli poprawne rozpoznanie i leczenie wdrożono w pierwszych tygodniach jej wystąpienia B/ wyleczenie z zachowaniem dobrej kongruencji biodra, głowa okrągła poprawnie osadzona w panewce	dyskongruencja biodra, zniekształcona głowa kości udowej, źle osadzona w panewce; w przyszłości rozwój koksartrozy

Rehabilitacja bez ortopedii, oparta wyłącznie na „metodach stymulacyjnych”, często nie jest efektywna (leczy, ale nie wyleczy) i bywa nierozważnie samodzielna, a w swej samodzielności bywa bardzo często niewystarczająca.

VI. Choroba Perthesa

Jedną z częściej występujących jednostek w ortopedii dziecięcej jest ja-

łowa martwica głowy kości udowej (Morbus Legg-Calvé-Waldenström-Perthes). Choroba ta występuje u dzieci w wieku 4-10 lat i jest związana z traumatyzacją biodra np.: wielokrotne ze-

skakiwanie z wysokości lub traumatyczne skakanie (wielokrotne zeskokowanie z krzesła, wersalki, biurka, parapetu, drabiny, schodów itp. – T. Karski 1981, G. Kandzierski 2001). Częściej chorują chłopcy. Choroba Perthesa charakteryzuje się różnorodnymi, zmiennymi i często mylącymi objawami klinicznymi, ale klasycznymi i niezmiennymi objawami radiologicznymi. Dla wielu lekarzy mających trudności z diagnostyką narządu myląca jest lokalizacja bólów (często jest to rejon kolana lub obwodowej części uda). Lekarze ci poszukują choroby w stawach kolanowych, a nie w biodrach. Mylące wielu niekompetentnych lekarzy może być również okresowe ustępowanie objawów, sugerujące ustępowanie choroby. Choroba zaś trwa zawsze około 1,5-2 lata. Są szanse na zatrzymanie martwicy jedynie w okresie bardzo wczesnym (w pierwszych tygodniach jej pierwszych objawów).

Istotnym współdziałaniem rodziców w leczeniu jest zgłaszanie wszystkich niepokojących objawów (bólów, utykania) do kompetentnego lekarza, a w trakcie leczenia pełna realizacja zaleceń (np. zakaz chodzenia dziecka przez okres kilku tygodni, miesięcy lub 1-1,5 roku, ćwiczenia, termoterapia).

VII. Młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej

Choroba ta występuje u młodzieży w okresie pokwitania (12-14 rok życia). Objawami klinicznymi są bóle w pachwinie lub bliższej części uda, utykanie i skręcenie kończyny na zewnątrz (zmiana sposobu chodzenia). Mogą wystąpić wszystkie objawy lub jeden z nich. Choroba może wystąpić w postaci ostrej lub przewlekłej. Zadaniem rodziców jest rejestracja wszystkich objawów wskazywanych przez dziecko i wczesne zgłoszenie dziecka do kompetentnego lekarza.

VIII. Tzw. idiopatyczna koślawość kolan

Jedną z przyczyn tzw. idiopatycznej koślawości kolan związana jest z przykurczem pasma biodrowo-piszczelowego – *tractus iliotibialis* (J. Karski 1999), wadliwym siedzeniem w pozycji „indiańskiej” czyli „telewizyjnej”. Leczenie dzieci powinno odbywać się

Współdziałanie rodzice – lekarz w przypadku rozpoznania młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej:

MODEL DOBRY

wczesne rozpoznanie

natychmiastowe odciążenie, wyciąg

leczenie kliniczne (szpitalne) przez zabieg transfiksji głowy kości udowej „in situ”, usprawnianie według zasad rehabilitacji ortopedycznej

uzyskanie dobrego wyniku z pełną lub prawie pełną kongruencją

MODEL ZŁY

późne, błędne rozpoznanie

późne leczenie, często traktowanie bólów kończyny jako bólów reumatycznych i zalecanie ćwiczeń np.: biegania, innych form sportu

późny zabieg repozycji (transfiksji) kiedy głowa kości udowej jest znacznie przemieszczona. Próba repozycji złuszczenia III lub IV stopnia, co kończy się bardzo często martwicą głowy kości udowej

staw biodrowy z dyskongruencją, w przyszłości artroza biodra – bóle, utykanie, skrócenie kończyny, kalectwo



PRAWDIŁOWA pielęgnacja dziecka – przodem do rodzica; ze zgiętymi i odwiedzionymi biodrami



WADLIWE noszenie dziecka

poprzez sadzanie dzieci „po polsku” (jak „po turecku”, ale w miejsce skrzyżowania goleni złączone stopy), układanie na brzuchu w pozycji prof. Działka, stosowanie wkładek supinujących, zabiegi operacyjne – fasciotomie *tractus iliotibialis* (T. Karski 1991).

Od rodziców oczekujemy pełnego realizowania zaleceń ortopedycznych, w tym (jeśli zalecone) odpowiednio długie stosowanie aparatów ortopedycznych.

IX. Golenie szpotawe (choroba Blounta)

Przyczyny wady obejmują cztery czynniki etiopatogenetyczne. Są to: a/ nadmierna szpotawość goleni noworodków z powodu ciasnoty śródmacicznej, b/ nadwaga, c/ przedwczesne stawanie i chodzenie oraz d/ krzywica (T. Karski i zesp. 1994). W przypad-

ku rozpoznania goleni szpotawych skuteczne jest leczenie bezoperacyjne – podawanie dużych dawek Vit. D₃ (Vigantol) i odciążenie (zakaz stawiania i chodzenia przez 6-12 miesięcy). W ostatnich 10 latach działalności Kliniki prawie zupełnie zaniechaliśmy operowania dzieci z powodu wspomnianych deformacji (T. Karski).

Od rodziców oczekujemy wczesnego zgłoszenia dziecka do leczenia, stosowania odpowiednich dawek witaminy D₃ według zaleceń i odciążenia kończyn dolnych (noszenie, wożenie dziecka) aż do czasu pełnego powrotu osi kończyn do normy (samoistnego wyprostowania się szpotawych goleni).

Podsumowanie

Sukces leczniczy jest możliwy tylko wtedy, gdy spotka się wiara rodziców w zalecane leczenie z kompetencją lekarza. W pełni wyszkolony lekarz w zakresie chorób narządu ruchu, współdziałający z rozsądnymi rodzicami zawsze uzyskuje dobre efekty lecznicze. Tylko leczenie w takim modelu współpracy i wsparcia ma szansę na leczenie w pełni skuteczne. W tym miejscu chcemy przytoczyć słowa prof. Georga Neffa wypowiedziane w Oskar-Helene-Heim w Berlinie w roku 1996 (pobyt szkoleniowo-naukowy prof. T. Karskiego i prof. M. Frelek-Karskiej): „In Tirol die Ärzte haben gute Ergebnisse, weil dort die Leute glauben an Gott und an Orthopädie” („W Tyrolu lekarze mają dobre wyniki, ponieważ tam ludzie wierzą w Boga i w ortopedię” – tłum. T. K.).

Pięćdziesiąt lat temu Tańczuj Macha... na medal

**Starsi, przyprószeni siwizną
ludzie, odchodzący na
emeryturę profesorowie,
babcie i dziadkowie,
a nawet prababcie
i pradziadkowie,
– dziś trudno byłoby
podejrzewać, że są to
niegdysiejsi członkowie
radosnego, rozśpiewanego
i żywiołowego zespołu
tanecznego.**

PROF. DR HAB. LESZEK SZCZEPAŃSKI
KATEDRA I KLINIKA REUMATOLOGII
AM W LUBLINIE

Zespół w kwietniu roku 1953, podczas finału ogólnopolskiego konkursu zespołów tanecznych, zdobył wśród 89 rywalizujących grup pierwsze miejsce. Drogi zawodowe niektórych członków tego zespołu nakładają się na pierwsze pięćdziesięciolecie naszej Almae Matris. Początki sięgają roku akademickiego 1951/52, kiedy inicjatorka i „spiritus movens” zespołu tanecznego Marysia Niemirska (późniejszy chirurg dziecięcy w USA) zorganizowała kilka pierwszych par i pierwsze występy. Jesienią 1952 roku działalność zespołu rozpoczęła się od rekrutacji licznych nowych tancerzy – wszystkich spośród studentów II roku Wydziału Lekarskiego.

Dzisiaj nie można nie umieć tańczyć – zawsze można solo podrygiwać mniej lub bardziej rytmicznie w takt muzyki. Pół wieku temu tańczyło się tylko w bliskim kontakcie z partnerką, a nieumiejętność tańca natychmiast rzucała się w oczy i stanowiła towarzyskie kalectwo. Nie mając siostry i chodząc do wyłącznie męskiej szkoły do czasu studniówki należałem do takich kalek, a później czułem się w tańcu niepewnie.

W drugiej parze z przyszłą żoną

Ze zdziwieniem, ale i zadowoleniem przyjąłem więc propozycję wstąpienia do zespołu. Byłem dumny, że mam tańczyć w drugiej parze, tuż za liderką zespołu, a partnerką moją będzie znakomita tancerka Irena Chyla (później Szczepańska, ordynator Oddziału Żółtaczek Dziecięcych



W 1953 roku, pół wieku temu odnieśliśmy nieprawdopodobny sukces, pierwsze miejsce w ogólnopolskim konkursie z udziałem rywalizujących 89 grup tanecznych

WSzZ w Lublinie). Rozpoczęły się intensywne próby tańca, które odbywały się prawie codziennie. Prowadziła je była primabalerina opery poznańskiej, żona znanego lekarza – ftyzjatri, adiunkta Kliniki Gruźlicy Płuc, p. Grodzka. Nasza choreografka miała plany ambitne i jak się później okazało – bardzo atrakcyjne; uczynienia z nas operowego zespołu tanecznego. Zaczęliśmy więc od tańców góralskich, od muzyki z „Halki”. Układ wymyśliła iście operowy – rzucaliśmy partnerkami i ciupagami, nosiliśmy nasze partnerki na rękach, doskonaliliśmy się w trudnym „krzesanym”. Wymagający zręczności i kondycji tańce „rozruszał” zespół i niewątpliwie szlifował jego kwalifikacje. Na każdej próbie czuliśmy, że uczymy się czegoś nowego. Obecność na próbach była zawsze prawie stuprocentowa. Żyliśmy się ze sobą, stanowiąc zwartą grupę przyjaciół.

Do tańca i... profesury

W pierwszej parze z Marysią Niemirską tańczył Romek Terlecki (późniejszy chirurg szpitala PKP w Lublinie). Zawsze uśmiechnięty, powszechnie lubiany, gibki i sprawny ruchowo, o śniadej cerze otrzymał trafny pseudonim „Mu-

rzyn”, który przyłgnał do niego na całe życie. W trzeciej parze tańczył Radek Sikorski (późniejszy profesor, dziekan Wydziału Lekarskiego i kierownik Kliniki Ginekologii AM w Lublinie) z Danusią Sydor (później Rutkowską, internistką w kolejowej służbie zdrowia). W czwartej Hania Chrząstek (później Spruch – profesor i kierownik klinik pediatrycznych AM w Lublinie) wraz z Bolkiem Cabanem (później znanym lubelskim urologiem, który pracował m. in. w Klinice Urologii lubelskiej AM). Jeszcze kilka innych osób z zespołu związało swoje losy zawodowe z naszą Uczelnią. Ze znanych, pracujących później na Lubelszczyźnie lekarzy, można wymienić Alinę Członkowską (później Sawa, prodziekan Wydziału Lekarskiego i prorektor ds. studenckich AM Lublin), chirurga, dyrektora ZOZ Radzyń Podlaski Jasia Podgórnika i parę taneczną: Janka Jabłońska (później Pakułow, pediatra w klinikach AM) i Henryk Pakuła (późniejszy ordynator ginekologii szpitala na Lubartowskiej).

Na próbach operowe tańce góralskie grał bardzo utalentowany kolega z naszego roku studiów – Jurek Cytawa (później profesor fizjologii UMCS i AM w Gdańsku). Jego żona, zawsze radosna, Hania Kałużyńska tańczyła w zespole.



W pierwszomajowym pochodzie: pierwsza od lewej Maria Niemirska, w środku autor

Tancerze podejrzanej proveniencji

Epoka w której narodził się zespół była szczególna, a dla współczesnych pokoleń zupełnie niezrozumiała. Nie wystarczyło coś robić, czymś się zajmować, trzeba by było jeszcze to ideologicznie słuszne i nie skażone współudziałem elementów reakcyjnych. Pochodzenie inteli-

genckie było bardzo podejrzane, źle widziane, a nawet miejskie wychowanie rzucało cień na osobę, którą automatycznie należało uważać za ideologicznie niepewną. Członkowie zespołu pochodzili głównie z Lublina lub okolicznych miasteczek, a najbardziej naiwni z nas przyznawali się nawet do inteligentnego pochodzenia. Stwarza-

ło to poważny orzech do zgryzienia dla przewodniej siły narodu, jaką w tamtych czasach na poziomie młodzieżowym stanowiło ZMP (Związek Młodzieży Polskiej) i afiliowane przy nim ZSP (Zrzeszenie Studentów Polskich), które było patronem, a chyba także sponsorem naszego zespołu. Były to czasy, w których ZMP wydawało „Błyskawicę”, gazetkę ścienną zawieszoną w budynku „Collegium Anatomicum” stanowiącą środek legalnego, ideologicznie słusznego upubliczniania donosów na kolegów w rodzaju: „Kolega X nie wziął udziału w pochodzie pierwszomajowym”. „Koleżanka Y urwała się z wykładu biologii”, czy (to pamiętam – bo rzewne) „Kolega Zbigniew Gałach uderzył ciapem w głowę asystenta Urbanowicza”.

Grupa kolegów – aktywistów wydawała „Błyskawicę” i czuwała nad poziomem ideologicznym studentów. Wśród nich szczególną postacią był Zdzisio Bober, którego największymi



Tańczymy na ulicach Wrocławia. Na pierwszym planie para Hanna Chrząstek i Radzisław Sikorski



Od lewej: autor, Irena Chyła, Hanna Chrząstek, Radziław Sikorski

atutami były prawdziwie proletariackie pochodzenie, posługiwanie się w potocznej, ale także oficjalnej mowie bardzo soczystymi wyznacznikami emocjonalnymi, a przede wszystkim często podkreślany udział jego stryjka w rewolucji październikowej.

Raz na ludowo

Grupa nadzoru ideologicznego stanęła przed trudnym zadaniem usprawiedliwienia istnienia zespołu tanecznego złożonego ze studentów o bardzo szemranych życiorysach i takimż pochodzeniu, oraz przed koniecznością jego odpowiedniego „uludowienia”. Pierwsze zadanie udało się postawić na płaszczyźnie modnego wówczas przodownictwa pracy. Zawody i stanowiska pracy traktowano wówczas, jak współzawodnictwa sportowe. Górnik był tyle wart, ile węgla wyfedyrował przez osiem godzin, murarz – ile cegieł ułożył. Jeśli bardzo dużo – jego zdjęcie ukazywało się na pierwszych stronach gazet. Współzawodnictwo rozciągało się na wyniki w nauce. Zespół nasz składał się głównie z do-

brych i bardzo dobrych studentów, stąd mógł być przedstawiany, jako zespół „przodowników nauki”. Rzeczywiście tańczyło dwoje prymusów roku – późniejszych profesorów AM Lublin – Hanna Chrząstek i Radziław Sikorski.



Koncertujemy w centrum Wrocławia

Nasze tańce góralskie z opery „Halka”, chociaż wywodzące się z kultury ludowej, były skażone burżuazyjną stylizacją operową. Skażenie to było widoczne choćby w naszych stopach ustawianych nam przez p. Grodzką palcami w dół, zamiast stawianymi ciężko bez zginania w stawie skokowym, jako to robią chłopci tańczący na klepisku. Później ten układ stóp i inne stylizacje zdyskwalifikowały nasze tańce góralskie do zaprezentowania na finałach ogólnopolskich. Na razie, zarysowała się jednak konieczność nauczania zespołu tańców prawdziwie ludowych.

Klasa Stasia Leszczyńskiego

Do tego celu zaangażowano nowego, młodego, nikomu nie znanego choreografa – Stanisława Leszczyńskiego. Tańce, które z nim ćwiczyliśmy: „Świeć miesięczku”, „Cygany”, „Tańcz Macha” i inne wydały nam się nudne, banalne, mające się nijak do naszych ukochanych tańców góralskich. Ale kazano – to trudno. Jeśli przeczyta te słowa, najbardziej dziś znany choreograf Lubelszczyzny, sympatyczny p. Stasio Leszczyński zgodzi się chyba ze mną, że miał przed z górą pół wieku temu szczęście obejmując wyszkolony i roztańczony duży zespół taneczny drugiego roku Wydziału Lekarskiego. Ale i my mieliśmy szczęście, że mogliśmy tańczyć pod jego okiem i według jego ukła-



Od lewej: autor, Irena Chyła, Stanisław Leszczyński, Marysia Niemirska i Romek Terlecki („Murzyn”)



Ogarnia na wielką radość ponieważ sfilmuje nas ekipa Polskiej Kroniki Filmowej

dów. Wprowadzał on do zespołu dobrą atmosferę i to jego tańcami wywalczyliśmy we Wrocławiu krajowy prymat.

Jak wspominałem, wczesne lata pięćdziesiąte, cechowały się „sportowym” podejściem do wszystkich przejawów życia zawodowego i społecznego. Zespoły taneczne były również traktowane jak zespoły sportowe, którym odpowiedni eksperci przyznawali miejsca „na podium”. W atmosferze powszechnej walki o ludowość, w nielicznych jeszcze wówczas wyższych uczelniach, powstawały liczne zespoły taneczne. Spośród 98 studenckich zespołów tanecznych eliminacje wojewódzkie wyłoniły 13 najlepszych, które pojechały na finały do Wrocławia.

Wrocław roku 1953 to miasto, które nosiło jeszcze piętno oblężenia roku 1945. Pamiętam z jakim niepokojem przechodziliśmy obok groźących zawaleniem ścian wypalonych domów. Po ulicach spacerowaliśmy w strojach ludowych wzbudzając szepty przechodniów „Mazowsze, Mazowsze”.

Pierwsi we Wrocławiu, najlepsi w kraju

Występy eliminacyjne odbyły się w teatrze. Do tańca grała nam nasza kapela ludowa. Dla lepszego efektu muzycy otrzymali polecenie utrzymania szybkiego tempa. Ten taniec kosztował nas wiele wysiłku. Pamiętam, że z trudem dotrzymałem do końca, uciekając w końcowej sekwencji tańca jako pierwszy za kulisy. Po kilku krokach za kulisami zwaliliśmy się ze zmęczenia na podłogę, a na nas piętnaście pozostałych par tanecznych.

Informację o wygraniu konkursu przyjęliśmy z wielką radością i podnieceniem. Wygraliśmy! Dostaniemy nagrodę pieniężną (ta radość okazała się przedwczesna). Przede wszystkim jednak – wyjedziemy za granicę na festiwal młodzieży i studentów do Bukaresztu. Dla pokolenia, które inny kraj mogło zobaczyć tylko ze szczytu Śnieżki i Kasprowego Wierchu była to perspektywa niesłychanie nęcąca, ba – nawet egzotyczna. Wyjazd do Bukaresztu odbył się, ale pojechali zdobywcy trzeciego miejsca, studenci z Warszawy.

Występujemy w mieście, dla ludności Wrocławia. Uczestniczymy w spotkaniu z samym ministrem kultury Włodzimierzem Sokorskim, który namawiał nas na odejście od zbyt już eksponowanego wiejskiego folkloru, na rzecz folkloru proletariackiego, pochodzącego z robotniczych przedmieść. I wielką radość – sfilmują nas do Polskiej Kroniki Filmowej! Trzeba pamiętać, że wszystko dzieje się w czasie, gdy większość Polaków o telewizji jeszcze nie słyszała, a do kina chodziło się często, także po to by nie przegapić kolejnej tygodniowej PKF-ki, jedyne źródła informacji pod postacią ruchomych obrazów.

Przed kamerami Polskiej Kroniki Filmowej

Do kroniki filmowej tańczymy na podeście na wolnym powietrzu. Filmują „Cygana”, którego tańczymy w dwóch kolumnach; kolumna w której stanowimy pierwszą parę jest bliższa kamery. Po kilku ujęciach operator próbuje mnie ustawiać: „-E, faki, przesun się nieco w lewo”. Cały zespół wybucha śmiechem, a ksywa „fakir” przykleiła się do mnie na blisko dwa lata.



Reprezentowaliśmy roztańczoną młodzież studencką na III Światowym Kongresie Młodzieży Studenckiej i V Festiwalu Młodzieży w Warszawie

Dlaczego fakir? Odpowiedź na to pytanie znalazłem chyba za dwa tygodnie, kiedy poszedłem do kina obejrzeć Polską Kronikę Filmową. Okazało się, że na moim obliczu malowało się przejęcie sukcesem i występami. Zamiast radości zobaczyłem na nim intensywne skupienie. Rzeczywiście wyglądałem, jakbym zaklinał węże.

Bandera rosa – Vivat Stalin

Do tańca przygrywała nam kapela, a w kapeli był Władzio Puszkarski. Postać – legenda, najpopularniejszy chyba student tamtych czasów, wspominany wcześniej na łamach „Alma Mater”. Syn emigrantów polskich w USA, wysłany na wojnę przeciwko komunistycznej Korei. Pacyfista, nie godzący się z okropnościami wojny. Całą winę za nią przypisywał swojej Ojczyźnie, fascynując się jednocześnie komunizmem i osobowością Józefa Stalina. Traktowany przez Amerykanów, jako dezerterski, został ostatecznie skazany na banicję do Polski, Ojczyzny przodków. Polską mowę znał słabo, początkowo trudno mu było studiować. Jego popisy były żelaznym punktem programu na wiecach i akademiach, gdy wyśpiewywał przy akompaniamencie nieodłącznego małego szarpanego instrumentu rewolucyjną pieśń: Bandera rosa – Vivat Stalin. W 1955 r., kiedy zelżał w Polsce stalinizm, w rozmowie w cztery oczy zapytałem Władzia o jego sytuację życiową. Przyznał, że dziś w jednej chwili wróciłby do Stanów Zjednoczo-

nych, ale wstydzi się rodziny. Władek Puszkarski pracował jeszcze w Lublinie przez szereg lat, został radiologiem, ale już dawno wrócił do USA.

Pod skrzydłami Wandy Kaniorowej

Wrocławski sukces nie zakończył działalności zespołu tanecznego. Reprezentowaliśmy roztańczoną młodzież studencką na popularnych podówcześnie złotych młodzieży: III Światowym Kongresie Młodzieży Studenckiej, V Festiwalu Młodzieży w Warszawie. Tańczyliśmy w prawie wszystkich większych miastach Polski, ale do upragnionego wyjazdu za granicę nie doszło. Uczestniczyliśmy w zgrupowaniach przygotowawczo-kondycyjnych m. in. w Kraśniku i Kortowie. Niekiedy łączyliśmy się z chórem akademickim. Zespół prowadziły tak znane choreografki jak Wanda Kaniorowa i słynna Tatiana Wysocka. Działalność zakończyliśmy na piątym roku studiów, uważając się już prawie za poważnych doktorów.

Jak długo może tańczyć młody człowiek? W Kortowie Tatiana Wysocka wyciskała z nas codziennie przez dziesięć godzin prób ostatnie soki. Padaliśmy ze zmęczenia. Na szczęście mieliśmy wolne wieczory. Najchętniej spędzaliśmy je w restauracji na dancingu, tańcząc do czwartej nad ranem. Dziś jeszcze lubię tańczyć, ale niewiele mi już zostało z tamtego fanatyzmu.

Byliśmy pierwsi

Zjazd Koleżeński Absolwentów (1944/1949) Wydziału Lekarskiego UMCS/AM

W dniu 19 maja br. odbyło się uroczyste spotkanie lekarzy z pierwszego rocznika absolwenckiego Wydziału Lekarskiego, który rozpoczął studia już w jesieni 1944 roku w Uniwersytecie Marii Curie Skłodowskiej.

„Jego Magnificencjo Panie Rektorze,
Kochane Koleżanki i Koledzy,
Z ogromną – jak zawsze – przyjemnością i dużym wzruszeniem witam wszystkich obecnych. Pragnę na wstępie złożyć serdeczne podziękowania Panu Rektorowi prof. dr hab. dr h. c. Maciejowi Latałskiemu, dzięki któremu możemy spotkać się w tej sali. Swoją obecnością tutaj – Pan Panie Rektorze – pozwala nam wciąż czuć się częścią naszej Almae Matris, Uczelni której jesteśmy wychowankami.

Na każdym kolejnym spotkaniu nasze grono staje się niestety mniej liczne. Ale my trwamy i jesteśmy. Wierzę, że pomimo różnych dolegliwości związanych z wiekiem, w tym majowym pięknym dniu nasze serca będą znowu były rytmem naszej młodości”.

PROF. DR HAB. BIRUTA FAJROWICZ

Przybyło na Zjazd 25 osób z różnych stron Polski, a nawet jeden z kolegów z Toronto. Msza św. w intencji zmarłych profesorów, asystentów i kolegów została odprawiona w Kościele Garnizonowym.

Część oficjalna spotkania odbyła się w Sali Senatu AM. Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego **prof. dr hab. Kazimierz Gerkowicz** powitał gości słowami:

Wystąpienie okolicznościowe JM Rektora **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego** było nacechowane życzliwością i ciepłem, a zarazem szacunkiem do nas, przyprószonej siwizną absolwentów. Na zakończenie padły miłe dla nas słowa „(...) proszę – czujcie się Państwo dobrze w murach Akademii, przecież to Wasz Dom”. Dziekan Wydziału Lekarskiego **prof. dr hab. Marian Wielosz** był również dla nas bardzo życzliwy, tak w gestach, jak i czynach. W imieniu zebranych podziękowania za gościnę wyraziła, pod adresem władz Uczelni, **dr Alina Chomicka-Dobrzańska**.



Uczestnicy Zjazdu Koleżeńskiego

W godzinach popołudniowych zwiedziliśmy przepiękne Muzeum Wsi Lubelskiej. Tam powróciliśmy do wspomnień z dzieciństwa, co przyszło dość łatwo bowiem wywodzimy się z epoki strzech i wiatraków.

Dodawszy wiek wszystkich, obecnych na Zjeździe uczestników, ustaliliśmy sumę naszych lat życia – 1910. Wszyscy już od dawna korzystają z bezpłatnych, emeryckich prze-

jazdów pojazdami MPK – fakt ten najdobitniej świadczy o naszej jesieni życia.

Studia na pierwszym roku Wydziału Lekarskiego UMCS rozpoczęliśmy już jesienią 1944 roku. Było nas początkowo 320 osób, lecz z upływem lat i wraz z otwieraniem uczelni medycznych w innych miastach koledzy opuszczali Lublin. Do absolutorium w 1949 roku dotrwało 90 osób. Dyplomy lekarza otrzymaliśmy już w Akademii Medycznej, z wyjątkiem czterech osób – Teresy i Kazimierza Gerkowiczów, Józefa Staszycy i Mieczysława Kwiatkowskiego, którym wręczono dyplomy sygnowane pieczęciami UMCS.

Wielu z tych, którzy zostali w Lublinie, przez długie lata pracowało i kształciło swoich następców w macierzystej Almae Matris, czyli lubelskiej Akademii Medycznej.



W obecności JM Rektora prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego i Dziekana Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Mariana Wielosza, przemawia prof. dr hab. Kazimierz Gerkowicz

Rocznica pięćdziesiąta druga

**Dziś sobota, 24 maja 2003 r.,
jest godzina 15. Przed chwilą
wróciłam do domu po
koleżeńskim spotkaniu z okazji
następnej z kolei, czyli
pięćdziesiątej drugiej rocznicy
uzyskania dyplomu lekarza.**

DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Łza w oku się kreci, gdy uświadomimy sobie, że polowa z naszego grona rozpoczynającego studia na Wydziale Lekarskim UMCS zapukała do bram Świętego Piotra, a jedna czwarta nie czuła się na siłach by uświetnić dzisiejszą uroczystość. No cóż, starzejemy się.

Ponieważ jest nas mniej, więc spotkanie miało charakter kameralny. Zaczęło się mszą św. w kościele O. O. Kapucynów odprawioną w intencji tych, którzy polegli na polu walki z chorobami i własną, fizyczną słabością. Byli więc z nami, choć ich nie widzieliśmy. Zaproszeni na Mszę we wspólnej intencji wzięli udział w naszym spotkaniu zajmując uprzywilejowane miejsce w stallach nad obłokami. Na pewno słyszeli, jak pozdrawiamy ich wołając po imieniu: Halinko, Basiu, Bożenko, Januszu, Dodku, Marianie. Nie martwcie się naszą nicobecnością... Zjawimy się u was. Oczywiście nie wszyscy naraz, ale po kolei.

Wróciliśmy na ziemię. W sali konferencyjnej Lubelskiej Izby Lekarskiej nasz kolega i to nie byle kto, bo pro-

fesor kardiologii, Marian Markiewicz wygłosił historyczno-sentymentalne przemówienie uprzednio powitawszy gości. Następnie, zgodnie z ustalonym programem odsłuchaliśmy wywiadu, który z koleżanką Krysią Kędziorową przeprowadziła i nagrała dwa lata temu pracująca w Rozgłośni Radia „Plus” córka Naty Małeckiej. Żeby nie zanudzić kolegów dalszym gadaniem uraczono nas zdjęciami z dawnych czasów, między innymi z praktyk studenckich, a nawet służby wojskowej. I tu zobaczyłam Mariana Markiewicza w roli prezentera i dowcipnego komentatora wyświetlanych na ekranie zdjęć. Takim go nie znałam... Gdyby nie ta medycyna, miałby szansę na wielką karierę w show biznesie. A po tym był obiadek w restauracji piętro niżej, czyli w podziemiach siedziby OIL. Było wygodnie. Stara gwardia nie miała kłopotu z przemieszczeniem się do jakiegoś bardziej odległego lokalu. A po sutym obiedzie ukoronowanym „wuzetką”, lodami i kawą wróciliśmy do sali konferencyjnej, gdzie czekała nas jeszcze jedna atrakcja.

Jan Wojciech Krzyszczak, aktor Teatru im. J. Osterwy zaprezentował nam w monologu filozoficzne rozważania Lejzorka Rojtszwańca – krawca mężczyźnianego z Homla, borykającego się z komplikacjami życia, jakie niosła ze sobą bolszewicka rzeczywistość. Dzięki Wojciechowi Krzyszczakowi wystrojonemu w ortodoksyjny strój biednego Żydka przenieśliśmy się wyobraźnią do czasów i miejsca opisanych przez Ilię Erenburga. Na zakończenie uroczystości balu nie było. Naszym kolegom z nad obłoków było by przykro, bo tańce już nie dla nich. Nie zamartwiajcie się. Przyjdzie czas, że wszyscy z naszego roku zjawimy się u was w komplecie, i razem zaśpiewamy: Gaudeamus igitur, Stwórcy na chwałę, a potomnym na nadzieję, pogodę ducha i radość istnienia.



Mi, na pięćdziesiąt dwa lata od chwili ukończenia studiów



Mój Boże, ile w nas wtedy było siły, zapału, energii...

Spotkanie koleżeńskie w latach siedemdziesiątych



Wspomnienia lekarza okrętowego

Rejs dewizowy

(Cz. VIII)

To opowiadanie z różnych powodów nie może zawierać wszystkich informacji, mimo tego jednak od prawdy nie odbiega. Opisuję w nim moje osobiste, niezapomniane, „egzotyczne” wrażenia, jakich doznałem podczas tego rejsu.

DR WITOLD KOMARNICKI

Oczekiwanie na uzyskanie przydziału trwało prawie dwa lata. Apanaże wypłacane w dolarach, w tamtych latach nie były do pogardzenia. Armator irakijski wypłacał nam pieniądze – jak dotychczas bardzo systematycznie. Przyznam jednak, że starania o uzyskanie zgody na kontrakt u zagranicznego armatora okazały się dla mnie dość stresujące, zaś sam rejs trudny, a nawet niebezpieczny.

Zanim jednak przystąpię do opisywania morskich wrażeń, chciałbym z wielką atencją odnieść się do artykułu prof. Mariana Kazimierza Klamuta, emerytowanego profesora i rektora AM w Lublinie, pt. „Różne oblicza prawdy” („Alma Mater 3/44). Podziwiam profesjonalną interpretację filozofii Kartezjusza, Mahatmy Gandiego i innych, oraz autora własne przemyślenia o obliczach prawdy. Mam nadzieję, że Pan Profesor domyśla się, co mnie w tym artykule szczególnie zainteresowało. Oczywiście ekosystem oceanów i naszej zaniedbanej Ziemi. Myślę, że mapkę pt. „Jak umiera ziemia?”, zamieszczoną w artykule, należałoby nadal publikować. Co dzieje się z naszą planetą? Dlaczego ją tak systematycznie niszczymy? Od zarania ludzkości człowiek bezmyślnie i na oślep ingerował w procesy natury i nic nie wskazuje na to, by kiedykolwiek owych działań zaniechał. Gatunek, który najpierw modlił się do sił natury, a potem poznał i wykorzystał jej najgłębsze tajemnice, uwieńczył to dzieło bombą wodorową. Futurystyczne plany zasiedlenia księżycy okazały się prawie realne, a już powstają plany zagospodarowania i zasiedlenia Marsa. Jednak żeby utworzyć na nim odpowiednią atmosferę, trzeba będzie użyć bomb wodorowych. Opozycja wobec takiego rozwiązania nie wyraża

zgody! Myślmy już o wybudowaniu kosmicznego pojazdu międzyplanetarnego. Przecież słońce nasze kiedyś zgaśnie. Może przyszłe pokolenia znajdą nową błękitną planetę, a wtedy staniemy się ufoludkami. Trochę zagalopowałem się z tym gatunkiem niszczącym naszą planetę. Przecież współistniał i drugi gatunek, podobnie jak i pierwszy przechodzący kolejne etapy ewolucyjne, a jednak jego przedstawiciele zapewnili cywilizacji wspaniałe dzieła sztuki, powstała monoteistyczna religia, nadająca prawa moralnego postępowania i sposoby na życie, a nawet szanse na żywot wieczny. Zwracam się do wszystkich światłych ludzi, do całej społeczności – szanujmy naszą planetę jak naszą własność, i dbajmy o jej dobro. Przepraszam za ten przydługi wstęp, to za ledwie wierzchołek góry lodowej. Ktoś może pomyśleć, że uczepliłem się tego ekologicznego systemu, że to już jest nieistotne i przebrzmiałe. Kto tak myśli, ten źle myśli. Nic się nie zmieniło, o czym nie omieszkać wyjaśnić opisując kolejny rejs nieco dalej, snując moją morską epopeję.

Na pokładzie Iła 62

Leciałem turbośmigłowym Ilem 62. Trzęsło w nim i huczało niemiłosiernie. Załoga polska była szczupła – około dziesięciu ludzi. Byli nimi wyłącznie specjaliści. Kapitan, mechanik, elektryk, chłodniarz, technolog, bosman, lekarz, dwóch mechaników. Przypominam, że personel tego typu trawlera liczy około 85 członków załogi. Cała reszta to zbieranina nic nie umiejących Irakijczyków, Mauretańczyków, Egipcjan i innych – przeważnie muzułmanów. Irak nigdy nie posiadał tego typu trawlerów, podówczas nowoczesnych, a produkowanych w Polsce. Kto potrafi reperować urządzenia mechaniczne, elektryczne, i poławiać ryby metodą pelagiczną – tylko Polak. Chciałbym również zaznaczyć, że prawie wszystko co poniżej opisuję, oparłem na moim własnym liście przesłanym do domu. W owym czasie listy do kraju nie dochodziły. Agent z Nadibu przypuszczalnie ich nie wysyłał! Kontakt z krajem przez radio był utrudniony. Pisałem więc do domu coś w rodzaju dziennika. Ostatecznie wysłałem go osobiście podczas pobytu



w Las Palmas. List powstawał w dniach od 10 września do 20 października 1983 roku. Proszę sobie wyobrazić, że po latach, w przeróżnych papierach domowych i innych dokumentach odnalazłem własną korespondencję. Międzylądowanie w Madrycie, port lotniczy mało nowoczesny, ale ładny, i w dodatku cichy. Postój trwał około 40 minut, i dalej w drogę do Las Palmas, całe dwie godziny. Po opuszczeniu samolotu, zwyczajowa odprawa celno-paszportowa i biegiem z naszymi tobołami do sali tranzytowej.

Cała nasza polska załoga cierpi na zaparcia – przyczyna to przypuszczalnie zmiana pokarmu, oraz sposób jego przyrządzania. Po zastosowaniu środków przeczyszczających problemy ustąpiły. Klimat panujący w rejonie połowowym to duże utrudnienie dla Europejczyka.

W porcie lotniczym Las Palmas

Zasapani, ładujemy się tym razem do awionetek (dwa śmigłowych). Pojemność samolocików to dwóch pilotów, trzech pasażerów, plus bagaże. Ostatecznie zabrakło miejsca dla pozostałych. Ponieważ zdradziłem, że znam język hiszpański, pan agent mnie pozostawił. Mamy czekać na

powrót samolotów około 7 godzin. Jesteśmy zmęczeni i głodni. Każdy z nas posiada 400 dolarów w kieszeni, ale nikt nawet nie myśli o wymianie waluty. Znalazł się jednak ryzykant i wysupłał 10 dolarów na coca colę i chipsy. To ci dopiero potęga dolara. Wciąż jednak głodujemy. Zaczynam z nudów włączyć się po lotnisku. Pomimo wczesnej pory ruch duży. Pasażerowie obcojęzyczni ubrani są bardziej elegancko, poza tym są uśmiechnięci i weseli.

O autorze



Ppłk lek. med.
Witold Komarnicki

Urodziłem się w 1927 roku w Kowlu. Tamże uczęszczałem do szkoły państwowej im. Ignacego Mościckiego. W roku 1937 ojciec mój awansował na wyższe stanowisko – Okręgowego Inspektora Pracy w Kielcach. W tym mieście uczęszczałem nadal do szkoły podstawowej, aż do wybuchu wojny. Nauki nie przerwałem, kontynuowałem ją na tzw. tajnych kompletach. Różnie to bywało w czasie okupacji... Pewnego razu zostałem schwytany przez Niemców, celem wywiezienia na roboty do Rzeszy. Uciekłem jednak z transportu i powróciłem piechotą, ok. 100 kilometrów, do domu. Po wyzwoleniu,

pobrałem nauki w Gimnazjum i Liceum im. Stanisława Kostki, i w tej szkole uzyskałem w 1947 r. świadectwo maturalne. Słabe to świadectwo, bo i słabe było nauczanie! Udałem się do Wrocławia z zamiarem wstąpienia na medycynę. Niestety, podczas rozmowy egzaminacyjnej pomyliłem się i na zadane pytanie: *gdzie jest wyższe stopa życiowa – na Wschodzie, czy na Zachodzie?*, odpowiedziałem – iż na Zachodzie. Błąd ten spowodował roczną przerwę w edukacji. Za namową kolegi przyjechałem do Lublina, i o dziwo zdałem bezproblemowo egzamin na Akademię Medyczną. Studia ciężkie, głodne. W tym czasie zawarłem związek małżeński z Haliną Kępcik, również studentką AM. Dyplom lekarza medycyny otrzymałem w roku 1954.

Pierwsza praca w Tomaszowie Lubelskim pod kierunkiem wspańiałego lekarza dr Janusza Petera. Szczęście trwało krótko. Wkrótce zostałem powołany do zawodowej służby wojskowej. Początkowo uczęszczałem na tzw. KPO, czyli Kurs Przynależności Oficerskiej. Po ukończeniu szkolenia zostałem skierowany do jednostki wojskowej KBW w Lublinie, na stanowisko młodszego lekarza. Był rok 1955. Pra-

cując w jednostce uzyskałem zezwolenie na dodatkową pracę w szpitalu MSW. Pod kierownictwem dr Eugeniusza Barańskiego uzyskałem specjalizację pierwszego stopnia z chirurgii ogólnej. I znów szczęście trwało zbyt krótko. Po przeniesieniu mnie na stanowisko szefa służby zdrowia w Wojewódzkim Sztabie Wojskowym, pan generał wraz z kwatermistrzem nie zezwolili na pracę dodatkową w szpitalu. Chirurg bez kontaktu z salą operacyjną? – toż to był dla mnie poważny cios. Decyzja ta zaważyła na późniejszej karierze zawodowej. Po likwidacji mojego etatu w W.Sz.W. wyszedłem „na wolność”, miałem nieograniczoną możliwość dalszego kształcenia. Po kolejnych stażach uzyskałem specjalizację drugiego stopnia z chirurgii. Od tej chwili pracowałem okresowo w Szpitalu im. Jana Bożego oraz w wielu specjalistycznych przychodniach. Za namową mojej przełożonej i kolegów zdecydowałem się podjąć pracę w charakterze oficera floty morskiej w Przedsiębiorstwie Połowów Dalekomorskich i Usług Rybackich DALMOR w Gdyni. Pracowałem tam w latach 1978-1993.

Mam dwóch synów, trzy wnuczki i jednego wnuka.

Przypuszczam, że mają kasę, co zresztą widać na stolikach i przy barkach. Przeważnie spotykam ludzi starszych i bardzo zadbanych. W trakcie spaceru zamieniłem parę zdań ze spotkanym przypadkowo Anglikiem, który zdziwił się, że jadę do pracy, a nie na wypoczynek. Odpowiedziałem mu, że i mnie jest z tego powodu bardzo przykro, ale trzeba zarabiać na życie. Tak, tak – odpowiedział. Oglądałem wystawy sklepowe, oraz wszechobecną czystość pomieszczeń. Wielu ludzi pali papierosy, cygara, fajki, ale dymu nie wyczuwam – klimatyzacja działa sprawnie. Na wystawach sporo przeróżnych złotych i srebrnych precjozów występujących w krajach zachodnich, jednak pojawiają się już afrykańskie gadżety. Czuć zapach Afryki i jej specyficzną sztukę rękodzielniczą, mało nam, przeciętnym Polakom znana. Wreszcie przylatują nasze awionetki, do których ładujemy się z trudem. Bagaży nie jest tak dużo, jednak ich gabaryty są nieadekwatne do szczupłych schowków samolotu.

Znów w powietrzu

Siedzę za fotelem drugiego pilota i obserwuję z zaciekawieniem procedurę przygotowania do startu. Piloci najpierw odczytują ze specjalnej tabliczki kolejno wszystkie czynności, jak np. czy są zamknięte i zaryglowane drzwi, zapięte pasy, dokonują odczytu niezliczonych wskaźników pokładowych itp. Wreszcie przez radio nawiązują łączność z wieżą kontrolną i uzyskują zgodę na start. Drugi pilot zwiększa powoli obroty i kołujemy na pas startowy. Po ustawieniu się na środkowej linii, dociska do oporu obie manetki gazu. Samolot nabiera szybko rozpędu, jednak boczny wiatr spycha nas z pasa. Główny pilot robi korektę i ponownie powracamy na poprzednie miejsce. Niestety, ciągle musi trzymać maszynę w ryzach. No i jesteśmy w powietrzu, ale przez cały czas zbaczamy spychani z trasy. Regulacja kierunku za pomocą obrotów silnika nie przynosi oczekiwanych skutków, ciągle trzeba trzymać napięte stery. Piloci jednak zdają się tym nie przejmować. Lecimy już w chmurach nad Atlantykiem, a kiedy wypadamy z białych obłoków, widać pofalowaną powierzchnię morza, na nim niekiedy małe stateczki. Lecimy na niedużej wysokości, rozmawiam z pilotami o naszej pracy, są nawet zainteresowani połowami. Mają tylko wątpliwości, czy tak długo można wytrzymać bez kobiet. Przyznajemy im rację, bo i nam chodzą po głowie podobne myśli. I tak w milej i wesołej atmosferze, szybko upłynął nam czas przelotu. Wreszcie widać postrzępione wybrzeże Afryki. Fale oblewają plaże, a dalej to tylko piach i piach. Co pewien czas widać skupiska małych domków, a jest ich coraz to więcej.

Nadibu

To już jest „Nadibu” – piszę fonetycznie. Z oddali widać pas startowy. Powoli i bardzo precyzyjnie ładujemy. Zawracamy na pasie startowym i kierujemy się ku jego początkowi. Stoi tam grupka ludzi. Poznaje, to nasi rodacy. Wychodzimy, a gorący wiatr wita nas na afrykańskim lądzie. Pozdrawiam lekarza i pozostałych członków zało-

gi. Mój kolega tak jest zaabsorbowany szybkim odlotem do kraju, że słucha mnie „jednym uchem”. Przekazywanie obowiązków trwało niecałe trzy minuty. Klucze masz, leki są, podpisuj papiery i powodzenia w pracy, cześć. Czynię próby nawiązania kontaktu z innymi członkami załogi, proszę o jakiegokolwiek wstępne wiadomości, o ogólną ocenę. Zapytany macha ręką i pluje na ziemię. Gorzej być nie może. Ładnie zostałem podbudowany. Nie już nie pytam, macham ręką na pożegnanie. Zaczynamy wsiadać do bardzo zdezelowanego autobusiku. Nie mogę jednak tak się stresować, oni wytrzymali, to i ja dam sobie radę. Jechaliśmy tym wehikułem poprzez biedne i obsypane piaskiem miasteczko, aż do nadbrzeża. Ponowna przesiadka, tym razem do szalupy. Poznaje bosmana irakijskiego i motorzystę Mauretańczyka. Rozmawiamy niby po rosyjsku, on trochę i ja trochę. Grunt, że się rozumiemy. Powrócić jednak do miasta „Nadibu”, z którym tak lekcważąc obszedłem się. Mijałem jednak małe sklepiki z pamiątkami, kino, mini bary, a nawet mały obiekt szpitalny. Nie jest tak kompletnie beznadziejnie. Ulice mimo wszystko są przysypane piaskiem, po którym przeważnie spacerują osły obciążone towarami. Dużo szybko biegających dzieci, skąpo ubranych i bardzo krzykliwych. Nie mniej miasto „Nadibu” jest turystycznie mało interesujące. Jak

Swoją chorobę opisywał bardzo plastycznie. Wypiał się na mnie i wskazywał palcem na zakończenie przewodu pokarmowego mówiąc, że z „żopy” wychodzą mu robaki i pokazywał ich długość. Zrobiło mi się słabo, myślałem że zwymiotuję.

wygląda obecnie, nie mam zielonego pojęcia? Wreszcie zapuszczamy motor i jedziemy do mojego już statku o pięknej nazwie AL KAHLA, a stoi on na redzie portu. Po drodze mijamy liczne pokryte rdzą kutry rybackie, okręty wojenne, sowieckie trawlerzy wyglądające obskurnie. W pewnym momencie włączył się bosman mówiąc -*Nasze okręty ochrony wybrzeża, dobrze strzelają. Widzisz te dziury w nadburciu u ruska? Widzę* – odpowiedziałem, *ale co się stało* – zapytałem zaintrygowany? *Przekroczyli strefę ochronną 200 milową i nie zatrzymali się na wezwanie stój. Kuter straży celnej postrzelał sobie, a kapitan został aresztowany. Będą płacić dużą karę.* Pomyślałem sobie w duchu, czy oficerowie irakijscy (będę pisał skrótowo Iraki) dobrze znają nawigację, bo jak nie – to bieda z nami!

Na tym tańcu przyjęcie się nie skończyło. Chefe Iraki przejawia skłonności homoseksualne i zaczyna mnie podrywać. Jednak bosman okazał się szybszy, albo bardziej zazdrosny, i w ten oto sposób zachowałem niewinność.

Dobijamy do Al Kahli

Marynarze mocują linami szalupę, a ja wchodzę po trapie na pokład. Poznaje drugiego i trzeciego oficerów irackich, oraz opasłego i oblesnie wyglądającego chefa irackiego superintendenta. Już po wielu latach mam niemiłe myśli, połączone z nudnościami, na samo wspomnienie. Jest on główną osobą na statku i podejmuje prawie wszystkie decyzje, nawet bez zgody kapitana. To się nazywa władza. Po powitaniach obcych i oczywiście naszych Polaków, otworzyłem otrzymanymi kluczami moje pomieszczenia. Doznałem olśnienia, kabina idealnie wysprzątana, pościel czysta, super! Zwiedzam dalej przynależne mi pomieszczenia. Szpitalik, ambulatorium obszerne i czyste. Instrumentarium prawie pełne, a co dla mnie najważniejsze nie ma prusaków i karaluchów. W aptece dużo lekarstw, ale nazewnictwo jest niestety różnojęzyczne. To poważne utrudnienie, bo zmusza mnie do wysiłku umysłowego, a mianowicie do ustalenia składu chemicznego prawie każdego leku. Powoli zaczynam się zagospodarowywać, jednak żołądek domaga się swoich praw – trzeba coś zjeść. Wstępujemy z kolegą do mesy i zaspokajamy długotrwałą głodówkę. Oficerowie Iracki mówią po rosyjsku, trochę po hiszpańsku i po angielsku. Myślę, że ustępujący koledzy nieco przesadzili w swoich tragizujących opiniach. Ale nie chwał dnia przed zachodem słońca! Wreszcie można się trochę zdrzemnąć. Jak wypoczne, to przystąpię do moich obowiązkowych zajęć. Niestety, mam już pokaleczony marynarza. Nie ma rady, opatruję ranę, jednak on prosi o zwolnienie z pracy. Rana niewielka, nie wymaga zwolnienia, jednak petent nie ustępuje. Idę więc z nim do Chefa Iracki i wyjaśniam całą sprawę. O dziwo, władza absolutna wyraziła zgodę. Przy okazji wydał mi proszek do prania, papier toaletowy, sześć mydełek Lux i małą paczkę kawy. Pozostały przydział ma być za dwa tygodnie. Coś mi się to nie podoba, ale co mam robić?

Ciepło, gorąco

Cała nasza polska załoga cierpi na zaparcia – przyczyna to przypuszczalnie zmiana pokarmu, oraz sposób jego przyrządzania. Po zastosowaniu środków przeczyszczających problemy ustąpiły. Klimat panujący w rejonie połowowym to duże utrudnienie dla Europejczyka. Jest niezmiernie gorąco i sucho. Słońce zasnuć, prawie niewidoczne, ale pali bezlitośnie. Cały pokład jest rozpalony. Podczas dnia nie można na nim długo przebywać, chyba tylko ten, który musi. Kabiny są wyposażone w tzw. sys-

tem air condition, chłodzą ale minimalnie. Morze ma odcień stalowy i jest lekko pofalowane, a wiatr to gorący zefirek, szczególnie jak wieje od pustyni, czyli od wschodu. Połowy mamy bardzo słabe, co niezmiernie deprymuje i złości całą załogę. Przyczyna jest dla mnie oczywista. Po pierwsze to brak sezonu, przełowione łowisko, brak specjalistycznych map dna morskiego i umiejętności nawigatorów. Myślę, że umiejętności nabyte w „szkołach leningradzkich” nie na wiele się zdały. Iracki są wściekli i obwiniają oczywiście kapitana, łącznie z jego umiejętnościami zawodowymi. Bardzo często dochodzi do przykrych pyśkówek i niemiłych incydentów. Bezcelność oficerów irackich przechodzi wszelkie wyobrażenia. Pozwolili sobie wygonić kapitana z mostka. Załamany kapitan zszedł do swojej kabiny, a następnie poszedł ze skargą do chefa irackiego. Co za upokorzenie. Ostatecznie powrócił na mostek. Jest to sytuacja wprost niesłychana i niespotykana w żadnej światowej marynarce. Pierwszy po Bogu jest zawsze osobą szanowaną, a jego decyzje nie podlegają dyskusjom. Po takim incydencie nie chce się nam pracować. Ktoś kiedyś powiedział, że jak arab ma swojego pracownika, to robi z niego niewolnika. Jesteśmy mniejszością i mało mamy do powiedzenia.

Dużo pracy

Nawet w najczarniejszych marzeniach nie przypuszczałem, że będę miał tylu chorych. Nie były to przypadki ciężkie, godne jakiegokolwiek wzmianki we wspomnieniach. Przeważnie byli to chorzy domagający się zwolnień lekarskich. Prawie zawsze byłem między młotem a kowadłem. W mojej sytuacji nie należało to do łatwych zadań, jednak musiałem dawać sobie radę. Z ciekawszych przypadków przypominam sobie pacjenta – Mauretańczyka. Biedak dostał szału, krzyczał i wyrwał się, a w tym szale chciał wyskoczyć za burtę. Był trzymany przez czterech kolegów, ale i tak wywijał nimi piruety jak chciał. Po dostarczeniu go do ambulatorium, po drodze porozbijał mi szklane szafki i poniszczył część lekarstw. Wyobraźcie sobie ile strachu się najadłem. Drugi chory to pomocnik kucharza. Swoją chorobę opisywał bardzo plastycznie. Wypiął się na mnie i wskazywał palcem na zakończenie przewodu pokarmowego mówiąc, że z „żopy” wychodzą mu robaki i pokazywał ich długość. Zrobiło mi się słabo, myślałem że zwymiotuję. Postąpiłem zgodnie z zaleceniami sanepidu, dałem mu lekarstwa, ale ile razy oglądałem jego odchody to już sam nie wiem. Wniosek krótki, jak na chirurga to nawet nieźle.

Uroczysty obiad

Na statku mamy jedynie dwie książki do czytania – Pana Jeziorańskiego i historię stoczni gdańskiej. Były również i gazety, ale pisane alfabetem arabskim. Pewnego dnia chefe iraki zaprosił nas Polaków na uroczysty obiad w celu uczczenia religijnego święta, związanego z wędrówką Mahometa do Mekki. Obiad był obfity i wspaniały. Mianowicie został upieczony cały baran i udźce jagniąt na ruszcie. Na stole znajdowały się trzy miski, takie małe miedniczki z ryżem, pikantnym sosem, zamrożoną wodą, no i oczywiście z mięsem. Przed każdym z Irakich stała miseczka dosyć głęboka, po prostu pojemna. Do owych miseczek wszyscy nakładali ryż, z meniskiem wypukłym, a na to pozostałe składniki rzeczonych produktów. Uczujący zajadali się używając do tego paluszków prawej ręki i popijali zimną wodą. Nasza zaproszona załoga jadła tradycyjnie, ale przy drugim stole. Po skończonym obiedzie panowie Iraki myli paluszki i wycierali je w serwetki. Steward zbierał resztki jadła ze stołu i wyrzucał je do kubła. Prawie cały ryż został wyrzucony do morza. Co za marnotrawstwo. Wieczorem udaliśmy się na kolację. Dla Polaków miała być podana szynka. Steward Iraki jednak nam jej nie podał, jak to bywa w zwyczaju powiedział tylko *hamsir*. Z tego powodu obsługiwaliśmy naszą kolację sami. Hamsir to coś w rodzaju trefne, nie koszerne. Ponoć mięsa wieprzowego nie wolno im dotykać. Po kolacji poszedłem do swojej kabiny, żeby odstresować się od tych obcych mi zwyczajów.

Libacja u szefa

Niestety około godziny drugiej obudził mnie telefon. Dzwonił Chefe Iraki mówiąc – *doktor, zachadi ka mnie do kajutu*. Py-

tam co się stało. *Niczewo, zachadi*. Jestem zły i zaspany, jednak nie mam wyboru, muszę udać się do Chefe Iraki. Powoli uchylam drzwi do jego kabiny. Zapachy z wnętrza to opary alkoholu, dymu tytoniowego i obrzydliwy zaduch spoconych ciał. „Doborowe” towarzystwo powitało mnie hałaśliwie. Siadam na krześle, a pan i władca nalewa mi do szklanki whisky. Dziękuję za alkohol, mówię, że nie piję, ale to nie odnosi skutku. Chefe Iraki mało kontaktuje. Usłyszałem piękną wiązanekę kwiatów rosyjskich, począwszy od babuszki i matuszki. Muzyka z magnetofonu zagłusza wszelkie rozmowy. Wyjaśniam jakoś fundatorowi tej libacji, że przecież Allah zabrania picia alkoholu. W odpowiedzi dowiedziałem się, że Allah nie widzi, ponieważ nad nami jest dach. Trzymam tę szklanekę, zwilżam usta, ale nie mam zamiaru pić. Na moje szczęście, wszystkim obecnym zachciało się tańczyć. Muzyka – nie dla mego ucha. Może ona jest i ładna, słychać w niej bębni

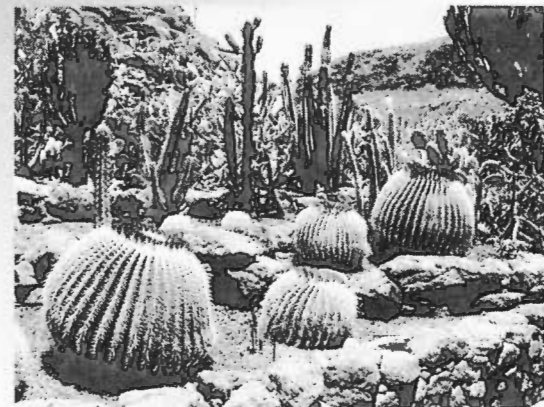


Z daleka widzimy dużą wyspę Gran Canarię, oraz duży port dla statków pasażerskich jak i handlowych.





Las Palmas, sławne Las Palmas.



Cały wolny czas przeznaczamy z kolegami na zwiedzanie tego pięknego kurortu, oraz jego części handlowej. Coś trzeba przywieść z dalekiej podróży.

oraz zawodzenie kobiety przypominające pojękiwania rodzącej. Zmuszają mnie do tańca, wstaję więc i podryguję jak przygłup. Natomiast Iraki tańczą jakiś taniec wojenny ze swoimi sztyletami. Zaczynam się bać, że w swojej zapalczywości i upojeniu mogą mnie pokaleczyć. Na tym tańcu przyjęcie się nie skończyło. Chefe Iraki przejawia

skłonności homoseksualne i zaczyna mnie podrywać. Jednak bosman okazał się szybszy, albo bardziej zazdrosny, i w ten oto sposób zachowałem niewinność. Przeklinam przez całą drogę powrotną do mojej kabiny. Serdecznie mam już dosyć zarobków dewizowych, morza i połowów, a przede wszystkim Irakijczyków – dotyczy naturalnie tyl-

ko tej załogi. Zauważyłem jeszcze coś ciekawego. Wysoko postawieni oficerowie jakoś nie modlą się pięć razy dziennie, jak to czynią muzułmanie na swoich dywanikach, wraz z kompasem ustawionym na Mekkę. Niedokładne ukierunkowanie mogłoby zostać nie dosłyszane przez Allacha. Co to się dzieje na tym świecie? Taka nienawiść między muzułmanami a katolikami.

Dobijamy do bazy

Za kilka dni dobijamy do bazy, która nawiasem mówiąc stoi na redzie portu Nadibu. Manewry dobijania bezproblemowe. Po kilku godzinach zaczynamy wyładunek. Zdajemy mączkę i rybę, a pobieramy zaopatrzenie w artykuły takie jak kartony, woreczki, paliwo, żywność itd. Przy pobieraniu prowiantu cała załoga była w tym zaangażowana. Mam jednak takie szczęście, że zawsze muszę coś zauważyć. Stwierdzam, że pewna ilość towaru jest wyładowywana po drugiej stronie statku na mały kuter. Handel kwitnie, tak to można żyć i dzień w dzień popijać whisky. Z zaopatrzenia dostaliśmy proszki do prania, puszki Nestle, czekoladki, kawę ziarnistą, soki owocowe i karton coca coli. Reszta naszego prywatnego przydziału została sprzedana w porcie Nadibu, albo zamieniona na alkohol. W bazie poznałem bardzo sympatycznego rosyjskiego lekarza z Odessy. Zostałem przez niego przyjęty bardzo gościnnie. Szybciutko dogadaliśmy się odnośnie notorycznego okradania załogi i własnego kraju. Nie stoimy długo, i szybciutko bierzemy kurs na łowisko.

Jeszcze przed wyruszeniem, spotkało mnie nieprzewidziane i niespotykane zjawisko bliskiego kontaktu – no kto zgadnie z kim? Trudno będzie zgadnąć. Było to spotkanie ze szczurem. Szedłem sobie spokojnie długim i aktualnie pustym korytarzem, a z przeciwka bardzo spokojnie wędrował sobie szczur, po marynarSKU to się nazywa szedł kontrkursem. Nie powiem że bym był zadowolony z tego spotkania, całkiem głupio się czułem. Jak się zatrzymałem to i on się zatrzymał, nie okazując przy tym żadnego strachu. Ja ruszam, to i on rusza. Wreszcie mineliśmy się całkiem spokojnie. Po paru krokach szczur wszedł do bocznej dziury i tyle go widziałem. Do tej pory nie mogę sobie tego zjawiska wytłumaczyć. Dojechaliliśmy wreszcie na to jałowe łowisko i godzinami moczmy siatkę w wodzie z opłakanyimi rezultatami. I tak upłynęło około trzy tygodnie.

Ponownie w Las Palmas

Chefe Iraki uzyskał wreszcie zgodę na wejście na remont do Las Palmas. Radość wielka, pomimo że wiemy o zwolnieniu i wymianie załogi. Z daleka widzimy dużą wyspę Gran Canarię, oraz duży port dla statków pasażerskich jak i handlowych. My dobijamy nieco dalej od centrum, do strefy, gdzie remontuje się i dokuje statki. Po kilku godzinach i my stoimy w suchym doku. Remont ma się zacząć za jakieś dwa dni. Cały wolny czas przeznaczamy z kolegami na zwiedzanie tego pięknego kurortu, oraz jego części handlowej. Coś trzeba przywieźć z dalekiej podróży. Las Palmas, sławne Las Palmas. Idziemy najpierw drogą portową, a następnie wychodzimy na promenadę

miejską. Szumnie to powiedziane. Jest to normalna ulica, niezbyt czysta, z zabudową jedno – dwu piętrową. Sklepy, tak jak wszędzie w miastach portowych nastawione są na handel, elektryczno-pamiątkarski i oczywiście spożywczy. Jest parę supermarketów, oraz sporo hoteli. Te hotele są mało ekskluzywne, z przeznaczeniem na krótkotrwały pobyt, jak się domyślam. Ulica centralna jest dość długa i przebiega wzdłuż wybrzeża, czyli tzw. plaży. Boże się pożałuj jaka to plaża, same kamienie, a w nich pełno śmieci. Plaża w Gdyni jest o wiele piękniejsza i bardziej zadbana. Naokoło tej promenady stoją sklepiki, a właściwie budki z lodami, ciastkami, słodyczami i innymi pamiątkami. Byłem bardzo rozczarowany tym sławnym Las Palmas. Teraz to już wiem, że na kąpiele i bardzo ekskluzywny wypoczynek, wczasowicze zasobni w dewizy wyjeżdżają na inne, sąsiednie wyspy archipelagu. Tam, korzystają z wszelakich udogodnień. Preferowane są szczególnie, oczywiście przez panów, plaże dla nudystów. Nie ma sensu opisywać wyglądu takich wspaniałych kurortów. Widzimy je oglądając telewizję, ale na takie gry i zabawy stać tylko ludzi, którzy nie mają co robić z pieniędzmi. Po raz pierwszy w życiu oglądałem seks shop. Wszystko było by fajne i ciekawe tylko, że sprzedawczynią była panienka w wieku około 26 lat. Czy to czytelników nie zadziwia, bo mnie mocno zbulwersowało. Jak można zatrudniać w takich sklepach kobiety. Żeby to były sklepy wyłącznie dla pań, to jeszcze można zrozumieć. Było to dla mnie upokarzające. Straciłem dla tej wyspy zainteresowanie i szacunek.

Czas pomyśleć o powrocie

Wreszcie zostały dostane dokumenty zwalniające nas z pracy, ponoć na okres remontu statku, który ma potrwać około dwóch miesięcy. Słusznie! Opłacanie darmowe załogi nie ma ekonomicznych przesłanek. Większość naszych kolegów, takim obrotem sprawy była nawet zadowolona. Ja na pewno! Powoli pakujemy się. Ważymy nasze worki marynarskie i bagaże podręczne, w oczekiwaniu na transport. Wreszcie nadjeżdżają autokary wraz z agentem. Żegnamy się z częścią pozostałych specjalistów i jedziemy na lotnisko. Ponownie zostałem kierownikiem powracającej załogi. Przy okazji zostałem okradziony z małego prezentu, ale niech im to wyjdzie na zdrowie. Trasę do domu będziemy pokonywać aż trzema samolotami. Z Las Palmas do Madrytu, z Madrytu do Amsterdamu i wreszcie moskiewskim samolotem przejedziemy do Warszawy. W Madrycie mamy zagwarantowany nocleg w hotelu. Z tym hotelem w Madrycie doszło prawie do kompromitacji. Wiadomo, że śniadanie jest wliczone w cenę biletu. Skoro tylko zebraliśmy się w holu przed stołówką w celu zjedzenia śniadania, nie mogliśmy znaleźć wejścia do sali. Cała ściana była ze szkła. Staliśmy jak sieroty, nie wiedząc co począć. Wreszcie jakaś para wychodząc skierowała się prosto na tą szklaną ścianę i wyszła bez jej rozbijania. Nie debatowaliśmy już na ten temat.

(C. D. N.)

MEDICINA ET PHARMACIA IN NUMMIS

Starożytne symbole

PROF. DR HAB. EDWARD SOCZEWIŃSKI

Godłem medycyny jest laska z owiniętym węzem, a farmacji – czara z węzem; symbole te mają starożytny rodowód i często występują na monetach starożytnej Grecji i Rzymu.

W mitologii Greków występował Asklepios, syn Apollina i nimfy Koronis, bóg sztuki lekarskiej. Nauki pobierał u centaury Chejrona. Potrafił wskrzeszać zmarłych, na co uskarżał się Pluton, bóg zaświatów. Zeus zabił Asklepiosa uderzeniem pioruna, po śmierci został umieszczony w konstelacji gwiazd jako Wężownik. Kult Asklepiosa rozpowszechnił się w całej Grecji, szczególnie na wyspie Kos, gdzie przy jego świątyni, istniała szkoła lekarska; jej reprezentantem był Hipokrates (ok. 460-377 przed Chr). Asklepios był czczony pod postacią węża – symbolu odradzającej się siły żywot-



nej. Był przedstawiany jako poważny mężczyzna z brodą, w długim płaszczu, trzymający w ręce laskę z owiniętym dokoła wężem. Jego żoną była Epiona (kojąca bóle), synami Machaon – sławny lekarz i Podaleirios, córkami Hygieja i Panakeja, boginie zdrowia i lecznictwa. Kult Asklepiosa (pod nazwą Aeskulapius) wprowadzono w Rzymie w r. 291 przed Chr. w czasie zarazy, wybudowano mu świątynię.

Synowie Asklepiosa występują w Iliadzie, jako lekarze-chirurdzy opatrują rany wojowników. Córka Hygieja jest w starożytnej sztuce przedstawiana jako młoda kobieta trzymająca w lewej ręce czarę, z której wąż pije mleko. W Rzymie była czczona jako Salus (Romana lub Publica – personifikacja zdrowia; w roku 307 przed

Chr. poświęcono jej na Kwirynale świątynię). Przedstawiana była jako młoda kobieta ze sterem lub trzymająca w prawej ręce czarę ofiarną, z której wylewa libację na ołtarz opleciony wężem, ewentualnie trzymająca węża w rękach i karmiąca go z czary.

Asklepios, samotnie lub z córką Hygieją, stanowi częsty motyw rewersu monet Grecji i Rzymu. **Ryc. 1** przedstawia półdrachmę srebrną wyspy Kos (r. 166–88 przed Chr.), ośrodka kultu Asklepiosa: na awersie jego (mityczny) portret, na rewersie atrybut – wąż w kwadratowym wgłębieniu, charakterystycznym dla wczesnych monet greckich.

Kolejne ilustracje przedstawiają monety Rzymu, głównie brązy lokalnych emisji miast Grecji.

Ryc. 2. Kommodus (177–192) Brąz, 10,56 g, Amasia (Pont).

Ryc. 3. Klodiusz Albinus (193–197). Srebrny denar. Rzym, 3,14 g.

Ryc. 4. Septimiusz Sewer (193–211). Brąz miasta Ilypaipa (Lidia) 21,76 g. Na rewersie Asklepios z laską oplecioną wężem, obok ołtarz, z lewej Hygieja karmiąca węża z czary.

Ryc. 5. Karakalla (198–217). Brąz, miasto Sala (Lidia) 12,12 g. Rv. jak wyżej.

Ryc. 6. Makrinus z synem Diadumenianem. Brąz, Makrianopolis (Lidia) 9,72 g.

Ryc. 7. Elagabal (218–222). Brąz – Sailla (Lidia) 10,79 g.

Klasyczne motywy były chętnie wykorzystywane na nowożytnych medalach. **Ryc. 8** przedstawia srebrny medal premiowy z XIX w (Ø42 mm, 26,4 g, ma-



Ryc. 9.



Ryc. 10.



Ryc. 11.



Ryc. 8.



Ryc. 13.



Ryc. 14.



Ryc. 15.



Ryc. 12.



Ryc. 16.



Ryc. 17.

delier J. V. Doll). Av. Portret Asklepiosa z laską oplecioną wężem, w otoku ASCLEPIOS DER HEILENDE (Asklepios uzdrawiający). Rv. Boginie losu – Mojry (Parki) czuwające wg mitologii nad przebiegiem życia ludzkiego: Kłoto przędzie nić życia, Lachesis czuwa nad długością nici, Atropos ją przecina. Asklepios przedłuża życie przeszkadzając Atropos w przecięciu nici.

Medal srebrny z r. 1797 (Ryc. 9, Ø41,5 mm, 27,65 g, medalier Abramson) wydano z okazji 68. urodzin prof. fizjologii J. A. H. Reimarusa (Hamburg) (1729–1814). Av. Portret, napis otokowy IOH. ALB. HEN. REIMARO M. D. N (atus) MDCCXXIX. Rv. Asklepios przed ołtarzem z figurką Natury.

Ryc. 10 przedstawia medal srebrny (1805) Akademii Medycznej w Paryżu (Ø40,5 mm, 42,75 g, medalier Andrieu). Av. Portret Napoleona (1804–1815) z tytułem NAPOLEON EMPEREUR. Rv. Postać Asklepiosa z laską z wężem, obok Telesfor. W otoku ECOLES DE MEDECINE.

Medal przedstawiony na Ryc. 11 (srebro, r. 1857, Ø31 mm, 12,33 g medalier Lea Ahlborn) wydała Akademia Nauk w Sztokholmie dla uczczenia pamięci prof. dr Petera von Afzeliusa, nadwornego lekarza królewskiego (1760–1843). Av. Popiersie Rv. Asklepios obok ołtarza z wężem, w otoku ABIIT VITES ORACULA MANENT. Poniżej SOCIO MERITISS. REG. AC.

SC. SVEC. MDCCCLVII. Asklepios występował w symbolice medali już we wcześniejszych odcinkach tej serii (por. np. Alma Mater nr 3/1998, str. 63, Ryc. 7,8; nr 4/1999, str. 115, Ryc. 1).

Ryc. 12. (srebro, Ø28 mm, 11,2 g, medalier A. Galle) przedstawia medal emitowany przez Paryskie Towarzystwo Medyczne na cześć fizjologa i anatoma prof. dr Marie-Francois Xaviera Bichata (1771–1802), współzałożyciela Societe Medicale, autora szeregu monografii, pioniera histologii i anatomii patologicznej; wprowadził termin tkanka (rozdzielił 21 typy tkanek). Av. Portret, XAVIER BICHAT Rv. SOCIETE MEDICALE D'EMULATION DE PARIS / MDCCCVII. Laska oplecioną wężem.



Ryc. 18.



Ryc. 19.



Ryc. 20.



Ryc. 21.



Ryc. 22.



Ryc. 23.



Ryc. 24.



Ryc. 25.



Ryc. 26.



Ryc. 27.

Ryc. 13. przedstawia mosiężną, emaliowaną odznakę lekarza Legii Cudzoziemskiej w kształcie krzyża z napisem *ITALIE / TUNISIE / FRANCE / ALLEMAGNE / 53BM*. Emblemat – miecz opleciony wężem. Należy dodać, że podobną modyfikację symbolu medycyny stanowi godło ratowników tatrzańskich – czekan opleciony wężem.

Salus, rzymska wersja Hygiei, występuje już w czasach Republiki Rzymskiej; **Ryc. 14** przedstawia denar srebrny (3,98 g) z 58/55 r przed Chr. z imieniem triumwira Manliusza Aciliusza Glabrio. Av. Głowa personifikacji zdrowia, Salus, napis *SALUTIS*. Rv. *Vale-tudo* (personifikacja zdrowia) z wężem, *MN ACILIUS III VIR VALET V*.

Salus, odpowiednik Hygiei, poza personifikacją zdrowia uosobiała również bezpieczeństwo i dobrobyt i była częstym motywem rewersu monet Cesarstwa Rzymskiego. Należy dodać, że aż do III w. przywiązywano dużą wagę do realizmu portretu cesarza na awersie monet: wielu obywateli rzymskich na wielkim obszarze Rzymu nie miało okazji zobaczenia cesarza i monety były niejako wizytówkami władcy. Natomiast rewersy monet odgrywały rolę propagandową sławiącą sukcesy cesarza i jego dbałość o dobrobyt obywateli.

Ryc. 15. przedstawia denar srebrny Nerona (54-68) z lat 63-68. Av. Portret, *NERO CAESAR AVGVSTVS*. Rv. Siedząca postać Salus, napis *SALVS*.

Na sestercu Antoninusa Piusa (138-161, brąz, 22,7 g) z lat 140-144 (**Ryc. 16**) przedstawiona jest stojąca postać Salus z czarą trzymaną w ręce nad ołtarzem oplecionym wężem. Av. Portret, tytulatura: *ANTONINVS AVG* (ustus) *PIVS P* (ater) *P* (atriae) *TR* (ibunicia) *P* (otestate) *CO* (n) *S* (ul) *III* (Antoninus Augustus Pius, Ojciec Ojczyzny, mający władzę trybuna, konsul po raz trzeci).

W pierwszych wiekach cesarze Rzymu zachowywali pozory ustroju republikańskiego skupiając najważniejsze urzędy trybuna, wodza (imperator) i konsula. Rv. *SALVS AVG* (ust) *S* (enatus) *C* (onsulto) – za zgodą Senatu.

Ryc. 17. przedstawia brązowy sesterc (21,4 g) z portretem Faustyny Młodszej (161-176), żony cesarza Marka Aureliusza (161-180). Av. Portret,

FAVSTINA AVGVSTA. Rv. Siedząca postać Salus, karmiącej z czary węża owiniętego wokół ołtarza. *SALVS AVGVSTAE / S. C.*

Analogiczny sesterc Maksimina (brąz, 16,73 g, 235-238) przedstawia **Ryc. 18.**

Już od czasów Renesansu, w związku z zainteresowaniem numizmatyką antyku, motyw Salus-Hygiei często występuje w symbolice medali (por. wcześniejsze odcinki z tej serii). **Ryc. 19** przedstawia medal srebrny z r. 1560 (Ø37 mm, 49,04 g, medalier E. de Laune) króla Nawarry z dynastii Burbonów (1555-1562) wybity z okazji zgromadzenia stanów w Orleanie. Av. Renesansowy portret. *ANTONIVS. DEL. G* (ratia). *REX. NAVARRAE*. Rv. Siedząca postać Salus z wężem, przeglądająca się w lustrze *ADVERSIS NE-SCIA VINCI / COMITIA A / 1560*.

Żeton srebrny (**Ryc. 20**, Ø29 mm, 8,43 g) emitował Wydział Lekarski w Paryżu. Av. Popiersie dr G. C. Fagona, lekarza dworu Ludwika XIV *GVIDO CR. FAGON REGIA S. C. ARCHIAI COMES*. Rv. Salus z wężem i czarą przy ołtarzu. *PRO REGE REGNO ET UNIVERSIT PARIS / PRECES FUND.*

Ryc. 21. Medal srebrny (ok. r. 1800, Ø36,5 mm, 13,98 g, medalier D. F. Losos) przedstawia na awersie Salus karmiącą węża owiniętego wokół drzewa. Av. *GESUNDHEIT VERLAEN- GRE DEIN LEBEN*. Rv. Hymen – bóg wesela. *UND FREUDE VERKÜRZE DIE ZEIT*.

Ryc. 22. przedstawia srebrną ośmiokątną odznakę (37,5 x 24 mm, 12,56 g) szpitala miejskiego w Sztutgarcie i Canstatt z wizerunkiem Salus pojącej węża z czary *STADTISCHES KRANKEN- HAUS STUTTGART CANSTATT*.

Miasto Braunschweig wydało w 1796 r. medal srebrny (**Ryc. 23**, Ø33 mm, 13,6 g, medalier A. Abramson) upamiętniający W. F. B. Brückmanna, lekarza dworu księcia Brunshwigu (1728-1812). Av. Portret, *VRB. FRID. BENED. BRVECKMANN. M. D.* Rv. Salus z wężem i czarą. *QVOD PATREM REDDIDIT PATRIAE / MENS. OCT. MDCCXCVI*.

Uniwersytet w Duisburgu w 1793 r. uczcił emisją medalu srebrnego (Ø34 mm, 13,9 g, **Ryc. 24**, medalier J. J. G. Stierle) 50-lecie doktoratu prof. dr J. G. Leidenfrost (1715-1794). Av.

Portret *IOH. GOTTLOB LEIDEN- FROST*. Rv. Salus składa ofiarę (libację) na ołtarzu. *SENATVS ACAD. DVISB. OPTIMO SENI / MVNERIS GESTI / SEMISECVLARIA SACRA / DIE XIII SEPT/ MDCCLXXXIII*.

Ryc. 25. przedstawia srebrny medal nagrodowy z r. 1885/86 Szkoły Medycznej w Edynburgu (Ø48 mm, 53,51 g). Av. Hygieja z wężem i czarą. *SCHOOL OF MEDICINE, MINTO HOUSE, EDINR.* Poniżej grecki napis *ΥΓΙΕΙΑ*. Rv. Wieniec z ostu, wokół napis *LECTURES ON INSTITUTE OF MEDICINE / JAMES HUNTER F. R. C. F. S. LECTURER*. W polu grawerowany napis *FIRST PRIZE / Awarded To / DONALD M. CAMPBELL / 1885-86*. (oseł, wraz z dewizą *NEMO ME IMPUNE LACESSET* – nikt mnie bezkarnie nie podrażni – jest herbem Szkocji).

Na **Ryc. 26** przedstawiony jest medal brązowy z r. 1773 Towarzystwa Lekarskiego w Londynie (Ø41 mm, 32,28 g, medalier J. Kirk). Av. Popiersie Zofii Karoliny von Mecklemburg-Strelitz, żony króla Anglii Jerzego III *CHAR- LOTTA DEI GR. MAG. BRI. FRA. ET. HIB. REGINA* (królowa Wielkiej Brytanii, Francji i Irlandii). Rv. Salus składa ofiarę (libację) z czary na ołtarzu oplecionym wężem. Napis *SALUTI AVGVSTAE* (por. ryc. 17).

Srebrny medal nagrodowy z r. 1824 (**Ryc. 27**, Ø44,5 mm, 43,85 g, medalier J. D. Böhm) przedstawia na awersie portrety dwu cesarzy Austrii, Franciszka I (1792-1835) i Józefa II (1780-1792) wojskowej szkoły medycznej Josefinum. W otoku tytuły *FRANCISCUS I AVGVSTVS IOSEPHVS II AVGVSTVS*. Rv. Salus karmiąca z czary węża. *BENE MERENTIBVS / ACADEMIA MEDICOCHIRVRG. FVND. MDCCLXXV. REST. MDCCCXXIV*.

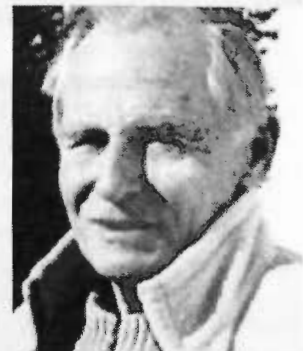
Chociaż ilustrowane medale stanowią jedynie nieliczne przykłady wybrane z kolekcji oferowanej w aukcji firmy Frankfurter Münzhandlung GmbH z roku 1990, świadczą one o trwałości starożytnych symboli medycyny:

- laski z wężem Asklepiosa
- i farmacji – czary z wężem jego córki, Hygiei.

Stały felieton „Listy polecone” jest bieżącą korespondencją Profesorów Mariana Kazimierza Klamuta oraz Jana Pietruskiego, która dotyka ważkich, trudnych problemów naszej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości.



Prof. Marian Kazimierz Klamut



Prof. Jan Pietruski

Listy polecone

Drogi Kaziu!

Zaraz po otrzymaniu Alma Mater napisałem kilka słów z podziękowaniem. Wkrótce wyjdzie kolejny numer Biuletynu, który będę miał przyjemność natychmiast Ci przesłać. Teraz jeszcze raz Ci dziękuję, ciesząc się, że znajdujemy trochę naszego cennego czasu na rozmowę, choćby listowną, choćby z przerwami na przemyślenia. Ale cóż zrobić? Piszę – cennego czasu – bo zużyliśmy już jego większość, niemal cały przydzielony nam limit... C'est la vie.

Jestem szczerze zmartwiony sytuacją i w kraju i w służbie zdrowia, z czego po prostu mimo mojego optymizmu i na szczęście braku sceptycyzmu nie widzę wyjścia. NFZ nie budzi nadziei. Ale nauczeni oczekiwaniem, co robiliśmy całe życie, w myśl zasady contra spem sperare czekam nadal, patrząc co z tego wyniknie. Pisujemy – my- lekarze – w wydawnictwach izbowych i samorządowych. Mamy dobrych autorów, ale wobec ogromnego nacisku mediów nie jesteśmy przez nie dostrzegani. Czy więc pisać? Czy więc warto się wysilać, zamiast siedzieć i drzemać w fotelu?

W Alma naturalnie wylawiam i czytam artykuły naszych kolegów, wyczuwając w nich wiele empatii, i próbując natychmiast odpowiedzieć sobie na pytanie skąd jest w nich tyle ciepła, używając Twojego trafnego określenia. I sądzę, że składa się na to kilka przyczyn.

Jedną jest wiek i doświadczenie lat, które mamy za sobą, co reorganizuje nasz sposób myślenia, ergo wypo-wiedzi. Coraz bardziej obce naszym ideałom jest środowisko następnych pokoleń, choćby nam najbliższych dzieci, które mają swój świat, a w nim własne codzienne kłopoty. Razem z wiekiem przyszła mniejsza umiejętność dostosowywania się do sposobu myślenia pokolenia dzieci i wnuków. Odruchowo, żeby nie powiedzieć genetycznie chcemy im przekazać to, co w naszym mniemaniu dobre i odrobinę przestróg, co wynika m. in. z tego, że nie raz w życiu „nacięliśmy się”. Ale to nie wszystko.

Świat się zmienił znacznie bardziej niż przewidywali to futuryści. Bo czyż można było przewidzieć, że dojdzie do nieudanych na szczęście prób trwałego wymazywania życia wewnętrznego, tej emigracji wewnętrznej i za-

kłamania? My mieliśmy znakomitych rodziców i nauczycieli także na Akademii. Etyka i moralność nie były zapomnianymi komunałami. Były w nas podstawą i podstawową zasadą współżycia. Uczono nas i przekazywano nam w codziennym obcowaniu te wspaniałe cechy charakteru i kodeksy niepisanej moralności, przechodzące z pokolenia w pokolenie, co utkwilo w nas głęboko w czasach najwcześniejszej naszej młodości a nawet dzieciństwa. Zakodowane do przekazania naszym dzieciom. Dopiero gdy wichry wojen i rewolucji XX wieku skutecznie to zniszczyły. Trzeba było odbudowę tych cech zacząć od pisania na nowo np. kodeksu etyki lekarskiej. Wyjmując z zakurzonych półek pierwsze egzemplarze, które dawniej nie były nikomu potrzebne, bo mieliśmy to w naszych sercach i umysłach.

Walczyłem tu od dawna o wznowienie czasopisma Akademii podobnego jak nasza Alma Mater. Przed 50 niemal laty, gdy światło dzienne ujrzało zaledwie kilka numerów, tytuł został zamknięty. Przyczyny są łatwe do odgadnięcia. Posyłam Ci Kaziu egzemplarz, w którym widać cechy debiutu, ale też wielką wartość kroniki życia i działania kilku tysięcy skupionych w AM, co dotychczas ginęło bezpowrotnie. Oprócz moich notatek, na 19 stronie jest wspomnienie z Syberii mojej żony Idy, gdzie była jako sześciolatka dziewczynka zaproszona z matką przez Stalina. Odtworzenie tych 40 lat, nawet gdyby ktoś się tego podjął, będzie zawierało dużo nieprawdy, domysłów i wymieszanych sądów przypomniowych i przypomnianych, całkowicie przecież od siebie różnych. Wkrótce i to nie będzie możliwe. Nie tak dawnej daty totalitaryzmu, świadomie niszczyły faktografię, albo na bieżąco ją fałszowały.

Przed laty, gdy pracowałem w RFN, wdąłem się w dyskusję przy obiedzie na dyżurze z kolegą, który mi powiedział, że na uniwersytetach niemieckich pracują naukowcy historycy, którzy mają za zadanie napisać dla przyszłych pokoleń historię Niemiec podczas II wojny tak, żeby następne pokolenia widziały ten hitlerowski okres jako okres bohaterów, a nie morderców. W dużej mierze im się to udało, czemu służy zawężenie tematu do jednego, choć wielkiego, ale epizodu. Widać to wyraźnie np. w 3-częściowym filmie Stalingrad, gdzie ginącą trzystutysięczną armię gen. Paulusa przedstawiono jak bohaterów wielkiej wojny. Pólsłowem mówiono zaledwie kto bierze odpowiedzialność za to co się stało. Ci co przeżyli, dziś już starszankowie, mówili o cierpieniach jakich doświadczali i szlus.

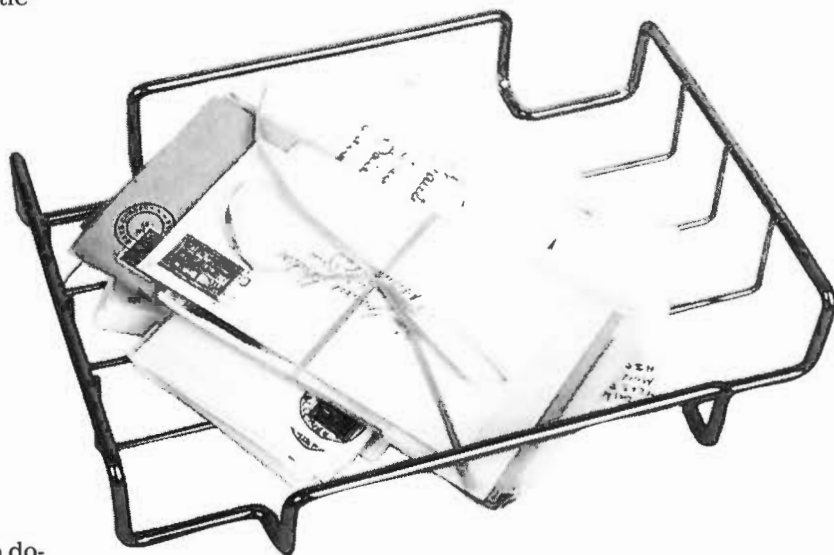
Łatwo sobie wyobrazić jak po wielu latach będzie się interpretować taki historyczny zapis. Jednoznacznie, czyli nieprawdźwiwie. Niemiecka dokładność już tego dopilnowała. Zresztą podobnie było na Litwie po I wojnie, gdy na uniwersytecie w Kownie powołano spe-

cialną katedrę, która przez lata opracowywała gramatykę i nazewnictwo języka literackiego, którego ludzie z puszczy litewskiej gęstwiny nie mieli. Nie najlepiej im to wyszło i nas śmieszają końcówki rzeczowników na *-as* czy *-us* np. kinos, sportos, Mickiewiczus, a Ty mógłbyś być Klamutos, a ja Pietruskius. Po wickach się to przyjmie, prace na ten temat znikną i będzie tak, że tak było od zawsze. Rumuni też nie wiem od kiedy odłączyli od rzymskich nazw końcówkę „s”, dając charakterystyczne dla tego języka końcówki słów na „u” np. Caucescu, Petrescu itd. Spotyka się tam też słowiańskie nazwy. Ale dość filozofowania.

Dziękuję Ci za uzupełnienia dotyczące prof. T. Dzierżykraj-Rogalskiego. Przekazałem je autorowi do jego zbiorów, który był jego asystentem, aż do w wyjazdu TDR w 1962 r. do Warszawy. Nie sądzę, aby była okazja zrobić uzupełnienia bo ZH (Zeszyty Historyczne – przyp. red.) są rocznikiem, a biografia i tak jest bogata, może zbyt laurkowa i hagiograficzna. Pamiętam TDR z tych lat w Lublinie. Co do wspomnianej pracy – oczywiście doskonale ją pamiętam i nasze uśmiechy, gdy się o tym mówiło. Nie interesowaliśmy się wtedy pracami naukowymi, a sam temat w naszym ówczesnym wieku wystarczyłby się pośmiać. Potem tutaj nie mówiono już o tym. Sam nie potrafiłbym polemizować nad fizjologią tego aktu. Są na pewno publikacje i znane chirurgom opracowania naukowe, gdzie być może cytują (a może nie) tę pracę. Kończąc łączę serdeczności i ściskam dłoń,

Twój Janek

Białystok, 22 lutego 2003 r.



Pacjent zawsze jest najważniejszy

Studenckie Naukowe Koło Historyków i Etyków przy Katedrze i Zakładzie Pedagogiki Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie wspólnie z Komisją Historyczną Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Lublinie przedstawia kolejną biografię nestorki lubelskiego pielęgniarstwa pani Zuzanny Dumay – pielęgniarki, której działalność społeczno-zawodowa wpłynęła na rozwój pielęgniarstwa w całej Polsce.

LIDIA SMUTEK
AGNIESZKA SOBOLEWSKA
MGR BEATA DOBROWOLSKA

STUDENCKIE NAUKOWE KOŁO HISTORYKÓW I ETYKÓW
PRZY KATEDRZE I ZAKŁADZIE PEDAGOGIKI
WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Stud. – Przez 31 lat była Pani pielęgniarką i nauczycielką zawodu. Czy był to właściwy wybór drogi życiowej?

Z. D. – W dzieciństwie nigdy nie miałam kontaktu ze szpitalem, lekarzami. Tata wiele opowiadał o zawodzie pielęgniarki, położnej. Rodzice pragnęli, abym zdobyła dobry za-

wód, ponieważ wiodło nam się nie najlepiej. Tata często zagadywał: „–Wiesz Zuziu, może zostałabyś położną?”. Czułam, że odnajdę się w tym zawodzie. W gazecie znalazłam ogłoszenie o szkole w Chełmie, kierunek położnictwo. Natomiast w Bydgoszczy była szkoła pielęgniarstwo-polożnicza. Po napisaniu podania o przyjęcie mnie do szkoły, z drżącym sercem oczekiwałam na odpowiedź. Okazała się pozytywna.

Już w pierwszych tygodniach nauki zorientowałam się, że jest to właśnie to, co chcę robić, od roku, w którym rozpoczęłam naukę zlikwidowano położnictwo, więc zostałam pielęgniarką.

– Miała Pani ciężkie dzieciństwo, pełne rygorów. Czy zasady moralne pielęgnowane w domu rodzinnym przydały się w późniejszej pracy pielęgniarki?

– W dzieciństwie miałam za złe rodzicom, że często dostawałam łanie. Dziś, z perspektywy czasu patrzę na to jednak inaczej. Dziękuję rodzicom, że przygotowali mnie na wszystkie trudy życia. Wszystko to starałam się przekazać swoim uczennicom, wszystkie te zasady wpajane w okresie dzieciństwa.

– Pani edukacji, zasady obowiązujące w szkole były surowe. Czy te same zasady przekazywała Pani uczennicom podczas późniejszej pracy pedagogicznej?

– Wszystkie zasady, których uczono mnie w szkole stosowałam w pracy jako pielęgniarka. W szkole zwracano uwagę przede wszystkim na podstawową zasadę, która głosi, że człowiek bez względu na wykształcenie, status społeczny, a także na zdobyte cywilizacji, zawsze jest tak sa-



**Pierwsza z lewej Zuzanna Dumala
(Szczecin, 1952).**

Zuzanna Dumala

Ur. 12 grudnia 1931 roku we wsi Baranówka w powiecie lubartowskim. Ukończyła Państwową Szkołę Pielęgniarstwa w 1951 roku i rozpoczęła pracę pielęgniarki, jako nauczycielka zawodu w tejże szkole. Ukończyła studia na Wydziale Pedagogiki Uniwersytetu Marii-Curie Skłodowskiej uzyskawszy tytuł magistra pedagogiki opiekuńczej. Od 1954 roku, aż do przejścia na emeryturę, pracowała głównie w szkołach medycznych w Lublinie, pełniąc funkcje kierownicze i nauczycielskie.

Przez 22 lata pełniła funkcję przewodniczącej Zarządu Oddziału Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, a następnie funkcję wiceprzewodniczącej. Współtworzyła Wydział Pielęgniarstwa na lubelskiej Akademii Medycznej. Wspomnienia osobiste i zawodowe zawarła w książkach pt. „Tyczkowy groszek” oraz opowiadania „Osaczeni”, natomiast refleksje o życiu w licznych utworach poetyckich.

mo chorym człowiekiem i potrzebuje obecności drugiego człowieka. Właśnie tym drugim człowiekiem w szpitalu ma być pielęgniarka. Ma ona służyć pacjentowi dobrym słowem, gestem, tak aby poczuł, że chce mu pomóc w jego nieszczęściu. Właśnie takie zasady wpajałam pielęgniarkom.

Jako nauczycielka włączałam się w pracę razem z uczennicami, chciałam służyć przykładem. Wymagałam obowiązkowości, punktualności, dobrego planu pracy. Zawsze przychodziłam na oddział piętnaście minut przed uczennicami, by zorientować się jaki jest stan pacjentów, czy uczennice „nocne” wywiązały się ze swoich obowiązków. Staralam się dobrze rozplanować pracę dla grupy rannej.

Było to zajęcie wyczerpujące. Mam jednak dziś pełną satysfakcję. Ilekroć spotykam absolwentki, słyszę, że byłam dobrą nauczycielką



Nakładanie czepka absolwentce Szkoły Asystentek Pielęgniarstwa, rok 1965.



Krótką wymianę zdań z dr Aleksandrem Pawłowskim (chirurgiem), podczas egzaminu dyplomowego w szkole Asystentek Pielęgniarstwa w Lublinie. Uczennicę egzaminuje dr Stanisław Mazur – wykładowca położnictwa.

i nauczyłam je pielęgnowania chorego. Byłam wymagająca, ale sprawiedliwa i przez to lubiana. Liczyły się dla mnie: wiedza, umiejętności, sposób podejścia do pacjenta. Oczywiście starałam się zachować dystans między mną i uczennicą, ale nie był to bezduszny dystans.

– Pani praca zawodowa to w większości wysilek pedagogiczny. Dlaczego wybrała Pani pracę z młodzieżą, a nie pracę pielęgniarki odcinkowej?

– Praca z młodzieżą nie wykluczała kontaktu z pacjentem. Wybrałam ten rodzaj pracy zamiast urzędowania za biurkiem. Nie lubiłam też pracy w sali demonstracyjnej, wydawała mi się pracą na niby, sztuką dla sztuki. Natomiast zawsze chciałam pracować z uczennicami na oddziale. Wybrałam chirurgię, konkretny oddział. Byłam tam bardzo potrzebna.

Lubię pracę z młodzieżą, przekazywać wiedzę, „na żywo” w oddziale, przy chorym. Do tej pory prowadzę zajęcia, uczę anatomii i fizjologii w Centrum Usług Szkoleniowych Lider, mam satysfakcję kiedy mogę dzielić się swoją wiedzą.

– Dlaczego właśnie chirurgia?

– W oddziale chirurgii praca jest bardziej niż gdziekolwiek zorganizowana, zaplanowana, nie rozmywa się. Efekty pracy zarówno lekarzy jak i pielęgniarek są bardziej i szybciej widoczne niż na innych oddziałach.

– Odbýwała Pani trzymiesięczne szkolenie we Francji oraz jedena-stodniowe w Finlandii. Żle się stało, że nie opublikowała Pani własnych spostrzeżeń z tych wyjazdów

– Wciąż przechowuję materiały. W tamtym czasie obowiązywała cenzura. Uznano, że zbyt entuzjastycznie oceniam tamtejsze placówki medyczne i ich wyposażenie. Aby opublikować własne spostrzeżenia musiałabym wiele zmieniać. Nie chciałam tuszować prawdy.

– Co najbardziej utkwilo Pani w pamięci podczas pobytu w Paryżu?

– Warunki pracy pielęgniarek, przygotowanie do zawodu, serdecz-

ność kierownictwa, organizacja pracy, relacje między pracownikami.

Spośród trzydziestu uczestników kursu, jedynie ja Polka, przyjechałam do Francji z pustą kieszenią. Dwadzieścia pięć franków otrzymane w Ministerstwie Zdrowia na przejazd z paryskiego lotniska do hotelu, musiałam zwrócić po powrocie do kraju. Kieszonkowe na zwiedzanie różnych obiektów, organizowałam sobie z diet otrzymywanych od Francuzów na pokrycie kosztów kolacji. Kiedy koleżanki podczas weekendów wyjeżdżały poza Paryż, udawały się do opery czy kina, ja zamykałam się w hotelowym pokoju udając chorą. Ambicja i honor nie pozwalały mi przyznać się do braku pieniędzy (...).

Wróciłam do swoich biedna materialnie, ale bogata duchowo we wrażenia, przeżycia, doświadczenia. Jeździłam po całym województwie opowiadając koleżankom o tym, co zobaczyłam we Francji.

– Od 1961 roku, przez 22 lata była Pani przewodniczącą Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Oprócz tego jeszcze praca zawodowa oraz rodzina. Jak udawało się to wszystko pogodzić?

– Jesienią 1961 roku, jak grom z jasnego nieba, spadła na mnie społeczna funkcja przewodniczącej Zarządu Oddziału Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (...). Praca społeczna bardzo szybko stała się poważną częścią mojego życia. Kontakty ze środowiskiem pielęgniarskim działały na mnie wręcz narkotycznie. W tamtym okresie województwo lubelskie obejmowało cały region Lubelszczyzny. We wszystkich dużych miastach funkcjonowały koła PTP, skupiając wielką liczbę pielęgniarek (...). W latach sześćdziesiątych posiedzenia odbywały się zazwyczaj w pomieszczeniach Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia przy Krakowskim Przedmieściu (budynek Poczty Głównej). Było to możliwe dzięki koleżankom, które pracowały tam w sekcji pielęgniarek i położnych (...).

Niewiarygodnym może się wydawać, ale ja całkowicie zaprzedałam się sprawom zawodu pielęgniarskiego. Pracę etatową, rodzinę i działalność społeczną, ustawiłam na jednym poziomie (...). Na pielęgniarstwo „zachorowała” cała moja rodzina. Mąż, córka, syn, rodzice i rodzeństwo wprowadzeni zostali w sprawy PTP. Kiedy wracałam ze zjazdu, zebrania czy jakiegoś spotkania, musiałam składać szczegółowe sprawozdanie z ich przebiegu (...). Domownicy szybko przyzwyczaili się do samoobsługi, podgrzewania obiadowego bigosu, pierogów, zup, odczytywania zostawionych bladym świtem liścików. W podbramkowych sytuacjach wspomagały ich sąsiadki: pani Maria i jej siostrzenica Marysia. Słowem – dla zawodu pielęgniarskiego pracowała cała rodzina z otoczeniem.

– Jako działaczka PTP uczestniczyła Pani w kreowaniu Wydziału Pielęgniarskiego w Lubelskiej Akademii Medycznej.

– PTP brało udział w wielu ważnych działaniach na rzecz środowiska pielęgniarskiego. Na przełomie lat 1962/63 z inicjatywy Zarządu Głównego PTP realizowałyśmy programowo kurs mający na celu humanizację zawodu (...). Na terenie Lublina nawiązałyśmy współpracę z socjolog Teresą Kukołowicz z KUL i Zofią Sękowską – psycholog z UMCS. Obie panie niezwykle mocno związały się z naszym środowiskiem i przez długie lata pomagały w rozwiązywaniu problemów zawodowych (...). Po zreformowaniu średniego szkolnictwa medycznego, w czym miała swój udział PTP zaczęłyśmy poważnie myśleć o kształceniu pielęgniarek na poziomie wyższym (...). Przede wszystkim zarzuciłyśmy wędkę na rektora Akademii Medycznej – profesora Mieczysława Stelmasiaka i innych wpływowych lekarzy.

(...) Podczas pierwszego spotkania w rektoracie, utworzyliśmy komisje programowe, do których z naszego środowiska zawodowego weszła mgr Eugenia Pytkowa, Lucyna Pietrzykowska, inspektor Janina Wach i ja.



Z. Dumala, „Osaczeni” PTP ZO/Lublin 2000.

„Autorka ośmiu opowiadań, jako pielęgniarka i nauczycielka zawodu – przez dwadzieścia lat pomagała chorym i ich rodzinom przetrwać cierpienia o różnym charakterze. Każdy z pacjentów oddziału wewnętrznego czy chirurgicznego, stanowił osobną historię ludzkich przeżyć. Opisani chorzy, to przykład doświadczeń setek ludzi, którzy dniem i nocą, zmagali się z bólem i nie-

pokojem. Wielu stało już u bram ciemnego tunelu, skąd udawało się ich zawrócić. Zwycięstwo – w pierwszej kolejności – cieszyło personel medyczny. Utwierdzał się on w przekonaniu, że walkę o życie trzeba prowadzić nawet wtedy, kiedy wydaje się ona już przegrana”.

(M. Cuber, B. Jagiełło, Przedmowa do opowiadań „Osaczeni”).

Profesorowie AM: Mieczysław Kędra, Józef Tynecki, Alfred Tuszkiewicz, Marian Klamut, Jan Brzozowski, Paweł Misiuna – byli nam niezwykle życzliwi i przejęli się zadaniami na dobre (...). Na pertraktacje do Ministerstwa Zdrowia jeździli przedstawiciele władz Uczelni oraz mgr Eugenia Pytkowa, inspektor Janina Wach. W warszawskich rozmowach brały zawsze udział koleżanki ze szczebla centralnego: mgr Jadwiga Iżycka, przewodnicząca ZG PTP Irena Stefaniak, Rachela Hutner z Centrum Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych, mgr Irena Kosobudzka z ramienia Związków Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia i inne. Ja uczestniczyłam w wydeptywaniu ścieżek do wojewódzkich władz administracyjnych i partyjnych. Ówczesnym włodarzom województwa oraz sekretarzom zaimponował fakt, że Lublin jako pierwszy, nie tylko w Polsce, ale w całym bloku krajów socjalistycznych, będzie miastem zdobywania przez pielęgniarki wyższego wykształcenia.

Kilkuletnie, mozolne zabiegi, uwieńczone zostały otwarciem w 1969 roku Studium Pielęgniarskiego przy Akademii Medycznej, przemianowanego następnie w 1972 roku na Wydział Pielęgniarstwa AM.

Dziś, koleżankom pielęgniarkom i położnym, studiującym w kilku uczelniach kraju wydaje się to pewnie zwyczajnym, oczywistym faktem. Moim obowiązkiem jest powiedzieć wszystkim, że ta oczywistość kosztowała nasze pokolenie wiele trudu, szarpaniny, nerwów, a często także upokorzeń. Bezinteresownie poświęcałyśmy dziesiątki, setki, tysiące godzin po to, aby koleżankom dzięki zdobyciu wiedzy akademickiej i tytułu magistra, łatwiej było pracować w systemie ochrony zdrowia i poruszać się wśród innych grup zawodowych.

– Skąd wziął się pomysł opisania losów niektórych pacjentów, z którymi zetknęła się Pani w oddziale?

– Opowiadania pomieszczone w książce pt. „Osaczeni” napisałam z myślą o mych uczennicach. Boha-

terowie, czyli pacjenci i ich sytuacje życiowe bardzo głęboko utkwily mi w pamieci. Myśle, że pomimo uplywu czasu nadal mają one wartość dydaktyczną i wychowawczą.

- Co Pani myśli o obecnym systemie szkolnictwa oraz dzisiejszej pracy pielęgniarek, opiece nad chorym?

- Wiele się zmieniło. Polepszyły się warunki podnoszenia kwalifikacji zawodowych, szerszy jest zakres wiedzy i umiejętności praktycznych. Nie zmieniły się natomiast zarobki, które są ciągle niskie. Jednak zawsze musimy pamiętać o pacjencie. On jest najważniejszy.

Przy opracowaniu wywiadu wykorzystano fragmenty książki Zuzanny Dumalę „Tyczkowy groszek”. Auxilium, Warszawa 1997.

P Y T A N I A

Kto zeskaż mnie na ziemię?
Jaka siła, jaka sprawcza moc?
Kim naprawdę jestem?
- Zabawka w rękach mistrza

Wiele mogę a nie mogę!
- Coś mnie tu przywiało
z ciężem, z myślą, z uczuciem
Istnieją wśród wielu podobnych
i wiem o wszystkim tak mało

Nieświadoma chwila bide mna
Bo czuję, widzę, słyszę, czynię
- z y c i e m się nazywa
kramo powtórzeń do znudzenia
któremu choć dać jakieś imię

Czym jestem wobec żaru słońca
co daje życie i zabiera
A ja nic poradzić nie mogę
miotam się i dręcę
- To męcząca zabawa ale czyja?

Corące lato stulecia 1994 rok

K L O N Y

Gazeta wiatrem niesiona
ugrzęzła w gałęziach klonu
Klon dotąd spokojny
nie wędzący nikomu
serknaż mimochodem
na artykuł jeden, drugi, trzeci
krzyczący, że aż echo niesie
roszuchające brzozy, dęby, buki
i wszystkie iglaki
- Jestem z brzdami swemi mocno zagrożony!

Zapomniak w lesie niepokój nie lada jaki
Weszelka swierzyna - kłosa i dusa
nastawila uszu zatroszoną
A liście klonu powtarzają na wysięgi
ludzia gwiazda naturalna prawa!
Chcę być klonami, klonami, klonami!!!

Na to scena się odszywa
stroszą igły swoje
Ten gatunek ludzki
wiesnie oó główkują
nie bacząc, że wysbywa się indywidualności!
A dąb stary dodaje
Kowiedziabym bez żenady
se i przyjemności

Łodem wtrąca się lenoszyna
Najlepsze moim zdaniem
naturalne zapylenie
Masz dąbie rację absolutną
Co tam sinne próbowaćki
- nie ma jak pierzyna!

Braona gała rosdygotana
wygłosiła nieśmiało stwierdzenie
Czy to satuczne rozmawianie
to aby nie dziezo szatana

Zwierzaki eksperymentem Dollii tknięte
języ uspakajac poirytowane drzewa
i Gałe leśna ruho
le natura nie da się przechnytrzo
i zapędy ludzi - klonów ... runą!

Leciwy buk dodał od siebie
- Tych biznesowych głów
nie już nie zatrzyma
Innes to manipulowanie
nie rozpoznają w końcu sami siebie
wiewiórka głośno zapiszosała
Wszyscy będą jednakowi
- ale draka!
Choc powiem wam szczerze
Mnie się nie podoba zabawa taka

Gruziak 2001r

D O B R A * *

Myśli natrętne, atkamszone
jak w ciasnej konserwie
- kończą wiek dwudziesty człowieka

A gdybyś tak wrócił tam
skąd przyszedłeś?
Jesteś przecież częścią przyrody
- ona na Ciebie czeka
z otwartym skarbcom zieleni
świergotem ptaków
barwnych motyli
tysięcy kwiatów

Nie daj się ponieść
falom zawiści, głupoty, obkudy
co rodzą się w mózgach
jedynie niezdrowych ludzi

Mądra, szlachetna natura
przywróci porządek rzeczy
dokona napraw
- zniszczy śmieci

Budki się wlosna!
dawozyni śycia, świętości
Zanurz się w niej!
- porzuć troski!!!

Marzec 1998r

Mgr farm. Leonard Bejnarowicz (1920-2002)

W pierwszą rocznicę śmierci.

PROF. DR HAB. LECH PRZYBOROWSKI
PROF. DR HAB. OLGA SZYMONA

Zbliżająca się pierwsza rocznica śmierci naszego Kolegi mgr farm. Bejnarowicza, skłania do przypomnienia drogi Jego życia.

Urodził się 26 lipca 1920 roku w Nowo-Sokolnikach na Wileńszczyźnie. Od 1922 roku mieszkał w Wilnie, gdzie uczęszczał do szkoły powszechnej, a następnie do gimnazjum i liceum humanistycznego im. Adama Mickiewicza; otrzymał świadectwo dojrzałości 19 maja 1939 r. W czasie okupacji pracował w Wilnie jako urzędnik kolejowy od 1 października 1939 do 1 lipca 1945 r. Uczestniczył w ruchu oporu: 1 kwietnia 1942 roku wstąpił do Armii Krajowej w placówce Wilno Śródmieście 3 Brygady Wileńskiej. Przydzielony do grupy dywersyjno-sabotażowej, pseud. „Borowy”, brał także udział w walkach o wyzwolenie Wilna w lipcu 1944 r., do rozwiązania oddziału 17 lipca 1944 r. W lutym 1945 r., jako repatriant, przyjechał do Lublina i rozpoczął studia na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Był to bardzo trudny, pionierski okres w życiu Uczni. Ogromne znaczenie zwłaszcza dla



Mgr farm. Leonard Bejnarowicz
(1920-2002)



przybyszów zarówno z kresów wschodnich jak i zachodnich terenów przedwojennej Polski – miała samopomoc studencka. Lonek Bejnarowicz włączył się do pracy w Bratniej Pomocy UMCS, pracował również w studenckim Kole Farmaceutów i był przez pewien okres studiów starostą roku. Młodzi pracownicy UMCS rekrutowali się wówczas w znacznej części spośród studentów; Bejnarowicz od maja 1946 r. rozpoczął pracę jako zastępca asystenta, początkowo w Katedrze Chemii Farmaceutycznej, a wkrótce został przeniesiony do Zakładu Farmacji Stosowanej. Dyplom magistra farmacji uzyskał 10 listopada 1950 r., wtedy już na Akademii Medycznej, a pracę w Zakładzie Farmacji Stosowanej AM zakończył jako starszy asystent 31 sierpnia 1952 r. Był bardzo pilnym i sumiennym nauczycielem akademickim, zamiłowanym dydaktykiem, cenionym i lubianym przez studentów.

Od 1 września 1952 r. do 31 października 1962 r. był kierownikiem apteki otwartej w Poniatowej, a następnie, do końca listopada 1966 r. – kierownikiem apteki Szpitala Miejskiego w Poniatowej. Równocześnie (1962-1966) mgr L. Bejnarowicz był inspektorem farmaceutycznym w Wydziale Zdrowia w Opolu Lubelskim. W Poniatowej, Jego wspólnym współpracownikiem była Małżonka – mgr farm. Maria, ze znanej nie tylko na Lubelszczyźnie farmaceutycznej rodziny Tomaszewskich (wiedzą to farmaceuci z Zamościa, Lublina, Olsztyna). Pobrali się 16 sierpnia 1949 roku, gdy Maria była jeszcze studentką lubelskiego Wydziału. Bejnarowiczowie dobrze zapisałi się w pamięci mieszkańców Poniatowej; Ich życzliwość dla ludzi, dobre rady, wszelka możliwa pomoc była odwzajemniana

sympatią tamtejszego społeczeństwa. Mgr L. Bejnarowicz miał też możliwość wykorzystania w pewnym zakresie swych kwalifikacji dydaktycznych, sprawując opiekę nad odbywającymi praktykę apteczną pod Jego kierunkiem studentami farmacji. Ze względów rodzinnych (kształcenie dzieci – córki Marii, później również syna Tomasza) Małżonkowie przenieśli się jednak znów do Lublina. Od 1 grudnia 1966 r. mgr L. Bejnarowicz był kierownikiem działu rezerw magazynowych w Lubelskim Zarządzie Aptek (nast. – PZF „Cefarm”). Mgr M. Bejnarowiczowa pełniła funkcję inspektora farmaceutycznego w Wydziale Zdro-



Mgr farm. Leonard Bejnarowicz - były starosta naszego roku wygłasza przemówienie okolicznościowe z okazji 50-lecia Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie.

wia i Opieki Społecznej, do swej śmierci w dniu 20 czerwca 1989 r. Leonard Bejnarowicz pracował przez szereg lat społecznie w Kole nr 4 Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej w Lublinie, prowadząc działalność społeczną. Pracę zawodową w lubelskim Cefarmie zakończył zasadniczo 1 lipca 1983 r., ale jako emeryt pracował jeszcze w tym samym miejscu na pół etatu, do lipca 1988 roku. A już do samego końca pracowitego, uczciwego życia był wiceprzewodniczącym Koła Farmaceutów Emerytów (istniejącego przy Lubelskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej) i współorganizatorem spotkań koleżeńskich naszego rocznika studiów farmaceutycznych.

Zmarł 14 maja 2002 r. Pogrzeb odbył się 17 maja na cmentarzu przy ul. Kleeberga (dzielnica Kalinowszczyzna) w Lublinie, gdzie spoczął obok swej Żony. Żegnaliśmy Lolka z wielkim żalem, w przeświadczeniu, że będziemy go pamiętali jako dobrego Człowieka i drogiego Kolegę.

Dr Zygmunt Jach (1913-1991)

Pamięci Drogiego Przyjaciela
w dziewięćdziesiątą rocznicę urodzin.

DR N. MED. CZESŁAW POPIK
STAROSTA ROKU

Urodził się 17 października 1913 roku w Dzierzkowicach, powiat Kraśnik, w rodzinie chłopskiej. Szkołę Podstawową ukończył w Dzierzkowicach. Uczęszczał do Gimnazjum Biskupiego w Lublinie. Świadectwo dojrzałości otrzymał w 1934 roku. W tym też roku został przyjęty na Wydział Filologii Klasycznej w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. Studia ukończył w 1939 roku.

Po wybuchu wojny rozpoczął prowadzenie tajnych kompletów nauczania, w okresie od listopada 1939 r. do 28 lipca 1944 roku. Równocześnie wstąpił do armii podziemnej i walczył w Batalionach Chłopskich pod pseudonimem „Pasek”, od 1 kwietnia 1942 r. do 22 lipca 1944 roku. Po wyzwoleniu pracował jako nauczyciel języka łacińskiego i niemieckiego w Prywatnym Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcącym dla dorosłych w Kraśniku. Jednocześnie był kierownikiem bursy tegoż Gimnazjum.

W 1946 roku przeniósł się do Lublina, gdzie do 31 sierpnia 1949 roku pracował jako nauczyciel w Technikum Przemysłu Farmaceutycznego. Przed studiami poślubił Wandę. W 1949 roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Marii Curie Skłodow-



**Dr Zygmunt Jach
(1913 -1991)**



Wspólna fotografia uczestników II Zjazdu Absolwentów (rocznik 1949-1954) Wydziału Lekarskiego UMCS/AM. Lublin, 17-18 maja 1974 r. Zygmunt Jach stoi pośrodku w pierwszym rzędzie (powiększenie), z lewej Halina Sobańska-Sawicka, z prawej Halina Jagoszewska-Macudzka.



skiej w Lublinie. Dyplom lekarza medycyny otrzymał w 1954 roku na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie. W tym też roku nakazem pracy został skierowany do pracy w III Klinice Chorób Wewnętrznych. Pracował jako asystent i starszy asystent do 1963 roku uzyskując specjalizację pierwszego i drugiego stopnia. Był bardzo szanowany i ceniony przez kierownika kliniki profesora doktora medycyny Michała Voita, a także koleżanki i kolegów. W 1963 roku został przeniesiony do Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Lublinie, początkowo jako starszy asystent, a od 1965 roku jako ordynator Oddziału Wewnętrznego tegoż szpitala.

W czasie studiów, od pierwszego roku dane mi było przygotowywać się z Nim i zdawać wszystkie egzaminy. Okresowo był starostą roku i spisywał się na tym stanowisku wspaniale, ku zadowoleniu koleżanek i kolegów. Po studiach wspólnie pracowaliśmy w III Klinice Chorób Wewnętrznych. Stworzyła się między nami ogromna więź przyjaźni, jako kolegi, oficera i współtowarzysza pracy. Razem z Jego żoną Wandą, przeuroczą i niezmiernie kulturalną i uczynną Panią, przeżywaliśmy urodzenie Ich dzieci – Anki, która jest doktorem medycyny i pracuje w Klinice Kardiologicznej Akademii Medycznej w Lublinie, Andrzeja – doktora medycyny – chirurga, który w 51 roku życia zginął śmiercią tragiczną.

Wielki Przyjaciel Zygmunt miał wspaniałe cechy charakteru oprócz zdolności i mądrości – pracowitość i uczciwość. Dlatego był bardzo lubiany i ceniony przez Rodzinę oraz społeczność studencką na naszym roku. Był dla mnie, Koleżanek i Kolegów przykładem do naśladowania. Wspaniały człowiek, przyjaciel, ojciec, kolega, stu-

dent, nauczyciel i lekarz. Zjednały Mu najwyższy szacunek i słowa uznania rzesz kolegów, pacjentów, pracowników i współpracowników. Dlatego pozostaje w głębokiej pamięci wszystkich, którym udało się chociażby raz w życiu spotkać się z Nim lub korzystać z Jego pomocy. Był wzorem człowieka do naśladowania i takim pozostał dla nas i pokoleń.

W uznaniu zasług w pracy zawodowej i społecznej został mianowany do stopnia podpułkownika. Był wielokrotnie odznaczany między innymi: Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Partyzanckim, Odznaką „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia” i wieloma innymi wyróżnieniami.

W 1976 roku przeszedł na zasłużoną emeryturę, ale nadal pracował na godzinach w Przychodni Specjalistycznej nr 1 przy ul. Hipotecznej 4, a także społecznie w Komisji Lekarskiej ZBOWID i Radzie Nadzorczej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Lublinie.

Zmarł 16 września 1991 roku. Został pochowany na cmentarzu przy ul. Lipowej w Lublinie.

Cześć Jego Światlanej Pamięci!

IX Warsztaty Medyczne „Eurotalk” EMSA Freiburg

**W dniach 6-13 kwietnia 2003 r. już po raz
dziewiąty odbyły się Warsztaty
Medyczne we Freiburgu, połączone
z kursem języka niemieckiego, objęte
wspólną nazwą „Eurotalk”.**

**ALEKSANDRA STANKIEWICZ
ALEKSANDRA WASILEWSKA
MARCIN ZIĘBA**

STUDENCI IV ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Freiburg to znane miasto akademickie leżące w Schwarzwaldzie przy granicy z Francją i Szwajcarią. Bliskie odległości dzieli je od innych znanych miast. Takie położenie geograficzne zachęca do wycieczek po okolicy, a perspektywa spędzenia weekendu w Paryżu lub Mediolanie jest jak najbardziej realna. Jednakże my pojechalismy tam w innym celu, każdą wolną chwilę poświęcając jednak na odkrywanie najciekawszych zakamarków miasta. Eurotalk rozpoczął się w poniedziałek 6 kwietnia, ale wszyscy

uczestnicy przybyli dzień wcześniej, dzięki czemu mogliśmy się zapoznać. Okazało się, że zdecydowaną większość stanowili studenci z Lublina, aż szesnaście osób! Pozostali uczestnicy to: Justyna z Warszawy, Joana, Rita i Esmeralda z Portugalii oraz George z Transylwanii. Zakwaterowano nas w mieszkaniach studentów, gdzie mieliśmy też zapewnione śniadania, a na obiady i kolacje chodziliśmy do Mensy studenckiej.

Poniedziałek rozpoczął się testem ze znajomości języka niemieckiego, na podstawie którego podzielono nas na dwie grupy: początkującą i średnio zaawansowaną. Lektoraty odbywały się codziennie przed południem. Uczylimy się jak przeprowadzać wywiad lekarski w języku niemieckim oraz w błyskawicznym tempie powtórzyliśmy zasady gramatyczne.

Pierwszego popołudnia spacerowaliśmy uliczkami Freiburga. Jest to malownicze miasto, bezpieczne, spokojne, a jednocześnie tętniące życiem dzięki tysiącom rowerów będącym tam popularnym środkiem lokomocji. W centrum Starego Miasta znajduje się piękna katedra, która łączy w sobie dwa style – romański i gotycki. Z placu katedralnego odchodzą liczne, urokliwe uliczki, przy których od-

nowione kamienice tworzą niezapomnianą scenię sprzyjającą popołudniowym spacerom i oczywiście przejazdkom rowerowym. Ulice Starego Miasta są poprzecinane licznymi kanałami, które w przeszłości miały chronić mieszkańców przed pożarem. Według legendy, osoba która przypadkiem wejdzie do jednego z nich, pozostanie we Freiburgu na zawsze. Oczywiście w naszej grupie znalazł się chętny do zamieszkania w tym uroczym miejscu, dlatego Marcin nie do końca przypadkowo wpadł do wody...

Całe popołudnia spędziliśmy na zajęciach klinicznych. Klinikę Uniwersytecką stanowią szpitale: chirurgiczny, internistyczny, ginekologiczny, pediatryczny, neurologiczny, laryngologiczny, hematologiczny, onkologiczny i stomatologiczny. Biorąc pod uwagę nasze zainteresowania, przydzielono nas do różnych oddziałów. Byliśmy mile zaskoczeni warunkami szpitalnymi oraz troskliwą opieką, jaką objęli nas niemieccy lekarze. Podczas omawiania kolejnych przypadków klinicznych i schematów leczenia, traktowani byliśmy jak równorzędni part-



Freiburg: odnowione kamienice tworzą niezapomnianą scenię





Weekend spędziliśmy w pięknym pensjonacie w górach Schwarzwald. Całe schronisko było do naszej dyspozycji, co dało nam poczucie pełnej swobody i niezależności

nerzy, a możliwość uczestnictwa w wykładzie o chorobie Parkinsona mile nas zaskoczyła.

Wieczory, zgodnie z niemieckim zwyczajem, spędzaliśmy w „knajpach”, a ponieważ było w czym wybierać polubiliśmy ten obyczaj.

Atrakcją wtorkowego wieczoru było wyjście do kina na film „Chicago”, a środowego – karaoke, i to w najbardziej znanym z tego rodzaju imprez pubie. Nasza koleżanka Ola Wasilewska była niekwestionowaną gwiazdą wieczoru śpiewając najlepiej ze wszystkich uczestników zabawy.

Cały tydzień we Freiburgu była piękna, słoneczna pogoda, lecz we czwartek wyjątkowo spadł śnieg ku ogromnej uciechu dziewcząt z Portugalii. Pierwszy raz widziały biały puch lecący z nieba. Taka pogoda pokrzyżowała trochę nasze plany na wieczór, a zwłaszcza wycieczkę pt. „Duchy, zamki i upiory”, dlatego spacer nie był przyjemnością pomimo ciekawych opo-

wieści przewodnika i oświetlonych uliczek pięknie wyglądających o zmroku. Niestety nie wszystkim udało się wytrwać do końca.

Potem w jednym z akademików odbyła się prawdziwie integracyjna impreza. Każdy dom studencki posiada w podziemiach pomieszczenie, które można za symboliczną kwotę wynająć w celu zorganizowania imprezy. Takie rozwiązanie bardzo nam się spodobało, gdyż pozwala bawić się bez obawy o złość mieszkających w pokoju obok sąsiadów. Wspomniana impreza trwała bardzo długo i można ją zaliczyć do bardzo udanych, na szczęście piątek okrzyknięto dniem wolnym od pracy.

Weekend spędziliśmy w pięknym pensjonacie w górach Schwarzwald. Całe schronisko było do naszej dyspozycji, co dało nam poczucie pełnej swobody i niezależności.

Ponadto organizatorzy przeprowadzili z nami warsztaty – jedna z osób wcieliła się w rolę pacjenta, pozostali byli lekarzami, którzy starali się postawić rozpoznanie. Zaobserwowaliśmy istotne różnice w sposobie myślenia i diagnozowania między studentami niemieckimi i polskimi. My jesteśmy uczeni dedukcji i poszukiwania wszelkich możliwych objawów odpowiadających konkretnym chorobom, Niemcy natomiast dysponują szerokim wachlarzem badań diagnostycznych, które od razu i bez ograniczeń stosują w przypadku najmniejszych wątpliwości. Dużo emocji wzbudziła dyskusja na temat objawów zawału ściany dolnej. Naszym kolegom najbardziej kontrowersyjne wydały się symptomy brzuszne towarzyszące tej jednostce chorobowej. Wynika to być może z faktu, że zajęcia kliniczne w Niemczech rozpoczynają się dopiero na piątym roku. Różnice poglądów nie zakłóciły na szczęście przebiegu warsztatów, a tylko dodały im pikanterii.

W sobotę udaliśmy się na wycieczkę do Schwarzwaldhutte – 250-letniego domu, który dziś stanowi muzeum przedmiotów używanych dawniej na co dzień – zgromadzono tam maselnicę, cepy, kosy i ręczne urządzenia kuchenne, a wystrój wnętrza i nakrycia łoża pozostały takie same jak przed stu laty. Niedawno nawet nagrywano tam reality show, który stanowił dla uczestników pewnego rodzaju powrót do przeszłości. Gospodarze chaty poczęstowali nas chlebem własnego wypieku, herbatą i sznapssem.

Ostatniej nocy odbyła się impreza pożełgalna w strojach galowych, która trwała do białego rana. Następnego dnia z żalem musieliśmy się rozstać, a nasz smutek łagodziła jedynie perspektywa podtrzymania nawiązanych przyjaźni.

Każdy dom studencki posiada w podziemiach pomieszczenie, które można za symboliczną kwotę wynająć w celu zorganizowania imprezy. Takie rozwiązanie bardzo nam się spodobało, gdyż pozwala bawić się bez obawy o złość mieszkających w pokoju obok sąsiadów

Edukacja medyczna w Europie

► Warsztaty studenckie

W dniach 25-27 kwietnia 2003 r. odbyły się w Poznaniu Warsztaty na temat Edukacji Medycznej w Europie. Organizatorami Warsztatów były Komitety Edukacji Medycznej Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny EMSA oraz Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Studentów Medycyny IFMSA. Gospodarzem Warsztatów był oddział lokalny EMSA-Poznań.

FILIP STOMA
STUDENT VI ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
DYREKTOR DS. EDUKACJI MEDYCZNEJ
EMSA-EUROPE

Do udziału w Warsztatach zaproszono kilkanaście osób z Niemiec, Turcji, Słowenii i Polski. Tematem przewodnim spotkania był Proces Boloński, a celem warsztatów opracowanie wspólnego dla EMSA i IFMSA stanowiska na temat zmian zachodzących w systemach nauczania medycyny w Europie.

Deklaracja Bolońska została podpisana w 1999 roku przez 29 ministrów

edukacji z Europy (w tym z Polski), celem polepszenia możliwości zatrudnienia i migracji zawodowej na Starym Kontynencie, wzmożenia konkurencyjności europejskiego szkolnictwa wyższego na świecie (jako przeciwwaga dla rynku amerykańskiego) oraz celem zapewnienia jak najwyższej jakości edukacji. Założeniem Deklaracji było zrealizowanie przed 2010 rokiem kilku postulatów:

1. dołączanie, do dyplomów ukończenia szkoły wyższej wydanych w ojczystym języku, odpisów w języku angielskim – różnorodność form studiów oraz nazw uzyskiwanych tytułów naukowych obecnie uniemożliwia jednolite rozumienie tłumaczeń tych tytułów w krajach Europy;

2. wprowadzenie jednolitego systemu punktów kredytowych na wszystkich uczelniach – miałyby to zapewnić możliwość odbywania części studiów na uczelni innej niż macierzysta, ze skutkiem uznania odbytych studiów i zaliczenia zdawanych egzaminów;

3. wprowadzenie dwóch cykli edukacji na wszystkich kierunkach – pierwszego 3-letniego, który dawałby tytuł Bachelor, i drugiego – Master (dwu- lub więcej letniego).

To właśnie punkt trzeci rodzi najwięcej wątpliwości jeśli chodzi o studia medyczne, i temu problemowi uczestnicy Warsztatów poświęcili najwięcej czasu. Studenci medycyny z poszczególnych krajów przedstawili na diagramach system edukacji wyższej w szkołach medycznych swojego kraju. Próbowali również odpowiedzieć na szereg pytań: czy podział studiów na dwa okresy jest w zgodzie z lansowanym w Europie program integracji studiów medycznych poprzez wprowadzanie ćwiczeń klinicznych już od pierwszego roku (PBL – Problem Based Learning)? Czy Bachelor studiów medycznych znajdzie pracę na rynkach europejskich? Jaki rodzaj studiów Bachelor umożliwi wstęp na stu-

dia Master z nauk medycznych? Czy wprowadzenie systemu Ba-Ma ułatwi studiowanie przez przynajmniej jeden semestr na innej europejskiej uczelni? Uczestnicy z Niemiec, Turcji, Słowenii i Polski zastanawiali się również w jaki sposób przekształcić systemy nauczania medycyny we własnym kraju, tak aby były one zgodne z Procesem Bolońskim. Trzydniowe dyskusje nie doprowadziły do zamierzonego celu: wszyscy zgodnie stwierdzili, że jeszcze za wcześnie na prezentowanie wspólnego stanowiska studentów EMSA



Prezentacja polskiego stanowiska dotyczącego zapowiadanej reformy edukacji medycznej w Europie



Filip Stoma

jest tegorocznym absolwentem Wydziału Lekarskiego. Od czterech lat współpracuje z kwartalnikiem „Alma Mater”, pisze głównie o działalności Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny EMSA. Uczestniczy w życiu studenckim, zarówno w naszej Uczelni, jak i poza nią. Od drugiego roku studiów jest członkiem EMSA i STN. Od 1999 roku, przez cztery lata, pełnił funkcję Koordynatora Narodowego EMSA w Polsce. Był współorganizatorem wielu konferencji, warsztatów i spotkań studenckich, wielokrotnie pełnił funkcję przewodniczącego

sesji podczas Sympozjów Studenckich Kół Naukowych. W czasie studiów Filip należał do kół naukowych Kliniki Neurologii, Neurochirurgii, Zakładu Radiologii Zabiegowej i Katedry Zdrowia Publicznego, pełniąc funkcję przewodniczącego dwóch z nich. Jest współautorem kilkunastu publikacji i prac naukowych, które przedstawiał na kongresach w Polsce i za granicą. Trzykrotnie jego prace zdobyły pierwszą nagrodę, wiele innych zostało wyróżnionych. Filip dwukrotnie odbywał praktyki zagraniczne w Wielkiej Brytanii, był stypendystą programu Sokrates-Erazmus odbywając trzymiesięczne praktyki w Portugalii. Prowadzi kurs języka angielskiego specjalistycznego dla lekarzy i studentów medycyny w jednej z prywatnych szkół w Lublinie. Tłumaczy teksty w języku angielskim o tematyce medycznej. Dla własnej przyjemności i satysfakcji, Filip uczy się języka niemieckiego i francuskiego. Wolny czas najchętniej lubi spędzać: zimą na nartach, a latem na szlakach turystycznych.



Uczestnicy z Niemiec, Turcji, Słowenii i Polski

i IFMSA na temat zmian w systemie edukacji medycznej. Oczywiście jest potrzeba ponownego spotkania w większym gronie (wstępnie zaplanowano kolejne warsztaty na początek 2004 roku w Słowenii) oraz praca nad tematem na bazie forum internetowego.

Oprócz burzliwych dyskusji, Warsztaty na temat Edukacji Medycznej EMSA i IFMSA były okazją do lepszego poznania się i wymiany doświadczeń między członkami obu organizacji. Uczestnicy byli świadkami obchodów rocznicy lokacji Miasta Poznania oraz wzięli udział w lekcjach salsa. Serdecznie namawiam członków lubelskiej EMSA i IFMSA do wzięcia udziału w kolejnych Warsztatach z tego cyklu.

X Spotkanie Koordynatorów Narodowych EMSA

Skopje, 2003

**W dniach 7-14 kwietnia 2003 roku,
w stolicy Republiki Macedonii odbyło się
spotkanie koordynatorów Narodowych EMSA
(NC Meeting).**

KATARZYNA KŁODNICKA

KOORDYNATOR NARODOWY EMSA W POLSCE

TOMASZ KUCMIN

DYREKTOR DS. ETYKI MEDYCZNEJ EMSA EUROPE
STUDENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Wyjazd ten z wielu względów zapowiadał się bardzo interesująco, ale nie przypuszczaliśmy, że będzie taki już od samego początku. Na lotnisku, po odprawie bagażowej dowiedzieliśmy się, że według nowego prawa obywatele RP potrzebują wizy, aby wjechać na teren Republiki Macedonii. Mimo, że do odlotu samolotu pozostawało tylko półtorej godziny to dzięki pomocy **Kosty Stoimenovskiego**, ambasadora Republiki Macedonii w Polsce, poradziliśmy sobie z tym problemem.

Przez pierwsze dwa dni spotkania odbywały się obrady zarządu głównego EMSA Europe, którego członkiem jest Tomek. Rozmawiano głównie o tym co zmienić, aby EMSA funkcjonowało lepiej i coraz więcej studentów włączało się w działalność organizacji.

W środę 9 kwietnia zaczęli przyjeżdżać pozostali uczestnicy spotkania. W sumie w Skopje obradowało około 30 osób z 8 krajów Europy. Dzięki organizatorom, którzy zadbali o prawie każdy szczegół bardzo szybko znaleźliśmy wspólny język. Imprezy towarzyszące spotkaniu także bardzo ułatwiły kontakty.

W czasie uroczystego rozpoczęcia obrad głos zabrał dziekan wydziału lekarskiego Uniwersytetu w Skopje oraz przewodniczący EMSA Europe **Ilro-je Vrazic**. Następnie przez trzy kolejne dni oglądaliśmy prezentacje z działal-

ności EMSA w poszczególnych krajach. Dzięki temu, że każdy ma inny pomysł na organizowanie tego samego wydarzenia to podczas takich spotkań można się bardzo wiele nauczyć. Szczególnie zaimponowali nam Portugalczycy organizacją Szpitala Pluszowego Misia, w którym to wydarzeniu brało udział ponad 700 dzieci, budżet imprezy wynosił około 20 tys. EURO. Honorowy patronat nad portugalskim szpitalem dla misiów sprawowała pierwsza dama Portugalii. Może to jest pomysł warty przeniesienia na grunt polski?

Każdy dzień obrad kończył się sesjami warsztatowymi. Te, które wzbudziły duże zainteresowanie to „Jak zorganizować kongres?” oraz „Za i przeciw eutanazji”. Wielu uczestników spotkania nigdy jeszcze nie zajmowało się organizacją tak dużego wydarzenia jak konferencja dla studentów, więc warsztaty „Jak zorganizować kongres?” były dla nich szczególnie interesujące. W czasie tego spotkania narodził się pomysł aby EMSA wydała broszurę zawierającą najistotniejsze informacje dla przyszłych organizatorów konferencji.

Dla Tomka warsztaty dotyczące eutanazji były istotnym elementem ca-

tego spotkania. Razem z profesorem **Karposzem Boszkowskim** w znakomity sposób poprowadzili dyskusję, która toczyła się jeszcze długo po zakończeniu warsztatów. Na koniec warsztatów odbyło się głosowanie, w czasie którego głosy za i przeciw eutanazji rozłożyły się po równo.

Jak już wspomnieliśmy, imprezy towarzyszące ułatwiały wzajemne poznanie. Do takich wydarzeń należy zaliczyć oczywiście zwiedzanie miasta. Skopje jest podzielone przez rzekę Vardar na lewy brzeg – starą część miasta (część muzułmańska) oraz prawy brzeg – nową część miasta (część chrześcijańska). Podobny podział istnieje także wśród mieszkańców Skopje. Na lewym brzegu mieszkają głównie Albańczycy, natomiast prawy brzeg rzeki zamieszkują ludzie pochodzenia macedońskiego. Obie części miasta łączy wiele mostów, a wśród nich ten najważniejszy z początku XV wieku, Most Kamienny. Nad miastem, na lewym brzegu rzeki góruje forteca, będąca podobnie jak znajdujące się w tej części miasta meczety znakiem panowania Turków w tej części Europy w okresie wieków średnich. Niestety, wiele budowli o znaczeniu historycznym zostało zniszczonych w 1963 roku przez trzęsienie ziemi.

Również wieczorne spotkania uczestników były okazją do wymiany poglądów.

Każdego dnia spotykaliśmy się w innym miejscu, a szczególnym zainteresowaniem cieszyła się impreza tradycyjnie zwana „European Village Party”, gdzie królowały narodowe potrawy i napoje przywiezione lub przygotowane na miejscu przez uczestników. Atmosfera podczas spotkania była bardzo przyjemna, co – mamy nadzieję widać na zdjęciach.

Ostatniego dnia X Spotkania Koordynatorów Narodowych EMSA odbyły się prezentacje przyszłych wydarzeń, z których najważniejszym dla EMSA Lublin jest zbliżające się duży-

mi krokami 12 Zgromadzenie Ogólne EMSA połączone z kongresem EMSA. Wszyscy, ci którzy byli w Skopje obiecali nam, że zjawią się w Lublinie, a także zaproszą do przyjazdu do naszego miasta swoich kolegów, przyjaciół. Spodziewamy się więc wielu uczestników, którzy odwiedzą Lublin pod koniec września.

Korzystając z okazji chcemy zachęcić Was, studentów Akademii Medycznej w Lublinie, do uczestnictwa w tym wydarzeniu, a może niektórzy będą chcieli nam pomóc w organizacji. Zapraszamy, każda pomoc może się przydać.



Leczenie bólu

Ból – to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia. (wg International Assotiation for the Study of Pain)

ANNA MICHALAK
STUDENTKA VI ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
PRZEWODNICZĄCA EMSA-LUBLIN

Problem zwalczania bólu jest od szeregu lat przedmiotem wielu badań i doniesień naukowych. W ostatnim trzydziestolecu zdecydowanie pogłębiło się zrozumienie zjawiska bólu. Postępy w neurofizjologii takie jak: odkrycie receptorów opioidowych i endogennych związków o charakterze opioidowym, zrozumienie charakteru odczynu zapalnego, poznanie roli różnych neuroprzekazników, nowe spojrzenie na mechanizm utrwalania się zmian czynnościowych w ośrodkowym układzie nerwowym, warunkujących odczuwanie bólu przewlekłego, pozwoliły na uzyskanie poprawy wyników leczenia bólu. Rozwinięły się metody terapii, zarówno nieinwazyjne jak i inwazyjne. Wprowadzono nowe generacje leków o silniejszym lub przedłużonym działaniu. Opracowano nowe drogi podawania

leków. Przywrócono wiodącą rolę lekom znanym od dawna, takim jak morfina. Jednak, być może, najistotniejszą zmianą, której świadkami byliśmy w ciągu ostatnich kilkunastu lat, była zmiana sposobu pojmowania zjawiska bólu.

W czasach, gdy miejsce fizjologii zajmowała filozofia uważano ból za zjawisko czysto emocjonalne. Arystoteles określał ból jako pasję duszy. Współczesna medycyna przez długi czas traktowała ból jako problem głównie somatyczny, związany z samą obecnością schorzenia, w tym nowotworu, i zwalczała go doraźnie dopiero w chwili jego największego nasilenia. Dziś wiemy, że jest to zjawisko somatopsychiczne, a intensywność bólu zależy od emocjonalnej reakcji na jego składową fizyczną, tzn. od: nastroju pacjenta, woli walki z chorobą, znaczenia, jakie pacjent nadaje bólowi – inaczej odczuwany jest ból, który jest drogą ku wyzdrowieniu, inaczej ból, który w rozumieniu pacjenta, ma mu towarzyszyć aż do końca.

Z punktu widzenia biologii ból, jako doznanie czuciowe, spełnia ważną

rolę odruchowo-obronną. Ostrzega organizm przed działaniem silnych bodźców zewnętrznych, uszkadzających tkanki. Jest jednym z objawów choroby, sygnalizuje jej powstanie, zmusza do szukania pomocy i usunięcia przyczyny. Jeżeli doznania bólowe są zbyt silne, trwają zbyt długo, tak jak w schyłkowym stadium choroby nowotworowej, to ból traci rolę czynnika ostrzegawczo-obronnego i staje się cierpieniem zupełnie niepotrzebnym. Jeśli dodatkowo dochodzi do powstania objawów towarzyszących, takich jak depresja, lęk, bezsenność, utrata zdolności do radzenia sobie w sytuacjach życiowych, rozwijające się uzależnienie lekowe, ten zespół bólowy staje się chorobą wymagającą leczenia.

Konferencja pod tytułem „Leczenie bólu” zorganizowana dnia 5 kwietnia 2003 roku przez Organizację Studentów Medycyny EMSA-Lublin miała na celu poszerzenie wiedzy studentów na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod walki z bólem. Temat wydał nam się ważny, gdyż z problemem bólu i jego uśmierzania spotka się zapewne każdy z nas w pracy zawodowej, dlatego też mam nadzieję, że wiadomości zdobyte przez uczestników w czasie Konferencji zawojują w przyszłości. Zaproszeni wykładowcy przedstawili nam różne aspekty walki z bólem.

Prof. dr hab. Krzysztof Przesmycki, kierownik II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii podzielił się z nami swoją wiedzą i doświadczeniem na temat „Stosowania opioidów w leczeniu przewlekłego bólu nienowotworowego”. Dowiedzieliśmy się między innymi, iż częstą przyczyną unikania stosowania leków opioidowych jest obawa przed uzależnieniem od nich. Jednak edukacja chorego i współpraca z nim pozwala dobrać odpowiednią dawkę leku opioidowego i ustalić częstość podawania. Dokładnie dobrana dawka zapewnia opamiętanie bólu i nie powoduje uzależnienia psychicznego, ani nadmiernej senności i splątania.

Dr psych. Leszek Buczyński o. Filip, Prezes Lubelskiego Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia mówił nam o swojej pracy i opiece nad umierającymi dziećmi. Tłumaczył jak ważne jest wsparcie psychiczne i okazywanie miłości w ostatnich chwilach życia. Myślę, że te wzruszające, pełne ciepła historie na każdym zrobiły duże wrażenie.

Dr Dorota Bańkowska-Polak pracująca w Hospicjum im. Dobrego Samarytanina w Lublinie, gdzie przeby-

wają osoby w terminalnym stanie z powodu chorób nowotworowych, podzieliła się z nami wieloma doświadczeniami ze swojej pracy. Dowiedzieliśmy się także o różnych rodzajach bólu w chorobie nowotworowej,

Anna Michalak jest tegoroczną absolwentką Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie. Od 1998 roku pracuje w Studenckim Towarzystwie Naukowym (STN) oraz Europejskim Stowarzyszeniu Studentów Medycyny (EMSA). W latach 1999-2001 pełniła funkcje Koordynatorki ds. Organizacji, a od dwóch lat Przewodniczącej EMSA-Lublin. Brała udział w organizacji wielu warsztatów i konferencji. Jest autorką kilkunastu publikacji w czasopiśmie naukowych.

W tym roku została uznana najlepszą studentką województwa lubelskiego i uhonorowana tytułem „Primus inter pares”.



Anna Michalak



©1991, Novartis Pharmaceuticals Corporation. All rights reserved



©1991, Novartis Pharmaceuticals Corporation. All rights reserved

weją, o ich pochodzeniu, a także jak oceniać nasilenie bólu oraz jak go leczyć według stopni drabiny analgetycznej.

Dr n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk z Katedry i Kliniki Neurologii przedstawiła zagadnienia związane z bólami głowy. Z dużym zainteresowaniem wysłuchaliśmy wykładu o patofizjologii, typach klinicznych, postępowaniu tradycyjnym oraz najnowszych metodach leczenia migreny.

Ciekawym punktem Konferencji był także pokaz ćwiczeń jogi zaprezentowany przez **dr Tomasza Miszczuka**, założyciela Szkoły Jogi w Lublinie.

Konferencję zakończył bankiet w restauracji El Paso, gdzie uczestnicy mogli wymienić uwagi na temat wykładów, lepiej się poznać, a także spróbować kuchni meksykańskiej.

Serdecznie dziękuję wszystkim, którzy przyczynili się do realizacji Konferencji „Leczenie bólu”.

W artykule wykorzystano fragmenty opracowania „Leczenie bólu – nasze doświadczenia” dr Beaty Kościańskiej i dr Doroty Bańkowskiej-Polak.

Powstało Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii

Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii to prężnie rozwijająca się organizacja studencka, do której należy obecnie ponad 500 studentów stomatologii oraz młodych lekarzy z całej Polski. Do Oddziału Lubelskiego PTSS należy dziś 50 osób. Nasza organizacja została założona w 1997 r. we Wrocławiu.

IWONA LORENC

STUDENTKA II ROKU ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
AM W LUBLINIE

Zarząd PTSS Oddział w Lublinie

Prezes: **Iwona Lorenc**

Sekretarz: **Grzegorz Prucia**

Skarbnik: **Piotr Łopuch**

Regionalny Koordynator Wymiany
(RKW): **Dagmara Jenda**

Cele Towarzystwa

Jesteśmy stowarzyszeniem mającym na celu utworzenie struktur reprezentujących środowisko studentów stomatologii w całym kraju i dbającym o interesy tej grupy na wielu płaszczyznach. Realizujemy projekty naukowe, szkoleniowe, kulturalne oraz sportowe, mające na celu konsolidację środowiska, przede wszystkim studentów stomatologii, młodych lekarzy

stomatologów, ale także studentów innych kierunków oraz Uczelni, to również okazja do spotkań i wymiany doświadczeń między studentami wszystkich lat.

Wymiany studenckie

PTSS Jesteśmy członkiem rzeczywistym IADS (International Association of Dental Students), współpracującym m. in. z FDI, UNESCO i APDSA (Asia-Pacific Dental Students Association). Dzięki temu realizujemy wymiany unilateralne oraz bilateralne z innymi uczelniami na terenie całego świata.

Kursy i szkolenia

Współpracujemy z wieloma firmami stomatologicznymi, organizacjami skupiającymi stomatologów oraz z lekarzami stomatologami prowadzącymi prywatne praktyki. Dzięki temu członkowie PTSS mogą uczestniczyć w wielu kursach i szkoleniach na bardzo korzystnych zasadach.

Z ostatnich dokonań PTSS Oddział w Lublinie

W dniu 9 maja br. zorganizowaliśmy prezentację dotyczącą profilaktyki, wrażliwości, wybielania zębów i biżuterii nazębnej. Ostatnie dwa punkty programu cieszyły się największym zainteresowaniem, nastęrczyły wiele pytań oraz spowodowały ogólną dyskusję na sali. Uczestnicy opuścili prezentację bogatsi w nowe doświadczenia, zadowoleni z własnych „uśmiechów” oraz z próbką pasty do zębów.

Plany wakacyjne

▶ Wielu członków PTSS'u będzie uczestniczyć w praktykach zagranicznych, które są bramą do szerzenia naszych umiejętności, poznawania nowych kultur, zawiązywania nowych znajomości, rozstawiania imienia naszej uczelni oraz są sposobem na ciekawe spędzenie wakacji.

▶ Ci członkowie, którzy zostają w kraju będą mogli uczestniczyć w obozie naukowo-integracyjnym w Sierakowie, który daje możliwość aktywnego odpoczynku oraz poszerzania zbiorów do prac naukowych. Obóz będzie okazją do poznania studentów z całej Polski oraz uczestnictwa w wielorakich imprezach.

▶ Uczestnictwo członków w imprezach stomatologicznych (targi, kursy, mityngi).



Fotografował Jacek Zieliński



Co zamierzamy w nowym semestrze?

Planujemy m. in. przeprowadzenie szeroko zakrojonej akcji edukacyjnej z zakresu profilaktyki przeciwnowotworowej w przedszkolach, szkołach podstawowych i domach dziecka, aktywny udział w programach i projektach IADS na rok 2003/04, rozwinięcie projektów „Studencka Asysta” i „Tanie Studiowanie”, liczne seminaria, konferencje, kursy, zjazdy i spotkania towarzyskie.

Nasza baza danych

Serdecznie zapraszamy na naszą stronę www.ptss.pl, gdzie można otrzymać wszelkie informacje o naszej działalności, planach i przedsięwzięciach. Nasze strony internetowe są jednocześnie płaszczyzną wymiany informacji oraz doświadczeń pomiędzy studentami stomatologii z całej Polski. Zamieszczamy tam najnowsze doniesienia dotyczące zmian prawnych, oraz wszelkie informacje przydatne każdemu żakowi. Tam też można znaleźć deklarację członkowską.



PTSS to doskonała baza startowa dla osób, które chcą „coś zrobić”, wykraczać poza szablon działań dyktowany tokiem studiów!

Szpital Pluszowego Misia

**Już po raz trzeci otworzył swe podwoje
Szpital Pluszowego Misia.
Tym razem w miasteczku przy
ul. dra W. Chodźki, pod gołym niebem.**

EMILIA PABIS
STUDENTKA IV ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Jest to projekt EMSA, w którym za pomocą zabawy pokazujemy dzieciom pracę lekarza i pomagamy im przezwyciężyć lęk przed białym fartuchem. Akcja składa się z dwóch etapów. W pierwszym studenci składają wizytę w przedszkolach. Ubrani w fartuchy i zaopatrzeni w stetoskopy oswajamy dzieci z naszym wyglądem. W trakcie wizyty sprawdzamy wiedzę dzieci na temat naszego zawodu. Tłumaczymy im różnice między lekarzem, pielęgniarką, stomatologiem, weterynarzem. Opowiadamy o tym co wchodzi w zakres obowiązków przedstawicieli każdej z tych profesji. Wypytywujemy również dzieci o choroby jakie znają, na jakie można zachorować, tak aby je przygotować do wizyty w naszym szpitalu. Ulubioną przez dzieciaki częścią naszej wizyty jest zabawa ze stetoskopami. Każde z nich może posłuchać bicia własnego

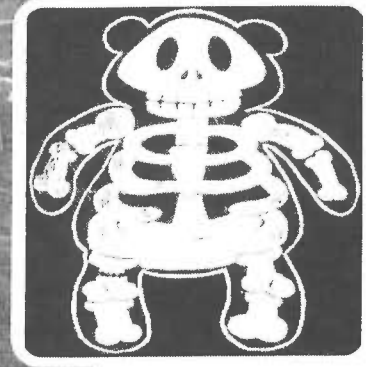
serca czy oddechu. Bardzo chętnie osłuchują też swoich kolegów. Pokazujemy też na pluszaku jak wygląda badanie lekarskie. Opisujemy co badamy, jak i dlaczego właśnie w ten sposób. Drugi etap akcji, a właściwie finał to wizyta w Szpitalu Pluszowego Misia. Przedszkolaki (głównie pięcioletki) przychodzą ze swoimi przytulankami jako rodzice z chorymi pociechami.

Na początek witamy ich i oswajamy z otoczeniem poprzez zabawy ruchowe organizowane przez Polskie Stowarzyszenie Animatorów i Pedagogów Klanza. Tak przygotowane dzieci idą do rejestracji. Tam otrzymują kartę choroby i żeton (rysunek) do odpowiedniego lekarza. Następnie pielęgniarka prowadzi pacjenta do gabinetu lekarskiego. Podczas wizyty w gabinecie staramy się nawiązać kontakt z dzieckiem, tak aby czuło, że interesujemy się jego problemem, że ono właśnie jest dla nas najważniejsze. Badamy pluszaka i próbujemy go wyleczyć zalecając np. przytulanie. Nie stosujemy żadnych inwazyjnych metod diagnostycznych czy leczniczych.

Możliwa jest konsultacja radiologiczna (rtg, usg), a także badanie ekg. Po wizycie lekarz odprowadza pacjenta do studentek psychologii, które na bieżąco sprawdzają reakcje dzieci. Na zakończenie przedsięwzięcia dzieci znów bawią się z KLANZĄ i żegnamy je.

Zdajemy sobie sprawę, że dziecko to nie dorosły człowiek i trzeba umieć z nim postępować. Dlatego przed każdym finałem studentki psychologii udzielają nam praktycznych wskazówek dotyczących odpowiedniego zachowania wobec dzieci. 19 maja odwiedziło nas ok. 140 dzieci z czterech przedszkoli, a także kilkoro wychowanków z pobliskiej szkoły dla młodzieży słabo widzącej. Rozmowy z opiekunami naszych pacjentów potwierdzają, że taka akcja jest potrzebna, że jest skuteczna, toteż planujemy już następną edycję. Będziemy usiłowali dotrzeć do jak największej grupy dzieci, zwracając szczególną uwagę na te, które mają przykre doświadczenia związane z chorobą i szpitalem.

Zapraszamy wszystkich chętnych do uczestnictwa w dorocznej akcji „Szpital Pluszowego Misia”.



Pomóż małym pacjentom w trudnych chwilach

W lutym br. powstał wolontariat przy Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Lublinie, którego uczestnikami są studenci lubelskiej AM.

MARIUSZ BEZAK

STUDENT III ROKU
WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE
PRZY KATEDRZE I ZAKŁADZIE
ZARZĄDZANIA W PIELĘGNIARSTWIE

SŁAWOMIR ŻUREK

STUDENT V ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
KOORDYNATOR DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO
IFMSA-POLAND

Latem ubiegłego roku na spotkaniu Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie zrodził się pomysł zorganizowania wolontariatu w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym. Inicjatorką tego pomysłu była Naczelna Pielęgniarka DSK mgr **Amelia Ścibior**. Dziecięcy Szpital Kliniczny był jedną z nielicznych placówek na terenie Lublina, w której nie istniała zorganizowana pomoc wolontariuszy.

Na przełomie stycznia i lutego 2003 r. zostało zorganizowane pierwsze spotkanie organizacyjne przez **Mariusza Bezaka** studenta III roku Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie. Jednocześnie podobny projekt powstał w Ko-

mitecie ds. Zdrowia Publicznego lubelskiego oddziału IFMSA-Poland. Koordynator tego komitetu, **Sławomir Żurek**, student V roku Wydziału Lekarskiego zgłosił chęć współpracy i pomocy w pracach organizacyjnych. Takie rozwiązanie dało szansę włączenia do tej akcji większej liczby studentów różnych wydziałów naszej Akademii.

Zdając sobie sprawę z potrzeb małych pacjentów postanowiono podjąć wysiłki w zorganizowaniu spotkań osób wyrażających chęć udziału w wolontariacie. Oczekiwania organizatorów przekroczyły wszelkie wyobrażenia gdyż zainteresowanymi okazali się nie tylko studenci naszej Uczelni. Na spotkanie zgłosiło się ponad 100 osób, z czego około 80 zostało czynnymi wolontariuszami w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym.

Wolontariusze musieli wykonać specjalistyczne badania, i mimo ogromnego zaangażowania Dziecięcego Szpitala Klinicznego część kosztów pokryli z własnych środków finansowych. Warto podkreślić fakt, iż dla wielu z nich nie liczyła się strona materialna, ale radość oraz pomoc, jaką będą mogli nieść małym pacjentom, jak również pracownikom medycznym Dziecięcego Szpitala Klinicznego.

Studenci naszej Akademii uzyskali nie tylko teoretyczną, ale również praktyczną możliwość udoskonalenia swojej wiedzy i umiejętności. Wielu z nich mogło się spełnić nie tylko jako przyszły pracownik ochrony zdrowia, ale także zaspokoić potrzebę altruistycznej pomocy, która jest wpisana w nasz zawód. Wielu ma również okazję poznania bliżej środowiska przyszłej pracy oraz uświadomienie sobie odpowiedzialności związanej ze przyszłym zawodem. Jest to nieocenione uzupełnienie wiedzy wyniesionej z zajęć na Uczelni.

Jesteśmy wdzięczni za życzliwe przyjęcie oraz wyrozumiałość ze strony Dyrekcji Dziecięcego Szpitala Klinicznego, kadry kierowniczej poszczególnych klinik jak również Apteki Szpitalnej.

Miejmy nadzieję, że nasze poczynania zostaną uwieńczone sukcesem i w przyszłości powstanie Akademicki Ośrodek Wolontariuszy pod patronatem Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie.

Bardzo serdecznie zapraszamy wszystkich studentów naszej Uczelni, wyrażających chęć udziału w wolontariacie od początku roku akademickiego 2003/2004.



Fot. Jan Trembecki / Kurier Lubelski



Fot. Jan Trembecki / Kurier Lubelski

Zdjęcia archiwalne zostały wykonane w latach 70. w dawnym Instytucie Pediatrii przy ul. Staszica w Lublinie

A w Krakowie na Brackiej pada deszcz...

**Deszcz padał i na Brackiej i na Grodzkiej,
i na Św. Anny... Po przebudzeniu się wiosny,
gdy ciepłe słońce ogrzało domy, ulice, serca
zwykłych ludzi, zimowe żywioły znów
chciały zamrozić wszystko i właśnie wtedy
Kraków zapraszał...**

**MGR FARM.
AGNIESZKA MIĘTKIEWICZ-CAPAŁA**
KATEDRA I ZAKŁAD FARMAKOGNOZJI
AM W LUBLINIE

Organizowana od lat, na wysokim poziomie, obfitująca w wydarzenia kulturalne, dobrze przygotowana XLI Ogólnopolska i VII Międzynarodowa Konferencja Studentów Medycyny rozpoczęła się w piątek 4 kwietnia 2003 roku.

Wspaniałym wykładem inauguracyjnym „O melancholii”, którego przesłanie można byłoby ująć w słowach „A quid solutis est beatius curis” (coż szczęśliwszego jest niż być wolnym od trosk) wygłosił **prof. dr hab. Andrzej Zięba**. Następnie, w czterech salach równocześnie toczyły się sesje tej konferencji. Do prezentacji zakwalifikowanych było 215 prac, które zostały podzielone na dwadzieścia grup tematycznych.

Dalo się zauważyć znaczącą dysproporcję ilości prac studentów medycyny i farmacji. Z tych ostatnich zakwalifikowanych zostało tylko 10 prac, ale to i tak sukces, że sesja farmaceutyczna wydzielona była z całego ogółu prac medycznych i miała swój odrębny czas prezentacji i własną komisję oceniającą.

15-minutowe wykłady toczyły się między godziną 9 i 16, następnie zaproszeni byliśmy na zwiedzanie Krakowa. Uroczyste rozpoczęcie Konferencji Studentów Medycyny odbyło się w Narodowym Teatrze Starym o godzinie 19. Powitał nas rektor UJ i prorektor ds. Collegium Medicum UJ. Po tym uroczystym rozpoczęciu zaproszono nas do obejrzenia spektaklu „Tango Gombrowicz” na podstawie „Tanga” Sławomira Mrożka, w reżyserii **Mikołaja Grabowskiego**. Wystąpili przed nami m. in. **Jan Peszek, Jerzy Treła, Jan Frycz**. Dla chętnych orga-

nizatorzy proponowali tego wieczoru zabawę w Klubie Studenckim „Żaczek”. Kolejny dzień rozpoczynały znów od godz. 9 ciekawe wykłady i sesje posterowe. I tego dnia wszyscy uczestnicy Konferencji oczekiwali uroczystości ogłoszenia wyników i wręczenia nagród. Również i tego dnia można było uczestniczyć w imprezie rozrywkowej w Kasyńce Wojskowej.

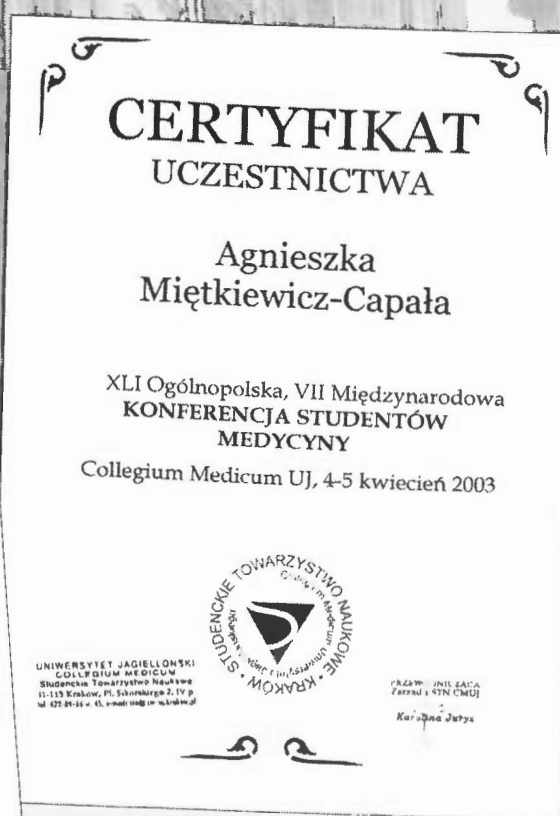
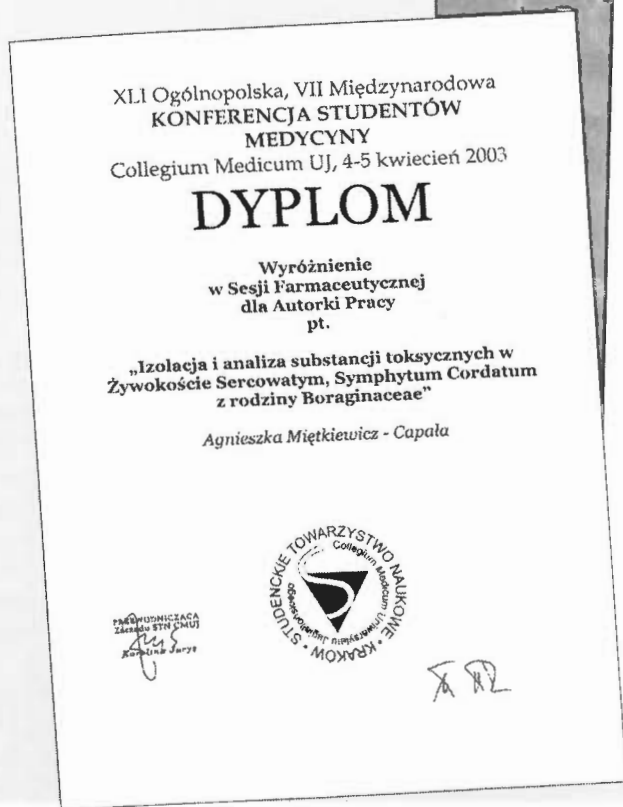
Można było spotkać studentów z całej Polski i z zagranicy, tak więc pojawił się Gdańsk, Szczecin, Poznań, Łódź, Warszawa, Lublin, Białystok, Wrocław i Katowice, a goście zagraniczni pochodzili z: Ukrainy, Białorusi i Jugosławii. Oczywiście studentów z Krakowa było najwięcej. Nasza Akademia Medyczna reprezentowana była w trzech sesjach: psychiatrycznej (4 prace), wydziału ochrony zdrowia (1 praca), chirurgicznej (1 praca) i farmaceutycznej (1 praca). Wszystkie streszczenia zostały wydrukowane w Przeglądzie Lekarskim (tom 60, suplement 2/2003).

Dużą radość i satysfakcję przyniosł mi werdykt komisji farmaceutycznej, gdy podczas ogłoszenia wyników wy-

czytano, jako prace wyróżnioną, tytuł dobrze mi znany: „Izolacja i analiza substancji toksycznych w żywokoście sercowatym, *Symphytum cordatum*, z rodziny *Boraginaceae*”. Pracę tę wykonałam w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji będąc studentką piątego roku Wydziału Farmaceutycznego, pod kierunkiem **prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka** i opieką **dr Tomasza Mroczka**; obecnie jestem na I roku studiów doktoranckich w tej Katedrze. Praca ta poświęcona była wykrywaniu toksycznych związków, jakimi są alkaloidy pirolizydynowe (PAs) wykazujące działanie hepatotoksyczne, karcynogenne, mutagenne, teratogenne w surowcu dotąd niezbadanym. Żywokost sercowaty stanowił potencjalny substytut żywokostu lekarskiego, który został wycofany z leczenia wewnętrzne go właśnie ze względu na zawartość PAs. Wnioski z przeprowadzonych badań wykazały jednoznacznie, że żywokost sercowaty jest rośliną obfitującą w alkaloidy pirolizydynowe i nie może zastąpić w terapii żywokostu lekar-

skiego; oznaczyłam aż 0,19% zasad i 0,10% N-lleńków tychże alkaloidów. Tak więc udział w Konferencji, wyróżnienie mojej pracy, certyfikaty, dyplomy, nagrody i wyjazd do ukochanego Krakowa wniosły we mnie no-

wy zapał do pracy, jeszcze większe pragnienia badania i poznawania świata tego obecnego w pięknych, pachnących ziołach (nie zawsze leczniczych), jak i tego utajonego w zakamarkach krakowskich uliczek.



Międzynarodowy Zjazd IFMSA w Estonii

Co roku organizowane są dwa Międzynarodowe Spotkania IFMSA. Pierwsze odbywa się w marcu (March Meeting), natomiast drugie w sierpniu (Agust Meeting). Miejscem tegorocznego spotkania była estońska miejscowość Pärnu (Parnawa), położona w Zatoce Ryskiej, letnia stolica Estonii i jeden z najładniejszych kurortów Morza Bałtyckiego.

MAGDALENA KWIATOSZ

STUDENTKA VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
NARODOWA KOORDYNATORKA
DS. WYMIANY ZAGRANICZNEJ IFMSA-POLAND

Gospodarzami zjazdu było Estońskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny (EstMSA), które obchodziło w tym czasie dziesięciolecie swojego istnienia.

Miałam przyjemność reprezentować na tym spotkaniu naszą Uczelnię będąc jedną z dziwięciami polskich przedstawicieli IFMSA-Poland. Razem ze mną w spotkaniu uczestniczył

prezydent IFMSA-Poland **Wojeiech Szanecki**, wiceprezydent IFMSA-Poland ds. promocji **Piotr Bożęcki**, sekretarz stowarzyszenia **Ewa Lizurek**, narodowa koordynatorka ds. wymiany zagranicznej **Joanna Pogorzelska**, narodowa koordynatorka do spraw uchodźców i pokoju **Anna Janowicz**, narodowy koordynator ds. zdrowia reprodukcyjnego i AIDS **Paweł Gosek**, narodowy koordynator ds. wymiany naukowej **Michał Orczykowski**, lokalny koordynator ds. Zdrowia i AIDS **Paweł Karaś** oraz wiceprezydent ds. zasobów ludzkich **Maciej Matłok**. Wspólnie odbyliśmy podróż autobusem przez Litwę, Łotwę i większą część Estonii docierając do Pärnu.

2 marca br., w niedzielne popołudnie odbyło się uroczyste otwarcie 52 Zjazdu. Spotkanie otworzyła minister spraw zagranicznych Estonii Pani **Siiri Oviir**, będąca patronką Zjazdu. Przywitała nas przemówieniem, w którym zawarła krótką historię Estonii, przybliżyła nam obecną sytuację polityczną tego kraju oraz opisała funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej i kształcenia lekarzy w Estonii. Kilka słów poświęciła również problemowi AIDS w tym kraju.

Następnie wysłuchaliśmy przemówień powitalnych **prof. Jaaka Aaviskoo**, dziekana Uniwersytetu w Tartu, **dr Andersa Tsahkna** – burmistrza Tallina (byłego prezydenta EstMSA) oraz **dr Aleksandra Bodiroza**, pełniącego w la-



Magdalena Kwiatosz i Joanna Pogorzelska z delegacją Turcji





Wszystko miało na celu pokazać innym, że w naszym kraju organizuje się wiele ciekawych projektów...

tach 1997/1998 funkcję sekretarza generalnego IFMSA. Prezydent IFMSA **Kristina Sjoberg Ogaard** z Norwegii powitała blisko 600 studentów medycyny z całego świata. Ceremonię otwarcia zamknęła krótka część artystyczna.

Następnego dnia rozpoczął się na dobre pracowity tydzień. Od poniedziałku do piątku odbywały się warsztaty dla koordynatorów wszystkich komitetów w IFMSA:

SCOPE Standing Committee on Professional Exchange – komitet ds. wymiany zagranicznej;

SCORE Standing Committee on Research Exchange – komitet ds. wymiany naukowej;

SCORA Standing Committee on Reproductive Health and AIDS – komitet ds. zdrowia reprodukcyjnego i AIDS;

SCORP Standing Committee on Refugees and Peace – komitet ds. uchodźców i pokoju;

SCOPH Standing Committee on Public Health – komitet ds. zdrowia publicznego.

Odbyły się sesje dla prezydentów poszczególnych stowarzyszeń, a także

szkolenia dotyczące zdobywania sponsorów, tworzenia stron internetowych, pracy w grupie, kierowania projektami oraz wymiany studenckiej przeprowadzanej za pomocą internetu. Jako koordynatorka komitetu SCOPE w Polsce, uczestniczyłam w szkoleniach dla narodowych koordynatorów wymiany zagranicznej. *March Meeting* jest spotkaniem, na którym narodowi koordynatorzy wymieniają aplikacje studentów biorących udział w programie praktyk. Ponieważ obecnie Polska wysyła studentów do około 40 krajów, było to dosyć czasochłonne zajęcie. Ten tydzień zaowocował również nawiązaniem kilkunastu nowych kontaktów m. in. z Portugalią i Ukrainą.

Bardzo dużą część szkolenia poświęcono nowemu, internetowemu systemowi wymiany praktyk. W tym roku jest on tworzony i doskonalony, a już od przyszłego roku będzie wspomagał przeprowadzenie wymian studentów z różnych krajów. Formularze

Ze spotkania w Estonii przywieźliśmy mnóstwo materiałów i plakatów oraz głowy pełne pomysłów

zgłoszeniowe o udziału w praktykach będzie można wypełniać na stronach internetowych IFMSA. Oprócz tego studenci znajdą tam wszystkie informacje dotyczące praktyk.

Podczas zjazdu nasza delegacja przygotowała stoisko z materiałami promującymi programy wymiany w Polsce. Przygotowaliśmy plakaty o projektach SCORA, SCORP oraz SCOPH w Polsce. Reklamowaliśmy konferencje naukowe organizowane przez pol-

skich studentów, rozdawaliśmy folde-ry o Polsce oraz prezentacje IFMSA na płytach CD. Częstowaliśmy polskimi słodyczami. Wszystko miało na celu pokazanie innym, że w naszym kraju organizuje się wiele ciekawych projektów i dużo się u nas dzieje. Wystę-

dobne projekty w Zimbabwie i Ghanie. SCORP organizuje analogiczne projekty, np. Uganda Refugee Project. Po wstępnym szkoleniu uczestnicy takich projektów przebywają w obozach uchodźców, gdzie biorą udział w pracy przy opiece zdrowotnej nad miesz-

W trakcie konferencji wybraliśmy się na krótką wycieczkę do Tallina zakończonej marszem pamięci ofiar AIDS. Blisko 600 uczestników zjazdu eskortowanych przez policję przeszło przez ulicę Pärnu z płonącymi świecami symbolizującymi solidarność z ofiara-

Podczas zjazdu występowaliśmy w biało-czerwonych krawatach, dzięki czemu byliśmy łatwo rozpoznawalni

powaliśmy podczas zjazdu w biało-czerwonych krawatach, dzięki czemu byliśmy łatwo rozpoznawalni.

Jedne z najciekawszych projektów organizowane są w ramach komitetów SCOPH i SCORP. W ramach SCOPH np.: Orphanage Initiative Romania (praca dla wolontariuszy w sierocińcach w Rumunii), Rwanda Village Project (wolontariat w wioskach Rwandy), Calcuta Village Project oraz po-

kańcami obozu (rejestrują pacjentów, wykonują szczepienia i przeprowadzają szkolenia na temat zdrowia i higieny).

Bardzo interesujący jest projekt IFMSA w Grecji, dotyczący udziału studentów medycyny w organizacji zaleczonej olimpiady w Atenach w 2004 roku. Szczegóły dotyczące projektu znajdują się na stronie www.athens2004.com

mi AIDS na całym świecie. Ze spotkania w Estonii przywieźliśmy mnóstwo materiałów i plakatów oraz głowy pełne pomysłów.

Wszystkich zainteresowanych działalnością IFMSA na świecie, w Polsce i w Lublinie zapraszam na spotkania odbywające się w naszej siedzibie (pokój nr 5 w DS nr 2) oraz do odwiedzenia stron internetowych www.ifmsa.org i www.ifmsa.lublin.pl.



Medykalia '03

Po raz pierwszy od kilku dobrych lat postanowiliśmy wziąć sprawy w swoje ręce i tym sposobem 8 maja br. ruszyły długo oczekiwane, wytęsknione Medykalia '03.



GRZEGORZ SACZEK

STUDENT IV ROKU
WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO
AM W LUBLINIE

Uroczysta inauguracja tej studenckiej fiesty odbyła się w Auditorium Maximum naszego Rektoratu przy Al. Racławickich. Tam też zgromadzeni przedstawiciele władz Uczelni, Samorządu Studentów oraz liczna grupa Studentów mogli podziwiać występ Zespołu Pieśni i Tańca AM, Chóru AM, a także pokaz Szkoły Tańca Towarzyskiego Jacka Jelinka (prowadzącego od kilku miesięcy kurs tańca dla studentów AM). Zakończywszy część oficjalną przenieśliśmy się na Chodźków, gdzie do białego rana mogliśmy bawić się na „PRL Party”, czyli dyskoteci w klimacie demokracji ludowej. I chociaż repertuar nie do końca zgadzał się z trendami PRL, to liczne plakaty propagandowe pochodzące z tej epoki, a także inwencja samych studentów (oryginalne stroje wydobyte specjalnie na tę okazję z najgłębszych zakamarków strychów, piwnic etc.), pozwoliły nam przenieść się w czasy naszych rodziców i dziadków.







Medykalia '03







Zdjęcia z Medykaliów są dostępne
na stronie Samorządu Studentów AM:
<http://samorzad.am.lublin.pl/medykalia/fotki>
oraz <http://www.fotovideoart.pl>



Medykalia '03

Następnego dnia, już od rana mieliśmy możliwość leczenia dolegliwości wynikających z „nieprzespanej nocy znoonej” zupełnie darmową maślanką. Piątek, podobnie jak i następne dni, posiadał bardzo bogaty i urozmaicony program, a to dzięki skoncentrowaniu imprez na naszym miasteczku studenckim, co przyczyniło się do oszczędzenia czasu i/lub pieniędzy potrzebnych do przemieszczania się na tereny naszego dotychczasowego partnera – PL. W piątkowym programie znalazły się m. in.: konkurs w siłowaniu na rękę, turniej bilardowy zorganizowany w pobliskim Klubie „Fabryka”, turniej szachowy o Puchar Prezesa oraz budząca wiele emocji „Para olimpiada, czyli olimpiada... w parach”. Tak więc, każdy miłośnik rywalizacji mógł znaleźć coś dla siebie. Żacy zainteresowani Kozim Grodem mogli zgłębić swoją wiedzę podczas spotkania z przewodnikiem PTTK, który przybliżył historię i odkrywał urocze zakątki studenckiego miasta. Wieczorem przed Halą Sportową AM zaczęły gromadzić się tłumy fanów spragnionych dobrego, rockowego grania, ginącego niemalże w erze przytłaczającego techno i dance (mam nadzieję, że nikogo nie uraziłem). Po bardzo widowiskowym występie dziewczyn z zespołu MATKA przyszedł czas na zjawisko lat dziewięćdziesiątych, szczecińską grupę HEY. W przeciwieństwie do wielu zespołów wywodzących się z tamtego okresu, ta kapela ciągle istnieje (pomimo niewielkich zmian personalnych) i micwa się całkiem nieźle, a sława o jej dokonaniach nie ogranicza się jedynie do terenów słowiańskich, ale sięga daleko za Wielką Wodę. Kasia Nosowska, jak zwykle skromna i nieco nieśmiała, włożyła wraz z pozostałymi muzykami tyle serca w ten występ, że jeszcze długo po koncercie słyszałem jak niektórzy nucili kultowe przeboje. Zebrana publiczność po długim bisie wypuściła muzyków, którzy mimo zmęczenia chętnie pozowali do zdjęć z wiernymi fanami. Dzień zakończono dyskoteką, tym razem w naszych strojach roboczych, czyli w fartuchach. Zorganizowano nawet wybory „Miss mokrego fartucha”.

Sobota obfitowała w występy i konkurencje dla odważnych i sprytnych.

Po spożyciu kolejnej porcji porannej maślanki, udaliśmy się na poszukiwania ukrytego skarbu prowadzone pod kryptonimem „Koproskop 2003”. W tym samym czasie na Zalewie Zemborzyckim odbywały się tradycyjne już regaty o Puchar JM Rektora AM. Na Chodzkowie zwolennicy gier komputerowych sprawdzali swoje umiejętności w turnieju „Medic Scalpels”, natomiast sympatycy innego rodzaju rozrywek mierzyli siły w „Biegu o beczkę piwa” i „Biegu piwnym”. Niektórzy uczestnicy tegoż ostatniego, z powodu zaburzeń gastrycznych musieli zrezygnować z dalszej rywalizacji. No cóż, górę wzięła stara zasada, skądinąd nam znana: Primum non nocere. Jak już wcześniej wspominałem program drugiego dnia Medykaliów obfitował w liczne występy. Jako pierwszy zaprezentował się folklorystyczny zespół TRÓJCZYCE z Przemyśla, który śpiewem i tańcem przekonał przybyłych, że rodzimy folklor jest ciągle żywy. Nieco później pojawili się nasi dobrzy znajomi – Kabaret NOŁ NEJM z Rybnika. Mieliliśmy okazję obejrzeć, obok znanej nam już „Gry”, zupełnie nowy i jeszcze ciepły program pt. „4”. Wieczorem odbył się ostatni z występów – musical „Historyja” przygotowany przez Teatr ITP z KUL (warto wspomnieć, że szeregi tej formacji zasila student naszej AM). Osobiście polecam! Ambitna fabuła połączona z genialnymi wokalami, to niewątpliwie atuty tego spektaklu, który porusza zawsze aktualną tematykę życia i śmierci. Sądzę, że owacje na stojąco zebranej publiczności były najlepszym dowodem sukcesu „Historyji”. Zakończeniem dnia było ognisko połączone z wręczeniem Pucharu zwycięzcom porannych regat. Towarzyszyła temu wydarzeniu muzyka szantowego zespołu KLANG. Późnym wieczorem, co wytrwali zasiedli na kocykach przed akademią, aby jak co roku delektować się kinem letnim „Pod Chmurką”.

W ostatni dzień Medykaliów pogoda zastrajkowała i rządziła nas niewielkim deszczem. Ale to nie przeszkodziło w realizowaniu niedzielných planów, które przewidywały: kolejny turniej komputerowy „Ambulans Crash”, rozgrywki sportowe, pokaz wschodnich sztuk walki oraz, jak co roku, wy-

bory najsilniejszego Chodzkowianina – „Iron Man”. Niewątpliwie nowością tegorocznych Medykaliów była parada Garbusów, podczas której miłośnicy „Żuczaków” mogli obejrzeć, ba, nawet własnoręcznie przetestować te „garbate piękności”. Może polski Fiat 126p nie dorównywał im urodą, ale w zawodach sprawnościowych radził sobie całkiem nieźle. Z winy niesprzyjającej pogody nie odbył się jedynie przegląd kapel rockowych, ale w Klubie „Medyk” FOX Y LADY i tak pokazali, co potrafią. Tuż po nich wystąpił zespół SAMHAIN – entuzjaści irlandzkich brzmień. Nie tylko muzyką, ale i specyficznym irlandzkim tańcem zachęcali tłumnie zgromadzoną publiczność do wspólnej zabawy. Słowa uznania dla studentek, które przyjęły wyzwanie. Do pełni szczęścia brakowało chyba tylko zielonego piwa... W przerwie koncertu, ok. godz. 22 mogliśmy podziwiać pokaz sztucznych ogni, zorganizowany chyba po raz pierwszy na naszym małym miasteczku – Chodzkowie. W strugach deszczu, przy muzyce Vangelisa, stojąc z głowami podniesionymi wysoko, wpatrywaliśmy się w spowite chmurami niebo, rozświetlane raz po raz wybuchami fajerwerków. No cóż, jak to mówią: „wszystko, co dobre...”. Na otarcie łez, prawie do świtu grali dla nas „Irlandczycy rodem z Lublina”, a ci, którym nie przeszkadzał deszcz, piekło kielbaski przy dogasającym ognisku. Na koniec nie mógłbym nie wspomnieć o bogatym repertuarze Kina „Medyk”, które dzięki uprzejmości i zaangażowaniu Dyrekcji, każdego dnia oferowało nam bezpłatne seanse. Godne uwagi były również dwie ekspozycje towarzyszące Medykaliom, a mianowicie wystawa „Chwile Ciszey” prezentująca fotografie wykonane przez studentów działających w Kole Fotograficznym AM oraz wystawa figurek modelinowych autorstwa jednego, utalentowanego studenta, działającego niezależnie.

Oczywiście tegoroczne Medykalia nie mogłyby odbyć się bez przychylności Władz naszej Uczelni oraz zaangażowania rzeszy osób, które poświęciły swój czas i energię w organizację tego przedsięwzięcia. Dziękuję w imieniu wszystkich Studentów naszej AM i do zobaczenia za rok.

Ogólnopolski Zjazd IFMSA-Poland

W dniach 4-6 kwietnia w Nadarzynie k. Warszawy odbyło się ogólnopolskie spotkanie członków organizacji. Patronat nad zjazdem objął JM Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, prof. dr hab. Janusz Piekarczyk.

MAGDALENA KWIATOSZ

STUDENTKA VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
NARODOWA KOORDYNATORKA
DS. WYMIANY ZAGRANICZNEJ IFMSA-POLAND

W piątkowe popołudnie wysłuchaliśmy szkolenia **prof. dr hab. Witolda Zatońskiego** na temat profilaktyki i leczenia uzależnienia nikotynowego. Szkolenie rozpoczęło się krótkim przypomnieniem toksykologii dymu tytoniowego oraz schorzeń z nim związanych. Następnie profesor mówił o roli lekarza pierwszego kontaktu w leczeniu uzależnienia, przybliżając nam jednocześnie objawy zespołu uzależnienia tytoniowego oraz abstynencji. Mogliśmy się dowiedzieć jak diagnozować pacjentów w kierunku zespołu uzależnienia (ocena ekspozycji na dym tytoniowy, pomiar uzależnienia od tytoniu, ocena faz zaprzestania palenia, pomiar motywacji do zaprzestania palenia). Szkolenie zakończyło się wytycznymi leczenia pacjentów uzależnionych od nikotyny.

W piątkowy wieczór i niedzielne przedpołudnie odbyły się warsztaty szkoleniowe i spotkania robocze poszczególnych komitetów IFMSA.

W sobotę organizatorzy przygotowali szczególnie ciekawy program. Rano wysłuchaliśmy odczytów na temat integracji z UE, prowadzonych przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej. Dyrektor **Bogusław Suski** z Ministerstwa Zdrowia, omówił środki wspólnotowe przeznaczone na działanie w zakresie zdrowia publicznego oraz wzajemne uznawanie kwalifikacji w Unii Europejskiej. **Michał Kamiński** przybliżył nam systemy ubezpieczeń zdrowotnych i porównał polski system z rozwiązaniami unijnymi. **Michał Kornałowski** porównał prywatną i państwową służbę zdrowia w Polsce i w krajach członkowskich UE. Uczestnicy spotkania mogli zapoznać się także z prawami pacjenta w zjednoczonej Europie.

W sobotę trwały warsztaty o tematyce społeczno-psychologicznej. Uczestnicy mogli wybrać interesujący dla

siebie temat spośród odbywających się równocześnie warsztatów na temat autoprezentacji, zarządzania czasem, twórczych metod uczenia się oraz savoir vivre'u w praktyce lekarskiej.

Po południu rozpoczęła się debata pt. „Lekarz – przyszłość studentów i absolwentów akademii medycznych w obliczu akcesji Polski do UE.” Głównymi jej uczestnikami byli: prezes Naczelnej Izby Lekarskiej **Konstanty Radziwiłł**, prorektor Akademii Medycznej w Warszawie **prof. dr hab. Leszek Pączek** oraz dyrektor **Bogusław Suski** z Ministerstwa Zdrowia. Debatę prowadził doktor **Mariusz Gujski**. Studenci obecni na sali mogli brać w niej czynny udział.

Organizatorzy Zjazdu wykazali się pomysłowością w doborze tematów. Zagadnienia omawiane na spotkaniu były ściśle związane z naszym zaistnieniem na rynku medycznym.

Następne spotkanie ogólnopolskie IFMSA odbędzie się jesienią, w Łodzi. Już teraz zapraszamy wszystkich chętnych studentów.

Magdalena Kwiatosz



Absolwentka II LO im. Jana Hetmana Zamoyskiego w Lublinie. W szkole średniej brała udział w pracach samorządu szkolnego.

Zaangażowana w działalność IFMSA i EMSA. W latach 1999-2002 pełniła funkcję sekretarza lubelskiego oddziału EMSA.

Podczas dwuletniej działalności jako Lokalny Koordynator

ds. Wymiany Zagranicznej IFMSA zajmowała się organizacją wyjazdów studenckich na praktyki zagraniczne. Była jednocześnie wiceprzewodniczącą IFMSA-Lublin.

W bieżącym roku akademickim została Narodową Koordynatorką Wymiany Zagranicznej IFMSA Poland i koordynuje ogólnopolski program wymian studenckich oraz reprezentuje organizację na międzynarodowych spotkaniach.

Jest członkinią Koła Naukowego przy Klinice Endokrynologii Dziecięcej oraz Koła Naukowego przy Zakładzie Wirusologii Lekarskiej.



IFMSA-Poland Oddział w Lublinie znów się kręci!

Rok 2003 już od samego początku zapowiadał się dla naszego Stowarzyszenia bardzo burzliwie, lecz nie zdawaliśmy sobie jeszcze sprawy, ile zmian i pracy nam przyniesie.



IFMSA - POLAND

W dniu 20 stycznia 2003 zmienił się skład zarządu Lubelskiego Oddziału IFMSA-Poland. Obecnie przedstawia się on następująco:

- ▶ Przewodnicząca – **Katarzyna Żbikowska**, studentka III roku Wydziału Lekarskiego,
- ▶ Skarbnik – **Dominika Ledwich**, studentka II roku Wydz. Lekarskiego,
- ▶ LEO – **Katarzyna Romanek**, studentka II roku Wydz. Lekarskiego
- ▶ LORE – **Katarzyna Żbikowska**,
- ▶ LORA – **Monika Wielgosz**, studentka III roku Wydz. Lekarskiego,
- ▶ LPO – **Sławomir Żurek**, student V roku Wydz. Lekarskiego,
- ▶ **Magdalena Kwiatosz**, studentka VI roku Wydz. Lekarskiego pełniąca funkcję Narodowego Koordynatora Wymiany (NEO).

Pomimo drobnych zmian w naszych szeregach nie jest w stanie zakłócić prawidłowego funkcjonowania naszej organizacji. Nowy zarząd miał już okazję sprawdzić się w okoliczności „rozśpiewanej” brygady członków naszej organizacji.

27 lutego 2003 r. (ostatki) członkowie oraz sympatycy Lubelskiego Oddziału IFMSA-Po-

KATARZYNA ŻBIKOWSKA

STUDENTKA III ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
PRZEWODNICZĄCA ODDZIAŁU LUBELSKIEGO
IFMSA-POLAND

Pierwsze tygodnie upłynęły pod hasłem – wszystko o praktykach zagranicznych. Lokalny Koordynator Wymiany (LEO) – **Katarzyna Romanek** oraz Lokalny Koordynator Wymiany Naukowej (LORE) – **Katarzyna Żbikowska** przeprowadziły, w obecności wszystkich członków zarządu, kwalifikację na praktyki. W tym roku z lubelskiej Akademii Medycznej na międzynarodowe praktyki kliniczne wyjedzie 37 osób do krajów takich jak: Włochy, Hiszpania, Grecja, Węgry, Tajwan, Malta, Nigeria, Sudan i wiele innych.



Komitet organizacyjny i uczestnicy Konferencji „Chirurgia plastyczna i medycyna estetyczna”

IPMSA - POLAND
International Federation
of Medical Students
Associations

PATRONAT HONOROWY
JM Rektor Akademii Medycznej w Lublinie
Prof. dr hab. n. med. dr h. c. Maciej Latański

PATRONAT MERYTORYCZNY
Szpital Chirurgii Plastycznej, Polanica Zdrój
Prof. dr hab. n. med. dr h. c. Kazimierz Kobus

Przewodniczący Sekcji Medycyny Estetycznej
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
Dr med. Andrzej Ignaciuk

29 marca 2003
OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA

Czy poprawiać naturę?
**chirurgia plastyczna
i medycyna estetyczna**

MIEJSCE:
Dziecięcy Szpital Kliniczny
w Lublinie, ul. dr W. Chodźki 2
Aula Wykładowa
Uroczyste Otwarcie, godz. 10:00
Beniwet, godz. 18:00

KOSZT:
Opłata konferencyjna: 15 zł

ZAPISY:
27.03.2003, godz. 18:00-20:00
28.03.2003, godz. 18:00-20:00
Darmo Studentom nr 2, pok. nr 6
W. Chodźki 8
tel. 061/743 32 99

Najciekawsze zabiegi,
Rekonstrukcje,
Dermatologia estetyczna,
Flebologia,
...i wiele innych.

LUBELSKI WĘGIEL „BODANKA”
WYKAZAŁ SIĘ NA
WIELKI SUKCES

Nafcozwinika

Pickarnia
„MARECCY”

land, obchodzili tłusty czwartek „śpiewająco”. W Klubie „Medyk” odbyło się spotkanie integracyjne naszej organizacji. Dzięki KARAOKE odkryliśmy wiele ukrytych talentów do śpiewania, ujawniło się również kilku uzdolnionych tancerzy.

Najważniejszym tegorocznym przedsięwzięciem naszej Organizacji była ogólnopolska konferencja pt.: „Chirurgia plastyczna i medycyna estetyczna”, która odbyła się 29 marca br w auli wykładowej Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie przy ulicy dr W. Chodźki 2.

JM Rektor Akademii Medycznej w Lublinie prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański zgodził się objąć nasz projekt honorowym patronatem oraz uświetnił konferencję swoją obecnością. Patronat merytoryczny sprawowali prof. dr hab. dr h. c. Kazimierz Kobus ze Szpitala Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju oraz Przewodniczący Sekcji Medycyny Estetycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego dr n. med. Andrzej Ignaciuk.



Podczas Konferencji

Konferencja rozpoczęła się o godzinie 10; podczas uroczystego otwarcia wystąpili JM Rektor Akademii Medycznej w Lublinie oraz opiekun Od-

działu Lubelskiego IFMSA **prof. dr hab. Grzegorz Jakiel**. Pierwsza część projektu dotyczyła medycyny estetycznej, wykład na ten temat prowadził dr

n. med. **Andrzej Ignaciuk**. Drugi wykład przygotowany przez **dr n. med. Dorotę Wojnowską** dotyczył podstawowych zasad pielęgnacji skóry młodej i z objawami starzenia.

Druga część dotyczyła zabiegów inwazyjnych i chirurgii plastycznej. Flebologię przybliżył uczestnikom naszej konferencji **dr hab. Maciej Skórski**. Historię chirurgii plastycznej oraz jej techniki przedstawili **lek. med. Ireneusz Siewiera** i **lek. med. Mariusz Wysocki** ze Szpitala Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju. O chirurgii rekonstrukcyjnej w Lublinie mówił **prof. dr hab. Jan Podlewski**. Ostatni wykład dotyczył etyki w chirurgii plastycznej i poprowadził go **dr n. med. Jarosław Sak**.

Konferencja zakończyła się uroczystym bankietem. Wszyscy zaproszeni goście i uczestnicy nie szczędzili nam pochlebstw, sami również byliśmy dumni, że wszystko się udało.

W tym roku staraliśmy się czynnie uczestniczyć w organizacji Dni Kultury Studenckiej „Medykalia 2003”. Przygotowaliśmy pokazy sztuk walk wschod-



Przedstawicielki Zarządu IFMSA-Poland: **Katarzyna Romanek, Katarzyna Żbikowska i Magdalena Dudek**

nich, które cieszyły się dużym zainteresowaniem. Jak co roku, w wakacje lubelskie IFMSA, przyjmie około czterdziestu studentów z zagranicy, którzy odbędą w naszych szpitalach wakacyjną praktykę kliniczną.

Na przełomie października i listopada 2003 roku spróbujemy urzeczywistnić jeszcze jeden duży projekt. Będzie to ogólnopolska konferencja pt.: „Norma seksualna w XXI wieku” - w dzisiejszych czasach nikt nie jest w stanie określić jej granic. Temat może wydawać się kontrowersyjny, ale dla młodego lekarza może okazać się bardzo ważny. Nikt z nas nie może przewidzieć, że w przyszłości nie stanie przed problemem zachowania tajemnicy lekarskiej w związkach homoseksualnych. Każdy z nas powinien również wiedzieć jak rozpoznać i postępować z pacjentem molestowanym seksualnie. Mamy nadzieję, że uda nam się pozyskać wiele doskonałych wykładów, które zaspokoją naszą i innych ciekawość.

W tym roku postaramy się zapoczątkować współpracę z lubelskim Oddziałem Stomatologicznym, chcielibyśmy by i nasi przyszli stomatolodzy mieli szansę doskonalić swoją wiedzę na zagranicznych praktykach. Liczymy również na wiele wspólnych pomysłów,

planów i przedsięwzięć. Obecnie nasz oddział tworzy 110 członków, jesteśmy najliczniejsi w całej Polsce oraz jedni z nielicznych najprężniej działających. Liczymy na to, że nasz Oddział z roku na rok będzie coraz większy i silniejszy.

Zapraszamy serdecznie wszystkich zainteresowanych na nasze czwartkowe zebrania, zawsze o godz. 19.00 w DS. nr 2, pokój nr 5.



Majowy mazurski rejs

Pomysł zorganizowania rejsu na Mazurach w długi weekend majowy padł jeszcze w zimie, podczas jednego z zebrań EMSA-Lublin.

MARCIN ZIĘBA
STUDENT IV ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Miał być jednocześnie dobrym treningiem dla tych, którzy zamierzali wziąć udział w regatach o puchar JM Rektora Akademii Medycznej w Lublinie, rozgrywanych rokrocznie na Zalewie Zemborzycykim. Od początku bardzo wielu studentów było zainteresowanych wyjazdem, zarówno tych, którzy już żeglowali jak i nie żeglarzy. Ostatecznie udział w rejsie wzięło dwadzieścia osób, w większości z Akademii Medycznej w Lublinie. Pływaliśmy na trzech jachtach typu Tango 730 i Saska 620, które udało się nam już w marcu zarezerwować w jednej z giżyckich firm czarterowych. Początkowo trasa naszej wyprawy miała prowadzić do Mikołajek, w końcu jednak zdecydowaliśmy udać się na północ, do Węgorzewa. I był to bardzo dobry pomysł, tym bardziej, że po drodze czekały na nas takie porty jak Sztynort.

Inauguracja sezonu żeglarskiego na Mazurach, od lat oficjalnie odbywa się z początkiem maja. Wtedy przyjeżdżają tam tysiące żeglarzy z całej Polski, spragnionych wiatru i wody, a w portach odbywają się imprezy inauguracyjne. Podobnie było z nami. Już 30

kwietnia br., tj. w środę około południa, wszyscy stawiliśmy się w porcie LOK w Giżycku, aby przygotować czekające na nas jachty do wypłynięcia następnego ranka. Po kilku godzinach klarowania udaliśmy się do tawerny, aby świętować początek sezonu.

Po całej nocy spędzonej na śpiewaniu szant, rano przywitał nas doskonałymi warunkami żeglarskimi, chociaż już wcześniej wiedzieliśmy z pro-





gnoz, że ma być wspaniała, wietrzna i słoneczna pogoda. Po oddaniu cum i wyjściu z portu, obraliśmy kurs na Sztynort.

Zaraz po przepłynięciu Kanału Niegocińskiego nareszcie postawiliśmy żagle. Z każdą godziną tężał wiatr, a około południa osiągał nawet 6B. Do tego jeszcze na jeziorze podnosiła się metrowa fala. Wcześniej trafiliśmy na przelotną burzę, która zmusiła nas do refowania żagli. Po całym dniu żeglowania po jeziorze Kisajno, z radością właściwą Magellanowi weszliśmy do portu w Sztynortcie, który przywitał nas piękną tęczą. Wieczorem odbył się tam koncert szantowy zespołu Zejman&Garkumpel, a później, wspólnie z ponad setką najbardziej wytrwałych żeglarzy bawiliśmy się do białego świtu.

Następnego dnia postanowiliśmy pożeglować po jeziorze Mamry i odwiedzić Węgorzewo. Przez cały czas

towarzyszyła nam wspaniała aura. Po krótkiej wizycie w najbardziej na północ wysuniętym porcie Mazur, udali-

śmy się do miejscowości Mamerki, na zachodni brzeg Mamr, gdzie znajdują się wspaniale zachowane niemieckie bunkry z okresu II wojny światowej. Postanowiliśmy zostać tam na noc, tym bardziej, że zapowiadała się wspaniała zabawa przy ognisku, z załogami pozostałych kilkunastu łódek, które również się tam zatrzymały.

W przedostatni dzień naszego rejsu, po zwiedzeniu bunkrów w Mamerkach, około południa wyruszyliśmy w drogę powrotną do Giżycka. I tym razem pogoda nas nie rozpieszczała. Przez kilka godzin padał ulewny deszcz, który zmusił wiele jachtów do zawinięcia do portów, lub przeczekania ulewy na kotwicy. My jednak twardo płynęliśmy dalej pamiętając, że na Mazurach często, gdy przestaje padać, cichnie również wiatr. I rzeczywiście po deszczu zapanowała kompletna flauta. Na szczęście zbliżyliśmy się już do portu, co prawda przemoczeni do suchej nitki, ale zadowoleni z siebie i z tego, że mogliśmy oszczędzić nasze silniki. Wieczorem zorganizowaliśmy imprezę pożegnalną.

Ostatniego dnia po posprzątaniu jachtów i spakowaniu się, z przykrością musieliśmy się rozstać. Niektórzy musieli wyjechać wczesnym rankiem, ale większość z nas opuściła Giżycko po południu.

Wszystko, co dobre kiedyś się kończy, ale my już planujemy następny wspólny rejs. Tym razem może popłyniemy na Bałtyk...



JM Rektor przyjął medalistów

Poniedziałek, 16 czerwca 2003 roku, kolejny dzień tego ciężkiego czasu jakim jest dla każdego studenta letnia sesja egzaminacyjna. Jednak dla członków AZS AM w Lublinie był to szczególny dzień.

ADAM SUPEŁ
STUDENT III ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

W dniu tym, JM Rektor **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latalski** po raz kolejny zaprosił na spotkanie tych wszystkich członków AZS naszej Uczelni, którzy w minionym roku akademickim, rozstawiali imię naszej Almae Matris na wielu arenach sportowych naszego kraju.

Medalistom towarzyszyli trenerzy: **dr Adam Fijewski**, który z drużyną naszych lekkoatletów przywiózł medale mistrzostw Polski. Na mistrzostwach tych dla naszej uczelni najwyższe laury zdobyli: **Paweł Procnal** – V Wydziału Lekarskiego (dwa złote), **Daniel Bzowski** – V lek. (złoty i srebrny), **Anna Łączak** – I lek., **Mariusz Śledź** – VI lek. (czwarte miejsce). Drugi z obecnych na spotkaniu trenerów **mgr Wojciech Modzelewski** opiekował się sekcją narciarską, która okazała się trzecią drużyną mistrzostw Polski w konkurencjach alpejskich mężczyzn. Skład

wspomnianej drużyny to: **Paweł Bernat** – IV lek, **Nikolaos Thomas Christidis** – III lek, **Jakub Chodorowski** – IV lek, **Rafał Galik** – IV lek, **Paweł Urbański** – V lek, **Sebastian Piotrowicz** – V lek. Brązowy medal drużynowo w Poznaniu wywalczyły nasze tenisistki w składzie: **Agnieszka Borysewicz** – IV Oddziału Stomatologicznego, **Mał-**

gorzata Pietras – V stom., **Monika Tomczyna** – IV stom., którymi także opiekował się mgr Wojciech Modzelewski.

Zarówno trenerzy jak i medaliści przybyli na spotkanie z JM Rektorem w towarzystwie kierownika Studium WFiS AM w Lublinie **mgr Ryszarda Sadło**. Całe spotkanie upłynęło w ciepłej i miłej atmosferze. Jako wyraz podziękowania dla wszystkich, którzy włożyli wielki trud w przygotowania i później w bezpośredni udział w zawodach, Magnificencja Rektor wręczył każdemu medalistcie obecnemu



Trofea:
puchary za zdobycie III mistrzowskiego miejsca w narciarstwie alpejskim mężczyzn oraz III miejsca w tenisie ziemnym kobiet

na spotkaniu pamiątkowy dyplom. Wyróżnieni zostali uczestnicy tegorocznych mistrzostw w lekkiej atletyce, narciarstwie alpejskim mężczyzn oraz tenisie ziemnym kobiet. Następnie przyszła kolej na miłe słowa pod adresem ustępującego zarządu AZS z **Anią Kwiecińską** na czele, która to przez ostatnie cztery lata piastowała

stanowisko prezesa KU AZS przy naszej Uczelni. Po podziękowaniach dla ustępującego zarządu, głos zabrał kierownik Studium WFiS mgr Ryszard Sadło, który w kilku miłych słowach wyraził wdzięczność JM Rektorowi za wsparcie, którego od lat udziela studentom czynnie uprawiającym sport. Kierownik Studium WFiS przedsta-

wił Jego Magnificencji nowego prezesa KU AZS naszej Uczelni, studenta piątego roku Wydziału Lekarskiego Jakuba Florka wraz z nowym Zarządem. Na zakończenie wszyscy zebrani usłyszeli z ust JM Rektora życzenia owocnej pracy i sukcesów zarówno na niwie sportowej jak i tej codziennej, studenckiej.



List gratulacyjny otrzymuje od JM Rektora Paweł Procnal sześciokrotny zdobywca złotych medali dla naszej Uczelni w konkurencjach lekkoatletycznych



Gratulacje i podziękowania od JM Rektora prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego dla Ani Kwiecińskiej, kończącej w tym roku studia na Wydziale Lekarskim i czteroletnią prezesurę w Klubie Uczelnianym AZS AM



Uczestnicy spotkania u Jego Magnificencji Rektora i zaproszeni goście

Co nowego w AZS?

Dnia 28 maja 2003 w Klubie Akademickiego Związku Sportowego naszej Uczelni odbyło się zebranie sprawozdawczo-wyborcze, na którym ukonstytuował się nowy Zarząd Klubu.

JAKUB FLOREK
STUDENT V ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
PREZES KU AZS AM

Wśród zaproszonych przez nas gości znaleźli się przedstawiciele Zarządu Środowiskowego AZS w Lublinie z Sekretarzem **Robertem Żolnierowiczem** na czele oraz przedstawiciele naszej Uczelni Kierownik Studium **mgr Ryszarda Sadło** i **mgr Stefan Cynke**. Wyboru nowego Zarządu dokonali delegaci ze wszystkich działających sekcji. Obecny Zarząd KU AZS AM liczy 15 osób. W skład Prezydium Klubu wchodzi: prezes – **Jakub Florek** – V lek., wiceprezes ds. Sportu – **Adam Supeł** – III lek., wiceprezes ds. organizacji – **Marcin Kuśmierz** – III lek. wiceprezes ds. integracji – **Jarosław Pańniczek** – V stom., skarbnik – **Karolina Florek** – II lek., Sekretarz – **Małgorzata Zajdel** – V lek. Pozostali członkowie Zarządu to **Agnieszka Czeszyk** – V lek., **Jakub Chodorowski** – IV lek., **Dariusz Jałoz** – I farm., **Anna Kwiecińska** – VI lek.,

Marzena Matejszczak – II lek., **Małgorzata Pleban** – III lek., **Paweł Piąza** – V lek., **Grzegorz Popczak** – III lek., **Piotr Żychowski** – V lek.

Osoby tworzące nowe władze klubu to aktywni młodzi sportowcy, zaangażowani w działalność organizacyjną, ale również reprezentujący Uczelnię w rozgrywkach międzyuczelnianych. Każdy z nich jest jednocześnie przedstawicielem swojej sekcji w Zarządzie Klubu. Przed nimi nowe wyzwania i jednocześnie zadanie przeprowadzenia „akcji letniej AZS”. Bowiemy tradycją Klubu jest przygotowanie sportowców, studentów naszej akademii do nowego sezonu podczas organizowanych przez nas letnich obozów kondycyjnych. W tym roku Zarząd Klubu planuje dwa letnie wyjazdy. Pierwszy z nich to rejs po Mazurach w dniach 27 lipca – 5 sierpnia 2003 r., który rozpoczyna się w Wilkasach, skąd czarterujemy jachty typu „Sportina” i pod kierownictwem **mgr Wojciecha Modzelewskiego** ruszamy na żeglarską przygodę po „Krajinie Tysiąca Jezior”. Drugi obóz kondycyjny odbędzie się w ośrodku sportowo-wypoczynkowym BGŻ „Knieja” położonym

nad malowniczym Jeziorem Rajgrodzким w terminie 8 sierpnia – 20 sierpnia 2003 r. W imprezie tej weźmie udział trzydziestu studentów naszej Uczelni, sportowców na co dzień trenujących w Klubie AZS i reprezentujących barwy lubelskiej AM. Nad całością programu czuwać będą trenerzy – **mgr Wojciech Modzelewski** i **mgr Andrzej Welcz**, pracownicy Studium WFiS naszej Uczelni. Pobyt w tym świetnie wyposażonym ośrodku ma przede wszystkim na celu stworzenie optymalnych warunków treningowych dla naszych reprezentantów, tak aby zaczynając nowy sezon sportowej rywalizacji byli dobrze przygotowani do walki o jak najwyższą pozycję lubelskiej AM wśród innych uczelni. Informacje o pracach i projektach Zarządu KU AZS AM oraz o sekcjach sportowych są dostępne na stronie internetowej www.azs-am.lublin.prv.pl.

Ponadto zapraszamy wszystkich zainteresowanych działalnością Zarządu Klubu na cotygodniowe zebrania odbywające się w każdy piątek o godz. 17 w siedzibie Klubu – pokoju 103 w Hali Sportowej AM przy ul. dr. W. Chodźki 15. Wszystkim sportowcom i sympatykom AZS życzymy udanych wakacji, a tym którzy zdecydują spędzić je z nami zapewniamy świetną zabawę i aktywny wypoczynek.



Nowy zarząd podczas spotkania u JM Rektora



**Jakub Florek
prezes Klubu Uczelnianego AZS
AM w Lublinie**

**Członkowie prezydium Zarządu
KU AZS AM we własnej siedzibie
przy ul. dr. W. Chodźki 15.**

Koszykarze medycy walczyli w Lublinie o mistrzostwo Polski

W tym roku przypadł naszej Uczelni zaszczyt pełnienia honorowej roli gospodarza XXII Edycji Mistrzostw Polski Akademii Medycznych w Koszykówce.

ANNA KWIECIŃSKA

STUDENTKA VI ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
PREZES KU AZS AM

JAROSŁAW PAŚNICZEK

STUDENT V ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
AM W LUBLINIE

Organizacji tego wielkiego wydarzenia sportowego podjęli się Akademicki Związek Sportowy i Studium Wychowania Fizycznego i Sportu lubelskiej AM. Otwarcie mistrzostw w dniu 11 kwietnia 2003 towarzyszył podniosły nastrój. Swoją obecnością zaszczytili nas JM Rektor Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski** oraz **prof. dr hab. Jerzy Karski** – opiekun AZS naszej Uczelni.

Jego Magnificencja Rektor **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski** dokonał uroczystego otwarcia mistrzostw. Całości ceremonii towarzyszył występ chóru naszej Uczelni, zaś w rytmie

marsza tancerki Zespołu Pieśni i Tańca AM dokonywały prezentacji drużyn poszczególnych uczelni. Zaproszenie do udziału w rozgrywkach przyjęły wszystkie akademie medyczne Polski. Dla zgromadzonych na otwarciu szanownych gości, zawodników i trenerów był to wyjątkowy moment spotkania reprezentacji drużynowych całego kraju – 11 zespołów męskich i 9 kobiecych. Kwietniowy weekend, choć początkowo chłodny i deszczowy, chyba pod wpływem gorącej atmosfery turnieju z dnia na dzień rozpogadzał się tak, że w niedzielę żal było naszym gościom opuszczać słoneczny Lublin. Zespoły kobiece podzielono na dwie grupy. Grupa „A” to zdobywczyni złotego medalu poprzedniej edycji – drużyna z Wrocławia oraz Kraków, Białystok i Gdańsk, grupę „B” natomiast tworzyły drużyny z Poznania, Szczecina, Warszawy, Bydgoszczy i Lublina. Zespoły męskie rozstawio-



no w trzech grupach. W grupie „A” znaleźli się złoci medaliści poprzedniej edycji czyli ekipa z Gdańska oraz Wrocław i Szczecin, grupa „B” to srebrni medaliści z Warszawy, a także Kraków, Łódź i Białystok. Nasza drużyna jako brązowy medalista poprzedniej edycji mistrzostw otwierała grupę „C”; do niej dołosoowano ekipy z Poznania, Zabrza i Bydgoszczy. Po dwóch dniach eliminacji pierwsze miejsce w grupie „A” mężczyźni zapewnił sobie Wrocław po zwycięstwie nad Szczecinem (52:49) i Gdańskiem (63:39). Oprócz Wrocławia



wia wyjście z grupy „A” zapewniła sobie ekipa z Gdańska. W grupie „B” pierwsze miejsce po zwycięstwie nad Białymstokiem (64:47), Łodzią (80:72) i Krakowem (53:48) zapewnił sobie zespół z Warszawy. Drugie miejsce w grupie „B” po zwycięstwie nad drużyną z Łodzi (71:42) zagwarantowała

sobie ekipa z Białegostoku. Trzecie miejsce promowane awansem do ćwierćfinałów zajęła reprezentacja Łodzi. Ostatnią lokatę zajął zespół z Krakowa. W grupie „C” pierwsze miejsce uzyskała drużyna gospodarzy po zwycięstwie nad zespołami z Bydgoszczy (66:39) i z Zabrza (62:47).

Szczególnie zacięty mecz o pierwsze miejsce w grupie stoczyła nasza drużyna z ekipą z Poznania uzyskując wynik (57:52). Oprócz Lublina i Poznania awans do ćwierćfinałów z grupy „C” zapewniła sobie ekipa z Bydgoszczy po wygranej z Zabrzem (86:61).

Drugiego dnia mistrzostw odbyły się mecze ćwierćfinałowe w których awans do półfinałów wywalczyły wśród ekip męskich drużyny z Wrocławia (wygrana z Bydgoszczą 72:37), z Warszawy (wygrana z Poznaniem 74:60), a także z Białegostoku (wygrana z Gdańskiem 64:52) oraz Łodzi (po wygranej z ekipą AM Lublin 76:66).

Wśród kobiet, w grupie „A” pierwsze miejsce zajęły zawodniczki z Gdańska po zwycięstwie nad Krakowem (55:40), Białymstokiem (45:19) i Wrocławiem (37:35). Drugie miejsce w Grupie „A” zajęły dziewczęta z Wrocławia. Drużyny z Gdańska i Wrocławia wywalczyły awans do półfinałów.

W grupie B pierwsze miejsce zajęła ekipa AM Poznań, po zwycięstwie nad Lublinem, Warszawą, Bydgoszczą i Szczecinem. Drugie miejsce należało do drużyny z Warszawy. Nasze zawodniczki po zwycięstwie nad Warszawą (39:37) i przegranej z Poznaniem, Szczecinem i Bydgoszczą zajęły piątą lokatę w grupie. Szczególne emocje wywołał mecz naszych dziewcząt z dru-





żyną z Warszawy, który dzięki walce i ogromnemu zaangażowaniu naszych zawodniczek zakończył się dla nich sukcesem. Ostatecznie awans do półfinałów był udziałem ekipy z Poznania i Warszawy.

Mecze półfinałowe kobiet i mężczyzn rozegrane zostały w niedzielę. Wśród kobiet zawodniczki z Gdańska pokonały drużynę Warszawy (61:53), a zespół z Poznania przegrał z ekipą z Wrocławia (48:58). W ścisłym finale znalazły się drużyny Wrocławia i Gdańska, których spotkanie po wyrównanej walce zakończyło się zwycięstwem Wrocławianek (65:47). Natomiast trzecie miejsce zajęła ekipa z Poznania po

zwycięstwie nad zespołem z Warszawy (77:48). Nasza drużyna zajęła dziewiąte miejsce.

Wyniki spotkań półfinałowych mężczyzn, jak i sam przebieg wydarzeń na boisku upewniły wszystkich w przekonaniu, że w finale spotkają się dwa najlepsze zespoły: z Białegostoku i Łodzi.

Dwie pierwsze kwarty spotkania finałowego były bardzo wyrównane. Po pierwszej połowie zespół z Białegostoku wychodził na przerwę jako zwycięzca. Druga połowa to okres bardzo emocjonującej walki, kiedy prawie do ostatniego gwizdka nie było wiadomo kto zwycięży. Obie drużyny zapracowały na wynik końcowy 84:76. W tym miej-

scu warto szczególnie wyróżnić najskuteczniejszego zawodnika mistrzostw, króla strzelców **Wojciecha Gabrylewskiego** (AM Białystok) oraz najwszechstronniejszego zawodnika – **Tomasza Nowaka** (UM Łódź), którzy popisywali się tak skutecznością, jak i kilkoma efektownymi akcjami, po których publiczności ręce same składały się do oklasków. Na zakończenie, Kierownik Studium WFIS mgr Ryszard Sadło dokonał dekoracji złotych, srebrnych i brązowych medalistów, wręczając puchary ufundowane przez JM Rektora Akademii Medycznej prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego oraz nagrody dla „królewskiej pary strzelców” **Wojciecha Gabrylewskiego** (AM Białystok) oraz **Agnieszki Rytkowskiej** (AM Poznań), a także najwszechstronniejszego zawodnika i zawodniczki mistrzostw – **Tomasza Nowaka** (UM Łódź) i **Izrawit Medhanie** (AM Gdańsk).

Klasyfikacja końcowa mistrzostw Polski Akademii Medycznych w Koszówce 11-13 kwietnia 2003 r.

Kobiety:

- I miejsce – AM Wrocław
- II miejsce – AM Gdańsk
- III miejsce – AM Poznań
- IV miejsce – AM Warszawa
- V miejsce – AM Bydgoszcz
- VI miejsce – CM UJ Kraków
- VII miejsce – AM Szczecin
- VIII miejsce – AM Białystok
- IX miejsce – AM Lublin

Mężczyźni:

- I miejsce – AM Białystok
- II miejsce – AM Łódź
- III miejsce – AM Warszawa
- IV miejsce – AM Wrocław
- V miejsce – AM Lublin
- VI miejsce – AM Poznań
- VII miejsce – AM Gdańsk
- VIII miejsce – AM Bydgoszcz
- IX miejsce – AM Szczecin
- X miejsce – CM UJ Kraków
- XI miejsce – AM w Katowicach



Systematyczna praca naszych reprezentacji pod kierunkiem trenerów **mgr Marka Dacy** (trenera drużyny męskiej) i **mgr Stefana Cynke** (trenera drużyny kobiecej) zaowocowała bardzo dobrą grą zespołową. Drużyna reprezentacji

męskiej prezentowała wysoki poziom, o czym świadczy zajmowana przez nich pierwsza lokata w grupie. Jednak system gier przewidziany na 11 zespołów jest bardzo niekorzystny, tak że nasza drużyna, mimo iż prowadziła w swojej grupie wygrywając wszystkie spotkania, po przegranej z Łodzią nie mogła już walczyć o podium.

Skład reprezentacji drużynowej mężczyzn:

Trener – mgr Marek Daca
Kierownik drużyny: Jarosław Pańniczek (V rok Oddz. Stom.)

1. Łukasz Sidorowicz (III stom.)
2. Michał Mirosław (III rok Wydz. Lek.)
3. Zygmunt Kurczak (V rok Wydz. Farm.)
4. Michał Kwiatkowski (IV lek.)
5. Paweł Malik (doktorant)
6. Dariusz Jałozą (I farm.)
7. Piotr Bawiec (I farm.)
8. Zbigniew Opałczyński (pracownik)
9. Maciej Domański (IV lek.)
10. Wojciech Jezierzuk (II farm.)
11. Tomasz Chrościcki (I lek.)
12. Maciej Gryboś (V farm.)

Skład reprezentacji drużynowej kobiet:

- Trener – mgr Stefan Cynke
1. Agnieszka Pastuszek (VI lek.)
 2. Agata Żrebiec (V lek.)
 3. Karolina Florek (II lek.)
 4. Kinga Wyrzykowska (V stom.)
 5. Katarzyna Karwasik (V lek.)
 6. Katarzyna Nizioł (IV lek.)
 7. Monika Wójtowicz (III lek.)
 8. Agnieszka Wojciechowska (II farm.)
 9. Angelika Dziura (IV lek.)
 10. Marta Tkaczyk (V farm.)
 11. Ewa Cedro (III stom.)
 12. Magdalena Majewska (I lek.)

Z satysfakcją pragniemy stwierdzić, że mistrzostwa Polski przebiegły pomyślnie. Ogromne wyrazy uznania należą się organizatorom mistrzostw tj. pracownikom i trenerom Studium WFIS pod przewodnictwem Kierownika SWFIS AM mgr Ryszarda Sadło, członkom Klubu Uczelnianego Akademickiego Związku Sportowego, a w szczególności wiceprezesom Klubu Uczelnianego AZS AM: **Wojciechowi Glińskiemu, Tomaszowi Igrasowi i Pawłowi Plazie** oraz kibicom, którym dzie-

kujemy za wspaniałą sportową atmosferę zawodów. Serdeczne podziękowania składamy chórowi AM pod dyrekcją **dr Moniki Mielko** oraz Zespołowi Pieśni i Tańca AM, którym zawdzięczamy oprawę artystyczną uroczystości otwarcia mistrzostw. Pragniemy podziękować medykom, którzy społecznie pełnili funkcję lekarzy zawodów. Dziękujemy Sekretarzowi Zarządu Środowiskowego AZS **Robertowi Żołnierowiczowi** za to, że czuwał nad prawidłowym przebiegiem turnieju

Ania ma na własnym koncie: (1999 r.) kurs sternika jachtowego, uczestnictwo (2000-2001) w trójnarodowym programie szkolenia dla multiplikatorów polsko-niemiecko-francuskiej wymiany młodzieży organizowanym przy współpracy Międzynarodowego Centrum Wymiany Młodzieży we Wrocławiu oraz IFAD Institut Peuple et Culture – Montpellier, Interkulturelles Netzwerk – Berlin, zakończony uzyskaniem certyfikatu, uczestnictwo (2000) w żeglarskim programie szwedzko-polsko-rosyjsko-estońskim „Słońce nad Bałtykiem”, trzymiesięczne stypendium (2002) w ramach programu Erasmus Sokrates na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Katolickiego w Lille (Francja).

Posługuje się językami: angielskim, francuskim, niemieckim. Pracowała w kołach naukowych: SKN przy Zakładzie Etyki, SKN przy Katedrze i Klinice Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji, SKN Medycyny Sportowej przy Katedrze i Klinice Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej. Wielokrotnie prezentowała prace na konferencjach studenckich kół naukowych w kraju i za granicą.



Anna Kwiecińska

urodzona w Świdniku, w latach 1985-1993 uczęszczała do Szkoły Podstawowej nr 32 w Lublinie, a następnie w latach 1993-1997 do I Liceum Ogólnokształcącego im Stanisława Staszica w Lublinie (klasa o profilu biologiczno-chemicznym). Była stypendystką Prezydenta Miasta Lublina, uczestniczyła w ogólnopolskich olimpiadach z biologii i fizyki. W 1997 roku zdała maturę otrzymawszy „Medal Szkoły”. W latach 1997-2003 studiowała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie. Od 1998 członkini Klubu Uczelnianego AZS AM Lublin, sekcji pływackiej, żeglarskiej, aktualnie (od 1999 r.) pełni funkcję prezeski KU AZS.

służąc swą radą i pomocą. Nasze podziękowania kierujemy także do sponsorów mistrzostw – „Poczty Polskiej”, firmy „Artflock” oraz „Nałęczowianki”. Szczególne wyrazy wdzięczności pragniemy złożyć władzom Uczelni za umożliwienie przyjęcia nam zaszczytnej roli organizatora Mistrzostw Polski Akademii Medycznych w Koszówce i naszemu opiekunowi prof. dr hab. Jerzemu Karskiemu za osobiste zaangażowanie w sportową działalność Klubu Uczelnianego AZS AM.

Dni Sportu '03

W ostatnim dniu Medykaliów'03 Klub Uczelniany AZS AM Lublin przy współudziale Studium WFiS podtrzymując tradycję zorganizował coroczne Dni Sportu. Frekwencja braci studenckiej przeszła nasze najśmielsze oczekiwania. Jak widać, zainteresowanie sportem wśród naszych studentów nie maleje!

ry. Skład zwycięskiej drużyny Marsjan: Wojtek Koch, Krzysztof Zienkiewicz, Paweł Duniłko, Arkadiusz Woźniak, Tomasz Silezin, Łukasz Wielgus, Szymon Tucki.

Po zakończeniu piłkarskich zmagowań licznie zgromadzona w hali publiczność mogła podziwiać pokaz karate kio-kushin zaprezentowany przez sekcję z Łącznej. Młodzi sportowcy pokazali, że akrobatyczne skoki, krótkie sceny walk oraz rozbijanie cegieł mają opanowane perfekcyjnie. Korzysta-

JAROSŁAW PAŚNICZEK

STUDENT V ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNRGO
AM W LUBLINIE

Turniej rozpoczął się o godz. 9 w niedzielę 11 maja br. Jako pierwszą dyscyplinę zaplanowano piłkę nożną. Mimo trudów trwających już przecież od trzech dni Medykaliów'03 i dolegliwości dnia poprzedniego, do rywalizacji stanęło 10 siedmiosobowych drużyn: Przecina-ki, Blaszczacze Pytonga, Marsjanie, Chyże Dziadki, Gang Olsena, FC Medic, Oldboye, Cztery, FP 5 i To Nie My. Po zakończeniu rywalizacji w grupach – grano po 10 minut, do półfinałów awansowały drużyny Chyże Dziadki, FC Medic, Marsjanie i Cztery. Marsjanie pokonali FC Medic 1:0, a Chyże Dziadki zespół Cztery 2:1 zapewniając sobie awans do finału. W finale triumfowali Marsjanie pokonując Dziadków (braki kondycyjne?) 2:0. Trzecie miejsce zajęła drużyna Czte-



jąc z okazji chcielibyśmy jeszcze raz podziękować im za wspaniały występ i zaprosić do nas na kolejny występ.

Następnie rozpoczęła się rywalizacja koszykarzy oraz siatkarskich mixtów, czyli zespołów męskich z domieszką płci pięknej. Zgłosiło się pięć pięcioosobowych drużyn siatkarskich: Grigory, C. I. P. A. S. Y., Gorące Pipe-ty, Farmed i Wymiatacze. Po zaciętej rywalizacji – grano metodą każdy z każdym, nie do pokonania okazał się zespół Farmed wygrywając wszystkie spotkania po 2:0 w setach. Drugie miejsce zajęli Wymiatacze, a trzecia lokata przypadła C. I. P. A. S. O. M. Zwycięzcy to: **Karolina „Karka” Kasprzak, Joanna „Asia” Wierzbicka, Darek „Darek” Jałoz, Kuba „Goły” Gołyski, Tomasz „Obrus” Obruśnik.**

Nie mniej emocji przyniosły rozgrywki w koszykówkę. Do rywalizacji stanęło osiem pięcioosobowych zespołów: Kosikarze, Outsiders, Sterydy, XXX, Farma, Bud, Budlight oraz Chodźki 5/2 Hot Stars. Drużyny Bud i Budlight złożone były wyłącznie ze studentów naszej uczelni pochodzących z zagranicy. Ekipy rywalizowały w dwóch czterozespołowych grupach. Do półfinałów awansowały drużyny: XXX, Sterydziarze, Farma i Budlight. Sterydy pokonały XXX 28:14, a Farma wygrała z Budlight'em 22:10 zapewniając sobie miejsce w finale. W finałowej rozgrywce lepsi okazali się „koksiarze” – skuteczność terapii hormonalnej! Pokonali pierwszoroczników z Farmy 14:10. Niezwykle zacięty okazał się mecz o trzecie miejsce, w którym po trzech dogrywkach drużyna XXX musiała uznać wyższość zespołu Budlight. A Sterydy to: **Sobiesław „Sobek” Śnieżek, Jarek „Paździoch” Paśniczek, Kuba „Gryf” Ślusarz, Łukasz „Dufus” Sidorowicz, Wojtek „Młody” Jezierczuk.**

Turniej zakończył się późną nocą, a wszyscy uczestnicy i kibice na zakończenie tak wspaniałego pod względem sportowym dnia mogli obejrzeć pokaz fajerwerków, które kończyły Medykalia'03. Chcielibyśmy niniejszym podziękować osobom, bez których ten turniej nie miałby miejsca:

– Kierownikowi Studium WFiS mgr: **Ryszardowi Sadle** – za udostępnienie obiektu;



– Członkom KU AZS AM Lublin – **Wojtkowi Glińskiemu, Pawłowi Płazie, Tomkowi Igrasowi, Przemkowi Miturze, Kubie Chodorowskiemu** – za zorganizowanie i opiekę nad zawodami;

– Samorządowi Studentów AM Lublin – za ufundowanie nagród;

– Uczestnikom – łącznie 135 osób – bez Was nie byłoby imprezy;

– Publiczności – za głośny doping. ... oraz złożyć kolejną prośbę do JM Rektora o zwiększenie czasu przeznaczonego na tzw. „Wolną Halę”, aby wszyscy pragnący uprawiać sport mieli ku

temu warunki Zwracamy się z gorącą prośbą o wytyczenie placu pod budowę boiska do koszykówki lub boiska do siatkówki na terenach przyległych do akademików. Wtedy może nie powtórzy się sytuacja, która miała miejsce na terenie nowego osiedla przy ulicy dr W. Chodźki – chodzi tu o bloki nr 3 i 5, między którymi spółdzielnia (lub mieszkańcy) postawiła kosz do koszykówki. Został on jednak bardzo szybko usunięty z powodu częstych wizyt studentów, którzy chcieli wykorzystać przerwę w nauce dla ruchu



na świeżym powietrzu. Zdajemy sobie sprawę z kłopotów finansowych naszej Uczelni – bo kto ich teraz nie ma, ale tak naprawdę postawienie jednego kosza do koszykówki przy niewykorzystywanym parkingu przy DS nr 4 (od strony ulicy Smorawińskiego) kosztuje niewiele.

Korzystając z możliwości chcemy zaapelować o nie pozabawianie nas zielonego placu między DS. nr 2, a Halą Sportową AM w Lublinie, gdzie przewiduje się budowę parkingu. Teren ten jest wykorzystywany przez wszystkich studentów do biernego jak i czynnego wypoczynku na świeżym powietrzu po trudach codziennej nauki. Prosimy więc raz jeszcze JM Rektora oraz Kierownika Studium WFiS o rozpatrzenie naszej prośby, za spełnienie której wszyscy sportowcy, jak i mieszkańcy akademików lubelskiej AM już z góry serdecznie dziękują.



IV Regaty o Puchar JM Rektora AM w Lublinie

Już po raz czwarty odbyły się Regaty o Puchar JM Rektora AM w Lublinie prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego, w tym roku jednak nie były samodzielną imprezą, lecz stanowiły jedną z atrakcji Dni Kultury Studenckiej „Medykalia 2003”.

ALEKSANDRA STANKIEWICZ

STUDENTKA IV ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
SEKRETARZ GENERALNA EMSA

Organizatorami byli: Akademicki Związek Sportowy oraz Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny EMSA-Lublin. Na miejsce zawodów wybrano przystań przy ośrodku „Marina” nad Zalewem Zemborzyckim.

W regatach wzięło udział dziesięć czteroosobowych załóg, które ścigały się na łodziach typu Omega. Zawody odbywały się systemem pucharowym.

Pogoda niestety nie była przychylna żeglowaniu, gdyż wiał bardzo słaby wiatr, a także były przelotne opady deszczu, co znacznie utrudniało manewry. Jednak wszyscy uczestnicy wykazali się prawdziwie żeglarską postawą i hartem ducha, dzięki czemu rywalizacja stała się bardzo interesu-

jąca. Na kei obecni byli sympatycy żeglarstwa, którzy czuli obawę przed udziałem w regatach, ale chcieli w jakiś sposób pomóc „swoim” załogom, zagrzewali więc sterników do walki. Dzięki temu atmosfera stała się bardzo gorąca.

Ze względu na niesprzyjające warunki pogodowe każdy bieg trwał około trzydzieści minut, więc regaty zakończyły się dosyć późno. Oficjalne ogłoszenie wyników odbyło się wieczorem przy ognisku, na terenach naszego miasteczka. Gwiazdą wieczoru był zespół szantowy „KLANG”, który zaśpiewał wiele piosenek – od klasyki żeglarskiej począwszy przez wszystkie znane i powszechnie śpiewane (np. „Morskie opowieści”), aż po kompozycje własne. Osoby zainteresowane mogły wysłuchać opowieści o licznych rejsach pełnomorskich, w których pływali członkowie zespołu i porozmawiać na temat żeglarstwa.

Klasyfikacja końcowa Regat przedstawia się następująco:

I miejsce i Puchar JM Rektora AM w Lublinie zdobyła załoga w składzie:

1. Ewa Kapitan
2. Aneta Zawistowska
3. Michał Rakowski
4. Tomasz Wrzosek

II miejsce zajęła załoga w składzie:

1. Łukasz Kasprzak
2. Maria Steuden
3. Marcin Dziwulski
4. Mariusz Krekora

III miejsce dla załogi w składzie:

1. Tomasz Biezanek
2. Marzena Matejszczak
3. Agnieszka Skawińska
4. Piotr Matejszczak

GRATULACJE dla zwycięzców!

A wszystkim żeglarzom życzę metra wody pod kilem i zapraszam do udziału w kolejnych regatach!

Odszedł Profesor Jerzy Maj, Doktor Honoris Causa AM w Lublinie

Wspaniały człowiek, wybitny farmakolog, wielki uczyony, mistrz życia



**Prof. dr hab.
dr h. c. mult. Jerzy Maj**

(1922-2003)

Profesor Jerzy Maj pracował w Lublinie dość krótko, zaledwie cztery lata, w okresie 1963-1967, lecz bardzo aktywnie i nadzwyczaj efektywnie. W tych latach opublikował 43 prace w czasopiśmie ukazujących się w kraju i za granicą.

Kierował w Uczelni Zakładem Farmakologii, pełnił ponadto obowiązki Kierownika Zakładu Farmakodynamiki. Te dwa, wprawdzie odrębne organizacyjnie Zakłady stanowiły jeden ludzki organizm mający siedzibę w Collegium Pharmaceuticum, w niewielkim pomieszczeniu o powierzchni 200 kw. Co istotne, w obu Zakładach pracowało zaledwie ośmiu asystentów, którzy pełni entuzjazmu, bez względu na miejsce zatrudnienia prowadzili ćwiczenia zarówno dla studentów Wydziału Lekarskiego, jak i Wydziału Farmaceutycznego, a także realizowały badania naukowe.

Prof. J. Maj przyjechał do Lublina z gotowym, nakreślonym programem naukowym. W dość krótkim czasie zaproponował badaczom, a następnie wprowadził nowy kierunek badań neuropsychofarmakologicznych, którymi zainteresował wszystkich współpracowników. Stworzył zespół, który z wielkim zapałem i energią prowadził badania, kontynuowane po dziś dzień w obu Zakładach. Mimo nadzwyczaj skromnego wyposażenia pracownicy niejednokrotnie we własnym zakresie przygotowywali i konstruowali sprzęt konieczny do przeprowadzania doświadczeń.

W Lublinie, prof. J. Maj rozpoczął pierwsze naówczas w Polsce badania nad mechanizmem działania leków przeciwdepresyjnych oraz inhibitorów MAO, mechanizmem działania neuroleptyków stosowanych jednorazowo i przewlekłe, rolę noradrenaliny, dopaminy i serotoniny w zachowaniu zwierząt oraz wpływem hałasu na aktywność układu serotonergicznego w ośrodkowym układzie nerwowym. Profesor codziennie, wyjątkowo dociekliwie interesował się otrzymanymi wynikami, zachęcał nas do coraz bardziej intensywnej pracy, nie oszczędzając przy tym własnego czasu przekazywał nam cenne informacje dotyczące dalszych kierunków badań. Wyniki badań, pozwalające na nie budzącą wątpliwości ich interpretację, zawsze były oparte na niezwykle obszernym materiale doświadczalnym.

Prof. Jerzego Maja wspominam jako niestrudzonego badacza, niezwykle zaangażowanego w życie Zakładu, jako człowieka o dużej wiedzy, oryginalnych koncepcjach naukowych, którego cechowała nieprzeciętna pracowitość, rzetelność naukowa, odpowiedzialność oraz wielkie wymagania wobec siebie i współpracowników.

Profesor opuszczając w 1967 Akademię Medyczną w Lublinie skonał, że wspomniane cztery lata zalicza do bardzo owocnych, miłych i satysfakcjonujących chwil własnego życia, które stworzyły szansę wypracowania czołowych problemów badawczych, a nade wszystko przyczyniły się do wykreowania zespołu wartościowych i dobrze rokujących pracowników naukowych, z których notabene sześcioro uzyskało tytuł naukowy profesora.

Prof. Jerzy Maj rozstawał się z Lublinem w łzawej, pełnej wzruszenia atmosferze. Klimat tamtych wspaniałych lat przetrwał i sprawił, że tak naprawdę Profesor nigdy nie opuścił

w naukowej potrzebie swych współpracowników z Zakładów Farmakologii i Farmakodynamiki służąc im wielokrotnie dobrą radą oraz wszechstronną pomocą, za co Mu raz jeszcze, w imieniu licznego grona koleżanek i kolegów składam pośmiertnie stokrotne dzięki.

Fragment wypowiedzi prof. dr hab. Mariana Wielosza – kierownika Katedry i Zakładu Farmakologii i Toksykologii AM w Lublinie, wygłoszonej 17 czerwca 2003 r. podczas posiedzenia Rady Naukowej Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie, poświęconego pamięci prof. dr hab. Jerzego Maja.

W dniu 9 lutego 2003 roku zmarł w Krakowie emerytowany profesor zwyczajny doktor honoris causa naszej Almae Matris, członek PAN i PAU wieloletni dyrektor Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie Jerzy Maj.

Odszedł od nas wybitny naukowiec, wspaniały człowiek, nauczyciel i wychowawca wielu pokoleń studentów i młodych pracowników nauki, twórcą polskiej szkoły neuropsychofarmakologii.

Prof. Jerzy Maj urodził się 14 lipca 1922 roku w Brześciu nad Bugiem. Studia na Wydziale Farmaceutycznym UJ ukończył w roku 1949. Doktorat uzyskał w roku 1951, habilitował się w roku 1962. profesorem nadzwyczajnym został w roku 1971, profesorem zwyczajnym w roku 1979. Od roku 1979 jest członkiem korespondentem Polskiej Akademii Nauk, a od roku 1990 członkiem czynnym Polskiej Akademii Umiejętności. W roku 1991 został członkiem rzeczywistym PAN.

Pracę naukową rozpoczął Jerzy Maj w roku 1950 w Zakładzie Farmakodynamiki AM w Krakowie, gdzie

pracował do roku 1964, kolejno jako asystent, starszy asystent, adiunkt i docent. W latach 1964-1967 był Kierownikiem Zakładu Farmakologii AM w Lublinie. Od roku 1967 pracował w Instytucie Farmakologii PAN w Krakowie, zajmując stanowisko Kierownika Zakładu Farmakologii (1975-1992), zastępcy dyrektora ds. naukowych (1975-1977) oraz dyrektora Instytutu (1997-1992). W latach 1970-1977 był Kierownikiem Studium Doktoranckiego przy tymże Instytucie. Dorobek naukowy prof. J. Maja obejmuje 218 opublikowanych prac oryginalnych, 31 prac przeglądowych, 3 rozdziały w podręcznikach oraz 131 komunikatów zjazdowych.

W początkowym okresie swej działalności prof. J. Maj zajmował się badaniami nowych związków pochodzenia roślinnego, w tym działaniem hipotensyjnym *Veratrum lobelianum* i *Vinca minor*, a także badaniami nad patogenezą i farmakologią wstrząsu. Główną problematyką badawczą stała się jednak psycho- i neurofarmakologia. Początkowo dotyczyła ona charakterystyki leków psycho- i neurotropowych, roli różnych systemów neuroprzekaźnikowych dla funkcji mózgu oraz interakcji pomiędzy różnymi systemami neuroprzekaźnikowymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Z tego okresu na szczególną uwagę zasługują badania prof. J. Maja, które doprowadziły do ustalenia profilu farmakologicznego oraz mechanizmu działania wielu leków stosowanych w leczeniu choroby Parkinsona i w leczeniu depresji.

Prof. Jerzy Maj opracował nową oryginalną metodę (odruch fleksyjny u szczura rdzeniowego), pozwalającą na ocenę działania leków na ośrodkowy układ serotoninowy, wykrywając za jej pomocą serotoninomimetyczne działanie niektórych halucynogenów i serotonolityczne działanie neuroleptyków. Podjął też badania nad lekami przeciwdre-

syjnymi stwierdzając przeciwserotoninowe działanie nietypowych (mianseryna, trazodon, danitracen) i klasycznych (amitryptylina, doksepina) leków przeciwdepresyjnych.

W okresie późniejszym badania prof. J. Maja koncentrowały się głównie wokół leków przeciwdepresyjnych oraz farmakologii układu serotoninergicznego. W ramach pierwszego z tych kierunków prof. J. Maj dokonał odkrycia nadwrażliwości ośrodkowych receptorów α -1-adrenergicznych i zwiększonej reaktywności układu dopaminergicznego pod wpływem wielokrotnie podawanych typowych i nietypowych leków przeciwdepresyjnych. Dalsze badania nad zwiększoną reaktywnością układu dopaminergicznego wykazały przy tym, że dotyczy ona przede wszystkim dopaminowego układu mezolimbicznego i jest związana ze wzrostem reaktywności (i powinowactwa do agonistów) receptorów dopaminowych D-2. Ustalił też profil farmakologiczny wielu leków przeciwdepresyjnych nowej generacji (binadolina, pirlindol, triflukarbina, karbamazepina), scharakteryzował działanie farmakologiczne enacjomerów oksaprotiliny oraz nowych selektywnych inhibitorów monoaminooksydazy A (bromofarmina, moklobemid) oraz stwierdził brak działania przeciwserotoninowego i brak działania w niektórych modelach używanych do oceny działania przeciwdepresyjnego (hipotermia rezerpiny i apomorfiny, test pływania) selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny (fluoksetyna, fluwoksamina, citalopram). Wykazał również istotne różnice w farmakokinetyce imipraminy i dezipraminy, odpowiedzialne za różnice w ich działaniu farmakologicznym, oraz odkrył, że trazodon (lek przeciwdepresyjny o działaniu przeciwserotoninowym) ulega w ustroju metabolizacji do m-chlorofenylopiiperazyny, posiadającej działanie serotoninomi-

metyczne, a więc przeciwne do działania związku macierzystego. Zdecydowana większość przytoczonych powyżej wyników badań prof. J. Maja była opublikowana w renomowanych czasopiśmie międzynarodowych oraz stanowiła przedmiot jego referatów i doniesień podczas licznych międzynarodowych kongresów, sympozjów, konferencji itp. W tym miejscu warto dodać, że na wielu z nich, w tym na światowych Kongresach Farmakologii IUPHAR, prof. J. Maj był autorem referatów plenarnych przedstawianych na zaproszenie organizatorów.

Charakteryzując dorobek naukowy prof. J. Maja – poza jego imponującymi rozmiarami i wagą poszczególnych przytoczonych wyżej odkryć – należy podkreślić zdecydowaną koncentrację wokół określonych problemów badawczych. Zwraca uwagę znaczna liczba prac przeglądowych, stanowiących najeczęściej podsumowanie kolejnych etapów własnych badań, oraz wysoka liczba cytowań autorów prac prof. Jerzego Maja przez innych.

Dorobek ten, ciągle pomnażany i pogłębiany, był też niewątpliwie podstawą prestiżu prof. J. Maja jako uczonego cieszącego się niezwykle wysokim uznaniem w kraju i na świecie. W kraju był niekwestionowanym liderem i twórcą polskiej szkoły psychofarmakologii. W tej właśnie specjalności wypromował 22 doktorów i 7 doktorów habilitowanych, z których wielu posiada już tytuł profesora i kieruje własnymi zespołami badawczymi. Ten też kierunek nadał prof. J. Maj Zakładowi Farmakologii AM w Lublinie, a przede wszystkim Instytutowi Farmakologii PAN w Krakowie. Ten ostatni – zawdzięczający prof. Jerzemu Majowi nie tylko problematykę badawczą, ale również szybki rozwój i obecny kształt – stał się pod jego kierownictwem wiodącą w kraju placówką farmakologicz-

ną i stanowi zaplecze (w zakresie informacji naukowej, metod badawczych, aparatury, koordynacji badań, organizacji imprez naukowych, szkół itp.) dla wielu zakładów uczelnianych.

O wielkim znaczeniu i uznaniu, z jakim spotykają się w kraju i na świecie dokonania, prof. J. Maja świadczą też liczne nagrody i przyznane godności. I tak, w roku 1981 otrzymał nagrodę Międzynarodowej Fundacji „Anna Monika” za badania nad farmakologicznym profilem i mechanizmem działania nietypowych leków przeciwdepresyjnych, trzykrotnie (1972, 1975, 1985) – nagrodę Sekretarza Naukowego PAN, nagrodę Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (1959) oraz wielokrotnie nagrody rektorów Akademii Medycznych w Krakowie i Lublinie. W roku 1988 otrzymał godność doktora honoris causa Akademii Medycznej w Lublinie, a w roku 1989 Uniwersytetu im. Semmelweisa w Budapeszcie. Prof. J. Maj był członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego (1986), Węgierskiego Towarzystwa Farmakologicznego (1979) oraz członkiem korespondentem (1976) i członkiem honorowym (1995) Niemieckiego Towarzystwa Farmakologii, Toksykologii i Farmakologii Klinicznej. Ponadto Węgierskie Towarzystwo Farmakologiczne wyróżniło go medalem Isekutza (1979), a Towarzystwo Farmakologiczne NRD – plaketką Bocheima (1979). Był też odznaczony Krzyżem Kawalerskim (1973) i Krzyżem Oficerskim (1983) oraz Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski.

W strukturach Polskiej Akademii Nauk, prof. J. Maj był członkiem trzech komitetów naukowych – Komitetu Nauk Fizjologicznych (w ramach którego w latach 1975-1981 przewodniczył Komisji Farmakologii), Komitetu Terapii Doświadczalnej oraz Komitetu Nauk o Leku. Od roku 1984 był członkiem Sekretariatu Wydziału Nauk Medycznych, w latach 1982-

1988 był członkiem Kolegium ds. Placówek, a w latach 1984-1989 – członkiem Komisji Nagród Wydziału Nauk Medycznych. Prof. Maj był członkiem – założycielem Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego. Także i tu pełnił szereg odpowiedzialnych funkcji, w tym przewodniczącego (1973-1975) i wiceprzewodniczącego (przez kilka kadencji) oraz członka (wielokrotnie) Zarządu Głównego angażując się w nie z właściwą sobie inicjatywą i poświęcając im wiele czasu. Z racji funkcji w towarzystwie był m. in. inicjatorem i głównym realizatorem owocnej i trwającej do dziś współpracy z Węgierskim i Niemieckim Towarzystwem Farmakologicznym, która w połowie lat siedemdziesiątych doprowadziła do wyraźnego ożywienia krajowego środowiska farmakologicznego i przyniosła organizację wspólnych z tymi Towarzystwami imprez naukowych, a w związku z tym i do licznych wyjazdów polskich farmakologów za granicę.

Wielokrotnie pełnił prof. J. Maj funkcję przewodniczącego Komisji

Programowej Zjazdów Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, zapewniając im w ten sposób udział liczących się uczonych z całego świata, a tym samym odpowiednio wysoki poziom naukowy. Z ramienia Towarzystwa – i nie tylko – był autorem licznych ekspertyz o stanie farmakologii w Polsce, przygotowywanych dla potrzeb Polskiej Akademii Nauk, Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz innych władz.

Pomimo własnych, ściśle ukierunkowanych zainteresowań badawczych, stał się animatorem nowych kierunków w Instytucie Farmakologii, niekoniernie związanych z własnymi badaniami. W ostatnich latach z inicjatywy prof. J. Maja i przy jego znaczącym poparciu promowane były badania z zakresu neurobiologii (w tym przy wykorzystaniu hodowli tkankowych), neuroimmunofarmakologii oraz nowoczesne metody modelowania cząsteczkowego nowych związków o potencjalnym działaniu biologicznym. Pomimo wielu obowiązków organizacyjnych, związa-

nych ze stanowiskiem dyrektora Instytutu, prof. J. Maj przywiązywał wielką wagę do szkolenia i prawidłowego rozwoju kadry. Poświęcając tej sprawie wiele energii i czasu, zabiegał o szerokie kontakty z zagranicą oraz inspirował rozmaite szkolenia wewnątrzinstytutowe (studium doktorańskie, zebrania naukowe, wykłady) i pozainstytutowe (minisympozja, szkoły).

Powszechnie uznawane są osiągnięcia naukowe prof. Jerzego Maja, a także jego wybitna osobowość. Odznaczał się wielką pracowitością, rzetelnością i odpowiedzialnością, wysokimi wymaganiami wobec współpracowników, ale przede wszystkim wobec siebie. Sprawiedliwa ocena ludzi i wielka dla nich życzliwość, zapewniały mu uznanie i autorytet, tak w kraju, jak i na forum międzynarodowym, a także na terenie Instytutu Farmakologii, wśród jego pracowników. Po odejściu na emeryturę aktywnie uczestniczył w życiu naukowym Instytutu Farmakologii PAN. Do ostatniej chwili był przewodniczącym Rady Naukowej. Cechowała go wielka życzliwość dla ludzi. Zawsze starał się przekazać bogactwo własnej osobowości tym, którzy się z Nim spotkali.

Z wielkim bólem i żalem pożegnaliśmy wybitną postać polskiej farmakologii, zmarłego profesora, znakomitego uczonego, świetnego specjalistę w zakresie neuropsychofarmakologii, prawego człowieka, wychowawcę wielu polskich farmakologów.

W pamięci uczniów i współpracowników z Zakładu Farmakologii lubelskiej AM Profesor Jerzy Maj zostanie jako człowiek o nieskazitelnym charakterze i niepowtarzalnej osobowości, zawsze zaangażowany w rozwój polskiej farmakologii.

Cześć Jego Pamięci

PROF. DR HAB. MARIAN WIELOSZ



Od lewej: prof. dr hab. Jerzy Maj, prof. dr hab. Marian Wielosz, prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok, prof. dr hab. Edmund Przegaliński

Pozostała tęsknota i wielki żal

Pani Krystyna Nowakowska



Krystyna Nowakowska

(1915-2003)

Słowa ostatniego pożegnania Pani Krystyny Nowakowskiej – wieloletniej Sekretarz Rektora AM, wygłoszone przez prof. dr hab. Kazimierza Główniaka – prorektora do spraw nauki w dniu 2 maja 2003 roku, podczas ceremonii pogrzebowej.

Odejście z grona żyjących, Pani Krystyny Nowakowskiej – wieloletniego pracownika administracji, a następnie kierownika Sekretariatu Rektora, napełniło żalobą nie tylko najbliższą rodzinę, ale całą społeczność akademicką naszej Uczelni.

Pragnę pożegnać Ją w Imieniu JM Rektora Akademii Medycznej, Senatu i wszystkich pracowników, a także wszystko w imieniu pracowników administracji Uczelni, a także własnym.

Pani Krystyna Nowakowska urodziła się 1 czerwca 1915 roku na Morawach, w miejscowości Krasne. Dzieciństwo spędziła wraz z rodzicami we Lwowie, gdzie uczęszczała do gimnazjum. W roku 1933 przyjechała z rodziną do Janowa Lubelskiego, tu ukończyła szkołę i rozpoczęła pracę zawodową, jako urzędnik sądowy w Sądzie Grodzkim. Po wybuchu wojny, we wrześniu 1939 r. przybyła do Lublina, a w 1940 r. rozpoczęła pracę w Związku Gospodarczym, a następnie w Polskich Zakładach Zbożowych. W latach 1948-1950 była zatrudniona na stanowisku inspektora w Komisji Specjalnej, a od października 1950 r., po likwidacji Komisji, jako asesor w Prokuraturze Wojewódzkiej. Z dniem 1 stycznia 1952 r. podjęła pracę w AM, początkowo na stano-

wisku referendarza w Dziale Gospodarczym, a następnie, od 1 września 1952 r. jako kierownik Oddziału Organizacji i Toku Studiów. Z dniem 16 lutego 1957 r. objęła stanowisko kierownika Sekretariatu – Sekretarza Rektora i zajmowała je aż do 1981 r., kiedy odeszła na emeryturę.

Zawsze cechowała ją wysoka odpowiedzialność, samodzielność i inicjatywa na powierzonym stanowisku pracy. Aktywnie uczestniczyła w życiu Uczelni, w pracach związków zawodowych, była też wieloletnią członkinią Zarządu Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej AM. W uznaniu wieloletnich zasług, została uhonorowana Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym i Srebrnym Krzyżem Zasługi oraz wieloma innymi medalami i odznakami.

Takie są fakty z życia Pani Krystyny Nowakowskiej, wypełnionego obowiązkami rodzinnymi, pracą społeczną, zaś głównie obowiązkami życia zawodowego, które prawie bez reszty związała z naszą Uczelnią, dla której z pełnym oddaniem pracowała, z którą się identyfikowała, żyjąc i przeżywając wszystko to, co wywoływało nie tylko radość, ale i niepokoje w życiu Almae Matris. Uznawała właściwą hierarchię wartości, w której poza rodziną, na pierwszym miejscu stawiała pracę, do której przygotowywała się, by wykonywać ją kompetentnie i jak najlepiej, z wielką życzliwością, ale również z godnością.

Swoją kompetencją, znajomością kodeksów i hołdowaniem dobrym obyczajom akademickim, podniosła wizerunek Urzędu Rektora i rangę Sekretarza tego Urzędu. Była chodzącym kompendium wiedzy dotyczącej zarówno historii Uczelni, przepisów i rozporządzeń, regulujących pracę uczelni, a także aktualnych problemów, którymi żyła, i w których czynnie uczestniczyła.



Wielu z nas po dziś dzień pamięta przemile chwile spędzone przy Jej biurku w oczekiwaniu na wizytę u JM Rektora. Pocieszycielka strapionych, orędowniczka pokrzywdzonych, powierniczka zwierzeń, Pani Krystyna.

Pamiętam Panią Krystynę zawsze uśmiechniętą, stwarzającą wrażenie, że oto właśnie oczekuje na przybycie oraz przyjęcie każdego, kto miał jakąkolwiek sprawę do przedstawienia Rektorowi. Jej sakramentalne pytanie: „*W czym mogę pomóc?*” neutralizowało treść, ośmielało. Zawsze z wielką uwagą wnikała w prezentowane problemy, zyskując tym pełne zaufanie i gotowość zawierzenia Jej każdej, nawet trudnej sprawy. Dzięki ogromnej życzliwości, posiadanej wiedzy z dziedziny prawa i administracji oraz kompetencji, wiele z tych trudnych spraw wyjaśniała lub rozwiązywała osobiście bądź przedstawiała je Rektorowi w taki sposób, by uzyskać życzliwe zainteresowanie i przychyłność Jego Magnificencji dla ludzkich trosk.

Nie ma już sekretariatu Rektora AM przy ul. Cichej 6, trudno byłoby

zatem odnaleźć biurko, przy którym pracowała Pani Krystyna, ale pozostał trwały ślad – styl dobrej, odpowiedzialnej pracy i wysoki prestiż Urzędu – Sekretarza JM Rektora, który przekazała następczyniom, ułatwiając ich pracę i dbając o podtrzymanie dobrych, akademickich tradycji.

W osobie Zmarłej utraciliśmy cenionego, zawsze oddanego sprawom uczelni współpracownika, organizatora i społecznika. Odszedł od nas zasłużony pracownik administracji Uczelni, o niepowtarzalnej osobowości i niespotykanych cechach charakteru, Pierwsza Dama akademickiej administracji. Taką pozostanie w naszej pamięci.

Odeszła w dniu 23 kwietnia 2003 roku, została pochowana na cmentarzu przy ul. Lipowej.

Pokój Jej Duszy!

Profesor Roman Buliński



Prof. dr hab. Romuald Buliński
(1929-2003)

Wniedzielę, 27 kwietnia 2003 r. zmarł, przeżywszy 74 lata, prof. dr hab. Romuald Buliński, emerytowany profesor zwyczajny, wieloletni Kierownik Katedry i Zakładu Bromatologii Akademii Medycznej w Lublinie. Uroczystości pogrzebowe odbyły się 2 maja 2003 r. o godzinie 12 na cmentarzu przy ul. Lipowej w Lublinie. Był Człowiekiem prawego charakteru, przyjaznym i życzliwym, zawsze gotowym służyć w potrzebie dobrą radą i pomocą.

Romuald Buliński, syn Stanisława i Anieli z domu Morlewskiej, urodził się 5 lutego 1929 r. w Tyszowcach, pow. Tomaszów Lubelski. Ojciec był sędzią w Zamościu, matka zaś zajmowała się domem. Do szkoły podstawowej zaczął uczęszczać w 1935 r. w Tyszowcach, a ukończył ją w 1940 r. w Uchaniach, pow. Hrubieszów. W 1942 r. jego rodzina została przesiedlona z Uchań do Tyszowic. Z powodu grasujących na tym terenie band UPAs, mordujących miejscową ludność, w 1943 r. wraz z rodziną przeniósł się do Zamościa. W styczniu 1943 r. podjął pracę w Spółdzielni Rolniczo-Handlowej w Tyszowcach; pracował tam w charakterze pracownika umysłowego do kwietnia 1944 r. Od 1944 r. uczęszczał do Gimnazjum i Liceum im. Hetmana Jana Zamojskiego, a następnie do Liceum i Gimnazjum Prezydium Miejskiej Rady Narodowej, które ukończył w 1947 r. W roku następnym (1948) rozpoczął studia na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Dyplom magistra farmacji otrzymał w 1952 r., już w Akademii Medycznej.

Uchwałą Rady Wydziału Farmaceutycznego z dnia 18 kwietnia 1963 r., na podstawie pracy „Poziom azotu aminowego i amoniakalnego oraz stopień pH, jako wskaźniki oceny sanitarnej mięsa bydła chorego, poddanego ubojowi koniecznemu”, uzyskał stopień doktora nauk farmaceutycznych. Stopień naukowy doktora habilitowanego w zakresie higieny otrzymał na Wydziale Lekarskim AM w Lublinie 24 września 1974 r., po publicznej obronie dysertacji: „Badania składu chemicznego i wartości odżywczej krajowych orzechów włoskich”. 30 marca 1984 r. został profesorem nadzwyczajnym, zaś 16 stycznia 1992 r. – profesorem zwyczajnym.

Już w czasie studiów (1952) rozpoczął pracę naukowo-dydaktyczną w Zakładzie Nauki o Środkach Spożywczych Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie, przechodząc wszystkie szczeble awansu nauczyciela akademickiego od zastępcy asystenta (1 września 1952 – 31 grudnia 1952), asystenta (1 stycznia 1953 – 31 grudnia 1954), starszego asystenta (1 stycznia 1955 – 31 grudnia 1956), adiunkta (1 stycznia 1957 – 30 września 1962), wykładowcy (1 października 1962 – 30 kwietnia 1967) i starszego wykładowcy (1 maja 1967 – 31 stycznia 1976). W latach 1966 – 1975 pełnił obowiązki kierownika Zakładu Nauki o Środkach Spożywczych (od 1970 r. Zakład Bromatologii), a następnie, po otrzymaniu stanowiska docenta (1 lutego 1976), objął kierownictwo tegoż Zakładu. Funkcje tę sprawował do 30 września 1999 r., do momentu przejścia na emeryturę.

Działalność dydaktyczna Profesora obejmuje ponad 45-letni okres pracy w jednej Katedrze i Zakładzie, w tym prowadzenie wykładów, ćwiczeń i egzaminów dla studentów, a także kierowanie ok. 150 pracami magisterskimi, promocje 5 przewodów doktorskich. Był także recenzentem 5 dysertacji doktorskich, 1 przewodu

habilitacyjnego oraz 1 oceny w sprawie o nadanie tytułu naukowego profesora nadzwyczajnego. Na prośbę redakcji niektórych czasopism naukowych, jak: *Acta Alimentaria Polonica*, *Roczniki Przemysłu Mleczarskiego*, *Annales UMCS*, zredagował kilkadziesiąt recenzji prac przeznaczonych do druku. Brał czynny udział w szkoleniu podyplomowym, będąc kierownikiem kilkunastu specjalizacji z analizy farmaceutycznej i bromatologicznej oraz członkiem komisji egzaminacyjnej dla specjalizacji z analizy farmaceutycznej. Sprawował opiekę nad Kołem Naukowym przy Katedrze Bromatologii. Był także współautorem trzech skryptów z bromatologii.

Głównymi kierunkami działalności naukowej profesora były: badania biologicznych i chemicznych zanieczyszczeń żywności oraz wpływ niektórych chemicznych czynników na skład i wartość odżywczą niektórych warzyw, badania wpływu skażeń środowiskowych, a zwłaszcza metali ciężkich na ich zawartość w tkankach ludzi, populacji generalnej oraz pracujących w warunkach uciążliwych i u narażonych, badania dotyczące niektórych zagadnień metodycznych oznaczania wybranych składników żywności oraz ich zanieczyszczeń chemicznych. Do szczególnie cennych osiągnięć naukowych Profesora zaliczyć należy badania dotyczące zanieczyszczeń środowiska, a w szczególności różnych grup produktów spożywczych. Początkowo obejmowały one badania nad pestycydami (fosforoorganicznymi, chłoroorganicznymi), a następnie metalami ciężkimi, zarówno toksycznymi (Cd, Pb, Hg), jak i mikroelementami niezbędnymi w prawidłowym odżywianiu człowieka. Były to prace pionierskie w makroregionie i w kraju. Kolejnym trwałym wkładem Profesora do nauki o żywności były badania biologiczne i chemiczne nad skła-

dem i wartością odżywczą produktów spożywczych pochodzenia krajowego oraz wybranych zestawów dietetycznych.

Był członkiem Komisji Higieny Żywności Wydziału VI Polskiej Akademii Nauk, Komisji Analizy Bromatologicznej Komitetu Chemii Analitycznej PAN, Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Lubelskiego Towarzystwa Naukowego. Zorganizował też VI Sesję Naukową Komisji Analizy Bromatologicznej PAN w Lublinie, na temat: „Szkodliwe pierwiastki w żywności”.

Za pracę naukową, dydaktyczną i organizacyjną, był wielokrotnie nagradzany i wyróżniany, m. in. Złotym Krzyżem Zasługi (1974), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1979), Odznaką „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”, (1969), Brązową Odznaką „Za zasługi dla Ligi Obrony Kraju”, Honorową Odznaką Akademii Medycznej w Lublinie, Medalem „XXX-lecie Akademii Medycznej w Lublinie”, Medalem „Zasłużony Nauczyciel PRL”, a także licznymi nagrodami rektorskimi.

Był niezwykle dobrym i prawym człowiekiem, zawsze otwartym na problemy innych. Cechowała Go wysoka kultura, sprawiedliwość i nie-naganny sposób bycia. W Zakładzie stworzył i utrzymywał miłą i ciepłą atmosferę. Każdy, kto bliżej znał Profesora zachowa w pamięci Jego życzliwy uśmiech i charakterystyczny dla Niego zwrot – „Co tam dobrego słyszeć, panie kolego?”. Bo dobroć i życzliwość – zarówno dla studentów jak i dla współpracowników, dla przyjaciół i kolegów, dla znajomych i nieznajomych, dla wszystkich ludzi dobrej woli – charakteryzowały Profesora do końca życia.

DR N. FARM. ANDRZEJ WRÓBEL

Zmarł Profesor Romuald Langwiński



**Prof. dr hab.
Romuald Langwiński**

(1935-2003)

Dnia 7 czerwca 2003 roku zmarł prof. dr hab. n. med. dr farm. Romuald Langwiński. Miał 70 lat. Do ostatnich chwil życia pełnił funkcję kierownika Katedry i Zakładu Farmakodynamiki Akademii Medycznej w Lublinie. Śmierć ta głęboko zasmuciła grono Jego współpracowników, studentów i przyjaciół.

Profesor Romuald Langwiński urodził się 5 maja 1933 roku w Lublinie. Studia farmaceutyczne ukończył w 1955 roku, studia lekarskie w 1962 roku. Od 1956 roku pracował bez przerwy w Katedrze i Zakładzie Farmakodynamiki, początkowo w charakterze asystenta, później starszego asystenta, następnie adiunkta, a od 1974 roku kierownika Zakładu. W 1964 roku otrzymał stopień doktora farmacji, a następnie, w 1973 roku uzyskał stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie farmakologii. W 1974 roku został mianowany docentem etatowym w Zakładzie Farmakodynamiki AM w Lublinie. W 1982 roku został profesorem nadzwyczajnym, a w 1988 r. profesorem zwyczajnym.

W latach 1977-1986 był skarbnikiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, a w latach 1975-1977 przewodniczącym Zarządu Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego. W latach 1995-2001 był prezesem Zarządu Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Był również członkiem wielu innych towarzystw naukowych.

Profesor Romuald Langwiński był autorem lub współautorem ponad 120 prac naukowych publikowanych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych, kilku pod-

ręczników przeznaczonych dla studentów medycyny i farmacji. Pod Jego kierunkiem 11 osób uzyskało stopień doktora nauk farmaceutycznych. Był też recenzentem licznych prac doktorskich, habilitacyjnych oraz wniosków naukowych na tytuł profesora.

Odnaczony był Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Wielokrotnie otrzymywał nagrody naukowe, dydaktyczne oraz za kształcenie młodej kadry naukowej.

Odszedł od nas wybitny uczyony, znakomity nauczyciel, wychowawca wielu pokoleń farmaceutów, niezwykle życzliwy i prawy Człowiek. Wielki autorytet, lubiany i poważany. Tworzył wokół siebie atmosferę radości i pełni życia. Należał do Koła Myślicieli, kochał góry, jeździł na nartach, grał w tenisa. Z Jego skarbnicy wiedzy i poczucia humoru czerpaliśmy wszyscy. W naszych sercach pozostał pustkę, której nikt nie wypełni.

Śmierć Pana Profesora skłania do refleksji nad ludzkim przemijaniem i nietrwałością tego co ziemskie, kieruje nasze myśli ku temu, co wieczne i nie przemija. Panie Profesorze, nie mówimy „żegnaj”, mówimy „DO ZOBACZENIA”.

**WSPÓŁPRACOWNICY
Z KATEDRY I ZAKŁADU
FARMAKODYNAMIKI AM W LUBLINIE**



Profesor w gronie współpracowników z Katedry i Zakładu Farmakodynamiki (w drugim rzędzie pośrodku)



Podczas posiedzenia Rady Wydziału Farmaceutycznego

Pożegnaliśmy Profesora Janusza Szyszko



Prof. dr hab. Janusz Szyszko

(1926-2003)

W dniu 5 lutego 2003 roku zmarł emerytowany profesor Janusz Szyszko.

Mimo przejścia na emeryturę nadal pracował w Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Klinicznej AM w Lublinie. Odszedł od nas wspaniały człowiek, lekarz, cenny specjalista, nauczyciel i wychowawca wielu pokoleń absolwentów Akademii Medycznej.

Profesor Janusz Szyszko urodził się 14 sierpnia 1926 roku w Wasilkowie woj. białostockie. Do szkoły podstawowej uczęszczał w Krakowie. W 1939 roku rozpoczął naukę w gimnazjum im. Jana Zamojskiego w Lublinie. W latach okupacji kontynuował naukę na tajnych kompletach oraz w szkole zawodowej, którą ukończył w 1943 roku i otrzymał dyplom technika elektryka. W 1945 roku uzyskał świadectwo dojrzałości i ochotniczo wstąpił do Wojska Polskiego, z którego został zdemobilizowany, już jako student Wydziału Lekarskiego UMCS w Lublinie. Dyplom lekarza medycyny otrzymał w maju 1952 roku.

Już jako student, w 1950 roku rozpoczął pracę naukową i dydaktyczną w Zakładzie Anatomii Patologicznej pod kierunkiem profesora Stanisława Mahrburga, pełniąc obowiązki zastępcy asystenta, a po otrzymaniu dyplomu lekarza medycyny; pracował kolejno na stanowisku asystenta, starszego asystenta i adiunkta.

W 1954 roku uzyskał I stopień specjalizacji z patomorfologii, a w 1958 roku II stopień specjalizacji. Stopień na-

ukowy doktora nauk medycznych uzyskał w 1961 roku na podstawie rozprawy doktorskiej pt. „Nerczak – guz Wilmsa”.

Jego zainteresowania zawodowe stanowiła głównie problematyka onkologiczna. Odbywał szkolenia z zakresu onkologii w 1954 roku w Instytucie Onkologii w Gliwicach, a w 1956 roku w Instytucie Onkologii w Warszawie.

W 1971 roku na podstawie całokształtu dorobku naukowo-dydaktycznego i rozprawy pt. „Badania morfologiczne, metaboliczne i endokrynologiczne dla wczesnego rozpoznania stanów zagrożenia rakiem gruczołu sutkowego” otrzymał stopień doktora habilitowanego nauk medycznych.

Profesor Janusz Szyszko przez wiele lat sprawował nadzór specjalistyczny w dziedzinie patomorfologii w regionie lubelskim. Brał czynny udział w organizacji lubelskiego ośrodka onkologicznego. Zorganizował i przez długie lata prowadził Pracownię Histopatologiczną w Szpitalu Kolejowym w Lublinie.

W okresie swojej pracy zawodowej prowadził ćwiczenia, wykłady i egzaminy dla studentów Wydziału Lekarskiego, Wydziału Farmaceutycznego i Wydziału Pielęgniarstwa. Prowadził także kursy szkoleniowe z zakresu diagnostyki histopatologicznej i cytologicznej nowotworów dla lekarzy ginekologów i laryngologów. Przez długie lata współpracował z Kliniką Otolaryngologii, prowadząc badania nad rakiem krtani. Wyniki tych badań opublikowane były w specjalistycznych czasopismach krajowych i zagranicznych.

Dorobek naukowy profesora obejmuje 62 prace naukowe opublikowane w czasopismach krajowych i za-

granicznych oraz 29 doniesień zjazdowych. Był promotorem 2 prac doktorskich.

W latach 1979-1981 był Prodziekanem Wydziału Lekarskiego, a w latach 1980-1984 kierownikiem Katedry i Zakładu Patomorfologii. Przez wiele lat pełnił funkcję zastępcy dyrektora Instytutu Patologii Klinicznej.

Był członkiem licznych towarzystw naukowych aktywnie uczestnicząc w ich działalności. Przez dwie kadencje był sekretarzem Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, był również długoletnim sekretarzem i członkiem zarządu Polskiego Towarzystwa Patologów.

Profesor Janusz Szyszko za swoją pracę naukową, dydaktyczną i społeczną był wielokrotnie nagradzany i uhonorowany Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Honorową Odznaką Akademii Medycznej, Odznaką „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia” oraz wieloma innymi odznaczeniami i medalami okolicznościowymi.

Z wielkim żalem żegnamy cennego naukowca, wspaniałego nauczyciela, wychowawcę wielu pokoleń lekarzy, powszechnie szanowanego, prawego człowieka.

Profesor Janusz Szyszko na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

**KOLEDZY
I WSPÓŁPRACOWNICY**

Żegnaj Małgosiu!



**Dr n. przyr.
Małgorzata Ewa Stelmasiak**

(1950-2003)

Urodziła się 19 marca 1950 r. w Kleszowie, gmina Żmudź, powiat Chełm, województwo lubelskie, w rodzinie rolniczej. Dzieciństwo spędziła na wsi. Do szkoły podstawowej uczęszczała już w Świdniku, dokąd przeprowadziła się wraz z rodziną. Ojciec, Mieczysław Słonec, uzyskał zatrudnienie w miejscowej Wytwórni Sprzętu Komunikacyjnego PZL – był kierownikiem stolarni, a matka, Alina z Dudów, pracowała jako nauczycielka w Zasadniczej Szkole Zawodowej WSK. Po ukończeniu szkoły podstawowej rozpoczęła naukę w Technikum Chemicznym nr 1 w Lublinie, gdzie 9 czerwca 1969 r. uzyskała świadectwo dojrzałości. Po nieudanej próbie zdania egzaminu wstępnego na Wydział Matematyczno-Fizyczno-Chemiczny Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 1 października 1969 r. rozpoczęła pracę zarobkową w WSK PZL w Świdniku w charakterze młodszego konstruktora.

W następnym roku podjęła kolejną próbę, tym razem skuteczną, rozpoczęcia studiów. W latach 1970-1975 studiowała na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Lublinie. 28 sierpnia 1975 r., po złożeniu egzaminów oraz po odbyciu zajęć na ostatnim roku studiów – kierunku aptecznego i wykonaniu pracy magisterskiej pt. „Wpływ związków adrenolitycznych na stereotypowe i katalепtyczne zachowanie się białych szczurów” uzyskała dyplom i tytuł magistra farmacji.

W okresie od 1 października 1975 r. do 31 października 1977 r. była słuchaczką Studium Doktoranckiego AM

w Lublinie (w Zakładzie Farmakologii Wydziału Lekarskiego). 1 listopada 1977 r. uzyskała etat asystenta we wspomnianym Zakładzie. 29 maja 1980 r. uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego AM, na podstawie przedłożonej rozprawy doktorskiej pt. „Współdziałanie związków stymulujących ośrodkowe receptory dopaminowe ze związkami stymulującymi ośrodkowe receptory noradrenalinowe” uzyskała stopień naukowy doktora nauk przyrodniczych. 1 października 1980 r. awansowała na etat starszego asystenta, a 1 października 1983 r. na etat adiunkta. W okresie od 19 lutego 1991 r. do 19 lutego 1992 r. przebywała na rocznym urlopie bezpłatnym, po czym, z dniem 19 lutego 1992 r. Akademia Medyczna rozwiązała z nią stosunek pracy (za porozumieniem stron).

Wcześniej, 1 grudnia 1990 r. przy ul. Narutowicza 13 w Lublinie, jako jedna z trzech współwłaścicielek, uruchomiła, jedną z pierwszych na terenie miasta, aptekę prywatną „Arnica”, z którą związana była do śmierci.

Przedwczesna śmierć nadeszła niespodziewanie. Po tragicznej diagnozie lekarskiej, po chwilach szoku i zwątpienia podjęła z nią, z góry skazaną na przegraną, walkę o swe życie, ponieważ miała dla kogo żyć. Do końca była pełna wiary i nadziei, nie poddawała się. W okresie najcięższych dla niej dni zaskakiwała wszystkich – m. in. zdobyła się na ogromny wysiłek i odbyła wszystkie przewidziane kursy specjalizacyjne, by 21 marca 2003 r. zdać egzamin na I° specjalizacji z farmacji aptecznej.

Zmarła 27 maja 2003 r. Osierociła swego najukochańszego dwudziestoczteroletniego syna Łukasza, ab-

solwenta SGH w Warszawie, pozostawiając także zrozpaczonego, kochanego męża Mariana, doktora nauk medycznych, dermatologa.

Uroczystości pogrzebowe, poprzedzone Mszą św. żałobną w kaplicy cmentarnej przy ul. Lipowej w Lublinie, odbyły się 29 maja br. Pożegnaliśmy cenioną farmaceutkę – człowieka niezwyklej rzetelności, skromności, uczynności i serdeczności, doświadczonego i nadzwyczaj lubianego nauczyciela akademickiego, wspinał się wychowawcę kilku pokoleń farmaceutów i lekarzy.

ANDRZEJ WRÓBEL

Dr n. med. Grzegorz Jaroszyński



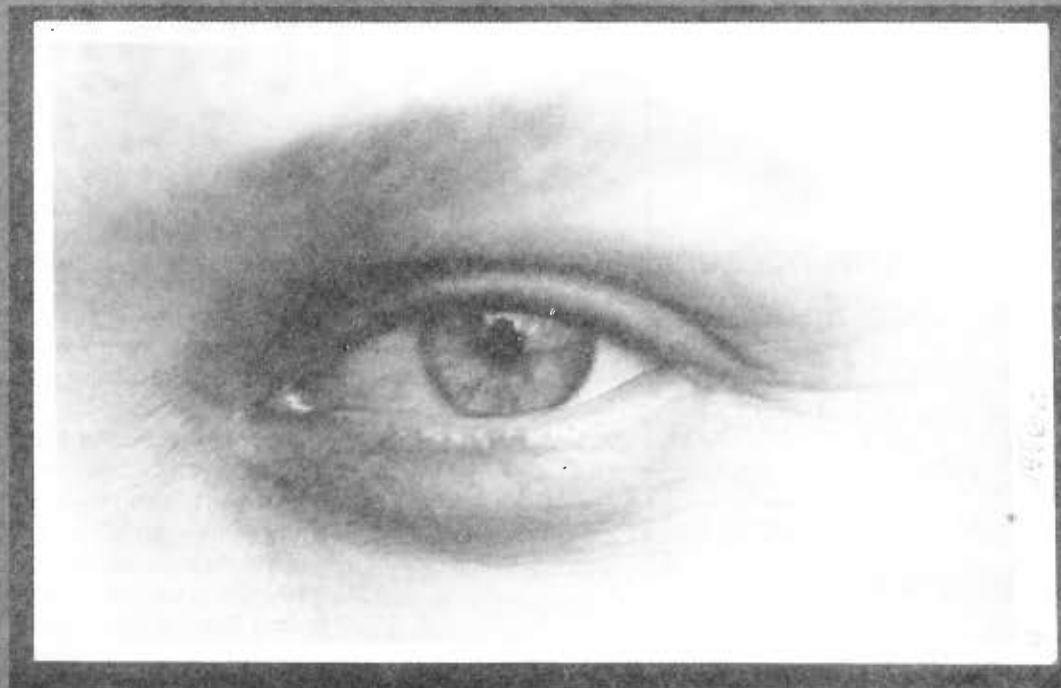
**Dr n. med.
Grzegorz Jaroszyński**

(1930-2003)

Urodzony 15 stycznia 1930 roku w Lublinie w rodzinie inteligentnej. Szkołę podstawową oraz średnią ukończył także w Lublinie. Maturę uzyskał w Liceum im. Jana Hetmana Zamojskiego w 1949 r. W tymże roku zdawali razem na Wydział Lekarski Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie, gdzie zostaliśmy przyjęci na studia, podczas których byliśmy w grupie studenckiej nr 8. Studia lekarskie ukończyliśmy w Akademii Medycznej w Lublinie w roku 1954. Mając podobne zainteresowania medyczne w tymże roku rozpoczęliśmy specjalizację w zakresie okulistyki w Klinice Okulistycznej AM w Lublinie, pod kierunkiem prof. Tadeusza Krwawicza, gdzie uzyskaliśmy pierwszy i drugi stopień tej specjalizacji. Kolega Grzesio w późniejszych latach kariery zawodowej zdobył stopień doktora nauk medycznych, pracując nadal w Klinice Okulistycznej. Pracował ponadto w Przychodni Okulistycznej dla dorosłych oraz Miejskiej Przychodni Dziecięcej w Lublinie.

W późniejszych latach pracy prowadził gabinet okulistyczny w Żyrardowie, dojeżdżając tam z Lublina do chwili zakończenia pracy zawodowej. Był doskonałym specjalistą w dziedzinie okulistyki, lekarzem z powołania, darzącym specjalistów wielką troską i życzliwością.

Zarówno w okresie studiów, jak i w pracy zawodowej był bardzo koleżeński, przyjacielski, oddany drugiemu człowiekowi.



Fot. Grzegorz Jaroczyński

Był świetnym fotografikiem, prezentował swe prace na wielu wystawach

Był świetnym fotografikiem, prezentował swe prace na wielu wystawach. W Klinice prowadził dokumentację fotograficzną oraz pomagał wielu koleżankom i kolegom w opracowaniu dokumentacji rozpraw doktorskich. Miał zdolności i talent do nauki języków obcych, był poliglotą. Znał w sposób doskonały wiele języków: angielski, niemiecki, rosyjski, włoski, hiszpański. W ostatnich latach działalności zawodowej interesował się również metodami leczenia niekonwencjonalnego, a zwłaszcza bioenergoterapią.

Zmarł 2 kwietnia 2003 r. w Warszawie. Pogrzeb odbył się 5 kwietnia 2003 r w Żyrardowie, gdzie spoczął na cmentarzu komunalnym.

Odszedł wspaniały człowiek, lekarz oddany chorym, nasz najlepszy kolega, którego żegnaliśmy z wielkim żalem.

Oby Dobry Pan dał Ci życie wieczne, a my zachowamy o Tobie żywą pamięć w sercach naszych.

Pokój Twojej Duszy!

**GRUPA STUDENCKA NR 8, ROCZNIK '54
STAROŚCINA
DOMICELA POMYKALSKA-WOŚKO**

Prestiż tytułu

W powszechnym odczuciu stopnie naukowe doktora, doktora habilitowanego i tytuł naukowy profesora uległy deprecjacji, a ich prestiż społeczny – zwłaszcza w ostatnich kilkunastu latach – ogromnie zmalął.

W przypadku tytułu profesora wina leży po stronie ustawodawcy. Wszak to ustawa o szkolnictwie wyższym oraz o tytule naukowym i stopniach naukowych z dnia 12 września 1990 roku w miejsce profesora nadzwyczajnego i zwyczajnego wprowadziły jeden tytuł profesora, a likwidując na uczelniach stanowisko docenta (jak dla ironii pozostawiając je w instytutach, gdzie nie prowadzi się dydaktyki) i wprowadzając na to miejsce stanowisko profesora nadzwyczajnego danej uczelni, spowodowało niewyobrażalny zamęt. Dziś na dobrą sprawę nie wiadomo kto jest kim, albowiem można wyliczyć co najmniej dziesięć kategorii osób bardziej lub mniej prawnie mieniących się profesorami, a de facto diametralnie różniących się formalną i merytoryczną pozycją naukową. Jeśli zaś idzie o stopnie naukowe, to cała wina leży po stronie pracowników nauki, zajmujących stanowiska upoważniające do decydowania o ich nadaniu, bądź odmowie nada-

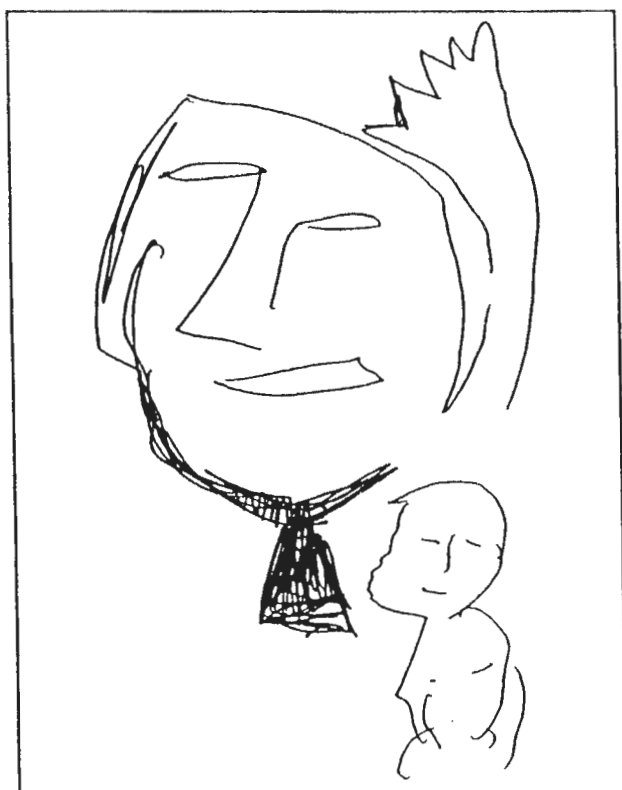
nia. Wiele nieprawidłowości ma też sam system formalnego awansu naukowego.

Podstawowy błąd, to zjawisko, które można określić znanym hodowcom mianem „chowu wsobnego”. Polega on na tym, że w znakomitej większości przypadków najpierw student, a później absolwent Wydziału X zostaje asystentem jakiejś jego jednostki, przed macierzystą Radą Wydziału doktryzuje się i habilituje, ta sama Rada przeprowadza przewód zmierzający do nadania mu tytułu naukowego przez prezydenta RP i w końcu z tegoż Wydziału, już jako profesor zwyczajny, odchodzi na emeryturę. W większości krajów Zachodu, a zwłaszcza w USA, gdzie nauka stoi na znacznie wyższym niż w Polsce poziomie, jest nie do pomyślenia, aby kolejne stopnie zdobywać w uczelni, którą najzdolniejszy nawet student ukończył! Taka zasada. Jeśli chcemy przywrócić stopniom naukowym dawną rangę bezwzględnie musi obowiązywać i u nas.

Jak naprawiać?

W naszym przekonaniu, zacząć trzeba od głębokiej zmiany prawa. Potrzebna jest jednolita ustawa o nauce, obejmująca uczelnie wyższe państwowe i niepubliczne, Polską Akademię Nauk i jej instytuty oraz resortowe jednostki badawczo-rozwojowe. Nowa ustawa powinna także określać tryb nadawania stopni naukowych i tytułu profesora, a takie kompetencje Centralnej Komisji do Spraw Tytułu Naukowego i Stopni Naukowych. Ta nowa ustawa winna mieć na względzie wyłącznie dobro nauki i nie może pozostawiać jakiegokolwiek furtki dla ludzi przypadkowo w niej tkwiących i zabiegających o swe osobiste dowartościowanie.

Naczelną zasadą tej nowej ustawy powinno być „wyprowadzenie” wszelkich spraw związanych z formalnym awansem pracowników nauki poza miejsce ich pracy. Wymagać to będzie przede wszystkim zmiany statusu i kompetencji Centralnej Komisji do spraw Tytułu Naukowego i Stopni Naukowych. Być może należałoby odejść od dotychczasowego, w pełni demokratycznego wprowadzienia, ale nie pozbawionego subiektywizmu sposobu jej powoływania. Obecnie tajnego jej wyboru dokonują naukowcy z tytułem profesora, teoretycznie od Komisji niezależni. Nie znaczy to wszelako, że niezależni są również ich wychowankowie. Natura ludzka jest zaś ułomna. I podświadomie, nawet ludzie najbardziej obiektywni, będą głosować na tych, których darzą sympatią, są znani z życzliwości, bądź po prostu ze spo-



rys. Marek Chaczyk

legliwości i charakterologicznej niezdolności do krytycznej oceny innych. W tej sytuacji wydaje się rzeczą słuszną zawęzić grono uczonych o biernym prawie wyborczym do tych, którzy rzeczywiście nie muszą zabiegać o względy innych, a jednocześnie są obiektywni i mają doskonale rozeznanie w swej dyscyplinie naukowej oraz w uprawiających ją ludziach. Jest sprawą dyskusyjną, jak wyłonić tę grupę potencjalnych kandydatów do centralnej Komisji. Wydaje się wszelako, że sposobów jest co najmniej kilka. Ich przedstawienie wymagałoby jednak dysputy znacznie wykraczającej poza ramy tego artykułu.

Centralna Komisja – inaczej

Należałoby dalej zmienić samą strukturę Centralnej Komisji. Zamiast obecnych siedmiu sekcji liczących od 16 do 54 osób, powołać 3-5 osobowe zespoły, w liczbie odpowiadającej głównym kierunkom, w jakich specjalizuje się dziś „zatomizowana” nauka. Obecnie obraduje się w wieloosobowych sekcjach. Stąd nie wszyscy są w stanie nie tyl-

ko sprawiedliwie ocenić, ale czasem w pełni zrozumieć istotę osiągnięć i novum prac habilitacyjnych, czy podstawę postępowania o tytuł profesorski, ponieważ niejednokrotnie dotyczą one zagadnień bardzo swoistych, odległych od zainteresowań i specjalności danego członka sekcji. Otóż należałoby zrezygnować z pojęcia uprawnień poszczególnych rad wydziału uczelni czy rad naukowych instytutów do nadawania stopnia naukowego doktora w danej dziedzinie i dyscyplinie oraz doktora habilitowanego w konkretnej dziedzinie. Po prostu zainteresowany zwracałby się do Centralnej Komisji o wskazanie właściwej placówki do przeprowadzenia odpowiedniego postępowania. Sekretariat CK, po sprawdzeniu merytorycznej poprawności takiego wniosku (np. czy kandydat do doktoratu ma magisterium, lub – zgodnie z prawem mimo, że jest inżynierem legitymuje się, zdaniem swojej instytucji, do uzyskania tego stopnia), kierowałby go do właściwego zespołu. Ten doskonale znając jednostki parające się daną specjalnością naukową i zatrudnionych w niej ludzi, wska-

Dziś na dobrą sprawę nie wiadomo kto jest kim, albowiem można wyliczyć co najmniej dziesięć kategorii osób bardziej lub mniej prawnie mieniących się profesorami, a de facto diametralnie różniących się formalną i merytoryczną pozycją naukową.

zywałby radę, do której Centralna Komisja winna sprawę przekazać, równocześnie sugerując (lub nie) recenzentów, jacy byłiby najodpowiedniejsi do jej rozpatrzenia i zaopiniowania. Dalej sprawa przebiegałaby normalnym trybem i kończyła definitywnie uchwałą rady.

Zalety systemu

Wydaje się, iż zaproponowany sposób postępowania miałby kilka zalet. Primo – uniknięcie nadawania stopni naukowych, czy też tytułu naukowego we własnym gronie. Secundo – bezpodstawne stałyby się utyskiwania rad naukowych czy rad instytutów, ie ktoś (czytaj: Centralna Komisja) śmie podważać ich suwerenne decyzje, bowiem uchwały podjęte przez radę właściwej instytucji naukowej byłyby ostateczne. Tertio – sprawy nie ciągnęłyby się miesiącami czy nawet latami. Quarto – uniknęłyby się nieprzyjemnych niekiedy dyskusji pomiędzy członkami sekcji Centralnej Komisji wystawiającymi oceny negatywne, a określane przez zainteresowanych przedstawicieli rad występujących z tymi wnioskami w stylu rodem z magła, w rodzaju: „Co profesor X plecie!”. Quinto – kandydatowi do stopnia bądź tytułu, w jego mniemaniu poszkodowanemu, i tak przysługiwałoby odwołanie do Naczelnego Sądu Administracyjnego.

Oczywiście, nad całym procesem postępowania przewodów doktorskich, habilitacyjnych, czy postępowania o wystąpienie do prezydenta Rzeczypospolitej o nadanie najwyższej godności akademickiej – tytułu naukowego profesora danej dziedziny nauk powinno w dalszym ciągu czuwać Prezydium Centralnej Komisji do Spraw Tytułu Naukowego i Stopni Naukowych.

Proponowany sposób postępowania przy uzyskiwaniu stopni i tytułów naukowych miałby szereg walorów. Po pierwsze, skończyłby się faktyczny dyktat promotorów (i doktorantów) jeśli idzie o dobór recenzentów, niezawodnych jako autorów pozytywnych recenzji dysertacji doktorskich. Ta niezawodność wynika albo z przyjaźni promotora z recenzentami, albo z wzajemnej wymiany tego typu przysług, albo

wręcz z cech charakteru opiniujących, charakterologicznie niezdolnych do oceny negatywnej.

Po wtóre, zainteresowani nie mieliby żadnego, a w najgorszym przypadku tylko minimalny wpływ na skład komisji powoływanych do spraw przeprowadzenia obrony pracy doktorskiej (publicznej dyskusji nad rozprawą doktorską). Wymagałoby to od kandydata znacznie głębszego niż teraz przygotowania się do tego etapu przewodu. W obecnym układzie może on bowiem z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć pytania, jakie postawią mu znani przecież członkowie komisji. Przy tym należy wyraźnie podkreślić pełną zasadność zgodnej z ustawą możliwości prowadzenia obron pracy doktorskiej przed komisją. Gdy Rada Wydziału jest bardzo liczna, złożona z różnych specjalistów, zawsze zachodzi obawa, czy zostanie zapewnione *quorum* – po prostu dla części profesorów i doktorów habilitowanych temat rozprawy jest zbyt odległy od przedmiotu ich zainteresowań. Jeszcze gorsza sytuacja zachodzi wówczas, gdy wydział jest wielokierunkowy. W takim przypadku wymóg uczestniczenia wszystkich członków jego rady w obronie byłby po prostu trwonieniem czasu.

Korzystne strony nieznamości członków rady, która będzie prowadziła przewód doktorski lub kolokwium habilitacyjne, oceniać wykład i w końcu głosować nad nadaniem stopnia, miałyby jeszcze więcej stron dodatnich. Przede wszystkim kolokwium z pewnością – jak to ma często miejsce – nie sprowadzałoby się do quasi obrony rozprawy habilitanta, lecz jak być powinno – sprawdzało rozległość wiedzy habilitanta w danej dziedzinie i jego ogólny poziom intelektualny. Zwłaszcza, że wbrew zwyczajom panującym w pewnych ośrodkach habilitant nie zapraszałby osobiście członków rady na jej nadzwyczajne posiedzenie, a przy okazji niektórych z nich nie informowałby go o problemach (jeśli nie wręcz o pytaniach), jakie zamierzają na kolokwium postawić. W dodatku kandydat niektóre zagadnienia musiałby naświetlać wszechstronnie, nie zaś tylko w sposób przyjęty w jego rodzinnym ośrodku naukowym. W sumie obrona pra-

cy doktorskiej, czy też kolokwium i wykład w przewodzie habilitacyjnym byłyby bardziej obiektywnie oceniane, a ostateczna decyzja wyważona, nie uwzględniająca sentymentów etc., a więc w pełni zasadna.

Obiektywizm decyzji obcej rady i jej zasadności odnosi się także w całej pełni do końcowych wniosków odnośnie wystąpienia, bądź odmowy zwrócenia się do prezydenta RP w sprawie nadania konkretnej osobie tytułu naukowego profesora.

Obiektywizm oceny

Rozpatrywanie spraw związanych z doktoratem, habilitacją czy tytułem naukowym pracownika nauki nie przez radę jednostki, w której pracuje, lecz zupełnie inną, w wielu przypadkach byłoby dla niego korzystne. Po prostu uniknąłby negatywnych głosów w tajnym głosowaniu (nie zawsze zasadnych) swojego środowiska naukowego oraz bezzasadnej krytyki odpowiedzi w przewodach. Czyli sytuacji, w której komukolwiek mógłby się narazić i przez to otrzymać negatywną ocenę. W obcym środowisku naukowym oceniany byłby zaś tylko za poziom swych publikacji.

W końcu przyjęcie przedstawionych propozycji zakończyłoby utyskiwania wielu rad wydziału i rad naukowych instytutów (zwłaszcza resortowych) na negatywne decyzje Centralnej Komisji, godzące w ich prestiż i mające jakoby podteksty niemerytoryczne. Podczas swej wieloletniej pracy w Centralnej Komisji niejednokrotnie byliśmy świadkami gorszących scen podczas odwołań od negatywnych decyzji w sprawie zatwierdzenia habilitacji bądź poparcia wniosku o tytuł profesorski. Otóż w posiedzeniach odwoławczych biorą udział oprócz członków właściwej sekcji wszyscy rzeczoznawcy Centralnej Komisji (w przypadku odrzucenia wniosku rady przynajmniej dwóch) oraz wszyscy recenzenci powołani przez radę prowadzącą przewód habilitacyjny, bądź postępowanie o tytuł naukowy. I zdarza się, że ten czy ów recenzent rady, powołując się na własne osiągnięcia i zasługi, wyraża głębokie (często w obraźliwym tonie) oburzenie, że ktoś ośmie-

la się kwestionować jego pozytywną opinię! Nie padają żadne argumenty merytoryczne. Tymczasem wskazanie przez odpowiedni zespół Centralnej Komisji rady właściwej pod względem kompetencji do przeprowadzenia danej sprawy oraz zasugerowanie obiektywnych i kompetentnych recenzentów, pozwoliłoby uniknąć tego typu incydentów na zasadzie „*Roma locuta, causa finita*”.

Wady

Wadą proponowanego sposobu oceny jest to, że często ocenę opiera się na publikacjach i papierkowej dokumentacji, nie mając pojęcia o żywym człowieku, jego zaletach, wadach, stosunku do ludzi, możliwościach intelektualnych etc. etc. A przecież tylko osoby o odpowiednich walorach powinno się obdarzać najwyższymi godnościami naukowymi. Gdyby to oni mieli głos decydujący nie wybuchłyby afery plagiaty, nie narastałaby luka pokoleniowa w nauce, bo fakt, że uczeń przerasta mistrza traktowaliby jako coś normalnego, a nawet przysparzającego im chwały itd. Wypracowanie systemu oceny naukowców od tej strony nie jest jednak łatwe, ani proste. Nie znaczy to wszelako, że nie istnieje potrzeba jej dokonania. W przeciwnym razie nauka polska (poza nielicznymi dziedzinami) będzie „kopieszkiem” w zjednoczonej Europie. Sprzyja też temu niepokojąco rozszerzające się zjawisko podejmowania przez pracowników nauki działalności biznesowej lub innej, co uniemożliwia im uprawianie dobrze rozumianej działalności naukowej.

Najwyższa też chyba pora odejść od punktowej oceny prac naukowych według kategorii czasopism, w których zostały zamieszczone. Pomijając dyskusyjność poprawności tej kategorizacji oraz poczynania co zapobiegliwszych redakcji (np. wydawnictwo publikujące tzw. oryginalne prace twórcze wystarczy opatrzyć podtytułem „monografie” aby zamiast od 1 punktu za pracę w czasopiśmie lokalnym do 6 za artykuł w czasopiśmie krajowym szczególnie wyróżnionym, „bez łąski” uzyskać 12 punktów, jeśli „monografia” nie przekracza trzech arku-

szy wydawniczych i jest napisana po angielsku). Doprowadziło to do sytuacji, w której część ludzi nauki pracuje nie dla niej samej, lecz dla punktów. Być może są one niezbędne Komitetowi Badań Naukowych, jako narzędzie ułatwiające kategoryzację instytucji naukowych, związaną z poziomem ich finansowania. Wszelako przy pomocy KBN-owskich punktów nie da się rzetelnie ocenić publikacji poszczególnych naukowców. Pewnym pomocniczym wskaźnikiem może być liczba cytowań, czy też znajdowanie się czasopisma na Liście Filadelfijskiej (w istocie swej komercyjnej, ale odnotowującej wydawnictwa najlepiej się sprzedające, a więc najszerzej czytane). Decydować o ocenie konkretnej pracy musi jednak recenzent – specjalista w danej dziedzinie, gdyż albo już wcześniej się z nią zapoznał, albo powinien najważniejsze jej partie przed wydaniem werdyktu przeczytać i – jak to się drzewiej pisało – oszacować „w myśl najlepszej swej wiedzy”.

LESZEK MALICKI
STANISŁAW NAWROCKI
SPRAWY NAUKI 9/2002

Profesorowie Leszek Malicki, Stanisław Nawrocki są członkami Polskiej Akademii Nauk w Wydziale Nauk Rolniczych, Leśnych i Weterynaryjnych.

**Najwyższa też
chyba pora
odejść od
punktowej
oceny prac
naukowych
według
kategorii
czasopism,
w których
zostały
zamieszczone**



Uśmiech esKulApa

Praktykant pyta ordynatora:

- Panie doktorze, co mam wpisać w rubryce „przyczyna zgonu”?
- Niech pan wpisze swoje nazwisko.

Lekarz ma wygłosić odczyt. Patrzy na kartkę i widzi, że sekretarka przepisała mu tekst ręcznie i całkiem nieczytelnie. Lekarz rozgląda się po sali i pyta:

- Przepraszam, czy na sali jest aptekarz?

Chirurg pod koniec ostrego dyżuru w niewielkim prowincjonalnym szpitalu telefonuje do miejscowego sklepu motoryzacyjnego.

- Ile sprzedaliście dziś motocykli?
- Cztery.
- Och, to nie mogę jeszcze pójść do domu, bo przywieźli dopiero trzech.

Lekarz do pacjenta:

- Powinien pan zażywać więcej ruchu.
- Ależ panie doktorze, ja jestem mistrzem Polski w pięcioboju.
- To powinien pan zostać mistrzem świata.

Dzwoni lekarz do pacjenta i mówi:

- No, nareszcie! Mam dla pana dwie wiadomości – jedną złą, a druga jeszcze gorszą. Od której zacząć?
- Od złej.
- Chciałem pana poinformować, że zostały panu 24 godziny życia.
- A jaka jest ta jeszcze gorsza wiadomość?
- Dzwonię do pana od wczoraj!

Za chwilę w szpitalu ma się odbyć skomplikowana operacja, ale nie przywieziono jeszcze pacjenta.

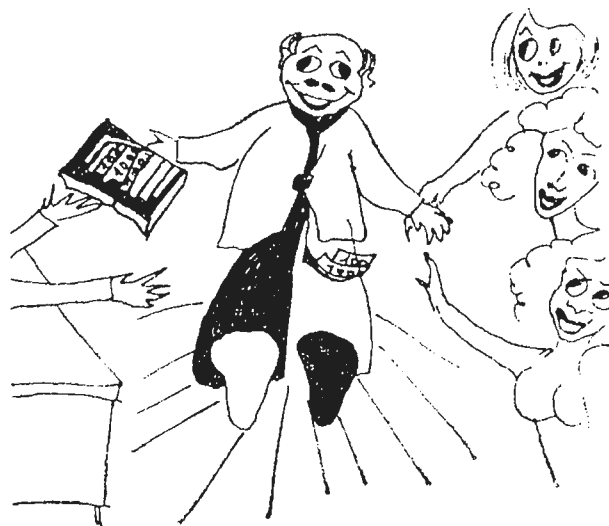
- Trudno – mówi lekarz – zaczynamy bez niego!

Lekarz do pacjenta:

- Pali pan?
 - Nie.
 - Szkoda, poczułby się pan dużo lepiej, gdyby rzucił pan palenie
- Czy jest jeszcze jakiś pacjent? – pyta dentysta asystentkę.
- Tak, jeszcze jeden...
 - Dlaczego więc nie prosi go pani do gabinetu?
 - Nie mogę. On się zamknął w poczekalni od środka.

Grubas pyta lekarza, jak pozbyć się nadwagi.

- Proszę jeść dwa sucharki i popijać szklanką soku pomidorowego. I tak trzy razy dziennie – radzi lekarz.
- Świetna kuracja, tylko proszę powiedzieć, czy stosować ją po czy przed jedzeniem – upewnia się grubas.



Powiedzcie o lekarzach

Lekarzem jestem, a więc wszystko czym mogę przynieść ulgę w cierpieniach moich chorych, jest mi bliskie.

JULIAN ALEKSANDROWICZ

Dobrego lekarza, tak jak dobrego żeglarza, poznasz tylko podczas burzy i niebezpieczeństwa.

WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI

Najwyższa forma odpowiedzialności lekarskiej – to odpowiedzialność wobec własnego sumienia.

JÓZEF BOGUSZ

Lekarz grecki był rzemieślnikiem, lekarz rzymski niewolnikiem najczęściej wyzwalanym, lekarz nowoczesny jest uczonym i artystą.

KAZIMIERZ WIZE

Sława lekarza posuwa się złotym krokiem, niech tylko wybuchnie epidemia, nabiera pędu galopu końskiego.

PIERRE EMILIE ROUX

Zawsze leczenie proste stanowi wielką zaletę lekarza.

TYTUS CHAŁUBIŃSKI

Nie do wybaczenia jest dzisiaj, gdy lekarz uczy się na pacjencie.

WILLIAM JAMES MAYO

KWARTALNIK
Alma Mater

Adres redakcji: Rektorat AM, 20-095 Lublin, Al. Racławickie 1, pok. nr 132, tel. +48 81/ 532 59 49

Redagują: Dr n. med. Włodzimierz Matysiak oraz współpracownicy

Skład/tamania: APS, tel. 0601/ 360 600 Druk: LIBER, tel. 081/ 442 54 44

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, możliwość skracania i adiustacji tekstów, zmiany ich tytułów oraz doboru ilustracji.

Prof. Feliks Skubiszewski Pierwszy Rektor Patronem Uczelni



w Kijowie i na wiosnę r. 1919 otrzymałem dyplom lekarza. Po powrocie do Kraju nostradom na Uniw. Warszawskim w roku 1921 uzyskałem tytuł magistra nauk lekarskich otrzymując dyplom z wyróżnieniem z Uniw. Warszawskiej w październiku 1921 r.

Następnie trzy lata /1922 - 25 r. / przepracowałem w Zakopanem w szpitalu w Zakopanem.

był...
Uniw...
or...
n...
pera-
anie
wonego
pnia
niki
owa
szenie
-
gicz-
arszy
r./,
mej
smen
ornika
ocą
habilitowany jako docent chirurgii
oznającego".
o Docent mógł zostać adiunktem,
1932. do wojny. z tym ważnym



prof. Jajrowski