

Alma Mater



AKADEMIA MEDYCZNA IM. PROFESORA FELIKSA SKUBISZEWSKIEGO W LUBLINIE

NR 4/49

ROK XIII

ISSN 1230-0497

PAŹDZIERNIK-GRUDZIEŃ 2003

25 lat Pontyfikatu
Papieża Jana Pawła II
Najwybitniejszego Polaka
wszechczasów

Szczęść Boże
Ojcu Świętemu



► Audiecje i spotkania

Świadectwo wiary



Spotkanie pracowników i władz Uczelni z Ojcem Świętym w Zamostiu. 12 czerwca 1999 r.



Prof. dr hab. Maciej Latalski (od 1999 r. JM Rektor lubelskiej AM) biorący udział w spotkaniu pracowników wyższych uczelni z Ojcem Świętym Janem Pawłem II w Lublinie. Katolicki Uniwersytet Lubelski, 9 czerwca 1987 r.



Prof. dr hab. Marian Kazimierz Klamut (Rektor Uczelni w latach 1990-1996), podczas audiencji w ramach uroczystego spotkania rektorów polskich wyższych uczelni z Ojcem Świętym. Watykan, 4 stycznia 1995 r.



Ojciec Święty wita się z prof. dr hab. dr h. c. Zdzisławem Kleinrokiem (Rektor Uczelni w latach 1984-1990, oraz 1996-1999), uczestniczącym w spotkaniu rektorów wyższych uczelni i pracowników nauki. Kolegiata Św. Anny w Krakowie, 8 czerwca 1997 r.



**Jego Świątobliwość
Ojciec Święty
Jan Paweł II**

**Stolica Apostolska
Watykan**

Wasza Świątobliwość,

Rektorzy polskich uczelni medycznych pragną w 25. rocznicę Pontyfikatu Ojca Świętego Jana Pawła II złożyć Waszej Świątobliwości najserdeczniejsze gratulacje, wyrazić najwyższe słowa uznania, przekazać życzenia wielu łask Bożych oraz długich lat życia w zdrowiu.

Ćwierćwiecze niezwyklej posługi apostolskiej Papieża Polaka na Stolicy Piotrowej to najwspanialsza karta w historii naszej epoki, i jedna z najchlubniejszych w dziejach Polski oraz Kościoła Katolickiego. Bogata kronika papieskich lat i dni na Watykanie przynosi obrazy iluminowane wydarzeniami 102. podróży największego Pielgrzyma świata, zamykających 25-lecie posługi polskiego Biskupa Rzymu.

Wiekopomne dokonania Ojca Świętego przeobraziły świat, uwolniły Europę od podziałów politycznych, zapobiegły groźnym konfliktom międzynarodowym, zneutralizowały pokłady ludzkiej agresji, przyniosły ludzkości wiele dobra, napełniły serca i umysły nasze wiarą i nadzieją.

Najistotniejsze aspekty życia Papieża Jana Pawła II, najwybitniejszego męża stanu współczesnego świata i najznamienitszego przedstawiciela nowoczesnego Kościoła Katolickiego, dotyczą udziału w dwu kluczowych dla schyłku XX wieku procesach – obalenia totalitaryzmu i wewnętrznej reformy Kościoła.

Nie sposób objąć wzniosłym słowem wszystkie dobrodziejstwa Jana Pawła II, którymi jakże hojnie obyspał Ojczyznę – Polskę i Polaków, m. in. w wymiarze duchowym, moralnym, religijnym, ekumenicznym, społecznym, politycznym. Wielokrotnie, gesty i wypowiedzi Głowy Kościoła Katolickiego dodając Polakom otuchy w drodze do wolności, zadziwiał świat.

Słynne papieskie przesłanie NIECH ZSTĄPI DUCH TWÓJ! I ODNOWI OBLICZE ZIEMI, TEJ ZIEMI! wygłoszone w 1979 roku na Placu Zwycięstwa, podczas pierwszej pielgrzymki, w przededniu polskich przemian, stało się proroctwem nowej ery, zapowiadało rychły upadek dotychczasowej formacji politycznej, niesło jutrzeńkę nadziei, dało pierwszeństwo prawdom wiary przed innymi prawdami.

Warszawa/Lublin, 16 października 2003 r.

Przesławny Ojciec Święty,

Emanacja Twojej, OJCZE ŚWIĘTY osobowości, ekspresja Twojej duchowej i fizycznej Osoby to ciągle kreowanie początków, budowanie fundamentów, przygotowywanie zaczynu przyszłości.

Wielkie zawsze było i jest Twe, OJCZE ŚWIĘTY, zainteresowanie stanem nauki polskiej. Ze wzruszeniem oraz wdzięcznością wspominamy spotkania z Tobą w Watykanie, oraz w Krakowie i Toruniu, kiedy mówiłeś o problemach, bolączkach i zagrożeniach świata nauki. Dla wielu z nas refleksje Twoich przemówień i ogłoszonych prawd o fundamentalnym znaczeniu dla człowieka i ludzkości, zyskały w działalności akademickiej wartość ponadczasową, symbol drogowskazu.

Wierzmy, że WASZA ŚWIĄTOBLIWOŚĆ podczas kolejnej pielgrzymki do Ojczyzny ponownie zaszczyci swą wizytą polskie środowisko akademickie.

Najlepsze gratulacje i życzenia składają trwający w zadumie, zastłuchaniu i podziwie, oraz pełni wielkiego – dla Ciebie UMIŁOWANY OJCZE ŚWIĘTY – szacunku, rektorzy akademii medycznych – członkowie KRUM.

Prof. dr hab. Jan Górski
Prof. dr hab. Danuta Miścicka-Śliwka
Prof. dr hab. Wiesław Makarewicz
Prof. dr hab. Tadeusz Wilczok
Prof. dr hab. Marek Zembala
Prof. dr hab. Andrzej Lewiński
Prof. dr hab. Grzegorz Bręborowicz
Prof. dr hab. Wenancjusz Domagała
Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk
Prof. dr hab. Leszek Paradowski
Prof. dr hab. Jadwiga Słowińska-Srzednicka

Przewodniczący
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych

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

Rektor Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie





Popiersie Jana Pawła II
wykonał artysta rzeźbiarz
Grzegorz Gustaw



SEKRETARIAT STANU

SEKCJA PIERWSZA - SPRAWY OGÓLNE
N. 542.300

Watykan, 19 listopada 2003 r.

Szanowny Panie Profesorze,

Jego Świątobliwość Jan Paweł II wyraża wdzięczność za życzenia nadesłane z okazji 25. rocznicy wyboru na Stolicę św. Piotra oraz za modlitwę i wszelkie dary duchowe, składane w Jego intencji.

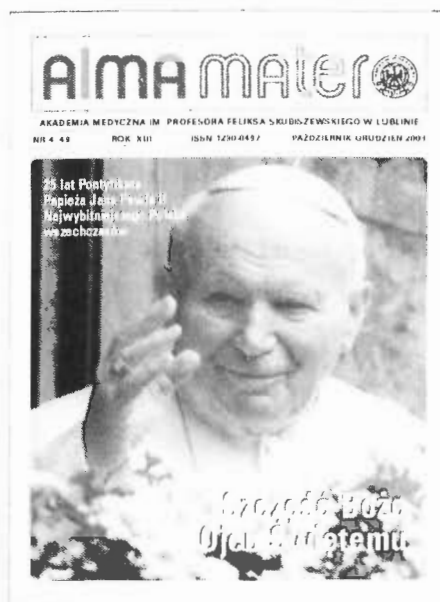
W jubileuszowej homilii Ojciec Święty powiedział: "Podczas inauguracji pontyfikatu prosiłem: *Pomóżcie Papieżowi i wszystkim, którzy pragną służyć Chrystusowi, a mocą Jego władzy - służyć człowiekowi i całej ludzkości.* Dziś, gdy wraz z Wami dziękuję Bogu za te dwadzieścia pięć lat działania Jego łaski, odczuwam szczególną potrzebę wyrażenia wdzięczności Wam, drodzy Bracia i Siostry w Rzymie i na całym świecie, którzy na różne sposoby odpowiadaliście i odpowiadacie na tę prośbę. Jeden Pan Bóg potrafi zliczyć ile modlitw, ile cierpień i ofiar poświęcano, aby wesprzeć moją posługę Kościołowi; ile życzliwości, dobrych słów i oznak jedności podtrzymywało mnie na duchu każdego dnia. Niech dobry Bóg obficie Wam to wynagrodzi! Proszę Was, nie ustawajcie w tym wielkim dziele miłości dla Następcy św. Piotra. Raz jeszcze proszę pomóżcie Papieżowi i wszystkim, którzy pragną służyć Chrystusowi, służyć człowiekowi i całej ludzkości" (*Plac św. Piotra, 16 października 2003*).

Słowa te Ojciec Święty kieruje w sposób szczególny do swoich Rodaków. Wdzięczny za pamięć i duchową łączność, poleca miłosierdziu Bożemu Pana Rektora i Członków Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych oraz z serca wszystkim błogosławi.

Z wyrazami szacunku

Arcybiskup Leonardo Sandri
Substytut Sekretariatu Stanu

Szanowny Pan
Prof. dr hab. dr h.c. Maciej LATAJSKI
Rektor Akademii Medycznej w Lublinie
Przewodniczący Konferencji
Rektorów Uczelni Medycznych
al. Raclawickie 1
20-950 Lublin
POLONIA



PAŹDZIERNIK-GRUDZIEŃ 2003

W numerze...

Inauguracja

Inauguracja roku akademickiego 2003/2004 .. 34

Lubelski Uniwersytet Trzeciego Wieku
w nowym roku akademickim 50

PROF. DR HAB. BIRUTA FAJROWICZ

TAiP AM

IV Walne Zgromadzenie TAiP 54

PROF. DR HAB. RYSZARD KOCJAN

Doktorat honoris causa

Profesorowie Nathan Levin i Roman Smolik
Doktorami Honoris Causa 62

Międzynarodowa współpraca naukowa

Wkrótce amerykańsko-polska współpraca
naukowa w dziedzinie nefrologii 72

DR HAB. WOJCIECH ZAŁUSKA

Międzynarodowe sympozjum naukowe

Problemy współczesnej nefrologii 74

DR HAB. WOJCIECH ZAŁUSKA

Międzynarodowa współpraca naukowa

Zdrowie społeczeństwa wspólną troską
Polska – Ukraina 76

LEK. MED. MGR PRAWA IGOR SZWIEC

Szpitaly kliniczne

Samodzielny Publiczny
Szpital Kliniczny nr 1 (cz. I) 82PROF. DR HAB. RYSZARD MACIEJEWSKI
MGR MARZENA POMARAŃSKA-OLSZAK

Międzynarodowa konferencja naukowa

Nowe oblicza formaldehydu 90

DR N. MED. INGRID RÓŻYŁO-KALINOWSKA

Ogólnopolska konferencja naukowa

Zdrowa matka zdrowa rodzina 94

MGR PIEL. MAGDALENA LEWICKA
MGR PIEL. MARIANNA SZYMAŃSKA

Ogólnopolski zjazd naukowy

W Lublinie odbył się siódmy zjazd
Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego .. 96LEK. STOM. BARBARA JĘDRYCH-GÓRSKA
LEK. STOM. MONIKA SMYL-GOLIANEKW centrum uwagi
dysfunkcje narządu zucia 100

PROF. DR HAB. MARIA KLEINROK

XII Dni Otolaryngologii Dziecięcej 104

PROF. DR HAB. GRAŻYNA MIELNIK-NIEDZIELSKA

VI Dzień Andrologii 106

DR N. MED. SZYMON BAKALCZUK
PROF. DR HAB. GRZEGORZ JAKIEL

Konferencja naukowa

I Jesienna Szkoła Medycyny Ratunkowej ... 108
LEK. MED. MICHAŁ SOLECKI
LEK. MED. EWA WIATER-KOZIOŁ

Kompleksowa ocena jakości
substancji leczniczych i postaci leków ... 110
MGR FARM. LUKASZ KOMSTA

Konferencja naukowo-szkoleniowa

Depresja ... 112
DR N. MED. MARIA PILARCZYK

Postępy w diagnostyce i leczeniu
chorób układu nerwowego ... 114
DR N. MED. MARIA PILARCZYK

Złota jesień pnemonologów
W październiku w Kazimierzu ... 116
DR N. MED. WOJCIECH REMISZEWSKI

GOLD znaczy złoto ... 118
DR N. MED. WOJCIECH REMISZEWSKI

Problemy alergologiczne w okulistyce ... 120
PROF. DR HAB. MAREK GERKOWICZ

Sympozjum naukowe

Trzecie Lubelskie
Spotkania Kardiochirurgiczne ... 122
DR N. MED. JANUSZ STAŻKA

Zjazd naukowy

Jubileusz Oddziału Lubelskiego
Polskiego Towarzystwa
Diagnostyki Laboratoryjnej ... 124
MGR AGATA SKOCZYŁAS
DR N. FARM. DARIUSZ DUMA

Zjazd naukowo-szkoleniowy

Ultrasonografia w okulistyce ... 126
PROF. DR HAB. MAREK GERKOWICZ

Działalność korporacyjna

W Lublinie wybrano nowe władze
Polskie Towarzystwo Położnych ... 128
MGR PIEL. MAGDALENA LEWICKA

Edukacja medyczna

Kształcenie podyplomowe
pielęgniarek i położnych wczoraj i dziś ... 130
MGR PIEL. WIESŁAW FIDECKI
PROF. DR HAB. IRENA WRÓŃSKA

Polityka zdrowotna

Zjawiska zdrowotne w populacji ... 132
PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI

Etyka

Przegląd psychologicznych i socjologicznych
badań nad eutanazją w Polsce ... 136
MGR SOCJOL. ARTUR P. TOFIL

Psychiatria

Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego ... 142
LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK
DR HAB. BARTOSZ ŁOZA

Szkolenie podyplomowe

Mechanizmy bakteryjnej oporności
na antybiotyki ... 144
PROF. DR HAB. MARIAN WIEŁOSZ

Prof. M. Kleinrok przebywała
z wizytą naukową w Australii ... 146
PROF. DR HAB. MARIA KLEINROK

Przyszłość medycyny
należy również do transplantologii ... 150
PROF. DR HAB. EUGENIUSZ SPIECHOWICZ
DR HAB. SŁAWOMIR RUDZKI

Zastosowanie najnowszych
technologii w stomatologii
Wyjazd po wiedzę do Niemiec ... 154
LEK. STOM. KATARZYNA SARNA-BOŚ
LEK. STOM. BEATA PIÓRKOWSKA-SKRABUCHA
DR HAB. JANUSZ KLEINROK

Podstawy implantologii ... 158
DR N. MED. ZBIGNIEW LESZCZ
LEK. STOM. KATARZYNA SARNA-BOŚ
LEK. STOM. BEATA PIÓRKOWSKA-SKRABUCHA
DR HAB. JANUSZ KLEINROK

Zastosowanie łańcuchowej
reakcji polimerazy
w diagnostyce mikrobiologicznej ... 160
MGR BIOL. IZABELA KORONA-GŁOWNIAK

Łamy absolwentów

Zjazd koleżeński farmaceutów
Rocznik 1949-1953 ... 168
MGR. FARM. HALINA ŁOBODZIŃSKA-MACHOWSKA

Jubileuszowy zjazd absolwentów (1953-2003)
Wydziału Lekarskiego UMCS/AM ... 170
DR MED. IZABELLA IRACKA-ZATOŃSKA

Postępy medycyny
w minionym pięćdziesięcioleciu ... 172
DR N. MED. STANISŁAW SOBOCKI

Radio Medical (cz. IX) ... 176
DR WITOLD KOMARNICKI

Spotkanie po czterdziestu latach ... 182
DR BOLESŁAW SZUDEJKO

Medicina et pharmacia in nummis ... 184
PROF. DR HAB. EDWARD SOCZEWIŃSKI

Szkice jubileuszowe

60 lat nauczania medycyny w Lublinie
Kardiologia (cz. I) 188
PROF. DR HAB. TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA

Półwiecze ortopedii dziecięcej
Jubileusz 40-lecia
pracy zawodowej prof. T. Karskiego 192
DR N. MED. JACEK KARSKI
LEK. MED. JAROSŁAW KALAKUCKI

Moje szkoły polskie i angielskie 198
DR N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA

Batalia o wyższe studia
pielęgniarskie (cz. II) 204
MGR PIEL. DANUTA BAJOREK

Spółeczna potrzeba rozwoju
pielęgniarstwa środowiskowego 211
MGR PIEL. DANUTA BAJOREK

Wspomnienie 215
MGR PIEL. ELŻBIETA SZUMIRSKA-GRUBBA

Martyrologia

Musiąłem to powiedzieć... 216
PROF. DR HAB. MARIAN KAZIMIERZ KLAMUT

Hyde park

Listy polecane 220

Felieton aktualny

Złe i dobre 224
PROF. DR HAB. BIRUTA FAJROWICZ

Pejzaż polski

Środki masowego rażenia 226
LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK

Staż naukowy

Moja wielka grecka przygoda 228
MGR FARM. JAROSŁAW WIDELSKI

Chór akademicki

Jak pięknie, czyli poemat
o mieście Lublinie, Paryżu i Pradze 232
DR N. MED. WOJCIECH REMISZEWSKI

Zespół Pieśni i Tańca AM

W niebie jest raj, a na ziemi
Suzhon i Hangzhou 236
INŻ. KRYSZYNA MACIĄG

Duszpasterstwo akademickie

Z DAM na wakacje! 240
AGNIESZKA LEWIŃSKA

Wigilia w AZS 241
MAŁGORZATA PLEBAN

Gdzie Bóg jest na właściwym miejscu, tam
wszystko będzie na właściwym miejscu ... 242
KRZYSZTOF SCHELLER

Łamy studenckie

VI Europejski Kongres
Studentów Medycyny 244
LEK. MED. ANNA MICHALAK

Wybory do zarządu EMSA-Lublin
Plany na rok akademicki 2003/2004 248
MARCIN ZIĘBA

Nowe władze
Oddziału Lubelskiego IFMSA-Poland ... 250
JUSTYNA WYROŚLAK

Grenoble, miasto u podnóża Alp
Studencka praktyka wakacyjna we Francji .. 252
LEK. MED. ANNA LEKAWA

Mityng naukowy medyków w Zagrzebiu .. 256
JOLANTA SZEŁIGA
JOANNA KARDELA

Welcome to Eastbourne! 258
LEK. MED. ANNA KWIECIŃSKA

Czwarty finał akcji
Szpital Pluszowego Misia 260
EMILIA PABIS

Sport akademicki

Pożegnanie usportowionych absolwentów .. 262
MAŁGORZATA PLEBAN

Reaktywacja sekcji lekkiej atletyki 264
JACEK ZIELIŃSKI

Halowy turniej piłki nożnej medyków ... 265
GRZEGORZ POPCZAK
RAFAŁ WOJDACZ

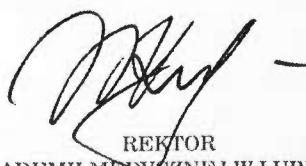
Andrzejki z AZS 266
MAŁGORZATA PLEBAN

Pro memoria

Profesor Roman Miturski 268
Dr Jan Maria Chodnikiewicz 270

Na półkach księgarskich 272

Niech Święta Bożego
Narodzenia
napętnią serca
radością i spokojem,
a Nowy 2004 rok
niech będzie rokiem
sukcesów osobistych
i zawodowych



REKTOR
AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE
IM. PROF. FELIKSA SKUBISZEWSKIEGO
Prof. dr hab. dr h.c. Maciej Latański



■ POWSTANIE NOWEGO OBIEKTU DYDAKTYCZNEGO
TO WIELKI, OSOBISTY SUKCES JM REKTORA

Uroczyste otwarcie Collegium Universum

Po zakończeniu 2,5-letniego cyklu inwestycyjnego, 2 października 2003 r. w obecności parlamentarzystów, JE ks. arcybiskupa prof. dr hab. Józefa Zycińskiego – metropolity lubelskiego, wojewody lubelskiego mgr Andrzeja Kurowskiego, przedstawicieli władz resortu zdrowia, władz miasta, oraz licznie zgromadzonej społeczności akademickiej dokonano uroczystego otwarcia Collegium Universum, nowego obiektu dydaktycznego Uczelni.

Powstanie budynku – o czym pisaliśmy w poprzednim numerze „Alma Mater” – jest niewątpliwie wielką zasługą, wprost efektem osobistych starań i wysiłków JM Rektora prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego, który

u progu pierwszej kadencji rektorskiej zapowiedział porządkowanie bazy lokalowej i rozpoczęcie nowych inwestycji. W podniosłym nastroju, któremu towarzyszyły optymistyczne wypowiedzi mówców podkre-



ślających wagę oraz znaczenie wielkiego wydarzenia, w przeddzień inauguracji roku akademickiego przebiegała uroczystość oddania do użytku nowego budynku. JM Rektor w okolicznościowym wystąpieniu przypomniał uwarunkowania, które wpłynęły na decyzję o rozpoczęciu tej inwestycji, wymienił najważniejsze daty z dziennika budowy, złożył podziękowania decydentom i przyjaciółom, którzy wspiera-

li wysiłki władz Uczelni mające na celu zdobycie środków finansowych przeznaczonych na ten cel. Rektor wiele słów poświęcił także budowlanym, wyjątkowo sprawnie realizującym inwestycję, za którą główny wykonawca – Lubelska Przemysłówka S.A. – otrzymał wyróżnienie w postaci „Złotej Kielni”. Wiele słów uznania pod adresem JM Rektora wypowiadali także nowi lokatorzy, użytkow-

nicy Collegium Universum: „Rektor stworzył nam komfortowe warunki pracy”, „Kto by pomyślał, że w ciągu 2,5 roku da się zbudować taki obiekt”, „Gdyby nie było tego rektora, o nowych inwestycjach nadal można byłoby tylko pomarzyć”.

Rangę wydarzenia dodatkowo podnosi fakt, że z chwilą oddania do użytku Collegium Universum Uczelnia przestaje ponosić kolosalne opłaty czynszowe za wynajem lokali w budynkach stanowiących tzw. bazę obcą (Collegium Maius – własność Gminy Wyznaniowej Żydowskiej oraz Centrum Kultury – własność miasta). W imieniu całej społeczności akademickiej, Jego Magnificencji za ten gest stokrotnie dziękujemy.

DR N. MED WŁODZIMIERZ MATYSIAK



Dla upamiętnienia sukcesu inwestycyjnego, oraz podkreślenia rangi wydarzenia, jakim stało się oddanie do użytku Collegium Universum, po raz pierwszy w historii Uczelni ukazał się akademicki kalendarz planszowy ukazujący ciekawą architektonicznie bryłę nowego budynku, sygnowany winiętą naszego kwartalnika.



Z prac i posiedzeń Senatu

JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański otwierając VI posiedzenie (29 września 2003 r.) Senatu kadencji 2002/2005 serdecznie powitał zebranych, a następnie przedstawił porządek posiedzenia z prośbą o akceptację. Senat w głosowaniu jawnym jednomyślnie zatwierdził przedstawiony porządek posiedzenia.

W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie zatwierdził protokół z V posiedzenia Senatu odbytego w dniu 7 maja 2003 r.

■ Główny wykonawca inwestycji „Lubelska Przemysłówka S. A.” otrzymał „Złotą Kielnię” za roboty budowlane budynku „Teoretyczne Zakłady Naukowe” w konkursie organizowanym przez Polski Związek Inżynierów i Techników Budownictwa.

■ Dobięła końca procedura przetargowa na wykonanie budynku Teoretycznych Zakładów Naukowych II. Niestety, zgłoszono dwa protesty, co spowoduje wydłużenie terminu przystąpienia do robót ziemnych, ponieważ zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych zgłoszenie i rozpatrzenie skarg w arbitrażu podlega określonym terminom. Występują również trudności innego rodzaju: w celu przygotowania i oczyszczenia placu budowy należy uzyskać zgodę odpowiednich władz i zapłacić ok. 880 tys. złotych za wycięcie drzew, które tam rosną – tzw. „samosiejki”.

Zgodnie z nowym prawem budowlanym, budynek tego typu jak Teoretyczne Zakłady Naukowe, musi być obowiązkowo wyposażony w parkingi, jedno miejsce parkingowe na każde 25 m² powierzchni użytkowej budynku. W związku z tym Akademia Medyczna ogłosiła odrębne przetargi na projekt oraz na wykonanie. Orientacyjny koszt około 600 tys. zł. Pomimo tych utrudnień władze Uczelni pragną, aby inauguracja roku akademickiego 2004/2005 odbyła się w nowej Auli na 600 miejsc. Będzie to uroczystość połączona z obchodami sześćdziesięciolecia nauczania medycyny w Lublinie.

■ Pojawiły się, znane między innymi ze środków masowego przekazu, pomysły przekształcenia szpitali klinicznych w spółki prawa handlowego. Niestety, nie podaje się przy tym jak pogodzić prawo upadłości takiej jednostki z obowiązkiem świadczenia usług pacjentom jako jednostek użyteczności publicznej. Na pytania przedstawicieli uczelni medycznych w tej sprawie brak odpowiedzi ze strony kompetentnych organów. Poprzednie posiedzenie Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych obradowało m. in. nad tą sprawą. Na podstawie dostępnych dotychczas materiałów zajęto stanowisko krytyczne wobec tej propozycji. W dniu 9 października 2003 r. w Poznaniu przewidziana jest uroczysta inauguracja roku akademickiego uczelni medycznych. W przeddzień tej uroczystości zaplanowane jest posiedzenie KRUM z udziałem wiceministra **Wiktora**

Wysoka pozycja JM Rektora prof. M. Latańskiego w rankingu „Pulsu Medycyny”

► Awans z ubiegłorocznej 62 lokaty na miejsce 28

Historia 2003

Do raz drugi Jolanta Kwaśniewska wygrała w rankingi najbardziej wpływowych osób w polskiej ochronie zdrowia. Na drugiej stopni Ledy Ma 2003 znalazł się twórca Marek Balicki. Senator i jest trzecia pozycja w kategorii Jerzy Owsiak, który zdystansował doby bezpośrednio odpowiednia za sprawy zdrowia ministra Leszka Siarkowskiego i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztofa Firmana. Na wysokich pozycjach są przedstawiciele branży farmacji, medycyny, ale także w górę pułg się znaczący udział w branży farmacji, jak Maciej Piątek i politycy z pierwszych stron gazet, jak np. Lidzbia Kozłowska - zha. Awansował na listę 100 lekarzy kandydaci Radców, prezes Wieloletniej Kasy Lekarskiej

Sto najbardziej wpływowych osób w polskiej ochronie zdrowia w 2003 roku

PULS MEDYCyny

Ranking 100 najbardziej wpływowych osób w polskiej ochronie zdrowia w 2003 roku

PULS MEDYCyny

Już po raz kolejny, dwutygodnik „Puls Medycyny” ogłosił w pierwszych dniach stycznia 2004 r. wyniki rankingu stu najbardziej wpływowych osób w polskiej ochronie zdrowia w 2003 roku. Bezkonkurencyjną liderką, z pozycją pierwszą w rankingu, jest od ubiegłoroku **Jolanta Kwaśniewska** patronująca fundacji „Porozumienie bez barier”. Dziesięciu niezależnych ekspertów

oceniali kandydatów w czterech kategoriach: ■ osiągnięć zawodowych ubiegłego roku, ■ reputacji zawodowej, ■ kontaktów, sieci powiązań i wpływów, oraz ■ siły publicznego oddziaływania. Drugie miejsce przypadło senatorowi **Markowi Balickiemu**, byłemu ministrowi zdrowia, natomiast trzecie wicepremierowi **Jerzemu Hausnerowi**. Czwartą pozycję uzyskał **Jerzy Owsiak**, który minimalnie zdystansował **prof. Zbigniewa Religę** (na miejscu piątym).

Wielką i miłą niespodzianką tegorocznego rankingu stała się dla nas wysoka 28 lokata przyznana **prof. dr hab. dr h. c. Maciejowi Latałskiemu** – JM Rektorowi AM im. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie, co istotne, potwierdzająca również awans Magnificencji Rektora z miejsca 62 w roku ubiegłym. Warto dodać, że

wic (55), **prof. Marian Śliwiński** – kardiochirurg, kardiolog z Warszawy (56), **prof. Zbigniew Gaciong** – internista, immunolog, nefrolog z Warszawy (58), **prof. Tadeusz Orłowski** – internista, transplantolog z Warszawy (68), **prof. Mariusz Łapiński** – kardiolog i b. minister zdrowia (69), **prof. Stanisław Pużyński** – psychia-



Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski
JM Rektor Akademii Medycznej
im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie

prof. Maciej Latałski jest jedynym rektorem na Liście Stu. Zdystansował w gronie pierwszych pięćdziesięciu osób m. in. **Wiktora Masłowskiego** – wiceministra zdrowia (miejsce 29), **prof. Leszka Ceremużyńskiego** – znanego kardiologa z Warszawy (30), **prof. Franciszka Kokota** – wybitnego nefrologa z Katowic (33), **prof. Wojciecha Noszczyka** – znakomitego chirurga z Warszawy (38), **prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego** – wybitnego specjalistę medycyny nuklearnej z Warszawy – prezesa PTL (41), **prof. Jerzego Szaflika** – świetnego okulistę z Warszawy (44). W drugiej pięćdziesiątce znaleźli się m. in. **prof. Marian Zembala** – kardiochirurg z Kato-

tra z Warszawy (85), **prof. Zbigniew Puchalski** – chirurg z Białegostoku. Listę zamyka **Aleksander Nauman** – były wiceminister zdrowia i były szef NFZ (100). Serdecznie gratulujemy Panu Rektorowi prestiżowego wyróżnienia!

DR N. MED. WŁODZIMIERZ MATYSIAK

Masłowskiego, który przewodniczy zespołowi przygotowującemu zmiany. Mamy nadzieję uzyskać więcej informacji w tej sprawie, które są dotychczas bardzo ogólne. Nie ulega wątpliwości, że upadłość nie może dotyczyć szpitali klinicznych, ponieważ tu jest realizowana usługa medyczna oraz dydaktyka dla studentów i działalność naukowo-badawcza. To są problemy do rozwiązania dla nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz planowanej wspólnie z nią ustawy o zabezpieczeniu potrzeb społecznych.

■ Projekt ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym” zawiera w sobie zapisy o szpitalach klinicznych. Nie zawiera natomiast zapisów o spółkach szpitali klinicznych. Prezydencki zespół legislacyjny ukończy w dniu 8 października 2003 r. prace nad nową ustawą o szkolnictwie wyższym. Przewiduje ona m. in., że uczelnie medyczne będą podlegać, tak jak obecnie, ministrowi zdrowia. Po ewentualnych końcowych poprawkach, projekt trafi do Kancelarii Prezydenta, a następnie do Sejmu pod obrady jako tzw. prezydencki projekt ustawy. Prawdopodobnie równocześnie w Sejmie znajdzie się projekt nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Nie wiadomo jak zostaną uzgodnione zapisy pomiędzy tymi ustawami, dotyczące szpitali klinicznych. Nie wiadomo również jak uregulowana ostatecznie będzie sprawa studiów wieczorowych (pełnopłatnych), prowadzonych w uczelniach medycznych, ponieważ inne szkoły wyższe są zainteresowane przede wszystkim studiami płatnymi zaocznymi.

■ W bieżącym roku w Uczelni przyjęto 883 osoby na wszystkie wydziały i formy studiów.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat jednomyślnie pozytywnie zaopiniował wniosek o nadanie tytułu doktora honoris causa Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie profesorowi **Romanowi Smolikowi** oraz podjął uchwałę w tej sprawie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o mianowanie na stanowisko profesora zwyczajnego **prof. dr hab. Jana Kotarskiego** kierownika I Katedry i Kliniki Ginekologii i prosi JM Rektora o przedstawienie wniosku Ministrowi Zdrowia.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o mianowanie na stanowisko profesora nadzwyczajnego **dr hab. Artura Czekierdowskiego** w I Katedrze i Klinice Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat jednomyślnie pozytywnie zaopiniował wniosek o mianowanie na stanowisko profesora nadzwyczajnego **dr hab. Ewy Urbańskiej** w Zakładzie Farmakologii i Toksykologii Katedry Farmakologii Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o przedłużenie zatrudnienia na stanowisku profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej **dr hab. Konradowi Moszyńskiemu**.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o przedłużenie zatrudnienia na stanowisku profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Klinice Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej **dr hab. Janowi Podlewskiemu**.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **dr hab. Wandy Furmagi-Jabłońskiej**, prof. nadzw. AM na stanowisko Kierownika I Katedry Pediatrii oraz Kliniki Patologii Noworodków, Niemowląt i Kardiologii Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **dr hab. Jerzego Łopatyńskiego**, prof. nadzw. AM na stanowisko Kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **prof. dr hab. Marii Majdan** na stanowisko p. o. Kierownika Katedry i Kliniki Reumatologii Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **dr hab. Wojciecha Polkowskiego**, prof. nadzw. AM na stanowisko Kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej Kat. Onkologii Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat jednoznacznie pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **prof. dr hab. Tomasza Rechbergera** na stanowisko Kierownika II Katedry i Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat jednoznacznie pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **dr hab. Jacka Wrońskiego** na stanowisko Kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyń i Angiologii Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat jednoznacznie pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **dr hab. Ryszarda Kocjana**, prof. nadzw. AM na stanowisko Kierownika Katedry Chemii oraz Zakładu Chemii Analitycznej Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat jednoznacznie pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **prof. dr hab. Władysława Gołkiewicza** na stanowisko Kierownika Zakładu Chemii Fizjologicznej Katedry Chemii Akademii Medycznej w Lublinie.

Prof. St. Burzyński gościem Kliniki Neurologii

W dniu 30 października 2003 r. w Katedrze i Klinice Neurologii, na zaproszenie prof. dr hab. Zbigniewa Stelmasiaka, gościł ponownie profesor Stanisław R. Burzyński.

Prof. Stanisław Burzyński, absolwent Lubelskiej Akademii Medycznej, obecnie dyrektor Burzyński Research Institute w Houston, od wieku lat naukowo zajmuje się problematyką leczenia przeciwnowotworowego. Jest odkrywcą *antyneoplastonów*, pochodnych aminokwasów, których właściwości terapeutyczne oceniane są obecnie w różnych rodzajach nowotworów w kilkudziesięciu próbach klinicznych. W ostatnim okresie zainteresowania naukowe prof. St. Burzyńskiego poszerzyły się o zagadnienia możliwości ingerencji w genetyczne podstawy procesu starzenia się organizmów.

Wykład prof. St. Burzyńskiego, wygłoszony na spotkaniu Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, poświęcony był najnowszym odkryciom, dotyczącym genetyki procesu nowotworzenia i starzenia się komórek oraz obecnemu stanowi wiedzy na temat możliwości ingerencji w te procesy na poziomie genów. Jedną z takich możliwości stanowią antyneoplastony. W skrócie można je scharakteryzować jako „przełączniki genowe”, czyli substancje hamujące aktywność genów powodujących nowotworzenie i sprzyjające aktywacji genów decydujących o prawidłowym funkcjonowaniu komórki. Niedobór antyneoplastonów w organizmie może być odpowiedzialny za nieprawidłowe i niepotrzebne mnożenie się komórek. Nie jest to jednak jedyna przyczyna wzrostu nowotworów. Przyszłość tego ty-



pu terapii będzie polegała na identyfikacji chorych, u których za rozwój choroby odpowiedzialny jest niedobór antyneoplastonów.

Wyniki dotychczasowych badań wskazują na korzystny wpływ terapii antyneoplastonami na niektóre postaci nowotworów układu nerwowego u dzieci i dorosłych, nowotwory wątroby, skóry. W drugiej części wykładu prof. St. Burzyński przedstawił dokumentację radiologiczną i kliniczną, kilkunastu spośród wielu pozytywnych odpowiedzi na leczenie antyneoplastonami. Ten rodzaj terapii jest obecnie w drugiej fazie badań klinicznych. Osoby kwalifikowane do tego typu leczenia są pod ścisłym nadzorem FDA. W Instytucie Prof. St. Burzyńskiego trwają ponadto prace nad opracowaniem testów, pozwalających na szybką identyfikację aktywacji poszczególnych populacji genów w różnych rodzajach nowotworów. W przyszłości wyniki tych badań będą stanowiły podstawę doboru odpowiedniego leku hamującego wybiórczo aktywne nowotworowo geny.

DR ANNA SZCZEPAŃSKA-SZEREJ
DR JOANNA WOJCZAL

Honory LTN dla prof. A. Papierkowskiego

Podczas tradycyjnego spotkania noworocznego, w dniu 6 stycznia 2004 roku, prof. dr hab. Andrzej Papierkowski – kierownik Kliniki Gastroenterologii Dziecięcej AM im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie otrzymał wyróżnienie honorowe MERITO PRO SOCIETATE SCIENTIARUM LUBLINENSIS, przyznawane jako świadectwo zasług dla rozwoju i znaczenia lubelskiego środowiska naukowego.



Aktu wręczenia dyplomu poświadczającego zasługi profesora A. Papierkowskiego dla LTN dokonali prezes Towarzystwa – prof. dr hab. Edmund Prost oraz sekretarz generalny – prof. dr hab. Marian Wielosz. Wręczono także Nagrodę Naukową Lubelskiego Towarzystwa Naukowego, tzw. Lubelskiego Nobla, którą w tym roku otrzymał książk prof. dr hab. Czesław S. Bartnik

emerytowany pracownik naukowy Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego za trzy autorskie książki pt. „Teilhardyzm jako historia uniwersalna”, „Nadzieje upadającego Rzymu” i „Matka Boża”. Ponadto Wyróżnienie Honorowe Lubelszczyzny za 2003 r. otrzymał prof. dr hab. Jan Lewandowski za książkę pt. „Historia Estonii”.

(mat)

Sprostowanie

Panów – prof. dr hab. Romana Mądro – kierownika Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej oraz dr n. med. Grzegorza Tereśńskiego – adiunkta tego Zakładu, przepraszamy za pominięcie w poprzednim wydaniu „Alma Mater” faktu otrzymania zespołowej nagrody naukowej ministra zdrowia. Raz jeszcze bardzo przepraszamy, równocześnie obu panom serdecznie gratulujemy otrzymanego wyróżnienia.

RED.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat jednoznacznie pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie dr hab. Moniki Waksmundzkiej-Hajnos, prof. nadzw. AM na stanowisko Kierownika Zakładu Chemii Nieorganicznej Katedry Chemii Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat jednoznacznie pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie dr hab. Grażyny Matysik, prof. nadzw. AM na stanowisko Kierownika Samodzielnej Pracowni Chromatografii Planarnej Katedry Chemii Akademii Medycznej w Lublinie

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów, przy jednym przeciwnym i jednym wstrzymującym się, pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie dr hab. Dariusza Matusiuka na stanowisko Kierownika Katedry i Zakładu Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów, przy dwóch przeciwnych, pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie dr hab. Alicji Nasilowskiej-Barud na stanowisko Kierownika Zakładu Psychologii Klinicznej Katedry Nauk Humanistycznych Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o przedłużenie prof. dr hab. Alicji Buczek zatrudnienia na stanowisku Kierownika Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat jednoznacznie pozytywnie zaopiniował wniosek o przedłużenie prof. dr hab. Wiesławowi Gołąbkowi zatrudnienia na stanowisku Kierownika Katedry i Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat jednoznacznie pozytywnie zaopiniował wniosek o przedłużenie prof. dr hab. Marii Zajączkowskiej zatrudnienia na stanowisku Kierownika Kliniki Nefrologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii Akademii Medycznej w Lublinie

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o przedłużenie prof. dr hab. Krzysztofowi Marczewskiemu zatrudnienia na stanowisku Kierownika Zakładu Etyki Międzywydziałowej Katedry Nauk Humanistycznych Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o przedłużenie prof. dr hab. Irenie Wrońskiej zatrudnienia na stanowisku Kierownika Katedry i Zakładu Pedagogiki Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia powołania na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym, Pracowni Badań Neurofizjologicznych w ramach Katedry i Kliniki Psychiatrii.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia powołania na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym, Pracowni Immunologii Chorób Skóry w ramach Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat zatwierdził jednomyślnie protokoły z posiedzeń Rad Wydziałowych: Lekarskiego, Farmaceutycznego oraz Pielęgniarskiego i Nauk o Zdrowiu.

■ Na ręce JM Rektora wpłynęło pismo podpisane przez **prof. dr hab. Franciszka Ziejkę** – Przewodniczącą KRASP wraz z załączoną uchwałą Senatu Uniwersytetu Jagiellońskiego w sprawie Akademickiego Kodeksu Wartości oraz uchwałą w sprawie zatrudnienia pracowników uczelni. Akademicki Kodeks Wartości zostanie rozpowszechniony wraz z pismem przewodnim do wiadomości wszystkich pracowników naukowych Uczelni.

Następnie JM Rektor odczytał uchwałę Senatu UJ z dnia 14 czerwca 2003 r. w sprawie zatrudniania pracowników Uniwersytetu Jagiellońskiego. Uchwała ta jest sygnałem, że uczelnie zaczynają dbać o własne interesy. Dopuszczalne jest podejmowanie przez pracowników UJ zatrudnienia w innych szkołach wyższych, w tym także prywatnych, nie ma jednak zgody na to, aby brali oni udział w promowaniu ośrodków akademickich będących dla nich miejscem dodatkowego zatrudnienia. Jak na razie nie ma u nas prywatnych wyższych uczelni medycznych, stąd też problem ten może wymagać stanowiska Senatu Akademii Medycznej w przyszłości.

■ JM Rektor przedstawił sprawę powołania członka Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie, dla którego organem założycielskim jest Akademia Medyczna w Lublinie. Ponieważ zgodnie z ustawą część składu Rady Społecznej szpitala klinicznego desygnuje Senat Uczelni należy, w sytuacji jakichkolwiek zmian w jej składzie, powoływać i odwoływać jej członków również mocą uchwały. Proponowane zmiany przedstawiają się następująco:

- powołuje się **mgr Zbigniewa Rachela** na członka Rady Społecznej SP SK nr 1 w Lublinie,
- odwołuje się z członka Rady Społecznej **mgr Stanisława Matysa**.

W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w powyższej sprawie.

PRESTIŻOWE WYRÓŻNIENIE

Paszport „Polityki” dla dr hab. K. Borowicz

Dr hab. Kinga Borowicz – pracownik naukowy Katedry i Zakładu Patofizjologii została ostatnio laureatką tzw. „Paszportu Polityki”, wyróżnienia dla wybijających się polskich pracowników nauki.



Dr hab. Kinga Borowicz



W 1992 roku **Kinga Katarzyna Borowicz** ukończyła z pierwszą lokatą studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie. Jeszcze jako studentka rozpoczęła pracę doświadczałą w Studenckim Kole Naukowym Katedry i Zakładu Farmakologii AM, pod opieką **prof. dr hab. h. c. Zdzisława Kleinroka** i **prof. dr hab. Stanisława J. Czuczvara**. W roku akademickim 1991-1992 była stypendystką Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W 1992 roku otrzymała Złotą Odznakę Primus Inter Pares, list gratulacyjny od Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, wtedy **Lecha Wałęsy**, Nagrodę JM Rektora AM

w Lublinie za szczególne osiągnięcia naukowe w czasie studiów, oraz nagrodę Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie. W 1992 roku rozpoczęła pracę w charakterze asystenta naukowo-dydaktycznego w Katedrze Farmakologii i Toksykologii AM w Lublinie. W 1994 roku obroniła pracę doktorską pod kierunkiem prof. dr hab. Stanisława J. Czuczvara pt. „Wpływ antagonistów pobudzających aminokwasów na aktywność przeciwdrgawkową wybranych leków przeciwpadaczkowych w teście maksymalnego wstrząsu elektrycznego u myszy”. Uzyskała stopień doktora nauk medycznych z wyróżnieniem. W 1996 roku zdała egzamin specjalizacyjny pierwszego stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. W roku akademickim 1996/1997 była stypendystką Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej. W tym samym roku objęła stanowisko adiunkta w Katedrze i Zakładzie

Farmakologii AM w Lublinie. W 1999 roku zdała egzamin specjalizacyjny II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Od października 2000 roku pracuje na stanowisku adiunkta w Katedrze Patofizjologii AM w Lublinie, kierowanej przez prof. dr hab. Stanisława J. Czuczawara. W 2001 roku uzyskała stopień doktora habilitowanego nauk medycznych, na podstawie rozprawy pt. „Przeciwdrgawkowe właściwości antagonistów hormonów płciowych w trzech modelach padaczki eksperymentalnej”. Zainteresowania naukowo-badawcze dotyczą przede wszystkim mechanizmów oraz farmakoterapii lekoopornej padaczki, a ogniskują się wokół dwóch tematów przewodnich:

1. behawioralnych konsekwencji, mechanizmów farmakologicznych oraz implikacji terapeutycznych związanych z ostrymi i przewlekłymi procesami drgawkowymi u gryzoni,
2. wpływu substancji o potencjalnych właściwościach

przeciwdrgawkowych na działanie klasycznych leków przeciwpadaczkowych. Działalność naukowo-badawcza dr hab. Kingi Katarzyny Borowicz została doceniona w formie przyznawanej nieprzerwanie od 1997 do 2003 roku zespołowej Nagrody Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Dr hab. K. Borowicz sprawuje opiekę nad Studentem Kolem Naukowym, początkowo w Katedrze Farmakologii, obecnie w Katedrze Patofizjologii. Do chwili obecnej była promotorem 3 obronionych rozpraw doktorskich, 2 następnych w trakcie realizacji, oraz 6 prac magisterskich. W 2003 roku zostało wszczęte postępowanie w sprawie nadania Jej tytułu profesora nauk medycznych. Po pracy, dr hab. K. Borowicz z prawdziwą przyjemnością oddaje się trudnej sztuce wychowywania pięcioletniego Kornelka i pięciomiesięcznego Baltazarka oraz spacerom po lesie, który rozpościera się tuż za oknem.

(am)

Awanse

JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański powołał z dniem 1 stycznia 2004 roku kustosa dyplomowanego mgr Ewę Busse-Turczyńską na stanowisko zastępcy dyrektora Biblioteki Głównej AM.

Dyrektor Dziecięcego Szpitala Klinicznego dr n. med. Jerzy Szarecki powołał z dniem 9 października 2003 r. mgr Amelię Ścibior, pełniącą dotychczas funkcję naczelną pielęgniarki DSK, na nowo utworzone stanowisko zastępcy dyrektora do spraw pielęgniarstwa. Z dniem 3 listopada 2003 r. dr n. med. Anna Jabłońska-Chmielewska – adiunkt

w Katedrze i Zakładzie Epidemiologii podjęła dodatkową pracę w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, gdzie powierzono jej opiniowanie powstających dokumentów prawnych oraz projektowanych aktów legislacyjnych dotyczących problemów sanitarno-epidemiologicznych, medycyny paliatywnej i geriatryi.

(Red)

■ W wyniku głosowania jawnego, Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie nadania nazwy Collegium Universum – budynkowi Teoretycznych Zakładów Naukowych przy ul. dr. W. Chodźki 1 w Lublinie.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie regulaminu wynagradzania pracowników Apteki Akademickiej.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie przyjął uchwałę w sprawie ustalenia i zasad rozliczania pensum dydaktycznego, godzin ponadwymiarowych i innych godzin związanych z procesem dydaktycznym.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Uczelnianego Funduszu Stypendialnego „STUDENT”.

JM Rektor podziękował Senatorom za udział w obradach, złożył gratulacje nowo wybranych kierownikom jednostek organizacyjnych oraz zamykając VI posiedzenie Senatu kadencji 2002/2005 zaprosił do udziału w kolejnym posiedzeniu.

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

W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie zatwierdził protokół z VI posiedzenia Senatu odbytego w dniu 29 września 2003 r.

■ Szpitale kliniczne

Niedawno minął termin składania ofert przez zakłady opieki zdrowotnej do oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. Nasze szpitale kliniczne złożyły oferty w wymaganym terminie. Wartość punktu waha się od 10 zł do 15 zł. Teraz oferty będą podlegały negocjacjom. Z dotychczasowych informacji wynika, że wartość powyżej 10 zł będzie bardzo trudno uzyskać. Stawia to szpitale kliniczne w trudnej sytuacji na starcie w nowym roku. Można to poprawić „wyrabiając” większą ilość punktów. Jest to trudne do zrealizowania, zależy od liczby pacjentów z innych województw, szpitali. Tu znaczenie też będzie miała sprawa merytorycznej oceny złożonych wniosków przez konsultantów wojewódzkich. Czy inne szpitale będą w stanie wykonać procedury, które zadeklarowały? Jeśli nie, to nasze szpitale przejmą tych pacjentów wraz z pieniędzmi za procedury lecznicze.

Wiadomo już, że wszystkie nasze szpitale kliniczne odnotują ujemny wynik finansowy za rok 2003.

-Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 - ostateczny wynik finansowy poznamy w marcu 2004 r., jednakże już teraz można powiedzieć, że nastąpiła poprawa sytuacji finansowej w stosunku do poprzedniego roku (zmniejszenie ujemnego bilansu):

- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 - sytuacja finansowa jest beznadziejna. Możliwa staje się likwidacja szpitala. Roszczenia finansowe anestezyjologów, na podstawie wyroków sądowych spowodują, że SPSK 1 dotrwa w obecnej sytuacji do kwietnia przyszłego roku. Możliwe jest powołanie nowej jednostki szpitalnej na miejsce likwidowanej, jeśli sytuacja się nie zmieni.

Szpitale jako spółki użyteczności publicznej

■ JM Rektor odczytał stanowisko Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych z dnia 8 października 2003 r. w sprawie przekształceń szpitali klinicznych w spółki użyteczności publicznej - spółki prawa handlowego. Adresatami tego pisma byli m. in.: Minister Zdrowia

Leszek Sikorski i Wicepremier **Jerzy Hausner**. Nie doszło niestety do zaplanowanego wcześniej spotkania KRUM z wicepremierem Jerzym Hausnerem w tej sprawie. Oczekujemy, że najbliższy dogodny termin zostanie uzgodniony. W tej chwili sytuacja szpitali klinicznych ma charakter precedensowy. W żadnej uczelni wyższej o innym profilu - warsztaty naukowe a za takie należy uznać szpitale kliniczne, nie są poddawane takim ciągłym eksperymentom. Autorzy nowej ustawy o spółkach użyteczności publicznej przewidują, że ustawa weeszłaby w życie od kwietnia 2004 roku. Niezależnie od tego jak szpital będzie się nazywał, będzie utrzymywał się z tego co uzgodnione jest w kontrakcie z Oddziałem NFZ.

- Wykorzystanie łóżek w szpitalach, za bezpieczną granicę należy uznać 85 procent, tak to ma miejsce w innych krajach:

- Jeśli chodzi o ilość łóżek to np. w Czechach jest więcej łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców. Zatem należy raczej dążyć do racjonalizacji i wykorzystania istniejących łóżek.

■ Upadek szpitala klinicznego - to upadek uczelni medycznej. Nie jest prawdą, że mamy za dużo lekarzy w Polsce. W porównaniu do innych krajów europejskich lokujemy się w średniej wynoszącej ok. 23 lekarzy na 10 tys. mieszkańców. Są kraje gdzie ten wskaźnik jest znacznie wyższy i nikt tam nie zamyka uczelni medycznych. Jeśli ustawa o spółkach użyteczności publicznej wejdzie w życie, to trzeba będzie się zastanowić co począć z długami szpitala.

- Dług cywilno-prawny - tu trzeba będzie zawierać porozumienia z wierzycielami (dostawcami usług, aparatury itp.) pracownikami.

- Dług publiczno-prawny (ZUS, PFRON, itp.) zostanie umorzony.

Prof. J. Karski konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej

Minister zdrowia dr Leszek Sikorski mianował ostatnio prof. dr hab. Jerzego Karskiego konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej.

W lubelskiej Akademii Medycznej pracuje od 1957 r.

Osiągnął wszystkie szczeble awansu zawodowego, od asystenta do profesora zwyczajnego. Obecnie pełni funkcję kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej AM w Lublinie.

W latach 1961-1970 był dodatkowo zatrudniony w zespołach wyjazdowych Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Lublinie. W 1985 r. zorganizował Zakład Pierwszej Pomocy Medycznej oraz w roku 2000 r. Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego AM

w Lublinie. W latach 2000-2003 sprawował funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej, a od 4 listopada 2003 r. funkcję konsultanta krajowego.

Profesor Jerzy Karski jest autorem lub współautorem 130 publikacji zamieszczonych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych, był promotorem 17 rozpraw doktorskich i opiekunem 1 rozprawy habilitacyjnej, recenzentem 50 rozpraw doktorskich i 3 habilitacyjnych oraz 12 profesorów.

Serdecznie gratulujemy!

GRANTY Komitetu Badań Naukowych

► PROJEKTY BADAWCZE ZAMAWIANE

Prof. dr hab. Artur Czekierdowski 235 000 zł

KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII

Wykorzystanie oceny metylacji wysp CpG w DNA wybranych genów supresorowych dla wcześniejszego wykrywania i monitorowania wyników leczenia raka jajnika u kobiet. Badania nad molekularną patogenezą nowotworów oraz wykorzystanie metod biologii molekularnej, genomiki i proteomiki dla wczesnego wykrywania, optymalizacji leczenia i rozwoju nowych metod terapii nowotworów złośliwych.

Dr n. med. Ewa Wąsik-Szczepanek 154 800 zł

KATEDRA I KLINIKA HEMATOONKOLOGII I TRANSPLANTACJI SZPIKU

Molekularne czynniki rokownicze u chorych na przewlekłą białaczkę B-komórkową. Poszukiwanie molekularnych markerów prognostycznych i predykcyjnych w badaniach guzów nowotworowych.

SYMPOZJUM W INSBROKU

Poszukiwania nowych markerów

W dniach 26-29 stycznia 2004 r. odbyło się w Innsbrucku niezwykle interesujące sympozjum, którego tematyka koncentrowała się wokół poszukiwania nowych markerów biologicznych, swoistych identyfikatorów poszczególnych chorób i stanów patologicznych.

W obradach uczonych z kilku-nastu krajów, m. in. z Austrii, Niemiec, USA, Francji, Węgier uczestniczył **prof. dr hab. Kazimierz Głowniak** – kierownik Katedry i Zakładu Farmakognozji. Debatowano nad celowością rozwijania metod biologii molekularnej oraz diagnostyki genetycznej w celu izolacji białek produkowanych w organizmie zwierząt i ludzi dotkniętych chorobą nowotworową.

Warto dodać – mówi prof. Kazimierz Głowniak – że ośrodek uniwersytecki w Innsbrucku jest przodującą placówką naukową w przygotowaniu adsorbentów służących do rozdzielania związków małych jak i wielkocząsteczkowych. Corocznie otrzymuje granty rządu austriackiego na badania zmierzające do rozszerzenia zakresu metod ilościowych w diagnostyce laborato-

ryjnej, a w szczególności metod chromatograficznych. Szczególnie interesujące okazały się warsztaty naukowe, w których wzięło udział ok. 150 osób.

Niedawno została podpisana umowa o współpracy pomiędzy Zakładem Farmakognozji naszej Uczelni i Instytutem Chemii Analitycznej i Radiochemii Uniwersytetu w Innsbrucku. Wkrótce rozpocznie się pierwszy etap badań – izolacji za pomocą metod chromatograficznych *paklitaxelu* (substancja otrzymywana z ciśca i zarejestrowana jako skuteczny lek przeciwnowotworowy pod nazwą TAXOL[®] stosowany w leczeniu nowotworów jajnika oraz płuc), jak również badań na liniach komórkowych, których celem jest zmniejszenie efektów ubocznych działania leków przeciwnowotworowych.



Pierwszy z lewej prof. dr hab. Kazimierz Głowniak w gronie uczonych. Informacja nt. Sympozjum na czółówce lokalnej gazety ukazującej się w Innsbrucku

Nowa ustawa o szkolnictwie wyższym

■ Tzw. Komisja Prezydencka zakończyła prace nad projektem, który przekazany został do Ministerstwa Edukacji Narodowej. Jest to wspólna ustawa dla wszystkich typów Uczelni. Należy wskazać na nierówne traktowanie uczelni państwowych i niepaństwowych. Np. w ślad za procedurą akredytacyjną Państwowej Komisji Akredytacyjnej, w uczelniach państwowych nauczyciel akademicki przechodzi na emeryturę po ukończeniu 70 lat, natomiast w uczelni niepaństwowej może nadal pracować i jest kwalifikowany do kadry naukowej.

Nazewnictwo uczelni państwowych

■ „Uniwersytet” – jest to uczelnia, która ma prawo doktoryzowania w dwunastu dyscyplinach, w tym co najmniej w zakresie dwu nauk humanistycznych. W stosunku do uczelni medycznych sprecyzowano, że musi posiadać co najmniej 6 uprawnień do nadawania tytułu doktora.

■ Senat Akademii Medycznej w Bydgoszczy podjął uchwałę, że jest gotów połączyć się z Uniwersytetem im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Należy to postrzegać w kontekście zawartego traktatu w Nicei, który przewiduje możliwość podejmowania pracy przez absolwentów uniwersytetów Polskich w krajach Unii Europejskiej. Nie mówi się natomiast w traktacie o zatrudnianiu absolwentów akademii. To będzie przedmiotem negocjacji.

Sprawy nauki i Komitetu Badań Naukowych

■ Zbliżają się wybory do Rad Naukowych KBN. Tylko ścisłe współdziałanie pozwoli na sukces naszego przedstawiciela;

■ Zmiana charakteru Komitetu Badań Naukowych. KBN zostanie przekształcony w Radę o charakterze opiniodawczym, a nie decyzyjnym przy Ministerstwie Nauki i Informatyzacji.

■ Sytuacja finansowa w nauce. 7 lat temu na naukę Państwo przeznaczało 0,7 proc. produktu krajowego brutto; w bieżącym roku jest to 0,356 procent PKB. Na działalność statutową KBN przeznacza 70 proc. całości funduszu, którym dysponuje; na granty – 5 proc., na aparaturę poniżej 1 proc.

■ W Zespole Medycznym na konkurs grantów przeznaczono 4 mln złotych. Zaznacza się tendencja zgłaszania coraz większej liczby wniosków. W naszej Uczelni jest 70 wniosków w realizacji. Są uczelnie, które na jeden konkurs składają nawet 80 wniosków. W naszej Uczelni powinno być około 50 wniosków na każdy konkurs. Władze Uczelni apelują, aby mobilizować jednostki do składania wniosków. W KBN zarysowuje się obecnie tendencja aby finansować wnioski niżej wycenione.

Inwestycje

■ Zakończyliśmy inwestycję Collegium Universum. Oczekujemy faktur na kwotę ok. 1,6 mln złotych za stoły laboratoryjne i część parkingu. Z własnych funduszy wydaliśmy 2.370 mln złotych. Z Komitetu Badań Naukowych otrzymaliśmy 0,5 mln złotych na zakup dygestoriów (z 9 mln złotych będących w dyspozycji KBN).

■ Nowa inwestycja. Wystąpiły trudności, ponieważ dwóch oferentów, którzy przegrali przetarg na realizację złożyło odwołania. To spowodowało przesunięcie terminu wejścia Wykonawcy na plac budowy. Ten okres już mamy za sobą. Tydzień temu podpisaliśmy umowę i przekazaliśmy plac budowy. Trwa rozbiora baraków. Wszystkie rodziny tam mieszkające otrzymały lokale zastępcze od Urzędu Miasta.

Drzewa – tzw. „samosiejki” rosnące na placu budowy należy wyciąć – odwołujemy się w tej sprawie od decyzji Urzędu Miasta, która obciąża nas znacznymi kosztami za usunięcie tychże drzew.

Wykonawca w podpisanej umowie zobowiązał się, że aula będzie gotowa do użytkowania 15 września 2004 roku. Tak więc inauguracja roku akademickiego 2004/2005 połączona z obchodami 60 rocznicy nauczania medycyny w Lublinie odbędzie się w nowej Auli. Wyposażenie Auli zostanie zakupione w drodze odrębnego przetargu. Wykonawca już rozpoczął wykopy ziemne.

Zwierzętarnia

■ W Sejmie znajduje się nowa ustawa o ochronie zwierząt. Jednostka prowadząca doświadczenia na zwierzętach musi spełniać zawarte w niej, bardzo rygorystyczne wymogi. W przeciwnym wypadku nie będzie można prowadzić hodowli ani eksperymentów. Akademia Medyczna musi posiadać Centralną Zwierzętarnię. Należy w tym roku pozyskać środki pozabudżetowe. Mamy pomieszczenia i musimy wykonać dokumentację techniczną. Posiadamy w tym zakresie obietnicę z innych uczelni, które chcą udostępnić nam wzorcowe rozwiązania.

KRASP

■ Na początku listopada odbyło się posiedzenie Prezydium KRASP, w którym uczestniczyli między innymi: Minister **Tadeusz Szulc** – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu oraz Minister **Marek Bartosik** – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Nauki i Informatyzacji.

- Są środki (354 mln zł.) na III etap podwyżki wynagrodzeń dla nauczycieli akademickich, zaplanowanej na wrzesień przyszłego roku.
- Na inwestycje w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu przeznaczono w 2004 r. 148 mln złotych,
- Na pomoc materialną dla studentów przeznaczają się w 2004 r. środki na poziomie roku bieżącego,
- Zgłaszane są wnioski do Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu na otwarcie nowych kierunków studiów, 60 procent z nich jest odrzucane. Obecnie w Polsce mamy 105 kierunków studiów.
- W 2004 roku, na przełomie kwietnia i maja zaplanowane zostało w Lublinie Plenarne Posiedzenie Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich z udziałem zaproszonych rektorów wszystkich państw, które 1 maja przyszłego roku wejdą do Unii Europejskiej. Głównym organizatorem tego spotkania jest Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. Spodziewany jest przyjazd około 400 Rektorów.

OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWA

Między medycyną i literaturą

W dniach 17-19 listopada br. Komisja Filologiczna Lubelskiego Towarzystwa Naukowego, Zakład Literatury Pozytywizmu i Młodej Polski Instytutu Filologii Polskiej Wydziału Humanistycznego UMCS oraz Oddział Lubelski Towarzystwa Chirurgów Polskich zorganizowali ogólnopolską konferencję naukową.



Prof. Eugeniusz Loch i prof. Józef Pietruski

Wzięli w niej udział naukowcy z różnych ośrodków polskich, od Szczecina poprzez Słupsk, Toruń, Warszawę, Białystok, Poznań, Łódź i Kraków. Byli to z jednej strony krytycy literatury, z drugiej zaś lekarze. Wygłoszono 60 referatów. Tematy prac były bardzo różnorodne. Omawiano sylwetki zasłużonych lekarzy polskich, ich zainteresowania pozamedyczne, wydane dzieła. Przypomniano postawy i działalność lekarzy podczas II wojny światowej, w łagrach sowieckich i obozach koncentracyjnych. Filolodzy przedstawiali lekarzy i chorych w różnych utworach literackich. Lekarze natomiast zastanawiali się nad opisywanymi chorobami i ludźmi cierpiącymi, w dziełach pisarzy. Bardzo ciekawe były referaty poruszające zagadnienia chorób psychicznych. Prezentowali swoje przemyślenia również psychologowie i studenci polonistyki. W pierwszym dniu konferen-

cji ks. Arcybiskup **prof. Józef Życiński** przedstawił referat pt. „Troska o świat ludzkiej wartości w zakresie futurologii teologicznej” na podstawie książki Millera „Kantyczka dla Leibniza” dotyczącej III i IV wojny światowej w latach 4 tys., w których biorą udział obok ludzi mutanty ludzkie, a kultura światowa przetrwała tylko w klasztorach.

Pomysłodawczynią i organizatorką tego spotkania dwu środowisk jest przede wszystkim **prof. Eugeniusz Loch**. Zetknięcie się dwu środowisk naukowych tak odmiennych, ale jak się okazało „współbrzmiających” było bardzo pożyteczne i pouczające. Chwała organizatorom. Szkoda tylko, że nie uczestniczyli w konferencji studenci medycyny, którym – jak wiemy – tak bardzo potrzebna jest znajomość nauk humanistycznych.

PROF. DR HAB. BIRUTA FAJROWICZ

Ranking jednostek Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Zaocznym w roku 2002

Kategoria	Jednostka	Liczba punktów
A	Samodzielna Pracownia Fizjoterapii	132
A	Zakład Teorii Pielęgniarstwa	78
A	Pracownia Socjologii Medycyny	72
A	Klinika Rozrodczości i Andrologii	65
A	Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych ..	62
A	Samodzielna Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich	58,5
A	Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego	58
A	Katedra i Zakład Pedagogiki	57,85
B	Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie ..	43,1
B	Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego	41,16
C	Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego	39,33
C	Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego ..	35,55
C	Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego z Pracownią Pielęgniarstwa Onkologicznego ..	33,87
C	Zakład Etyki	31,62
C	Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego	30,5
D	Zakład Psychologii Klinicznej	26,83
D	Zakład Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego	26,12
D	Zakład Dietetyki Klinicznej	0

Przedziały punktowe:

- A powyżej 50
- B 40 → 49
- C 30 → 39
- D 0 → 29

Ranking opracowano w Dziekanacie Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Zaocznym na podstawie informacji udostępnionych przez kierowników poszczególnych Katedr, Zakładów i Pracowni.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **dr hab. Beaty Kulik-Rechberger** na stanowisko Kierownika Zakładu Propedeutyki Pediatrii i Katedry Pediatrii Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **dr hab. Andrzeja Borzęckiego** na stanowisko Kierownika Katedry i Zakładu Higieny Akademii Medycznej w Lublinie.

■ W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie **dr hab. Tomasza Mazurkiewicza** na stanowisko Kierownika Katedry i Kliniki Ortopedii, Traumatologii i Rehabilitacji Akademii Medycznej w Lublinie.

■ **Prof. dr hab. Kazimierz Głowniak** – Prorektor ds. Nauki przedstawił sprawę zatwierdzenia utworzenia w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji, Pracowni Roślin Leczniczych. Do podstawowych zadań Pracowni Roślin Leczniczych należeć będzie uprawa i hodowla roślin leczniczych do celów dydaktycznych i naukowych, udział w badaniach naukowych prowadzonych w ramach działalności statutowej, prac własnych: magisterskich, doktorskich, habilitacyjnych oraz Studenckich Kół Naukowych. Pracownia Roślin Leczniczych rozpocznie działalność z dniem 1 stycznia 2004 roku. Obsadę kadrową Pracowni stanowić będą dotychczasowi pracownicy Katedry i Zakładu Farmakognozji wskazani przez Kierownika Katedry. Po zmianie organizacyjnej nazwa jednostki będzie brzmiała: Katedra i Zakład Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych.

W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zatwierdzenia utworzenia Pracowni Roślin Leczniczych w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej.

W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat zatwierdził jednomyślnie protokoły z posiedzeń Rad Wydziałowych: Lekarskiego, Farmaceutycznego oraz Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat, większością głosów podjął uchwałę w sprawie określenia komórek organizacyjnych działalności medycznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie.

■ JM Rektor przedstawił wniosek Dyrektora Dziecięcego Szpitala Klinicznego **dr Jerzego Szareckiego** w sprawie zmiany Statutu DSK im. prof. Antoniego Gębali. W strukturze organizacyjnej Szpitala wprowadza się zmianę polegającą na wyprowadzeniu, likwidacji Centralnego Laboratorium. Usługi laboratoryjne dla szpitala dotychczas prowadzone przez Centralne Laboratorium będzie prowadzić firma, która wygrała

przetarg w tej sprawie na trzyletni okres. Da to oszczędności w bilansie DSK około 300 tys. złotych rocznie.

W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie zmian do Statutu Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie upoważnienia Rektora do zawarcia porozumienia z Instytutem Chemii Analitycznej i Radiochemii Uniwersytetu w Innsbrucku.

■ JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański przedstawił projekt uchwały Senatu AM w sprawie ustalenia oficjalnej nazwy Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie w języku angielskim w następującym brzmieniu: „**Skubiszewski Medical University of Lublin**”. W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie przyjął uchwałę w sprawie ustalenia oficjalnej nazwy Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie w języku angielskim.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie upoważnienia Kolegium Rektorskiego do wyboru oferty biura rachunkowego w celu badania sprawozdania finansowego Uczelni za rok 2003.

■ JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański poinformował, że ostatnio odbyło się posiedzenie Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej, na którym dokonano wyboru nowych władz Towarzystwa. Prezesem został prof. dr hab. Kazimierz Pasternak. JM Rektor złożył gratulacje dla nowo wybranego Prezesa. Jednocześnie złożył wyrazy podziękowania i uznania ustępującemu Prezesowi – prof. dr hab. Ryszardowi Kocjanowi za dotychczasową działalność na rzecz Uczelni.

JM Rektor podziękował Senatorom za udział w obradach oraz zaprosił na następne posiedzenie Senatu, które odbędzie się 17 grudnia 2003 r., ostatnie w bieżącym roku kalendarzowym.

Klinika Neurochirurgii w konkursie na Lubelskie Wydarzenie Roku 2003

Najlepsza w Polsce Klinika Neurochirurgii kierowana przez prof. dr hab. Tomasza Trojanowskiego znalazła się wśród dziesięciu wydarzeń nominowanych do konkursu na Lubelskie Wydarzenie Roku 2003 organizowanego przez lokalne media, którego rozstrzygnięcie nastąpi 15 lutego 2004 r. podczas uroczystej gali w Telewizji Lublin.

O sukcesach i osiągnięciach Katedry i Kliniki Neurochirurgii pisał dwukrotnie tygodnik Newsweek przy okazji publikowania wyników rankingów na najlepsze ośrodki

cję przyznaną przez Joint Residency Advisory and Accreditation Committee (JRAAC), Europejską Unię Specjalistów w Medycynie i Europejskie Stowarzyszenie Towa-



specjalistyczne w kraju, pisały i mówiły również lubelskie media. Klinika prof. Tomasza Trojanowskiego dwukrotnie uplasowała się na czele klasyfikacji najlepszych tego typu placówek w kraju. Lubelscy neurochirurdzy jako pierwsi w kraju zaczęli stosować brachyterapię, skuteczną metodę leczenia guzów nowotworowych, za pomocą której można radykalnie penetrować energią promienistą wewnątrz tkanki nowotworowej. Klinika ta od wielu lat ma świetną markę wśród pacjentów, natomiast jej personel wciąż zbiera nadzwyczaj przychylne opinie. Warto podkreślić, że lubelska Klinika Neurochirurgii, posiada od trzech lat akredyta-

rzystw Neurochirurgicznych. Oznacza to, że certyfikaty lekarzy specjalistów wyszkolonych w lubelskiej Klinice honorowane są w całej Europie. Obecna pozycja lubelskiej neurochirurgii to w ogromnej mierze zasługa jej szefa profesora Tomasza Trojanowskiego, który od 1995 roku kieruje tą Kliniką. W chwili obecnej pełni funkcję wiceprezydenta Światowego Zrzeszenia Towarzystw Neurochirurgicznych (WFNS – World Federation of Neurosurgical Societies). Jest członkiem korespondentem Polskiej Akademii Nauk, oraz przewodniczy Komitetowi Nauk Neurologicznych PAN.

W. M.

Akredytacja dla SPSK nr 4

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4, największa tego typu placówka leczenia w makroregionie, otrzymał trzyletnią akredytację przyznaną przez krakowskie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.



Grzegorz Piskunowicz – dyrektor krakowskiego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wręcza certyfikat akredytacyjny dr n. med. Marianowi Przylepie – dyrektorowi naczelnemu SPSK nr 4.

Decyzja w tej sprawie zapadła 12 sierpnia, natomiast uroczystość wręczenia certyfikatu akredytacyjnego odbyła się 15 grudnia w lubelskim Dworcu Kościuszków.

W przyszłym roku (2004) przypada 40-lecie działalności SPSK nr 4 posiadającego wielkie zasługi dla ochrony zdrowia mieszkańców Lubelszczyzny. Szpital, w którym leczono kilka pokoleń Lublinian legitymuje się wyróżnieniami honorowymi: „Placówka Medyczna Przyjazna Pacjentowi” (Fundacja „Zdrowie – Rozum – Serce”), „Szpital Przyjazny Dziecku” (WHO/UNICEF). Ostatnio, SPSK nr 4, wśród pięciuset ocenianych placówek leczenia zamkniętego, został sklasyfikowany na dziesiątym

miejsu w kraju i pierwszym w województwie lubelskim. Sześć klinik i oddziałów klinicznych uplasowało się na czołowych miejscach w rankingach ogłoszonych przez tygodniki „Newsweek” i „Wprost”, natomiast Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej niezmiennie od dwóch lat utrzymuje najwyższą lokatę.

Wszystkie wspomniane sukcesy są niewątpliwie bardzo budujące, można więc pogratulować dyrekcji szpitala wielkiego uznania. Smutek wywołuje natomiast malejąca z roku na rok wysokość kontraktów dla szpitala, co pociąga za sobą przykre konsekwencje finansowe i realnie zagraża dalszej jego egzystencji.

(maw)

▼
Uchwała nr LVII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 29 września 2003 roku
w sprawie ustalania i zasad rozliczania pensum dydaktycznego, godzin ponadwymiarowych i innych godzin związanych z procesem dydaktycznym.

▼
Uchwała nr LVIII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 29 września 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia powołania na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym, Pracowni Immunologii Chorób Skóry w ramach Katedry i Kliniki Dermatologii Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej.

▼
Uchwała nr LIX/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 29 września 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia powołania na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym, Pracowni Badań Neurofizjologicznych w ramach Katedry i Kliniki Psychiatrii.

▼
Uchwała nr LX/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 29 września 2003 roku
w sprawie nazwy budynku Teoretycznych Zakładów Naukowych AM przy ulicy dr. W. Chodźki 1 w Lublinie.

▼
Uchwała nr LXI/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 29 września 2003 roku
w sprawie nadania tytułu Doctora Honoris Causa Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie Profesorowi Romanowi Smolikowi.

▼
Uchwała nr LXII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 29 września 2003 roku

w sprawie powołania członka Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie, dla którego organem założycielskim jest Akademia Medyczna w Lublinie.

▼
Uchwała nr LXIII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 29 września 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Uczelnianego Funduszu Stypendialnego „STUDENT”.

▼
Uchwała nr LXIV/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 26 listopada 2003 roku
w sprawie ustalenia oficjalnej nazwy Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie w języku angielskim.

▼
Uchwała nr LXV/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 26 listopada 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia utworzenia Pracowni Roślin Leczniczych w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej.

▼
Uchwała nr LXVI/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 26 listopada 2003 roku
w sprawie zmian do Statutu Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie.

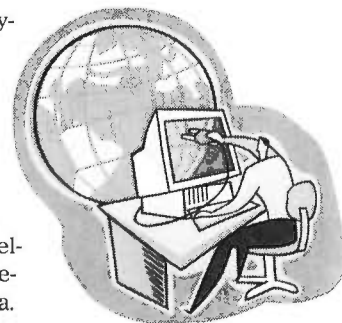
BIBLIOTEKA AM

Łatwiejszy dostęp do książek

Rok akademicki 2003-2004 przyniósł znaczące zmiany w funkcjonowaniu istniejącej od 1975 roku Filii Studenckiej Biblioteki Akademii Medycznej przy ul. Chodźki 13b.

Po dość długim okresie przygotowawczym, po pokonaniu trudności natury technicznej, sprzętowej i organizacyjnej rozpoczęto komputerowe udostępnianie podręczników. Stało się to możliwe dzięki zakupieniu w bieżącym roku przez Uczelnię dla systemu bibliotecznego PROLIB nowego serwera. Jest to wysokiej klasy serwer wyposażony w dwa procesory Xeon 2,4 GHz, 1GB pamięci RAM, trzy dyski SCSI 36GB pracujące w systemie RAID 5 oraz szereg innych zabezpieczeń technicznych, takich jak streamer, UPS czy redundancję zasilania. Parametry te zapewniają bezpieczne i sprawne użytkowanie programu zarówno studentom jak i bibliotekarzom.

Początki oczywiście nie były łatwe. Wiele spraw wynikło dopiero w zetknięciu z konkretnymi egzemplarzami książek i z żywym użytkownikiem o określonych potrzebach czytelnicy. Wypożyczanie było najmniej kłopotliwe w przypadku studentów pierwszego roku, których od początku obsługiwano w nowym systemie. O jego zaletach mogli się przekonać opatrując się w pierwsze podręczniki, kiedy to jedyną formalnością okazywało się uzupełnienie danych w komputerze, karty biblioteczne wydawane były od ręki, kolejki zaś – dzięki odstąpieniu od ręcznego wypisywania rewersów na wypożyczone książki – nie były kilometrowymi, wolno przesuwanymi się ogonkami. Studenci starszych lat jeszcze w tym roku obsługiwani są w dwóch systemach: tradycyj-



nym z rewersami i nowym – zautomatyzowanym. Będzie to konieczne do momentu, kiedy wszystkie wypożyczone starym sposobem książki nie zostaną zwrócone przez czytelników, a podręczniki opatrzone kodami kreskowymi. Zmiana systemu wypożyczania zbiorów Filii z tradycyjnego na komputerowy jest niewątpliwie postępowaniem w rozwoju działalności biblioteki studenckiej. Oczywistym efektem tej zmiany jest uproszczenie i skrócenie procesu identyfikacji czytelnika oraz udostępniania dokumentu, co jest istotne zwłaszcza dla studentów. Kolejnym ułatwieniem jest możliwość sprawdzenia stanu własnego konta oraz zamawiania bądź rezerwacji książek.

W obecnych czasach rozwoju technologii komputerowych i ekspansji internetu, normą dla bibliotek akademickich staje się wykorzystanie możliwości, jakie stwarzają zintegrowane systemy biblioteczne. Filia Studencka Biblioteki Akademii Medycznej w Lublinie staje więc na równi z innymi w szeregu skomputeryzowanych wypożyczalni bibliotek medycznych.

MGR BARBARA LIPNIACKA
 MGR BARTEŁOMIEJ OGRODNIK



Lądowisko przy DSK

Powstanie lądowiska dla helikopterów jest zasługą dyrektora Jerzego Szareckiego, który z wielką determinacją zabiegał o jego lokalizację w pobliżu Dziecięcego Szpitala Klinicznego, zarazem na skraju lubelskiego ośrodka medycznego (DSK, SPSK nr 4, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, Szpital im. Jana Bożego). Trzeba przyznać, że bardzo mu w tym przedsięwzięciu pomogła „Gazeta w Lublinie”.

To dziś oczywiste, że sprawny transport do szpitala pacjenta z ciężkim urazem, poszkodowanego w wypadku, w okresie tzw. złotej godziny od chwili nieszczęśliwego zdarzenia, często decyduje o uratowaniu zagrożonego życia. Taką gwarancję szybkiej interwencji daje w chwili obecnej jedynie lotnicze pogotowie ratunkowe działające w strukturach Centralnego

Zespołu Lotnictwa Sanitarnego.

Po wielomiesięcznych staraniach, licznych uzgodnieniach uroczyste otwarcie lądowiska dla śmigłowców odbyło się 28 listopada br.

Na ten cel PZU Życie przekazało DSK darowiznę w kwocie 100 tys. zł, Uczelnia dała działkę, natomiast Samorząd Województwa ofiarował 330 tys. złotych.



▼
Uchwała nr LXVII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 26 listopada 2003 roku

w sprawie upoważnienia Kolegium Rektorskiego do wyboru oferty biura rachunkowego w celu badania sprawozdania finansowego Akademii Medycznej w Lublinie za rok 2003.

▼
Uchwała nr LXVIII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 26 listopada 2003 roku

w sprawie upoważnienia Rektora do zawarcia porozumienia z Instytutem Chemii Analitycznej i Radiochemii Uniwersytetu w Innsbrucku.

▼
Uchwała nr LXIX/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 26 listopada 2003 roku

w sprawie określenia komórek organizacyjnych działalności medycznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie.

▼
Uchwała nr LXX/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 17 grudnia 2003 roku

w sprawie zmian do Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie.

▼
Uchwała nr LXXI/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 17 grudnia 2003 roku

w sprawie zatwierdzenia zmian planu rzeczowo-finansowego Uczelni na rok 2003.

Gdy rozstania nadchodzi czas...

Piękną tradycję mają coroczne spotkania władz Uczelni z przedstawicielami kilku grup zawodowych kończącymi wieloletnią pracę w Akademii Medycznej. Osiągnięcie wieku emerytalnego to czas rozstania, chwila szczególna w życiu każdego z nas, skłaniająca do autorefleksji, retrospekcji i podsumowań.



JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański wręcza Pani Dyrektor Barbarze Komor adres okolicznościowy oraz upominek

Także i w tym roku JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański zaprosił do Sali Senatu odchodzących na emeryturę pracowników. Mówił ciepło o zasługach dla Uczelni, osiągnięciach małych i dużych na każdym stanowisku pracy, wyrażał pełne serdeczności słowa podziękowania pod adresem wszystkich tych, którym bliskie były idea rozwoju Uczelni i jej dobro, dążenie do perfekcjonizmu w działalności zawodowej. Wśród odchodzących (z wolnego wyboru) na wcześniejszą emeryturę jest Pani **Barbara Komor** – wieloletnia kierownik Działu Kadr, ostatnio Dyrektor do spraw Pracowniczych AM. W adresie okolicznościowym, który otrzymała Pani Dyrektor podczas uroczystego pożegnania JM Rektor zawarł taką oto treść: (...) „Była Pani dobrym duchem Uczelni, umiejącym czynić rzeczy wielkie, opiekunem,

doradcą, życzliwym człowiekiem, cierpliwa, przychylna. Wyróżniała Panią wielką dobroć dla pracowników i ogromne zrozumienie ich codziennych trosk, ponieważ darem Pani charakteru była niespotykana życzliwość. Szczególnie wysoko oceniam Pani lojalność, poczucie odpowiedzialności, a także liczne inicjatywy, zmierzające do poprawy funkcjonowania jednostek administracyjnych Uczelni. Nie jestem odosobniony w przekonaniu, że to właśnie dzięki Pani przedsięwzięciom organizatorskim w sposób znaczący zmienił się wizerunek uczelnianej administracji, oraz udało się przezwyciężyć liczne jej niedomogi”. My również podpisujemy się pod słowami JM Rektora. Dziękujemy wszystkim emerytowanym pracownikom Uczelni za wspólne lata pracy i harmonijnej współpracy.

W. Matysiak

▼
Uchwała nr LXXVI/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 17 grudnia 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia utworzenia Pracowni Endoskopowej
w Katedrze i Klinice Gastroenterologii.

▼
Uchwała nr LXXVII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 17 grudnia 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia przekształcenia Katedry
i Kliniki Ortopedii, Traumatologii i Rehabilitacji
w Katedrę Ortopedii z Kliniką Ortopedii i Traumatologii
oraz Kliniką Ortopedii i Rehabilitacji.

▼
Uchwała nr LXXVIII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 17 grudnia 2003 roku
w sprawie utworzenia od roku akademickiego 2004/2005
na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki
Medycznej, 3-letnich studiów licencjackich
o kierunku analityka medyczna.

▼
Uchwała nr LXXIX/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 17 grudnia 2003 roku
w sprawie utworzenia od roku akademickiego 2004/2005
Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
z Oddziałem Zaocznym, dwustopniowych studiów
o kierunku zdrowie publiczne.

▼
Uchwała nr LXXX/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 17 grudnia 2003 roku
w sprawie Misji Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie.

Nominacje profesorskie

Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręczył ostatnio akty nadania tytułu naukowego profesora kilkudziesięciu nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki. Z radością komunikujemy, że w gronie utytułowanych znaleźli się: **prof. dr hab. Grzegorz Jakiel** – kierownik Kliniki Rozrodczości i Andrologii, **prof. dr hab. Artur Jakimiuk** – pracownik naukowy

II Katedry i Kliniki Ginekologii, **prof. dr hab. Grażyna Mielnik-Niedzielska** – kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii **prof. dr hab. Roman Miturski** – pracownik naukowy II Kliniki Ginekologii, **prof. dr hab. Jacek Roliński** – kierownik Zakładu Immunologii Klinicznej.

Nowo mianowanym profesorom składamy serdeczne gratulacje!



Prof. dr hab. Roman Miturski



Prof. dr hab. Grzegorz Jakiel



Prof. dr hab. Grażyna Mielnik-Niedzielska



Prof. dr hab. Artur Jakimiuk



Prof. dr hab. Jacek Roliński

20 lat minęło...

11 października 2003 roku, w foyer Filharmonii Lubelskiej odbył się pierwszy koleżeński zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie z roku 1983.



Udział wzięło ponad 220 Koleżanek i Kolegów, którzy przyjechali z najodleglejszych zakątków Polski, jak również z zagranicy: z Niemiec, Szwajcarii i Republiki Południowej Afryki.

Uroczystości zostały poprzedzone Mszą świętą w Kościele Akademickim KUL, odprawioną w intencji absolwentów. Spotkanie towarzyskie w foyer Filharmonii Lubelskiej rozpoczęło się o godzinie osiemnastej. W celu łatwiejszego rozpoznania się (po dwudziestu latach trochę jednak zmieniliśmy się), każdy otrzymał okolicznościowy identyfikator z imieniem, nazwiskiem i numerem grupy studenckiej.

Niezwykle interesujący wykład inauguracyjny pt. „20 lat minęło...” wygłosił nasz kolega **dr hab. Henryk Mazurek**. Wykład był ilustrowany fotografiami z naszych studenckich lat. Następnie pod i przed wspaniałymi organami Filharmonii uwieczniliśmy się na pamiątkowej fotografii. W międzyczasie uczestniczyliśmy w zabawach i konkursach z nagrodami. Niespodzianką artystyczną był występ zespołu „flamenco”, który zdecydowanie podniósł

temperaturę spotkania. Do białego rana bawiliśmy się doskonale przy muzyce z tamtych lat przeplatanej współczesnymi przebojami.

Każdy z uczestników spotkania otrzymał imienny dyplom oraz pamiątkowe zdjęcie. W kuluarach mogliśmy podziwiać piękne fotogramy Kolegi **Dariusza Hankiewicza**, a także malowane „suchymi pastelami” nastrojowe obrazy naszej Koleżanki **Jolanty Bulzak**.

Jedyne kłopoty jakie wystąpiły w trakcie imprezy to niezrealizowanie bogatego programu kulinarne (została masa jedzenia), ale to chyba wynik naszej dbałości o linię! W trakcie zjazdu zebraliśmy 2350 PLN, które zgodnie z wolą uczestników, wraz z pieniędzmi pozostałymi z organizacji zjazdu przekazaliśmy na konto hospicjum „Małego Księcia” w Lublinie. Razem uzbierało się 4100 PLN. Myślę, że możemy być dumni, iż byliśmy na jednym roku.

Dziękujemy za wspaniałe przeżyte chwile, do zobaczenia za pięć lat. W imieniu TYSKO (Tymczasowego Samozwańczego Komitetu Organizacyjnego) relację tę przekazuje

DR N. MED. GRZEGORZ CZUPKALLO

Powstała Sekcja lubelska im. Prof. I. Wośko Towarzystwa Ziemi Urzędowskiej

Celem Sekcji będzie kontynuowanie działań Prof. Ignacego Wośko – długoletniego Prezesa Towarzystwa Ziemi Urzędowskiej i wieloletniego Przewodniczącego Wojewódzkiej Rady Towarzystw Regionalnych w Lublinie.

Kontynuowanie działań w zakresie ochrony zdrowia i środowiska naturalnego człowieka, badań konsultacyjnych oraz Tygodni Kultury Zdrowotnej w Urzędowie, a także rozszerzanie tej działalności na forum lubelskim.

Sekcja powstała z inicjatywy **dr Domiceli Pomykalskiej-Wośko**. Współzałożycielami są: **prof. dr hab. Kazimierz Pietroń** i **dr n. med. Ewa Galikowska**. W pierwszym zebraniu organizacyjnym wzięło udział 19 osób, 3 osoby nadały telegraficznie zgłoszenia, a w późniejszym terminie dalsze 3 osoby dołączyły zgłoszenia pisemne, co stanowi 25 osób – kandydatów do Sekcji Lubelskiej TZU im. Prof. I.

Wośko. Warto zauważyć, że największą liczebnie grupę stanowią lekarze, są też inżynierowie, architekci, regionaliści i inni. Wszyscy zainteresowani pragną współpracować i czynnie brać udział w poczynaniach Sekcji. Ostatnio, **prof. Jerzy Toczolowski** – Prezes Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Okulistycznego wystąpił z krótką promocją swej nowo wydanej książki pt. „Zaburzenia widzenia a jakość życia”. Zwracamy się z serdeczną prośbą do wszystkich zrzeszonych o propagowanie naszej inicjatywy wśród ludzi wywodzących się z Urzędowa i okolic.

DR DOMICELA POMYKALSKA-WOŚKO

Z żałobnej karty

Ostatnio odeszli od nas do wieczności:
prof. dr hab. Roman Miturski – pracownik naukowy II Katedry i Kliniki Ginekologii,
dr Jan Chodnikiewicz – emerytowany kierownik Zakładu Anestezjologii i Reanimacji oraz
dr Jerzy Piechota – emerytowany dyrektor Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1.

*Cześć Ich Pamięci!
 Pokój Ich Duszom!*

NOWA INWESTYCJA

Zakłady Teoretyczne II

W krótkim czasie powstanie kolejny, bardzo potrzebny obiekt dydaktyczny

Wniezwykle szybkim tempie postępują prace budowlane przy wznoszeniu nowego obiektu dydaktycznego Uczelni, który otrzymał roboczą nazwę „Zakłady Teoretyczne II”. Jest to kolejny przejaw nadzwyczaj konsekwentnej realizacji planów inwestycyjnych

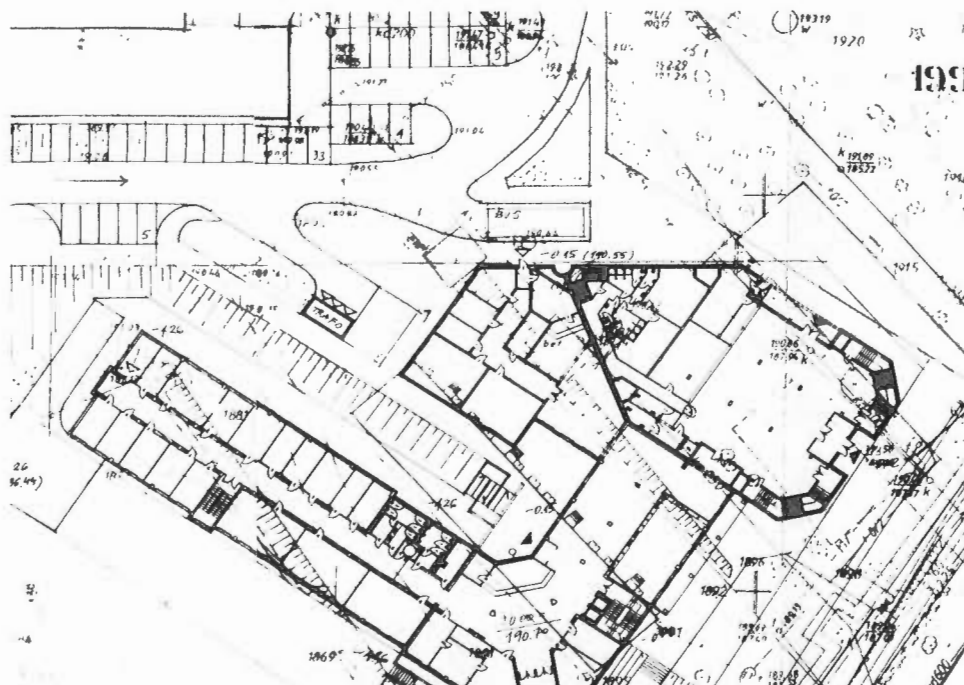
nakreślonych przed pięcioma laty przez JM Rektora **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latalskiego**.

Warto dodać, że wielką pomoc w fazie przygotowawczej inwestycji okazało po raz kolejny Towarzystwo Absolwentów i Przyjaciół AM oraz Fundacja Rozwoju Lubelskiego

Wydziału Farmaceutycznego im. Witolda Łobarzewskiego, wyasygnowawszy z własnych środków kwotę niezbędną dla opracowania wstępnej koncepcji architektonicznej budynku, co pozwoliło przyspieszyć niektóre formalności. Przypomnijmy, że w październiku oddano do użytku gmach

Collegium Universum przy ul. dr. W. Chodźki 1, w którym mieści się dwanaście jednostek organizacyjnych AM. Uczelnia zlikwidowała znaczną część tzw. bazy obcej, rozstając się z kosztownymi pomieszczeniami, których wynajem pochłaniał dotychczas niemałe sumy. 19 listopada 2003 r. nastąpiło podpisanie umowy z głównym wykonawcą nowego obiektu „Zakłady Teoretyczne II”, natomiast już 20 listopada br. na plac budowy wkroczyły ekipy budowlanych, a więc tym samym oficjalnie rozpoczęto realizację inwestycji.

JM Rektor postawił sobie za punkt honoru doprowadzenie



W budynku znajdują siedzibę:

- ▶ Sala kongresowa na ok. 600 miejsc,
- ▶ Sala audytoryjna na ok. 200 miejsc,
- ▶ Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka,
- ▶ Zakład Chemii Leków,
- ▶ Międzywydziałowy Zakład Biofizyki,
- ▶ Międzywydziałowy Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej,
- ▶ Studium Języków Obcych.



Elewacja południowo-zachodnia

Pomysł oraz inicjatywa:

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

Inwestor:

Akademia Medyczna
im. prof. Feliksa
Skubiszewskiego
w Lublinie

Nazwa obiektu:

„Zakłady Teoretyczne II”

Lokalizacja:

ul. dr. K. Jaczewskiego

**Wykonawca projektu
oraz dokumentacji:**

Biuro Projektów
Budownictwa
Komunalnego
w Lublinie

**Główny wykonawca
wyłoniony po przetargu:**

Lubelska Przemysłówka S.A.
działająca w ramach
konsorcjum „Polimex
Cekop”

Całkowity koszt:

ok. 20 mln zł (z budżetu oraz
środków własnych Uczelni)

Powierzchnia:

8355 m²

Kubatura:

40923 m³

**Przekazanie do użytku
centrum kongresowego:**

15 września 2004 r.

**Zakończenie przedsięwzięcia
inwestycyjnego:**

28 lutego 2005 r.

**Zagospodarowanie obiektu
przez użytkowników:**

marzec-październik 2005

Kierownik budowy:

inż. Dariusz Urbański

do finału zgodnie z bardzo napiętym harmonogramem całego zamierzenia i zapowiedział na jednym z niedawnych posiedzeń Senatu centralną inaugurację roku akademickiego 2004/2005 uczelni medycznych, właśnie w nowej sali kongresowej.

Dość powiedzieć, że posiadanie sali kongresowej we wznoszonym obecnie budynku, umożliwi organizację konferencji, sympozjów i zjazdów naukowych po tzw. kosztach własnych, co zapewni samowystarczalność logistyczną, a tym samym pozwoli uniknąć wynajmu drogich sal w mieście (m. in. Centrum Kongresowe AR).

Jak poinformował nas pełnomocnik JM Rektora do spraw inwestycji inż. Edward Sidor, zakończono wykopy szeroko-przestrzenne oraz wykonano ok. trzydzieści procent robót fundamentowych obiektu (wylewanie ław fundamentowych, wznoszenie ścian podziemia budynku). Dobięła końca procedura inwentaryzacji oraz przekładania istniejącej sieci kanalizacyjnej i deszczowej włączonej w system odprowadzania wód opadowych oraz ścieków SPSK nr 4.

Zgodnie z wymogami Miejskiego Inspektoratu Ochrony Środowiska inwestor, czyli uczelnia, przed rozpoczęciem budowy musiał przemieścić kilkanaście drzew i krzewów (liczne na tym terenie były tzw. samosiejki), które znalazły się teraz na nowym miejscu – w pobliżu pralni, przy drodze dojazdowej do placu budowy.

Co istotne – mówi inż. Edward Sidor – budowlani pracują na dwie zmiany, a wysiłki ich wspiera wyjątkowo sprzyjająca aura. Podkreślenia wymaga również fakt niezwyklej dbałości o stan ul. dr. K. Jaczewskiego. Dwaj pracownicy systematycznie uprzątają błoto z nawierzchni jezdni, które



20 listopada 2003 r. na plac budowy wkroczyły ekipy budowlanych



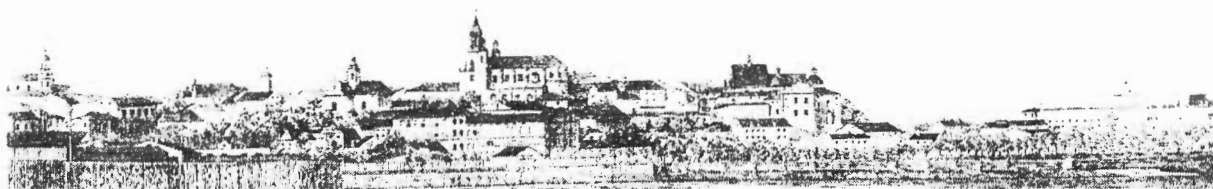
Zakończono już wykopy szeroko-przestrzenne...



...oraz wykonano ok. trzydzieści procent robót fundamentowych obiektu

dostaje się tam z kół ciężarówek wywożących ziemię. Za pomyślność przedsięwzięcia już dziś zaciskamy kciuki,

zaś pod adresem budowlanych mamy takie oto życzenia: panowie, tak trzymać!



Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych

▼
UCHWAŁA NR 25/02-05
 Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
 z dnia 8 października 2003 roku

w sprawie finansowania kształcenia w systemie licencjackim

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych, w trosce o utrzymanie i dalszy rozwój kształcenia na poziomie licencjackim w Akademii Medycznych przyszłych kadr służby zdrowia, zwraca się do Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu o dofinansowanie tego kształcenia w naszych uczelniach.

Od trzech lat przejmujemy sukcesywnie wszystkie formy kształcenia zawodowego pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, fizjoterapeutów i in. od pomaturalnych szkół zawodowych, które to kształcenie było finansowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu. Dotacje MENiS na te kierunki kształcenia wynosiły rocznie około 300 ml złotych. W chwili obecnej w uczelniach medycznych zgodnie z limitami Ministerstwa Zdrowia kształcą się w Polsce ponad 10.000 studentów. Liczba ta wzrosła w roku akademickim 2004/2005 o kolejne 3600 studentów, co daje liczbę ponad 13.000 studentów. Przyjęliśmy również na etaty dydaktyczne byłych nauczycieli likwidowanych szkół medycznych. Jak dotychczas dofinansowanie kierunków licencjackich przez Ministerstwo Zdrowia jest znikome i powoduje ogromne deficyty w budżetach Akademii Medycznych stwarzając realne zagrożenie uczelni – łącznie z możliwością rezygnacji z tych form kształcenia.

Uważamy, że fundusze przeznaczone w przeszłości przez MENiS na edukację w pomaturalnych szkołach medycznych oraz baza dydaktyczna powinny być naturalnie przekazywane do akademii medycznych w celu kontynuacji kształcenia na tych niezbędnych w naszym kraju studiach zawodowych.

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

▼
UCHWAŁA Nr 26/02-05
 Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
 z dnia 15 grudnia 2003 r.

z sprawie ustanowienia w uczelniach medycznych roku 2005 „Rokiem Jana Mikulicza-Radeckiego”

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych kierując się pragnieniem uczczenia setnej rocznicy śmierci wybitnego naukowca, nauczyciela akademickiego i lekarza – Jana Mikulicza-Radeckiego, ustanawia w polskich uczelniach medycznych rok 2005 „Rokiem Jana Mikulicza-Radeckiego”

KRUM wyraża przekonanie, że zainicjowane rocznicowe obchody winny szeroko rozpropagować i na trwale upamiętnić w społeczności akademickiej postać Jana Mikulicza-Radeckiego, wybitnego chirurga, stosującego na owe czasy nowoczesne, wręcz nowatorskie metody operacyjnego leczenia, także wynalazcę wielu stosowanych do dzisiaj narzędzi chirurgicznych.

Mając na uwadze fakt, że Profesor Jan Mikulicz-Radecki był uczniem Theodora Billrotha z Wiednia i kierował klinikami chirurgicznymi w Krakowie, Królewcu oraz we Wrocławiu, Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych stoi na stanowisku, iż obchody Roku Jubileuszowego winny mieć wymiar międzynarodowy, godny naukowca światowego formatu. KRUM dla podkreślenia szczególnego znaczenia Wrocławia w karierze zawodowej Jana Mikulicza-Radeckiego, pod którego kierownictwem wrocławska klinika chirurgiczna w latach 1890-1905 uzyskała światowy rozgłos, postanawia, że centralne uroczystości poświęcone setnej rocznicy Jego śmierci zostaną zorganizowane we Wrocławiu.

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

STANOWISKO

Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
 z dnia 8 października 2003 r.

w sprawie działania Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych popiera działania Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych i wysoko je ocenia.

KRUM stoi na stanowisku, że winny zostać wypracowane zasady wzajemnych relacji współdziałania KAUM i Państwowej Komisji Akredytacyjnej tak, aby ich funkcjonowanie się uzupełniało. Komisja Akredytacyjna Uczelni Medycznych, działająca nie jako struktura rządowa odgrywa istotną dla uczelni medycznych rolę w kontaktach ze Stanami Zjednoczonymi Ameryki przy naborze studentów amerykańskich do naszych szkół. Jej działalność winna być uznawana zarówno przez Ministerstwo Zdrowia jak i MENiS.

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

STANOWISKO

z dnia 8 października 2003 roku
 Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
 oraz Stowarzyszenia Dyrektorów
 Szpitali Klinicznych

w sprawie przekształceń szpitali klinicznych w spółki użyteczności publicznej – spółki prawa handlowego.

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych oraz Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych stoją na stanowisku, że przedstawione projekty ustaw o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o pomocy publicznej i restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie ustawy o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne i przepisy wprowadzające w/w ustawy w proponowanej formie nie mogą być zaakceptowane.

Szpitala kliniczne powołane są do prowadzenia działalności naukowej i dydaktycznej z jedno-

czesnym udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Te ostatnie nie są więc jedynym zadaniem takich szpitali.

Zadania naukowe i zadania dydaktyczne są opłacane z innych środków finansowych niż Narodowy Fundusz Zdrowia, ale struktura szpitali klinicznych musi być adekwatna do tych zadań, co nie zawsze jest zgodne z rynkowym zainteresowaniem NFZ. Biorąc pod uwagę powyższe, w projektach ustaw państwowe uniwersyteckie szpitale kliniczne nie mogą być w całości poddane prawom rynku usług medycznych z konsekwencjami zdolności upadłościowej włącznie.

Szpitali klinicznych nie zastąpią w zadaniach naukowych i dydaktycznych inne, nawet dające sobie radę pod względem ekonomicznym zakłady. Nie mają one ani potrzebnej aparatury naukowej ani kadry, która dla zadań dydaktycznych i naukowych przechodzi odpowiednie weryfikacje. W zakresie świadczeń zdrowotnych szpitale kliniczne są ośrodkami o najwyższym stopniu referencyjności i nie mają już gdzie odsyłać pacjentów, co czynią jednostki niższego szczebla często z chęci oszczędzania wydatków na leczenie.

Najwyżej wykwalifikowana kadra medyczna oraz najnowocześniejsza aparatura i sprzęt medyczny będący na wyposażeniu klinik sprawiają, że leczenie pacjentów w naszych szpitalach klinicznych jest z reguły droższe mimo, że pod względem formalnym często są to te same procedury co w szpitalach samorządowych. Fakt ten wydaje się rzeczą oczywistą.

Rozumiemy konieczność przeprowadzania zmian w systemie ochrony zdrowia, jednak mając na uwadze dobro pacjentów u nas leczonych, a także dobro polskiej nauki medycznej i dobro procesu kształcenia kadr medycznych oczekujemy ujęcia spraw szpitali klinicznych w osobnych rozdziałach przygotowanych ustaw w sposób harmonizujący z powstającym aktualnie projektem ustawy prawo o szkolnictwie wyższym. Oczekujemy jednoznacznego, ustawowego rozstrzygnięcia roli

szpitali klinicznych w krajowym systemie leczenia. Uważamy, że szpitale kliniczne powinny być chronione prawnie tak samo jak państwowe wyższe szkoły medyczne z uwagi na ich ścisłe wzajemne powiązania funkcjonalne, majątkowe, organizacyjne i kadrowe.

Podnosimy konieczność uporządkowania kwestii wysokości dotacji na dydaktykę kliniczną oraz środków na bieżącą eksploatację bazy szpitalnej.

Planowana restrukturyzacja zobowiązań finansowych, winna naszym zdaniem, zmierzać do likwidacji zadłużenia szpitali klinicznych, które powstało w wyniku zapisów aktów prawnych o charakterze ustawowym (tzw. podwyżka 203 zł). Powinna wskazywać Skarb Państwa jako podmiot zobowiązany do przejęcia zobowiązań cywilnoprawnych szpitali klinicznych powstałych do czasu gdy ich organem założycielskim był Minister Zdrowia oraz wspomagać likwidację zadłużenia będącego wynikiem udzielania pomocy nie opłaconej przez Kasy Chorych, a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia tzw. pacjentów ponad limity kontraktowe. Rozwiązania ustawowe powinny też stwarzać realną szansę pozyskiwania środków finansowych na restrukturyzację w ramach emisji obligacji z poręczeniem Skarbu Państwa.

Reasumując powyższe Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych i Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych raz jeszcze pragną podkreślić, że przyjęte w projektach rozwiązania nie odpowiadają dobrze pojętej polityce państwa, ani dobru społeczeństwa.

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych deklaruje gotowość współdziałania w procesach nad uregulowaniem ustawowym roli szpitali klinicznych w Polsce, których właściwe i nie poddawane ciągłym eksperymentom funkcjonowanie warunkuje także byt akademickich szkół medycznych w naszym kraju.

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

Rozpoczął działalność Ośrodek Kształcenia Podyplomowego

W Uczelni powstał Ośrodek Kształcenia Podyplomowego. Głównym celem Ośrodka jest organizacja i koordynacja różnych form kształcenia podyplomowego lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek, położnych i farmaceutów.

Podstawowym zadaniem Ośrodka jest świadczenie pomocy wszystkim jednostkom Uczelni w przygotowaniu i wdrożeniu szerokiej i atrakcyjnej oferty w zakresie kształcenia podyplomowego wspomnianych grup zawodowych zarówno w skali regionu, jak też ogólnopolskiej. Ośrodek mieści się w budynku przy ul. dr. W. Chodźki 7 (boczne wejście Dołu Studentckiego nr 3; dawna lokalizacja Zakładu Toksykologii) i właśnie zakończył organizację bazy dydaktycznej.

Informujemy, iż w przypadku kursów szkoleniowych przewidzianych w przebiegu różnych specjalizacji dla lekarzy i lekarzy stomatologów jednostkę planującą realizować określony kurs, po uzyskaniu zgody Prorektora ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego obowiązuje następujący tryb zgłaszania tych kursów:

1. opracowanie szczegółowego programu kursu i uzyskanie pozytywnej opinii konsultanta krajowego w odpowiedniej dziedzinie medycyny,
2. wypełnienie wniosku, będącego podstawą zgłoszenia kursu do CMKP – w zgłaszaniu kursu pośredniczy Ośrodek Kształcenia Podyplomowego.

Nasze kontakty:

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego AM
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
ul. dr. W. Chodźki 7
20-093 Lublin
tel/fax (081) 743-30-42
e-mail: okpam@asklepios.am.pl

Powyższy tryb dotyczy kursów trwających nie dłużej niż 5 dni. Powinien być dokonany co najmniej w terminie do 15 listopada roku poprzedzającego rozpoczęcie kursu i zakończony wpisaniem propozycji kursu na listę podmiotów uprawnionych do organizowania kursów specjalizacyjnych prowadzoną przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Ośrodek zajmuje się dokumentowaniem i archiwizowaniem wszystkich dokumentów związanych z kształceniem podyplomowym prowadzonym w Uczelni. Prowadzi także całą bieżącą dokumentację finansową poszczególnych szkoleń.

Szanowni Państwo! Oferujemy pomoc na każdym etapie prac związanych zarówno z przygotowaniem jak i wdrożeniem kursu, to znaczy w przygotowaniu wniosku, naborze kandydatów na kurs, realizacji i zakończenia kursu. Serdecznie zapraszamy!

Kierownik
Ośrodka Kształcenia Podyplomowego
AM im. prof. Feliksa Skubiszewskiego
w Lublinie

DR N. MED.
MARIANNA CHARZYŃSKA-GUŁA

Dyplomatorium na Wydziale Lekarskim

Dnia 25 października 2003 roku w Hali Sportowej Akademii Medycznej w Lublinie absolwenci Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii otrzymali dyplomy lekarza oraz lekarza stomatologa. W uroczystości wzięli udział przedstawiciele władz Uczelni: **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latalski** – JM Rektor Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie, **prof. dr hab. Teresa Bachanek** – Prorektor ds. Studenckich, **prof. dr hab. Marian Wielosz** – Dziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologii, **prof. dr hab. Andrzej Drop**, **prof. dr hab. Ry-**

szard Maciejewski i **prof. dr hab. Jacek Roliński** – Prodziekan Wydziału Lekarskiego oraz **prof. dr hab. Hanna Hopkała** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego. Lubelską Izbę Lekarską reprezentował **dr n. med. Marek Domański** – Zastępca Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej. Obecni byli także pracownicy naukowi i administracyjni Akademii Medycznej oraz bardzo liczne grono rodzin i przyjaciół absolwentów. Po odśpiewaniu przez Chór Akademii Medycznej „Gaudamus” głos zabrał JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latalski. W pierwszych słowach przemówienia JM Rektor pogratulował rodzicom

i opiekunom, gdyż to im w ogromnej części absolwenci zawdzięczają ukończenie studiów i otrzymanie dyplomów. Następnie zwrócił się do kadry dydaktycznej dziękując za wykształcenie i wychowanie kolejnego rocznika lekarzy i lekarzy stomatologów. Profesor Maciej Latalski pogratulował absolwentom osiągnięcia celu, jaki sobie wyznaczili przed laty – zdobycie tytułu lekarza i lekarza stomatologa. W dalszej części przemówienia JM Rektor wspomniał o rozwoju nauki, o możliwościach, jakie otwiera przed nami technika, podkreślił jednak, że równie ważna, jeśli nie najważniejsza jest sfera psychiczna i społeczna każde-

go człowieka. Do zadań lekarza należy nie tylko leczyć, ale również wspierać i dawać nadzieję. Jego Magnificencja zwrócił także uwagę na problemy etyczne, jakie stoją przed lekarzami w obecnych czasach. Przysięga Hipokratesa nie uwzględnia wielu aspektów etycznych, naukowych i zawodowych współczesnej medycyny, dlatego też w pracy zawodowej przyszli lekarze powinni wspierać się zawsze Dekalogiem, własnym sercem i sumieniem. Od momentu złożenia Przysięgi Hipokratesa powinni służyć ludzium własnym wykształceniem i sercem. JM Rektor życzył absolwentom najlepszej wiedzy, dobrych warunków pracy i dużo ludzkiej życzliwości. Na zakończenie powiedział: „Przyjmijcie za zasadę, że „*być*” to naprawdę więcej niż „*mieć*”.

Dziekan Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii prof. dr hab. Marian Wielosz podkreślił, że uroczystość rozdania dyplomów to ważne i radosne wydarzenie zarówno dla absolwentów, jak również w życiu Uczelni. Pogratulował ukończenia trudnych studiów i wyraził nadzieję, że absolwenci będą dobrymi lekarzami i zawsze będą postępować według zasady „*Primum non nocere*”.

Przystępując do części oficjalnej prof. dr hab. Marian Wielosz poprosił o wystąpienie absolwentów, którzy w czasie studiów osiągnęli najlepsze wyniki w nauce. Dyplomy lekarza medycyny z oceną celującą otrzymali: **lek. med. Jacek Szczygielski** (5,11), **lek. med. Małgorzata Michalska** (4,95), **lek. med. Agnieszka Rozegnał-Madej** (4,83), **lek. med. Agata Drzazga** (4,80) i **lek. med. Ilona Krupa** (4,78). Spośród absolwentów Oddziału Stomatologii ocenę celującą na dyplo-





mie uzyskali: **lek. stom. Joanna Pondel** (4.81), **lek. stom. Izabela Juško** (4.77), **lek. stom. Anna Kowalczyk** (4.76), **lek. stom. Kinga Wyrzykow-**

ska (4.76) i **lek. stom. Anna Węclawska** (4.75). Po złożeniu przysięgi Hipokratosa przez wszystkich młodych lekarzy, prof. dr hab. Ja-

cek Roliński wręczył dyplomy absolwentom Wydziału Lekarskiego. Następnie lekarze stomatologii otrzymali dyplomy z rąk prof. dr hab. Andrzeja Dropa.

W imieniu absolwentów głos zabrała **lek. med. Anna Michalak**, która podziękowała kadrze naukowej Uczelni za trud włożony w przygotowanie kolejnego rocznika do pracy w zawodzie lekarza oraz za stwarzanie możliwości do poszerzania zainteresowań medycznych w kołach naukowych. Gorące słowa podziękowania za wsparcie w czasie studiów oraz za cały trud włożony w wychowanie młodych lekarzy zostały skierowane do rodziców.

Przedstawiciele organizacji studenckich (EMSA, STN, AZS, IFMSA), Samorządu Studenckiego i Chóru Akademii Medycznej podziękowali członkom – absolwentom za wspólną wieloletnią pracę i czynny udział w życiu naukowym, sportowym i artystycznym Uczelni.

Uroczystość wręczenia dyplomów lekarza i lekarza stomatologa absolwentom Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie w roku akademickim 2002/2003 zostanie zapewne w pamięci jako jedno z ważniejszych wydarzeń w życiu młodych lekarzy.

LEK. MED. ANNA MICHALAK

Wydział Farmaceutyczny

W słoneczne sobotnie przedpołudnie, 22 listopada 2003 r. podczas nadzwyczajnego posiedzenia Rady Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej AM im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie, odbyła się 54 promocja magisterska.

Dla 136 absolwentów farmacji i 27 absolwentów analityki medycznej był to dzień wyjątkowy, bowiem sukcesem zakończyli okres trudnych i wymagających studiów.

Uroczystość została rozpoczęta odśpiewaniem przez chór AM w Lublinie Gaudeamus. Następnie dostojnych gości, sponsorów uroczystości, absolwentów, ich rodziny i przyjaciół powitała dziekan Wydziału – **prof. dr hab. Hanna Hopkała**. Jako pierwszy został

poproszony o zabranie głosu JM Rektor **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski**. W swoim przemówieniu podkreślił, iż studia są ciężkim okresem w życiu młodego człowieka, wymagają wyrzeczeń, rezygnacji z wielu przyjemności, a ci, którzy je ukończyli, tego dnia są bohaterami. JM Rektor gratulacje i słowa podziękowania złożył też na ręce rodziców, którzy ponosili ciężar wychowania oraz na ręce profesorów i nauczycieli, doceniając ich trud i poświęcenie włożone w wykształcenie kolejnego rocznika. Absolwentom przypomniał o wymaganiach, jakie stawia przed nimi zawód, który obrali. „Macie pozostać uczciwi i sumieni. Spełniając trudny zawód, będziecie stawać przed trudnymi wyborami.” Młodym far-

maceutom zwrócił też uwagę na fakt, że apteka to ostatnie ogniwo samokontroli, a pomyłka to tragedia nieoceniona w skutkach. Magistrom analityki medycznej uświadomił jak wiele zależy od prawdziwości procesu diagnostycznego.

Następnie głos zabrał Główny Inspektor w Departamencie Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie, **dr Piotr Kienig**, który odczytał list gratulacyjny od Marszałka woj. Lubelskiego – **Henryka Makarewicza**.

Kolejnym punktem uroczystości było wręczenie nagród laureatom Konkursu Prac Magisterskich, po czym wszyscy absolwenci złożyli ślubowanie. JM Rektor **Maciej Latałski** wręczył dyplomy magistra farmacji i magistra analityki me-

dycznej z oceną celującą oraz listy gratulacyjne. Otrzymały je: **Dorota Cichecka, Lucyna Dziura, Justyna Durazińska, Sylwia Masiarz, Anna Wróbel** oraz **Patrycja Węgrzyn** z Oddziału Analityki Medycznej. Prezes Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, **mgr Krzysztof Przystupa** i Prezes Hurtowni Farmaceutycznej „Aptekarz”, **mgr Krzysztof Szaliłow** obdarowali osoby wyróżnione nagrodami pieniężnymi i książkowymi.

Towarzystwo Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej ufundowało nagrody książkowe za pracę społeczną dla: **Eweliny Jäder, Michała Miśkiewicza, Krzysztofa Och, Marcina Puściana, Michała Woźniaka**. Wręczył je prezes towarzystwa – **prof. dr hab. Ryszard Kocjan**.

Uroczystość zakończyło przemówienie przedstawiciela studentów V roku – **Jacka Depo** oraz przedstawicielki absolwentów – **mgr farm Eweliny Jäder**.

Zamknięcia nadzwyczajnego posiedzenia Rady Wydziału



dokonała prof. dr hab. Hanna Hopkała, dziekan Wydziału, dziękując wszystkim, którzy przyczynili się do uświetnienia tej uroczystości. Szczególne podziękowania skierowała do sponsorów, których życzliwość umożliwiła ufundowanie nagród.

Sponsorami uroczystości związanych z wydziałową promocją magisterską byli: Lubelska Okręgowa Izba Aptekarska, Kielecka Okręgowa Izba Aptekarska, Lubelski Oddział Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Lubelski Oddział Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, Fundacja Rozwoju Lubel-

skiego Wydziału Farmaceutycznego, Polska Grupa Farmaceutyczna „Cefarm” w Lublinie, Hurtownia Farmaceutyczna „Aptekarz” w Lublinie, Hurtownia Farmaceutyczna „Radix” w Kielcach, Hurtownia Farmaceutyczna „Eskulap” w Tarnowie, Hurtownia Farmaceutyczna „Slawex” w Lublinie, firma „Agrofarm” i „Dyspak”, spółka „Medi-Media” oraz przedstawiciele prywatnych aptek: mgr Janusz Kisielewski, mgr Jan Wojda, mgr Kazimierz Belniak, mgr Józef Soluch, mgr Adam Ciećko, mgr Szymon Zając, mgr Krystyna Głowniak, dr Andrzej Kot, mgr Jan Morelow-

ski, mgr Barbara Prężyna, mgr Mirosław Cuch, mgr Ewa Krasuska, mgr Jerzy Mędrak, mgr Jolanta Szczyrek, mgr Danuta Bucior:

22 listopada 2003 r., po raz czterdziesty pierwszy, w lubelskiej Akademii Medycznej odbyła się sesja naukowa prac magisterskich wykonanych w roku akademickim 2002/2003. Był to już 25 konkurs. Wezszym rankiem w sali Auditorium Maximum Collegium Novum odbyła się prezentacja też czterech wyróżnionych prac. Komisja Konkursowa w składzie: prof. dr hab. Ryszard Kocjan – przewodniczący, prof. dr hab. Sylwia Fidecka, prof. dr hab. Monika Waksmundzka-Hajnos, prof. dr hab. Krystyna Lupa, prof. dr hab. Grażyna Matysik, prof. dr hab. Genowefa Misztal, dr hab. Anna Malm dokonała oceny, przyznając kolejno:

■ I miejsce – mgr anal. med. Sebastian Radej – za pracę pt. „Obrazowanie wchłaniania antygenu przez komórki dendrytyczne za pomocą mikroskopu konfokalnego” wykonaną w Zakładzie Immunologii Klinicznej – promotor: prof. dr hab. Jacek Roliński,
 ■ II miejsce – mgr anal. med. Marek Juda – za pracę pt. „Analiza zmienności fenoty-

powej szczepów gronkowców koagulazo-ujemnych izolowanych z nosogardzieli pacjentów z rakiem płuc” wykonaną w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Farmaceutycznej – promotor: dr hab. Anna Malm,
 ■ III miejsce (*ex-aequo*) – mgr farm. Dorota Cichecka – za pracę pt. „Chromatografia cienkowarstwowa wybranych leków hipolipemicznych” wykonaną w Katedrze i Zakładzie Chemii Leków – promotor: prof. dr hab. Genowefa Misztal,

■ III miejsce (*ex-aequo*) – mgr farm. Tomasz Wróbel – za pracę pt. „Badania nad częściowymi antagonistami receptora glutaminowego GluR5/6 z grupy pochodnych indolu i karbazolu” wykonaną w Katedrze i Zakładzie Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych” – promotor: dr hab. Dariusz Matosiuk.

Laureaci konkursu otrzymali nagrody pieniężne i książkowe, których fundatorami byli: PGF „Cefarm” w Lublinie, Kielecka Okręgowa Izba Aptekarska, Fundacja Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr Witolda Łoborzewskiego, Lubelski Oddział Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

MGR FARM. MARIOLA HERBERT

Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Już po raz kolejny – trzydziesty pierwszy, absolwenci Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie otrzymali dy-

plomy magisterskie. Do tej pory dyplom taki uzyskało 2516 osób. Podczas uroczystości rozdania dyplomów, która odbyła się 29 listopada 2003

roku w Auditorium Maximum, kolejne 197 osób dołączyło do grona osób posiadających tytuł zawodowy magistra, jako absolwenci Wydzia-

łu Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie. Wśród nich 66 osób to absolwenci studiów dziennych, w tym 46 – ze specjalności pielęgniarstwo, 20 – z położnictwa, natomiast 131 osób to absolwenci studiów zaocznich o specjalnościach: pielęgniarstwo – 61, pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne – 20, elektroradiologia – 9, fizjoterapia – 12 i położnictwo – 29.

Uroczystość ta była podsumowaniem pięcioletnich wysiłków studiowania na tutejszym Wydziale, którym towarzyszyło także zaangażowanie pracowników naukowo-dydaktycznych i administracyjnych uczelni. Cel został osiągnięty, co z satysfakcją wyrazili dzisiejsi absolwenci.

Wśród wielu zaproszonych gości dyplomatorium zaszczytli obecnością m. in. przedstawiciele władz AM w Lublinie na czele z JM Rektorem **prof. dr hab. dr h. c. Maciejem Latalskim**.

Wśród zaproszonych gości byli także obecni m. in.: Przewodnicząca Oddziału Lubelskiego PTP – **mgr Michalina Cuber** oraz Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie – **Wiesława Sidorowska-Floriańczyk**.

Uroczystości przewodniczyła **prof. dr hab. Irena Wrońska** – Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie.

Po przywitaniu gości głos zabrali JM Rektor Akademii Medycznej – **prof. dr hab. Maciej Latalski** oraz Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM – **prof. dr hab. Irena Wrońska**.

Najlepszym absolwentom zostały wręczone listy gratulacyjne i nagrody, których fundatorami byli: Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Wydawnictwo „Czelej”.

W grupie wyróżnionych absolwentów studiów dziennych znaleźli się: **mgr Alicja Walus**, **mgr Ewa Smoleń**. Spośród absolwentów studiów zaocznych wyróżniono: **mgr Anę Cios**, **mgr Agnieszkę Szerewicz**, **mgr Teodorę Zdybel**, **mgr Anetę Wolską-Kowal**.

W dalszej kolejności został rozstrzygnięty konkurs na najlepszą pracę magisterską, który ma już czteroletnią tradycję. Sześć prac magisterskich zostało wyróżnionych nagro-

dą im. **Hanny Chrzanowskiej** i **Stanisławy Leszczyńskiej** tj.: **mgr Sławomiry Łoś**, **mgr Anny Cios**, **mgr Moniki Król**, **mgr Janiny Reglińskiej**, **mgr Sylwii Gradowskiej**, **mgr Magdaleny Łakomy**. Wyróżnienia te ustanowione decyzją Rady Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu w 1999 roku są wyrazem uznania postawy i wzoru osobowego liderki polskiego pielęgniarstwa. Wyróżnieni otrzymali nagrody z rąk Przewodniczącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych – **mgr Wiesławy Sidorowskiej-Floriańczyk** oraz Prezesa Wydawnictwa „Czelej” – **dr Grzegorza Czeleja**. Następnie absolwenci otrzymali dyplomy ukończenia studiów, które wręczyła Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu **prof. dr hab. Irena Wrońska** i Prodziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu: **prof. dr hab. Jadwiga Daniluk**, **prof.**

dr hab. Teresa Kulik i **prof. dr hab. Kazimierz Pasternak**.

W dalszej kolejności Prodziekan WPiNoZ – **prof. dr hab. Kazimierz Pasternak** wręczył listy gratulacyjne absolwentom studiów dziennych za bardzo dobre wyniki w nauce, pracę w samorządzie studenckim, studenckim kole naukowym oraz udział w pracach na rzecz Wydziału i reprezentowanie Wydziału w konkursie Primus Inter Pares. Listy otrzymali: **mgr Sylwia Gradowska**, **mgr Anna Staroń**, **mgr Anna Dulak**, **mgr Monika Król**, **mgr Sławomir Roś**, **mgr Ewa Smoleń**, **mgr Agnieszka Ladyga**.

Słowa gratulacyjne oraz pożegnane wraz z życzeniami powodzenia w przyszłości skierowali do absolwentów studenci IV roku Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, w których imieniu wystąpiła stud. **Marta Machal**.

Podziękowania ze strony ab-

solwentów przekazała w swoim wystąpieniu **mgr Barbara Nawlatyna**. Wyrazem wdzięczności były kwiaty wręczone przedstawicielom władz Akademii Medycznej oraz jej pracownikom.

Część oficjalną uroczystości uwińczył Hymn Państwowy w wykonaniu chóru Akademii Medycznej. Na zakończenie uroczystości Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM – **prof. dr hab. Irena Wrońska** skierowała do wszystkich obecnych słowa podziękowania.

Gratulujemy dzisiejszym absolwentom pomyślnego ukończenia studiów wyższych. Niech ten dyplom będzie zobowiązaniem do dalszego doskonalenia zawodowego i kształcenia podyplomowego oraz odpowiedzialnego podejmowania trudnej pracy zawodowej.

DR N. MED. VIOLETTA MIANOWANA





Inauguracja roku akademickiego 2003/2004

**Przemówienie inauguracyjne
prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego
JM Rektora AM im. Prof. Feliksa
Skubiszewskiego w Lublinie**



**Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski
JM Rektor AM w Lublinie**

Dzień inauguracji nowego roku akademickiego to największe święto dla uczelni wyższej. Dzisiejszą naszą uroczystość rozpoczęła Msza Święta, którą celebrował Jego Ekscelencja Ksiądz Arcybiskup prof. dr hab. Józef Życiński, Metropolita Lubelski. Witam Ekscelencję i dziękuję za skierowane do nas słowa podczas liturgii.

Witam serdecznie p. Minister Ewę Kralkowską – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Witam innych dostojnych gości, którzy zechcieli tę uroczystość zaszczyścić swą obecnością. Witam serdecznie przedstawicieli władz rządowych i samorządowych: Andrzeja Kurowskiego – Wojewodę Lubelskiego, Mirosława Złomańca – Wicemarszałka Województwa Lubelskiego; Andrzeja Pruszkowskiego – Prezydenta miasta Lublin; Konrada Rękasa – Przewodniczącego Sejmiku Województwa Lubelskiego.

Witam Rektorów Akademickich Uczelni Lublina; prof. dr hab. Zdzisława Targońskiego – Rektora Akademii Rolniczej; prof. dr hab. Józefa Kuczmaszewskiego – Rektora Politechniki Lubelskiej; prof. dr hab. Agnieszkę Kijewską – Prorektor Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; prof. dr hab. Karola Izidora Wysokińskiego – Prorektor Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; plk

nawig. dr Mieczysława Budzińskiego – Zastępcę Komendanta Wyższej Oficerskiej Szkoły Sił Powietrznych w Dęblinie.

Witam gorąco pozostałych członków Kolegium Rektorów Akademickich Uczelni Lublina – prof. dr hab. Jana Glińskiego – Prezesa Lubelskiego Oddziału PAN; prof. dr hab. Edmunda Prosta – Prezesa Lubelskiego Towarzystwa Naukowego. Witam Ich Magnificencje Rektorów uczelni niepaństwowych: prof. dr hab. Józefa Zająca – Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Chełmie; prof. dr hab. Józefa Bergiera – Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Białej Podlaskiej; doc. Mieczysława Marczuka – Prezesa Oddziału Lubelskiego Towarzystwa Wolnej Wszechnicy Polskiej „Uniwersytet Trzeciego Wieku”

Dzisiejszą naszą uroczystość uświetnili niektórzy Parlamentarzyści. Serdecznie witam Senatorów: Krzysztofa Szydłowskiego i Kazimierza Pawelka; Posła Jerzego Michalskiego.

Witam serdecznie doktorów honoris causa naszej Uczelni; prof. dr hab. Bolesława Semczuka – byłego Rektora AM w Lublinie; prof. dr hab. Edwarda Soczewińskiego – byłego Prorektora AM w Lublinie; prof. dr hab. Mariana Kazimierza Klamuta – byłego Rektora AM w Lublinie.

Witam Lubelskiego Komendanta Wojewódzkiego Policji insp. Marka Hebdę; Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej – bryg. mgr inż. Józefa Klajdę; Dowódcę 3. Brygady Zmechanizowanej im. Romualda Traugutta – płk Krzysztofa Zielińskiego

Serdecznie witam prof. dr hab. Ryszarda Walczaka – Dyrektora Instytutu Agrofizyki PAN; mgr inż. Adama Sikorskiego – Lubelskiego Wiceturatora Oświaty; dr Mirosława Jarosza – Zastępcę Dyrektora Instytutu Medycyny Wsi. Witam Okręgowego Inspektora Pracy dr inż. Stanisława Ceglarka.

Serdecznie witam: prof. dr hab. Jerzego Łoborzewskiego – Przewodniczącego Rady Fundatorów Fundacji im. mgr Witolda Łoborzewskiego Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego – mgr Janusza Kisielewskiego – Wiceprzewodniczącego Rady Fundatorów Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego; mgr Bogdana Walko – Dyrektora CEFARM-u w Lublinie.

Witam serdecznie Prezesa Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół AM prof. dr hab. Ryszarda Kocjana. Witam Dyrektora Oddziału Lubelskiego Narodowego Funduszu Zdrowia dr Adama Borowicza

Serdecznie 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 serdecznie Dyrektora SP Szpitala Klinicznego nr 1 - mgr Marzenę Pomarańską-Olszak; Dyrektora SP Szpitala Klinicznego nr 4 - dr Mariana Przylepę; Dyrektora Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Prof. Antoniego Gębali - dr Jerzego Szareckiego; Dyrektora Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej - dr Jana Kondratowicza-Kucewicza; Dyrektora Szpitala im. Jana Bożego - dr Piotra Gózcza; Dyrektora Szpitala MSWiA - dr Barbarę Kulak; Dyrektora Akademickiego ZOZ - dr Ewę Goldszewicz; Dyrektora Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy - dr Annę Ruteżyńską-Rumińską.

Serdecznie witam Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego dr Zdzisława Kuleszę; Zastępcę Lubelskiego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego - mgr Zofię Kostrzewską; Prezesa Lubelskiego Zarządu Okręgu PCK - mgr Stefana Pedrycza.

Witam Dyrektorów Banków współpracujących z Uczelnią: p. Marzenę Strok-Sadło - dyrektora Makroregionu BPH PBK S. A. Oddział w Lublinie; p. Ewę Brogowską - Dyrektora II Centrum Klientów Korporacyjnych PKO S. A. IV Oddział w Lublinie; p. Zbigniewa Sikorę - Dyrektora Oddziału Okręgowego Narodowego Banku Polskiego; p. Marka Dalmatę - Dyrektora BRE Bank S. A. O/Lublin; p. Stanisława Pituchę - Dyrektora Oddziału Kredyt Bank S. A. o/Lublin; p. Wiesławę Franus - Dyrektora Makroregionu Banku Millennium S. A. O/Lublin; p. Stanisława Stachurę i p. Jarosława Świniarskiego - Dyrektorów ING Banku Oddział w Lublinie. Witam wszystkich gości przybyłych na dzisiejszą uroczystość.

Witam wszystkich Pracowników i Studentów.

Magnificencje,
Szanowna Pani Minister,
Dostojni Panie i Panowie Profesorowie
Ekscelencjo,
Dostojni Goście,
Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy Studenci

Inauguracja roku akademickiego to wielkie święto Uczelni. To także okazja do refleksji, do spojrzenia wstecz i na perspektywę roku najbliższego.

Rok miniony obfitował w wiele zdarzeń, które miały dla nas duże, a niektóre z nich wręcz fundamentalne znaczenie. Nikogo nie zdziwi, jeśli na pierwszym miejscu wymienię tutaj fakt oficjalnego oddania do użytku nowego obiektu naukowo-dydaktycznego o powierzchni ponad 10,5 tys. m² i kubaturze blisko 50 tys. m³ przy ul. Chodźki 1 - Collegium Universum. Uroczystość z tym wydarzeniem związana odbyła się wczoraj z udziałem Ekscelencji Arcybiskupa Józefa Życińskiego, któremu dziękujemy za poświęcenie budynku oraz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia: p. Dyrektora Departamentu Budżetu, Inwestycji i Finansów Elżbiety Jazgarskiej oraz Radey Ministra w Departamencie Budżetu, Finansów i Inwestycji p. Marii Dziura.

W budynku znalazło lokum 12 zakładów naukowych naszej Uczelni, dotychczas zajmujących Collegium Marius przy ul. Lubartowskiej 85 i pomieszczenia w Miejskim

Centrum Kultury przy ul. Peowiaków 12. Te budynki zostały przekazane ich właścicielom. Prócz zakładów naukowych w Collegium Universum znajduje się nowoczesnie wyposażona sala wykładowa na ok. 170 miejsc i ogólnie dostępna sala seminaryjna dla ok. 40 osób. Oczywiście jest rzeczą, że znajdujące się tam zakłady posiadają własne sale ćwiczeniowe, a niekiedy także seminaryjne. Ważną jednostką jest też apteka szkoleniowa dla studentów Wydziału Farmaceutycznego. Akademia Medyczna w Lublinie nie miała dotychczas tego typu placówki, a więc wzbogaciliśmy się w tym wypadku także o nową jakość. Przy ul. dr. W. Chodźki 1 będziemy mieć także czytelnię z punktem prasowym oraz bufet. W nowym obiekcie pracuje ponad 160 osób.

Podczas uroczystości oddania do użytku Collegium Universum nastąpiło także przekazanie dla Uczelni aparatu do termokoagulacji dla Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej. Sponsorem był główny wykonawca obiektu - Lubelska „Przemysłówka”, działająca pod szyldem firmy POLIMEX-CEKOP. Dziękujemy za to i cieszymy się, że możemy stwierdzić, iż wykonawca robót spisał się na piątą biorąc pod uwagę jakość i terminowość wykonania prac. Niech o tym świadczy „Złota Kielnia” przyznana wykonawcy za tę inwestycję.

Innym, istotnym wydarzeniem była uroczystość nadania Akademii Medycznej w Lublinie imienia prof. Feliksa Skubiszewskiego - jej pierwszego rektora, świetnego chirurga, związanego z Ziemią Lubelską swym miejscem urodzenia, pracą lekarza w czasie okupacji niemieckiej, a potem twórcą lubelskiej chirurgii uniwersyteckiej. Cieszy nas fakt, że na tej uroczystości prócz oficjalnych, dostojnych gości, mieliśmy przyjemność podejmować licznych przedstawicieli rodziny naszego Patrona.

Cieszy wysoka pozycja naszych klinik w krajowych rankingach prowadzonych przez różne periodyki. Na czołowych sześciu pozycjach znalazło się osiem naszych klinik, w tym kilka na miejscach tzw. medalowych. Kliniki te pracują często w trudnych warunkach lokalowych i zawsze - finansowych. Jeśli mowa o lokalach dla klinik, to trzeba powiedzieć, że prowadzimy rozmowy z właścicielem budynku II Kliniki Okulistyki. Za obiekt ten płacimy od roku czynsz, a jego dalsze użytkowanie przez nas jest przedmiotem trudnych negocjacji. To poważny i raczej nie przewidywany problem.

Prowadzone są intensywne prace przygotowujące pomieszczenia dla Ośrodka Przeszczepiania Szpiku. Ze względu na zainteresowanie problemem naszych wschodnich sąsiadów i ze względu na utrzymywane bliskie kontakty naukowe - ośrodek ten nazwaliśmy polsko-ukraińskim. Tu będą się szkolić hematolodzy z Ukrainy, a także być może będą się leczyć chorzy z tego kraju.

Wspomniałem wyżej o finansach szpitali klinicznych. Wszystkie trzy ubiegły rok zamknęły ujemnym wynikiem finansowym. Wiele się mówi i pisze o marnotrawstwie środków w służbie zdrowia. Nie mamy prawa oceniać pod tym względem innych, ale nie dostrzegamy ta-



kich zjawisk w naszych jednostkach klinicznych, Szpitale te stale się restrukturyzują, obniżając koszty swej działalności. Nie jest to łatwy proces, zwłaszcza jeśli dotyka ludzi w związku z pewną redukcją zatrudnienia. Ten wątek przemian jest szczególnie delikatny. To nie tylko poważne kłopoty czy nawet wręcz tragedia dla odchodzących z pracy, ale także możliwości przekroczenia bariery należytego poziomu jakości świadczeń, a nawet bariery bezpieczeństwa chorych. Prawda jest taka – gdyby nie obowiązek realizacji ustawy „203” i gdyby ubezpieczyciel miał środki na to, aby w 100 procentach płacić za świadczenia przekraczające kontraktowe limity, to nasze szpitale kliniczne nie posiadałyby długów. I teraz mamy dylemat. To prawda, że zarobki w służbie zdrowia były i są nędzne. Te 203 złote i wynikające z tego dalsze sto kilkanaście podwyżki to naprawdę bardzo, bardzo niewiele z tego, co powinni otrzymywać pracownicy. Ale jeśli się takie decyzje podejmuje, to trzeba na nie mieć dodatkowo zabezpieczone środki. Tymczasem nigdy ich nie było i nie ma ich do dziś, mimo zapewnień poprzedniego Rządu przy wprowadzaniu ustawy.

Podobny dylemat – to pacjenci przyjmowani do naszych szpitali mimo przekroczonego limitu świadczeń. Odmawiać im przyjęcia, chociaż chcą się leczyć u nas, czy przyjmować i wpędzać szpital w dług? A podobno pieniądze miał iść za pacjentem – tylko jakoś nie może nadążyć i do naszych szpitali nie trafia.

Sytuację szpitali, a zwłaszcza SP SK nr 1 pogarszają jeszcze roszczenia grupy pracowników, których zarobki decyzją Ministra Zdrowia z r. 1999 zostały ukształtowane w sposób nieproporcjonalny w stosunku do innych grup zawodowych. Pamięamy strajki anestezjologów i gaszenie tego pożaru przez ówczesne władze resortowe. Przewodniczący protestującego związku został szybko członkiem kierownictwa resortu, podniósł zarobki swoim i po spełnieniu tej misji – odszedł z urzędu. Dziś szpital może za to zapłacić zniknięciem z mapy zakładów opieki zdrowotnej. Staramy się temu zapobiec, ale kroki będą dla niektórych drastyczne.

To oczywiście nie wszystkie nasze bolączki. Ich lista mogłaby być znacznie dłuższa. Nie chcemy jednak tylko narzekać i staramy się mimo wszystko nie tylko umacniać, ale także rozwijać naszą Almae Matris. Z roku na rok zwiększamy ofertę dla młodzieży chcącej studiować na naszej Uczelni. W tym roku dokonaliśmy pierwszego naboru na studia licencjackie w zakresie ratownictwa medycznego. Rozwój studiów licencjackich prowadzonych obecnie na pięciu kierunkach staje się możliwy m.in. dzięki układającej się współpracy z Urzędem Marszałkowskim. Na podstawie podpisanego porozumienia udostępniono nam niektóre pracownie i pomieszczenia w Medycznym Studium Zawodowym im. prof. Stanisława Liebarta przy ul. dr. K. Jaczewskiego 5 i wprowadzicie za formą odpłatności, lecz już rozpoczynamy tam zaję-

cia ze studentami. Mówiąc o współpracy z władzami lokalnymi należy też powiedzieć o porozumieniu w sprawie wspólnej inwestycji – lądowiska dla helikopterów w rejonie DSK i SP SK 4 oraz porozumieniu podpisanym z władzami miasta. Na tej podstawie my ze swej strony umożliwiamy miastu przebudowę skrzyżowania ulic 3-go Maja i Radziwiłłowskiej poprzez przekazanie części terenu, a miasto zabierze lokatorów z baraku przy ul. dr. K. Jacewskiego, który zajmuje plac przyszłej budowy.

Tym samym przechodzimy niejako do naszych zamierzeń dotyczących najbliższych miesięcy. Jest to możliwe tym bardziej, że o minionym roku nieco szerzej powie jeszcze prof. Kazimierz Głowniak – Prorektor ds. Nauki naszej Akademii. Pora zatem spojrzeć z perspektywy dnia dzisiejszego na rok akademicki, który rozpoczynamy. Jakie są nasze zamierzenia, oczekiwania i obawy związane z najbliższym okresem?

Mając własne, uzbrojone tereny ze wszystkich sił chcemy kontynuować działania związane z pozyskiwaniem własnej bazy naukowo-dydaktycznej. Ma temu służyć rozpoczęty kolejny proces inwestycyjny. W minionych miesiącach roku 2003 zlecieliśmy wykonanie wstępnej koncepcji, a następnie szczegółowej dokumentacji technicznej na obiekt zwany roboczo Zakłady Teoretyczne II. Wykonanie tych prac, a następnie uzyskanie zgody na budowę pozwoliło nam na ogłoszenie przetargu dla potencjalnych wykonawców tego zadania. Przetarg został rozstrzygnięty we wrześniu i mamy nadzieję na podpisanie stosownej umowy z generalnym wykonawcą,

którym jest firma realizująca inwestycje Collegium Universum. Wkrótce prześlemy im plac budowy. Umowa z wykonawcą przewiduje, że budowa winna zakończyć się równie szybko, a nawet szybciej niż poprzednia. W nowym obiekcie znajdą swe lokum te jednostki naszej Uczelni, które dotychczas działają na obcej bazie, a także zbudujemy tam ośrodek kongresowy. Plan realizacji zadania inwestycyjnego zakłada, że ta część obiektu z aulą na ponad 500 miejsc będzie ukończona za niespełna rok. Chodzi nam o to, aby inauguracja następnego roku akademickiego 2004/2005 odbyła się już tam. Zależy nam na tym z tego względu, że rok przyszły będzie dla nas rokiem jubileuszu – jubileuszu sześćdziesięciu lat nauczania medycyny w Lublinie. Z tej okazji Centralna Inauguracja Roku Akademickiego dla wszystkich uczelni medycznych w Polsce będzie miała miejsce w Lublinie. Tę rocznicę uczymy także w innych formach. Planujemy zorganizowanie okolicznościowej sesji naukowej o interdyscyplinarnym charakterze, a także chcemy wydać monografię pod roboczym tytułem „Wspomnienia dawne i niedawne”, zawierającą teksty opracowane przez naszych wychowanków i nauczycieli, którzy w ciągu tych 60 lat właśnie uczyli się lub nauczali medycyny w Lublinie. Zachęcamy zainteresowanych do nadsyłania wspomnień.

Nadal wielką wagę będziemy przykładali do rozwoju kadry naukowej, utrzymujemy tutaj dobre tempo i co szczególnie cieszy, nasze habilitacje są zatwierdzane praktycznie w stu procentach przez Centralną Komisję



ds. Tytułu i Stopni Naukowych. Będziemy stymulować pracowników nauki do opracowywania rozpraw habilitacyjnych, a doktorów habilitowanych do ubiegania się o tytuły profesorskie. Służyć temu będzie m. in. rozbudowany system stypendiów habilitacyjnych, a dla młodzieży stypendia doktorskie i poszerzone od nowego roku studia doktoranckie.

Z dużym niepokojem patrzymy na sytuację szpitali klinicznych. Jak wspomniałem wyżej, są one na finansowym minusie, mimo trwających procesów restrukturyzacyjnych. Że takie procesy trwają, niech świadczy fakt zlecenia na zewnątrz usług laboratoryjnych w DSK. Da to szpitalowi ok. 300 tys. złotych oszczędności w skali roku. Podkreślić tu należy, że przejmujący usługi nie jest zainteresowany zmniejszaniem stanu zatrudnienia i gwarantuje jego utrzymanie przez okres trwania umowy. Mimo to, że wszystkich stron zgłaszane są w tej sprawie protesty. Zbyt długa jest lista ich nadawców, aby ją tutaj przytaczać. Można się nie dziwić pracownikom zatrudnionym o swoje miejsca pracy, ale dziwią protesty tych, którzy podpisują się niejako drugą ręką pod apelami o szukanie oszczędności w funkcjonowaniu szpitali i nawołują do koniecznych przemian. Często zatem pozostajemy sami na placu boju. Pamiętajmy zatem, że w szukaniu oszczędności muszą aktywnie współpracować dyrekcje szpitali, kierownicy klinik i cały personel leczący. Musi być tu osiągnięte wzajemne pełne zrozumienie i wspólne dążenie do celu. Dzisiaj każdy lekarz musi być też menedżerem.

Szukanie tych oszczędności staje się szczególnie konieczne teraz. Szykowana jest bowiem nowela ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przekształcająca samodzielne publiczne jednostki w spółki prawa handlowego, tzw. spółki użyteczności publicznej. Te spółki nie będą mogły być prywatyzowane, ale będą mogły (czy musiały) ogłaszać upadłość. Dziwnie brzmią założenia ustawowe przewidujące, że w razie zaistnienia krachu finansowego upadłość szpitala jest nieunikniona, ale spółka użyteczności publicznej musi też spełniać swą publiczną misję, niosąc pomoc potrzebującym bez względu na okoliczności. Przysłowiowego konia z rzędem temu, kto pogodzi takie założenia.

Zaniepokojeni kolejną reformą, rektorzy uczelni medycznych opracowali własne stanowisko w tej sprawie, przedkładając je Ministrowi Zdrowia i zawarli w nim swe niepokoje. Odbyło się też spotkanie w tej sprawie kierownictwa resortu, gdzie starano się rozwiązać te obawy, ale nie można stwierdzić, że po nich już nie pozostało. Jak zwykle diabeł tkwi w szczegółach, a wielu tych szczegółów jeszcze nie ma.

Mówiąc o problemach finansowych nie sposób nie odnieść się do mejmy nadzieje, że już nieaktualnego pomysłu opodatkowania dochodów państwowych uczelni wyższych. Nasza Akademia Medyczna jest w gronie chyba trzech czy czterech uczelni tego typu, które w bilansach rocznych nie wykazują strat. Dochód jest bardzo mały, ale przecież jest przeznaczony na potrzeby uczelni, które są nieproporcjonalnie duże w porówna-

niu z otrzymywanymi środkami. Nawet na płace dostajemy tylko 96,1 procent tego co według naszego organu założycielskiego prawnie się nam należy. Resztę mamy sobie wypracować z zysku. Ten dodatni wynik finansowy jest osiągany w efekcie ograniczonych do maksimum wszelkich wydatków, niezwykle dyscypliną polityki finansowej, stałym czuwaniem nad sytuacją bieżącą i dobrym zarządzaniem finansowym. Odpowiednim służbom należą się słowa podziękowania.

Protestowaliśmy zatem przeciw tym zamiarom i wyrażamy nadzieję, że konstruktorom budżetu państwa na rok 2004 odeszła ochota sięgania po skromne środki państwowych uczelni wyższych.

To tylko niektóre z problemów, z którymi musimy sobie poradzić w rozpoczynającym się roku akademickim. Te jak i inne tutaj nie wymienione będą musiały zostać pokonane. Ale aby tak się stało, musi się w ten proces zaangażować całe społeczeństwo akademickie. Nie wątpimy w jego aktywność. Do prawidłowego funkcjonowania szkoły przyczyniają się wszyscy Ci, którzy zapewniają warunki do rozwoju nauki, do dydaktyki i leczenia chorych oraz czynnie uczestniczą w tych procesach. Za wniesiony trud i za ofiarną pracę składam wszystkim Paniom i Panom Profesorom, pozostałym nauczycielom akademickim, pracownikom zatrudnionym w naszych klinikach i zakładach nie będących nauczycielami akademickimi, pracownikom administracji i obsługi - serdeczne podziękowania.

Słowa podziękowania kieruję także do tych, którzy w tym roku przeszli na emeryturę, a w funkcjonowaniu i rozwoju Uczelni mieli niezaprzeczalny udział. Są to: prof. dr hab. Hanna Chrzastek-Spruch, prof. dr hab. Janusz Hanzlik, prof. dr hab. Jerzy Jakowicki, prof. dr hab. Jerzy Michalak, prof. dr hab. Leszek Szczepanski, prof. dr hab. Tadeusz Wolski, prof. dr hab. Edward Zderkiewicz, dr Lidia Klukowska-Sieczek, dr Andrzej Krzemiński, dr Wiesław Soroczan, dr Maria Lopuszyńska, dr Weronika Dąbrowska, dr Jerzy Kuczyński, dr Anna Kępska, że wymienię tylko nauczycieli akademickich. Wnieśli oni wkład w wykształcenie i w wychowanie wielu pokoleń naszych absolwentów - lekarzy, lekarzy stomatologów, magistrów farmacji i analityki, magistrów pielęgniarstwa i absolwentów studiów licencjackich. Działalność naukowa, dydaktyczna i organizacyjna wymienionych nauczycieli przynosi im i nam chwałę, zapewniając naszą wdzięczność i pamięć. Zachęcam ich do dalszych kontaktów z Uczelnią w innych, możliwych formach.

Niestety, nie wszystkim dane było doczekać dzisiejszej uroczystości. W minionym roku akademickim ziemską drogę życia zakończyli: prof. dr hab. Michał Bokiniec, prof. dr hab. Romuald Buliński, prof. dr hab. Antoni Deryło, prof. dr hab. Dionizy Górny, prof. dr hab. Romuald Langwiński, prof. dr hab. Maria Sieklucka-Dziurba, prof. dr hab. Janusz Szyszko, prof. dr hab. Mieczysława Trojanowska, prof. dr hab. Henryk Żrubek, dr Małgorzata Dańko-Mrozińska, dr Barbara Sztęmbis, Krystyna Nowakowska, mgr Wiesław Kowalezyk. Chwilą ciszy uczcijmy ich pamięć.

Szanowni Państwo

Z dużą radością i bardzo ciepło witam młodzież akademicką. Nowy rok akademicki rozpoczyna w naszej uczelni 4114 studentów wszystkich wydziałów, kierunków i form studiów, w tym blisko 153 studentów amerykańskich. Są z nami także ci studenci, którzy pierwszy raz przekraczają progi tej Almae Matris. W wyniku pozytywnego przejścia procesu rekrutacji na pierwszych latach studia podejmie 883 osoby. Jest to więcej niż w roku ubiegłym. A studentów będzie nam nadal przybywać. Stanie się tak m. in. poprzez wprowadzenie studiów licencyjnych na nowych kierunkach Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu oraz rozpoczęcie studiów eksternistycznych dla pielęgniarek, co ma być wkrótce prawnie uregulowane. Rozpoczynamy też 2-letnie studia magisterskie dla absolwentów studiów licencyjnych. W naszej Uczelni będzie to pierwszy rok takich studiów. Dotychczas prowadziliśmy i nadal prowadzimy zaoczne studia magisterskie w systemie pięcioletnim dla pielęgniarek już pracujących i spełniających określone kryteria. Ze względów naturalnych liczba tak studiujących będzie sukcesywnie malała.

Na naszą Uczelnię starają się absolwenci szkół średnich z całego kraju. W tym roku, podobnie jak w latach poprzednich, kandydaci wywodzili się aż z 15 województw, a wśród przyjętych mieszkańcy województwa lubelskiego, to razem niespełna 59 procent. Drugim najliczniej reprezentowanym województwem jest podkarpackie, z którego mamy blisko 24 procent naszych najmłodszych studentów, a następnie województwo świętokrzyskie – około 7 procent i mazowieckie – 6,5 procent. Cieszy nas wzrost liczby przyjętych wywodzących się z małych miasteczek, osad i wsi. Pierwszy rok rozpocznie też 40 studentów ze Stanów Zjednoczonych Ameryki. Liczba studentów amerykańskich rośnie z roku na rok. Taki stan rzeczy spowodował stworzenie w ramach Wydziału Lekarskiego – Oddziału Anglojęzycznego i uzupełnienie nazwy Wydziału o ten nowy trzon.

Zwracając się do wszystkich najmłodszych naszych kolegów – gratuluję im sukcesu. Wygraliście bitwę o indeksy, ale jeszcze przed Wami wielka batalia. Aby wygrać i tę, musicie w wyniku studiów stać się dobrymi fachowcami w wybranych zawodach. Możecie to osiągnąć poprzez rzetelne podejście do nauki, poprzez aktywny udział w wykładach, ćwiczeniach i seminariach. Będziecie się uczyć u dobrych i doświadczonych nauczycieli – Waszych mistrzów. Będziecie słuchać wykładów wybitnych specjalistów medycyny i farmacji. Nie zmarnujecie tej szansy.

Wymagamy od Was przestrzegania dyscypliny studiów, respektowania treści przyrzeczenia złożonego podczas immatrykulacji i dobrych postępów w nauce, co jest warunkiem terminowego zaliczania semestrów, lat studiów i ich ukończenia. Ale w Waszym życiu musi też być czas na odpoczynek i rozrywkę. I to właśnie czas odpoczynku winien być odpowiednio zagospodarowany. Dlatego staramy się w tym pomagać w miarę możliwości wspierając działalność studenckich zespołów arty-

stycznych, sekcji sportowych, kół zainteresowań i stowarzyszeń naukowych, wszystkich organizacji studenckich działających w Uczelni. Niestety środki na te cele są ograniczone, ale wraz z Samorządem Studenckim staramy się nimi w miarę dobrze gospodarować. Macie dobre warunki mieszkaniowe w naszych domach studenckich, których zazdroszczą nam inne uczelnie medyczne. Na inaugurację tego roku oddajemy wyremontowaną i zmodernizowaną stolówkę akademicką.

Na uczelni macie być nauczani zawodu, ale i wychowywani. Chcę Wam zatem zwrócić uwagę na słowa wielkiego myśliciela, ale i lekarza, doktora Władysława Biegańskiego, który mówił, że prawdziwego lekarza tworzy wiedza i etyka. Dotyczy to wszystkich zawodów medycznych. Praca lekarzy, farmaceutów, magistrów pielęgniarstwa i innych fachowych pracowników służby zdrowia – to więcej niż wypełnianie obowiązków zawodowych, To jest służba na rzecz cierpiącego człowieka dorosłego jak i dziecka, wymagająca pełnego zaangażowania, troski i miłości do chorego, wymagająca zrozumienia dla jego własnej osobowości i stanu w jakim się znalazł. Trzeba umieć pochylić się nad słabym, cierpiącym, okazać mu szacunek i poświęcenie. Pamiętajcie, że kiedyś nie tylko będziecie pracować, będziecie też, a może przede wszystkim spełniać misję. Niechaj Uczelnia nasza wywrze na Was, na Wasze życie i działanie w zawodzie taki wpływ, który zawsze i wszędzie oznaczał będzie dobro. Swą wiedzę będziecie kiedyś mogli sprzedać, ale płynące od was dobro tylko podarować. Tylko wtedy staniecie się nośnikami postępów wiedzy medycznej. Sądzę, że sprostacie takim oczekiwaniom i szczerze Wam tego życzę.

Szanowni Państwo,

Rozpoczynający się dziś nowy rok akademicki, to stojące przed nami wszystkimi nowe wyzwania. Powracamy do warsztatów badawczych, do przerwanych wakacjami dociekań naukowych, zajęć dydaktycznych i leczniczych, chociaż te ostatnie nigdy nie mogły być przerwane. Zapełniają się domy studenckie i stancje. Studenci wracają do sal wykładowych, ćwiczeniowych i seminaryjnych, a także na sale chorych w klinikach. Pamiętajmy w tym dniu, że ukierunkowaniem wszelkiej działalności naukowej i usługowej w naszej uczelni winna być troska o człowieka. Jakakolwiek byłaby dziedzina badań każdy, kto angażuje w pracy naukowej własną wiedzę, talent i trud, powinien stawiać sobie pytanie, czy czyni ona życie ludzkie pod każdym względem bardziej godnym człowieka, a wreszcie, czy w kontekście postępu, którego jest autorem człowiek, staje się on bardziej otwarty dla drugich, zwłaszcza dla potrzebujących, dla słabszych, bardziej gotowy świadczyć i nieść pomoc wszystkim. Takie też jest przesłanie kierowane do społeczności akademickich przez Papieża – Jana Pawła II.

Takie podejście do szeroko rozumianej nauki uwypukla jej służebny charakter. Nauka bowiem, jeśli nie jest uprawiana w poczuciu służby człowiekowi, łatwo może stać się elementem ekonomicznych przetargów z pomi-

nięciem dobra wspólnego. Dlatego zarówno dojrzały naukowiec jak i początkujący studenci winni mieć na względzie to, czy ich słuszne dążenie do zgłębiania tajemnic wiedzy wpisuje się w podstawowe wymogi sprawiedliwości, miłości społecznej, poszanowania praw pojedynczego człowieka czy narodu. To właśnie uczelnia medyczna ma największe szanse, ale i największą odpowiedzialność w realizacji tak rozumianych celów szkolnictwa uniwersyteckiego. Życzymy sobie zatem wzajemnie, abyśmy takim zadaniom sprościli.

Z okazji rozpoczynającego się Nowego Roku Akademickiego 2003/2004 składam szczerze życzenia wszelkiej pomyślności osobistej wszystkim pracownikom Uczelni i studentom. Niechaj ten rok będzie dobrym rokiem dla naszej Almae Matris i dla nas wszystkich.

Sprawozdanie z działalności naukowo-dydaktycznej Uczelni za rok akademicki 2002/2003, ogłoszone przez Prorektora ds. Nauki – prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka



Prof. dr hab. Kazimierz Głowniak
Prorektor do spraw Nauki AM w Lublinie

Jego Magnificencjo Panie Rektorze,
Wysoki Senacie,
Dostojni Goście,
Szanowni Państwo,

Przypała mi wielki zaszczyt podsumowania osiągnięć naukowych naszej Almae Matris, uzyskanych w roku akademickim 2002/2003. Czynię to z tym większą satysfakcją, że z pełnym przekonaniem stwierdzam, iż są one znaczące, pomimo otrzymywanych każdego roku coraz mniejszych dotacji na działalność naukową naszej

Uczelni. Należy podkreślić, iż wspomniany okres sprawozdawczy był rokiem zauważalnego wzrostu aktywności zarówno naukowej, jak i dydaktycznej.

Jako pełnoprofilowa wyższa uczelnia, lubelska AM na trzech wydziałach i dwóch oddziałach zatrudnia 899 nauczycieli akademickich; w tej liczbie jest 85 profesorów tytularnych, w tym 58 osób to profesorowie zwyczajni oraz 84 doktorów habilitowanych, z których większość uzyskała stanowisko profesora Akademii Medycznej. Podstawową kadre naukową Uczelni, gwarantującą jej rozwój, tworzą adiunkci i wykładowcy ze stopniem doktora w liczbie 432. Ogółem Uczelnia zatrudnia 1068 osób.

Potwierdzeniem dynamiki rozwoju naukowego nauczycieli akademickich jest fakt uzyskania w okresie sprawozdawczym aż 86 stopni doktora nauk medycznych i nauk farmaceutycznych. Centralna Komisja ds. Tytułu i Stopni Naukowych zatwierdziła w tym czasie 11 habilitacji, a 7 pracowników naukowych naszej Uczelni otrzymało z rąk prezydenta RP nominacje profesorskie. Równocześnie wielu nauczycieli akademickich uzyskało awans na stanowisko profesora AM, oraz na stanowisko profesora zwyczajnego.

Zespół pracowników naukowych opublikował w roku ubiegłym 3067 prac naukowych i doniesień zjazdowych, z czego 1560 to prace oryginalne, zamieszczone w czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym. Ponadto, ukazały się 32 monografie i podręczniki oraz 202 rozdziały w opracowaniach zbiorowych, których autorami są pracownicy naukowcy naszej akademii. Jest to znaczny wzrost osiągnięć naukowych, w stosunku do roku sprawozdawczego – poprzedniego. Złożył się na to nie notowany wcześniej wzrost liczby opublikowanych prac naukowych, w tym prac oryginalnych, publikowanych w czasopiśmie zagranicznych na tzw. liście filadelfijskiej.

Ponadto, 250 samodzielnych i pomocniczych pracowników naukowych Uczelni brało czynny udział w konferencjach krajowych i zagranicznych, przedstawiając rezultaty prac badawczych w postaci doniesień zjazdowych, 106 autorów prezentowało wyniki w formie wykładów plenarnych, a 28 osób wyjeżdżało na różnego typu szkolenia i staże naukowe. Wyniki 9 prac badawczych zostały zgłoszone do Polskiego Urzędu Patentowego, a 7 już uzyskało patenty. Zarówno publikacje, jak i prezentowane na zjazdach naukowych prace, przedstawiały wyniki badań, uzyskiwanych z wykorzystaniem aparatury naukowo-badawczej, czy odczynników zakupionych ze środków dotowanych przez Komitet Badań Naukowych na działalność statutową uczelni i badania własne, a także z dotacji Ministerstwa Zdrowia.

W ubiegłym roku pracownicy naukowcy realizowali indywidualnie lub w zespołach 168 projektów badawczych w ramach działalności statutowej Uczelni, na łączną kwotę 2.785.200,-zł oraz 229 tematów dotyczących badań własnych na łączną kwotę 2.748.960,-zł. Badania te obejmowały również problematykę prac doktorskich i habilitacyjnych, w tym także prace doktorskie wykonywane na studiach doktoranckich. Należy z przykrością stwierdzić, że suma przyznana na badania własne,

wskutek cięć budżetowych, w roku 2003 jest o około 30 procent niższa w stosunku do roku ubiegłego, co znacznie utrudnia realizację zaplanowanych badań.

Efekty badań wykonywanych w toku realizacji tzw. grantów uczelnianych są poddawane corocznej ocenie w Senackiej Komisji, która gratyfikuje finansowo zespoły lub jednostki rzetelnie rozliczające się z zaplanowanych badań za pomocą publikacji, doniesień zjazdowych lub patentów. Wyrazem troski władz Uczelni o właściwą realizację projektów badawczych były specjalne posiedzenia Senatu AM. Ocena działalności naukowo-badawczej katedr, zakładów i klinik stanowiła wielokrotnie główny temat podejmowany przez JM Rektora podczas cotygodniowych posiedzeń Kolegium Rektorskiego. Zaowocowały one opracowaniem rankingu jednostek Uczelni przeprowadzonym według kryteriów KBN przez dziekana ty poszczególnych wydziałów. Wyniki tego rankingu zostały decyzją Senatu AM opublikowane w aktualnym wydaniu kwartalnika Alma Mater. Natomiast ranking indywidualny pracowników stanowił podstawę do przyznania nagród rektorskich naukowych i dydaktycznych.

Komitet Badań Naukowych w 2002 roku zaakceptował i przyjął do realizacji 67 projektów badawczych autorskich i 16 projektów promotorskich przyznając na ich realizację łączną kwotę: 3.373.052,- zł, co pozwoliło kierownikom projektów na uzupełnienie wyposażenia jednostek w aparaturę lub odczynniki chemiczne. Przyznana została również kwota ogółem 1.000.000,- zł na zamawiany, specjalny grant polsko-niemiecki, z której 415.000,-zł przypada dla zespołu naukowo-badawczego prof. Waldemara Turskiego z Katedry i Zakładu Farmakologii i Toksykologii, który realizuje wyodrębnioną część tego projektu. W tym miejscu pragnę podkreślić, iż w roku bieżącym 2003 – 71 projektów autorskich już uzyskało akceptację finansowania przez KBN i 12 projektów promotorskich – na łączną sumę: 3.706.200,- zł. Stanowi to wzrost o 9 procent i jest powodem do niewątpliwej satysfakcji dla autorów tych projektów oraz stanowi zachętę do składania kolejnych wniosków w najbliższym – styczniowym terminie. Należy tu podkreślić, iż ogólna liczba – 83 przyznawanych grantów od dwóch lat jest ta sama, ale zmniejsza się liczba grantów promotorskich i jest niestety wciąż za niska. Stąd też płynie prośba skierowana do promotorów prac doktorskich o jak najliczniejsze składanie wniosków promotorskich do Ministerstwa Nauki i Informatyzacji.

Z przykrością odnotowaliśmy brak realizacji przez KBN w roku 2002 zakupów aparaturowo-inwestycyjnych, pomimo złożonych przez Uczelnię wniosków. Powodem tej sytuacji było niewystarczające finansowanie nauki z budżetu państwa. Natomiast w bieżącym roku otrzymaliśmy dotację celową na zakup chromatografu cieczowego oraz detektora mas, w wysokości 540.000,-zł. Niezbędne zakupy zostały więc dokonane ze środków uzyskanych z KBN na realizację projektów badawczych w ramach grantów autorskich i promotorskich. I tak, w roku sprawozdawczym Uczelnia wzbogaciła się o następującą specjalistyczną aparaturę:

- ▶ wielorzędowy tomograf komputerowy – zakupiony ze środków centralnych dla I Zakładu Radiologii Lekarskiej,
- ▶ echokardiograf SIMENS wartości 700.000 zł dla DSK,
- ▶ analizator gazometryczny, dwa inkubatory oraz mikroskop laryngologiczny dla DSK.

Dokonano również innych, znaczących zakupów inwestycyjnych wyposażających nasze laboratoria w nowoczesną aparaturę – ze środków AM na łączną kwotę ponad 2.000.000 zł.

W ramach usług badawczych, finansowanych przez inne podmioty niż KBN, prowadzone były na zlecenie przedsiębiorstw farmaceutycznych i chemicznych prace dotyczące badań farmakologicznych oraz klinicznych różnych leków, jak również badania wpływu zanieczyszczeń przemysłowych na stan zdrowia ludności. Brało w nich udział siedem Katedr i Zakładów, m. in.: Patomorfologii, Mikrobiologii Lekarskiej, Diagnostyki Laboratoryjnej, Farmacji Stosowanej, Farmakognozji, Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Lecznicych oraz Samodzielna Pracownia Wirusologii. Jednostki te nadal prowadzą badania histopatologiczne, cytologiczne, serologiczne w zakresie usług badawczych i ekspertyz dla jednostek służby zdrowia podległych wydziałom zdrowia całego makroregionu lubelskiego oraz dla sądownictwa i innych jednostek uspołecznionych. Łącznie realizowanych było w 2002 roku siedem umów na łączną kwotę zysku: 848.453,67 zł.

Znaczącym programem, przynoszącym zarówno dotacje finansowe, jak i korzyści naukowe i dydaktyczne, w którym uczestniczymy – jest kontynuacja wymiany naukowej w ramach programu LEONARDO da VINCI, realizowanego w szpitalach: Norwegii, Belgii i Irlandii. W roku sprawozdawczym wyjechało 28 stypendystów na staże w szpitalach europejskich w Dublinie (Irlandia), w Gandawie (Belgia) i w Oslo (Norwegia). Udział naszych pracowników – lekarzy i pielęgniarek – w tych programach daje im możliwość podniesienia kwalifikacji zawodowych w najlepszych ośrodkach Europy. Kwota dotacji na realizację tego programu wynosiła 60.000,- euro.

W roku sprawozdawczym – w ramach bilateralnych umów programu pod nazwą: SOCRATES/ERASMUS, podpisano porozumienie o wymianie studentów i pracowników nauki (do 2007 roku) z następującymi uczelniami europejskimi:

1. Katolicki Uniwersytet w Lille (Francja) – Wydział Lekarski.
2. Uniwersytet w Granadzie (Hiszpania) – Wydział Lekarski.
3. Uniwersytet w Lizbonie (Portugalia) – Wydział Lekarski.
4. Uniwersytet w Atenach (Grecja) – Wydział Farmaceutyczny.
5. Uniwersytet w Bari (Włochy) – Wydział Lekarski.
6. Katolicki Uniwersytet West Vlaanderen (Belgia) – Wydział Pielęgniarski.
7. Mikkeli Polytechnic (Finlandia) – Wydział Pielęgniarski.

W ramach tych umów 8 studentów ze wszystkich wydziałów wyjeżdżało na studia na okres od 3 do 9 miesięcy, oraz 1 nauczyciel akademicki z wykładami na okres 1 tygodnia. Łączna kwota stypendiów dla studentów wynosiła 9900 euro oraz 430 dla nauczycieli akademickich, wyjeżdżających z wykładami do ośrodków zagranicznych. W ramach tej wymiany, gościliśmy w naszej uczelni studentki z Grecji i Portugalii, zaś nasi studenci kontynuują aktualnie edukację na stażu we Włoszech.

Uczelnia uczestniczy również w programie SOCRATES/ERASMUS – Sieci Tematyczne, której jesteśmy członkiem i działamy pod nazwą TENN (Thematic European Nursing Network). Drugą siecią tematyczną jest program TUNNING in EUROPE – w obydwu sieciach współpracę prowadzi Wydział Pielęgniarski. Wydziały lekarskie pięciu uczelni europejskich, w tym naszej, pracują nad modulem nauczania Environmental Protection, którego koordynatorem jest Uniwersytet Semmelweisa w Budapeszcie.

Udział naszej uczelni w programie SOCRATES/ERASMUS jest niezwykle prestiżowy, daje bowiem studentom możliwość studiowania za granicą oraz zaliczania w kraju macierzystym odbytego okresu studiów. Uczestnictwo w takim programie dowodzi, iż poziom kształcenia w naszej Uczelni odpowiada europejskim standardom.

Współpraca naukowa objęta umowami dwustronnymi lub włączona w programy umów rządowych była prowadzona z licznymi ośrodkami naukowymi za granicą. 20 jednostek organizacyjnych Uczelni utrzymuje żywe kontakty i współpracuje w ramach podpisanych porozumień z 45 zagranicznymi placówkami naukowymi.

Są to:

1. Katedra i Klinika Reumatologii
NIEMCY – Schering Plough i Chrysalis Clinical Services
2. I Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych
NIEMCY – Szpital Uniwersytecki „Bermannsheil” BOCHUM
3. Katedra i Klinika Hematologii
DANIA – Haematology Department in Herlev
WŁOCHY – Centro di Autotrapianto di Midolo Genova
WIELKA BRYTANIA – Haematology Department Hammersmith Hospital in London
IZRAEL – Haematology Department in Rehovot
IZRAEL – Haddassah Hospital in Jerusalem
4. Katedra i Klinika Rehabilitacji
BIAŁORUŚ – Białoruski Instytut Ortopedii i Traumatologii w Mińsku
5. II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej
USA – University of Kansas Medical Center
NIEMCY – Klinik für All-und Visceralchirurgie Stadt. Klinikum Solingen
UKRAINA – Ukrainian Medical Association in Lviv
6. II Klinika Okulistyki
NIEMCY – Klinika Erlangen, Norymberga
7. Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii
USA – University of California, San Francisco, Department Osteoporosis & Arthritis Research Group
8. Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii
ROSJA – Biological Research Institute, St. Petersburg State University
SŁOWACJA – Institute of Zoology, Slovak Academy of Sciences
UKRAINA – Institute of Zoology, NAS Ukraine
NIEMCY – Freie Universität in Berlin
CZECHY – Institute of Parasitology, Czech Academy of Sciences
9. Katedra i Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych
FINLANDIA – Uniwersytet w Turku, Zakład Chemii
WŁOCHY – Uniwersytet w Katanii
10. Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Katedry Medycyny Rodzinnej
UKRAINA – Państwowy Uniwersytet Medyczny im. D. Galitskiego we Lwowie
UKRAINA – Odesski Uniwersytet Medyczny, Katedra Organizacji Ochrony Zdrowia
11. Katedra i Zakład Higieny
NIEMCY – Instytut Medycyny Doświadczalnej Maxa Plancka w Getyndze
FRANCJA – Uniwersytet Lois Pasteur Sbrassburg, Institut de Biologie Moleculaire et Cellulaire
12. Zakład Teorii Pielęgniarstwa
FINLANDIA – Mikkeli Polytechnic; Savonlinna School of Health Care – w zakresie wymiany doświadczeń w jakości pielęgniarstwa
ANGLIA – Middlesex University, School of Health, Biological and Environmental Sciences – w zakresie metodologii badań naukowych w pielęgniarstwie
MONGOLIA – Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej w Ulan Bator – na temat: pielęgniarstwo naukowe, podstawy zindywidualizowanego pielęgniarstwa
13. Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego
DANIA – Hvidovre Hospital w Kopenhadze,
DANIA – Department of Advanced Nursing Education, University of Goeteborg
14. Katedra i Zakład Pedagogiki
SZWECJA – Department of Nursing and Health Administration, University of Oulu,
SZWECJA – Department of Caring Sciences Linköping, Umea
USA – College of Nursing of Utah
GRECJA – School of Health Sciences, Faculty of Nursing, University of Athens,
WIELKA BRYTANIA – University of East London, European Centre for Professional Ethic
15. Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
LITWA – Narodowe Stowarzyszenie „Ochrona Zdrowia Psychicznego” w Wilnie,
USA – Narodowy Instytut Raka w Bethesda
16. Katedra i Zakład Organizacji Pracy Pielęgniarskiej
KANADA – Szpital Mount Sinai w Toronto, Kanadyjska Agencja Rozwoju Międzynarodowego (CIDA)
KANADA – Stowarzyszenie Pielęgniarek Kanadyjskich (CNA)

17. Międzywydziałowa Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
AUSTRIA - Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego
18. Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej
DANIA - Zakład Mikrobiologii Klinicznej Szpitala Hvidovre w Kopenhadze
19. Katedra i Zakład Medycyny Nuklearnej
AUSTRIA - Klinika Medycyny Nuklearnej Uniwersytetu w Innsbrucku
20. Katedra i Zakład Farmakognozji
AUSTRIA - Institut für Analytische Chemie und Radiochemie, Universität Innsbruck
GRECJA - University of Athens, Department of Pharmacy, Division of Pharmacognosy-Chemistry of Natural Products
USA - Department of Pharmacognosy, School of Pharmacy University Mississippi
WĘGRY - Research Institute for Medicinal Plants, Budakalasz

Cieszy więc fakt znacznego ożywienia kontaktów zagranicznych, co wyraża się zwiększoną częstotliwością wizyt w naszej Uczelni uznanych autorytetów naukowych, jak również dużą ilością zaproszeń składanych naszym pracownikom przez zagraniczne placówki naukowe w celu wygłaszania wykładów, czy podjęcia wspólnych badań, uwiecznionych publikacjami.

Dorobek naukowy wielu zespołów zasługuje na uznanie, jest dostrzegany zarówno w Uczelni, jak też w gremiach ogólnopolskich, i tak: w minionym roku za wybitne osiągnięcia Minister Zdrowia przyznał jedną nagrodę indywidualną dla:

▶ dr n. farm. Tomasza Tuzińskiego z Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej z Pracownią Chemii Fizycznej, oraz dziesięć nagród zespołowych dla następujących zespołów naukowych:

- ▶ prof. dr hab. Andrzeja Książka z Katedry i Kliniki Nefrologii,
- ▶ prof. dr hab. Mariana Wielosza z Katedry i Zakładu Farmakologii,
- ▶ prof. dr hab. Stanisława Jerzego Czuczwarę z Katedry i Zakładu Patofizjologii,
- ▶ prof. dr hab. Zbigniewa Zagórskiego z Katedry i Kliniki Okulistyki,
- ▶ prof. dr hab. Władysława Golkiewicza z Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej z Pracownią Chemii Fizycznej,
- ▶ prof. dr hab. Moniki Waksmundzkiej-Hajnos z Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej z Pracownią Chemii Fizycznej,
- ▶ prof. dr hab. Ryszarda Kocjana z Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej z Pracownią Chemii Fizycznej,
- ▶ dr hab. n. farm. Dariusza Matosiuka z Katedry i Zakładu Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych,
- ▶ dr n. med. Grzegorza Teresińskiego z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej,

▶ dr n. med. Jerzego Beltowskiego z Katedry i Zakładu Patofizjologii.

Pragnę tu podkreślić, że lubelska Akademia Medyczna od kilku lat, pod względem liczby uzyskanych nagród Ministra Zdrowia, znajduje się w czołówce krajowych uczelni medycznych;

Ponadto, z rąk Prezesa Rady Ministrów nagrody za najlepsze prace doktorskie otrzymali:

- ▶ dr n. farm. Tomasz Mroczek - asystent z Katedry i Zakładu Farmakognozji,
- ▶ dr n. med. Jarosław Oleszczuk - asystent z Katedry i Kliniki Położnictwa i Perinatologii.

Wymiernym efektem współpracy naukowej prowadzonej z innymi ośrodkami naukowymi, zarówno w kraju, jak i za granicą są wspólnie organizowane zjazdy i konferencje naukowe ogólnopolskie oraz międzynarodowe. O randze naszego ośrodka akademickiego świadczy fakt zorganizowania pod patronatem JM Rektora Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie - ponad 22 konferencji naukowych o zasięgu krajowym i międzynarodowym. Są one często rezultatem wieloletniej współpracy naukowej, jaką prowadzą nasze kliniki i katedry z ośrodkami naukowymi w kraju i za granicą. Środki przeznaczone na ich finansowanie pochodziły z KBN oraz z Ministerstwa Zdrowia. Ich zorganizowanie wymagało wiele pracy włożonej przez kierowników i zespoły pracowników tych katedr i klinik, które były gospodarzami konferencji. Rozślawiały one równocześnie dobre imię i wysoką pozycję naukową naszej Uczelni. Trudno je wszystkie w tym miejscu wymienić. Pozwolę sobie na złożenie serdecznych gratulacji i podziękowań ich organizatorom. Pełne kalendarium tych spotkań naukowych zamieszcza kwartalnik „Alma Mater”.

Należy z dumą podkreślić, iż samodzielni pracownicy naukowcy naszej Uczelni są członkami wielu polskich i zagranicznych stowarzyszeń naukowych, w których pełnią często odpowiedzialne funkcje: przewodniczących lub członków zarządów. Ponadto przewodniczą lub wchodzi w skład Komitetów i Komisji Naukowych PAN, Rad Naukowych Instytutów PAN i redakcji naukowych różnych czasopism. W okresie sprawozdawczym prof. dr hab. Tomasz Trojanowski - członek korespondent Polskiej Akademii Nauk - został wybrany i powołany w skład Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów Naukowych oraz stanął na czele The Joint Residency Advisory and Accreditation Committee (JRAAC) - komisji akredytacyjnej, oceniającej kompetencje europejskich ośrodków klinicznych, szkółących lekarzy w zakresie neurochirurgii. Siedmioro profesorów (Grzegorz Jakiel, Wiesław Gołąbek, Jan Kotarski, Jerzy Kowalczyk, Andrzej Nestorowicz, Zbigniew Stelmasiak i Małgorzata Trojanowska) naszej Uczelni kieruje na szczeblu krajowym towarzystwami naukowymi medycyny klinicznej. Natomiast trzech pracowników naukowych Uczelni, profesorowie: Jerzy Kowalczyk, Roman Mądro i Leszek Wdowiak sprawują obowiązki konsultantów krajowych.

Znaczącym zapleczem naszej młodej kadry są słuchacze Studium Doktoranckiego, aktualnie studiuje 177 osób. Cieszy się ono coraz większym zainteresowaniem zarówno najlepszych absolwentów, jak i ich opiekunów-promotorów wykonywanych prac doktorskich. W roku akademickim 2002/2003 – 56 słuchaczy podjęło zajęcia w Studium Doktoranckim, a 11 osób obroniło swoje doktoraty w okresie sprawozdawczym. Pragnę w tym miejscu złożyć gratulacje doktorantom, zaś gorące podziękowania promotorom prac doktorskich, realizowanych w systemie studiów doktoranckich.

Zapewniają one, oprócz prowadzenia badań naukowych – nieodzownych dla procesu edukacji w uczelni typu uniwersyteckiego, realizację zajęć dydaktycznych studentów na studiach dziennych i wieczorowych na wydziałach: Lekarskim, Farmaceutycznym i Oddziale Stomatologicznym oraz na Wydziale Pielęgniarskim i Nauk o Zdrowiu.

Oprócz wypełniania zadań naukowo-badawczych nasza Uczelnia realizuje cel podstawowy, jakim jest kształcenie studentów na trzech Wydziałach. Służą temu zarówno zakłady teoretyczne, jak i kliniki Samodzielnych Szpitali Klinicznych nr 1 i nr 4 oraz Dziecięcego Szpitala Klinicznego. Wszystkie szpitale kliniczne posiadają akredytację – ostatnio otrzymał ją na okres trzech lat – po raz kolejny SPSK nr 4, który zajął też dziesiąte miejsce w skali kraju wśród pięciuset ocenianych placówek lecznictwa zamkniętego w rankingu tygodnika „Rzeczpospolita”. Cieszyć może wysoka pozycja Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii, który stał się ośrodkiem referencyjnym i organizuje szkolenia dla le-

karzy radiologii, nie tylko Polaków, lecz także pochodzących z krajów europejskich. Należy wspomnieć też o sukcesie osobistym pana dr n. med. Leszka Piechuty z Dziecięcego Szpitala Klinicznego, który został laureatem ogólnopolskiego plebiscytu pod nazwą „ESKU-LAP” – na najlepszego lekarza-pediatrę.

Trzy samodzielne szpitale kliniczne dysponują łącznie 2137 łózkami (SPSK nr 1 – 806, SPSK nr 4 – 903, DSK – 428 łóżek). W ubiegłym roku hospitalizowano w klinikach lubelskiej AM 85.608 pacjentów, tamże wykonano 13.926 hemodializ i 1.781.843 badań diagnostycznych i udzielono 392.571 porad w przyklinicznych poradniach specjalistycznych. Nie sposób wymienić wszystkich, aktualnie liczących się w kraju i na świecie osiągnięć kadry w dziedzinie lecznictwa. Sprawowanie przez klinicystów nadzoru specjalistycznego w makroregionie gwarantuje wysoką jakość oferowanych usług medycznych oraz umożliwia wdrażanie postępu nauk medycznych w diagnostyce i terapii. Należy z dumą wymienić Katedrę i Klinikę Położnictwa i Perinatologii z SPSK nr 4 jako przodującą w kolejnym już roku w województwie lubelskim, pod względem niskiego wskaźnika t.zw. umieralności okołoporodowej. Jest to najlepszy wskaźnik w Polsce – dziękuję więc całemu zespołowi tej Kliniki za jego trud, pełny ofiarności, poświęcenia i rzetelności.

Samodzielne szpitale kliniczne spełniają ponadto niezastąpioną rolę w dydaktyce studentów Wydziału Lekarskiego, Stomatologicznego i częściowo również Pielęgniarskiego i Oddziału Analityki Medycznej. Są więc nieodzownym ogniwem dydaktycznym w procesie nauczania na akademiach medycznych, zarówno w toku studiów, jak i szkoleniu podyplomowym.

Poza klinikami, Akademia Medyczna posiada w swej strukturze 39 zakładów teoretycznych na wszystkich wydziałach: Lekarskim, Farmaceutycznym, Pielęgniarskim wraz z Oddziałami Stomatologicznym i Analityki Medycznej oraz 6 jednostek międzywydziałowych.

Studia na poszczególnych wydziałach cieszą się nieślabnącym zainteresowaniem kandydatów. O poziomie nauczania mówią nie tylko wysokie średnie ocen, ale także bardzo liczny udział studentów w pracach badawczych prowadzonych w 85 kołach naukowych poszczególnych katedr i klinik naszej Uczelni. Studenci zrzeszeni w tych kołach są członkami Studenckiego Towarzystwa Naukowego, które organizuje corocznie Uczelnianą Konferencję Kół Naukowych, gdzie młodzi adepci nauki zdobywają doświadczenie w prezentacji wyników prowadzonych przez siebie badań pod kierunkiem nauczycieli akademickich. Najlepsze prace są nagradzane, a następnie prezentowane na ogólnopolskich i międzynarodowych konferencjach Studenckich Kół Naukowych. Pragnę w tym miejscu gorąco podziękować kierownikom katedr i klinik, w których działają koła naukowe, a także opiekunom tych kół.

Należy więc podziwiać naszych studentów, którzy pomimo bardzo obciążającego programu studiów na wszystkich wydziałach, znajdują oprócz nauki również czas na pracę w samorządzie studenckim, czy też na aktywny



udział w Zespole Pieśni i Tańca, Chórze Akademickim oraz w Akademickim Związku Sportowym, zdobywając w roku sprawozdawczym brązowe medale w Mistrzostwach Polski w narciarstwie Alpejskim i w Mistrzostwach Polski w tenisie ziemnym kobiet. Zrzeszeni w zespołach studenci biorą udział w różnego rodzaju imprezach, osiągając często wysokie wyniki w konkursach i prezentacjach ogólnopolskich i międzynarodowych, sławiąc imię naszej Almae Matris. Pragnę w tym miejscu podziękować osobom, które sprawują opiekę nad rozwojem kulturalnym i sportowym naszych studentów.

Szanowni Państwo,

Przedstawione sprawozdanie z działalności naukowej, dydaktycznej i leczniczej naszej Uczelni napawa optymizmem, co do dalszego Jej rozwoju i pełnej realizacji zadań dydaktycznych w nowym roku akademickim 2003/2004. Upoważnia mnie do wyrażania tego optymizmu zarówno znaczący wzrost liczby prac opublikowanych, doniesień przedstawianych na krajowych i zagra-

nicznych zjazdach naukowych, jak również istotny wzrost liczby grantów uzyskiwanych przez zespoły naukowe w KBN. Wierzę, iż ta doza optymizmu pomoże nam przezwyciężyć napotymane trudności i podejmować nowe, czasem trudne wyzwania.

Kończąc to wystąpienie pragnę w imieniu własnego zespołu, a także pracowników wszystkich dwunastu zakładów teoretycznych, które znalazły siedzibę w nowym gmachu Collegium Universum złożyć JM Rektorowi prof. dr hab. dr h. c. Maciejowi Latalskiemu serdeczne podziękowania za urzeczywistnienie naszych wieloletnich marzeń o poprawie warunków lokalowych.

Wszystkim nauczycielom akademickim życzę satysfakcji z uzyskanych wyników, zarówno w pracy badawczej, jak i dydaktycznej, natomiast studentom, a szczególnie tym, którzy otrzymują dzisiaj indeksy – jako nowym członkom naszej społeczności akademickiej – winszuję jak najlepszych ocen i zachęcam do pełnego uczestnictwa we wszystkim, co przynosi satysfakcję i radość studiowania w naszej Uczelni.

Magnificencjo Rektorze,
Wysoki Senacie,
Księżę Arcybiskupie,
Dostojni Goście,
Drogie Koleżanki i Koledzy

Szczególnie gorąco pragnę zwrócić się do naszych najmłodszych studentów, którzy rozpoczynają naukę w naszej Uczelni.

Jako starszy kolega przede wszystkim gratuluję Wam zdania egzaminów, które na pewno kosztowały Was wiele poświęcenia i trudu. W Waszym życiu otwiera się nowy rozdział, w którym czeka Was mnóstwo doświadczeń. Poznacie nowych kolegów, zawrzcicie nowe przyjaźnie, znajdziecie się w innym środowisku. Prawdą jest, że zwłaszcza te pierwsze miesiące studiów to trudny okres nauki, ale z pewnością znajdziecie również czas na inne zajęcia.

W naszej Uczelni jest wiele możliwości wykorzystania wolnego czasu. Działają tu m. in.: Studenckie Towarzystwo Naukowe, Akademicki Związek Sportowy, Chór Akademii Medycznej, Zespół Pieśni i Tańca, Duszpasterstwo Akademii Medycznej, Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii, Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny, Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny.

Gorąco zachęcam do działalności w Kołach Naukowych oraz do brania udziału w konferencjach, co nie tylko poszerza horyzonty, lecz przynosi również chwałę Akademii. Chcę was także zaprosić do udziału w pracach Samorządu Studentów.

Kończąc życzę wszystkim, a szczególnie Wam najmłodszy koledzy uzyskania jak najlepszych wyników w nauce i zadowolenia z wyboru przyszłego zawodu, jakiego dokonaliście rozpoczynając te studia.

**Wystąpienie Tomasza Lorenca,
studenta VI roku
Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie,
przewodniczącego Zarządu Uczelnianego
Samorządu Studentów
lubelskiej Akademii Medycznej**



Student Tomasz Lorenc

► WYKŁAD INAUGURACYJNY

Chemia kliniczna we współczesnej medycynie



Prof. dr hab. Janusz Solski

PROF. DR HAB. JANUSZ SOLSKI
MIĘDZYWYDZIAŁOWA KATEDRA I ZAKŁAD
DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
AM W LUBLINIE

Magnificencjo Rektorze,
Wysoki Senacie,
Dostojni Goście,
Szanowni Państwo,

Człowiek od początku, od ponad dwóch tysięcy pokoleń, budując cywilizację nieustannie formułował pytania fundamentalne. Spośród nich dwa pojawiały się zawsze:



I chociaż drugie z tych pytań nie jest domeną nauk przyrodniczych, a wprost przeciwnie, jest w obrębie zainteresowań nauk humanistycznych, to jednak każdy, nawet ten, który zajmuje się przyrodą takie pytanie formułuje. Może niezbyt często, może dopiero w pewnym wieku, ale jednak ten problem dla człowieka myślącego jest ważny.

W gruncie rzeczy, odpowiedź na to pytanie jest znana. Sądzę, iż odpowiedzią jest Dekalog. Myślę, że nie-

wątpliwie ogromny dorobek ludzkości w postaci dzieł genialnych myślicieli i filozofów jest w gruncie rzeczy próbą interpretacji, komentarzy czy też przypisów do Dziesięciu Przykazań. Jest w moim przekonaniu rzeczą niezmiernie interesującą, iż Opatrzność tak dokładnie sprecyzowała nam ramy sensownego życia, nie nie przekazując na temat jego natury. To, co dzisiaj wiemy na temat istoty procesów życiowych interpretowanych poprzez nauki przyrodnicze, przede wszystkim chemię i fizykę, to dorobek wielu pokoleń badaczy przyrody.

Jeśli byśmy chcieli zapytać o dyscyplinę naukową, która najpełniej obejmuje chemiczną istotę procesów życiowych organizmu człowieka, to sądzę, że tą dyscypliną jest chemia kliniczna, tym bardziej, iż jej definicja zaproponowana przez Międzynarodową Federację Chemii Klinicznej głosi:

DEFINICJA CHEMII KLINICZNEJ

Chemia Kliniczna to nauka obejmująca:

- ❖ chemiczne aspekty życia człowieka w stanie zdrowia i choroby
- ❖ metody chemiczne służące do oceny stanu zdrowia, kontroli leczenia chorób i zapobieganiu schorzeniom

Międzynarodowa Federacja Chemii Klinicznej

Zatem powyższa definicja informuje, iż chemia kliniczna zajmuje się zarówno naturą procesów życiowych jak też proponuje metody oceny tych procesów. Dzisiejsza wiedza w obu tych ważnych aspektach jest niewątpliwie ogromna. Jeśli można byłoby sobie ją wyobrazić w postaci góry lodowej to na szczycie tej góry należałoby umieścić osiągnięcia ostatnich dekad. Spośród nich wyróżniłbym trzy.



Kary Mullis
reakcja łańcuchowa
polimerazy
Nagroda Nobla (1993)

Koehler i Milstein
przeciwciała monoklonalne
Nagroda Nobla (1984)

Odkrycie ANF
de Bold (1980)

Po stronie poznawczej natury procesów życiowych wyróżnić odkrycie ANF (*atrial natriuretic factor*) przez de Bolda w 1980 roku. To wydarzenie stanowiło brakujące ogniwo w wytłumaczeniu mechanizmów gospodarki wodno-elektrolitowej ustroju, a więc w opisie środowiska procesów życiowych człowieka, gdyż wszystkie przecież procesy zachodzą w wodzie.

Po stronie instrumentarium wyróżnić dwa wydarzenia nagrodzone Nagrodą Nobla:

– Koehler i Milstein: Przeciwciała monoklonalne – 1984 r.

– Kary Mullis: Reakcja łańcuchowa polimerazy (PCR) – 1993 r.

Trudno jest dzisiaj przecenić znaczenie przeciwciał monoklonalnych w diagnostyce laboratoryjnej. To dzięki nim mamy możliwość szybkiego, dokładnego oznaczania w laboratoriach wielu ważnych diagnostycznie substancji, w tym także hormonów.

Reakcja łańcuchowa polimerazy to podstawa osiągnięć poznawczych i diagnostycznych biologii molekularnej. Te, ale i poprzednie osiągnięcia z zakresu chemii klinicznej sprawiły, iż jest ona obecnie integralną dyscypliną medycyny praktycznej, której znaczenie w diagnostyce trudno przecenić. Należy jednak pamiętać, iż ta dzisiaj widoczna integracja chemii klinicznej z medycyną praktyczną nie była procesem prostym. Również dlatego, że historia medycyny jest bardzo długa, w zasadzie tak długa jak historia cywilizacji. Natomiast historia chemii klinicznej to ostatnie 150 lat. Pro-

DEFINICJA CHOROBY

**Chorobę definiuje się przez objawy,
pogłębione przez badanie
przedmiotowe, wywiad i wyniki
badań dodatkowych**

blem pogłębiał fakt obowiązywania przez wieki tzw. „konwencji objawowej” definicji choroby. Do dziś zresztą w ramach nauczania propedeutyki interny mówi się, że „chorobę definiuje się przez objawy – pogłębione przez badanie przedmiotowe, wywiad i wyniki badań dodatkowych”. Ten sposób postępowania i rozumienia choroby można sprowadzić do praktycznej wykładni: „człowiek jest chory wtedy, kiedy występują u niego objawy choroby”.

Konwencja objawowa dobrze odpowiada sposobowi rozumienia choroby przez ogół ludzi, jednak ma oczywiste wady. Najważniejszą z nich jest to, że odwrócenie zasady prowadzi do stwierdzenia, iż: „brak objawów dowodzi braku choroby”. Wiemy, że tak sformułowany pogląd jest nieprawdziwy. To z takiego rozumowania wywodzi się znane porzekadło: „najczęściej umierają ludzie zdrowi”.

To właśnie chemia kliniczna daje możliwość obiektywnej oceny i jej najważniejszym, użytecznym zadaniem we współczesnej medycynie jest ocena stanu funkcjonowania całego organizmu i jego narządów. Oczywiście, nasuwającym się pytaniem jest pytanie o realne możliwości w tym względzie chemii klinicznej. Należy stwierdzić, iż jeszcze pięćdziesiąt lat temu możliwości te były niewielkie i wynosiły ok. 25 procent, obecnie zaś wzrosły i stanowią ok. 75 procent. Jest to ogromny potencjał,



ale czy w pełni wykorzystywany? Odpowiedź nie jest jednoznaczna i brzmi: tak i nie.

Niewątpliwie w klasycznym pojmowaniu funkcji chemii klinicznej te możliwości są wykorzystywane i to w diagnozowaniu – weryfikacji hipotezy lekarzy, jak i monitorowaniu przebiegu choroby.

Ale jednak obecnie tym najważniejszym, wyłaniającym się polem wykorzystania chemii klinicznej wydaje się być ocena stanu funkcjonowania organizmu. Innymi słowy dzięki możliwościom chemii klinicznej współczesny człowiek ma możliwość dokonania obiektywnej oceny stanu funkcjonowania organizmu. Sądzę więc, że to chemia kliniczna ma szansę wyeliminować porzekadło o „najczęstszym umieraniu ludzi zdrowych”.



**Pracownicy Uczelni i szpitali klinicznych,
uhonorowani podczas uroczystej inauguracji
roku akademickiego 2003/2004,
odznaczeniami państwowymi i resortowymi**

Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski

prof. dr hab. Hanna Chrząstek-Spruch

Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski

prof. dr hab. Maria Dobosz
prof. dr hab. Wiesław Gołabek
prof. dr hab. Danuta Malec
prof. dr hab. Maria Stryjecka-Zimmer
prof. dr hab. Tadeusz Szumiło

Złoty Krzyż Zasługi

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota
prof. dr hab. Krystyna Lupa
prof. dr hab. Andrzej Nestorowicz
dr Barbara Rzepecka
prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak
Zofia Ścibior

Srebrny Krzyż Zasługi

prof. dr hab. Alicja Buczek
Elżbieta Chęć
mgr inż. Edward Gerhant
Lucyna Górską
dr Grażyna Iwanowicz-Palus
dr Hanna Kachaniuk
dr hab. Anna Malm
prof. dr hab. Janusz Milanowski
prof. dr hab. Tomasz Paszkowski
mgr inż. Tomasz Popiel-Popielec
prof. dr hab. Jacek Roliński
Danuta Stadnicka
dr Paweł Szwarec
dr Alicja Wierzbicka
Krystyna Wójcik
prof. dr hab. Andrzej Wysokiński
Elżbieta Zachwatowicz
dr Danuta Zarzycka

Medal Komisji Edukacji Narodowej

prof. dr hab. Wiktor Czarnecki
prof. dr hab. Anna Dmoszyńska
prof. dr hab. Janusz Hanzlik
dr hab. Teresa Kulik
prof. dr hab. Leszek Szczepański

Stypendium Ministra Zdrowia

Przemysław Mitura
– student VI roku Wydziału Lekarskiego

Lubelski Uniwersytet Trzeciego Wieku w nowym roku akademickim

16 października br. już po raz dziewiętnasty zabrzmiało „*Gaudeamus igitur, iuvenes dum sumus*” śpiewane przez studentów seniorów LUTW.

PROF. DR HAB. BIRUTA FAJROWICZ*

Rozpoczął się rok akademicki 2003/2004. Jest to następny rok aktywizacji i edukacji osób starszych. W tym roku zapisało się około 300 osób nowych, tworząc razem z filiami Uniwersytetu ponad tysiąc-osobową rzeszę studentów. W Tomaszowie Lubelskim, Chełmie, Krasnymstawie, Biłgoraju i Puławach działają oddziały LUTW.

W bieżącym roku akademickim będzie można wziąć udział w wykładach ogólnych, wiedzy o zdrowiu, wiedzy o przyrodzie oraz zespołach edukacyjnych zainteresowań takich jak „Wie-





dza o Sztuce”, „Spotkania ze Sztuką”, literacki, historyczny, plastycznych, psychologii na co dzień, obsługi komputera, ćwiczenia pamięci oraz chóru. Powołane są również zespoły wzmacniające sprawność fizyczną oraz edukacyjne w zakresie języków obcych.

Uniwersytet pełni nie tylko rolę edukacyjną, ale również integracyjną i samopomocową, bardzo ważną szczególnie dla osób samotnych.

Przedłużeniem działalności LUTW jest Lubelskie Centrum Aktywizacji Seniorów (LCAS) powstałe w 2002 roku. Dotyczy to przede wszystkim ludzi starszych, niezaradnych, niesamodzielnych, często nie posiadających wykształcenia. Podstawą działalności LCAS są wolontariusze- studenci seniorzy, kierowani przez dr Zofię Zaorską Centrum działa w ramach Towarzystwa Wolnej Wszechnicy Polskiej, której prezesem jest doc. dr hab. Mieczysław Marcuk. W tworzeniu LCAS bardzo aktywnie, teoretycznie i materialnie pomogła Fundacja „Samaritanus”.

W Lublinie mieszka 14,5 procent osób w wieku poprodukcyjnym, w tym przynajmniej kilka tysięcy, które powinny być objęte działalnością LCAS. Jest to grupa bardzo zróżnicowana. Doc. M. Marcuk w Lubelskim Informatorze Aktywizacji Seniorów podaje ramowe cele Centrum:

* emerytowana kierownik Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy

„Pozostać aktywnym to lekarstwo na większość trudności, jakie przynosi starość”.

Margot Benary-Isbert

ZWIĄZKI I STOWARZYSZENIA

1. Towarzystwo Wolnej Wszechnicy Polskiej Oddział w Lublinie, ul. I Armii WP 3/24, tel/fax 53212 27;
2. Lubelski Uniwersytet Trzeciego Wieku, sekretariat, Pl. Litewski 3, pok. 123, tel. 532 42 78 wewn. 142.
3. Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, ul. Wieniawska 13, tel. 532 52 66.
 - Koło nr 1, ul. Głęboka 11
 - Koło nr 2, ul. Przyjaźni 13
4. Katolickie Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów im. Jana Pawła II, ul. Królewska 10.
5. Polski Komitet Pomocy Społecznej Zarząd Okręgowy, ul. Puchacza 8, tel. 744 89 47.
6. Lubelskie Centrum Wolontariatu, ul. Zielona 20/13A, tel. 534 26 57.
7. Polski Czerwony Krzyż, ul. Niecała 7b, tel. 532 59 54.
8. Stowarzyszenie „Emaus”, Sklep artykułów „z drugiej ręki”, ul. Tęczowa 173, tel. 750 00 50.
9. Związek Kombatantów RP i Byłych Więźniów Politycznych, Zarząd Wojewódzki, ul. 3 Maja 20, tel. 532 45 13.
10. Związek Inwalidów Wojennych RP, ul. 3 Maja 16, tel. 532 67 35
11. Światowy Związek Żołnierzy AK, Zarząd Okręgu Lublin, ul. Spokojna 9.

KLUBY

1. Klub Inteligencji Katolickiej, ul. Rajskiego 3, tel. 533 86 57.
2. Klub Złotego Wieku, ul. Bolesława Śmiałego 4, tel. 525 41 45.
3. Klub Złotego Wieku, ul. Żelazowej Woli 18, tel. 74154 28.
4. Klub Kobiet przy Klubie Osiedlowym „Miedzy Nami”, ul. Przytulna 4, tel. 527 46 48.
5. Klub Platynowej Młodzieży przy parafii na Os. Nałkowskich 80 b.
6. Klub Seniora przy Osiedlowym Domu Kultury, ul. Kiepury 5, tel. 741 99 11.
7. Klub Seniora „Przyjaźń”, ul. Przyjaźni 13, tel. 746 18 00.
8. Klub Seniora przy Osiedlowym Domu Kultury, ul. Krańcowa, tel. 744 16 38.

OŚRODKI WSPARCIA

1. Świetlica Jubileuszowa przy Parafii Archikatedralnej, ul. Królewska 10, tel. 532 10 58 w. 425.
2. Centrum Słuchania, ul. Podwale 3, tel. 532 3? 35 (pon. i czw.: 10-12., wt., śr., pt.: 16-18.).
3. Lubelskie Centrum Aktywizacji Seniorów, ul. Dolna Panny Marii 3, tel. 532 08 66 (WDK tel. 532 42 07).
4. Ośrodek dla Ofiar Przemocy Domowej, ul. Bazylianówka 44, Punkt Konsultacyjny ul. Towarowa 19, tel. 748 38 89.
5. Dzienny Ośrodek Wsparcia dla Bezdomnych, ul. 1. Maja 51,
6. „Caritas” Archidiecezji Lubelskiej, ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 2, tel. 532 95 71, 743 64 65, Sklep: 532 68 83, wydawanie leków: 532 08 27.
7. Punkt Samopomocy Rodzin, Al. Kraśnicka 76.
8. Telefon Zaufania, tel. 747 98 21.
9. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie: ul. Grodzka 7, tel. 536 07 00,
 - Filia nr 1, ul. Lubartowska 6-8, tel. 536 07 51
 - Filia nr 2, ul. Kresowa 9, tel. 749 9611
 - Filia nr 3, ul. Mieszka I 4, tel. 536 07 86
 - Filia nr 4, Al. Kompozytorów Polskich 8, tel. 536 08 12
 - Filia nr 5, ul. Nałkowskich 114, tel. 745 69 80 w. 855

INNE

Klub Polskiego Senioratu: <http://www.seniornet.com.pl>

1. Przeciwdziałanie izolacji i osamotnieniu oraz apatii i bezradności ludzi starszych.

2. Stwarzanie im różnych form aktywności: fizycznej i intelektualnej, w tym: edukacyjnej, społecznej, kulturalnej, religijnej w duchu ekumenicznym, etycznej, estetycznej, prozdrowotnej i innej.

3. Pobudzanie seniorów do planowania i racjonalnego organizowania własnej starości, w tym do współzycia społecznego i współdziałania z innymi grupami społecznymi, umiejętnej organizacji wolnego czasu i godnego stylu życia.

4. Informowanie ich o istniejących uregulowaniach prawnych, ekonomicznych, zdrowotnych, organizacyjnych i innych odnoszących się do ludzi starszych, ich praw obywatelskich, zadań i możliwości udziału w życiu społecznym oraz kształtowanie umiejętności korzystania z tych informacji.

**W Lublinie
mieszka 14,5%
osób w wieku
poprodukcyjnym,
w tym
przynajmniej
kilka tysięcy,
które powinny
być objęte
działalnością
LCAS**

5. Przeciwdziałanie występującym po stronie wielu instytucji publicznych, państwowych i społecznych oraz części młodzieży negatywnym postawom wobec sytuacji i potrzeb ludzi starszych. Kształtowanie wzajemnego stosunku poszczególnych grup wiekowych w duchu solidarności oraz równości praw i obowiązków, w tym większego zrozumienia przez osoby starsze potrzeb młodzieży.



Uniwersytet pełni nie tylko rolę edukacyjną, ale również integracyjną i samopomocową, bardzo ważną szczególnie dla osób samotnych.

6. Pomoc władzom samorządowym Lublina i Lubelszczyzny oraz społeczeństwu w poznawaniu wiedzy o aktualnych problemach ludzi starszych i ich potrzebach oraz sugerowanie sposobów ich rozwiązywania przez kontakty bezpośrednie i intensywną współpracę z mediami.

7. Przygotowanie i doskonalenie wolontariatu wśród ludzi starszych, działającego na rzecz własnej grupy wiekowej i innych grup społecznych, jak również organizowanie szkoleń dla wolontariuszy młodszych generacji zajmujących się osobami starszymi.

Doc. M. Marczuk opisuje również strukturę i formy działalności Cen-

trum: ciałem samorządowym Centrum jest rada programowa składająca się z prezesa TWWP; kierownika LUTW, przedstawiciela samorządu LUTW oraz przedstawicieli Klubu LCAS. W ramach LCAS utworzony jest punkt informacyjny, zespół doradców rzeczoznawców oraz klub: Profilaktyki Zdrowotnej i Aktywizacji Kulturalnej.

Rozwój instytucji w dużej mierze zależy od stanu finansowego.

Działania uniwersytetu dla seniorów jak też Centrum Aktywizacji Seniorów są bardzo ważne ze względu na sytuację demograficzną Polski.

Siedzibą LCAS jest Wojewódzki Dom Kultury w Lublinie przy ul. Dolnej Panny Marii 3.

DZIENNE DOMY POMOCY

1. Dzienny Dom Pomocy Społecznej, ul. Niecała 16, tel. 532 56 06.
2. Dzienny Dom Pomocy Społecznej, ul. Pozytywistów 16, tel. 525 96 98.
3. Centrum Usług Socjalnych, ul. Lwowska 28, tel. 444 41 66.
4. Środowiskowy Dom Samopomocy, ul. Gospodarcza 32, tel. 745 09 66.
5. Środowiskowy Dom Samopomocy „Misericordia” (dla osób z zaburzeniami psychicznymi), ul. Abramowicka 2, tel. 743 99 42.
6. Środowiskowy Dom Samopomocy „Roztocze” (dla osób niepełnosprawnych intelektualnie), ul. Wallenroda 2A, tel. 525 32 66.
7. Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Chorobą Alzheimera, ul. Towarowa 19, tel. 444 45 44.

DOMY POMOCY POBYTU STAŁEGO

1. Dom Pomocy Społecznej Kalina, ul. Kalinowszczyzna 84, tel. 747 97 36 i 74713 47.
2. Dom Pomocy Społecznej „Beta-nia”, A1. Kraśnicka 123, tel. 526 421
3. Dom Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej (tylko dla kobiet), ul. Archidiakońska 7, tel. 532 09 33.
4. Dom Pomocy Społecznej im. Matki Teresy z Kalkuty, ul. Głowackiego 26, tel. 741 25 56, 741 87 79.
5. Dom Pomocy Społecznej, ul. Kosmonautów 78, tel. 744 07 62 i 743 85 06.
6. Dom Opieki „Forest”, ul. Nad Zalewem 17, tel./fax 744 64 47.
7. „Patronus” Centrum Opiekuńczo-Pielęgnacyjne, ul. Powstańców Śląskich 74, tel. 746 93 07.
8. „Promyk” Świadczenia Usług dla Osób Starszych Stacjonarno-Opiekuńczo-Pielęgnacyjne, tel. kom. 0 502 03 79 58.
9. Prawosławny Dom Pomocy Społecznej Diecezji Lubelsko-Chełmskiej, ul. Dolińskiego 1, tel. 444 41 60.
10. Dom Księża Emerytów, ul. Bernardyńska 7, tel. 532 72 43.
11. Prywatny Dom Pomocy (prowadzony przez siostry zakonne), ul. Ogrodowa 4.

IV Walne Zgromadzenie TAiP AM w Lublinie

W dniu 22 listopada 2003 roku odbyło się
IV Walne Zgromadzenie Towarzystwa
Absolwentów i Przyjaciół Akademii
Medycznej w Lublinie.

PROF. DR HAB. RYSZARD KOCJAN
ZAKŁAD CHEMII KLINICZNEJ
AM W LUBLINIE

Zgromadzenie otworzył prezes Towarzystwa – **prof. dr hab. Ryszard Kocjan**, witając serdecznie i imiennie wszystkich 52 uczestników zebrania. Jednocześnie zaproponował, żeby z powodu zamieszczenia w ostatnim numerze Alma Mater (3/48), sprawozdania z działalności Zarządu Towarzystwa w upływającej kadencji, nie powtarzać treści tego sprawozdania na Walnym Zgromadzeniu.

Sprawozdanie ustępującej Komisji Rewizyjnej przedstawił jej przewodniczący – **prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak**, stwierdzając:

„1. Cele i zadania wyznaczone ustępującemu Zarządowi na poprzednim Walnym Zgromadzeniu Towarzystwa w dniu 20 stycznia 2001 r. zostały w pełni zrealizowane.

2. Gospodarka finansowa i rozliczeniowa Towarzystwa prowadzona była zgodnie ze statutem i potrzebami Towarzystwa oraz rozporządzeniami Ministerstwa Finansów dotyczącymi działalności Stowarzyszeń.

Biorąc powyższe pod uwagę, Komisja Rewizyjna stawia wniosek na Walnym Zgromadzeniu Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie, odbywającym się w dniu 22 listopada 2003 roku o udzielenie absolutorium ustępującemu Zarządowi Towarzystwa”.

Wniosek o udzielenie absolutorium zebrani poparłi jednogłośnie. Sprawozdanie ustępującego Sądu Koleżeńskiego przedstawił jego przewodniczący – **mgr prawa Roman Kałuża**, stwierdzając, że nie było w mijającej kadencji spraw, którymi musiałby zajmować się ten Sąd. Prezes Towarzystwa – **prof. dr hab. Ryszard Kocjan** przedstawił Walnemu Zgromadzeniu do akceptacji wniosek Za-

rzędu Towarzystwa o przyznanie Dyplomów Honorowych osobom i instytucjom, szczególnie zasłużonym dla Towarzystwa. W wyniku jednomyślnego głosowania dyplomy takie z rąk prezesa otrzymali: **prof. dr hab. Kazimierz Pasternak**, **dr Kazimiera Adamczyk**, **dr Andrzej Kot**, **dr Mirosław Hawrył**, **dr Beata Polak**, **dr Domicela Pomykalska-Wośko**, **mgr Janusz Kisielewski**, Fundacja Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr farm. Witolda Łoborzewskiego, Hurtownia Farmaceutyczna „Slavex” w Lublinie, Kielecka Okręgowa Izba Aptekarska, Lubelska Okręgowa Izba Aptekarska, Lubelska Izba Lekarska, Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego „Cefarm – Kielce” SA, Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego „Cefarm – Lublin” SA, Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego i Medycznego „Aptekarz – Lublin” SA, Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego i Medycznego „Radix” w Kielcach, Sąd Rejonowy w Janowie Lubelskim.

JM Rektor podziękował Towarzystwu Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie za całość pracy w mijającej kadencji, a szczególnie za pomoc przy budowie nowych gmachów naszej Uczelni – niedawno otwartego Collegium Universum i nowego planowanego budynku. Część nowego budynku ma być przeznaczona na Centrum Kongresowe Akademii Medycznej. Otwarcie tej części jest planowane na wrzesień 2004 rok. Jest to związane z sześćdziesiątą rocznicą nauczania medycyny w Lublinie i planowaną ogólnopolską inauguracją roku



Prof. dr hab. Ryszard Kocjan, prezes TAiP AM, z zadowoleniem przyjął wniosek Komisji Rewizyjnej o udzielenie absolutorium ustępującemu Zarządowi Towarzystwa

Wybór nowych władz Towarzystwa

Propozycje kandydatur do władz Towarzystwa wraz z uzasadnieniem, przedstawił prezes Ryszard Kocjan. W wyniku tajnego głosowania, jednomyślnie wybrane zostały następujące osoby:

prof. dr hab. Monika Waksmundzka-Hajnos

Katedra Chemii, Zakład Chemii Nieorganicznej

prof. dr hab. Hanna Hopkala

Katedra i Zakład Chemii Leków

prof. dr hab. Teresa Kulik

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego

prof. dr hab. Maciej Latański

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego

prof. dr hab. Kazimierz Pasternak

Katedra i Zakład Chemii Ogólnej

prof. dr hab. Marian Wielosz

Katedra Farmakologii,
Zakład Farmakologii i Toksykologii

prof. dr hab. Irena Wrońska

Katedra i Zakład Pedagogiki

dr n. przyr. Wiesława Ogrodnik

Katedra i Zakład Biochemii

i Biologii Molekularnej

dr n. farm. Andrzej Kot

Katedra i Zakład Bromatologii

dr n. med. Czesław Popik

emeryt

dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus

Samodzielna Pracownia

Umiejętności Położniczych

dr n. farm. Andrzej Wróbel

Zakład Historii Nauk Medycznych

mgr chem. Anna Boguszewska

Katedra i Zakład Chemii Ogólnej

mgr prawa Andrzej Niedzielski

Administracja AM

mgr chem. Maria Szpetnar

Katedra i Zakład Chemii Ogólnej

akademickiego. JM Rektor prosił zebranych o napisanie wspomnień dotyczących nauki i pracy w Akademii Medycznej. Wspomnienia te byłyby umieszczone w monografii „Wspomnienia dawne i niedawne”.

W dyskusji nad sprawozdaniem ustępujących Władz Towarzystwa wzięły udział następujące osoby: **prof. Ryszard Kocjan, prof. Jerzy Lobarzewski, prof. Kazimierz**

Do Komisji Rewizyjnej

prof. dr hab. Ryszard Kocjan

Katedra Chemii, Zakład Chemii Analitycznej

prof. dr hab. Janusz Solski

Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

dr n. med. Jacek Ciechan

Katedra Okulistyki, II Klinika Okulistyki

dr n. farm. Beata Polak

Katedra Chemii, Zakład Chemii Fizycznej

lek. med. Stanisław Gruszka

ZOZ w Baćkowiecach (woj. świętokrzyskie)

Do Sądu Koleżeńskiego

prof. dr hab. Ryszard Maciejewski

Katedra i Zakład Anatomii

Prawidłowej Człowieka

dr n. med. Witold Lesiuk

Dziecięcy Szpital Kliniczny

mgr prawa Roman Kałuża

Sąd w Janowie Lubelskim

mgr farm. Janusz Kisielewski

Apteka prywatna w Lublinie

mgr farm. Jan Wojda

Apteka prywatna w Ćmielowie

W wyniku ukonstytuowania się Zarządu, w skład nowego Prezydium Towarzystwa weszli: prezes -

prof. dr hab. Kazimierz Pasternak; wiceprezesi -

dr n. farm. Andrzej Kot, dr n. przyr. Wiesława Ogrodnik,

dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus, dr n. med.

Czesław Popik; sekretarz -

mgr chem. Anna Boguszewska; skarbnik -

mgr chem. Maria Szpetnar.

Przewodniczącym Komisji Rewizyjnej został

prof. dr hab. Ryszard Kocjan, a przewodniczącym Sądu

Koleżeńskiego **mgr prawa Romana Kałuża.**

Główniak, prof. Hanna Hopkala, prof. Marian Wielosz i dr Czesław Popik.

Prof. Ryszard Kocjan zaproponował przyjęcie dwóch zmian w Statucie Towarzystwa. Pierwsza to zmiana nazwy Towarzystwa związana z nadaniem Akademii Medycznej w Lublinie imienia prof. Peliksa Skubiszewskiego. Nowa nazwa Towarzystwa brzmiałaby: Towarzystwo Ab-

solwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie. Zgromadzeni jednogłośnie zaakceptowali tę propozycję. Druga propozycja to wykreślenie ze Statutu punktu dotyczącego prowadzenia przez Towarzystwo działalności gospodarczej. Ta propozycja także została jednogłośnie przyjęta. Następnie prof. R. Kocjan w odpowiedzi na apel JM Rektora o udział w obchodach 60-lecia nauczania medycyny w Lublinie, stwierdził, że Towarzystwo ma zamiar partycypować w kosztach wydania monografii dotyczących zasłużonych pracowników Akademii oraz w innych przedsięwzięciach, podejmowanych z tej okazji przez władze Uczelni. Jako bardzo dobrą określił współpracę Towarzystwa z Izbami Aptekarskimi Lubelską i Kielecką oraz Lubelską Izbą Lekarską. Natomiast dotychczas brak jest współpracy z Podkarpacką Izbą Aptekarską, Kielecką i Podkarpacką Izbą Lekarską oraz z Izbami Pielęgniarek i Położnych.

Prof. Jerzy Łoborzewski w imieniu Rady Fundatorów i Zarządu Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr farm. Witolda Łoborzewskiego, podziękował prof. Ryszardowi Kocjanowi za pracę w Towarzystwie i współpracę z Fundacją.

Prof. Kazimierz Głowniak zainteresował się sprawą kosztów kolportażu czasopisma Alma Mater wśród członków Towarzystwa i związaną z tym ewentualną koniecznością podniesienia wysokości składki członkowskiej. W odpowiedzi prof. R. Kocjan stwierdził, że z powodu stałej inflacji koszty wysyłania czasopisma na terenie kraju

nie wzrastają i stanowią stosunkowo niewielką część wysokości składek. Większe są natomiast koszty związane z wysyłaniem czasopisma za granicę. Ponieważ jednak liczba egzemplarzy tam wysyłanych nie jest duża, dlatego nie ma konieczności podnoszenia wysokości składki.

Prof. Hanna Hopkała poruszyła sprawę opieki i zainteresowania się Towarzystwa osobami potrzebującymi finansowego wsparcia. Prof. R. Kocjan odpowiedział, że członkowie Towarzystwa będący w trudnej sytuacji finansowej zwalniani są z obowiązku opłacania składek członkowskich, a inna pomoc będzie im udzielana w miarę możliwości Towarzystwa.

Prof. Marian Wielosz zapytał czy w statucie Towarzystwa istnieje zapis dotyczący instytucji członka honorowego, po czym otrzymał odpowiedź, że członkiem honorowym jest osoba posiadająca Dyplom Honorowy Towarzystwa.

Dr Czesław Popik zwrócił uwagę na zbyt małą liczbę członków Towarzystwa wśród pracowników Akademii Medycznej oraz młodych absolwentów Uczelni. Zaapelował także o kontynuowanie takich działań Towarzystwa jak: organizowanie Balów Medyka, zjazdów koleżeńskich oraz wspieranie wszelkich inicjatyw podejmowanych przez Władze Uczelni.

Mgr farm. Kazimierz Belniak przedstawił propozycje uchwał i wniosków, powstałych w wyniku przeprowadzonej dyskusji i na bazie sprawozdań ustępujących Władz Towarzystwa:



Uczestnicy Walnego Zgromadzenia

1. W dalszym ciągu starać się o pozyskiwanie nowych członków Towarzystwa ze szczególnym uwzględnieniem pracowników Uczelni i jej młodych absolwentów.

2. Wspierać władze Uczelni przy realizacji wszelkich inicjatyw lokalowych i aparaturowych.

3. Pomagać Uczelni w opracowaniu monografii wspomnieniowej dotyczącej historii nauczania medycyny w ciągu 60 lat istnienia Akademii Medycznej w Lublinie.

3. Uaktywnić współpracę Towarzystwa z Izbami Okręgowymi: Aptekarską, Lekarską oraz Pielęgniarek i Położnych.

4. W dalszym ciągu czynić starania mające na celu pozyskiwanie sponsorów.

5. W dalszym ciągu członkom Towarzystwa wysyłać egzemplarze czasopisma „Alma Mater”.

6. Kontynuować tradycję organizowania „Balów Medyka”.

7. Kontynuować i wspierać organizowanie zjazdów koleżeńskich absolwentów.

Wnioski powyższe zostały jednogłośnie zaakceptowane przez uczestników Walnego Zgromadzenia. Na zakończenie obrad prof. Ryszard Kocjan złożył gratulacje i życzenia owocnej pracy nowym władzom Towarzystwa, podziękował wszystkim uczestnikom Walnego Zgromadzenia za przybycie i dotychczasową współpracę, życząc im jednocześnie dużo zdrowia i satysfakcji z pracy zawodowej.



Sukcesja władzy, czyli były prezes prof. dr hab. Ryszard Kocjan i obecny prezes prof. dr hab. Kazimierz Pasternak



Nowy Zarząd TAiP AM w Lublinie w towarzystwie JM Rektora prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego

Promocje doktorskie

26 listopada 2003 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.



Dyplom doktora habilitowanego wraz z gratulacjami otrzymuje od JM Rektora dr Andrzej Borzęcki – kierownik Katedry i Zakładu Higieny AM w Lublinie

Słowo JM Rektora prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego, skierowane do uczestniczących w uroczystej promocji pracowników naukowych.

Szanowni Państwo,

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

Członków Kolegium Rektorskiego w osobach Państwa Prorektorów i Dziekanów wszystkich trzech Wydziałów naszej Alamy 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,



Prześwietni doktoranci

Na wstępie swego krótkiego wystąpienia pragnę złożyć szczerze gratulacje bohaterom dzisiejszej uroczystości. Gratuluje 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. Nie byłby ten sukces 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.

Wszystkie te prace, jak i inne, były i są realizowane w trudnych warunkach. Aby dzisiaj osiągnąć liczący się efekt badań trzeba dysponować nowoczesną aparaturą i opanować współczesną metodykę. Tylko wyniki uzyskane na takiej bazie mo-

gą okazać się na tyle wartościowe, że zostaną opublikowane w renomowanych periodykach naukowych oraz zyskają uznanie i zastosowanie w szerokiej skali. Jesteśmy świadomi niedostatków i potrzeb w tym względzie, jakie istnieją w jednostkach organizacyjnych naszej Uczelni. Tym cenniejszy jest Wasz sukces, bowiem drogę kariery naukowej wybierają dziś głównie ci, którzy w imię swych pasji, czystego umiłowania wiedzy, gotowi są jej się poświęcić. Wybierając ją nie są wolni od myśli, czy nie rzucić tego wszystkiego, nie poszukać bardziej intratnego zajęcia.

Nie ulegliście jednak takim pokusom. To właśnie m. in. dzięki takim postawom utrzymujemy wysoką dynamikę procesu rozwoju kadry naukowej w naszej Akademii Medycznej, co od paru lat stawia ją pod tym względem w ścisłej czołówce tego typu uczelni w kraju. Staramy się podtrzymać ten proces i część środków przeznaczamy na potrzeby

członków studenckich kół naukowych i słuchaczy studiów doktoranckich, którzy stanowią najmłodsze zaplecze naukowe. Mamy nadzieję, że w niedługim czasie znajdą się oni w tak milej sytuacji, w jakiej dziś jesteście Wy, a z czasem zajmą wasze miejsce. Podobnie Wy, będąc dziś naszymi uczniami staniacie się naszymi następcami. Ludwik Hirszfeld, bezpośrednio po wojnie profesor naszego Wydziału Lekarskiego, Patron Instytutu Immunologii Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu, powiedział kiedyś, że człowiek nauki musi być przygotowany na to, że w gmachu, który buduje, inni będą mieszkać. Wy w tym gmachu zamieszkacie i będziecie kierować dalszym rozwojem nauk medycznych, farmaceutycznych i biologicznych. Ale droga przed Wami jest niezwykle trudna. Pogoń za nieprawdopodobnie szybkim rozwojem wiedzy, nadrabianie zaległości w stosunku do krajów bardziej od naszego rozwiniętych to wyzwanie, którym nie łatwo będzie



Prof. dr hab. Leszek Wdowiak – kierownik Zakładu Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia AM w Lublinie z trojgiem wypromowanych doktorów

sprościć. Będzie to tym trudniejsze, że realia ekonomiczne i powszechnie znane trudności budżetowe nie oszczędzą sfery nauki. Nakłady na ten cel przeznaczone w budżecie państwa w stosunku do produktu krajowego brutto są coraz niższe. Jak widać trudno przychodzi zrozumienie tej oczywistej prawdy, że naród bez nauki jest jak istota bez przysłowiowych szarych komórek. To żywot ameby. Bez nauki nie da się po prostu rozwijać gospodarki, wprowadzać postępu w każdej innej dziedzinie życia, dbać o zdrowie społeczeństwa. Bez nauki nie da się żyć. Jednak, jeśli chcemy, by w możliwie najkrótszym czasie te ograniczenia można było zaliczyć do przeszłości, to mimo wszystko i wbrew wszystkiemu musimy wszyscy zdobyć się na

ogromny wysiłek i uparcie cele swe realizować.

Za chwilę złożycie ślubowanie, po czym nastąpi akt promocji. Łaciński tekst tej przysięgi zawiera głębokie treści. Będziecie przyrzekać być takimi, jakimi nakazuje być godność którą otrzymujecie, zachować ją nie naruszoną i nieposzlakowaną poprzez uczciwość życia i obyczajów. Przyrzekacie, że własną wiedzę i zdolności będziecie poświęcać w całości dla zdrowia i dobra ludzi, a także to, że zawsze będziecie mieć na względzie dobro Uczelni, w której dostępujecie tej wysokiej godności. 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 własną 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 innym, 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 tajemnic 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. Taka jest głęboka treść przysięgi, którą składacie.

Jesteśmy w pełni przekonani, że słowa przysięgi zapadną głęboko



w Wasze serca, staną się dla Was drogowskazem w działalności naukowej i społecznej oraz, że nigdy tego ślubowania nie złamiecie. Tego oczekuje od Was Wasza Alma Mater, w ten sposób spłaciecie 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.

Zamyka się dziś pewien etap Waszej drogi życiowej, naukowej czy zawodowej. Przed Wami dalsze jej etapy, na które chcę Wam złożyć najlepsze życzenia. Zastanawiając się nad treścią tych życzeń zdecydowałem się dedykować Wam Drogie Koleżanki i Koledzy treść „Modlitwy badacza” autorstwa Levisa Sindaira „Obdarz mnie Boże zdolnością klarownej obserwacji i nieśpiesznymi sądami. Ześlij mi milczącą nieubłaganą nienawiść do wszelkich fałszywych pozorów, do uzurpacji i do niestarannej, połowicznej pracy. Obdarz mnie niepokojem, bym nie zasnął ani nie uległ pochwałom, zanim rezultaty moich obserwacji nie zostaną potwierdzone, albo zanim przyprę do muru błędy i zwalczę je. Daj mi Boże siłę, która nie pozwoli ślepo zaufać nikomu”.

Zechciejcie być jej wierni.
Dziękuję za uwagę.

Dyplomy doktora habilitowanego otrzymali:

Andrzej Borzęcki
Katedra i Zakład Higieny
AM w Lublinie

Krzysztof Janicki
I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej
i Transplantacyjnej AM w Lublinie

Bartosz Łoza
Katedra i Klinika Psychiatrii
AM w Lublinie

Krzysztof Postawski
II Katedra i Klinika Ginekologii
AM w Lublinie

Jolanta Rzymowska
Katedra i Zakład Genetyki Medycznej
AM w Lublinie

Dariusz Matosiuk
kierownik Katedry i Zakładu Syntezy
i Technologii Chemicznej Środków
Leczniczych AM w Lublinie

Krzysztof Bielawski
Samodzielna Pracownia Syntezy
i Technologii Środków Leczniczych
AM w Białymstoku

Adam Hołownia
Zakład Farmakologii Klinicznej
AM w Białymstoku

Promotorzy wręczyli następującym osobom dyplomy doktorskie: *

Wydział Lekarski z Oddziałem
Anglojęzycznym
i Oddziałem
Stomatologicznym

Jolanta Stanios-Śnieżyńska
Cezary Sawulski
Jadwiga Maciukajć
Marek Konieczny
Jarogniew Łuszczki
Magdalena Szepletowska
Marek Chrapko
Damian Domański
Sławomir Narożnik
Krzysztof Szubartowski
Barbara Burak
Monika Dąbrowska
Mirosław Styk
Katarzyna Drabko
Halina Dubas-Ślęmp
Tomasz Josse
Paweł Trubecki
Wiesław Zawisłak
Jolanta Dobrzańska
Beata Kołakowska-Woźniczka
Danuta Toman
Marek Sacharuk
Tomasz Konaszczuk
Wojciech Sakwa

Natalia Levytska
Przemysław Matras
Andrzej Głuszak
Yehia Azab
Monika Antoń-Józwiakowska
Beata Zuchora
Tomasz Skoczylas
Andrzej Gościmski
Katarzyna Sygit
Maciej Waldemar Wójcik
Dorota Gawlik-Feldo
Małgorzata Matysiak-Kopińska
Marek Paślawski
Wojciech Skibiński
Grzegorz Raszewski

Wydział Farmaceutyczny
z Oddziałem Analityki
Medycznej

Monika Aletańska-Kozak
Anna Pućkowska

Wydział Fizjoterapii
i Nauk o Zdrowiu
z Oddziałem Zocznym

Dariusz Swatowski
Ewa Stychno
Grażyna Stadnicka

* została zachowana kolejność promocyj



Najwyższa godność Uczelni
dla wybitnych Uczonych

**Profesorowie
Nathan Levin i Roman Smolik
Doktorami
Honoris Causa**

PRZEMÓWIENIE POWITALNE

**Jego Magnificencji Rektora
prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego
wygłoszone 23 października 2003 roku
podczas uroczystości nadania tytułu
DOKTORA HONORIS CAUSA
Prof. Nathanowi Levinowi
oraz Prof. Romanowi Smolikowi**

Otwieram dzisiejszą uroczystość i witam jej głównych bohaterów, którzy od dziś staną się również członkami naszej społeczności akademickiej. Witam zatem serdecznie prof. Nathana Levina i prof. Romana Smolika. Witam Małżonkę prof. R. Smolika, członków jego rodziny i gości oraz gości prof. Nathana Levina.

Witam inne dostojne osobistości, które zechciały tę uroczystość zaszczylić swą obecnością. Witam zatem: promotora – prof. dr hab. Andrzeja Książka – Kierownika Katedry i Kliniki Nefrologii, Prorektora ds. Klinicznych naszej Uczelni. Recenzentów: prof. dr hab. Bolesława Rutkowskiego – Prorektora do spraw Dydaktycznych Akademii Medycznej w Gdańsku, prof. dr hab. Andrzeja Wysokińskiego z Katedry i Kliniki Kardiologii AM w Lublinie.

Witam serdecznie: prof. dr hab. Leszka Paradowskiego – Jego Magnificencję Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu, Prof. dr hab. Ryszarda Andrzejaka – Prorektora do spraw Klinicznych AM we Wrocławiu.

Witam: prof. dr hab. Andrzeja Budzisa – Prorektora ds. Administracji KUL, prof. dr hab. Janusza Wiśniewskiego – Prorektora do spraw Nauki i Współpracy z Zagranicą Akademii Rolniczej, prof. dr inż. Witolda Stępniewskiego – Prorektora do spraw Nauki Politechniki Lubelskiej, ppłk dr inż. Ryszarda Mazurka – reprezentującego Wyższą Szkołę Oficerską Sił Powietrznych w Dęblinie.

Serdecznie witam: prof. dr hab. dr h. c. Bolesława Semczuka – byłego Rektora naszej Uczelni i naszego doktora honoris causa, prof. dr hab. dr h. c. Edwarda Soczewińskiego – byłego Prorektora naszej Uczelni i naszego doktora honoris causa.

Witam: przedstawicielkę Wojewody Lubelskiego – dr Barbarę Bańczak-Mysiak, mgr Antoniego Chrzonstowskiego – zastępcę Prezydenta Miasta Lu-

blina, oraz mgr Leszka Kraczkowskiego – reprezentującego również Władze Miasta Lublina.

Witam Dyrektorów naszych szpitali klinicznych: mgr Marzenę Pomarańską-Olszak, dr n. med. Mariana Przyłępę, dr n. med. Jerzego Szareckiego.

Witam wszystkich gości przybyłych na dzisiejszą uroczystość.

Panowie Profesorowie,
Dostojni Goście,
Szanowni Państwo,

Otwierając doniosłą uroczystość nadania godności doktora honoris causa Panom Profesorom Nathanowi Levinowi i Romanowi Smolikowi pragnę podkreślić, że ten honorowy tytuł jest najwyższą godnością, jaką może nadać uczelnia wyższa. Akademia Medyczna im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie szczerzy się faktem, że wśród osób, którym dotychczas nadano ten tytuł są wybitni uczeni z naszego kraju i innych państw Europy i świata, takich jak: Francja, Niemcy, Dania, Rosja, Austria, Belgia, Szwajcaria, Węgry, Estonia i Stany Zjednoczone Ameryki Północnej. Dziś do tego szacownego grona dołącza dwóch wielkiej sławy uczonych.

Prof. Nathan Levin – to wybitny przedstawiciel światowej nefrologii. Dyrektor naukowy i medyczny Renal Research Institute w Nowym Jorku, uznany autorytet w zakresie dializoterapii, współtwórca przyjętych na świecie zaleceń dotyczących tej metody leczenia pacjentów z niewydolnością nerek. Prof. Levin jest wieloletnim prezesem wielu prestiżowych towarzystw nauko-





wych, autorem licznych i cenionych prac naukowych. Jest wypróbowanym przyjacielem Katedry i Kliniki Nefrologii naszej Uczelni.

Prof. Roman Smolik – to były kierownik Katedry I Kliniki Chorób Wewnętrznych i Zawodowych Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Autor ok. 330 prac naukowych publikowanych w renomowanych pismach zagranicznych i krajowych, współautor 3 podręczników i 2 monografii z zakresu medycyny wewnętrznej i chorób zawodowych. Twórca metod badawczych stanu zdrowia populacji narażonych na czynniki szkodliwe środowiska pracy. Wiele badań epidemiologicznych na terenie Lubelszczyzny w ubiegłych latach było prowadzonych z jego pośrednim udziałem. W czasie swego czynnego życia zawodowego współpracował ściśle z lubelskim ośrodkiem medycznym służąc nam swym doświadczeniem i wiedzą.

Szczycimy się dostojni Panowie Profesorowie tym, że przyjęliście oferowaną Wam godność.

Od dwunastego wieku tytuł doktora postanowiono przyznawać jako wyróżnienie honorowe najwybitniejszym myślicielom i filozofom, uczonym tamtego okresu. I tak np. Św. Tomasz z Akwinu znany był jako „doctor angelicus”, Roger Bacon – „doctor mirabilis”, a Jan Gerson – „doctor christianissimus”.

Wy, Panowie stanowicie dalsze ogniwa w tym zaszczytnym łańcuchu osobistości niezwykle zasłużonych. Zechciejcie z tej okazji już teraz przyjąć moje szczerze gratulacje. Szczegółowe uzasadnienie kolejno obu wniosków przedstawiać będzie w laudacjach Dziekan Wydziału Lekarskiego p. prof. dr hab. Marian Wielosz.

LAUDACJA odczytana przez **Dziekana Wydziału Lekarskiego** **prof. dr hab. Mariana Wielosz**

Prof. Nathan Levin urodził się 21 grudnia 1934 roku w Johannesburgu (RPA), gdzie ukończył studia medyczne w 1962 roku. W roku 1969 nostryfikował dyplom w Stanach Zjednoczonych, a w roku 1970 został członkiem American College of Physicians. Od 1972 roku pracował jako „Associate Professor” w Północno-Zachodnim Uniwersytecie w Chicago, a następnie w latach 1973-1980 na Uniwersytecie Michigan. Od roku 1980-1988 kontynuował prace na Uniwersytecie w Michigan na stanowisku profesora. W 1989 roku przeniósł się do Nowego Jorku, gdzie kieruje Kliniką Nefrologii i Nadciśnienia w Beth Israel Medical Center. Od roku 1997 do chwili obecnej prof. Nathan Levin jest dyrektorem naukowym i medycznym Renal Research Institute w Nowym Jorku. Instytut ten jest największą na świecie placówką zajmującą się leczeniem chorych z niewydolnością nerek dializami.

Prof. Nathan Levin zaliczany jest do najwybitniejszych nefrologów na świecie. Jego dorobek naukowy obejmuje ponad 300 publikacji dotyczących różnych dziedzin nefrologii klinicznej, a zwłaszcza dializoterapii. Prace opublikowane są w najbardziej cenionych i prestiżowych czasopismach medycznych o wysokim współczynniku oddziaływania. Zagadnienia nad którymi pracował i pracuje prof. N. Levin są związane z adekwatnością dializoterapii oraz reutilizacji dializatorów. Warto wspomnieć, że jest On autorem własnej oryginalnej metody reutilizacji dializatorów.

Podkreślić należy, że prof. Levin jest jednym z twórców zaleceń dotyczących leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, które zostały po raz pierwszy opublikowane w roku 1997 i doczekały się już nowelizacji. Stanowią one wskazówki terapeutyczne nie tylko dla nefrologów amerykańskich, ale także były wzorem do

opracowania podobnych zaleceń w wielu miejscach naszego globu, m. in. zaleceń europejskich i polskich. Już w chwili obecnej można obiektywnie stwierdzić, że wprowadzenie tych zaleceń (DOQINKF Guidelines) dało wyraźną poprawę wyników leczenia nerkozastępczego tak w Stanach Zjednoczonych i wielu innych krajach Europy. Także w naszym kraju opracowując standardy postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu niewydolności nerek wzorowaliśmy się na wspomnianych wytycznych.

Jest także autorem szeregu podręczników z zakresu nefrologii i chorób wewnętrznych. Prof. Levin pełnił i nadal pełni wiele zaszczytnych i odpowiedzialnych funkcji w towarzystwach naukowych, wymienię tylko kilka najważniejszych jak: Renal Physician Associatee (prezydent w latach 1988-1990) RPA Research and Education Foundation Council on Dialysis Executive Committee (prezydent), American Society of Nephrology, National Kidney Foundation i wiele innych.

Aktualnie prof. N. Levin pełni bardzo odpowiedzialne funkcje przewodniczącego, wiceprzewodniczącego, członka rad, w co najmniej w 20 różnych gremiach naukowych zarówno amerykańskich jak i międzynarodowych.

Świadczy to o Jego niespożytej energii i zaangażowaniu nie tylko w działalność naukową, medyczną, ale także społeczną. Trudno wyobrazić sobie znaczące sympozjum czy międzynarodową konferencję medyczną bez aktywnego udziału Profesora N. Levina.

Wyrazem uznania wiedzy i autorytetu prof. N. Levina jest przyznanie Mu wielu prestiżowych nagród i wyróż-

nień. Jednym z tych wyróżnień jest honorowe członkostwo Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, a także Chicago Heart Association Research Award, Michigan Kidney Foundation Awards, NIH Award i wiele innych.

Na szczególną uwagę zasługuje 15-letnia współpraca prof. N. Levina z polską nefrologią oraz z Katedrą i Kliniką Nefrologii Akademii Medycznej w Lublinie. Prof. N. Levin był częstym gościem lubelskich nefrologów, wspierając ich wiedzą i doświadczeniem. 3 pracowników Kliniki Nefrologii przebywało na stypendiach i wykładach w Renal Research Institute.

Dzięki współpracy lubelskiej Kliniki Nefrologii również inne ośrodki nefrologiczne z Polski (Gdańsk, Kraków, Warszawa) rozpoczęły współpracę naukową z Instytutem prof. N. Levina. Współpraca naukowa to nie tylko wymiana pracowników, lecz także wspólne publikacje w prestiżowych czasopismach medycznych, a tym mogą się poszczycić lubelscy naukowcy.

Osiągnięcia Profesora Levina wyznaczają Mu znaczące miejsce w światowej nefrologii. Nie do przecenienia są Jego zasługi dla rozwoju lubelskiego ośrodka nefrologicznego i polskiej nefrologii.

Biorąc pod uwagę wybitne zasługi naukowe i organizacyjne profesora Nathana Levina i Jego niepodważalną pozycję w nefrologicznych Towarzystwach Międzynarodowych, szczególne zaangażowanie w rozwój lubelskiej nefrologii Senat Akademii Medycznej w Lublinie powziął uchwałę o nadanie tytułu doktora honoris causa Akademii Medycznej w Lublinie.



LAUDACJA
odczytana przez
Dziekana Wydziału Lekarskiego
Prof. dr hab. Mariana Wielosza

Prof. dr hab. Roman Smolik urodził się 16 kwietnia 1926 roku w Tarnowie. Studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu rozpoczął w 1947 roku. Dyplom lekarza medycyny uzyskał w 1952 roku. W trakcie studiów, w 1952 roku został zatrudniony na stanowisku zastępcy asystenta w II Klinice Chorób Wewnętrznych. W 1959 roku uzyskał II stopień specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1963 roku, stopień doktora habilitowanego w 1968 roku, tytuł profesora nadzwyczajnego w 1974, a tytuł profesora zwyczajnego w 1980 r. W latach 1981-1996 pełnił funkcję Kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Zawodowych Akademii Medycznej we Wrocławiu. W latach 1966-1970 był prodziekanem Wydziału Lekarskiego, a do roku 1978 był prorektorem ds. Klinicznych Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Odbywał liczne staże naukowe, w 1962 roku w Oddziale Kardiologicznym w Paryżu, w 1964 w Klinice Chorób Wewnętrznych w Szwajcarii, w 1971 w Szkocji, gdzie zapoznał się z zagadnieniem toksykologii i hematologii. Wielokrotnie przebywał w Stanach Zjednoczonych jako profesor wizytujący lub wykładowca. Dorobek naukowy prof. Romana Smolika obejmuje 330 prac (w tym 160 oryginalnych) opublikowanych w recenzjowanych czaso-

pismach polskich i zagranicznych. Jest także autorem lub współautorem 10 monografii i 3 rozdziałów w podręcznikach z zakresu medycyny wewnętrznej i medycyny pracy. Był promotorem 18 prac doktorskich, jednego doktoratu honoris causa oraz opiekunem 7 pozytywnie zakończonych prac habilitacyjnych.

Główne zainteresowania prof. R. Smolika dotyczą patogenezy oraz wczesnej diagnostyki z zakresu chorób wewnętrznych, zawodowych i środowiskowych oraz częstotliwości występowania chorób zawodowych powstających pod wpływem szkodliwych czynników środowiska. Wyniki badań epidemiologicznych i monitorowania biologicznego dały możliwość licznych wdrożeń do praktyki klinicznej.

Klinika kierowana przez prof. R. Smolika należała do ścisłego grona czołowych klinik zawodowych w Polsce. Na podkreślenie zasługuje ścisła współpraca prof. R. Smolika z lubelskim środowiskiem naukowym reprezentowanym przez pracowników Akademii Medycznej oraz Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki. We wczesnych latach swojej działalności naukowej blisko współpracował z prof. Witoldem Szczykowskim i prof. Maciejem Latałskim. Posługując się metodą opracowaną przez prof. R. Smolika i korzystając z Jego konsultacji prowadzono wspólne badania, których celem było określenie stanu zdrowia różnych grup ludności w województwie lubelskim.

Prof. R. Smolik wraz z prof. M. Latałskim przygotował higieniczną charakterystykę różnych stanowisk pracy, która wówczas była podstawą do określenia zakresu badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników w wybranych zakładach. Podkreślić należy, że prace pro-



**Doktorat
honoris causa
dla**

*Profesora
Nathana Levina*



**Profesor
Nathan Levin
nefrolog**





**Doktorat
honoris causa
dla**

*Profesora
Romana Smolika*



**Profesor
Roman Smolik
internista**







wadzone przez prof. R. Smolika opierały się na bezpośrednim kontakcie z rzeczywistymi warunkami pracy. Miało to wielkie bezpośrednie znaczenie aplikacyjne.

Wielkie uznanie budzi duża aktywność prof. R. Smolika w pracach społeczno-organizacyjnych w środowisku naukowym. Był członkiem kilku Komitetów PAN: Ekologii Człowieka, Nauk Medycznych, Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Komitetu Podstawowych Nauk Me-

dycznych oraz członkiem Royal Society of Medicine i International Organization on Occupational Health.

Prof. R. Smolik jest członkiem Komitetu Redakcyjnego czasopism: *Medycyna Pracy*, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*.

Wyrazem docenienia kompetencji specjalistycznych było powierzenie prof. R. Smolikowi funkcji konsultanta wojewódzkiego i członka krajowego zespołu specjalistycznego do spraw medycyny przemysłowej.

W latach 1973-1983 prof. R. Smolik był członkiem Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej ds. Kadr Naukowych przy prezesie Rady Ministrów.

Za działalność naukową otrzymał 4 nagrody MZiOS oraz liczne wyróżnienia i nagrody zespołowe. Nagrodzony został medalem „Academia Medica Wratislaviensis Polonia”, Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski oraz dyplomem „Men of Achievement” 1993/94.

W 1986 roku uzyskał tytuł Honorowego Członka Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy.

Prof. Roman Smolik jest znakomitym internistą, twórcą polskiej klinicznej szkoły medycyny pracy, utalentowanym, oddanym wychowawcą młodzieży. Człowiek o niezaprzeczalnych, udokumentowanych zasługach na polu polskiej medycyny. Na podstawie analizy całokształtu dorobku naukowego i zawodowego oraz roli jaką odegrał w nauce polskiej i na rzecz Akademii Medycznej w Lublinie Senat Akademii Medycznej powziął uchwałę o nadaniu tytułu doktora honoris causa Akademii Medycznej w Lublinie.



WYKŁAD OKOLICZNOŚCIOWY
Doktora Honoris Causa AM
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
prof. Nathana Levina

Szanowny Panie Rektorze,
Szanowny Panie Dziekanie,
Szanowni Członkowie Senatu,
Znakomici Goście,
Panie i Panowie

Czuję się nadzwyczaj zaszczycony przyznaniem mi tytułu doktora honoris causa i pragnę wyrazić za to wdzięczność Rektorowi i Senatowi Akademii, jak również podziękować za tę wspaniałą dzisiejszą uroczystość. Przyjmując ten tytuł muszę użyć modyfikacji niektórych polskich przysłów. Muszę założyć, że wybaczycie mi Państwo moją nienajlepszą wymowę. Obydwa mają charakter ilościowy, co powinno ucieszyć niektórych moich kolegów. Pierwsze jest następujące:

Gdzie kucharek sześć tam nie ma co jeść (tym, co nie mówią po polsku wyjaśniam, że znaczy to: where there are six cooks, there is nothing to eat), a z drugiej strony: *Co dwie głowy to nie jedna* (two heads are better than one).

Powiedziałbym, że jestem tutaj dzisiaj, ponieważ co sześć, siedem lub osiem głów to nie jedna, a głowy te to oczywiście moi szanowni koledzy, którzy zaszczytili mnie swoją dzisiejszą tutaj obecnością. Gdyby nie oni, byłoby dużo mniej intelektualnej pożytki. Ich wkład będzie ewidentny na sympozjum naukowym, które dzisiaj się odbędzie. Jestem im bardzo wdzięczny, podobnie jak profesorowi Andrzejowi

Książkowi i docentowi Wojciechowi Załusce, ponieważ gdyby nie nasza wieloletnia zawodowa współpraca, dzisiaj by mnie tutaj nie było.

Chociaż moje korzenie rodzinne znajdują się na terytoriach dzisiejszej Łotwy i Litwy; moja matka urodziła się w Wilnie, a ojciec uczęszczał na Politechnikę Gdańską. Obydwoje moi rodzice spędzili część swojego życia w Polsce i z tego jak i z innych powodów Lublin ma dla mnie duże znaczenie. Lublin bardzo dużo znaczył dla wspólnoty żydowskiej w Polsce, ale będę mówił tylko o XX wieku, chociaż Żydzi byli tutaj obecni już w roku 1336 r. za Króla Kazimierza Wielkiego, dwa-

dzieścia lat po nadaniu Lublinowi praw miejskich. Wiek XVI był okresem wzrostu i oświecenia Wspólnoty Żydowskiej w Lublinie. Ustanowiono wiele szkół, a Lublin stał się ośrodkiem kabalistycznego mistycyzmu. Tutaj studiował jeden z najbardziej sławnych rabinów świata. Był to Mojżesz Isserles, którego synagoga wciąż istnieje w Krakowie. Wówczas mędrzy Yeshivy również otrzymywali tytuły Rektora oraz prawa równe tym na polskich uniwersytetach, za pozwoleniem Króla. W owym czasie, w połowie szesnastego wieku, Polska przodowała w cywilizowanym świecie w dziedzinie akademickiej tolerancji i otwartości. Miasto gościło Radę Czterech Krajów, rządzące ciało polityczne, które cieszyło się autonomią w Polsce i na Litwie, aż do roku 1764. W dziewiętnastym wieku Żydzi stanowili połowę mieszkańców Lublina. W dwudziestym wieku Lublin uznawany był za jeden z najważniejszych ośrodków życia żydowskiego na świecie i zwany był Polską Jerozolimą.

Rabin Meir Shapiro, był założycielem Yeshivy zwanej Yeshivą Mędrców Lublina. Był on Głównym Rabinem, a wcześniej posłem do Polskiego Sejmu. Yeshiva ta została otwarta w 1930 roku i była największą Yeshivą (Szkołą Talmudyczną) na świecie. Jej część wciąż dzisiaj istnieje jako jedno z pomieszczeń Akademii Medycznej. Rabin Shapiro był polskim nacjonalistą, który wygłosił sławną mowę na uroczystości urodzin Marszałka Józefa Piłsudskiego w 1933 roku. Rabin Shapiro był nadzwyczaj uzdolnionym mówcą.

Yeshiva była uczelnią narodową i mogła być założona w każdym innym miejscu. W eseju zatytułowanym „Dlaczego wybrałem Lublin?”, Rabin Shapiro wyjaśnia powody, dla których zlokalizował uczelnię w tym mieście: „Wszyscy zgodni są co do tego, że miasto tętniące życiem dużej populacji nie jest właściwym miejscem dla wiel-



kiego domu nauki, który wymaga pewnego spokoju, ciszy i pogody ducha. Gorączka i pośpiech metropolii oraz jej styl życia, oczarowujący i hipnotyzujący każde mieszkające w niej żywe stworzenie, stanowią zaprzeczenie możliwości i zdolności kogokolwiek do skoncentrowania się wyłącznie na swoich studiach”.

„Tak więc, wielkie niemieckie uniwersytety ulokowały się wyłącznie w małych miastach, takich jak Heidelberg, Marburg, itd. Z drugiej strony, nie każde małe miasto jest w stanie właściwie pełnić rolę gospodarza w stosunku do instytucji wielkiego kalibru, ponieważ nie jest ono dostatecznie rozwinięte pod względem infrastruktury lub pod względem społecznym.”

Natomiast „w Lublinie znalazłem dobrze zaludnione miasto, które zachowało styl życia i znaki małego miasta; wiejski charakter nie znikł jeszcze całkiem z jego ulic i alej. Jego porządek społeczny i jego nowoczesne instytucje czynią Lublin znakomitym miejscem, a życie na jego ulicach nadaje mu atmosferę miasta kojarzącą się z winem dobrego rocznika.”

„Po rozważeniu tego wszystkiego, skierowałem wzrok na Lublin, jako na miasto, które będzie właściwym gospodarzem dla sanktuarium Światowej Akademii Rabinicznej.” Następnie stwierdził: Jest to naprawdę olbrzymi projekt jak na krótki okres czasu, jaki mamy, ale przy dobrej woli i pełnym wykorzystaniu naszych talentów, nie będzie on trudny do zrealizowania.

Chociaż dzisiaj Lublin jest większy, w dalszym ciągu zachowuje tytuł miasta uniwersyteckiego oraz polskiego centrum intelektualnego. Zaszczyt, który mnie dzisiaj spotyka jest częściowo efektem współpracy pomiędzy lekarzami i naukowcami. Zdecydowanie oczekuję i mam nadzieję, że współpraca ta się umocni, kiedy połączymy to co każdy nas ma najlepszego do zaoferowania.

Współpraca pomiędzy Akademią Medyczną i Instytutem Badań Nerek, co jest dzisiaj oczywiste, koncentruje się na dziedzinie nefrologii. Jak Rabin Shapiro powiedział siedemdziesiąt lat temu, my również mamy siłę stałego intelektualnego wzrostu. Będziemy wymieniać się technologiami i ideami, podejmować wysiłki edukacyjne, angażować się w badania i w ten sposób udoskonalać to co robimy w trosce o naszych pacjentów. Nasz Instytut Badań Nerek jest mały, ale posiada łączną wizję wszystkich swoich dyrektorów i byłych dyrektorów, a jego charakter jest w zasadzie międzynarodowy. Pragniemy z Wami współpracować – z naukowcami, inżynierami i pielęgniarkami, innymi profesjami i lekarzami tutaj, w Stanach Zjednoczonych i wszędzie dokąd nasi dyrektorzy medyczni się udadzą.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję za zaszczyt, który zawsze będę traktował z największą przyjemnością i uznaniem dla Waszej szczodrości. Najlepsze życzenia dla Akademii Medycznej, Lublina oraz wielu sukcesów i postępu dla Polski.

Professor Doctor Maciej Latański, Rector
Prof Marian Wielosz,
Dean, Medical University in Lublin,
Members of the Senate,
Distinguished guests
Ladies and Gentlemen

I am truly honored by the award of this doctorate (honoris causa) and express my gratitude to the Rector and Senate of the University for that and for this wonderful ceremony this morning.

In accepting this degree I have to use a modification of some Polish Proverbs. I must presume that you will excuse my awful pronunciation. Both are quantitative which will please some of my colleagues. The first is:

„Gdzie kucharek sześć tam nie ma co jeść” (for those few who do not speak Polish this translates as: where there are six cooks, there is nothing to eat) and on the other hand.

„Co dwie głowy to nie jedna” (two heads are better than one).

I would say that I am here today because six or seven or eight heads are better than one and these heads of course are my colleagues who have honored me by joining us today. Without them there would have been much less to intellectually absorb. Their value will be evident at the scientific symposium to follow today. I am most grateful to them as I am to Professor Andrzej Książek and Wojciech Załuska without whose professional collaboration over years, I would not be here today.

Although my family's roots were in what is now Latvia and Lithuania, my mother was born in 1910 just outside of Vilna (when it was Vilna) and my father attended the Technological University in Gdansk. Both my parents spent part of their lives in Poland and for that and other reasons Lublin has much meaning for me. Lublin has meant a great deal to the Jewish community of Poland and I will speak mainly only of the 20th century although Jews were present as early as 1336 under King Kazimierz Wielki 20 years after Lublin was chartered. The 16th Century was a period of growth and enlightenment for the Jewish Community of Lublin. Many schools were established and Lublin became a center for Kabbalistic mysticism. One of the most famous Rabbis in the world at that time studied here. It was Moses Isserles who synagogue is still present in Crakow. At that time the sages of the Yeshiva received also the title of Rector and had rights equal to those in Polish universities with the King's permission. At that time, in the middle of the 16th century Poland led the civilized world in academic tolerance and openness. The city hosted the Council of the Four Lands that was the ruling political body which was autonomous in Poland and Lithuania until 1764. During the 19th century half the inhabitants of Lublin were Jews. In the 20th century Lublin was recognized as one of the most important centers of Jewish life in the world and was called the Jerusalem of Poland.

Rabbi Meir Shapiro was the founder of the Yeshiva called the Yeshiva of the Sages of Lublin. He was the Chief Rabbi and had been a member of the SEJM (Polish Parliament) earlier. The Yeshiva was opened in 1930 and was the largest Yeshiva (Talmidic School) in the world. Part of it remains as a room in the Medical University today. Rabbi Shapiro was a Polish nationalist who gave a famous speech in celebration of the birthday of Marshall Josef Pilsudski in 1933. Rabbi Shapiro was an extremely gifted speaker.

The yeshiva was a national academy and could have been founded anywhere in Poland. In an essay, „Why did I choose Lublin,” R” Shapiro explains why he located the academy in this city:

„Everyone agrees that a city teeming with huge populations is not the most appropriate location for a great house of learning that demands a certain degree of quiet, silence and serenity. The hustle and bustle of the metropolis and its lifestyle, which bewitch and hypnotize any creature living within it, deny completely the possibility and capability of any [person] to focus” solely on his studies.

„Thus we find that the great universities of Germany were all located only in small cities such as Heidelberg, Marburg and so on. On the other hand, not every small city is qualified to serve as a proper host for an... Institution of a high caliber, since it is not developed sufficiently in terms of its infrastructure or society.”

But „in Lublin I found a well-populated city that retained the ways and the markings of a small town; the village character had not yet been erased from its streets and avenues. Its social order and its modern institutions grant Lublin a distinguished place. The life lived in its streets gives it the ambience of a vintage... township.”

„After considering all of the above, I directed my eyes towards Lublin as the suitable city to host the sanctuary of the worldwide Rabbinical academy.”

He then concluded: The project is indeed broad and huge relative to the short period of time we have, but with good will and with our talents brought to bear steadily, it will not be too difficult to realize.

Although the Lublin of today is larger it still retains the titles of a university city and the intellectual center of Poland. This honor today is in part because of the collaboration between physicians and scientists. I fully expect and hope that those collaborations will strengthen as we combine the best of what each has to offer. The collaboration between the Medical Academy and the Renal Research Institute, obviously at present, is mainly in Nephrology. As Rabbi Shapiro said 70 years ago, we also have the strength of continued intellectual growth. We will exchange technology and ideas, undertake medical educational efforts, engage in research and thereby improve what we do for the care and welfare of our patients. Our Renal Research Institute is small but it has the joint vision of all its Directors and Ex-Directors and is basically international in nature. We want to work together with you as fellow scientists,

engineers and nurses, other professional occupations and physicians here, in the United States and wherever our Medical Directors go home to live.

Again, my sincere thanks for an honor that I will always regard with the greatest pleasure and with much appreciation for your generosity. My best wishes to the Medical University, to Lublin and to the success and progress of Poland.

WYKŁAD OKOLICZNOŚCIOWY Doktora Honoris Causa AM im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie prof. Romana Smolika

Jego Magnificencjo,
Wysoki Senacie,
Szanowni Państwo!

Staję dzisiaj przed wielce zasłużonym gronem naukowym miasta Lublina, znanego grodu historycznego, pełnego licznych zasług dla Polski z najgłębszym wzruszeniem i podziwem. Nigdy nie pomyślałem, że może mi się zdarzyć tak wielka satysfakcja, tak wielkie przeżycie związane z moimi impresjami historycznymi o Lublinie, mieście Unii Polsko-Litewskiej oraz wielu innych wydarzeń dziejowych. Od najmłodszych lat narastała moja sympatia do zasłużonego miasta i pięknej Ziemi Lubelskiej. Nie przyszło mi na myśl – i nie mogło, że w sytuacji dla mnie istotnej i głębokiego wzruszenia, stanę przed przedstawicielami Lubelskiego Ośrodka Naukowego.

Tym bardziej wzrusza mnie fakt, że w Lublinie na Uniwersytecie im. Marii Skłodowskiej-Curie habilitował się mój nauczyciel prof. dr Antoni Falkiewicz, wówczas adiunkt oraz podpułkownik Wojska Polskiego, na podstawie pracy pt. „O możliwości wykazania przewodzenia bodźców w obrębie wiązki przedsiorkowo-komorowej u człowieka”, w czerwcu 1945 r. Od jesieni 1944 r. pełnił równocześnie funkcję adiunkta UMCS w Lublinie, gdzie prowadził wykłady z zakresu interny polowej dla studentów czwartego i piątego roku Wydziału Lekarskiego. W grudniu 1945 r. objął funkcję kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu. Takie są korzenie kontaktów i współpracy między dwoma medycznymi ośrodkami uniwersyteckimi w Lublinie i we Wrocławiu.

Dwóch współpracowników prof. A. Falkiewicza, doc. dr hab. Alfred Tuskiewicz mianowany profesorem w Lublinie, oraz adiunkt dr med., a następnie doktor habilitowany w Lublinie prof. Witold Szewczykowski weszli w skład naukowego aktywnego środowiska tego pięknego miasta. Szczególnie pragnę podkreślić moje ścisłe kontakty bezpośrednie z prof. W. Szewczykowskim, gdyż w czasie pełnienia funkcji adiunkta był moim pierwszym przełożonym i nauczycielem w zakresie medycyny klinicznej i medycyny pracy. Ten rodowód spo-

wodował, że związki między dwoma odległymi środowiskami naukowymi, aczkolwiek zmienne zachowały jednak ciągłość. Znalazło to swój wyraz w bardzo zbliżonej tematyce naukowej, w pracach organizacyjnych oraz współdziałaniu zwłaszcza koncepcyjnym w strategii medycyny współczesnej i rozwijającej się medycyny pracy. Chodziło o pojęcia chorób zawodowych i tzw. chorób parazawodowych. Oczywiście uważaliśmy, że nie uda się ściśle rozgraniczyć wszystkich chorób zawodowych i parazawodowych (chorób związanych z wykonywaniem pracy). Bowiem na wszystkie mają wpływ czynniki zawodowe swoiste dla danego środowiska, ale też tzw. czynniki pozazawodowe, czyli środowiska życia, ekologiczne. Wreszcie tych obu dziedzin środowiskowych często nie udaje się rozdzielić, a nawet sklasyfikować. Czynniki genetyczne, dziedzicznego genotypu w zetknięciu się z różnymi czynnikami środowiskowymi prowadzą do zaburzeń biochemicznych, biologicznych i patofizjologicznych, a następnie klinicznych, czyli niesprawności ustroju. Niestety, z tymi czynnikami i zjawiskami spotykamy się często nieświadomie i przypadkowo, przede wszystkim w następstwie zmian ekologicznych i cywilizacyjnych. W rezultacie występująca interakcja genotyp – czynnik środowiskowy doprowadza do pojawienia się fenotypów wyrażających się różnego stopnia zmianami układu i/lub upośledzeniem czynności biochemicznych oraz fizjologicznych prowadzących do zaburzeń patologicznych. Dochodzi także do zjawiska odwrotnego, tj. uszkodzenia genomu, a tym samym genotypu, co prowadzi do różnego rodzaju chorób, dla których czynnik etiologiczny jest często nierozpoznawalny a diagnoza coraz trudniejsza.

W tej sytuacji wszelkie metody przyczyniające się do postępu w badaniach naukowych oraz prewencji chorób, wysuwają się przed tzw. medycyną kuratywną, co jednak nie umniejsza konieczności jej dalszego rozwoju. Uwypukla ją jednak podstawowe znaczenie stosowania metod monitorowania biologicznego jednostek i określonych populacji wraz z równoczesnym monitorowaniem środowiska. Ponadto posługiwanie się metodami oznaczania markerów biologicznych chorób oraz zmierzania na tej podstawie do wczesnej diagnozy niedostrzegalnych w badaniach rutynowych, a nawet niewyczuwalnych skutków działania np. genotoksycznego czy innego. Chodzi o wczesne wykrywanie skutków ryzyka ekspozycji środowiskowej, zwłaszcza środowiska pracy. Nasuwające się myśli i wynikające z nich wskazania, z pewnością będą miały podstawowe znaczenie we współczesnej strategii działania medycyny. Realizacja takiego, ogólnie zarysowanego programu wymaga jednak ścisłego współdziałania medycznych dyscyplin podstawowych oraz klinicznych w kooperacji z naukami biologicznymi, a także technicznymi, gdyż obecne problemy ochrony zdrowia są coraz bardziej interdyscyplinarne. Dlatego wysoko cenię sobie wymianę poglądów w przeszłości i obecnie z prof. dr hab. dr h. c. Maciejem Latałskim, dr n. med. Zdzisławem Brzeskim, jak również w odległej przeszłości z prof. dr hab. Mieczysławem Kędrą. Uważam, że zacieśniająca się obecnie współpraca ośrodków naukowych Lublina i Wrocławia wniesie dalszy wkład naukowy do współczesnych i przyszłych wyzwań nowoczesnej nauki i praktyki medycznej w ochronie zdrowia człowieka



Nefrolodzy przebywali z wizytą naukową w Nowym Jorku

Wkrótce amerykańsko-polska współpraca naukowa w dziedzinie nefrologii

DR HAB. WOJCIECH ZAŁUSKA
KATEDRA I KLINIKA NEFROLOGII
AM W LUBLINIE

W dniach 10-15 listopada 2003 r., na zaproszenie dyrektora medycznego Renal Research Institute w Nowym Jorku prof. dr Nathana W. Levina przebywali z wizytą naukowo-informacyjną przedstawiciele Katedry i Kliniki Nefrologii, w osobach Proroktora ds. Klinicznych **prof. dr hab. Andrzeja Książka** oraz adiunkta **dr hab. Wojciecha Załuski**.

Przedstawiciele naszej Uczelni wygłosili dwa wykłady prezentujące dorobek naukowy Katedry i Kliniki Nefrologii naszej Uczelni. Prof. dr hab. Andrzej Książek przedstawił 45-minutowy wykład pt.: „Adrenergic system in uremic patients” będący podsumowaniem wieloletnich pionierskich badań na rolę układu autonomicznego w patogenezie przewlekłej

niewydolności nerek w modelu eksperymentalnym, oraz u pacjentów leczonych dializami. Dr hab. Wojciech Załuska zaprezentował rezultaty eksperymentów opracowane wspólnie z prof. Danielem Schneditzem z Katedry Fizjologii, Uniwersytetu w Grazu, Austria, wieloletniemu dyrektorowi naukowemu Renal Research Institute w Nowym Jorku w prezentacji pt.: „Comparison of prescribed and delivered doses of dialysis using anthropometrically and bioelectrically measured patient volumes”.

Renal Research Institute jest największym na świecie instytutem kliniczno-naukowym w zakresie nefrologii obejmującym swoim zasięgiem ponad 6.200 pacjentów leczonych dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek. Instytut powstał w 1997 roku jako „joint venture” największego producenta sprzętu dializacyjnego Fresenius Medical Care-North America oraz sieci szpitali klinicznych Beth

Israel Medical Center. Głównym założeniem powstania tej ogromnej instytucji była wola wprowadzania odkryć naukowych do procesu terapii pacjentów leczonych hemodializami i dializą otrzewnową.

Instytut prowadzi ścisłą współpracę naukowo-dydaktyczną z następującymi uczelniami medycznymi: The University of Michigan Medical Center; University of Rochester Medical Center; The Albany Medical College, University Hospital and Manhattan Campus for the Albert Einstein College of Medicine oraz Albany College of Pharmacy. Przedstawiciele wspomnianych uczelni zasiadają w komisji naukowej Renal Research Institute.

Wstępne ustalenia poczynione pomiędzy dyrektorem medycznym instytutu **prof. Nathanem Levinem** oraz **prof. Andrzejem Książkiem** i **dr Wojciechem Załuską** z Akademii Medycznej w Lublinie sugerują podpisanie

oficjalnej umowy partnerskiej pomiędzy amerykańskim instytutem i naszą Uczelnią w roku 2004. Renal Research Institute prowadzi liczne prace naukowe w następujących kierunkach: badanie fizjologicznego efektu proce-

**Renal Research
Institute jest
największym na
świecie
instytutem
kliniczno-nauko-
wym w zakresie
nefrologii
obejmującym
swoim
zasięgiem ponad
6200 pacjentów
leczonych
dializami**



su dializy, aplikacje kliniczne nowych technologii, zagadnienia związane ze stanem zapalnym, rehabilitacja pacjentów dializowanych.

Obecnie na dwumiesięcznym stażu naukowym przebywa Alicja Załuska z naszej Uczelni biorąca udział w programie rehabilitacji prowadzonym wspólnie z University North Ca-

rolina School of Medicine. Bardzo istotnym punktem wizyty było spotkanie przedstawicieli Renal Research Institute prof. Nathana Levina, dyrektor administracyjnej RRI **Mary Carter**, **prof. Garry Handelman** z Bostonu, Wicekonsula Generalnego RP w Nowym Jorku Pana **Marka Skulimowskiego**, dyrektora Janssen Cilag Polska **dr Doroty Hryniewieckiej**, Prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego **prof. Bolesława Rutkowskiego**, przedstawicielki Polonii Amerykańskiej Pani **Haliny Malinowskiej**, oraz przedstawicieli naszej Uczelni w osobach Prorektora ds. Klinicznych **prof. dr hab. Andrzeja Książka**, adiunkta **dr hab. Wojciecha Załuski** z Katedry i Kliniki Nefrologii, oraz **Alicji Załuski** z Katedry Ortopedii i Rehabilitacji w Rainbow Room w Rockefeller Plaza. Owocem spotkania było ustalenie powstania amerykańsko-polskiej fundacji naukowej w zakresie nefrologii i leczenia nerkozastępczego, której celem będzie finansowanie stypendiów naukowych dla młodych naukowców, głównie z naszej uczelni oraz współfinansowanie projektów naukowych, o czym z dużą radością informujemy społeczność naszej Uczelni.



Prof. dr hab. Andrzej Książka w czasie wykładów przed audytorium w siedzibie Renal Research Institute

oficjalnej umowy partnerskiej pomiędzy amerykańskim instytutem i naszą Uczelnią w roku 2004. Renal Research Institute prowadzi liczne prace naukowe w następujących kierunkach: badanie fizjologicznego efektu proce-

**Renal Research
Institute jest
największym na
świecie
instytutem
kliniczno-nauko-
wym w zakresie
nefrologii
obejmującym
swoim
zasięgiem ponad
6200 pacjentów
leczonych
dializami**



su dializy, aplikacje kliniczne nowych technologii, zagadnienia związane ze stanem zapalnym, rehabilitacja pacjentów dializowanych.

Obecnie na dwumiesięcznym stażu naukowym przebywa Alicja Załuska z naszej Uczelni biorąca udział w programie rehabilitacji prowadzonym wspólnie z University North Ca-

rolina School of Medicine. Bardzo istotnym punktem wizyty było spotkanie przedstawicieli Renal Research Institute prof. Nathana Levina, dyrektor administracyjnej RRI **Mary Carter**, **prof. Garry Handelman** z Bostonu, Wicekonsula Generalnego RP w Nowym Jorku Pana **Marka Skulimowskiego**, dyrektora Janssen Cilag Polska **dr Doroty Hryniewieckiej**, Prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego **prof. Bolesława Rutkowskiego**, przedstawicielki Polonii Amerykańskiej Pani **Haliny Malinowskiej**, oraz przedstawicieli naszej Uczelni w osobach Prorektora ds. Klinicznych **prof. dr hab. Andrzeja Książka**, adiunkta **dr hab. Wojciecha Załuski** z Katedry i Kliniki Nefrologii, oraz **Alicji Załuski** z Katedry Ortopedii i Rehabilitacji w Rainbow Room w Rockefeller Plaza. Owocem spotkania było ustalenie powstania amerykańsko-polskiej fundacji naukowej w zakresie nefrologii i leczenia nerkozastępczego, której celem będzie finansowanie stypendiów naukowych dla młodych naukowców, głównie z naszej uczelni oraz współfinansowanie projektów naukowych, o czym z dużą radością informujemy społeczność naszej Uczelni.



Prof. dr hab. Andrzej Książek w czasie wykładów przed audytorium w siedzibie Renal Research Institute

bach prof. dr hab. **Andrzeja Książka**, prof. dr hab. **Lucyny Janickiej**, oraz dr hab. **Wojciecha Zaluski**. Na sali audytoryjnej znalazło się wielu znakomych gości, w tym dyrektor administracyjny Renal Research Institute Pani **Mary Carter** ze swoim asystentem **Mimms Latoya**, Pani **Heidrun Polaschegg** z Kostenbergu w Austrii, Pani **Marcia Keen** z San Francisco, konsultant krajowy ds. nefrologii prof. dr hab. **Stanisław Czekalski** – kierownik Kliniki Nefrologii Akademii Medycznej w Poznaniu, prof. dr hab. **Władysław Sułowicz** – kierownik Katedry Nefrologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. dr hab. **Michał Myśliwiec** – kierownik Kliniki Nefrologii Akademii Medycznej w Białymstoku, prof. dr hab. **Ewa Żukowska-Szczechowska** z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Śląskiej Akademii Medycznej. Przybyli koleżanki i koledzy z naszej Kliniki Nefrologii oraz wszystkich oddziałów nefrologicznych i stacji dializ z regionu, a także Sandomierza, Oświęcimia, oraz Przemyśla, jak również liczne grono lekarzy i studentów lubelskiej AM.

Znakomity poziom naukowy i merytoryczny naszego spotkania naukowego był powodem powstania idei organizacji raz na dwa lata międzynarodowych spotkań nefrologicznych z miejscem obrad w naszej Uczelni

Znakomity poziom naukowy i merytoryczny naszego spotkania naukowego, któremu towarzyszyły przejawy autentycznej satysfakcji zaproszonych gości z warunków organizacyjnych i gorącego przyjęcia ze strony władz naszej Uczelni oraz grona pracowników Katedry i Kliniki Nefrologii, był powodem powstania idei organizacji raz na dwa lata międzynarodowych spotkań nefrologicznych z miejscem

obrad na terenie naszej Uczelni w Lublinie, firmowanych przez największy na świecie instytut medyczny Renal Research Institute w Nowym Jorku, oraz Katedrę i Klinikę Nefrologii AM w Lublinie, z czego jesteśmy bardzo dumni.

Organizatorzy serdecznie dziękują sponsorom naszego sympozjum na czele z firmą Janssen-Cilag Polska za pomoc organizacyjną oraz finansową.



Prof. Martin Kuhlmann obecny dyrektor naukowy Renal Research Institute w Nowym Jorku w trakcie wykładu wraz z prowadzącymi sesję prof. dr hab. **Andrzejem Książkiem** oraz dr hab. **Wojciechem Zaluską** z Katedry i Kliniki Nefrologii AM w Lublinie

Zdrowie społeczeństwa wspólną troską

Polska – Ukraina

W dniach 28 września – 3 października 2003 r. przebywała na Lubelszczyźnie delegacja ukraińskich ekspertów, zajmujących się problematyką reformowania systemu ochrony zdrowia Ukrainy.

LEK. MED. MGR PRAWA IGOR SZWIEC
ZAKŁAD ZARZĄDZANIA I EKONOMIKI
OCHRONY ZDROWIA
AM W LUBLINIE

Wizyta była częścią programu „Zdrowie społeczeństwa wspólną troską. Społeczeństwo a funkcjonowanie samorządów lokalnych w reformowaniu ochrony zdrowia”, realizowanego w ramach POLAND-AMERICA-UKRAINE COOPERATION INITIATIVE (PAUCI) organizacjami pozarządowymi (NGO) Polski, Ukrainy oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Z Polskiej strony w projekcie uczestniczy Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, które założone było w roku 1916 i obecnie posiada status prawny stowarzyszenia. Głównym obszarem działania PTMSiZP jest ochrona zdrowia, oświata i edukacja. Celami statutowymi po-

zostają przede wszystkim: pogłębianie społecznego charakteru ochrony zdrowia oraz rozwijanie i upowszechnianie metod i osiągnięć naukowych w dziedzinie medycyny społecznej i zdrowia publicznego, podnoszenie poziomu zawodowego, naukowego i etycznego członków Towarzystwa. PTMSiZP pomaga podmiotom zainteresowanym przede wszystkim poprzez doradztwo specjalistyczne, wymianę doświadczeń, przygotowanie do samokształcenia. Osobiście do udziału w projekcie zaangażowani zostali: **prof. dr hab. Leszek Wdowiak** – Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Konsultant Krajowy w dziedzinie Zdrowia Publicznego, Kierownik Zakładu Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Akademii Medycznej w Lublinie, **dr n. med. Ewa Warchoł-Sławińska** – Prezes Wojewódzkiego Oddziału Polskiego Towarzystwa

Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, **dr n. med. Barbara Rzepecka** oraz doktoranci Zakładu Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Akademii Medycznej w Lublinie: **dr Piotr Drecher** – Radny Miasta Lublina, członek Komisji Oświaty i Wychowania, Komisji Rozwoju Miasta, Urbanistyki i Ochrony Środowiska, Komisji Zdrowia i Pomocy Społecznej, Komisji Dyscyplinarnej II instancji, **dr Beata Pawka**, **dr Iwona Bojar**, **dr Rafał Sapuła**, **dr Igor Szwiec**.

Kierownikiem projektu ze strony ukraińskiej jest **dr Mykoła Tyszczyk** – dyrektor wykonawczy, Wiceprezes Zarządu Asocjacji „Społeczna Rada do spraw ochrony zdrowia”. W skład grupy ekspertów wchodził: **doc. Aleksander Korwiecki** – Przewodniczący komisji reformowania ochrony zdrowia Społecznej Rady do spraw Ochrony Zdrowia, Dziekan Wydziału Administracji Państwowej, Kierownik Zakładu Zarządzania Ochroną Zdrowia Odeskigo Regionalnego Instytutu Administracji Państwowej Ukrainiejskiej Akademii Administracji Państwowej przy Prezydencie Ukrainy; **dr n. med. Helena Godlewska** – p. o. Prezesa Wy-



działu Ochrony Zdrowia Odeskiej Wojewódzkiej Administracji Państwowej; **Helena Miedwiediewa** – Kierownik Departamentu Relacji Międzynarodowych z Odeskiego Regionalnego Instytutu Administracji Państwowej Ukrainiejskiej Akademii Administracji Państwowej przy Prezydencie Ukrainy; **Akim Litwak** – docent Katedry Zarządzania Ochrony Zdrowia i Валеologii Odeskiego Regionalnego Instytutu Administracji Państwowej Ukrainiejskiej Akademii Administracji Państwowej przy Prezydencie Ukrainy.

Współpracę z ukraińskimi naukowcami zapoczątkowano na podstawie podpisanego w 2000 roku porozumienia partnerskiego pomiędzy przedstawicielami Rady Społecznej Odeskiej okręgowej organizacji Ogólnoukraińskiego Towarzystwa Lekarskiego a Polskim Towarzystwem Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. W latach 2000-2003 odbywały się liczne wspólne spotkania seminaryjne, konferencje naukowe i programy wymiany ekspertów tak w Polsce (Lublin, Warszawa, Wrocław, Kraków), jak i na

W trakcie spotkania z zastępcą dyrektora ds. medycznych Lubelskiego OW NFZ Tomaszem Kwiatkowskim, poświęconego finansowaniu usług i świadczeń zdrowotnych. Od lewej: dyr. Tomasz Kwiatkowski, prof. zw. dr hab. Leszek Wdowiak, dr Dalia Chrzanowska, dr Beata Pawka, dr Igor Szwiec, Helena Miedwiediewa



Przedstawienia głównych tendencji socjalno-psychologicznych w opinii społecznej dokonał dr Mykoła Tyszczyk

Ukrainie (Odessa, Lwów). Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego zapewniło dobór polskich specjalistów, udzielających wszelkich konsultacji w zakresie reformy administracyjnej, ustroju państwowego, zasad funkcjonowania i struktury organizacyjnej organów samorządowych, procesu reformowania systemu ochrony zdrowia i systemu zabezpieczenia społecznego, współpracy pomiędzy sektorem państwowym, a prywatnym w życiu wspólnot, angażowania obywateli, organizacji niepaństwowych (tzw. NGO), małych i średnich przedsiębiorców do aktywnego uczestnictwa w komunalnych projektach oraz wzmocnienia społeczeństwa obywatelskiego.

Goście z Odessy stwierdzili, iż Polska przeprowadziła najaktywniejsze działania w reformowaniu ochrony zdrowia spośród wszystkich krajów postkomunistycznych

W ramach tej krótkiej, lecz wyjątkowo treściwej merytorycznej wizyty studyjnej przeprowadzono dziewięć wspólnych sesji ukraińskich i polskich ekspertów. Odessy goście zapoznali się z pracą samorządu lokalnego Lubelszczyzny na wszystkich jego szczeblach. Specyfice zabezpieczania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa Lubelszczyzny poświęcone było seminarium z udziałem **Henryka Makarewicza** – Marszałka Województwa Lubelskiego, Senatora II i III kadencji w latach 1993-97, który do chwili wyboru

na Marszałka Województwa pełnił funkcję dyrektora Oddziału Lubelskiej Regionalnej Kasy Chorych w Białej Podlaskiej; **dr n. med. Krzysztofa Jarząbka** – Wicedyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego; **Piotra Sawickiego** – Dyrektora Departamentu Współpracy Zagranicznej i Przedsiębiorczości Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego.

Eksperci skorzystali z możliwości zdobycia wiedzy źródłowej m. in. o podstawowej opiece zdrowotnej w gminie miejskiej miasta wojewódzkiego i o różnicach w funkcjonowaniu Publicznych i Niepublicznych ZOZ dzięki uprzejmości i ogromnej życzliwości ze strony Miejskiego Inspektora Zdrowia i Pomocy Społecznej **Małgo-**

rzaty Łobodzińskiej; dyrektora ZOZ Lublin **Jacka Malmona**; dyrektor NZOZ „ALVITA” dr **Heleny Wdowiak**; Radnego Miasta Lublina, członka Komisji Zdrowia i Pomocy Społecznej dr **Piotra Drechera**; Wiceprezydenta Miasta Lublina **Janusza Mazurka** i Prezydenta Miasta Lublina **Andrzeja Pruszkowskiego**.

Zabezpieczenia opieki podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej mieszkańców powiatu oraz roli samorządu miejscowego w owym zabezpieczeniu dotyczyło seminarium w Krasnostawskim Starostwie Powiatowym. Wysoki merytoryczny poziom spotkania i późniejszej dyskusji zapewnił udział Starosty Powiatu Krasnostawskiego **Janusza Szpaka**, Dyrektora SP ZOZ **Tomasza Leonkiewicza**, Przewod-



Prof. Leszek Wdowiak i prof. Wołodimir Kołodenko przy najszynniejszej ulicy Odessy – Dieribasowskaja

niczącego Rady Powiatu **Ludwika Kafarskiego**, Wicestarosty **Andrzeja Kmiecica** oraz Kierownika Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Izbiicy **Stanisława Kamińskiego**.

Ukraińscy eksperci wizytowali Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Zamościu. O specyfice funkcjonowania szpitala, o problemach, związanych z zarządzaniem placówką tego typu goście dowiedzieli się bezpośrednio od dyrektora szpitala **Andrzeja Mielczarka**, zastępcy dyrektora ds. leczenia **Jerzego Derkacza**, zastępcy dyrektora ds. Administracyjnych **Romana Kapicy**, zastępcy dyrektora ds. Technicznych **Mirosława Teterycza**, ordynatora oddziału Rehabilitacji **Krzysztofa Mataczyńskiego** oraz doktora **Rafała Sapuły**.

Mając na celu porównanie opieki zdrowotnej w różnych regionach na terenie województwa Lubelskiego, goście zwiedzili także Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej im. Mikołaja Kopernika. Byli oni zdziwieni szczerością wypowiedzi dyrektora **dr n. med. Henryka Konona**, dotyczących problemów z budżetem szpitala. Zapoznali się również z pracą Zakładu Pielęgniarsko-Opiekuńczego w Białej Podlaskiej dzięki uprzejmości **mgr Anety Kopczyk** – funkcjonowaniem Oddziału dla Przewlekłe Chorych.

Interesowano się również specyfiką finansowania opieki zdrowotnej. Z powodu zajęcia budynku NFZ przez protestujące pielęgniarki nie udało się spotkać osobiście z dyrektorem Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Lublinie. O finansowaniu usług i świadczeń zdrowotnych udało się jednak porozmawiać z zastępcą dyrektora ds. medycznych Lubelskiego OW NFZ **Tomaszem Kwiatkowskim**.

Zbieg okoliczności sprawił, iż odesyccy naukowcy uczestniczyli także w uroczystym otwarciu Teoretycznych Zakładów Naukowych „Collegium Universum” przy ul. dr. W. Chodźki 1, gdzie mieli okazję rozmawiać m. in. o międzynarodowej współpracy w sferze ochrony zdrowia i edukacji kadr medycznych w Polsce i na Ukrainie z Dziekanem Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem

Stomatologicznym **prof. dr hab. Marianem Wieloszem**, Dziekanem Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Zaocznym **prof. dr hab. Ireną Wrońską**, Prodziekanem Oddziału Anglojęzycznego **prof. dr hab. Ryszardem Maciejewskim**, Prodziekanem Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym AM w Lublinie **prof. dr hab. Andrzejem Dropem** oraz członkiem Sejmowej Komisji Zdrowia, posłem III i IV kadencji na Sejm RP **dr hab. n. med. Alfredem Owocem**.

■ ■ ■
Dzięki umożliwieniu bezpośrednich kontaktów z reprezentantami polskich organów samorządowych, goście z Odessy stwierdzili, iż Polska przeprowadziła najaktywniejsze działania w reformowaniu ochrony zdrowia spośród wszystkich krajów postkomunistycznych. „Wasz kraj nie boi się eksperymentować w sferze prywatyzacji usług medycznych, decentralizacji systemu ochrony zdrowia,



Prof. L. Wdowiak udziela wywiadu ukraińskim dziennikarzom



Od lewej: **dr Mykoła Tyszczyk**, **dr n. med. Helena Godlewska**, **doc. Aleksander Korwiecki**, **dr n. med. Akim Litwak**.

w kwestiach dotyczących aktywnego udziału społeczeństwa w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej (rady społeczne przy szpitalach). Przykładem tego są cztery etapy reform w ochronie zdrowia, czasem antagonyzujące, przeciwstawne, jednak niezmiennie ukierunkowane na poszukiwanie optymalnego modelu opieki zdrowotnej. Nie tylko, jednak, podobieństwo wyjściowych socjalistycznych systemów zarządzania ochroną zdrowia czyni Polskę przykładem do realizacji reformy ochrony zdrowia na Ukrainie, lecz podobieństwo ducha naszych słowiańskich narodów. Dlatego adaptacja doświadczenia Polski wydaje się bardziej prawdopodobna dla Ukrainy, aniżeli wzorce krajów zachodnich”, – stwierdził doc. **Aleksander Korwiecki**.

Uzupełnieniem naukowej części wizyty studyjnej był bogaty program kulturalny. Ukraińscy goście mogli w nieformalnej atmosferze przedyskutować kontrowersyjne kwestie, dotyczące sposobów optymalizacji ochro-

ny zdrowia w Polsce i na Ukrainie. Uczestnicy projektu zwiedzili Pałac Zamoyskich w Kozłowie, Muzeum Socrealizmu, podziwiali architekturę Starego Miasta w Zamościu. Z ogromnym zainteresowaniem obejrzeli staromiejskie zabytki Koziego Grodu, pilotowani przez **dr Iwonę Bojar**; obejrzeli wystawę malarstwa Marka Chagalla na Zamku Lubelskim. Docenili walory krasnostawskiej regionalnej kuchni, goszcząc pod wiatrakiem „U Fela”, lokalu znanego z przewodników kulinarnych R. Makłowicza. Inną odmianę regionalną kuchni polskiej-podlaską, degustowali w położonym na uboczu, w kotlinie nad malowniczym zalewem, zachwycającym urodą otaczającego pejzażu i urokiem przytulnych stylowych wnętrz, „Uroczyssku Zaborek”. Pensjonat ten, będący gospodarstwem agroturystycznym, jest miejscem z duszą, esencją nadbużańskiego Podlasia. Korzystając z zaproszenia Jego Ekscelencji Arcybiskupa Lubelskiego i Chełmskiego Abła, zwiedzili Jabłeczna nad Bu-

giem, ważne centrum prawosławia w Polsce, gdzie wśród malowniczych łąk i starorzeczy Bugu leży męski monaster pod wezwaniem Św. Onufrego (Wielkiego). Namiestnik klasztoru Archimandryta **dr Jerzy Pańkowski** przedstawił ukraińskim gościom historię klasztoru, klasycystycznej cerkwi – ikon Św. Onufrego z XV wieku i Bogurodzicy z XVII wieku.



W dniach 17-20 listopada 2003 roku w Odessie i odeskim województwie odbyła się rewizyta polskich specjalistów w osobach **prof. dr hab. Leszka Wdowiaka** i **dr Igora Szwieca**.

18 listopada 2003 przeprowadzono Konferencję Okrągłego Stołu na temat „Adaptacja polskiego doświadczenia w reformowaniu ochrony zdrowia. Współpraca organów samorządu lokalnego oraz organizacji społecznych” z udziałem ww. organizacji partnerskich oraz przedstawicieli Stałej



Uczestnicy projektu podziwiali architekturę Starego Miasta w Zamościu. Od lewej: doc. Aleksander Korwiecki, dr n. med. Helena Godlewska, dr Rafał Sapuła, dr n. med. Akim Litwak, Helena Miedwiediewa, dr Mykoła Tyszczuk



Ukraińscy eksperci wizytowali Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu. Z lewej: doc. Aleksander Korwiecki, v-dyr. ds. leczenia Jerzy Derkacz, dr Helena Godlewska, dr Igor Szwiec, Helena Miedwiediewa, dyrektor szpitala Andrzej Mielczarek, prof. Leszek Wdowiak, dr Krzysztof Mataczyński, v-dyr. ds. Administracyjnych Roman Kapica, v-dyr. ds. Technicznych Mirosław Teterycza, doc. Akim Litwak, dr Mykoła Tyszczyk

Komisji do Spraw Ochrony Zdrowia i Społecznego Zabezpieczenia Ludności Odeskiej Rady Obwodowej. Na spotkaniu podkreślono społeczną wagę problematyki ochrony zdrowia oraz aktualność analizy doświadczeń Polski w danej sferze. W tym celu została utworzona robocza grupa, którą kieruje Wiceprezes Odeskiej Administracji Państwowej Pan **Jurij Petrenko**.

Na wyjątkową rolę organizacji porządowych oraz miejscu rad społecznych w zarządzaniu szpitalami zwrócił szczególną uwagę dyrektor Odeskiego Regionalnego Instytutu Administracji Państwowej Ukrainiejskiej Akademii Administracji Państwowej przy Prezydencie Ukrainy. Duże zainteresowanie wśród zebranych przy Okrągłym Stole wzbudziła analiza procesu decentralizacji zarządzania ochroną zdrowia na Ukrainie, przedstawiona przez **doc. Aleksandra Korwieckiego**. Syntetycznego przedstawienia głów-

nych tendencji socjalno-psychologicznych w opinii społecznej oraz ich wpływu na działalność NGO i samorządów dokonał **dr Mykoła Tyszczyk**.

Najbardziej jednak, uwagę zgromadzonych przy „okrągłym stole” przykuły trafne wypowiedzi prof. Leszka Wdowiaka, który w sposób przejrzysty wyeksponował fundamentalne zasady, na których opiera się stale ewoluujący proces reformowania opieki zdrowotnej w Polsce. Wymienił on przede wszystkim: brak bezpośredniego podporządkowania zakładów opieki zdrowotnej Ministerstwu Zdrowia; separację finansowania służby zdrowia od budżetu Państwa poprzez utworzenie Kas Chorych, które zamieniono na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz prywatyzację świadczenia usług zdrowotnych.

Odrębne spotkanie odbyło się też pomiędzy prof. Leszkiem Wdowiakiem i **prof. Wołodymyrom Kołodenko** – kie-

rownikiem Zakładu Higieny Odeskiego Państwowego Instytutu Medycznego. Zakład ten od wielu lat łączy partnerska współpraca z Zakładem Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia naszej Uczelni. Program rewizyty został wzbogacony zwiedzeniem Odeskiego Ukrainiejskiego Teatru im. Wasylenka oraz obejrzeniem sztuki W. Szekspira „Sen nocy letniej”, nowatorsko przedstawionej w języku ukraińskim.

Pobyt w Odessie został ukoronowany uroczystym podpisaniem Deklaracji o Współpracy pomiędzy Polskim Towarzystwem Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego oraz Asocjacją organizacji społecznych „Społeczna Rada do spraw ochrony zdrowia”, celem której jest stworzenie długotrwałej współpracy pomiędzy stronami w zakresie ochrony zdrowia, pomocy społecznej, zachowania środowiska naturalnego oraz innych kwestii polityki zdrowotnej.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 (cz. I)

Po niedawnej prezentacji DSK, przedstawiamy obecnie kolejny szpital kliniczny – SPSK nr 1, z przekonaniem, że treść publikowanego opracowania posłuży promocji tej placówki, ukaże jej możliwości, a także przybliży czytelnikom osiągnięcia jednego z największych i najlepszych szpitali w makroregionie.

RED.

PROF. DR HAB. RYSZARD MACIEJEWSKI
MGR MARZENA POMARAŃSKA-OLSZAK

Zarządzenie MZiOS z dnia 31 grudnia 1998 r. powołało Radę Społeczną SPSK nr 1 w Lublinie zgodnie z art. 44c ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zoz (z późn. zm.). Funkcję przewodniczącego RS powierzono przedstawicielowi Ministerstwa Zdrowia p. **Januszowi Solarzowi**. W czasie kadencji Rady Społecznej odbyło się wiele posiedzeń, na których podejmowano uchwały poświęcone

głównie problematyce udzielania świadczeń zdrowotnych.

Na pierwszym posiedzeniu Rady Społecznej w dniu 24 maja 1999 r. przedstawiono regulamin pracy RS SPSK nr 1 w Lublinie, uchwalony harmonogram pracy oraz dokonano analizy bieżącej sytuacji Szpitala. Już na I posiedzeniu potwierdzono konieczność monitorowania ilości i jakości procedur medycznych. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie posiada wysokospecjalistyczną kadre oraz świadczy usługi na bardzo wysokim poziomie również cieszy się dobrą opinią w regionie.

Na drugim posiedzeniu Rady Społecznej 11 października 1999 roku omawiano głównie sprawy dotyczące bieżącej działalności Szpitala, rozszerzenie jego działalności Statutowej oraz kontraktacji świadczeń zdrowotnych.

Podczas drugiego posiedzenia Rady Społecznej podjęto również dwie uchwały nr 2/99 i 4/99 wnioskujące o zmianę Statutu. Wnioskowana zmiana porządkowała strukturę organizacyjną Szpitala określając nazwy jednostek organizacyjnych w sposób zgodny ze stanem faktycznym. Dokonanie przedmiotowej sprawy było szczególnie ważne w związku z trwającym konkursem ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w roku 2000.

Na trzecim posiedzeniu Rady Społecznej 17 grudnia 1999 r. przekazano informacje o zmianach personalnych w składzie RS zgod-

nie z zarządzeniem MZiOS z dnia 15 listopada 1999 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał jako swojego przedstawiciela Panią **Grażynę Wójcik**. Nowy skład Rady regulowało Zarządzenie MZ z dnia 10 lutego 2000 roku.

Przewodniczący: **Grażyna Wójcik**, członkowie: **Wojciech Marciniak**, **Tadeusz Pajurek**, **Andrzej Papierkowski**, **Maciej Latalski**, **Jan Oleszczuk**, **Stanisław Kamiński**, **Grażyna Rogala-Pawelczyk**, **Sławomir Buczkowski**, **Stanisław Gil**, **Stanisław Matys**.

Rada Społeczna w tym składzie pracowała do dnia powołania przez JM Rektora Akademii Medycznej w Lublinie nowej Rady w lutym 2002 roku.

Zgodnie z Rozporządzeniem MZ z 15 października 2001 r. państwową uczelnią właściwą do przejęcia uprawnień organu założycielskiego w stosunku do SPSK nr 1 w Lublinie jest Akademia Medyczna w Lublinie.

Pismem z dnia 7 lutego 2002 r. Szpital otrzymał Zarządzenie nr 13 Rektora Akademii Medycznej w Lublinie w sprawie powołania Rady Społecznej SPSK nr 1 w Lublinie.

Następne posiedzenie odbyło się 9 kwietnia 2002 roku – przewodniczącym Rady Społecznej został **prof. dr hab. Ryszard Maciejewski**. W skład Rady Społecznej weszło jeszcze kilka innych osób z poprzedniego składu, co daje gwarancję kontynuowania współpracy – w tym dbałości o stałe podnoszenie jakości świadczonych usług.

Historia i stan obecny Szpitala

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie datuje swoje początki jako instytucji medycznej w końcu XIX wieku. Pierwsze łóżka szpitalne przy ul. Staszica 16 zaistniały najprawdopodobniej w pomieszczeniach Klasztoru Karmelitanek w 1834 roku (niegdyś ulica Początkowska). Opiekę nad chorymi sprawowały wówczas Siostry Miłosierdzia Zgromadzenia św. Wincentego á Paulo zwane przez ludność „Szarytkami”. Na przełomie XIX i XX wieku powstała w Szpitalu aseptyczna sala operacyjna, spełniająca wszystkie ówczesne wymogi. W 1907 roku zamontowano pierwszy aparat rentgenowski i utworzono pracownię rentgenodiagnostyki.



Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1

p. o. Dyrektor
Mgr Marzena Pomarańska-Olszak

Zastępca dyrektora do spraw lecznictwa
Lek. med. Anna Piotrowska-Świrszcz

Zastępca dyrektora do spraw techniczno-eksploatacyjnych
Inż. Jerzy Pelczarski

Zastępca dyrektora do spraw pielęgniarstwa
Mgr Ałła Komsta

Główny księgowy
Mgr Anna Furtak

W 1926 roku Szpital uzyskał statut, w myśl którego otrzymał nazwę „Szpital św. Wincentego á Paulo w Lublinie”. Na czele Rady Fundacji stanął Wojewoda Lubelski, a bezpośredni nadzór nad jej pracą sprawował minister spraw wewnętrznych. Dzięki energicznemu działaniu Rady Fundacji w 1927 roku powstał nowy trzypię-

trowy pawilon mieszczący ok. 100 łóżek z przeznaczeniem na oddział położniczy i ginekologii operacyjnej z nowoczesną wtedy salą porodową i drugą aseptyczną salą operacyjną. Uruchomiono parową kuchnię szpitalną oraz pralnię mechaniczną.

W 1928 roku Szpital dysponował 207 łózkami, a prowadzone intensyw-

Obecna struktura i usytuowanie poszczególnych zespołów szpitala SPSK nr 1

**W skład zespołu obiektów szpitalnych
zlokalizowanych przy ul. Staszica 16 wchodzi:**

- ▶ Oddział Medycyny Ratunkowej,
- ▶ Klinika Chirurgii Ogólnej,
- ▶ Klinika Chirurgii Onkologicznej,
- ▶ Klinika Chirurgii Urazowej,
- ▶ Klinika Chorób Wewnętrznych,
- ▶ Klinika Ginekologii Operacyjnej,
- ▶ Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży,
- ▶ Oddział Intensywnej Terapii Noworodków i Niemowląt,
- ▶ Klinika Rozrodczości i Andrologii,
- ▶ II Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- ▶ Zakład Radiologii Lekarskiej,
- ▶ Poradnia Internistyczna,
- ▶ Poradnia Genetyczna,
- ▶ Poradnia Kardiologiczna,
- ▶ Poradnia Chirurgii Urazowej,
- ▶ Poradnia Ginekologiczna z Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej,
- ▶ Poradnia Rozrodczości i Andrologii,
- ▶ Poradnia Cytologiczna,
- ▶ Poradnia Kontroli Rozwoju Noworodków i Niemowląt,
- ▶ Poradnia Perinatologii,
- ▶ Izba Przyjęć Ogólna,
- ▶ Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza,
- ▶ Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej.

**W skład zespołu obiektów szpitalnych
przy ul. Staszica 11 wchodzi:**

- ▶ Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii,
- ▶ Zakład Stomatologii Wieków Rozwojowego,
- ▶ Poradnia Chorych ze Stomią,
- ▶ Poradnia Chirurgii Urazowej,
- ▶ Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- ▶ Poradnia Stomatologii Wieków Rozwojowego,
- ▶ Izba Przyjęć Chirurgii Naczyń,
- ▶ Dział Diagnostyki Laboratoryjnej,
- ▶ Bank Krwi.

Zespół obiektów przy ul. Staszica 13 tworzą:

- ▶ Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
- ▶ Poradnia Endokrynologiczna,
- ▶ Poradnia Diabetologiczna,
- ▶ Poradnia Chirurgii Naczyń,
- ▶ Poradnia Leczenia Bólu.

**W zespole budynków szpitalnych przy
ul. Karmelickiej 7 mieszczą się:**

- ▶ Klinika Chirurgii Stomatologicznej i Szcękowo-Twarzowej,
- ▶ Zakład Ortopedii Szcękowej,
- ▶ Zakład Protetyki Stomatologicznej z Pracownią Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia,
- ▶ Zakład Stomatologii Zachowawczej,
- ▶ Zakład Periodontologii,
- ▶ Samodzielna Pracownia Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej,
- ▶ Poradnia Protetyki Stomatologicznej,
- ▶ Poradnia Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia,
- ▶ Poradnia Stomatologii Zachowawczej,
- ▶ Poradnia Ortopedii Szcękowej,
- ▶ Poradnia Wad Rozwojowych Twarzoczaszki,
- ▶ Poradnia Chirurgii Stomatologicznej i Szcękowo-Twarzowej,
- ▶ Poradnia Periodontologii.

Zespół budynków przy ul. Chmielnej 1 tworzą:

- ▶ I Klinika Okulistyki,
- ▶ II Klinika Okulistyki,
- ▶ Poradnia Okulistyczna Ogólna,
- ▶ Poradnia Diagnostyki i Leczenia Jaskry,
- ▶ Izba Przyjęć Okulistyki,
- ▶ Pracownia Histopatologii,
- ▶ Bank Tkanek Oka.

**W skład zespołu budynków przy
ul. Abramowickiej 2 wchodzi:**

- ▶ Klinika Psychiatrii,
- ▶ Poradnia Psychiatryczna,
- ▶ Izba Przyjęć Psychiatrii,

Zespół budynków przy ul. Radziwiłłowskiej 13:

- ▶ Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej,
- ▶ Poradnia Dermatologiczna i Dermatologii Dziecięcej,
- ▶ Izba Przyjęć Dermatologii.

nie prace budowlane umożliwiły uruchomienie w 1935 roku nowych 120 łóżek. W okresie okupacji Szpital administrowany był przez lekarzy niemieckich i liczył już 519 łóżek.

W listopadzie 1944 roku rozpoczęły funkcjonowanie Kliniki: Laryngologii, Okulistyki i Neurologii oraz Zakłady: Radiologii oraz Anatomii Patologicznej. Wiosną 1945 roku rozpoczęła działalność Klinika Ginekologiczno-Położnicza oraz Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych.

W maju 1950 roku obiekt szpitalny został inkorporowany w strukturę Szpitala Klinicznego nr 1 im. Św. Józefa.

W 1954 roku władze miasta przekazały budynek przy ul. Chmielnej 1 dla potrzeb Kliniki Okulistyki. W tym samym roku Minister Zdrowia utworzył przy ul. Staszica 11 Państwowy Szpital Kliniczny nr 3, przemianowany w 1970 r. na Instytut Pediatrii lubelskiej Akademii Medycznej, który od lipca 1974 został włączony do PSK nr 1. W 1979 roku oddano do użytku nowy gmach, wybudowany przy ul. Chmielnej 1, z przeznaczeniem dla Kliniki Okulistyki. W wyniku tych działań Państwowy Szpital Kliniczny nr 1 stał się ogromną jednostką lecznictwa specjalistycznego liczącą 1085 łóżek, w tym 406 łóżek dziecięcych.

W 1987 roku klinika Chirurgii Naczyń, a w 1988 Klinika Neurochirurgii zostały przeniesione do Państwowego Szpitala Klinicznego nr 4. W ich miejsce została utworzona Klinika Rozrodczości i Andrologii oraz Oddział Intensywnej Terapii dla dorosłych.

W latach 1995/97 kliniki dziecięce zostały przeniesione do nowego budynku Dziecięcego Szpitala Klinicznego, mieszczącego się przy ul. dr. Witolda Chodźki.

Od roku 1998 zostały włączone w strukturę Szpitala Klinika Chirurgii Naczyń oraz Klinika Psychiatrii lubelskiej AM (województwo lubelski przekazał fragment parku podworskiego wraz z pawilonem przy ul. Abramowickiej 2, w którym mieści się wspomniana klinika).

W maju 2001 r. w ramach struktury Szpitala rozpoczęła swoją działalność Klinika Chirurgii Onkologicznej.

Dnia 1 stycznia 1999 roku na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia



nr 20/98 z dnia 11 grudnia 1998 r. Państwowy Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie został przekształcony w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej i wpisany do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych przez Ministra Zdrowia oraz rejestru publicznych zoz prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Lublinie.

Podstawowym celem działalności Szpitala jest realizacja zadań dydaktycznych i badawczych dla potrzeb Akademii Medycznej w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

Do zadań utworzonej jednostki należą w szczególności:

1. udział w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych Akademii i innych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną w dziedzinie nauk medycznych w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów,

2. udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez jednostki organizacyjne Szpitala.



Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii mieści się w sześciokondygnacyjnym budynku, gdzie łączna powierzchnia pomieszczeń wynosi 3000 m kw.

3. uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego oraz doskonaleniu zawodowym kadr lekarskich, pielęgniarskich, słuchaczy szkół medycznych i innych zawodów w zakresie określonym w odrębnych umowach oraz przepisach.

4. prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia,

5. prowadzenie działalności mającej na celu profilaktykę zdrowotną.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1. opieki stacjonarnej ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń w zakresie:

- medycyny ratunkowej,
- kardiologii,
- chirurgii ogólnej,
- chirurgii urazowej,
- chirurgii naczyń,
- chirurgii stomatologicznej,
- chirurgii szczękowo-twarzowej,
- anestezjologii,
- intensywnej terapii,
- ginekologii,
- położnictwa,
- patologii ciąży,
- rozrodczości,
- andrologii,
- okulistyki,
- chorób wewnętrznych,
- dermatologii,
- wenerologii,
- psychiatrii,
- patologii noworodka,
- intensywnej terapii noworodka,
- chirurgii onkologicznej,
- chemioterapii.

2. opieki ambulatoryjnej w zakresie:

- chirurgii ogólnej,
- chirurgii urazowej,
- chirurgii naczyń,
- chirurgii stomatologicznej,
- chirurgii szczękowo-twarzowej,
- chorób wewnętrznych,
- kardiologii,
- ginekologii,
- andrologii,
- leczenia bólu,
- okulistyki,
- rozrodczości,

- dermatologii,
- wenerologii,
- endokrynologii,
- genetyki,
- stomatologii (stomatologia zachowawcza z periodontologią, pedodontologia, protetyka, ortodoncja),
- wad rozwojowych twarzoczaszki,
- rehabilitacji.

3. diagnostyki realizowanej przez zakłady i pracownie diagnostyczne:

- badania z zakresu diagnostyki laboratoryjnej (oznaczenie poziomu hormonów, pełny zakres badań biochemicznych, hematologicznych oraz z zakresu analityki ogólnej, badania układu krzepnięcia i diagnostyki serologicznej);
- diagnostyka mikrobiologiczna i mykologiczna (pełny zakres badań),
- badanie TK z rekonstrukcją trójwymiarową, pantomografia, zdjęcia wewnątrznie i zgrzyzowe, badanie metodą radiografii cyfrowej, densytometria;
- diagnostyka USG,
- mammografia,
- sonoangiografia,
- wideoskopia,
- pomiary perfuzji tkankowej przy użyciu Laser-Dopplera,
- hysterosalpingografia,
- diagnostyka owulacji,
- diagnostyka seminologiczna,
- badania genetyczne,
- diagnostyka wydolności układu krążeniowo-oddechowego,
- próby wysiłkowe,
- echokardiografia,
- badanie holterowskie
- badania cytologiczne i histopatologiczne.

4. rehabilitacji leczniczej:

- masaż leczniczy,
- fizykoterapia.

Świadczenia te są udzielane ogólnie ludności na warunkach bezpłatności, częściowej lub pełnej odpłatności na zasadach określonych w ustawach, odrębnych przepisach lub umowach cywilnoprawnych.

Jakość świadczonych usług

Na terenie Szpitala funkcjonuje Komitet ds. Jakości Usług Medycznych. Jest to wysokospecjalistyczny zespół pracowników, których zadaniem jest analiza świadczonych usług, ocena ich jakości i formułowanie wniosków zmierzających do ich poprawy. Zespół od początku powstania ściśle współpracuje z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Jego zadaniem jest również wypracowywanie standardów postępowania medycznego, mające znaczenie w procesie akredytacyjnym szpitali. Realizowane są programy w zakresie profilaktyki odleżyn, profilaktycznego stosowania antybiotyków w oddziałach zabiegowych, postępowania przedoperacyjnego i prowadzenia dokumentacji medycznej. Opracowano własny schemat historii choroby i karty zakażeń szpitalnych. W Szpitalu funkcjonuje również Zespół ds. Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych, dzięki któremu rejestrowane są wszystkie zakażenia występujące na terenie Szpitala. Prowadzone we współpracy z Laboratorium mikrobiologiczne badania pozwalają na określenie miejsc powstawania zakażeń i ich szybkie eliminowanie. Dane te są udostępniane jednostkom klinicznym. W oparciu o analizę stanu sanitarnego i sytuacji epidemiologicznej Szpitala Zespół wypracowuje i zaleca wprowadzanie działań profilaktycznych.

Ze względu na potrzebę redukcji liczby leków stosowanych w leczeniu pacjentów, powołany został w Szpitalu Komitet Terapeutyczny, którego zadaniem było opracowanie wykazu leków zakwalifikowanych do stosowania w terapii pacjentów oraz aktualizacja receptariusza szpitalnego. Praca Komitetu Terapeutycznego jest prowadzona w sposób ciągły. Co pół roku, w zależności od potrzeb Komitet uaktualnia listę leków stosowanych w Szpitalu, na bieżąco kontroluje zużycie leków, oraz aktywnie wprowadza zasady polityki antybiotykowej. Działalność wymienionych jednostek ma na celu głównie utrzymanie wysokiej jakości usług medycznych świadczonych w Szpitalu.

Potwierdzeniem wysokiej jakości świadczonych usług medycznych jest fakt, iż Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie dnia 24 stycznia 2000 r. otrzymał Certyfikat Akredytacyjny nr CMJ 99/26, przyznany na okres jednego roku przez Centrum Mo-



monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia jako pierwsza jednostka tego typu w Polsce. Aspiracje Szpitala w dążeniu do ciągłego podnoszenia standardów zostały uwieńczone ponownym uzyskaniem Certyfikatu Akredytacyjnego dnia 19 lutego 2001 r., przyznanego przez CMJ na okres trzech lat.

Kadra medyczna szpitala

Kadra medyczna SPSK nr 1 posiada wysokie kwalifikacje. Wśród 443 lekarzy 38 to lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji, a 95 z drugim stopniem specjalizacji. Wśród tej grupy zawodowej jest aż 24 profesorów. Zasiadają oni w wielu organizacjach krajowych i międzynarodowych takich jak: Polskie Towarzystwo Dermatolo-

giczne, Komisja Patofizjologii Bólu Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, European Prosthodontic Association, Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, International Association Dental Maxillo-Facial Radiology (USA), ESHRE, EATB, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Okulistyczne, Fundacja Popierania Rozwoju Okulistyki. Prace oraz wykłady naukowe pracowników SPSK nr 1 w Lublinie były publikowane na całym świecie. Wśród wielu osiągnięć uwzględnić należy uznanie jakim cieszyły się wynalazki i innowacje w zakresie badań i profilaktyki stomatologii wprowadzone przez pracowników szpitala. Lekarze są wielokrot-

nymi laureatami nagród przyznawanych przez MZiOS, PAN, jak również międzynarodowych instytucji takich jak np. American Academy of Crown and Bridge Prosthodontics.

Działania dyrekcji SPSK nr 1 w Lublinie podejmowane w celu podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych

1. Działania restrukturyzacyjne:

- racjonalizacja zatrudnienia (zmniejszenie zatrudnienia, przesunięcia pracowników, w jak najszerszym zakresie wykorzystanie kwalifikacji przydatności zawodowej istniejącego personelu),
- przystosowanie liczby łóżek w poszczególnych oddziałach do wskaźnika ich obłożenia,
- uruchomienie nowych jednostek (konkurencyjność).

2. Działania inwestycyjne: komputeryzacja jednostek Szpitala, wprowadzenie jednego systemu przetwarzania danych:

- łatwiejsza dostępność do informacji wewnątrz jednostki,
- zmodyfikowanie sposobu przekazywania danych - z papierowej na elektroniczną,
- możliwość stałego monitorowania realizacji kontraktu, tak by ściśle przestrzegać, wyznaczonych limitów.

3. Zmiany sposobu zarządzania i organizacji pracy:

- wdrożenie pełnej odpowiedzialności kierowników jednostek za gospodarkę finansową,
- comiesięczne monitorowanie wydatkowanych środków,
- przekazanie części usług do realizacji wyspecjalizowanym firmom i zakładom (utrzymanie czystości, utylizacja odpadów, pranie bielizny, przygotowywanie i transport posiłków itp.),
- zmniejszenie średniego pobytu pacjenta w szpitalu poprzez poprawę organizacji pracy w oddziałach oraz prowadzenie części diagnostyki przed przyjęciem do szpitala,
- wydzielenie funkcjonalne łóżek pobytu jednodniowego lub krótkoterminowego,

- dążenie do zwiększenia liczby zakontraktowanych procedur – punktów,
- przestrzeganie w Klinikach miesięcznych limitów zakontraktowanych świadczeń,
- utworzenie nowych jednostek świadczących usługi, na które jest duże zapotrzebowanie w regionie,
- wprowadzanie zasad oszczędnej gospodarki lekiem. Comiesięczne monitorowanie zużycia leków, wydawanie leków wyłącznie dla poszczególnych pacjentów, całodobowy dostęp do apteki, w tym ogólna dostępność dla ludności. Stosowanie tańszych zamienników leków.

Charakterystyka poszczególnych oddziałów

Katedra i Klinika

Chirurgii Naczyń i Angiologii AM

Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii rozpoczęła swą działalność w ramach Szpitala w 1998 r., mając już utrwaloną pozycję wśród krajowych ośrodków specjalizujących się w chirurgii naczyniowej. stąd też cieszy się dużym zainteresowaniem wśród pacjentów z tymi schorzeniami z całego regionu.

W Klinice Chirurgii Naczyń prowadzona jest działalność naukowa, głównie w oparciu o działające w Klinice laboratorium naukowe. Przeprowadzane są tu testy diagnostyczne z zakresu poziomu cholesterolu i frakcji lipidowych osocza, rutynowe parametry układu krążenia, a także prowadzone są badania nad wybranymi czynnikami układu krzepnięcia i fibrynolizy w miażdżycy tętnic szyjnych i kończyn oraz w zakrzepowo-zarostowym zapaleniu naczyń. Oznaczane są także markery stanu zapalnego (czynnik płytkowy 4, białko C-reaktywne) w schorzeniach leczonych w Klinice. Klinika prowadzi wspólnie z ośrodkami krajowymi i zagranicznymi następujące badania:

- z Samodzielną Pracownią Mikroskopii Elektronowej Zakładu Medycyny Doświadczalnej PAN: „Zmiany w ultrastrukturze pęczka naczyniowo-nerwowego u chorych w ostrej fazie zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń”;



- z Kliniką Hematologii AM w Białymstoku: „Rola TFPI w patogenezie choroby Buergera”;

- z Kliniką Hematologii AM w Lublinie: „Udział cytokin w patogenezie zaawansowanych stadiów miażdżycy tętnic i zakrzepowo-zarostowe zapalenia naczyń”;

- z Zakładem Neuroradiologii AM w Lublinie: „Wprowadzenie technik endowaskularnych do praktyki klinicznej w leczeniu operacyjnym miażdżycy tętnic”;

- z Service Chirurgie Vasculaire et Endocrinienne Hôpital Henri Mondor Creteil we Francji: „Tromboliza i tromboaspiracja w leczeniu ostrych zakrzepic tętniczych”, „Zastosowanie technik endowaskularnych w leczeniu tętniaków aorty brzusznej i tętnic obwodowych”.

W Klinice Chirurgii Naczyń i Angiologii przeprowadzana jest diagnostyka ultrasonograficzna w zakresie naczyń szyjnych i kręgowych, jamy brzusznej oraz kończyn dolnych i górnych na aparacie Toshiba 360 wyposażonym w podstawowe oprzyrządowanie i oprogramowanie wymagane w ultrasonografii naczyniowej.

Na bloku operacyjnym Kliniki przeprowadzanych jest szereg specjali-



Dr n. med. Adam Borowicz, były wieloletni dyrektor SPSK nr 1, obecnie dyrektor Oddziału Lubleskiego Narodowego Funduszu Zdrowia

stycznych procedur. Jako jedyna w Polsce Klinika stosuje pełny zakres videoskopii w chorobach naczyń – zabiegi videoskopowe odnerwienia współczulnego na poziomie piersiowym i lędźwiowym oraz podpowięziowego niszczenia niewydolnych żył przeszywiających w leczeniu zespołu pozakrzepowego.

W leczeniu zachowawczym Klinika wykorzystuje szereg nowoczesnych leków naczyniowo-rozszerzających,

przeciwpłytkowych, przeciwzakrzepowych i przeciwkrzepliwych. Klinika bierze udział w ocenie przydatności klinicznej wielu leków stosowanych w chorobach naczyń.

Ze względu na wprowadzone techniki videoskopowe oraz techniki endowaskularne, świadczone dzięki współpracy Zakładu Radiologii Sercowo-Naczyniowej i Zabiegowej SPSK nr 4 w Lublinie, usługi te świadczone są dla pacjentów z całej Polski.

Klinika prowadzi szkolenia stażystów z zakresu chirurgii naczyń do drugiego stopnia specjalizacji z chirurgii ogólnej oraz prowadzi szkolenia chirurgów w ramach działalności Stowarzyszenia Rozwoju Angiochirurgii i bierze czynny udział w organizacji zjazdów angiologii i angiochirurgii. Lekarze Kliniki Chirurgii Naczyń i Angiologii corocznie biorą czynny udział w zjazdach krajowych i zagranicznych poświęconych zagadnieniom schorzeń układu krwionośnego. Klinika świadczy usługi zgodnie z profilem działalności, właściwym dla trzeciego poziomu referencyjności.

W maju 2003 r. nastąpiło powiększenie bazy łóżkowej Kliniki (z 35 do 48 łóżek), poprzez przeniesienie siedziby do nowo wybudowanego budynku przy ul. Staszica 11. Obecnie Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii mieści się w sześciokondygnacyjnym budynku, gdzie łączna powierzchnia pomieszczeń wynosi 3000 m kw.

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej AM

Klinika Chirurgii Ogólnej świadczy usługi zgodnie z profilem działalności, właściwym dla trzeciego poziomu referencyjności. Zajmuje się głównie leczeniem nowotworów przełyku, żołądka, jelita grubego. Jest jedynym tego typu ośrodkiem w regionie. Dysponuje dobrze wyposażoną pracownią diagnostyki chorób przewodu pokarmowego. Posiada w swej strukturze blok operacyjny z salą do laparoskopii, Oddział Intensywnej Opieki Pooperacyjnej oraz poradnię przykliniczną, w których kontynuowane jest leczenie szpitalne.

Kierownik Kliniki jest konsultantem regionalnym, co powoduje, że wszystkie najcięższe i powiklane przy-

padki z regionu są przyjmowane i kompleksowo leczone w tej klinice.

W ramach Kliniki funkcjonują pracownie:

- Endoskopii, z możliwością prowadzenia zabiegów endoskopowych;
- Chemioterapii;
- Ultrasonograficzna, która poza diagnostyką prowadzi zabiegi celowanej biopsji i punkcji wątroby, tarczycy, trzustki i innych narządów jamy brzusznej;
- Laboratorium, w którym wykonywane są badania manometryczne przełyku oraz 24-godzinne badania pH-metryczne przełyku i żołądka;
- markerów nowotworowych.

Klinika posiada szerokie doświadczenie w zakresie leczenia laparoskopowego chorób refluksowych i kureczu wpustu. Obecne doświadczenie kliniki, szeroka kadra chirurgów zajmujących się leczeniem metodami laparoskopowymi, stwarza szansę na dalsze rozszerzenie zakresu zabiegów operacyjnych (jelito grube, endokrynologia, wskazania hematologiczne, żołądek).

Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej AM

Klinika Chirurgii Onkologicznej rozpoczęła działalność w ramach struktury Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie 22 maja 2001 r. Dzięki temu uległ rozszerzeniu zakres działalności Szpitala.

W Klinice Chirurgii Onkologicznej leczone są następujące schorzenia:

1. Nowotwory złośliwe.
2. Rak *in situ*.
3. Czerniak *in situ*.
4. Nowotwory niezłośliwe.
5. Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze układu limfatycznego krwiotwórczego i tkanek pokrewnych, oraz innych i nieokreślonych umiejscowień.
6. Łagodna dysplazja sutka.
7. Stany zapalne sutka.
8. Nieokreślony guzek sutka.
9. Inne zaburzenia sutka.

I Katedra i Klinika Ginekologii AM

I Klinika Ginekologii AM prowadzi działalność w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób kobiecych, a w szczególności:

- stanów przedrakowych szyjki macicy,
- diagnostyki i wczesnego prognozowania złośliwości guzów jajnika,
- wczesnej diagnostyki i leczenia stanów przedrakowych i raka sromu,
- nietrzymania moczu u kobiet,
- profilaktyki, rozpoznania i leczenia zagrażającego poronienia, porodu przedwczesnego
- niewydolności ciśnieniowo-szyjkowej macicy,
- wczesnej diagnostyki ciąży pozamacicznej,
- leczenie zachowawcze i operacyjne z plastyką jajowodów,
- prognozowanie wystąpienia ryzyka w perinatologii.

Klinika ma bardzo niski odsetek chorych (6,5 procent), u których przeprowadza się leczenie antybiotykami w związku z leczeniem operacyjnym. W leczeniu przeprowadzana jest profilaktyka antybiotykowa oraz profilaktyka heparynowa.

I Katedra i Klinika Ginekologii kieruje się zasadą, że lepiej przeciwdziałać chorobom, niż leczyć, stąd też realizacja wielu programów zdrowotnych. Wśród nich są liczne programy z zakresu profilaktyki schorzeń nowotworowych:

1. Rak piersi.
2. Rak szyjki macicy.
3. Badania profilaktyczne w zakresie schorzeń nowotworowych narządów płciowych kobiet.
4. Leczenie wznowy nowotworów jajnika po leczeniu skojarzonym.
5. Program: taksoidy w skojarzonym leczeniu raka jajnika i raka piersi; moduł: leczenie raka jajnika.

W ramach Kliniki działają pracownie: USG, EKG, cytologiczna, kolposkopowa i immunoenzymatyczna.

W 2001 roku w strukturze I Katedry i Kliniki Ginekologii, rozpoczął działalność Ośrodek Badań Profilaktycznych Kobiet oraz m. in. dla potrzeb tego ośrodka powstała w Zakładzie Radiologii Lekarskiej Szpitala Pracownia Mammografii.

C. D. N.

Nowe oblicza formaldehydu

W dniach 12-16 października
2003 roku w węgierskim Pécsu
odbywała się szósta już
międzynarodowa konferencja
poświęcona roli formaldehydu
w układach biologicznych
– 6th International Conference on
Role of Formaldehyde in Biological
Systems – Methylation and
Demethylation Processes.

DR N. MED. INGRID RÓŻYŁO-KALINOWSKA
II ZAKŁAD RADIOLOGII LEKARSKIEJ AM W LUBLINIE

W konferencji, oprócz Węgrów, brali udział naukowcy z krajów europejskich i azjatyckich oraz liczne grono Polaków, na czele z pracownikami Akademii Medycznej w Lublinie oraz Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego Konferencji był, jak zawsze, profesor Ernő Tyihák z Węgierskiej Akademii Nauk, światowej sławy znawca zagadnień roli formaldehydu w układach biologicznych, prekursor badań w tej dziedzinie, z którym mam przyjemność od kilku lat współpracować. Warto zwrócić uwagę, że wśród członków Komitetu Naukowego znalazły się prof. dr hab. T. Katarzyna Różyło z lu-

belskiej AM oraz prof. dr hab. Elżbieta Malarczyk z Zakładu Biochemii UMCS.

W czasie dziesięciu sesji plenarnych i dwu sesji plakatowych omawiano różne aspekty roli formaldehydu w organizmach żywych. Tematyka konferencji obejmowała takie zagadnienia, jak: podstawy teoretyczne badań nad formaldehydem, miejsce tego związku w biosferze (w tym w tkankach twardych zębów i ludzkiej ślinie, co stanowi przedmiot badań własnych autorki prowadzonych we współpracy z kolegami z Węgier i Polski [1,2,3], rola formaldehydu powstającego w wynikach procesów demetylacji, toksykologia tego związku, wpływ formaldehydu na rozplam komórek nowotworowych, cykl formaldehydu w komórkach organizmów żywych i jego wpływ na stres, biologiczne aspekty metabolizmu formaldehydu, jak również analiza zawartości tego związku w próbkach biologicznych. Formaldehyd, podobnie jak inne aldehydy i ketony, jest obecny w różnych tkankach i płynach ustrojowych. Zainteresowanie rolą tego związku w środowisku naturalnym zrodziło się w połowie lat sześćdziesiątych, gdy Walker [4] opublikował monografię zatytułowaną „Formaldehyd”. Wkrótce potem opisano również genotoksyczne i rakotwórcze właściwości formaldehydu (Grafström i wsp. [5] oraz Swenberg i wsp. [6]). Badania nad rolą formaldehydu jako normalnego składnika organizmów żywych podjęli Tyihák [7], [8] i Swenberg [6].

Autorzy ci wykazali, że związek ten jest produkowany przez komórki żywych organizmów,

w których istnieje cykl formaldehydu, stanowiący jeden z głównych szlaków metabolicznych w różnych układach biologicznych, zaś wszystkie układy biologiczne mają potencjał tworzenia formaldehydu w procesach metylacji/demetylacji.

Na tegorocznej konferencji podkreślono możliwość uczestniczenia formaldehydu nawet w procesie fotosyntezy w reakcji redukcji dwutlenku węgla do kwasu mrówkowego i przyłączenia formaldehydu do 1,5-difosforanowi rybulozy. Wiadomo, że obecność formaldehydu w organizmach żywych może być wynikiem działania leków, takich jak niektóre antybiotyki. W tym kontekście niezwykle ciekawe okazały się wyniki badań profesora Kalásza z Uniwersytetu Semmelweisa w Budapeszcie nad rolą formaldehydu w metabolizmie selegiliny, inhibitora MAO stosowanego w chorobie Parkinsona. Stwierdzono, że u osób przyjmujących selegilinę formaldehyd eliminowany był z moczem, a obecny był w największych ilościach w nerkach, następnie płucach, wątrobie, sercu i mózgu. Wyciągnięto więc wniosek, że selegilina może powodować powstawanie formaldehydu w mózgu.

Inni autorzy przedstawili również pogląd, że formaldehyd może brać udział w reakcjach metylacji białek i DNA, w wyniku czego podwyższenie poziomu formaldehydu jest przyczyną procesów patologicznych, co koreluje z wynikami badań własnych. Jednocześnie zauważono wpływ stężenia formaldehydu na procesy apoptozy w genetycznie modyfikowanych kulturach tkanek roślinnych – w dużych dawkach formaldehyd powodował procesy obumierania komórek promując procesy apoptozy, w niskiej dawce nie wywierał żadnego działania, natomiast bardzo niskie stężenia tego związku powodowały rozplam komórek. Podobnie przeciwnowotworowe działanie doksorubicyny badane *in vivo* w modelu zwierzęcym ulegało wzmocnieniu przy skojarzeniu tego leku z substancjami uwalniającymi formaldehyd (przy założeniu, że formaldehyd uwalnia się w organizmie w szlakach biochemicznych).

W trakcie obrad przedstawiono także nowe zależności pomiędzy formal-

W trakcie obrad przedstawiono także nowe zależności pomiędzy formaldehydem, a rezweratrolem – związkiem, który obecnie „robi karierę” międzynarodową.

dehydem, a rezweratrolem – związkiem, który obecnie „robi karierę” międzynarodową. Ten bardzo aktywny biologicznie związek (3, 4, 5-trihydro-

drokso-trans-stilben) spotykany jest w naturze w ziołach, zaś w formie glikozydu także w skórcie winogron, a więc również w czerwonym winie.



Autorka z Prof. Tyihákiem, w trakcie sesji plakatowej, w pięknych wnętrzach pałacyku Vasvary, ozdobionych ceramiką Zsolnay

Związek ten jest obiektem zainteresowania medycyny, biologii i chemii, ponieważ jego wysoka aktywność biologiczna jest wielokierunkowa: pełni funkcję antyoksydantu, obniża stężenie cholesterolu, wpływając na podziały komórkowe i procesy apoptozy działa jako środek przeciwnowotworowy, a także reaguje z formaldehydem wewnątrzkomórkowym.

W ostatnich latach zainteresowanie z coraz lepiej poznanego formaldehydu przenosi się na substancje będące jego potencjalnymi generatorami w układach biologicznych, takie jak: cholina, L-karnityna, glicyna itp. Istnieją dowody na to, że betainy w małych ilościach zwiększają zdolności obronne roślin narażonych na czynniki stresogenne - w warunkach infekcji grzybiczej lub wirusowej, o czym mówił w swoim wykładzie profesor Blunden z Wielkiej Brytanii. Betainy, jako substancje będące prekursorami formaldehydu w tkankach twardych zębów, stały się też przedmiotem badań zespołów naukowych AM i UMCS

Rezweratrol – związek ten jest obiektem zainteresowania medycyny, biologii i chemii, ponieważ jego wysoka aktywność biologiczna jest wielokierunkowa: pełni funkcję antyoksydantu, obniża stężenie cholesterolu, wpływając na podziały komórkowe i procesy apoptozy, działa jako środek przeciwnowotworowy, a także reaguje z formaldehydem wewnątrzkomórkowym.



Grupa uczestników wraz z członkami komitetu organizacyjnego – w środku Profesor Tyihák

i stwierdzono istnienie odwrotnej korelacji pomiędzy poziomem betain a zawartością formaldehydu w tych tkankach oznaczanego metodami chromatografii planarnej. Zaowocowało to prezentacją przez autorkę wyników tych badań na omawianej konferencji w formie bardzo dobrze przyjętego referatu planarnego oraz trzech zespołowych prezentacji plakatowych.

Omawiana konferencja odbywała się w siedzibie Komitetu Regionalnego Węgierskiej Akademii Nauk, która mieści się w pięknym pałacyku Vasváry. Budynek ten został zbudowany w 1884 roku dla kupca o tym nazwisku, który wspierał lokalnych artystów i rzemieślników oraz zgromadził imponującą kolekcję porcelany i ceramiki wykonanej w węgierskiej fabryce Zsolnay, która to kolekcja zdobi wnętrza i ogrody pałacyku.

**W 1367 roku,
a więc już w trzy
lata po otwarciu
w Krakowie
Uniwersytetu
Jagiellońskiego,
w Pécsu powstał
pierwszy węgierski
uniwersytet –
i czwarty w Europie
Środkowej**

Oprócz programu naukowego organizatorzy konferencji zadbali o atrakcyjny program kulturalny i towarzyski, w ramach którego odbyło się zwiedzanie zabytków starówki Pécsu wraz z koncertem organowym w neoromańskiej bazylice, której najstarsze fragmenty pochodzą z XI wieku n. e., degustacja win (oczywiście czerwonych – zawierających rezweratrol!) w prywatnej winnicy Vina Preventina w Villány oraz kolacja koleżeńska.

Pécs, choć pod względem liczby ludności to piąte co do wielkości miasto Węgier, pozostaje mało znany, być może ze względu na odległość od Budapesztu położenie – zaledwie 20 kilometrów od granicy węgiersko-chorwackiej. Z tego jednak powodu pozbawieni dostępu do morza Węgrzy okolice Pécsu nazywają śródziemnomorskim regionem swojego kraju, ze względu na bogatą roślinność typową dla wybrzeży Morza Śródziemnego oraz klimat – średnie temperatury w tej okolicy co najmniej o kilka stopni przewyższają notowane w Budapeszcie zarówno latem, jak i zimą. Przede wszystkim jednak Pécs to następcą założonego w tym miejscu w drugim wieku naszej ery przez Rzymian Sopianae, które dwa wieki później stało się bogatą stolicą prowincji oraz ważnym centrum dla wczesnych Chryścjan. W IV wieku naszej ery Sopianae było już bogatą stolicą prowincji rzymskiej. Z tego okresu pochodzą najznakomitsze zabytki – wpisane na Listę Światowego Dziedzictwa UNESCO – wczesnochrześcijańskie miejsca pochówku. Na kompleks ten składają się kościołki, kaplice i mauzolea z grobowcami. Wykopiska archeologiczne są prowadzone w centrum Pécsu od ponad dwustu lat i odkryto już setki grobowców, których ściany pokryte są freskami przedstawiającymi sceny biblijne. Jest to największe skupisko wczesnochrześcijańskich budowli nie tylko na Węgrzech, ale i w całej Europie.

O ważnej roli pełnionej przez Pécs w kolejnych wiekach świadczy założenie tu episkopatu w 1009 roku przez pierwszego króla Węgier – św. Stefana. W 1367 roku, a więc już w trzy lata po otwarciu w Krakowie Uniwersytetu Jagiellońskiego, w Pécsu powstał pierwszy węgierski (i czwarty w Europie Środkowej) uniwersytet. Na oblicze miasta wpływ miała również trwająca sto pięćdziesiąt lat turecka okupacja, której świadectwem są przetrwale do chwili obecnej: meczet (pełniący aktualnie rolę kościoła), łaźnie tureckie i grób Paszy Idrisa. Malowniczość starówki podkreślają dobrze zachowane fragmenty murów miejskich z barbakanem.

Jakaż to szkoda, że Węgry, choć to kraj tak bliski naszemu sercu ze względu na wspólną historię (choćby król Stefan Batory) i nieodległy geograficznie, poza Budapesztem i okolicami jeziora Balaton pozostaje niezbyt znany przeciętnym Polakom. Życzę węgierskim kolegom po fachu więcej tak udanych konferencji, harmonijnie łączących prezentację węgierskiej myśli naukowej z odkrywaniem piękna ich kraju.

PIŚMIENNICTWO

1. Rózylo T. K., Zolniska A., Rózylo-Kalnowska L.: Use of OPLC for quantitation of HCHO, as the dimedone adduct in human saliva in different dental pathologies. *J. Planar Chromatogr.* 2002; 15 (1): 19-22.
2. Rózylo T. K., Siembida R., Nemeth Zs. L., Albert L., Tyihak E.: HPLC-Orbitrap-MS investigation of change of formaldehyde and its generators in human teeth of different physiological stage. *Biomol. Chromatogr.* 2009; 14: 173-179.
3. Rózylo T. K.: Planar Chromatography and Densitometric Determination of Formaldehyde in Hard Tissues of Teeth. *Chem. Environ. Res.* 1995; 4 (152): 129-134.
4. Walker J. F.: Formaldehyde, 3rd ed. *Krieger, New York*, 1964.
5. Grafström R. C., Curran R. D., Yang L. L., Harris C. C. *Science* 1985; 228: 89-91.
6. Swenberg J. A., Kerns W. D., Mitchell R. L., Gralla E. J., Parfey K. I. *Cancer Res.* 1980; 40: 3398-3402.
7. Tyihak E., Honti S.: Formation of formaldehyde from S-adenosyl L-(methyl TH) methionine during enzymatic transmethylation of histamine. *FEBS Letter* 1986; 209: 362-366.
8. Kalasz H., Kovacs G., H. Nagy J., Tyihak E.: Identification of N-methylated basis amino acids from human adult teeth. *J. Dent. Res.* 1973; 57: 128-132.

Zdrowa matka zdrowa rodzina

W dniach 28-29 listopada 2003 roku w Lublinie odbyła się Ogólnopolska Konferencja Położnych pod hasłem „Zdrowa matka – zdrowa rodzina”. Organizatorem konferencji było Polskie Towarzystwo Położnych, miejscem obrad Collegium Novum i Collegium Universum Akademii Medycznej w Lublinie.

MGR PIEL. MAGDALENA LEWICKA
SAMODZIELNA PRACOWNIA UMIEJĘTNOŚCI
POŁOŻNICZYCH
WPINÓZ AM W LUBLINIE

MGR PIEL. MARIANNA SZYMAŃSKA
KATEDRA I KLINIKA POŁOŻNICWA I PERINATOLOGII
AM W LUBLINIE

Uczestniczyło w niej ponad 200 położnych z różnych stron Polski m. in. z Ciechanowa, Jeleniej Góry, Kętrzyna, Krakowa, Krosna, Łodzi, Łukowa, Nowego Sącza, Radomia, Siedlec, Słupska, Szczecina, Warszawy, Wrocławia. Przybyłych uczestników powitała mgr **Zofia Furtak** – Przewodnicząca Zarządu Krajowego Polskiego Towarzystwa Położnych w Lublinie.

Szczególным momentem Konferencji było odznaczenie zasłużonych położnych medalem Stanisławy Leszczyńskiej „Ocalić od zapomnienia”. Jest to najwyższe honorowe wyróżnienie przyznawane położnym. Medal ten

przyznano **Mariannie Szymańskiej** z Lublina, **Halinie Pioterek** ze Słupska, **Irenie Bieszcz** z Krosna. List gratulacyjny przysłali synowie Stanisławy Leszczyńskiej. Po dokonaniu odznaczeń głos zabrali przybyli goście. Wszyscy z uwagą wysłuchali wystąpienia **prof. dr hab. Jana Oleszczuka** – konsultanta wojewódzkiego ds. położnictwa i ginekologii, przewodniczącego Zarządu Oddziału PTG w Lublinie, poświęconego wizerunkowi polskiej położnej. Profesor J. Oleszczuk nie ukrywał wzruszenia i wielkiego sentymentu, jakim darzy środowisko położnych. Kolejne przemówienie wygłosiła **mgr Leokadia Jędrzejewska** – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego. Poruszyła możliwie najszerszy krąg problemów, z jakimi ma do czynienia na co dzień położna. Były to m. in. sprawy dotyczące:

▶ problemów zawodowych położnych, związanych z pracą w oddziałach szpitalnych, środowisku,

▶ konieczności ujednoczenia dokumentacji medycznej prowadzonej przez położne,

▶ konieczności powoływania kolejnych konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego (obecnie jest ich 7),

▶ współpracy polskich położnych z położnymi z Europy.

Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – **Iłona Tułodziecka** oraz **mgr Krystyna Rudzińska** – wieloletnia Przewodnicząca Zarządu Krajowego Sekcji Położnych PTG, przesyłały wszystkim uczestnikom Konferencji serdeczne pozdrowienia.

Program naukowy obejmował szereg tematów związanych z hasłem przewodnim Konferencji. Ogółem wygłoszono 12 referatów. W pierwszym dniu Konferencji uczestnicy wysłuchali następujących wykładów:

1. Prof. dr hab. Jan Oleszczuk, Dr n. med. Henryka Sawulicka-Oleszczuk – „Poród Przedwczesny”,

2. Prof. dr hab. Bożena Leszczyńska-Gorzelak – „Zasady leczenia krwią i preparatami żelaza w położnictwie”,

3. Dr n. med. Elżbieta Poniedziałek-Czajkowska – „Hipotrofia płodu”,

4. Dr n. med. Grzegorz Pietras – „Metody obrazowania w diagnostyce i leczeniu niepłodności”,

5. Dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus – „Polska położna w Zjednoczonej Europie”,

6. Mgr farm. Anna Marszałek-Piróg – „Ferrum Lek – żelazo inne niż wszystkie”.

W drugim dniu swoje referaty prezentowały następujące osoby:

1. Dr n. med. Marzena Laskowska – „Choroby w ciąży”

2. Dr n. med. Marzena Kostuch – „Noworodek matki z chorobami immunologicznymi”

3. Dr n. med. Dorota Darmochwał-Kolarz – „Rola zaburzeń immunologicznych w etiopatogenezie stanu przedrzucawkowego”

4. Prof. dr hab. Tomasz Rechberger; dr n. med. Jacek Tomaszewski – „Hormonalna terapia zastępcza 2003. Mity i fakty.”

5. Mgr Bożena Tekień – „Perineometria: ocena czynności mięśni dna miednicy – aspekty techniczne badań u kobiet polskich”.

Podczas Konferencji, w pierwszym dniu obrad, odbyło się II Walne Zebranie Sprawozdawczo-Wyborcze Polskiego Towarzystwa Położnych.

Wręczono wyróżnienia i podziękowania za zaangażowanie w pracę Towarzystwa. Z rąk przewodniczącej Zarządu Krajowego, mgr Zofii Furtak wyróżnienia te odebrały Panie: **Anna Blak-Kaleta, Teresa Chmiel, Ewa Dąbrowska, Grażyna Iwanowicz-Palus, Katarzyna Kanadys, Grażyna Krasucka, Eleonora Matuszewska, Czesława Matyschok, Alicja Mendyk, Anna Pilewska, Mariola Rynkiewicz, Mariana Szymańska, Daria Trućko, Kazimiera Trybuła, Gabriela Uliasz.**

Dokonano podsumowania działalności statutowej Towarzystwa w pierwszej kadencji. Członkowie Towarzystwa wykazywali zainteresowanie pracą zawodową położnych, podnoszeniem kwalifikacji zawodowych w ramach kształcenia podyplomowego, zajmowali stanowisko w sprawie stanu opieki nad matką i dzieckiem oraz w zakresie zdrowia kobiety i jej rodziny. Wszystkie wspomniane działania możliwe były dzięki dużemu zaangażowaniu członków Towarzystwa, którzy swą pracą społeczną przyczyniali się do podnoszenia rangi zawodu położnej. Podczas Walnego Zebrania dokonano wyboru nowych władz tej organizacji, na kolejny trzyletni okres. Przewodniczącą Zarządu Krajowego Polskiego Towarzystwa Położnych II Ka-

dencji na lata 2003-2006 została dr n. med. **Grażyna Iwanowicz-Palus** z Lublina.

Wzorem lat ubiegłych, nieodzowną częścią Konferencji było spotkanie towarzyskie. Pozwoliło ono zabieganym, zapracowanym położnym zapomnieć o codziennych trudach, bawić się i cieszyć podczas wspólnie spędzanych chwil. Organizatorzy dziękują sponsorom i wszystkim uczestnikom za przybycie, jednocześnie wyrażają nadzieję na kolejne spotkanie, w ramach Polskiego Towarzystwa Położnych.



Prof. dr hab. Jan Oleszczuk



Podczas Konferencji dokonano podsumowania działalności statutowej Polskiego Towarzystwa Położnych w pierwszej kadencji



Medalem Stanisławy Leszczyńskiej „Ocalić od zapomnienia” – najwyższym honorowym odznaczeniem przyznawanym położnym – uhonorowano m. in. Mariannę Szymańską z Lublina i Halinę Pioterek ze Słupska

W Lublinie odbył się siódmy zjazd Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego

Aktywne Lubelskie Koło Regionalne
było organizatorem
7. Zjazdu Polskiego Towarzystwa
Ortodontycznego, który odbył się
w dniach 25-27 września 2003 r.
w Centrum Kongresowym
Akademii Rolniczej.

LEK. STOM. BARBARA JĘDRYCH-GÓRSKA
LEK. STOM. MONIKA SMYL-GOLIANEK

KATEDRA I ZAKŁAD
ORTODONTII SZCZĘKOWEJ
AM W LUBLINIE

Honorowy patronat objął JM Rektor lubelskiej Akademii Medycznej - prof. dr hab. dr h. c. Maciej Łatański.

W skład Komitetu Organizacyjnego weszli: jako przewodnicząca - dr n. med. Edyta Tokarska; sekretarz - lek. stom. Beata Walawska; skarbnik - lek. stom. Marzena Pucek oraz członkowie: dr n. med. Izabella Dunin-Wilczyńska; lek. stom. Magdalena Dobrowolska; lek. stom. Joanna Gawda; lek. stom. Barbara Jędrych-Górska; lek. stom. Urszula Kołodzińska; lek. stom. Ewa Krochmalska; lek. stom. Agnieszka Lasot; lek. stom. Krzysztof Lewko-

wicz; lek. stom. Magdalena Milart; lek. stom. Teresa Munir; lek. stom. Magdalena Pieniążek. Złotymi sponsorami Zjazdu były firmy: Polkard z Olszyna i Polorto z Częstochowy.

Uczestników, wykładowców i dostojnych gości powitała przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego dr n. med. Edyta Tokarska. Następnie do zgromadzonych zwróciła się z życzeniami owocnych obrad doktor **Franciszka Barwińska** - członek Naczelnej Rady Lekarskiej, a jednocześnie przewodnicząca Komisji Stomatologicznej OIL w Lublinie. Swoje poparcie dla inicjatywy zorganizowania obrad na temat leczenia wielospecjalistycznego wyraziła prof. dr hab. **Teresa Bachanek** - Prorektor ds. Studenckich Akademii Medycznej w Lublinie. Uroczystego otwarcia 7. Zjazdu dokonała prof. dr hab. **Anna Komorowska** - prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego uzasadniając naczelne hasło Zjazdu: „Więź ortodoncji z innymi dyscyplinami - nowe wyzwania i perspektywy” i podkreślając, że po raz pierwszy Zjazd odbywa się w Lublinie, gdzie siedem lat temu powstało Polskie Towarzystwo Ortodontyczne i gdzie znajduje się siedziba Zarządu Głównego.

W Zjeździe brała udział rekordowa liczba uczestników z Polski i z zagranicy. Zaproszenie przyjęli kierownicy zakładów ortodontcji oraz przedstawiciele innych klinik i zakładów stomatologicznych z całej Polski. Wśród honorowych gości obecni byli profesoria lubelskiej Akademii Medycznej – prof. Grażyna Jarzab, prof. Krystyna Fetkowska-Mielnik, prof. Maria Kleinrok, dr hab. Janusz Kleinrok, prof. Maria Mielnik-Błaszczak, prof. Tomasz Tomaszewski i prof. Joanna Wysokińska-Miszczuk.

Liczba prezentowanych referatów oraz bardzo szeroki zakres tematyki skłoniły do zorganizowania VII sesji naukowych. Ogółem zaprezentowano 43 referaty i wykłady.

Wśród mówców znalazły się światowej sławy autorytety w dziedzinie ortodontcji. Do wygłoszenia wykładów zostali zaproszeni: profesor Kiliaridis ze Szwajcarii, profesor Komorowska z Polski, profesor Melsen z Danii, profesor Thilander ze Szwecji. Mieliśmy rów-



Profesor Anna Komorowska

kierownik Katedry i Zakładu Ortopedii Szczękowej AM w Lublinie, jest prezesem Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego, redaktorem naczelnym „Ortodoncji Współczesnej”, członkiem Europejskiego Towarzystwa Ortodontycznego oraz Światowej Federacji Ortodontów.

W latach 1991-2001 pełniła funkcję Konsultanta Regionalnego i Wojewódzkiego w dziedzinie ortodontcji. W okresie 2001-2002 była Konsultantem Krajowym ds. ortodontcji.

Znana jest jako doskonały wykładowca, wykłady profesor zawsze zapewniają pełną salę słuchaczy.



W pierwszym rzędzie od lewej: prof. dr hab. Grażyna Jarzab, prof. dr hab. Krystyna Fetkowska-Mielnik, prof. dr hab. Maria Mielnik-Błaszczak, prof. dr hab. Teresa Bachanek



W pierwszym rzędzie od lewej: prof. dr hab. Teresa Bachanek, prof. dr hab. Maria Kleinrok, prof. dr hab. Joanna Wysokińska-Miszczuk, w drugim rzędzie od lewej: dr. Stefková (Czechy), prof. Kaminek (Czechy), prof. Kiliaridis (Szwajcaria)

W Zjeździe brała udział rekordowa liczba uczestników z Polski i z zagranicy



Uroczysta kolacja; od lewej – organizatorka Zjazdu dr Edyta Tokarska, skarbnik – lek. stom. Marzena Pucek oraz sekretarz Zarządu Głównego PTOrtodont lek. stom. Magdalena Milart

niez okazji wysłuchać lekarzy z Czech, Rosji i Ukrainy. Obradom towarzyszył kurs przedjazdowy, na temat leczenia ortodontycznego dorosłych, poprowadzony przez profesor Melsen.

Zainteresowania profesora Kiliaridisa skupiają się na badaniach wzrostu twarzoczaszki oraz czynności narządu żucia zarówno w badaniach doświadczalnych na zwierzętach, jak

również u pacjentów z różnymi chorobami ogólnymi. W Lublinie wygłosił wykład o aspektach pionowych zmian zębowo-wyrostkowych.

Do wykładów, które cieszyły się największym zainteresowaniem należał wykład profesor Komorowskiej. Dotyczył leczenia interceptywnego, czyli przerywającego dalsze nasilanie się wady. Autorka zwróciła uwagę, że nie wszystkie wady w równym stopniu nadają się do leczenia interceptywnego, a najbardziej wskazane jest wczesne korygowanie zgryzu krzyżowego przedniego i przetrwałego zgryzu otwartego. Leczenie to powinno być skuteczne, krótkie i tanie.

Profesor Melsen jest prezesem Duńskiego Towarzystwa Ortodontycznego, członkiem komitetów redakcyjnych wielu międzynarodowych czasopism ortodontycznych. Tematem jej badań jest wzrost tkanek oceniany na ludzkim materiale autopsyjnym i na zwierzętach oraz biologia tkanki kostnej i kliniczne wykorzystanie implantów w ortodoncji. Do Lublina przyjechała z wykładem dotyczącym najnowszego wykorzystania implantów jako zakotwiczenia wewnątrzustnego pozazębowego.

Profesor Thilander jest światowej sławy specjalistą. Od 2000 roku jest Członkiem Honorowym Światowej Federacji Ortodontów, a od 2003 roku Członkiem Honorowym Europejskiego Towarzystwa Ortodontycznego i Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego. Jest doktorem h. c. uniwersytetów w Helsinkach, Bergen i Bogocie. Jej zainteresowania naukowe dotyczą implantów, wzrostu i rozwoju twarzoczaszki, reakcji tkanek na ortodontyczne ruchy zębów oraz transplantacji zębów. Z nami podzieliła się swoimi dziesięcioletnimi doświadczeniami na temat stosowania implantów u młodocianych.

Temat zgodny z naczelnym hasłem Zjazdu podjęli periodontolodzy z Zakładu Periodontologii AM w Lublinie **dr n. med. Małgorzata Kiernicka** i **dr n. med. Barbara Owczarek**. Dostrzegły niebezpieczeństwo recesji dziąseł w czasie zastosowania aparatu stałego oraz pokazały możliwości naprawy przyzębia brzożnego uszkodzonego w trakcie leczenia.

Na uwagę zasługiwały referaty przygotowane przez pracowników naukowych z Katedry i Zakładu Ortopedii Szczękowej AM w Lublinie. **Dr n. med. Edyta Tokarska** i **lek. stom. Ewa Krochmalska** poruszyły zagadnienie zatrzymanych kłów górnych oraz cech prognostycznych do wyrzynania górnych stałych kłów. Bardzo pouczającą pracę przygotowały **dr n. med. Izabella Dunin-Wileczyńska** i **lek. stom. Teresa Munir**. Dotyczyła ona różnych metod postępowania klinicznego w przypadku zębów zespolonych w zależności od wyników badań radiologicznych i stosunków zgryzowych. Ważna jest wymiana doświadczeń między lekarzami, ponieważ wada jest rzadka i nie każdy specjalista w tych przypadkach zetknął się z nią i zebrał osobiste doświadczenia.

Uwagę słuchaczy przykuł opis dziesięcioletnich doświadczeń w zespołowym leczeniu prognacji żuchwy przedstawiony przez zespół ortodontyczno-chirurgiczno-radiologiczny z Lublina, w składzie: **prof. dr hab. Tomasz Tomaszewski**, **dr n. med. Edyta Tokarska**, **lek. med. Jolanta Wojciechowicz**, **lek. stom. Beata Dobieżyńska**, **dr n. med. Wojciech Krupski**. Przedstawiono dowody na estetyczny efekt i w większości przypadków prawidłowy zgryz po leczeniu prognacji żuchwy obejmującym dekompensację wady, leczenie operacyjne oraz postępowanie retencyjne.

W sesji plakatowej można było obejrzeć 62 plakaty. Konkurs na najlepszy plakat wygrała praca dotycząca budowy wyrostka zębodołowego oraz wędzidelka wargi górnej w przetrwałej diastemii, zaprezentowana przez Studentkie Koło Naukowe działające w Katedrze i Zakładzie Ortopedii Szczękowej w Lublinie, pod opieką **lek. stom. Barbary Jędrych-Górskiej**.

Nieodłączną częścią wszystkich zjazdów są imprezy towarzyskie i artystyczne. Entuzjastycznie oklaskiwano zespół muzyki dawnej „Scholares Minores pro Musica Antiqua”. Grupa dzieci z okolic Poniatowej koncertowała z powodzeniem w wielu miejscach świata i podbiła serca uczestników Zjazdu. Wieczór zakończyło tradycyjne „Spotkajmy się” przy lampce wina i przekąskach. Uroczysta kola-

cja w restauracji Europa była okazją do rozmów przy wykwintnych potrawach i muzyce. Natomiast ostatniego dnia obrad goście bawili się do późnych godzin nocnych przy dobrej muzyce i „swojskim” jadłem na ognisku zorganizowanym w zespole pałacowo-parkowym w Wierchowiskach. Wyieczki: po Lublinie i do Kozłówki pozwoliły poznać uroki miasta i jego okolic nawet gościom z odległych części kraju i z zagranicy.

Liczba prezentowanych referatów oraz bardzo szeroki zakres tematyki skłoniły do zorganizowania siedmiu sesji naukowych. Ogółem zaprezentowano 43 referaty i wykłady

Uczestnicy Zjazdu wyjeżdżali pod wrażeniem doskonałej organizacji Zjazdu, niezwykle inspirujących sesji naukowych i programu towarzyskiego wkomponowanego w bogaty program naukowy. Na ręce prezesa PTO nadeszła ogromna liczba podziękowań i gratulacji, założono nawet teczkę: „Echa Zjazdu”. Bardzo miło, że zjazd lubelski pozostanie w pamięci jako niezapomniane wrażenie naukowe i towarzyskie.

W centrum uwagi dysfunkcje narządu żucia

W dniach 8-10 maja 2003 roku odbył się we Wrocławiu III Zjazd Polskiego Towarzystwa Dysfunkcji Narządu Żucia. Fakt, że organizację III Zjazdu PTDNŻ powierzono ośrodkowi wrocławskiemu wynika stąd, że ten właśnie ośrodek wprowadził problematykę dysfunkcji narządu żucia na łamy polskiego piśmiennictwa w drugiej połowie lat sześćdziesiątych.

PROF. DR HAB. MARIA KLEINROK*

Te pierwsze prace zostały zrealizowane pod kierunkiem ówczesnej kierownik Zakładu Protetyki **prof. dr Noemi Wigdorowicz-Makowerowej**. Również pod Jej redakcją wyszła pierwsza polska książka poświęcona tej problematyce. Ośrodek wrocławski do dziś należy do przodujących placówek w kraju zajmujących się tym zagadnieniem. W roku 2002 powstał Zakład Zaburzeń Czynnościowych Układu Stomatognatycznego AM we Wrocławiu, którego kierownikiem została **dr Teresa Maślanka**.

Przewodnim tematem Zjazdu była diagnostyka kliniczna zaburzeń we-

wnątrzewnych w stawach skronio-wo-żuchwowych (ssz) oraz nowoczesne metody obrazowania tych stawów i tematy wolne. W Zjeździe uczestniczyło 245 osób w tym lekarze stomatolodzy z kraju oraz z Niemiec, a także lekarze medycyny różnych specjalności.

Gośćmi honorowymi Zjazdu byli **prof. dr hab. Teofan Maria Domżał** – przewodniczący Komisji Patofizjologii Bólu Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, emerytowany Kierownik Kliniki Neurologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego WAM w Warszawie, **prof. dr hab. Bogumił Płonka**, emerytowany Kierownik Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej AM we Wrocławiu, **prof. dr hab. Antoni Prusiński**, emerytowany Kierownik

Kliniki Neurologii IS AM w Łodzi, oraz **prof. dr hab. Stefan Włoch**, emerytowany Dyrektor Instytutu Stomatologii i Kierownik Zakładu Protetyki Stomatologicznej AM w Poznaniu.

W pierwszym dniu Zjazdu wykład plenarny na temat: „Wpływ stresu, zaburzeń lękowych i depresji na dysfunkcję narządu żucia” wygłosił **prof. A. Kiejna**, Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu.

Łącznie przedstawiono w pierwszym dniu Zjazdu 40 referatów i plakatów przygotowanych nie tylko przez stomatologów wszystkich specjalności, ale również przez psychologów, psychiatrów, immunopatologów, neurologów, radiologów, fizjoterapeutów, pracowników naukowych Akademii Wychowania Fizycznego i Politechniki, jak również studentów.

Na pokreślenie zasługują prace na temat niezwykle istotnych z praktycznego punktu widzenia badań nad możliwością klinicznego rozpoznawania zarówno prostych, jak i złożonych przemieszczeń krążka ssz w oparciu o prostą analizę kliniczną ruchów żuchwy, potwierdzoną obiektywnymi badaniami MR i zapisami wolnych ruchów żuchwy i głów żuchwy oraz różnicowania ograniczonego opuszczania żu-

*Emerytowana kierownik Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej z Pracownią Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia



chwy pochodzenia stawowego i mięśniowego. Równie ważny temat stanowiły trudności z ustalaniem centralnego położenia żuchwy metodą rejestracji łuku gotyckiego u chorych z zaburzeniami wewnątrzstawowymi w ssz.

Tego ostatniego problemu dotyczyły ponadto dwie prace dotyczące zależności pomiędzy przemieszczeniem krążków ssz i głów żuchwy w maksymalnym zaguzkowaniu zębów, oparte na badaniach metodą rezonansu ma-

gnetycznego (MR) i tomografii komputerowej (CT). Stanowią one próbę wyjaśnienia trudności z ustalaniem centralnego położenia żuchwy u chorych z tymi zaburzeniami i wskazują na czynniki ryzyka wystąpienia jatrogennego bólowego zespołu dysfunkcji narządu żucia po leczeniu protetycznym i ortodontycznym. W oparciu o badania MR potwierdzono zależność pomiędzy przemieszczeniem krążka ssz i głowy żuchwy w wybranych przypadkach ze znacznie powiększonymi krążkami. Na uwagę zasługuje fakt, że niezwykle powiększone krążki autorzy stwierdzili w ostatnich kilku latach i to zarówno u dorosłych, jak i u młodocianych pacjentów, i że nie znaleźli w dostępnym piśmiennictwie tak znacznie powiększonych krążków stawowych. Autorzy sądzą, że zjawisko to jest związane ze stresem spowodowanym transformacją ustrojową w naszym kraju.

W programie Zjazdu znalazły się również prace przedstawiające możliwości 8-rzędowej tomografii spiralnej w obrazowaniu i diagnostyce za-



burzeń w ssz m. in. z uwzględnieniem wizualizacji przestrzennej oraz artroskopii ssz.

W pracach dotyczących przyczyn dysfunkcji narządu żucia zwrócono uwagę na wpływ stresu, zaburzeń lękowych i depresji na ich powstawanie. Wśród nadesłanych streszczeń znalazły się ponadto prace na temat takich czynników etiologicznych dysfunkcji narządu żucia jak parafunkcje narządu żucia, w tym parafunkcje języka, oraz wpływ gry na skrzypcach na układ ruchowy narządu żucia oraz wady zgryzu. Znaczna część doniesień dotyczyła roli zaburzeń zwarcia w powstawaniu dysfunkcji narządu żucia. Część tych prac została wykonana z zastosowaniem systemu T-scan. Wykazano m. in. wpływ zaburzeń zwarcia na powstawanie zmian w przyzębiu.

W nadesłanych pracach omówiono również powikłania w postaci dysfunkcji narządu żucia po resekcji żuchwy, unieruchomieniach międzyszcękowych i tympanoplastyce oraz sposoby zapobiegania tym powikłaniom. Część prac poświęcona była przyczynom i zapobieganiu dysfunkcji narządu żucia u dzieci i młodocianych. W związku z występowaniem zaawansowanych zmian w badaniach wizualizacyjnych ssz u młodocianych podkreślono pilną potrzebę prowadzenia intensywnej profilaktyki dysfunkcji narządu żucia u dzieci i młodzieży.

Wygłoszono również szereg prac na temat leczenia chorych z objawami dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia, w tym stosowanie różnego rodzaju szyn zgryzowych, terapii manualnej i metody biofeedback. Przedstawiono również powikłania w postaci dysfunkcji narządu żucia po resekcji żuchwy, unieruchomieniach międzyszcękowych i tympanoplastyce oraz sposoby zapobiegania tym powikłaniom.

W drugim dniu zjazdu odbyły się w godzinach 9.30 – 17.30 dwie sesje dokszałcujące dla lekarzy medycyny i stomatologii – pierwsza zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, druga przez Polskie Towarzystwo Dysfunkcji Narządu Żucia.

Program pierwszej sesji dokszałcującej był ukierunkowany głównie na współpracę pomiędzy neurologa-

mi i stomatologami w leczeniu bólów twarzy i głowy oraz innych, zwłaszcza neurologicznych, objawów towarzyszących dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia.

Prof. dr hab. Antoni Prusiński – emerytowany Kierownik Kliniki Neurologii IS AM w Łodzi, omówił zasady rozpoznawania i występowania zawrotów głowy z neurologicznego, laryngologicznego, naczyniowego i stomatologicznego punktu widzenia. Podkreślił, że wg Gliedera 33% zawrotów głowy ma związek z zaburzeniami w ssz. W praktyce istotne jest różnicowanie układowych i nieukładowych zawrotów głowy. Zawroty głowy u chorych z dysfunkcją narządu żucia mają najprawdopodobniej podłoże odruchowe. Wymagają one jednak uwzględnienia innych przyczyn ich występowania.

Prof. dr hab. Antoni Karasiński – Kierownik Katedry i Zakładu Protezyki Stomatologicznej ŚAM, przedstawił swoje wieloletnie obserwacje dotyczące rozpoznawania neuralgii trójdzielnej w przypadkach, w których przyczyną bólu były nadwicznienia żuchwy, jałowa martwica kostno-chrzęstna głów żuchwy i inne zaburzenia w układzie ruchowym narządu żucia.

Prof. dr hab. T. Domżał – emerytowany Kierownik Kliniki Neurologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego WAM w Warszawie, zwrócił uwagę na to, że etiologia neuralgii trójdzielnej wciąż jeszcze nie jest do końca wyjaśniona. Omówił aktualny stan wiedzy na temat neuralgii trójdzielnej i zasady leczenia z uwzględnieniem czterech kolejnych etapów leczenia: karbamazepiną, baklofenem, gabapentyną, metodami inwazyjnymi.

Dr n. med. J. Pyszkowska – Kierownik Zakładu Medycyny i Opieki Paliatywnej ŚAM w Katowicach, zaznajomiła obecnych ze współczesnymi metodami oceny bólu i zasadami skutecznej kontroli bólu. Podkreśliła, że ocena bólu, z zastosowaniem podstawowych skal pomiaru ilościowego i jakościowego bólu jest podstawą prawidłowego i skutecznego jego leczenia. Farmakoterapia bólu powinna uwzględniać trójstopniową drabinę analgetyczną WHO, według której dobór analgetyku zależy od natężenia bólu określonego wyłącz-

nie przez pacjenta np. w skali VAS. Zwróciła uwagę na najnowsze podejście do farmakoterapii bólu przewlekłego polegające na ciągłym stosowaniu analgetyków w celu utrzymania skutecznego poziomu terapeutycznego we krwi tak długo, jak długo występuje ból. Zasada ta wymaga stałego monitorowania natężenia bólu przez pacjenta i wspólnej oceny analgezji z lekarzem, nie rzadziej niż raz w miesiącu, przy ustabilizowanej sytuacji klinicznej. Podkreśliła jednocześnie, że opioidy stosowane doustnie w leczeniu przewlekłego bólu nie prowadzą do uzależnienia psychicznego. W leczeniu przewlekłego bólu, szczególnie neurogennego, należy również uwzględnić w zleceniach koanalgetyki, trójpierścieniowe leki antydepresyjne i przeciwdrgawkowe. W ocenie bólu i wyniku leczenia celowe jest stosowanie testu Beck'a, pomiaru stopnia nastroju i depresyjności pacjenta przewlekle cierpiącego.

Dyskusja z udziałem wykładowców i przewodniczących pierwszej sesji dokszałcującej w osobach: **prof. dr hab. M. Kleinrok**, **prof. dr hab. S. Włoch** i **prof. dr hab. W. Split** oraz uczestników, dotyczyła poza zawrotami głowy i objawami neuralgii trójdzielnej, również innych objawów towarzyszących dysfunkcjom narządu żucia, które wymagają interdyscyplinarnej współpracy, w tym między innymi neuralgia językowo-gardłowa i inne objawy bólowe w jamie ustnej, ból ucha, oka, opadnięcie powieki i bóle głowy oraz odległe objawy w obrębie kręgosłupa, kończyn i inne.

Szczególnie ożywiona była dyskusja nad farmakoterapią przewlekłego bólu. Z niezwykłym zainteresowaniem przyjęto zasadę ciągłego stosowania środków przeciwbólowych tzn. analgezji wyprzedzającej ból i niedopuszczającej do jego wystąpienia. Pytania dotyczyły również możliwości i zakresu stosowania opioidów przez stomatologów. Wydaje się, że byłoby wskazane odpowiednie szkolenie lekarzy stomatologów zajmujących się leczeniem bólu przewlekłego w tej dziedzinie.

W drugiej sesji dokszałcującej **dr A. Popiołek** wygłosił wykład autorów: **A. Drop**, **A. Popiołek**, **E. Czekańska-Chehab**, **J. Kleinrok**, **A. Trojanowska**,

z Zakładu Radiologii Lekarskiej AM w Lublinie oraz Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej z Pracownią Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia AM w Lublinie. Wykład oparty na obszernym materiale 70 chorych, zapoznał uczestników z możliwościami diagnostycznymi ośmiorzędowej tomografii komputerowej zaburzeń wewnątrzstawowych w ssz. Metoda ta niewątpliwie przyczyni się do radykalnego rozwoju naszej wiedzy na ten temat.

Kolejny wykład autorów **M. Kleinrok, J. Kleinrok, B. Piórkowska** z Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej z Pracownią Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia AM w Lublinie wygłosiła M. Kleinrok. Najistotniejszym punktem tego wykładu było wykazanie konieczności wykonywania badań ssz zarówno metodą rezonansu magnetycznego (MR) jak i tomografii komputerowej (TK) w maksymalnym zaguzkowaniu zębów z zastosowaniem wskaźnika wewnątrzstawnego ustalającego to położenie żuchwy w czasie ekspozycji. Zaniechanie tej zasady prowadzi do przypadkowego

położenia żuchwy w czasie wykonywania tych badań, co ogranicza wartość diagnostyczną tych kosztownych badań, a nawet może prowadzić do błędnej oceny położenia krążka stawowego i głowy żuchwy. Dane te są niezwykle ważne, gdyż stanowią podstawę planowania leczenia protetycznego i ortodontycznego oraz postępowania u chorych z bólami twarzy i głowy związanych z zaburzeniami w ssz.

Kolejnym problemem omówionym w wykładzie była znana powszechnie zasada konieczności skojarzenia wyników badań metodą wizualizacji z wynikami badania klinicznego. Uczestnicy sesji otrzymali zwięzłe opracowane przez prof. M. Kleinrok materiały na temat objawów dysfunkcji narządu żucia i prostych możliwych do szerokiego stosowania w praktyce sposobów badania klinicznego zaburzeń wewnątrzstawowych w ssz, w tym przede wszystkim wnikliwa analiza ruchów żuchwy i towarzyszących im patologicznych objawów akustycznych w ssz.

W wykładzie podkreślono, że w ocenie rentgenogramów ssz u chorych z dysfunkcją narządu żucia koniecz-

na jest przede wszystkim ocena położenia głów żuchwy, sklerotyzacji i zarysu powierzchni stawowych (ze szczególnym uwzględnieniem ich spłaszczenia) oraz kształtu szpary stawowej. Autorzy wykazali, że w oparciu o ocenę szpary stawowej i badanie kliniczne można wyciągnąć wnioski na temat położenia kształtu i powiększenia krążka. Jest to istotne dlatego, że rokowanie w przypadkach ze znacznie powiększonym krążkiem ssz nie jest pomyślne. Ponadto istotna jest równoczesna ocena położenia głów żuchwy w obydwu ssz. Służy do tego przedstawiona w wykładzie klasyfikacja wg Kleinrok.

Film autorów pl.: „Diagnostyczno-lecznicza artroskopia stawów skroniowo-żuchwowych”, z Kliniki Chirurgii Szcękowo-Twarzowej z Instytutu Stomatologii AM w Warszawie, zilustrował anatomię artroskopową stawu skroniowo-żuchwowego oraz taktykę chirurgiczną stosowaną w artroskopii diagnostycznej ssz oraz zorientował uczestników w praktycznym stosowaniu tej metody diagnostyczno-leczniczej ssz.



XII Dni Otolaryngologii Dziecięcej

W dniach 18-20 września br. odbył się w Lublinie zjazd otolaryngologów.

**PROF. DR HAB.
GRAŻYNA MIELNIK-NIEDZIELSKA**
KLINIKA OTOLARYNGOLOGII DZIECIĘCEJ,
FONIATRII I AUDIOLOGII
AM W LUBLINIE

Konferencje tego typu, poświęcone zagadnieniom otolaryngologii dziecięcej odbywają się cyklicznie, do niedawna co trzy lata, a obecnie co dwa lata. Klinice Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii AM im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie po raz drugi powierzono organizację konferencji.

Konferencja odbyła się pod honorowym patronatem Ministra Zdrowia **Leszka Sikorskiego**, Wojewody Lubelskiego **Andrzeja Kurowskiego** oraz JM Rektora AM **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego**. Komitet Organizacyjny tworzyli wszyscy pracownicy Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii AM w Lublinie. Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego Zjazdu była **prof. dr hab. Grażyna Niedzielska**, zaś sekretarzem **dr n. med. Emilia Kątska**. Konferencję zorganizowano w Centrum Kongresowym AR w Lublinie.

Otwarcia konferencji dokonała przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego **prof. dr hab. Grażyna Niedzielska**.



Prezydent Europejskiego Towarzystwa Otolaryngologii Dziecięcej prof. Pekka Karma wygłosił wykład inauguracyjny pt. „Vaccination in the prevention of otitis media”

W imieniu Wojewody Lubelskiego powitała gości **dr Barbara Sikora**. Władze Akademii Medycznej reprezentował prorektor do spraw klinicznych **prof. dr hab. Andrzej Książek**, który przedstawił rys historyczny i osiągnięcia lubelskiej Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej. W trakcie uroczystości otwarcia Przewodnicząca Zarządu Głównego Towarzystwa Otolaryngolo-

gów Dziecięcych przedstawiła perspektywy laryngologii dziecięcej w Polsce. Następnie President of European Society for Pediatric Otorhinolaryngology **prof. Pekka Karma** wygłosił wykład inauguracyjny na temat: „Vaccination in the prevention of otitis media”.

W zjeździe uczestniczyło około 350 osób z kraju oraz goście z zagranicy: z Czech, Finlandii, Słowacji, Wielkiej

Brytanii i Ukrainy. Wyrazem aktywności środowiska laryngologicznego była duża liczba zgłoszonych prac – 117, które były prezentowane w dziesięciu sesjach referatowych oraz w sesji plakatowej. Obradom sesji przewodniczyły uznane autorytety z dziedziny otolaryngologii.

Obrady toczyły się wokół głównych tematów konferencji, którymi były: badania endoskopowe w otolaryngologii dziecięcej, zaburzenia głosu i mowy u dzieci. Nie zabrakło również prac dotyczących patogenyzy wysiękowego zapalenia ucha środkowego, leczenia operacyjnego ucha środkowego, nowotworów głowy i szyi oraz następstw przerostu pierścienia Waldeyera.

Dużym zainteresowaniem uczestników zjazdu cieszyły się konferencje okrągłego stołu. Pierwsza dotyczyła współczesnego spojrzenia na choroby układu chłonnego gardła. Moderatorem okrągłego stołu była **prof. dr hab. Elżbieta Hassmann-Poznańska**. W trakcie obrad omówiono immunofizjopatologię układu chłonnego gardła, jego mikrobiologię. Przedstawiono problem bezdechów sennych u dzieci w przeroście układu chłonnego gardła oraz jego wpływ na zapalenia ucha i zatok przynosowych. Podano również wskazania i przeciwwskazania do adenotomii i tonsillektomii.

Druga konferencja okrągłego stołu, której moderatką była prof. Grażyna Niedzielska dotyczyła następstw i powikłań wysiękowego zapalenia ucha. Omówiono podstawy immunologiczne powikłań przewlekłego wysiękowego zapalenia ucha. Przedstawiono metody operacyjne stosowane w leczeniu powikłań przewlekłego wysiękowego zapalenia ucha. Dyskutowano na temat konsekwencji audiologicznych i foniatrycznych tej częstej choroby występującej w wieku dziecięcym.

Dla uczestników konferencji zorganizowano warsztaty nebulizacyjne oraz punkt szczepień przeciwko grypie. Zarówno warsztaty szkoleniowe jak i ochrona własnego zdrowia lekarzy wzbudzały duże zainteresowanie.

Organizatorów zjazdu nie zawiodły firmy farmaceutyczne i sprzętu medycznego; podczas konferencji miały własne stoiska wystawiennicze, na których informowano gości zjazdu o nowych preparatach leczniczych oraz prezentowano nowoczesny sprzęt medyczny mający zastosowanie w otolaryngologii.

Organizatorzy zapewnili uczestnikom bogaty program kulturalny zarówno w trakcie ceremonii otwarcia, jak i podczas imprezy plenerowej w Zespole Płacowo-Parkowym w Wierchowiskach. Z dużym powodzeniem



Otwarcia konferencji dokonała przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego prof. dr hab. Grażyna Niedzielska – kierownik Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii AM im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie

zaprezentowały się zespoły lubelskie, jak i gwiazda polskiego kina Michał Milowicz. Uwieńczeniem prezentacji miasta i regionu były wycieczki po Lublinie i regionie, do Kozłówki oraz Kazimierza Dolnego.

Organizatorzy konferencji otrzymali podziękowania za możliwość wymiany doświadczeń naukowych oraz miło spędzony czas w naszym mieście.

Goście honorowi zjazdu oraz uczestnicy obrad



VI Dzień Andrologii

Czy istnieje andropauza?

W dniu 10 października 2003 r. w Nałęczowie odbył się VI Dzień Andrologii. Jest to coroczna impreza organizowana przez Polskie Towarzystwo Andrologiczne. Ze względu na fakt, iż Przewodniczącym PTAndrol jest prof. dr hab. Grzegorz Jakiel, zaszczyt zorganizowania VI Dnia Andrologii przypadł Klinice Rozrodczości i Andrologii Akademii Medycznej w Lublinie.

DR N. MED. SZYMON BAKALCZUK
PROF. DR HAB. GRZEGORZ JAKIEL
KLINIKA ROZRODCZOŚCI I ANDROLOGII
AM W LUBLINIE

Program obrad ukierunkowany był przede wszystkim na problemy andrologiczne wieku rozwojowego. Obrady rozpoczęły się w godzinach rannych w pięknie położonym Ośrodku Szkoleniowo-Wypoczynkowym „Energetyk”. Na Konferencję przyjechało około 100 osób reprezentujących wszystkie ośrodki andrologiczne w Polsce.

Pierwszy wykład przedstawił dr hab. Paweł Wieczorek – kierownik Zakładu Radiologii Dziecięcej, który mówił o metodach obrazowania w andrologii wieku rozwojowego. Świetnie ilustrowany wykład wzbudził ogromne zainteresowanie i żywą dyskusję. Dzięki doskonałej aparaturze ośrodek lubelski jest w stanie zdiagnozować najtrudniejsze przypadki wad i nieprawidłowości w rozwoju układu moczowo-płciowego u dzieci i młodych mężczyzn.

Następne dwa wykłady zostały zaplanowane jako kontrowersyjne spojrzenie na problemy andrologii wieku rozwojowego przez pediatrę leczącego zachowawczo i chirurga dziecięc-

go nastawionego na postępowanie zabiegowe. Przedstawione przez dr n. med. Witolda Koffątaja, z Kliniki Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej, na przykładzie wybranych przypadków klinicznych sposoby postępowania diagnostycznego i terapeutycznego spotkały się z dużym zainteresowaniem uczestników Konferencji i wywołały burzliwą dyskusję na temat możliwości leczenia andrologicznego u dojrzwających chłopców. Prof. dr hab. Jerzy Osemlak – kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej AM w Lublinie przedstawił własne bardzo bogate doświadczenia dotyczące zarówno problemów pourazowych, jak i wad wrodzonych oraz wnętrza. Podejście pediatry – endokrynologa i chirurga dziecięcego do problemu wnętrza różni się w sposób zdecydowany, chociaż istnieje możliwość wspólnej terapii, ponieważ cel postawiony przez obie specjalności jest wspólny.

Po przerwie przedstawiono bardzo ciekawe referaty dotyczące nagłych stanów chirurgicznych moszny u chłopców i ich odległych następstw. Referat ten był przedstawiony przez dr Pawła Osemlaka.

„Temat andropauzy jest obecnie bardzo nośny medialnie i na łamach zarówno prasy ogólnodostępnej, jak i czasopism naukowych toczy się dyskusja, czy andropauza istnieje.”

Następnym wykładowcą był dr n. med. **Krzysztof Łukaszuk** z Gdańska, który przedstawił możliwości zabezpieczenia przyszłego rozrodu u młodych chorych onkologicznych. Problem ten u mężczyzn jest rozwiązany dzięki istnieniu banków nasienia, które na zasadach komercyjnych mogą przez wiele lat przechowywać spermę młodych ludzi, którzy przeszli chemio- lub radioterapię. Mrożenia należy dokonać przed rozpoczęciem leczenia. W chwili obecnej pojawiła się możliwość mrożenia tkanki jajnikowej i komórek jajowych. Ten problem dr K. Łukaszuk przedstawił, jakby na marginesie zasadniczej tematyki referatu, i właśnie ten problem rozpełtał burzliwą dyskusję zarówno merytoryczną, jak i etyczną. Dyskusja dotycząca mrożenia komórek generatywnych przeciągnęła się aż do końca sesji, a nawet, co ciekawe kontynuowana była w czasie przerwy kawowej w kularach. Po przerwie odbyła się sesja sponsorowana przez firmę Organon, dotycząca substytucji androgennej w zespole PADAM (częściowy niedobór androgenów u starzejących się mężczyzn). Prace o tej tematyce prowadzą dwa ośrodki: lubelski, kierowany przez **prof. dr hab. Grzegorza Jakiela** i warszawski pod kierunkiem **prof. dr hab. Leszka Babloka**. Prace dotyczyły roli terapii hormonalnej w samooceńniu zdrowia mężczyzn, a także doświadczeń ze stosowaniem androgenów (Undestor), celem poprawy jakości życia pacjentów z andropauzą. Przedstawione przez oba zespoły wyniki jednoznacznie sugerują celowość wprowadzenia substytucji an-

drogennej u dojrzałych mężczyzn z hypogonadyzmem.

Temat andropauzy jest obecnie bardzo nośny medialnie i na łamach zarówno prasy ogólnodostępnej, jak i czasopism naukowych toczy się dyskusja, czy andropauza istnieje. Naszym zdaniem nie jest to nazwa precyzyjna, ale zespół objawów spowodowanych niedoborem androgenów (PADAM). Jest on dużym problemem dla starzejących się mężczyzn i może być leczony substytucyjnie. Dyskusja na ten temat podzieliła zebranych na zwolenników leczenia andropauzy (większość czynnych zawodowo andrologów) i niewielkie grono przeciwników terapii, ze względu na ryzyko skutków ubocznych.



Prof. dr hab. Grzegorz Jakiel – kierownik Kliniki Rozrodczości i Andrologii AM w Lublinie otwiera sesję

W godzinach wieczornych, po bardzo intensywnie naukowym dniu, odbyło się spotkanie koleżeńskie w budynku CSW „Energetyk” w Nałęczowie, na którego gościnnym terenie sprawnie toczyły się obrady Konferencji. Na zakończenie okazało się, że andrologi reprezentują nie tylko wysoki poziom merytoryczny i fachowy, ale także jest wśród nich kilku wybitnych tancerzy.



Sekretarz Zarządu Głównego PTAndrol dr n. med. Szymon Bakalczuk oraz prof. dr hab. Jerzy Osemlak w trakcie dyskusji

I Jesienna Szkoła Medycyny Ratunkowej

W dniach 5-8 listopada 2003 r. w Nałęczowie,
pod honorowym patronatem JM Rektora
Akademii Medycznej im. prof. Feliksa
Skubiszewskiego w Lublinie prof. dr hab.
dr h. c. Macieja Latańskiego, oraz Wojewody
Lubelskiego Andrzeja Kurowskiego, odbyła
się I Jesienna Szkoła Medycyny Ratunkowej.

LEK. MED. MICHAŁ SOLECKI
LEK. MED. EWA WIATER-KOZIOŁ
KATEDRA I KLINIKA CHIRURGII URAZOWEJ
I MEDYCYNĄ RATUNKOWEJ
AM W LUBLINIE

Organizatorami byli Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej AM w Lublinie oraz Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof AM we Wrocławiu wraz z Polskim Towarzystwem Medycyny Ratunkowej (PTMR). Nadzór naukowy nad konferencją sprawowali kierownicy tychże jednostek, prof. dr hab. Jerzy Karski (AM w Lublinie) oraz prof. dr hab. Juliusz Jakubaszko (AM we Wrocławiu, prezes PTMR). Komitetowi Organizacyjnemu przewodniczył Prezes Lubelskiego Oddziału Regionalnego PTMR dr n. med. Adam Nogalski. W składzie Komitetu Organizacyjnego znaleźli się pracownicy Kliniki Chirurgii Urazowej

i Medycyny Ratunkowej AM w Lublinie, Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie oraz Zakładu Medycyny Ratunkowej i Katastrof AM we Wrocławiu. W Konferencji uczestniczyło 283 lekarzy z całej Polski oraz zaproszeni goście zagraniczni.

Otwarcia konferencji dokonał prezes PTMR prof. dr hab. Juliusz Jakubaszko oraz dr n. med. Adam Nogalski. Uroczystość zaszczylicili swoim udziałem: Wojewoda Lubelski Andrzej Kurowski, Prorektor do spraw Klinicznych AM w Lublinie prof. dr hab. Andrzej Książek, Dyrektor Oddziału Lubelskiego NFZ dr n. med. Adam Borowicz oraz Komendant Wojewódzki PSP w Lublinie J. Klajda, Burmistrz Miasta Nałęczowa W. Wójcik, Dyrektor SPSK nr 1 w Lublinie M. Pomarańska, którzy w ciepłych słowach powitali uczestników konferencji. Wykład inauguracyjny pt. „Prawo do życia – prawo do śmierci” wygłosiła siostra prof. dr

hab. Barbara Chyrowicz – kierownik Katedry Etyki Szczegółowej KUL.

Celem konferencji i jej myślą przewodnią były postępy medycyny ratunkowej. Program obejmował swoim zakresem następujące sesje:

1. „Szpitalne Oddziały Ratunkowe – organizacja, zadania i funkcjonowanie” – opracowania prezentowane przez ordynatorów Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych w Polsce oraz dr W. Pokhmurski’ego ukazujące obraz ratownictwa medycznego na Ukrainie.

2. „Zagrożenia życia i zdrowia w zdarzeniach masowych” – w tej sesji znalazły się wykłady omawiające zatrucia środkami chemicznymi i ochrony roślin, katastrofy oparzeniowe, porażenie prądem, obrażenia narządu ruchu oraz zagrożenia pochodzenia zakaźnego. Przedstawiony został uczestnikom wojewódzki plan zabezpieczeń zdarzeń masowych i sytuacji nadzwyczajnych oraz zasady współdziałania służby zdrowia i jednostek Państwowej Straży Pożarnej w tychże zdarzeniach zobrazowane pokazami akcji ratunkowej zorganizowanej w Zakładach Azotowych w Puławach.

3. „Nagle zagrożenia pochodzenia wewnętrznego”. Tym tytułem objęto zagadnienia ostrych zespołów wieńcowych wraz z pokazem teletransmi-

sji zapisu EKG, zaburzenia układu wewnątrzwydzielniczego oraz problemy diagnostyki mikrobiologicznej. Przedstawiono także problem pacjentów w stanie śmierci mózgowej wraz z zagadnieniami dotyczącymi pobierania narządów do transplantacji. W wieczornej sesji czwartej określonej mianem „Varia” znalazły się prace poświęcone zaburzeniom świadomości, możliwościom diagnostyki obrazowej w urazach kręgosłupa szyjnego. Prezentowano również problem leczenia pacjenta z dusznością, w świetle aktualnych raportów GINA 2002 i GOLD 2001. Sobotę, ostatni dzień konferencji poświęcono zagrożeniom pourazowym u dorosłych i dzieci z uwzględnieniem stosowania profilaktyki przeciwwzkrzepowej po urazach.

W trakcie trwania Szkoły wszyscy uczestnicy mieli możliwość skorzysta-

nia z warsztatów zorganizowanych przez firmę Medline, która udostępniła nowoczesne urządzenia wykorzystywane w ratownictwie w warunkach przedszpitalnych oraz w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Warsztaty obejmowały kilka stacji pośrednich, poczynając od fantomów do nauki BLS, fantomów umożliwiających naukę i doskonalenie technik intubacji dotchawiczej, defibrylację z symulacją rytmu serca. Możliwe było sprawdzenie własnych umiejętności w prowadzeniu oddechu zastępczego przy użyciu worka Ambu na specjalnie przygotowanym symulatorze, a także sprawdzenie możliwości, jakie dają nowoczesne respiratory i urządzenia do leczenia bezdechu sennego. Najliczniej oblegane było stanowisko, służące do demonstracji technik unieruchamiania poszkodowanych i ich przenosze-

nia z zastosowaniem desek, kombi-zbierek, noszy próżniowych, zakładania kołnierzy szyjnych. Każdy z uczestników miał możliwość osobiście spróbować wykonać te czynności na uczniach Szkoły Ratownictwa Medycznego w Lublinie.

Największą atrakcją dla uczestników były zorganizowane na terenie Zakładów Azotowych w Puławach pokazy akcji ratunkowych w zdarzeniach masowych typu: pożar, „odbicie” zakładników przez grupę antyterrorystyczną oraz katastrofa cysterny wiozącej chemikalia.

Jak to ma miejsce podczas wszystkich konferencji, nie mogło i tu zabraknąć wieczornych spotkań towarzyskich integrujących lekarzy medycyny ratunkowej z całej Polski. Na zakończenie Konferencji prezes PTMR prof. dr hab. J. Jakubaszko zaprosił uczestników na następną, II Jesienną Szkołę Medycyny Ratunkowej oraz przekazał informację o organizacji w Lublinie II Kongresu Medycyny Ratunkowej Europy Środkowo-Wschodniej we wrześniu 2004 r. Konferencja została zakończona 8 listopada br. z nadzieją powtórnego spotkania się podczas następnej, II Jesiennej Szkoły Medycyny Ratunkowej.

II Międzynarodowy Kongres Medycyny Ratunkowej



Kompleksowa ocena jakości substancji leczniczych i postaci leków

Każdy środek leczniczy dostępny w obrocie jest produktem podlegającym ścisłej kontroli. Stąd też opracowywanie i wdrażanie coraz doskonalszych metod analitycznych, służących kontroli leku na etapie produkcji, jest celem wielu placówek naukowych.

MGR FARM. ŁUKASZ KOMSTA
KATEDRA I ZAKŁAD CHEMII LEKÓW
AM W LUBLINIE

Kontrola jakości leku jest zadaniem interdyscyplinarnym, łączącym w sobie wiele aspektów współczesnej chemii analitycznej wraz z innymi naukami farmaceutycznymi. Tematyce tej poświęcona była Konferencja Naukowa, zorganizowana w dniach 18-19 września br. na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Poznaniu.

Organizatorami Konferencji byli: Komitet Terapii i Nauk o Leku PAN, Komitet Chemii Analitycznej PAN oraz Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej Akademii Medycznej

w Poznaniu, zaś sponsorowali ją: Komitet Terapii i Nauk o Leku PAN, Pliva Kraków, Biofarm, Jelfa S.A., LGC Promochem oraz ABL&E. JASCO Sp. z o. o. Od strony naukowej ciężar organizacyjny wzięli na siebie: **prof. dr hab. Jan Pawlaczyk** i **prof. dr hab. Barbara Marciniak** z Katedry i Zakładu Chemii Farmaceutycznej AM w Poznaniu oraz **prof. dr hab. Zenon Kokot** i **prof. dr hab. Jadwiga Mielcarek** z Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej tej Uczelni.

Uroczystego otwarcia Konferencji dokonali JM Rektor AM w Poznaniu **prof. dr hab. Grzegorz Bręborowicz** z **prof. dr hab. Zenonem Kokotem**, Dziekanem Wydziału Farmaceutycznego i jednocześnie przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego.

Konferencja rozpoczęła się od sesji, na której wygłoszono 8 referatów plenarnych. **Prof. dr hab. Jan Pawlaczyk** (AM w Poznaniu) przedstawił metody oceny jakości substancji leczniczych wymienione w nowo wydanej Farmakopei Polskiej VI, porównując je szczegółowo z monografiami innych farmakopei. **Prof. dr hab. Zbigniew Fijałek** (AM w Warszawie) zaprezentował aktualne wymagania oceny jakości produktów leczniczych obowiązujące w Unii Europejskiej. Dyskutowano również nad aspektami poszczególnych metod oceny jakości substancji leczniczych i ich walidacją, które objaśniał w swoim referacie **prof. dr hab. Zenon Kokot**. Pozostałe referaty dotyczyły analizy wody do celów farmaceutycznych, sterylizacji i czystości mikrobiologicznej leku oraz zastosowań chromatografii w metabolomice.

Oprócz referatów wygłoszono 15 komunikatów ustnych. Prezentowały one nowe techniki badawcze w kontroli jakości czystych substancji, problemy walidacji metod mikrobiologicznych, metody oceny fizycznych właściwości postaci leku. Prezentowano również doniesienia dotyczące konkretnych grup związków chemicznych.

Obradom Konferencji towarzyszyły dwie sesje posterowe, na których przedstawiono 83 postery (w tym 7 z AM w Lublinie). 37 posterów prezentowało wysokosprawną chromatografię cieczową, 16 doniesień dotyczyło zastosowania chromatografii cienkowarstwowej. W 34 doniesieniach opisywano analizy metodą spektrofotometrii UV. Inne techniki analityczne były rzadziej używane (2 prace chromatografii gazowej, 2 doniesienia wykorzystujące elektroforezę kapilarną, 3 prace z zakresu kolorymetrii oraz 2 ze spektrofotometrii IR, 11 prac opisujących techniki elektrochemiczne).

Opisywane techniki autorzy posterów zastosowali do oznaczania zawartości substancji czynnych w formach leku, określania czystości substancji czynnych i pomocniczych oraz badań biodostępności. Kilka prac teoretycznych dotyczyło aktualnej problematyki rejestracji leków w Polsce. Postery przedyskutowano na podsumowaniu sesji prowadzonym przez prof. dr hab. **Jadwigę Mielcarek** oraz prof. dr hab. **Genowefę Misztal** z Katedry Chemii Leków naszej Uczelni.

Ze względu na fakt, że analiza form leków stanowi istotną część badań prowadzonych w Katedrze Chemii Leków, nasza Uczelnia była reprezentowana przez liczne grono jej pracowników. Organizatorom Konferencji należą się w tym miejscu gorące podziękowania za wspaniałe wrażenia i miłą atmosferę.

Postery prezentowane przez pracowników AM w Lublinie podczas Konferencji:

1. A. Berecka, A. Gumieniczek, H. Hopkała – „Analiza chromatograficzna (TLC) doustnych leków przeciwcukrzycowych”.

2. J. Drozd, H. Hopkała – „Spektrofotometryczne oznaczanie wodorofumaranu ketotifenu z wykorzystaniem pochodnych widma w zakresie UV”.

3. H. Hopkała, R. Pietraś – „Opracowanie metody rozdzielania wybranych leków przeciwyrtmicznych metodą TLC oraz densytometryczne oznaczenie chlorowodoru meksyletyny w kapsułkach Mexicord”.

4. H. Hopkała, A. Pomykański – „Oznaczenie niesteroidowych leków przeciwzapalnych – fenbufenu i ketoprofe-



Spacer po poznańskiej starówce. Stoją od lewej: mgr farm. Rafał Pietraś, dr hab. Anna Jelińska (AM Poznań), prof. dr hab. Genowefa Misztal, prof. dr hab. Marianna Zając (AM Poznań), prof. dr hab. Hanna Hopkała, mgr farm. Anna Berecka, mgr farm. Arkadiusz Pomykański



Uroczysty wieczór towarzyski uświetnił wspaniały tort. Stoją od lewej: mgr farm. Anna Berecka, prof. dr hab. Zenon Kokot (AM Poznań), dr n. farm. Joanna Drozd, mgr farm. Arkadiusz Pomykański

nu metodą spektrofotometrii klasycznej i pochodnych widma”.

5. D. Kowalczyk, H. Hopkała, R. Pietraś – „Analiza densytometryczna benazeprylu i cilazaprylu z zastosowaniem techniki HPTLC”.

6. G. Misztal, Ł. Komsta – „Optymalizacja układów chromatografii cien-

kowarstwowej do identyfikacji leków hipolipemicznych”.

7. B. Paw, G. Misztal – „Oznaczenie tiagabiny w tabletkach metodą HPLC”.

*Autor dziękuje prof. dr hab. Jadwidze Mielcarek za udostępnienie danych statystycznych prezentowanych podczas podsumowania sesji posterowej.

Depresja

W dniu 26 września 2003 roku w siedzibie Lubelskiego Towarzystwa Naukowego w Lublinie, odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa, będąca kontynuacją odbywających się poprzednio.

DR N. MED. MARIA PILARCZYK
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 Servier Polska Sp. z o.o. 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 w bardzo szerokim zakresie obejmowały tematykę depresji, ze szczegółowym przedstawieniem wszystkich aktualnie dostępnych informacji na temat tego schorzenia oraz szczegółowym omówieniem jego występowania w schorzeniach neurologicznych.

W wykładzie pt. „Współczesny obraz depresji”, będącym pierwszym z prezentowanych wykładów konferencji **dr hab. Bartosz Łoza**, z Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie wykazał, że kiedy na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych zaczęto wprowadzać do terapii kolej-

ne leki przeciwdepresyjne, w tym czasie pojawiały się głosy powątpiewające w generalną opłacalność produkcji tych środków. Obecnie antydepresanty często okupują po kilka miejsc w pierwszej dziesiątce leków sprzedawanych na świecie, a według WHO sama depresja stanowi – zaraz za schorzeniami krążeniowymi najważniejszą przyczynę „niesprawności” chorobowej (3/20 osób przeżyje w życiu epizod klinicznej depresji). Jest obecnie raczej tak, że dane epidemiologiczne dotyczące depresji traktuje się z obawą, podaje się, że opisują zaledwie wierzchołek góry lodowej. Wbrew stereotypom, najczęściej depresje kliniczne pojawiają się (choć nie są koniecznie diagnozowane i/lub leczone) w gabinetach nie – psychiatrycznych. Skala zjawiska jest taka, że praktycznie psychiatry powinni się koncentrować na leczeniu depresji ciężkich, lekoopornych i atypowych, resztę przypadków pozostawiając w terapii tam, gdzie postawiono pierwsze rozpoznanie. Wszystkie przewlekłe choroby somatyczne korelują pozytywnie z obniżaniem się nastroju i napedu. W szeregu chorobach neurologicznych depresje osiągają rozpowszechnienie nawet 50-procentowe, praktycznie współ-

tworząc podstawowy obraz kliniczny i współdecydując o rokowaniu. Wszędzie na świecie, gdzie rozpowszechniło się stosowanie przeciwdepresantów poza psychiatrią, uzyskano poprawę w zakresie ogólnych wskaźników zdrowotnych np. w zagrożeniach samobójczych.

W następnym wystąpieniu **dr n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk** przedstawiła wykład: „Reakcje depresyjne u chorych z bólami głowy”. Bóle głowy często występują z depresją. Trudno jest powiedzieć, co jest pierwotne, ból głowy czy depresja. Depresja towarzyszy zarówno migrenie jak i napięciowemu bólowi głowy tworząc tak zwaną maskę bólową. Breslau i Davis (Cephalgia 1992) wykazali tendencję do wpadania w stany niepokoju i występowania głębokiej depresji odpowiednio 12-krotnie i 4-krotnie częściej u młodych ludzi z migreną niż w grupie kontrolnej. Zauważono też, że napięciowy ból głowy często współistnieje ze wzmożonym napięciem emocjonalnym, zespołem nerwicowym lub stanami obniżonego nastroju. Natomiast przeprowadzone badania psychologiczne (Puca F. i wsp. Cephalgia 1999) u pacjentów z napięciowymi bólami głowy wykazują elementy depresji, nastawienie hipochondryczne lub historyczne cechy osobowości.

Dr n. med. Iwona Halczuk, adiunkt Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie przedstawiła pracę: „Reakcje depresyjne u chorych na padaczkę”. Częstość zachorowania na depresję chorych na padaczkę jest najwyższa w porównaniu do pacjentów z innymi prze-

wlekłymi chorobami neurologicznymi. Zaburzenia depresyjne w przebiegu padaczki występują w okresie okołonapadowym poprzedzając pojawienie się napadu padaczkowego, jako zasadniczy element napadu padaczkowego, bezpośrednio po napadzie padaczkowym, w okresie międzynaapadowym lub w trakcie niedrgawkowych napadów stanów padaczkowych. Cechami charakterystycznymi depresji w przebiegu padaczki jest wysoki poziom lęku, wrogość i drażliwość, oraz wątki obsesyjne w trakcie myślenia. Niezwykle istotnym czynnikiem ryzyka pojawienia się depresji u chorych z padaczką jest występowanie napadów częściowych, zwłaszcza złożonych, głównie z płata skroniowego lub czołowego lewej półkuli mózgu. Dodatkowymi czynnikami ryzyka są trudności w akceptacji padaczki jako choroby przewlekłej, wprowadzenie ograni-

Według WHO sama depresja stanowi – zaraz za schorzeniami krążeniowymi – najważniejszą przyczynę „niesprawności” chorobowej

czeń życia codziennego, a także niepowodzenia farmakoterapii. Idealny lek przeciwdepresyjny, który może mieć zastosowanie w padaczce nie powinien obniżać progu pobudliwości drgawkowej, nie powinien wpływać na układ GABA-ergiczny oraz nie powinien wpływać na poziom wolnej frakcji leków przeciw padaczkowych we krwi. Szczególnie polecane w leczeniu zaburzeń depresyjnych u chorych na padaczkę są atypowe leki przeciwdepresyjne, selektywne inhibitory MAO oraz większość selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny.

W kolejnym wystąpieniu **dr n. med. Halina Bartosik-Psujek**, adiunkt Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie w wykładzie pt.: „Reakcje depresyjne u chorych na stwardnienie rozsiane” wykazała występowanie zaburzeń depresyjnych u chorych na stwardnienie rozsiane. To schorzenie jest najczęstszą przyczyną kalectwa u młodych osób. Przemijające, krótkotrwałe objawy depresyjne występują u 80-90 procent chorych na to schorzenie, natomiast depresję stwierdza się u około 40 proc. chorych. Jest to zatem bardzo istotny problem w wielodyscyplinarnej opiece nad pacjentem.

Mgr psych. Teresa Kazalska, pracownik naukowy Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie w bardzo interesującym wystąpieniu pt.: „Reakcje depresyjne u chorych z udarem mózgu” wykazała, że depresja jest jednym z powikłań tego schorzenia. Częstość jej występowania szacuje się na 17-64 proc. Przyczyną zaburzeń depresyjnych po udarze mózgu mogą być zmiany strukturalne w mózgu, czynniki genetyczne, wcześniejsze obciążenia schorzeniami afektywnymi, a także zaburzenia funkcjonowania poznawczego i sprawności ruchowej. Cechy osobowości przedchorobowej mają również istotny wpływ na powstanie i głębokość zaburzeń depresyjnych, dlatego w procesie leczenia obok farmakoterapii ważne jest oddziaływanie psychoterapeutyczne.

Ostatnim wystąpieniem była wypowiedź przedstawicielki Firmy Farmaceutycznej Servier Polska Sp. z o.o.: **dr Agaty Kwaśniewskiej** pt.: „Prezentacja leku Coagil”, stosowanego w sytuacji chorych z zespołami depresyjnymi, również u pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi.

Konferencja cieszyła się ogromnym powodzeniem i zainteresowaniem neurologów, lekarzy specjalizujących się w zakresie tej specjalizacji, lekarzy rodzinnych i internistów, zgromadziła 120 osób. Wszyscy uczestnicy konferencji otrzymali certyfikaty potwierdzające otrzymanie punktów edukacyjnych przyznanych przez Komisję ds. Kształcenia Podyplomowego Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.



Dr n. med. Maria Pilarczyk
sekretarz OL PTNeuro



Dr n. med. Krystyna
Mitosek-Szewczyk



Dr n. med. Iwona
Halczuk



Dr n. med. Halina
Bartosik-Psujek

Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego

**W dniu 10 października 2003 roku w Biłgoraju
odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa
połączona z uroczystością jubileuszu XXV-lecia
Oddziału Neurologicznego w tym mieście.**

DR N. MED. MARIA PILARCZYK
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 Oddział Neurologiczny SP ZOZ w Biłgoraju. Moderatorem konferencji był **prof. dr hab. n. Zbigniew Stelmasiak**, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie, przewodniczący Lubelskiego Oddziału PTN, Prezes Zarządu Głównego PTN.

Konferencja była połączona z obchodami XXV-lecia Oddziału Neurologicznego w Biłgoraju. Wśród zaproszonych gości obecni byli: Starosta Biłgorajski – **Stanisław Schodziński**, Sekretarz Miasta – **Bogdan Kowalik**, Przewodniczący Rady Powiatu – **Franci-**

szek Piętak, Przewodniczący Rady Społecznej SP ZOZ – **Ryszard Piebiak**, Ks. Kapelan – **Grzegorz Kawa**, Naczelny Dyrektor SO ZOZ – **Stefan Oleszczak**, Zastępca Dyrektora SP ZOZ – **Zbigniew Kowal**, Konsultant Wojewódzki działający w czasie otwarcia Oddziału i wiele lat później – **dr n. med. Stanisław Żelazny**. Prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak oraz wszyscy zaproszeni goście bardzo pochlebnie wyrażali się o działalności Oddziału Neurologicznego w Biłgoraju zaznaczając ogromne znaczenie organizacyjne i merytoryczne ordynatora **dr Leszka Gilewicza**, który przedstawił historię dotyczącą powstania Oddziału, jego strukturę organizacyjną oraz osiągnięcia terapeutyczne.

Prezentowane przez pracowników naukowych Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie wykłady w bardzo szerokim zakresie obejmowały najnowsze informacje na temat pato-

genezy, objawów chorobowych oraz leczenia trzech różnych, bardzo istotnych zespołów chorobowych z zakresu neurologii.

Dr n. med. Andrzej Fidor przedstawił wykład pt.: „Patogeneza, objawy kliniczne i leczenie zespołów korzeniowych”. Dolegliwości bólowe lędźwiowego i szyjnego odcinka kręgosłupa stanowią nie tylko problem medyczny ale także społeczny. Przeważająca część społeczeństw w krajach uprzemysłowionych w pewnym okresie życia cierpi z powodu dolegliwości bólowych pochodzących ze zmian chorobowych kręgosłupa, a koszty leczenia oceniane są np. w Stanach Zjednoczonych na około 25 miliardów dolarów. Dotychczasowe badania wskazują, że najczęściej przyczyną tych dolegliwości są zmiany w zakresie krążka międzykręgowego, zmiany zwyrodnieniowe lub stenoza kanału kręgowego, jednakże możliwe są również inne przyczyny jak np. procesy rozrostowe, zapalne schorzenia reumatoidalne i inne. Przepuklina jądra miążdżystego przemieszczając się w kierunku otworów międzykręgowych lub do światła kanału kręgowego uciska na korzenie nerwowe prowadząc do powstania bólu korzeniowego, które-

go rozprzestrzenienie zależne jest od zakresu unerwienia zajętego korzenia. Proces diagnostyczny tych zespołów oprócz dokładnego badania fizykalnego winien obejmować badania neuroobrazujące, takie jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny. W leczeniu farmakologicznym zasadnicze znaczenie mają niesterydowe leki przeciwzapalne, jednakże należy pamiętać o stosunkowo częstych działaniach ubocznych przez nie wywoływanych. Ważnym elementem terapii jest również zachowanie aktywności ruchowej, a w odniesieniu do przewlekłych postaci choroby, systematyczne ćwiczenia oraz terapia poznawczo-behawioralna wydają się mieć większe znaczenie niż farmakoterapia.

Tematem drugiego wykładu były „Łagodne zaburzenia poznawcze – rozpoznawanie i różnicowanie”. Problem ten przedstawiła mgr psych. **Teresa Kazalska**. Łagodne zaburzenia poznawcze (Izp) odnoszą się do stanu klinicznego pomiędzy osłabieniem funkcji poznawczych związanych z fizjologicznym starzeniem się, a zaburzeniami typowymi dla zespołu otępiennego. Do charakterystycznych cech sugerujących rozpoznanie Izp należą zaburzenia pamięci lub innej funkcji przy prawidłowym globalnym funkcjonowaniu poznawczym i zachowanej aktywności życiowej. Badania obserwacyjne wskazują, że u tych chorych przejście w otępienie następuje znacznie szybciej niż u osób zdrowych w podobnym wieku. Przyjmuje się, że w ciągu roku u 10-15 procent chorych z rozpoznanymi łagodnymi zaburzeniami poznawczymi może rozwinąć się otępienie. Do czynników ryzyka przejścia Izp w otępienie należą: podeszły wiek, niski poziom wykształcenia, zaburzenie więcej niż jednej funkcji poznawczej oraz obecność zaburzeń somatycznych.

Dr n. med. Joanna Hżeczka miała wystąpienie na temat: „Stwardnienie zanikowe boczne – aktualna wiedza kliniczna”. Schorzenie to jest śmiertelną chorobą neurodegeneracyjną polegającą na postępującym zwyrodnieniu motoneuronów, o częstości występowania 1-3 na 100000, ze średnim początkiem w wieku 56 lat, występuje w dwóch postaciach: rodzinnej (oko-

ło 10 proc. chorych) i sporadycznej (około 90 proc. chorych). Występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, w schorzeniu tym częstszy jest początek kończynowy (65-80 proc.) niż opuszkowy. W etiopatogenezie odgrywają rolę: czynniki genetyczne, nadmierna aktywność kwasu glutaminowego, stres tlenowy, toksyczne działanie agregatów dysmutazy nadtlenkowej 1, czynniki neurotroficzne, proteolityczny układ ubikwityna-proteazom, czynniki zapalne, mechanizmy autoimmunologiczne, dysfunkcja mitochondriów oraz apoptoza motoneuronów. Rozpoznanie SLA (stwardnienia zanikowego bocznego) w kryteriach EL Escorial obejmuje: objawy uszkodzenia dolnego neuronu ruchowego obecne w badaniu klinicznym, elektrofizjologicznym lub neuropatologicznym; objawy uszkodzenia górnego neuronu ruchowego w badaniu klinicznym; postępujący przebieg choroby z zajmowaniem kolejnych regionów, potwierdzony za pomocą wywiadu i badania klinicznego; nieobecność zmian elektrofizjologicznych i patologicznych mogących tłumaczyć objawy uszkodzenia dolnego i górnego motoneuronu wskutek innych chorób; nieobecność w badaniach neuroobrazujących innych chorób mogących tłumaczyć stwierdzane zmiany kliniczne i elek-

trofizjologiczne. Klinicznie pewne SLA, to obecność objawów uszkodzenia górnego i dolnego motoneuronu w regionie opuszkowym i dwóch regionach rdzeniowych lub obecność objawów uszkodzenia górnego i dolnego motoneuronu w trzech regionach rdzeniowych; klinicznie prawdopodobne SLA jest wówczas, gdy stwierdza się obecność objawów uszkodzenia górnego i dolnego motoneuronu w dwóch regionach – regiony mogą być różne; możliwe SLA – rozpoznaje się, gdy objawy uszkodzenia górnego i dolnego motoneuronu są tylko w obrębie jednego regionu, lub są objawy uszkodzenia tylko górnego motoneuronu w co najmniej dwóch regionach. W rozpoznaniu uwzględnia się również przypadki szczególne: monomieliczną postać SLA, postępujące porażenie opuszkowe i pierwotne stwardnienie boczne. Bardzo szczegółowo został przedstawiony algorytm postępowania w rozpoznawaniu tego schorzenia, różnicowanie oraz najnowsze dane na temat leczenia SLA, obejmującego: terapię antyglutaminergiczną, terapię antyoksydacyjną, stosowanie leków blokujących kanały wapniowe, podawanie czynników neurotroficznych, terapię przeciwzapalną, terapię antyapoptotyczną, terapię genową oraz leczenie objawowe.



Od lewej: dr n. med. Stanisław Żelazny – wieloletni konsultant wojewódzki, ordynator Oddziału Neurologicznego w Zamościu, dr Leszek Gilewicz – ordynator Oddziału Neurologicznego w Biłgoraju, dr n. med. Maria Pilarczyk – sekretarz Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak – prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Złota jesień pneumonologów

W październiku w Kazimierzu

Od kilku już lat, tradycyjnie w maju, odbywa się konferencja naukowo-szkoleniowa organizowana przez Klinikę Pneumonologii i Onkologii i Alergologii (taka jest od niedawna nowa nazwa Kliniki), zwana potocznie majówką pneumonologiczną.

DR N. MED. WOJCIECH REMISZEWSKI

KATEDRA I KLINIKA PNEUMONOLOGII,
ONKOLOGII I ALERGOLOGII
AM W LUBLINIE

Czy dołączy do niej nowy cykl sympozjów naukowych, tym razem na jesieni, okaże się. Takie są plany. Pierwsze sympozjum odbyło się w tym roku w Kazimierzu Dolnym, a tematem jego były „Choroby płuc wywołane pyłem organicznym”. Spotkanie, trwające w dniach 10-12 października, miało charakter międzynarodowy, zaś oficjalnym językiem był angielski.

Organizatorem była Klinika Pneumonologii przy współudziale Instytutu Medycyny Wsi, lubelskich oddziałów Polskiego Towarzystwa Ptizjo-

pneumonologicznego i Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Patronowali Minister Zdrowia i Opieki Społecznej oraz JM Rektor Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie. Uczestnikami konferencji byli przedstawiciele dziewięciu krajów: Polski, Szwecji, Danii, Niemiec, Wielkiej Brytanii, Litwy, Słowacji, Ukrainy i Turcji, którzy w prawie pięćdziesięciu wystąpieniach, w tym w sesji plakatowej, dzielili się swymi doświadczeniami i wynikami badań nad chorobotwórczym wpływem pyłów organicznych na płuca.

Wykład inauguracyjny wygłosił **prof. R. Rylander** z Oddziału Medycyny Środowiskowej w Gothenburgu (Szwecja) pt.: „Pył organiczny, a choroby”. W swym wystąpieniu podkreślił, że ryzyko chorób zawodowych spowodowa-

wanych wdychaniem pyłów organicznych rośnie na świecie. Unoszące się w powietrzu cząsteczki pochodzenia zwierzęcego i roślinnego spotyka się szeroko w środowisku w związku z uprawami i hodowlą na farmach, handlem, transportem i przetwórstwem. Wiadomo, że ważną rolę w patogenezie chorób wywołanych pyłem odgrywa ściana komórkowa drobnoustrojów. Większość chorób ma naturę zapalną: od odczynów ostrych, toksycznych, aż po przewlekłozapalne oraz odczyn z nadwrażliwości, takie jak w alergicznym zapaleniu pęcherzyków płucnych. Ocena zagrożenia wymaga szerokiej wiedzy o specyficznych czynnikach, ich toksyczności, wpływie na organizm ludzki i zależności dawka – odpowiedź. Ważną rolę w prewencji tych chorób ogrywa edukacja osób zagrożonych, pracujących w narażeniu, używanie masek ochronnych oraz, znacznie droższych, a więc stosowa-

nych w krajach bogatych, odpowiednich systemów wentylacyjnych, a także kombinacje tych metod.

Profesor Jacek Dutkiewicz z Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie w swym wykładzie pt.: „Szkodliwe składniki pyłów organicznych: profile ryzyka w różnych grupach zawodowych” wyróżnił 10 głównych kategorii szkodliwości, m. in. bakterie chorobotwórcze i nie chorobotwórcze, produkujące endotoksyny, peptydoglikany i alergeny, termofilne promieniowce, grzyby, w tym pleśnie toksyny roślinne, alergeny białkowe ptaków i zwierząt domowych, enzymy i substancje biologicznie aktywne, otrzymywane w procesach biotechnologicznych z tkanek roślin i zwierząt oraz kultur bakteryjnych. Stwierdził ponadto, że co najmniej 90 grup zawodowych jest narażonych na pył organiczny, a także, że różne grupy narażone są na innego rodzaju szkodliwości, np. rolnicy uprawiający zboża i pracownicy elewatorów, hodowcy zwierząt, robotnicy zakładów papierniczych itd. wykazują inne profile narażenia. Jest to ważne m. in. w procesie planowania czynności prewencyjnych.

L. Larsson z Oddziału Mikrobiologii Lekarskiej, Dermatologii i Chorób Zakaźnych Uniwersytetu w Lund (Szwecja) przedstawił wyniki badań składu i charakterystyki drobnoustrojów we wnętrzach budynków przy użyciu chromatografii gazowej i spektrometrii masowej. Metoda pozwala oszacować biomasę zawartych w pyłach grzybów i bakterii oraz dostarcza informacji ilościowych i jakościowych nt. bakterii Gram-dodatnich i endotoksyn bakteryjnych. To, z kolei, umożliwi diagnostykę „stanu zdrowia” wnętrz budynków pod względem mikrobiologicznym.

D. Pomorska przedstawiła podobną pracę wykonaną przy współdziałaniu Wydziału Weterynarii Akademii Rolniczej w Lublinie, Oddziału Chorób Zakaźnych i Mikrobiologii Lekarskiej Uniwersytetu w Lund i lubelskiego Instytutu Medycyny Wsi, a dotyczącą zawartości endotoksyn w powietrzu pomieszczeń dla zwierząt (chlewy, obory, stajnie). Wiadomo dobrze, że endotoksyny pyłów organicznych wywołują choroby układu oddecho-

wego u farmerów, zbyt mało jednak wiadomo na temat podobnego ich wpływu na hodowane zwierzęta. Przypuszcza się, że istnieje związek między stężeniem endotoksyn we wnętrzach tych obiektów, a występowaniem choroby obturacyjnej u krów i innych zwierząt.

Wiele innych prac dotyczyło zanieczyszczeń pyłami organicznymi różnych środowisk, takich jak: szkoły, przedsiębiorstwa oczyszczania i kanalizacji, zakłady drobiarskie, młyny, tartaki, zakłady utylizacji odpadów żywnościowych, zawilgocone budynki, ogrody zoologiczne, plantacje chmielu, lnu, ziół i wielu innych, pod kątem ekspozycji pracowników, ich stanu zdrowia, standaryzacji pomiarów zanieczyszczeń, poszukiwania nowych markerów.

Kierownik Katedry i Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii AM w Lublinie **prof. Janusz Milanowski** postawił w swym wykładzie następujący problem: „Choroby wywołane pyłem organicznym: jedna, czy więcej chorób?” Narażenie zawodowe na pył organiczny może powodować takie schorzenia płuc jak: alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych (azpp), zespół toksyczny wywołany pyłem organicznym (organic dust toxic syndrome – ODTS), bysinoza (wywołana wdychaniem pyłu bawełny) i astma zawodowa (occupational asthma – OA). Niezależnie od różnic pomiędzy nimi, łatwo jest zaobserwować o wiele więcej podobieństw wspólne czynniki etiologiczne i patogenetyczne (zasadnicza rola komórek zapalnych: makrofagi płucne, limfocyty i neutrofile; cytokiny), złożony proces zapalny, wciągnięcie w patologię większości struktur płucnych. Objawy i zespoły objawów w wyżej wymienionych chorobach często nakładają się na siebie. Z własnego doświadczenia autora wynika, że reakcje astmatyczne mogą występować często w kombinacji z azpp. Ponadto wykazano wiele przypadków współistnienia astmy oskrzelowej i przewlekłego zapalenia oskrzeli. Dlatego też autor wyraził na koniec, być może kontrowersyjną i odważną propozycję: aby, zamiast dążyć do różnicowania za wszelką cenę zaburzeń w oczywisty sposób wywołanych py-

łem organicznym, zastosować do nich uniwersalną nazwę: *choroby płuc wywołane pyłem organicznym*.

Przedstawiono również prace z zakresu patomorfologii chorób śródmiąższowych **R. Lagfort**: Zapalenie płuc z nadreaktywności – spektrum obrazów histopatologicznych), trudności w ich diagnostyce, procedur diagnostycznych (**T. Sigsgaard**: Rozpoznanie astmy u osób narażonych na pył organiczny) i orzecznictwa (Ginko: Rola ekspertyzy medycznej w chorobach płuc w Niemczech), demonstracje ciekawych i trudnych przypadków.

Analizowano znaczenie takich technik diagnostycznych jak: płukanie pęcherzykowo-oskrzelikowe, czyli BAL (**P. Krawczyk**: rola BAL w diagnostyce azpp), videotorakoskopia (**D. Wąsowski**: Trudności diagnostyczne w obrazie videotorakoskopowym azpp), otwarta biopsja płuca (**J. Grudny**: Zapalenie płuc z nadreaktywności rozpoznane przy użyciu otwartej biopsji płuca w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc), tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (**D. Ziara**: Obraz HRCT płuc u pacjentów z azpp), testy prowokacyjne (**G. Porębski**: Testy skórne z alergenami zawodowymi w astmie piekarzy i alergicznym nieżycie nosa; **A. Wojdas**: Nosowy test prowokacyjny u pacjentów pyłkowicą), by przytoczyć tylko niektóre doniesienia z tego zakresu.

Na zakończenie, autorzy plakatów przedstawili ich krótkie streszczenia, ilustrowane przeźrocami, zaś w przerwach między sesjami mogli podziwiać wystawę prac malarskich **Piotra Fąfrowicza** i zdjęć **dr Pawła Krawczyka**, który dał się poznać również w takiej roli. Obrazy i zdjęcia można było kupić.

Zwracała uwagę bardzo dobra organizacja konferencji, dyscyplina prelegentów, żywe dyskusje, ciepła atmosfera, sympatyczne imprezy towarzyskie. Tylko pogoda była kapryśna i nieprzewidywalna, co pokrzyżowało niektóre plany turystyczno-krajoznawcze.

Istnieje potrzeba kontynuacji. Następne tego typu konferencje na pewno się odbędą. Trwają natomiast dyskusje, z jaką częstotliwością. Uczestnicy, w tym również zagraniczni, wyjeżdżając, wyrażali nadzieje na powrót...

GOLD znaczy złoto

Pałac Czartoryskich, siedziba Lubelskiego
Towarzystwa Naukowego, użył swego
wnętrza prelegentom i słuchaczom
Konferencji Naukowo-Szkoleniowej,
która odbyła się 20 listopada 2003 r.

DR N. MED. WOJCIECH REMISZEWSKI

KATEDRA I KLINIKA PNEUMONOLOGII,
ONKOLOGII I ALERGOLOGII
AM W LUBLINIE

Organizatorem jej była Katedra i Klinika Pneumonologii i Alergologii naszej Almae Matris oraz oddział lubelski Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumologicznego. Pod patronatem Globalnej Inicjatywy na Rzecz Profilaktyki i Leczenia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (GOLD to skrót od angielskiej nazwy tej inicjatywy) trwają w Polsce od dwóch lat działania zmierzające do ograniczenia społecznej plagi, jaką jest POChP.

Nie znaczy to oczywiście, że działania takie nie były prowadzone wcześniej. Lubelska Klinika od końca lat dziewięćdziesiątych prowadzi zakrojone na szeroką skalę diagnostyczne badania przesiewowe, wykrywające POChP (spirometria) oraz poradnictwo antynikotynowe, także we współ-

pracy z Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Centrum Onkologii w Warszawie. No i oczywiście nieustannie leczy się w oddziałach naszej Kliniki bardzo wielu pacjentów z tą chorobą. O tym wszystkim pisaliśmy już niejednokrotnie na łamach Alma Mater.

Konferencja odbyła się w związku ze Światowym Dniem POChP. Spotkanie, oparte o siły własne Kliniki, otworzył jej szef **prof. Janusz Milanowski**, który przywitał uczestników, a następnie poprosił o głos pierwszego prelegenta, **dr. Marka Michnara**. Wygłosił on wykład pt.: „GOLD – teoria i praktyka”. Założeniem było wykazanie różnic pomiędzy dotychczasowymi, a nowymi ustaleniami światowego gremium i ich „przystawanie” do codziennej praktyki. Ustalenia ekspertów i wszelkiego rodzaju consensusy są oczywiście usankcjonowaniem dotychczasowej wiedzy, a ta przecież wciąż ulega zmianom. To właśnie codzienna praktyka lekarska i badania naukowe są jej generatorami i modyfikatorami. Autor błyskotliwie przebiegł

przez zasadnicze elementy etiopatogenezy, epidemiologii, diagnostyki i terapii POChP, wykazując różnice w ustaleniach i zagadnienia wciąż nie rozwiązane, czy budzące wątpliwości, takie jak: stopnie ciężkości choroby i, zgodnie z tym, wybór odpowiednich metod leczniczych, miejsce steroidów wziewnych w terapii itd. Poszukiwanie złotego standardu jest stałym procesem i tak właśnie należy rozumieć GOLD, zakończył mówca.

POChP jest tylko jedną z wielu chorób, które przebiegają z obturacją dróg oddechowych. Prof. J. Milanowski w wykładzie pt.: „Inne choroby układu oddechowego przebiegające z obturacją” dokonał przeglądu jednostek i zespołów chorobowych, które ta cecha charakteryzuje. Ma to ważne znaczenie w diagnostyce różnicowej. Zespołów takich jest wiele. Autor wymienił ich kilkadziesiąt. Są wśród nich choroby ostre i przewlekłe, górnych i dolnych dróg oddechowych oraz płuc, choroby zapalne i alergiczne, uszkodzenia mechaniczne, urazy, krwawienia, guzy i wiele innych.

Po omówionych wyżej wystąpieniach odbyła się burzliwa dyskusja, po której głos zabrał **dr Sławomir Mań-**

dziuk w wykładzie pt.: „Leki antycholinergiczne – znaczenie w terapii chorób układu oddechowego”. Przypomniał budowę układu cholinergicznego, rodzaje i umiejscowienie receptorów muskarynowych, ich działanie

oraz wpływ na nie leków antycholinergicznych. W dalszej części omówił zastosowanie tych leków w terapii POChP. Bromek ipratropium był dotychczas centralnym lekiem w POChP. Ustalenia GOLD zrównały z nim β_2 – sty-

mulatory, a ich wybór lub kombinację pozostawiły lekarzowi, który stosuje je w oparciu o własne doświadczenie, stopień ciężkości choroby i charakterystykę pacjenta. Obecnie pojawia się nowa generacja antycholinergików, tj. preparaty o przedłużonym działaniu (tiotropium), które umożliwią choremu stosowanie ich raz na dobę, co jest znacznie wygodniejsze i poprawia tzw. compliance, czyli właściwą współpracę pacjentów w procesie leczenia.

Na zakończenie głos zabrał przedstawiciel firmy Boehringer Ingelheim, głównego sponsora spotkania, który omówił dostępne na rynku preparaty firmy i zapowiedział nowości.

Po kolejnej dyskusji prof. J. Milanowski podsumował i zakończył konferencję.

Światowemu Dniu POChP poświęcono także miejsce na łamach lokalnej prasy, zaś w TV można było obejrzeć migawki z konferencji i wywiady z prof. J. Milanowskim oraz pacjentką, która skutecznie rzuciła palenie.



Lubelska Klinika
od końca lat
dziewięćdziesią-
tych prowadzi
zakrojone na
szeroką skalę
diagnostyczne
badania
przesiewowe,
wykrywające
POChP
oraz wdraża
poradnictwo
antynikotynowe

Problemy alergologiczne w okulistyce

Choroby alergiczne narządu wzroku stają się coraz częstsze, szczególnie w rejonach uprzemysłowionych i miastach. Dotychczas były problemem niedocenianym zarówno przez okulistów jak i alergologów.

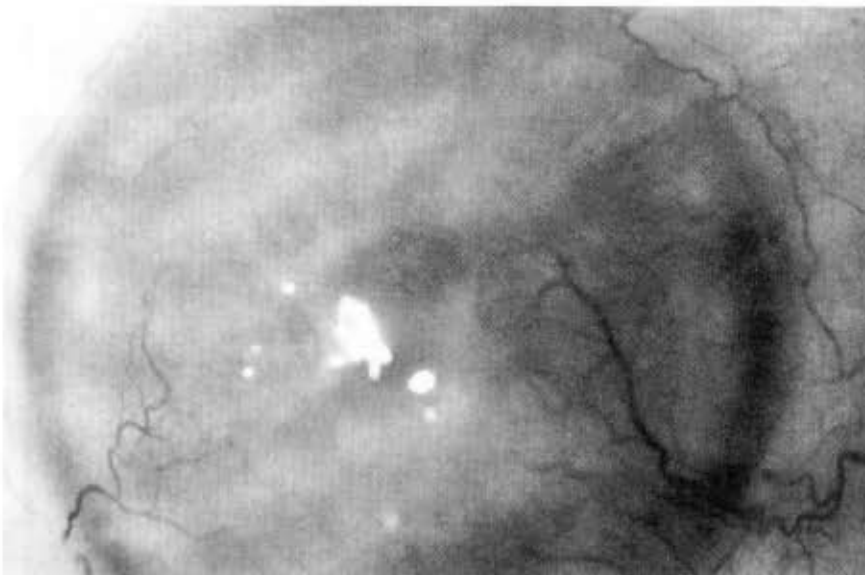
PROF. DR HAB. MAREK GERKOWICZ
II KLINIKA OKULISTYKI
AM W LUBLINIE

Ze względu na dużą częstotliwość występowania, wysokie koszty leczenia, pogorszenie jakości życia związanego z objawami alergii, jak i przyjmowanymi lekami oraz możliwością trwałych uszkodzeń w narządzie wzroku, choroby alergiczne oczu są obecnie uznawane za problem społeczny. Są to także choroby, z zasady wielonarządowe i w wielu przypadkach konieczne jest nie tylko leczenie okulistyczne, ale i kompleksowa terapia prowadzona we współpracy z alergologiem. Dostrzegając potrzebę poszerzenia wiedzy, a także wymiany doświadczeń w tej rozwijającej się dziedzinie, Polskie Towarzystwo Okulistyczne powołało w kwietniu 2003 roku Sekcję Alergologii.

II Klinice Okulistyki AM w Lublinie przypadł zaszczyt zorganizowania I Symposium Sekcji Alergologii Pol-

skiego Towarzystwa Okulistycznego. Zjazd odbył się 10 października 2003 r. pod patronatem JM Rektora Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latalskiego**.

Komitet Honorowy tworzyli: Wojewoda Lubelski **mgr Andrzej Kurowski**, Marszałek Województwa Lubelskiego **mgr Henryk Makarewicz**, Dyrektor Oddziału Lubelskiego Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia **dr n. med. Adam Borowicz** oraz Kierownik Katedry i I Kliniki Okulistyki Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. Zbigniew Zagórski**. W Komitecie Nauko-



Alergiczne – atopowe zapalenie rogówki powodujące jej zmętnienie i unaczynienie

wym zasiadali: **dr hab. prof. nadzw. Marek Gerkowicz**, **prof. dr hab. Janusz Czajkowski**, **prof. dr hab. Ariadna Gierek-Łapińska**. Sympozjum otworzył Prorektor ds. Nauki Akademii Medycznej **prof. dr hab. Kazimierz Główniak**.

Pierwszy referat wygłosił przewodniczący Sekcji Alergologii **prof. dr hab. Janusz Czajkowski** z Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. W swoim referacie profesor J. Czajkowski przedstawił nowoczesne metody diagnozowania i leczenia chorób alergicznych narządu wzroku.

Pozostali prelegenci poruszali zagadnienia związane z rozwojem alergii ocznych u dzieci, alergiami na leki oraz zasadami leczenia farmakologicznego chorób alergicznych. Zaprezentowano także współczesne poglądy na temat etiopatogenezy schorzeń przedniego odcinka oka mogących mieć związek z nadwrażliwością (**prof. dr hab. Ariadna Gierek-Łapińska**, **dr hab. Stanisława Gierek-Ciaciura**). Zespół kierowany przez **prof. dr hab. Janusza Gosia** przedstawił związek alergii pokarmowej z zapaleniami błony naczyniowej gałki ocznej. Zagadnienia przebiegu reakcji alergicznej w oku

omówili: **prof. dr hab. Andrzej Stankiewicz** i **dr n. med. Marek Rękas**.

Bardzo interesujące były wystąpienia lekarzy alergologów: **dr n. med. Ewy Bogackiej** z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii AM we Wrocławiu oraz **dr n. med. Emilii Rymgayłło-Kątskiej** z Kliniki Patologii Noworodków, Niemowląt i Kardiologii AM w Lublinie, które przybliżyły wielonarządowy aspekt schorzeń alergicznych. Była to także doskonała okazja do interdyscyplinarnych dyskusji „na gorąco”.

W Sympozjum wzięło udział 145 osób. 67 lekarzy wstąpiło do nowo utworzonej Sekcji Alergologii, co może świadczyć o dużym zainteresowaniu. Zakończenie Sympozjum uświetnił i dostarczył niezapomnianych wrażeń wieczorny koncert Anity Lipnickiej występującej w towarzystwie Johna Portera. Jak zwykle w takich sytuacjach, wspaniałą, kameralną i ciepłą atmosferę stworzyła Kawiarnia Artystyczna Hades. Dalszą część wieczoru uczestnicy Zjazdu spędzili w tym gościnnym lokalu degustując dania hadesowej kuchni i bawiąc się na dyskotece.

W Sympozjum wzięło udział 145 osób. 67 lekarzy wstąpiło do nowo utworzonej Sekcji Alergologii, co może świadczyć o dużym zainteresowaniu



W gościnnych podziemiach Hadesu

Trzecie Lubelskie Spotkania Kardiochirurgiczne

W dniu 29 listopada 2003 roku kardiologowie, interniści i lekarze rodzinni z województwa lubelskiego spotkali się na organizowanych przez Klinikę Kardiochirurgii Akademii Medycznej w Lublinie „Trzecich Lubelskich Spotkaniach Kardiochirurgicznych”.

DR N. MED. JANUSZ STĄŻKA

KLINIKA KARDIOCHIRURGII
AM W LUBLINIE

Tematem konferencji odbywającej się w siedzibie Lubelskiego Towarzystwa Naukowego była „Niedokrwienność niedomykalność mitralna – postępy w diagnostyce i leczeniu”. Konferencja organizowana przez Klinikę Kardiochirurgii od trzech lat, po raz pierwszy otrzymała punkty edukacyjne przyznane przez Towarzystwo Internistów Polskich.

Konferencję otworzył pełniący obowiązki kierownika kliniki dr n. med. Janusz Stążka. Przedstawił pięcioletnią historię Kliniki Kardiochirurgii AM w Lublinie. Mimo, że lubelska Klinika obchodziła w br. swoje pięciolecie, to początki kardiologii w ośrodku lubelskim należy wiązać z powstaniem w 1971 r. Kliniki Torakochirurgii pod kierownictwem doc. dr hab. Zbigniewa Paplińskiego.

W okresie od czerwca 1998 r. do 27 listopada 2003 r. w lubelskiej Klinice Kardiochirurgii wykonano 2327 zabie-

gów kardiochirurgicznych, w tym 2192 zabiegi z użyciem krążenia pozaustrojowego. Zdecydowana większość zabiegów operacyjnych to rewaskularyzacja mięśnia serca (1612), operacje wad nabytych zastawek serca (407), operacje skojarzone – operacja zastawki + rewaskularyzacja (45). W klinice wykonuje się pełny zakres zabiegów kardiochirurgicznych u dorosłych z wyjątkiem przeszczepów serca, oraz rewaskularyzacji laserowej. Od 2000 roku zaczęto wykonywać zabiegi rewaskularyzacji na bijącym sercu (OPCAB), a od 2002 roku operacje tętniaka rozwarstwiającego aorty wstępującej przy zatrzymanym krążeniu (wśród pięciu operowanych tą metodą zmarł jeden pacjent z powodu powikłań brzusznych). Szczególne sukcesy operacyjne, to: wszczepienie protezy zastawki aortalnej u pacjentki w dziesiątym tygodniu ciąży (dr Zygmunta Modrzewski) – dziecko zdrowe, urodzone o czasie, oraz pomostowanie tętnic wieńcowych z jednoczesną resekcją tchawicy w krążeniu pozautrojowym (dr dr J. Stążka, Z. Modrzewski). Niewątpliwym osiągnię-

ciem zespołu Kliniki Kardiochirurgii w Lublinie jest uzyskanie ósmego miejsca (na 26 ośrodków) w rankingu w rankingu tygodnika Wprost za 2002 rok.

Kolejnym sukcesem zespołu jest uzyskanie 11 miejsca (na 76 sklasyfikowanych) w rankingu jednostek Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie w roku 2002 (na podkreślenie zasługuje fakt, że jest to piąta klinika). Od chwili powstania, asystenci Kliniki Kardiochirurgii są autorami i współautorami 27 prac opublikowanych w całości w czasopiśmie krajowych i zagranicznych, 48 doniesień zjazdowych, spośród których 42 zostały opublikowane w formie streszczeń, rozdziału w podręczniku „Chirurgia naczyń wieńcowych”. Kierujący kliniką dr J. Stążka pięciokrotnie przewodniczył sesjom na zjazdach krajowych oraz czterokrotnie został zaproszony do udziału w obradach okrągłego stołu.

Na podstawie liczby wykonanych zabiegów kardiochirurgicznych w poprzednich latach wydaje się, że 430 zabiegów z użyciem krążenia pozaustrojowego rocznie jest granicą moż-

liwości kliniki przy tej bazie łóżkowej. Dla przypomnienia, Klinika Kardiologii dysponuje 15 łóżkami dla chorych, w tym sześciolóżkową salą intensywnego nadzoru, co przy dwóch salach operacyjnych, jak również zapotrzebowaniu za strony pacjentów jest liczbą niewystarczającą. Problem ten narodził się szczególnie w ostatnich miesiącach, po rozpoczęciu przez Klinikę Kardiologii programu ostrego zespołu wieńcowego, a narażenie jeszcze bardziej po uruchomieniu drugiej pracowni hemodynamicznej w Klinice Kardiologii. Do chwili obecnej nie rozstrzygnięto też sprawy dyżurów zespołu operacyjnego tzw. pod telefonem, co wielokrotnie uniemożliwia zebranie takiego zespołu w przypadkach nagłych.

Na zakończenie wystąpienia, dr J. Stażka podziękował wszystkim obecnym za współpracę, dzięki której możliwe było wykonanie takiej liczby zabiegów. Po części „historycznej” głos zabrali **dr dr Jerzy Przegaliński** i **Tomasz Zapolski** z Kliniki Kardiologii wygłaszając referat nt. „Niedokrwienność niedomykalność mitralna jako problem kliniczny”. Nabyte wady serca i miażdżycę tętnic wieńcowych przez wiele lat traktowane były jako odrębne jednostki chorobowe. Badania ostatnich lat dostarczają jednak coraz więcej dowodów na ich możliwą wspólną etiologię. U blisko połowy chorych z niereumatyczną stenozą aortalną w wyizolowanych zastawkach stwierdzono obecność *Chlamydia pneumoniae*, uznawane za jeden z czynników etiologicznych miażdżycy tętnic wieńcowych. Istnieje ścisły związek między zwężeniem zastawki aortalnej z objawową chorobą tętnic obwodowych u osób starszych, istnieje nawet hipoteza, że stenozę aortalną jest postacią miażdżycy. Potwierdzeniem tej hipotezy jest fakt stwierdzenia zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych w badaniu koronarograficznym u 50 procent pacjentów ze stenozą aortalną. Usprawiedliwiona więc staje się konieczność wykonywania badania koronarograficznego u pacjentów kwalifikowanych do wszczęcia protezy zastawki aortalnej, szczególnie w wieku powyżej 50 r. z. nawet przy braku objawów choroby wieńcowej.

Kilka najważniejszych dat w historii kardiologii lubelskiej

► **listopad 1971 r.** pierwsza komisurotomia (Zb. Papliński, J. Mchafowski, St. Jabłonka, Z. Modrzewski);

► **29 grudnia 1977 r.** komisurotomia w krążeniu pozaustrojowym (W. Sitkowski, Zb. Papliński, St. Jabłonka, Zb. Religa);

► **28 lutego 1978 r.** implantacja protezy zastawki mitralnej Starr-Edwards (Zb. Papliński, W. Sitkowski, Zb. Religa, Z. Modrzewski);

► **1979 r.** pierwsza chirurgiczna rewaskularyzacja mięśnia serca (Zb. Religa, St. Jabłonka, Z. Modrzewski, J. Stażka);

► **1980 r.** po odejściu prof. Zb. Paplińskiego do Gdańska, kierownictwo Kliniki Torakochirurgicznej, przemianowanej później na Klinikę Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca, obejmuje doc. dr hab. Stanisław Jabłonka;

► **1 marca 1991 r.** pierwsza samodzielnie wykonana przez zespół lubelski chirurgiczna rewaskularyzacja mięśnia serca: choroba 3-naczyniowa, dwa pomosty żyłne i LIMA (Z. Modrzewski, J. Stażka);

► **1997 r.** decyzja władz Uczelni o utworzeniu w ramach lubelskiej AM Kliniki Kardiologii;

► **29 czerwca 1998 r.** otwarcie Kliniki Kardiologii. Pełnienie obowiązków kierownika Kliniki powierzone dr n. med. Januszowi Stażce. Trzon zespołu stanowili adiunkci i asystenci Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca: dr dr Zygmunt Modrzewski, Cezary Jurko, Janusz Jendrej, Marek Czajkowski, mgr Grażyna Kowalczyk, pielęgniarki Maria Skwarek (oddziałowa), Bożena Rutka, Małgorzata Kuczer. Zespół uzupełnili: kardiolog dr Elżbieta Krawczyk, chirurdzy – Piotr Dudka, Janusz Rybak, Wawrzyniec Janiszewski, Krzysztof Jaguś, Krzysztof Olszewski.

Kolejny referat pt. „Niedokrwienność niedomykalność zastawki mitralnej jako problem kliniczny” wygłosił **dr n. med. Piotr Szymański** z Zakładu Diagnostyki Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie. Dr Szymański przedstawił anatomie czynnościową zastawki mitralnej, jak i różną etiologię niedomykalności. Szczególną uwagę poświęcił niedomykalności mitralnej jako powikłania choroby wieńcowej, problemu kilku ostatnich lat. Najistotniejszą dla kardiochirurga jest decyzja, czy – a jeśli tak to kiedy – przy planowanych by-passach operować też niedomykającą się zastawkę mitralną. Badania prowadzone w ostatnich latach wykazują lepsze wyniki odległe pacjentów poddanych operacji rewaskularyzacji mięśnia serca w połączeniu z plastyką zastawki mi-

tralnej przy niedomykalności niedokrwiennej III stopnia.

Kolejny referat pt. „Nowoczesne strategie chirurgicznego leczenia migotania przedsionków” wygłosił **prof. dr hab. Kazimierz Suwalski**, kierownik Oddziału Klinicznego Kardiologii AM w Warszawie. Przedstawił metody operacyjnego leczenia migotania przedsionków stosowane obecnie, jak i ich przyszłość. Ogólnosiwiatowa tendencja do minimalizacji dostępów chirurgicznych dotyczy też kardiologii, miejmy nadzieję że powszechna robotyzacja nam nie grozi.

Na zakończenie posiedzenia, dr Janusz Stażka podziękował wszystkim za przybycie oraz pięcioletnią współpracę zapraszając jednocześnie na przyszłoroczne „Czwarte Lubelskie Spotkania Kardiologiczne”.

Jubileusz Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej

W dniu 11 października 2003 r. odbyło się Spotkanie Jubileuszowe Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, które stało się okazją do podsumowania blisko czterdziestoletniej działalności Oddziału, podziękowania twórcom diagnostyki laboratoryjnej Lubelszczyzny, a także złożenia życzeń tym, którzy tworzą ją obecnie.

MGR AGATA SKOCZYŁAS
DR N. FARM. DARIUSZ DUMA
MIĘDZYWYDZIAŁOWA KATEDRA I ZAKŁAD
DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
AKADEMIA MEDYCZNA W LUBLINIE

Jubileusz ten zbiegł się również z ukazaniem się drukiem opracowanego przez **dr Andrzeja Wróbla** z Międzywydziałowego Zakładu Historii Nauk Medycznych i **mgr Andrzeja Zdunka** okolicznościowego wydawnictwa „Polskie Towarzystwo Dia-

gnostyki Laboratoryjnej Oddział w Lublinie w latach 1965-2001”. Uroczysty charakter spotkania podkreślały dostojne wnętrza Teatru im. Juliusza Osterwy w Lublinie.

Honorowy patronat nad Spotkaniem objął JM Rektor Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański**, zaś w Komitecie Honorowym zasiadły znane osobistości Lublina: Wojewoda Lubelski – **Andrzej Kurowski**, Marszałek Województwa Lubelskiego – **Henryk Makare-**

wicz oraz Prezydent Miasta Lublina – **Andrzej Pruszkowski**. Spotkanie zaszczylicili również swą obecnością: Konsultant Krajowy ds. Diagnostyki Laboratoryjnej – **prof. dr hab. Dagna Bobilewicz**, Dziekan Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej AM w Lublinie – **prof. dr hab. Hanna Hopkała**, Dyrektor Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej – **dr Jan Kondratowicz-Kucewicz**, Dyrektor Dziecięcego Szpitala Klinicznego – **dr Jerzy Szarecki**, Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego – **dr Piotr Cioczek**, dyrektorzy i przedstawiciele znanych firm diagnostycznych oraz członkowie Zarządu Oddziału Podkarpackiego PTDL. Ogółem, spotkanie zgromadziło ponad 150 uczestników, w tym wielu naszych emerytowanych, najstarszych Kolegów i Koleżanek, zasłużonych dla Towarzystwa i zawodu.

Najbardziej zasłużeni z rąk Wicewojewody Lubelskiej – Pani **Barbary Sikory** uhonorowani zostali odznaczeniami państwowymi: Złotym Krzyżem



Zasługi – dr Zygmunt Sawiniec zaś Srebrnymi Krzyżami Zasługi – mgr Henryk Grela, mgr Grażyna Kosior, lek. med. Barbara Kostrzewska oraz dr Maria Uchacz. Członek Zarządu Województwa – Pani Agnieszka Kowal wręczyła Dyplomy Honorowe Urzędu Marszałkowskiego: dr Irenie Augustynik, mgr Annie Bednarskiej, mgr Annie Branickiej, mgr Ewie Lorentz, mgr Ewie Pańczyk, Pani Marii Paszkowskiej, mgr Bogusławie Stańczak, Pani Alinie Tomczak, Pani Jadwidze Włosek i mgr Ewie Wołyńskiej. Medale Honorowe z rąk Wiceprezydenta Miasta Lublina – dr Janusza Mazurka otrzymali: mgr Dominika Dąbrowska, dr hab. Helena Donica, mgr Anna Gronowska, dr Franciszka Kroze oraz dr Henryk Zawiślak.

Minutą ciszy uczczono pamięć wybitnych profesorów: prof. Jerzego Krawczyńskiego – pierwszego konsultanta z zakresu diagnostyki laboratoryjnej w Lublinie, rzeczywistego twórcę Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, prof. Tomasza Borkowskiego – współtwórcy Oddziału Lubelskiego PTDL, wybitnego i powszechnie szanowanego nauczyciela kilku pokoleń diagnostów laboratoryjnych oraz prof. Mariana Szymony – twórcy kierunku Analityki Klinicznej na Wydziale Farmaceutycznym AM w Lublinie. Wspomniano zasłużonych członków Towarzystwa: dr Cypriana Chromińskiego, p. Janinę Dudziak, dr Genowefę Horubała, dr Henryka Iwanowskiego, lek. med. Józefa Kraczkę, mgr Irenę Piątkowską, mgr Mieczysława Rycaja, p. Stefanię Wi-

śniowską, dr Krystynę Woźniak. Część oficjalną spotkania uświetnił koncert Kwartetu Wieniawskiego Filharmonii Lubelskiej, w wykonaniu którego usłyszeliśmy wybrane dzieła Wolfganga Amadeusza Mozarta, po czym uczestnicy spotkali się przy stole bankietowym, przy którym już w kameralnych grupach kontynuowano dyskusje nad przeszłością, teraźniejszością i przyszłością Towarzystwa i zawodu.

Do spotkania doszło z inicjatywy obecnego Przewodniczącego Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej – prof. dr hab. Janusza Solskiego oraz dzięki zaangażowaniu Zarządu Oddziału, Komitetu Organizacyjnego i pracowników Międzywydziałowej Katedry i Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej AM w Lublinie.

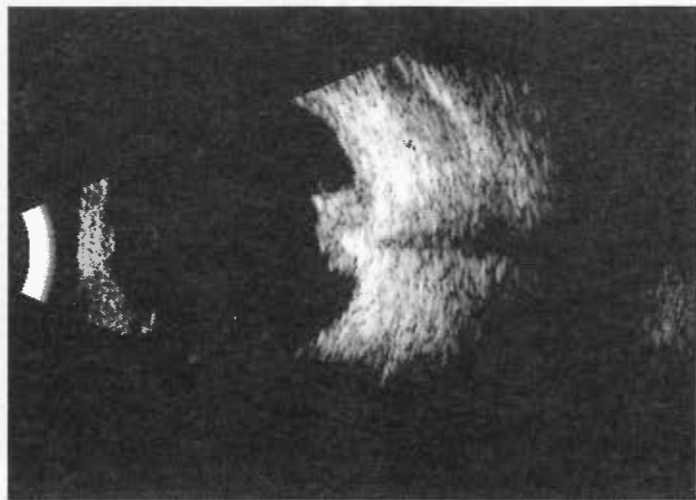
Ultrasonografia w okulistyce

W dniach 26-27 września 2003 roku odbył się w Lublinie V Zjazd Naukowo-Szkoleniowy Sekcji Okulistycznej Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

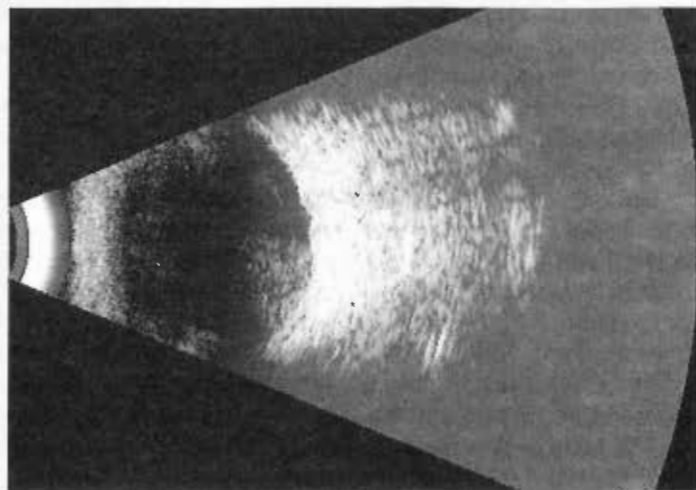
PROF. DR HAB. MAREK GERKOWICZ
II KLINIKA OKULISTYKI
AM W LUBLINIE

Zjazd został zorganizowany przez II Klinikę Okulistyki w Lublinie. W zjeździe uczestniczyło 147 okulistów z całego kraju. W Komitecie Naukowym zasiadali: **prof. dr hab. Andrzej Nowicki**, **dr hab. prof. nadzw. Marek Gerkowicz**, **lek. med. Paweł Lewandowski** oraz **dr n. med. Wojciech Kątski**.

Zjazd otworzyli i powitali zgromadzonych uczestników: prorektor ds. nauki Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. Kazimierz Głowniak**, **dr hab. prof. nadzw. Marek Gerkowicz**, **lek. med. Paweł Lewandowski**, przewodniczący Sekcji Ultrasonograficznej Polskiego Towarzystwa Okulistycznego oraz **lek. med. Barbara Bańczak-Mysiak** – kierownik oddziału do spraw ochrony zdrowia Wydziału Polityki Społecznej, a także **mgr Stanisław Grzegorzczak** –



Ultrasonogram przedstawiający ziarniniaka w przebiegu toksokarozy ocznej, położonego na dnie oka



Wysięk zapalny położony przedsiatkówkowo w ciele szklistym

Zastępca Dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego.

Badania ultrasonograficzne stały się obecnie jednymi z podstawowych w okulistyce, pozwalając nie tylko na ocenę wnętrza gałki ocznej przy nieprzeziernych ośrodkach optycznych, pomiary długości gałki ocznej, ale także umożliwiają badanie struktur oczodołu. Ultradźwięki znajdują zastosowanie w uwidacznianiu przedniego odcinka oka, w bardzo dużym powiększeniu (pełniąc rolę mikroskopu). Przy zastosowaniu diagnostyki ultradźwiękowej bada się przepływ krwi przez naczynia krwionośne gałki ocznej. Są to badania nieinwazyjne, które można wielokrotnie powtarzać. Dlatego trudno sobie wyobrazić nowoczesny oddział okulistyczny, w którym nie korzystano by z badań ultrasonograficznych.

Ta dziedzina okulistyki rozwija się bardzo dynamicznie. Wprowadzane są coraz doskonalsze ultrasonografy z komputerową obróbką danych, dające lekarzowi coraz większe możliwości diagnostyczne. Stąd, wobec nieustannego postępu technicznego, wiedza dotycząca badań ultrasonograficznych musi być ciągle aktualizowana.

**Przy
zastosowaniu
diagnostyki
ultradźwiękowej
bada się
przepływ krwi
przez naczynia
krwionośne
gałki ocznej.
Są to badania
nieinwazyjne,
które można
wielokrotnie
powtarzać**

Ultradźwięki znajdują zastosowanie w uwidacznianiu przedniego odcinka oka, w bardzo dużym powiększeniu (pełniąc rolę mikroskopu)

Podczas obrad dyskutowano na temat nowych osiągnięć w ultrasonografii okulistycznej i prezentowano ciekawe przypadki z praktyki klinicznej. Omawiano także źródła najczęstszych błędów przy interpretowaniu obrazów ultrasonograficznych. Prezentowano zagadnienia związane z biomikroskopią ultradźwiękową i kolorową ultrasonografią dopplerowską. Przedstawiano wykorzystanie ultrasonografii przy biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej zmian patologicznych usytuowanych w oczodole.

Bardzo ciekawe były wystąpienia na temat zastosowania ultrasonografii w badaniach dzieci. Poruszano także zagadnienia związane z innymi metodami stosowanymi obecnie w diagnostyce schorzeń narządu wzroku np. badaniami elektrofizjologicznymi, angiografią subtrakcyjną naczyń mózgowych i rezonansem magnetycznym.

W związku z zapotrzebowaniem na szkolenie w zakresie ultrasonografii, obrady poprzedzał jednodniowy kurs ultrasonografii dla lekarzy specjalizujących się, w którym uczestniczyły 102 osoby. Przedstawiono m. in. zasady biometrii, badania przepływu krwi metodą Dopplera oraz biomikroskopii ultrasonograficznej. Szkolono także w zakresie diagnozowania guzów wewnątrzgałkowych, ciał obcych wewnątrzgałkowych oraz schorzeń siatkówki, ciała szklistego i oczodołu. Wykładowcami byli specjaliści w zakresie ultrasonografii okulistycznej.

Goście opuszczali Lublin bogatsi o wiedzę dotyczącą zagadnień ultrasonograficznych, a także pełni miłych wrażeń wyniesionych z bardzo sympatycznej kolacji koleżeńskiej, podczas której zawarto wiele nowych znajomości i bezpośrednio wymieniano doświadczenia.



Kolacja towarzyska w „Nowym Grafie”

W Lublinie wybrano nowe władze

Polskie Towarzystwo Położnych

Polskie Towarzystwo Położnych powstało w miejsce istniejącej przy Polskim Towarzystwie Ginekologicznym – Sekcji Położnych. Idea utworzenia Towarzystwa zrodziła się dzięki ogromnemu zaangażowaniu położnych z Lublina, m. in. mgr Zofii Furtak i Marianny Szymańskiej.

MGR PIEL. MAGDALENA LEWICKA

SAMODZIELNA PRACOWNIA
UMIEJĘTNOŚCI POŁOŻNICZYCH
WPINOZ AM W LUBLINIE

Po długich oczekiwaniach, dnia 10 kwietnia 1999 r., Sąd Okręgowy w Lublinie zarejestrował Polskie Towarzystwo Położnych oraz jego statut, w którym zapisano, że głównym celem Towarzystwa jest: ■ podnoszenie profesjonalnego poziomu jakości opieki położniczej i w chorobach kobiecych, ■ doskonalenie zawodowe położnych, ■ zachęcanie i wdrażanie członków do samokształcenia, ■ współuczestniczenie w tworzeniu progra-

mów zdrowotnych opiece nad kobietą i rodziną, ■ przestrzeganie zasad kodeksu etyki zawodowej, ■ reprezentowanie interesów ogółu polskich położnych.

Sięgając do historii, warto przypomnieć, że 30 listopada 1999 r. odbyły się pierwsze wybory do władz Towarzystwa. Przewodniczącą Zarządu Krajowego została **mgr Zofia Furtak** (Lublin), wiceprzewodniczącą **Alicja Mędyk** (Kraków) i **mgr Anna Pilewska** (Lublin), sekretarzem – **Marianna Szymańska** (Lublin). Pozostałymi członkiniami Zarządu zostały wybrane: **mgr Grażyna Iwanowicz-Palus** (Lublin), **mgr Eleonora Matuszewska** (Elbląg), **mgr Grażyna Krasucka** (Lublin), **mgr**

Katarzyna Kanadys (Lublin), **Teresa Chmiel** (Lublin). Natomiast w skład Komisji Rewizyjnej wybrano: **Czesławę Matyszok** (Wrocław) – przewodnicząca, **Danutę Reys** (Rakowiec), **Kazimierę Trybuła** (Lublin).

Pierwszy Oddział Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Położnych powstał w Lublinie, z przewodniczącą **Marianą Szymańską**. Kolejne oddziały powstawały w Krośnie, Słupsku, Tarnowie i Łodzi. Zgodnie z zapisem w Statucie, w Lublinie powołano pierwszy Oddział Akademicki Polskiego Towarzystwa Położnych. Przewodniczącą Oddziału została **dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus**, która po wyborach do Zarządu Krajowego tę funkcję przekazała **mgr Magdalenie Lewickiej**.

Tworzenie kolejnych oddziałów na terenie Polski było wyrazem potrzeby konsolidowania grupy zawodowej położnych, wzajemnego wspierania się, wyrażania stanowiska ogółu położnych, dbania o wspólne interesy zawodowe.

W czasie trwania pierwszej kadencji, Towarzystwo pracowało zgodnie z założonym planem. Do listopada 2003 r., w ramach Polskiego Towarzystwa Położnych zorganizowano trzy ogólnopolskie konferencje naukowe w Lublinie i jedną ogólnopolską konferencję naukową w Krośnie.

Pomyślnie układała się i układa nadal współpraca z Polskim Towarzystwem Ginekologicznym, którego członkami nadal mogą być również położne. Polskie położne są również członkiniami Międzynarodowego Stowarzyszenia Położnych (ICM).

Członkowie Towarzystwa wykazywali zainteresowanie pracą zawodową położnych, podnoszeniem kwalifikacji zawodowych w ramach kształcenia podyplomowego, zajmowali stanowisko w sprawie stanu opieki nad matką i dzieckiem oraz w zakresie zdrowia kobiety i jej rodziny. Wszystkie wspomniane działania możliwe były dzięki dużemu zaangażowaniu członków Towarzystwa, którzy swą pracą społeczną przyczyniali się do podnoszenia rangi zawodu położnej.

28 listopada 2003 r. odbyło się w Lublinie II Walne Zebranie Sprawozdawczo-Wyborcze Polskiego Towarzystwa Położnych. Dokonano podsumowania działalności statutowej Towarzystwa w pierwszej kadencji, zasłużonym położnym (**Marianna Szymańska** – Lublin, **Halina Pioterek** – Słupsk, **Irena Bieszcz** – Krosno) przyznano medale im. Stanisławy Leszczyńskiej oraz wybrano nowe władze tej organizacji na kolejny trzyletni okres.

My, położne życzymy, członkom Zarządu Krajowego Polskiego Towarzystwa Położnych drugiej kadencji, aby ich praca przyniosła wiele sukcesów, zintegrowała koleżanki położne w tym trudnym okresie przemian w służbie zdrowia, przyczyniła się do dalszego rozwoju i umocnienia pozycji zawodu położnej w systemie ochrony zdrowia.

Koleżanki położne, wyrażające zainteresowanie i chęć współpracy w strukturach Polskiego Towarzystwa Położnych, zapraszamy i prosimy o kontakt:

Zarząd Krajowy Polskiego Towarzystwa Położnych, 20-059 Lublin
Al. Racławickie 1,
tel./fax (081) 532-03-39

Zarząd Krajowy Polskiego Towarzystwa Położnych drugiej kadencji na lata 2003-2006

Przewodnicząca

dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus (Lublin)

Wiceprzewodniczące:

mgr Barbara Prażmowska (Kraków)

mgr Mariola Rynkiewicz (Słupsk)

Sekretarz

mgr Bogumiła Cieśla (Łódź)

Skarbnik

dr n. med. Grażyna Stadnicka (Lublin)

Członkowie:

mgr Leokadia Jędrzejowska (Wrocław)

mgr Daria Trućko (Tarnów)

mgr Krystyna Krygowska (Krosno)

Gabriela Uliasz (Krosno)

KOMISJA REWIZYJNA

Przewodnicząca

Marianna Szymańska (Lublin)

Członkowie:

mgr Agnieszka Biń (Lublin)

mgr Elżbieta Walentyn (Lublin)



**Dr n. med.
Grażyna
Iwanowicz-Palus
Przewodnicząca
Zarządu
Krajowego
Polskiego
Towarzystwa
Położnych**

Przewodnicząca Zarządu Krajowego Polskiego Towarzystwa Położnych II kadencji – **dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus**, jest pracownikiem naukowo-dydaktycznym Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie, zatrudnionym na stanowisku adiunkta, p. o. kierownika Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych. Pełni również funkcję wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego.

Przedstawiciele Zarządu Krajowego to osoby posiadające gruntowną wiedzę teoretyczną, bogate doświadczenie praktyczne, znające problemy i potrzeby środowiska zawodowego

położnych. Stoją przed nimi nowe wyzwania i zadania.

Zakres ich pracy będzie dotyczył m. in. udziału w pracach obejmujących kontynuację przekształceń podstawowego systemu kształcenia i doskonalenia podyplomowego, współtworzenie adekwatnych systemów prawnych, zapewnienie polskim położnym równorzędne miejsca z innymi państwami członkowskimi Unii Europejskiej, obronę pozycji położnych na różnych stanowiskach pracy zarówno w lecznictwie stacjonarnym jak i pozastacjonarnym (poz), zmianę tradycyjnej roli położnej jako asystentki lekarza.

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych wczoraj i dziś

W dniach 1-3 października 2003 roku, w Krynicy Górskiej odbyła się Ogólnopolska Konferencja Informacyjno-Szkoleniowa nt. „Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych wczoraj i dziś”. Organizatorem Konferencji było Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

MGR PIEL. WIESŁAW FIDECKI

SAMODZIELNA PRACOWNIA
UMIEJĘTNOŚCI PIELĘGNIARSKICH
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

PROF. DR HAB. IRENA WROŃSKA

KATEDRA I ZAKŁAD PEDAGOGIKI
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

W Konferencji uczestniczyli pracownicy Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, organizatorzy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych z całej Polski, przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, przedstawiciele Minister-

stwa Zdrowia oraz pracownicy uczelni państwowych i prywatnych kształcących pielęgniarki i położne.

Konferencję rozpoczęła dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie **M. Olszewska**, która w swoim wystąpieniu dokonała analizy kształcenia podyplomowego w latach 2000-2002. Podkreśliła wzrost aktywności organizatorów realizujących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, jak i chęć samych pielęgniarek i położnych do podnoszenia wiedzy oraz umiejętności w różnych dziedzinach/zakresach pielęgniarstwa. W prowadzonych szkoleniach specjalizacyjnych najwięcej edycji realizo-

wanych było w dziedzinie: pielęgniarstwa chirurgicznego, epidemiologicznego, organizacji i zarządzania, pielęgniarstwa zachowawczego. Ten systematyczny wzrost aktywności podmiotów prowadzących kształcenie był wynikiem rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. nr 161. poz. 1110, § 4 pkt 1).

Po raz pierwszy w 2002 roku, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych zorganizowało egzamin państwowy w czterech dziedzinach. Tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, organizacji i zarządzania, pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych i pielęgniarstwa pediatrycznego uzyskały 93 pielęgniarki, w tym 16 pielęgniarek uzyskało tytuł specjalisty w nowej dziedzinie, jaką jest pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Również na przestrzeni ostatnich trzech lat obserwowano wzrost liczby kursów kwalifikacyjnych. Znianie uległy również preferencje dotyczące dziedzin pielęgniarstwa, w których realizowano kursy kwalifikacyjne. Największym zainteresowaniem cieszył się kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa

rodzinnego dla pielęgniarek, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz organizacji i zarządzania. W 2002 roku wzrosła liczba edycji kursów dokształcających w stosunku do 2001 roku. W latach 2000-2002 organizatorzy realizowali kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych we wszystkich trybach, również w trybie eksternistycznym, jednak najbardziej preferowanym trybem kształcenia był tryb dzienny.

Zagadnienie kształcenia przeddyplomowego przedstawił zebrany **W. Fidecki** w referacie **prof. I. Wrońskiej**: „Kształcenie pielęgniarek i położnych w świetle jednoczącej się Europy”.

Dr A. Blak-Kaleta – zastępca dyrektora Departamentu Kształcenia i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, poruszyła prawne aspekty kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Z kolei Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych **I. Tułodziecka** omówiła rolę samorządu zawodowego w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych. Podkreśliła jak duże znaczenie ma współpraca samorządu z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych dla podnoszenia jakości kształcenia.

Referat Krajowego Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa **G. Kruk-**

-Kupiec „Polskie pielęgniarki, położne w obliczu wejścia do Unii” przybliżył warunki kształtowania się zawodów pielęgniarki i położnej w Unii Europejskiej.

Drugi dzień obrad rozpoczął **R. Bodarski** z Katedry Edukacji Ustawicznej i Andragogiki Uniwersytetu Warszawskiego, który omówił zagadnienie aktywności ludzi dorosłych wobec wyzwań jakie stawia przed nimi współczesny świat. Wskazał na potrzebę ciągłej edukacji i podnoszenia własnych kwalifikacji. O potrzebie ewaluacji programów edukacyjnych i profilaktycznych mówiła **Z. Lisiecka** – kierownik Pracowni Ewaluacji Centralnej Komisji Egzaminacyjnej. Natomiast zagadnienie marketingu w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych przybliżyła zebrany **A. Krawczyk** z Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie. Natomiast **B. Szlendak** Kierownik Biura Ekspertyz i Analiz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych przedstawiła wyniki badań na temat jakości kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, a **H. Żmuda-Trzebiatowska** zastępca dyrektora Centrum, omówiła ewaluację ramowych programów kursów specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych.

M. Charzyńska-Gula p. o. kierownik Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie przedstawiła zadanie uczelni medycznej wobec kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, jak również zaprezentowała Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej

O współpracy Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie Oddział w Tarnobrzegu, mówiła **A. Nowak**.

Drugi dzień Konferencji zakończył kierownik szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, **J. Kachaniuk**, który przekazał własne doświadczenia na temat roli kierownika szkolenia.

W trzecim dniu uczestnicy zgłębiali swoją wiedzę pedagogiczną z zakresu pomiaru dydaktycznego. Zagadnienie to przedstawił **K. Stróżyński**, koordynator Zespołu Pomocy Dydaktycznych Wydawnictw Szkolnych PWN.

Konferencje zakończyły podziękowania i zaproszenie uczestników przez dyrektora **M. Olszewską** na kolejne spotkanie w roku 2004. Konferencja przebiegała w miłej atmosferze. Umożliwiła wymianę doświadczeń, jak również nawiązanie wielu nowych znajomości na gruncie zawodowym i prywatnym



Zjawiska zdrowotne w populacji

Zaniepokojenie społeczne o jakość zdrowia Polaków, wyrażane początkowo przez pielęgniarki, natomiast ostatnio przez lekarzy rodzinnych jest konsekwencją nieudolnych prób optymalizacji systemu ochrony zdrowia i nieskutecznej jego sanacji.

PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI*

Kolejne rządy, za pośrednictwem ministerstwa zdrowia i ministerstwa pracy, oraz za pośrednictwem kas chorych, a obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia, usiłują obniżyć wydatki na ochronę zdrowia, rozumianą w szerokim zakresie (leczenie, profilaktyka, rehabilitacja, opieka społeczna). Rozszczepienie finansowych interesów poszczególnych grup zawodowych, administracyjnych jednostek państwowych i prywatnych, przeciwstawna polityka zdrowotna poszczególnych partii politycznych i przykłady finansowania zdrowia w państwach sąsiednich wprowadzały i wprowadzają nadal duże zamieszanie i trudności w uporządkowaniu tego problemu, z oczywistymi niedogodnościami, a niejednokrotnie ze szkodą dla biednych i przecięt-

nych pacjentów. W środkach masowego przekazu polscy socjologowie dość bezceremonialnie nazywają całą sprawę egoizmem, a nawet pasożytnictwem rządzących elit i określonych grup zawodowych.

Druga, jeszcze poważniejsza, zmuszająca do głębokiej reformy systemu opieki zdrowotnej konieczność, wypływa ze słabo zależnych od naszej działalności zjawisk biologicznych w populacji, jak np. wielokrotnie omawiane szybkie, ilościowe starzenie się populacji, szybki przyrost liczby osób niepełnosprawnych w populacji produkcyjnej, wzrost liczby wypadków komunikacyjnych, duża zapadalność na nagminne choroby (np. próchnica zębów) i niespotykany w historii kraju spadek rodności kobiet.

W Polsce mamy obecnie ponad 6 milionów osób powyżej 60 roku życia, przy czym zaznacza się rosnąca średnia długość życia. Osób ponad 100-let-

nich żyje obecnie około 2 tysiące. Na 1000 osób umiera średnio rocznie 11, a rodzi się zaledwie 9 dzieci. W niektórych miastach proporcja ta wynosi nawet 6 urodzeń na 11 zgonów. Pojawiło się zjawisko demograficzne nazywane *ujemnym przyrostem naturalnym*. Wspomniana sytuacja wymusza określone zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia. Takich „utrudniających administracji życie” przykładów w zakresie zdrowia obywateli jest dość dużo.

Równocześnie, z tymi niekorzystnymi zjawiskami typu biologicznego, występują w kraju od dziesiątków lat, przemiany związane z rekonstrukcją państwa zdążające w kierunku prywatyzacji i zwiększenia samodzielności obywateli w dbałości o byt ekonomiczny i zdrowotny. Rozrzutność jest potępiana, a oszczędność jest szeroko zalecana, także w ochronie zdrowia. Na niekorzystne zjawiska biologiczne nakładają się konieczności dostosowania organizacji ochrony zdrowia (tj. personelu, szpitali i przychodni) do aktualnych, rzeczywistych potrzeb zdrowotnych populacji w powiązaniu z możliwościami i ze zmianami ekonomicznej, finansowej i materialnej organizacji administracji państwowej i samorządowej.

* Emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Epidemiologii

Dlaczego tak trudno, powoli i z tak dużym napięciem społecznym zachodzą zmiany reorganizacyjne w ochronie zdrowia?

Jest kilka poważnych powodów. Można do nich zaliczyć:

- praktyki i tradycje uprzednich 55 lat finansowania i rozliczania ochrony zdrowia przez administrację państwową w Polsce. W zasadzie nie było w tym zakresie ograniczeń, które dotyczyłyby chorych i personel medyczny. Studentów nie uczono ekonomii podczas kształcenia przeddyplomowego i lekarzy w ramach specjalizacyjnego szkolenia podyplomowego. Nie zwracano uwagi na to ile kosztuje leczenie jednego pacjenta, terapia określonej choroby, jaka jest cena leków i jak to obciąża roczny budżet państwa. Nie ujmowano tego w statystykach. Brak obecnie wypracowanych procedur oszczędzania, więc nierzadko administracja (NFZ) popada w przesadę (niedofinansowanie), a to wywołuje określone reakcje, a nawet niepokoje społeczne.

- powodem zwiększenia zapotrzebowania na coraz lepsze i nowocześniejsze usługi medyczne i działalność profilaktyczną (a więc na większe wydatki finansowe) jest niewątpliwie wzrost wiedzy ogólnej i zdrowotnej, czyli ogólnego wykształcenia polskiego społeczeństwa, które rozumie, że należy doceniać własne zdrowie i żyć aktywnie jak najdłużej. Podobna sytuacja panuje w pozostałych krajach europejskich. Oprócz bezpieczeństwa państwa i obywatela, dbałość o zdrowie członków populacji, jest trzecim podstawowym warunkiem zadowolenia społeczeństwa.

- ze względu na aktualne i przewidywane zmiany demograficzne w populacji ludności Polski do 2030-2050 r. (brak przyrostu naturalnego), wynika trudna, lecz bezwzględna konieczność redukcji liczby łóżek, a nawet oddziałów dziecięcych, neonatologicznych i położniczych. Jest to trudny problem, szczególnie personalny (gdzie zatrudnić specjalistów, lekarzy i pie-

lęgniarki?) oraz w znacznym zakresie materialny, tj. likwidacja łóżeczek i ich wyposażenia. Które oddziały (łóżka – ile?) zredukować i w których szpitalach? Nie można się dziwić uporowi w trwaniu przy swoim, i unikaniu przykrych decyzji przez dyrekcje poszczególnych szpitali oraz samorządy.

- ze względu na aktualne i przewidywane obciążenia zdrowotne społeczeństwa do 2030-2050 roku wynika, że należy powiększać i organizować oddziały geriatryczne oraz oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze z liczbą łóżek odpowiadającą obejmowanej opieką populacji. Pojawia się problem tańszych łóżek i tańszych usług, a więc mniejszej obsady lekarskiej i pielęgnarskiej, a co się z tym wiąże niższych zarobków. Głębszy problem tkwi

jednak w tym, że zarówno administracja samorządowa, jak też dyrekcje szpitali nie żywią entuzjazmu wobec nieuniknionych reform. To jednak przykra konieczność, a należy przy tym zauważyć, że geriatrów z prawdziwego zdarzenia mamy bardzo mało. W lubelskim oddziale Polskiego Towarzystwa Geriatrycznego działa kilkoro miejscowych (lubelskich) geriatrów i kilkanaście osób z innymi specjalnościami, z pobudek społecznych (np. prezesem PTGer jest prof. dr hab. Joanna Wysokińska-Miszczyk, stomatolog) lekarze, pielęgniarce, nauczyciele akademicy). Doprawdy kropla w morzu potrzeb. Podobnie skromnie przedstawia się liczba miejsc i domów spokojnej starości. Dla samotnych lekarzy emerytów również brakuje miejsc w

Należy głośno mówić, że nie ma państwa na świecie, którego budżet zaspokoiłby wszystkie potrzeby zdrowotne obywateli, szczególnie w wyższych przedziałach wiekowych.



takich domach. Dziś na miejsce w domu opieki społecznej trzeba czekać kilka lat! To znak czasu i bardzo poważne zadanie dla administracji samorządowej oraz administracji ochrony zdrowia.

● w ciągu ostatnich dziesięciu lat podwoiła się komunikacyjna umieralność powypadkowa. Umieralność ta, w porównaniu z innymi państwami, jest wysoka w pierwszych 60 min. po wypadku. Podobnie wysoka jest wypadkowość podczas wykonywanej pracy. Z tych powodów wynika następna konieczność – zwiększenie liczby oddziałów medycyny ratunkowej i odpowiednie rozmieszczenie terytorialne tych oddziałów. Ta konieczność dość często nie znajduje zrozumienia w jednostkach administracyjnych, głównie ze względów finansowych.

● problemy z rejestracją i refundacją leków, polskich i zagranicznych, to problemy z cenami i dostępnością leków dla rencistów, emerytów i biedniejszej części społeczeństwa. Należy bezwzględnie, w Ministerstwie Zdrowia, oddzielić „rejestratorów” od „refundatorów”. Konieczna jest tu eliminacja łatwych możliwości korupcyjnych, od ministerstw poczynając, a na aptekach i lekarzach w prywatnych gabinetach kończąc. Pierwszy przykład to równowartość leczywa leku polskiej produkcji i produkcji zagranicznej. Mimo, że polski lek ma taką samą „siłę działania”, to jego odpowiednik zagraniczny, zwykle kilka lub kilkanaście razy droższy, przedstawiany jest i zalecany (tak przez niektórych lekarzy, jak i farmaceutów) jako lepszy, lepiej działający. Rola odgrywają tu pieniądze, przepływające bardzo różnymi i krętymi drogami, ze szkodą dla chorych. Powszechnie wiadomo, że wielkie firmy farmaceutyczne hojnie wynagradzają i obdarowują orędowników własnych leków i aparatów, zarówno tych w centralach, jak i tych w aptekach, przychodniach oraz gabinetach. Stanowi to wielkie wyzwanie dla stosownych służb państwowych i korporacji zawodowych (izby – lekarska, pielęgniarska, aptekarska i inne).

● Wyceny usług dla chorych w szpitalach i w przychodniach, tj. koszty utrzymania chorego w ciągu doby, koszty udzielenia jednej porady. Uprasza-

jąc te dość skomplikowane zależności ekonomiczne, należy opracować spis usług przysługujących choremu w danym szpitalu i przychodni. Oto przykłady: należy ustalić ile posiłków dziennie i o jakiej zawartości kalorii otrzyma chory – trzy, cztery, a może nawet pięć posiłków?, jedna pielęgniarka obsługuje trzech, czterech czy dziesięciu chorych?, zmiana bielizny pościelowej odbywa się raz na trzy dni, czy raz na trzy tygodnie? W licznych krajach, poza Polską, chory przyjęty do szpitala (lub w przychodni) otrzymuje spis należnych mu usług podstawowych, często podaje się koszt dobowego utrzymania w tym szpitalu (opiekuńczo-leczniczym, rejonowym, powiatowym, klinicznym).

Mamy specjalistyczną kadrę w zakresie organizacji i ekonomiki ochrony zdrowia. Mimo trudności, można więc ustalić normatywy, procedury, ich cenę oraz podawać to do wiadomości potencjalnych pacjentów. Wzorem mogą być obowiązujące prawnie ustalenia w opłatach (dotychczas państwowych) za tzw. procedury wyspecjalistyczne. To szeroki temat. Jednak bez załatwienia tego problemu do końca, nadal będą nieporozumienia społeczne, przepychanki między urzędnikami ochrony zdrowia i samorządami. Aktualne układy między grupami zawodowymi, wiekowymi i biznesem zmuszają nas do pilnego rozwiązania tego problemu, tak by faktem, a nie fikcją stało się poczucie solidaryzmu i sprawiedliwości społecznej, w zakresie ochrony największego dobra jakim jest zdrowie człowieka.

Przykładem niedopatrzania może być fakt, że np. przez kilka lat rodzina przewlekłe chorego emeryta, dość energicznie domaga się leczenia pacjenta w szpitalu. Leczenie kilkakrotnie w roku, trwające nierzadko 2-4 tygodnie, obciąża budżet szpitala (państwa, czyli nas podatników). Równocześnie ta sama rodzina pobiera emeryturę lub rentę i przeznacza ją na własne cele. Tak wyglądają „podwójne opłaty utrzymania chorego”. W naszych ustawach nie ma w tej sprawie żadnej wzmianki, o refundacji pobytu w szpitalu z emerytury lub renty. Nie dotyczy to tylko opłat za pobyt w domach opieki społecznej.

● Wyceny usług lekarskich i pielęgniarskich w zakresie leczenia, rehabilitacji i profilaktyki, wśród nich wyceny procedur. Ze względu na różnorodność chorób i różnorodność chorych, istnienie szpitali o zmiennych możliwościach leczniczych i opiekuńczych, problem ten jest trudny, jednak możliwy do rozwiązania. Konieczne jest wyliczenie podstawowych czynności (procedur) i ich kosztów w szpitalach o poziomie podstawowym, średnim i wyższym.

Metodologicznym przykładem właściwego postępowania w tak skomplikowanych sprawach i zależnościach mogą być ponad dziesięcioletnie, międzynarodowe ustalenia miar zdrowia osób niepełnosprawnych, czyli precyzyjnego ustalania zakresu niepełnosprawności. (O tym traktował nasz artykuł w *Alma Mater* 2/2003). Schemat postępowania naukowego, organizacyjnego i administracyjnego można przedstawić następująco.

● Jeden ośrodek pełni rolę kierowniczą, koordynacyjną i w pewnym zakresie arbitralną. Spis podstawowych procedur – np. lekarskie podmiotowe badanie pacjenta, zalecane badania aparaturowe (ekg, ceg, i wiele innych), badania laboratoryjne, (pobieranie krwi, wycinków tkanek itd.), czynności pielęgniarskie – przesyła się do, np. stu ośrodków szpitalnych i przychodni oraz prosi się o podanie ceny, jak również o uzupełnienia i uwagi.

● Poddaje się taki materiał opracowaniu statystycznemu i logicznemu. Opracowuje się wstępny projekt (propozycje, z podaniem średnich oraz odchyleń standardowych wszystkich wy-

● Rozsyła się te projekty do wglądu i zaprasza oceniających na jedną, dwie lub więcej naukowych konferencji. Postulaty praktyków, administratorów ochrony zdrowia, ekonomistów i prawników proponują zasady wycen oraz możliwe, uzasadnione odchylenia cenowe. Ustala się też umocowania legislacyjne i finansowe, a także personalną decyzyjność i odpowiedzialność.

Przykład pierwszy: podczas gdy iniekcję domięśniową wykonaną w przychodni i w szpitalu podstawowym wy-

cenia się na jeden złoty, to w szpitalu miejskim i powiatowym już na dwa złote, a w klinicznym na trzy złote.

Przykład drugi: badanie podmiotowe chorego dokonywane przez lekarza ogólnego ocenia się np. na trzydzieści złotych, a przez specjalistę na pięćdziesiąt złotych.

● Projekt wycen (np. na jeden rok) zatwierdza minister zdrowia, w porozumieniu z innymi, zainteresowanymi ministrami resortów.

W średnich i bogatych państwach są powszechnie znane ceny usług medycznych. Wiadomo, ile płać szpitalom ubezpieczyciele, ile w razie koniecznego przekroczenia kosztów dopłaca z prywatnego konta chory lub rodzina, ile (także w razie konieczności) powinny pomóc organizacje charytatywne. Należy głośno mówić, że nie ma państwa na świecie, którego budżet zaspokoiłby wszystkie potrzeby zdrowotne obywateli, szczególnie w wyższych przedziałach wiekowych. Pomoc medyczna w kilkudziesięciu chorobach nie jest nieograniczona, bo zależy często od kosztów i sytuacji finansowych. Zakres świadczeń zdrowotnych oraz ich cena w określonych chorobach, niesprawnościach i w starszym wieku to zresztą temat sam w sobie.

Aktualnie takie wyceny istnieją i są stosowane w prywatnych szpitalach, przychodniach i gabinetach. Jest to – jak dotychczas – temat tabu. Podobnie jak w innych dziedzinach (np. w produkcji), tak i w zakresie ochrony zdrowia istnieją strefy jasne, szare i ciemne. Istota rzeczy tkwi w tym, by nie było ostrego podziału na bogatych i biednych, na równych i równiejszych, mówił o tym wielokrotnie także Papież Jan Paweł II. Ogólnie rzecz ujmując, przedstawiciele warstwy średniej i wyższej społeczeństwa coraz częściej korzystają z lekarskich i pielęgnarskich usług prywatnie, mimo że płać niemałe, comiesięczne składki do ZUS.

Przypominamy, że nasze wejście do Unii Europejskiej niczego nie zmieni, bez naszych wysiłków i naszego wkładu, w ulepszenie obsługi zdrowotnej obywateli. Obszar zdrowia tylko w niewielkim zakresie będzie podlegał unijnemu zarządowi.

Poruszony powyżej problem zdrowia biologicznego populacji i społeczne możliwości ekonomicznego zabezpieczenia tego zdrowia należą do najtrudniejszych zadań rządów wszystkich państw. Unikanie informacji, dyskusji i częściowego rozwiązywania tego problemu prowadzi do nieporozumień, zdrażnień zawodowych, frustracji zarówno chorych, jak i pracowników medycznych oraz zanikania dbałości o zdrowie przez przeciętnych obywateli. Należy mówić, nierzadko gorzką prawdę, prawdę o kosztach opieki zdrowotnej, a szczególnie o wysokich kosztach leczenia chorób ge-

netycznych i chorób ujętych w spisie procedur wysoko specjalistycznych. Nadal należy wskazywać powinności obywatela wobec własnego zdrowia, przypominać jakie skutki zdrowotne niesie palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, lekozależność, brak wysiłku fizycznego oraz nadwaga i otyłość. Administracja państwowa i samorządowa mają obowiązek świadczenia pomocy i skutecznego działania w ustaleniu roli ochrony zdrowia w Polsce. Uniki i pozorowane działania w tej kwestii nie mogą trwać w nieskończoność.

Elity społeczeństwa, szczególnie politycy i lekarze, muszą wykazać cywilną odwagę, jak najrychlej przystąpić do działań reformatorskich i rozpocząć wzmocnienie podstaw krajowego systemu ochrony zdrowia.



Nasze wejście do Unii Europejskiej niczego nie zmieni, bez naszych wysiłków i naszego wkładu w ulepszenie obsługi zdrowotnej obywateli. Obszar zdrowia tylko w niewielkim zakresie będzie podlegał unijnemu zarządowi.

Przeegląd psychologicznych i socjologicznych badań nad eutanazją w Polsce

Problematyka eutanazji wywołuje w naszym kraju wiele dyskusji. Na ten temat wypowiadają się filozofowie, psychologowie, lekarze i socjologowie. Niepoślednie miejsce w dyskursach zajmuje stanowisko Kościoła katolickiego, który piętnuje eutanazję jako przejaw tzw. kultury śmierci.

MGR SOCJOL. ARTUR P. TOFIL
OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI

Prawdopodobnie wydarzenia związane z jej legalizacją w Holandii oraz nasileniem podobnych tendencji w innych krajach europejskich (Belgia, Francja) tylko zintensyfikowały zainteresowanie tą tematyką w Polsce. W dniach 6-9 kwietnia 2001 roku CBOS przeprowadził na reprezentatywnej, 1036-osobowej próbie dorosłych Polaków sondaż: „Aktualne problemy i wydarzenia”, którego częścią było badanie opinii o eutanazji.¹ CBOS badał postawy społeczeństwa wobec eutanazji już wcześniej (w 1999 i 1988 roku).² Wgląd do komunikatów z tych badań pozwala stwierdzić, że w naszym kraju systematycznie wzrasta odsetek osób przyznających lekarzom prawo do spełniania woli cierpiących, nieuleczalnie chorych, przez podawanie im środków powodujących lub przyspieszających zgon. W drugiej połowie lat osiemdziesiątych wyraźnie przeważał pogląd przeciwny, pod koniec lat dziewięćdziesiątych – opinia społeczna była podzielona, a odsetki zwolenników i przeciwników zbliżone, obecnie zaś przeważają ci, którzy akceptują przyspieszanie śmierci na prośbę nieuleczalnie chorych.

Niemal połowa ankietowanych (49 procent), w ostatnich badaniach CBOS, jest zdania, że lekarze powinni spełniać wolę cierpiących i nieuleczalnie chorych pacjentów, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć. Liczba badanych wyrażających sprzeciw wo-

bec spełniania przez lekarzy tego rodzaju próśb chorych (37 proc.) jest prawie taka sama jak liczba przeciwników wprowadzenia przepisów prawnych umożliwiających eutanazję (38 proc.).

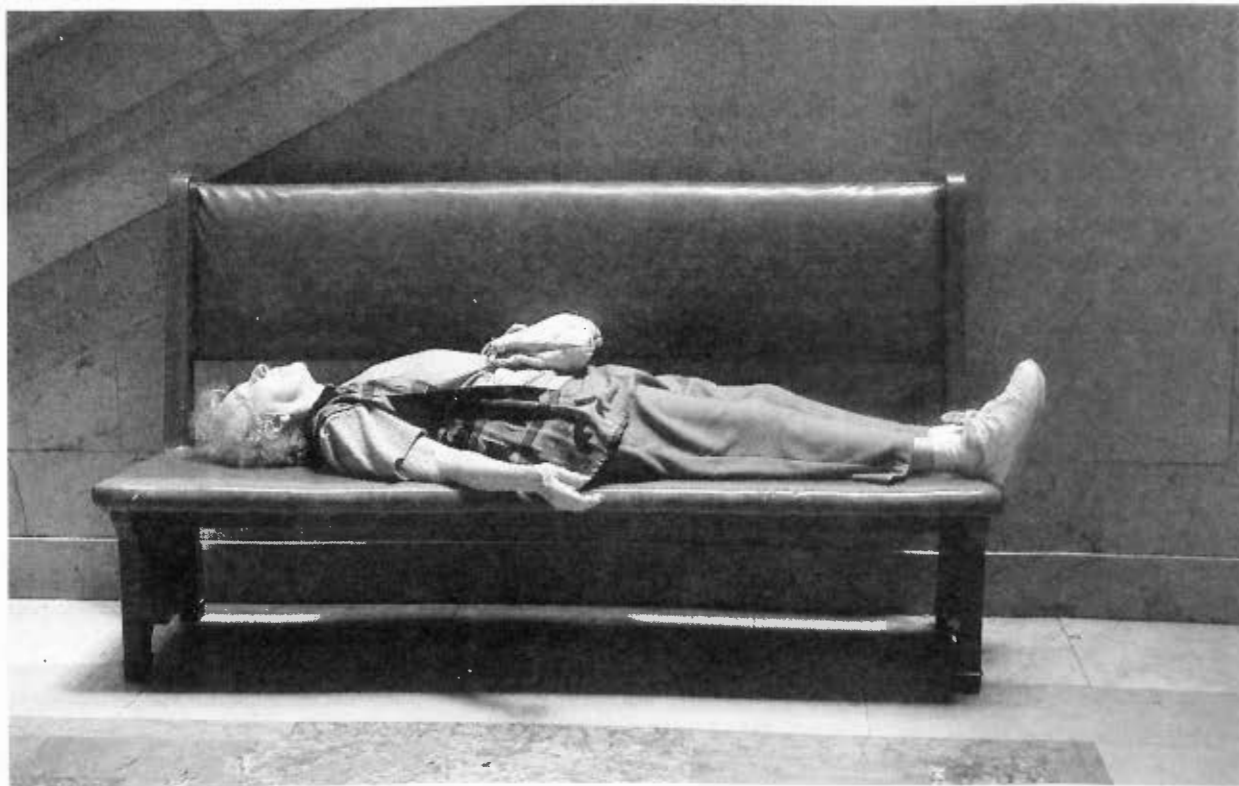
Połowa badanych Polaków (50 proc.) uważa za słuszne wprowadzenie uregulowań prawnych umożliwiających lekarzom przyspieszenie śmierci chorych i cierpiących – na ich prośbę. Przeciwnicy legalizacji eutanazji stanowią, jak już wspomniałem 38 proc., czyli niespełna dwie piąte respondentów. Co ósmy badany (12 proc.) nie ma wyrobionego zdania w tej sprawie.

Proporcje te uległy odchyleniu, gdy w pytaniu użyto wprost terminu *eutanazja*. Spadł wówczas odsetek ankietowanych (tylko 37 proc.), którzy uznali, że działania polegające na spełnianiu próśb osób nieuleczalnie chorych o pozabawienie ich życia, mogą być w pewnych okolicznościach usprawiedliwione. 38 proc. nie zgadza się z tą opinią, a znaczny odsetek (18 proc.) ma do eutanazji stosunek ambiwalentny. W porównaniu z rokiem 1999 wzrosła (o 7 punktów procentowych) liczba uważających eutanazję za usprawiedliwioną w pewnych okolicznościach, zmalał zaś odsetek wyrażających przeciwną opinię. Może to świadczyć, zdaniem CBOS, o wzroście poparcia dla legalizacji eutanazji, mimo ostrego potępienia jej przez Kościół.

Cechą ankietowanych najsilniej wiążącą się z ich opiniami na temat legalizacji eutanazji jest religijność, mierzona deklarowaną częstością praktyk. Im częściej badani uczestniczą w praktykach religijnych, tym większy ich odsetek uważa legalizację eutanazji za niesłuszną, a im rzadziej – tym więcej osób popiera wprowadzenie w ży-

cie odpowiednich przepisów prawa.³ Wyraźne różnice opinii wiążą się też z wiekiem ankietowanych – im oni są młodsi, tym częściej uważają za słuszne wprowadzenie prawa umożliwiającego lekarzom przyspieszenie śmierci nieuleczalnie chorego, na jego prośbę. Legalizację eutanazji częściej niż inni uważają za słuszną ankietowani o poglądach lewicowych i mieszkańcy dużych aglomeracji miejskich, natomiast za niesłuszną – badani o orientacji prawicowej, osoby z wykształceniem podstawowym, mieszkańcy wsi, respondenci w średnim i starszym wieku.

„Publiczne uznanie eutanazji za rzecz dopuszczalną doprowadzi do tego, że chory będzie się zastanawiał, czy wypada mu jeszcze żyć, czy raczej powinien elegancko odejść, żeby nie być finansowym i estetycznym ciężarem dla innych..”



CBOS przypomina w tym komunikacie, że eutanazję popiera aż 92 proc. Holendrów, a w katolickiej Belgii, w której rozważa się możliwość legalizacji eutanazji, poparcie wyraziło 80 proc. respondentów.

1 grudnia 1998 roku PAP opublikowała w „Dzienniku Internetowym” wyniki własnej ankiety na temat eutanazji.⁴ Większość uczestników tych badań opowiedziała się za zalegalizowaniem eutanazji. Na pytanie „Czy Twoim zdaniem eutanazja mogłaby być zalegalizowana?” odpowiedziały 204 osoby, z czego 81 (40 proc.) negatywnie. Odpowiedź pozytywną częściej wybierały kobiety niż mężczyźni. Jak zwykle, w badaniach przeprowadzanych za pośrednictwem sieci internet większość respondentów ankiety to mężczyźni, osoby z wyższym wykształceniem i mieszkańcy dużych miast.

Niemal połowa ankietowanych (49 procent), w ostatnich badaniach CBOS, jest zdania, że lekarze powinni spełniać wolę cierpiących i nieuleczalnie chorych pacjentów, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć.

Respondenci opowiadający się za możliwością eutanazji podkreślali, że „każdy powinien sam decydować o swoim życiu i śmierci” i „nikt nie może zmuszać innych do życia”. Wiele osób zwracało uwagę, że eutanazję należałoby zalegalizować w ściśle określonych przypadkach, „wyłącznie na żądanie osoby zainteresowanej w razie nieuleczalnej choroby”, a nad jej przeprowadzeniem powinni „czuwać lekarze i prawnicy”. Osoby, które miałyby poddać się eutanazji, powinny ponadto zostać przebadane pod kątem choroby psychicznej. Argumentowano, że ponieważ samobójstwo nie jest karalne, to podobnie można by potraktować pomoc w samobójstwie osobie chorej. „Dlaczego mam cierpieć, jeżeli nie chcę?” – zapytała jedna z osób. „Nie życzę sobie być obciążeniem dla innych” – oznajmiła inna. „Medycyna robi postępy w utrzymywaniu nas przy życiu, jednak nie zapewnia nam sprawności fizycznej i umysłowej do końca naszych dni”; „Poniżej pewnego poziomu życie przestaje być życiem i staje się męczarnią bez nadziei na inne wyjście niż śmierć, więc pozostaje ją przyspieszyć, aby skrócić mękę. Zwierzętom daje się tę łaskę i mówi się o humanitaryzmie” – pisano.

Osoby przeciwnie zalegalizowaniu eutanazji często określały ją jako morderstwo i „przekroczenie piątego prze-

kazania”. „Nie dyskutuje się nad tym czy można kraść, czy nie. Dlaczego dyskutuje się nad tym, czy zabijać?” – pytało. „Cierpienie nie jest dostatecznym powodem do odebrania komuś życia... Nie otwierajmy drogi tym, którzy chcieliby się pozbyć ludzi chorych, starych, trudnych, słabych”; „Cierpienie jest jednym z przejawów odczuwania życia i człowiek nie powinien go unikać, jeżeli chce żyć pełnią życia” – pisano. „Otwarcie furtki eutanazyjnej stwarza możliwość mordowania np. niewygodnych świadków lub bogatych krewnych przez chciwych spadkobierców” – ostrzegł jeden z respondentów. „Ludziom nie można ufać” – napisał inny. „Zgadając się na eutanazję usprawniamy naszą ucieczkę zamiast starać się ulżyć cierpiącemu... Bycie z cierpiącymi jest czasem ponad nasze siły fizyczne i psychiczne, ale czy wszystko w życiu ma być łatwe i przyjemne?” – oświadczyła jedna z osób. „Eutanazja otwiera pole do potwornych nadużyć: presja na chorych, aby odeszli dobrowolnie rzekomo dla ich dobra, oraz działanie w ich imieniu”; „Publiczne uznanie eutanazji za rzecz dopuszczalną doprowadzi do tego, że chory będzie się zastanawiał, czy wypada mu jeszcze żyć, czy raczej powinien elegancko odejść, żeby nie być finansowym i estetycznym ciężarem dla innych... Żyje ten, kto ma siłę żyć, albo komu żyć pomagają inni. I w tym jest miejsce na wielkość człowieka, jego godność, prawdziwe szczęście i prawdziwą tragedię. Po zaakceptowaniu eutanazji życie stanie się bankietem, na którym trzeba się stale uśmiechać i z którego trzeba umieć dyskretnie wyjść, jeśli człowiekowi cieknie z nosa” – napisał jeden z respondentów tej internetowej ankiety.

Choć wiele osób wyraża swoje poglądy dotyczące przyspieszenia śmierci u nieuleczalnie chorych, podejmuje dysputy w oparciu o zagadnienia z zakresu etyki, prawa, psychologii, mimo że istnieje wiele naukowych czy też *quasi* naukowych opracowań to jednak zauważalny jest brak literatury przedstawiającej systematyczne badania socjodemograficzne postaw wobec eutanazji.

W latach 1992-1994 Zakład Etyki i Filozofii Medycyny (ZEFM) łódzkiej AM zorganizował badania panelowe wśród studentów II i III roku Wydziału Lekarskiego na temat: „Studenci o etycznych problemach współczesnej medycyny”, prowadzonych na zajęciach filozofii medycyny oraz etyki i deontologii lekarskiej.⁵ Jedno z pytań w tym panelu dotyczyło interesującej mnie kwestii: „Czy twoim zdaniem eutanazja jest dopuszczalna?”. Padły następujące odpowiedzi respondentów: „tak” – 54,6 proc. kobiet i 60,6 proc. mężczyzn w roku 1992 oraz odpowiednio 66,0 proc. i 63,0 proc. w roku 1994; „nie” – 34,5 proc. i 37,6 proc. w roku 1992 i odpowiednio 26,3 proc. i 32,4 proc. w roku 1994; pozostałe – „trudno odpowiedzieć”.

Wśród przyszłych lekarzy dominowało więc stanowisko aprobujące stosowanie eutanazji, w niektórych przypadkach medycznych, przy czym – co wykazały ankiety – ponad połowa studentów określających się jako wierzący podzielała to stanowisko. Wysuwano następujące argumenty:

► wskazujące na litość, niesienie pomocy nieuleczalnie choremu i cierpiącemu straszliwe męki człowiekowi;

► podkreślające prawo człowieka do dysponowania sobą ze względu na wartość wolności osobistej;

► eksponujące ludzką godność gatunkową, nie do utrzymania w warunkach przedłużania stanów terminalnych, w których całkowicie ubezwłasnowolniony człowiek „wegętuje niczym roślina”;

► mówiąc o „bezsensie” ludzkiego życia w warunkach strasznego cierpienia i braku perspektyw na wyzdrowienie, przeżycie;

► odwołujące się do zasad pragmatyczno – ekonomicznych, nakazujących wykorzystanie drogiej aparatury i leków w przypadkach rokujących nadzieję na wyleczenie, a nie w sytuacjach beznadziejnych;

► głoszące zasadę legalizacji tego, co i tak istnieje w praktykach lekarskich w polskiej służbie zdrowia, wiecznie niedoinwestowanej i cierpiącej na braki wprost podstawowe, egzystencjalne.

Przeciwnicy eutanazji wśród badanych studentów eksponowali przede wszystkim jej niezgodność z ideami, zasadami i normami humanizmu, człowieczeństwa, godności gatunkowej, odwoływali się do idei świętości życia ludzkiego jako daru boskiego i przykazania „nie zabijaj!”, podkreślali niezgodność eutanazji z obowiązującym w Polsce prawem, a także Kodeksem Etyki Lekarskiej.

Autor omawianego panelu, dr M. Gałuszka, w podsumowaniu prezentowanych wyników stwierdza m. in.: „(...) w dyskusji wokół eutanazji widać charakterystyczne dla współczesnej medycyny zjawisko instytucjonalnej prze-

miany pojęć etycznych na prakseologiczne; obniżyła się wartość takich pojęć jak podmiotowość pacjenta, autonomia, zgoda, dobro, zyskała natomiast: sprawny, pragmatyczny, koszty, osiągnięcie, spektakularny”.

W 1997 roku ks. Jan Dziedzic, pracownik naukowy PAT, przeprowadził badania wśród studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, które posłużyły mu za podstawę empiryczną ogłoszonej dwa lata później rozprawy doktorskiej: „Postawy wobec eutanazji w kontekście samooceny religijnej”.⁶ Autor podjął tu próbę włączenia się w nurt badań psychologicznych dotyczących zjawiska eutanazji. Jednak należy podkreślić, że opracowanie materiału empirycznego ma raczej charakter interdyscyplinarny, gdyż z jednej strony uwzględnia osiągnięcia tanatopsychologii, a z drugiej wykorzystuje metodologię badań psychologiczno – religijnych. Autor

Eutanazję popiera aż 92 proc. Holendrów, a w katolickiej Belgii, w której rozważa się możliwość legalizacji eutanazji, poparcie wyraziło 80 proc. respondentów.



analizował w nim związki, jakie zachodzą pomiędzy dwoma zmiennymi: postawami wobec eutanazji (zmienna zależna) a samooceną religijną (zmienna niezależna).

Badania przeprowadzone za pomocą kwestionariusza ankiety objęły ogółem 242 osoby (141 kobiet i 101 mężczyzn) ze wszystkich roczników studiów. Na podstawie wyników ankiety można stwierdzić, że większość studentów (58,3 proc.) opowiedziała się przeciw eutanazji. Dużą grupę (41,7 proc.) stanowili jej zwolennicy. Zarówno zwolennicy jak i przeciwnicy eutanazji mogli ją poprzeć lub odrzucić z różną intensywnością. Tu zaś można zaobserwować, że najczęściej wybierano propozycję: „jestem skłonny poprzeć eutanazję”. Aż 31,4 proc. respondentów opowiedziało się w ten sposób za eutanazją.

Studenci medycyny CM UJ najczęściej pozostawiali decyzję o końcu swojego życia samemu choremu (41,8 proc.). Przy uzasadnianiu tego wyboru podkreślano często nieograniczoną wolność osoby przy rozporządzaniu swoim życiem. Decyzję chorego trzeba uszanować. Nie obciąża ona bowiem nieczyjzego sumienia. Takie stanowisko studenci wyrażali w następujących wypowiedziach:

▶ „Nie wszyscy ludzie muszą wierzyć w to, że osobą decydującą o początku i końcu ich życia jest Bóg. Tylko sam człowiek zainteresowany może o tym zdecydować”; (studentka, duże miasto).

▶ „Skoro nie mamy wpływu na początek naszego życia, powinniśmy mieć możliwość decydowania o sposobie i terminie jego zakończenia”; (student piątego roku, duże miasto).

▶ „To jest moje życie i ja będę decydować, kiedy ono ma się skończyć, a kiedy trwać dalej”; (studentka, duże miasto).

▶ „Cierpienie i ból wypacza osobowość i nie ma sensu go przedłużać”; (studentka, wieś).

▶ „Tylko sam chory wie, ile cierpienia jest w stanie znieść i tylko on powinien decydować, czy chce to cierpienie ostatecznie zakończyć. Owszem można swoją chorobę i cierpienie ofiarować Bogu i znosić je cierpliwie, z pokorą, ale nie każdy ma taką siłę wewnętrzną i taką wielką wiarę”; (studentka piątego roku, duże miasto).

▶ „Jest to samodzielny wybór cierpiącego człowieka. Może pojawiać się specjalne osoby dokonujące eutanazji. Nie mieszajmy w to lekarzy”; (student szóstego roku, małe miasto).

▶ „Człowiek jest w jakimś stopniu wolny, tzn. może wybierać między dobrem a złem. Jeśli sam decyduje się na zakończenie życia, to jest to sprawa jego sumienia”; (studentka, małe miasto).

Część studentów uważa (11,6 proc.), że o śmierci nieuleczalnie chorego może decydować nie tylko sam chory, ale także lekarz za zezwoleniem chorego. Tak myślący respondenci argumentowali:

▶ „Chory musi wyrazić zgodę na eutanazję, gdyż chodzi o jego życie. Nikt inny nie powinien o tym decydować. W ten sposób poinformowany lekarz może dokonać ingerencji w życie pacjenta”; (student, duże miasto).

▶ „Uważam, że chory powinien podjąć decyzję, natomiast lekarz (lub konsylium lekarskie) powinien tę decyzję poprzeć lub odrzucić”; (student 5 roku, duże miasto).

▶ „Lekarz jest osobą najbardziej kompetentną”; (studentka, duże miasto).

▶ „Sprawa ta dotyczy wyłącznie chorego i jego lekarza”; (studentka szóstego roku, małe miasto).

Dla 33,6 proc. badanych życie stanowi wartość niepodlegającą decyzji żadnego człowieka. Są oni przekonani, że nikt nie ma prawa decydować o śmierci chorego, nawet on sam. Tylko Bóg, jako jedyny dawca życia, może je odebrać. Przeciwnicy eutanazji w następujący sposób bronili godności ludzkiego życia:

▶ „Dla mnie Bóg jest jedynym dawcą życia. Tylko On może je odebrać”; (studentka, wieś).

▶ „Człowiek chory nieuleczalnie jest tylko chory dla nas, a nie dla Boga”; (studentka, małe miasto).

▶ „Żaden człowiek nie ma prawa decydować o uśmiercaniu drugiego od momentu powstania nowego życia aż do jego naturalnego końca”; (studentka piątego roku, małe miasto).

▶ „Określenie nieuleczalnej choroby oparte jest wyłącznie na prognozie (rokowaniu), a więc jest to określenie statystyczne. Statystyka nie może decydować o życiu i śmierci”; (studentka, małe miasto).

▶ „Nigdy nie można pozwolić, aby ktokolwiek uśmiercał innego człowieka, czy to zdrowego, czy chorego, bo może to doprowadzić do stopniowego zabijania ludzi bez uzasadnionej przyczyny. Obniży to też wrażliwość na cierpiących. Może też dojść nawet do tego, że ktoś pomyśli: cierpi, więc można przerwać cierpienie”; (student, duże miasto).

▶ „Wszystko w życiu ma sens i czemuś służy, nawet najgorsze cierpienie”; (studentka, duże miasto).

Marginalną grupę (1,1 proc.) stanowili studenci, wg których władza państwowa może decydować o końcu życia chorego przez prawne zezwolenie na śmierć. Jeszcze mniej (0,8 proc.) było zdania, że to lekarz bez wiedzy pacjenta posiada kompetencje do podejmowania decyzji o śmierci chorego.

Ks. Jan Dziedzic rozpatruje te wszystkie deklarowane postawy w kontekście religijności studentów CM UJ i konstatuje, że osoby o wyższej samoocenie religijnej mają większy od pozostałych szacunek do życia ludzkiego. Studenci ci częściej niż inni są skłonni stwierdzić, że nie można skracać życia w żadnym wypadku. Trzeba zaznaczyć, że studentki częściej deklarowały bezwzględny szacunek dla ludzkiego życia niż mężczyźni. Decyzja o śmierci nieuleczalnie chorego nie może należeć więc do żadnego podmiotu, nawet do samego chorego. Sprawa ludzkiego życia i śmierci jest dla tej grupy badanych poza uprawnieniami decyzyjnymi człowieka. Życie ma wartość nadrzędną i nikt nie może go odbierać. Antropologia oparta na szacunku do każdego życia nie pozwala tak myślącym respondentom poprzeć eutanazję.

Respondenci o niższej samoocenie religijnej byli częściej skłonni poprzeć eutanazję. Studenci ci, prawo do decyzji o śmierci człowieka nieuleczalnie chorego przyznają wyłącznie choremu i lekarzowi, jeśli ten miałby działać w porozumieniu z chorym.

Badania na temat postrzegania eutanazji przez studentów medycyny prowadziła Jadwiga Pyszkowska.⁷ Postawiła ona studentom II i IV roku Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, uczyszczającym fakultatywnie na wykłady z prope-
deutyki medycyny i opieki paliatywnej, jedno pytanie: „Czy jesteś za eutanazją?”.

Ten mini-sondaż został poprzedzony wykładem pt. „Zasady opieki paliatywnej a eutanazja”. Autorka to samo pytanie zadała zarówno po wykładzie, jak i przed. Odpowiedzi udzielano formą pisemną i wyraziło swój sąd na ten temat 340 osób przed wykładem i 364 osoby po wykładzie. Obraz wypowiedzi oraz ich ewolucja przedstawiały się następująco:

▶ przed wykładem 44 proc. studentów było zdecydowanie przeciw eutanazji, a po wykładzie 60 proc. studentów;

▶ wahających się przed wykładem było 12 proc. studentów, a po wykładzie 7 proc. studentów – przesunięcie zmiany zdania nastąpiło w kierunku grupy przeciwników eutanazji;

▶ zwolennicy eutanazji to 39 proc. studentów przed wykładem, a po wykładzie 32 proc. studentów – i w tej grupie zmiana zdania przesunęła się do grupy przeciwników eutanazji.

Autorka badań nie chcąc wysuwać zbyt pochopnych ekstrapolacji, zasygnalizowała jedynie, że badanie to jest raczej krokiem do ogólnej orientacji w tematyce – chociaż studenci chętnie i szeroko komentowali własne stanowisko. W komentarzach zwolenników

eutanazji najczęściej przewijały się wątki:

- ▶ wolności wyboru czasu śmierci przez chorego,
- ▶ lęku przed cierpieniem,
- ▶ błędnego zrozumienia pojęcia eutanazji.

Natomiast zdecydowani przeciwnicy eutanazji argumentowali:

- ▶ człowiek nie może decydować o życiu i śmierci,
- ▶ może pojawić się lęk przed eutanazją,
- ▶ życie jest darem i wielką wartością,
- ▶ eutanazja to niemoralność,
- ▶ lekarz w żadnym wypadku nie jest powołany do zabijania.

Niemniej jednak, zdaniem J. Pyszkowskiej wylania się z tego sondażu konkluzja, bowiem istnieje pilna potrzeba rozszerzenia świadomości i edukacji wśród młodzieży odnośnie następujących tematów:

- ▶ szacunku dla ludzkiego życia,
- ▶ warunków budowania podmiotowości człowieka, szczególnie w jego trudnych okresach życia,
- ▶ zagrożenia egzystencjalnego,
- ▶ możliwości i konieczności pomocy ludziom słabym, niesprawnym i umierającym,
- ▶ wymogów moralnych i etycznych związanych z taką pomocą.

Omówione badania empiryczne dotyczące eutanazji są jedynie ich małym wycinkiem w oparciu o dostępną literaturę polskojęzyczną.

¹ Komunikat z badań CBOS, Opinie o eutanazji, (oprac. W. Derczyński), Warszawa 2001.

² Komunikat z badań CBOS, Postawy wobec eutanazji, (oprac. W. Derczyński), Warszawa 1999.

³ Współczynnik korelacji tau B Kendalla wynosi 0,307.

⁴ <http://www.mp.pl/kurier/aktual/1998/a0112-3.shtml>.

⁵ M. Gałuszko, K. Szewczyk, Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej. Warszawa-Lódź 1996, s. 193-197.

⁶ ks. J. Dziedzic, Eutanazja a religijność. Badania wśród studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ, Kraków 1999.

⁷ J. Pyszkowska, Postrzeganie eutanazji przez studentów medycyny, [w:] Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne, Lublin 1996, s. 66-67.



Dlaczego mam cierpieć, jeżeli nie chcę? Nie życzę sobie być obciążeniem dla innych

Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego

Pierwszą dekadę października każdego roku zamyka wspomniany w tytule Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego. Jest to międzynarodowe święto, dzień szczególny, zarówno dla personelu medycznego, codziennie stykającego się z takim problemem, dla rodzin, w których żyją chorzy, no i oczywiście dla nich samych.

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

Nasuwa się pytanie – w jakim celu na całym świecie ten dzień celebруем w szczególny sposób? Dlaczego nie mamy dni w których rozważalibyśmy kolejno wszystkie inne, bardziej pospolite i „poważniejsze” choroby? Pewnie będą i tacy, którzy pokuszą się o stwierdzenie: czy nie ma już na co wydawać pieniędzy?, nie ma poważniejszych problemów? Po głębszym namyśle stwierdzimy jednak, że ma to głębszy cel, tym bardziej, że tego dnia znacząco wzrasta aktywność ludzi, którym los pacjentów szpitali psychiatrycznych nie jest całkiem obojętny.

Taki dzień i święto zarazem jest doskonałym pretekstem do podniesienia, po raz kolejny, tematu akceptacji i tolerancji dla chorych. Jest chwilą przypomnienia o ich istnieniu, o tym że są i żyją wśród nas. I tak jak my, mają uczucia. Dłużej pracujący popadają czasem w zadumę przypominając sobie ciekawych, ale już nieżyjących

pacjentów. Tym bardziej, że ci, którzy w życiu zmagali się z ogromem cierpienia, jakie niesie choroba psychiczna, niejednokrotnie pochodzili z kręgu nas – lekarzy, byli kolegami i współpracownikami. Wielu jest jednak ludzi, którzy w myśl zasady „gdy się

o czymś nie mówi, to tego nie ma” chcieliby całkiem zapomnieć o poruszonym problemie. Problem to trudny i kłopotliwy... Być może pod względem tolerancji dla chorych psychicznie jesteśmy jeszcze bardzo daleko za Europą, i to nie tylko tą zjednoczoną.



Dr hab. Bartosz Łoza (z prawej) i dr Grzegorz Opielak

Należałoby się zatem zastanowić skąd w Polsce biorą się na taką skalę wspomniane negatywne nastawienia. Być może wynika to z faktu, że dzieje psychiatrii to krótki i mało znany rozdział historii medycyny. Z drugiej strony zawiera w sobie bardzo dynamicznie rozwijającą się gałąź wiedzy.

Właściwie współczesna psychiatria poszła naprzód dopiero od 1952 roku i to od momentu wynalezienia *chlorpromazyny*. Fleming odkrył penicylinę niewiele wcześniej, a Watson i Crick kończyli wtedy opisywać budowę DNA. Ale na tle pozostałych przełomowych odkryć nie jest to taki wyjątkowo młody rozdział. My, na co dzień pracujący i obcujący z chorymi obiecaliśmy sobie, patrząc na „dziwiny” w naszym kraju stosunek do chorych, że przy każdej okazji będziemy wracać do tematu, najlepiej na łamach naszego rodzimego kwartalnika. Oczywiście, trafiamy w ten sposób do odbiorców głównie w środowisku lekarzy, pielęgniarek, czy studentów. Wszyscy oni są ludźmi światłymi, obytymi i wykształconymi, zdawałoby się znającymi temat i zachowującymi właściwy doń stosunek, ale... Często dochodzą głosy, nie tylko spoza Lublina, że wciąż brakuje szacunku dla „naszych” pacjentów. Na pierwszy plan wysuwa się obawa i respekt, ale tylko w znaczeniu negatywnym. A ludzie chorzy psychicznie bywają przecież pacjentami zupełnie innych oddziałów: interny, chirurgii, okulistyki. Oczywiście, bardzo trudno w krótkim czasie przełamać, zwłaszcza w społeczeństwie pewne schematy myślenia, mające korzenie w czasach „chaosu i ciemności”. Wówczas szpitale psychiatryczne były najlepszym miejscem odosobnienia. Na szczęście polska psychiatria nie ucierpiała aż tak bardzo, jak stało się to u naszych wschodnich sąsiadów, gdzie do dzisiaj „rezydentami” szpitali psychiatrycznych pozostają pacjenci z rozpoznaną „schizofrenią bezobjawową”. Tamże, diagnozowanie choroby, mimo braku jakichkolwiek objawów było i do dzisiaj uchodzi za „fenomen” na skalę światową. Co gorsza, na samej diagnozie nigdy się nie kończyło. Pacjentów po umieszczeniu w szpitalu „leczono”, a jedynymi metodami terapii schizofrenii bez-

objawowej była insulina i leczenie elektryczne. Bliskich i odległych skutków podawania sporych dawek insuliny nie trzeba nawet przypominać, ale należy dodać, że terapia miała sens wówczas, gdy kilkakrotnie wywołano u pacjenta wstrząs hipoglikemiczny. Zresztą druga metoda terapii, przy braku znieczulenia ogólnego również nie należała do przyjemnych. Były to początki leczenia awersyjnego, ale leczono nie tyle pacjenta, co jego „spaczone” poglądy.

Pamiętam wspaniałą i wzruszającą film „Żegnaj Moskwo” z Danielem Olbrychskim i Liv Ullmann. Rzecz działa się w postalinowskim ZSRR, główną bohaterką była Ida Nudel – pracownik naukowy jednego z instytutów, która mimo odmowy wyjazdu za granicę zalała ten fakt przed rodziną, by Ci wyjechali. W całym filmie, wzruszającym i chwytającym za serce, bawi jedna scena. Bohaterka protestująca przeciwko rozstaniu z bliskimi zostaje decyzją sądu umieszczona w zakładzie psychiatrycznym na przymusowym leczeniu odwykowym, a komentuje to jako „przełom w historii rosyjskiej psychiatrii, gdyż pierwszy raz umieszcza się na oddziale odwykowym osobę nie pijącą alkoholu”. Niby żart, a jednak tak naprawdę było! Było to bardzo wygodne i łatwe, wystarczy porozmawiać szczerze z osobami nie znającymi tematu, by dowiedzieć się, że „każdy może być wariantem”, a „chorobę psychiczną najłatwiej jest udawać, bo nie ma możliwości zweryfikowania diagnozy”. O zgrozo, mówią tak niemal wszyscy, bez względu na wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania. Ile razy czytaliśmy artykuł, lub oglądaliśmy reportaż o tym jaką straszną rzeczą jest sąsiedztwo kogoś, kto się leczył „na głowę”. Na dodatek, temu podobne komentarze wcale nie są domeną mieszkańców małych miejscowości. Dowodem na społeczne nastawienie i odbiór takich treści niech będzie przykład sympatycznej pacjentki jednego z podlubelskich oddziałów psychiatrycznych. Po wypisie chciała wyprowadzić się ze swojej rodzinnej wsi, bo tam „wszyscy wiedzieli”. Samodzielnością cieszyła się niezbyt długo, bo wynajmująca jej mieszkanie pani, gdy

tylko dowiedziała się o szpitalnej przeszłości swojej mieszkanki, w imię akceptacji i wyrozumiałości dla chorej na wszelki wypadek wyrzuciła ją ze swojego domu. Nietrudno się domyślić, że pacjentka podjęła kolejną w swoim życiu próbę samobójczą, po detoksykacji wróciła na wspomniany oddział, gdzie w wolnych chwilach piecze ciasteczka dla personelu i innych pacjentów. Ci natomiast, w rewanżu okazują jej szacunek, a to wystarczy. Mam nadzieję, że przytoczone przykłady, odrobina historii i szczypta gorzkiej anegdota pobudzą czytelników do refleksji nad treścią artykułu.

Na zakończenie chciałbym wrócić do Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego. Tego dnia organizowane są festyny, spotkania, odczyty i darmowe konsultacje. Nam – autorom dane było gościć w Janowie Lubelskim, gdzie mieliśmy zaszczyt wygłosić wykład pt. „Problemy emocjonalne młodzieży, a uzależnienia”. Treścią nawiązywał do cienkiej granicy, jaka dzieli nas na pewnym etapie życia od błędów, w następstwie których będziemy szukać pomocy u psychiatry. Wykładu wysłu-

Wciąż brakuje szacunku dla „naszych” pacjentów

chało kilkadziesiąt osób z różnych profesji, piastujących i naprzerożnione funkcje. Na większą skalę od kilku lat prowadzony jest ogólnopolski program „Schizofrenia – otwórzcie drzwi”, finansowo wspomagany przez jedną z dużych firm farmaceutycznych. Wiele spotkań i uroczystości związanych z obchodami Dnia Zdrowia Psychicznego było właśnie inicjowanych przez ludzi codziennie działających na rzecz wspomnianego programu. Spotkań tego typu nigdy za wiele, dopóki nie zostanie osiągnięty cel zasadniczy, czyli wzrost społecznej akceptacji dla chorób psychicznych i ludzi cierpiących z ich powodu.

Mechanizmy bakteryjnej oporności na antybiotyki

Odkrycie antybiotyków dało lekarzom potężną broń przeciw drobnoustrojom chorobotwórczym.

Jednakże masowe i często bezzasadne stosowanie antybiotyków doprowadziło do szerzenia się szczepów wieloopornych.

PROF. DR HAB. MARIAN WIELOSZ

KATEDRA I ZAKŁAD FARMAKOLOGII I TOKSYKOLOGII
AM W LUBLINIE

Zjawisko to przyjęło wymiar globalny i zagraża przyszłości skutecznego leczenia zakażeń. Dlatego Światowa Organizacja Zdrowia i Komisja Europejska uznały działania zmierzające do ograniczenia powstawania i szerzenia się lekoopornych drobnoustrojów za jeden ze swoich priorytetów. W związku z tym, jednym z najważniejszych działań jest monitorowanie oporności i poznawanie mechanizmów powstawania oporności.

Monitorowanie oporności drobnoustrojów

Pierwszym programem monitorowania oporności o zasięgu międzynarodowym był projekt Alexander – rozpoczęty w 1992 roku, obejmujący kraje Unii Europejskiej oraz Stany Zjednoczone. Od 1998 roku program rozszerzono na pozostałe kraje europejskie w tym Polskę.

Cele programu:

Monitorowanie oporności najczęstszych patogenów bakteryjnych tj. *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

Najczęstsze przyczyny szerzenia się lekooporności

- ▶ Brak wskazań do antybiotykoterapii.
- ▶ Leczenie antybiotykami o niewystarczającej aktywności przeciwbakteryjnej.
- ▶ Brak wiedzy o wrażliwości drobnoustrojów na antybiotyki.
- ▶ Brak wiedzy o właściwościach farmakokinetycznych antybiotyku.
- ▶ Niedostateczne dawkowanie antybiotyku.
- ▶ Stosowanie niewłaściwych kombinacji antybiotyków.
- ▶ Przenoszenie opornych bakterii między ludźmi.
- ▶ Przenoszenie genów oporności pomiędzy elementami genetycznymi w obrębie komórki (transpozony).



Budowa komórki bakteryjnej

- 1) rzęska,
- 2) otoczka,
- 3) ściana komórkowa,
- 4) błona cytoplazmatyczna,
- 5) mezosom,
- 6) nukleoid,
- 7) ciała chromatoforowe,
- 8) substancje zapasowe,
- 9) cytoplazma,
- 10) rybosomy.

Autor: Robert Dzwonkowski

Pamiętaj

Przed rozpoczęciem decyzji o zastosowaniu antybiotyku najważniejsze jest ustalenie czynnika etiologicznego.

Podział antybiotyków według mechanizmów działania

- ▶ Antybiotyki bakteriobójcze.
- ▶ Antybiotyki bakteriostatyczne.

Antybiotyki bakteriobójcze

▶ Hamują syntezę ściany komórkowej (β -laktamy i glikopeptydy; wancomycyna i bacytracyna).

▶ Zaburzają funkcję błony komórkowej (polimyksyny, nystatyna, gramicydyna).

▶ Wywołują błędne kodowanie w rybosomie (aminoglikozydy) a przez to produkują toksyczne białka.

▶ Zaburzają replikację DNA chromosomów (chinolony, gryzeofulwina, nowobiocyna, metronidazol, rifampicyna).

Antybiotyki bakteriostatyczne

Zaburzają syntezę białka we wczesnej fazie, powodując niedobory białkowe przez:

a. zaburzenie dołączania aminokwasów do kompleksu mRNA – rybosom (teracykliny, erytromycyna, lincokmicyna);

b. zaburzenie dołączania mRNA do rybosomu (chloramfenikol).

Oporność

Może być cechą wrodzoną uwarunkowaną chromosomalnie lub nabyta w czasie stosowania antybiotyków, uwarunkowaną zmianami informacji genetycznej w chromosomach i poza chromosomalnie. Powstawanie zmienionych genów warunkujących oporność na antybiotyki odbywa się na drodze wielostopniowej mutacji.

Mechanizmy transferu genów oporności w komórce bakteryjnej

Bakterie w celach przetrwania uruchamiają różne mechanizmy obronne pozwalające im przeżyć w środowisku antybiotyku. Oporność może być informacją genetyczną zakodowaną

w chromosomie lub w tak zwanych ruchomych nośnikach informacji genetycznej zwanych plazmidami, transpozonomi, integronami.

Plazmidy („małe chromosomy”)

Plazmidy są cząsteczkami DNA, które mogą samodzielnie ulegać replikacji. Składają się z zamkniętych pętli DNA, które wytwarzają enzymy neutralizujące antybiotyki. Każda komórka może zawierać od 1 do 40 kopii pojedynczego plazmidu, w którym mogą być zakodowane geny warunkujące oporność na jeden lub kilka antybiotyków. Plazmidy odpowiadają za rozsiewanie oporności.

Transpozony („skaczące geny”)

W komórkach oporność na leki warunkują także niektóre fragmenty nici DNA, które mogą być łatwo transponowane w różne miejsca w obrębie tego samego chromosomu lub pomiędzy różnymi nośnikami informacji genetycznej tj. plazmidami, a także z plazmidu na chromosom i odwrotnie. Transpozony mogą być nośnikami jednego lub więcej genów oporności i mogą wędrować na plazmidach do nowego szczepu bakterii. Transpozony zawierają poza genami kodującymi oporność, gen kodujący transpozazę, ułatwiającą rekombinację materiału genetycznego.

Integrony

Są zlokalizowane zarówno na chromosomach, jak i plazmidach. Szczególną ich cechą jest zdolność łączenia genów oporności w zespoły tworzące tzw. kasetę genową. Kilka kaset może być połączonych w szereg multikaset, które w całości mogą być przenoszone do innej komórki. Integrony zawierają ponadto geny dla enzymu integrazy, która ułatwia translokację kasety genowej lub łączenie się plazmidów. System ten umożliwia szybkie przenoszenie oporności wielolekowej pomiędzy elementami genetycznymi w obrębie bakterii i pomiędzy bakteriami.

Mechanizm przenoszenia zmienionej informacji genetycznej pomiędzy komórkami bakteryjnymi

Najczęściej oporność nabywana jest od komórek bakteryjnych z bliskiego sąsiedztwa za pomocą: a. koniugacji, b. transdukcji.

W przypadku koniugacji dochodzi do bezpośredniego zetknięcia się komórek bakteryjnych w czasie którego chromosomalny lub pozachromosomalny DNA jest przenoszony z jednej bakterii do drugiej. Jest to główny mechanizm rozwoju oporności dla bakterii G (+) i G (-).

W przypadku transdukcji plazmid zawarty w fagocytach przenoszony jest do innej komórki bakterii tego samego szczepu wrażliwego na antybiotyki. Ten mechanizm jest istotny w przenoszeniu oporności pomiędzy szczepami pałeczkowców i gronkowców.

Biochemiczne mechanizmy nabytej oporności drobnoustrojów na antybiotyki

▶ Synteza enzymów inaktywujących antybiotyki przez rozkład ich pierścienia lub przez tworzenie nieaktywnych pochodnych (b-laktamazy, acetylowanie terezy, fosforylacja)

▶ Modyfikacja miejsc wiązających antybiotyki (mutacja powstania lewala)

▶ Zmniejszenie transportu leku przez pory w błonach komórkowych bakterii.

▶ Przyspieszenie wydalania leków z komórki bakteryjnej

Konkluzja

Antybiotyki, poznawczy od 1929 roku, uznano za jedno z najwspanialszych odkryć dwudziestego wieku, obecnie w wielu przypadkach przestają spełniać rolę skutecznej broni przeciwbakteryjnej.

Wyścig pomiędzy badaczami, a bakteriami trwa. Jeżeli lekarze nie zachowają należytej rozwagi w stosowaniu antybiotyków mogą wygrać bakterie.

Prof. M. Kleinrok przebywała z wizytą naukową w Australii

Wydarzeniem o wyjątkowym znaczeniu jest zaproszenie prof. dr hab. Marii Kleinrok przez Federation Dentaire Internationale (FDI) do wygłoszenia plenarnego wykładu na światowym kongresie FDI Annual World Dental Congress w Sydney w Australii w dniach 18-21 września 2003.

PROF. DR HAB. MARIA KLEINROK*

Tematyka wykładu pt. „Oro-facial pain connected with TMJ disc displacement” wygłoszonego w dniu 20 września obejmowała podsumowanie ponad trzydziestoletnich badań autorki nad bólami twarzy i głowy i innymi, umiejscowionymi w obrębie całego organizmu objawami, towarzyszącymi przemieszczeniom krążka stawowego stawu skroniowo-żuchwowego.

W wykładzie zostały przedstawione objawy towarzyszące przemieszczeniom krążka ssz. Są to nie tylko wymienione wyżej bóle twarzy i głowy, ale również inne bólowe i bezbólone objawy umiejscowione w narządzie wzro-

ku, sluchu, w obrębie szyi, karku, pasa barkowego, kończyn i kręgosłupa (w tym fibromialgia) i wiele innych. Część z nich nie została dotąd opisana. Jest to związane z tym, że istniejące w piśmiennictwie badania ograniczają się do przemieszczeń krążka stawowego stawu skroniowo-żuchwowego (ssz) w płaszczyźnie strzałkowej. Rozszerzenie wiedzy na temat objawów towarzyszących dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia i przemieszczeniom krążków stawowych było możliwe dzięki przeprowadzeniu rozległych kompleksowych badań nad tym problemem.

Dzięki badaniom stawów skroniowo-żuchwowych metodą MR i tomografii komputerowej wykonanym nie tylko w płaszczyźnie strzałkowej, ale i czołowej wykazano, że istnieje zależ-

ność pomiędzy przemieszczeniem krążka stawowego stawu skroniowo-żuchwowego (ssz) w obydwu tych płaszczyznach. Autorka opracowała klasyfikację przemieszczeń głów żuchwy pozwalającą na równoczesną analizę obydwu ssz w obydwu płaszczyznach. Dotąd obydwie stawy były analizowane oddzielnie. Pozwoliło to na wykazanie, że u chorych z przemieszczeniem krążka ssz w ok. 60% występuje obustronnie różne położenie głów żuchwy tzn., że żuchwa jest w takich przypadkach przemieszczona w stosunku do szczęki, co uniemożliwia w wielu przypadkach ustalenie maksymalnego zaguzkowania zębów zgodnie z centralnym położeniem żuchwy. Prawidłowe ustalenie zwarcia jest podstawową zasadą w leczeniu potetycznym i ortodontycznym pozwalającą na uniknięcie jatrogennych bólów twarzy i głowy. Dowodzą tego własne oryginalne badania na ten temat, przeprowadzone m. in. za pomocą własnej oryginalnej metody wewnątrzustnego zapisu

* Emerytowana kierownik Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej z Pracownią Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia AM w Lublinie.



Autorka oraz prof. Eugeniusz Spiechowicz, członek Komitetu Kongresowego FDI.

Swiatowa Federacja Stomatologów powstała w 1900 r. w Paryżu. Obecnie należy do niej ponad 150 krajów, a liczba członków rzeczywistych przekracza 600 tys. Doroczne posiedzenia plenarne zwane są posiedzeniami światowego parlamentu stomatologów. Zapadają na nich decyzje o zasadniczym znaczeniu dla zdrowia jamy ustnej, jak również dotyczące kierunku badań naukowych, organizacji szkolenia podyplomowego, spraw dotyczących zawodu i uprawnień lekarzy stomatologów, jak również wiele innych. Zadaniem autora niniejszej notatki jest promowanie wykładców z krajów Europy Środkowo-Wschodniej.

W ponad 100-letniej historii FDI pierwszym polskim wykładcą był prof. **Antoni Cieszyński** (Wiedeń 1936), drugim **doc. Andrzej Wójtowicz** (Wiedeń 2002), trzecim **prof. Maria Kleinrok** (Sydney 2003). Nominacja i zaproszenie do wygłoszenia wykładu jest zaszczytem dla wybranego stomatologa i ogromnym wyróżnieniem dla kraju, z którego pochodzi. Wykładowcy nie otrzymują z tego tytułu żadnego honorarium.

PROF. DR HAB. EUGENIUSZ SPIECHOWICZ
KATEDRA PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ
AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

zaburzeń zwarcia z zastosowaniem Funkcjografu wg Kleinrok (patent 1977). Do tej pory rozpoznawano te zaburzenia w oparciu o obciążoną poważnymi błędami wewnątrzustną analizę zwarcia.

Udoskonalono również kliniczne rozpoznawanie przemieszczeń krążków ssz w oparciu o prostą analizę ruchów żuchwy. Możliwość klinicznego rozpoznawania przemieszczeń krążka ssz pozwala na ograniczenie wskazań do wykonywania badań ssz metodą MR.

Nowością jest opracowanie kryteriów rozpoznawania przemieszczeń krążka stawowego ssz w maksymalnym zaguzkowaniu zębów w płaszczyźnie czołowej:

- zbaczanie żuchwy w czasie ruchu opuszczania,
- trzaski w ssz w czasie ruchów bocznych i (lub),
- jedno- lub obustronne ograniczenie ruchów bocznych.

W piśmiennictwie uwzględnia się z reguły tylko ruchy opuszczania i przy-

wodzenia żuchwy. Pozwala to na rozpoznanie wyłącznie doprzednich przemieszczeń krążka ssz.

Udoskonalono również leczenie przemieszczeń krążków ssz przez zastosowanie całodobowej repozycyjnej szyny zgryzowej w żuchwie skonstruowanej tak, że może ona być używana bez przerwy tzn. również w czasie jedzenia. Stosowana powszechnie górna szyna repozycja może być używana wyłącznie w nocy i w wolnych chwilach w ciągu dnia, co sprawia, że le-



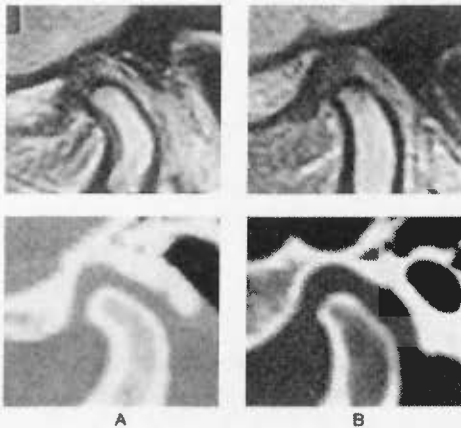
Prof. dr hab. Maria Kleinrok

Emerytowana kierownik Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej z Pracownią Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia. Twórczyni tego zakładu (1974) oraz założycielka Pracowni Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia (1985), pierwszej w Polsce wyodrębnionej placówki naukowej zajmującej się bólami twarzy i głowy związanymi z zaburzeniem czynności układu ruchowego narządu żucia. Dzięki otrzymaniu dotacji Fundacji Współpracy Polsko-Niemieckiej, uzyskanej w latach dziewięćdziesiątych oraz grantu KBN w 2001 r., placówka ta jest, wyposażona w nowoczesną aparaturę pozwalającą na prowadzenie kompleksowych badań nad układem ruchowym narządu żucia. Wspomniana aparatura służy również do diagnostyki i leczenia chorych z objawami zaburzeń w tym układzie.

czenie trwa długo i jest zdecydowanie mniej skuteczne. W związku z tym wielu autorów uważa, że stosowanie repozycyjnych szyn zgryzowych w leczeniu przemieszczeń krążka stawowego ssz jest nieuzasadnione i głosi wątpliwości na temat przemieszczenia krążka ssz w powstawaniu objawów dysfunkcji narządu żucia.

Ze względu na to, że główną rolę w powstawaniu wymienionych wyżej objawów odgrywa stres, zwłaszcza cywilizacyjny, obserwuje się zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych stały wzrost liczby chorych z zaburzeniami czynnościowymi narządu żucia. Przedstawione badania mają dlatego niezaprzeczalne znaczenie praktyczne.

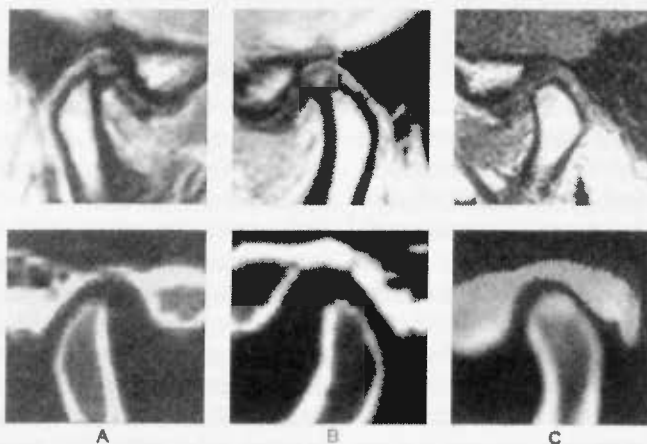
W wykładzie przedstawiona została również własna metoda zwalczania parafunkcji narządu żucia (zaciska-



Ryciny pochodzą z pracy autorów M. Kleinrok, K. Sarna-Boś, M. Litko, B. Piórkowska-Skrabucha, P. Mieszkowski, J. Kleinrok, M. Janczarek: Analiza stawów skroniowo-żuchwowych ze znacznie powiększonymi krążkami stawowymi. Prot. Stom. (w druku), wykonanej w ramach projektu badawczego nr 6 P05E 043 20 finansowanego przez KBN.

Ryc. 1.

Częściowe doprzednie przemieszczenie powiększonych krążków stawowych w maksymalnym zaguzkowaniu zębów w obrazie MR (u góry) z zachowaniem centralnego położenia głów żuchwy na tomogramach ssz (u dołu). Szpara stawowa w pierwszym ssz ma prawidłową szerokość z częściowym jej poszerzeniem w odcinku środkowym odpowiadającym znacznie powiększonej tylnej części krążka, w drugim ssz widoczne jest znaczne doogonowe przemieszczenie głowy żuchwy.



Ryc. 2.

Całkowite (a, b) oraz częściowe (c) doprzednie przemieszczenie powiększonych krążków stawowych w maksymalnym zaguzkowaniu zębów w obrazie MR (u góry), połączone z dotylnym doogonowym (a, b) oraz dotylnym doczaszkowym (c) położeniem głów żuchwy na tomogramach ssz (u dołu).

nie zębów, zgrzytanie zębami, obgryzanie paznokci, nawykowe żucie gumy i in.). Są one główną przyczyną omawianych zaburzeń, gdyż w sytuacjach stresowych zwiększa się częstotliwość i intensywność ich uprawiania. Zostało to zilustrowane na własnym materiale, gdyż w Pracowni Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia w 1990 roku statystycznie istotnie zwiększyła się liczba chorych (w tym i młodocianych) zgłaszających się do leczenia i taka sytuacja dotąd się utrzymuje. W latach 2001-2003 wystąpiło nowe zjawisko. Badania ssz metodą rezonansu magnetycznego wykazały u 40% chorych niezwykle powiększone krążki stawowe (na +++), zwłaszcza w płaszczyźnie czołowej, połączone z wybitnie nasilonymi objawami. We wcześniejszych latach takie zmia-

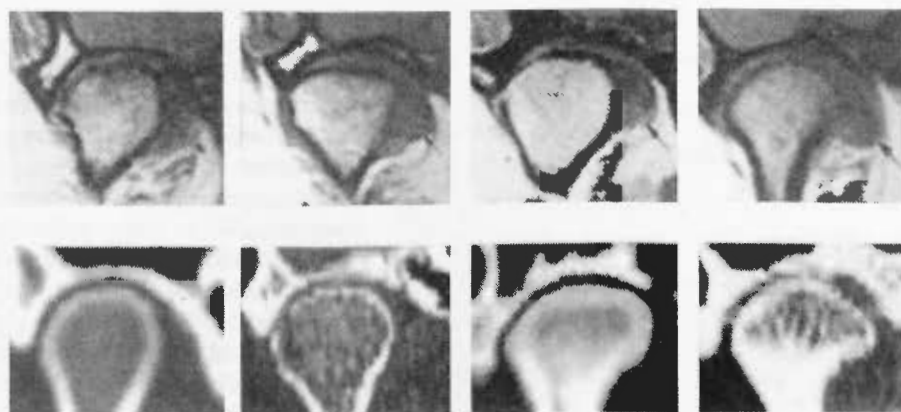
ny występowały we własnym materiale kinicznym sporadycznie, a w piśmiennictwie istnieją, jak dotąd, nieliczne doniesienia tylko na temat powiększenia krążków ssz w płaszczyźnie strzałkowej.

Nagły wzrost liczby chorych w 1990 roku można najprawdopodobniej wytłumaczyć wpływem stresu związanego z transformacją ustrojową w naszym kraju, a znaczące zwiększenie liczby niezwykle powiększonych krążków stawowych po dziesięciu latach jest niewątpliwie skutkiem długotrwałego przeciążenia ssz związanego z długotrwałym intensywnym uprawianiem parafunkcji narządu żucia.

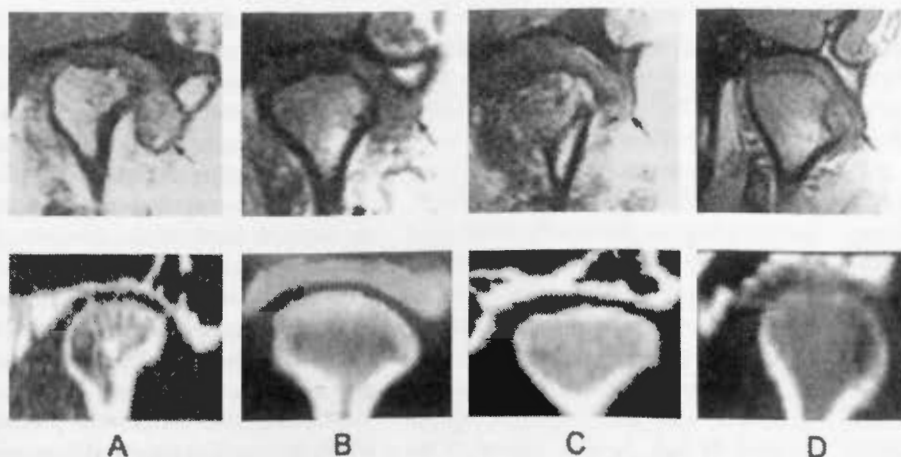
Przedstawione w wykładzie kompleksowe badania podważyły głoszone obecnie w piśmiennictwie poglądy znacznej części autorów, dotyczą-

ce wątpliwości na temat znaczenia zaburzeń zwarcia (tj. wzajemnego funkcjonowania zębów) i przemieszczeń krążków ssz oraz wskazujące wyłącznie na rolę zaburzonej czynności mięśni w etiologii objawów towarzyszących zaburzeniom czynności układu ruchowego narządu żucia i ich skutkom w postaci zaburzeń wewnątrzstawowych w ssz. Potwierdziły one ogólną zasadę rządzącą układem ruchowym wskazującą, że stawy i mięśnie, a w przypadku narządu żucia również wzajemne funkcjonowanie zębów przeciwstawnych (konceptcja Helda), tworzą całość anatomiczną i czynnościową, toteż nie mogą być rozpatrywane oddzielnie.

Po wykładzie odbyła się, kosztem przerwy na lunch, ożywiona dyskusja trwająca prawie całą godzinę.



Ryc. 3. Przyśrodkowe przemieszczenie krążków stawowych ze znacznym powiększeniem ich części przyśrodkowych w maksymalnym zaguzkowaniu zębów w obrazie MR (u góry), połączone z bocznym doczaszkowym przemieszczeniem głów żuchwy na tomogramach ssz. Kształt szpary stawowej w ostatnim ssz jest nieregularny (u dołu).



Ryc. 4. Boczne przemieszczenie krążków stawowych ze znacznym powiększeniem ich części bocznych w maksymalnym zaguzkowaniu zębów w obrazie MR (u góry). Centralne doczaszkowe (a, b) położenie głów żuchwy oraz boczne doczaszkowe (c) i boczne ich przemieszczenie z prawidłową szerokością szpary stawowej (d) na tomogramach ssz (u dołu).

Przyszłość medycyny należy również do transplantologii

W polskim kalendarzu dni szczególnych – wyjątkowych, przed kilku laty pojawiła się nowa data 26 stycznia – **Dzień Transplantologa**. Ta styczniowa data została ustalona jako święto wszystkich zaangażowanych w transplantologię, w rocznicę wykonania pierwszego udanego przeszczepu nerki w Polsce.

DR HAB. SŁAWOMIR RUDZKI

I KATEDRA I KLINIKA
CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANTACYJNEJ
AM W LUBLINIE

Transplantologia zajmuje się przeszczepami narządów, tkanek i komórek oraz wszystkimi współistniejącymi z tą procedurą zabiegami medycznymi. Jest dziedziną interdyscyplinarną, w której współpracują ze sobą lekarze różnych specjalności. Jej rozwój stał się możliwy dzięki powstaniu odrębnej nauki o mechanizmach odpornościowych – immunologii.

Pierwsze próby przeszczepiania narządów podejmowano z początkiem ubiegłego stulecia, kończyły się one jednak niepowodzeniem. 23 grudnia 1953 roku trzem amerykańskim lekarzom – **Murreyowi, Merillowi i Harri-**

sowi udało się dokonać pomyślnego przeszczepienia nerki u 24-letnich bliźniąt jednojajowych. Dwa lata później ci sami chirurdzy przeprowadzili operację wszczepienia nerki u niejedno-jajowych bliźniąt, również z pozytywnym wynikiem. Od tego czasu rozpoczęto coraz powszechniej wykonywać tego typu zabiegi w różnych krajach.

W 1959 roku wprowadzono do leczenia 6-merkaptopurynę (Immunuran), natomiast w 1962 r. kortyzol. Leki te, hamujące powstawanie przeciwciał w organizmie, czyli wykazujące tzw. aktywność immunosupresyjną pozwoliły na wykonywanie przeszczepów nerek ze zwłok. W Polsce pierwszy udany przeszczep nerki pobranej od osoby zmarłej wykonał 26 stycznia 1966 roku **prof. dr hab. Jan Nielubowicz** we współpracy z prof. dr hab. Tadeuszem Orłowskim. Następnie, w roku 1967

prof. dr hab. Wiktor Bross wykonał pierwszy przeszczep nerki od dawcy rodzinnego. W 1969 roku **prof. dr hab. Jan Moll** wykonał w Łodzi jako jeden z pierwszych na świecie operację przeszczepienia serca, niestety zakończoną zgonem. W tym czasie pobrania narządów (nerek) odbywały się w mechanizmie zatrzymania krążenia, a pobranie narządu było „wstępnym etapem badania sekcyjnego”. Ten tryb pobierania narządu był szczególnie uciążliwy, wymagał stałej obecności przy umiarkowanym, aby nerkę można było pobrać ze zwłok wkrótce po zgonie.

W 1968 roku, na Uniwersytecie w Harvardzie powstała koncepcja śmierci mózgowej i opracowano „kryteria harwardzkie” śmierci mózgu jako śmierci osobniczej. Jednak w Polsce brak precyzyjnych przepisów prawnych, a także niezbyt przychylna atmosfera w środowisku medycznym, dotycząca pobierania narządów ze zwłok, spowodowały, że liczba przeszczepionych nerek do roku 1976 wahała się w granicach od 3 do 11 zabiegów rocznie.

W roku 1977 wykonano pierwsze pobranie nerek poza ośrodkiem transplantacyjnym i wykonano w kraju 47 przeszczepów.

W roku 1978 wykryto immunosupresyjną aktywność cyklosporyny, która powszechnie została wprowadzona do terapii w roku 1984, znacznie poprawiając wyniki przeszczepiania nerek i zwiększając możliwości przeszczepiania innych narządów.

Ustawa z dnia 26 października 1995 roku

Przełomem, w sensie prawnym w dziedzinie transplantologii w Polsce, stała się ustawa z dnia 26 października 1995 roku o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Pozwoliła ona pobierać narządy od osób zmarłych, jeżeli za życia nie wyraziły sprzeciwu. W ustawie jednoznacznie określono kryteria śmierci – człowiek umiera z chwilą, ustania funkcji pnia mózgu, które jest zjawiskiem nieodwracalnym. Uregulowała także prawne aspekty przeszczepów *ex vivo*.

W 1996 roku minister zdrowia i opieki społecznej powołał Centrum Organizacyjno – Koordynacyjne ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT”. Zajmuje się ono całodobową organizacją i koordynacją pobrań i przeszczepów na terenie całego kraju, współpracuje równocześnie z Europejską Organizacją „Eurotransplant”, a także prowadzi Centralny Rejestr Sprzeciwów (CRS).

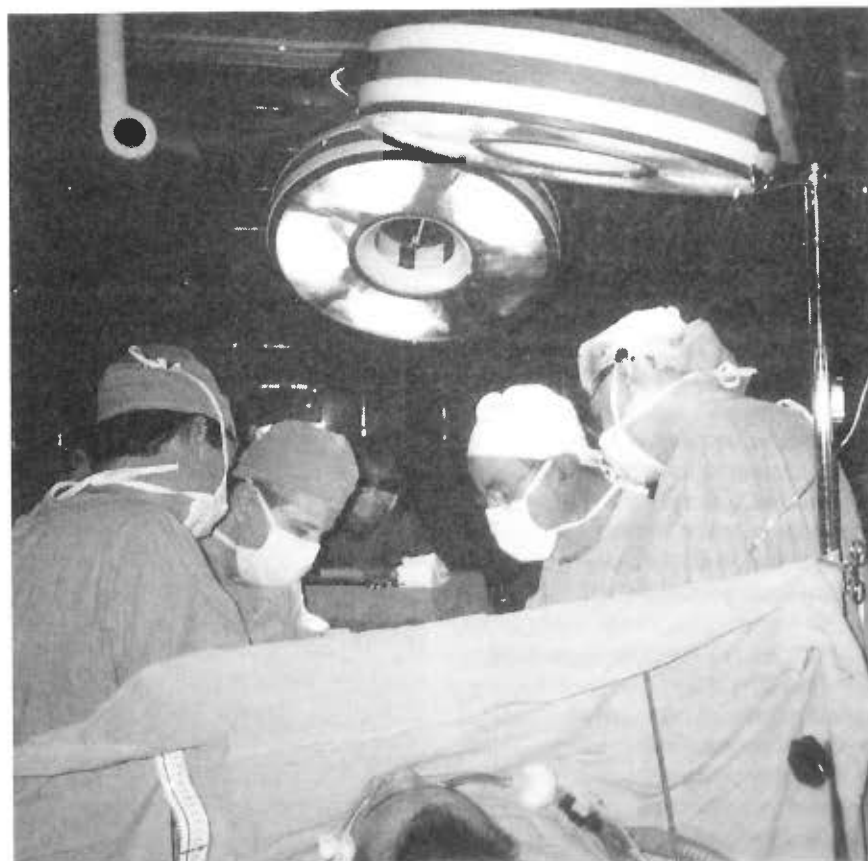
Obowiązujące aktualnie prawo w Polsce stanowi, że brak zgłoszonego za życia sprzeciwu do CRS na oddanie po śmierci tkanek i narządów w celu przeszczepienia (tzw. zgoda domniemana) upoważnia lekarzy do pobrania narządów od każdego zmarłego. Zapis ten nie wyklucza informowania rodziny zmarłego o zamiarze pobrania narządów, a brak akceptacji najbliższych jest respektowany przez lekarzy.

W Polsce przeszczepianie nerek odbywa się w osiemnastu ośrodkach, wątroby w sześciu, serca w czterech ośrodkach, a trzustki z nerką w jednym ośrodku. W roku 2002 Centrum Koordynacyjne otrzymało 593 zgłoszenia o zmarłych, potencjalnych dawcach narządów. Narządy pobrano od 490 zmarłych. W wyniku koordynacji pobrań pozyskano od osób zmarłych do przeszczepienia ogółem 1241 narządów, w tym 980 nerek, 111 serc, 135

wątrób, 12 trzustek. Jest to o 81 narządów więcej niż w roku 2001. W tym samym czasie pobrano od żywych dawców i przeszczepiono 25 nerek i 13 fragmentów wątroby (38 przeszczepów) o 25 procent mniej w stosunku do liczby przeszczepów w 2001 roku.

Z powodu niewydolności nerek umiera rocznie ok. 3000 chorych. W Eu-

ropie umiera co piąty pacjent oczekujący na przeszczep, w Polsce – co czwarty. W 2001 roku ogółem zgłoszonych do przeszczepienia nerki do Centralnej Listy Biorców (CLB) było 2787 chorych, w tym nowo zgłoszonych 979 osób. Oczekujących na zgłoszenie do CLB było 1531 pacjentów, a okresowo zdyskwalifikowanych 819.



Liczba pobranych narządów i wykonanych przeszczepów w ośrodku lubelskim

(na dzień 10 grudnia 2003 r.).

	2002	2003
Pobrania wielonarządowe	8	14
Pobrania tylko nerek	9	11
Ilość pobranych narządów	50	71
Ilość pobranych nerek	34	50
Ilość przekazanych nerek	4	7
Ilość przekazanych nerka + trzustka	2	-
Ilość przekazanych wątrób	6	12
Ilość przekazanych serc	8	9
Przeszczepy w AM Lublin	28	42

Historia transplantologii w Lublinie rozpoczęła się w latach osiemdziesiątych. W 1988 roku I Klinika Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej w Lublinie pod kierownictwem **prof. dr hab. Mieczysława Jesipowicza** nawiązała kontakt z Kliniką Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Akademii Medycznej w Warszawie kierowaną przez **prof. dr hab. Wojciecha Rowińskiego**.

W latach 1988-1993 współpraca ta polegała na pobraniu nerek od dawców w Lublinie i przewożeniu ich do Warszawy. W Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej warszawskiej AM zespół lubelskich chirurgów wykonywał pierwsze przeszczepy nerek wspólnie z warszawskimi kolegami. Długie okresy przerw między pobraniami związane były z odmiennym stanowiskiem Zakładu Medycyny Sądowej w sprawie trybu orzekania śmierci mózgowej w okresie, gdy w Polsce nie było jasnej regulacji prawnej.

Pierwsze samodzielne pobranie i przeszczepienie nerek w Lublinie wykonano 26 sierpnia 1994 roku, nerkę wszczepił **prof. dr hab. Mieczysław Jesipowicz**. W 1997 roku nasza Klinika zmieniła nazwę na I Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej. W tym samym roku decyzją MZIOS dwie osoby z zespołu – **prof. Mieczysław Jesipowicz** i **dr n. med. Seweryn Stettner** otrzymały uprawnienia do pobierania i przeszczepiania narządów jamy brzusznej. Kolejne dwie osoby – **dr hab. Sławomir Rudzki** i **dr n. med. Andrzej Pożarowski** otrzymały je w 2002 roku, a w kwietniu 2003 roku także **dr n. med. Andrzej Olejowski**.

Do roku 2000, w lubelskiej Klinice przeszczepiono 44 nerki. W roku 2001 przeszczepianie nerek stało się procedurą kontraktowaną przez Ministerstwo Zdrowia. Resort zdrowia przyznał naszej Klinice kontrakt na 12 nerek, który został zrealizowany w pierwszej połowie roku. W roku 2002 przeszczepiliśmy 28 nerek (kontrakt zwiększony przez MZ dwukrotnie), oddając 6 nerek do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej **prof. W. Rowińskiego**. W roku 2003 otrzymaliśmy kontrakt na 40 przeszczepów, który zrealizowaliśmy do 26 listopada 2003 r. Obecnie kontrakt przekroczyliśmy i czekamy na re negocjacje.

Ośrodek lubelski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej – SPSK nr 4 w Lublinie) w roku 2002 był na 5 miejscu pod względem liczby wykonanych pobrań wielonarządowych. W roku 2003 pobrania wielonarządowe w naszej Klinice stanowią 58,4 proc. wszystkich pobrań. Do zwiększenia ilości pobrań i przeszczepów w ośrodku lubelskim przyczyniło się zaangażowanie lekarzy kliniki i oddziałów anestezjologii, chirurgii, neurologii i neurochirurgii całego województwa lubelskiego.

Pacjenci po przeszczepie przebywają w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej ściśle współpracującej z lekarzami Kliniki Nefrologii. Mimo, że w Polsce liczba przeszczepów w ciągu ostatnich dziesięciu lat wzrosła o ponad 50 proc. jest ona nadal nie wystarczająca. Rocznie umiera tysiące osób z powodu niewydolności serca, wątroby czy nerek. Wiele z nich mogłoby żyć, dłużej gdyby wykonano im przeszczep narządu. Problem niewystarczającej liczby zgłoszeń potencjalnych dawców jest pro-



Mimo, że w Polsce liczba przeszczepów w ciągu ostatnich dziesięciu lat wzrosła o ponad 50 proc. jest ona nadal nie wystarczająca. Rocznie umiera tysiące osób z powodu niewydolności serca, wątroby czy nerek. Wiele z nich mogłoby żyć, dłużej gdyby wykonano im przeszczep narządu.

blemem ogólnopolskim. W przeliczeniu na milion mieszkańców liczba przeszczepów w Polsce zajmuje jedno z ostatnich miejsc na liście krajów europejskich. Dlaczego w kraju liczącym ponad 38 mln mieszkańców jest tak mało zgłoszeń potencjalnych dawców, dlaczego jest tak niewiele pobrań i transplantacji?

Brak zgłoszeń zgonów

Czy brak zgłoszeń zgonów potencjalnych dawców narządów świadczy o braku zaangażowania środowiska medycznego, o jego niedostatecznym uświadomieniu, a może o braku akceptacji kryteriów śmierci mózgowej, czy transplantacji jako metody leczenia skrajnych niewydolności narządowych? W 2002 roku nie doszło do pobrania narządów z powodu sprzeciwu rodziny zmarłego w 47 przypadku (7,6 proc.). Ilu pacjentów z podejrzeniem śmierci mózgowej zmarło w wyniku zatrzymania krążenia, bez zgłoszenia do „Poltransplantu”?

W Centralnym Rejestrze Sprzeciwów zgłosiło swój sprzeciw na pobranie narządów po śmierci w latach 1996-2002 – 22521 osób. W roku 2002 było zaledwie 661 nowych zgłoszeń.

Rozporządzenie MZiOS z dnia 30 listopada 1996 roku w sprawie warunków pobrań i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz spełnienia tych warunków nakłada obowiązek informowania Centrum „Poltransplant” lub najbliższego ośrodka transplantacyjnego o każdym przypadku możliwości pobrania narządów w razie podejrzenia ustania funkcji pnia mózgu.

Mimo, że rozporządzenie znane jest większości lekarzy, nadal bywa ignorowane. Łatwiej obecnie podpisać kartę zgonu niż podtrzymywać u zmarłego, potencjalnego dawcy, funkcje układu krążenia, oddechowego przez kilka lub kilkanaście godzin, organizować zespół osób, które stwierdzą śmierć pnia mózgu, a potem zespół pobierający narządy. Problemem jest także z rozmowa z rodziną. Z badań przeprowadzonych przez „Poltransplant” wśród personelu OIOM wynika, że 75 proc. ankietowanych obawia się rozmów z rodzinami potencjalnych dawców z powodu niedostatecznej

znajomości podstaw prawnych i organizacyjnych związanych z transplantologią, trudności w wyjaśnieniu śmierci mózgowej. Istnieje lęk przed reakcją rodziny na wiadomość o zamiarze pobrania narządów.

świadczeń ośrodków transplantacyjnych Hiszpanii, Holandii i Stanów Zjednoczonych. Hiszpanie przekazali swoją wiedzę w organizacji sieci koordynatorów szpitalnych, Holendrzy program szkolenia personelu medyczne-

W Centralnym Rejestrze Sprzeciwów zgłosiło swój sprzeciw na pobranie narządów po śmierci w latach 1996-2002 aż 22521 osób. W roku 2002 było zaledwie 661 nowych zgłoszeń.

Sprzeciw wyrażony przez rodzinę zmarłego wynika najczęściej z niezrozumienia pojęcia śmierci mózgowej, a także poglądu, że pobranie stanowi akt nieposzanowania zwłok oraz nieznamość przepisów prawnych pozwalających na pobranie narządów. Wskazują na to badania postaw wobec pobierania narządów od zmarłych, przeprowadzone przez Demoskop z inicjatywy krajowej Rady Transplantacyjnej. Ocenia się, że gdyby nie sprzeciw rodzin potencjalnych dawców byłoby o 10-15 proc. więcej transplantacji.

Czy promocja transplantacji jest szansą dla śmiertelnie chorych?

Dr n. med. Marek Śmietański z Akademii Medycznej w Gdańsku i artysta plastyk Jacek Kornacki założyli Fundację „Bądź świadomym dawcą narządów”. Celem ich działań jest propagowanie świadomego dawstwa m. in. poprzez wytatuowanie na lewym ramieniu matematycznego symbolu nieskończoności. Tatuaż ten miałby być wyrazem gotowości przekazania własnych narządów, a tym samym skrócić procedurę podejmowania decyzji w momencie uznania za zmarłą, osoby – potencjalnego dawcy. Taka forma akceptacji jest prywatną sprawą każdego człowieka, nie ma mocy w świetle obowiązującego w Polsce prawa.

Program „Donor Action” jest programem stworzonym na podstawie do-

go w rozmowach z rodziną dawcy, w Amerykanie program „marketingowy” kontaktów z dyrekcją szpitala, personelem medycznym. Celem tej akcji jest zwiększenie liczby pobrań narządów w określonym szpitalu. Realizacja programu rozpoczyna się od rozpoznania potencjalnych możliwości szpitala i dotychczasowej jego aktywności, liczby łóżek intensywnej terapii, zaplecza diagnostycznego, analizy zgonów, określenia przyczyny braku aktywności w pozyskiwaniu narządów do przeszczepiania. Następnie etapem akcji jest zkolportaż i wytyczenie kierunku upoważnień i kontaktów dawcy narządów oraz polecalaryzacji schematów postępowania, począwszy od rozpoznania potencjalnego dawcy do pobrania narządów.

Tak jak napisał profesor hab. dr h.c. Jan Niełubowicz w przedmowie do pierwszego wydania podręcznika „Przeszczepianie nerek” (Warszawa, PZWL, 1995) wyniki przeszczepiania nerek, a wiemy również, że i wątroby oraz serca, nie odbiegają od poziomu światowego (ostatnio wydają się być nawet lepsze). Jest to powodem szacunku dla pionierów przeszczepiania narządów w Polsce oraz dumy wszystkich lekarzy, którzy obecnie są zaangażowani w pozyskiwanie i przeszczepianie narządów, które ratują życie lub pozwalają powrócić do normalnej aktywności życiowej (rodzinnej, zawodowej i społecznej).

Zastosowanie najnowszych technologii w stomatologii

Wyjazd po wiedzę do Niemiec

W dniach 21-26 czerwca 2003 r. odbył się wyjazd naukowo – szkoleniowy do firm Dentaurum i C. Hafner, mających siedziby w Pforzheim w Niemczech.

Organizatorem była firma Polkard z Olsztyna, zaś kierownictwo naukowe sprawował dr hab. Janusz Kleinrok – kierownik Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej AM w Lublinie

LEK. STOM. KATARZYNA SARNA-BOŚ
LEK. STOM. BEATA PIÓRKOWSKA-SKRABUCHA
DR HAB. JANUSZ KLEINROK

KATEDRA I ZAKŁAD PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ
Z PRACOWNIĄ ZABURZEN CZYNNOŚCIOWYCH NARZĄDU ŻUCIA
AM W LUBLINIE

Celem wyjazdu było zapoznanie jego uczestników z najnowszymi technologiami oraz materiałami produkowanymi przez firmy wchodzące w skład grupy Dentaurum oraz firmę C. Hafner. W szkoleniu

uczestniczyli lekarze stomatolodzy z Zakładu Protetyki Stomatologicznej z Lublina oraz koleżanki i koledzy m. in. z Bytomia, Krosna, Poznania, Radomia, Warszawy.

Nasze szkolenie rozpoczęliśmy w firmie Dentaurum będącej producentem materiałów, narzędzi i urządzeń stosowanych w ortodoncji (elementy do aparatów stałych i ruchomych tj. zamki, pierścienie, łuki, wyciągi, elementy elastyczne, kleje, śruby, akryle oraz narzędzia) oraz w protetyce (stopy stomatologiczne, tytan, masy osłaniające, porcelana, systemy implantologiczne, płyny, woski, narzędzia, urządzenia laboratoryjne).

W centrum szkoleniowym firmy wysłuchaliśmy interesującego wykładu na temat właściwości, technologii obróbki i zastosowania tytanu w protetyce stomatologicznej. Tytan – biały, lekki metal o znacznej twardości i wysokiej temperaturze topnienia, jest jednym z najpowszechniej występujących pierwiastków na Ziemi. Najważniejsza, z medycznego punktu widzenia, własność tytanu to biokompatybilność czyli zdolność do integracji z żywą tkanką kostną bez prowokowania odczynów alergicznych, reakcji zapalnych, włóknienia czy zaniku kości. Inna, istotna właściwość tytanu to niewielkie przewodnictwo cieplne, wynoszące zaledwie 0,04 cal/cm² (czterokrotnie mniej niż w przypadku stopów złota), dzie-

**Spawanie laserowe
w wykonaniu jednego
z uczestników kursu**



ki czemu pacjent nie odczuwa nieprzyjemnych objawów po spożyciu gorącego lub zimnego pokarmu. Duże znaczenie ma też jego ciężar właściwy – jest to najlżejszy materiał ze stosowanych w protetyce: czteropunktowa proteza szkieletowa waży niemal pięć razy mniej niż identyczna, ale wykonana ze złota. Warto jeszcze wspomnieć o odporności tytanu na korozję oraz obojętności chemicznej i elektrochemicznej, przez co nie drażni on

błony śluzowej jamy ustnej. Wszystkie te właściwości czynią z niego wprost idealny materiał protetyczny do wykonywania uzupełnień stałych i ruchomych. Jednakże przeszkodą w jego powszechnym stosowaniu jest skomplikowana technologia obróbki. Tytan topi się dopiero w temperaturze ok. 1700°C, a odlewać go można jedynie w osłonie z argonu lub w warunkach próżniowych, gdyż łatwo zachodzi reakcja utleniania.

**Uczestnicy kursu
– grupa protetyczna**





Uczestnicy kursu –
grupa ortodontyczna

Po bardzo interesującym wykładzie zostaliśmy zaproszeni na praktyczny pokaz odlewania tytanu oraz lutowania elementów metalowych za pomocą lasera laboratoryjnego. Chętni (i bardziej odważni) mieli możliwość „własnoręcznego” zapoznania

się z tą metodą łączenia metali. Zwiedziliśmy także część produkcyjną firmy, gdzie zaprezentowano nam skomplikowany proces wytwarzania stopów dentystycznych oraz materiałów i akcesoriów mających zastosowanie w stomatologii.

Po części praktycznej wróciliśmy do Centrum Szkoleniowego, aby zapoznać się z kolejnymi produktami firmy. Pierwsze seminarium dotyczyło porcelany CARMEN® – ceramiki o niezwyklej właściwościach estetycznych i parametrach technicznych. Charakteryzuje się ona małą kurczliwością, stabilnością kształtu, doskonale przewodzi światło oraz wykazuje efekt kameleona. Zaprezentowano nam również porcelanę Triceram® – specjalną ceramikę do napalania wyłącznie na tytan.

Kolejny wykład traktował o systemie implantologicznym TIOLOX, produkowanym przez Dentaaurum. System ten jest nieskomplikowany w użytkowaniu, nie wymaga stosowania dużej liczby dodatkowych instrumentów (co pozwala na maksymalną redukcję kosztów), a przede wszystkim jest wysoce estetyczny. Implant TIOLOX – wykonany z tytanu, śrubowy, niesamogwintujący, o stożkowym kształcie, przeznaczony jest do wprowadzenia śródkostnego w kość szczęki i żuchwy. Dzięki specjalnej konstrukcji implantu osiągnięto jego maksymalną stabi-



Przed wykładem –
centrum szkoleniowe
firmy Dentaaurum

lizację pierwotną i wtórną w tkance kostnej, poza tym wyeliminowano naprężenia na kręwdziach, jak i lokalne przeciążenia oraz wystąpienie pooperacyjnej martwicy z nacisku (poprzez zastosowanie specjalnego wcięcia na gwincie).

Powierzchnia implantu w części kontaktującej się z kością wykonana jest w technologii CBS (Ceramic Blasted Surface), a w części dziąsłowej wypolerowana na wysoki połysk. Technologia CBS zwiększa powierzchnię implantu czterokrotnie (porowata makrostruktura odpowiada komórkowej strukturze kości) i umożliwia bezpośrednie połączenie z tkanką kostną, czyli osteointegrację, zaś wysoki stopień gładkości w części dziąsłowej korzystnie wpływa na formowanie tkanki miękkiej i optymalną higienę.

Najważniejszą, z medycznego punktu widzenia, własnością tytanu jest biokompatybilność

Część teoretyczną zakończyliśmy ćwiczeniami praktycznymi na fantomach, dzięki czemu mogliśmy zapoznać się z prezentowanym systemem. Większość z nas miała możliwość wykonania preparacji łoża implantu oraz wprowadzenia implantu w fantom żuchwy.

Drugiego dnia naszego pobytu w Niemczech gościliśmy w firmie C. Hafner, gdzie przywitała nas seniorka rodu Pani Z. Hafner – prawnuczka założyciela firmy. Firma ta jest największym w Niemczech producentem metali szlachetnych pochodzących z recyklingu. Interesujące jest, że ogromna część surowca odzyskiwana w fabryce pochodzi z tynków i podłóg remontowanych lub likwidowanych pracowni protetycznych.

W trakcie wizyty zaprezentowano nam dokładny cykl odzyskiwania stopów złota, srebra i platyny, a także pokazano gotowe produkty. W części teoretycznej zapoznano nas z techniką *galwanoformingu*.

Galwanoforming to metoda umożliwiająca wykonanie w pełni biokompatybilnych, idealnie dopasowanych i estetycznych prac protetycznych – wkładów koronowych, koron, mostów złożonych, koron teleskopowych, a także pokrywanie złotem dośluzówkowych powierzchni protez akrylowych. Wykorzystanie galwanotechniki w stomatologii zostało zapoczątkowane w roku 1986, zaś firma C. Hafner swój pierwszy system Helioform HF 600 opra-

cowała w 1990 roku i trzy lata później wprowadziła go na rynek. Technicznie przebieg galwanoformingu polega na elektrolitycznym rozkładzie elektrolitu siarczynu złota. Kato-dę stanowi przewodzący prąd słupek modelowy, na którym odkładają się atomy niemal czystego złota (99,99%). Grubość powierzchni powstałej w ten sposób zależy od czasu trwania procesu i może wynosić do 800 μm . Złoto galwaniczne różni się czystością od materiałów odlewanych. W procesie odlewania powstają zanieczyszczenia, pochodzące z masy osłaniającej lub też z tygla i zwiększające się z każdym następnym jego użyciem.

Złoto galwaniczne, pod względem chemicznym jest monometalem (a nie stopem), dzięki czemu możliwe jest maksymalne zahamowanie procesów korozyjnych w środowisku jamy ustnej. Za wywołanie korozji odpowiedzialne są głównie jony metali nieszlachetnych z powłoki tlenkowej na powierzchni stopu, które organizm może tolerować lub odpowiedzieć reakcją alergiczną. W codziennej praktyce dominują objawy lokalnej nietolerancji stopów metalnych, przebarwienia dziąsła – ich przyczyną jest infiltracja jonów do otaczających tkanek miękkich. Brzegi koron galwanicznych nie oksydują, a przez to nie oddają szkodliwych jonów, ponadto dziąsło przylega idealnie do brzegu korony (doskonała szczelność brzeżna), dzięki temu minimalizuje się ryzyko próchnicy wtórnej. Wysoka twardość złota galwanicznego (złoto otrzymane tą metodą jest wielokrotnie twardsze niż odlewane tradycyjnie) sprawia, że może być bezpiecznie mechanicznie obciążane i umożliwia jego użycie w strukturach sferycznych.

Metoda galwaniczna może być wykorzystana do wykonania szeregównie czasowych uzupełnień protetycznych, gdyż cienka konstrukcja, grubości ok. 0,2 mm pozwala wiele miejsca na oddanie pełnej gamy kolorów ceramiki, poza tym kolor czystego złota jest idealnym podłożem. Godnym odnotowania jest fakt, iż prace protetyczne oznaczają się dużą oszczędnością materiału – ok. 40% w porównaniu z tradycyjną metodą.

Należy podkreślić, że wszystkie wykłady prowadzone były w języku angielskim i profesjonalnie tłumaczone „na żywo” przez przedstawicieli firmy Polkard.

Niestety, wszystko co mile nie trwa długo i również nasz pobyt w Niemczech dobiegł końca. W drogę powrotną wyruszyliśmy w środę 25 czerwca 2003 r. pełni wrażeń, emocji, a przede wszystkim bogatsi o nowe doświadczenia. Z pewnością wyjazd ten pozostanie wszystkim uczestnikom na długo w pamięci.

PIŚMIENICTWO

www.polkard.pl/hafner_galwa.htm

www.interdental.olsztyn.pl/tioloX-system.htm

www.polkard.pl/carmen.htm

Podstawy implantologii

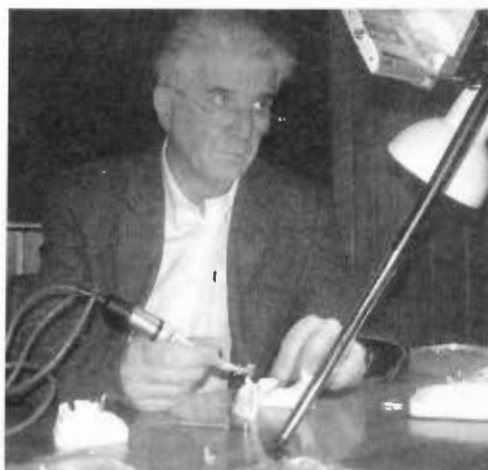
Kurs dla stomatologów z udziałem
dr Manfreda Sontheimer'a, wybitnego
specjalisty z Niemiec.

DR N. MED. ZBIGNIEW LESZCZ
LEK. STOM. KATARZYNA SARNA-BOŚ
LEK. STOM.
BEATA PIÓRKOWSKA-SKRABUCHA
DR HAB. JANUSZ KLEINROK

KATEDRA I ZAKŁAD PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ
Z PRACOWNIĄ ZABURZEŃ CZYNNOSCIOWYCH
NARZĄDU ZUCIA
AM W LUBLINIE

W dniach 24-25 października 2003 r. w Katedrze i Zakładzie Protetyki Stomatologicznej AM w Lublinie gościł **dr Manfred Sontheimer** – międzynarodowy specjalista w dziedzinie implantologii stomatologicznej, członek wielu niemieckich stowarzyszeń implantologicznych, współtwórca instrumentarium chirurgicznego systemu implantologicznego TIOLOX oraz systemu membran tytanowych TIOMESH do regeneracji tkanki kostnej. Organizatorem kursu była firma Polkard z Olsztyna, zaś kierownictwo naukowe sprawował **dr hab. Janusz Kleinrok** – kierownik Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej AM w Lublinie.

Celem wizyty gościa była prezentacja leczenia implantologicznego zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej, jak również przygotowanie kadry naukowej Katedry do prowadzenia zajęć dydaktycznych z za-



Zabieg implantacji transmitowany z sali klinicznej do sali wykładowej; od lewej: dr Manfred Sontheimer, oraz asysta – Krystyna Polańska, dr n. med. Zbigniew Leszcz

Dr Manfred Sontheimer prezentuje preparację łoża implantu na modelu

kresu implantoprotetyki. W pierwszym dniu szkolenia dr M. Sontheimer szczegółowo omówił chirurgiczne podstawy implantacji, a następnie przeprowadził dwa zabiegi wszczepienia implantów, które były transmitowane z sali klinicznej do sali wykładowej. Dzięki temu duża grupa lekarzy stomatologów mogła uczestniczyć w zabiegu. Drugiego dnia dr Manfred Sontheimer przedstawiał planowanie nowoczesnego leczenia protetycznego z zastosowaniem implantów.

Dążenie do zastąpienia niesprawnych lub utraconych części ciała jest równie stare jak sama ludzkość. Efekty tych działań pozostawały jeszcze do niedawna niedoskonałe w prawie wszystkich dziedzinach medycyny, w tym także w stomatologii. Większość stosowanych obecnie metod wykonywania konwencjonalnych uzupełnień protetycznych jest znana stomatologom już od XIX wieku. W naszym stuleciu możliwe było tylko niewielkie ich ulepszenie przede wszystkim estetyczne, dzięki zastosowaniu odpowiednich materiałów. Niezmieniona pozostała jednak zasada, że protezy stałe wykonuje się tylko wtedy, gdy brakuje nielicznych zębów, i że osadzenie mostu wymaga oszlifowania pod korony zdrowych zębów sąsiednich. Szczególnie problematyczne w tym kontekście jest wykonywanie mostów u młodocianych po utracie pojedynczych zębów lub przy braku ich związków.

Implantologia stomatologiczna otworzyła nowe perspektywy w leczeniu i rehabilitacji jamy ustnej. Jej początki datują się na lata osiemdziesiąte XX wieku. Od tego czasu techniki wykonania rozwijają się nadal w kierunku wciąż większej niezawodności, a implantologia zajmuje coraz istotniejsze miejsce w planach leczenia proponowanych przez lekarzy stomatologów.

Implant, czyli inaczej mówiąc wszczep, jest tytanowym substytutem korzenia brakującego zęba. Oznacza to, że za jego pomocą można stworzyć „nowy ząb” w miejscu, gdzie go brakuje. W zależności od potrzeby lekarz umieszcza w szczęcie i/lub w żuchwie odpowiednią liczbę implantów, na których opiera się później uzupełnienie protetyczne. Poza odbudową jednego

brakującego zęba, można odbudować także całe grupy zębów, uzupełniając w ten sposób brak nawet wszystkich zębów. Do wykonania takiej pracy wymagane jest jednak założenie kilku implantów. Wskazania do stosowania wszczepów obejmują uzupełnienie pojedynczych brakujących zębów, rozległe braki międzyzębowe, braki całkowite i skrzydlowe, a także poprawę utrzymania na podłożu protez całkowitych poprzez wytworzenie dla nich odpowiednich warunków retencyjnych.

System implantologiczny TIOLOX, produkowany przez Dentaurum jest nieskomplikowany w użytkowaniu, a dzięki ręcznemu formowaniu łoża wszczepu nie jest konieczny zakup dodatkowych specjalistycznych urządzeń, co pozwala na maksymalną redukcję kosztów. Szczegółowość systemu TIOLOX wyraża się w uniwersalności i redukcji używanych komponentów i jednocześnie gwarantuje w każdym przypadku klinicznym wykonanie indywidualnego uzupełnienia protetycznego. Implant TIOLOX – wykonany z tytanu, śrubowy, niesamogwintujący, o stożkowym kształcie, przeznaczony jest do wprowadzenia śródkostnego w kość szczęki i żuchwy. Dzięki specjalnej konstrukcji implantu osiągnięto jego maksymalną stabilizację pierwotną i wtórną w tkance kostnej, poza tym wyeliminowano naprężenia na kręwdziach, jak i lokalne przeciążenia oraz wystąpienie pooperacyjnej martwicy z powodu nacisku (poprzez zastosowanie specjalnego wcięcia na gwincie). Powierzchnia implantu w części kontaktującej się z kością wykonana jest w technologii CBS (Ceramic Blasted Surface), a w części dziąsłowej wypolerowana na wysoki połysk. Technologia CBS zwiększa powierzchnię implantu czterokrotnie (porównała makrostruktura odpowiada komórkowej strukturze kości) i umożliwia bezpośrednie połączenie z tkanką kostną, czyli osteointegrację, zaś wysoki stopień gładkości w części dziąsłowej korzystnie wpływa na formowanie tkanki miękkiej i optymalną higienę.

Uzupełnienia protetyczne wykonane na implantach poprawiają czynność żucia i mowy, dają doskonały efekt estetyczny. Również z czynno-

ściowego punktu widzenia jest to obecnie najlepsze rozwiązanie. Implantologia to prawdopodobnie najszybciej rozwijająca się dziedzina stomatologii. Szybki postęp w tej dyscyplinie stymuluje ciągle doskonalenie metod, materiałów i technik implantacyjnych. Zachodzi więc uzasadniona konieczność, by studenci stomatologii, przy-

Dążenie do zastąpienia niesprawnych lub utraconych części ciała jest równie stare jak sama ludzkość

najmniej w podstawowym zakresie zapoznali się z technikami implantacji oraz z metodami uzupełniania braków zębowych z wykorzystaniem implantów, co stanowi zupełną nowość w planowaniu leczenia protetycznego. Wszczepienie implantów pozwala na zastosowanie uzupełnień stałych w sytuacjach, w których dotychczas możliwe było tylko wykonanie uzupełnień ruchomych.

W związku z tym, że w naszym Zakładzie Protetyki Stomatologicznej AM w Lublinie, od bieżącego roku akademickiego wprowadzono zajęcia z implantologią w ramach zajęć dla studentów pełnego roku (od 1. Stomatologicznego).

Liczymy, że wizyta w Lublinie dr Manfreda Sontheimera przyczyni się do popularyzacji leczenia implantologicznego jako alternatywy dla innych metod protetycznych, zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów z Lubelszczyzny.

PIŚMIENNICTWO

1. H. Brandt: „Wprowadzenie do implantologii”, Urban&Partner 1998.
2. P. Worthington i wsp.: „Osteointegracja w stomatologii - wprowadzenie”, Kwintesencja 1997.

www.polikard.pl/hafner_galwa.htm
www.interdental.olsztyn.pl/tiolox-system.htm
www.polikard.pl/carmen.htm

Zastosowanie łańcuchowej reakcji polimerazy* w diagnostyce mikrobiologicznej

Dwadzieścia lat od odkrycia

**MGR BIOL.
IZABELA KORONA-GŁOWNIAK**
KATEDRA I ZAKŁAD
MIKROBIOLOGII FARMACEUTYCZNEJ
AM W LUBLINIE

W 1993 roku Kary Mullis otrzymał nagrodę Nobla w dziedzinie chemii za badania, w których wykazał, że używając prostych substratów i enzymu polimerazy DNA, można w czasie kilku godzin uzyskać miliony kopii DNA o pożądanej sekwencji.

Ta, odkryta dziesięć lat wcześniej nowa metoda biologii molekularnej, pozwoliła badać, klonować i sekwencjonować geny z pominięciem wektorów plazmidowych czy fagowych oraz całej skomplikowanej metodyki inżynierii genetycznej. Spowodowała ona przełom w wielu tak odległych dyscy-

plinach naukowych, jak badania nad człowiekiem pierwotnym oraz szybka diagnostyka mikroorganizmów chorobotwórczych i schorzeń trudnych do rozpoznania przy użyciu metod konwencjonalnych.

Przebieg łańcuchowej reakcji polimerazy

Technika łańcuchowej reakcji polimerazowej pozwala na selektywną amplifikację wybranych regionów DNA w warunkach *in vitro* poprzez naśladowanie zjawiska replikacji DNA zachodzącego *in vivo*. Umieszczenie w próbce reakcyjnej (i) fragmentów DNA służących jako matryca, (ii) primerów (starterów), czyli sekwencji oligonukleotydów komplementarnych do końców zdefiniowanej sekwencji matrycowego DNA, (iii) trójfosforanów deoksynukleotydów (dNTP) oraz (iv) termostabilnej polimerazy DNA, po-

zwala, przy zastosowaniu określonych warunków, na syntezę nowej nici DNA komplementarnej do matrycy.

Reakcja PCR wymaga przeprowadzenia trzech kolejnych etapów, oddzielonych temperaturą inkubacji (Ryc. 1):

Etap I. Uzyskanie jednoniciowej matrycy DNA poprzez denaturację termiczną (topnienie) dupleksu DNA w temperaturze 92-96°C.

Etap II. Dołączenie primerów (starterów) do miejsca komplementarnej matrycy. Temperatura tego etapu jest dobrana empirycznie (37-72°C). Utworzenie takich krótkich odcinków dwuniciowych (z ang. *annealing*) rozpoczyna proces syntezy nici. Amplifikacja pożądanego odcinka DNA spośród miliardów par zasad jest możliwa dzięki odpowiedniemu dobraniu pary oligonukleotydów początkują-

* PCR – Polymerase Chain Reaction

cych reakcję, które ograniczają odcinek powielanego DNA i są komplementarne do przeciwstawnych nici.

Etap III. Wydłużanie nici (elongacja) od końca 3'-OH primera przez sukcesywne dobudowywanie dNTP w temperaturze 72°C. Kolejne komplementarne do matrycy nukleotydy (dATP, dCTP, dGTP, dTTP) są dosyntetyzowywane w tempie około kilkadziesiąt na sekundę przez polimerazę DNA a synteza przebiega jednocześnie na obu komplementarnych niciach matrycy. Dzięki zastosowaniu w reakcji termostabilnej polimerazy DNA uzyskanej z bakterii *Thermophilus aquaticus*, żyjącej w gorących źródłach wulkanicznych, możliwe jest przeprowadzanie kolejnych cykli amplifikacji bez utraty aktywności tego enzymu, nawet w temperaturze 96°C, wymaganej do denaturacji dwuniciowego DNA.

Po etapie elongacji następuje ponowne podgrzanie mieszaniny do tem-



peratury denaturacji i cykl może się rozpocząć od nowa. Pierwszy cykl, tzn. uzyskanie z jednej nici DNA dwóch

potomnych, trwa trzy minuty. Z taką szybkością, w niespełna trzy godziny można przeprowadzić trzydzieści cy-

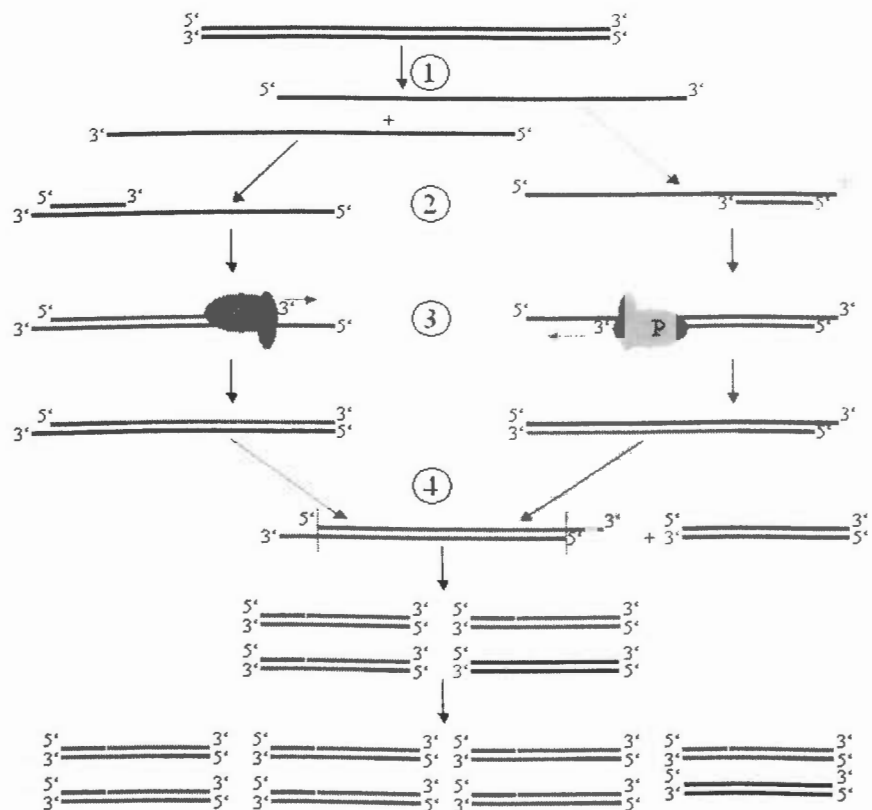
Schemat przebiegu łańcuchowej reakcji polimerazy (PCR)

1 DENATURACJA

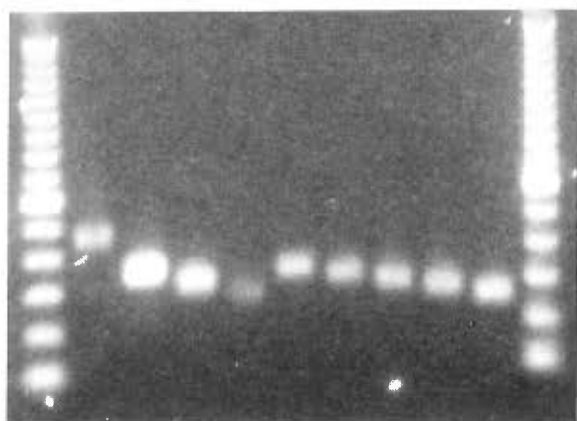
2 PRZYŁĄCZANIE STARTERÓW (ANNEALING)

3 WYDŁUŻANIE (ELONGACJA) NICI PRZEZ POLIMERAZĘ DNA (P)

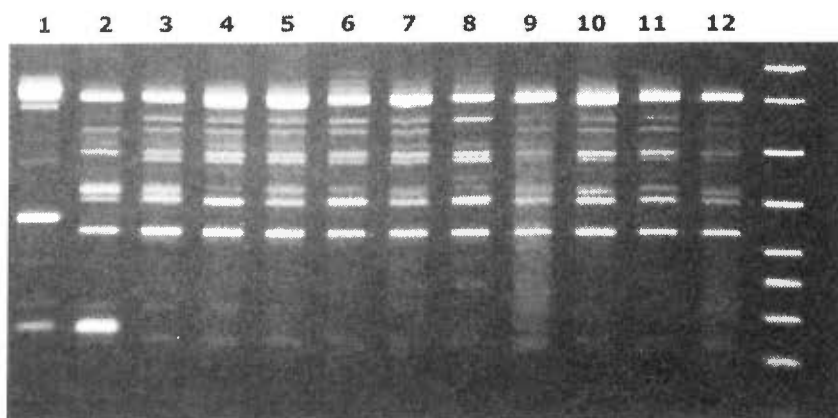
4 KONIEC PIERWSZEGO CYKLU (każda nowopowstała nić staje się matrycą w następnym cyklu reakcji PCR)



Ryc. 1.



Ryc. 2.
Wykrywanie produktu amplifikacji (wybarwienie bromkiem etydydy i oglądanie pod UV)



Ryc. 3. Wzór prążków powstały po wybarwieniu produktów reakcji RAPD dla 12 badanych szczepów (1-12).

kli i otrzymać ponad sto milionów identycznych fragmentów DNA. Jednocześnie kopiowanie dwóch nici matrycy podwaja liczbę amplifikowanych cząsteczek DNA, a każda nowo syntetyzowana nić zawiera miejsce wiązania dla następnego primera. W ten sposób każda nowa nić DNA staje się matrycą w następnym cyklu amplifikacji, powiększając liczbę cząsteczek DNA w postępie geometrycznym. Tak duża ilość kopii DNA powstała po reakcji PCR sprawia, że po ich rozdzielaniu, najczęściej w żelu agarozowym, można je uwidocznić zwykłą metodą barwienia (np. bromkiem etydydy) (Ryc. 2). Rozdzielone elektroforetycznie produkty PCR można również przenieść na filtry (np. nitrocelulozę) i hybridyzować ze specyficzną, oznakowaną sondą molekularną. W przypadku stosowania do reakcji PCR biotynilowanych primerów, produkty reakcji po amplifikacji wykrywa się metodą

kolorymetryczną, która jest 100-krotnie czulsza niż barwienie żeli bromkiem etydydy. Uzyskane ilości (0,2-2 μ g) zamplifikowanego DNA wystarczają do analiz metodą trawienia enzymami restrykcyjnymi, klonowania czy sekwencjonowania [4,5].

Odmiany i udoskonalenia reakcji PCR

W ciągu kilku lat upowszechniania łańcuchowej reakcji polimerazy powstało wiele odmian i udoskonaień tej techniki. Multiplex PCR polega na zastosowaniu w jednej reakcji kilku par primerów, co umożliwia wykrycie kilku poszukiwanych genów obecnych w jednej próbce lub wykrycie jednego z kilku wariantów genu. Przykładem jednoczesnego wykrywania określonej bakterii i badania jej oporności na grupę antybiotyków jest test opracowany dla metycylinoopornych szczepów *Staphylococcus aureus*

(MRSA). Pozwala on na stwierdzenie obecności gronkowca złocistego w badanym materiale, dzięki amplifikacji genu *nuc* specyficznego dla tego gatunku oraz wykrycie jego metycylinooporności, jeśli produktem reakcji będzie zamplifikowany gen *mecA*, kodujący białko PBP2a o niskim powinowactwie wobec antybiotyków β -laktamowych. W przypadku zastosowania sześciu par primerów specyficznych dla każdej z sześciu rodzin plazmidowych β -laktamaz, możliwe jest wykrycie wszystkich genów *ampC*, kodujących te enzymy.

Technika zwana RT-PCR (reverse transcription PCR) jest wykorzystywana do analizy RNA, np. transkryptów genów lub wykrywania wirusów RNA (HIV, HCV). W takim badaniu sekwencja wyizolowanego RNA jest przepisywana na komplementarny DNA (cDNA) w reakcji odwrotnej transkrypcji przez rewertazę (odwrotną transkryptazę). Uzyskany w ten sposób cDNA służy jako matryca do reakcji PCR.

Reakcja Nested PCR (wewnętrzny PCR) lub Semi-nested PCR polega na dwóch następujących po sobie reakcjach; w pierwszej następuje powielanie fragmentu DNA, który jest większy, a produkt tej amplifikacji staje się matrycą dla drugiej reakcji PCR. Startery drugiej reakcji są przyłączane wewnątrz pierwszego produktu (lub tylko jeden starter ma lokalizację wewnątrz pierwszego produktu – reakcja semi-nested). Ze względu na taki przebieg reakcji końcowy produkt jest wysoce swoisty, a podwójna amplifikacja fragmentu DNA, sprawia, że reakcja jest bardzo czuła i możliwa jest detekcja bardzo małej ilości matrycy.

W asymetrycznym PCR (asymmetric PCR) wydajnie powielana jest tylko jedna nić fragmentu DNA. Możliwe jest to poprzez zastosowanie jednego startera do reamplifikacji jednej nici DNA na matrycy dwuniciowego fragmentu PCR występującego w mieszaninie reakcyjnej lub przez zastosowanie różnych stężeń starterów do amplifikacji, wówczas po wyzerpaniu jednego ze starterów powielana jest tylko jedna z nici. Asymetryczny PCR wykorzystuje się przy otrzymywaniu matryc do sekwencjonowania, matryc do mutagenazy ste-

rowanej czy też do otrzymywania specyficznych sond molekularnych.

Reakcja PCR może przebiegać z wykrywaniem produktów w czasie rzeczywistym, tzw. Real-Time PCR. Polega ona na wykorzystaniu właściwości egzonukleolitycznych polimerazy Taq w kierunku 5' → 3'. W reakcji oprócz starterów flankujących amplifikowany fragment wykorzystywany jest również wewnętrzny starter odgrywający rolę sondy molekularnej. Starter ten na końcu 5' posiada przyłączony znacznik fluorescencyjny, natomiast na końcu 3' czynnik blokujący fluorescencję. Podczas elongacji starterów w reakcji PCR polimeraza Taq napotyka na swojej drodze sondę i powoduje jej degradację. Znacznik fluorescencyjny pozabawiony czynnika blokującego wywołuje świecenie, które jest wychwytywane przez fotodiody. Intensywność świecenia jest proporcjonalna do ilości odłączanego znacznika, a zatem do ilości powstającego produktu. Zastosowanie kilku sond wyznakowanych fluorochromami o różnych spektrach emisji energii umożliwia obserwację amplifikacji różnych fragmentów DNA.

Inną odmianą PCR, stosowaną również w mikrobiologii, jest określanie polimorfizmu konformacyjnego jednoniciowego DNA – PCR-SSCP (single strand conformation polymorphism). W metodzie tej, produkt amplifikacji klasyczną techniką PCR badanego fragmentu DNA jest denaturowany do postaci jednoniciowej, a następnie poddawany elektroforezie w żelu poliakrylamidowym. Ruchliwość takiej cząsteczki zależy od jej wielkości oraz struktury drugorzędowej zależnej od sekwencji nukleotydowej oraz warunków fizycznych rozdziału (temperatura, bufor). Pojedyncze różnice w sekwencji, spowodowane mutacją punktową, wywołują zróżnicowaną migrację i charakterystyczne położenie w żelu poliakrylamidowym. Metoda PCR-SSCP pozwala wykryć ponad 90% różnic w pojedynczych nukleotydach w 200-nukleotydowym fragmencie DNA. Stosowana jest do oznaczania oporności *Mycobacterium tuberculosis* na leki przeciwpłatkowe (izoniazyd, rifampicynę, etambutol, chinolony), a w badaniach epidemiologicznych może być stosowana do wy-

krywania wariantów β-laktamaz, różniących się pojedynczymi nukleotydami, co może prowadzić do zmiany profilu substratowego [1-4].

Szerokie zastosowanie techniki PCR

Ta technika biologii molekularnej jest stosowana praktycznie w każdej dziedzinie nauk biologicznych. Może być metodą w poszukiwaniu mutacji i zmienności genetycznej populacji, z dużą czułością pozwala wykryć obecność śladowych ilości komórek nowotworowych we krwi. PCR zastępuje techniki hybrydazyjne w selekcji klonów z bibliotek genowych, umożliwia szybkie poszukiwanie nowych genów i ich lokalizację na chromosomach. Odmiana reakcji PCR poprzedzonej odwrotną transkrypcją, czyli przepisaniem mRNA na cDNA, pozwala stwierdzić i ilościowo ocenić liczbę transkryptów genu, i w ten sposób szacuje tempo odczytu genu, czyli jego ekspresję.

Mikrobiologia jest również jedną z dziedzin, w której z powodzeniem stosowana jest technika PCR. Po-

Tabela 1.

Przykłady ograniczeń w zastosowaniu klasycznych metod diagnostyki mikrobiologicznej (wg Kura J. i wsp.).

Metoda	Ograniczenia	Przykłady
Mikroskopowa	slaba czulość inwazyjność metody wyniki fałszywie pozytywne	plwocina dla <i>M. tuberculosis</i> biopsja mózgu dla HSV plwocina dla <i>Legionella</i>
Hodowlana	niska żywotność organizmu brak możliwości hodowania <i>in vitro</i> zagrożenie zakażenia personelu trudne w hodowli wolno rosnące organizmy	<i>Chlamydia trachomatis</i> HSV, <i>M. leprae</i> Hamawirus, <i>Coxiella</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Mycobacterium spp</i>
Wykrywanie antygenów	wyniki fałszywie pozytywne długi czas do pojawienia się w materiale wąskie okno wykrywania	EIA dla <i>C. trachomatis</i> mocz dla <i>Legionella</i> surowica dla antygeny HIV p24
Scrologia	złożona interpretacja wyników slaba korelacja z chorobą wysokie miana tła krzyżowa odpowiedź niespecyficzność	Histoplazmoza EBV VCA (Epstein-Barr virus viral capsid antigen) IgG choroba z Lyme choroby autoimmunologiczne heterofilne przeciwciała

wszechnie stosowane klasyczne metody wykrywania i identyfikacji drobnoustrojów opierają się głównie na badaniu cech morfologicznych, biochemicznych i serologicznych, które niestety narzucają pewne ograniczenia (Tabela 1). Wszędzie tam gdzie jest to możliwe i opłacalne, diagnostyka klasyczna zostaje zastąpiona lub uzupełniona przez reakcję amplifikacji charakterystycznego dla patogenu fragmentu DNA [4,5].

Diagnostyka

Najpowszechniej stosuje się PCR do identyfikacji mikroorganizmów po ich izolacji oraz w materiale klinicznym *in situ*. W diagnostyce bakteriologicznej, szczególne znaczenie ma zastosowanie PCR do wykrywania i identyfikacji drobnoustrojów wolno rosnących, trudnych w hodowli *in vitro* lub nierosnących na podłożach sztucznych, kiedy jest to często jedyna metoda ich identyfikacji. Możliwe jest również wykrycie tą metodą mikroorganizmów występujących w próbce materiału w bardzo małych ilościach lub wewnątrzkomórkowo.

Do identyfikacji drobnoustrojów, szczególnie w materiale klinicznym, stosuje się primery specyficzne gatunkowo, komplementarne do fragmentu DNA swoistego dla danego gatunku bądź kilku gatunków spokrewnionych o podobnym znaczeniu klinicznym. Do wykrywania *Helicobacter pylori*, jednego z czynników etiologicznych choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oraz raka żołądka, stosuje się np. amplifikację fragmentu genu *ureA* kodującego ureazę, specyficzną tylko dla tego gatunku. Wykrywanie wewnątrzkomórkowych bakterii *Chlamydia trachomatis*, odbywa się przez amplifikację fragmentu plazmidu kryptycznego, obecnego we wszystkich szczepach tego gatunku. Element insercyjny IS 6110, występujący w kilku gatunkach prątków, jest regionem docelowym stosowanym do wykrywania i identyfikacji *M. tuberculosis* complex, a fragment genu kodującego enzym listeriolizynę O, jest stosowany do identyfikacji bakterii *Listeria monocytogenes*. *Borrelia burgdorferi*, czynnik etiologiczny choroby z Lyme, wykrywa się zarówno z pró-

bek pobranych od pacjentów, jak i stwierdza się jego obecność w kleszczach, które są naturalnym wektorem tej bakterii. Śledząc dane literaturowe, wydaje się, że nie ma już chyba żadnej bakterii, w przypadku której nie próbowano zastosować techniki PCR (Tabela 2).

Dla klinicysty ważna jest nie tylko informacja dotycząca obecności mikroorganizmu, ale również jego charakterystyka: identyfikacja obecności genów kodujących czynniki wirulencji obecnych w genomie badanego szczepu bakterii czy genów oporności na antybiotyki (Tabela 3). Możliwe jest stwierdzenie, czy wykryty szczep *H. pylori* posiada gen cytotoksyny wakuolizującej, prawdopodobnie odpowiedzialnej za zmiany w komórkach nabłonkowych, czy też rozróżnienie toksykogennych szczepów *Clostridium difficile* od szczepów nietoksykogennych. Technika PCR ma zastosowanie nie tylko do identyfikacji genów oporności na antybiotyki, ale również do analizy typu tych genów, np. warunkujących wysoką oporność *H. pylori* na klarytromycynę czy analizę typu oporności enterokoków na wankomycynę.

Dużą użyteczność metody stwierdza się w przypadku identyfikacji infekcji wirusowych. Wykrywanie zakażenia wirusem HIV jest możliwe w bardzo wczesnych okresach infekcji, o wiele wcześniej niż jest to możliwe przy zastosowaniu rutynowych metod serologicznych. Jest to szczególnie ważne w przypadku matek seropozytywnych (zakażonych wirusem HIV), ponieważ pozwala na wczesne działania zapobiegawcze. PCR jest bardzo cenną metodą diagnostyczną w przypadku cytomegalii, zwłaszcza choroby wtrętowej wywołanej wewnątrzmacicznym lub okoloporodowym zakażeniem wirusem HCMV. Wirus może utrzymywać się w różnych narządach przez długi czas w stanie utajenia lub zakażenia przewlekłego, a większość przypadków śmiertelnych dotyczy dzieci do 2 roku życia. Identyfikacja zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B metodą PCR z użyciem specyficznych dla HBV primerów pozwala na selektywną amplifikację genów wirusowych przy czułości co najmniej 10-krotnie większej niż test ELISA,

w którym antygen HbsAg jest niewykrywany z powodu niskiego stężenia wirusa w surowicy. Identyfikacja innych wirusów hepatitis takich jak HCV i HDV jest również możliwa dzięki zastosowaniu reakcji PCR. Oznaczanie HCV-RNA jest podstawową metodą potwierdzającą zakażenie wirusem zwz typu C oraz klasyfikacji chorych do leczenia interferonem. W przypadku ludzkich wirusów papilloma (HPV), wywołujących liczne schorzenia, w tym nowotwory, możliwa jest amplifikacja i analiza różnicująca prawie wszystkich szczepów HPV, jak również wykazanie obecności wirusa w wymazie z szyjki macicy.

W schorzeniach grzybiczych reakcja łańcuchowej polimerazy jest najczęściej stosowana w diagnostyce gatunków z rodzaju *Candida* spp., *Aspergillus* spp. oraz *Pneumocystis carinii* (Tabela 2). Metoda ta umożliwia również szybką i pewną identyfikację szczepów wywołujących grzybice systemowe, trudno rozpoznawanych innymi metodami (*Coccidioides* spp., *Histoplasma* spp., *Pseudoallescheria boydi*).

Wśród możliwości, których dostarcza PCR można wymienić również wykrywanie genów warunkujących oporność na określone warunki środowiska, ocenę fazy zakażenia wirusowego oraz różnicowanie zakażeń latentnych i aktywnych. Użyteczność tej metody została także wykazana w taksonomii drobnoustrojów, analizach filogenetycznych i ewolucyjnych [1-5].

Epidemiologia

Amplifikacja kwasów nukleinowych jest początkowym etapem wielu metod stosowanych w badaniach epidemiologicznych. Techniki molekularne oparte na reakcji PCR pozwalają na uzyskanie informacji o klonalnym rozprzestrzenianiu się szczepów wywołujących zakażenia oraz w przeprowadzeniu dochodzenia epidemiologicznego, w którym dąży się do ustalenia źródła zakażenia, dróg przeniesienia i określa się identyczność szczepów. Dzięki ukierunkowanej amplifikacji charakterystycznych fragmentów genomu i późniejszym analizom genetycznym otrzymanych produktów można uzyskać w szybki i wydajny sposób informacje dotyczące stopnia po-

Tabela 2.

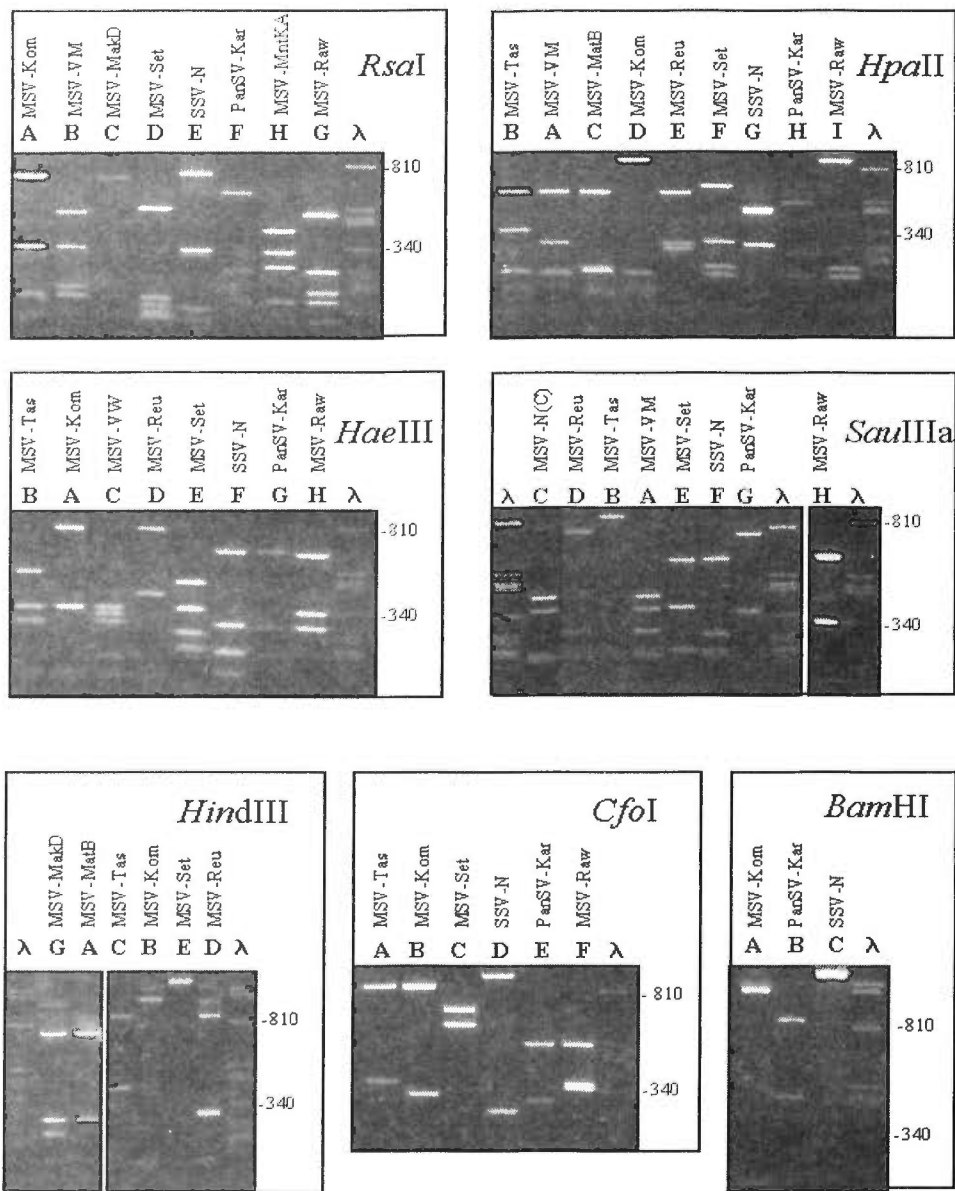
Mikroorganizmy najczęściej wykrywane metodą PCR.

	Czynnik etiologiczny	Związana z nim choroba
Bakteryjny	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Mycobacterium avium</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Mycoplasma genitalium</i> <i>Listeria monocytogenes</i> <i>Legionella pneumophila</i> <i>Helicobacter pylori</i> <i>Borrelia burgdorferi</i> <i>Clostridium difficile</i> <i>Treponema pallidum</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	gruźlica atypowe zakażenie mykobakteryjne zakażenie dróg moczowo-płciowych atypowe zapalenie płuc, zapalenie cewki moczowej listerioza zapalenie płuc zapalenie żołądka i dwunastnicy borelioza (choroba z Lyme) rzekomoblioniaste zapalenie jelit, biegunka poantybiotykowa kila rzeżączka
Wirusowy	HIV 1 i 2 HSV 1 i 2 (wirus opryszczki) Enterowirusy HTLV I i II Adenowirusy Rotawirusy Wirusy zapalenia wątroby typu B, C, D CMV (wirus cytomegalii) VZV (wirus varicella zoster) HPV (wirusy brodawek) Wirus grypy	AIDS zapalenie mózgu zapalenie mózgu białaczka komórek T u dorosłych, zakażenia oka, układu pokarmowego, oddechowego biegunki dzieci do 2 lat i ludzi w podeszłym wieku zapalenie wątroby, rak wątroby gluchota ospa wietrzna i płópasiec brodawczak grypa
Grzybiczy	<i>Candida</i> spp. <i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Aspergillus</i> spp. <i>Pneumocystis carinii</i>	kandycydia zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zapalenie płuc zapalenie płuc w przebiegu AIDS
Pierwotniakowy	<i>Toxoplasma gondii</i> <i>Plasmodium falciparum</i> <i>Trypanosoma cruzi</i> <i>Entamoeba histolytica</i>	toksoplazmoza malaria choroba Chagasa czerwonka pełzakowata, pełzakowe zapalenie opon m.-r., mózgu i rdzenia

Tabela 3.

Najczęściej wykrywane geny oporności na leki techniką PCR.

Wykrywany gen	Kodowana oporność
mecA	na metycylinę u <i>S. aureus</i>
aph, ant, aac	na aminoglikozydy bakterii tlenowych
erm	na erytromycynę i inne makrolidy (fenotyp LSM)
bla TEM	na β-laktamy u pałeczek jelitowych
rpoB	na rifampicynę u <i>M. tuberculosis</i>
vanA, vanB, vanC, vanD	na wankomycynę enterokoków
mutacje w obrębie loci odwrotnej transkryptazy (rewertazy)	wirusa HIV na AZT



Ryc. 4. Wzory prążków powstałe po elektroforezie i barwieniu bromkiem etydyny produktów reakcji RFLP-PCR. (RsaI, HpaII, HaeIII, SmaIIIa, HindIII, CfoI, BamHI – zastosowane enzymy restrykcyjne)

PIŚMIENNICTWO:

1. Bartkowiak J.: Badania molekularne w rozpoznawaniu i różnicowaniu chorób zakaźnych. Przegl. Epidemiol., 2003, 57, 381-389.
2. Cockerill FR.: Genetic methods for assessing antimicrobial resistance. Antimicrob. Agents Chemother. 1999, 43, 199-212
3. Dzierżanowska D., Kamińska B.: Zastosowanie metod biologii molekularnej do wykrywania genów oporności na antybiotyki. Zakażenia, 2003, 1, 24-33.
4. Kur J., Samet A., Juszczyk J., Gładysz A.: PCR – nowa era w klinicznej diagnostyce mikrobiologicznej i badaniach epidemiologicznych (część I i II). Przegl. Epidemiol., 1996, 50, 219-235.
5. Louie M., Louie L, Simor AE.: The role of DNA amplification technology in the diagnosis of infectious diseases. Can. Med. Assoc. J., 2000, 163, 301-309.
6. Murawska B., Dzierżanowska D.: Zastosowanie metod biologii molekularnej w diagnostyce mikrobiologicznej. Mikrobiol. Med., 1999, 19, 38-44.

krewieństwa pomiędzy organizmami. Badania te można prowadzić bez znajomości sekwencji nukleotydowej badanej matrycy przy użyciu dowolnych tzw. arbitralnych primerów, dzięki którym powielane są regiony DNA, często polimorficzne. Metod umożliwiających tego typu analizy jest wiele i określane są wspólną nazwą PCR fingerprinting. Produkty powstałe w trakcie elongacji i amplifikacji stosowanych primerów, charakterystycznych dla metody, to fragmenty DNA

różnej wielkości i w różnej ilości (od kilku do ponad 100). Ich wzór powstały po rozdiale elektroforetycznym, określany mianem „odcisku palca” (fingerprint) pozwala na uwidocznienie różnic pomiędzy badanymi szczepami drobnoustrojów. Metody PCR fingerprinting są uniwersalne w wykrywaniu polimorfizmu DNA i z tego względu znajdują zastosowanie w mapowaniu genetycznym, filogenetyce, biologii populacyjnej oraz epidemiologii molekularnej.

W jednej z metod, wykorzystano istnienie w genomach mikroorganizmów (bakterii, grzybów, pasożytów) sekwencji repetytywnych, charakteryzujących się określoną długością i szerokim rozpowszechnieniem w genomie. Przykładem tego typu sekwencji są REP (Repetitive Chromosomal Elements) i ERIC (Enterobacterial Repetitive Intergenic Consensus) występujące u pałeczek Gram-ujemnych. Startery o sekwencjach homologicznych do powtórzonych regionów genomu pozwala-

lają na otrzymanie w reakcji PCR dużej ilości produktów o różnej długości, co pozwala na obserwację zmian w genomach analizowanych drobnoustrojów. Technika MAAP (Multiple Arbitrary Amplicon Profiling) jest metodą, w której fragmentem docelowym są regiony wielokrotnie powtórzone w genomie (multiple) bądź amplicony (amplicons). W technice AP-PCR (Arbitrary Primed PCR) używane są 20-30 nukleotydowe primery, dołączane do matrycy w stosunkowo niskiej temperaturze (poniżej 45°C) przez długi czas (np. 5 min) przez 40 cykli. Technika RAPD (Random Amplified Polymorphic DNA) jest szybką i czułą metodą polegającą na przypadkowej amplifikacji polimorficznego DNA, w której stosuje się krótkie primery (ok. 10 nukleotydów) dobrane na podstawie zawartości par GC, bez szczególnej homologii. Ponieważ sekwencja DNA poszczególnych szczepów nie jest identyczna, liczba miejsc przyłączenia primera jest inna, a efektem amplifikacji jest szereg fragmentów różnej długości. Po rozdzieleniu produktów reakcji w żelu, otrzymuje się charakterystyczny dla każdego szczepu wzór prążków, tzw. profil amplifikacji. Podobieństwo wzorów RAPD decyduje o pokrewieństwie szczepów (Ryc. 3). W technice DAF (DNA Amplification Fingerprinting) stosuje się najkrótsze primery o długości zwykle 5-8 nukleotydów. DAF daje obraz uwidocznionych w żelu poliakrylamidowym zamplifikowanych w dużej ilości fragmentów DNA o różnej wielkości. Różnorodność uzyskanych tą metodą fragmentów DNA zależy od długości zastosowanych primerów i temperatury anealingu.

Typowanie metodą RFLP (Restriction Fragment Length Polymorphism) polega na analizie wielkości fragmentów DNA uzyskiwanych w wyniku trawienia restrykcyjnego zamplifikowanego odcinka DNA, najczęściej fragmentu genu charakterystycznego dla danego gatunku. Często stosuje się trawienie DNA kilkoma restryktazami lub ich kombinacjami (Ryc. 4). Polimorfizm długości fragmentów DNA powstałych po restrykcji jest wynikiem zmian ilości i rozkładu miejsc rozpoznawanych przez restryktazy

w zamplifikowanym DNA. Takie zmiany są wynikiem mutacji punktowych (delecji, insercji, duplikacji) powodujących rearanżacje w obrębie chromosomu. Im więcej tych zmian, tym mniejsze pokrewieństwo między szczepami, co uwidacznia wysoki stopień polimorfizmu w rozkładzie elektroforetycznym badanego DNA.

Jedną z najbardziej obiecujących metod genotypowania opartą na reakcji PCR jest AFLP (Amplified Fragment Length Polymorphism), która łączy w sobie dwie metody: RFLP oraz selektywną amplifikację PCR. Technika ta może być stosowana do badań różnego typu DNA, a opierając się na analizie całego genomu bakteryjnego pozwala na różnicowanie blisko spokrewnionych szczepów. Jest to korzystne, ponieważ często interpretacja i użyteczność danych opartych na analizie występujących w genomie pojedynczo genów lub operonów w wielu przypadkach są niewystarczające i dyskusyjne [4,6].

Czy PCR posiada tylko zalety?

Biologia molekularna wyposażała mikrobiologów w potężne narzędzie, jednak nie wolno bezkrytycznie wierzyć w nieskończone możliwości identyfikacji zakażeń metodą PCR. Im większe potencjalne możliwości techniki tym więcej odpowiedzialności spoczywa na osobach z niej korzystających, a nowe techniki wprowadzają nowe zagrożenia.

Czułość tej metody jest ogromna i absolutnie nie do osiągnięcia przez metody konwencjonalne. Pozwala na specyficzne wykrycie drobnoustrojów (niekoniecznie żywych) przy czułości dochodzącej nawet do 1 komórki w badanym materiale. Tak wysoka czułość jest również wadą, ponieważ nawet minimalne zanieczyszczenie badanego materiału może zostać powielone, co mogłoby świadczyć, że jest obecne w materiale w znacznej ilości.

Diagnostyka przeprowadzana tą techniką jest szybka i skuteczna. Często ta szybkość i prostota skutecznie przewyższają tradycyjną, długotrwałą i żmudną diagnostykę kliniczną. Jednak nie należy przesadzać i stosować

metod molekularnych, tam gdzie znakomicie sprawdzają się rozwiązania klasyczne.

Niewątpliwie techniki molekularne wymagają dobrze wyszkolonego zespołu, nakładów na wyposażenie pracowni i stworzenia bazy naukowej do prowadzenia diagnostyki. Stały kontakt z najnowszymi osiągnięciami naukowymi, kontrola i weryfikacja stosowanych metod są konieczne do pracy nieodbiegającej od standardów światowych. Praca z podatnym na uszkodzenia fizyczne i degradację genetycznym materiałem, świadomość zagrożeń związanych z nietrwałością stosowanych odczynników i ich podatnością na zakażenia narzuca pracownikom nowe, wcześniej nieobecne, wymagania. Problemem jest również brak procedur standaryzujących, zwłaszcza technik izolacji DNA, co daje dużą rozbieżność w czułości stosowanych metod i związaną z tym możliwość uzyskania fałszywych wyników. Należy pamiętać, że wynik uzyskany w reakcji PCR nie ma znaczenia różnicującego, tzn. wynik pozytywny, przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności, nie świadczy o chorobie pacjenta, tak jak wynik ujemny o tym, że jest zdrowy. Wartość różnicującą ma obraz kliniczny przebiegu choroby (wzrost, badania przedmiotowe i wyniki badań specjalistycznych), który jest podstawą rozpoznania lekarskiego.

Pracownicy laboratoriów, oceniając wyjątkowo doświadczenia uzyskujące z zaangażowaniem w nową technikę, która spowodowała przełom w medycynie. Dodatkowo zwiększyło to rolę laboratorium w opiece nad pacjentem. Z każdym dnem opracowywane są nowe zestawy diagnostyczne, które są możliwe do przeprowadzenia w większości laboratoriów klinicznych. Producenti wprowadzają standaryzacje metod by ograniczyć wpływ czynnika ludzkiego na wyniki oznaczeń, a upraszczanie oraz automatyzacja procedur powinny zmniejszyć ich koszt. Świadomość lekarzy-klinicyistów, jak potężnym narzędziem jest diagnostyka molekularna i jak wielkie usługi może oddać w codziennej praktyce może przyczynić się do upowszechnienia tych technik [1,4,5].

Zjazd koleżeński farmaceutów

Rocznik 1949-1953

**W dniu 13 września 2003 r.
odbył się zjazd koleżeński
z okazji 50-lecia ukończenia
studiów na Wydziale
Farmaceutycznym Akademii
Medycznej w Lublinie**

MGR. FARM. HALINA ŁOBODZIŃSKA-MACHOWSKA
LUBLIN

W spotkaniu wzięło udział 37 osób spośród 78 absolwentów. Zjechali z różnych stron kraju, od Kowar, przez Warszawę po Ostrołękę, a z Londynu doleciała przez wszystkich lubiana Zosia Trzeciacka-Tatarek. To był już nasz trzeci zjazd. Pierwszy odbył się w 1973 r., dwadzieścia lat po dyplomie, następny w 1995 r. z okazji 50-lecia Wydziału Farmaceutycznego. Ponadto, z inicjatywy Natalii Stępień-Koktyś od 1995 r. odbywają się koleżeńskie spotkania w każdy pierwszy czwartek miesiąca w kawiarni Chmielewskiego, na które niekiedy zaglądają do nas koleżanki spoza Lublina. Z wzajemnym rozpoznawaniem były nierzadko kłopoty, ponieważ czas zatarł młode rysy, lecz wystarczyło jedno słowo, uśmiech, by przywołać zapomniane twarze.

Spotkanie rozpoczęło się Mszą Świętą w kościele O. O. Kapucynów, odprawioną w intencji naszych drogich nieobecnych profesorów, asystentów, kolegów (już siedemnastu), a także o błogosławieństwo dla żyjących. Wielką niespodziankę sprawiła nam koleżanka Bronia Kiciak-

-Radoszek pięknym śpiewaniem pieśni, w tym „Ave Maria” F. Schuberta. O. Gwardian odprawiający nabożeństwo w ciepłych słowach podkreślił naszą więź, która jest tak cenna w każdym czasie. a na zakończenie życzył nam udanego spotkania i wyraził wątpliwość czy nasza śpiewaczka kończyła Akademię Medyczną czy też Muzyczną. Potem było wspólne zdjęcie na Placu Litewskim z widokiem na naszą Almae Matris w tym czasie. O godzinie czternastej obiadowe spotkanie w Hotelu Europa, w małej przytulnej Sali Belweder. Tu honory gospodarzy pełnili Maria Mazurkiewicz z naszym starostą roku Zbigniewem Markiem, serdecznie witając przybyłych. Po odśpiewaniu *Gaudeamus igitur* kol. Irena Kurpiel-Bień przedstawiła krótki zarys rozwoju naszej Uczelni w ostatnich latach. Znaczna poprawa sytuacji lokalowej na farmacji wiąże się z otwarciem nowego Collegium Universum, w którym znalazły siedzibę Zakłady: Biochemii, Botaniki, Farmacji Stosowanej, Farmakognozji i Mikrobiologii. W dorobku naukowym możemy się poszczycić profesurą kol. Anny Banaszek-Ruško i doktoratami Marii Pietrusiewicz, Piotra Sławińskiego i Ireny Kurpiel-Bień. Mieliliśmy także wielu udanych i oddanych swej pracy kierowników aptek otwartych i szpitalnych.

Między posiłkami czytane były wierszyki z okresu studiów, przeważnie satyryczne o profesorach, asystentach i barwnych postaciach z roku np.

„Rozwija się wiedzy żagiel
Gdzie kroczy pan Kot i pan Kragiel”

Tym razem, miłą niespodziankę sprawiła nam Alina Pawłowska-Szmidt wierszykiem okolicznościowym „50-lecie otrzymania dyplomów farmacji”, a na zakończenie *ex tempore* „Listą obecności”.

50-lecie otrzymania dyplomów farmacji

Jaki to ma być ten poemat
Jeśli nic nie wiem na Wasz temat
Nie wiem kim teraz jesteście Drodzy
I co u licha Was obchodzi,
Czy Wy lewica czy prawica
I czy kochacie Balcerowicza?
Za Unią żeście głosowali,
Czy przeciw Unii murem stali?
Jesteście już babko-dziadkami
Zasłużonymi emerytami.
50 temu lat... nie mało!
Inaczej wszystko wyglądało:
Z dyplomem w rękę, nakazem pracy
Szliśmy do aptek, wiecej chojracy.
Za sześćset złotych, ale z honorem
Staliśmy dumnie za pierwszym stołem.
Nie najważniejsze były tantiemy
Ani co jemy i jak żyjemy.
No i po latach solidnej pracy
Emeryturę mamy rodacy.
Okolo 1000 złotych na rękę
Dla nas, od rządu jako podziękę.
Więc z konieczności Farmo-Polacy
Na pół etatu poszli do pracy.
Farmaceuci pracę kochają,
Bez względu na to co z tego mają
Lecz mimo losu tych przeciwności
Bądźmy szczęśliwi pełni radości.

Lista obecności

Cztery Marysie, Zofia, Wiesława,
No i Wójtowicz-Styk Stanisława
Dwie Janiny, jedna Rena
Eufemia, Czesia i Irena.
Dwóch Piotrusiów i Jadwisia
Fredzia, Julcia nie brak Zdzisia
Nadzieja, no i trzy Danki
Aleksandra i dwie Anki
Kazia, Natalia, Alina
Dwie Teresy i Krystyna
Irena, Maryla, Bronia, Halina
I sprawa zupełnie prosta
Zbyszek Marek nasz Starosta.

Spotkanie minęło w milej koleżeńskiej atmosferze. Nasz „Staroście” mieszkający w Warszawie podziękował w imieniu własnym i koleżeństwa Komitetowi Organizacyjnemu za trudy związane z przygotowaniem tego zjazdu. Cieszyliśmy się, że nam było dane spotkać się w piękny wrześniowy dzień i przypomnieć blaski i cienie naszego studiowania. Uczestnicy zostali obdarowani kwartalnikiem „Alma Mater” poświęconym prof. F. Skubiszewskiemu, z racji nadania jego imienia Akademii Medycznej w Lublinie, którego podpis jako rektora widnieje na naszych dyplomach. Na drugi dzień, w kawiarni Chmielewskiego były „poprawiny”, gdzie przy herbacie dzieliliśmy się wiadomościami o tych, którzy z różnych przyczyn nie mogli być z nami, oglądali zdjęcia rodzinne i snuli nieśmiało marzenia, może za rok, za dwa, jak Bóg da, jeszcze się spotkamy.



Uczestnicy Zjazdu Koleżeńskiego absolwentów Wydziału Farmaceutycznego UMCS/AM – rocznik 1949-1953.
Fot. Halina Łobodzińska-Machowska

Jubileuszowy zjazd absolwentów (1953–2003) Wydziału Lekarskiego UMCS/AM

W piękny, jesienny, słoneczny dzień 27 września 2003 roku odbył się Zjazd Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie z okazji 50-lecia ukończenia studiów i odnowienia dyplomów.

DR MED. IZABELLA IRACKA-ZATOŃSKA

Zjazd rozpoczął się uroczystą Mszą Świętą w Kościele Akademickim KUL odprawioną przez ks. **Krzysztofa Podstawkę**, który wygłosił okolicznościową homilię. Dwóch Kolegów lekarzy służyło do Mszy Świętej, dwoje odczytało wyjątki z Pisma Świętego i modlitwę wiernych. Chór Echo uświetnił Mszę świętą – dyrygowała p. **Joanna Ćwirko**.

Po Mszy świętej przeszliśmy do Sali Senatu Akademii Medycznej, gdzie nastąpiło powitanie przez organizatora Zjazdu władz Uczelni. Minutą ciszy uczciliśmy pamięć zmarłych Kolegów lekarzy i Profesorów.

Po okolicznościowych przemówieniach organizatora Zjazdu **dr med. Izabelli Irackiej-Zatońskiej**, Prorektora do spraw Nauki **prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka** i Dziekana Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej **prof. dr hab. Mariana Wielosza** nastąpiło wręczenie odnowionego dyplomu poszczególnym osobom. Wzruszenie było ogromne. Dyplom niecodzienny wypisany na papierze czerpanym pismem artystycznym. Odżyły wspomnienia z okresu studiów i całego zawodowego życia. Zdaliśmy sobie sprawę z ogromu wykonywanej pracy lekarza, niesie-

nia pomocy ludziom chorym i cierpiącym oraz zdobywania i przekazywania wiedzy.

Czterech z nas uzyskało tytuł profesora, wielu doktora nauk medycznych i zdobyło różnorodne specjalizacje. Po wręczeniu dyplomów odśpiewaliśmy Gaudeamus. Następnie starosta roku **dr med. Stanisław Sobocki** wygłosił wykład pt. „Postępy medycyny w ostatnim 50-leciu”. Na naszych oczach dokonały się i dokonują ogromne zmiany w diagnostyce i terapii, a postęp zobowiązuje do wysiłku i śledzenia nowości.

W czasie wspólnego obiadu wspominaliśmy minione lata. Następnie zwiedzaliśmy autokarem Lublin, jego nowe dzielnice, Stare Miasto oraz Kaplicę na Zamku. Wszyscy byli wzruszeni i zachwyceni zabytkami miasta, spotkaniem Kolegów, uzyskanym dyplomem, tak uroczystym wręczeniem dyplomów oraz wspomnieniami młodości. Swoją postawą i pracą przynieśliśmy chlubę naszej uczelni, chwała nam za to.



Od lewej: dziekan Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Marian Wielosz, dr med. Izabella Iracka-Zatońska, prorektor do spraw nauki prof. dr hab. Kazimierz Głowniak, starosta roku dr med. Stanisław Sobocki

Żegnaliśmy się w Old Pubie – restauracji na Starym Mieście przy świecach i lampce wina. Zostały miłe wspomnienia, odnowiony dyplom i fotografie. Snuliśmy plany, a raczej marzenia o następnym spotkaniu. Część złożonych przez Kolegów pieniędzy Komitet Organizacyjny Zjazdu przekazał Hospicjum Małego Księcia w Lublinie. *Vivat Akademia! Vivant Professores!*



Odnowiony dyplom wręcza dr med. Izabelli Irackiej-Zatońskiej prorektor ds. nauki prof. dr hab. Kazimierz Głowniak

Postępy medycyny w minionym pięćdziesięcioleciu (1953-2003)

Wykład okolicznościowy
dr med. Stanisława Sobockiego
wygłoszony podczas Zjazdu
Koleżeńckiego Absolwentów
Wydziału Lekarskiego
UMCS/AM

DR N. MED. STANISŁAW SOBOCKI
JAROSŁAW

Magnificencjo!
Szanowni Goście!
Drodzy Jubilaci
Koleżanki i Koledzy
Przyjaciele!

Jestem zaszczycony faktem, że właśnie Komitet Organizacyjny dzisiejszych uroczystości 50-lecia otrzymania dyplomu w 1953 r. i jego odnowienia zaproponował mi wygłoszenie tego wykładu.

Zdaję sobie sprawę, że temat jest bardzo rozległy i mógłby składać się z kilku lub kilkunastu tomów.

Dzisiejsza nauka i wiedza lekarska to osiągnięcia siedmiu tysięcy lat, a zwłaszcza XIX i XX wieku. My, jako studenci mieliśmy znakomitych nauczycieli akade-

mickich takich jak m. in.: prof. prof. Mieczysław Stelmasiak, Stanisław Grzycki, Stanisław Mahrburg, Aleksander Goldschmied, Benedykt Dylewski, Stanisław Liebchart, Tadeusz Krwawicz, Tadeusz Jacyna-Onyszkiewicz, Feliks Skubiszewski i inni. Możemy więc być dumni z pewnego udziału w tym naszych koleżanek i kolegów, którzy zajmowali w okresie studiów etaty młodszych asystentów, a później niejednokrotnie wysoce zaszczytne i odpowiedzialne stanowiska. Np. nasz kolega **Bolesław Semczuk** przez dwie kadencje był rektorem naszej Akademii, inni byli dziekanami, a wielu było kierownikami instytutów i profesorami naszej lub innych akademii, wielu było i jest obecnie samodzielnymi pracownikami naukowymi pracującymi nadal w niepełnym wymiarze etatu. Nasz rocznik dał lubelskiej – Almae Matris najwięcej profesorów i kierowników zakładów. Wyliczając zajmowane stanowiska naszych jubilatów warto zauważyć, że są to dyrektorzy szpitali, ordynatorzy oddziałów lub ich zastępcy. Pozostali to pracownicy w tzw. terenie, ci najbardziej zasłużyli się jako kierownicy ośrodków zdrowia, a więc podstawowej opieki – najważniejszego ogniwa w strukturze służby zdrowia, lekarze medycyny.

Kilkanaście osób opuściło kraj macierzysty przenosząc się do pracy poza granice Polski i podejmując tam niejednokrotnie pracę na wysokich stanowiskach. Możemy być dumni, nie tylko z pracy naszych kolegów, ale i młodszych; absolwenci naszej Uczelni nie są gorzej przygotowani do pracy lekarskiej niż rekrutujący się z innych uczelni. Miałem tę przyjemność spotykać się z absolwentami Alma Mater Lublinensis za granicą, którzy byli kierownikami lub profesorami w Londynie, Paryżu, Rzymie, czy Moskwie, albo w Leningradzie. Są tam życzliwie oceniani jako specjaliści wysokiej klasy.

Ostatnio, w ubiegłym roku miałem przyjemność otrzymać osobiste gratulacje od kolegi doktora **Stanisława Burzyńskiego** ze Stanów Zjednoczonych, który cieszył się, gdy ja otrzymywałem order „Gloria Medicinae”, po-

nieważ on również jest absolwentem lubelskiej AM.

Prasa polska i zagraniczna pisała i pisze nadal o polskich lekarzach, którzy są dobrze przygotowani i poszukiwani do pracy w takich krajach jak m. in.: Niemcy, Holandia, Szwecja, Norwegia.

Wielu odszło od nas na zawsze – „poszli pełnić wieczny dyżur, toteż niech ich cienie oraz wspomnienia o nich pozostaną w naszej pamięci”. Uczcijmy minutą ciszy pamięć o zmarłych.

Jak to było niejednokrotnie w 1953 r., na początku – podczas podejmowania pracy, w ramach tzw. nakazu pracy, w terenie lekarz miał jedynie do dyspozycji pozyskaną wiedzę wyniesioną z uczelni, oraz pomoc starszego kolegi, jeśli pracował w szpitalu. Wiele pomocy, jak zresztą uczono nas w Uczelni, pozyskiwaliśmy z przeprowadzenia dokładnego wywiadu chorobowego, który – jak to wiadomo – służył i nadal służy w ustale-

niu rozpoznania. Młody lekarz posiadał do dyspozycji aparat do mierzenia ciśnienia krwi, słuchawki i ewentualnie młotek neurologiczny oraz latarkę. W szpitalu wykonywane były podstawowe badania, takie jak: OB, grupa krwi, leukocytoza i analiza moczu oraz badanie rtg.

Należy z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że często w szpitalach powiatowych był na dyżurze jedynym lekarzem, który sam musiał wykonać badanie grupy krwi, leukocytozę oraz niejednokrotnie badanie rentgenograficzne płuc lub złamanych kończyn przed i po nastawieniu, zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej – czy jest powietrze ponad wątrobą, pod przeponą, lub czy są poziomy płyn w jelitach, co w pierwszym przypadku wskazywało na przedziurawiony wrzód żołądka lub dwunastnicy, a w drugim niedrożność jelit. Rentgenodiagnostyka pomagała nam w ustalaniu rozpoznania. Podobnie podwyższona leukocytoza lub nawet prawidłowa nie stanowi wskazania lub wstrzymania od appendectomii, mamy bowiem operować nie leukocyty tylko chorego. Dla rozpoznania zawału lekarz w terenie lub w szpitalu miał do dyspozycji wywiad chorobowy, aparat do mierzenia ciśnienia, tętno, słuchawki oraz wiedzę, którą otrzymaliśmy od naszych nauczycieli, i większe z roku na rok własne doświadczenie. Niebagatelną sprawą jest i było śledzenie prasy lekarskiej krajowej i zagranicznej. Jak poprzednio powiedziałem, mimo obecnej wiedzy lekarskiej i badań laboratoryjnych oraz tzw. pracownianych, takich jak np. badanie tomograficzne, rezonans magnetyczny i wiele innych, mamy nadal niejednokrotnie trudności rozpoznawcze. Podejmując pracę w latach pięćdziesiątych mieliśmy duże trudności w zakresie leczenia



chorych w ramach chirurgii gastroenterologicznej, polegaliśmy na wytycznych nie tylko krajowych, ale i zagranicznych ze Wschodu i Zachodu, aby choremu, często młodemu, wykonać resekcję żołądka lub wyjątkowo, ze względu na ciężki stan ogólny chorego, zeszyć wrzód bez uprzedniego jego wycięcia i pobrania materiału do badania histopatologicznego. Chciałbym podkreślić, że wykonując resekcję żołądka okaleczaliśmy chorego na całe życie bowiem wskazaniem i celem tego rodzaju operacji było zmniejszenie wydzielania kwasu solnego w żołądku.

Lata pięćdziesiąte i sześćdziesiąte dwudziestego wieku to epidemia powikłań choroby wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy. Mimo, że już w 1914 r. Weller mówił i pisał „Resectio ipsa est morbus” istniały wówczas zalecenia ogólnoświatowe, aby wykonać resekcję 2/3 lub 3/4 żołądka, co prowadziło do dużego obciążenia operacyjnego, a przede wszystkim do okaleczenia chorego. W chwili obecnej posiadamy bazę diagnostyczną i mimo

**Nasz 1953 rocznik dał
lubelskiej Almae Matris
najwięcej profesorów
i kierowników katedr,
zakładów i klinik**

wyników otrzymywanych mamy nadal często trudności w rozpoznawaniu i leczeniu chorób.

Antybiotykoterapia jaką dziś dysponujemy jest nadal niewystarczająca, zwłaszcza przy notowanej zarówno oporności na antybiotyki oraz zachorowalności i chorobowości w chorobach narządu krążenia, choroby nowotworowej, czy – to co obserwujemy ostatnio – zachorowalności na cukrzycę wśród małych dzieci. Te schorzenia stanowią ważki problem społeczny.

Będę nieskromny, gdy powiem, że w 1980 r. będąc uczestnikiem zjazdu chirurgów w Berlinie Zachodnim powiedziałem wówczas: „*Moim zdaniem żadne nawet najnowsze badania laboratoryjne czy pracowniane nie zwalniają lekarza od prawidłowego myślenia lekarskiego*”.

Postęp w medycynie, jaki obserwujemy w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat, to wynik nauki i wiedzy lekarskiej oraz szkolenia podyplomowego zobowiązujący nas do postępowania leczniczego przyczynowego, a nie objawowego.

Posłużę się tym co pisze poeta: „*Trzeba z żywymi naprzód iść, po życie sięgać nowe, a w nie wziętych laurów liść z uporem stroić głowę*”. Wymaga to znajomości aktualnej wiedzy współczesnego lekarza, bycia – że się tak wyrażę – na bieżąco.

Obecnie postępuje atomizacja wielu specjalności lekarskich. Dzisiejszy lekarz specjalizujący się wymaga odbycia wielu jedno-, dwu-, czy trzymiesięcznych kursów zanim przystąpi do egzaminów z tej lub innej dziedziny, a na tego rodzaju nieobecność w pracy pracodawcy nie chcą się zgodzić.

Dzisiejsza nauka i wiedza lekarska to osiągnięcia siedmiu tysięcy lat, a zwłaszcza XIX i XX wieku

Obecnie obserwujemy paradoksalne zjawisko – wielu młodych lekarzy medycyny pracuje w charakterze przedstawicieli firm farmaceutycznych – bowiem trwa bezrobocie wśród lekarzy, a z drugiej strony obserwujemy niedobór lekarzy, zwłaszcza w ośrodkach zdrowia, gdzie warunki mieszkaniowe są dobre i jest możliwość dojazdu do pobliskiego szpitala.

Obserwujemy ponadto postępującą pauperyzację stanu lekarskiego zwłaszcza emerytów, ale lekarzem musi się być nie tylko z powołania, lecz również z posiadania – mam oczywiście na myśli posiadanie aktualnej wiedzy, a to jest kosztowne. Na to, ostatnio poruszone zagadnienie odpowiada książka francuskiego lekarza: „*La profession medicale et son avenir*”, co w wolnym tłumaczeniu

brzmi: „*Zawód lekarza i jego drogi, czyli praca*”. Postęp jest koniecznie potrzebny zwłaszcza w transplantologii i chirurgii dziecięcej. Dziecko bowiem, jak mawiał profesor M. Koszła, twórca dziecięcej chirurgii urazowej nie jest tak jak dorosły człowiek, ale w pomniejszeniu – dziecko to zupełnie inny organizm.

Zgodnie z etyką i deontologią lekarską niedopuszczalne jest klonowanie ludzi, a coraz więcej mówi się o próbach klonowania poszczególnych narządów i to już w niedalekiej przyszłości.

My, lekarze absolwenci z 1953 r., którzy rozpoczynaliśmy studia w 1948 r. w Uniwersytecie im. Marii Skłodowskiej – Curie, nie zaś w UMCS – to znaczy w Uniwersytecie im. Marii Curie – Skłodowskiej – takiej bowiem osoby nie było dotychczas na świecie, studia nasze ukończyliśmy już w lubelskiej Akademii Medycznej. Jako absolwenci Almae Matris Lublinensis jesteśmy nadal potrzebni społeczeństwu i nadal do naszych obowiązków należy przekazywanie wiedzy uzyskanej w Uczelni oraz nabytego, własnego pięćdziesięcioletniego doświadczenia naszym następcom.

Jest to zgodne z Hipokratesową doktryną etyczno-deontologiczną, na co złożyły się wieki wiedzy lekarskiej z okresu przedchrześcijańskiego, przedkatolickiego i okresu sprzed rewolucji francuskiej.

W okresie od 1953 do 2003 r. powstało mnóstwo podspecjalności w uznanych przed półwieczem specjalnościach. Powstały całkiem nowe, choćby anestezjologia, ultrasonografia, rehabilitacja, medycyna lotnicza i kosmiczna oraz radiobiologia.

Nie ma obszaru medycyny, w której nie odnotowano by postępu, np. w okulistyce – operacja zaćmy i sztuczne soczewki.

Jako kamienie milowe w dziedzinie terapii uznałbym pojawienie się i rozpowszechnienie antybiotyków, dzięki czemu szereg chorób przestało być problemem (choćby kiła i gruźlica), poza tym o sukcesach medycyny zdecydował ogromny rozwój chirurgii związany z coraz to doskonalszą anestezją i oddechem kontrolowanym pozwalającym na torakochirurgię z transplantologią włącznie. Ostatnio doszły mikrochirurgia endoskopowa, kardiochirurgia.

Za olbrzymi postęp w dziedzinie rozpoznawczej uznałbym coraz doskonalsze aparaty rtg, usg, a ostatnio tomografy komputerowe.

Mam natomiast dość krytyczne zdanie na temat drogich „robotów” laboratoryjnych wykonujących szereg oznaczeń, niekiedy całkiem niepotrzebnych, a bardzo kosztownych. Jestem pełen podziwu i uznania dla osiągnięć onkologii leczącej nowotwory farmakologicznie, radiobiologicznie i chirurgicznie.

Rozumiem, że w związku ze znacznym wydłużeniem życia ludzkiego wzrosło znaczenie psychiatrii (ch. Alzheimera, ch. Parkinsona) ponieważ znaleziono wreszcie środki farmakologiczne mające wpływ na centralny układ nerwowy. Farmakologia poczyniła ogromne postępy i nic dziwnego, że firmy farmaceutyczne dyktują ceny coraz droższej niestety medycynie.

*Biednych i chorych
zawsze będziemy
mieli, obok bogatych
i możnych,
i zawsze będzie okazja
pochylić się nad
nieszczęśliwym
i przynieść mu ulgę*

Jako ujemne strony współczesnej medycyny uznałbym nadmierne – moim zdaniem – uwzględnianie „praw człowieka i obywatela”, duży wpływ prawa i prawników, z procesami o odszkodowanie włącznie, oraz utrzymujący się wciąż u nas niezwykle chaos organizacyjny.

Gdy do katalogu osiągnięć medycznych dodamy współczesne osiągnięcia genetyki i próby zastosowania leczniczego komórek macierzystych szpiku to otrzymamy obraz niesłychanego postępu w przedłużaniu życia, bez spoglądania na jego jakość.

Każdy człowiek kiedyś umrzeć musi. Jeśli nie zginie lub nie stanie się inwalidą w wypadku samochodowym (medycyna wypadkowa) to umrze z powodu nowotworu



Prof. dr hab. Kazimierz Głowniak – prorektor do spraw nauki – wręcza odnowiony dyplom prof. dr hab. dr h. c. Bolesławowi Semczukowi – byłemu rektorowi AM w Lublinie, emerytowanemu kierownikowi Kliniki Otolaryngologii



lub postępującej miażdżycy naczyń – serca, płuc lub mózgu. Wciąż jednak nie znamy środków powstrzymujących zmiany zwyrodnieniowe tkanek i narządów dające niekiedy tak wielkie niedogodności, że odcieciewa się żyć. Jeśli dodamy do tego coraz szerszy dostęp do nowinek medycznych, coraz większe uświadomienie chorych w zakresie przysługujących im praw, większe z roku na rok pretensje podsycane przez prawników i dziennikarzy – nic dziwnego, że leczenie staje się problemem coraz bardziej niebezpiecznym dla lekarza.

Nie wolno jednak poddać się narzucanej ekonomii – tym razem opartej o wolny rynek i kapitalizm, tak jak poprzednio opartej o materializm dialektyczny. Nie na darmo Chrystus został za nas ukrzyżowany, zostaliśmy chrześcijanami i wprowadziliśmy do medycyny miłosierdzie chrześcijańskie.

Biednych i chorych zawsze będziemy mieli, obok bogatych i możnych, i zawsze będzie okazja pochylić się nad nieszczęśliwym i przynieść mu ulgę. Pamiętajmy jednak, że chrześcijaństwo to nie tylko katolicyzm, ale że wszyscy wierzący w Boga są braćmi, których obowiązuje dekalog. Postępujmy tak, jakbyśmy chcieli, aby postępowano z nami lub z naszymi najbliższymi

Pozwólcie szanowne Koleżanki i Koledzy złożyć w imieniu nas wszystkich serdeczne podziękowania Koleżankom, które organizowały ten zjazd z okazji 50-lecia otrzymania dyplomu i dzisiejszego odnowienia, a to: przewodniczącej Komitetu **dr Izabelli Irackiej-Zatońskiej** i jej współpracownicom w organizowaniu naszej dzisiejszej uroczystości w osobach: **dr Lidii Perlińskiej-Schneider**, **dr Helenie Wisłockiej-Tomeczek** oraz **dr Genowefie Świątek-Starczynowskiej**.

Nam, dzisiejszym jubilatam pozostaje do ostatnich dni naszych w sercach i umysłach ta zaszczytna zasada: „Salus aegroti suprema lex esto”!

Wspomnienia lekarza okrętowego

Radio Medical (Cz. IX)

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

Przylecieliśmy samolotem czarterowym, z warszawskiego lotniska, poprzez Dakar, do Rio de Janeiro, skąd po prześiadce do samolotu linii brazylijskiej dotarliśmy do Montevideo w Urugwaju.

Nad lotniskiem samolot krążył dłużej niż dwadzieścia minut, aż wreszcie wylądował. Załoga wysiadła przy „stojance” i piechotą przeszła na odprawę celną do portowego budynku. Zadziwiony byłem bardzo, dlaczego

obok pasa startowego stało dużo samochodów strażackich i sanitarek. Okazało się, o czym dowiedziałem się nieoficjalnie, że pompa hydrauliczna, automatycznie wysuwająca podwozie samolotu, zawiesiła się. Brazylijski mechanik pokładowy stanął na wysokości zadania, skutecznie zadziałał, używając zastępczej ręcznej pompki awaryjnej. Co mogło nas spotkać przy braku podwozia? Skóra na głowie cierpnie. Skończyło się dobrze, chwała temu mechanikowi – jeszcze żyje. Występowały różne nieprzewidziane incydenty podczas przelotów, nie lubię o tych sprawach ani mówić, ani pisać, jednak żeby zakończyć temat lotów, opowiem o jednym z moich powrotów na lotnisko w Rębiechowie.

Lądowanie pod strachem Boga

Nad wybrzeżem piętrzyły się wówczas gęste, ciemne chmury. Zanurzamy się w niepowoli. W samolocie robi się ciemno i ponuro. Nadal zniżamy lot. Jak zwykle odczuwam nieprzyjemny ucisk w uszach. Silnik zwalnia obroty, stukot wysuwanego podwozia wstrząsa samolotem. Pogoda kiepska, kompletny brak widoczności. Mgła jak mleko zasnuła całą okolicę, a w tym i pas startowy. Dobrze, że lotnisko posiada komputerowy system naprowa-

dzania, tak się pocieszam. Na pokładzie panuje cisza, wszyscy zdajemy sobie sprawę z powagi zaistniałej sytuacji. Odważni nerwowo wyglądają przez bulaje. Napisy sygnalizacyjne nakazują zapiąć pasy, zgasić papierosy, ustawić pionowo fotele itd. Kto długo fruwał, potrafi wyczuć moment przyziemienia. Na pokładzie nadal trwa cisza. Wszyscy oczekują na charakterystyczne stuknięcie kół o powierzchnię pasa startowego, a ten nadal jest niewidoczny. Wreszcie jest, ale to nie było stuknięcie, lecz przygrzmocenie. Luźne przedmioty nabrały życia. Szczególnie donośny był brzęk wylatujących tacek z talerzami i sztućcami, butelkami i innymi przedmiotami w pokładowej kuchence. Jeszcze nie jesteśmy na ziemi, jeszcze lecimy. Po dwóch lub trzech sekundach – powtórny wstrząs, który dopełnił dzieła zniszczenia – „Sodoma i Gomora”. Jeden nie przypięty rybak wyle-

ciał z fotela i nieco się poobijał. Torby podróżne wylatywały w powietrze, ale to były skutki nieprzestrzegania przepisów. Mimo wszystko, na zakończenie lotu bijemy pilotom brawa, to już taki zwyczaj. Cierpliwym czyteln-



EL PORTADOR DE LA PRESENTE:

KOMARNICKI WITOLD

Mit Tucana
TRIPULANTE DEL BUQUE

DE BANDERA: **POLAND**

DOCUMENTO:

MYCZKOWSKI ROMAN
NOMBRE DEL CAPITAN

FIRMA DEL CAPITAN

TUC

ESTA AUTORIZADO EL ACCESO AL PUERTO DE MONTEVIDEO ENTRE LOS DIAS 8...Y...3... DE D.V. No. 1991.....

[Circular stamp: PREFECTURA NACIONAL NAVAL]

[Handwritten signature]

Tylko granicę samego Ekwadoru przekroczyłem ponad dwadzieścia razy w obie strony, a gdzie przeloty nad Biegunem Północnym, Grenlandią, Syberią i wiele innych, w sumie uzbierało się parę setek tysięcy mil morskich. Jedna mila to 1852 km.



Miasto Montevideo znam z poprzednich pobytów, jest oryginalne i ciekawe. Wychodzę do miasta na „dos panchos i una cervesa”, czyli hot dogi z piwem, albo spacerujemy po ulicach, zażywając chłodniejszego powietrza



kom moich opowiadań wyjaśniam, że tylko jeden raz powróciłem do kraju drogą morską, z mojego pierwszego dziewiczego rejsu. Pozostałe, kolejne wymiany załóg uskuteczniałem drogą lotniczą. Tylko granice samego Ekwadoru przekroczyłem ponad dwadzieścia razy w obie strony, a gdzie przeloty nad Biegunem Północnym, Grenlandią, Syberią i wiele innych, w sumie uzbierało się parę setek tysięcy mil morskich. Jedna mila to 1852 km. Wracając do tematu morskiego, a nie lotniczego, to szczęśliwie dotarłem na statek.

Ponownie na statku

Obowiązki lekarza okrętowego przyjąłem, od mojego poprzednika, z dużą rutyną. Wyglądało to mniej więcej tak: po prostu w ciemno zaakceptowałem dokumenty zdawczo-odbiorcze wiedząc, że to co podpisałem i tak jest wielką lipą. Uścisnęliśmy dłonie i wychyliliśmy po drinku na przywitanie i na pożegnanie. W ten oto sposób, zostałem na statku sam gotowy do działania. W porcie postoiśmy jeszcze około dwóch dni. Pobieramy świeże warzywa i owoce, listy dla kolegów, trochę paliwa, ponieważ większość mamy odebrać od ruskiego tankowca. Załogi ruskich statków bardzo się wkurzają jak mówimy ruski statek, należy – mówić „statek radziecki”. Miasto Montevideo znam z poprzednich pobytów, to kamienna pustynia, szczególnie w okresie lata, mało drzew, a jak są to nie dają cienia. Przesadzam nieco z tą kamienną pustynią. Miasto jest oryginalne i ciekawe. Wychodzę wieczorami do miasta z kolegą ochmistrem na „dos panchos i una cervesa”, czyli hot dogi z piwem, albo spacerujemy po ulicach, zażywając chłodniejszego powietrza.

Hase calor; bardzo gorąco, ciężko zasnąć. W nagrzanym słońcem kabinie temperatura sięga 32 stopni. Wszystko mokre: poduszka, materac, koc, a właściwie prześciera-

dło. Śpię bez przykrycia, lecz to nie pomaga. Jutro jedziemy. Przy trapie wisi już ogłoszenie. Zakaz opuszczania statku, wychodzimy w morze dnia... godzina..., itd. Pierwszy oficer ma sprawdzić listę obecności. Spałem jeszcze jak wyjeżdżaliśmy. Jedziemy bardzo szeroką i piękną rzeką La Plata, po naszymu srebrną rzeką.

Droga potrwa około dwudziestu godzin, w zależności od szybkości. Ponieważ jestem uczulony na zanieczyszczenia ekologiczne, nie mogę patrzeć obojętnie na problemy zanieczyszczenia. Ta piękna rzeka to ściek przeróżnych odpadków wypływających z miast Montevideo i Buenos Aires. Stoję przy relingu i obserwuję pływające w niej skrzynki, kartony, plastikowe butelki, duże plamy olejowe, a to wszystko płynie bezpośrednio do Atlantyku. Przecież to są tylko zanieczyszczenia widoczne, nikt chyba nie wątpi, że w tej rzece pływa cała tablica Mendelejewa. Świadomi konsumenci nie dziwią się dlaczego w mięsie ryb znajdujemy wiele pierwiastków metali ciężkich, nie wspomi-

nam o przeróżnych pasożytach, które zjadamy z apetytem pod postacią powiedzmy fileatów. W przypadku przekroczenia ilościowej normy, odrzuca się je do produkcji mączki rybnej. Zaznaczam, że są to „wyrwykowe kontrole” przeważnie zapomniane i niepopularne, bowiem różnica w cenie jest znaczna. Sprawa jasna jak słońce. Nie będę psuł czytelnikom apetytu. Sam jem ryby i bardzo je lubię. Gwoli wyjaśnienia, filety rybne zamrożone do temperatury dziewiętnaście stopni niszczą inne żyjątko. Ostatecznie to też jest białko i jest potrzebne organizmowi. Smacznego...

Możemy uzbrajać sieci

Jedziemy nadal srebrną rzeką, więc oczekuję ciekawego widoku związanego z wypłynięciem z jej nurtów do Atlantyku. Ten moment przekroczenia jest widoczny. Nagle, pozbywamy się brudnej, podobnej do kawy z mlekiem mieszaniny i wpływamy w przejrzyste, mniemam, że czyste, wody Atlantyku. Jedziemy cały czas na wschód, aż do strefy 200-milowej, następnie skręcamy na południe w kierunku na Falklandy, po hiszpańsku na Malwiny. Jadąc dwieście mil od brzegu, zwolnieni jesteśmy od meldowania się naziemnym stacjom kontrolnym. Możemy swobodnie uzbrajać sieci, przygotowując się do połowów. Takie są twarde przepisy prawa morskiego. Pogoda na razie dopisuje. Falowanie, jak na tę szerokość geograficzną, nie przekracza dwóch stopni w skali Beauforta. Marynarze i rybacy nie reagują na przechyły statku. Pozostała niewielka część załogi to nowicjusze, a mamy ich czterech, znoszą, to dobrze, z wyjątkiem jednego chorego, ale o nim opowiem później. Oglądam statek od dziobu po bak. Wszędzie pełno śmieci, różnego asortymentu. Proszę mi wierzyć, jest tego pełno. Wiem dokładnie co się z nimi stanie. W nocy, żeby nie było widać, wszystko poleci za burtę, glupota do kwadratu, lecz nie ma na to rady.

Są już pierwsze zachorowania. Panie doktorze mam – za przeproszeniem – spraczkę. Pytam: dlaczego z przeproszeniem? Idę do ambulatorium, zapisuję, badam, podaję leki. Jednak kolejka zafajdańców jest długa. Musiałem zarządzić dla chorych specjalną dietę, określić ściśle czas wydawania posiłków, wydzielić naczynia. W sumie było ich około dwudziestu, a może i więcej. Po czterech dniach epidemia ustąpiła. I bardzo dobrze.

Kryzys młodego rybaka

Opowiem teraz o wspomnianym wcześniej młodym adepcie sztuki morskiej. Mammy z nim duży problem. Chłopak ukończył szkołę rybacką, oczekiwał na wyjazd prawie dwa lata, ma żonę i dziecko, a teraz nagle rozmyślił się. Jesteśmy od trzech dni w morzu, lecz on chce wracać do domu, do żony, twierdząc że praca w morzu to nie dla niego, jest chory, zresztą nie przypuszczał, iż ta praca jest tak wyczerpująca. Leczenie moje nie pomaga, rozmowy z kolegami i kapitanem również nie nie wnoszą. Poważny kłopot. Na szczęście z łowiska wracał na wymianę statek naszego armatora. To nas uratowało. W ostatniej chwili, przed sztormem, skierowaliśmy go odwrotną pocztą do kraju. Tak zakończyła się jego kariera morska.

Jesteśmy od paru tygodni na łowisku i poławiamy „lorigo”. Są to małe kalmary, ja je ochrzciłem karłowate, jest to taki gatunek, który nie rośnie. Wielkość ich nie przekracza 12-13 cm. Przykro mi, że właściwe opowiadanie zaczynam po nieco przydługim wstępie, ale ten rejs był bardzo ciekawy i bogaty w przeróżne epizody, których nie mogłem pominąć. Zdarzyło to się w 200-milowej, północnej strefie – od Malwin, na południowym Atlantyku. W rejonie tym przesuwały się wówczas potężne szkwały. Poniżej 6-7 stopni w skali Beauforta od tygodni nie było, a wszystko łączyło się z krańcowymi wahaniem ciśnienia atmosferycznego. Poławialiśmy w okresie późnej jesieni. Po tygodniach sztormów, nisko zwisające chmury postrzępiły się i powoli pojawiał się błękit nieba. Fale obniżyły się, a grzywy białej piany zniknęły z powierzchni sino-stalowego morza. Stałem oparty o reling, wraz z kolegą Tadeuszem. Rozmawialiśmy jak zwykle o podwyżkach dewizowych, zapowiadanych przez armatora, wówczas wychytil się z mostka, a nawigator zawołał: kapitan proszę bokora do radia, jest rozmowa ze statkiem włoskim, jaki wypadek. Coś się dzieje, powiedział. Tadeusz kiwnął. Na mostku kapitan trzymając radio-telefon rozmawiał z kapitanem trawlera włoskiego. Jednak nie nie rozumie, angielski Włocha jest mało komunikatywny.

Potrzebna pomoc medyczna

Zaproponowałem kapitanowi, że porozmawiam z nim po hiszpańsku. No i dogadaliśmy się. Wyjaśniłem stare-

Stoję przy relingu i obserwuję pływające w niej skrzynki, kartony, plastikowe butelki, duże plamy olejowe, a to wszystko płynie bezpośrednio do Atlantyku. Przecież to są tylko zanieczyszczenia widoczne, nikt chyba nie wątpi, że w tej rzece pływa cała tablica Mendelejewa.

O autorze



Płk 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 było w czasie okupacji... Pewnego razu zostałem schwytyany przez Niemców, celem wywiezienia na roboty do Rzeszy. Uciekłem jednak z transportu i powróciłem piechotą, ok. 100 kilometrów, do domu. Po wyzwole-

niu, pobierałem 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 Kęcik, 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 Przystosowania Oficerskiego. 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.

mu, że jest zraniona ręka w wypadku maszynowym. Pojedziesz tam, pyta? Oczywiście, odpowiadam. Pan kapitan wie, że jest to mój obowiązek. Pogoda była pomyślna do szalupowania, a falowanie morza w stosunku do burty statku nie przekraczało 1,5 metra. Zaczęły się przygotowania. Zapakowałem sterylne narzędzia, lekarstwa, materiały opatrunkowe. A Tadeusz, w roli asystenta, wyfasonował dwa nowe fartuchy lekarskie. Założyliśmy pasy ratun-

kowe, zabraliśmy aparat nadawczo-odbiorczy, obsługiwany przez drugiego oficera nawigatora. Kaszłący silnik rozpoczął swą pracę. Bosman opuścił szalupę. Wsiadliśmy. Powoli zaczęto nas opuszczać, trzymając się cały czas mantatów (liny z węzłami), szczęśliwie zetknęliśmy się z falującą powierzchnią morza. Po odrzuceniu cum i mantatów, ruszyliśmy do Włocha. Jednak kołysanie szalupy, widziane z dołu było zaskakująco duże, szczególnie poza

osłoną statku. Do trawlera włoskiego dobiliśmy po 10 min. Ponownie cumy, trap wpuszczony do szalupy, na który trzeba wskoczyć na szczycie fali, w przeciwnym wypadku, podskakująca szalupa może zmiażdżyć stopy. Wchodzenie na ruchomy trap jest zawsze utrudnione bocznymi przechyłami statku i tak raz wisiałem nad wodą, a po chwili waliłem się na burtę. Wreszcie, sprawnie, iście po marynarSKU wskoczyłem na pokład, bowiem jak cię widzą tak cię piszą. Krótkie powitanie przez kapitana i szybko idziemy do mesy załogowej. Trawler rybacki był jednostką małą i nie posiadał ambulatorium. Wewnątrz, grupa marynarzy otaczała czarnoskórego kolegę. Widok dla przeciętnego i nieobeznanego śmiertelnika, był szokujący. Szafka i stół był zbryzgane krwią, podłoga zakrwawiona. Trzymający rannego kolegę, również zakrwawiony, a wreszcie sam pacjent z wytrzeszczonymi oczami, jęczał z bólu, a więcej ze strachu. Jedno spojrzenie wystarczyło do oceny sytuacji. Najważniejsze, że nie ma krwawienia. Jeden szybki zastrzyk przeciwbólowy, a po chwili kolejne czynności opatrunkowe. Ochmistrz mówi, że dłużej nie wytrzyma, ja mu wyjaśniam, że jest sanitariuszem i nie może dać plamy. Chyba pomogło. Obrażenia pacjenta okazały się rozległe. Doszło do całkowitego oskalpowania skóry palca pierwszego i drugiego łącznie z paznokciami i licznymi złamaniami. Decyzja – chory kwalifikuje się do leczenia szpitalnego, leczenie na statku nie wchodzi w rachubę. Dolegliwości bólowe ustąpiły. Ochmistrz wytrzymał.

Poczęstunek

Po uporządkowaniu narzędzi, obmyciu rąk, zostaliśmy zaproszeni do salonu kapitana – na poczęstunek. Jak proszą to niegrzecznie odmówić. Na naszym statku panoszyła się susza „alkoholowa”. Istnieje tylko kapitańska rezerwa, niedostępna dla śmiertelników naszego pokroju. Usiedliśmy za ładnie nakrytym stołem, na którym królowała butelka whisky z czarną naklejką – dobra!, talerze z kanapkami, ciasteczka kruche, szklaneczki z lodem. Rozmowa początkowo drętwa, toczyła się w języku marynarSKIM tj. angielsko-hiszpańsko-włosko, migowym. Od tego ostatniego ręce bolały. W miarę topnienia lodu w szklance, mowa stawała się bardziej serdeczna i wylewna. Jak łatwo uczyć się języków. Wyjaśniłem kapitanowi konieczność podjęcia niepopularnej decyzji i udania się z chorym do portu. Nie jest to rada godna pochwały. Statek schodzący z łowiska w sezonie połowowym, to strata bezpowrotna tysięcy dolarów. Pan kapitan był załamany, jednak nie żywił do nas z tego powodu żalu. Nie była to nasza wina. Gościnnie włoski stół ob-

slugiwany był przez samego szefa kuchni, potężnej postury, coś około 130 kg. Dotknąłem ostrożnie jego brzuszka mówiąc „molto spaghetti”. W odpowiedzi, uśmiech od ucha do ucha. Zapytał czy lubię spaghetti?, *como no* (czemu nie) odparłem. Dostaniesz trochę w prezencie. Wychylił szklaneczkę, poczym przyniósł smakowitą rybę.

Wszystko to co dobre, przeważnie kończy się szybko. Nasz kapitan czuł pismo nosem, bo nie był w ciemnię bity, przemawia do nas przez radio słowami wskazującymi na wysoki stan zdenerwowania. Wracajcie do wszystkich diabłów..., fala rośnie, itd..., wiatr przybiera. Żegnamy się z gościnnym Włochem i w dobrych humorach schodzimy po trapie do szalupy, ten trap nie jest nawet taki zły. Za nami, na sznurach spływają kartony małe, a za nimi dwa większe. Pierwszy trafił do środka szczęśliwie, ale drugi uderzył o burtę z całą siłą. Skutki były widoczne, spaghetti, hojnie nas obsypało i morze też.

Dojechaliśmy szczęśliwie. Z fasonem wyciągnięto nas na pokład szalupowy – nieprawidłowo, nie wolno wciągać szalupy z załogą... Cały mój biznes został przeniesiony do mojej kabiny i ładnie zasztatouowany. Wszyscy zainteresowani, biorący udział w szalupowaniu ustawili się w kolejce przed drzwiami, cierpliwie w milczeniu oczekując. Otwieram więc kartony i każdemu wręczam 2,5-litrowe butelki wina. Dziękując opuszczali kabinę, chyba zadowoleni. Ostatni poprosił jeszcze o butelkę dla brata w wojsku. Zdażyłem rozebrać się i umyć ręce, jak zaczęli schodzić się do mojej kabiny koledzy, dzierżąc w ręce pustą szklanice. Zrobiło się ciasno. Zacząłem więc otwierać butelki, aż do całkowitego wyczerpania zapasów.

C. D. N.



Z fasonem wyciągnięto nas na pokład szalupowy – nieprawidłowo, nie wolno wciągać szalupy z załogą...

Spotkanie po czterdziestu latach

Październik 1963 roku zapisał się w naszej pamięci dyplomami lekarskimi uzyskanymi po latach studiów. Każdy z nas miał własną wizję własnego życia, plany oczekiwania. Pełni zapału rozjechaliśmy się po Polsce.

DR BOLESŁAW SZUDEJKO
LESZNO

I oto kolejny październik, roku 2003, Lublin. Spotkanie po latach. Pierwsze wrażenia, czy to naprawdę jesteśmy my? Gromada dostojnych pań, statecznych panów na placu przed kościołem. Rozpoznajemy wizytówki, a następnie dopasowujemy osoby do nazwisk. To naprawdę jesteś ty? Co za spotkanie. Uściski, pocałunki i pytania, pytania bez końca.

Msza święta w kościele przyszpitalnym przy ul. Staszica, skupienie modlitewne i nurtujące pytania. Kto to jest? Później zabytkowa Kaplica Świętej Trójcy na Zamku. Wspaniała zabytek, a tak mało znany w Polsce. Doskonałe dzieło gotyku wypełnione sztuką bizantyjską. To są nasze korzenie ma pograniczu Wschodu i Zachodu. Ciąg dalszy uczty duchowej to wystawa Chagalla, na którą to wystawę do Lublina przyjeżdża wielu... Japończyków. Wieczór w restauracji Hotelu Europa, rzecz można „Nasza jest noc” przy dźwiękach dixielandu. Wspaniała muzyka, nasze studenckie melodie, dużo, bardzo dużo rozmów w tańcu, przy stole – w myśl zasady „Zdrowie mamy...”. Było wspaniale, tak dawno dobrze nie bawiliśmy się, przy su-to zastawionych stołach.

W sobotę, w Sali Senatu naszej Almae Matris spotkanie z władzami Uczelni. Dużo wspomnień, mało czasu, po-



nieważ czekała Kozłówka Zamojskich. Niebo nie skąpiło nam swej przychylności, w promieniach jasnego słońca podziwialiśmy przepiękne komnaty wypełnione wysublimowaną sztuką. Co za wspaniała kultura materialna. Park przypałacowy ukrył przed nami kulinarne przysmaki „garden party”. Ognisko ze specjalnościami polskiej sztuki kulinarnej z nieodzowną „aqua vita” dało wspaniałą atmosferę spotkania z dawno niewidzianymi osobami, a tak miłymi sercu. Czas tak musiał szybko minąć. Zrobiło się żal, że nadchodzi czas rozstań, a było tak miło. Mimo upływu czterdziestu lat byliśmy sobie tak bardzo bliscy, stąd pomysł następnego spotkania w nieodległej przyszłości.

A wszystko to doskonale zorganizowali, nie szczędząc własnego czasu Ewa, Marta i Wojtek, tak niewiele uczyniło tak wiele dla tak wielu.

Dziękuję serdecznie i proszę o bis.



Postscriptum

Spotkania po latach budzą refleksje. Zmieniliśmy się nie tylko my, ale również akademicki Lublin. Początek naszych studiów to Lublin drugiej połowy lat pięćdziesiątych, kończący się między innymi na ulicy Głębokiej. To w czasie naszych studiów powstało kilka osiedli Lubelskiej Spółdzielni Mieszkaniowej, tam gdzie były piękne sady wiśniowe. Czechówek to miejsce naszych ćwiczeń wojskowych. To tu chciano z nas stworzyć oficerów, ucząc



nas czołgania i strzelania, wszak to był poligon wojskowy. Tereny, które wspominam to dziś centrum miasta. Lublin rozrósł się i wypiękniał.

Baza kliniczna naszej Almae Matris była naówczas bardzo skromna, ale za to bogata bogactwem osobowości. Pozwólcie Czytelnicy, że przypomnę niektórych profesorów: Mieczysław Stelmasiak, Janina Opieńska-Blauth, Wiesław Hołobut, Tadeusz Krwawicz, Alfred Tuszkiewicz, Mieczysław Kędra, Tadeusz Jacyna-Onyszkiewicz, Feliks Skubiszewski, Stanisław Liebhart. To tylko kilku tych, którzy nadali nam formację lekarską ucząc, że lekarz to nie tylko zawód, ale nade wszystko to solidarność z potrzebującym naszej pomocy chorym i zagubionym człowiekiem, wierzącym nam bezgranicznie, bez względu na wiek i status społeczny. Maksymę „*ars longa vita brevis*” potwierdza jej aktualność w miarę upływu czasu.

Te refleksje były możliwe tylko dlatego, że nasi drodzy przyjaciele przygotowali wspaniałe przyjęcie koleżeńskie. Było bardzo miło, lecz czas nabrał przyspieszenia tak dużego, że zabrakło go na wspólne rozmowy. Gdzieś w głębi serca powstaje pytanie dlaczego na to spotkanie czekaliśmy czterdzieści lat? Ale równocześnie towarzyszy nam uczucie radości, że jednak spotkaliśmy się. To rodzi nadzieję na spotkania następne, być może kolejne już za rok. Może w Nałęczowie, gdzie atmosfera miejsca zachęca do spotkań refleksyjno-sentymentalnych.

A zatem drodzy przyjaciele zawierzmy tym, którzy przygotowali wspaniałe spotkanie w Lublinie i poprośmy raz jeszcze o bis w najbliższym czasie.

Do zobaczenia na kolejnym spotkaniu koleżeńskim w doskonałym zdrowiu i kondycji.

MEDICINA ET PHARMACIA IN NUMMIS

Medale nagrodowe Polskiego Towarzystwa Chemicznego

PROF. DR HAB. EDWARD SOCZEWIŃSKI*

Chemia należy do nauk podstawowych w nauczaniu medycyny i farmacji; wielu chemików miało duże zasługi dla rozwoju farmacji i medycyny – wystarczy wymienić nazwiska Carla Wilhelma Scheelego, Jönsa Jakuba Berzeliusa, Ludwika Pasteura, Paula Ehrlicha (por. Alma Mater nr 1/34, 2000, str. 130-134).

W roku 2003 nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii otrzymali fizyk i chemik za zastosowanie spektrometrii NMR w diagnostyce, zaś w dziedzinie chemii – nagrodę przyznano za badania w zakresie biochemii, z aspektami medycznymi.

Stowarzyszenia naukowe chemików powstawały w Polsce już w XVIII w.: w r. 1767 powstało w Warszawie Towarzystwo Fizykochemiczne (sekretarz – Michał Groel), powstawały również lokalne stowarzyszenia naukowe w War-



Ryc. 1.



Ryc. 2.

*Emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej z Pracownią Chemii Fizycznej.

szawie, Krakowie, Lwowie i Łodzi. W dniu 29 czerwca 1919 r. zostało powołane Polskie Towarzystwo Chemiczne; w skład Komitetu Wykonawczego wchodził profesorowie: Leon Marchlewski (Kraków) – prezes oraz Stefan Niementowski (Lwów) i Jan Zawidzki (Warszawa) – wiceprezesa oraz 12 członków – naukowców z Krakowa, Lwowa i Warszawy, wśród nich wybitni uczeni – Tadeusz Miłobędzki, Ignacy Mościcki i Wojciech Świętosławski.

W roku 1921 rozpoczęto wydawanie głównego czasopisma Towarzystwa – Roczników Chemii (od 1978 r. Polish Journal of Chemistry). Towarzystwo wykazuje dużą aktywność, przejawiającą się m. in. organizacją corocznych zjazdów (wspólnie ze Stowarzyszeniem Inżynierów i Techników Przemysłu Chemicznego). W roku 2003 w dniach 15-18 czerwca 46 Zjazd P. T. Chem. i S. I. T. P. Chem. w Lublinie zgromadził ponad 1000 uczestników.

Polskie Towarzystwo Chemiczne na swych dorocznych zjazdach przyznaje medale nagrodowe za osiągnięcia w różnych dziedzinach chemii – są to medale portretowe przedstawiające wybitnych chemików. Łącznie Towarzystwo emituje osiem medali nagrodowych.

Najwyższą rangę ma medal Jędrzeja Śniadeckiego (ryc. 1) za wybitne osiągnięcia w chemii. Medal ma kształt kwadratu z zaokrąglonymi narożnikami; awers przedstawia popiersie, napis wokół popiersia: JĘDRZEJ ŚNIADECKI 1768-1838. Na rewersie widnieją inicjały PTCh, napis podaje pełną nazwę Towarzystwa.

Jędrzej Śniadecki był chemikiem, biologiem i lekarzem; w latach 1797-1822 był profesorem chemii a w latach 1826-1832 medycyny w Szkole Głównej Wielkiego Księstwa Litewskiego w Wilnie; po likwidacji uczelni po Powstaniu Listopadowym był od 1832 r. profesorem w Akademii Medyko-chirurgicznej w Wilnie. Był autorem pierwszego polskiego podręcznika chemii (Początki chemii, 1800) i monografii Teoria jestestw organicznych (1804-1811). Na spotkaniu cesarza Francji z profesorami uczelni wileńskiej Napoleon ironicznie zapytał Śniadeckiego jakiej chemii uczy studentów w Wilnie, na co otrzymał odpowiedź, że takiej samej jak w Paryżu. Istotne, jego monografia wyprzedzała znacznie ówczesny stan wiedzy chemicznej.

Medal Jana Zawidzkiego (ryc. 2) jest przeznaczony za osiągnięcia w chemii fizycznej i nieorganicznej. Awers przedstawia popiersie uczonego z napisem JAN ZAWIDZKI 1866-1928, na rewersie poziomy napis POLSKIE TOWARZYSTWO CHEMICZNE.

Jan Wiktor Zawidzki, fizykochemik, był uczniem Wilhelma Ostwalda, w latach 1907-1916 był profesorem Akademii Rolniczej w Dublinach, 1916-1917 – Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1917-1928 – Politechniki Warszawskiej. Był założycielem Polskiego Towarzystwa Chemicznego i czasopisma Roczniki Chemii. Rozwinął w Polsce badania nad katalizą. Autor podręcznika „Chemia nieorganiczna” (1932-1936) i monografii „Kinetyka chemiczna” (1931).

Medal Marii Skłodowskiej-Curie (ryc. 3) jest przyznawany wybitnym



Ryc. 3.



Ryc. 4.



Ryc. 5.

chemikom pracującym zagranicą oraz za zasługi dla Polskiego Towarzystwa Chemicznego. Awers przedstawia portret dwukrotnej laureatki Nagrody Nobla (z fizyki w 1903 r. – wspólnie z J. Becquerelem i z mężem, Piotrem Curie oraz z chemii w 1911 r.); napis otokowy: MARIA SKŁODOWSKA-CURIE. Na rewersie godło Towarzystwa – kolisty wąż pożerający własny ogon (symbol alchemiczny) z monogramem PTCh, na wężu napis POLSKIE TOWARZYSTWO CHEMICZNE, w otoku QUO MAGIS VERITAS PROPAGATUR.

Medal Stanisława Kostaneckiego (ryc. 4) przyznawany jest za osiągnięcia w dziedzinie chemii organicznej. Medal kwadratowy ma na awersie portret i napis STANISŁAW KOSTANEC-KI 1860-1910, na rewersie poziomy napis POLSKIE TOWARZYSTWO CHEMICZNE.

Prof. Kostanecki pracował na Uniwersytecie w Bernie jako profesor chemii organicznej, zajmując się ustalaniem struktur barwników roślinnych. W r. 1893 ustalił strukturę jednego z nich – chryzyny, jako fenylowej pochodnej benzopironu, którą nazwał flawonem, zapoczątkowując nową gałąź chemii – chemii flawonów. Jak wykazał, wiele żółtych barwników roślin są pochodnymi flawonu; są to związki o wielokierunkowym działaniu biologicznym, stanowiące składniki wielu leków roślinnych. W latach 1902-1910 współpracownikiem prof. Kostaneckiego był wybitny chemik polski, Wiktor Lampe, profesor Uniwersytetu Warszawskiego w latach 1919-1960, promotor licznych doktoratów i habilitacji.

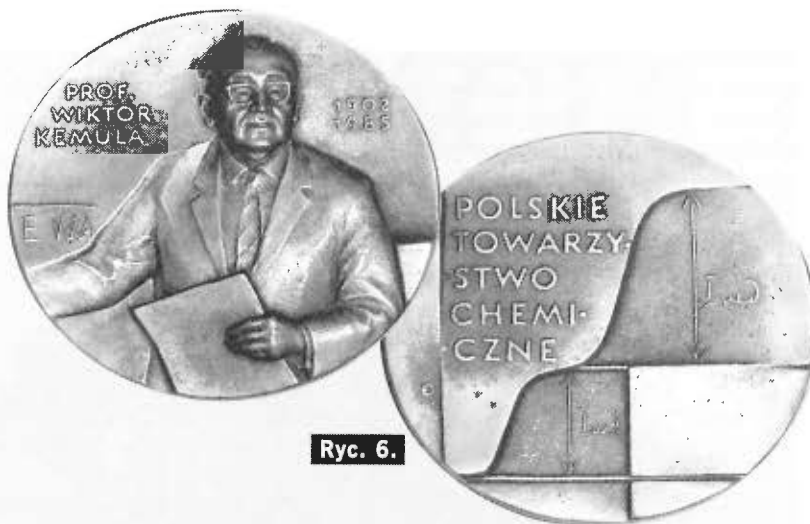
Medal Ignacego Mościckiego (ryc. 5) nadawany jest za zasługi w technologii chemicznej. Awers przedstawia portret z napisem otokowym PROF. IGNACY MOŚCICKI 1867-1946; na rewersie inicjał PTCh, w otoku POLSKIE TOWARZYSTWO CHEMICZNE.

Ignacy Mościcki studiował na Politechnice w Rydze; w 1897 r. został profesorem elektrochemii i elektrofizyki Politechniki we Freiburgu (Szwajcaria), a w latach 1912-1922 profesorem elektrochemii Politechniki Lwowskiej. Był autorem licznych publikacji i patentów dotyczących produkcji nawozów sztucznych, opracował tech-

nologię produkcji stężonego kwasu azotowego przez reakcję azotu i tlenu w łuku elektrycznym. Od 1928 r. członek Polskiej Akademii Umiejętności. W latach 1926-1939 r. prezydent Rze-

czypospolitej Polskiej, we wrześniu 1939 r. internowany w Rumunii, zmarł w 1946 na emigracji w Szwajcarii.

Medal Wiktora Kemuli (ryc. 6) jest nadawany przez Zarząd Główny Pol-



Ryc. 6.



Ryc. 7.



Ryc. 8.

skiego Towarzystwa Chemicznego na wniosek Komitetu Chemii Analitycznej PAN za zasługi dla rozwoju chemii analitycznej. Awers przedstawia półpostać prof. Kemuli w trakcie wykładu; napisy poziome PROF. WIKTOR KEMULA 1902-1985. Rv. Dwie fale polarograficzne z zaznaczonymi strzałkami wysokościami, napis poziomy POLSKIE / TOWARZY-STWO / CHEMI-/CZNE.

Prof. Kemula studiował chemię na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie; w 1927 r. otrzymał stopień doktora chemii jako współpracownik prof. Stanisława Tolloczko; w czasie stażu w laboratorium prof. Heyrowskiego (laureata Nagrody Nobla 1959), w r. 1932 otrzymał stopień doktora habilitowanego za badania w zakresie elektrochemii. W r. 1936 otrzymał tytuł profesora chemii fizycznej UJK. Nominację na stanowisko kierownika Zakładu Chemii Nieorganicznej Uniwersytetu Warszawskiego (z dniem 1.X.1939 r.) mógł podjąć dopiero po zakończeniu wojny w 1945 r. Był uznanym specjalistą w zakresie elektrochemii i chromatografii w skali międzynarodowej, wielce zasłużonym dla rozwoju polskiej chemii, twórcą szkoły naukowej, w której kształciło się wielu wybitnych naukowców, aktywnie uczestniczącym w licznych organizacjach naukowych międzynarodowych i krajowych, wyróżnionym m. in. dwukrotnie Nagrodą Państwową. W roku 1968 w wyniku represji za obronę studentów – uczestników demonstracji został zwolniony z pracy w Uniwersytecie Warszawskim; kontynuował działalność jako kierownik Zakładu Fizykochemicznych Metod Analitycznych Instytutu Chemii Fizycznej PAN w Warszawie; pełnił funkcję Honorowego Prezesa Polskiego Towarzystwa Chemicznego.

Medal dr Jana Harabaszewskiego (ryc. 7) jest nadawany przez Zarząd Główny Pol. Tow. Chemicznego za wybitne osiągnięcia w dydaktyce chemii. Awers przedstawia portret dr Jana Harabaszewskiego na tle półek ze sprzętem chemicznym; napis otokowy JAN HARABASZEWSKI / 1875-1943. Na rewersie u dołu bukiet kwiatów, napis otokowy POLSKIE TOWARZYSTWO CHEMICZNE.

Dr inż. Jan Harabaszewski zwany jest ojcem dydaktyki chemii w Polsce. Początkowo pracował jako adiunkt w SGGW w Warszawie, następnie w Gimnazjum im. Tadeusza Czackiego. Był organizatorem i kierownikiem Pracowni Dydaktycznej Chemii przy Muzeum Oświaty i Wychowania; był też przewodniczącym Sekcji Dydaktycznej Pol. Tow. Chemicznego. Opublikował „Metodykę chemii” (1932), szereg podręczników chemii i artykułów me-

todycznych. Opracował nowoczesne programy nauczania chemii, podkreślał ważną rolę doświadczeń chemicznych w nauczaniu.

Ósmy medal, nadawany za zasługi dla Polskiego Towarzystwa Chemicznego i jego propagację w kraju i zagranicą jest poświęcony prof. Wojciechowi Świętosławskiemu, wybitnemu fizykochemikowi na jego 80-lecie (ryc. 8). Na awersie portret uczonego, napis otokowy PROF. DR WOJCIECH ŚWIĘTOSŁAWSKI / 21.VI.1961, Na rewersie godło Towarzystwa; inicjały PTCh, wokół wąż pożerający własny ogon, na nim napis POLSKIE TOWARZYSTWO CHEMICZNE, napis otokowy SOCIETAS CHIMICA POLONORUM.

Wojciech Alojzy Świętosławski (1881-1968) ukończył studia chemiczne na Politechnice Kijowskiej w roku 1906; w latach 1908-1919 był pracownikiem naukowym Politechniki Kijowskiej; w roku 1917 otrzymał stopień doktora. W 1918 r. powrócił do Polski. W latach 1918-1939 i 1946-1951 był profesorem Politechniki Warszawskiej, a w latach 1918-1929 i 1947-1960 był profesorem Uniwersytetu Warszawskiego; w latach 1940-1946 był profesorem uczelni amerykańskich w Iowa i Pittsburgu. W r. 1955 został pierwszym dyrektorem Instytutu Chemii Fizycznej PAN, pełnił tę funkcję do przejścia na emeryturę w 1960 r.

Prof. Świętosławski był naukowcem o międzynarodowej renomie, jego główną specjalnością była termochemia, w której ugruntował podstawy teoretyczne i udoskonalił metodykę doświadczalną, m. in. konstruując czułe mikrokalorymetry. Rozwijał pomiary temperatur wrzenia roztworów w celu badań fizykochemicznych. Był autorem szeregu monografii, m. in. „Microcalorimetry” (wyd. w r. 1946 w USA), III tom podręcznika chemii fizycznej „Termochemia” (1928, tłumaczony na jęz. niemiecki i francuski), „Ebuliometria” (1935, tłumaczona na jęz. angielski), „Azotropia i poliazotropia” (1957, wyd. angielskie i rosyjskie), „Fizykochemia smoly węglowej” (1956), „Fizykochemia węgla kamiennych i procesu koksowania” (1953). Stworzył szkołę naukową, jego uczniami byli profesorowie Mikołaj Lazniowski, Alicja Dorabalska, Wojciech Zielenkiewicz, Władysław Malesiński, Kazimierz Zieborak, Jan Stecki i inni wybitni naukowcy. Otrzymał godność doktora h. c. uczelni w Krakowie, Łodzi, Warszawie, Bukareszcie, Berlinie, Moskwie, Budapeszcie i Dreźnie.

Polskie Towarzystwo Chemiczne, stowarzyszenie naukowe o długoletniej historii, zasłużone dla postępu nauk chemicznych w Polsce, ma wyjątkowo bogaty zestaw medali nagrodowych.

PIŚMIENNICTWO

R. Mierzecki (red.), Szkoły naukowe chemików polskich, P. T. Chem., Warszawa 1993.

I. Stasiewicz (red.), Rzecz o Jędrzeju Śniadeckim. Wieczna Powszechna (Bibl. Omega nr 165), Warszawa 1970.

B. Suchodolski (red.), Historia nauki polskiej t. IV (1863-1918). Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wyd. Polskiej Akademii Nauk, Wrocław 1987.

S. Onim, Życie Marii Curie, Wyd. Prószyński i Ska, Warszawa 1995.

www.ptchem.lodz.pl (historia Pol. Tow. Chem. w 1945 r., informacja o laureatach).

Kwartalnik Historii Nauki Polskiej, 47, nr 1, 2002, str. 7-133. Instytut Historii Nauki PAN, Warszawa (biografia prof. Wiktora Kemuli).

60 lat nauczania medycyny w Lublinie

Kardiologia (cz. I)

23 października 1944 r.
dekretem PKWN został
utworzony w Lublinie Uniwersytet
Marii Curie-Skłodowskiej.
Przy nim powstał też Wydział
Lekarski. Wśród dwudziestu jego
klinik, I Klinika Chorób
Wewnętrznych rozpoczęła pracę
w poklasztorным szpitalu
Jana Bożego już z końcem
listopada 1944 roku.

PROF. DR HAB. TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA

KATEDRA I KLINIKA KARDIOLOGII
AM W LUBLINIE

Kierownikiem jej został znany kardiolog poznański **Jan Henryk Lubieniecki**. Po jego śmierci w 1947 r. kierownikiem Kliniki został **Aleksander Goldschmied**, który – zajmując się etiopatogenezą nadciśnienia tętniczego – prowadził między innymi badania nad działaniem leczniczym snu przedłużonego na normalizację ciśnienia tętniczego. Od 1953 r. Kliniką kierował **Mieczysław Gamski**, który dał podwaliny pod późniejszy rozwój kardiologii lubelskiej. W tym czasie rozpoczęto,

wspólnie z Instytutem im. Ludwika Hirszfelda we Wrocławiu, badania nad zastosowaniem leku D1 i D1H w leczeniu nadciśnienia tętniczego i nerwic układu krążenia. Wprowadzono badania polikardiograficzne u osób z nadciśnieniem tętniczym i chorobą niedokrwienną serca. Warto tu wspomnieć, że pierwsze dwa elektrokardiografy firmy Siemens zostały sprowadzone do Lublina w czasie wojny (ok. 1943 r.). Jeden był zainstalowany w szpitalu Jana Bożego (EKG odczytywał **Z. Mizerski**), drugi – w Ubezpieczalni Społecznej przy ul. Hipotecznej 4 (EKG opisywał **J. Stocki**).

W 1957 r., po przeniesieniu się Mieczysława Gamskiego do Gdańska kierownikiem Kliniki został **Mieczysław Kędra** (1914-1976), jeden z czołowych kardiologów polskich, uczeń i bliski współpracownik znakomitego kardiologa **Edwarda Szczeklika**. Ukończył Wydział Lekarski we Lwowie w 1938 r. i tam w 1939 r. uzyskał stopień naukowy doktora medycyny. Podczas okupacji pracował w Krakowie, a następnie we Wrocławiu, gdzie powołany został do służby wojskowej (1946-1949). Habilitował się w 1949 roku we Wrocławiu i został naczelnym internistą Wojska Polskiego.

W 1964 r. Klinika została przeniesiona do nowo otwartego Państwowego Szpitala Klinicznego nr 4. Pozwoliło to na utworzenie dużej pracowni polikardiografii i nowoczesnego laboratorium przyklinicznego. W 1968 r., z inicjatywy prof. M. Kędry powstał pierwszy w województwie dziewięćciolóżkowy oddział intensywnej terapii kardiologicznej, ukierunkowany na leczenie świeżego zawału ser-

Kierownicy Katedry i Kliniki Kardiologii



Prof. dr hab.
Jan Henryk Lubieniecki
(1877-1947)
kier. kliniki: 1944-1947



Prof. dr hab.
Aleksander Goldschmied
(1906-1995)
kier. kliniki: 1947-1953



Dr. wszech n. lek.
Jan Stocki
(1898-1977)
p. o. kier. kliniki:
1. 1. 1954-1. 10. 1954



Prof. dr hab.
Mieczysław Jerzy Gamski
(1913-1989)
kier. kliniki: 1954-1957



Prof. dr hab.
Mieczysław Ignacy Kędra
(1914-1976)
kier. kliniki: 1957-1976



Prof. dr hab.
Marian Jakub Piotr Markiewicz
(1926-)
kier. kliniki: od 1976-1996

Korzystałam z monografii: Marian Markiewicz. Katedra i Klinika Kardiologii Akademii Medycznej w Lublinie. Wyd. Multico. Lublin, 1996.



Pracownicy Katedry i Kliniki Kardiologii z jej szefem prof. dr hab. Mieczysławem Kędrą (1968 r.)



Grupa pracowników Katedry i Kliniki Kardiologii AM w Lublinie z jej kierownikiem prof. dr hab. Marianem Markiewiczem (1996 r.).

ca i zaburzeń rytmu. Wprowadzenie w AM w 1970 r. struktur instytutowych stało się szansą na przekształcenie I Kliniki Chorób Wewnętrznych w Klinikę Kardiologii, a ogromne zaangażowanie Mieczysława Kędry i jego talent dydaktyczny uczyniło ją bardzo dobrym ośrodkiem dydaktycznym, leczniczym i szkoleniowym dla całego regionu. Wzrastające potrzeby spowodowały zwiększenie w 1973 r. liczby łóżek OIOK do 17 (wówczas największy oddział w Polsce). Organizacja dwumiesięcznego międzynarodowego kursu dla pielęgniarek OIOK z państw Europy Wschodniej (1974 r.) ułatwiła jego wyposażenie.

Już we wczesnych latach siedemdziesiątych w OIOK Kliniki Kardiologii wprowadzono inwazyjne badania hemodynamiczne (pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego, ciśnienia w prawej komorze, tętnicy płucnej oraz ciśnienia zaklinowania). Umożliwiło to kontrolowane leczenie pacjentów z ostrą niewydolnością lewej komory i/lub wstrząsem wklajającym zawał serca.

Równoległe z rozwojem intensywnej terapii ostrej postaci choroby wieńcowej rozwijała się elektroterapia zaburzeń rytmu. Pierwszy stymulator wszczepiono w 1969 r. i przez następne pięć lat zabiegi były wykonywane przy współudziale Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej (kierownik **Stanisław Jablonka**). W okresie tym wszczepiono 186 stymulatorów. Od 1975 r. całość procedury przejęli kardiolodzy.

Diagnostyczne cewnikowanie chorych z wadami serca rozpoczęto w 1974 r., korzystając z angiografu Ośrodka Sercowo-Naczyniowego Instytutu Radiologii (kierownik **Marian Klamut**).

Wdrażanie i propagowanie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej było ważnym elementem działalności naukowej i praktycznej Kliniki już od wczesnych lat siedemdziesiątych. Jako wewnątrzszpitalna była ona rozpoczynana w 2-3 dniu zawału, prowadzona do pełnego uruchomienia i kontynuowana u większości chorych w Uzdrożyskowym Szpitalu Kardiologicznym w Nałęczowie, a u niektórych pacjentów także ambulatoryjnie.

Badania naukowe prowadzone pod kierunkiem Mieczysława Kędry miały wszechstronną tematykę, jednak przedmiotem szczególnego zainteresowania był zawał serca i intensywna terapia (zaburzenia humoralne i hormonalne, wskaźniki martwicy i niedokrwienia, równowaga kwasowo-zasadowa, zmiany w EKG, zaburzenia hemodynamiczne w ocenie inwazyjnej i nieinwazyjnej).

Podczas kierowania Kliniką przez prof. Mieczysława Kędrę (1957-1976) Jego współpracownicy przygotowali 26 prac doktorskich, przeprowadzono 4 przewody habilitacyjne (**M. Markiewicz**, **B. Kolber-Postępska**, **T. Widomska-Czekajska** i **H. Florkiewicz**), a M. Markiewicz uzyskał tytuł profesora. Specjalizację z kardiologii uzyskało 19 osób. Tak powstała lubelska Szkoła Mieczysława Kędry.

W 1976 r., po przedwczesnej śmierci Mieczysława Kędry, kierownictwo Kliniki objął Jego uczeń **Marian Markiewicz**. Kierował on Kliniką przez 20 lat, utrzymując jej dotychczasowy szeroki profil, dbając o uzupełnianie aparatury, specjalizację i rozwój kadry. W okresie tym obroniono 31 prac doktorskich, przeprowadzono 4 przewody

habilitacyjne (**H. Miturzyńska-Stryjecka**, **J. Bednarzewski**, **J. Poleszak**, **A. Wysokiński**), 45 osób z regionu uzyskało specjalizację z kardiologii. W zakresie działalności naukowej oprócz dotychczasowych kierunków zrealizowano kilka tematów badań centralnie koordynowanych (RMZ, CPBR), Klinika uczestniczyła również w wielośrodkowych badaniach naukowych.

W 1986 r. zlikwidowano w AM struktury instytutowe, a Klinika Kardiologii otrzymała rangę Katedry.

W zakresie elektroterapii, w 1984 r. w ośrodku lubelskim, jako pierwszym w kraju, wprowadzono do stałej praktyki stymulację przedsionkową z wykorzystaniem standardowych (jedynych wówczas dostępnych) elektrod i stymulatorów. W 1985 r. wprowadzono stymulację dwujamową, a w 1993 r. stymulację drogi odpływu prawej komory. Ośrodek lubelski wszechopierający rocznie ok. 800 stymulatorów, należał do przodujących w kraju, zarówno w zakresie nowoczesności stosowanych metod, jak i rocznej liczby nowych implantacji. Odsetek stymulacji fizjologicznych tj. przedsionkowych i przedsionkowo-komorowych (ok. 60 procent) pozwolił na zaliczenie do czołówki europejskiej.

W 1994 r. wprowadzono do praktyki OIOK kardiwersję przelykową, pozwalającą na znaczące zmniejszenie docierającej do lewej komory energii elektrycznej, co ma istotne znaczenie przy wielokrotnych kardiowersjach.

W 1982 r. w Klinice została utworzona Pracownia Psychologii Klinicznej. W latach 1982-1996 działalność praktyczna i naukowa dotyczyła chorych z zawałem serca, po nagłym zatrzymaniu krążenia, przed i po operacjach kardiochirurgicznych, z zaburzeniami rytmu i nadciśnieniem. Powstało szereg prac dotyczących zmian struktury osobowości, sprawności intelektualnej, przystosowania społecznego i stylu życia w przebiegu choroby i rehabilitacji. Przygotowana została rozprawa doktorska naszego psychologa

Jako konsultant regionalny M. Markiewicz dużo uwagi poświęcił również rozwojowi opieki kardiologicznej w szpitalach regionu wspierając starania o odpowiednie wyposażenie i szkolenie zawodowe. Przez wiele lat był także kierownikiem naukowym ośrodka naukowo-badawczego w kardiologicznym uzdrożysku Nałęczów. Echokardiograficzna ocena wpływu rehabilitacji sanatoryjnej na czynność lewej komory u chorych po zawałe serca w trakcie pięcioletniej obserwacji była przedmiotem rozprawy habilitacyjnej (**A. Wysokiński**).

Pierwsze koronarografie zostały wykonane przez kardiologów za pomocą angiografu w Zakładzie Radiologii w grudniu 1990 r., a PTCA rozpoczęto w lutym 1991 r. W ciągu pięciu lat wykonano łącznie ok. 1000 badań/zabiegów.

Zasługą Mariana Markiewicza było pozyskanie nowoczesnego angiokardiografu firmy Philips, o sfinansowanie którego starał się prawie pięć lat z ogromnym zaangażowaniem. Umożliwiło to powstanie w 1996 r. nowoczesnej Pracowni Hemodynamiki i Angiokardiografii zlokalizowanej w Klinice Kardiologii i dostępnej przez całą dobę.

C. D. N

Półwiecze ortopedii dziecięcej

Jubileusz 40-lecia
pracy zawodowej prof. T. Karskiego

W dniach 16-17 października
2003 roku w ramach
obchodów 50-lecia ortopedii
na Lubelszczyźnie 2003/2004
odbyła się konferencja
naukowa pod patronatem
honorowym
JM Rektora AM prof. dr hab.
dr h. c. Macieja Latańskiego.

DR N. MED. JACEK KARSKI
LEK. MED. JAROSŁAW KAŁAKUCKI

KATEDRA I KLINIKA
ORTOPEDII DZIECIĘCEJ I REHABILITACJI
AM W LUBLINIE

Uroczystości te zbiegły się w czasie z Jubileuszem 40-lecia pracy lekarskiej profesora **Tomasza Karskiego** – kierownika Katedry i Kliniki Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji AM.

Organizatorem konferencji naukowej była Katedra i Klinika Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie.

Uroczystości poprzedziła Msza Święta za zmarłych ortopedów Lubelszczyzny celebrowana w Kościele Rektoralnym Niepokalanego Poczęcia NMP w dniu 16 października 2003 r. Część naukowa rozpoczęła się dnia następnego o godzinie 9 w głównej auli Dziecięcego Szpitala Klinicznego. Przybyłych gości powitał prof. Tomasz Karski:

*„There are in fact two things, science and opinion;
the former biggest knowledge, the later ignorance”*

Hippocrates (460-377 p. n. e.)

*„W badaniach spotykamy dwie postawy
– postawę nauki i postawę
„jest tak jak głosi dotychczasowa opinia”;
pierwsza postawa oznacza wiedzę,
druga oznacza ignorancję”*

**cytat z książki prof. Johna Sevastika,
Research into Spinal Deformities 1 (1997)**

Wystąpienie okolicznościowe prof. dr hab. Tomasza Karskiego

Magnificencjo Rektorze,
Ekscelencjo Księżu Biskupie,
Szanowne Panie i Panowie Profesorowie,
Wielce Szanowni i Drodzy uczestnicy Konferencji



Prof. Tomasz Karski wygłasza referat nt. osiągnięć ortopedii dziecięcej w półwieczu

Naukowej inaugurującej obchody 50-lecia ortopedii na Lubelszczyźnie.

Dostojni Goście, Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy, Półwiecze to zawsze wielkie wydarzenie w życiu społeczeństw, narodów, instytucji i poszczególnych ludzi. Pięćdziesiąt lat to w wielu językach określenie rocznicy jubileuszowej. Jubileusz zaś to wielkie święto radości, wybaczenia i nowego porozumienia. To początek nowego działania, już lepszego, opartego na doświadczeniach minionych pięćdziesięciu lat. Jest to też rocznica podsumowania dokonań.

Do czasu przybycia na Lubelszczyznę prof. Stanisława Piątkowskiego i doc. Józefa Kamińskiego nikt tutaj nie znalazł słowa ortopedia. Za historyczny dzień początku ortopedii na Lubelszczyźnie przyjmuje się datę 7 grudnia 1954 r. – datę pierwszej operacji w Oddziale Dziecięcym Kliniki Ortopedycznej AM. My chcemy dzisiaj mówić o ortopedii dziecięcej.

W roku 1970 dzięki mądrym i dalekowzrocznym decyzjom prof. Antoniego Gębali i prof. Stanisława Piątkowskiego powstała pierwsza w Polsce Klinika Ortopedii Dziecięcej. Pierwszym i długoletnim kierownikiem Kliniki został prof. Ignacy Wośko.

Powoli ortopedia dziecięca staje się samodzielną dyscypliną, podobnie jak chirurgia dziecięca, laryngologia dziecięca i nawiązuje do świetnych tradycji pracy klinik ortopedii dziecięcej takich jak w Nowym Jorku, Paryżu, Londynie, Haifie, Stuttgarcie, Brnie.

Witam szczególnie serdecznie wszystkich Dostojnych Gości Konferencji, naszych Drogich Kolegów ortopedów. Wszystkich tych nie wymienionych z nazwiska wi-



Uczestnicy konferencji naukowej

tam szczególnie gorąco. Witam w sposób wyjątkowy Szanownych i Drogich Gości z zagranicy z Węgier (dr Kellerman, dr Fister, prof. Szoke, dr Toth i pozostających Kolegów z Budapesztu, Szeged i Bekescsaby), Słowacji (prof. Makai, doc. Rehak, dr Kopacz, dr Pedan), Francji (dr Cheneau), Szwecji (prof. Sevastik Senior i prof. Sevastik Junior), z Niemiec (dr Eckert), z Australii (prof. Kozłowski i dr Kozłowska).

Po powitaniu, przed uczestnikami Konferencji wystąpił kwartet smyczkowy „Wieniawski Kwartet” z koncertem muzyki klasycznej. Wśród wykonanych utworów usłyszeliśmy: Divertimento D-dur KV 136 – W. A. Mozarta oraz Jesień część 3 – polowanie i Wiosna część 1 – nadejście wiosny – A. Vivaldiego.

Po koncercie profesor Tomasz Karski obchodzący 40-lecie pracy lekarskiej został uhonorowany najwyższym odznaczeniem nauczycielskim – Medalem Komisji Edukacji Narodowej. Szanowny Jubilat otrzymał również wiele okolicznościowych listów gratulacyjnych. Pod jego adresem zostało skierowanych wiele ciepłych słów i życzeń od uczestników Konferencji i Zespołu Kliniki.

Część naukowa Konferencji została poświęcona wydarzeniom i osiągnięciom w dziedzinie ortopedii dziecięcej oraz ważnym i aktualnym tematom we współczesnej ortopedii. Pierwszy, niezwykle ciekawy pod kątem historii ortopedii referat, został wygłoszony przez prof. dr hab. Tomasza Karskiego. Był poświęcony sylwetkom ortopedów lubelskich oraz ich pracy zawodowej na przestrzeni pięćdziesięciolecia. Poniżej wymieniono, z zachowaniem kolejności prezentowania, referaty informacyjne z Katedry i Kliniki Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji AM, mówiące o najważniejszych osiągnięciach ortopedii dziecięcej w okresie 50-lecia w zakresie prezentowanych schorzeń:

■ Wrodzona dysplazja stawu biodrowego, podwichnięcie i zwichnięcie – Marek Okoński, Jacek Karski, Marta Tarczyńska, Grzegorz Kandziński, Tomasz Karski.

■ Mózgowe porażenie dziecięce i deformacje kompensacyjne w MPDz – Marek Okoński, Tomasz Karski Wojciech Konera, Jacek Karski, Adnan Bacher.

■ Skoliozy tzw. idiopatyczne – Tomasz Karski, Jacek Madej, Jacek Karski, Jarosław Kałakucki.

■ Kolano – rola pasma biodrowo-piszczelowego w patogenezie nawykowego zwichnięcia rzepki i kolana koślawego – Jacek Karski, Andrzej Gregosiewicz, Grzegorz Kandziński, Marek Okoński, Tomasz Raganowicz.

■ Choroba Perthesa – Grzegorz Kandziński, Andrzej Gregosiewicz, Mariusz Długosz.

■ Wrodzone stopy końsko-szpotałe, deformacje w zespołach chorobowych – Jerzy Ostrowski, Zbigniew Drabik, Leszek Gil.

■ Mięśniowy kręcz szyi – Tomasz Karski, Jacek Karski, Jarosław Kałakucki.

■ Choroba Blounta – możliwości leczenia bezoperacyjnego – Tomasz Karski, Grzegorz Kandziński, Zbigniew Drabik.

■ Wydłużanie kończyn przy użyciu dystraktorów zewnętrznych – Andrzej Gregosiewicz, Wojciech Konera, Michał Latański, Tomasz Raganowicz.

■ Korekcja osi kończyn – Andrzej Gregosiewicz, Wojciech Konera, Michał Latański, Tomasz Raganowicz.

■ Młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej (MZG-KU) – Andrzej Gregosiewicz, Tomasz Raganowicz, Michał Latański.

■ Balneologia i geotermia w rehabilitacji ortopedycznej – Tomasz Karski, Jarosław Kałakucki, Jacek Karski, Jerzy Ostrowski, Leszek Gil.



■ Spina bifida – Grzegorz Kandzierski, Wojciech Konera, Marek Okoński, Adnan Bacher.

■ Wady ręki u dzieci i ich leczenie – Grzegorz Kandzierski, Marek Okoński, Jacek Karski, Jarosław Kałakucki.

■ Torbiele i zmiany guzopodobne – Jerzy Ostrowski, Wojciech Konera, Zbigniew Drabik, Jacek Madej.

■ Okołoporodowe porażenie spłotu ramiennego – Tomasz Karski, Marta Tarczyńska, Wojciech Konera.

■ Problemy psychologiczne dzieci długoleczonych – Justyna Cwalina, Grzegorz Kandzierski.

■ CombiCast – innowacyjna technika zakładania gipsów syntetycznych 3M (tm) Soft Cast (tm)+Scotchcast (tm) – Wojciech Głuchowski.

Po części naukowej odbył się występ artystyczny dzieci ze Szkoły Przyszpitalnej DSK. Następnym punktem naukowym Konferencji były referaty zaproszonych Gości. Ortopedzi z zagranicy (Australia, Czechy Słowacja, Szwecja, Francja, Niemcy, Węgry) i z Polski (Poznań i Białystok) omówili ważne tematy współczesnej ortopedii. Łącznie autorzy przedstawiili 13 referatów:

1. A New – Perhaps Not Uncommon – Bone Dysplasia – Kozłowski K., Marik I., Marikova O., Zemkova D., Kuklik M. – Department of Radiology, New Children's Hospital, Sydney, Australia, Ambulant Centre for Defects of Locomotor Apparatus, Prague, Czech Republic.

2. Rib Asymmetry the Neglected Factor in Research on the Etiology, the Pathogenesis and the Treatment of Idiopathic Scoliosis: New concepts – John A. Sevastik – Department of Orthopaedic Surgery, Karolinska Institute, Sweden.

3. The role of orthopaedics in the BONE and JOINT DECADE – Frantisek Makai – Ist University Department of Orthopaedic, Bratislava, Slovak Republic.

4. A clinical fact. An almost complete vertebra has been created from a tiny wedge during a treatment with brace – Gudrun Engels, Kümmelsbruck Germany, Jacques Cheneau, Saint Orens, France.

5. Predicting skeletal maturity in patients with unilateral fibular hemimelia – G. Szeke, S. Kiss, M. Galban, J. R. Bowen – Semmelweis Institute – Budapeszt, Hungary.

6. Some Diagnostic Problems of Known Bone Dysplasias – Kozłowski K.*, Al Kassis A., Ben Ghachem M., Nessib M., Hammou A., Guiddana N. *Department of Radiology, New Children's Hospital, Sydney, Australia, Hôpital d'Enfants de Tunis, Tunisie, Africa.

7. Our experiences with the Ilizarov lower limb lengthening – Peter Kellermann – Szeged, Hungary.

8. Frozen shoulder: manipulation under anesthesia – Ildiko Fiszter – Szeged, Hungary.

9. Rückenschule für Kinder /ang./ Back School for children – János Toth – Bekecsaba, Hungary.

10. Wczoraj, dziś i jutro leczenia wrodzonego zwicnięcia stawu biodrowego w Polsce – Andrzej Lempicki, Małgorzata Wierusz-Kozłowska – Klinika Ortopedii – Poznań, Polska.

11. Autotrakáná myokorelaáná metóda lieáby juvenilných a adolescentných skolióz – Alexej Pedan – Trenáin, Slovak Republic.

12. Our experience with osteoclastoma – Kopasz – Szeged, Hungary.

13. Wartość diagnostyczna N-acetyl-β-hexosaminidazy płynu stawu kolanowego w przewlekłych procesach zapalnych u dzieci – Janusz Popko, K. Zwierz – Klinika Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej – Białystok, Polska.

Po zakończeniu obrad, w godzinach wieczornych uczestnicy Konferencji oraz zaproszeni przyjaciele wzięli udział w Koncercie Finałowym XI Międzynarodowego Nieustającego Festiwalu Gitarowego, który odbył się w Filharmonii Lubelskiej, a poświęcony został ortopedii lubelskiej. W repertuarze znalazły się utwory gitarowe i symfoniczne duetu Alfredo Panebianco (Kuba) – gitara i Vania del Monaco (Hiszpania) – gitara, w wykonaniu samych autorów, którym towarzyszyła Orkiestra Symfoniczna Filharmonii pod batutą dyrygenta – Jacka Rogali. Przeszło półtoragodzinny koncert, z „bisami”, został owacyjnie przyjęty przez publiczność.

Po koncercie, w salach reprezentacyjnych Filharmonii odbył się raut jubileuszowy. Podczas spotkania padło wiele ciepłych słów od gości zagranicznych i znamienitych osób z Polski na temat dokonań lubelskiej ortopedii, a zwłaszcza profesora Tomasza Karskiego.

Konferencja naukowa inaugurująca obchody 50-lecia ortopedii na Lubelszczyźnie zakończyła się w atmosferze wzajemnej życzliwości i otwartego, śmiałego spojrzenia w przyszłość.



Zaproszeni goście z zagranicy – od lewej – doc. Georg Szoke (Węgry), prof. John Sevastik (Szwecja), prof. Bo Sevastik (Szwecja)

40-lecie pracy lekarskiej profesora Tomasza Karskiego

Sylwetka Jubilata

Prof. dr hab. Tomasz Karski urodził się 2 stycznia 1939 roku. W latach 1956-1963 odbył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie uzyskując dyplom lekarza medycyny. Z ortopedią związany jest od IV roku studiów dzięki Kołu Naukowemu (3 lata) i pracy w ramach wolontariatu w okresie studiów i po studiach. Od 1 marca 1963 r. do 30 września 1964 r. pracował w Klinice Ortopedycznej na etacie w 101 Szpitalu Wojсковym, gdzie mieściła się Klinika Ortopedyczna AM. Od 1 października 1964 r. pracuje w Klinice na etacie Akademii Medycznej.

Specjalizację I stopnia z ortopedii i chirurgii urazowej uzyskał w roku 1967, a II stopnia w roku 1971. Stopień doktora nauk medycznych otrzymał w roku 1972; w rok później uzyskał stanowisko adiunkta. W roku 1982 otrzymał stopień doktora habilitowanego, a w roku 1983 stanowisko docenta. W roku 1993 uzyskał tytuł profesora i stanowisko profesora w Klinice Ortopedii Dziecięcej AM w Lublinie. 16 lipca 2001 r. został mianowany przez Ministra Zdrowia na stanowisko profesora zwyczajnego. Od 1 października 1995 r. pełni stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji AM w Lublinie.

Profesor Karski jest członkiem Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego (PTOiTr) od roku 1963. Przez dwanaście kolejnych lat był wybierany na Sekretarza Oddziału Lubelskiego PTOiTr; przez cztery lata był Wiceprezesem Oddziału, a cztery pełnił funkcję Prezesa Oddziału. Jest członkiem Lubelskiego Towarzystwa Naukowego. Prof. Karski pracuje w Komitetach Redakcyjnych: Polish Hand Surgery, Journal of Paediatric Orthopaedics part-B oraz Biblioteki Ortopedii Dziecięcej. Jest członkiem EPOS. Od roku 2002 jest członkiem SICOT – La Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie. W ciągu 40 lat pracy lekarskiej prof. Karski odbył liczne staże i szkolenia w wielu Klinikach Ortopedycznych. Najważniejsze i najdłuższe z nich to pobyty w Neuruppinie, Heidelbergu i Essen, Helsinkach i Heinoli, Oslo, Budapeszcie i Debreczynie, Bratysławie i Brnie. Ponadto w czasie krótkich pobytów poznał Kliniki w Amsterdamie, Londynie, Florencji, Pradze, Lublianie i Kopenhadze. Miał też okazję uczestniczyć w licznych kongresach polskich i zagranicznych, w których zawsze brał czynny udział głosząc referaty i przewodnicząc sesjom naukowym.

Do szczególnie ważnych osiągnięć naukowych, a zarazem diagnostycznych i leczniczych należy zaliczyć wdrożenie sposobu tzw. „doreponowania” zwkniętego biodra. Sposób ten u wielu dzieci czyni zbytecznym operowanie. Dzięki tej metodzie lubelska Klinika Ortopedii

Dziecięcej jest jedynym ośrodkiem w Polsce, gdzie całkowicie wyeliminowano operacyjne repozycje proste biodra (repositio simplex). Dzięki zastosowaniu czynnościowego leczenia abdukcyjnego stało się możliwe bezoperacyjne leczenie wrodzonej dysplazji biodra u dzieci starszych. Profesor T. Karski zainicjował leczenie redresyjno-skłętne mięśniowego kręczu szyi, jedynego skutecznego leczenia bezoperacyjnego. Opisał patomechanizmy rozwoju tzw. goleni szpotawych w chorobie Blounta. Nowe leczenie tej wady chroni wiele dzieci przed operacjami. Profesor Karski wprowadził u dzieci z niewydolnością mięśni pośladowych i stabilizujących miednicę nowe ćwiczenia tzw. „abdukcji z abdukcji”. Efektywność tych ćwiczeń została poparta badaniami prowadzonymi przez Polską Akademię Nauk (PAN).

Profesor Tomasz Karski wyjaśnił etiopatogenezę rozwoju skolioz tzw. idiopatycznych (1995 r.) i jest autorem nowego programu leczenia rehabilitacyjnego. W roku 2001 opisał dwie grupy etiopatogentyczne (I i II) skolioz – kluczowe dla rokowania i ustalenia sposobów profilaktyki i leczenia. Koncepcja lubelska jest potwierdzona przez wiele ośrodków w Polsce, a także w Europie, Ameryce i Azji. Informacje na ten temat Prof. Karski zawarł w licznych publikacjach polsko-, niemiecko- i anglojęzycznych, w trzech książkach na temat skolioz (2000, 2002, 2003) oraz w materiałach IRSSD (International Research Society for Spinal Deformities – 2002). Własne spostrzeżenia przedstawił na Kongresie IRSSD w Atenach (maj 2002) oraz na Kongresie SICOT w Kairze (wrzesień 2003 r.).

Profesor Tomasz Karski dwudziestodwukrotnie otrzymał nagrody Rektora za działalność naukową i dydaktyczną. Trzykrotnie otrzymał nagrodę Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (1975, 1986, 1993). Otrzymał również odznakę „Przyjaciel Dziecka” (1978 r.), „Medal Pamiątkowy Sześćdziesięciolecia TPD” i „Międzynarodowego Roku Dziecka” (1979 r.), Złotą Odznakę TWK (1984 r.), Złoty Krzyż Zasługi (1987 r.), Medal im. dr Henryka Jordana (2000 r.) oraz Krzyż Kawalerski Polonia Restituta (2000 r.). Jest także honorowym członkiem Towarzystw Ortopedycznych – Węgierskiego (1996 r.) i Słowackiego (2003 r.). W roku 2003 został wyróżniony przez International Biographical Centre Cambridge, England jako Outstanding Intellectual of the 21st Century oraz przez American Biographical Institute (ABI) jako Great Mind of the 21st Century. Został również mianowany do IBC Research Council. Został umieszczony na liście The Contemporary Who's Who oraz nominowany do International Peace Prize of the United Cultural Convention. W roku 2003 otrzymał ABI Diploma of Fellowship for Magnificent & Distinguished Deeds oraz Presidential Seal of Honor 2003. Został umieszczony w Hall of Fame ABI, oraz nominowany do rangi Leading Intellectual of the World 2002-2003.

Profesor Tomasz Karski jest autorem siedmiu oryginalnych patentów ortopedycznych. Dorobek naukowy Profesora obejmuje 306 prac i publikacji naukowych w renomowanych pismach ortopedycznych i medycznych polskich, jak również zagranicznych, oraz 5 pozycji książkowych.

Najważniejsze daty w półwieczu historii ortopedii i ortopedii dziecięcej na Lubelszczyźnie

5 grudnia 1954 r. – zorganizowanie ortopedii na Lubelszczyźnie – prof. Stanisław Piątkowski.

7 grudnia 1954 r. – pierwszy zabieg operacyjny wykonany w Oddziale Dziecięcym Kliniki Ortopedycznej lubelskiej AM.

1 września 1958 r. – powstanie pierwszej w Polsce Szkoły Przychodni w Oddziale Dziecięcym Kliniki Ortopedycznej AM – organizator i dyrektor – mgr Lubow Brudt.

1 października 1970 r. – powstanie Kliniki Ortopedii Dziecięcej In-

stytutu Pediatrii AM na bazie Oddziału Dziecięcego Kliniki Ortopedycznej AM – prof. Ignacy Woško.

1 października 1970 r. – 7 maja 1997 r. – Klinika Ortopedii Dziecięcej w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1, ul. Staszica 11. W latach 1991-1997 Oddział Matki z Dzieckiem.

1 lutego 1991 r. – przeniesienie części Kliniki (20 łóżek) do Dziecięcego Szpitala Klinicznego przy ul. Chodźki 2.

25 kwietnia 1997 r. – Klinika Ortopedii Dziecięcej w DSK.

7 maja 1997 r. – uroczyste otwarcie Katedry i Kliniki Ortopedii Dziecięcej AM w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym z udziałem JM Rektora prof. dr hab. Zdzisława Kleinroka i Dyrektora DSK mgr Grażyny Pańniczek.

13 czerwca 2001 r. – uchwałą JM Rektora prof. dr hab. Macieja Latańskiego zmiana nazwy Kliniki na Katedrę i Klinikę Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji AM.

Mszę Świętą w dniu 16 października 2003 roku w Kościele Rektoralnym Niepokalanego Poczęcia NMP, ul. Staszica 16 w Lublinie odprawiono w intencji wszystkich narłych ortopedów Lubelszczyzny, a wśród nich:

Ś. P. Prof. dr hab. Stanisław Piątkowski + 1988
Ś. P. Prof. dr hab. Józef Kozak + 1994
Ś. P. Prof. dr hab. Ignacy Woško + 1997
Ś. P. Doc. dr hab. Józef Kamiński + 1982
Ś. P. Dr n. med. Emil Zatoński + 1998
Ś. P. Dr n. med. Cezary Rejzner +

Ś. P. Dr Władysław Lipiński + 1964
Ś. P. Dr Bartosz Kolodziejcki +
Ś. P. Dr Andrzej Gnyp + 2002
Ś. P. Dr Dorota Słupecka +
Ś. P. Dr Mirosław Martyniuk +
Ś. P. Dr Franciszek Turkiewicz +
Ś. P. Dr Wilhelm Błaszczuk +
Ś. P. Dr Jerzy Purski +
Ś. P. Dr Jarosław Mleczo +
Ś. P. Dr Zbigniew Korszowski + 2000
Ś. P. Dr Andrzej Fabicki + 2002



Prof. Tomasz Karski (pierwszy z lewej) odbiera gratulacje od przedstawicieli zespołu Kliniki Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji – dr Danuty Stoleckiej i dr n. med. Marka Okońskiego

Moje szkoły polskie i angielskie

*„Za wszystko co masz,
mądrości nabywaj”*

Powyższy cytat z „Księgi przysłów” moim zdaniem stanowi dobre podsumowanie kilku lat nauki. Mam ten przywilej, że należę do historycznego rocznika 1969, który rozpoczął historię Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Co prawda z tym rocznikiem studiowałam przez pierwsze dwa lata, ale ten czas był dla mnie niezwykle ważny.

DR N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA
ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Rozpoczęłam studia jako jedna z wybranej grupy – piętnastu najlepszych kandydatek z kierunku pedagogicznego. Przekonałam się o słuszności swego wyboru, gdy los zdecydował, że w 1971 roku wyjechałam do Wielkiej Brytanii i podczas dwuletniego urlopu dziekańskiego postanowiłam poznać angielski system opieki zdrowotnej.

Te moje pierwsze dwa lata studiów, to było wspaniałe przeżycie. Wiele zajęć mieliśmy wspólnych z Wydziałem Lekarskim. Spotkania integracyjne oraz imprezy różnego rodzaju odbywały się ciągle. Dnia 1 października 1969 roku wstąpiłam w szeregi Zrzeszenia Studentów Polskich (ZSP). Życie studenckie miało swój urok. Choć były i cienie. Przez pierwsze miesiące nie otrzymałyśmy stypendium, a siedem osób – wśród nich i ja, nie miało pieniędzy nawet na jedzenie. Byłyśmy tak głodne, że jedna koleżanka dostała wręcz obrzęków głodowych. Ponieważ byłyśmy bardzo nieśmiałe to nikt poza nami o tym nie wiedział. Nieco później uzyskałam książeczkę pracy w Studenckiej Spółdzielni „Juventus”, gdzie podejmowałam różne prace na zlecenie.

Pamiętam, jak kiedyś koleżanka z pokoju przywozła z domu zapasy dla poratowania nas, widząc wyłożone na stół „smakołyki” – widząc tę obfitość, wręcz się rozplakaliśmy, nie wierząc własnym oczom. Nie było jednak obfitości, musiałyśmy racjonować jedzenie. Jeszcze mieszczę-

śliwsze były te, które paliły, a nie było ich stać na papierosa. Przyjrzałam się sile nałogu i na zawsze nabyłam niechęci do palenia.

Mimo trudnych warunków, biednych początków – ten eksperyment, jakim był pierwszy rocznik udał się. Studia z tytułem magistra pielęgniarstwa ukończyły 54 „Klamutówki” (rozpoczęło je ponad 60 osób).

Pewną pociechę i rozrywkę stanowił dla nas wspólny śpiew. Słynął z niego nasz pokój 424. Często proszono nas o koncerty o różnych porach, w tych prośbach celowali koledzy z Wydziału Lekarskiego, wielbiciele naszych talentów wokalnych.

Zajęcia z nami to był także eksperyment dla naszych wykładowców (10 profesorów, 16 docentów, 22 doktorów i magistrów). W pewnym sensie byłyśmy królikami doświadczalnymi. Nie wszystko było dopięte na ostatni guzik. Ale studentki były młode, a jednocześnie dojrzałe i wiedziałyśmy czego chcemy. Uczyłyśmy się bardzo chętnie. Wybrano dla nas nauczycieli jak najlepszych. Pracownicy naukowci rekrutowali się z Akademii Medycznej oraz z UMCS, a także spośród pielęgniarek stanowiących kadre dydaktyczną Studium Pielęgniarstwa AM.

Zajęcia były niezwykle ciekawe. Pedagogiki uczył nas niezapomniany docent Bohdan Komorowski, zajęcia z psychologii prowadzili znakomici państwo profesorostwo Natalia i Józef Reuttowie. Na zawsze pozostaną w mojej pamięci wykłady prowadzone przez doc. dr hab. Irenę Borkowską, socjologa doc. dr hab. Helenę Csorbę, prawnika doc. dr Mariana Haśca, psychiatrę dr Andrzeja Koślacza. Choć trzeba przyznać, że nie wszyscy profesorowie rozu-



Pierwsza siedziba Wydziału Pielęgniarstwa AM w Lublinie przy ul. Osterwy 4 (obecnie ul. Kapucyńska)

Moja podobizna z okresu studiów



W pokoju nr 424 w Domu Studenta



W pobliżu Uniwersytetu znajdował się nasz Bradford Technical College

mieli konieczność kształcenia pielęgniarek na poziomie magisterskim.

Bywały i uwagi: „Po co tym pielęgniarcom magisteria?”. Na szczęście nie były powszechne. Studium (wtedy jeszcze nie Wydział) cieszyło się wielkim zainteresowaniem, często przybywali do nas goście i z kraju i z zagranicy, chcąc się przyjrzeć rozwojowi lubelskiego eksperymentu. Angielskiego uczyła nas pani mgr Modesta Rusinek, która dopiero podczas tegorocznego, wrześniowego zjazdu dowiedziała się od nas, jak bardzo obawiałyśmy się jej wymagań. Fizjologii nauczał prof. dr hab. Andrzej Niechaj powszechnie lubiany przez studentki, znakomicie wykładający, a zarazem bardzo życzliwy dla naszych studenckich starań. Epidemiologia to był prof. dr hab. Leon Jabłoński, słynący z barwnych opowieści, nie tylko na tematy naukowe. Potem, ale to już inna historia prof. dr hab. Leon Jabłoński stał się życzliwym i znakomitym promotorem mojego doktoratu (po śmierci pierwszego promotora prof. dr hab. Adama Majczaka). Wtedy jednak nie



University of Bradford

podobnego nie przyszłoby mi do głowy. Doktorat wydawał się czymś wówczas abstrakcyjnym.

Było też bardzo staranne i rygorystyczne szkolenie wojskowe. Uczono nas wielu zagadnień, przygotowując do różnych ewentualności. A nie było to szkolenie tylko teoretyczne, rozpoczęło się jeszcze w szkole średniej (w Liceum Ogólnokształcącym w Ostródzie). Strzelanie i ćwiczenie na poligonie było codziennością, a strzelanie należało do jednego z moich ulubionych zajęć, za które uzyskiwałam dobre oceny, choć traktowałam je tylko i jedynie jako sport.

Po ukończeniu dwóch lat studiów wyjechałam w 1971 roku do Zjednoczonego Królestwa i po uzyskaniu z angielskiego Home Office prawa pobytu w tym kraju na okres dwu lat i zezwolenia na wykonywanie pracy w szpitalu geriatrycznym Bierley Hall Hospital w Bradford – pozostałam tam do października 1973 roku. Było to niezwykle doświadczenie. Szpital w Bradford, w którym znalazłam zatrudnienie jako pomocnicza pielęgniarka był wówczas jed-

nym z 4 najnowocześniejszych szpitali geriatrycznych w tym mieście. My do dziś takich nie zorganizowaliśmy. W Bierley Hall Hospital pracowałam jako Nursing Auxiliary, a oprócz tego od kwietnia do końca września 1973 roku (przez okres 1/2 roku) byłam zatrudniona w branży handlowej, jako sprzedawca w sklepie (dwa razy w tygodniu, w godzinach popołudniowych). Praca w sklepie Mother Hubbard's Family Style była dla mnie swego rodzaju „odskocznią” od różnych traumatycznych przeżyć w szpitalu. Mieszkałam w Nurses Home tuż obok szpitala.

Naukę języka angielskiego pobierałam w The Bradford College of Art and Technology przy Great Horton Road. Na naukę języka uczęszczałam dwa razy w tygodniu, był to tzw. part-time course in English dla osób pracujących i z różnych krajów świata. Mieliśmy między innymi znakomite laboratorium językowe. Nasi nauczyciele w college'u byli bardzo kochani. Pozostaną na zawsze w mojej pamięci. Ten okres mojej edukacji był najpiękniejszym okresem w moim życiu. Relacje nauczyciel-student w Anglii są godne naśladowania. Ponieważ tam nie stresuje się studentów. W czasie zajęć zawsze była wspaniała atmosfera, ciągle nas chwalono, nawet za małe osiągnięcia, za aktywność. Organizowano nam często spotkania i wyjazdy. Bardzo często uczestniczyłam w wycieczkach krajowych, w zagranicznych niestety brać udziału nie mogłam. Dyrektor Szkoły E. E. Robinson bardzo ubolewał, że jako osoba zza „żelaznej kurtyny” nie mam prawa do takich wyjazdów. Kiedyś próbował załatwić mi wyjazd do Grecji i bardzo współczuł studentom z Polski, że są nie ze swojej winy dyskryminowani. Ale udało mi się jeździć do Szkocji, Walii, do Londynu, Edynburga, Yorku, Manchesteru, Nottingham, Leeds, Blackpool. Wiele razy byłam w takich miejscowościach jak: Skipton, Haworth, Scabrough, Harrogate.

W Anglii przekonałam się, jak różne są systemy kształcenia pielęgniarek. Mimo bardzo dobrego przy-

gotowania teoretycznego okazało się, że wielu umiejętności polskie pielęgniarki nie mają. A choćby badań laboratoryjnych w Polsce w ogóle nie wykonują. Tu musiałam się i tych czynności szybko nauczyć i opanowałam je ucząc się i konsultując z koleżankami ze szpitala. W pierwszym okresie pracy jako Nursing Auxiliary miałam również trudności z wykonywaniem bardzo dokładnej, długo trwającej toalety pośmiertnej. Była to ciężka szkoła, ale wiele mnie nauczyła i często do dziś wracają wspomnienia tamtych koleżanek, kolegów i pacjentów szpitala. Z niektórymi nawet zaprzyjaźniłam się na dłużej.

Moja praca w szpitalu była bardzo ciężka, ale dawała ogromną satysfakcję, sympatię i często wdzięczność podopiecznych. Tam też przyjrzałam się z bliska problemom starości, choroby nieuleczalnej i umierania. Na zawsze zapamiętałam rozmowy z podopiecznymi, którzy świadomi, że życie ich dobiega kresu, dokonywali swoistych podsu-

Szok cywilizacyjny, który przeżyłam w Wielkiej Brytanii zmienił mnie. Nawet myślałam, że metody i środki kształcenia są zbyt anachroniczne w stosunku do potrzeb. Myślałam nawet o zmianie studiów.

mowań, często odrzucali hierarchię dotąd uznawanych wartości. Dość często zmieniali swoją ostatnią wolę, widząc obojętność rodziny. Jeden z nich swój majątek zdecydował zapisać... swojemu psu (formalnie opiekunowi psa).

Organizacja pracy była niezwykle dobra. Wykorzystywano każdą chwilę. Punktualność i dyscyplina były wręcz wzorowe. Od tej pory mam dużą niechęć do tracenia czasu i staram się przestrzegać wyuczonych zasad pracy. Była to prawdziwa szkoła życia, nauka pracy w zespole, liczenia się z czasem, pracą i potrzebami innych.

Dyrektorem w Bierley Hall Hospital był pielęgniarz. Przełożoną była niezapomniana irlandzka pielęgniarka – miss Farrell, a Hospital Secretary – mr. R. B. Turner. W szpitalu należałam do dziennego personelu ponieważ pracowałam na dwóch zmianach w ciągu dnia. Nocny personel (Night Staff) pracował tylko w nocy (4 noce w tygodniu) i rządził się swoimi prawami. Nocny personel miał większe pobory i dłuższy urlop wypoczynkowy.

W Bierley Hall Hospital, który często nazywano ostatnim mieszkaniem na tej ziemi, zetknęłam się też z problemami umierania. Nasi chorzy cicho cierpieli i cicho umierali. Prawie każdego dnia był jeden lub kilka zgonów. Kiedy zamykał się krąg życia starano się aby pacjenci umie-



Na zakupach w centrum Bradford



Na dyżurze w Oddziale Kobięcym w Bierley Hall Hospital

rali godnie, w takim komforcie psychicznym, jaki można im było zapewnić. Towarzyszył im zwykle pracownik szpitala, rzadko to był członek rodziny lub wolontariusz. Bardzo rzadko zdarzało się, aby ktoś umierał w samotności – to mogło się zdarzyć tylko w przypadku, gdy śmierć przyszła nieoczekiwanie. Zwykle towarzyszyliśmy umierającemu siedząc przy jego łóżku i trzymając go za rękę.

W szpitalu zwracał uwagę ciepły, wręcz czuły stosunek do chorego. Pielęgniarki umiejętnie słuchały, serdecznie przytulały i pocieszały podopiecznych. Podnosiły ich na duchu, gdy np. zanieczyścili się. Nie okazywały nigdy niechęci, nie podnosiły głosu, były zawsze uśmiechnięte, empatyczne i emanowała z nich dobroć. Traktowały starszków, wręcz jak dzieci. Anglicy nawet mówili czasem, że starość to jakby „drugie dzieciństwo”. To była dla mnie prawdziwa szkoła holistycznego i humanitarnego stosunku do pacjenta. Stereotyp „zimnych” Anglików wcale się tu nie potwierdził.

Anglicy nawet mówili czasem, że starość to jakby „drugie dzieciństwo”. To była dla mnie prawdziwa szkoła holistycznego i humanitarnego stosunku do pacjenta. Stereotyp „zimnych” Anglików wcale się tu nie potwierdził.

W Bierley Hall Hospital zetknęłam się też z tym, co aktualnie staramy się wdrożyć w Polsce i co nazywamy procesem pielęgnowania. Angielskie pielęgniarki i pielęgniarze od 1969 roku realizowali go i dokumentowali ze szczególną dokładnością. Obecnie kiedy sama zajmuję się w badaniach naukowych tym zagadnieniem przypominam sobie tamte angielskie początki.

Było to też ciekawe spotkanie z ludźmi różnych narodowości, kultur i obyczajów. Wśród personelu szpitalnego byli Anglicy, Polacy, Jugosłowianie, Niemcy, Grecy.

Pewnego razu otwierano nowe skrzydło szpitala. Mszę św. odprawiali kapłani trzech różnych kościołów, co nam bardzo się spodobało. My Polki (było nas kilkanaście) miałyśmy zaśpiewać pieśń „My chcemy Boga”, w trakcie naszego śpiewu jeden ze słuchaczy, stary Polak z II Korpusu płakał rzewnie, słuchając nas. Anglicy – i chorzy i personel – byli niezwykle wzruszeni naszym śpiewem i zapalem – wiele razy przy różnych okazjach proszono nas o powtórzenie tej pieśni, która wszystkich zachwyciła.

Było to także spotkanie z prawdziwą historią, u nas oficjalnie nieznaną, niedostępną. Pierwsza zapamiętana na zawsze lektura, to „Bez ostatniego rozdziału” gen. Władysława Andersa, potem wiele następnych. Na zawsze odmieniły one moje spojrzenie na rzeczywistość. W prasie codziennej, a zwłaszcza w Dzienniku Polskim i Dzienniku Żołnierza – Polish Daily (Soldiers Daily czytałam niezwykle wzruszające artykuły o naszych wielkich patriotach



Studenci oraz nasi nauczyciele w słynnej Gretna Green w Szkocji i niecodzienny ślub „na niby” Szwedki z Kolumbijczykiem. Niestety, kapelusz pana młodego trochę mnie przysłonił



W niedzielne popołudnie wyjeżdżałam z wujostwem poza miasto



Przygotowywanie tacy do wykonywania opatrunków

z polskich obozów jenieckich w Kozielsku, Starobielsku, Ostaszkowie, i o Zbrodni Katyńskiej.

W dwóch istniejących w Bradford Polskich Klubach wysłuchałam wielu niewiarygodnych, niesamowitych opowieści ludzi, którzy wyszli z nieludzkiej ziemi i przeszli cały szlak bojowy. Walczyli pod Tobrukiem, pod Monte Cassino. Ci dzielni polscy żołnierze, którzy przeżyli koszmar II wojny światowej, jako wieczni tułacze, poranieni na duszy i ciele mieszkali na obczyźnie i mimo, że walczyli o wolną ojczyznę na różnych frontach świata – to niektórzy z nich byli pozbawieni obywatelstwa polskiego. Ci moi Rodacy często w modlitewnym uniesieniu powtarzali – „Dziękujemy

Ci Panie Boże, że wyprowadziłeś nas z ziemi sowieckiej, z domu niewoli”. Wiem, że wielu z nich – przeoranych cierpieniem i tęsknotą – już nigdy nie zobaczyło swojej, wymarzonej Polski, zostało pochowanych w obcej ziemi.

Po powrocie do Polski patrzyłam na swój rodzinny kraj i to co pisano i mówiono zupełnie inaczej, dostrzegając prymitywizm komunistycznej propagandy. Zmieniłam bardzo swój stosunek do pracy i życia. Stałam się bardzo punktualna, słowna, odpowiedzialna. Na trzecim roku moja średnia wynosiła 5,0, podczas gdy na pierwszym i drugim roku studiowałam najintensywniej w trakcie sesji przed egzaminami.



W ogrodzie

W czasie mego pobytu w Anglii, mimo bardzo ciekawego życia, pracy, nauki w college'u i bardzo urozmaiconych rozrywek, a także wspaniałych imprez oraz nowych znajomości nadal utrzymywałam kontakt z koleżankami z pionierskiego roku Wydziału Pielęgniarskiego. Tęskniłam za nimi i stale wysyłałam listy, kartki na Christmas, pocztówki z podróży. Jednak, gdy wróciłam, raziło mnie ubóstwo, bieda. Szok cywilizacyjny, który przeżyłam w Wielkiej Brytanii zmienił mnie. Nawet myślałam, że metody i środki kształcenia są zbyt anachroniczne w stosunku do potrzeb. Myślałam nawet o zmianie studiów. Ostatecznie zostałam, ale ułożono dla mnie indywidualny tok studiów. Wtedy też wybrałam jako promotora psychiatrę – doc. dr hab. Adama Majczaka. On kierował moją pracą magisterską. Obroniłam ją w 1975 roku. Ale też wzięłam udział w uroczystości wręczenia dyplomów moim koleżankom, z którymi rozpoczęłam studia.

Do okresu pobytu w Anglii też często wracałam wspomnieniami. W tych wspomnieniach tęskniłam za Anglią – taka jest dziwna przewrotność ludzkiej natury. Zawsze tęsknimy, za tym czego nie mamy, a gdy to dostaniemy to tęsknimy za tym co właśnie utraciliśmy. Przez pewien czas byłam na rozdrożu, ale ostatecznie zostałam w Polsce, bo tu chciałam koniecznie ukończyć studia.

Batalia o wyższe studia pielęgniarskie (cz. II)

Wspomina mgr Danuta Bajorek,
liderka pierwszego rocznika
studentek, absolwentka
Wydziału Pielęgniarskiego,
z dyplomem nr 1

MGR PIEL. DANUTA BAJOREK
WROCLAW

Pierwszy rok, który rozpoczęłyśmy jako grupa studiujących pielęgniarek był nietypowy. Każdy wykład, ćwiczenie, kolokwium, seminarium, egzamin odbywał się po raz pierwszy. Nasze szanowne grono pedagogiczne stanowili pracownicy naukowi Akademii Medycznej i Uniwersytetu Marii Skłodowskiej-Curie. Przygotowanie do zajęć dydaktycznych dla tak nietypowej grupy studenckiej jaką byliśmy, również było nietypowe.

Doświadczaliśmy tej nietypowości wielokrotnie, podczas ćwiczeń w Katedrze Higieny, gdy padało sakramentalne sformułowanie asystenta omawiającego temat „Nasi studenci” (o medykach). Musiałyśmy podjąć to wyzwanie, aby i nas przyjęto do grupy NASZYCH STUDENTÓW.

Dobre wyniki zaliczonych ćwiczeń i egzaminów w pierwszej zimowej sesji w styczniu 1970 roku zjednały nam sym-

patyków i przyjaciół w kierownictwie Studium, władzach Uczelni, oraz wśród wykładowców. Od nazwiska kierownika Studium **doc. dr hab. Mariana Klamuta** nazwano nas „Klamutówkami”. Grupa studentek w liczbie pięćdziesięciu pięciu, jaka wykreowała się w pierwszym roku studiów, a właściwie po pierwszej sesji egzaminacyjnej do-trwała do zwycięskiego końca, który był w tym momencie jeszcze bardzo daleko przed nami.



Studentki, które przeszły inicjację, po pierwszym dobrze zaliczonym roku trwały w przeświadczeniu, że uda się dołożyć swoją cegiełkę do powołania Wydziału Pielęgniarskiego. Moim zadaniem, jako starościny roku, a byłam nią przez pierwszy i drugi rok studiów, było przygotowanie indeksów do sesji egzaminacyjnych zimowej i letniej. W Dziekanacie wypełniałam własny indeks, następnie wędrował on od pokoju do pokoju jako wzór do wypełnienia przez koleżanki.

W pamięci głęboko zapadło mi zdarzenie, kiedy przyniosłam pełną teczkę indeksów celem wpisu zaliczenia wykładów i ćwiczeń z PATOFIZJOLOGII. Wykłady prowadził Rektor **prof. dr hab. Jarosław Billewicz-Stankiewicz**. Gdy brał indeks do podpisu pilnie patrzył na miejsce urodzenia studenta. Mój indeks też tak został potraktowany. Na oświadczenie, że urodziłam się w Lublinie odpowiedziałam impulsywnie, że tu uczyłam się alfabetu, pisania i czytania, i tu przyjechałam po szlify generalskie w zakresie pielęgniarstwa. Moja wypowiedź została przyjęta jako pełen humoru dowcip. Dnia 30 maja 1970 roku patofizjologia została zaliczona.

Inne zdarzenie z pierwszego semestru, które utkwiło mi w pamięci to ćwiczenie z biochemii, którego tematem

było określenie siedmiu enzymów. Trzy grupy w ilości piętnastu studentek rozpoczęły ćwiczenie. Czternaście koleżanek ukończyło pomyślnie własne badania i uzyskały zaliczenie. Ja miałam – pecha: żadne z siedmiu badań mi nie wyszło, ćwiczenie mam nie zaliczone. Po namyśle, co może być przyczyną niepowodzenia w moim ćwiczeniu, zwróciłam się o pomoc do **doc. dr hab. Ireny Borkowskiej**. Jako domniemany powód mojego złego wyniku, a właściwie braku wyników musiało być źle umyte szkło laboratoryjne przez koleżankę, która w poprzednim dniu ćwiczyła na moim miejscu. W dniu następnym temat ENZYMY miała ćwiczyć ostatnia grupa, ja w tym samym czasie miałam inne ćwiczenia, których nie mogłam opuścić. Zaproponowałam rozwiązanie, które może być potwierdzeniem moich przypuszczeń. Umyłam szkło laboratoryjne podwójnie, aby nie było żadnych wątpliwości. Prośbą moją było zwrócenie szczególnej uwagi na wyniki ćwiczeń koleżanki, która będzie je wykonywać na moim miejscu. Jeśli jej ćwiczenie powiedzie się to znaczy, że moje czynności były prawidłowe, tylko brudnego szkła nie udało się wcześniej sprawdzić. Byłam bardzo ciekawa rezultatu. Za logiczne myślenie i wnioski spotkała mnie nagroda. Koleżance ćwiczenie powiodło się – zaliczyła je, ja też uzyska-



16 listopada 1973 r. Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa AM w Lublinie – doc. dr hab. Marian Klamut: „Witamy uroczycie pierwszych magistrów pielęgniarstwa”



Wręcam wiązankę kwiatów Kochanemu Człowiekowi – pierwszemu Dziekanowi prof. dr hab. Marianowi Kazimierzowi Klamutowi, podczas uroczystości jubileuszu XX-lecia Wydziału Pielęgniarstwa lubelskiej AM (22-23 września 1989)

łam zaliczenie bez konieczności jego powtarzania. Są to okrucy zdarzeń z pierwszego roku, które mimo, że upłynęło trzydzieści cztery lata pozostały jako żywe w pamięci.

Trzy miesiące wakacji, odświeżenie kontaktów środowiskowych w miejscach pracy, zaowocowały pomysłem. Przygotowałyśmy list kierowany do wydziałów zdrowia i opieki społecznej z trzema pytaniami:

1. jaka istnieje możliwość zatrudnienia po ukończeniu studiów?,
2. jaka jest możliwość uzyskania mieszkania – samodzielnej kwatery?,
3. czy będzie możliwość uzyskania stypendium fundowanego w ostatnim roku studiów?

Listy wysłałyśmy do sześćdziesięciu trzech miast stopnia wojewódzkiego, powiatowego i miast wydzielonych: Odpowiedziały trzydzieści trzy miasta. Rezultat był szokujący. Podliczone wyniki dały obraz jak nas widzą władze w terenie gdzie przyjdzie nam pracować. Analizę zebranego materiału przedstawiłyśmy kierownictwu Studium Pielęgniarstwa AM, aby posłużyła jako argument w dalszych rozmowach prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, w Ministerstwie Oświaty i Szkolnictwa Wyższego oraz wśród władz partyjnych.

Trzeci rok studiów pozwolił nam okrzepnąć na polu walki. Rozeznaliśmy stanowisko władz Studium Pielęgniarstwa, władz Uczelni – Akademii Medycznej. Miałyśmy zaplecze dwóch roczników pierwszego i drugiego roku – liczba nas rosła, siła przebicia też. Zdałyśmy sobie sprawę, że zdecydowana postawa w każdej nadarzącej się okoliczności publicznych wystąpień musi stanowić platformę do przekazywania naszych postulatów przekształcenia Studium Pielęgniarstwa w czteroletni Wydział Pielęgniarski. Ten trzeci rok studiów miał stać się rokiem przełomowym. Czasu było mało, a decyzje, które miały zapaść na wysokich szczeblach w sprawie czwartego roku muszą zdążyć przed letnią sesją egzaminacyjną, tak aby objęły również studentki trzeciego roku. Dla zobrazowania tego pełnego napięcia roku akademickiego 1971/72 przypomnę kilka po sobie następujących zdarzeń.

5 listopada 1971 r., na Konferencji Wydziałowej Związku Młodzieży Socjalistycznej zostałam upoważniona do wystąpienia w imieniu studentek pielęgniarek. Zasygnalizowałam przeciążenie zajęciami obowiązkowymi na trzecim roku studiów. Fakt ten wynikał z realizowania programu czteroletniego w ciągu trzech lat. Nie było możliwości wygospodarowania czasu przeznaczanego na przygotowanie prac pisemnych na zakończenie studiów.

7 listopada 1971 r., kol. **Szymaczek** z drugiego roku studiów została wydelegowana do wzięcia udziału w Ogólnopolskiej Naradzie Aktywu Zrzeszenia Studentów Polskich akademii medycznych, która odbyła się w mieście Łodzi. Kol. Szymaczek zgłosiła w toku dyskusji problem odciążenia godzinowego trzeciego roku oraz stworzenie warunków do zorganizowania seminariów magisterskich i pisania prac magisterskich.

12 listopada 1971 r., podczas Konferencji Międzyuczelnianej lubelskiego środowiska akademickiego, która odbyła się w Chatce Żaka w swoim wystąpieniu zapoznałam środowisko z faktem istnienia w Akademii Medycznej Studium Pielęgniarskiego, które winno stać się załącznikiem przyszłego Wydziału Pielęgniarskiego.

W swoim wystąpieniu przedstawiłam założenia programowe, warunki przyjęcia na studia, zainteresowanie międzynarodowe ze strony Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), sprawy bytowe oraz kwestię zatrudnienia przyszłych absolwentek.

16 listopada 1971 r., studenci trzech kolejnych lat złożyli na ręce kierownika Studium Pielęgniarstwa pisemną prośbę o przedłużenie studiów do czterech lat.

1 grudnia 1971 r., na zebraniu aktywu trzeciego roku studiów z Władzami Studium Pielęgniarstwa w osobach kierownika **doc. dr hab. Mariana Klamuta**, **doc. dr hab. Pawła Misiuny** i opiekuna roku **mgr Anny Bulandy**, przeanalizowano tryb ukończenia studiów. W dyskusji zwrócono uwagę na brak jakichkolwiek warunków pisania pracy dyplomowej. Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej nr 13 z dnia 21 sierpnia 1969 r. powołujący Studium Pielęgniarstwa nie precyzował trybu ukończenia studiów.

Czas naglił, byliśmy już po zimowej sesji egzaminacyjnej. Wkroczyliśmy w szósty letni semestr trzeciego roku. Czyżby nasze starania dokładane do wysiłków władz Studium i władz Akademii Medycznej nie miały szans? Spełży na niczym?

1 lutego 1972 roku napisałyśmy pismo skierowane bezpośrednio do **tow. Edwarda Gierka** I Sekretarza Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej, przedstawiając w nim nasze postulaty zgłaszane wielokrotnie w różnych okolicznościach i do różnych władz.

Pismo podpisało 129 studentek pierwszego, drugiego i trzeciego roku studiów. Dnia 10 lutego 1972 r. (poniedziałek) osobiście pismo to zawiozłam do Warszawy. Biuro Podawcze KC PZPR mieściło się na ul. Smolnej. Dotarłam we wczesnych godzinach rannych. Składając nasze pismo zarejestrowane pod nr 396 otrzymałam potwierdzenie. Jedynie zajęcia w ten poniedziałek miały odbyć się w godzinach popołudniowych. Pociągiem nie miałam szans wrócić i zdążyć na obowiązkowy wykład z nauk politycznych. Wróciłam autobusem PKS, zdażyłam na zajęcia, które nie odbyły się z jakichś ważnych przyczyn, ale na listę obecności wpisałam się. Miałam alibi – o to też należało zadbać, gdyż mogłoby się zdarzyć coś na kształt 1968 roku, kiedy to niepokornych skreślano z listy studentów.

Powoli mijał czas – dni, a później i tygodnie, lecz wiadomości nie nadchodziły. Minał cały długi miesiąc. Aktyw pierwszego, drugiego i trzeciego roku wybrał czteroosobową delegację i upoważnił ją dodatkowym pismem z podpisami do przeprowadzenia rozmów w KC PZPR oraz Mi-

„Departament podziela pogląd, że słuszny jest postulat dotyczący możliwości zakończenia nauki w STUDIUM stopniem magisterskim”.

nisterstwie Zdrowia i Opieki Społecznej w Departamencie Nauki i Szkolnictwa.

Czteroosobowa delegacja wyjechała do Warszawy 13 marca 1972 r., rozmowy okazały się obiecujące. Z tą samą datą otrzymałyśmy pismo skierowane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej do Oddziałowej Organizacji Partyjnej Studium Pielęgniarstwa AM w Lublinie, ul. dr W. Chodźki 7. Najważniejsze było dla nas zdanie: „*Departament podziela pogląd, że słuszny jest postulat dotyczący możliwości zakończenia nauki w STUDIUM stopniem magisterskim*”. Z dalszej treści pisma mogłyśmy wnioskować, że eksperyment udał się, przeszedł pomyślnie weryfikację założeń, możemy mieć nadzieję, ale czas ucieka. Do letniej sesji (może nie będzie to ostatnia) egzamina-



Uroczyste Gaudeamus, 1 października 1972 r.; na pierwszym planie autorka wspomnień

Chronologiczny wykaz korespondencji i dokumentów dotyczących powstania Wydziału Pielęgniarstwa AM w Lublinie

ROK 1969/70

11 marca 1970 r. Protokół z zebrania studentek Studium Pielęgniarstwa w Akademii Medycznej w Lublinie. Temat: Czy formę koncepcyjno-problemową praktyk szpitalnych należy zastąpić ośmiogodzinnym dyżurem.

ROK 1971/72

5 listopada 1971 r. Wystąpienie starszyciny roku, studentki Danuty Bajorek na I Konferencji Wydziałowej Związku Młodzieży Socjalistycznej.

7 listopada 1971 r. Wystąpienie kol. Szymaczek na Ogólnopolskiej Naradzie Aktywu Zrzeszenia Studentów Polskich akademii medycznych w Łodzi.

12 listopada 1971 r. Wystąpienie i zgłoszenie postulatów podczas Międzyuczelnianej Konferencji Lubelskiego Środowiska Akademickiego w „Chatce Żaka” – delegowana studentka III roku Danuta Bajorek.

16 listopada 1971 r. Prośba studentek I, II i III roku Studium Pielęgniarstwa do kierownika Studium doc. dr hab. Mariana Klamuta w sprawie przedłużenia studiów do czterech lat, podpisana przez studentki trzech kolejnych roczników.

6 grudnia 1971 r. Pismo studentek III roku do Komisji Oceny Programu i Planu Nauczania.

17 grudnia 1971 r. Informacja o możliwości zatrudnienia absolwentek Studium Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie po ukończeniu trzyletnich studiów dla Kierownika Studium za jego pośrednictwem dla Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej Departamentu Szkolnictwa i Nauki.

1 lutego 1972 r. Pismo Oddziałowej Organizacji II roku Studium Pielęgniarstwa AM do I Sekretarza KC PZPR tow. Edwarda Gierka.

14 lutego 1972 r. Pismo Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej do posta na Sejm PRL Andrzeja Żabińskiego w związku z interpelacją posta, a dotyczące uregulowania sytuacji prawnej absolwentek Studium Pielęgniarstwa w AM w Lublinie.

17 lutego 1972 r. Studium Pielęgniarstwa AM w Lublinie, Komisja Oceny Programu i Planu Nauczania. Pismo studentek III roku w sprawie przedmiotu: „Administracja pracy pielęgniarskiej”.

21 lutego 1972 r. Pismo przewodnie Związku Młodzieży Socjalistycznej – Zarządu Głównego Wydziału Młodzieży Studenckiej skierowane do Zarządu Uczelnianego ZMS Akademii Medycznej w Lublinie, do pisma z dnia 14 lutego 1972 j. w.

22 lutego 1972 r. Memoriał w sprawie Studium Pielęgniarstwa AM w Lublinie skierowany do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej – Departament Szkolnictwa i Nauki przez zastępcę kierownika stadium doc. dr hab. Bohdanę Komorowską.

13 marca 1972 r. Pismo skierowane do Sekretarza KC PZPR tow. Stanisława Kani – upoważniająca delegację studentów Studium Pielęgniarstwa AM do podjęcia rozmów wobec braku odpowiedzi na pismo z dnia 1 lutego 1972.

13 marca 1972 r. Pismo Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej do Oddziałowej Organizacji Partyjnej Studium Pielęgniarstwa AM w Lublinie, podpisane przez dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa, doc. dr hab. Andrzeja Wojtczaka, dające nadzieję przedłużenia nauki do czterech lat.

20 marca 1972 r. Protokół ze spotkania studentek III roku z doc. dr hab. Marianem Klamutem, mgr Barbarą Dobrowską i opiekunem roku mgr Anną Bulandą. Kierownictwo przeka-

zało informację z Narady Rektorów AM w Polsce, która odbyła się w Warszawie 17 marca 1972.

12 maja 1972 r. Pismo Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej zapowiadające przedłużenie studiów do czterech lat, skierowane do JM Rektora AM prof. dr hab. Jarosława Billewicza-Stankiewicza, a podpisane przez dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa, doc. dr hab. Andrzeja Wojtczaka, z informacją o przedłużeniu studiów do czterech lat.

9 czerwca 1972 r. Telegram gratulacyjny skierowany do kadry nauczycielskiej i studentek w związku z otwarciem Wydziału Pielęgniarstwa z dniem 1 października 1972.

ROK 1972/73

20 października 1972 r. Pismo studentek IV roku do przewodniczącego Komisji Studiów i Oceny Programów doc. dr hab. Bohdanę Komorowską dotyczące planów zajęć obowiązkowych na czwartym roku studiów.

16 grudnia 1972 r. Głos w dyskusji na konferencji sprawozdawczo-wyborczej Komitetu Uczelnianego PZPR, w sprawie uwypuklenia ważności przedmiotu pedagogiki na studiach pielęgniarskich.

16 lutego 1973 r. Pismo studentek odnośnie przedmiotu – pedagogiki, skierowane do Komitetu Wojewódzkiego PZPR drogą służbową za pośrednictwem Wydziału Pielęgniarstwa, wskutek braku reakcji po wystąpieniu w dniu 16 grudnia 1972.

marzec 1973 r. Pismo studentek IV roku do dziekana z prośbą o określenie statusu pracowniczego po ukończeniu studiów pielęgniarskich, w sytuacji podjęcia pracy zawodowej.

cyjnej pozostaje już tylko dwa i pół miesiąca, a w tym jeszcze tygodniowa przerwa wiosenna.

Dnia 17 marca 1972 r. podczas narady rektorów akademii medycznych, która odbyła się w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej stwierdzono zgodnie, że należy przedłużyć studia pielęgniarские do czterech lat, a tym samym przekształcić Studium w Wydział Pielęgniarski, jako trzeci w Akademii Medycznej. Rozważono możliwość uzyskania magisterium dla obecnego trzeciego roku w systemie eksternistycznym. W grę bowiem wchodziły niedopracowane przepisy prawne.

Do 25 maja 1972 r. miano przygotować program studiów dla czwartego roku, tematy prac magisterskich, metodykę seminariów magisterskich i części dokumentacyjnej materiału badawczego prac magisterskich. Drugim problemem narady Rektorów była sprawa praktyk studentek w różnych placówkach służby zdrowia w całej Polsce. Uznano, aby ich lokalizacja była wynikiem wstępnego rozeznania w kierunku zatrudnienia absolwentek. Opiekunami studentek na praktykach miały być inspektorki wojewódzkie pielęgniarstwa.

Ważnym momentem dla przyszłych absolwentek było powołanie pełnomocnika do spraw zatrudnienia przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, gdyż liczone się z trudnościami właściwego zatrudnienia, zgodnego z ukończonym kierunkiem studiów, jak również poinformowanie wydziałów zdrowia w terenie do jakich zadań zostałyśmy przygotowane. Z tym łączyła się sprawa angażów uwzględniających ukończenie wyższych studiów medycznych.

Dzień 12 maja 1972 roku był dla nas szczególnie ważny. Oto w 152 rocznicę urodzin Florencji Nightingale i po upływie 112 lat od założenia przez nią pierwszej szkoły pielęgniarskiej przy Szpitalu Świętego Tomasza w Londynie (1860) powstał pierwszy w Polsce Wydział Pielęgniarski. Pod tą datą 12 maja 1972 roku Ministerstwo skierowało do JM Rektora Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. Jarosława Billewicza-Stankiewicza** pismo z najważniejszą dla nas decyzją – przedłużenia studiów pielęgniarских do lat czterech, zakończenia ich pracą magisterską i tytułem magistra pielęgniarstwa. „*Nowa organizacja studiów dotyczyć będzie studentek aktualnego trzeciego roku studiów, którym przedłuża się w związku z tym naukę o jeden rok*” (cytat z pisma).

Jeszcze jedna dla nas data, 9 czerwca 1972 ma swoją wymowę. W dniu tym dyrektor Departamentu Szkół Wyższych w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej **doc. dr hab. Andrzej Wojtczak** osobiście zatelefonował do Lublina z zapytaniem, czy zgadzamy się na czwarty rok.

Mgr Anna Bulanda, opiekunka naszego roku, chciała wiedzieć co my na to. Jak to co? Przecież trzy lata o to walczyliśmy – ależ tak, po trzykroć tak. Stało się! Dobrze wieści tuż przed letnią sesją egzaminacyjną, która nie będzie ostatnią, docierają do akademika naszym błyskawicą. Egzaminy w dobrym nastroju przeszły bardzo dobrze. Aktem prawnym zawartym w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej nr 19 poz. 89 z 1972 roku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej z datą 19 lipca 1972 w sprawie zmian organizacyjnych w Akademii

Medycznej w Lublinie powołał Wydział Pielęgniarski. Zarządzenie weszło w życie z dniem podpisania i z mocą wykonawczą, od dnia 1 października 1972 roku rozpoczął swą działalność Wydział Pielęgniarski.

Znów mamy wakacje, a 1 października 1972 roku zjedziemy na czwarty rok. Jeszcze jeden rok rozłąki z domem, z rodzinami, jeszcze jeden rok wytężonej pracy. Czeka nas wybór tematów prac magisterskich, można też zaproponować coś własnego. Tematy muszą być zatwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Te pierwsze prace mają potwierdzić naszą dojrzałość naukowo-badawczą w przedmiocie jakim jest pielęgniarstwo. W ten sposób została zapewniona drożność studiów pielęgniarских, a grupa studentek ze Studium Pielęgniarsstwa miała niewątpliwie swój udział w tych zmianach

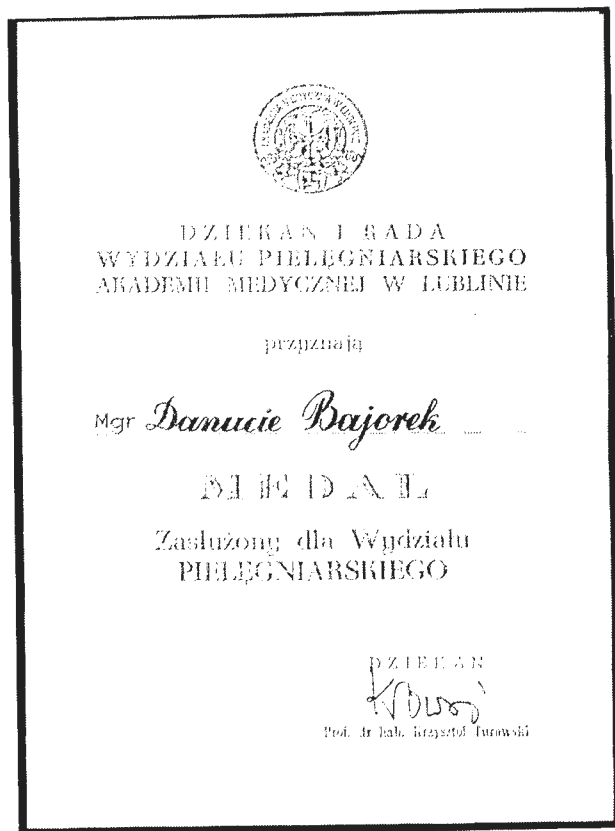
My już wiemy, że czeka nas czwarty rok. Nie wiedzą o tym nasi bliscy. Mam pisać długi wyjaśniający list? A może lepiej pojechać do Wrocławia i osobiście powiedzieć o tym mężowi. Trzy lata korzystałam ze stypendium Tadeusza, mam nadzieję, że szanowny mąż przedłuży jeszcze o jeden rok dotację. Jadę, nic nie może mnie zatrzymać. Jest to już okres letniej sesji, nie mamy obowiązkowych zajęć. Jeden egzamin zdałam 5 czerwca 1972 r., a drugi mam 20 czerwca 1972 r., mogę więc pozwolić sobie na tę eskapadę. Jestem na miejscu wczesnym rankiem, cichutko otwieram drzwi. Mąż śpi po nocnej zmianie. Siadam w drugim pokoju i piszę listy do moich koleżanek.

Dzień 12 maja 1972 roku był dla nas szczególnie ważny. Oto, w 152. rocznicę urodzin Florencji Nightingale i po upływie 112. lat od założenia przez nią pierwszej szkoły pielęgniarskiej przy Szpitalu Świętego Tomasza w Londynie (1860) powstał pierwszy w Polsce Wydział Pielęgniarski.

że mamy czwarty rok. Pełne zwycięstwo. Około godziny czternastej słyszę ruch w pokoju, gdzie spał mąż. Idę cichutko na palcach, stoję w drzwiach i mówię: dzień dobry. Jaka jest reakcja małżonka? On myśli, że to mu się śni, poooowtórz – woła. Dzień dobry, mówię po raz drugi. Na moje słowa, że przywożę wiadomość o przedłużeniu studiów o czwarty rok pada stwierdzenie męża, które słyszę do dziś: „*jak się coś zaczyna, to trzeba skończyć*”.

W słowach tych zawarte jest pozwolenie na rozłąkę trwającą jeszcze jeden rok, możliwość korzystania nadal z STYPENDIUM TADEUSZA i cierpliwe oczekiwanie finału z dobrym wynikiem.

W czwartym roku 1972/73 główny nacisk położony jest na organizowanie zajęć związanych z pisaniem prac magisterskich. Zadanie postawione też po raz pierwszy jak wszystko to, co działo się od początku naszej nauki. Nie ma wzorców. Tematy prac magisterskich zostały przygotowane przez wykładowców SOCJOLOGII, PSYCHOLOGII, PRAWA I PEDAGOGIKI, po-



nieważ pracownicy naukowcy tych dyscyplin mieli uprawnienia do prowadzenia seminariów magisterskich.

Moja praca zawodowa przed studiami i wcześniej przebyte szkolenia w Centralnym Ośrodku Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych, którego Dyrektorką była **Rachela Hutner** (w Warszawie) podsunęła mi temat: „Społeczna potrzeba rozwoju pielęgniarstwa środowiskowego”. Moim promotorem został **dr Edward Mazurkiewicz**, z którym wcześniej spotkałam się w Warszawie podczas szkoleń. Nadzieja pisania pracy pod jego kierownictwem nie trwała długo. Był pracownikiem dojeżdżającym do Lublina z Warszawy. Z powodów mi nie znanych nie mógł przyjeżdżać na seminaria magisterskie. Sytuacja stała się dla mnie bardzo trudna, nie miałam promotora. Jedyna nadzieja leżała w osobie prodziekana **doc. dr hab. Bohdana Komorowskiego**. Wstępna rozmowa była obiecująca, ale

wszystko miało zależeć od decyzji i zgody dziekana **doc. dr hab. Mariana Klamuta**.

Z drugiego piętra na pierwsze do Dziekanatu wiedzie kilkadziesiąt stopni, ale droga wydała mi się strasznie długa. Gdy przedstawiłam swój problem dziekan zadał mi tylko pytanie: „Czy pan Docent Komorowski przyjmie panią do swojej grupy seminaryjnej?” Odpowiedziałam, że jeżeli uzyskam zgodę pana dziekana, to w osobie docenta Komorowskiego na pewno znajdę promotora. Tak, jest zgoda. W drugą stronę, z pierwszego piętra na drugie biegnę przeskakując trzy stopnie. Z mojej rozradowanej twarzy doskonały pedagog odczytuje bezbłędnie. Jestem w grupie seminaryjnej doc. B. Komorowskiego. Dołączam do koleżanek, przedstawiam swój temat, koncepcję pracy i badań pielęgniarek środowiskowych w Lublinie i Wrocławiu. Praca wymaga zapoznania się z publikacjami wcześniej napisanymi, a zgromadzonymi w zaciżu bibliotek. Przygotować należy kwestionariusz i ankietę, aby zebrać materiał aktualny od obecnie pracujących pielęgniarek środowiskowych i ich przełożonych. Czy wystarczy czasu na tę pracę?

W mojej pracy magisterskiej chciałam wykazać potrzebę pracy pielęgniarek środowiskowych. Badania, które wykonałam w Lublinie i Wrocławiu nie miały charakteru porównawczego. Badania miały wykazać zbieżność potrzeb pracy tej grupy zawodowej niezależnie, w jakiej części kraju będą świadczone. W obu wypadkach badania dotyczyły aglomeracji miejskich, gdzie ułatwiony był kontakt potrzebujących z usługodawcami służby zdrowia. Pracę, łącznie z recenzją dokonaną przez **dr Stanisława Kosińskiego** – wykładowcę socjologii z UMCS, złożyłam w Dziekanacie Wydziału Pielęgniarskiego w pierwszych dniach czerwca 1973 roku.

W letniej – ósmej, i tym razem już ostatniej sesji egzaminacyjnej, nie miałyśmy egzaminów, jedynie zaliczenia, ale i tych zaliczeń nie można było zaniedbać. O formie obrony pracy magisterskiej nic się nie wspominało. Stopień pozytywny miał być wystarczający do jej zaliczenia. Na posiedzeniu Rady Wydziału Pielęgniarskiego (11 lipca 1973 r.) pierwsze prace magisterskie były omawiane i oceniane. Mam pełną satysfakcję, że temat przeze mnie zaproponowany zdołałam opracować. Od promotora **doc. dr hab. Bohdana Komorowskiego** i od recenzenta **dr Stanisława Kosińskiego** otrzymałam oceny bardzo dobre.

Podczas uroczystości wręczania pierwszych dyplomów **MAGISTRÓW PIELĘGNIARSTWA**, jaka odbyła się 16 listopada 1973 roku w Lublinie, znalazłam się w gronie koleżanek, które dostąpiły zaszczytu publicznego prezentowania własnej pracy magisterskiej.

Jeszcze jedno zdarzenie, tego właśnie dnia, utkwiło mi w pamięci. Pierwszą osobą, która gratulowała mi dyplomu nr 1 była Dyrektor Centralnego Ośrodka Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych z Warszawy, **Rachela Hutner**, z którą w Uczelni spotkałam się po raz trzeci. Podczas każdego kolejnego spotkania było to zawsze o jeden szczebel wyższe zaangażowanie w zdobywaniu wiedzy, umiejętności i pielęgniarstwa wtajemniczenia.

Společzna potrzeba rozwoju pielęgniarsstwa środkowskiego

Publikujemy streszczenie przygotowanej trzydzięci lat temu, na Wydziale Pielęgniarsstwa AM w Lublinie, pracy magisterskiej mgr Danuty Bajorek. Ponieważ tematyka wspomnianej dysertacji nie straciła swej aktualności, dziś jej treść może stać się przyczynkiem do rozważań o roli pielęgniarek w procesie naprawy podupadającego, wskutek kryzysu organizacyjno-ekonomicznego, polskiego systemu ochrony zdrowia.

RED.

MGR PIEL. DANUTA BAJOREK
WROCLAW

Wkrótkim wystąpieniu pragnę zapoznać Szanownych Czytelników z pracą magisterską, której temat brzmi: „Společzna potrzeba rozwoju pielęgniarsstwa środowiskowego”

Praca składa się z dwóch podstawowych części: I część: opisowo-historyczna zawierająca około 40 procent treści, II część: badawcza – stanowiąca około 60 procent treści. W części opisowo-historycznej zawarto takie zagadnienia, jak: 1. cel pracy, 2. literaturę przedmiotu, 3. stan dotychczasowych badań, 4. podstawowe pojęcia dotyczące pielęgniarsstwa środowiskowego, 5. rys historyczny.

I część: opisowo-historyczna

Pielęgniarsstwo środowiskowe ma wieloletnią tradycję. W ciągu bez mała pięćdziesięciu lat przeobrażało się wielokrotnie, przybierając różne określenia, takie jak: pielęgniarsstwo społeczne, domowe, rejonowe. Dawniej i dziś terenem działalności pielęgniarek środowiskowych jest środowisko, dlatego nie straciło swej aktualności stwierdzenie pielęgniarki Zofii Wasilewskiej, która w roku 1929 pisała, że „dla pielęgniarek społecznych obiektem zainteresowania jest „rodzina” i wszystkie jej sprawy.

Jak ważne zadania miała spełnić pielęgniarka społeczna niech świadczy zdanie nestorki pielęgniarsstwa polskiego Wandy Lankajtes, „*pielęgniarka społeczna (...) jest przede wszystkim pracownicą przyszłości*”. Zrozumienie takiego ujęcia funkcji pielęgniarki wynika z rodzącej się

nowej formy organizacyjnej pracy służby zdrowia, która dąży do przedłużenia swych wpływów poza obręb placówki aż na rodzinę w jej naturalnym otoczeniu. Tę stałą łączność między ludnością danego terenu i przychodnią miała zapoczątkować i utrzymać pielęgniarka społeczna.

W początkowym okresie pielęgniarstwo społeczne dawniej, a dziś określane jako środowiskowe, działalność swą opierało na placówkach specjalistycznych, takich jak: poradnie p/gruźlicze, p/weneryczne, p/alkoholowe, p/jaglicze. Poradnie, w ramach których pracowały pielęgniarki społeczne wpływały na ramy organizacyjne pracy tych pielęgniarek. Ta forma nieskoordynowanej pracy niosła ze sobą niebezpieczeństwo nękania rodziny przez kilka osób równocześnie, powodowała rozproszenie sił i środków mających służyć poprawie sytuacji zdrowotnej i materialnej środowiska.

Fakt, że pielęgniarstwo społeczne lat dwudziestych i trzydziestych rozwijało się w obrębie poradni specjalistycznych świadczy dobitnie o zagrożeniu epidemiologicznym ze strony chorób społecznych. Energiczna walka o podniesienie zdrowia ludności oraz sukcesywne opanowywanie tych nazywanych przez niektórych autorów pielęgniarekami domowymi.

Lata okupacji były okresem ograniczonej działalności służby zdrowia, ponieważ okupant rozmyślnie działał w kierunku biologicznego wyniszczenia narodu polskiego. Po odzyskaniu niepodległości nie od razu można było powołać wszystkie formy działalności pielęgniarstwa z uwagi na dotkliwe braki kadrowe. Nie znaczy to wcale, że nie istniały ku temu określone potrzeby.

Sukcesywnie na łamach prasy krajowej podnosiły się głosy wskazujące na konieczność wznowienia pracy pielęgniarstwa społecznego w latach 1948-1957 była Nonna Łyżwańska, która pisała, że „pielęgniarstwo społeczne (...) jest to dział pracy pielęgniarstwa obejmujący zagadnienia opieki zdrowotnej nad jednostką na tle jej środowiska, a środowiskiem jest rodzina i otoczenie jednostki oraz miejsce jej pracy”.

Pielęgniarstwo środowiskowe powołane w 1963 roku, a prawnie usankcjonowane w 1966 roku, określono i usytuowano w hierarchii stanowisk pielęgniarstwa na nowych zasadach. Najistotniejszym i nowym elementem jest umiejscowienie pielęgniarek środowiskowych w poradni ogólnej w ramach ścisłej współpracy z lekarzem rejonowym. W ten sposób wprowadzono inną organizację pracy, niezależną od poradni specjalistycznych, co ograniczyło liczbę osób ingerujących w sprawy rodziny, stworzyło możliwości do zachowania pełnej dyskrecji spraw rodziny, jak również skupiło rozproszone dotąd środki pomocy materialnej.

O społecznym charakterze pracy pielęgniarstwa środowiskowego świadczą takie elementy, jak:

▶ udział pielęgniarstwa w leczeniu, pielęgnowaniu, rehabilitacji i wychowaniu zdrowotnym tej części społeczeństwa, która zamieszkuje w rejonie zapobiegawczo-leczniczym, stanowiącym określony teren działalności pielęgniarstwa środowiskowego,

▶ uczestniczenie i pomoc w rozwiązywaniu trudnych problemów podopiecznych,

▶ przedstawianie i załatwianie różnych spraw podopiecznych w urzędach i instytucjach,

▶ wpajanie zasad higienicznego trybu życia, jako nieodzownego czynnika potęgującego i zabezpieczającego zdrowie przy pomocy oświaty zdrowotnej,

▶ ochrona społeczeństwa przed epidemiami, chorobami zakaźnymi i społecznymi przez wykrywanie źródeł i dróg ich szerzenia się.

Reasumując, pielęgniarstwo środowiskowe swą działalnością obejmuje szeroki zakres zagadnień zdrowotnych, bytowych i opiekuńczych, wynikających z potrzeb środowiska lub z założeń samej służby zdrowia, co określa się jako: *polivalentne pielęgniarstwo środowiskowe*.

II część: badawcza

Część badawcza obejmuje takie zagadnienia jak:

1. pielęgniarstwo środowiskowe, jako problem badawczy, w którym zawarto:

▶ hipotezy badawcze: główną i cząstkowe,

▶ organizację, technikę i metody badań własnych,

▶ charakterystykę osób badanych,

▶ charakterystykę środowiska pracy osób badanych.

2. czynniki determinujące rozwój pielęgniarstwa środowiskowego, w którym omówiono hipotezy cząstkowe, a mianowicie:

▶ działalność pielęgniarek środowiskowych,

▶ obiektywne trudności występujące w pracy pielęgniarek środowiskowych,

▶ społeczne zapotrzebowanie na pracę pielęgniarek środowiskowych.

Chęć ustalenia pewnych zależności powodujących powolny rozwój pielęgniarstwa środowiskowego – mimo społecznego zapotrzebowania na nie – był powodem, który decydował o wyborze tematu, ale nie jedynym.

Nie mniej ważnym elementem był brak naukowego opracowania zagadnienia pielęgniarstwa środowiskowego w skali kraju.

Sformułowanie zagadnień determinujących rozwój pielęgniarstwa środowiskowego w postaci zmiennych niezależnych uznano za najtrafniejszy sposób ustalenia pewnych realiów, których wyjaśnienie na podstawie badań terenowych winno dać wyczerpującą odpowiedź.

Z uwagi na rozległość zagadnienia, jakim jest pielęgniarstwo środowiskowe, w pracy niniejszej ograniczono się do wyodrębnienia i ustalenia przyczyn powolnego rozwoju tej jego części, której terenem działania jest środowisko domowe w rejonie zapobiegawczo-leczniczym.

Postawienie przed pielęgniarekami środowiskowymi poważnego w całej w swej złożoności problemu, jakim jest „podnoszenie stanu zdrowia jednostki, zbiorowości i środowiska przez swoiste zapobieganie oraz współdziałanie w procesie leczenia, rehabilitacji i pomocy społecznej”, stanowi hipotezę główną, o której zweryfikowanie należy się pokusić. Innymi słowy, zmienne niezależne to: działal-

ność pielęgniarki środowiskowej, trudności w jej pracy i zapotrzebowanie społeczne. Zmienna zależna to: rozwój pielęgniarstwa środowiskowego we właściwym kierunku.

Badania do niniejszej pracy oparto na ankietowaniu 37 czynnych zawodowo pielęgniarek środowiskowych, na rozmowie ukierunkowanej przy pomocy kwestionariusza, przeprowadzonej z 12 przełożonymi pielęgniarek tych przychodni, gdzie aktualnie zatrudnione były pielęgniarki środowiskowe oraz na analizie materiału statystycznego za okres pięciu lat (1968-1972), jakimi są roczne sprawozdania z działalności pielęgniarek środowiskowych. Badania prowadzono w dwóch miastach wojewódzkich, w Lublinie i we Wrocławiu w okresie od 5 grudnia 1972 do 23 marca 1973 r.

Zastosowana ankieta, jako metoda podstawowa składała się z trzech części:

I. cz.: dotyczyła ogólnych informacji o ankietowanym (15 pytań),

II. cz.: przygotowania do pracy w środowisku (10 pytań),

III. cz.: samej pracy w środowisku (27 pytań).

**Pielęgniarstwo
środowiskowe ma
wieloletnią tradycję.
W ciągu bez mała
pięćdziesięciu lat
przeobrażało się
wielokrotnie,
przybierając
różne określenia,
takie jak:
pielęgniarstwo
społeczne,
domowe,
rejonowe**

Wyniki wstępnych badań uzyskanych tą drogą, mogą stanowić częściowe rozpoznanie problemu. Zatem, aby móc wstępnie ustosunkować się do niego, należy rozpatrzyć obecną rzeczywistość w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego pod kątem hipotez cząstkowych, a mianowicie ustalić jaki wpływ na efektywność zdrowotną w społeczeństwie mają:

1. działalność pielęgniarek środowiskowych,
2. obiektywne trudności występujące w pracy pielęgniarek środowiskowych,
3. zapotrzebowanie społeczne na tę formę pracy pielęgniarskiej.

Pamiętając, że te czynniki są zmiennymi niezależnymi, a podniesienie stanu zdrowotnego zmienną zależną, dokonano określonego cyklu badań dla zweryfikowania hipotezy głównej, uzasadniającej potrzebę rozwoju pielęgniarstwa środowiskowego.

Pełne ujęcie tego zagadnienia wymaga podjęcia badań w środowisku bytu, zakładów nauczania i pracy, na co w pracy magisterskiej brakowało miejsca.

W środowisku domowym zbiegają się jednak te wszystkie zagadnienia, ponieważ „zespół ludzi połączonych wspólnotą warunków życia i zamieszkania uznaje się za środowisko zasadnicze z punktu widzenia opieki medycznej”, toteż badania oparte na zespole pielęgniarek środowiskowych pracujących w rejonach zapobiegawczo-leczniczych.

Przeprowadzone badania pozwoliły na scharakteryzowanie pielęgniarek środowiskowych jako wyselekcjonowanej grupy zawodowej oraz dały obraz środowiska pracy, tak specyficznego jeśli chodzi o rodzaj świadczonych usług leczniczo - pielęgnacyjnych i socjalno - opiekuńczych.

Weryfikacja badań dotyczących pierwszej hipotezy cząstkowej, a mianowicie działalności pielęgniarek środowiskowych *sensu stricte* pozwala ocenić ją jako społecznie użyteczną.

Analiza materiału badawczego dotyczącego drugiej hipotezy cząstkowej, która brzmi: obiektywne trudności występujące w pracy pielęgniarek środowiskowych, daje obraz trudności wynikających ze stałego kontaktu i współpracy z jednej strony ze zwierzchnikami i współpracownikami, z drugiej zaś strony z ludźmi oczekującymi pomocy, czyli subiektywnie zainteresowanymi własną sytuacją życiową. W takim układzie wzajemnych zależności określenie właściwej roli pielęgniarki środowiskowej nie jest łatwe.

Trudności w pracy wynikały z:

1. braku własnego pokoju do pracy,

2. braku drobnego sprzętu medycznego (strzykawki),
3. dużej ilości pracy biurowej,
4. braku odpowiedniej liczby miejsc w zakładach opiekuńczych i wychowawczych,
5. ciągłych zastępstw w innych poradniach,
6. bardzo powolnego tempa załatwiania spraw opiekuńczych w ośrodku opiekuna społecznego,
7. oddalenia przychodni od miejsca zamieszkania podopiecznych.

Na ogólnie trudną sytuację pracy w tej grupie fachowych pracowników służby zdrowia składają się przede wszystkim dwa zasadnicze powody:

- ▶ stały deficyt miejsc w zakładach leczniczych, opiekuńczych i opiekuńczo-wychowawczych,
- ▶ zbyt wolny przyrost kadry lekarzy rejonowych, pielęgniarek środowiskowych i opiekunek Polskiego Czerwonego Krzyża.

Analiza materiału badawczego dotycząca trzeciej hipotezy cząstkowej, a mianowicie społecznego zapotrzebowania na tę formę pracy pielęgniarskiej wskazuje, że w pracy pielęgniarek środowiskowych dominuje akcent społeczny. 70 procent czasu pracy dziennej pielęgniarka środowiskowa poświęca podopiecznym. Są to: odwiedzi-ny, zabiegi, patronaże. Problem socjalno – bytowy w całej pracy pielęgniarek środowiskowych stanowi dominantę.

Spoleczne zapotrzebowanie na pracę pielęgniarek środowiskowych wynika zatem z konieczności:

1. zabezpieczenia potrzeb rodziny pod względem zdrowotnym i bytowym,
2. szeroko pojętej pracy wychowawczej,
3. kontaktów społecznych.

Zagadnienia przeanalizowane w niniejszej pracy prowadzą do następujących wniosków i postulatów:

Wnioski

1. Działalność pielęgniarek środowiskowych należy określić jako społecznie użyteczną, ponieważ obejmuje opieką środowiska potrzebujące zabezpieczenia zdrowotnego i bytowego.

2. Rekrutacja, dobór i przygotowanie kadry pielęgniarek środowiskowych w 85 proc. przebiega w myśl wytycznych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

3. Przydział środowisk podopiecznych wynikał nie z intencji zabezpieczenia potrzeb ludności rejonu zapobiegawczo-leczniczego, lecz z podziału administracyjnego.

4. Brak pełnej informacji o działalności, obowiązkach i uprawnieniach pielęgniarek środowiskowych rzutował na współpracę, tak w środowisku zawodowym, jak i wśród podopiecznych.

5. Brak udogodnień w pracy pielęgniarek środowiskowych dotyczy głównie:

- przygotowania i dokonania odwiedzin (warunki lokalowe, sprzęt, środki lokomocji i inne),

– bezpośredniej działalności leczniczo-pielęgniarskiej w środowisku.

6. Realizację zadań opiekuńczych utrudnia pielęgniarkom środowiskowym stały brak pomocy ze strony opiekunek PCK, deficyt miejsc w szpitalach, domach opieki, zakładach opiekuńczo-wychowawczych i innych.

7. Priorytet spraw socjalno-bytowych ogranicza działalność profilaktyczno-lekarsko-pielęgniarską pielęgniarek środowiskowych.

8. Wiadomości z zakresu nauk humanistycznych, przekazywane w ramach szkolenia kursowego przygotowują w stopniu niewystarczającym do pracy w środowiskach, zwłaszcza tych, gdzie obserwuje się spłot patologicznych zjawisk społecznych i zdrowotnych.

9. Dokumentacja obecnie obowiązująca nie daje pełnego i przejrzystego przekroju działalności pielęgniarek.

10. Zbyt wolny przyrost kadry kwalifikowanych pielęgniarek środowiskowych nie nadąża za niewspółmiernie szybko rosnącymi potrzebami zdrowotnymi i opiekuńczymi społeczeństwa.

11. Brakuje systematycznych i całościowych badań naukowych nad problemem jaki sobą przedstawia pielęgniarstwo środowiskowe.

Postulaty

1. Dobór kadry na stanowiska pielęgniarek środowiskowych przeprowadzać na podstawie szerokiej informacji o celowości tej formy pracy pielęgniarskiej z podkreśleniem korzyści zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych dla społecznej służby zdrowia i dla społeczeństwa.

2. Powoływanie stanowiska pielęgniarki środowiskowej i wytyczanie zakresu jej działalności opierać na takich kryteriach, jak: stan zdrowotności, potrzeby społeczne i zagrożenie epidemiologiczne rejonu zapobiegawczo-leczniczego.

3. Rozszerzać informacje propagujące pielęgniarstwo środowiskowe wśród fachowych pracowników społecznej służby zdrowia oraz całego społeczeństwa.

4. W działalności pielęgniarek środowiskowych zapewnić pierwszeństwo zagadnieniom profilaktyki i wychowania zdrowotnego, jako podstawowym treściom systematycznego, całościowego i kompleksowego zabezpieczenia i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

5. By zapewnić dynamiczny i rytmiczny rozwój pielęgniarstwa środowiskowego należy określić stan dotychczasowy tego pielęgniarstwa w kraju drogą systematycznych badań naukowych kontynuowanych w przyszłości.

Dając krótki przegląd zagadnień poruszonych w niniejszej pracy, pielęgniarstwo środowiskowe można ocenić pozytywnie, umożliwia bowiem ono rozeznanie w zdrowiu i problemach socjalno-bytowych społeczeństwa oraz sygnalizuje potrzeby kadrowe społecznej służby zdrowia, tudzież jej racjonalne rozmieszczenie. Działalność pielęgniarek środowiskowych stanowi zatem formę sondażu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i ich zabezpieczenie przez społeczną służbę zdrowia.

Lublin, 13 września 2003 r.

Wspomnienie

W trzydziestą rocznicę uzyskania dyplomu magistra pielęgniarstwa

MGR PIEL. ELŻBIETA SZUMIRSKA-GRUBBA

Trzydzieści lat temu wieść radosna wielce,
lotem błyskawicy przemknęła po kraju,
wszystkim pielęgniarcom mocniej bije serce,
wszak w Lublinie dla nas studia otwierają.

Na egzamin wstępny z Polski niemal całej,
przyjechało trzysta ochoczych dziewoi,
pierwsze w kraju Studium jest jednak zbyt małe,
przyjmie nas sześćdziesiąt – która się ostoi?

Wyczekując w tłumie na dość miękkich nogach
słyszymy, że najpierw egzamin z języka!
wzywamy na pomoc raz diabła, raz Boga,
lecz mężnie stajemy w obliczu ryzyka.

„Odsiew” był na wstępie, potem poszło gładko,
egzamin medyczny był już „z życia wzięty”,
a później – biegłyśmy ochoczą gromadką
szukać swoich nazwisk na liście przyjętych.

Sześćdziesiąt szczęśliwych – akademik czeka,
całe piętro dla nas zarezerwowane.
I tak – przez trzy lata lgnął człek do człowieka,
zostały z tych czasów więzi niezerwane.

Nauka, praktyka, przyjemność i praca,
grono pedagogów oddanych nam wielce,
lecz myśl jedna ciągle uparcie powraca,
niepokoi umysł i rozdziera serce.

Poszłyśmy na studia – a czegoś brakuje,
wszak każda z nas tytuł powinna otrzymać!
„Studium Pielęgniarstwa” – to nam nie pasuje,
musimy mieć Wydział! I tego się trzymać!



Grono zapaleńców, młode, tęgie główki,
darzone sympatią naszego Dziekana,
nie na darmo nosząc miano: „KLAMUTÓWKI”
walczyły, by godną rangę nam nadano.

Do samego Gierka ekipa ruszyła,
aby magisterium wywalczyć potomnym,
i zwyciężyłyśmy – bo w jedności siła,
jest czwarty rok studiów – sukces wiekopomny.

Do prac magisterskich tematy wybrane,
zgodne z kierunkami naszej edukacji,
część – pracę w szkolnictwie ma zaplanowaną,
a druga część widzi się w administracji.

Cztery lata studiów to niby niewiele,
ale dla nas jest to czas niezapomniany,
bo to my – pionierskie stawiałyśmy cele,
w czyn wprowadzałyśmy niedościgłe plany.

Z nas to pierwsza kadra Uczelni powstała,
aby później tworzyć katedry, zakłady,
na nas to patrzyła przecież Polska cała,
by wkrótce ochoczo ruszył w nasze ślady.

Oddajmy też pokłon naszym Profesorom,
których kilku nie ma już pomiędzy nami,
to dzięki ich pasji, ich świetlanym wzorom
udało się stworzyć to, co dzisiaj mamy.

Chociaż do historii zaczniemy odchodzić,
cieszymy się spotkaniem, dumnie nośmy główki,
a naszą spuściznę niechaj przejmą młodzi,
wypijmy za studia! Wiwat – KLAMUTÓWKI!

Musiałem to powiedzieć...

Profesor M. K. Klamut
wspomina dramatyczne losy Ojca

PROF. DR HAB. MARIAN KAZIMIERZ KLAMUT

Podczas podniosłej, historycznej uroczystości oddania do użytku Collegium Universum, kierownik budowy w okolicznościowym wystąpieniu wspominał, że w początkowej fazie inwestycji, podczas wykonywania przy ul. dr. W. Chodźki fundamentów, drążono ośmiometrowe studnie, aby dotrzeć do stałego gruntu.

Byłem – jak sadzę – jedynym uczestnikiem tej uroczystości, który znał tajemnicę wspomnianych, nieoczekiwanych trudności. To tutaj, w głębokich dołach po wybranej przez ceglarzy glinie (w tej dzielnicy mieściła się cegielnia, z pobliskich terenów pozyskiwano niezbędny do wyrobu cegły surowiec) odnaleźliśmy w 1947 roku zwłoki około stu ofiar pierwszych hitlerowskich egzekucji, a wśród nich ciało mojego Ojca. Przed oczami wyobraźni przesuwały mi się obrazy minionych, tragicznych wydarzeń, zwłaszcza z okresu mrocznych lat niemieckiej okupacji.

Ojciec, jako siedemnastoletni chłopiec z podkrakowskiej wsi po wybuchu pierwszej wojny światowej wstąpił do legionów Piłsudskiego. W walce z bolszewicką nawałą, w 1920 r. dostał się do niewoli i kilka lat spędził na dalekiej Syberii. Z tamtych czasów pozostał prezentowany z dumą krzyż i medal niepodległości z podpisem ukochanego Komendanta. W niepodległej II RP był nauczycielem, instruktorem Związku Strzeleckiego, działaczem społecznym. Po wrześniowej klęsce szybko narastała w polskim społeczeństwie duch oporu i wola walki z okupantem.

11 listopada 1939 roku młodzież w Kamionce urządziła uroczystość niepodległościową,

której towarzyszyły patriotyczne pieśni i poezja. Zdradzeni przez donosiciela, prawdopodobnie pracownika miejscowej szkoły, uczestnicy manifestacji zostali aresztowani i osadzeni w więzieniu na Zamku Lubelskim. Wraz z nimi aresztowano księży Piotra Gintowt-Dziewałtowskiego i Antoniego Hunicza, nauczycieli Wincentego Cyfrowicza, Franciszka Klamuta i Mariana Laskosia, studentów Klemensa Gębałę, Stanisława Smolaka i Alfreda Błażejczyka, pracowników gminy Franciszka Mazurkiewicza i Michała Szadkowskiego oraz kilku innych mieszkańców miasteczka. Aresztowani 15 listopada 1939 r., zostali rozstrzelani 6 stycznia 1940 r. właśnie tu, w glińkankach na Lemszczyźnie. Z okresu pobytu Ojca w więzieniu zachowały się w rodzinnych zbiorach grypsy i wykonany własnoręcznie krzyżyk.



Wykopy pod fundamenty
Collegium Universum
przy ulicy dr. W. Chodźki.



Franciszek Klamut (1897-1940)

Nauczyciel matematyki w Szkole Podstawowej w Kamionce, legionista, instruktor Związku Strzeleckiego. Za swe przekonania patriotyczne i udział w okolicznościowej manifestacji, z okazji rocznicy uzyskania przez Polskę niepodległości, uwięziony na Zamku Lubelskim i rozstrzelany przez gestapowców 6 stycznia 1940 roku w cegielni na Lemszczyźnie (obecnie ul. dr. W. Choźki).

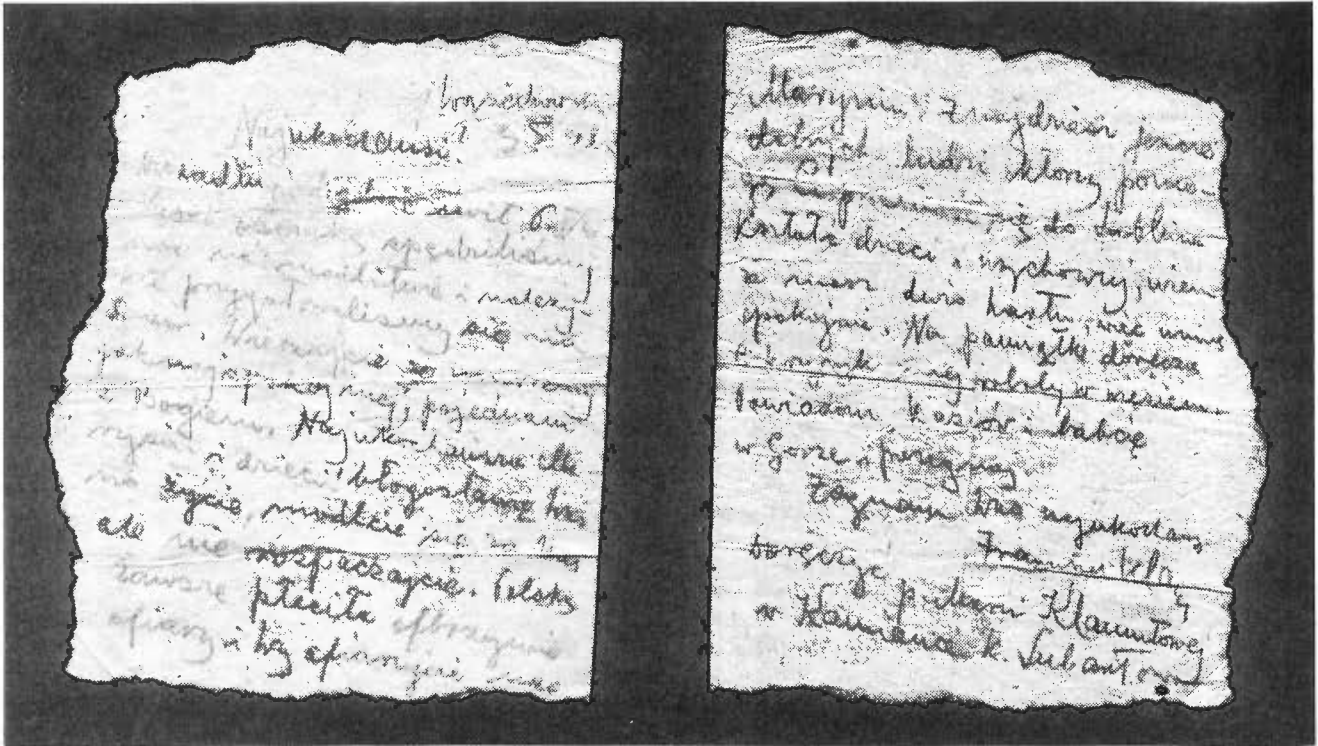


W mundurze
legionisty
(1918 r.)

Po wojnie rozpoczęliśmy intensywne poszukiwania mogił więźniów Zamku. To takie naturalne, ludzkie, i ważne pragnienie, aby móc zapalić na mogile świecę oraz połączyć się duchowo z najbliższym człowiekiem, który jednoczył się z nami w chwili swej tragicznej śmierci. Braliśmy udział w kilku ekshumacjach. Wreszcie tu, na Lemszczyźnie wśród dziesiątków zmasakrowanych zwłok ujrzałem ciało mojego Ojca. Gлина znakomicie konserwuje, toteż pomimo upływu siedmiu długich lat bez trudu rozpoznaliśmy ubrania, buty, drobne przedmioty. Ojciec leżał wśród towarzyszy z celi śmierci. Pracownik pobliskiej cegielni, naoczny świadek egzekucji opowiadał, że gestapowcy zerwali z księży sutanny, oblali je benzyną i pod-

palili. Rzeczywiście, na miejscu kaźni znaleźliśmy nadpalone ich fragmenty i dość charakterystyczne guziki.

Dziś, wszyscy spoczywają we wspólnej mogile na cmentarzu przy ul. Unickiej, tuż obok kaplicy, gdzie uwagę przechodnia przykuwa wspaniały pomnik – symbol, dzieło artysty rzeźbiarza Tadeusza Skwarczyńskiego. Potężne granitowe bloki wyszczerbione gradem kul zdają się wywracać, upadać, tak jak padali mordowani bohaterowie tamtych lat. Na granitowej płycie lapidarna treść epitafium: „TYM, KTÓRZY WALKĄ I CIERPIENIEM SŁUŻYLI OJCZYŹNIE” autorstwa więźniarki politycznej, później nauczycielki historii w liceum im. Hetmana Jana Zamojskiego w Lublinie Eugenii Zaleskiej, oraz rząd tablic z kolum-



Gryps noszący datę 6 stycznia 1940 roku.

Najukochoński!

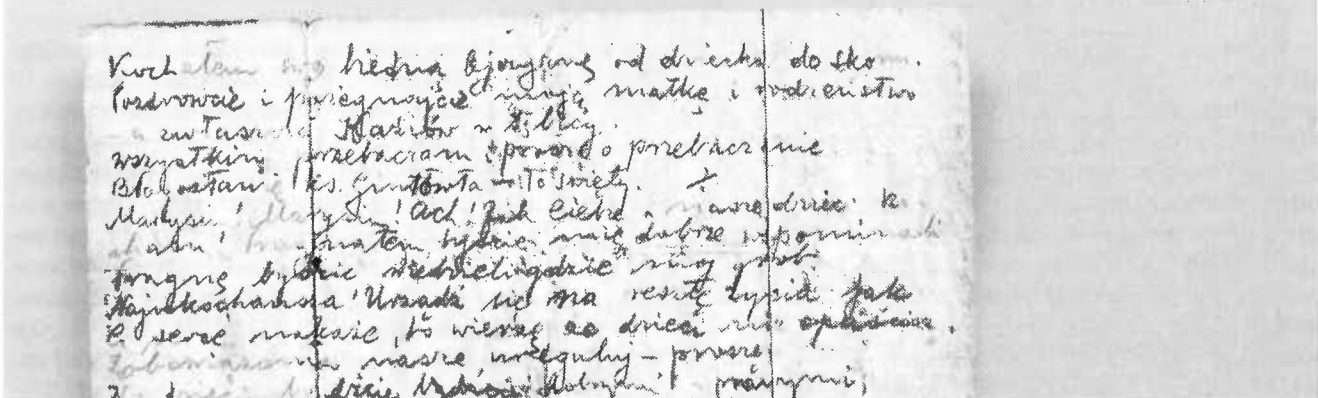
Niezadługo będzie świt 6 stycznia 1940 r. Naszą ósemką spędziliśmy noc na modlitwie, należycie przygotowaliśmy się na śmierć. Wierzajcie, że umrzemy jak najspokojniej, pojednani z Bogiem. Najukochońska Marysiu i dzieci! Błogosławię Was na życie, módlcie się za nas, ale nie rozpaczajcie. Polska zawsze płaciła olbrzymie ofiary i Wy ofiarujcie nas. Marysiu! Znajdziesz jeszcze dobrych ludzi, którzy pomogą Ci przenieść się do Lublina. Kształć dzieci i wychowuj, wiem, że masz dużo hartu, więc umieram spokojnie. Na pamiętkę doręczą Ci krzyżyk mej roboty w więzieniu. Powiadom Kaziów i babcię w Górze i pożegnaj. Żegnam Was Najukochoński.

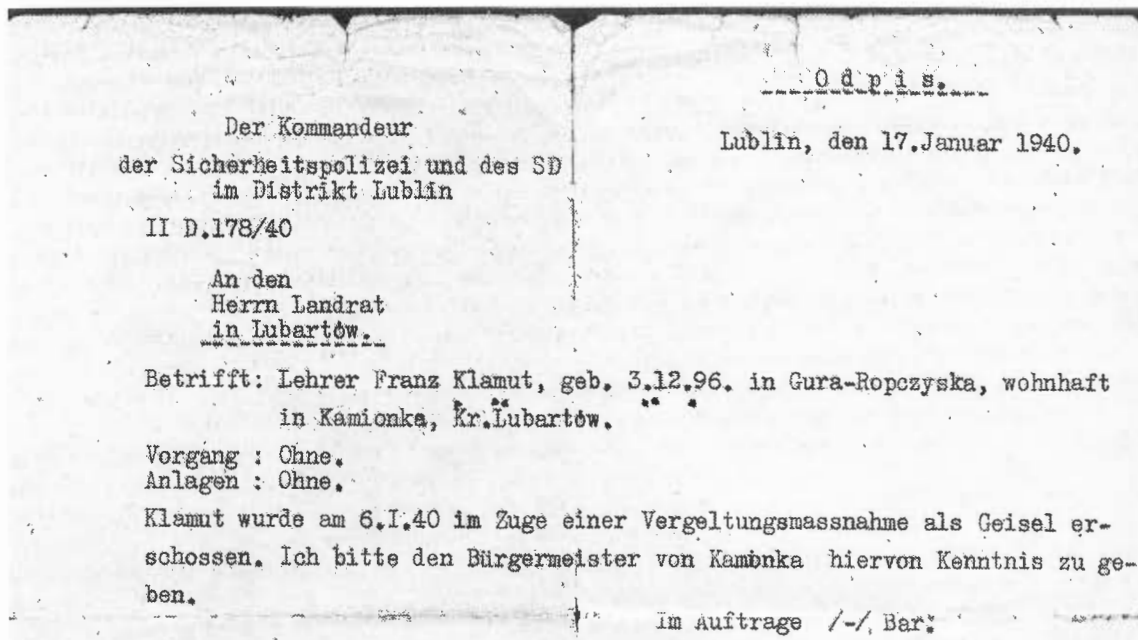
Franciszek Klamut

Doręczyć p. Marii Klamutowej
w Kamionce k. Lubartowa.

Kochamłem swą biedną Ojczyznę od dziecka do skonu. Pozdrówcie i pożegnajcie moją matkę i rodzeństwo, a zwłaszcza Kaziów z Dębicy. Wszystkim przebaczam i proszę o przebaczenie. Błogosławię ks. Gintowta – to święty! Marysiu! Marysiu! Ach, jak Ciebie i nasze dzieci kocham! Pragnąłem byćście mnie dobrze wspominali. Pragnę byćście wiedzieli, gdzie mój grób. Najukochońska! Urządź się na resztę życia, jak Ci serce nakaze, bo wierzę, że dzieci naszych nie opuścisz. Zobowiązania nasze ureguluj – proszę. Wy, dzieci, bądźcie dobrymi i prawymi. Będę umierał z myślą o Was i Mamci. Żegnam i ściskam Was po raz ostatni. Żal umierać za taką cenę. Ufam Bogu.

Wasz Franciszek





nami wrytych nazwisk pomordowanych 1445 ofiar lubelskiego Zamku, skłaniają do zadumy i refleksji.

Drogi Czytelniku, kiedy będziesz na cmentarzu przy ul. Unickiej nawiedz, proszę, mogiłę ofiar lubelskiego Zamku, zapal znicz i uczcij modlitwą oraz chwilą milczenia pamięć tych, którzy oddali życie, abyś Ty mógł żyć.

Przepraszam Osoby, które moje wspomnienie tej dawnej tragedii wyrażone podczas otwarcia Collegium Universum odebrały jako niestosowne. Być może z czasem zrozumieją, że ja po prostu musiałem to powiedzieć...



Zamek Lubelski – miejsce kaźni polskich patriotów, uczestników ruchu oporu

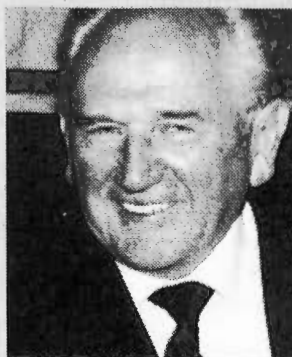


Pomnik zamordowanych więźniów Zamku na cmentarzu przy ul. Unickiej

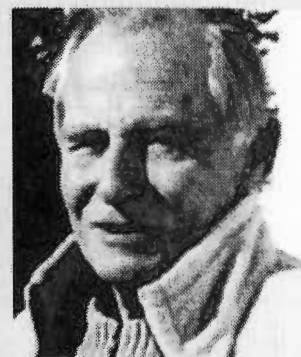
BIBLIOGRAFIA

1. Zygmunt Mańkowski: Hitlerowskie więzienie na Zamku w Lublinie, Wydawnictwo Lubelskie, 1988.
2. Zofia Leszczyńska, Janina Kietłoń: Grypsy z zamku lubelskiego 1939 - 1944, KAW - Lublin, 1991.

Stały felieton „Listy polecane” jest efektem bieżącej korespondencji 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 polecane

Drogi Kazku!

Dawno do Ciebie nie pisałem, a wydarzenia w kraju i świecie, złe i dobre następują niesłuchanie szybko, tak jak wiosenna i jesienna w tym roku pogoda. Długie letnie dni są już tylko miłym wspomnieniem. Otaczający nas świat flory i fauny nie ma czasu do stracenia. Jakieś odwieczne ustawy wykonawcze wydane są raz na zawsze i doskonale funkcjonują. Wystarczy wyjść na spacer do pobliskiego parku, gdzie panuje już jesienna cisza ustrojona w kolory opadających liści. Wichury w polityce zaś trwają nieustannie.

Byłem głęboko wzruszony widząc w lecie Papieża w dobrej formie, z dostojną twarzą, żywą mimiką i ekspresją. Słyszałem, ale nie wiem ile w tym prawdy, że lekarze watykańscy leczący chorobę Parkinsona na którą cierpi, nie chcieli się zgodzić na nowoczesne metody terapii, które proponowała grupa młodych naukowców. Nie dowiemy się nigdy co myśleli, trzymając ich z dala.

W końcu jednak ulegli, leczenie wdrożono i z jakże spektakularnym skutkiem.

Niedawne zmiany na Miodowej (siedziba ministerstwa zdrowia – przyp. red.) były tak szybkie, że trudno było się połapać, a przy tym próżno by szukać czegoś, co zapowiadało by poprawę nie tylko w służbie zdrowia. O jej! jak ja nie lubię tego określenia, które już nie przystaje do dzisiejszego dnia i rzeczywistości – wystarczy zastanowić się nad etymologią słowa służba, która przecież nie może być zła. Więc odmiennie jak pogoda, nic nie zapowiada u nas pomyślnych zmian, a w kraju tzw. ożywienia w gospodarce. Nowy urzędnik nie zdąży porządkować na biurku papierów i już się musi pakować. Ale to już wystarcza, aby dostał odprawę! Cóż można zrobić w takich okolicznościach, gdy wysiłek ludzki jest codziennie marnotrawiony, a twórcy beznaście złych decyzji nie zastanawiają się zanim ją podejmą, bo wiedzą że są bezkarni i popierani przez swo-

je ugrupowanie, za co są sownie opłacani z naszych pieniędzy. To jest Drogi Kaziu bardzo smutne.

Zahaczam o ekonomię, ale któż z nas na niej się nie zna. Nieustannie szkoleni w mediach, wszyscy stajemy się domorosłymi autorytetami. Politycy, a właściwie pseudopolitycy, wypowiadają bezsensowne sądy, często arbitralne, ale bez pojęcia, nieraz dochodzi do kłótni, bo każdy uważa, że ma rację. Na czym te racje polegają? Podejrzewam, że rzadko kiedy sami o tym wiedzą.

Kołodko, b. minister-recydywista na Świętokrzyskiej, bo tak bym go określił, posadzony niedawno powtórnie na wysokim fotelu, w nagrodę za nieudolne zarządzanie finansami przed kilku laty i przekręt w Parku Narodowym, gdzie zaczął sobie dom stawiać, spadł po raz drugi z ministerialnego tronu. Tym razem także niczym się nie wykazał, poza... startami w maratonie. Jego następcy od wymyślania finansowych bajek wróżą wzrost PKB. Może rzeczywiście niektórzy ludzie w to wierzą, tak jak wierzy się w wróżenie z fusów. Ale, gdy wróciłem z urlopu do kraju, uderzyło mnie nieodparcie wrażenie stagnacji. Smutne twarze naszych pacjentów, nie tylko z powodu choroby, ale może bardziej będące skutkiem nastroju wynikającego z ich opowiadań o sytuacji bez perspektyw. Wymowny barometr nastrojów.

Ożywienie w gospodarce to nie jakieś niewielkie i mało prawdopodobne podniesienie PKB kosztem zaciskania pasa, czyli ograniczenia tak bardzo rozdętych ponad niezbędne potrzeby wydatków. O kolosalnych uposażeniach setek tysięcy nieudolnych urzędników – nie wiedzących na dobrą sprawę na czym polega ich praca, bo pensja i tak leci – w ogóle się nie mówi. A przecież od tego, choćby dla przykładu, trzeba by zacząć. Stąd te smutne twarze rodaków. Ożywienie, to nowe liczne miejsca pracy w zakładanych w ciągu dwóch dni, a nie trzech miesięcy małych firmach i niemal natychmiastowa wyraźnie wyczuwalna trwała tendencja spadku bezrobocia. U nas program rządowy nie przewiduje nowych miejsc, ale utrzymuje miliardowe dotacje dla mastodontów przemysłowych, od dawna deficytowych. Któż zechciałby otwierać firmy ginące od początku pod ciężarem podatków niwelujących nawet minimalny zysk. Ktoś jednak na tym zarabia! Kto?

Na pewno zauważyłeś, jak zrzęcznie wyciągnięto nam na wiosnę z kieszeni owe 0,25 procent na lecnicstwo. Suma niewielka, wiadomo było, że nic nie pomoże. Nigdzie na świecie nie ma kraju, w którym ubezpieczenie pokrywałoby całe leczenie, no może z wyjątkiem Białorusi i Kuby. Mimo wszystko, nasze biedne emerytury, nie powinny być przecież obniżone, a to stało się fak-

tem! A monstualne stałe wydatki w administracji, których nie tknięto pożerają tyle pieniędzy, że nie zostaje na pensje dla naszych kolegów. Mówiło się i mówi się nadal, od czasu do czasu, o potrzebie dopłacania do leczenia przez chorego. Podobnie jak w krajach zachodnich. Ale nie mówi się, że nasi pacjenci nie bardzo mają z czego dopłacać, a ci co mają szukają prywatnych lecznic, gdzie otrzymują to czego potrzebują.

Wszystko to przez czas jakiś pozostawało w cieniu referendum akcesyjnego. Mamy je za sobą, a także niedawno podpisany Traktat Akcesyjny. Uzmysławia to nam bardziej niż dotychczas ile pozostało jeszcze do zrobienia w oczekiwaniu na ten ważny majowy dzień przyszłego roku, dzień, który dla naszego kraju będzie najważniejszym dniem w historii.

Przedreferendalne spotkania Millera nie poprawiły jego notowań. Całkowity brak wizji na jutro, rząd nieudany jak rzadko, udaje, że niczego nie widzi, mimo, że tak mało rodaków go akceptuje. Rozmywa się komisja

Całkowity brak wizji na jutro, rząd nieudany jak rzadko, udaje, że niczego nie widzi, mimo, że tak mało rodaków go akceptuje.



Gdy wróciłem z urlopu do kraju, uderzyło mnie nieodparcie wrażenie stagnacji. Smutne twarze naszych pacjentów, nie tylko z powodu choroby, ale może bardziej będące skutkiem nastroju wynikającego z ich opowiadań o sytuacji bez perspektyw

śledcza, utwierdzając nas starszych w przekonaniu, że jest tylko poszukiwaniem kozła ofiarnego, którego trzeba poświęcić na ołtarzu zatajenia prawdy i utrzymania się przy sterze władzy.

A fatalne w skutkach niedopuszczalne pomyłki dyplomatyczne? Dyplomaci uczą się rzemiosła na placówkach lub na sali sejmowej. Jeśli raczą się tam pojawić, zachwycają się własnym głosem wobec pustych ław i w udzielanych wywiadach. A to wszystko kosztuje, więcej niż się wydaje, bo błędy kosztują podwójnie, a może więcej, bo tylko sam stracony czas trzeba liczyć podwójnie.

Będąc zwolennikiem naszej akcesji do UE martwię się szczerze, gdy w gronie moich znajomych znajduję jej przeciwników, którzy swoją negację opierają na „wiem lepiej”. Nie tylko nie mają argumentów, ale też daru widzenia przyszłości. Nie uczyli się logiki, która uczy poprawnego rozumowania, doprowadzającego do wniosków wg zasady *post hoc ergo propter hoc*. Tylko w medycynie to prawo nie zawsze obowiązuje. Ale czy uczyli się w ogóle, żyjąc w świecie, w którym ściąganie na egzaminach jest chwalebne. A tak jest, skoro z okazji egzaminów maturalnych dziennikarz tv z uznaniem



pokazywał rozmaite sposoby ukrywania ściąg, zamiast definitywnie i kategorycznie z miejsca ten czyn potępić! Po co więc się uczyć, skoro można ściągnąć. Pomagają w tym koledzy i niestety rodzice, bo cel uświęca środki. Nauczyciele tego nie widzą. A może pospółu z rodzicami uważają, że tak być powinno? Bo przecież nie uczono ich w szkole, że ściągnięcie, tak jak jeżdżenie na gapę, jest takim samym oszustwem. Mój optymizm mówi jednak, że kres ściągnięcia choć nie jest bliski, musi nastąpić. A znikoma szkodliwość społeczna takiego czynu, czy rzeczywiście jest znikoma? Uważam, że jest niezmiernie szkodliwa i powinna być z całą surowością ukarana. Co to właściwie znaczy znikoma szkodliwość społeczna? Skąd się to wzięło w naszym społeczeństwie?

Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy w Toruniu chyba zawiódł pokładane w nim nadzieje. Trudny do pojęcia i objęcia wyobraźnią fatalny stan lecznictwa w kraju, był ponad siły obradujących, którzy zajęli się ważnymi problemami etycznymi. Zawzięcie dyskutowano, a potem podjęto decyzje, zapominając, że w zawodzie lekarza nie wszystko da się załatwić zgodnie z literą prawa, bo jakże często, mimo opierania się o kodeks, ostateczne decyzje etyczne musimy podejmować sami. I nie tego nie zmieni.

Wybacz Mój Drogi Kaziu, że nie mogę się wyzbyć sarkazmu i narzekania. Chciałbym by było inaczej. Aliści są chwile radości, bo po raz kolejny byłem pod wrażeniem niezwyklej osobowości Naszego Papieża. Uroczystości w Rzymie z okazji Jego osiemdziesiątych trzecich urodzin czcigodny Jubilat puentował krótko, dziękując rodakom za liczne przybycie z okazji kanonizacji nowych świętych. We wszystkich Jego wypowiedziach brzmiała niezmiernie niezwykła skromność, w których nie było nigdy ego, żywo kontrastującego z jej brakiem u naszych bezdennych... dostojników. Zarozumiali politycy i poslowie którzy się prezentują w mediach mogli by go naśladować, gdyby nie to, że wsluchani we własne słowa, niczym więcej się nie interesują.

W ostatnich dniach cały świat z okazji dwudziestopięciolecia pontyfikatu składał Papieżowi z głębi serca płynące życzenia zdrowia, podziwiając bohaterstwo z jakim dostojny solenizant pokonywał swoje tak bardzo widoczne cierpienie. Tym razem przypominano już otwarcie Jego ogromny wkład i dla pokoju na skłóconej Ziemi i dla jedności wiary. Przed ćwierć wiekiem nieznanemu młodemu papieżowi z nieznanego kraju, dziś jest najważniejszym człowiekiem naszych dni, co najlepiej ujął jeden z publicystów mówiąc, że papież jest powyżej kandydatów ubiegających się o przyznawaną w tych dniach pokojową nagrodę Nobla. I trudno się z tym nie zgodzić.

W naszym zawodowym życiu widzieliśmy nie raz i nie dwa, jak trudno młodemu człowiekowi z doskonałymi pomysłami przebić się, gdy szefowie zbywają uśmiechkiem ich nieśmiałe propozycje. W przekonaniu własnej nieomyślności, zarozumiałości i pysze – powiedzmy wprost – nawet nie dopuszczają myśli, aby zastanowić się nad tym co proponuje ten młody i zdolny.

Powiedzenie, że do gabinetu szefa wchodzi się z własnymi pomysłami, a wychodzi się z pomysłami szefa nie jest wyssane z palca. Stąd już krok i otwarte drzwi do stagnacji, bo postęp to ryzyko, które trzeba podejmować. Tylko młodzi mogą je podjąć, starzy nigdy, ale młodym trzeba pomóc, a nie przeszkadzać. Przykłady można by mnożyć np.: gdyby nie dwudziestodwuletni Best, Banting nie dostałby w 1921 roku nagrody Nobla za odkrycie insuliny itd. Stanowiska naukowe nadal obsadza się u nas z klucza. Nie dziwi więc fakt, że pominięci, a zasługujący na awans opuszczają nasz kraj. Czy to się kiedyś zmieni? Porozmawiamy o tym innym razem. Tymczasem kończę już i pozdrawiam Cię serdecznie, życząc udanego wypoczynku z dala od hałasów i beznadziejnej telewizyjnej sieczki,

Twój Jasiek

27 października 2003

**Przed ćwierć wiekiem
nieznany młody papież
z nieznanego kraju,
dziś jest najważniejszym
człowiekiem naszych
dni, co najlepiej ujął
jeden z publicystów
mówiąc, że papież jest
powyżej kandydatów
ubiegających się
o przyznawaną w tych
dniach pokojową
nagrodę Nobla.
I trudno się z tym
nie zgodzić.**

Złe i dobre

Wszyscy zadajemy sobie pytanie, jak długo można żyć i zachować równowagę psychiczną w otoczeniu arogancji, korupcji, łapownictwa, braku ideałów, zyczliwości oraz poczucia wstydu? Czy rzeczywiście tak musi być zawsze i wszędzie?

PROF. DR HAB. BIRUTA FAJROWICZ*

Jeszcze przed kilkoma laty nie wierzyłam w różnorodne pomówienia i opinie o lekarzach, ale niestety potwierdziły się one. Teraz rozumiem, dlaczego chorzy ludzie tak się boją lekarzy, leczenia i nas krytykują. Afera goni aferę! Kolejne nieprawidłowości w rejestracji leków i zmiany listy leków refundowanych spowodowały ogromne poruszenie wśród pacjentów. Na pewno potrzebne są ciągłe korekty w zarządzeniach, tym bardziej, że ochrona zdrowia jest w okropnej sytuacji finansowej. Można jednak było dokonać zmian w inny sposób nie szokując i tak biednych oraz zdezorientowanych pacjentów. Gdyby lekarze wcześniej wiedzieli na czym będą polegały zmiany, na pewno uniknęłyby się paniki i wykupywania leków z aptek. Przecież inaczej jest jeżeli specjalista podczas wizyty zmienia ordynowany lek i wytłumaczy choremu skuteczność tego nowego, a inaczej jest, gdy np. pacjent chory na cukrzycę przychodzi do apteki i nie ma pieniędzy na wykupienie insuliny, którą brał już przez kilka lat. Prawdopodobnie 90 procent chorych na cukrzycę w Polsce przyjmowało insuliny producentów zagranicznych. I tu nasuwa się następne pytanie, czy rzeczywiście jesteśmy takimi antytalentami organizacyjnymi, czy jest to kolejny przejaw arogancji. Listy leków nie układa się w jedną noc,

jest to proces długotrwały, mam nadzieję – poprzedzony konsultacjami ze specjalistami z wielu dziedzin.

Wracając do naszego środowiska zawodowego, jestem przekonana, że tylko nieliczne „czarne owce” tak bardzo deprecjonują nasz zawód, a media nie zawsze znające meritum sprawy pomagają im w tym. Wszystko odbija się na pacjentach. Najbardziej żal mi ludzi starych i chorych, którzy przeżyli wojnę i PRL; często są źle traktowani, odsuwani i w dodatku biedni. Większość z nich wyrobiła sobie pogląd, że są już niepotrzebni i nikogo nie interesują. Dla kontrastu jest też grupa pacjentów aroganckich, roszczeniowych, często ubliżająca lekarzom i nie doceniająca ich pracy.

Całe szczęście i radość, że wśród tego zła wyrosli lekarze w pełnym tego słowa znaczeniu, stosujący się do przysięgi Hipokratesa. Wśród nich są też i moi uczniowie. Obserwuję tę grupę i to z dwóch pozycji, współpracownika i pacjenta. Przyglądam się ich pracy i zachowaniu w stosunku do pacjentów w klinikach i przychodniach. Bardzo ciężko pracują, ustawicznie doksztalcają się, publikują prace naukowe i własną wiedzę przekazują studentom. Wierzę w to, że obecni studenci będą też godnymi następcami swoich nauczycieli.

W relacji lekarz-pacjent bardzo ważne jest obopólne zaufanie i współpraca. W przyjaznej atmosferze pacjenci czują się lepiej, co powoduje osiąganie lepszych wyników leczenia. Dotyczy to szczególnie ludzi cierpiących na choroby przewlekłe.

W zawodzie lekarza najważniejsza jest jego wiedza, umiejętność wykorzystania jej na co dzień, ale również takt, uprzejmość, znajomość psychiki chorego, a także dobra organizacja pracy. Ostatnia cecha dotyczy też zebrań, szkoleń, na które przychodzą osoby mające ograniczony czas, śpieszące się do pracy czy domu. Cóż powiedzieć,

* Emerytowana kierownik Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy.

gdy organizatorzy nie przestrzegają punktualności, a tym samym lekceważą wszystkich.

Pozytywnym przejawem działań organizacyjno-dydaktycznych w Uczelni był Światowy Dzień Przewlekłych Obturacyjnych Chorób Płuc. Zorganizowała je Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii AM oraz Towarzystwo Ftizjopneumonologiczne w dniu 20 listopada br. Prezentacja zagadnienia i towarzyszących mu problemów były doprawdy perfekcyjne. Na pewno wielu lekarzy rodzinnych, a nawet pulmonologów przyswoiło sobie szereg nowych treści na temat POChP. Poznało nowe wytyczne GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) w codziennej praktyce.

Jak wiemy, niejedną jest przyczyną powstawania POChP, ale na czoło wysuwa się palenie tytoniu, które WHO uznało za uzależniające. W zwalczaniu tego nałogu wielkie pole do działania ma każdy lekarz. Od kilku lat ma obowiązek zapytać pacjenta o palenie tytoniu, bez względu na to z jakimi dolegliwościami zgłasza się podopieczny. Takie pytanie utwierdza chorego w przekonaniu, że jest to ważna sprawa dotycząca jego zdrowia. W naszym społeczeństwie wiedza o szkodliwości palenia sięga ponad 90 procent, ale większość palaczy sądzi, że to ich nie dotyczy.

Czy tzw. minimalna interwencja antynikotynowa jest istotnym narzędziem w walce z nałogiem palenia tytoniu – starała się odpowiedzieć na to pytanie lek. med. Gabriela Mieszko-Filipezyk w dysertacji na stopień doktora nauk medycznych. Okazało się, że osiągnięta abstynencja roczna wskutek takich działań wyniosła – 41,7 procent chorych pulmonologicznych, 35 proc. wśród osób nie leczonych na 600 obserwowanych. Autorka podała ciekawe motywacje do rzucenia nałogu: 45,3 proc. – silna wola, 21,7 proc. – wpływ lekarza, 15,2 proc. – choroba, 13,2 proc. – wpływ otoczenia, a tylko 5,6 proc. – czynniki ekonomiczne. W pracy tej widać ogromny sukces lekarza. Niestety nie zawsze można cieszyć się sukcesem, wiele osób wraca do nałogu, nawet kilkakrotnie ponawia próbę odstąpienia, inni na zawsze wyrzekają się palenia tytoniu.

Kończę wydzwiękiem optymistycznym i życzę całej brać medycznej sukcesów, wyższych poborów, zadowolenia z pracy, spokoju i pokoju w Nowym Roku 2004. Tym, którzy są w szponach nałogu palenia „bezbolesnej” abstynencji.

***Czy rzeczywiście
jesteśmy takimi
antytalentami
organizacyjnymi,
czy jest to kolejny
przejaw arogancji?***



Środki masowego rażenia

Ze względu na ostatnie wydarzenia i informacje na jakich ogrom jesteście narażeni ze strony mass-mediów chciałbym na łamach Alma Mater poruszyć drażliwy i trudny temat, który nam lekarzom jest ostatnio bardzo bliski.

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

Każdy kto mniej lub bardziej uważnie śledzi wiadomości oraz serwisy informacyjne wiele razy spotykał artykuły opisujące pracę lekarzy, pielęgniarek, sanitariuszy, czy też personelu medycznego. Wszystkie łączy jedno – to, że ludzie zupełnie nie mający pojęcia o prawach i zasadach rządzących medycyną opisują wedle własnego uznania sprawy, które potem bulwersują opinię społeczną. Bulwersują tym bardziej, że część społeczeństwa, zawodowo przecież nie związana ze służbą zdrowia „podchwytuje” sensacyjny ton artykułów i dalej sprawy toczą się podobnie do Oppenheimerowskiej reakcji łańcuchowej; ogniwoami nie są wprawdzie kolejne atomy, lecz rodzina i znajomi zbulwersowanych. Podobieństwem do opisanej reakcji może być także ilość wyzwolonej energii, która przekształca się we frustrację, niechęć, czy wręcz nienawiść do pra-

cowników ochrony zdrowia. Wszyscy znamy późniejszy efekt, jakim jest powszechny – fałszywy i bardzo krzywdzący wizerunek naszej grupy zawodowej. Na domiar złego, żyjemy w kraju, gdzie nie każdy ponosi odpowiedzialność za własne czyny, a zwłaszcza ich późniejsze konsekwencje.

Nawiązując do literatury możemy odnaleźć analogię do znanej wszystkim powieści Orwella, w której niektórzy z bohaterów okazali się równiejsi od innych. Aby zrozumieć sprawę jeszcze lepiej, wystarczy przypomnieć sobie „afery Pavulonową” w łódzkim pogotowiu, gdzie tak naprawdę nikomu poza jednym sanitariuszem nie udowodniono winy, ale konsekwencją ukazania się kilku artykułów były masowe zwolnienia z pracy. Wystarczyło przecież by dziennikarze udali się do jakiegokolwiek lekarza i zapytali o Pavulon. Każdy, już od poziomu studenta trzeciego roku wie, że są skuteczniejsze, czy wręcz niemożliwe do wykrycia trucizny, po co zatem używać leku rzadko stosowanego i łatwego do wytopienia. Po całej sprawie społeczeństwo poniosło jesz-

cze koszty ekshumacji i wysłania kilku zwłok rzekomo zamordowanych pacjentów do zagranicznych laboratoriów, gdzie przeprowadzono drobiazgową analizę toksykologiczną. Sam fakt tak nieprzemyślanej dziennikarskiej samowoli pozwala nabrać wątpliwości co do rzucanych oskarżeń.

Drugą sprawą, niestety bardzo powszechną, jest absolutne niedopuszczenie do głosu osób, mających odmienne od oczekiwanych zapatrywania na sprawę. Wydaje mi się, że aby dyskusja była obiektywna, polemika winna być powszechnie dostępna, to znaczy opublikowana w podobny sposób, jak głosy i stanowisko inicjujące dyskusję. Nawiązała do tego niegdyś w „Gazecie Lekarskiej” pewna pani doktor, która starała się ostro polemizować z doniesieniami o „zdrowej” diecie dra Kwaśniewskiego. Stwierdziła wówczas, że głosy rozsądku są publikowane tylko i wyłącznie w gazetach, do których dostęp ma jedynie wąskie grono specjalistów i tak sceptycznie nastawionych do tematu.

Najpoważniejszą jednak ze wszystkich sprawą jest zupełny brak konsekwencji dziennikarskich informacji, które pojawiają się czy to na łamach czasopisma, serwisu internetowego, czy w telewizyjnych wiadomościach. Wspominam jeden z moich staży w Wielkiej Brytanii, która podobno ma najgorzej zorganizowaną służbę zdrowia w całej Unii Europejskiej i najbardziej restrykcyjne prawo do-

tyczące środków masowego przekazu. W moim odczuciu sprawa, którą chciałbym opisać stanowi jednak dowód ogólnie pojętej „normalności” tamtego systemu. Otóż pamiętam wielką telewizyjną i gazetową „nagonkę” na lekarza, wobec którego wysunięto zarzuty o oszpeccenie pacjenta. Był to specjalista, wzięty chirurg plastyczny, który z całej swojej wiedzy i umiejętności skorzystał jak mógł najlepiej, ale niestety, nie udało mu się. Ponieważ był ubezpieczony, pacjent otrzymał należne mu wysokie odszkodowanie, wystarczające do pokrycia kosztów chirurgicznego skorygowania błędu przez innego lekarza. Wszystko było w porządku, ponieważ błąd człowieka został w możliwym stopniu naprawiony. Usłyszeli o tej sprawie żurnaliści i po wielkim artykule, nastąpił nawet czas debat telewizyjnych, których tematem było – co można, a czego nie można lekarzowi robić, oraz ile lekarzowi wolno popełnić błędów. Rozważania te, prowadzone przez osoby zawodowo nie zajmujące się medycyną, szybko przyjęły rozmiar i formę jałowych dyskusji. Po interwencji odpowiednika naszej izby lekarskiej i procesie jaki ów lekarz wytoczył gazecie, otrzymał on odszkodowanie przekraczające kwotę to, wypłacone jego pacjentowi. Uzasadnione było ono ograniczeniem możliwości zarobkowych lekarza i zszarganiem jego dobrego imienia.

W Polsce wychodzimy chyba z założenia, że dziennikarz wszystko co publikuje czyni z powinności i jedynie słusznych, prawych oraz szlachetnych pobudek, dlatego nie powinien odpowiadać za skutki własnych poczynań, a jeżeli nie uda mu się trafić na wielką aferę „to trudno”. Dlaczego nikt się nie zastanawia nad tym, że być może lekarz, którego szkalujemy, też wykonywał swoją pracę najlepiej jak potrafił, ale podobnie jak dziennikarz, jest tylko człowiekiem i mimo najszczerzej chęci nie zawsze udaje mu się być do końca perfekcjonistą. Dlaczego nie oceniamy pracy ludzi wedle jednakowych kryteriów, tylko jednych traktujemy jako bardziej, innych jako mniej równych? Niewątpliwie na lekarzach spoczywa większa odpowiedzialność za własne czy-

ny niż na osobach parających się opisywaniem tego co oni czynią, oczekiwania społeczne są prawdopodobnie takie, że lekarz powinien pracować rzetelniej. Możliwe też, że różnica w ocenie obydwu zawodów powstaje z różnic w uposażeniach, a jak Szanowni Czytelnicy sądzicie, różnica na czyją korzyść? Zawód lekarza w Polsce i tak został sprowadzony do parteru. Jeszcze piętnaście lat temu oceniając poziom danego liceum obliczano odsetek osób przyjętych na medycynę, a teraz? Oczekiwania są takie byśmy pracowali i żyli za grosze, „bo przecież i tak dorobimy do pensji”, kto się wstawi w razie potrzeby za grupą zawodową „krętaczy”. Znowu należałoby wspomnieć Łódź, w ostatnim czasie kopalnię wszelkich „afer” z udziałem służby zdrowia. Czy ktoś z dziennikarzy lub osób dopuszczających do druku opisywane artykuły poczuł się w obowiązku przeprosić jednego z lekarzy pogotowia, który niesłusznie oskarżony przesiedział miesiąc w areszcie, dzieląc celę z pospo-

pod adresem tegoż człowieka? Nawet teraz, gdy wiadomo już, że nie zrobił niczego złego? Największe wrażenie wywarł na mnie ostatnio artykuł w jednej z dużych, ogólnopolskich gazet, w którym oprócz pełnych danych osobowych, są nawet zdjęcia trzech lekarzy wydających, jak się dziennikarzowi wydawało, „niewłaściwe” opinie dla sądu i prokuratury. Czy się mylę, czy też kodeks postępowania karnego mówi wyraźnie: „każdy jest uznany za niewinnego, do czasu udowodnienia mu winy i orzeczenia jej prawomocnym wyrokiem sądu”. Przecież gdyby ci lekarze byli podejrzani o napad na stację benzynową, czy kiosk „Ruchu”, twarze mieliby na zdjęciach przysłonięte, a ich pełne personalia nigdy nie pojawiłyby się w prasie przed wydaniem wyroku. W każdym razie ja uważam, że jest to zwykła niesprawiedliwość, ponieważ ujawniając dane podejrzanych dziennikarze już wydali na nich wyrok. Przykładów podobnych do opisanych powyżej znajdziemy mnóstwo, wystarczy śledzić uważnie wszel-

Żyjemy w kraju, gdzie nie każdy ponosi odpowiedzialność za swoje czyny, a zwłaszcza ich późniejsze konsekwencje

litymi przestępcami. Przyplacił to wszystko zawałem i niezdolnością do pracy, zniszczeniem życia rodzinnego i zawodowego, a ostatecznie skazaniem na vegetację. Wywiad z tymże lekarzem był zamieszczony na łamach „Gazety Lekarskiej” przed pół rokiem. Drugi z łódzkich oskarżonych to nefrolog, zwolniony z pracy za podawanie pacjentom płynów dializacyjnych czwartej klasy czystości. Każdy student od wspomnianego trzeciego roku w górę wie, że nie ma czegoś takiego jak klasa czystości płynu dializacyjnego, bo ten musi spełniać najwyższe wymagania ze względu na środowisko do którego jest wprowadzany. Tak czy inaczej, człowiek został zwolniony z pracy, sam potem stwierdził, że nikt go ponownie nie zatrudni, bo stracił autorytet. Czy słyszał ktoś choćby o sprostowaniu, czy przeprosinach

kie dostępne źródła informacji. Takie jak przeze mnie przytoczone i podobne do nich dobiegają naszych uszu prawie codziennie. Na zakończenie wypada wspomnieć, że na szczęście nie każdy dziennikarz jest subiektywny i nierzetelny. W każdej grupie zawodowej są ludzie wykonujący swój zawód źle i dobrze, przykłady z naszego podwórka to ci, którzy nietrzeźwi przyjmują pacjentów i ci z powołania. Jednak jeżeli nie będziemy wzajemnie okazywać sobie szacunku to na tym stracimy wszyscy. Faktem bowiem jest, że lekarze, dziennikarze i prawnicy powinni być rdzeniem inteligencji każdego demokratycznego państwa. Współdziałanie, a nie sztucznie tworzona niechęć zaprowadzą nas zdecydowanie dalej, chyba że się mylę i Polska do wspomnianej grupy państw nie należy.

Moja wielka grecka przygoda

Kiedy w połowie października 2002 roku, po niespełna trzech godzinach lotu wylądowałem w nowoczesnym, przygotowanym na zbliżające się Igrzyska Olimpijskie porcie lotniczym Venizelos w Atenach, o współczesnej Grecji wiedziałem niewiele.

MGR FARM. JAROSŁAW WIDELSKI
KATEDRA I ZAKŁAD FARMAKOGNOZJI
AM W LUBLINIE

Oczywiście mając gruntowne wykształcenie, wiedziałem wiele o starożytnej historii tej kolebki europejskiej cywilizacji. Znane mi były greckie mity i bogowie władający światem z góry Olimp. Nieobce memu uchu były nazwy słynnych greckich miast takich jak Korynt, Ateny czy Tesaloniki. Mimo to, dzisiejsza Grecja stanowiła dla mnie prawdziwą zagadkę. Nie przypuszczałem zresztą by cokolwiek w ciągu najbliższego miesiąca, jaki miałem spędzić w upalnym (choć zbliżał się listopad i w Polsce czuło się już tchnienie zimy) śródziemnomorskim klimacie, ten stan rzeczy mógł się znacząco zmienić. Zresztą ten krótki pobyt był doskonale zaplanowany i opowiadał się pracownie.

Znalazłem się na greckiej ziemi dzięki współpracy między rządami Polski i Grecji. W ramach tego programu Katedra i Zakład Farmakognozji AM w Lublinie nawiązała kontakty naukowe z Uniwersytetem Ateńskim, a ściślej mówiąc z tamtejszą Katedrą Farmakognozji i Chemii Związków Naturalnych.

Większość wydziałów Uniwersytetu Ateńskiego znajduje się na terenie miasteczka akademickiego, które rozmiarem przypomina niemałe miasto, umiejscowione w dzielnicy Aten – Zografou. Niewątpliwym atutem tego miejsca jest malownicze położenie u podnóża przepięknych gór, a wadą odległość od centrum miasta (ok. 20 km). Nie mniej zachwyciło mnie laboratorium, w którym miałem pracownie spędzić najbliższe cztery tygodnie. Mimo, że wszystkie zestawienia mówią o Grecji jako najbiedniejszym kraju Unii Europejskiej, „koncentracja” nowoczesnego sprzętu analitycznego na terenie Katedry zdawała się przeczyć tym opiniom. Tak więc, oprócz fachowej i życiwej pomocy ze strony greckich przyjaciół

Tym, co podobało mi się szalenie w Atenach był fakt, że miasto nigdy nie zasypia.



Autor (w środku) w gronie greckich współpracowników

miałem do dyspozycji NMR, chromatograf gazowy ze spektrometrem mas (GC-MS), oraz wysokosprawny chromatograf ciekłowy (HPLC), a także wiele innych, bardzo użytecznych sprzętów laboratoryjnych. Wszystko to, oraz bezpośredni dostęp do wielu internetowych baz danych i bogatej biblioteki, stanowiło o idealnym miejscu do intensywnej pracy naukowej, niekiedy trwającej dwanaście godzin na dobę.

Czas wypełniony pracą w ciągu tygodnia i zwiedzaniem podczas weekendów mknął równie szybko, co nieubłagane. I mimo, że nauczyłem się całkiem sporo i zobaczyłem niemało (malowniczy Przylądek Sounio z jego niezapomnianymi zachodami słońca; gwarną, rozśpiewaną i kolorową atei-

ską Plakę; Aeropag; najwyższe wzgórze Aten – Lykavitos oraz oczywiście słynny Akropol, wzgórze poświęcone opiekunce Aten), trzeba było wrócić do Polski.

Moje rozstanie z Grecją, która stała się dla mnie nie tylko znana, ale i bardzo bliska, trwało całe... cztery dni. Ku mojej szalonej radości, a dzięki rozwijającej się świetnie współpracy między uniwersytetami otworzyła się możliwość spędzenia w tym pięknym kraju nieco więcej czasu. W ten oto sposób na siedem (dla mnie wcale niedługich) miesięcy stałem się greckim studentem. Przez cały czas pobytu w Atenach opiekę nad mną sprawowali **prof. Chinou** oraz **prof. Skaltsounis**. Do grona moich najbliższych współpracowników, a po krótkim cza-

Podobno prawdziwego Greka poznaje się po tym, że potrafi szklanke „frape” sączyć cały dzień.

się prawdziwych i sprawdzonych przyjaciół należeli **Dimitra Tsiri**, **Nikolas Fokialakis** oraz **Giorgos Panoutsopoulos**. To oni wprowadzili mnie w specyfikę pracy w tamtejszym laboratorium, uczyli niełatwej z początku obsługi poszczególnych urządzeń, trudnej sztuki interpretacji widm NMR. Starali się też z całych sił, bym nauczył się pięknego, śpiewnego lecz trudnego języka greckiego, co – muszę stwierdzić – nie przychodziło mi z łatwością.

Typowy dzień pracy w laboratorium zaczął się około godz. 10 rano, od przyrządzenia kawy – „świętego” napoju Greków. W zimie była to kawa parzona w specjalnych dzbanuszkach, natomiast latem było to chłodne „frappe” lub przepyszne i równie zimne capuccino freddo. Podobno prawdziwego Greka pozna się po tym, że potrafi szklankę „frappe” sączyć cały dzień. Tym, którym wydaje się, że rozpoczęcie pracy o 10 nie jest cechą pracowitego naukowca, muszę wyjaśnić, że na dojazd z centrum do laboratorium potrzebowałem ok. 2 godzin, przy czterokrotnej zmianie środków transportu. Świadczy to dobitnie o rozmiarach stolicy Grecji, w której mieszka polowa obywateli tego kraju.

czonym ciałem Chrystusa, odbywająca się w ciemnościach wieczoru rozświetlanych blaskiem płomieni tysięcy świec. Ja miałem szczęście uczestniczyć w takiej procesji, której droga wiodła u stóp Akropolu. Święta spędziłem na położonej w pobliżu Aten malowniczej i pięknej wyspie Aeginie. Uroczystości Wielkiej Nocy zaczynają się o północy uroczystym nabożeństwem, po którym cała rodzina udaje się na upragnioną (po całodniowym poście) ucztę. Jej główne dania, oprócz obowiązkowych czerwonych jajek, stanowią *Magieritsa* (przepyszna zupa sporządzona z podrobów przyprawiona na kwaśno) oraz pieczone jagnię. Szczególnie zadziwił mnie sposób składania życzeń, który polega na energicznym stukaniu jajkami, któremu towarzyszy zwrot *Χριστός ανεστή* (*Chrystus zmartwychwstał*). Ten, którego jajko pozostanie z całą skorupką ma zapewnione szczęście na następny rok.

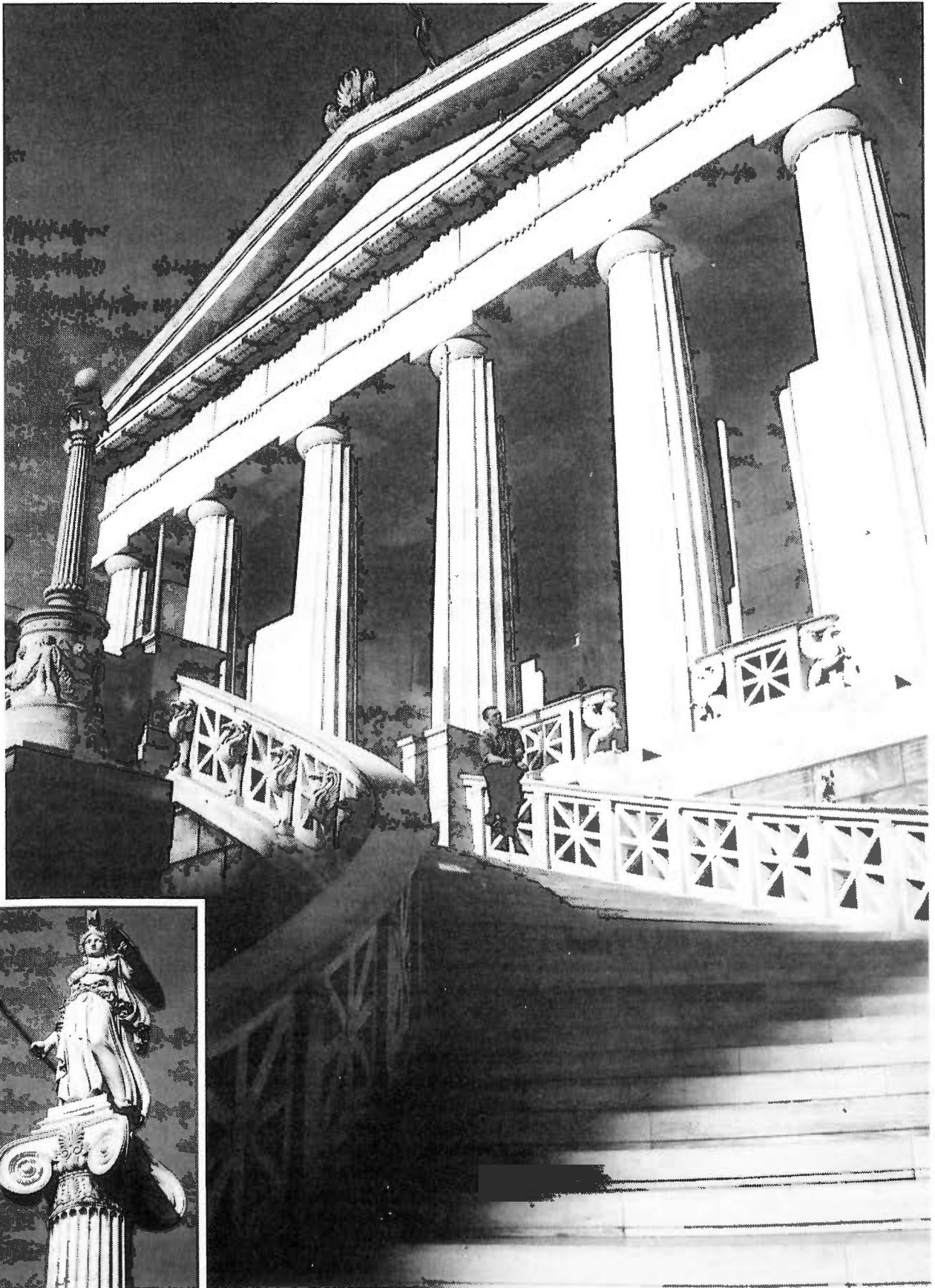
Oprócz niezapomnianych wrażeń i nawiązanych przyjaźni, które trwają do tej pory, pobyt w Grecji zaowocował też wymiernymi efektami naukowymi. Już w marcu tego roku zaprezentowałem pierwsze wyniki wspólnych prac nad poszukiwaniem nowych związków

Mimo, że wszystkie zestawienia mówią o Grecji jako najbiedniejszym kraju Unii Europejskiej, „koncentracja” nowoczesnego sprzętu analitycznego w Katedrze zdawała się przeczyć tym opiniom.

Intensywna i twórcza praca, która odbywała się w wesołej atmosferze i nierzadko przy muzyce, pominawszy przerwę na obiad, trwała zwykle do późnych godzin wieczornych. Tym, co podobało mi się szalenie w Atenach był fakt, że miasto nigdy nie zasypia. O każdej porze spragniony, głodny lub skory do zabawy turysta czy Ateńczyk znajdzie coś dla siebie. Szalenie miłym i zaskakującym stało się dla mnie zaproszenie na prawdziwą grecką Wielkanoc. Święta Wielkiej Nocy znaczeniem oraz precudowną rodzinną atmosferą przypominają polskie Boże Narodzenie. Wielki Tydzień w religijnej treści identyczny z naszym prezentuje się w całkiem innej bizantyjskiej formie, czego przykładem może być odbywająca się w Wielki Piątek procesja z umę-

kumarynowych w rodzinie Baldaszkwatych (*Umbelliferae*) na międzynarodowej konferencji farmaceutycznej w Atenach. Wyniki uzyskane w późniejszym czasie pozwoliły na zaprezentowanie posterów na dwóch zjazdach w Kilonii (Niemcy) i Siofok (Węgry). Szereg wyizolowanych związków z *Peucedanum luxurians* z rodziny baldaszkwatych przechodzi obecnie badania w kierunku stwierdzenia potencjalnych właściwości przeciwbakteryjnych, przeciwgrzybiczych, czy przeciwnowotworowych.

Po kilku miesiącach, które minęły z przerażającą dla mnie szybkością, mogę powiedzieć, że znam Grecję na tyle, że traktuję ją jak mój drugi dom. A co najważniejsze, umiem wyrazić to po grecku.



Jak pięknie, czyli poemat o mieście Lublinie, Paryżu i Pradze

Takie zgrupowania przed koncertami nie zdarzają się często. W ogóle, zgrupowania z prawdziwego zdarzenia zdarzają się rzadko. Po prostu, przed ważnymi występami spotykamy się przez kilka dni w naszej sali prób, czyli bufecie studenckim Collegium Novum, i koniec. Tym razem było inaczej...

DR N. MED. WOJCIECH REMISZEWSKI
KATEDRA I KLINIKA PNEUMONOLOGII,
ONKOLOGII I ALERGOLOGII
AM W LUBLINIE

Nie udało się zrealizować naszych tegorocznych planów wyjazdowych i festiwalowych i zastanawialiśmy się, co ze sobą począć, gdy otrzymaliśmy propozycję od dyrekcji Filharmonii Lubelskiej wzięcia udziału w dwóch koncertach. Miały to być to utwory polskich kompozytorów współczesnych: Krzesimira Dębskiego i Karola Szymanowskiego.

Po wstępnym przejrzeniu partytur nasza dyrygentka Monika uznała, że powinniśmy dać sobie radę, choć utwory nie są łatwe. Ale muzyka współcze-

сна nie jest nam obca. Wszak wykonywaliśmy już z powodzeniem utwory kompozytorów współczesnych, takich jak: J. Świder, P. Łukaszewski, R. Twardowski, J. Rutter, E. Elgar, P. Calsals, de Falla i wielu innych. Tym razem jednak miały to być duże utwory instrumentalno-wokalne i, na dodatek, wykonane w filharmonii.

Filharmonia również nie jest, przynajmniej dla części z nas, miejscem całkowicie obcym. I to od strony sceny. Braлиśmy przecież udział w trzech koncertach: *Borys Godunow* M. Musorgskiego, *Carmina burana* C. Orffa i *Quo vadis* F. Nowowiejskiego. Pisaliśmy o tym na łamach *Alma Mater*. Jednak pamięta to zaledwie kilka osób, bowiem tyle pozostało w chórze od tamtego czasu.

I wreszcie, tak różnej pod każdym względem muzyki nie wykonywaliśmy dotychczas. Pierwszy z utworów, skomponowany do *Poematu o mieście Lublinie* Józefa Czechowicza przez Krzesimira Dębskiego, również, jak i sławny poeta, urodzonego w naszym mieście, to utwór naszpikowany wszelkimi „zdobyczami” awangardy XIX i XX wieku. Atonalność, klastery, „nieczyste” interwały, szumy, szepty i krzyki to język tego utworu.

Koncert związany był ze stuleciem urodzin lubelskiego poety, a w organizację zaangażowany był również lubelski Teatr NN i Galeria Grodzka (na witrynie www.tnn.lublin.pl można znaleźć m. in. zdjęcia z koncertu). To wszystko bardzo nas podniecało i kuśilo, więc postanowiliśmy wziąć udział.

Musieliśmy jednak zintensyfikować naszą pracę i doszliśmy do wniosku, że zgrupowanie poza Lublinem wyeliminuje przypadkowość prób i zagwarantuje frekwencję, o którą w zespołach amatorskich nie jest łatwo.

Zrodził się pomysł, by wyjechać do podparyskiego Montmorency, gdzie byliśmy już w 1998 roku, w Centrum Dialogu Ojców Palotynów, w gościnie

u przesympatycznego księdza Jurka. Okazało się, że są tam wolne miejsca w interesującym nas czasie. I tak zaczęła się przygoda...

Do stolicy Francji droga poprowadziła nas przez Pragę, gdzie z powodu obowiązkowej przerwy w podróży, zatrzymaliśmy się na osiem godzin. Stolica Czech oczarowała wszystkich bez wyjątku swym pięknem. Miasto, będące niegdyś stolicą cesarstwa, nie zniszczone w czasie drugiej wojny światowej, odnowione i unowocześnione w ostatnich latach, jest prawdziwą perłą. Hradczański zamek i szlak prowadzący przez most Karola na stare miasto to niezapomniane miejsca. Gdy już urzekł nas jeden zakątek, pojawiał się następny, jeszcze piękniejszy. I gdy już myśleliśmy, że na tym koniec, doznawaliśmy kolejnego olśnienia. Tyle sławnych nazwisk i wydarzeń związanych jest z tym miastem: średniowieczni alchemicy i magowie i ich złota uliczka, Jan Hus, Smetana i Dvorak, Janacek i Martinu, Mucha, Kafka i Rilke, Hasek z jego Szejkami, Kundera i Havel, królowie i cesarze...

Tu zaczęła się *Wojna Trzydziestoletnia*, ale też *Praska Wiosna*...

Miasto tętni życiem. Odwiedza je wielu turystów z całej Europy i świata. Pełne są sklepy z dobrej jakości pamiątkami, puby i piwiarnie. Wspaniale rozwiązana jest komunikacja – Pragę oplatają nowe autostrady.

Ogarnęło nas uczucie zazdrości...

Do Montmorency zajechaliśmy po całonocnej jeździe autokarem, wczesnym popołudniem. Była ciepła, słoneczna pogoda, bezchmurne niebo, leciutki wietrzyk. Po zakwaterowaniu w wygodnych pokojach z widokiem na Paryż, postanowiliśmy odwiedzić ementarz, z uwagi na liczną na nim obecność naszych rodaków, zwany polskim. Nie zdążyliśmy tego uczynić poprzednio, żądni Paryża. I gdybyśmy tego nie zrobili teraz, popełnilibyśmy wielki i niewybaczalny błąd. Na niewielkiej, kameralnej wręcz powierzchni spoczywa wielu wielkich Polaków m. in.: Cyprian Kamil Norwid, rodzina Mickiewiczów, a wcześniej i sam Adam,

potem przeniesiony do Polski, Delfina Potocka, gen. Karol Kniaziewicz, Olga Poznańska, Tadeusz Makowski.

Wieczorem pierwsza próba, która ujawniła pierwsze trudności. Kompozycja Dębskiego, poza nielicznymi momentami, nie ma klasycznej melodii, która dałaby się zapamiętać. Trzeba było zatem powtarzać po wielokroć poszczególne fragmenty, aż do totalnego znużenia, a chwilami nawet zniechęcenia. W dodatku te niesamowite

**I na nowo
zachwycaliśmy
się pięknem
bulwarów,
placów
i zabytków
Paryża**





Przy grobie Fryderyka Chopina na Pere Lachaise

septymowe skoki. Urokliwe frazy Czechowicza:

*Noc letnia czeka cierpliwie,
czy księżyc sptynie, zabrzęknie,
czy zejdzie ulicą Grodzką w dół.
On się srebrliwie rozptywa
w rosie porannej, w zapachu ziół.*

Jak pięknie!

były tak trudne do wyśpiewania i przez to brzmiały tak groteskowo, że zwłaszcza ostatni wers, stał się naszym żartobliwym, kultowym zawołaniem.

Nauka szła szczególnie trudno dlatego, że nie dostaliśmy całej partytury, tylko zapis dla chóru. Nie było więc możliwości „podegrania” przez akompaniatora części instrumentalnej, a zatem usłyszenia współbrzmień, co mogłoby dać pojęcie o całości. Nie było też dotychczas żadnego nagrania *Poematu*, więc uczyliśmy się rzeczywiście „na sucho”. Jednak po kilku dniach, coś pozostało nam w głowach i z układanki wyłonił się zarys obrazu, który na pierwszej próbie z orkiestrą w FL

ekspłodował zaskakującym pięknem. Tak, urzekła nas ta muzyka i, mimo początkowych zgrzytów, stopniowo dochodziliśmy do jej sedna ku, zarówno własnemu zadowoleniu, jak i dyrygenta **Piotra Wijatkowskiego**, który całość prowadził. Publiczność nagrodziła kon-

cert burzliwymi oklaskami. Od członków orkiestry usłyszeliśmy wiele ciepłych słów. Gratulowała nam również dyrektor **mgr Teresa Księska-Falger**. Całość nagrało Radio Lublin.

Ale tam, w Montmorency na próbach jeszcze tego nie wiedzieliśmy.



Przed grobem Cypriana Kamila Norwida na cmentarzu w podparyskim Montmorency

I walczyła w nas chęć poznawania i ćwiczenia utworu z chęcią zwiedzania Paryża, gdzie udawaliśmy się dopiero po zakończeniu porannej próby.

Większość chórzystów nie była z nami w 1998 r. Zatem przygodę przeżyaliśmy wszyscy na nowo. I na nowo zachwycaliśmy się pięknem bulwarów, placów i zabytków Paryża, i na nowo przeżywaliśmy udział we mszy św. i koncert w kościele polskim przy Palcu Zgody. I wreszcie, po raz pierwszy wspólnie odwiedziliśmy Fryderyka Chopina na Pere Lachaise, gdzie odśpiewaliśmy mu *Gaude mater Polonia*. Po powrocie do Lublina mieliśmy już mało czasu na doszlifowanie całości, zaś natychmiast po koncercie przystąpiliśmy do prób kolejnego utworu: *Stabat Mater* Karola Szymanowskiego. To dzieło mieliśmy wykonać wspólnie z Chórem Wydziałowym Wydziału Artystycznego UMCS.

Wydawało się, że będzie ono nieco łatwiejsze od poprzedniego, gdyż więcej w nim „oswojonych” i „ludzkich” elementów języka muzycznego. Wszak Szymanowski jest bardziej znany. Jednak utwór ten wymaga od wykonawców większej dojrzałości i dyscypliny w, jak to się mówi, „robieniu muzyki”, a zważywszy na osobę dyrygenta, wymagającego i nieco chimerycznego, Zygmunta Rycherta, zadanie okazało się jeszcze trudniejsze do wykonania.

Początkowo brakowało precyzji wejść, zwłaszcza w częściach *a capella* i utrzymania, jak to określał dy-

Wtym roku kolejna grupa naszych chórzystów odebrała dyplomy ukończenia naszej Uczelni. Są wśród nich: **Marta Monist, Kuba Pawlikowski i Dorota Pieczykolan** – lekarze, także **Sławek Roś** – absolwent Wydziału Pielęgniarskiego. Marta pozostała z nami (na jak długo?), pozostali rozeszli się do swoich zajęć. Dziękujemy im za współpracę i wspólne radości oraz życzymy zdrowia i sukcesów! Czekamy na następców.

rygent, „pionów” współbrzmieniowych. Brakowało nieco mocy, czasem czystości intonacyjnej. Ale po zmuśniętych powtórkach i próbach z naszą dyrygentką – **Moniką Mielko**, która prowadziła wspólne próby obydwu chórów, zbliżyliśmy się znacznie do ideału. Na koncercie zaś, po wykonaniu najważniejszej i najtrudniejszej dla nas części *Spraw niech płaczą*, Zygmunt Rychert pokazał nam uniesiony do góry kciuk! Było świetnie!

Co za ulga! Koncert wypadł wspaniale. Zebrał bardzo dobre recenzje, a Akademicki Chór Akademii Medycznej został poinformowany przez dyrektora FL mgr Teresę Księżką-Falger, że ma oczekiwać kolejnych propozycji współpracy.

Na prośbę dyrektora VII Liceum Ogólnokształcącego im. Marii Konopnickiej mgr Bogdana Wagnera nagraliśmy w lubelskim Studio Hendrix płytę z hymnem szkoły, którego tekst stanowi wiersz Marii Konopnickiej. W zamian za to otrzymamy gratyfikację pieniężną, którą postanowiliśmy przeznaczyć na świąteczne prezenty dla dzieci z domu dziecka, do którego już wkrótce zawitamy z kolędami. Kolędownać będziemy również dla chorych i lubelskiego środowiska medycznego.

Po obu koncertach spotykaliśmy się wszyscy w naszej sali prób, czyli bufecie CN, by cieszyć się sukcesem. Wypiliśmy lampkę szampana, dyskutowaliśmy gorąco i śpiewaliśmy wybrane fragmenty utworów, w tym najczęściej krótki fragment: *Jak pięknie!*

I tak nam już zostało...

W trzydziestą rocznicę działalności

Na przełomie kwietnia i maja 2004 roku odbędą się imprezy jubileuszowe naszego chóru, który świętuje trzydziestą rocznicę działalności i dziesiątą w nowym wcieleniu. Wszystkich chętnych do wzięcia udziału w obchodach jubileuszu prosimy o kontakt telefoniczny:

444-70-40 lub 0 507 161-888,
albo e-mailowy:
mielkom@poczta.onet.pl
lub
wremiszewski@tlen.pl

Zapraszamy także na, będącą w fazie tworzenia, naszą witrynę, której należy szukać na stronach WWW Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie. Czekamy na Was! Pozdrawiamy!



W niebie jest raj, a na ziemi Suzhon i Hangzhou

Na początku sierpnia zadzwonił do mnie wiceprezes Polsko-Chińskiego Centrum Współpracy Gospodarczej Pan Grzegorz Calik z propozycją wyjazdu Zespołu Pieśni i Tańca AM w Lublinie do Hangzhou (Chiny) na Karnawał Zachodniego Jeziora, który miał się odbyć w październiku.

INŻ. KRYSZYNA MACIĄG
ZESPÓŁ PIEŚNI I TAŃCA
AM W LUBLINIE

Grecznie porozmawiałam z Panem Prezesem, niczego nie obiecując; młodzież na wakacjach, a dla mnie była to jedna z wielu propozycji, jakie otrzymuję, a które nie mogą być zrealizowane ze względu na koszty, terminy oraz inne ważniejsze dla studentów priorytety. Po tygodniu Pan Prezes Calik zadzwonił ponownie, nie nalegał, ale długo opowiadał mi o Chinach, o prowincji Zhejiang. Jego fascynacja i entuzjazm, z jakim opowiadał o Chińczykach oraz ich kulturze sprawiły, że rzucone ziarenko zaczęło powoli kiełkować. A może by jednak spróbować? Nie mogę sama podjąć decyzji. Robię rozeznanie



wśród młodzieży. Na 32 miejsca mam ponad 50 chętnych. Koszt wyjazdu, nawet przy dużej odpłatności uczestników, jest ogromny. Z gotowymi materiałami proszę o rozmowę Jego Magnificencję Rektora prof. dr hab. Macieja Latańskiego, który po wnikliwym przeanalizowaniu kosztorysu stwierdził, że decyzję podejmie Kolegium Rektorskie. Czekanie na nią było dla mnie wiecznością, ale opła-

ciło się, bo decyzja brzmiała „tak”. Machina ruszyła, a z nią ogrom spraw organizacyjnych, programowych, łącznie z nauką egzotycznych chińskich piosenek. Ćwicząc codziennie, nawet w soboty i w niedziele zdążyliśmy przygotować program.

Perfekcyjnie przygotowani artystycznie, politycznie, z poczuciem misji, jaką mamy do spełnienia, jako reprezentanci kraju i uczelni, 21 października wystartowaliśmy z lotniska Okęcie via Moskwa do Szanghaju. Na zespół oczekiwali na lotnisku organizatorzy karnawału na czele z Dyrektorem Hu oraz P. Calik. Wśród grupy witającej zespół był także niepozorny, starszy pan o sympatycznym wyglądzie i radosnych oczach. Pan Zenglin Marek Guo – polonista, politolog, emerytowany profesor Uniwersytetu w Pekinie, który był podczas naszego pobytu w Chinach tłumaczem grupy i opiekunem, dyspozycyjnym dla wszystkich przez 24 godziny. Temu człowiekowi należałoby poświęcić odrębny rozdział, bo nie jest to zwykły człowiek. Jego wiedza o Polsce, o jej kulturze, historii, gospodarce wzbudza podziw. Jest tłumaczem na język chiński książek polskich autorów, przyjacielem wszystkich ważniejszych polityków polskich, na czele z Prezydentem i Premierem.

Po powitaniu rozpoczęliśmy zwiedzanie Szanghaju. Szybko znikło zmęczenie podróży, a górę wzięła ciekawość. Aparaty fotograficzne rejestrowały wszystkie ważniejsze obiekty 14-to milionowego miasta. Szanghaj – miasto XXI wieku, otwarte miasto, leżące u ujścia rzeki Jangcy nad Morzem Wschodniochińskim do czasów pierwszej

wojny opiumowej w połowie XIX wieku było małym portem rybackim. Po zakończeniu wojny do Szanghaju przybyli Anglicy, Francuzi, Japończycy. Znaczna jego część podzielona została na strefy wpływów obcych państw, które wyłączone były spod jurysdykcji Chin. W efekcie miasto przekształciło się w specjalną strefę ekonomiczną. Na początku XX wieku port w Szanghaju stał się największym portem chińskim, a znaczną część mieszkańców stanowili obcokrajowcy pilnujący swoich interesów. Miasto kwitło dzięki handlowi jedwabiem, herbatą i opium. Z tamtego okresu pochodzi znaczna część budowli w stylu europejskim, stojących wzdłuż Bandu, czy we francuskiej części miasta zwanej Frenchtown. Piękne hotele, bogate fasady banków, pałace przemysłowców do dziś budzą zachwyt. Miasto to w ówczesnym czasie było miejscem największych zagranicznych inwestycji na świecie. To w Szanghaju właśnie w 1921 roku powstała Komunistyczna Partia Chin, która znalazła szerokie poparcie wśród rdzennych mieszkańców. Wyzyskiwani do granic możliwości Chińczycy pracujący dla obcego kapitału, mieszkający w nieludzkich warunkach, cierpiący biedę i głód udzieliли swojego poparcia komunistom. W Szanghaju również Przewodniczący Mao zainicjował rewolucję kulturalną, publikując w miejscowych gazetach artykuł, wcześniej niedopuszczony do druku w Pekinie. W tym mieście również siedzibę miała czteroosobowa grupa, której przypisywano wszystkie klęski, nadużycia i niepowodzenia z czasów rewolucji kulturalnej tzw. banda czworga. Bardzo intensywny rozwój nastąpił w roku 1990, kiedy to wcielony został



w życie plan Pudong na wschodnim brzegu rzeki Huangzhou – nowej dzielnicy, gdzie utworzona została specjalna strefa ekonomiczna. Jak grzyby po deszczu powstają nowoczesne wielopiętrowe biurowce, przypominające nam znane z amerykańskich filmów drapacze chmur. Poszerzane i rozbudowywane są ulice, a w wielu miejscach, gdzie nie ma wolnej przestrzeni na sieć komunikacyjną, buduje się skrzyżowania wielopiętrowe. Szanghaj to najmniej chińskie miasto w Chinach. Przebywając w nim odnosi się wrażenie wielkiej nowoczesności i ogromnych możliwości rozwojowych – to jak jedna wielka budowa. Jednocześnie zaobserwować można pogłębianie się dysproporcji między mieszkańcami – obok nowoczesnych drapaczy chmur ze szkła i aluminium, bogatych domów towarowych stoją stare, prawie rozpadające się domki przy wąskich uliczkach zacienionych wieżowcami. To stary Szanghaj, który powoli odchodzi w zapomnienie. W starej francuskiej dzielnicy miasta, w pięknym budynku z minionej epoki, otoczonym wysokim murem mieści się Konsulat generalny Rzeczypospolitej Polskiej w Szanghaju. Pan Sylwester Szafarz – Konsul Generalny, znakomity polityk i człowiek jest gotowy w każdej chwili nieść pomoc każdemu Polakowi, który znajdzie się w Szanghaju. Nasza grupa zajmował się szczególnie, służąc radami, pomocą, wspierając duchowo w tym odległym kraju.

Dzień minął szybko, wieczorem z żalem opuszczaliśmy to przepiękne miasto. Jeden dzień to za mało. Aby zwiedzić Szanghaj potrzeba dwu tygodni, ale naszym celem było miasto Hangzhou, sześciomilionowa stolica prowincji Zhejiang. Po dwóch godzinach jazdy nową autostradą dojechaliliśmy na miejsce. Zakwaterowano nas w eleganckim hotelu, gdzie osobodoba kosztowała tyle ile wynosi miesięczne wynagrodzenie nauczyciela. Po rozpakowaniu kostiumów, krótka odprawa programowa i czas wolny na odpoczynek.

Program karnawału obejmował dwie parady głównymi ulicami miasta, podczas których trzeba było tańczyć i śpiewać, oraz trzy koncerty; jeden w Hangzhou i dwa w innych miastach prowincji Yuhang i Jiande. Pozostały czas przeznaczony był na zwiedzanie ważniejszych miejsc Hangzhou i prowincji.

W trzecim dniu pobytu zaplanowano dla nas zwiedzanie szpitala Red Cross Hospital. A oto jak wspomina pobyt w szpitalu lek. med. Jarosław Kałakucki – kierownik organizacyjny ZPiT AM: Red Cross Hospital jest jednym z największych w Hangzhou – stolicy prowincji. Szpital ten został wybudowany w roku 1928. Obecnie dysponuje 600 łózkami dla pacjentów w salach jedno- i dwuosobowych. Personel medyczny liczy 750 osób. Jest to szpital należący do trzeciej, najwyższej kategorii systemu medycznego w Chinach. W praktyce oznacza to, że pacjenci pokrywają w nim do 25 procent kosztów leczenia. Red Cross Hospital jest placówką naukowo-dydaktyczną i badawczą dwóch uczelni: Uniwersytetu Medycznego Zhejiang i Wyższej Szkoły Tradycyjnej Medycyny Chińskiej.

Jako członkowie Zespołu z Polski, ale zwłaszcza jako studenci medycyny i lekarze zostaliśmy gorąco przyjęci przez dyrekcję i personel medyczny szpitala na specjal-

nie dla nas przygotowanej uroczystości. Dyrektor Szpitala przedstawił nam główne założenia i filozofię medycyny holistycznej stosowanej w Chinach. Podkreślił, że nawet w obecnej dobie zaawansowanych technik medycznych i farmakoterapii w Red Cross Hospital szczególne znaczenie przykładają się do łączenia medycyny Zachodu i Wschodu. Przeszło 5000 lat tradycji ziołolecznictwa i akupunktury w Chinach doprowadziło do uformowania się przekonania, że te dwie metody lecznicze powinny być stale stosowane do wspomagania procesów terapeutycznych. Przed dwoma tysiącami lat zostały opracowane dwa fundamentalne dzieła dotyczące założeń stosowania ziół i akupunktury w lecznictwie. Obecna wiedza dotycząca stosowania suszonych roślin, owoców, a nawet części zwierząt (!) znajduje zastosowanie w codziennej praktyce każdego lekarza w Chinach. Istnieje nawet specjalność tzw. herbal doctor, którego usługi są cenione na równi z wiedzą dyplomowanych lekarzy, zaś jego ziołowe recepty można zrealizować w specjalnych aptekach zielarskich, a nawet na terenie szpitali.

Po wstępnym wprowadzeniu w tajniki tradycyjnej medycyny chińskiej, cała grupa z Lublina została zaproszona na zwiedzanie szpitala, a w szczególności wyżej wymienionej przyszpitalnej apteki zielarskiej. Duże wrażenie wywarły na nas niezliczone szafki i szuflady ze sproszkowanymi substancjami, suszonymi ziołami, ale również ze skorpionami, skórami węży i szarańczą, z których pieczolowicie odmierzane są mikstury dla pacjentów. Warto powiedzieć, że przeciętnie na jedną torebkę 100 gramową sproszkowanego lekarstwa składa się około 20 różnych produktów. Torebeczki te są przeważnie zaparzane przez pacjenta (istotna jest temperatura wody, długość procesu zaparzania, nawet ilość powtórzeń namaczania) i stosowane jako nalewki. Chińscy lekarze objaśnili nam, że najbardziej wartościowe substancje uwalniają się przy drugim zaparzeniu, więc zazwyczaj pacjent jest instruowany, aby mieszać wywar z pierwszego i drugiego parzenia.

O zaletach akupunktury szeroko opowiadała ordynator Oddziału Akupunktury, który znajduje się na terenie Red Cross Hospital. Każdy z nas miał niebywałą okazję zwiedzić ten oddział, porozmawiać z personelem, a nawet z samymi pacjentami. Byliśmy zaskoczeni szeroką gamą schorzeń, w leczeniu których akupunktura znalazła zastosowanie. Wymienię tylko kilka z nich: astma, bóle głowy, bezsenność, biegunki, zatrzymanie moczu, impotencja, nerwobóle, porażenie nerwu twarzowego, padaczka, nieregularne miesiączki, bóle zębów, zapalenie migdałków, choroba afektywna dwubiegunowa. Lekarze pracujący na oddziale akupunktury z przekonaniem odpowiadali na nasze pytania, że w większości z tych chorób ich leczenie może być stosowane jako wyłączne. W rozumieniu medycyny chińskiej akupunktura w wielu jednostkach chorobowych zastępuje rehabilitację, tak rozpozszechnioną w medycynie zachodniej.

Na terenie Red Cross Hospital w Hangzhou spędziliśmy kilka bardzo pouczających godzin. Zostaliśmy zaproszeni przez Dyrektora szpitala do wzięcia w przyszłości udziału w międzynarodowych kursach akupunktury i zio-

folecznictwa organizowanych od roku 1983. Być może ktoś z nas skorzysta jeszcze z tego zaproszenia....

Każdy kolejny dzień pobytu w Chinach zaskakiwał nas coraz to nowymi niespodziankami. Wyjeżdżamy na koncert – organizatorzy mówią, że to wieś, a tymczasem ta wieś to 500-tysięczne nowo wybudowane miasto. Jadąc autostradą widzimy trzypiętrowe wille. Okazuje się, że to domy chińskich rolników. Budują oni domy wielopokoleniowe, mieszkają w nich dziadkowie, dzieci, wnuki, prawnuki. Hołdują kultowi seniora rodu, w każdym domu są ołtarzyki ku czci seniora danego rodu. W Chinach nie ma prywatnej własności ziemi. W całości stanowi ona własność państwową, a Chińczycy mogą jedynie otrzymać w dzierżawę działkę 0,5 ha na 25 lat.

Prowincja Zhejiang, w której byliśmy jest położona na wschodnim wybrzeżu Chin. Od północy graniczy z Szanghajem oraz prowincjami Jiangu i Anhui, od zachodu z Jiangxi, a od południa z prowincją Fujian. Zajmuje powierzchnię 101.800 km² i zamieszkuje ją 45 mln mieszkańców. Większą część powierzchni zajmują Góry Południowo-chińskie. Jest to bogaty i ważny region rolniczy. Historia prowincji sięga VII wieku p. n. e. W XII w. uciekając przed napadami koczowniczych plemion z północy część członków cesarskiej rodziny Song przeniosła się na południe i założyła południową dynastię Song (1127-1279). Wraz z panowaniem dynastii Song rozpoczęła się pomyślność prowincji. Ryż, herbata, jedwab, satyna, brokat już od wieków są podstawowymi produktami prowincji, a jej stolica Hangzhou (miasto naszego pobytu) istniejąca od 2 tys.

lat słynąca na świecie z pięknymi krajobrazami i licznymi zachowanymi zabytkami, zalicza się do głównych ośrodków turystycznych w Chinach. Od dawna krąży w Chinach przysłowie: „w niebie jest raj, a na ziemi Suzhon i Hangzhou”. Sława miasta wiąże się z widokiem na jezioro Xihu, które leży na zachód od centrum miasta i jest otoczone z trzech stron górami. Zielone góry ze swoim odbiciem w szmaragdowej wodzie jeziora tworzą cudowny obraz. Jezioro o pow. 5,6 km² z przyległymi parkami oczarowało całe pokolenia artystów, malarzy, poetów. Urodę urozmaiconego brzegu i czterech wysp podkreślają wkomponowane w naturalne otoczenie łamane mostki, pawilony, altanki, sterzące z wody głazy o przedziwnych kształtach, a przy brzegu kwiaty lotosu.

Nad krajobrazem jeziora dominuje oktagonalna budowla z cegiel i drewna – Pagoda Sześciu Harmonii. Wzniesiona została w 960 roku, jest wysoka na 60 metrów i ma trzynastą liczbę pięter z zewnątrz i siedem od wewnątrz. Z jej szczytu rozciąga się piękny widok na Jezioro Zachodnie i panoramę miasta. Na cześć tegoż Jeziora organizowany jest w październiku Karnawał, w którym uczestniczył ZPiT AM. Czy spełniliśmy misję?

Prof. Marek Guo w swoim sprawozdaniu z pobytu ZPiT do Konsula Generalnego RP napisał, cytując: Barwy polskie wzbudziły w publiczności niezwykle wielkie zainteresowanie. W czasie, kiedy pochód tańczącego zespołu, w bardzo kolorowych polskich kostiumach, przechodził przed trybuną, wybuchły burzliwe okrzyki: Bolan (Polska), Bolan (Polska). Wszyscy bili entuzjastyczne brawa. Każdy Chińczyk, w szczególności młodzież, przede wszystkim dziewczyny, chciałyby uwiecznić niecodzienne spotkanie z Polakami. Np. po koncercie w Jiande, młodzież tłumnie wtargnęła na scenę, od razu ustawiono szeregi, aby pozować do zespołowego zdjęcia z artystami w polskich kostiumach narodowych.

Zespół bardzo trafnie zaprezentował niezwykle wesołą i taneczną cechę charakteru narodu polskiego, umożliwiając milionowi Chińczyków zapoznanie się z nieznaną kulturą. W mieście Hangzhou i jego okolicach nigdy nie było żadnego polskiego zespołu ludowego. Jest rzeczą zrozumiałą, że wszędzie gdzie przebywali polscy artyści, byli niezwykle gościnnie przyjmowani i zbierali obfite brawa. Faktem zasługującym na pochwałę jest to, że zespół był bardzo zdyscyplinowany. Tancerze byli pełni zapału i entuzjazmu do wykonania wszystkich zadań na każdym koncercie.

Występy polskich artystów były na bieżąco przedstawiane w prasie lokalnej i na kanale lokalnej telewizji. W dniu 25 października br. telewizja centralna CCTV-1 w głównych wiadomościach nadała relację z karnawału w Hangzhou wymieniając zespół polski i amerykański.

Ja, jako członek komitetu organizacyjnego wyrażam podziw i szacunek dla całego zespołu ZPiT AM w Lublinie.

Pobyt w Chinach zmienił całkowicie nasze wyobrażenia o tym kraju. Pragniemy serdecznie podziękować JM Rektorowi prof. dr hab. dr h. c. Maciejowi Latałskiemu oraz Kolegium Rektorskiemu za możliwość poznania nowej, egzotycznej kultury.



Z DAM na wakacje!

W tym roku zdecydowaliśmy, że muszą to być góry. I tak, 18 sierpnia wyruszyliśmy na Słowację.

AGNIESZKA LEWIŃSKA
STUDENTKA V ROKU
WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO
AM W LUBLINIE

Nasz cel podróży – Oraska Polhora oddalona trzy kilometry od przejścia granicznego w Korbielowie. Jechaliśmy cały dzień, każdy z innej strony Polski. Rekord pobił nasz kolega, który jechał 24h – ale czego się nie robi, żeby miło spędzić czas i to jeszcze w takim towarzystwie.

Następnego dnia, pełna zapału i sił drużyna z ks. Andrzejem na czele ruszyła na szlak. Pierwszym zdobytym szczytem była Babia Góra. Na górze

strasznie wiało i była gęsta mgła, widoki więc „niewyraźne” i poza sobą świata nie widzieliśmy. Wobec takiej aury, wracaliśmy dość szybko. Dwie koleżanki tak przyspieszyły, że odkryły nową drogę do schroniska – z drugiej strony. Było małe zamieszanie, ale dzięki naszej telefonii komórkowej wszystko było pod kontrolą. Historia ta sprawiła, że „hymnem” naszego wyjazdu stała się znana piosenka T. Kamińskiego:

*„Gdy drogi pomyli los zły
I oczy mgłą zasnuje [...]
Ty tylko mnie poprowadź
Tobie powierzam mą drogę [...]”*

którą codziennie z uśmiechem śpiewaliśmy. Kolejne dni upłynęły nam na zdobywaniu szczytów Małej Fatry. Przy okazji zwiedzaliśmy okoliczne miejscowości: Namestovo, Dolny Kubin, Parnice oraz Oraski Podzamek ze starym, pięknym zamkiem.

Pogoda była wspaniała i widoki „nieziemskie”. Dzikie szlaki, strome, skaliste szczyty i bezludne trasy sprawiły, że momentami czuliśmy się jak prawdziwi pionierzy.

Najwięcej emocji budziły łańcuchy na szczytach i śliskie skały, ale satysfakcja na szczycie była dużo większa. Nie obyło się oczywiście bez drobnych kontuzji, otarć i odcisków. Nawet nowe, „górskie” buty jednej z koleżanek okazały się za słabe na te słowackie parnice. Ale byli wśród nas sami medycy – więc szybka pomoc doraźna i do przodu! Wieczorem – zasłużony odpoczynek, a wcześniej obfita kolacja: słowackie knedliczki, kiełbasa z ogniska albo zwyczajne kanapki z konserwą. Mimo zmęczenia trudno było zasnąć bez koncertu życzeń w naszym wykonaniu – przy dźwiękach gitary. Słowacy okazali się gościnnymi gospodarzami, których będziemy miło wspominać.

Tydzień minął szybko i nadszedł czas rozstania. Pełni wrażeń, z zalem rozjeżdżaliśmy się na cztery strony Polski. Ale przecież jeszcze tylko kilka miesięcy i znowu wakacje. My już myślimy, co będzie tym razem... obrady jeszcze trwają. Ty też możesz do nas dołączyć i pojechać z nami.

Z DAM dobra zabawa zapewniona!



Wigilia w AZS

Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia i każdy student myślał biegnie do domu i rodziny. Z pewnością dobrze będzie poleniuchować trochę w domowych pieleszach i nacieszyć się wolnym czasem.

MAŁGORZATA PLEBAN

STUDENTKA IV ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Jeśli zaś mowa o Świętach to od razu przychodzi na myśl wigilia. Nasza wigilia odbyła się 15 grudnia 2003 r., w siedzibie Zarządu, której piękny, świąteczny wystrój zawdzięczaliśmy staraniom naszych koleżanek i kolegów. Oprócz członków zarządu reprezentujących poszczególne sekcje obecni byli: opiekun z ramienia Uczelni prof. Jerzy Karski, przedstawiciele Studium WFIS, dr Adam Fijewski, mgr Stefan Cynkę, mgr Agnieszka Kotwica oraz sekretarz środowiskowego AZS mgr Robert Żołnierowicz, których obecność była dla nas dużym zaszczytem i radością. Nasze zaproszenie przyjęli także przedstawiciele Duszpasterstwa Akademickiego oraz IFMSA, a chwilowo odwiedzili nas też inni trenerzy mający o tej porze zajęcia ze studentami, co również było dla nas miłą niespodzianką.

Rozpoczęliśmy od powitania zebranych i podzielenia się opłatkiem. Składano sobie życzenia szczęścia i pomysłności w Nowym Roku, często słychać było również życzenia sukcesów sportowych, bo przecież to AZS. Kil-



ka słów skierował do nas także pan prof. J. Karski, jeszcze zanim zasiadliśmy do stołu podkreślając piękno kierunków, jakie wybraliśmy, mimo iż rzeczywistość zdaje się temu przeczyć. Słuchając kolęd, każdy mógł poprobować barszczu z uszkami i tradycyjnego śledzia. Rozmowy toczyły się głównie wokół tematów sportowych, ale nie tylko. Mieliśmy dłuższą chwilę by poopowiadać jak wygląda wigilia w każdym domu. Zdradzaliśmy też plany sylwestrowe, a w tzw. międzyczasie próbowaliśmy kolejnych specjałów przygotowanych na ten wie-

czór. Wysiłkiem wielu osób udało się stworzyć niepowtarzalną atmosferę za co serdecznie im dziękujemy.

Na pożegnanie każdy odchodzący zabrał ze sobą odrobinę uśmiechu i życzenia spokojnych świąt tak, abyśmy mogli wszyscy spotkać się już w 2004 roku w tym samym gronie i podjąć się wykonania nowych zadań, które nam rok ten przyniesie.

Wszystkim członkom AZS oraz sympatykom klubu, życzymy w nowym 2004 roku pogody ducha, osiągnięcia zamierzonych celów oraz sukcesów na arenie sportowej i w życiu osobistym.

Gdzie Bóg jest na właściwym miejscu, tam wszystko będzie na właściwym miejscu

Na ten właśnie weekend, poprzedzający 11 listopada br. czekałem bardzo długo. W drodze do domu starałem się na wpół otwartymi oczyma łapać kolejne światła, które mijał pociąg i jednocześnie zastanawiałem się co, po przekroczeniu progu domu, stanie się usprawiedliwieniem braku szacunku dla późnej godziny i pretekstem do ciepłej herbaty.

KRZYSZTOF SCHELLER

STUDENT III ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Na odpowiedź nie musiałem długo czekać. Pierwsze kroki w niepowtarzalną atmosferę domu, własnego domu skierowały mnie do kuchni. Kilka pytań: jak w Lublinie, co na studiach? Wyrwane z kontekstu odpowiedzi. No, a co w domu, co u nas, w mieście? Ktoś trafił do więzienia za nieuczciwość. Przecież znam ja tego człowieka... To był właśnie ten temat, który usprawiedli-

wił kolejne godziny rozmowy. Próba odpowiedzi na pytanie, co zrobić by się uchronić przed chęcią zysku za wszelką cenę. Gdzie ta dziura, w której wypadają młodzieńcze ideały o następcech Judyma, w jaki sposób ugasić podpalone lonty, które w pewnym momencie zdetonują pokłady zapala i bezinteresowności? Gdzie szukać siły do trwania przy tym, co tak piękne i wzniosłe wydawało się być w chwili otrzymania indeksu? Czy jesteśmy skazani na kapitalizm przepajający wszystko bezlitośnie, czy też są jeszcze przystanie, które uczą jak układać swoje życie by nie zatracić człowieczeństwa? Czy są takie miejsca i tacy

ludzie, którzy pomogą nam dotrzeć, którzy pomogą uwierzyć, że ten świat da się jeszcze doskonalić? Oczywiście wszystkich tych, którzy wierzą w pozytywną odpowiedź na postawione pytania chciałbym na moment zwrócić na dwa słowa, które również będąc odpowiedzią, staną się jednocześnie treścią niniejszego artykułu; DUSZPASTERSTWO AKADEMICKIE. Właśnie Ci ludzie spotykający się kilka razy w tygodniu. Właśnie dlatego to gitara, brewiaże, śpiewy, zdrowaśki. Właśnie w tym celu plakaty porozklejane na akademikach: „spotkanie modlitewne”, „czuwanie”, „Msza święta”... etc. Po to Ksiądz na rekolekcjach, po to czas wyrwany z przygotowań do jakiegoś zaliczenia, po to zapal i determinacja niejednokrotnie, by na pytania o wartości można było nie tylko odpowiadać: „TAK”, ale przede wszystkim pokazywać: „Tak”. Nasze Duszpasterstwo Akademickie „Łukasz” jest potrzebne wszystkim tym, którzy czas stu-

diów chcą poświęcić nie tylko na dojrzwianie intelektualne, ale również emocjonalne. Tym, którzy chcą coś zmieniać. Jest potrzebne wszystkim tym, którzy wierzą, że jedynym nielimitowanym zjawiskiem na tym świecie, a właściwie z pogranicza światów są cuda i wobec nich każdy dogmat i teoria musi spuścić głowę. Ale czyż nasze rodzinne parafie, malutkie, czasem drewniane kościoły, niedzielne, rodzinne sumy nie dawały tego samego? Myślę, że tak, bo przecież wszystko zależy od intencji, od nastawienia i od wiary, a nie od środowiska, w którym te przymioty znajdują swój wyraz. Z drugiej jednak strony, wchodząc w zupełnie nowy świat, świat studentki, wchodzimy też w świat zupełnie nowych problemów i zagrożeń. I na tym właśnie polega specyfika Duszpasterstwa, że o tych konkretnych problemach i zasadzkach się mówi. Homilie, spotkania, rekolekcje, czuwania zawsze są odpowiedzią na to, z czym młodzież przychodzi. Mogą być odpowiedzią na to z czym przyjdiesz do nas Ty. Od tego mamy trzech Księżyc Duszpasterzy, a od bieżącego roku akademickiego także Siostrę Martę – Urszulankę, jako Duszpasterkę.

To wszystko musiało mieć jednak jakiś początek. Ów początek to lata sześćdziesiąte i 00. Karmelici przy ul. dr. M. Biernackiego 9. Pierwsze spotkania odbywały się właśnie tam – w kościele pw. św. Eliasza. W latach osiemdziesiątych placówką organizacji stał się kościół przy ul. Staszica 16. Z tym okresem należy wiązać i przypominieć nazwisko Ks. Andrzeja Maciąga. Kolejne lata to opieka nad Duszpasterstwem Ks. Krzysztofa Jeżyny (1982-1989) i Ks. Józefa Maciąga (1990-1996). Co dalej? Dalej był październik Anno Domini 1996, od kiedy to dzieło Duszpasterstwa prowadzili Ks. Marek Sapryga i Ks. Grzegorz Zdrożny. Na chwilę (lata 1996-1998) miejscem spotkań stał się znów kościół przy ul. dr. M. Biernackiego. No i wreszcie rok 1998, kiedy to kaplica SPSK nr 4 przy dr. K. Jacewskiego staje się nowym ogniskiem Duszpasterstwa, jako i jest po dzień dzisiejszy. „Bliskość kaplicy i akademików przy ul. Chodźki pozwoliła zwiokrotnie liczbę studentów uczestniczących w niedzielnych i śro-

dowych mszach świętych”, czytamy w Kronice Duszpasterstwa. Status prasens organizacji tworzą Ks. Marek Sapryga jako główny koordynator oraz Ks. Andrzej Wołoszyn i Ks. Andrzej Sereba. Siostra Marta, którą już znacznie jest naszą nową duszpasterką. Oni to własni dowodzą tym wojskiem. A skoro o wojsku mowa: Marszałek Piłsudski powiedział kiedyś: „Zwyciężyć i spojrzeć na laurach to kłeska. Przegrać i nie ulec zwątpieniu to zwycięstwo”. I właśnie w brzmieniu tych słów chciałby poszukać raz jeszcze odpowiedzi na pytanie po co Duszpasterstwo? Tej odpowiedzi można doszukać się w sposób dwojaki. Z jednej strony kłeską byłoby nie dbać o to, co rozpoczęło się ponad czterdzieści lat temu. Stąd ciągle ewolucja, stąd coraz nowe Diakonie, które są odpowiedzią na ewolucję potrzeb młodzieży akademickiej. Nowe pomysły, które sami przynoszą, nowe akcje i co najważniejsze – ich realizacja. Nie sposób pominąć tu faktu z dnia 9 stycznia 2003 roku, kiedy to po dwumiesięcznych przygotowaw-

Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą...

niach Duszpasterstwo Akademii Medycznej w Lublinie „Łukasz” zostało oficjalnie wpisane do Rejestru Uczelnianych Organizacji Studenckich. Ogromna życzliwość władz Uczelni niech znajdzie w tym momencie odbicie w słowach naszej wdzięczności i szacunku. Za wielki sukces należy uznać także nauki rekolekcyjne, które od dłuższego czasu są na wysokim poziomie. Nowością jest fakt, że na początku listopada br. Duszpasterstwo adoptowało dziecko. Jedenastoletnia Lunza Kamu z Zambii może się uczyć dzięki wszystkim tym, którzy raz w miesiącu zachęcają do podzielenia się swym nie-

dostatkiem podczas tacy na niedzielnej Mszy św. o godzinie osiemnastej w kaplicy w SPSK nr 4. Udzielamy się też turystycznie i krajoznawczo. Jesteśmy wszędzie tam gdzie coś się dzieje (nie mylić z Newsweekiem). Miniony rok to chociażby Paryż, Lednica, wakacyjna Słowacja. To tylko niektóre aspekty naszej działalności.

I w tym momencie będzie przesłanie tego całego pisania: WERBUNEK (żart). Jeśli doszedłeś Przyjacielu do tego miejsca tekstu znaczy to – po pierwsze, że masz bardzo dużo cierpliwości, po drugie – możesz uczynić krok naprzód. Krok w stronę kaplicy w SPSK nr 4. Tam, u wejścia, znajdziesz szczegółowy plan na cały tydzień i „mapki” osób, które ten plan realizują. Są to ludzie koordynujący poszczególne Diakonie, czyli odpowiedzialni za jakiś przedział obowiązków. Każda para rąk, każdy dobry głos, każdy muzyczny talent jest potrzebny. Z drugiej strony bez Ciebie Duszpasterstwo będzie istniało nadal, ale z Tobą będzie po prostu lepsze. Zaszczepienie byłoby dla nas wielkim gdybyśmy któregoś dnia podczas Mszy św. mogli wymienić znak pokoju z naszymi nauczycielami akademickimi, gdybyśmy mogli modlić się razem z nimi...

No i druga wymiar słów Marszałka Piłsudskiego to właśnie przepływanie, błędzenie, czyli po prostu nasze człowieczeństwo i płynąca z niego niedoskonałość. Jest to właściwie tylko jedno przeciwskazanie – jeśli jesteś osobą doskonałą lub bliską doskonałości – Duszpasterstwo dla Ciebie nie ma sensu. Nie potrzebują lekarza zdrowi, lecz ci, którzy się źle mają. Ci, którzy przegrywają, lecz nie ulegają zwątpieniu.

Jedno chciałbym powiedzieć jeszcze na koniec. Kiedy po skończonej Eucharystii, czuwaniu, modlitwie wychodzi się z naszej kaplicy, kiedy światła są już wygaszone, kiedy coraz delikatniej brzmi echo ostatniego akordu pieśni na rozesłanie, kiedy tylko wieczna lampka konsekwentnie czyni z mroku półmrok, wszystko wydaje się być ciche, spokojne pozbawione pośpiechu. A jednak coś z tego miejsca rozdziera ciszę i zdaje się krzyżeć wręcz na odwrót: „śpieszmy się!”. Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą...

VI Europejski Kongres Studentów Medycyny

W dniach 23-28 września 2003 roku EMSA Lublin była gospodarzem VI Europejskiego Kongresu Studentów Medycyny (EMSCon) oraz XIII Walnego Zgromadzenia członków EMSA-Europe (General Assembly).

LEK. MED. ANNA MICHALAK
LUBLIN

Honorowy Patronat nad Kongresem objęli JM Rektor Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański** oraz Marszałek Województwa Lubelskiego **Henryk Makarewicz**. Przygotowania do tych najważniejszych dla członków EMSA imprez rozpoczęliśmy już na początku roku akademickiego pragnąc zorganizować wszystko jak najlepiej na przyjazd reprezentantów lokalnych oddziałów EMSA z całej Europy. Trud jednak bardzo się opłacał i z radością witaliśmy naszych gości przybyłych z takich krajów jak: Niemcy, Anglia, Chorwacja, Bułgaria, Holandia, Portugalia, Grecja, Macedonia, Słowenia, Serbia i Czarnogóra, Finlandia oraz Malta.

Oficjalne rozpoczęcie VI Europejskiego Kongresu Studentów Medycyny oraz XIII Walnego Zgromadzenia członków EMSA-Europe odbyło się 24 września 2003 r. w auli wykładowej





Collegium Universum. Reprezentantów EMSA serdecznie przywitani: **Dariusz Sadowski** – Zastępca Dyrektora Gabinetu Wojewody Lubelskiego, **Tomasz Makowski** – reprezentant Marszałka Województwa Lubelskiego, **prof.**

dr hab. Kazimierz Główniak – Prorektor ds. Nauki Akademii Medycznej w Lublinie, **prof. dr hab. Marian Wierosławski** – Dziekan Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej w Lublinie oraz **prof. dr hab.**

Elżbieta Korobowicz – Opiekun EMSA Lublin.

Spotkanie było podzielone na sesje EMSCOn'u oraz Walnego Zgromadzenia. Tematem tegorocznego EMSCOn'u była transplantologia w aspekcie medycznym, etycznym oraz prawnym. Nawiązaliśmy współpracę z organizacją studentów prawa działającą przy Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej – Phi Delta Phi The International Legal Fraternity. Wspólnie przeprowadziliśmy pokazowy proces sądowy oparty na prawie europejskim. Oryginalna tematyka rozprawy pochodzi z Wielkiej Brytanii, przestępstwa do niej rozpoczęły się pod koniec stycznia 2003 roku, a werdykt jeszcze nie zapadł. Było to o tyle korzystne dla nas, że na podstawie zeznań, naszej wiedzy medycznej oraz w zgodzie z naszymi sumieniami mogliśmy „wydać wyrok” nie sugerując się prawdziwym rozstrzygnięciem sprawy. Proces toczy się w Sądzie Najwyższym pomiędzy szpitalem publicznym, a dzieckiem i jego rodzicami. Rodzice pragną, aby szpital przeprowadził trans-



plantację nerki u ich syna. Szpital jednak uważa, że działanie takie jest niecelowe ze względu na stan zdrowia pacjenta. Urodzony w 1984 roku chłopiec cierpi na zespół DiGeorge'a, którego przyczyną jest delecja 22 chromosomu. U chłopca występują liczne nieprawidłowości, z których główne to mocno opóźniony rozwój oraz obustronna dysplazja nerek. Pacjent od epizodu ostrej niewydolności nerek w 2000 roku jest leczony hemodializami. Jego terapia jest utrudniona ze względu na fakt, że chłopiec jest autystyczny i nie rozumie potrzeby leczenia. Cierpi dodatkowo na epilepsję, ma tendencję do zakrzepów, a także ma zaburzenia immunologiczne. Psychologowie ocenili jego rozwój psychiczny na poziomie 5-6 letniego dziecka, przy czym jego zdolność komunikacji werbalnej jest jeszcze bardziej ograniczona. Matka dziecka pragnie oddać mu własną nerkę. Po wysłuchaniu wielu biegłych, w których role

wcielili się uczestnicy EMSCon'u, ława przysięgłych zdecydowała, że chłopiec powinien pozostać na hemodializach, ponieważ ryzyko transplantacji jest niewspółmierne do korzyści jakie przyniosłaby ona temu pacjentowi. Nasze przedsięwzięcie wsparli merytorycznie **dr n. med. Seweryn Stettner** i **dr n. med. Wojciech Kusz** – pracownicy I Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Akademii Medycznej w Lublinie, którzy mają duże doświadczenie w przeszczepianiu nerek. W czasie EMSCon'u odbyły się również warsztaty dotyczące rozwiązań prawnych w kwestii zgody na oddanie narządów w różnych krajach Europy, a także zagadnień etycznych związanych z tym tematem.

Sesje Walnego Zgromadzenia obejmowały prezentacje raportów członków Zarządu Głównego EMSA-Europe, opracowanie strategii finansowej na najbliższy rok, wprowadzenie zmian statutowych. Omawiane były także pro-

jekty EMSA – Teddy Bear Hospital (Szpital Pluszowego Misia), Twinning Project (Ekspedycja) oraz najnowsze propozycje – Best Buddy Project oraz EMSA Summer Schools. 25 września 2003 roku, po wcześniejszej prezentacji kandydatów, odbyły się wybory do Zarządu Głównego EMSA Europe (EEB). Przewodniczącą została wybrana Amanda Victorine Wong Zhi Yan z Wielkiej Brytanii, Wiceprzewodniczącą **Ajda Skarlovnik** ze Słowenii, Sekretarzem Generalnym – **Fiona Horneff** z Niemiec, Skarbnikiem – **Stefan Arsov** z Macedonii, Koordynatorem ds. Edukacji Medycznej – **Katarzyna Kłodnicka** z Polski, Koordynatorem ds. Nauki – **Divo Ljubcic** z Chorwacji.

Podczas tygodniowego pobytu naszych gości w Lublinie pragnęliśmy im również przybliżyć polską kulturę, sztukę oraz kuchnię. Pierwszego dnia, we wtorek, zorganizowaliśmy quiz wiedzy o Lublinie: uczestnicy EMSCon'u otrzymali dokładne mapki z zaznaczonymi



miejscami, które warto zobaczyć w naszym mieście oraz kartkę z pytaniami dotyczącymi informacji znajdujących się na tablicach opisujących zabytki. Wyniki były zaskakująco dobre, wszyscy zasłużyli na kolację w Restauracji „Duch” na Starym Mieście. Następnie udaliśmy się do Pubu „4 Pokoje”, gdzie przy zabawach integracyjnych, tańcach i bilardzie wszyscy mogliśmy się nawzajem dobrze poznać. W środę zabraliśmy naszych gości na spacer po Muzeum Wsi Lubelskiej, gdzie w jednej z chat mogliśmy skosztować polskich przysmaków i pobawić się przy muzyce ludowej (i nie tylko). Czwartkowy wieczór był przeznaczony na poznanie lubelskich dyskotek. Piątek zaplanowaliśmy na zwiedzenie Kazimierza Dolnego. Pogoda bardzo nam sprzyjała i wycieczka była bardzo udana. Wszyscy po powrocie zabrali się do gotowania, bowiem tego dnia w Klubie Studenckim „Kazik” każdy prezentował swoje tradycyjne

potrawy i trunki narodowe. W sobotę, w Restauracji „Resursa” odbyła się ceremonia pożegnalna, wszyscy uczestnicy otrzymali certyfikaty oraz drobne prezenty od Komitetu Organizacyjnego. Po kolacji śpiewaliśmy solo i grupowo karaoke. W niedzielę część uczestników pojechała na wycieczkę do Warszawy, pozostali pragnęli nacieszyć się jeszcze Lublinem.

Wszyscy byli bardzo zadowoleni ze spędzonego wspólnie czasu w Lublinie i obiecali nas jeszcze odwiedzić. VI Kongres i XIII Walne Zgromadzenie członków EMSA-Europe był imprezą wartościową pod względem naukowym. Równie ważne jest to, iż przyczynił się on do integracji osób działających w EMSA, zawarcia wielu znajomości i przyjaźni. Zostało nam wiele miłych wspomnień i zapał do pracy na kolejny rok.

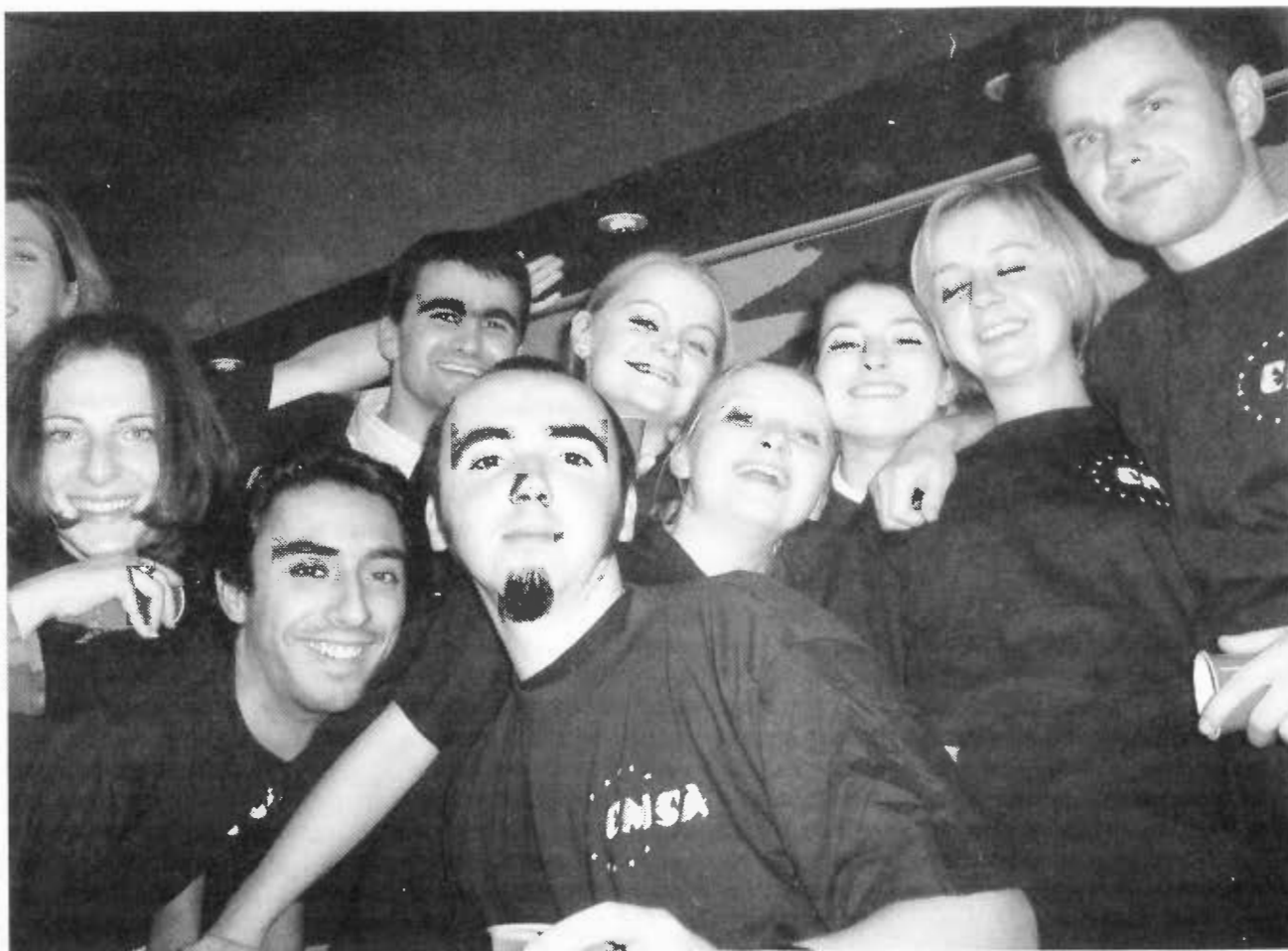
W imieniu Komitetu Organizacyjnego chciałabym złożyć gorące podziękowania władzom i pracownikom Aka-

demii Medycznej za pomoc w realizacji naszego przedsięwzięcia, a także Sponsorom – Szkole Języka Angielskiego LINGUATON, Centrum Języków Obcych EURO-FORUM, firmom farmaceutycznym: Sanofi-Synthelabo oraz Polfa-Kutno S. A.

Komitet Organizacyjny

VI Europejskiego Kongresu Studentów Medycyny oraz XIII Walnego Zgromadzenia członków EMSA Europe:

Anna Michalak, Filip Stoma, Tomasz Kucmin, Emilia Bielecka, Joanna Kardela, Katarzyna Kłodnicka, Agnieszka Krakowska, Emilia Pabis, Jola Szeliga-Król, z pomocą Aleksandry Harli, Aleksandry Stankiewicz, Rafała Ignaczuka, Piotra Olchy, Piotra Olechowskiego i Piotra Maksymiuka.



Wybory do zarządu EMSA-Lublin

Plany na rok akademicki 2003/2004

21 października 2003 r. odbyły się wybory do Zarządu Lokalnego Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny EMSA-Lublin na rok akademicki 2003/2004.

MARCIN ZIĘBA

STUDENT V ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
KOORDYNATOR DO SPRAW NAUKI I ORGANIZACJI
EMSA-LUBLIN

Zostały one poprowadzone przez ustępującą ze stanowiska, dotychczasową przewodniczącą **Annę Michalak**, w obecności opiekuna lubelskiego oddziału EMSA, **prof. dr hab. Elżbiety Korobowicz**.

Uprawnieni do głosowania członkowie wyłonili nowy Zarząd. Przewodnicząca: **Emilia Pabis** – V rok Wydziału Lekarskiego, Sekretarz Generalna – **Emilia Bielecka** – V rok Wydziału Lekarskiego, Koordynator ds. Nauki i Organizacji – **Marcin Zięba** – V rok Wydziału Lekarskiego, Koordynator ds. Kontaktów i Promocji – **Jolanta Szeliga-Król** – V rok Wydziału Lekarskiego, Koordynatorzy ds. Internetu – **Agnieszka Krakowska** i **Karolina Zapalska** – V rok Wydziału Lekarskiego.

Zarząd EMSA-Lublin pragnie niniejszym podziękować wszystkim, którzy wzięli udział w głosowaniu i ser-

decznie zaprasza chętnych do współpracy w realizacji wielu ciekawych pomysłów. Po bardzo pracowitym dla EMSA-Lublin roku akademickim 2002/2003, będziemy kontynuować projekty wprowadzone przez poprzedni Zarząd, które okazały się dużymi sukcesami i spotkały się z uznaniem ze strony władz naszej Akademii.

21 listopada, w piątek ruszyliśmy po raz czwarty z akcją Szpital Pluszowego Misia (Teddy Bear Hospital). W lubelskich przedszkolach, dzieci z naszą pomocą uczyły się przezwytywać lek przed białym fartuchem.

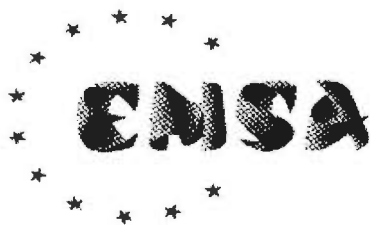
Na cotygodniowych zebraniach można dowiedzieć się o szczegóły tego projektu. Informacji można również zaczerpnąć w kwietniowo-czerwowym numerze Alma Mater, gdzie została opisana akcja, która odbyła się 19 maja 2003 roku w miasteczku Akademii Medycznej. Ze względu na duże zainteresowanie Szpitalem Pluszowego Misia ze strony lubelskich przedszkoli, zamierzamy ponownie otworzyć szpital dla misiów wiosną 2004 roku.

W czwartek, 27 listopada członkowie oraz sympatycy naszej organizacji spotkali się w miasteczku akademickim Politechniki Lubelskiej, w klubie studenckim „Kazik”, gdzie odbyła się zamknięta impreza andrzejkowa. Była to z pewnością dobra okazja dla nas wszystkich, aby lepiej się poznać i podzielić wrażeniami, których bez wątpienia dostarczyły nam przedszkolaki z „misiowych szpitali”.

Tradycją stały się spotkania przedstawicieli władz naszej Uczelni ze studentami należącymi do EMSA-Lublin na przedświątecznym „śledziku”. Dziełimy się wtedy opłatkiem, składamy Bożonarodzeniowe życzenia, śpiewamy kolędy, a także otrzymujemy wiele cennych rad dotyczących funkcjonowania EMSA od osób, które są zawsze przychylnie naszej działalności.

Podobnie jak w minionym roku akademickim, chcemy zorganizować wyjazd integracyjno-szkoleniowy, aby wspólnie omówić szczegóły dotyczące nowych projektów oraz przedstawić nowe pomysły. Być może znowu spotkamy się na pięknym Roztoczu.

Zarząd EMSA już teraz przygotowuje się do zorganizowania w marcu 2004 r. konferencji na temat: „Psychologia w medycynie”, na której poruszymy m. in. problemy dotyczące rozpoznawania przemocy w rodzinie, ko-



munikacji interpersonalnej lekarza i pacjenta, oraz sposobu prowadzenia rozmowy z pacjentem onkologicznym. Duży wkład w organizację konferencji będą mieli również studenci psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

W maju br. „emsowicze” wzięli udział w rejsie mazurskim, który spotkał się z dużym zainteresowaniem i dla wielu studentów stanowił pierwszy kontakt z żeglarstwem. Na pewno początek sezonu żeglarskiego w 2004 r. również zainaugurujemy na Wielkich Jeziorach Mazurskich. Tydzień po rejsie, podczas Medykaliów, EMSA kolejny raz podejmie się przygotowania regat o Puchar JM Rektora Akademii Medycznej w Lublinie, rozgrywanych rokrocznie na Zalewie Zemborzyckim.

Nowym projektem, jaki chcemy wprowadzić niebawem, życie jest program wymiany studenckiej objęty na-

zwą Twinning Project. Umożliwi on studentom wyjazd do wielu państw Europy, w celu poznania systemów nauczania medycyny, poznania ich historii i kultury oraz nawiązania kontaktów i wspaniałych przyjaźni.

Z końcem maja przyszłego roku EMSA przeprowadzi w Lublinie akcję informacyjną dotyczącą jakże powszechnych teraz chorób alergicznych. Będziemy się starali zaznajomić ludzi z problemem, który często może zostać zbagatelizowany lub niezauważony. Akcja ta będzie zarazem ostatnim punktem na liście projektów, jakie chcemy zrealizować w tym roku akademickim. Mamy nadzieję, że spotkają się one z dużym zainteresowaniem i pomogą wszystkim poszerzyć medyczne horyzonty. Zachęcamy studentów do aktywnej współpracy z EMSA-Lublin, gdyż niesie ona wiele korzyści i satysfakcji.



Zarządy EMSA-Lublin,
poprzedni i obecny

Nowe władze Oddziału Lubelskiego IFMSA-Poland

23 października br., w Domu Studenckim nr 2 odbyły się wybory do Zarządu Oddziału Lubelskiego IFMSA-Poland.

JUSTYNA WYROŚLAK

STUDENTKA III ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
SEKRETARZ IFMSA-POLAND LUBLIN

Członkowie IFMSA-Poland Lublin wyłonili nowy zarząd w składzie: przewodniczący – **Grzegorz Starobrat** – student III roku Wydziału Lekarskiego, sekretarz – **Justyna Wyroślak** – III rok Wydziału Lekarskiego, skarbnik – **Dominika Ledwich** – III rok Wydziału Lekarskiego, koordynator ds. Wymiany Zagranicznej – **Sławomir Żurek** – VI rok Wydziału Lekarskiego, koordynator ds. Wymiany Naukowej – **Magdalena Mazurek** – III rok Wydziału Lekarskiego, koordynator ds. Zdrowia Publicznego – **Tomasz Gęca** – III rok Wydziału Lekarskiego, koordynator ds. Zdrowia Reprodukcyjnego, HIV i AIDS – **Teresa Słomka** – III rok Wydziału Lekarskiego, koordynator ds. Edukacji Medycznej – **Anna Steć** – VI rok Wydziału Lekarskiego, koordynator ds. Uchodźców i Pokoju – **Szymon Popek** – III rok Wydziału Lekarskiego.

Razem z nowym zarządem powstało wiele pomysłów na nadchodzący rok akademicki. Oprócz kontynuacji dotychczasowych projektów wymiany zagranicznej i naukowej, a także organizacji konferencji na wiosnę, planujemy rozpoczęcie działań na nowych płaszczyznach. Głównym pomysłem są dwa programy profilaktyczne w ramach komitetów ds. Zdrowia Reprodukcyjnego, HIV i AIDS oraz Zdrowia Publicznego. Chcemy wyszkolić edukatorów, którzy będą przekazywać w szkołach ponadpodstawowych swoją wiedzę na temat chorób przenoszonych drogą płciową oraz przeprowadzą kampanię antynikotynową. Nowym pomysłem komitetu ds. Edukacji Medycznej są praktyki w Ministerstwie Zdrowia w Warszawie. W związku z wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej powstał nowy komitet – ds. Uchodźców i Pokoju, którego prace skupią się wokół problemów nieletnich uchodźców.

W dniach 5-7 grudnia w Spale k. Łodzi odbyło się Zgromadzenie Delegatów IFMSA-Poland pod patronatem JM Rektora UM w Łodzi prof. dr hab.

Andrzeja Lewińskiego. Reprezentanci Komitetów Lokalnych zebrali się na sesjach plenarnych, a także pracowali w komitetach: SCOPE – Standing Committee on Professional Exchange, SCORE – Standing Committee on Research Exchange, SCOME – Standing Committee on Medical Education, SCOPH – Standing Committee on Public Health, SCORA – Standing Committee on Reproductive Health Including AIDS, SCORP – Standing Committee on Refugees and Peace. Delegaci z Lublina wystąpili w mikołajkowych czapkach, co stało się ich znakiem rozpoznawczym.

W sobotę, 6 grudnia wybrane zostały władze narodowe IFMSA-Poland: prezydent – **Maciej Matłok** (CM UJ Kraków), sekretarz generalny – **Michał Brzeziński** (AM Gdańsk), skarbnik – **Paweł Karaś** (AM Warszawa), wiceprezydent ds. zasobów ludzkich – **Piotr Świniarski** (UM Łódź), wiceprezydent ds. marketingu – **Piotr Borzęcki** (AM Warszawa).

Honorowym członkiem IFMSA-Poland została **Magdalena Kwiatosz** – pełniąca dotychczas funkcję narodo-

wego koordynatora ds. wymiany zagranicznej. W tym roku zrezygnowała z tego stanowiska na rzecz młodszej koleżanki, której będzie służyć swoimi radami i doświadczeniem.

Oprócz obrad i wyborów w Spale odbyło się również szereg szkoleń: „Prawa pacjenta w świetle dokumentów Unii Europejskiej i przepisów krajowych” – wykład poprowadzony przez p. Głowaczewską z Krajowego Centrum ds. AIDS, „Rządzić każdy może...” – szkolenie Maćka Matłoka, „Błąd lekarski – odpowiedzialność cywilna, karna, zawodowa” – szkolenie ELSA, a także szkolenie socjologiczne – „Negocjacje” oraz „Krótka opowieść o LEP-ie”. Choć obrady kończyły się późnym wieczorem, uczestnicy zjazdu znaleźli czas na wspólną zabawę – w piątek na dyskotecę, a w sobotę na uroczystej kolacji połączonej z karaoke w restauracji „Pod Żubrem”.

Niedziela była ostatnim dniem zjazdu, musieliśmy się rozstać na pół roku – aż do następnego spotkania IFMSA-Poland, które odbędzie się w kwietniu w Żaganiu.



IFMSA - POLAND



Honorowym członkiem IFMSA-Poland została Magdalena Kwiatosz – pełniąca dotychczas funkcję narodowego koordynatora ds. wymiany zagranicznej

IFMSA-Poland

Stowarzyszenie Studentów Medycyny, zrzesza studentów Wydziałów Lekarskich wszystkich uczelni medycznych w Polsce. Jest organizacją niepolityczną, samorządną, trwałą, o celach niezarobkowych. Działalność oparta jest na pracy społecznej, ma na celu pomoc studentom w zdobywaniu umiejętności praktycznych oraz wiedzy teoretycznej w Polsce i poza jej granicami. Umożliwia udział w międzynarodowych projektach i programach International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA), a także uczestnictwo w seminariach, wykładach i konferencjach w polskich ośrodkach naukowych. Organizuje praktyki zagraniczne dla swoich członków, a także informuje o możliwościach studiowania i odbywania stażu za granicą. Partnerami IFMSA są m. in.: WHO, UNESCO, UNICEF, UNIDS, UNFPA, UNHCR.



Nowe władze Oddziału Lubelskiego IFMSA-Poland

Grenoble, miasto u podnóża Alp

Studencka praktyka wakacyjna we Francji

**Przed wyjazdem sprawdziłam w encyklopedii:
„Grenoble, miasto we Francji, Rodan-Alpy,
nad rzeką Isere, 154 tysięcy mieszkańców,
zespół miejski 400 tys. mieszkańców”.**

LEK. MED. ANNA ŁĘKAWA
LUBLIN / NAŁĘCZÓW

Chyba wszyscy słyszeli o Grenoble, przede wszystkim dlatego, że w 1968 roku miasto było gospodarzem Zimowych Igrzysk Olimpijskich. Ja także, pomimo że raczej nie jestem fanką sportu. Może właśnie znajomość nazwy zadecydowała, że właśnie to miejsce chciałam odwiedzić w czasie wakacyjnych praktyk organizowanych przez IFMSA.

Jeśli miałabym porównać Grenoble do jakiejś miejscowości w Polsce to można powiedzieć, że jest to większe Zakopane. Leży w dolinie pomiędzy trzema pasmami Alp: Chartreuse od północy, Belledonne od południowego-wschodu i Vercors od południowego-zachodu. Każde z tych pasm jest inne, już na pierwszy rzut oka można je rozróżnić, bardzo ułatwia to poruszanie się po mieście. Wystarczy tyl-

ko popatrzeć do góry i już wiadomo gdzie jest jaki kierunek. Góry są tak blisko Grenoble, że wydaje się ono być ściśnięte pomiędzy nimi. To wpływa na jego charakter. Pomimo, że jest niewiele mniejsze od Lublina, nie ma wielkomiejskiego charakteru: malownicza starówka i wznoszące się nad miastem starodawne więzienie Bastylia. Wieczorami jest to tajemnicze i złowróżbne miejsce, lecz stamtąd rozciąga się najpiękniejszy widok na całe Grenoble. Stamtąd także można prześledzić bieg rzeki Isery, która przecina miasto szerokimi zakolami tak, że z dołu trudno się zorientować jak płynie. Między brzegiem Isery, a Bastylią rozpięta jest kolejka linowa z wagonikami w kształcie kul – wizytówka Grenoble. Po zmroku, w górach Belledonne widać światła, to stacja narciarska, która powstała w miejscu dawnej wioski olimpijskiej.

Poza walorami turystycznymi, Grenoble jest ważnym francuskim ośrod-

kiem akademickim, zjeżdżają się tutaj nie tylko turyści, ale także studenci z całego świata na praktyki i stypendia. Bardzo łatwo spotkać można także Polaków.

Przed wyjazdem, jak zwykle gorąca linia z przyszłymi gospodarzami, gdzie się spotkamy, gdzie będę mieszkać itp. Moją opiekunką była Benedicte Girard, miejscowa koordynatorka wymiany. Po 31-godzinnej podróży autokarem, spotkałam ją na dworcu czyli Gare Routiere, w Grenoble. Podczas całego pobytu byłam jej gościem najpierw w domu rodzinnym, u państwa Girard w St-Ismier, później na stacji w Grenoble. Mieszkałyśmy w Mont Blanc Tower, jednej z trzech ogromnych bloków-wież, które są wizytówką nowoczesnego budownictwa w mieście. Jadąc z Benedicte do jej rodzinnego domu, zauważyłam, że Grenoble jest oblepione malutkimi miejscowościami, przylegającymi jedna do drugiej, właściwie nie wiadomo gdzie się kończą i zaczynają. Przejechałyśmy przez most nad Iserą i znalazłyśmy się w La Tronche, jest tam Akademia Medyczna i Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, gdzie

miałam praktyki, dalej Meylan, Co-renc, Montbonnot-St-Martin, Biviers i wreszcie St Ismiere, pięcioletnia miejscowość, cel naszej podróży. Położona u stóp masywu Chartreuse, stare domy z białego kamienia, niektóre pamiętające czasy średniowieczne, romański kościółek.

**Jeśli miałabym
porównać
Grenoble do
jakiejś
miejscowości
w Polsce
to można
powiedzieć, że
jest to większe
Zakopane**

Państwo Girard, siostra Benedicte – Ann, jej narzeczony Marco i jego kot powitali mnie bardzo serdecznie, na dwa tygodnie stałam się członkiem rodziny. Codziennie rano jeździłam do szpitala w La Tronche. Kiedy pierwszego dnia zadzwonił budzik ze zdziwieniem stwierdziłam, że na dworze jest jeszcze ciemno. Zwykle wychodziłam z domu ok. godziny siódmej, słońce nad górami dopiero wstawało, czasem była taka mgła, że góry wcale nie było widać, owiewało mnie zimne, ostre i wilgotne powietrze, nie nie zapowiadało upalnego dnia, a jednak popołudniami było zwykle słonecznie i bardzo gorąco. Prawdziwa górská pogoda.

Przedpołudnia spędzałam w szpitalu. Byłam na oddziale okulistycznym. Przeglądałam się pracy oddziału, metodom diagnostyki i leczenia, zabiegom operacyjnym, ćwiczyłam okulistyczne badanie pacjenta. Profesorowie M. Mouillon i J. P. Romanet, pracownicy kliniki i studenci byli sympatyczni, zawsze starali mi się wszystko wyjaśniać i pomagać. W szpitalu poznałam także kilku zagranicznych stu-

dentów, którzy przyjechali do Grenoble na rok programu Sokrates-Erasmus.

Największe wrażenie zrobiły na mnie góry. Odwiedziłam wszystkie trzy masywy i nie potrafię powiedzieć, który zrobił na mnie największe wrażenie. Vercors poprzecinany wąskimi, krętymi jaskiniami, czy Chartreuse z widokiem na Mont Blanc i średniowiecznym klasztorem o tej samej nazwie, gdzie mnisi od wieków żyją według starej reguły św. Brunona, zamknięci za klauzurą i od wieków także produkują z alpejskich ziół, miejscową atrakcję – likier Chartreuse. Być może najpiękniejsze są niekończące się przestrzenie porośnięte zielonymi łąkami, ponad którymi unosi się dźwięk dzwonek słynnych alpejskich krów. Ostatni z masywów Belledonne już z daleka przyciąga wzrok swoją wielkością i ostrymi szczytami. Wybraliśmy się tam z przyjaciółmi pewnej soboty. Chyba nigdy wcześniej nie byłam tak wysoko w górach. Do pokonania mieliśmy ponad 1000 metrów różnicy poziomów, a zaczęliśmy od stacji narciarskiej, która też była położona bardzo wysoko. Wypra-





**W gronie gospodarzy –
rodzina Girard**

wa zajęła nam cały dzień, w niektórych miejscach podejścia były tak strome, że wolałam nie patrzeć ku dołowi, po powrocie ledwie się ruszaliśmy, ale było warto. Na górze, w nieckach pomiędzy szczytami zobaczyliśmy szafirowe jeziora polodowcowe. Były połączone ze sobą tamami i otoczone ostrymi skalnymi wierzchołkami. Wędrowaliśmy od jednego do drugiego wzdłuż brzegów, czasem nad samą wodą, innym razem nad urwiskami. Woda, błękitne niebo i skalna pustynia, 2000 m nad poziomem morza. Niezapomniane widoki.

Pisząc o Francji trudno nie wspomnieć o słynnej francuskiej kuchni. Moje pytanie na temat ślimaków i żabich udek nie wzbudziło entuzjazmu u gospodarzy: „Tak, żabie udka są dobre, radzimy spróbować, ale my zbyt często ich nie jadamy, a ślimaków chyba nigdy nie próbowaliśmy”. Muszę przyznać, że odetchnęłam z ulgą. Zamiast tego mogłam się do woli najeść słynnych francuskich serów i wielu innych miejscowych potraw, o których w Polsce nie jest tak głośno np. qu-

iche Lorraine, tarte, crepes czy przepyszne ciasto czekoladowe.

Chyba nikogo nie trzeba zachęcać do odwiedzenia Francji, choć większość osób zwykle koncentruje się na Paryżu, myślę że warto odwiedzić też inne regiony. Grenoble i Alpy gorąco

polecam, teraz w zimie muszą być naprawdę piękne, szczególnie dla narciarzy. Ale jeśli zimę wolicie spędzać w ciepłym domku z filiżanką herbaty to może skusicie się na odrobinę francuskiej atmosfery, czyli – ciasto czekoladowe Brigitte Girard.



Profesorowie M. Mouillon i J. P. Romanet oraz autorka

**„Tak, żabie
udka są dobre,
radzimy
spróbować, ale
my zbyt często
ich nie jadamy,
a ślimaków
chyba nigdy nie
próbowaliśmy”.**
**Muszę
przyznać, że
odetchnęłam
z ulgą.**



Anna Łekawa

jest tegoroczną absolwentką Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie. Od 1999 roku działa w Studenckim Okulistycznym Kole Naukowym przy I Klinice Okulistyki AM. Podczas studiów była członkinią organizacji studenckich EM-SA i IFMSA, odbyła praktyki zagraniczne w Madrycie i w Yamagacie (Japonia). Pochodzi z Naleczowa, gdzie skończyła Liceum Ogólnokształcące im. Stefana Żeromskiego. Interesuje się sztuką, zarówno ze strony teoretycznej, jak i praktycznej. W 1996 r. Ania otrzymała wyróżnienie w eliminacjach centralnych XX Olimpiady Artystycznej w Warszawie. Obecnie odbywa staż podyplomowy w SPSK nr 4 w Lublinie.

Trzeba podgrzać 175 g masła i 200 g czarnej gorzkiej czekolady, aż się rozpuszczą i ostudzić. Dodać 200 g cukru, pięć całych jajek i cztery duże łyżki

mąki. Wszystko wymieszać. Wylać na posmarowaną masłem blachę, piec w piekarniku nagrzanym do 200°C przez 20-30 minut. Smacznego.



Jeziora w Górach Belledonne

Mityng naukowy medyków w Zagrzebiu

W dniach 6-9 listopada 2003 roku
odbyła się w Zagrzebiu Międzynarodowa
Konferencja Studentów Medycyny
i Młodych Lekarzy – ZIMS 3.

JOLANTA SZELIGA
JOANNA KARDELA

STUDENTKI V ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Dzięki życzliwości i pomocy **prof. dr hab. Elżbiety Korobowicz** miałyśmy okazję wziąć udział w tej Konferencji, i jako jedyne uczestniczki z Polski reprezentować Akademię Medyczną w Lublinie oraz organizację EMSA-Lublin.

ZIMS 3 zgromadził w tym roku blisko 200 studentów z różnych krajów Europy. W ciągu trzech dni uczestnicy konferencji prezentowali wyniki własnych badań w sesji ustnej oraz plakatowej. Oprócz prezentacji studenci brali udział w warsztatach poświęconych między innymi takim tematom, jak: „Nauka języka migowego” oraz „Jak przygotować dobrą publikację?”. Warsztaty te cieszyły się dużym zainteresowaniem wśród uczestników.

Poziom przedstawianych prac był bardzo wysoki, a prezentacjom zawsze towarzyszyła ożywiona dyskusja. Podczas Konferencji zaprezentowałyśmy prace pt. „The correlation between the morphological changes in the liver in Primary Biliary Cirrhosis and the values of biochemical parameters in pla-



Autorki – Joanna Karedla i Jolanta Szeliga podczas zwiedzania Zagrzebia



Wspólna fotografia uczestników konferencji, na jednej z uliczek miasta

sma” oraz „Evaluation of the grading and staging of the liver damage in hepatitis C in the liver samples examined in the Dept. of Clinical Pathomorphology at the Medical University of Lublin in the years 1996-2002”, napisane w Studenckim Kole Naukowym przy Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Klinicznej w Lublinie, którego opiekunem jest dr n. med. **Agnieszka Korolczuk**.

Komitet Organizacyjny ZIMS 3 zadbał nie tylko o część merytoryczną Konferencji, ale również o imprezy towarzyszące. Podczas krótkiego pobytu w Zagrzebiu zwiedziliśmy najciekawsze zabytki w mieście. Szczególnie zapadła nam w pamięć przepiękna Katedra z XI wieku oraz Plac J. Jelacić – główne miejsce spotkań młodzieży.

Pobyt w Zagrzebiu był nie tylko okazją do zapoznania się z dorobkiem naukowym studentów medycyny z różnych krajów Europy, ale także pozwolił odświeżyć wcześniejsze znajomości (mieliśmy okazję gościć chorwackich kolegów we wrześniu w Lublinie podczas zjazdu EMSY) oraz nawiązać nowe kontakty.



Lubelskie studentki przy posterze ilustrującym wyniki badań własnych

Welcome to Eastbourne!

Wakacyjne praktyki zagraniczne nieustannie cieszą się ogromnym powodzeniem wśród braci studenckiej. Jest więc okazja, aby poznać system opieki zdrowotnej w innych krajach, wiele się nauczyć. To doskonały sposób na spotkanie z kulturą i mieszkańcami innego państwa.

LEK. MED. ANNA KWIECIŃSKA
LUBLIN

Jeżeli myślicie o tym, gdzie wybrać się na praktyki wakacyjne, gorąco polecam Eastbourne! To najśłoneczniejsze miasteczko nadmorskie Anglii i nawet jeżeli reszta wysp brytyjskich tonie w strugach deszczu, jest duże prawdopodobieństwo, że tutaj świeci słońce. Po tej już zwyczajowej uwadze na temat angielskiej pogody teraz trochę o samym miasteczku oddalonym jedynie o dwie godziny drogi pociągiem od Londynu. Jest to mały kurort nadmorski sąsiadujący z Brighton, do jego słynnych atrakcji należy Beachy Head, którego urwiste brzegi przyciągają rzesze turystów, ale mają na swoim koncie też smutną statystykę miejsca najliczniejszych prób samobójczych w Wielkiej Brytanii. Eastbourne może się poszczycić najnowocześniejszą przystanią jachtową w północnej Europie. Sama też

architektura miasteczka z jego Starym Miastem i wiktoriańskim nadbrzeżem jest jedną z jego zalet.

Każdy kto szukał możliwości odbycia praktyki poza granicami kraju na własną rękę, wie że kosztuje to sporo czasu. Sama wyszukiwałam adresy w internecie i wysłałam mnóstwo listów z prośbą o przyjęcie na praktykę, z czego większość spotkała się z odmową. Z tym większym więc entuzjazmem odniosłam się do małej szarej koperty, której zawartość oferowała mi miejsce na oddziale internistycznym District General Hospital w Eastbourne. Przez chwilę wahałam się jeszcze, ale przekonał mnie miły list z informacjami, że „Postgraduate Medical Centre” chętnie gości studentów obcokrajowców, umożliwiając im pełne uczestnictwo w pracy zespołu lekarskiego gwarantując status równy statusowi studenta brytyjskiego. Ponadto ośrodek ten proponuje uczestnictwo w wykładach prowadzonych na terenie centrum. Należy też wspo-

mnąć, że szpital prowadzi kształcenie studentów medycyny na mocy porozumienia z University of London.

I tak, z głową pełną budzących nadzieję informacji i biletem w rękę, wyruszałam na ostatnie letnie praktyki studenckie i ostatnie długie wakacje.

W Eastbourne powitała mnie pani **Luisa Tomasetti**, która pełniąc funkcję Undergraduate Administrator sprawowała pieczę nad wszystkimi studentami. Znana mi dotąd jedynie listownie okazała się osobą bardzo miłą i otwartą na potrzeby studentów. Moim bezpośrednim zwierzchnikiem, a jednocześnie opiekunem był **dr Mohammed F. Siddique**, nie tylko wspólniały nauczyciel, pełen entuzjazmu dla swej pracy, ale i człowiek z ogromnym poczuciem humoru i dużą cierpliwością dla studentów. To on wprowadzał mnie w tajniki pracy na oddziale internistycznym i dzięki niemu miałam możliwość badania pacjentów, zakładania wkłuć, nakłuwania opłucnej, pobierania krwi w celach diagnostycznych, czyli wszelkich czynności, które wykonują tu studenci. Codziennie miałam więc okazję towarzyszyć w pracy całemu zespołowi, którym kierował konsultant **dr Andrew J. Pool**, jego asystent – dr Mohammed Siddique, a także **dr Sarah Pidgeon**. Miałam również możliwość asystowania konsultantowi podczas jego pracy z pacjentami w poradni reumatologicznej. Popołudniami stały przede mną otworem drzwi świetnie wypo-

sażonej biblioteki oraz odbywały się organizowane przez centrum wykłady. Weekendy poświęcałam na zwiedzanie okolicznych urokliwych nadmorskich miejscowości jak Brighton, Hastings, Lewes. Największą atrakcją były dla mnie wyprawy do Londynu, gdzie zwiedzałam galerie, muzea, pałace i ogrody.

Pragnę podziękować wszystkim, którzy umożliwili mi pobyt w Eastbourne oraz dzielili się ze mną własną wiedzą okazując przy tym wiele sympatii i cierpliwości; byli to przede wszystkim: **Luisa Tomasetti**, **dr Andrew Pool**, **dr Mohammed Siddique**, **dr Sarah Pidgeon** i **dr Matt Jackson**.

Praktyki odbyte w Eastbourne zaliczam do najbardziej udanych toteż polecam je koleżankom i kolegom. Wszystkim zainteresowanym podaję adres:

**Postgraduate Medical Centre
District General Hospital
Kings Drive
Eastbourne
East Sussex
BN 21 2 UD
UK**



Czwarty finał akcji Szpital Pluszowego Misia

21 listopada 2003 roku odbył się IV finał akcji „Szpital Pluszowego Misia” prowadzonej przez Organizację Studentów Medycyny EMSA-Lublin.

EMILIA PABIS
STUDENTKA V ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
PRZEWODNICZĄCA EMSA-LUBLIN
KOORDYNATORKA PROJEKTU

że pokazywali na maskotkach na czym polega badanie lekarskie i jak działają podstawowe przyrządy używane w codziennej praktyce, a potem dzieci osłuchiwały się nawzajem.



Projekt ten ma na celu oswojenie przedszkolaków z badaniami lekarskimi, a także to żeby bobaśy nie reagowały strachem na widok „białego fartucha”, nie uciekały z fotela dentystycznego, nie bały się zastrzyków itp. W projekcie uczestniczyli też członkowie Polskiego Stowarzyszenia Studentów Stomatologii, Polskiego Stowarzyszenia Studentów i Absolwentów Psychologii oraz Stowarzyszenia Pedagogów i Animatorów „KLANZA”.

W naszej zabawie wzięło udział ok. dwustu cztero- i pięcioletków z siedmiu przedszkoli na terenie osiedli „Czechów” i „Czuby”. Tydzień wcześniej studenci odwiedzali dzieci w przedszkolach i opowiadali im o pracy lekarza, stomatologa, pielęgniarki..., a tak-





**Po raz pierwszy dzieci
mogły zasięgnąć porady
stomatologa, nauczyć
się jak prawidłowo
szczotkować zęby,
a nawet zobaczyć jak
wygląda „borowanie”**

W dniu finału, dzieci po przyjeździe do „szpitala” były witane przez KLANZĘ i przez chwilę bawiły się po to, aby oswoić się z otoczeniem. Następnie zaprowadzano je do „rejestracji” gdzie dostawały „numerek” (karteczkę z rysunkiem zwierzątka lub owocu) do odpowiedniego lekarza. „Pielęgniarka” odprowadzała je do gabinetu i tam odbywała się najważniejsza część wizyty. „Lekarze” mieli za zadanie nawiązać kontakt z dzieckiem, zainteresować je i oczywiście wyleczyć misia – to było najtrudniejsze, bo np. trzeba było pomóc smokowi, który nie mógł ziać ogniem. W trakcie wizyty można było skorzystać z konsultacji i wykonać pacjentowi badanie rtg, usg czy ekg. Po raz pierwszy można też było zasięgnąć porady stomatologa, nauczyć się jak prawidłowo szczotkować zęby, a nawet zobaczyć jak wygląda „borowanie”. Dzieciom bardzo się to podobało i same chciały żeby je skierować do dentysty (naprawdę!). Po zakończeniu wizyty dzieci były odprowadzane do studentek psychologii, które sprawdzały efekty pracy „lekarzy”. Następnie przedszkolaki wracały do zabawy z KLANZĄ i na tym wizyta w szpitalu się dla nich kończyła. Opiekunki pytały kiedy następnym razem będzie organizowana podobna akcja.

Sądząc po uśmiechach dzieci osiągnęliśmy pożądane efekty i już w maju 2004 r. mamy zamiar zaprosić kolejne przedszkola do wspólnej zabawy.



W Klubie Uczelnianym AZS

Pożegnanie usportowionych absolwentów

To już ostatni raz spotkaliśmy się razem. Jak co roku, w październiku trzeba było pożegnać koleżanki i kolegów, którzy opuszczają mury szacownej Almae Matris i stawiają pierwsze kroki na samodzielnej drodze zawodowej.

MALGORZATA PLEBAN

STUDENTKA IV ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

W gronie tegorocznych absolwentów znaleźli się też członkowie Klubu Uczelnianego AZS, którym szczególnie chcieliśmy podziękować za wkład włożony w reprezentowanie naszej uczelni na arenie sportowej.

Zgodnie z tradycją, gdy przebrzmiał „Gaudeamus”, wszystkich obecnych na uroczystości powitał Dziekan, po czym nastąpiły przemówienia JM Rektora AM **prof. dr hab. Macieja Latalskiego** oraz wiceprezesa Lubelskiej

Izby Lekarskiej **dr Marka Domańskiego**. Dziesięciu najlepszym absolwentom trudno było opanować drżenie rąk, gdy wstępowali na podium, aby odebrać dyplomy z rąk Dziekana oraz liczne nagrody od firm farmaceutycznych „Polfy”, „Medi Media”. Przedtem jednak wszyscy absolwenci uroczystie złożyli przysięgę Hipokratesa, której tekst powtarzali za Dziekanem. Następnie każdy z absolwentów po tradycyjnym przejściu pod halabardami trzymanymi przez pedli, otrzymał dyplom z gratulacjami oraz prezent w postaci „Pharmindexu” oraz Katalogu Leków, wraz z najnowszym wydaniem „Alma Mater”. Trema dała się niektórym we znaki toteż zdarzały się potknięcia, ale jest to zupeł-

nie zrozumiałe, gdyż taki dyplom odbiera się zazwyczaj raz w życiu. Nieprzydatne okazały się zbyt wysokie niekiedy obcasy, zwłaszcza przy pokonywaniu schodów. Mimo tych drobnych przeciwności, każdy był uśmiechnięty, a najbardziej cieszyli się chyba rodzice, ponieważ włożyli dużo wysiłku w to, by ich dzieci mogły się tu dziś znaleźć na miejscach przeznaczonych dla absolwentów. Siedząc na trybunach, z niecierpliwością ściskali w dłoniach kwiaty przeznaczone dla swoich dzieci, z których są tak dumni.

Kolejnym punktem programu były przemówienia przedstawicieli poszczególnych organizacji studenckich: EM-SA, IFMSA, Samorządu Studenckiego, STN, Chóru Akademickiego, Zespołu Pieśni i Tańca oraz nagrodzenie odchodzących z nich członków.

W imieniu AZS wystąpił prezes Klubu Uczelnianego **Jakub Florek**. Podziękował za wysiłek, jakim niewątpliwie było uczestnictwo w zajęciach

sekcji sportowych, przy nietatwych przecież studiach, za zdobyte medale i wyróżnienia oraz za rozślawianie imienia Uczelni, za co szczególnie dziękujemy: **Annie Kwiecińskiej, Jarosławowi Pańniczkowi, Iwonie Tomczak, Patrycji Lisieckiej, Jarosławowi Sempochowi, Pawłowi Wojewodzie, Łukaszowi Rolniakowi, Kindze Wyrzykowskiej, Tomaszowi Wawrzakowi, Mariuszowi Śledziowi, Marcie Monist, Agnieszce Rozegnał, Tomaszowi Chorągiewiczowi, Agnieszce Pastuszak, Jakubowi Pawlikowskiemu, Arturowi Paterskiemu.** Ponadto chcieliśmy wyróżnić osoby zaangażowane w prace Zarządu Klubu, a byli to: **Anna Kwiecińska, Patrycja Lisiecka, Iwona Tomczak oraz Jarosław Pańniczek.** JM Rektor wystosował listy gratulacyjne do wspomnianych absolwentów, a Zarząd KU AZS ufundował nagrody książkowe.

Końcowym akcentem uroczystości było odśpiewanie hymnu narodowego oraz pożegnanie przez Dziekana wszystkich zebranych. Dla nas nie był to jednak koniec. Gdy już każdy z nowo upieczonych lekarzy podzielił się swoją radością z bliskimi, został zaproszony na poczęstunek do siedziby Zarządu KU AZS. Tam wznieśliśmy toast lampką szampana, za pomyślność odchodzących od nas kolegów z zastrzeżeniem, że drzwi AZS są dla nich zawsze otwarte. Raz jeszcze przywołaliśmy minione, spędzone razem lata, wyjazdy na zawody, obozy letnie i zimowe, wspólne imprezy sylwestrowe, żmudne przygotowania na treningach, aby przyniosły oczekiwane owoce. Absolwenci pełni emocji rozpaмиętywali minione wydarzenia, jak również te odleglejsze. Nikt nie żałował godzin spędzonych razem, bo przecież nic tak nie jednoczy jak praca i zabawa. Powoli jednak nieubłagany czas mijał i trzeba było się rozstać. Kolejno absolwenci opuszczali siedzibę Zarządu, jeszcze raz na pożegnanie ściskając dłoń tym co zostają. Ich uśmiechnięte twarze były najlepszym dowodem na to, że będą pamiętać to wszystko czego byli uczestnikami w ramach swoich sekcji. My ze swojej strony życzymy im raz jeszcze sukcesów w przyszłej pracy zawodowej i w życiu osobistym.



Pierwsza z lewej, wsparta na drzewcu sztandaru KU AZS, była prezes Klubu Uczelnianego dr Ania Kwiecińska



Absolwenci oraz członkowie Zarządu KU AZS

Reaktywacja sekcji lekkiej atletyki

Po długim okresie nieobecności, do rozkładu dodatkowych zajęć sportowych powróciła sekcja lekkiej atletyki. Działalność została wznowiona w roku akademickim 2002/2003, głównie dzięki staraniom prowadzącego trenera – dr. Adama Fijewskiego.

JACEK ZIELIŃSKI
STUDENT IV ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
AM W LUBLINIE

Początki – tradycyjnie nie były łatwe, chociażby z tego powodu, że lekka atletyka nie cieszy się takim zainteresowaniem jak dyscypliny zespołowe. Ponadto, z różnych powodów, uczestnicy dość często się zmieniali, a w nieustalonym składzie trudno przeprowadzać trening mający dawać spodziewane rezultaty. Dodatkowym stresem były zbliżające się Akademickie Mistrzostwa Polski w Poznaniu, a przy jednym treningu tygodniowo, szanse na dobry występ są niewielkie; oprócz tego, kilku zawodników nie mogło uczestniczyć w MP z powodu kontuzji.

Jednak biorąc pod uwagę wspomniane sytuacje oraz małą liczbę naszych zawodników, wyniki były jak najbardziej zadowalające:

Paweł Procnal
złoty medal – skok w dal (6.75 m)
złoty medal – trójskok (14.50 m)

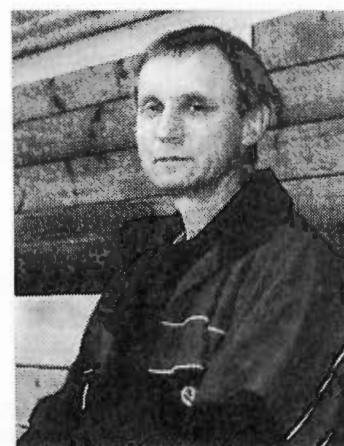
Daniel Bzowski
złoty medal – bieg na 800 m (1.56 s)
srebrny medal – bieg na 1500 m (3.58 s)

Anna Łączak
brązowy medal – bieg na 800 m (2.27 s)

Czwarte miejsca:
Anna Łączak – bieg na 400 m
Mariusz Śledź – bieg na 1500 m

Piąte miejsca:
sztafeta kobiet 4 x 100 m
sztafeta mężczyzn 4 x 100 m

Naszym celem, oprócz osiągania sukcesów na kolejnych mistrzostwach Polski (za dwa lata), jest zdobycie większego zainteresowania w środowisku naszej Uczelni; mamy nadzieję że z chęcią będzie fakt, iż nie jest to sport



Trener sekcji lekkiej atletyki dr Adam Fijewski

wymagający ciągłego zdobywania nowych umiejętności, jak choćby koszykówka, lecz przede wszystkim szlifowania cech motorycznych, którymi każdy z nas dysponuje.

Jesteśmy wdzięczni **dr. Adamowi Fijewskiemu** za zaangażowanie oraz pasję z jaką prowadził treningi, a który od tego roku będzie się zajmował sekcją piłki nożnej. Nowym trenerem sekcji lekkiej atletyki została **mgr Wiesława Lipska**.

Serdecznie zapraszamy.

Halowy turniej piłki nożnej medyków

22 listopada br. w Hali Sportowej przy ul. dr. W. Chodźki odbył się halowy turniej piłki nożnej, którego organizatorem był Klub Uczelniany AZS AM prężnie działający w naszej Uczelni.

GRZEGORZ POPCZAK
RAFAŁ WOJDACZ
STUDENCI IV ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Zainteresowanie zawodami przerosło najśmielsze oczekiwania organizatorów. Widać, zapał do sportu wśród młodych medyków nie słabnie. Na wieść o turnieju chęć rywalizacji i sprawdzenia własnych sił zadeklarowało wiele drużyn złożonych ze studentów prawie wszystkich wydziałów i roczników. Każdy z zespołów był gromko dopingowany przez tłumnie przybyłych kibiców.

W turnieju udział wzięło osiem drużyn, które podzielono na dwie grupy. Grupa I: KS Naukowcy, FC Flatus, Błaszczacze Pytonga, Armia Mahometa. Grupa II: Drink Team, FKS Kocjan, Marsjanie, FC Barcelona.

Z każdej grupy awans uzyskiwało dwie drużyny. W związku z tym walka była bardzo zacięta, a nasi dzielni sportowcy wyciskali z siebie ostatnie kro-

ple potu. Jednak prawdziwe emocje rozpoczęły się od gier półfinałowych, w których zmierzyły się drużyny: Marsjanie i Armia Mahometa oraz FC Flatus z FC Barcelona. W obydwu meczach oglądaliśmy zażartą grę i pokaz niezłych umiejętności piłkarskich. W pojedynku Marsjanie – Armia Mahometa (w regulaminowym czasie 0:0) do wyłonienia zwycięzcy potrzebne były aż rzuty karne, które wygrali Marsjanie 2:1. W drugim półfinale drużyna FC Flatus, złożona ze studentów tylko pierwszego roku pokonała zespół FC Barcelona 1:0.

Najniższe miejsce na podium zajęła drużyna Armia Mahometa pokonując w meczu o trzecie miejsce zmęczoną FC Barceloną 2:1. Wszyscy ze zniecierpliwieniem oczekiwali finału. Tutaj dominację potwierdzili Marsjanie strzelając aż trzy gole niezawodnej dotąd obronie FC Flatus i wygrywając pewnie 3:1. Należy wspomnieć, że drużyna Marsjan to zwycięzcy majowego turnieju podczas Medykaliów 2003. Tak więc energia z ko-

smosu nadal sprzyja! A oto skład trzech pierwszych zespołów:

1. MARSJANIE: **R. Podgórski, P. Daniłko, M. Maciocha, P. Rodziński, A. Woźniak, K. Zienkiewicz, W. Koch, T. Silezin.**

2. FC FLATUS: **J. Maksymiuk, M. Majcher, A. Ciszewski, J. Rosc, G. Bednarczyk, T. Przyjałkowski, P. Cholody.**

3. ARMIA MAHOMETA: **D. Ogiński, T. Michniowski, L. Puzio, P. Rudzki, P. Lech, K. Moskal.**

Pragniemy gorąco podziękować dr **Adamowi Fjjewskiemu**, za nadzór nad bezpiecznym przebiegiem całych zawodów, Klubowi AZS naszej Uczelni za zorganizowanie wspomnianego przedsięwzięcia, jak też ufundowanie nagród dla zwyciężskich drużyn oraz zawodników. Korzystając z okazji mamy nadzieję, że turniej ten wejdzie na stałe do kalendarza imprez sportowych lubelskiej AM i jednocześnie stanowić będzie impuls dla organizacji kolejnych podobnych przedsięwzięć.

Andrzejki z AZS

Tradycja andrzejkowa zakorzeniła się wyjątkowo mocno w naszej kulturze i nie traci swej aktualności w konfrontacji ze współczesnością. Wróżby i przepowiednie dotyczące przyszłości wciąż budzą emocje wśród uczestników andrzejkowych wieczorów.

MAŁGORZATA PLEBAN

STUDENTKA IV ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

My, członkowie AZS, postanowiliśmy również zorganizować taki wieczór, a przy okazji zintegrować się z bratnią organizacją działającą w naszej Uczelni, a mianowicie z IFMSA. Spotkanie to po raz pierwszy w takim gronie dało nam możliwość lepszego poznania się, co zaowocuje być może w przyszłości lepszą współpracą pomiędzy naszymi organizacjami. Odbyło się ono 28 listopada 2003 r. o godzinie 18 w siedzibie naszego zarządu w budynku Hali Sportowej AM, gdzie przygotowaliśmy też skromny poczęstunek dla wszystkich zebranych.

Wróżby odbyły się w zaiste tajemniczej atmosferze, przy zapalonych świecach, z kluczem do lania wosku w dłoni. Wędrował on z rąk do rąk i każdy mógł odczytać z kształtu zastygłego w zimnej wodzie, co mu przyniesie przyszłość. Można było uruchomić fantazję i ile głów, tyle było pomysłów na interpretację każdej wo-

skowej figury. Przepowiedni andrzejkowych jest wiele, ta jednak bez wątpienia należy do najpopularniejszych i daje najwięcej zabawy, dlatego na ten wieczór wybraliśmy właśnie tę wróżbę.

Zanim jednak zaczęliśmy wróżenie, powitał zebranych prezes KU AZS AM

Jakub Florek, wyrażając nadzieję, że ta nowa tradycja na stałe wejdzie w życie uczelnianych organizacji. Wznieśliśmy toasty za obydwie organizacje i przystąpiliśmy do sedna wieczoru, czyli do wróżb. Jak już zostało wspomniane, każdy z nas z niecierpliwością czekał na swoją kolej lania wosku, a potem cienie na ścianie niektórym wróżyły podróże, niektórym samochody lub rowery (oczywiście dobrej marki), a innym rychłe zamążpójście lub ożenek. Zdecydowana więk-



Każdy z nas niecierpliwie czekał na swoją kolej lania wosku

szość z obecnych była zadowolona z przyszłego losu. Pozostali mogą spróbować w przyszłym roku. Może los okaże się łaskawszy. W tzw. międzyczasie rozmawialiśmy ze sobą na nieco swobodniejszej stopie niż na co dzień, gdy każdy jest zabiegany i nie zawsze ma czas na pogaduszki.

Wszyscy jednak wiemy, że wszystko co dobre szybko się kończy i nasza zabawa też zaczęła zbliżać się ku końcowi. Ułynęła nam ona w bardzo przyjemnej i miłej atmosferze. Wieczór andrzejkowy nie trwał zbyt długo, gdyż większość z nas miała zaplanowane jeszcze inne spotkania, tak więc powoli zaczęliśmy się rozchodzić.

Mimo wszystko, na pewno każdy będzie dążył do tego, aby w przyszłym roku też zorganizować takie spotkanie, a jest to doskonała ku temu okazja, gdyż nie jest łatwo zgromadzić wszystkich wśród rozlicznych zajęć, które mamy na Uczelni i poza nią. Życzymy każdemu, żeby dobre wróżby się sprawdziły, a te nieco gorsze niech pozostaną tylko w pamięci, jako chwila dobrej zabawy w ten andrzejkowy wieczór.



Na pewno każdy będzie dążył do tego, aby w przyszłym roku też zorganizować takie spotkanie, a jest to doskonała ku temu okazja, gdyż nie jest łatwo zgromadzić wszystkich chętnych, wśród rozlicznych zajęć, które mamy na Uczelni



Odszedł Profesor Roman Miturski



**Prof. dr hab.
Roman Miturski
1960-2003**

Prof. dr hab. Roman Miturski urodził się 23 stycznia 1960 r. w Lublinie. Po ukończeniu nauki w szkole podstawowej, kontynuował edukację w II Liceum Ogólnokształcącym im. Hetmana Jana Zamoyskiego w Lublinie, którego absolwentem został w roku 1979. W tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie. W czasie studiów pracował w Studenckim Kole Naukowym przy II Katedrze i Klinice Ginekologii. Publikacje przygotowane przez członków Koła kilkakrotnie wyróżniano na zjazdach SKN. Prof. dr hab. Roman Miturski ukończył studia w sierpniu 1985 r., uzyskując dyplom lekarza medycyny z wyróżnieniem.

Pracę lekarza rozpoczął w 1985 roku, jeszcze jako student VI roku, w II Katedrze i Klinice Ginekologii kierowanej przez prof. zw. dr hab. Jerzego Jakowickiego. Pod Jego kierunkiem w 1989 roku uzyskał specjalizację pierwszego stopnia z wyróżnieniem w zakresie położnictwa i ginekologii, a specjalizację drugiego stopnia z wyróżnieniem w roku 1992. W roku 1994 uzyskał tytuł doktora nauk medycznych na podstawie pracy „Białka niehistonowe chromatyny jądrowej w nowotworach endometrium macicy u kobiet”. Na podstawie rozprawy zatytułowanej „Gen supresorowy APC (*Adenomatous polyposis coli*), ocena mutacji, ekspresji systemu naprawczego i niestabilności sekwencji mikrosatelitarnych DNA w nowotworach endometrium u kobiet” opublikowanej w 1999 roku, decyzją Rady Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie w 2000 roku uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego. W roku 2003 otrzymał tytuł profesora.

W trakcie swojej pracy został wyróżniony m. in. indywidualną nagrodą Ministra Zdrowia, członkostwem w Society for Experimental Biology and Medicine i American Association of Immunologists. Czynn timer uczestniczył w wielu kongresach, zjazdach i sympozjach zagranicznych i krajowych, uzyskując trzykrotnie nagrody i wyróżnienia. Został wybrany Wiceprzewodniczącym Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W latach 1983-84 był Członkiem Senatu Uczelni, Kolegium Dziekańskiego, Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej i Wyborczej.

Profesor Roman Miturski jest autorem i współautorem 121 publikacji naukowych opublikowanych w polskich i zagranicznych czasopismach naukowych. Jego wkład w rozwój światowej nauki został uhonorowany powołaniem go w poczet recenzentów takich pism, jak „Oncology” oraz „Cellular and Molecular Biology Letters”. Prof. R. Miturski był promotorem trzech ukończonych przewodów doktorskich. W swojej działalności naukowej współpracował z licznymi ośrodkami naukowymi

w Polsce takimi jak Zakład Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu, oraz zagranicznymi: Centre National de la Recherche Scientifique Strasbourg, Francja, Istituto Superiore di Sanita, Rzym, Włochy, Instytut Raka Uniwersytetu w Pittsburgu, USA, Instytut IGMBC Uniwersytetu Pasteur’a, Illkirch, Francja, Uniwersytetu im. Ludwika Pasteur’a Strasbourg, Francja, Dep. Biochem. Mol. Biology University of Miami, USA a także Instytut ‘BioCity’ Uniwersytetu w Turku, Finlandia.

Był kierownikiem oraz wykonawcą licznych projektów badawczych uczelnianych i centralnych, a także międzynarodowych. Prowadził seminaria i wykłady ze studentami V, VI roku Wydziału Lekarskiego, Oddziału Stomatologicznego, Wydziału Pielęgniarskiego.

Był wspaniałym kolegą. Zawsze uśmiechnięty, był bardzo życzliwy w stosunku do kolegów i studentów.

Będzie nam Ciebie Romku brakowało.

**PROFESOR JERZY JAKOWICKI
I WSPÓŁPRACOWNICY**

Doktor Jan Maria Chodnikiewicz



Dr Jan Maria Chodnikiewicz
1928-2003

Wmnogoci spraw bieżących, w codziennym zabieganiu zatrzymuje nas niewiele rzeczy i niewiele spraw. Przekonani, że ogarniamy wszystko, stajemy w końcu wobec zdarzenia ostatecznego, bezradni i zniewoleni bólem rozstania z osobą najbliższą. Tak też stało się 2 listopada 2003 roku, gdy zmarł doktor Jan Chodnikiewicz, pierwszy kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, pionier nowej dziedziny medycyny w kraju i w regionie lubelskim, nauczyciel wielu pokoleń lekarzy.

Urodził się 6 października 1928 roku w Lublinie. Studia medyczne rozpoczął w 1947 roku, na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Dyplom lekarza medycyny uzyskał jednak już jako absolwent Akademii Medycznej, w 1952 roku. Pracę zawodową rozpoczął w II Klinice Chirurgicznej kierowanej przez prof. Feliksa Skubiszewskiego, gdzie uzyskał specjalizację pierwszego stopnia z zakresu chirurgii ogólnej. Tutaj też, tak jak wszyscy pozostali asystenci-chirurdzy, wykonywał nie tylko znieczulenia miejscowe, ale i ogólne: zarówno metodą otwartą kroplową na maskę twarzową, jak i metodą zamkniętą za pomocą posiadanych przez klinikę pierwszych aparatów do znieczulenia ogólnego. Tutaj też po raz pierwszy stosował eter, chlorek etylu i chloroform – środki podówczas nowoczesne, dzisiaj zupełnie zapomniane.

W drugiej połowie lat pięćdziesiątych zrezygnował z chirurgii i poświęcił się w całości anestezjologii. W roku odbył trzymiesięczny kurs u doc. Mieczysława Justyny w Instytucie Gruźlicy w Warszawie, po czym podjął pracę jako jedyny anestezjolog w Oddziale Neurochirurgii przy Klinice Chorób Nerwowych, kierowanym

przez doc. Halinę Kozniewską. Od tego czasu anestezjologia stała się Jego pasją, której pozostał wierny przez całe życie.

W Oddziale Neurochirurgii zatrudniony był do roku 1961, przenosząc się następnie do pracy na okres trzech lat w Szpitalu Miejskim z Żyrardowie. Przebywając w tym mieście uzyskał specjalizację pierwszego stopnia (1962 r.), a następnie drugiego stopnia (1963 r.) z zakresu anestezjologii.

Na początku lat sześćdziesiątych, dr Jan Chodnikiewicz wrócił do Lublina i jako jedyny specjalista-anestezjolog podjął trud organizowania tej nowej gałęzi medycyny w mieście i całym regionie lubelskim. Objął ordynaturę pierwszego Oddziału Anestezjologii w nowo powstałym Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 4, zaczął organizować podobne jednostki w pozostałych szpitalach akademickich. Dzięki Jego staraniom w 1971 roku powstał Zakład Anestezjologii i Reanimacji, przekształcony z czasem w Klinikę, a następnie Katedrę Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Przez kolejne dwadzieścia lat dr Jan Chodnikiewicz pełnił honorowo obowiązki kierownika tej jednostki akademickiej, pisząc pierwsze programy dydaktyczne dla studentów, inicjując badania i prace naukowe, popierając zdobywanie kolejnych stopni i tytułów zawodowych oraz naukowych przez swoich asystentów. Działania te zaowocowały po latach 17. doktoratami i dwoma rozprawami habilitacyjnymi Jego uczniów.

Sam dr Jan Chodnikiewicz poświęcał najwięcej czasu problemom organizacyjnym oraz szkoleniowym. Bez doświadczenia i bez wzorców rozpoczął w latach sześćdziesiątych pionierskie dzieło tworzenia pionów anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkich szpitalach woj. lubelskiego. Przez ponad dwadzieścia pięć lat pełnił rozmaite funkcje w nadzorze specjalistycznym, począwszy od Specjalisty Wojewódzkiego, Regionalne-

go i przykrości, które całe życie zno- sił dzielnie, również na emeryturze.

go po członka Krajowego Zespołu Specjalistycznego. Gdy obejmował te funkcje, w żadnym ze szpitali regionu nie było ani jednego lekarza anestezjologa. Po latach nie ma szpitala, w którym nie działałyby jednostki anestezjologiczne z wyszkolonymi zespołami lekarsko-pielęgniarskimi. Wykształcił ponad 300. uczniów, których spotkać można nie tylko we wszystkich szpitalach regionu, w wielu ośrodkach krajowych, ale również w Szwecji, Anglii, Finlandii, Niemczech, Szwajcarii, czy też w Stanach Zjednoczonych.

Szkolił nie tylko we własnym ośrodku, ale wysyłał też na szkolenia w kraju i za granicą. Troska o najwyższy poziom zawodowy lekarzy, którzy podjęli trud specjalizacji w anestezjologii i intensywnej terapii towarzyszyła Mu zawsze i nie przerwał tego nawet stan wojenny. Dzięki Jego staraniom w samej tylko Anglii szkolenia odbyło dziewięciu lekarzy w łącznym wymiarze niemal szesnastu lat. Ośmiu innych przebywało po wiele miesięcy we Francji, Szwecji, Finlandii i Holandii. Sam dr Jan Chodnikiewicz wielokrotnie zapraszany był do Anglii, gdzie cieszył się nie tylko uznaniem miejscowych anestezjologów ale i przyjaźnią wielu z nich. Jako jeden z nielicznych lekarzy polskich posiadał bezterminowe prawo wykonywania zawodu anestezjologa na terenie Zjednoczonego Królestwa.

Dzięki swojej pracowitości, konsekwencji w działaniu, dzięki posiadanym talentom i głębokiej mądrości był zawsze niedoścignionym wzorem dla swoich asystentów i uznanym autorytetem klinicznym. Z Jego rad korzystali zarówno lekarze, jak i kierownicy innych Klinik, dyrektorzy szpitali i władze Uczelni. Miał szczególny dar kontaktowania się z ludźmi. Był przy tym wierny wyznawanym zasadom, potrafił twardo walczyć o własne ideały i zjednywać sprzymierzeńców dla spraw, które uważał za słuszne. Nie omijały więc

Go i przykrości, które całe życie zno- sił dzielnie, również na emeryturze.

Miał dr Jan Chodnikiewicz liczne i szerokie zainteresowania, daleko odbiegające od problemów medycyny. Był ciekaw świata w każdym jego wymiarze. Szczególnie bliskie były Mu sprawy związane z historią powszechną, historią Polski, ale również z przeszłością Lublina, jego szpitali, przeszłością Uczelni i jej osobistości. Był chodzącą kopalnią wiedzy o czasach już zapomnianych, o faktach nigdzie nie zapisanych i o ludziach coraz bardziej dalekich. W Jego wspomnieniach, pełnych również anegdot, przypowieści, a nawet żartów pojawiali się jak żywi profesowie dawnych epok, wynurzał się obraz sukcesów i porażek medycznych lat pięćdziesiątych, powracał nastrój pochodów pierwszomajowych, ale też i etos pracy siostr szarytek. Były to chwile jedyne i niezapomniane.

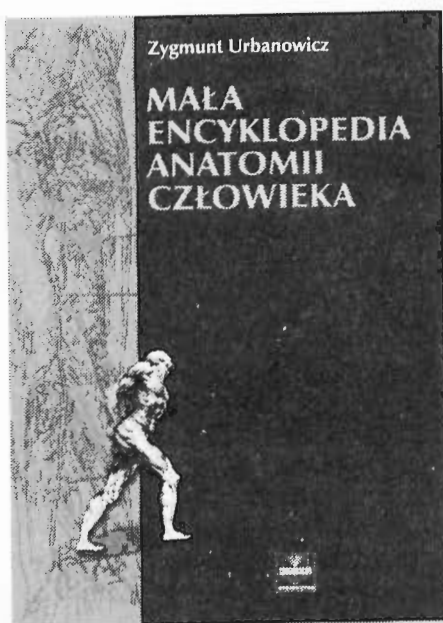
Kochał ludzi. Był wrażliwy na ich krzywdę, gotów nieść pomoc każdemu, wspierał potrzebujących nie tylko wokół siebie, ale i w mieście. Całe życie dobro chorego przedkładał nad dobro własne i tę zasadę przekazywał swoim uczniom. Przeszedł na emeryturę w 1994 roku, nie zaprzestając pracy jako lekarz anestezjolog. Każdego dnia można Go było spotkać na sali operacyjnej, przy znieczulonym chorym, aż do ostatniej chwili. W 2002 roku minęło pięćdziesiąt lat Jego pracy zawodowej. Dzieśięć lat temu Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w dowód uznania dla osiągnięć dr Jana Chodnikiewicza w zakresie budowania w kraju nowej specjalności medycznej i pionierskiej pracy w regionie lubelskim przyznało Mu członkostwo honorowe. Odszedł najbardziej honorowy z naszych bliskich. Nasz Nauczyciel. Ciągle boli.

WSPÓLPRACOWNICY

MAŁA ENCYKLOPEDIA ANATOMII CZŁOWIEKA

Zygmunt Urbanowicz

Wyd. Czelej
Lublin, 2003



Encyklopedie są znane od dawna. Dzieła te obejmują zbiór wiadomości ze wszystkich dziedzin wiedzy lub jednej z nich i przekazują je w hasłach ułożonych alfabetycznie bądź według zagadnień. Wydawane są często nawet w dużych nakładach i cieszą się uznaniem wśród odbiorców, bowiem umożliwiają w krótkim czasie poznanie pewnych zagadnień, bądź tylko przekonanie się, czy posiadane wiadomości wymagają uzupełnienia.

Przedstawiana pozycja, dotycząca anatomii człowieka, pierwsza na krajowym rynku wydawniczym, powstała w oparciu o najnowsze wydanie Terminologia Anatomica opracowane przez FCAT¹. Obejmuje ponad siedem

tysięcy terminów, czyli haseł zaopatrzonych w objaśnienia. Podstawę hasłową Encyklopedii stanowią miana występujące w Terminologia Anatomica oraz odpowiadające im miana polskie opublikowane w krajowym piśmiennictwie^{2,4}. Poza nimi umieszczono w niej pewne nazwy stosowane od dawna w pracach naukowych, a nawet w podręcznikach anatomii, które jednak nie zostały uwzględnione na oficjalnej liście mian, terminy z pogranicza anatomii i fizjologii oraz anatomii i kliniki. Wyróżniono je symbolem „*”, a gdy było to możliwe podawano ich aktualne nazwy. W Encyklopedii umieszczono także ważniejsze eponimy, szczególnie te, które jeszcze w niedawnej przeszłości były często wykorzystywane w pracach naukowych oraz w podręcznikach anatomii i w dziełach różnych specjalności klinicznych. Eponimów wprawdzie nie używa się już w anatomii, jednak mają one jeszcze dziś znaczenie nie tylko historyczne, chociaż stanowią przyczynek do poznania historii rozwoju wiedzy anatomicznej. Często ułatwiają szybkie zorientowanie się w wielu szczegółach anatomicznych. Umieszczenie wyżej wymienionych mian w Encyklopedii ułatwi korzystanie z dawnych prac anatomicznych, z podręczników i atlasów anatomicznych oraz z dzieł klinicznych, w których terminy te nawet obecnie są dość często stosowane.

W Encyklopedii miana polskie, uszeregowane w porządku alfabetycznym, występują w mianowniku liczby pojedynczej, rzadko liczby mnogiej i są wyróżnione drukiem **półgrubym**, a towarzyszące im miana międzynarodowe – *kursywą*. Uwzględniono nazwy alternatywne, które również są obowiązujące. Umieszczono je w nawiasach kwadratowych w pełnym brzmieniu,

PIŚMIENICTWO

1 Federative Committee on Anatomical Terminology. International Federation of Associations of Anatomists. Georg Thieme Verlag. Stuttgart – New York 1998.

2 Mianownictwo anatomiczne (M. Stelmasiak – redaktor wydań I-IV, R. Aleksandrowicz – redaktor wydania V). PZWL, Warszawa 1958-1989.

rzadziej w skróconej formie zawierającej tylko alternatywną część miana. Objaśnienia haseł są w większości krótkie, ale umożliwiające ich zrozumienie. Jednak niektóre z nich, dotyczące przede wszystkim narządów, nerwów i naczyń oraz dróg bywają dość obszerne, obejmujące zarówno opis, położenie, topografię, unaczynienie i unerwienie, jak też uwzględniają aspekty czynnościowe i kliniczne. Umieszczone w Encyklopedii ryciny, a szczególnie tabele przekazują dodatkowe informacje, które ułatwiają zrozumienie i zapamiętanie nie tylko opisów morfologicznych. Tabele zawierają liczne zestawienia obejmujące zarówno okolice ciała, jak też układy anatomiczne. Przedstawiają różne rodzaje połączeń kości, ruchy w stawach, mięśnie działające na stawy, mięśnie związane z trzewiami, nerwy czaszkowe i rdzeniowe z uwzględnieniem ich zakresów zaopatrzenia, jądra i drogi nerwowe, tętnice i ich rozgałęzienia, sieci tętnicze i żyłne, grupy węzłów chłonnych itd. Znajdują się w nich także informacje dotyczące miejsc badania tętna, czasu wyrzynania się zębów mlecznych i zębów stałych, narządów bądź ich części bez naczyń krwionośnych lub chłonnych, okolic skóry bez włosów, gruczołów potowych bądź łojowych, żył nie mających zastawek, enzymów powstających w układzie trawiennym, hormonów wytwarzanych w korze nadnercza, w komórkach wysp trzustki i w przysadce gruczołowej.

Mała encyklopedia anatomii człowieka jest przeznaczona zarówno studentom wydziałów lekarskich, pielęgniarstwa, biologii itp., jak też nauczycielom akademickim, autorom prac naukowych oraz książek poświęconych anatomii i innym dziedzinom medycyny, oraz wszystkim Czytelnikom interesującym się budową człowieka.

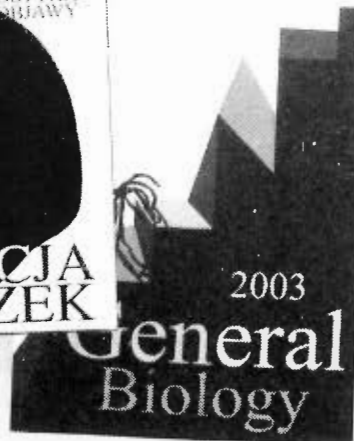
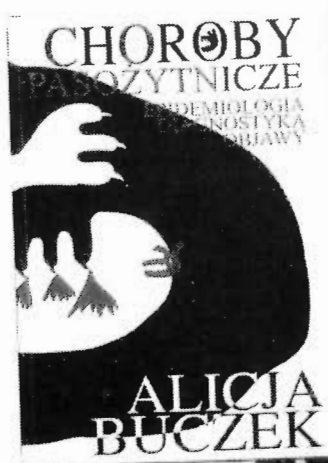
3 Słownik mian anatomicznych łacińsko-polsko-angielski. R. Aleksandrowicz, J. Gielecki, W. Gacek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.

4 Współczesne mianownictwo anatomiczne. Z. Urbanowicz. Wydawnictwo Czelej Sp. z o. o., Lublin 2002.

CHOROBY PASOŻYTNICZE EPIDEMIOLOGIA, DIAGNOSTYKA, OBJAWY

Alicja Buczek

Wyd. LIBER
Lublin, 2003



GENERAL BIOLOGY

Alicja Buczek

Wyd. LIBER
Lublin, 2003

Pozycja jest pierwszym tego typu opracowaniem w Polsce, przeznaczonym dla studentów akademii medycznych, pracowników laboratoriów i stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz lekarzy zajmujących się rozpoznawaniem i leczeniem chorób wywołanych przez pasożyty.

Poruszono w niej zagadnienia dotyczące ekologii pasożytów, wzajemnych oddziaływań w układzie pasożyt-żywcicieli i diagnostyki laboratoryjnej. Scharakteryzowane zostały gatunki pasożytów i pasożytozy o największym znaczeniu medycznym w Polsce, a także w krajach innych stref klimatycznych, z którymi możemy się spotkać w czasie wyjazdów turystycznych. Szczególną uwagę zwrócono na cechy morfologiczne pasożytów wykorzystywane w ich rozpoznawaniu, rozwój i mechanizmy szkodliwego działania pasożytów, charakterystyczne objawy kliniczne pasożytoz oraz epidemiologię, metody wykrywania i profilaktyki chorób pasożyticznych.

Książka składa się z sześciu następujących rozdziałów:

- ▶ Pasożyt i jego środowisko (rodzaje pasożytów, lokalizacja pasożytów w różnych mikro- i makrohabitatach oraz wymagania środowiskowe pasożytów, źródła zarażeń pasożytami, transmisja pasożytów i drogi ich wnikania do organizmu człowieka;

- ▶ Wzajemne oddziaływania pasożytów i żywicieli (cechy choroby pa-

sożyticznej, objawy pojawiające się w pasożytozach, szkodliwe działanie pasożytów, odpowiedź immunologiczna w inwazjach pasożytów;

- ▶ Rozprzestrzenienie i epidemiologia chorób pasożyticznych (rozprzestrzenienie chorób pasożyticznych w świecie, czynniki wpływające na rozprzestrzenienie pasożytoz;

- ▶ Ważniejsze pasożytozy u człowieka (choroby wywołane przez pierwotniaki, płazińce i obleńce dotyczące różnych układów i narządów;

- ▶ Stawonogi pasożyticzne i alergogenne (cechy morfologiczne i biologiczne pasożyticznych i alergogennych owadów i pajęczaków, znaczenie medyczne, metody zapobiegania inwazji stawonogów;

- ▶ Diagnostyka chorób pasożyticznych (metody badania kału, krwi, płynów ciała i tkanek, moczu, metody hodowlane i immunologiczne stosowane w świecie.

Książka zawiera 458 stron tekstu i zawiera 100 kolorowych zdjęć pasożytów w materiale biologicznym. Autorem pozycji jest prof. dr hab. Alicja Buczek – kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie.

Podręcznik pod red. prof. dr hab. Alicji Buczek, opracowany przez pracowników i doktorantów Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie (K. Bartosik, A. Buda, P. Kuczyński, D. Markowska-Gosik, K. Nowomiejska, K. Olszewski, T. Olszewski, M. Stepuch, T. Trzeciak, D. Widomska).

Podręcznik przeznaczony jest dla studentów anglojęzycznych. Obejmuje tematy z biologii człowieka niezbędne do zrozumienia budowy i funkcji poszczególnych układów oraz zależności między człowiekiem, a otaczającą przyrodą.

Informacje zawarte w opracowaniu dają podstawę dla innych przedmiotów realizowanych podczas studiów medycznych.

Szczególną uwagę zwrócono na budowę komórki i funkcje poszczególnych organelli komórkowych, podstawy dziedziczenia cech człowieka, układy i ich funkcje, środowiskowe uwarunkowania chorób człowieka i zależności występujące w ekosystemach oraz toksyczne działanie substancji wytwarzanych przez zwierzęta i rośliny. Omówiono także temat dotyczący bioterroryzmu i sposoby ochrony człowieka przed jego skutkami.

Książka liczy 274 strony tekstu. Obejmuje także zadania do wykonania, których celem jest zachęcenie studentów do aktywnej pracy podczas zajęć i do samokształcenia.

JAK ŚWIATA MNIEJ WIDZĘ: ZABURZENIA WIDZENIA A JAKOŚĆ ŻYCIA

Pod red. Piotra Olesia,
Stanisławy Steuden
Jerzego Toczolowskiego

Towarzystwo Naukowe KUL
Lublin, 2002

Niekiedy zdarza się brak zgodności co do oceny wyników leczenia między chorym, a lekarzem. Lekarz twierdzi, że wynik leczenia jest dobry, a pacjent nie jest zadowolony. Ale bywa również odwrotnie, lekarz uważa, że należy poprawić stan chorego, chory natomiast twierdzi, że czuje się bardzo dobrze.

Wiemy czym kieruje się lekarz w ocenie stanu pacjenta. Jest to ciśnienie w milimetrach słupa rtęci, ocena sprawności ruchowej, wyniki badań laboratoryjnych. Jeżeli brak jest zgodności między lekarzem, a pacjentem powstaje pytanie – czym kieruje się pacjent? Otóż chory w ocenie stanu swojego zdrowia kieruje się przede wszystkim poczuciem jakości życia.

Jest to pojęcie, które obejmuje odniesienie człowieka do świata, do samego siebie, oraz do innych ludzi.

Poczucie jakości życia jest kategorią ściśle psychologiczną. Odnosi się do przeżyć, ocen, ustosunkowań. Nie wprowadza się tu wskaźników pomiarowych nie spełniających tych kryteriów. Ze względu na subiektywny charakter autorami oceny są sami pacjenci. Nic dziwnego, że niekiedy, oczywiście nie zawsze, brak jest zgodności między liczbą na ogół oceną lekarza, a subiektywnym odczuciem chorego.

Tymi właśnie zagadnieniami zajmuje się przedstawiona publikacja. Badania dotyczące jakości życia w poszczególnych chorobach ocznych mogą mieć istotne znaczenia dla planowania, ustalania sposobów i dla wyników leczenia. Ostatnio obserwuje się duży wzrost zainteresowania tą problematyką, a publikacje na ten temat powstają w lawinowym tempie. Natomiast w Polsce prawie brak badań na ten temat. Zbyt duże są jednak różnice ekonomiczne, kulturowe czy socjalne, by przenieść na nasz grunt obserwacje amerykańskie lub skandynawskie, których zresztą jest również nie wiele.

Książka pt. „Jak Świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia” – jest wynikiem współpracy naukowej między Katedrą Psychologii Klinicznej i Osobowości KUL i II Kliniką Okulistyki AM w Lublinie. Książka powstała pod redakcją prof. prof. Piotra Olesia i Stanisławy Steuden z KUL i prof. Jerzego Toczolowskiego z AM w Lublinie. Obserwacje były finansowane przez grant KBN w ciągu dwu kolejnych lat. Autorem dwu rozdziałów jest także dr n. med. Paweł Klonowski z II Kliniki Okulistycznej AM w Lublinie. Obserwacje objęły badania poczucia jakości życia w trzech najczęściej spotykanych chorobach ocznych, tj. w zaćmie, jaskrze i w chorobie zezowej.

Monografia składa się z czterech części. W pierwszej jest opis omawianych chorób ocznych, a także określenie pojęcia jakości życia w zdrowiu i chorobie. W drugiej części przedstawiono założenia projektu badawcze-



go. Trzecia część przedstawia wyniki badań i obszerną ich interpretację. Część czwarta zajmuje się problemami psychologicznymi pacjentów z zaburzeniami widzenia, a także sposobami rehabilitacji i możliwościami samopomocy i społecznego wsparcia tych osób.

Każdy pacjent badany był dwukrotnie, przed i po leczeniu. Chodziło o porównanie w jakim stopniu leczenie wpływa na poczucie jakości życia u pacjentów w przebiegu choroby. Ponad to badano poziom życia w każdej grupie chorych tj u pacjentów z zaćmą, jaskrą i chorobą zezową, a także wpływ jaki na poczucie jakości życia ma sposób radzenia sobie ze stresem i zagrożeniami w czasie schorzenia.

Intuicyjne odpowiedzi na postawione pytania niejednokrotnie okazywały się nietrafne. Np. chorzy z zaćmą są to zwykle ludzie starsi, którzy w przebiegu choroby mają utrwalone pewne normy adaptacyjne. Operacja zaćmy, która poprawia ich widzenie stawia przed nimi, nowe odzyskane możliwości, do których muszą się przystosować. Chorzy nie zawsze oznaczają się w tym zakresie dostateczną plastycznością. Oczywiście, nie dotyczy to pacjentów z zaawansowaną zaćmą obustronną, u których poprawa jakości życia po operacji jest bardzo duża.

Jaskra ze względu na ukryty często rozwój choroby i ryzyko złego rokowania wywołuje u chorych zwykle poczucie zagrożenia. Poczucie jakości życia istotnie koreluje tutaj ze stylem radzenia sobie ze stresem. Negatywnie ze stylem skoncentrowanym na emocjach i na unikaniu, pozytywnie natomiast ze stylem skoncentrowanym na zadaniach. W książce przytoczone są wypowiedzi chorych, które mogą obrazować te sposoby radzenia sobie z trudnościami.

Kobieta lat 68 o chorobie mówi: „Człowiek ma strach, ma świadomość choroby. Chciałabym, jak do tej pory, a nawet rzeczy nie mogę poukladać sobie, męczę się, coś zasłania oczy. Nie mogę wykonywać żadnych czynności, które wymagają wysiłku, schylić się w ogóle nie mogę. Kontakty z innymi nie zmieniły się, ale ja sama nie daję

sobie rady w towarzystwie i nieraz chcę samotności.”

I następna wypowiedź przedstawiająca styl pozytywny – kobieta lat 79. Ma trzech synów, ale sześć lat temu zdecydowała się resztę życia spędzić w Domu Opieki Społecznej. Po roku pobytu w Domu Opieki Społecznej wyszła za mąż. Jest pogodna i zadowolona. Choć – jak ocenia – „choroba w znacznym stopniu utrudnia jej prowadzenie zwykłego życia”.

Jaskra i zaćma są to schorzenia, które obniżają poziom codziennego funkcjonowania chorego, ale nie obniżają

ciążeniu. „Zez to bardzo duży balast. Żałuję, że wcześniej nie zdecydowałam się na operację. Kontakty z innymi w znacznym stopniu się pogorszyły”. I wypowiedź po operacji: Kobieta lat 20: „Czuję się odmieniona, zmieniona. Żeby jeszcze móc zrzucić okulary i nie nosić szkieł, to jest moje marzenie”.

Nie mniejsze zmiany w samoocenie obserwowano u dzieci. Trzynastoletni chłopiec mówi: „Gdy zobaczyli, że mam zezą to już gorzej mnie traktowali – czasami dokuczali, przezywali. Zwłaszcza na początku”.

Jaskra i zaćma są schorzeniami, które obniżają poziom codziennego funkcjonowania chorego, ale nie obniżają jego samooceny. Zez natomiast, choroba zezowa, łączy się z efektem społecznym i obniża wyraźnie poziom samooceny, chociaż nie wpływa zwykle na codzienne czynności.

jego samooceny. Zez natomiast, choroba zezowa, łączy się z efektem społecznym i obniża wyraźnie poziom samooceny, chociaż nie wpływa zwykle na codzienne czynności. Nieraz ten krytycyzm chorego jest niewspółmierny do kosmetycznego defektu. W książce przytoczone są wypowiedzi chorych przed i po operacji zezą.

Kobieta lat 20. Badana dotkliwie przeżywała problem zezą i jego skutki. „Mam mało przyjaciół. Rówieśnicy w szkole mnie przezywali. To było przykre. W pierwszej klasie koledzy dokuczali mi, okropnie dokuczali. Nie mogłam tego znieść. Jestem trochę nieszczęśliwa. Próbuję zyskać przyjaciół, nie mam takich osób w otoczeniu”.

Kobieta lat 20. Badana jest studentką, a o zezie mówi jako o dużym ob-

Wypowiedz dziesięcioletniego chłopca: „Chcę być już po zabiegu, ładnie wyglądać, szybko stąd wyjść. Być normalny. Żeby mnie tak nie bili koledzy”.

Najbardziej dobitna jest jednak wypowiedź czternastoletniej dziewczyny: „Operacja jest potrzebna, bym mogła żyć lepiej”.

Książka „Jak Świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia” dotyczy pogranicza psychologii i medycyny. Może być interesująca dla lekarzy, psychologów, rehabilitantów, pracowników socjalnych, a także studentów.

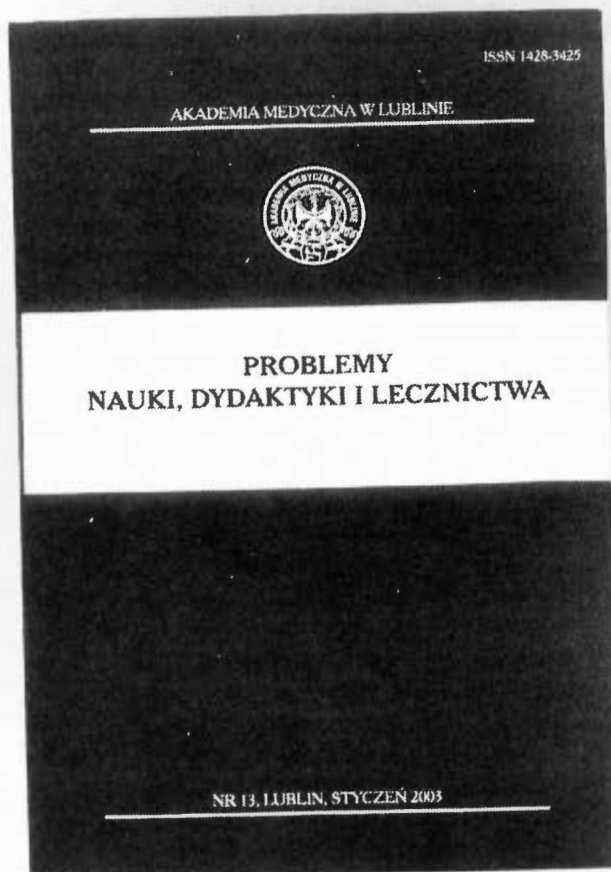
Zagadnienia jakości życia w zdrowiu i chorobie wydają się obecnie jednym z ważniejszych problemów w leczeniu i rehabilitacji.

PROBLEMY NAUKI DYDAKTYKI I LECZNICTWA

Rachela Hutner Prekursorka i organizatorka systemu doskonalenia i specjalizacji pielęgniarek

Jolanta Górajek-Jóźwik

AM w Lublinie, 2003



Kiedy narodził się pomysł wyróżnienia zaszczytnym tytułem doktora honoris causa polskiej pielęgniarki, a tym samym podniesienia rangi całego środowiska pielęgniarskiego, nikt nie miał wątpliwości, że najlepszą kandydatką będzie właśnie Pani Rachela Hutner.

Doskonale znana w całym kraju, w lubelskim środowisku zyskała szczególne uznanie i szacunek w okresie organizacji i uruchamiania pierwszej w Polsce Wydziału Pielęgniarskiego (1968-1974). Pamiętaliśmy Jej ogromne zaangażowanie, początkowo w promowanie idei uniwersyteckiego kształcenia pielęgniarek, a następnie wielki zapał i poświęcenie podczas wprowadzania tego projektu w życie. Przez siedem lat niestrudzenie dojeżdżała z Warszawy do Lublina, aby w Akademii Medycznej wykładać i prowadzić zajęcia z przedmiotu „Naukowa orga-

nizacja zarządzania” realizowanego według własnego, autorskiego programu. Dr h. c. Rachela Hutner oddziaływała na rozmówcę nie tylko przekonującą siłą słowa, czyniła to z udziałem swej bogatej osobowości. Zapamiętałem taki oto Jej wizerunek: mądre, spokojne, głęboko patrzące oczy, miły, łagodny uśmiech i przy tym wielka wyrozumiałość dla ludzi o odmiennych poglądach, a zarazem stanowczość, nieugiętość i konsekwencja w obronie spraw zasadniczych. Największą radość i satysfakcję czerpała z twórczej pracy, realizacji nowych pomysłów i projektów. Kwestie materialne nigdy nie były przedmiotem naszych rozmów. Wspominam o tym, ponieważ taka postawa nauczyciela i wychowawcy wypełniającego z pasją i oddaniem swą społeczną misję należy dziś do rzadkości.

Mnie osobiście najbardziej zainteresowały i poruszyły trzy, na tamte czasy niezwykle nowatorskie, głoszone przez Rachele Hutner idee:

- postrzeganie człowieka jako jedności bio-psycho-społecznej,
- identyfikowanie się z chorym człowiekiem, traktowanie podmiotowe pacjenta,
- postulowanie konieczności zwalczania dehumanizacji medycyny, jako następstwa rozwoju specjalizacji, technizacji, komercjalizacji oraz biotechnicznego podejścia do leczenia chorób.

(...) Z uwagą i zainteresowaniem śledziłem w jakiej mierze pielęgniarstwo będzie chciało, mogło i potrafiło wcielić w życie program wyłaniający się z głębokich przemyśleń Racheli Hutner. Aby sięgać wysoko trzeba stawiać na barkach wielkich poprzedników. Poglądy Racheli Hutner stanowią fundament, na którym kolejne pokolenia mogą opierać budowę gmachu własnego pielęgniarskiego losu i przygotowywać plany wymarzonej przyszłości.

Jestem przekonany, że nowoczesne, samodzielne pielęgniarstwo może najlepiej rozwijać się i doskonalić jedynie w ramach medycyny holistycznej.

Czym zatem jest medycyna holistyczna? Nazwa pochodzi od gr. *holos*

– co znaczy cały, a istotą tej medycyny jest traktowanie człowieka jako bytu intelektualnego, emocjonalnego, społecznego, duchowego i oczywiście fizycznego. Medycyna holistyczna korzysta ze wszystkich osiągnięć nauk przyrodniczych i technicznych, lecz w praktycznym działaniu wykracza poza rozległą współczesną wiedzę i korzysta z mądrości pokoleń starając się zgłębić również prawa rządzące światem wewnętrznym człowieka, jego świadomością, myślami, emocjami, uczuciami.

(...) Uprawianie medycyny holistycznej jest przedsięwzięciem niewątpliwie znacznie trudniejszym niż diagnozowanie i leczenie za pomocą metod medycyny biotechnicznej, wymaga bowiem posiadania, poza wiedzą ściśle naukową również wielkiej mądrości życiowej i szczególnych cech umysłu oraz charakteru. Nie sprzyjają temu czasy wolnej konkurencji, idee maksymalizacji zysku i wyłącznie naukowego myślenia, które ignorują świat wartości, przeżyć, emocji.

Holistyczny charakter pielęgniarstwa jest znakomicie widoczny w formułowanych wzorcach idealnej pielęgniarki. Obok bardzo dobrego opanowania wiedzy potrzebnej do profesjonalnego wykonywania zabiegów i czynności związanych z medycyną naprawczą zawsze podkreślane są niezbędne cechy charakteru i predyspozycje psychiczne. Wśród przymiotów wyróżniających wzorową pielęgniarkę, a stanowiących wymierną wartość zawodu, na pierwszych miejscach wymieniane bywają zwykle: współczucie niosące życzliwość, empatia, troskliwość, czułość, dobre serce, niewzruszona zdolność uczynienia wszystkiego co konieczne i możliwe, aby ulżyć choremu człowiekowi w cierpieniu. Wskazywane są także: cierpliwość, takt, dyskrecja, spolegliwość, a więc również wartości z obszaru świata wewnętrznego. Nie można ich umiejscowić, zmierzyć ani zważyć, lecz trudno zaprzeczyć, że istnieją i są jednym z głównych wyróżników pielęgniarstwa wśród zawodów medycznych.

Kiedy Pani Rachela Hutner skończyła pracę na Wydziale Pielęgniarskim,

przechodząc w 1973 r. na zasłużoną emeryturę, miała zapewne prawdziwą satysfakcję i poczucie dobrze spełnionego obowiązku, bowiem to przecież przy niezwykle znaczącym Jej udziale lubelską uczelnię opuściła pierwsza grupa polskich magistrów pielęgniarstwa.

Dla podkreślenia historycznej rangi tego wydarzenia oraz roli i znaczenia Wydziału Pielęgniarskiego Rektor AM w Lublinie powierzył mi wygłoszenie wykładu inauguracyjnego rozpoczynającego rok akademicki 1973/1974.

(...) Warto jednak przypomnieć, że w chwili organizowania w lubelskiej AM Studium Pielęgniarstwa (przemianowanego w 1972 r. na pełnoprawny wydział akademicki) aż siedemdziesiąt procent lekarzy sprzeciwiało się wprowadzaniu uniwersyteckiego kształcenia pielęgniarek.

Mińło dwadzieścia lat i znowu spotkaliśmy się w Lublinie z Panią Rachelą Hutner, tym razem podczas podniosłej uroczystości wręczenia Jej dyplomu doktora honoris causa nadanego przez Senat Akademii Medycznej.

Po zmianach ustrojowych, jakie dokonały się w Polsce, mogliśmy kształtować naszą rzeczywistość w wolnym, suwerennym, niezależnym kraju. Do wypróbowanych metod wychowawczych należy przedstawianie młodemu pokoleniu niezwykle, godnych naśladowania postaci, a do takich należała nasza nowa Doktor h. c.

Cała moja kadencja rektorska (1990-1996) przebiegała pod hasłem „Ku medycynie holistycznej”. Hasło przewodnie wzbogacone graficznie rysunkiem postaci człowieka wyłaniającego się z bujnej zieleni i sięgającego gwiazd wykonanym przez znakomitą plastyczkę mgr Zofie Szule zdobyło frontową ścianę Auditorium Maximum w Collegium Novum. Umieszczone zostało również na awersie pamiątkowego medalu wybitego z okazji pięćdziesiątej rocznicy nauczania medycyny w Lublinie. Powielono go także na medalach jubileuszowych wszystkich wydziałów uczelni.

Nasz uczelniany kwartalnik „Alma Mater” w dwu obszernych artykułach

zatytułowanych: „Między biotechnicznym a holistycznym modelem medycyny” wyjaśniał dość szczegółowo istotę problemu.

(...) O delikatności i kruchości nawet najszczytniejszych idei humanistycznych przekonałem się, kiedy po zakończeniu kadencji nowo wybranej władze, bez jakiegokolwiek, najmniejszej choćby reakcji ze strony senatu czy społeczności akademickiej, usunęły wszelkie dotychczasowe ślady reformatorskich dążeń.

Dla współistnienia ludzi o odmiennych poglądach niezbędne jest szukanie wzajemnego zrozumienia, kompromisów, niekiedy ustępstw, a tego nigdy nie lubili ani materialisci ani idealisci – natomiast z reguły zamiast dyskusji wybierali walkę na śmierć i życie zgodnie z zasadą „wszystko albo nic”. Zmieniały się władze, układy, a nawet ustrój polityczny, lecz nie zmieniło się redukcjonistyczne postrzeganie świata przez luminarzy naszej „czystej” nauki. Prawdziwa nauka zgodnie z ich kanonami – to tylko ta, która zajmuje się materialnym światem zjawisk, dających się umiejscowić, zważyć, zmierzyć, policzyć, ująć statystycznie. Wszystko inne to „nierzeczywista rzeczywistość”, traktowana z przymrużeniem oka, nie zasługująca na poważne analizy i badania. Na tym polu rozgrywa się wielki dramat współczesnej epoki i tu tkwią prawdziwe źródła wielu konfliktów życia społecznego, oraz przyczyny m. in. kompromitujących afer w służbie zdrowia.

Od osiągnięcia porozumienia między światem materii i ducha zależy być może przyszłość naszej cywilizacji, jej oblicze, a być może nawet przetrwanie.

Obok rzeczywistości materialnej, otaczającego nas zewnętrznego świata, istnieje powszechnie odczuwany i przeżywany przez każdego człowieka bogaty, niezwykle ważny i interesujący świat wewnętrzny. To świat naszych myśli, uczuć, przeżyć, wrażliwości na piękno i szpetotę, to nasze marzenia, wspomnienia, zainteresowanie przeszłością i troska o przyszłość, wreszcie to nasz system wartości. Ten obszar rzeczywistości nie daje się ba-

dać obiektywnie, ale nie łatwo jest zaprzeczyć jego istnieniu oraz wielkiemu wpływowi bogactwa lub ubóstwa życia wewnętrznego na zdrowie psychiczne i fizyczne człowieka. Świat naszych świadomych przeżyć nabiera szczególnego znaczenia w okresach choroby, załamania, nieszczęścia, kiedy potrzebujemy pomocy, zrozumienia i ciepła drugiego człowieka.

Dziś wiemy, że najgroźniejsze źródła przewlekłego stresu pochodzą z naszego wnętrza, ze świata myśli, emocji, przeżyć, nastrojów, wyobrażeń. Wszyscy znamy też z własnych doświadczeń wpływ sytuacji stresujących na zdrowie.

Prezentowane rozważania i poglądy są subiektywne, mogą więc budzić kontrowersje i sprzeciwy, wymagają uzupełnień, dalszych przemyśleń i dyskusji, jestem jednak przekonany, że wskazują właściwy kierunek poszukiwań dobrze służący sprawie zbliżenia rozumu i serca. Tymczasem trzeba pogodzić się z rzeczywistością, którą w sposób lapidarny, a zarazem smutny przedstawia Tadeusz Kotarbiński:

Instancje panowały trzy
– pięść, mózg i serce.
Serce się wycofało,
będąc w poniewierce.
Odkąd pięść z mózgiem
same pozostały w parze oto skutek:
Mózg rządzi tak jak mu pięść każe.

Wśród prastarych mądrości Dalekiego Wschodu znalazłem przypowieść o królu, który wysłał do dalekiego kraju posła z poleceniem załatwienia pewnej sprawy. Emisariusz nawiązał dyplomatyczne kontakty, nauczył się języka, zdobył sympatię władcy i całego dworu oraz załatwił mnóstwo ważnych i korzystnych dla swego kraju spraw, ale nie załatwił tej jednej jedynej, która zlecił mu król. Po zakończeniu misji i powrocie do kraju spotkał się z gniewem monarchy, który zamiast nagrody dał mu surową karę.

Jednym z głównych celów, jakie mieliśmy osiągnąć w ramach misji akademickiego szkolnictwa pielęgniarskiego była konieczność zapewnienia

pielęgniarstwu statusu naukowej dyscypliny, co stanowiłoby istotny bodziec do rozwijania humanistycznych elementów opieki zdrowotnej. Widowym znakiem miało być nadanie wydziałom uprawnień przeprowadzania przewodów doktorskich i habilitacyjnych w zakresie pielęgniarstwa, a to oznaczałoby przejęcie odpowiedzialności za ustalanie kierunków badań oraz partnerskiej współpracy medycznych zawodów. Najzdolniejsze i najbardziej dojrzałe absolwentki wydziału pielęgniarskiego, jeśli chcą poświęcić życie pracy naukowej i uzyskać w perspektywie status samodzielnego badacza zmuszone są dziś poszukiwać tematów rozpraw w pokrewnych, niekiedy w odległych dyscyplinach, dryfując często w przypadkowych kierunkach wyznaczanych przez naprawczą medycynę.

Podobnie jak poseł z przytoczonej przypowieści, zagubiliśmy to najważniejsze zadanie. Szczycimy się tysiącami magistrów pielęgniarstwa, rozlicznymi publikacjami, kongresami, zjazdami, konferencjami, obchodzimy uroczyste jubileusze, rozdajemy dyplomy, medale i odznaczenia, ale brak rozwiązania tej najważniejszej z ważnych sprawy spycha ciągle pielęgniarstwo na margines nauki w naszym kraju i redukcjonistyczne tory. Nie pozwala mu rozwinąć skrzydeł, żyć własnym rytmem i wprowadzać do służby zdrowia te elementy, na które tak bardzo oczekują ludzie chorzy i umierający.

Kiedy w 2000 roku zebrałem materiały do opinii pisanej na zlecenie Centralnej Komisji do spraw Tytułu i Stopni Naukowych miałem okazję poinformować członków tego zgromadzenia, że:

- w Stanach Zjednoczonych od kilkudziesięciu lat na wielu uniwersytetach możliwe jest zdobywanie stopni naukowych z zakresu pielęgniarstwa;
- w Szwecji studia doktoranckie w dziedzinie pielęgniarstwa mają przeszło dwudziestoletnią tradycję i prowadzone są w ramach uniwersyteckich wydziałów lekarskich;
- od kilku lat działa Międzynarodowa Sieć Studiów Doktoranckich w za-

kresie pielęgniarstwa, której celem jest promowanie i wspomaganie wysokiej jakości kształcenia pielęgniarek;

– sieć, którą tworzy dynamiczna grupa naukowców, posiada własną witrynę internetową, gdzie można zapoznać się z programem studiów doktoranckich, artykułami naukowymi, tematyką prowadzonych badań, itp.

Zebrania międzynarodowej sieci odbywają się co dwa lata, zwykle przed Konferencją Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. W skład dziewięcioosobowego Zarządu Sieci wchodzi również przedstawicielka Polski, prof. dr hab. Irena Wrońska, absolwentka Wydziału Pielęgniarskiego lubelskiej Akademii Medycznej, obecnie dziekan tego Wydziału.

Chociaż w Polsce powstał pierwszy w Europie akademicki Wydział Pielęgniarski, wciąż nie potrafimy wykorzystać atutu tego pierwszeństwa. Obecnie liczne kraje wyprzedzają nas w rozwoju pielęgniarstwa jako odrębnej dyscypliny naukowej. Może teraz, w przededniu wejścia do Unii Europejskiej nadchodzi stosowna pora, aby naprawić krzywdę wyrządzoną pielęgniarstwu i przywrócić mu nadane w 1986 r. uprawnienia.

Przypomnijmy, że w zarządzeniu Ministra Nauki Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 czerwca 1986 roku w wykazie dziedzin i dyscyplin naukowych, w zakresie których mogą być nadawane stopnie naukowe doktora i doktora habilitowanego wśród nauk medycznych, obok medycyny, biologii medycznej i stomatologii wymienia się na odrębnej pozycji pielęgniarstwo (Monitor Polski nr 18, strona 232 poz. 125).

W późniejszych aktach prawnych zapis ten pomijano.

Jakże inaczej potoczyłyby się losy wielu absolwentek, gdyby w okresie największej aktywności twórczej mogły poświęcić się w pełni problemom pielęgniarstwa (...).

Trwałości związków emocjonalnych Dr h. c. Racheli Hunter z lubelskim epizodem Jej życia dowodzą wciąż utrzymywane przez Nią żywe kontakty z byłymi studentkami. Dr n. med. Jolanta Górajek-Jóźwik w znakomicie

opracowanej biografii: „Rachel Hunter – prekursorka i organizatorka systemu doskonalenia i specjalizacji pielęgniarek” dostarcza nam znacznie więcej informacji niż zapowiada w tytule. Autorka jest absolwentką pierwszego, unikatowego rocznika studiów pielęgniarstwa w Polsce. Zna doskonale bohaterkę wspomnianej książki ponieważ należała do grona najaktywniejszych studentek tego pionierskiego, niezapomnianego rocznika. W tym zespole, wzorem obyczajów panujących na dawnych uniwersytetach, panowała wspólnota nauczających i nauczanych oraz wzajemne zaufanie, sympatia i zrozumienie. Siły mierzone na zamiary, a studia wspierano nie tylko umysłem lecz także sercem. Niemal wszystkie studentki nauczane, inspirowane, kształtowane i natchnione przez Rachelę Hutner i inne wspaniałe pielęgniarki akademickiego przedwojnia, które – mam nadzieję – również doczekają się biograficznych opracowań, miały poczucie misji, rozumiały historyczną odpowiedzialność za prestiż zawodu i jego pozycję w społeczeństwie. Jak to zwykle w życiu bywa, bohaterki rewolucji rzadko korzystają z owoców zwycięstwa. Myślę jednak, że mimo doznanych przez nie wielu zawodowych rozczarowań, nikt nie odbierze paniom pielęgniarkom bezcennych i pięknych wspomnień, nie pozbawi satysfakcji płynącej z odniesionych zwycięstw w niepowtarzalnej atmosferze tamtych lat, kiedy nie wystawiano jeszcze na sprzedaż wartości, bez których nauka staje się bezrozumnym tworem pelżającym po świecie zmaterializowanych iluzji.

Fragmety posłowania

PROF. DR HAB. MARIAN KLAMUT

DZIEKAN WYDZIAŁU PIELĘGNIARSKIEGO
(1969-1975)

REKTOR AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE
(1990-1996)

Bekkestna (Norwegia), 7 września 2003 r.

List otwarty do Redakcji
Kwartalnika Alma Mater Akademii Medycznej
im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego
w Lublinie

Szanowni Wykładowcy,
Drogie Koleżanki,

Przesyłam serdeczne pozdrowienia z Norwegii, gdzie aktualnie pracuję. Moja ciekawość świata i służby zdrowia spowodowała, że dwa lata temu zostałam zakwalifikowana przez Norwegów do pracy tutaj, razem z 32 osobami z Polski. Po intensywnym, trzymiesięcznym kursie języka norweskiego i zdaniu egzaminu, 3 grudnia 2001 r. już pracowałam w Norwegii.

Od pierwszego miesiąca pracy wykonywałam obowiązki pielęgniarki, równocześnie uczęszczając na kursy: medycyny i języka norweskiego. Dyplom nostryfikowałam po sześciu miesiącach (egzamin) i wówczas powierzono mi oficjalnie odpowiedzialność za podawanie leków, wykonywanie badań laboratoryjnych i cały 30-osobowy oddział. Pracuję w domu opieki dla ludzi starych, gdzie średnia wieku to 85 lat. Praca nie jest lekka, a odpowiedzialność pielęgniarki o wiele większa niż u nas w Polsce.

Chcę się podzielić własnymi spostrzeżeniami co do zawodu pielęgniarki: polskie pielęgniarki są bardzo dobre w pracy. I tu składam ukłon w kierunku naszych Szanownych Wykładowców. Jesteśmy o wiele lepiej przygotowane pod względem teoretycznym i praktycznym. Ponadto jesteśmy bystre w pracy, szybciej wyciągamy wnioski i podejmujemy właściwe decyzje.

Norwescy przedstawiciele służby zdrowia umieścili w tekście licencji wstępnej, jaką każda z nas otrzymała, następujące zdanie: „Magisterskie wykształcenie (Polaków) ma wiele podobieństw z norweskim i bierze się pod uwagę jako równe z norweskim wykształceniem”.

Po czterech miesiącach obserwacji naszej pracy, Norweżka, jedna z grupy zatrudniających nas, mówiła do mnie (jestem tu najstarsza – 55 lat): „Wy jesteście lepiej przygotowane niż nasze pielęgniarki; teraz my to widzimy”. Myślę, że jest to istotna wiadomość dla nas, polskich pielęgniarek.

Zamierzam zatrzymać się tu dłużej. Norwegia to piękny kraj, spokojny i bardzo czysty. A zawód pielęgniarki jest ceniony przez lekarzy i społeczeństwo.

W nawiązaniu do okresu moich studiów, pragnę podziękować Wszystkim Wykładowcom za wiedzę, którą mi przekazali, za rady i troskę, a moim Koleżankom z rocznika 1969-1973 za wspaniałą atmosferę jaką wytworzyły w czasie czterech lat nauki w Lublinie. To była atmosfera dążenia do wiedzy, która trwa do dzisiaj.

Życzę wszystkim dobrego zdrowia, sukcesów naukowych i zawodowych oraz szczęścia w życiu osobistym.

Serdecznie pozdrawiam,
Maria Jesiołowska

Mgr Maria Jesiołowska (z d. Kwiatkowska)
Absolwentka rocznika (1969-1973) Wydziału Pielęgniarskiego AM w Lublinie

Lublin, 15 grudnia 2003 r.

Szanowny Panie Redaktorze,

W nawiązaniu do rankingu za 2002 rok, opublikowanego w ostatnim wydaniu Alma Mater, uprzejmie informuję, że zostały błędnie naliczone punkty jakie nasza Klinika uzyskała.

Na podstawie samych publikacji Kliniki suma punktów powinna wynosić 211. Biorąc pod uwagę habilitacje oraz doktoraty 18 + 12 = 30 pkt, tak więc całkowita liczba punktów powinna wynosić 241, a nie jak zostało ujęte w rankingu 146.

Łączę wyrazy szacunku
Prof. dr hab. Jerzy Jakowicki
II Katedra i Klinika Ginekologii AM
im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie

Uśmiech esKulApa

- I nie może pan jeść smażonego, tłuszczu, żółtego sera... – wylicza gastrolog.
- A co z alkoholem – pyta pacjent już przy drzwiach.
- Może pan przynieść – odpowiada lekarz.

W jednym z małych szpitali na oddziale położniczym odbywa staż młody lekarz z Afryki, który właśnie ukończył studia w Polsce.

- „Bóli byli?” – pyta przywiezioną właśnie do odbycia porodu kobietę.

Ta myśląc, że młody Afrykanin się przedstawia – odpowiada mimo bólu:

- Kasprzyk... Dorota... Bardzo mi miło...

- Pogotowie?
- Nie, sklep obuwniczy.
- O, przepraszam, pomyliłem numer.
- Niech pan wpadnie, to wymienimy.

Salowa do salowej:

- Ten z siódemki to „szczęśliwy”...
- Co? Siusia śliwkami?...

- Panie doktorze. Jestem bezpłodny.
W mojej rodzinie to dziedziczne. Ojciec był bezpłodny, dziadek również...

- A pan skąd?
- Ja? Z Radomia.

- Wie pani, mój mąż jest tak chory, że muszę czuwać nad nim dniem i nocą.

- To niech pani weźmie pielęgniarkę.
- Właśnie wzięłam i dlatego muszę...

- Co pani dokucza?
- Mój mąż, ale przyszedł do pana doktora z powodu wątroby.

Rozmowa w dyżurce lekarskiej:

- Wiesz, ten doktor Podgryzek to zawołany wędkarz!
- Tak, wiem... Ale on najbardziej lubi duże sumy.

- Co jesteś taki zmaltretowany?
- Przez godzinę byłem męczony na fotelu u dentysty, a kiedy poprosiłem o przerwę na papierosa, ten wyrwał mi dwie jedynki...

Rozmowa w gabinecie asystentów:

- Czy wiecie, jakie są podobieństwa i różnice między profesorem i kielbasą?
- I profesor i kielbasa mogą być zwyczajne?
- A różnice?
- Kielbasa nigdy nie bywa nadzwyczajna.



Powiedzieli o lekarzach

Być lekarzem – to znaczy być odpowiedzialnym do kwadratu.

STEFAN SCHWARZ

Aby być dobrym lekarzem, trzeba wiele z książkowej wiedzy zapamiętać.

STANISŁAW BREYER

Jestem, zdaje się, jedynym lekarzem w Polsce, który... nikomu nie zaszkodził.

BOLESŁAW WIENIAWA DŁUGOSZOWSKI

Żaden lekarz nie może być dobrym lekarzem, jeśli sam nie chorował.

KONFUCJUSZ

Mój asystent zna więcej metod niż ja, ale te które znam, ja sam wymyśliłem.

LUDWIK HIRSZFELD

Lekarza może skontrolować tylko Bóg w niebie i anatomopatolog na sekcji.

LUDWIK PASZKIEWICZ

Adwokat dręczy sakiewkę, lekarz ciało, astrolog duszę.

CYRANO DE BERGERAC

Unikaj miasta, w którym nie ma lekarza.

JULIAN ALEKSANDROWICZ

Inauguracja

roku akademickiego 2003/2004





Ilustracje fotograficzne oraz zdjęcia dokumentujące życie Uczelni wykonał Stanisław Sadowski

Stanisław Sadowski