

# Alma Mater



UNIwersytet Medyczny w Lublinie

NR 4 (97)

ROK XXV

ISSN 1230-0497

PAŹDZIERNIK-GRUDZIEŃ 2015

## Pierwszorzędna marka edukacyjna Uczelni



### Studia anglojęzyczne trwają już 20 lat



Ośrodek Medycyny Doświadczalnej



Oddanie do użytku ultranowoczesnej bazy aparaturowej zapewni naszym naukowcom doskonałe warunki pracy badawczej



## PO RAZ 66



## UROCZYZSTE GAUDEAMUS









Fot. Karolina Bojarczuk, Stanisław Sadowski



PAŹDZIERNIK-GRUDZIEŃ 2015

# Spis treści

**Wydarzenia** ..... 4

## Inauguracja

Inauguracja roku akademickiego  
2015/2016..... 10

## Promocje doktorskie

Promocje doktorskie 2015 ..... 24

## Dyplomatorium

Absolwenci Wydziału Farmaceutycznego  
z Oddziałem Analityki Medycznej  
z dyplomami ..... 34  
PROF. DR HAB. GRAŻYNA BIAŁA

Uroczystość wręczenia dyplomów  
absolwentom Wydziału nauk o Zdrowiu . 38  
MGR SYLWIA MAZURKIEWICZ



**Profesor Dariusz Matosiuk:**  
„Innowacyjne projektowanie  
leków, czy stać nas na polski  
oryginalny lek?” – wykład  
inauguracyjny  
str. 17



**Promocje doktorskie 2015**  
str. 24



**Dwudziesty Kongres IADMF**  
str. 46

**Międzynarodowy kongres naukowy**

Uroginekolodzy z całej Europy  
spotkali się w Warszawie. . . . . 42

PROF. DR HAB. TOMASZ REHBERGER  
DR N. MED. KATARZYNA SKORUPSKA

Dwudziesty Kongres IADMFR... . . . . 46

PROF. DR HAB. KATARZYNA INGRID-KALINOWSKA

**Międzynarodowa konferencja naukowa**

V Krajowe Spotkania Reumatologiczne . . 54

PROF. DR HAB. MARIA MAJDAN

IV International Conference „Plant  
– the source of research material” . . . . . 60

PROF. DR HAB. GRAŻYNA BIAŁA  
DR HAB. IRENEUSZ SOWA  
MGR AGNIESZKA MICHALAK

**Międzynarodowy zjazd naukowy**

Zjazd Polskiego Towarzystwa  
Neurochirurgów i Deutsche Gesellschaft  
für Neurochirurgie . . . . . 64

PROF. DR HAB. TOMASZ TROJANOWSKI  
DR HAB. RADOŚLAW ROLA

**Wyróżnienie**

Profesor Marian Czochra uhonorowany  
Medalem za Zasługi dla Polskiego  
Towarzystwa Neurochirurgów. . . . . 68

**Jubileusz 65-lecia UM**

Pamiętne lata naszych studiów (cz. II)... 72

PROF. DR HAB. JAN TADEUSZ PIETRUSKI

Historia powołania i rozwój Katedry  
Mikrobiologii Lekarskiej (cz. III). . . . . 76

PROF. DR HAB. MARIA KOZIOL-MONTEWKA

**Działalność kliniczna**

Warsztaty anatomów, chirurgów  
i onkologów . . . . . 82

LEK. MONIKA PILECKA  
LEK. MAŁGORZATA SKIERUCHA  
PROF. DR HAB. WOJCIECH POŁKOWSKI  
PROF. DR HAB. RYSZARD MACIEJEWSKI  
DR N. ROBERT SITARZ

**Neurologia**

Ketoza metaboliczna  
w leczeniu padaczki lekoopornej. . . . . 86

DR N. MED. IWONA ŻARNOWSKA

**Mikrobiologia**

Laboratorium Katedry i Zakładu  
Mikrobiologii Lekarskiej UM  
w Lublinie. . . . . 92

DR HAB. ALINA M. OLENDER

Clostridium difficile . . . . . 96

DR N. FARM MAREK JUDA

**Bioetyka**

Pomiędzy prawem a etyką . . . . . 102

DR HAB. JAKUB PAWLIKOWSKI

**Zdrowie publiczne**

Zdrowie dzieci w Europie. . . . . 106

PROF. DR HAB. TERESA B. KULIK

**Zarządzanie badaniami naukowymi**

Młodzi naukowcy z UM laureatami  
programu TransFormation.doc . . . . . 108

LEK. URSZULA SKROBAS  
DR N. MAD. JOANNA KOCOT  
LEK. LIDIA KOTUŁA  
MGR KAROL SOWIŃSKI



**IV International Conference „Plant  
– the source of research material”  
str. 60**



**Warsztaty anatomów,  
chirurgów i onkologów  
str. 82**



**Koła naukowe**

O nowotworach na Radziwiłłowskiej .. 114

IWONA KOWALCZYK  
MAGDALENA DUBELRak piersi zapisany w genach,  
czyli o mutacji RECQL  
i innych defektach genetycznych ..... 116KAMILA BĄK  
JOANNA SZYDEŁKO  
DANIEL PIĄTEK

Klotho białko przeznaczenia ..... 120

DANIEL PIĄTEK  
KAMILA BĄK  
DR N. MED. ANNA BOGUSZEWSKA-CZUBARAStosunek studentów medycyny  
do specjalizacji w dziedzinie geriatrici .. 124JUSTYNA GAŁACH  
ANGELIKA DOBROWOLSKA  
WERONIKA JEGIELŁO  
WOJCIECH BOGDAŃSKI  
KAROLINA BIELECKA-SALUKKomunikacja wyzwaniem  
współczesnej medycyny ..... 130LEK. RAFAŁ ZIEMIŃSKI  
MONIKA KOZŁOWIEC  
DR HAB. MARZENA SAMARDAKIEWICZ**Łamy studenckie**General Assembly March Meeting  
w Turcji. .... 134

MARIA GOŁĘBIEWSKA

**Pro memoria**Pożegnaliśmy Profesor  
Teresę Wawrzynowicz. .... 140

PROF. DR HAB. MONIKA WAKSMUNDZKA-HAJNOS

Odszedł Profesor Wiktor Czarnecki ... 144

**Na półkach księgarskich**

Toczeń rumieniowaty układowy ..... 146

PROF. DR HAB. MARIA MAJDAN

**Jak nas widzą, tak nas piszą**Lubelskie szpitale wśród  
czołowych w kraju. .... 148Testy leków i jedzenia w Ośrodku  
Medycyny Doświadczalnej. .... 149

Tu szukają leków ..... 150

Hala UM coraz bliżej ..... 151

Najlepiej ma się Medycyny,  
najgorzej UMCS ..... 152

Nasi lekarze pionierami ..... 153

**Co piszą inni?**„Zadaniem uniwersytetów  
nie jest działalność charytatywna,  
czyli likwidacja bezrobocia” ..... 154Ponad 160 tys. osób chce  
Uniwersytetu Medycznego  
w Bydgoszczy. .... 156Były minister zdrowia zostawił  
prezent szpitalom klinicznym  
i instytutom ..... 158Uśmiech Eskulapa,  
o zdrowiu i chorobie. .... 160

**General Assembly  
March Meeting w Turcji  
str. 134**

# JM Rektor prof. Andrzej Drop Honorowym Obywatелеm Miasta Kraśnik

**Prof. dr hab. Andrzej Drop – JM Rektor UM w Lublinie otrzymał godność Honorowego Obywatela Miasta Kraśnik. Uroczystość wręczenia aktu nadania, przyznanego przez samorząd miejski tytułu, odbyła się w dniu Narodowego Święta Niepodległości w kraśnickim Centrum Kultury i Promocji.**

Tytuł, o przyznaniu którego zdecydowała powołana przez burmistrza kapituła, jest wyrazem wysokiego uznania społeczności lokalnej dla osób szczególnie zasłużonych dla miasta.

Honorowe obywatelstwo otrzymała również pochodząca z Kraśnika siostra prof. dr hab. Zofia Zdybicka – wieloletnia wykładowczyni z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

*– Powinniśmy podkreślać, że osoby znane w świecie naukowym pochodzą*

*z Kraśnika i upowszechniać tę wiedzę także wśród mieszkańców, którzy często nie zdają sobie sprawy jak wiele wybitnych osób urodziło się w naszym mieście, ich kariera naukowa oraz osiągnięcia są wspaniałym przykładem promocji miasta – uzasadniał rekomendując obie kandydatury burmistrz Mirosław Włodarczyk.*

Tytuł „Honorowego Obywatela” został dotychczas przyznany dwukrotnie. W 1998 roku otrzymali go prezes Koła 24 Pułku Ułanów w Londynie, major Kazimierz Der-

giman-Kownacki oraz wiceprezes Koła, rotmistrz Zbigniew Rosiński.

Składamy Panu Rektorowi serdeczne gratulacje.

**WŁODZIMIERZ MATYSIAK**



## Pieczeń Szpitala św. Jana Bożego w Lublinie z czasów działalności Doktora Mieczysława Biernackiego

Szpital Ojców Bonifratrów – obecnie Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Św. Jana Bożego w Lublinie został założony w 1848 r. Jego wieloletnim dyrektorem był dr Mieczysław Biernacki (1868-1948), wybitny specjalista, wielce zasłużony dla medycyny lubelskiej.

Kilkanaście lat temu dr n. med. Mirosław Klepacki podarował mi zabytkową lubelską pieczęć szpitala św. Jana Bożego z odwróconym napisem: u góry herb Rosji, orzeł dwugłowy (13 mm) СТАРШИИ ВРАЧЪ ЛЮБ. (ЛИНСКОЙ) СВ. ЮАННА БОЛЬНИЦЫ tzn. starszy lekarz lubelskiego szpitala Św. Jana.

Pieczałka jest z mosiądzu o kształcie cylindrycznym, średnica 31 mm, wysokość 9 mm, z drewnianą rączką długości 73 mm. Orzeł i napisy są wklęsłe, odbitka w tuszu jest słabo czytelna, zapewne była raczej stosowana do pieczęci lekowych.

Jest bardzo prawdopodobne, że pieczęcią posługiwał się zasłużony dla Lublina dr Mieczysław Biernacki, może być więc uważana za pamiątkę po nim.

**PROF. DR HAB. DR H.C. EDWARD SOCZEWIŃSKI**



**Pieczeń Szpitala św. Jana Bożego w Lublinie z czasów działalności Doktora Mieczysława Biernackiego**

KOSZT 300 MLN ZŁ

# Wkrótce przebudowa i rozbudowa SPSK nr 1

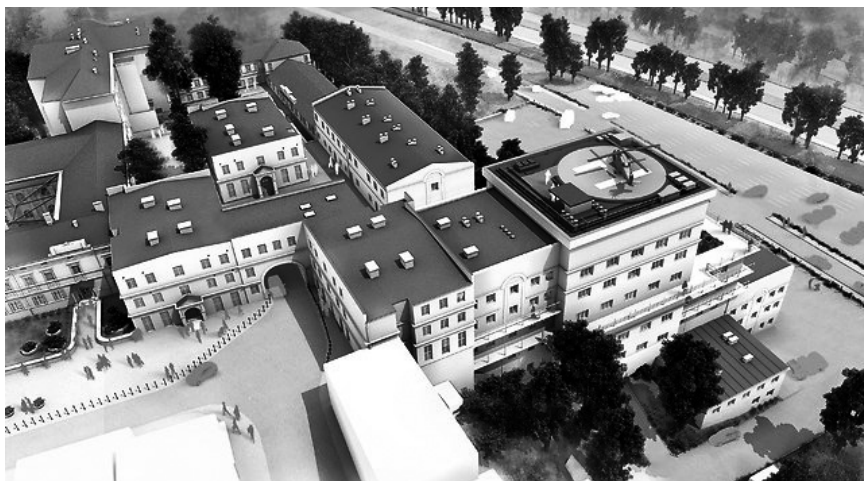
Po latach oczekiwań na fundusze inwestycyjne, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 otrzymał szansę przebudowy i rozbudowy. Zasłużona dla krajowego systemu ochrony zdrowia lecznica uniwersytecka zostanie w ciągu kilku najbliższych lat gruntownie zmodernizowana, powstaną również nowe budynki, ulegnie unowocześnieniu infrastruktura szpitala.

Uchwałą Rady Ministrów Uniwersytet Medyczny uzyskał finansowanie programu wieloletniego przebudowy i rozbudowy Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie. Przedsięwzięcie inwestycyjne o wartości 300 mln zł będzie realizowane w latach 2016-2022. Jego ukończenie wpłynie na poprawę warunków kształcenia studentów oraz przyczyni się do optymalizacji świadczeń zdrowotnych, zwiększając mieszkańcom regionu dostęp do opieki medycznej.

Efektom działań inwestycyjnych będzie m.in. utworzenie Zakładu Radioterapii, Centrum Zdrowia Psychicznego, a także nowoczesnych pracowni diagnostycznych, przeniesienie jednostek zabiegowych do nowych obiektów, zakup nowoczesnego wyposażenia do nowych siedzib klinik oraz doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny jednostek Szpitala.

To bardzo ważna, potrzebna inwestycja, walczyliśmy o nią z wielką determinacją kilkanaście lat. Infrastruktura najstarszego szpitala w Lublinie wymaga pilnych działań, które pozwolą sprostać rosnącej konkurencji na rynku usług medycznych, podnieść w naszych klinikach jakość edukacji medycznej. Przebudowa i rozbudowa SPSK nr 1, wraz z poprawą funkcjonalności Szpitala, odmieni jego oblicze – mówi prof. dr hab. Andrzej Drop.

W.M.



Wizualizacja projektu przebudowy i rozbudowy SPSK nr 1



Dr hab. Renata Chałas

## Pierwsza Polka we władzach międzynarodowej organizacji stomatologicznej

Dr hab. Renata Chałas z Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją Uniwersytetu Medycznego w Lublinie podczas walnego zebrania w Brukseli została wybrana na członkinię zarządu *European Organization for Caries Research* – międzynarodowej organizacji istniejącej od 1953 roku, skupiającej wybitnych specjalistów z całego świata, promującej zdrowie jamy ustnej poprzez badania naukowe w dziedzinie kariologii.

Serdecznie gratulujemy!

# Zaufanie i prestiż dla profesora Wojciecha Polkowskiego

**W dniach 14-16 września 2016 r. odbędzie się w Krakowie 36. Kongres ESSO, którego motto brzmi: *Optimising European Cancer Surgery*. Na szczególną uwagę zasługuje fakt partnerskiej współpracy towarzystw, polskiego PTChO i europejskiego ESSO, w organizacji i konstrukcji naukowej kongresu.**

To głównie dzięki staraniom profesora Wojciecha Polkowskiego – kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej UM w Lublinie dojdzie po raz pierwszy w Polsce do wspólnego spotkania chirurgów onkologicznych zrzeszonych w obu towarzystwach. Profesor Wojciech Polkowski jest od 2012 r. członkiem Zarządu (*Board*) Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (*European Society of Surgical Oncology*; ESSO) z siedzibą w Brukseli.

Profesor Wojciech Polkowski w ostatnich trzech latach jest przewodniczącym ESSO *Web and Editorial Committee* i w tym charakterze bierze udział w ocenie wydarzeń naukowych wnioskujących o patronat ESSO. Jego doświadczenie w tej dziedzinie stało się kluczowym argumentem do objęcia nowego stanowiska. Z rekomendacji

ESSO kierownik lubelskiej Kliniki Chirurgii Onkologicznej został nominowany do Rady Akredytacyjnej Onkologii w Europie (*Accreditation Council of Oncology in Europe*; ACOE), organizacji zawodowej uznanej przez UEMS, w której jest odpowiedzialny za akredytację onkologicznych wydarzeń CME. Mandat prof. Polkowskiego trwał będzie w latach 2016-2017. Warto dodać, że profesor jako ekspert *Union for International Cancer Control* (UICC) recenzuje stypendia programu *International Cancer Technology Transfer Fellowships* (ICRETT).

Decyzją JM Rektora, prof. Wojciech Polkowski objął ostatnio obowiązki kierownika Katedry Onkologii UM w Lublinie, przewodniczy również Radzie Klinicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1. **Red.**



**Profesor Wojciech Polkowski – kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej Katedry Onkologii UM w Lublinie**

## Z żałobnej karty

W ostatnim czasie odeszli od nas do wieczności: mgr Grażyna Grzegorzczak – emerytowany kierownik Dziekanatu Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej oraz prof. dr hab. Grażyna Rzeszowska-Tokarska – em. kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych AM w Lublinie. Pokój Ich Duszom! Cześć Ich Pamięci!



# Kryształowa Cegła dla Ośrodka Medycyny Doświadczalnej

Z niemałą satysfakcją informujemy, że konkursie w organizowanym od 15 lat przez Polskie Towarzystwo Mieszkaniowe Lublin, będącym – jak podkreślają organizatorzy – przeglądem inwestycji budowlanych we wschodniej części kraju, zarówno nowych jak i modernizowanych lub rewitalizowanych, w kategorii obiektów naukowo-badawczych pierwsze miejsce otrzymał oddany do użytku w październiku Ośrodek Medycyny Doświadczalnej i został wyróżniony „Kryształową Cegłą 2015”.

W tegorocznym edycji konkursu „DOM – 2015” o „Kryształową Cegłę” wystartowało 51 obiektów w 11 kategoriach, w tym 30 obiektów z Polski (z województw: lubelskiego, podlaskiego, podkarpackiego i warmińsko-mazurskiego), 9 obiektów z Białorusi (obwód brzeski, miński), z Ukrainy (obwód lwowski i wołyński). Wręczenie prestiżowych nagród i wyróżnień XV jubileuszowej edycji konkursu „O Kryształową Cegłę” nastąpiło 11 grudnia 2015 r. podczas uroczystej gali w Centrum Kongresowym Uniwersytetu Przyrodniczego. W imieniu JM Rektora prof. dr hab. Andrzeja Dropa statuetkę odebrała Kanclerz Uczelni mgr Ewa Abramek.



Kanclerz mgr Ewa Abramek (w środku) ze statuetką „Kryształowej Cegły”

# W Lublinie debata studentów analityki medycznej

W dniach 21-22 listopada 2015 r. do Lublina zawitali przedstawiciele studentów analityki medycznej z całej Polski, by wziąć udział w VII Ogólnopolskiej Debacie Studentów Analityki Medycznej zorganizowanej przez Lubelskie Towarzystwo Studentów Analityki Medycznej.

Podczas debaty, którą poprowadziła Prezes LTSAM Anna Makuch, poruszono aktualne problemy nurtujące przyszłych diagnostów oraz propozycje ich rozwiązania. Dyskusji została poddana również potrzeba wspólnego działania wszystkich studentów, rozmowy nakreśliły także kierunek współpracy ogólnopolskiej. Ponadto wszyscy uczestnicy mieli okazję wysłuchać wykładu prof. Jarosława Dudki oraz wziąć udział w szkoleniu na temat rozwoju osobistego. W debacie wzięli udział przedstawiciele studentów analityki medycznej z Lublina, Sosnowca, Białegostoku, Warszawy, Wrocławia, Bydgoszczy, Krakowa, Szczecina, Łodzi oraz Poznania. Spotkanie w Lublinie okazało się również doskonałą okazją do nawiązania znajomości i integracji studentów z całej Polski.

**ANNA MAKUCH**



Uczestnicy lubelskiego spotkania studentów analityki medycznej

# Wiedza na miarę XXI wieku!

Wśród autorów najnowszej publikacji, która ukazała się na medycznym rynku wydawniczym pt. „Lasery w stomatologii” znalazła się **dr hab. Renata Chałas** z Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją UM w Lublinie.

Książka ta to nowoczesny przewodnik z zakresu zastosowania laserów we wszystkich dziedzinach stomatologii. Pani Docent jest autorem rozdziału: „Laser jako narzędzie diagnostyczne w wykrywaniu próchnicy”.

Red.

## LASERY w stomatologii

RENATA CHAŁAS

4

LASER JAKO NARZĘDZIE  
DIAGNOSTYCZNE  
W WYKRYWANIU PRÓCHNICY

## Konkurs architektoniczny na projekt koncepcyjny hali sportowo-widowiskowej rozstrzygnięty

Rozstrzygnięty został konkurs na wstępny projekt architektoniczny hali sportowej, która w przyszłości powstanie na miejscu dotychczasowej – po jej wyburzeniu, przy ul. Chodźki.

W rywalizacji uczestniczyło 12 zespołów, które zdecydowały się podjąć wyzwanie polegające na uwzględnieniu w projekcie m.in. boiska do piłki siatkowej, ścianki wspinaczkowej, sal sportów walki, tenisa stołowego, siłowni, sal do ćwiczeń oraz gabinetów odnowy biologicznej, a także kompleksu boisk i kortów tenisowych w otaczającej przyszłą halę przestrzeni. Hala będzie spełniać funkcję sportową, edukacyjną i rekreacyjną. Nowa budowla ma mieć 7,8 tys. metrów kwadratowych powierzchni. Koszt budowy hali pochłonie około

25 mln zł. Uczelnia podejmie starania o wsparcie finansowe m.in. z ministerstw sportu, edukacji i zdrowia.

Nagrodzony, zwycięski projekt pochodzi z pracowni „Buszkiewicz Architekci” w Poznaniu. Przyznano dodatkowo dwie nagrody i wyróżnienie. Wszystkie prace były eksponowane w Collegium Novum podczas wystawy okolicznościowej.

Władze Uczelni podpisały umowę na wykonanie projektu budowlanego ze zwycięzcą konkursu architektonicznego.

(wm)



2 grudnia 2015 r. została podpisana umowa na wykonanie projektu budowlanego hali



Pierwsza nagroda – pracownia projektowa „Buszkiewicz Architekci” z Poznania

---

# Program TransFormation.doc

**W dniach 16-17 grudnia 2015 r. w Hotelu Novotel w Warszawie odbyło się spotkanie podsumowujące program Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego pn. „TransFormation.doc”, projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego „Wsparcie systemu zarządzania badaniami naukowymi oraz ich wynikami”.**

**N**a spotkanie przybyło 480 doktorantów i młodych naukowców z całej Polski. Uniwersytet Medyczny w Lublinie reprezentowali przez laureaci programu: dr Joanna Kocot, dr Anna Osinka, lek. stom. Magdalena Janczarek, lek. Karolina Janikowska, lek. Lidia Kotuła, lek. Urszula Skrobas oraz mgr Karol Sowiński.

Przedstawiciel kierownictwa MNiSW dr Andrzej Kurkiewicz zaprezentował rezultaty programu realizowanego w przodujących ośrodkach naukowych Kanady, Szwecji i Holandii. Laureaci mieli okazję do wymiany poglądów podczas „burzy mózgów”. Networking pomiędzy uczestnikami zainicjował dyskusję na temat problemów młodych naukowców oraz proponowanych rozwiązań. Rozmawiano o nauczaniu umiejętności tzw. miękkich, współpracy nauki z biznesem, grupach interdyscyplinarnych oraz międzyuczelnianej wymianie dobrych praktyk.

Reprezentanci poszczególnych ośrodków przedstawili prezentacje na temat programu realizowanego na kursach oraz plan wdrażania zdobytych umiejętności. Pierwszego dnia obrad zaprezentował się ośrodek z Ivey Business School, Western University, London w Kanadzie oraz Uniwersytetu w Lund w Szwecji. Drugiego dnia swoimi wrażeniami podzielili się przedstawiciele z Uniwersytetu Alberta w Edmonton w Kanadzie oraz Uniwersytetu w Wageningen w Holandii.

Spotkanie było dla uczestników wartościowym i inspirującym wydarzeniem. W planach jest powołanie stowarzyszenia TransFormation.doc oraz nawiązanie współpracy z absolwentami programu Top 500 Innovators.

**LEK. URSZULA SKROBAS**



**Lubelscy uczestnicy spotkania podsumowującego program „TransFormation.doc”**

# Inauguracja roku akademickiego 2015/2016

Słowo powitalne JM Rektora prof. dr hab. Andrzeja Dropa

*Wasze Ekscelencje,  
Pani Minister,  
Panie Marszałku,  
Panie Prezydencie,  
Wasze Magnificencje,  
Szanowni Państwo,*

**Dzień Inauguracji nowego roku akademickiego to największe święto dla uczelni wyższych. Dziś inaugurujemy rok akademicki 2015/2016.**

Na naszą uroczystość przybyło wiele osobistości, które mam zaszczyt powitać.

Witam gorąco Jego Ekscelencję Księdza Arcybiskupa profesora doktora habilitowanego Stanisława Budzika – Metropolity Lubelskiego, Wielkiego Kanclerza Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, Jego Ekscelencję Abła – Prawosławnego Arcybiskupa Diecezji Lubelskiej i Chełmskiej.

Witam serdecznie posłów na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej: Panią Magdalenę Gąsior-Marek, Panią Genowefę Tokarską oraz Pana posła Jana Łopatę.

Mam zaszczyt gorąco powitać Panią Minister Annę Łukasik Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Witam Pana Sławomira Sosnowskiego Marszałka Województwa Lubelskiego, Pana Krzysztofa Żuka Prezydenta Miasta Lublin.

Serdecznie witam Członka Zarządu naszego Województwa: Pana Arkadiusza Bratkowskiego oraz Panią Martę Wcisło Wiceprzewodniczącą Rady Miasta Lublin.

Witam gorąco Rektorów Akademickich Uczelni Lublina: profesora doktora habilitowanego Stanisława Michałowskiego – JM Rektora Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, profesora doktora habilitowanego Mariana Wesołowskiego – JM Rektora Uniwersytetu Przyrodniczego, generała brygady pilota doktora



habilitowanego Jana Rajchela – JM Rektora-Komendanta Wyższej Szkoły Oficerskiej Sił Powietrznych w Dęblinie, doktora habilitowanego Krzysztofa Nareckiego, profesora nadzwyczajnego – Prorektora ds. Studenckich Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, profesora doktora habilitowanego inżyniera Andrzeja Wac-Włodarczyka – Prorektora ds. Studenckich Politechniki Lubelskiej, księdza doktora habilitowanego Jarosława Marczewskiego – JM Rektora Metropolitalnego Seminarium Duchownego w Lublinie, księdza prałata doktora Tadeusza Pajurka – Prezesa Zarządu Centrum Jana Pawła II.

Witam serdecznie Rektora naszej Uczelni poprzedniej kadencji profesora doktora habilitowanego, doktora multi honoris causa Andrzeja Książka.





Witam Profesora doktora habilitowanego Lucjana Pawłowskiego – Wiceprzewodniczącego Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Profesora doktora habilitowanego Tomasza Trojanowskiego – Prezesa Lubelskiego Oddziału Polskiej Akademii Nauk, Profesora doktora habilitowanego Artura Korobowicza – Prezesa Lubelskiego Towarzystwa Naukowego, doktora habilitowanego Artura Zdunka, profesora nadzwyczajnego – Zastępcę Dyrektora ds. Naukowych Instytutu Agrofizyki PAN w Lublinie.

Serdecznie witam przedstawicieli administracji rządowej i samorządowej Województwa Lubelskiego: Pana Krzysztofa Babisza – Lubelskiego Kuratora Oświaty, Pana Mirosława Starzyńskiego – Lubelskiego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Pana Tadeusza Gawdę – Dyrektora Izby Skarbowej w Lublinie, Nadinspektora Dariusza Działo – Lubelskiego Komendanta Wojewódzkiego Policji, Panią Dorotę Blechar – zastępcę Dyrektora ds. medycznych Oddziału Lubelskiego Narodowego Funduszu Zdrowia, brygadiera Zenona Pisiewicza – Naczelnika Wydziału Operacyjnego Komendy Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej, Pułkownika dyplomowanego Piotra Chudzika – Szefa Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego w Lublinie, Podinspektora Mariusza Kołtuna – Pierwszego Zastępcę Komendanta Miejskiego Policji, Panią

Agnieszkę Kowalską Głowiak – Dyrektora Wydziału Zdrowia Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego, Pana Ryszarda Staścza – Dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie.

Witam również Pana Witalija Biłego – Konsula Ukrainy w Lublinie, Pana Prof. dr hab. Andrzeja Kidybę – Konsula Honorowego Niemiec, Pana Jana Danilczuka – Konsula Honorowego Wielkiej Brytanii.

Witam przedstawicieli pozostałych Uczelni Lublina i województwa lubelskiego: doktora habilitowanego Mirosława Jarosza, profesora nadzwyczajnego – JM Rektora Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Doktor inżynier Agnieszkę Smarzewską – Prorektora ds. Studenckich Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Doktor Beatę Fałdę – Prorektora ds. Studiów i Nauczania Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Chełmie, Doktor Marlenę Matysek-Nawrocką – Dziekana Wydziału Nauk Społecznych i Nauk Medycznych Wyższej Szkoły Nauk Społecznych w Lublinie.

Witam Pana Jerzego Henniga – Dyrektora Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Witam serdecznie Przewodniczącego Zarządu Regionu Środkowowschodniego NSZZ „Solidarność” – Pana Mariana Króla.

Dyrektora Telewizji Polskiej – Spółki Akcyjnej, Oddziału w Lublinie Pana Tomasza Rakowskiego.

Prezesa Zarządu Polskiej Grupy Farmaceutycznej Cefarm Lublin Sp. z o.o. Pana Bogdana Walko.

Gorąco witam Starostę Kraśnickiego Pana Andrzeja Maja oraz Burmistrza miasta Kraśnik Pana Mirosława Włodarczyka.

Witam Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej doktora Janusza Spustka, Prezesa Okręgowej Izby Aptekarskiej magistra Tomasza Barszcza, Wiceprzewodniczącą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych magister Hannę Drozdowicz.

Witam dyrektorów naszych szpitali klinicznych: Dyrektora Szpitala Klinicznego nr 1 doktora Adama Borowicza, Dyrektora Szpitala Klinicznego nr 4 dok-





tora Mariana Przylepę, Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego doktora Jerzego Szareckiego, Dyrektora Stomatologicznego Centrum Klinicznego magistra inżyniera Ryszarda Śmiecha.

Witam dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej miasta i województwa: Komendanta Pierwszego Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką pułownika doktora Zbigniewa Kędzińskiego, Dyrektora Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Jana z Dukli Profesor doktor habilitowaną Elżbietę Starosławska, Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego magistra Gabriela Maja, Dyrektora Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego doktora Zdzisława Kuleszę, Zastępcę Dyrektora ds. medycznych Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego doktor Elżbietę Pachucką-Włas, Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego mgr Marzenę Kowalczyk, Dyrektora Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Mieczysława Kaczyńskiego magistra inżyniera Edwarda Lewczuka, Prezesa Zarządu,

Dyrektora Naczelnego Uzdrawiska Nałęczów S.A. dr Tomasza Kwiatkowskiego, Dyrektora Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Celejowie magistra inżyniera Krzysztofa Siejko.

Serdecznie witam Dyrektorów Banków współpracujących z Uczelnią. Witam Pana Profesora doktora habilitowanego Antoniego Magdonia Dyrektora Regionu, Pionu Bankowości Detalicznej Regionu Południowo-Wschodniego Banku PEKAO S.A., Pana Tomasza Bembenka Dyrektora Banku Gospodarstwa Krajowego w Lublinie, Panią Ewę Kwiek Dyrektora Regionalnego Centrum Korporacyjnego PKO BP, Pana Aleksandra Pułę Dyrektora Regionalnego Oddziału Korporacyjnego PKO BP.

Witam Dyrektora I Liceum Ogólnokształcącego Zespołu Szkół nr 1 w Kraśniku Pana mgr Piotra Miecznikowskiego, Prezesa Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego Pana Janusza Kisielewskiego.

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

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

Witam przedstawicieli mediów: prasy, radia i telewizji.

Witam wszystkich gości przybyłych na naszą uroczystość.

***Szanowni Goście,  
Wasze Ekscelencje,  
Wasze Magnificencje,  
Członkowie Wysokiego Senatu i Rad Wydziałów,  
Droga Młodzieży!***

Dzisiaj, w dniu uroczystego rozpoczęcia roku akademickiego, z nowymi nadziejami wkraczamy w przyszłość dając upust marzeniom, snujemy plany, kreślimy projekty prac naukowo-badawczych, pragniemy postępu i rozwoju, myślimy o awansach i o lepszej jakości kształcenia.

W tym miejscu nie możemy również zapomnieć o naszych nauczycielach, współpracownikach i kolegach, którzy odeszli od nas w poprzednim roku akademickim. Są to Świętej Pamięci: Anna Biedulska, Kazimiera Borowska, dr hab. Wiktor Czarnecki, profesor

nadzwyczajny UM, Robert Figiel, Helena Kowalik, Aniela Kucyk, dr n. chem. Jerzy Kuczyński, mgr Marek Kwietniewski, mgr Mariusz Maciejewski, Antonina Majsterek, dr n. chem. Wojciech Markowski, prof. dr hab. Andrzej Niechaj, prof. dr hab. Jerzy Osemlak, Henryk Pietrzak, Józef Poźniak, prof. dr hab. Teresa Wawrzynowicz, dr Maria Wołyńska, prof. dr hab. Stanisław Zaręba, dr n. med. Barbara Żmurowska.

Uczcijmy zatem chwilą ciszy Ich pamięć. Bardzo proszę Państwa o powstanie.

Dziękuję i proszę o zajęcie miejsc.

---

## Wystąpienie inauguracyjne JM Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr hab. Andrzeja Dropa

*Wasze Ekszelencje,  
Szanowni Parlamentarzyści,  
Szanowna Pani Minister,  
Panie Marszałku,  
Panie Prezydencie  
Wasze Magnificencje,  
Szanowni Państwo,  
Drodzy Goście,*



Dobiegł końca trzeci, przedostatni, rok akademicki obecnej kadencji władz Uniwersytetu Medycznego. Był to rok jubileuszowy.

Obchodzony niedawno Jubileusz 65-lecia Uczelni stworzył kapitalną okazję do retrospekcji, przypomnienia prześwietnych naszych poprzedników, a także sukcesorów słynnych lubelskich medycznych szkół naukowych. Przyczynił się również do zaprezentowania ludzi, którzy tworzą współczesną markę uniwersytetu. Wartości tamtych lat, pieczołowicie wpajane przez pokolenia naszych poprzedników, ukształtowały mocne fundamenty, na których dziś opieramy uniwersytecką rzeczywistość. Jesteśmy Uczelnią zasad, w której system reguł wytycza drogę wszelkim posunięciom.

W opinii wielu uczestników uroczystości jubileuszowych obchodów urodzinowym towarzyszyła doskonała, serdeczna atmosfera wzmacniająca więzi międzypokoleniowe, co wymownie ukazał Zjazd Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół Uniwersytetu.

Jesteśmy wdzięczni za historię, z której wyrosliśmy i dzięki której jesteśmy mądrzejsi, bogatsi o doświadczenia i prawdy. To wartości, bez których nie dałoby się dziś kontynuować rozpoczętego dzieła, tworzenia współczesnej rzeczywistości Uniwersytetu. Bieg współczesnego świata nie pozwala się zatrzymać. Sta-

jesz – wypadasz z gry. Biegiesz – wciąż się liczysz. W takim ciągłym biegu jest i nasza Uczelnia.

Uniwersytet Medyczny jest Uczelnią pełnoprofilową, na wszystkich wydziałach zatrudnia 2121 osób, w tej liczbie jest 1241 nauczycieli akademickich. Mamy 118 profesorów tytularnych oraz 140 osób na stanowisku profesora w Uczelni.

Kształcimy dziś na czterech wydziałach i piętnastu kierunkach 6 700 studentów, 5359 na studiach stacjonarnych i 1827 osób na studiach niestacjonarnych, w tej liczbie jest 1300-osobowa grupa studentów anglojęzycznych. W strukturze Uniwersytetu istnieją 194 jednostki organizacyjne.

W ogłoszonym cztery miesiące temu dorocznym prestiżowym rankingu Fundacji Edukacyjnej PERSPEKTYWY, Uniwersytetowi Medycznemu przypadło wysokie 25 miejsce. Względem ubiegłego roku oznacza to awans o dwa miejsca wśród 87 ocenianych szkół wyższych, co czyni nas liderem środowiskowym. Pod względem umiędzynarodowienia uplasowaliśmy się na wysokim 7 miejscu w kraju. To bardzo dobra lokata, poświadczająca świetną, międzynarodową renomę na rynku edukacyjnym.

Pragnę zauważyć, że nasze medyczne i stomatologiczne studia prowadzone w języku angielskim, w ostatnich dwóch dekadach stały się znakomitą, międzynarodową marką uczelni.

Większość uczelni wyższych, w tym także Uniwersytet Medyczny, działa w coraz bardziej konkurencyjnym otoczeniu. Narasta współzawodnictwo na rynku edukacyjnym i w zakresie badań naukowych. Konkurencja przejawia się w rywalizacji o kandydatów na studia, w dążeniu do pozyskiwania środków finansowych na realizację projektów badawczych. Uczelnie walczą dziś o każdego kandydata na studia, zamykają niektóre kierunki, otwierają nowe, by przetrwać. Wobec niewystarczającej z roku na rok szcuplejszej dotacji budżetowej byt uczelni wyższych jest dziś uwarunkowany – w dużej mierze – przystosowaniem

się do nowych realiów, zaakceptowaniem dyscypliny finansowej i reform. Nie brakowało więc nam trosk i niepokojów.

Pragnę podkreślić, że potwierdzeniem dynamiki rozwoju naukowego naszych nauczycieli akademickich jest fakt uzyskania w okresie sprawozdawczym ponad stu pięćdziesięciu stopni doktora nauk medycznych, nauk farmaceutycznych i nauk o zdrowiu, a także stopni doktora habilitowanego. Przybyło nam także piętnastu profesorów tytularnych. Na szczególne uznanie zasługuje wzrost sumarycznego współczynnika wpływu *impact factor* oraz liczba publikacji zamieszczonych w prestiżowych czasopismach obecnych na tzw. Liście Filadelfijskiej. Innym dowodem świadczącym o znaczącej wartości naukowej opublikowanych prac są nagrody ministra zdrowia oraz ministra nauki i szkolnictwa wyższego.

W grupie nauczycieli akademickich samodzielnych i pomocniczych ponad 80 procent kadry lekarskiej posiada I i II stopień specjalizacji. Wielu z nich pełni ważne funkcje w międzynarodowych towarzystwach naukowych, a także funkcje konsultantów krajowych i wojewódzkich. Dwu pracowników naszej Uczelni zostało powołanych na przewodniczących Ogólnopolskich Specjalistycznych Towarzystw Naukowych. Po raz pierwszy w dziejach uczelni mamy wiceprezesa Polskiej Akademii Nauk – profesora lubelskiego Uniwersytetu Medycznego, który objął tę zaszczytną funkcję.

Ponad tysiąc samodzielnych i pomocniczych pracowników naukowych Uczelni brało czynny udział w konferencjach krajowych i zagranicznych. Podkreślenia wymaga wzrost liczby osób wyjeżdżających na staże naukowe.

Oprócz wypełniania zadań naukowo-badawczych Uniwersytet Medyczny realizuje cel podstawowy, jakim jest kształcenie studentów na naszych Wydziałach. Realizują to zarówno zakłady teoretyczne, jak i kliniki Samodzielnych Szpitali Klinicznych nr 1 i nr 4 oraz Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego, a także zakłady Stomatologicznego Centrum Klinicznego. Szpitale

te – obchodzące w tej kadencji władz 15-, 50 i 70-lecie – dysponują łącznie 1888 łózkami, na których w ubiegłym roku hospitalizowano ponad 117 tysięcy pacjentów, udzielono 359 tysięcy porad ambulatoryjnych w przyklinicznych poradniach specjalistycznych i 37 tysięcy porad stomatologicznych. W miarę postępu techniki medycznej i wprowadzania nowych metod leczniczych, w klinikach powstały nowoczesne wysoko specjalistyczne oddziały i pracownie, które poza świadczeniem na najwyższym poziomie usług leczniczych stanowią bardzo dobrą bazę dydaktyczną i szkoleniową dla studentów i lekarzy.

Uczelnia realizuje kilkadziesiąt różnorodnych projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Uniwersytet Medyczny jest także partnerem w trzech konsorcjach prowadzących międzynarodowe projekty badawcze.

Dobiegły końca dwa projekty unijne, mające ogromne znaczenie dla teraźniejszości i przyszłości Uczelni. Pierwszy z nich to Ośrodek Medycyny Doświadczalnej, który zapewni doskonałą, wszechstronnie wyposażoną bazę naukowo-badawczą. Dostępność do certyfikowanego ośrodka medycyny doświadczalnej wyposażonego w sale operacyjne dla małych i dużych zwierząt, posiadającego pomieszczenie do przeprowadzania badań MR i spełniającego wysokie normy Unii Europejskiej, jest kluczowa dla prowadzonych badań *in vivo*. Zakładam, że działalność Ośrodka przełoży się na bardziej dynamiczny rozwój nauki oraz zwiększy intensywność współpracy z ośrodkami zarówno naukowo-badawczymi, jak i produkcyjno-przemysłowymi z naszego jak też innych regionów. Otwarcie Ośrodka zaplanowaliśmy na 28 października.

Drugi projekt to rozbudowa i modernizacja Collegium Pathologicum obejmująca adaptację oraz doposażenie w sprzęt badawczy. Pozwoli to na dostosowanie do wymagań europejskich jedynej w regionie infrastruktury badawczej, niezbędnej do prowadzenia badań z zakresu patofizjologii, patomorfologii, medycyny sądowej. W ramach projektu zmodernizowano 13 laboratoriów, 55 pracowni, powstaną 4 nowe pracownie, które będą wyposażone w aparaturę do realizacji innowacyjnych badań, których wyniki mogą zostać transferowane do gospodarki. Dodatkowa kwota 9 mln złotych, otrzymana na ten cel z Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości, świadczy o dużej skuteczności uczelnianej administracji.

Po dwuletnim cyklu inwestycyjnym oddany został do użytku gmach rektoratu. Budynek wypiękniał, poprawił swą funkcjonalność i otoczenie, a tym samym stał się bardziej przyjazny studentom i pracownikom.

Pomysłem trafionym była decyzja o zakupie dwóch kondygnacji w budynku przy ul. Chodźki 19 z przeznaczeniem dla dziekanatu II Wydziału Lekarskiego i pracowni symulacji medycznej. Chwałą sobie nową





lokalizację pracownicy, interesanci, studenci, zwłaszcza anglojęzyczni obsługiwani – jak sami twierdzą – bardziej komfortowo niż dotychczas. Wybudowaliśmy też parking przy ul. Jaczewskiego dla pacjentów, studentów i pracowników Uniwersytetu Medycznego.

Nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza, której towarzyszyła dość radykalna reforma studiów medycznych, wraz z likwidacją stażu podyplomowego nałożyła na szkoły wyższe obowiązek zintensyfikowania praktycznej nauki zawodu. Pilną koniecznością stało się organizowanie w uczelniach centrów symulacji medycznej. Jak Państwo zapewne wiedzą, załączek takiego centrum już działa, pod nazwą „Pracownia Symulacji Medycznej”. W sierpniu rozpoczęliśmy budowę Zintegrowanego Centrum Symulacji Medycznej, angażując na początek własne środki inwestycyjne z nadzieją na dofinansowanie resortowe. Budowla stanie przy ul. Chodźki 2, na działce zajmowanej dotychczas przez dawną stołówkę, która uległa wyburzeniu.

Następny powód do niepokoju to fluktuacja dydaktycznej kadry uniwersyteckiej, zmiana pracodawcy

związana z ofertą zatrudnienia w nowo powstałych jednostkach dydaktycznych i kierunkach lekarskich lub podmiotach ochrony zdrowia w sąsiadujących województwach. Będziemy dążyć do unikania podwójnego zatrudnienia, aby wyeliminować konflikt interesów uczelni macierzystej i konkurencyjnej, natomiast wobec niektórych jednostek ochrony zdrowia zechcemy wprowadzić zasadę symetrii we wzajemnych relacjach, co we współpracy z lecznicami pozaklinicznymi Lublina byłoby ustaleniem precedensowym.

Dzięki usilnym naszym staraniom i przychyłności władz Samorządu województwa lubelskiego kupiliśmy w dobrej cenie budynek Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej przy ul. Lubartowskiej oraz otrzymaliśmy obiekt przy ul. Langiewicza, czyli Samodzielny Publiczny Akademicki Zespół Opieki Zdrowotnej. W pierwszym uruchomiliśmy nauczanie stomatologii zintegrowanej, w drugim zaś będziemy rozwijać podstawową opiekę zdrowotną, oczywiście w połączeniu z dydaktyką. Dzięki przychyłności Samorządu województwa lubelskiego pozyskaliśmy na własność działkę ładowiska śmigłowców sanitarnych, płacąc tylko 10 procent jej wartości.

Rozpoczęte zostały przygotowania do całkowitej odnowy bazy Stomatologicznego Centrum Klinicznego. Zwyciężyła opcja – moim zdaniem najlepsza, która zakładała zbycie budynku wraz z działką, na której posadowiony jest gmach SCK i rozpoczęcie budowy „stomatologii” w nowej lokalizacji. Uzyskawszy stosowną akceptację ministra skarbu, sprzedamy tę nieruchomość z zachowaniem przez najbliższe 3 lata prawa użytkowania, ewentualnie przez kolejne 2 lata, gdyby inwestycja się przedłużyła.

W naszych dalszych zamierzeniach jest przygotowanie planu użytkowo-funkcjonalnego nowoczesnej hali widowiskowo-sportowej przeznaczonej dla naszej uniwersyteckiej społeczności. Marzy nam się również budowa nowoczesnej biblioteki akademickiej.

Z dumą spoglądam na aktywność prospołeczną naszych studentów, którzy w czasie wolnym od zajęć obowiązkowych chętnie odnajdują się w przestrzeni pozauczelnianej realizując pożyteczne akcje adresowane do mieszkańców Lublina i Lubelszczyzny. Aktywnie uczestniczą w życiu Uczelni, zasiadają we wszystkich ciałach kolegialnych – widzimy ich często na tej Sali – angażują się w różne formy aktywności. Są członkami Samorządu Studentów, Kół Naukowych, Towarzystwa Studentów Stomatologii, Lubelskiego Towarzystwa Studentów Farmacji, Lubelskiego Towarzystwa Studentów Analizy Medycznej, Akademickiego Związku Sportowego. Pracują społecznie w stowarzyszeniach zajmujących się wymianą międzynarodową studentów m.in. IFMSA – Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny, najprężniej działającą organizacją w Uczelni. Nasi studenci byli głównymi twórcami



jubileuszowego pikniku „Szlachetne zdrowie – każdy się dowie”, zorganizowanego z myślą o mieszkańcach Lublina.

Dbamy o naszą młodzież. Odnowiliśmy wszystkie akademiki, poddaliśmy je gruntownemu remontowi

### **Szanowni Państwo,**

Przed nami wiele wyzwań na przyszłość. Jednym z nich jest wzmoczenie wysiłków w kierunku dalszego podnoszenia poziomu badań naukowych i jakości kształcenia, tak aby w przyszłości poprawić kategorię poszczególnych Wydziałów.

Mam świadomość, że uzyskanie wymienionych rezultatów jest zasługą szerokiej rzeszy członków naszej wspólnoty uniwersyteckiej skupionej we wszystkich jednostkach organizacyjnych. Składam za to serdeczne podziękowania. Kieruję je w szczególności do członków Senatu, Pań i Panów Kanclerzy, Dziekanów oraz Prodziekanów, Kanclerzy, Dyrektorów Szpitali oraz kierowników jednostek naukowych, dydaktycznych i administracyjnych, którzy na co dzień kierowali setkami małych i dużych przedsięwzięć w Uniwersytecie. Podziękować także pragnę za współdziałanie w kierowaniu Uczelnią. Zdaję sobie sprawę, że bez Państwa udziału nie byłoby ubiegłorocznych sukcesów, osiągnięć i wysokich ocen. Dziękuję za dotychczasową życzliwość i jednocześnie proszę o dalsze zrozumienie naszych decyzji i podejmowanych z wielką rozwagą postanowień w imię zapewnienia stabilnej przyszłości Uniwersytetu. Dzięki temu Uniwersytet Medyczny uzyskał tytuł „Solidny Pracodawca 2014 roku”, a zakończony nabór do żłobka „Mądry Maluch” świadczy, że jesteśmy Uczelnią przyjazną młodym, rodzicom i myślącą o swojej przyszłości i dalszym rozwoju.

Naszym największym kapitałem są ludzie: wybitni uczeni, znakomici profesorowie, młodzi ambitni pracownicy naukowcy, doktoranci, wspólnicy, zdolni stu-

dom Studenta nr 1. Wciąż modernizujemy otoczenie kampusu akademickiego. Prowadzimy też kursy doskonalące dla lepszego ugruntowania wiedzy osób zdających Lekarski i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy.

Mam wielkie uznanie dla medyków spełniających się na niwie artystycznej czy to w Zespole Pieśni i Tańca, obchodzącym niedawno swoje 35-lecie, czy też w Chórze Akademickim z 40-letnim rodowodem. Przywołam tu spektakl „Anatomia może być przyjemna – Uniwersytet Magiczny” – entuzjastycznie przyjęte przedstawienie młodych ludzi, którzy na wesoło potrafią mówić o sprawach całkiem poważnych. Ile w tym spektaklu było celnego dowcipu i wyśmienitego humoru. Taką mamy młodzież... Również w tegorocznym Lubelskim Festiwalu Nauki, dzięki największej liczbie projektów przygotowanych przez naszą kadrę i utalentowaną młodzież Uniwersytet Medyczny odniósł spektakularny sukces.

denci i prześwieceni absolwenci. Oni wszyscy stanowią najwyższą wartość uniwersytetu. Oni nas reprezentują i określają naszą pozycję w świecie nauki i szkolnictwa. Oni decydują o naszym prestiżu.

Studentom pierwszego roku życzę, abyście za kilka lat, wyszli z murów Uniwersytetu Medycznego mądrzy światli i twórczy, abyście nigdy nie rezygnowali z marzeń. Niech pobyt tutaj doskonalili Wasze charakter, niech studia rozwijają Waszą osobowość. Mam również nadzieję, że ten rozpoczynający się czas w lubelskim Uniwersytecie Medycznym będzie najpiękniejszym okresem w Waszym życiu, że uda się Wam wyrobić w sobie nawyk ustawicznego kształcenia, co jest niezbędne w zawodach, które chcecie wykonywać.

Studentom lat starszych pragnę życzyć wielu osobistych oraz naukowych sukcesów uwiecznionych celującymi dyplomami.

Kadrze naukowo-dydaktycznej, pracownikom naukowo-technicznym i administracyjnym życzę satysfakcji i zadowolenia z pracy.

Wszystkim naszym byłym pracownikom, korzystającym – po wieloletniej pracy – z zasłużonego odpoczynku, winszuję dużo zdrowia i pomyślności.

Kończąc dzisiejsze inauguracyjne wystąpienie przytoczę pamiętne słowa naszego rodaka, świętego Jana Pawła II: „wymagajmy od siebie, choćby inni od nas nie wymagali”. Niechaj to uniwersalne przesłanie będzie drogowskazem, gdyż jestem przekonany, że nasza Uczelnia zmierza w dobrym kierunku, rozwija się i unowocześnia.

**Dziękuję Państwu za uwagę.**

---

**Wykład inauguracyjny wygłoszony przez prof. dr hab. Dariusza Matosiuka – prorektora do spraw nauki, kierownika Katedry i Zakładu Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych UM w Lublinie.**

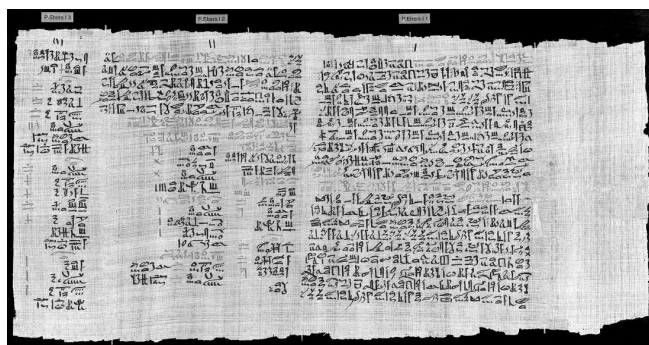


# Innowacyjne projektowanie leków, czy stać nas na polski oryginalny lek?

Od początków dziejów ludzkości cierpieliśmy z powodu ran i chorób. Ludzie obserwując naturę, a szczególnie zwierzęta zaczęli wykorzystywać zasoby przyrody – rośliny i minerały. Już pięć tysięcy lat temu w Chinach opracowano pierwszy ziółnik, w którym wzmiankowano wiele roślin leczniczych, np. żeń-szeń, konopie, imbir. Na terenie dzisiejszego Lewantu odkryto ponad 650 glinianych asyryjskich tabliczek liczących sobie cztery tysiące lat. Na tabliczkach opisano ok. 1000 roślin leczniczych, takich jak: rumianek, lulek, koper, szafran, piołun, babka. Z tego samego okresu pochodzi również papirus Ebers'a opisujący ok. 800 receptur leków na konkretne schorzenia.

W czasach antycznych Grecja, Rzym i Islam przyczyniały się do rozwoju medycyny i poszerzały wiedzę o lekach. Hippokrates z Kos (460-370 b.c., autor *Corpus Hippocrateum*), Theophrastus (370-280 b.c., autor *Historia Plantarum*), Celsus (53 b.c. – 7 a.d., autor 8 to-

mów *De Medicina*), Discurides (77. a.d., autor *De Materia Medica* opisującej ponad 600 roślin leczniczych). Od nazwiska Galena (129-199 a.d.) nawet współcześnie nazywane są formy leków. Arabii zawdzięczamy przede wszystkim Avicennę (930-1036 a.d.) autora *Kanonów Medycyny*.

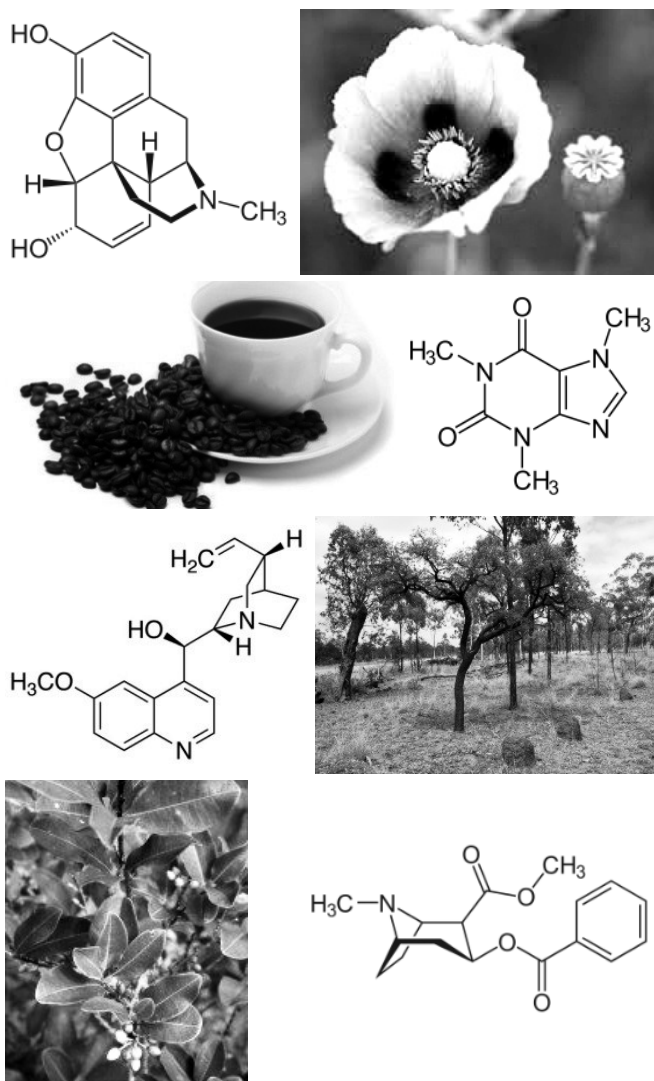


Ryc. 1. Fragment papirusu Ebers'a.



Ryc. 2. Hipokrates z Kos, Galen i Avicenna.

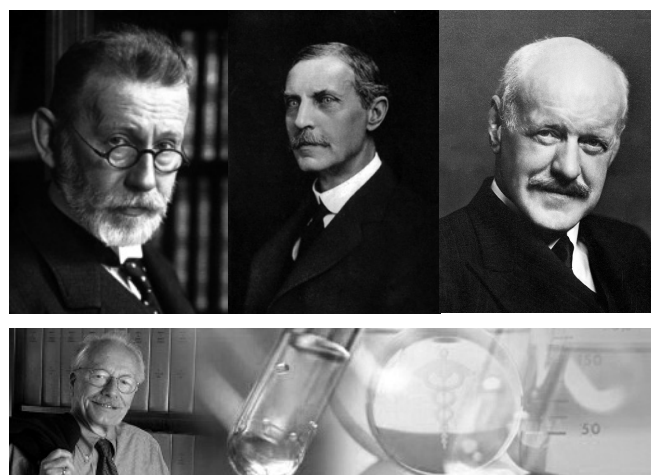
W wieku XVIII izolowano już wiele substancji aktywnych z surowców naturalnych. Poznano wtedy wiele alkaloidów – morfina, kofeina, chinina, kokaina. Ich struktura była prosta lub skomplikowana, ale nie próbowano jeszcze ich syntezy. Pierwsze leki syntetyczne wprowadzono do stosowania pod koniec XIX wieku. W roku 1856 W. Perkin otrzymał mauveinę. W 1868 zastosowano wodzian chloralu jako lek hipnotyczny, a w 1875 salicylan sodu, jako środek przeciwzapalny.



Ryc. 3. Struktury alkaloidów – morfina, kafeina, chinina i kokaina oraz ich naturalne źródła (mak, kawa, drzewo chinowe, krzew koka).

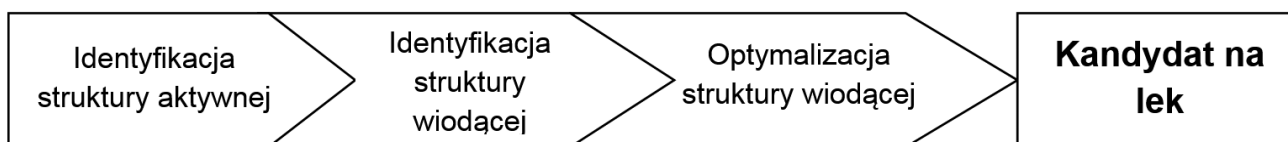
W roku 1895 firma Sandoz, nieistniejąca już szwajcarska firma farmaceutyczna stanowiąca obecnie część potentata farmaceutycznego Novartis, rozpoczęła produkcję i dystrybucję Antypiryny, pierwszego leku o w pełni racjonalnym rodowodzie.

Racjonalizacja poszukiwań nowych leków zyskała bardzo silne wsparcie ze strony farmakologów i toksykologów. Pierwszy z nich Paul Ehrlich wprowadził koncepcję farmakoforu i chemioterapii. Według Ehrlich'a farmakofor to specyficzny układ grup funkcyjnych leku (odpowiada mu również odpowiedni układ grup funkcyjnych aminokwasów w miejscu wiążącym białka) pozwalający na selektywne dopasowanie do celu molekularnego na zasadzie „klucz-zamek”. Współcześnie koncepcja Ehrlich'a została rozwinięta przez Lemonta Kier'a i jest szeroko wykorzystywana przy charakteryzowaniu zarówno miejsc wiążących białek jak i projektowaniu nowych leków. Kolejnymi byli John N. Langley oraz jego uczeń Thomas R. Elliott. Pierwszy zaproponował w roku 1905 koncepcję receptora a drugi jeszcze jako doktorant zaproponował koncepcję neuroprzebieżnika w roku 1904.

Ryc. 4. Paul Ehrlich (Ehrlich P.: *Dtsch. Chem. Ges.* 42, 17 (1909)), John N. Langley (Langley J.N.: *J. Physiol.* 33, 374 (1905)), Thomas R. Elliott (Elliott T.R.: *J. Physiol.* 31, xx (1904)) i Lemont B. Kier (Kier L.B.: *Mol. Pharmacol.* 3, 487 (1967); Kier L.B.: *MO Theory in Drug Research*. New York, Academic Press, 1971).

Koncepcje te położyły podwaliny pod współczesną **chemię medyczną**. Współcześnie proces poszukiwania nowych leków obejmuje kolejne etapy preselekcji związków o konkretnym poziomie aktywności od mikro- do nano- i piko molowych, z odpowiednim poziomem selektywności i toksyczności. W procesie tym pojawiają się koncepcje struktur aktywnych („hit compound”) i wiodących („lead compound”), których dalsza modyfikacja może pozwolić na odkrycie „kandydata na lek”.

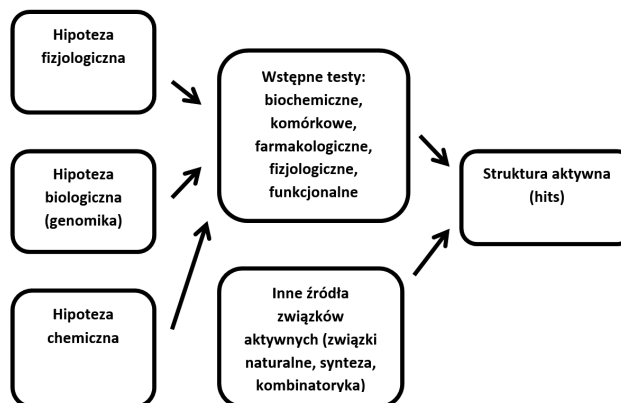




Ryc. 5. Etapy poszukiwania nowych leków.

Zwykle struktury aktywne posiadają selektywność i powinowactwo do odpowiednich celów molekularnych na poziomie 1-5 mikromoli. Podczas gdy struktury wiodące mają aktywność na poziomie nanomolowym.

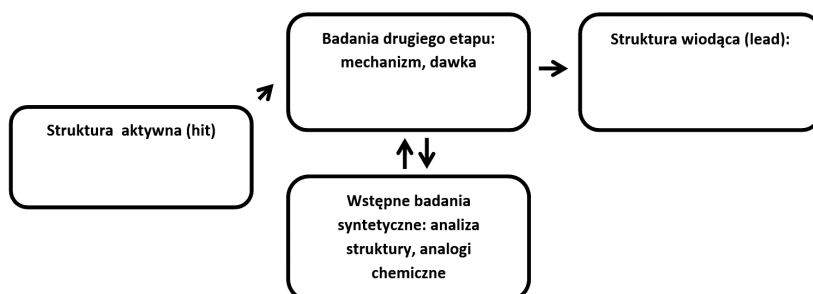
Struktury aktywne (hit) mogą pochodzić z różnych źródeł. Hipotezy fizjologiczne, biologiczne (genomika) czy chemiczne oraz biblioteki związków pochodzących ze źródeł naturalnych, kombinatoryki czy syntezy są w oparciu o specyficzne testy biochemiczne, komórkowe, farmakologiczne, fizjologiczne oraz funkcjonalne klasyfikowane a ich wynik daje związki, które mogą być dalej modyfikowane w poszukiwaniu kandydatów na leki.



Ryc. 6. Sposoby akwizycji kandydatów na struktury aktywne.

Pomiędzy etapem struktury aktywnej i struktury wiodącej mają miejsce badania pozwalające na określenie nie tylko aktywności ale także podstawowych

parametrów farmakokinetycznych (ADMET, reguła „5 Lipińskiego”), które określają biodostępność potencjalnych leków.

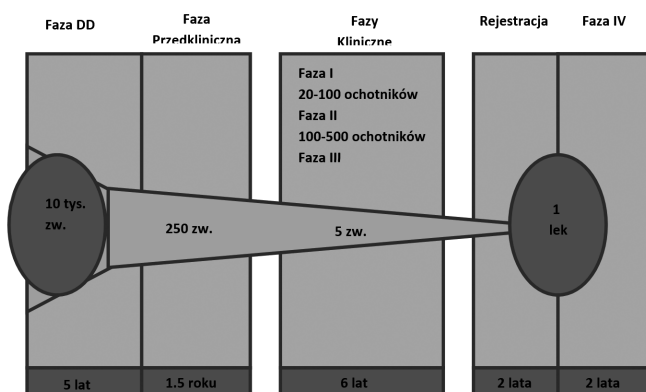


Ryc. 7. Zakres badań między etapami struktury aktywnej i struktury wiodącej.

W ostatnim etapie prowadzone są badania optymalizujące strukturę ale także parametry farmakokinetyczne i farmakodynamiczne.



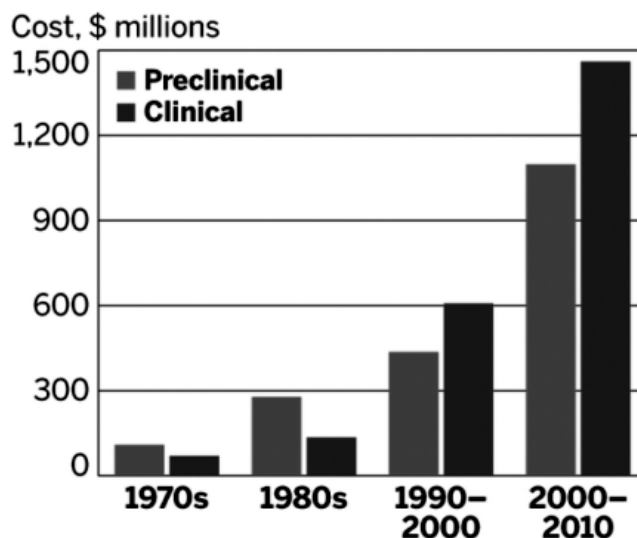
Fot. 8. Etapy prowadzące do uzyskania kandydata na lek.



Fot. 9. Etapy poprzedzające wprowadzenie leku na rynek.

Kandydat na lek przed jego wprowadzeniem na rynek wymaga dalszych badań. Są to fazy: przedkliniczna, kliniczna oraz etap rejestracji. Wszystkie one wymagają czasu. Są także bardzo kosztowne. Zwykle etap opracowania „kandydata na lek” trwa od dwóch do pięciu lat. Koszt tego etapu zmieniał się z upływem lat od około 100 milionów dolarów w latach 70. poprzedniego wieku do około miliarda dolarów w pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku. Warto zauważyć, że w latach 70. i 80. XX wieku wydatki na etap przedkliniczny były znacznie wyższe od klinicznych. W latach 90. nastąpiła zmiana. Kolejne etapy to czas 10-12 lat, co daje sumarycznie ok. 15 lat od momentu potwierdzenia minimalnej aktywności do wprowadzenia na rynek. W trakcie poszczególnych badań wiele związków zostaje wykluczonych z dalszych badań. Zwykle tylko jeden z dziesięciu tysięcy kandydatów na lek staje się lekiem. Powodami wykluczenia są najczęściej: słaba lub nieselektywna aktywność *in vivo*, nieodpowiednie parametry farmako-

kinetyczne (ADME-biodostępność), toksyczność ostra i przedłużona oraz problemy syntetyczne (przejście do skali półtechnicznej i ekologia produkcji).



Ryc. 10. Koszty etapu przedklinicznego i klinicznego w ujęciu historycznym.

Wysokość kosztów obu głównych etapów może być zróżnicowana i zależeć od sumarycznych nakładów poniesionych przez firmy farmaceutyczne na R&D i ilości leków wprowadzonych na rynek. W latach 1997-2011 najgorszy stosunek miała AstraZeneca, która na wprowadzenie jednego leku wydała ponad 11 miliardów dolarów (5 leków), podczas gdy Novartis (21 leków) i Amgen (9 leków) wydały poniżej 4 miliardów.

Firma	Synonim	Ilość leków zarejestrowanych	Koszt badań na jeden lek (miliony dolarów)	Sumaryczne nakłady na badania w latach 1997-2011 (miliony dolarów)
AstraZeneca	AZN	5	11,790.93	58,955
GlaxoSmithKline	GSK	10	8,170.81	81,708
Sanofi	SNY	8	7,909.26	63,274
Roche Holding	RHHBY	11	7,803.77	85,841
Pfizer	PFE	14	7,727.03	108,178
Johnson & Johnson	JNJ	15	5,885.65	88,285
Eli Lilly & Co.	LLY	11	4,577.04	50,347
Abbott Laboratories	ABT	8	4,496.21	35,970
Merck & Co Inc	MRK	16	4,209.99	67,360
Bristol-Myers Squibb Co.	BMY	11	4,152.26	45,675
Novartis AG	NVS	21	3,983.13	83,646
Amgen Inc.	AMGN	9	3,692.14	33,229

Sources: InnoThink Center For Research In Biomedical Innovation; Thomson Reuters Fundamentals via FactSet Research Systems

Ryc. 11. Koszty towarzyszące wprowadzaniu leków na rynek dla największych firm farmaceutycznych.

Wysokie nakłady na badania wiążą się nierozdzielnie z siłą rynkową i finansową firm farmaceutycznych. W roku 2015 w rankingu Forbes'a w pierwszej dwu-

setce najlepszych światowych firm znajduje się dziesięć firm farmaceutycznych z najlepszym miejscem firmy Johnson&Johnson (34).

Johnson & Johnson 34	16,8/131/279
Pfizer 48	9,1/169/212
Novartis 52	10,1/125/272
Merck & Co 80	11,9/98/162
Roche 81	10,2/ 76/240
Sanofi 89	5,8/118/136
Bayer 108	4,5/85/126
GSK 135	4,5/63/114
Amgen 161	5,2/69/117
Gilead Sciences 19	12,1/35/145

**Fot. 12. Klasyfikacja firm farmaceutycznych, według rankingu Forbes'a, za rok 2015 (firma, miejsce w rankingu, ocena finansowa w układzie zysk/obrot/wartość rynkowa w miliardach dolarów).**

Firmy te osiągnęły zyski na poziomie 4.5-16.8 miliardów dolarów z czego znaczną część są w stanie przeznaczyć na badania rozwojowe.

W Polsce firmy farmaceutyczne nie miały i nadal nie mają takiego potencjału jak państwowe koncerny farmaceutyczne. Ogólnopolski koncern Polfa składający się z kilkunastu zakładów został podzielony i w większości wykupiony przez zagranicznych producentów leków. Tylko cztery z nich (Polfa Warszawa, Tarchomin, Pabianice i Starogard Gd.) pozostały w rękach rdzennie polskich firm, takich jak Polpharma, Adamed, Polski Holding Farmaceutyczny (PHD). Do ważnych uczestników polskiego rynku farmaceutycznego należy zaliczyć jeszcze firmy Celon Pharma i Selwita. Choć ta ostatnia zajmuje się jedynie etapem badawczym a nie przemysłowym.

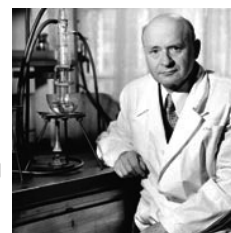
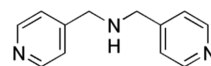
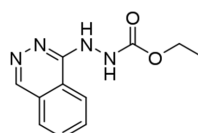
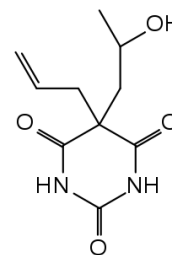
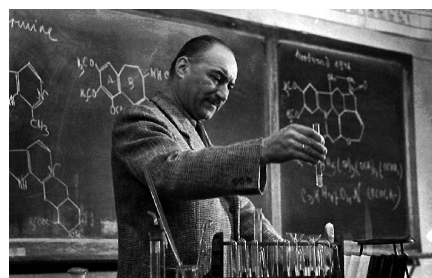
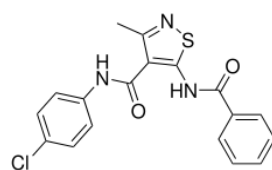
Polfa Rzeszów – ICN  
 Polfa Lublin – BAXTER  
 Polfa Grodzisk – GEDEON RICHTER  
 Polfa Kraków – PLIVA - TEVA  
 Polfa Kutno – TEVA  
 Polfa Poznań – GSK  
 Polfa Jelenia Góra – VALEANT  
 Polfa Pabianice – ADAMED  
 Polfa Warszawa – POLPHARMA  
 Polfa Tarchomin – PHF  
 Polfa Starogard Gdański – POLPHARMA

**Fot. 13. Właściciele zakładów farmaceutycznych Polfa.**

Zyski polskich firm farmaceutycznych nie są tak wysokie jak firm światowych, przez co i nakłady na badania są znacznie niższe. Wpływ na wysokość nakładów na R&D ma także charakter firmy. Polpharma pomimo tego, że jest zdecydowanie najsilniejszą polską firmą z zyskiem rocznym w wysokości 2.5-3 mld jest także potentatem w wytwarzaniu generyków. Strategia ta pozwoliła na wysokie zyski, ale jednocześnie

na najwyższe w Polsce nakłady na badania rozwojowe. Polpharma corocznie przeznaczają ok. 100 milionów złotych na badania własne oraz programy badawcze w formie otwartych konkursów. Adamed przy dochodach w wysokości ok. 2 miliardów złotych na badania przeznaczają ok. 30 milionów rocznie. Około 20 milionów złotych przeznaczają na badania także pozostałe firmy – Celon i Selwita.

W Polsce, pomimo obecności Polfy, sfera badań i rozwoju była poważnie zaniedbywana. Jedynymi ośrodkami, które prowadziły takie badania były ośrodki akademickie. Stąd kilka oryginalnych polskich leków, które wprowadzono na rynek zostały opracowane na uczelniach.



**Fot. 14. Polskie oryginalne leki oraz ich twórcy: prof. Zdzisław Mahoń (UM Wrocław) – Vratizolin; prof. Bogusław Bobrański (UM Wrocław) – Ipronal; prof. Stanisław Biniński (UM Warszawa) – Bicordin, Bipresin; prof. Zofia Jerzmanowska (UM Łódź) – Edan (ester dietyloaminoetylowy kwasu acetylosalicylowego).**

## Inauguracja

Adamed	Celon Pharma	Selvita
ONCO-3CLA (ciało monoklonalne) faza przedkliniczna	inhibitory kinaz FGFR faza optymalizacji hit'u	SEL24 (ostra białaczka szpikowa) faza przedkliniczna
inhibitory p53-mdm2/mdm4 faza optymalizacji lead'u		SEL120 (kinaza CDK8) faza przedkliniczna
platforma serotoninowa 5HT6/5HT2A faza optymalizacji lead'u		SEL201 (kinaza MNK1/2) faza przedkliniczna
		SEL103 (ch. Alzheimerera) faza przedkliniczna

**Fot. 15. Programy badawczo-rozwojowe realizowane w produjących polskich firmach farmaceutycznych.**

Oprócz wyżej wymienionej czwórki warto wspomnieć także profesora Andrzeja Ledóchowskiego z Politechniki Gdańskiej, który wprowadził do leczenia lek przeciwnowotworowy Ledakrin.

Wszystkie te leki zostały wprowadzone do obrotu w latach 60. i 70. minionego stulecia. Od tego czasu prawie wszystkie zostały wycofane i zastąpione przez bardziej nowoczesne, selektywne o lepszym indeksie terapeutycznym, leki.



Czego można się dzisiaj spodziewać po polskich uczelniach i firmach farmaceutycznych? Czy są w stanie opracować nowatorski lek? Uczelnie otrzymują pewne wsparcie w swoich działaniach finansowych ze strony Krajowych Centrów Naukowych – NCN

i NCBiR. NCBiR zapewnia także wsparcie przemysłowi, niestety programy takie jak InnoMed czy StrategMed wspierają bardziej prace nad generykami niż nad oryginalnymi lekami. Firmy farmaceutyczne – Adamed, Celon Pharma oraz Selvita prowadzą własne programy badawcze, ale żaden z nich nie osiągnął jeszcze nawet zaawansowanej fazy klinicznej.

Zaangażowanie firm farmaceutycznych w sferę R&D pozwala mieć nadzieję na to, że w przypadku odkrycia związków o interesującej aktywności w pracowniach uniwersyteckich, będą one w stanie zainwestować fundusze w dalsze badania. Coraz lepsze wyposażenie laboratoriów uniwersyteckich pozwala na coraz pełniejsze badanie potencjalnych leków już na wstępnych etapach projektów. Także rosnąca świadomość naukowców dotycząca praw własności intelektualnej pozwala na odważniejsze negocjacje z firmami farmaceutycznymi dotyczące dalszych badań.

Mamy również coraz więcej dobrze i bardzo dobrze wyedukowanych, niejednokrotnie za granicą, naukowców – prawdziwych chemików medycznych, którzy lepiej planują i analizują wyniki badań w projektach badawczych. Nawet jeżeli mają one charakter badań podstawowych na początku, to łatwo je przekształcić w badania rozwojowe i wdrożeniowe. Na uczelniach warto więc tworzyć Centra Badań Przedklinicznych, żeby najpełniej wykorzystać potencjał naukowy osoby i techniczny.

Takie mamy plany i chcielibyśmy być przykładem dla całej Polski

# Odznaczenia, wyróżnienia, nagrody

## **Złoty Krzyż Zasługi**

prof. dr hab. Krzysztof Giannopoulos

## **Brązowy Krzyż Zasługi**

dr Agnieszka Bień

dr hab. Jakub Pawlikowski

## **Medal Złoty za Długoletnią Służbę**

dr Barbara Borowicz

dr hab. Maria Cioch

mgr Jolanta Drozd

mgr Elżbieta Fałdyga

Krzysztof Gołofit

dr Leszek Jankiewicz

mgr Andrzej Kasprzak

dr Wojciech Kobusiewicz

Irma Komecka-Rafalska

dr Małgorzata Kowal

mgr Alicja Nikiel

dr Barbara Rajtar

## **Medal Srebrny za Długoletnią Służbę**

dr Tomasz Lübek

## **Medal Brązowy za Długoletnią Służbę**

dr Barbara Budzyńska

lek. stom. Agnieszka Lasota

dr Marlena Madejczyk

dr hab. Agata Niewczas

prof. dr hab. Ingrid Różyło-Kalinowska

## **Medal Komisji Edukacji Narodowej**

dr hab. Anna Bogucka-Kocka

prof. dr hab. Elżbieta Kimak

prof. dr hab. Grażyna Mielnik-Niedzielska

dr hab. Renata Nowak

dr Anna Pacian

dr hab. Elżbieta Pac-Kożuchowska

dr Beata Petkowicz

prof. dr hab. Małgorzata Polz-Dacewicz

prof. dr hab. Tomasz Rechberger

prof. dr hab. Jolanta Szymańska

## **Odznaka Honorowa za Zasługi dla Ochrony Zdrowia**

prof. dr hab. Janusz Solski

## **Nagrody Ministra Zdrowia**

Nagroda indywidualna naukowa I stopnia

– dr hab. Barbara Tymczyna

Nagroda za całokształt dorobku

– prof. dr hab. Grzegorz Wallner

## **Certyfikat Jakości**

– akredytacja ministra zdrowia

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy

## **Medal Okolicznościowy**

„Amicus Almae Matris”

dr Krzysztof Żuk – prezydent miasta Lublin

## **Laur Nauki**

dr hab. Jarosław Sak

## **Medal Uniwersytetu Medycznego w Lublinie**

prof. dr hab. Jerzy Kowalczyk

prof. dr hab. Małgorzata Szczerbo-Trojanowska

## **Odznaka „Za zasługi dla Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”**

prof. dr hab. Sylwia Fidecka

prof. dr hab. Anna Dmoszyńska

prof. dr hab. Anna Grzywa

prof. dr hab. Janusz Perzyński

dr hab. Anna Szyszkowska

dr Grażyna Kądziela-Wypyska

dr Grażyna Kiś

dr Maria Kozicka

mgr Irena Iskrzak

mgr Ryszard Sadło

mgr inż. Zdzisław Chruściel

# Promocje doktorskie 2015

19 listopada 2015 r. odbyły się doroczne promocje doktorskie. Uroczystość, którą prowadził JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Drop, zgromadziła w Collegium Maius władze Uczelni, promotorów, promowanych pracowników nauki oraz ich rodziny, przyjaciół i znajomych.



*Wystąpienie okolicznościowe  
JM Rektora prof. dr hab. Andrzeja Dropa  
wygłoszone podczas uroczystości promocyjnej*

**Szanowni Państwo,  
Drodzy Promowani i Promotorzy,  
Szanowni Goście,**

Jestem dumny i jest mi ogromnie miło, że mogę uczestniczyć w tak ważnej dla Was i dla Uczelni uroczystości, w której wręczymy dyplomy doktorskie i habilitacyjne. Mam przed sobą grupę młodych, prężnych, ambitnych naukowców, którzy tworzą awangardę, czołówkę, pokolenie maratonu ku nowoczesnej medycynie, farmacji, naukach o zdrowiu i pokrewnym naszym zainteresowaniom dziedzinach. To do Państwa – młodych naukowców będzie należał rozwój, osiągnięcia, nowe metody leczenia oraz odkrycie tego, co jeszcze z powodu braku możliwości twórczych pozostaje w sferze tajemnicy.

Cieszę się z takiej liczby doktoratów i prac habilitacyjnych, które powstały w ostatnich latach, gdyż czyni to nadzieję, że polska i lubelska nauka w dziedzinach medycznych i pokrewnych ma dobrze wykształconą kadrę, która zapełni i wykorzysta zbudowane w naszej Uczelni laboratoria naukowe.

Dobiegła końca realizacja dwóch projektów unijnych, które mają ogromne znaczenie dla teraźniejszości i przyszłości Uczelni. Na potrzeby badań naukowych, tworzenia nauki i odkryć powstał i funkcjonuje Ośrodek Medycyny Doświadczalnej. Zapewni on doskonałą, wszechstronnie wyposażoną bazę naukowo-badawczą. Ośrodek dysponuje możliwością kompleksowych badań na zwierzętach, w nowoczesnych laboratoriach z dostępnością do badań MR i innych, spełniających najwyższe wymagania Unii Europejskiej. Daje to szansę na badania in vitro, a więc zasadniczo wpływa na bardzo dynamiczny rozwój nauki i rozszerzenie intensywności wiedzy i współpracy z ośrodkami zarówno naukowo-badawczymi, jak też produkcyjno-przemysłowymi.

Także ukończona modernizacja Collegium Pathologicum objęła adaptację i doposażenie w sprzęt badawczy. Jest to jedyna w naszym regionie taka infrastruktura badawcza, dostosowana do wymagań europejskich, która umożliwiła Wam – młodym uczonym prowadzenie badań z zakresu patofizjologii, patomorfologii i medycyny sądowej. W ramach projektu zmodernizowano także 13 laboratoriów, 55 pracowni, powstaną także 4 nowe pracownie, które będą wyposażone w sprzęt i aparaturę do badań innowacyjnych. To wszystko zachęca każdego młodego medyka z dużym potencjałem naukowym do zajęcia się badaniami i wyznaczenia swojej drogi życiowej w tym kierunku. Inspiracją dla nas medyków, farmaceutów, pracowników wszystkich dziedzin nauk o zdrowiu jest chory człowiek. Dzięki determinacji władz Uczelni, nowemu podejściu do nauki, rozwiązywaniu problemów chorych ludzi, chorób ich

dotykających pojawiają się wyzwania, którym musimy sprostać. To wpływa na nasze zaangażowanie, na możliwości poszukiwań, dyskusje, skierowanie naszej energii, mocy, wiedzy i umiejętności na zgłębianie i rozwiązywanie czasem wielu niewiadomych. Nie wolno być biernym, bo nie uratujemy wtedy chorego, który tego ratunku od nas oczekuje. Lekarz akademicki, doktorant, docent i profesor to stratedzy w walce z chorobą, to osoby, które poszukują, badają, dyskutują, publikują i nie boją się wyzwań, uczestnicząc dynamicznie w procesie tworzenia. Te działania są niewątpliwie okupione wysiłkiem i sporą ilością wyrzeczeń, ale uprawianie nauki w dziedzinach medycznych daje wielką satysfakcję, prestiż oraz możliwość zaistnienia nie tylko na własnej Uczelni, ale także w kraju i za granicą. Medycy nie boją się rywalizacji z innymi dziedzinami i ośrodkami, o czym świadczą nasze publikacje i międzynarodowy wskaźnik prestiżu publikacji naukowych IF.

Nasi młodzi koledzy na pewno będą stawiać na doskonałość w nauce, podejmą ryzyko i zrealizują pomysły badawcze, będą kreatywni i produktywni. Nauka tak pojęta ma służyć potrzebom społeczeństwa, ludzi chorych, a nie być nauką dla niej samej.

W XXI wieku cywilizacja daje Państwu ogromne szanse. Ten udział Was – młodych naukowców w tworzeniu nowej rzeczywistości, w nowych regułach postępowania, w badaniach naukowych to szansa na prawdę, nowe odkrycia, a także utrwalenie i poprawianie tego, co ktoś przed wami zrobił. Bardzo ważny jest szacunek do dokonań Waszych poprzedników, nauczycieli, mentorów i mistrzów. Brak mentorów hamuje kreatywność. U jej podstaw znajdować się musi motywacja do tworzenia czegoś nowego. Tu ciągle liczy się spontaniczność, umiejętność tworzenia nowych projektów badań, mentalność, ideały, a więc przede wszystkim człowiek i jego duch. Tego nie zastąpi maszyna.



**Apeluję o czynny udział w życiu naukowym naszej Uczelni, gdyż najcenniejsza jest wiedza, którą można wykorzystać w praktyce – powiedział JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Drop.**

Nie można sobie wyobrazić kariery naukowej, awansu naukowego bez badań, ale także bez kontroli, nadzoru i oceny pracy naukowej. To leży w gestii przełożonych, uczonych, mistrzów, naszych profesorów wielce doświadczonych w tworzeniu i rozwijaniu określonej dziedziny nauki. To oni odpowiadają za elitarność swojej dziedziny i specjalności, za wysokie wymagania wobec badacza, doskonałość i nowość w badaniach, pomoc w zdobywaniu funduszy, grantów, projektów, uczciwość, kompetencje, wsparcie i właściwą ocenę badacza – swojego podwładnego oraz podjętych przez niego badań. To oni koordynują, przewodniczą pracy zespołowej, posiadają zdolność wynajdowania, stawiania problemów, podsuwania ich innym do rozwiązania. To wszystko wynika z doświadczenia naszych mistrzów, ich głębokiej wiedzy i możliwości uczestniczenia w nauce na szerokim forum akademickim, krajowym i międzynarodowym.

Akademickość, tworzenie nauki, budowanie własnej kariery naukowej i właściwy wybór drogi badawczej łączy więc w sobie i hierarchiczność i relację mistrz – uczeń. Z szacunku więc dla swoich poprzedników, dla ich uwag, ich pracy nad Waszą kreatywnością, przedsiębiorczością i umiejętnością prezentacji, a także kontroli predyspozycji pochylcie się Państwo nad doświadczeniem, polotem, umysłem, wiedzą i wraz-

liwością mistrzów. Wtedy relacja uczeń – mistrz będzie korzystna dla obu stron, a to może być drogą do sukcesu.

### **Szanowni Państwo,**

Apeluje o czynny udział w życiu naukowym naszej Uczelni, gdyż najcenniejsza jest wiedza, którą można wykorzystać w praktyce. W dzisiejszych trudnych czasach niepokoju społecznych, politycznych, kryzysów ekonomicznych, wojen i terroryzmu niełatwo jest przebrnąć przez ograniczenia i narzucone sposoby funkcjonowania, ale dobrze opracowane, przemyślane i ocenione projekty naukowe będą finansowane ze wszystkich możliwych źródeł, a więc statutowej działalności Uczelni, dotacji rządu, instytucji non-profit, przedsiębiorstw i samorządu.

### **Szanowni doktorzy, doktorzy habilitowani,**

Otrzymujecie swoje dyplomy w jubileuszowym 65 roku funkcjonowania naszej Uczelni. Niech ta data pozostanie w Waszej pamięci, a także niech będzie okazją do zaistnienia naukowego w tej szacownej, poważnej, porządnej, liczącej się w kraju i za granicą naszej lubelskiej Almae Matris – Uniwersytetu Medycznego.

**Dziękuję Państwu za uwagę.**





---

# Dyplomy doktora habilitowanego otrzymali

## I WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGICZNYM

**Dr n. med. Lucyna Kapka-Skrzypczak**  
z Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Biomarkery jako wskaźniki narażenia środowisko-  
wego dzieci na środki ochrony roślin:  
znaczenie dla badań z zakresu zdrowia środowisko-  
wego”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

**Dr n. med. Jolanta Masiak**  
z Pracowni Badań Neurofizjologicznych UM w Lu-  
blinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Współwystępowanie zachowań zagrożonych uzależ-  
nieniami od substancji psychoaktywnych  
i uzależnieniami behawioralnymi u studentów  
a czynniki osobowościowe i kliniczne”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

**Dr n. med. Jolanta Mieczkowska**  
z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych UM w Lu-  
blinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Polimorfizm mitochondrialnego DNA w regionach  
HV1 i HV2 oraz 12SrDNA u kobiet  
przed i po menopauzie”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

**Dr n. med. Mariusz Skoczyński**  
z Katedry i Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży UM  
w Lublinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Ocena transmisji wertykalnej wirusów brodawcza-  
ka ludzkiego (HPV – Human Papillomavirus)”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

**Dr n. med. Bożena Sokołowska**  
z Katedry i Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji  
Szpiku  
UM w Lublinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Ocena ryzyka powikłań krwotocznych zakrze-  
powych u chorych z nadpłytkowością samoistną  
w oparciu o wykrywanie patogenetycznych i proza-  
krzepowych mutacji, badanie funkcji płytek  
i hemostazy osoczowej”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

**Dr n. med. Małgorzata Sztanke**  
z Katedry i Zakładu Chemii Medycznej UM w Lubli-  
nie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Zmiany wybranych parametrów układu prooksyda-  
cyjno-antyoksydacyjnego u osób poddanych terapii  
nerkozastępczej”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

## II WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM ANGLOJĘZYCZNYM

**Dr n. med. Andrzej Marciniak**  
z Katedry i Zakładu Patofizjologii UM w Lublinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Rola kwasu kynureninowego w utrzymaniu inte-  
gralności układu zewnątrzwydzielniczego trzustki  
w doświadczalnym ceruleinowym ostrym zapaleniu  
trzustki”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

**Dr n. med. Violetta Opoka-Winiarska**  
z Kliniki Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej  
II Katedry Pediatrii UM w Lublinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.

**„Biomarkery wczesnego procesu miażdżycowego  
i kapilaroskopowa ocena mikrokrażenia u dzieci  
chorych na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie  
stawów”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

**Dr n. med. Tomasz Zapolski**  
z Katedry i Kliniki Kardiologii UM w Lublinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Wsteczny remodeling układu sercowo-naczynio-  
wego. Znaczenie wskaźnika objętości lewego przed-  
sionka oraz wskaźnika sztywności aorty”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

## WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY Z ODDZIAŁEM ANALITYKI MEDYCZNEJ

**Dr n. farm. Agnieszka Ludwiczuk**  
z Katedry i Zakładu Farmakognozji z Pracownią  
Roślin Leczniczych UM w Lublinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Różnorodność chemiczna wątrobowców  
(Marchantiophyta) w aspekcie badań  
chemotaksonomicznych”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

**Dr n. farm. Krystyna Skalicka-Woźniak**  
z Katedry i Zakładu Farmakognozji  
z Pracownią Roślin Leczniczych UM w Lublinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Optymalizacja wysokosprawnej chromatografii  
przeciwprądowej do izolacji kumaryn i terpenoidów  
oraz badanie aktywności biologicznych kumaryn”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.

## WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

**Dr n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus**  
z Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych  
UM w Lublinie  
na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.  
**„Zdrowie kobiet w różnym okresie życia  
i optymalizacja opieki zadaniem położnej”**  
oraz całokształtu dorobku naukowego.



**Dyplom doktora habilitowanego wraz z gratulacjami  
JM Rektora otrzymuje dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus**

# I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym

DOKTORZY	PROMOTORZY
1. Lek. med. Katarzyna Wojciechowska	<b>Dr hab. Halina Antosz</b> emerytowany pracownik Zakładu Genetyki Klinicznej Katedry Genetyki Medycznej
2. Mgr Halina Cios	<b>Dr hab. Katarzyna Bartosik</b> z Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii
3. Mgr Elwira Nizioł	<b>Prof. dr hab. Andrzej Borzęcki</b> z Katedry i Zakładu Higieny
4. Mgr Aneta Gorący	Za <b>Dr hab. Marię Cioch</b> z Katedry i Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku promuje <b>Dziekan I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym</b>
5. Lek. med. Andrzej Durda	Za <b>Prof. dr hab. Andrzeja Emeryka</b> z Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Pediatrycznego promuje <b>Dziekan I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym</b>
6. Lek. med. Paulina Łukasik	<b>Dr hab. n. med. Hanna Karakuła-Juchnowicz</b> z I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji
7. Lek. med. Magdalena Derewianka-Polak	Za <b>Prof. dr hab. Jana Kotarskiego</b> z I Katedry i Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii promuje <b>Dziekan I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym</b>
8. Lek. med. Jacek Baj	<b>Prof. dr hab. Ryszard Maciejewski</b> z Zakładu Anatomii Prawidłowej
9. Lek. dent. Aneta Grzesiuk	<b>Prof. dr hab. Maria Mielnik-Błaszczak</b> z Katedry i Zakładu Stomatologii Wiekowej
10. Mgr inż. Anna Horecka	<b>Dr hab. Irena Musik</b> z Katedry i Zakładu Chemii Medycznej
11. Mgr inż. Joanna Kocot	
12. Lek. med. Aneta Gerhant	<b>Dr hab. Marcin Olajossy</b> z II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej
13. Lek. med. Katarzyna Kwaśniewska	<b>Dr hab. Grażyna Orlicz-Szczęsna</b> z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych
14. Mgr Ewa Kłębokowska	<b>Dr hab. Agata Smoleń</b> z Katedry i Zakładu Epidemiologii i Metodologii Badań Klinicznych
15. Mgr Agata Maziarka	<b>Prof. dr hab. Krzysztof Sztanke</b> z Pracowni Syntezy i Analizy Związków Bioorganicznych
16. Mgr Dorota Luchowska-Kocot	

## II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym

DOKTORZY	PROMOTORZY
1. Mgr Paweł Szpot	<b>Dr hab. Grzegorz Buszewicz</b> z Pracowni Toksykologii Sądowej
2. Mgr Agnieszka Chłopaś	
3. Lek. med. Sebastian Uhlig	Za <b>Dr hab. Elżbietę Czekajską-Chehab, prof. nadzw. UM</b> z I Zakładu Radiologii Lekarskiej promuje <b>Dziekan II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym</b>
4. Lek. med. Andrzej Serafin	<b>Prof. dr hab. Dorota Darmochwał-Kolarz</b> z Zakładu Matematyki i Biostatystyki Medycznej
5. Mgr Małgorzata Zając	<b>Prof. dr hab. Krzysztof Giannopoulos</b> z Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej
6. Mgr Kamila Kosior	
7. Lek. med. Eliza Trzaskowska-Komoń	<b>Prof. dr hab. Janusz Klatka</b> z Katedry i Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej
8. Mgr Monika Orzeł-Pankowska	<b>Dr hab. Agnieszka Korolczuk</b> z Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej
9. Mgr Dorota Winnicka	<b>Prof. dr hab. Jerzy Kowalczyk</b> z Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii
10. Lek. med. Maciej Kamiński	<b>Prof. dr hab., dr h.c. mult. Piotr Książek</b> z Katedry i Zakładu Zdrowia Publicznego
11. Mgr Piotr Okoński	
12. Lek. med. Mateusz Kominek	<b>Prof. dr hab. Jarogniew Łuszczki</b> z Katedry i Zakładu Patofizjologii
13. Lek. med. Piotr Dąbrowski	<b>Prof. dr hab. Maria Majdan</b> z Katedry i Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej
14. Lek. med. Alina Blacha	Za <b>Prof. dr hab. Tomasza Mazurkiewicza</b> z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Katedry Ortopedii promuje <b>Dziekan II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym</b>
15. Lek. med. Joanna Kurzepa	<b>Dr hab. Agnieszka Mądro</b> z Katedry i Kliniki Gastroenterologii z Pracownią Endoskopową
16. Mgr Barbara Maciejewska	Za <b>Prof. dr hab. Janusza Milanowskiego</b> z Katedry i Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii promuje <b>Dziekan II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym</b>
17. Lek. med. Beata Korzeniewska	<b>Prof. dr hab. Krystyna Mitosek-Szewczyk</b> z Kliniki Neurologii Dziecięcej III Katedry Pediatrii

18. Mgr Mariola Żuk	<b>Prof. dr hab. Alicja Nasiłowska-Barud</b> z Zakładu Psychologii Klinicznej
19. Lek. med. Katarzyna Skorupska	Za <b>Prof. dr hab. Tomasza Rechbergera</b> z II Katedry i Kliniki Ginekologii promuje <b>Dziekan II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym</b>
20. Mgr Monika Pieczykolan	Za <b>Prof. dr hab. Jacka Rolińskiego</b> z Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej promuje <b>Dziekan II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym</b>
21. Mgr Magdalena Wasiak	
22. Mgr Karolina Olszewska-Bożek	
23. Mgr Justyna Woś	
24. Lek. med. Barbara Szczepańska	<b>Dr hab. Marcin Szymański</b> z Katedry i Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej
25. Lek. med. Michał Dzik	<b>Dr hab. Jacek Tabarkiewicz, prof. UR</b> z Zakładu Genetyki Laboratoryjnej, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego
26. Lek. med. Tomasz Stapiński	<b>Dr hab. n. med. Piotr Trojanowski</b> z Katedry i Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej
27. Lek. med. Radosław Krupiński	Za <b>Dr hab. Andrzeja Wolskiego</b> z Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii promuje <b>Dziekan II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym</b>

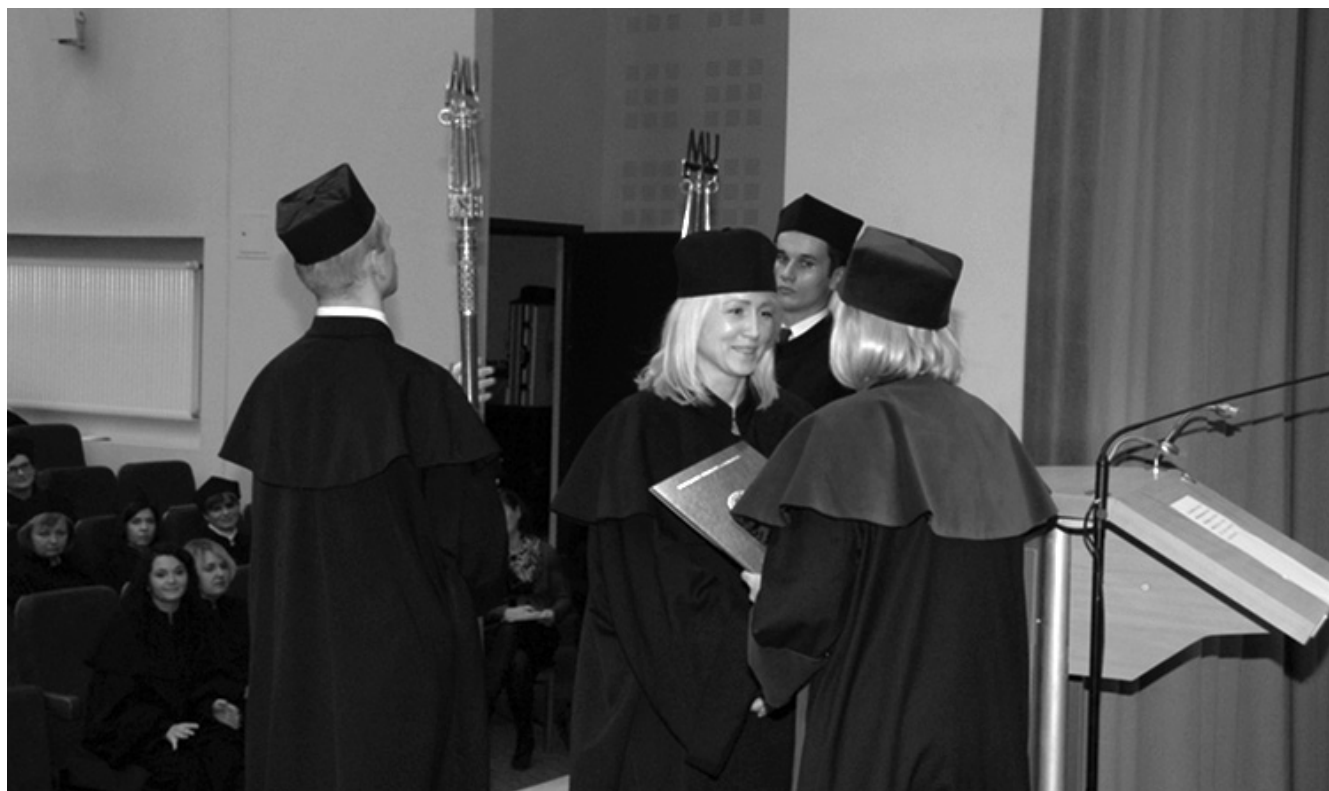


## Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej

DOKTORZY	PROMOTORZY
1. Mgr farm. Agnieszka Józwiak	Za Prof. dr hab. Monikę Waksmundzką-Hajnos z Zakładu Chemii Nieorganicznej Katedry Chemii promuje Dziekan Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej

## Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

DOKTORZY	PROMOTORZY
1. Mgr Ilona Borzęcka	Za Prof. dr hab. Włodzimierza Bulikowskiego, byłego kierownika Zakładu Balneoterapii promuje Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
2. Mgr Michał Turski	Prof. dr hab. Piotr Paluszkiwicz z Katedry Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego
3. Mgr piel. Elżbieta Przychodzka	Prof. dr hab. Krzysztof Turowski z Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego
4. Mgr Iwona Jaworska	Prof. dr hab. Irena Wrońska z Zakładu Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej Katedry Rozwoju Pielęgniarstwa



Promocja dr n. med. Joanny Kurzey



# Absolwenci Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej z dyplomami

14 listopada 2015 roku, w auli Collegium Maius, podczas otwartego, nadzwyczajnego posiedzenia Rady Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, kolejny rocznik absolwentek i absolwentów farmacji (134 osoby), analityki medycznej (22 osoby) oraz po raz pierwszy kosmetologii (21 osób), otrzymał upragnione dyplomy. Ceremonia ta odbyła się w wyjątkowym czasie, ze względu na tegoroczne jubileusze: 65 lat istnienia naszej Uczelni, 70 lat Wydziału Farmaceutycznego i 20 lat Oddziału Analityki Medycznej.

---

**PROF. DR HAB. GRAŻYNA BIAŁA**  
PRODZIEKAN  
WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO  
Z ODDZIAŁEM ANALITYKI MEDYCZNEJ  
UM W LUBLINIE

---

Otwierając uroczystość, Dziekan Wydziału prof. dr hab. **Ryszard Kocjan** serdecznie powitał: Jego Magnificencję Rektora – prof.

dr hab. **Andrzeja Dropa**, poprzedniego Rektora naszej Uczelni – prof. dr hab. dr h.c. mult. **Andrzeja Książka**, Prorektora ds. Kształcenia – prof. dr hab. **Barbarę Jodłowską-Jędrych**, Prorektora ds. Nauki – prof. dr hab. **Dariusza Matosiuka**, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu – prof. dr hab. **Irenę Wrońską**, Prodziekana I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym

– dr hab. **Adama Nogalskiego** prof. UM oraz Prodziekana II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym – prof. dr hab. **Andrzeja Stepulaka**. Dziekan powitał następnie władze administracyjne Uczelni: Kanclerz – mgr **Ewę Abramek**, Zastępcę Kanclerza – mgr **Małgorzatę Łobodzińską**, Kwestora, zastępcę Kanclerza – mgr **Terese Tyzo**, Kierownika Działu Spraw





Pracowniczych – mgr **Agnieszka Siwek** oraz Kierownika Biura Rektora – mgr **Izabelę Aleksandrowicz**. Dziekan przywitał również emerytowanych profesorów Wydziału obecnych na uroczystości: prof. dr hab. **Sylwię Fidecką**, prof. dr hab. **Grażynę Matysik** oraz prof. dr hab. **Zofię Tynecką**.

Następnie przywitał przedstawicieli zawodów: Sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych – mgr **Annę Lipnicką**, Wiceprezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej – dr **Marka Jędrzejczaka**, Prezesa Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej – mgr **Tomasza Barszcza**, Wiceprezesa Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej – mgr **Krzysztofa Przysiębę**, a także Prezes Lubelskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego – prof. dr hab. **Ewę Poleszak**.

Kontynuując swoje wystąpienie, Dziekan przywitał także: Dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie – mgr **Agnieszka Kowalską-Głowiak**, Dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie – mgr **Ryszarda Staścaka**, Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie – mgr

**Irminę Nikiel**, Dyrektora ds. Produkcji „Biomed-Lublin” – mgr **Artura Bielawskiego**, Dyrektora Usług Doradczych ESKULAP w Lublinie – mgr **Artura Miedzowskiego**, Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie – dr **Jolantę Niewiedziol**, Prezesa PGF „Cefarm – Lublin” – mgr **Bogdana Walko**, Kierownika Laboratorium ALAB w Lublinie – mgr **Małgorzatę Kamińską-Niedźwiedź**, Kierownika Hurtowni Przedsiębiorstwa Dystrybucji Farmaceutycznej Sławex w Lublinie – mgr **Magdalenę Nowakowską**, Redaktora Naczelnego „Czasopisma Aptekarskiego” – mgr **Wiktora Szukiela**, Duszpasterza akademickiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – ks. **Pawła Matyjaszewskiego**, Kierownika Zespołu Pieśni i Tańca naszej Uczelni – inż. **Krystynę Maciąg**, a także władze Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr farm. Witolda Łobarzewskiego w osobach: Przewodniczącego Rady Fundatorów – mgr **Janusza Kisielewskiego**, Prezesa Zarządu – dr **Andrzeja Kota**, Członka Zarządu – mgr **Mariana Mikulskiego** oraz chór Uniwersytetu Medycznego z Dyrektorem dr hab. **Moniką**

**Mielko-Remiszewską** na czele. Kończąc tą część wystąpienia, Dziekan powitał serdecznie członków Rady Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej, tegorocznych absolwentów i ich rodziny, pracowników Dziekanatu, studentów młodszych lat i wszystkich zgromadzonych.

Następnie głos zabrał Jego Magnificencja Rektor – prof. dr hab. **Andrzej Drop**, który skierował do absolwentów wiele ciepłych słów, gratulując im ukończenia trudnych studiów i życząc realizacji celów zawodowych oraz powodzenia w życiu osobistym.

Dziekan Wydziału, prof. dr hab. **Ryszard Kocjan** w swoim wystąpieniu w formie prezentacji wspominał o ważnych jubileuszach: 65-leciu naszej Uczelni, 70-leciu Wydziału Farmaceutycznego oraz 20-leciu Oddziału Analityki Medycznej, przedstawiając m.in. historię i teraźniejszość Wydziału, w tym historię narodzin farmacji uniwersyteckiej, strukturę i bazę lokalową naszego Wydziału, jego rozwój naukowy i współpracę międzynarodową oraz ofertę edukacyjną. Kończąc swoje wystąpienie, Dziekan pogratulował wszystkim absolwentom oraz ich rodzinom, dziękując im za ponoszony trud, a także całej kadrze akademickiej za pracę wykonaną w procesie kształcenia oraz wszystkim innym osobom, które w jakikolwiek sposób przyczyniły się do radości tego dnia.

Najważniejszym punktem uroczystości było wręczenie dyplomów, poprzedzone złożeniem uroczystego ślubowania, zakończonego przysięgą godnego repre-

---

**JM Rektor – prof. dr hab. Andrzej Drop skierował do absolwentów wiele ciepłych słów, gratulując im ukończenia trudnych studiów i życząc realizacji celów zawodowych oraz powodzenia w życiu osobistym.**

---

zentowania zawodu farmaceuty lub diagnosty laboratoryjnego i zgodnego z etyką, rzetelnego postępowania w życiu zawodowym i osobistym.

Jako pierwsi dyplomy z wyróżnieniem za bardzo dobre wyniki w nauce otrzymali następujący absolwenci: na kierunku farmacja – mgr **Jakub Trawiński**, mgr **Dorota Grzesik** oraz mgr **Ewelina Hołody**. Na kierunku analityka medyczna: mgr **Wioleta Kowalska**, mgr **Edyta Knap** oraz mgr **Beata Nosowska**. Na kierunku kosmetologia: mgr **Elżbieta Siwek**, mgr **Katarzyna Bobel** oraz mgr **Ewelina Winiarczyk-Boroch**. Dyplomy, listy gratulacyjne i nagrody wręczył Jego Magnificencja Rektor prof. dr hab. **Andrzej Drop**, a także Sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych mgr **Anna Lipnicka**, Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej – dr **Marek Jędrzejczak** oraz Redaktor **Wiktor Szukiel**. Pozostałe dyplomy wręczył Dziekan prof. dr hab. **Ryszard Kocjan** – magistrom farmacji wraz z Prodziekan prof. dr hab. **Grażyną Białą**, magistrom analityki medycznej wraz z Prodziekan prof. dr hab. **Anną Malm**, magistrom kosmetologii wraz Pełnomocnik ds. tego kierunku dr hab. **Dorotą Kowalczyk**, według alfabetycznej listy odczytywanej przez Prodziekan prof. dr hab. **Monikę Waksmundzką-Hajnos**.

W bieżącym roku tradycyjnie przeprowadzony został konkurs prac magisterskich, którego wyniki przedstawili Przewodniczący Komisji Konkursowych. Na kierunku farmacja, Komisja Konkursowa,

której przewodniczyła prof. dr hab. **Ewa Poleszak** przyznała:

I miejsce **mgr farm. Annie Tomaszuk** za pracę pt.: „Porównanie spektrofotometrycznych i kalorymetrycznych metod badania acetyl cholinesterazy”, wykonaną w Zakładzie Biofarmacji pod kierunkiem prof. dr hab. Krzysztofa Józwiaka;

II miejsce **mgr farm. Klaudii Stępak** za pracę pt.: „Chromatografia olejków eterycznych izolowanych z różnych gatunków *Menthae* sp.”, wykonaną w Zakładzie Chemii Nieorganicznej pod kierunkiem dr Mirosława Hawryła;

III miejsce **mgr farm. Monice Maciąg** za pracę pt.: „Ocena wpływu selektywnych ligandów receptorów kannabinoidowych na zachowania depresyjne u myszy w teście wymuszonego pływania”, wykonaną w Katedrze i Zakładzie Farmakologii z Farmakodynamiką pod kierunkiem dr Marty Kruk-Słomka.

Na kierunku analityka medyczna, Komisja pod przewodnictwem prof. dr hab. **Moniki Wujec** przyznała:

I miejsce – **mgr Edycie Knap** za pracę pt.: „Stężenie leptyny oraz receptora dla leptyny w surowicy krwi pacjentów z cukrzycą typu 2”, wykonaną w Zakładzie Diagnostyki Biochemicznej Katedry Diagnostyki Laboratoryjnej pod kierunkiem dr hab. Heleny Donicy prof. UM;

II miejsce – **mgr Kamilowi Stachyrze** za pracę pt.: „Stężenie lipidów i parametrów stresu oksydacyjnego u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca”, wykonaną

w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej pod kierunkiem prof. dr hab. Elżbiety Kimak;

III miejsce – **mgr Wioletcie Kowalskiej** za pracę pt.: „Rola monocytów nieklasycznych CD14<sup>+</sup>CD16<sup>++</sup> w patogenezie przewlekłej białaczki limfocytowej”, wykonaną w Katedrze i Zakładzie Immunologii Klinicznej pod kierunkiem dr hab. Agnieszki Bojarskiej-Junak.

Nagrody oraz listy gratulacyjne autorom nagrodzonych prac wręczyli: Prorektor prof. dr hab. **Barbara Jodłowska-Jędrych**, Sekretarz mgr **Anna Lipnicka** i Prezes mgr **Tomasz Barszcz**.

Grupa absolwentów wyróżniająca się dużą aktywnością w pracach samorządu studenckiego, Lubelskiego Towarzystwa Studentów Farmacji, chóru akademickiego oraz działalnością społeczno-organizacyjną otrzymała listy gratulacyjne i nagrody z rąk Prorektora prof. dr hab. **Dariusza Matosiuka**, Kierownik mgr **Małgorzaty Kamińskiej-Niedźwiedz** oraz Przewodniczącego **Janusza Kisielewskiego**. Nagrodzeni zostali: mgr farm. **Iwona Cuber**, mgr farm. **Lidia Czernicka**, mgr **Magdalena Czocho**, mgr **Anna Dziura**, mgr farm. **Joanna Filarowska**, mgr farm. **Karolina Jarzębska**, mgr **Wioletta Kowalska**, mgr farm. **Sylwia Łukaszuk**, mgr farm. **Paulina Paluch**, mgr farm. **Ewelina Sitarczyk**, mgr **Anna Szczygieł** oraz mgr farm. **Anna Tomaszuk**.

Kolejna grupa absolwentów wyróżniała się dużą aktywnością w pracach studenckich kół naukowych. Prorektor prof. dr hab. **Dariusz Matosiuk** oraz Kierownik





**Magdalena Nowakowska** i Prezes **Bogdan Walko** wręczyli listy gratulacyjne i nagrody wyróżnionym osobom. Byli to: mgr anal. med. **Maria Drelich**, mgr anal. med. **Magdalena Dymek**, mgr farm. **Karolina Jarzębska**, mgr farm. **Aleksandra Kluz**, mgr farm. **Sylwia Łukaszuk** oraz mgr farm. **Maciej Trylowski**.

W dalszej części uroczystości głos zabierali: Sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych – mgr **Anna Lipnicka**, Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej – dr **Marek Jędrzejczak**, Prezes Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej – mgr **Tomasz Barszcz**, Kanclerz naszej Uczelni – mgr **Ewa Abramek**, Dyrektor Chóru naszej Uczelni – dr hab. **Monika Mielko-Remiszewska**, Kierownik Zespołu Pieśni i Tańca – inż. **Krystyna Maciąg**, Przewodnicząca Zarządu Samorządu Studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – **Katarzyna Krupa**, Wiceprzewodniczący Lubelskiego Towarzystwa Studentów Farmacji – **Dominik Abramek**, który wręczył również absolwentom uczestniczącym aktywnie w pracach LTSF drobne pamiątki i upominki, Prezes Lubelskiego Towarzystwa Studentów Analizy Medycznej – **Anna Makuch** oraz Przedstawiciel Duszpasterstwa Akademickiego „Łukasz” – **Maciej Rybicki**. Wszyscy serdecznie gratulowali absolwentom uzyskania dyplomów magistrów

farmacji, analityki medycznej lub kosmetologii, życząc im sukcesów w pracy zawodowej i w życiu osobistym. Jako ostatnia głos zabrała przedstawicielka tegorocznych Absolwentów – mgr **Magdalena Czochra**, która podziękowała władzom Uczelni za możliwość studiowania na lubelskim Uniwersytecie Medycznym, władzom Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analizy Medycznej i wszystkim pracownikom Wydziału za trud wniesiony w procesie wykształcenia absolwentów. Miłym akcentem było wręczenie przez tegorocznych absolwentów wszystkim członkom Rady Wydziału oraz zaproszonym gościom kwiatów w podziękowaniu za wysiłek, jaki włożyli w edukację nowo kreowanych magistrów farmacji analityki medycznej i kosmetologii, opuszczających mury Almae Matris.

Na zakończenie, Dziekan prof. dr hab. **Ryszard Kocjan** serdecznie podziękował wszystkim za przybycie i udział w uroczystości, Państwu Rektorom, Dziekanom, władzom administracyjnym, dostojnym gościom i tegorocznym absolwentom, a Paniom Prodzianom i pozostałym członkom Rady Wydziału oraz pracownikom Dziekanatu za przygotowanie uroczystości.

Dziekan równie serdecznie podziękował firmom i osobom prywatnym, które finansowo przyczyniły się do ufundowania nagród

dla absolwentów: **Firmie Alab Laboratoria Sp. z o.o.**, **Firmie VIDAL Poland Sp. z o.o.**, **Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr farm. Witolda Łoborzewskiego**, **Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych**, **Lubelskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej**, **Oddziałowi Lubelskiemu Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego**, **PGF „Cefarm – Lublin” Sp. z o.o.**, **Podkarpackiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej**, **Przedsiębiorstwu Dystrybucji Farmaceutycznej „Sławex” Sp. z o.o.**, **Redakcji „Czasopisma Farmaceutycznego”** oraz **osobom prywatnym: mgr Annie Główniak-Lipa i dr Markowi Jędrzejczakowi**. Dziekan serdecznie podziękował także Dyrygentce dr hab. **Monice Mielko-Remiszewskiej**, która wraz z chórem i studentem – dudziarzem uświetniła uroczystość, po czym zamknął uroczyste posiedzenie Rady Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analizy Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, zapraszając wszystkich uczestników do wspólnej, pamiątkowej fotografii. Absolwenci Analizy Medycznej proszeni zostali o pozostanie na sali, celem wręczenia prawa wykonywania zawodu.

**Zdjęcia wykonali: Stanisław Sadowski, Jarosław Widelski, Adam Majewski**

# Uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom Wydziału Nauk o Zdrowiu

5 grudnia 2015 r. w Collegium Maius Uniwersytetu Medycznego w Lublinie odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów absolwentom studiów drugiego stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu.

**MGR SYLWIA MAZURKIEWICZ**  
DZIEKANAT  
WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU  
UM W LUBLINIE

Dyplomy otrzymało 88 osób z kierunku Pielęgniarstwo, 36 osób z kierunku Położnictwo, 100 osób z kierunku Fizjoterapia oraz 49 osób z kierunku Zdrowie Publiczne.

Było to pierwsze dyplomatorium w ramach Wydziału Nauk o Zdrowiu, bowiem od stycznia 2015 r., zgodnie z decyzją Rady Wydziału oraz Zarządzeniem Rektora UM, Wydział zmienił nazwę z Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu na Wydział Nauk o Zdrowiu.

Uroczystość uświetniła obecność władz Uczelni, przybyli na nią m.in.: JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Drop, Prorektor ds. Kształcenia prof. dr hab. Barbara Jodłowska-Jędrych, Prorektor ds. Nauki prof.



dr hab. Dariusz Matosiuk, Dziekan Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej prof. dr hab. Ryszard Kocjan, Prodziekan I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym prof. dr hab. Jolanta Szymańska, Prodziekan II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym prof. dr hab. Andrzej Stepulak, Kanclerz mgr Ewa Abramek, Zastępca Kanclerza mgr Małgorzata Łobodzińska, Kwestor mgr Teresa Tyzo, Zastępca Kwestora mgr Anna Halkowicz-Sikora, Kierownik Biura Rektora mgr Izabela Aleksandrowicz oraz Kierownik Działu Spraw Pracowniczych mgr Agnieszka Siwek.

W uroczystości wzięli również udział: Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie mgr Andrzej Tytuła, konsultanci wojewódzcy w dziedzinie pielęgniarstwa, Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala

---

## **Było to pierwsze dyplomatorium w ramach Wydziału Nauk o Zdrowiu, bowiem od stycznia 2015 r., zgodnie z decyzją Rady Wydziału oraz Zarządzeniem JM Rektora UM, Wydział zmienił nazwę z Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu na Wydział Nauk o Zdrowiu.**

---

Klinicznego nr 4 dr n. med. Marian Przylepa oraz pielęgniarki naczelne lubelskich szpitali.

Laureaci wydziałowego konkursu prac magisterskich na poszczególnych kierunkach, absolwenci, którzy uzyskali najwyższą średnią w czasie studiów oraz osoby wykazujące się aktywnością w Studenckich Kołach Naukowych otrzymali

od władz Uczelni i sponsorów listy gratulacyjne i nagrody.

Oprawę muzyczną uroczystości przygotował Akademicki Chór Uniwersytetu Medycznego w Lublinie pod dyrekcją prof. dr hab. Moniki Mielko-Remiszewskiej.

Wszystkim absolwentom gratulujemy i życzymy sukcesów w życiu zawodowym i osobistym.







# Uroginekologodzy z całej Europy spotkali się w Warszawie

**W dniach 5-7 listopada 2015 roku odbył się w Warszawie VIII Kongres Europejskiego Towarzystwa Uroginekologicznego (EUGA) pod hasłem „Główne kierunki rozwoju w uroginekologii”. Historyczną rangę temu wydarzeniu nadaje fakt, że w tym roku odbyło się ono po raz pierwszy w Polsce.**



**Profesor Tomasz Rechberger podczas wykładu inauguracyjnego**



Było to możliwe dzięki zaangażowaniu i widocznemu zaangażowaniu polskich ośrodków uroginekologicznych na arenie międzynarodowej, co podkreśliła przewodnicząca Europejskiego Towarzystwa Uroginekologicznego – prof. Linda Cardozo. W kongresie uczestniczyło ponad 475 lekarzy z całej Europy, w tym kilkanaście osób z UM w Lublinie. Przewodniczącym komitetu naukowego z ramienia gospodarza Kongresu był profesor Tomasz Rechberger – kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii UM w Lublinie. Jego wykład inauguracyjny pt.: „Czy techniki operacyjne z wykorzystaniem siatek polipropylenowych przetrwają próbę czasu w uroginekologii?”

rozpoczął niezwykle interesujące obrady.

W sesji pt.: „Zaburzenia statyki narządów płciowych – czy wiek ma znaczenie?” wykład z punktu widzenia anesteziologa wygłosił dr hab. Wojciech Dąbrowski – kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM w Lublinie, co pozwoliło uczestnikom spotkania w szerszym zakresie dostrzec problemy, jakie są związane z tematyką uroginekologiczną.

Najnowsze badania naukowe z dziedziny uroginekologii zostały zaprezentowane w sesji doniesień klinicznych, w której swoje prace przedstawili między innymi: prof. Tomasz Rechberger – „Długotrwała skuteczność terapii naglącego nietrzymania moczu i pozytywna odpowiedź na leczenie u kobiet z idiopatycznym pęcherzem nadreaktywnym po wielokrotnym powtarzaniu iniekcji z użyciem toksyny botulinowej A: końcowe wyniki

3,5-letnich badań”. Dr n. med. Paweł Miotła z II Katedry i Kliniki Ginekologii UM w Lublinie – „Czy stosowanie toksyny botulinowej może przynieść poprawę w zakresie objawów nokturii u pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym?” oraz dr n. med. Katarzyna Skorupska z II Katedry i Kliniki Ginekologii UM w Lublinie – „Czy istnieje różnica w występowaniu nietrzymania moczu po różnych typach zabiegów wycięcia macicy?”.

W sesji abstraktów z dziedziny badań podstawowych doniesienie na temat: „Niewchłaniające środki uszczelniające cewkę moczową – efektywność kliniczna w leczeniu nawrotowego wysiłkowego nietrzymania moczu po 2 latach obserwacji” przedstawił dr n. med. Konrad Futyma z II Katedry i Kliniki UM w Lublinie.

W sesji polskojęzycznej wykłady wygłosili – dr hab. Michał Bogusiewicz z II Katedry i Kliniki Gi-



Zespół uroginekologów z King's College w Londynie

nekologii UM w Lublinie pt.: „Rzeczywista wartość kliniczna badań obrazowych w uroginiekologii – fakty i mity”, dr hab. Jacek Tomaszewski z II Oddziału Ginekologii Onkologicznej COZL w Lublinie pt.: „Jak przygotowywać pacjentki do operacji rekonstrukcyjnych w uroginiekologii – punkt widzenia pacjentki i chirurga”, dr n. med. Paweł Miotła pt.: „Kiedy należy przejść z terapii doustnej OAB na inne, bardziej agresywne formy terapii” oraz dr n. med. Jacek Piłat z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywniowego UM w Lublinie pt.: „Nietrzymanie stolca – aktualne strategie terapeutyczne”.

W trakcie Kongresu odbyły się warsztaty pt.: „Trening praktyczny: podawanie BOTOX-u w leczeniu OAB”, w trakcie których pro-



**Doktor Paweł Miotła otrzymuje z rąk profesor Ewy Nowak-Markwitz dyplom finalisty sesji klinicznej za pracę dotyczącą zastosowania toksyny botulinowej w leczeniu nocturii**



**Profesor Gert Naumann składa gratulacje dr n. med. Katarzynie Skorupskiej za prezentację w sesji finałowej podsumowującą wpływ różnych typów wycięcia macicy na wystąpienie objawów nietrzymania moczu**

fesor Tomasz Rechberger wygłosił wykłady pt.: „Wybór pacjentów i ich przygotowanie” oraz „Otrzymywanie najlepszych wyników leczenia – dyskusja: pytania i odpowiedzi”.

W sesji plakatowej swoje prace zaprezentowali pracownicy II Katedry i Kliniki Ginekologii UM w Lublinie: dr n. med. Aneta Adamiak-Godlewska i wsp. pt.: „Czy chirurgia rekonstrukcyjna wpływa na siłę mięśni dna miednicy – badanie pilotażowe?”, dr n. med. Konrad Futyma i wsp. pt.: „Parametry urodynamiczne w planowaniu leczenia pierwszego rzutu – klasyfikacja i model regresji”, dr Krzysztof Gałczyński i wsp. pt.: „Dehydroepiandrosteron podawany dopochwowo – poszukiwanie alternatywnych terapii miejscowych w terapii pacjentów uroginiekologicznych”, dr n. med. Katarzyna Jankiewicz i wsp. – „Cechy osobowości i kontrola ne-



Sesja dotycząca tematyki nadreaktywności pęcherza moczowego; wśród moderatorów m.in. profesor Linda Cardozo, doktor Dudley Robinson, profesor Stefano Salvatore



gatywnych emocji u kobiet z OAB” oraz prof. dr hab. Tomasz Rechberger i wsp. – „Występowanie chorób towarzyszących u pacjentów urologicznych”.

Bardzo korzystnie wypadły konferencyjne oceny poziomu organizacji oraz merytoryki prezentowanych zagadnień, co pozwala przypuszczać, że tego typu międzynarodowe spotkania będą częściej organizowane w naszym kraju.



**Doktor Konrad Futyma prezentuje wyniki badań dotyczące zastosowania substancji uszczelniających (tzw. bulking agents) w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu**

# Dwudziesty Kongres IADMFR

Międzynarodowe towarzystwo International Association of Dentomaxillofacial Radiology (IADMFR) zostało powołane do życia 16 sierpnia 1968 roku podczas I Międzynarodowego Kongresu Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej w Santiago de Chile. W ciągu ponad 40 lat swego istnienia towarzystwo rosło w siłę i obecnie liczy ponad 600 członków ze wszystkich kontynentów, zgrupowanych w 7 regionach geograficznych. To bardzo wysoka liczba, jeżeli weźmie się pod uwagę fakt, że radiologów stomatologicznych i szczękowo-twarzowych jest na świecie o wiele mniej niż radiologów czy lekarzy dentystów, a w swojej pracy łączą oni umiejętności z obu tych dziedzin.

---

**PROF. DR HAB.  
INGRID RÓŻYŁO-KALINOWSKA**  
SAMODZIELNA PRACOWNIA  
PROPEDEUTYKI RADIOLOGII  
STOMATOLOGICZNEJ I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ  
UM W LUBLINIE

---

Misją IADMFR jest promowanie badań naukowych i edukacji w zakresie radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej w połączeniu ze wzrostem jakości usług świadczonych pacjentom. Towarzystwo publikuje prestiżowe czasopismo „Dentomaxillofacial Radiology”, jedno z nielicznych na świecie poświęconych wyłącznie tej dyscyplinie nauki.

Założycielem IADMFR był profesor *Gregorio Faivovich* z Uniwersytetu Medycznego w Santiago de Chile. Nic więc dziwnego, że dla

uhonorowania teraz już 92-letniego nestora radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej zdecydowano, że tegoroczny XX. jubileuszowy zjazd IADMFR odbędzie się właśnie w stolicy Chile, Santiago. Mimo konieczności odbycia co najmniej 14-godzinnego lotu z Europy, w konferencji wzięło udział wielu uczestników z naszego kontynentu, wśród nich była jednak jedyną uczestniczką z Polski. Nic dziwnego, że ze względów logistycznych i ekonomicznych wśród uczestników dominowali przedstawiciele niemal wszystkich krajów Ameryki Południowej i Łacińskiej, a w związku z tym wykłady były tłumaczone symultanicznie na języki hiszpański i portugalski. Miejscem obrad było nowoczesne podziemne centrum konferencyjne Centro Parque położone pod

rozległym parkiem Araucana, stanowiącym zielone płuca nowoczesnej dzielnicy biznesowej Santiago. Dzielnica ta jest nazywana Sanhattanem ze względu na dużą liczbę drapaczy chmur, w tym liczącą ponad 300 metrów wysokości Gran Torre Costanera.

Program Kongresu był bardzo wypełniony. W ciągu trzech i pół dnia konferencji odbyło się 13 wykładów plenarnych, 26 sesji ustnych, w których zaprezentowano 145 doniesień oraz 6 sesji plakato- wych, w tym 1 doniesienie ustne i 3 plakaty autorki sprawozdania. Największą frekwencję miały niewątpliwie wykłady zaproszonych gości odbywające się w głównym audytorium. Wielkim zainteresowaniem cieszył się wykład profesora *Kazuya Hondy* z Tokio, jednego z twórców technologii tomografii stożkowej



Otwarcie XX Kongresu IADMFR

CBCT, poświęcony wartości CBCT w diagnostyce schorzeń stawów skroniowo-żuchwowych. Z kolei *Rose Ngu* i *Jackie Brown*, niekwestionowane autorytety w zakresie ultrasonografii części twarzowej czaszki brawurowo poprowadziły wykład, w którym jedna z nich przedstawiała prezentację zawierającą ryciny i schematy, a druga jednocześnie przeprowadzała badanie ultrasonograficzne transmitowane na sąsiednim ekranie.

Ciekawostką stał się plakat autorów peruwiańskich, którzy postanowili rozpropagować kulturę inkaską w radiologii stomatologicznej. W czasie sesji plakatowej żywo przekonywali, że należy zastępować wyrażenia stosowane powszechnie w radiologii do opisanie pewnych charakterystycznych obrazów radiologicznych określeniami typowymi dla danego regionu.

Udowadniali bowiem, że niektórzy mogą nie wiedzieć na przykład, jak wygląda zamieć śnieżna, ponieważ w ich kraju takowe nie występują. Autorce trudno się z było zgodzić z tymi poglądami, gdyż uniwersalna terminologia pomaga w komu-

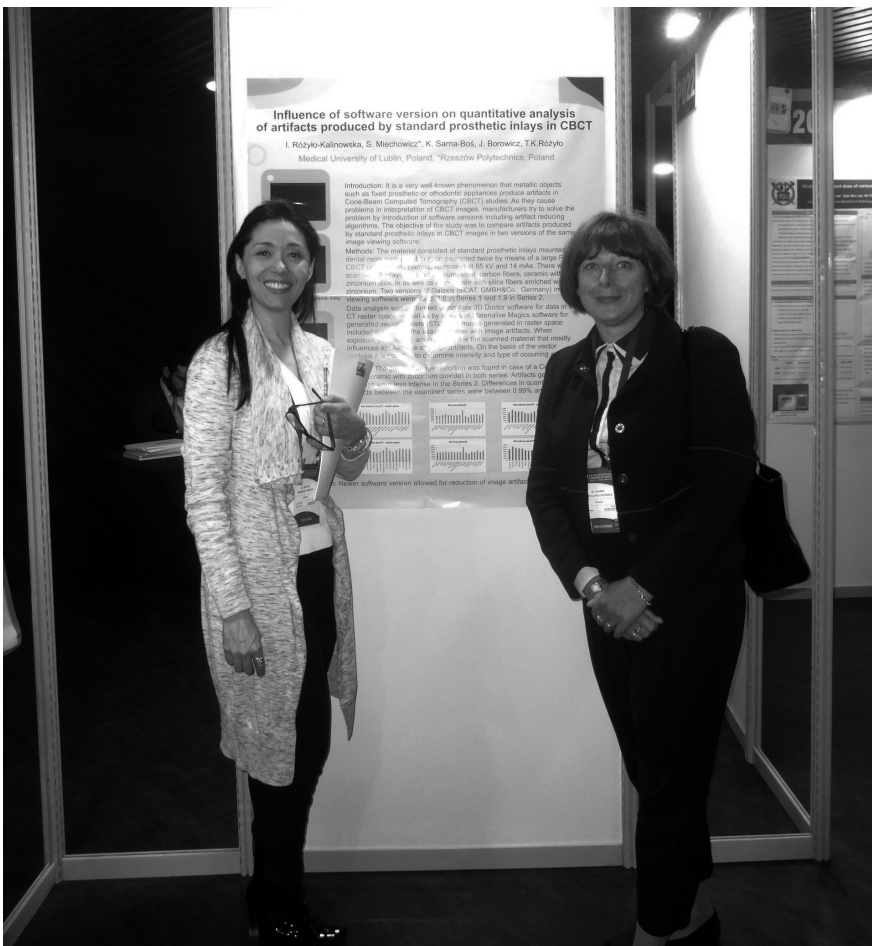
nikacji między radiologami z różnych krajów. Niemniej jednak liczy się oryginalny pomysł cytowanych badaczy, którzy na przykład zamiast terminu „poświata słoneczna”, opisującego objaw obserwowany w złośliwych nowotworach

---

**Misją International Association of Dentomaxillofacial Radiology (IADMFR) jest promowanie badań naukowych i edukacji w zakresie radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej. Towarzystwo publikuje prestiżowe czasopismo „Dentomaxillofacial Radiology”, jedno z nielicznych na świecie poświęconych wyłącznie tej dyscyplinie nauki.**



Uczestnicy Kongresu



kości, proponują określenie objawu jako „sznur kipu” (pisma węzłkowego) czy też obraz tzw. inkaskiego muru dla opisu śluzaka zębopochodnego.

Nie da się ukryć, że w tematyce doniesień zjazdowych dominowała tomografia stożkowa CBCT, gdyż jest to aktualnie najnowsze narzędzie diagnostyczne dostępne dla dentystów i radiologów, a jego możliwości nie są jeszcze do końca poznane. Wiadomo, że liczba instalacji tomografów CBCT na świecie wzrasta lawinowo, za czym nie nadąża szkolenie w zakresie opisywania tych badań. Z tego powodu Europejska Akademia Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej (EADMFR) postanowiła opracować ogólnoeuropejski program szkolenia w zakresie radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej, który pozwoli na

W trakcie sesji plakatowej



**Wystawa zabytkowych aparatów rentgenowskich**



**Laguna Miscanti**

**W doniesieniach zjazdowych dominowała tomografia stożkowa CBCT, która jest obecnie najnowszym narzędziem diagnostycznym dostępnym dla dentystów i radiologów, a jego możliwości nie są jeszcze do końca poznane. Liczba instalacji tomografów CBCT na świecie wzrasta lawinowo, za czym nie nadąża szkolenie w zakresie opisywania tych badań, toteż Europejska Akademia Radiologii Stomatologicznej i Szcękowo-Twarzowej (EADMFR) postanowiła opracować ogólnoeuropejski program szkolenia w zakresie radiologii stomatologicznej i szcękowo-twarzowej, który pozwoli na wykształcenie specjalistów w tej dziedzinie.**

wykształcenie specjalistów w tej dziedzinie. Kongres w Santiago stanowił okazję do spotkania się zespołu problemowego radiologów europejskich, zwanego roboczo Task Force. Jako członek tego zespołu biorę udział w przygotowaniu programu szkoleniowego, który będzie realizowany od 1 stycznia 2017 r. w pierwszych dwóch latach w formie e-learningu, a w następnych dwóch w połączeniu z kursami i warsztatami. Testy kwalifikacyjne zostaną przeprowadzone podczas zjazdu EADMFR w czerwcu 2016 r. w Cardiff, natomiast próbę generalną będzie stanowił 3. Kurs Radiologii Stomatologicznej i Szcękowo-Twarzowej dla Juniorów (3rd Junior Course), który odbędzie się w dniach 7-10 lutego 2016 r. w Lublinie. Jest dla mnie zaszczytem, że będę mogła gościć grono młodych adeptów radiologii stomatologicznej i szcękowej z całej Europy, którzy przyjadą do Lublina na trzydniowy kurs połączony z warsztatami.



Gejzery El Tatio





**Valle de la Luna, pustynia Atacama**

Również Międzynarodowe Towarzystwo Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej miało swoje walne zebranie podczas kongresu w Santiago. W wyniku głosowania została mi powierzona funkcja Dyrektora Regionalnego IADMFR na Europę, jak też członka Komitetu Nominacyjnego, którego rolą jest m.in. ocena aplikacji krajów zgłaszających wolę organizacji kolejnego zjazdu. Za dwa lata

kongres odbędzie się w mieście Kaoshiung na Tajwanie, za 4 lata w amerykańskiej Filadelfii, a za 6 lat... to się dopiero okaże.

Konferencji towarzyszyła wystawa zabytkowych aparatów rentgenowskich wewnątrzustnych, wypożyczonych z Narodowego Muzeum Stomatologii działającego przy Wydziale Stomatologii Uniwersytetu Chile. Ekspozycja, jak się można było spodziewać,

cieszyła się ogromnym zainteresowaniem uczestników. A skoro już o muzeach mowa, to nie można w sprawozdaniu pominąć kwestii zwiedzania. Wprawdzie wpływy z turystyki stanowią na razie tylko 3% produktu krajowego brutto Chile, a ruch turystyczny jest mały, to jednak warto odwiedzić ten daleki i odizolowany kraj Ameryki Południowej ze względu na jego zróżnicowanie. W kierunku północno-



Andy widziane z Santiago

-południowym kraj mierzy aż 4000 km, jego zaś wymiar ze Wschodu na Zachód przeciętnie wynosi zaledwie 120 km. Chile może nam zaferować wspaniałe krajobrazy od sześciotysięczników w Andach z majestatycznymi wulkanami, skutymi lodem lagunami, solniskami zamieszkanymi przez flamingi i najwyżej na świecie położonym polem gejzerów El Tatio, po plaże

Pacyfiku. Strefy klimatyczne Chile obejmują szeroki wachlarz – od klimatu suchego zwrotnikowego panującego na najbardziej suchej pustyni świata Atacama, przez klimat śródziemnomorski w Dolinie Środkowochilijskiej (znanej z doskonałych win), położonej między Kordylierą Nadbrzeżną a Kordylierą Główną Andyjską i klimat umiarkowany w regionie jezior Los Lagos

aż po klimat subpolarny w Patagonii. Zwiedzanie Chile jest o tyle łatwe, że kraj ten ma bardzo dobrze rozwiniętą sieć wewnętrznych połączeń lotniczych, obsługiwanych przede wszystkim przez dwie narodowe linie lotnicze. Co ciekawe, loty krajowe odbywają się głównie w kierunku Północ-Południe, co jest związane z geografą tego państwa, loty zaś w kierunku Wschód-Zachód dotyczą niemal wyłącznie komunikacji z administracyjnie należąca do Chile tajemniczą Wyspą Wielkanocną (Rapa Nui), położoną na Pacyfiku w odległości 4000 km od brzegów kontynentu amerykańskiego. Na tle tego bogatego krajobrazowo i kulturowo kraju stosunkowo najmniej interesujące wydaje się być samo Santiago ze względu na to, że architektura kolonialna została w znakomitej większości zastąpiona XIX-wiecznymi budynkami inspirowanymi gma-

---

**Kongresowi towarzyszyła wystawa zabytkowych aparatów rentgenowskich wewnętrznych, wypożyczonych z Narodowego Muzeum Stomatologii działającego przy Wydziale Stomatologii Uniwersytetu Chile, która cieszyła się ogromnym zainteresowaniem.**

---

**Program Kongresu był bardzo wypełniony. W ciągu trzech i pół dnia konferencji odbyło się 13 wykładów plenarnych, 26 sesji ustnych, w których zaprezentowano 145 doniesień oraz 6 sesji plakatowych, w tym 1 doniesienie ustne i 3 plakaty autorki sprawozdania. Największą frekwencję miały niewątpliwie wykłady zaproszonych gości odbywające się w głównym audytorium. Wielkim zainteresowaniem cieszył się wykład profesora *Kazuya Hondy* z Tokio, jednego z twórców technologii tomografii i stożkowej CBCT, poświęcony wartości CBCT w diagnostyce schorzeń stawów skroniowo-żuchwowych.**

---

chami Paryża, a następnie nowoczesnymi wieżowcami, o których wspomniałam wcześniej. Ogromne wrażenie robią jednak sześciotyśięczne szczyty Andów wyrastające zaraz za granicami miasta. Warto też odwiedzić Muzeum Sztuki Prekolumbijskiej w Santiago czy Muzeum Fonck w Viña del Mar, jak

też malownicze zbocza Valparaiso) – kulturalnej stolicy Chile, a także siedziby Parlamentu.

Kuchnia chilijska jest bardzo zróżnicowana, oparta na rybach i owocach morza. Oprócz znanych również w Polsce win (których eksport stanowi drugą co do wielkości pozycję eksportową Chile po mi-

nerałach), wszędzie jest serwowany koktajl „Pisco Sour” przygotowany na bazie alkoholu pisco z ubitym białkiem jaja, cukrem trzcinowym, cynamonem i sokiem z limonek. Wprawdzie to Peru uważa się za kolebkę tego napoju, ale w Chile jest on bardzo popularny, znacznie bardziej niż inny koktajl „Terremoto”, czyli „Trzęsienie Ziemi”, co stanowi nawiązanie do sejsmicznej aktywności w tym regionie związanej z przesuwaniem się płyt tektonicznych – południowoamerykańskiej i Nazca. Całe szczęście podczas mojego pobytu Ziemia nie zatrzęsała się ani razu, a jedynym wstrząsem, jaki przeżyłam, było chłonięcie niezliczonych wrażeń.

Pachamama (z języka keczua – Matka Ziemia) dopisała epilog do mojego sprawozdania. Otóż następnego ranka po zakończeniu redagowania tekstu usłyszałam w radiu, że Chile nawiedziło trzęsienie ziemi o sile 8,3 w skali Richtera, a więc niemal tak potężne jak to z 2010 roku. W 1960 r. zarejestrowano tam najsilniejsze na świecie trzęsienie ziemi o sile 9,5 w skali Richtera. Nie na darmo mówi się, że kraj ten leży w obrębie tzw. Pacyficznego Pierścienia Ognia i nie na próżno nad Pacyfikiem stoją tablice ostrzegające przed tsunami i kierujące do bezpiecznych miejsc, których wezbrane fale nie osiągną.



# V Krajowe Spotkania Reumatologiczne

**W dniach 17 – 19 września 2015 roku odbyły się w Lublinie V Krajowe Spotkania Reumatologiczne – organizowane przez Zarząd Główny i Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Konferencje tego typu mają charakter corocznych ogólnokrajowych spotkań lekarzy reumatologów, profesjonalistów ochrony zdrowia, stowarzyszeń chorych na choroby reumatyczne oraz firm farmaceutycznych oferujących coraz to nowe propozycje terapeutyczne.**

---

**PROF. DR HAB. MARIA MAJDAN**

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

---

ści zajmujących się chorymi na schorzenia reumatyczne: lekarzy, profesjonalistów ochrony zdrowia, przedstawicieli stowarzyszeń chorych na choroby reumatyczne, firm

farmaceutycznych z ciągle nowymi propozycjami terapeutycznymi.

Zaszczytem było dla nas goście wybitnych reumatologów z zagranicy: profesora Loïc Guille-

**P**oprzednie tak duże spotkanie lekarzy zajmujących się reumatologią w naszym kraju miało miejsce w Lublinie w 1996 roku.

Honorowym protektorem objął Konferencję jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr hab. Andrzej Drop.

Cieszyliśmy się z obecności w Lublinie wielu znakomitych go-

---

**List gratulacyjny od Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego otrzymała dr Dorota Suszek z Kliniki Reumatologii w Lublinie, która została wyróżniona przez Ministra Zdrowia za najlepiej zdany w 2014 roku w kraju egzamin specjalizacyjny z reumatologii.**

---



**Uroczyste otwarcie Konferencji: prof. dr hab. Maria Majdan przewodnicząca Komitetu Naukowego i Organizacyjnego Konferencji V Krajowe Spotkania Reumatologiczne; wiceprezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego; prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz – prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego**



**Goście honorowi Konferencji**



Wykład młodej chorej na tocznię rumieniowaty układowy Marty Kotarba-Kańczugowskiej – przedstawicielki stowarzyszenia „3 majmy się razem” pt. „Reumatyzm ma młodą twarz – jakość życia młodych pacjentów z zapalnymi chorobami tkanki łącznej”

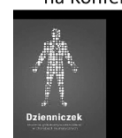
vin z Paryża – wybitnego znawcę problemów diagnostyki i terapii zapaleń naczyń, profesora Pascal Zufferey z Lozanny oraz prof. Jolante Dadoniene z Wilna. Wszyscy nasi goście zagraniczni mieli

bardzo ciekawe wykłady w trakcie Konferencji.

Bardzo pięknym wydarzeniem Konferencji była ceremonia otwarcia.

Postęp medycyny tworzą wybitne osobistości. Tak jest też i w reuma-

Publikacje po raz pierwszy prezentowane na Konferencji



Wiadomości Lekarskie  
Czasopismo Polskiego Towarzystwa Lekarskiego  
TOM LXXVIII, 2015, Nr 3

**Postęp medycyny tworzą wybitne osobistości. Tak jest też i w reumatologii. Najwyższym wyróżnieniem, jakim dysponuje Polskie Towarzystwo Reumatologiczne jest godność członka honorowego. Decyzją Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego tytuł ten został przyznany prof. dr hab. Ewie Tuskiewicz-Misztal i wręczony podczas ceremonii otwarcia.**

tologii. Najwyższym wyróżnieniem, jakim dysponuje Polskie Towarzystwo Reumatologiczne jest godność członka honorowego. Decyzją Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego tytuł ten został przyznany prof. dr hab. Ewie Tuskiewicz-Misztal i wręczony podczas ceremonii otwarcia.

Podobnie jak w latach poprzednich Polskie Towarzystwo Reumatologiczne przyznało nagrody młodym autorom najlepszych prac o tematyce reumatologicznej ogłoszonych w polskiej i zagranicznej prasie naukowej. Za publikację



**Wykład inauguracyjny profesora Tomasza Trojanowskiego pt. „Od paternalizmu do ery internetu w relacjach lekarz – chory”**



**Uczestnicy sesji Toczeń Rumieniowaty Układowy**



Sesja Profesjonalistów Ochrony Zdrowia – prof. Teresa B. Kulik



Radość z udanego spotkania



---

**O odbyła się – ciesząca się bardzo dużą popularnością – sesja poświęcona toczniowi rumieniowatemu układowemu, podczas której autorzy rozdziałów świeżo wydanej i prezentowanej w czasie Konferencji książki zatytułowanej „Toczeń Rumieniowaty Układowy” prezentowali wiedzę zawartą w napisanych przez nich rozdziałach.**

---

w czasopiśmie zagranicznym nagrodę otrzymała dr Anna Nowakowska-Płaza z Instytutu Reumatologii w Warszawie, a za publikację w czasopiśmie polskim dr n. med. Agata Sebastian z UM we Wrocławiu.

List gratulacyjny od Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego otrzymała dr Dorota Suszek z Kliniki Reumatologii w Lublinie, która została wyróżniona przez Ministra Zdrowia za najlepiej zdany w 2014 roku w kraju egzamin specjalizacyjny z reumatologii.

Bardzo ważnym wydarzeniem Ceremonii Otwarcia były wykłady inauguracyjne: profesora Tomasza Trojanowskiego zatytułowany: „Od paternalizmu do ery internetu w relacjach lekarz – chory” oraz wykład młodej chorej na toczeń rumieniowaty układowy Marty Kotarba-Kańczugowskiej – przedstawicielki stowarzyszenia „3 majmy się razem” pt.: „Reumatyzm ma młodą twarz – jakość życia młodych pacjentów z zapalnymi chorobami tkanki łącznej”.

W czasie Konferencji zostało wygłoszonych 97 wykładów, miały miejsce ustne prezentacje dorobku naukowego z wielu ośrodków polskich i zagranicznych; odbyła się też sesja plakatowa. Na Konferencji było zarejestrowanych około 800 uczestników.

80 wykładowców – większość reumatologów, ale również nefrologów, transplantologów, fizjologów, onkologów, dermatologów, neurologów, radiologów przedstawiało słuchaczom informacje o najnowszych osiągnięciach w zakresie poznania patogenezы, w diagnostyce i leczeniu chorób reumatycznych. Odbyła się ciesząca się bardzo dużą popularnością sesja poświęcona toczniowi rumieniowatemu układowemu, podczas której autorzy rozdziałów

świeżo wydanej i prezentowanej w czasie Konferencji książki zatytułowanej „Toczeń Rumieniowaty Układowy” prezentowali wiedzę zawartą w napisanych przez nich rozdziałach.

Równolegle do obrad lekarzy reumatologów odbywało się Sympozjum Profesjonalistów Ochrony Zdrowia oraz sesja Stowarzyszeń Osób Chorych na Choroby Reumatyczne.

Przygotowaliśmy dla naszych gości specjalne wydanie „Wiadomości Lekarskich”, w których zawarte są materiały naukowe prezentowane w ramach Konferencji, pierwsze wydanie książki „Toczeń Rumieniowaty Układowy” oraz bardzo przydatny w codziennej praktyce klinicznej „Dzienniczek leczenia glikokortykosteroidami w chorobach reumatycznych”.

Trzy dni V Krajowych Spotkań Reumatologicznych minęły bardzo szybko. Mamy nadzieję, że kolejne będą możliwe do zorganizowania również w Lublinie w najbliższych latach.

---

**Bardzo ważnym wydarzeniem ceremonii otwarcia były wykłady inauguracyjne: profesora Tomasza Trojanowskiego zatytułowany: „Od paternalizmu do ery internetu w relacjach lekarz - chory” oraz wykład młodej chorej na toczeń rumieniowaty układowy Marty Kotarba-Kańczugowskiej – przedstawicielki stowarzyszenia „3 majmy się razem” pt.: „Reumatyzm ma młodą twarz – jakość życia młodych pacjentów z zapalnymi chorobami tkanki łącznej”.**

---

# IV International Conference „Plant – the source of research material”

W dniach 20-23 września 2015 roku, w Hotelu Victoria w Lublinie odbyła się organizowana już po raz czwarty Konferencja „Plant – the source of research material” („Roślina – źródłem materiału badawczego”). Spotkanie organizowane przez Lubelskie Towarzystwo Wspierania Nauk Farmaceutycznych, Polską Akademię Nauk Oddział w Lublinie oraz Ogród Botaniczny Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, już na stałe wpisało się w jesienny kalendarz wydarzeń naukowych Lublina.

**PROF. DR HAB. GRAŻYNA BIAŁA**

KATEDRA I ZAKŁAD

FARMAKOLOGII Z FARMAKODYNAMIKĄ

**DR HAB. IRENEUSZ SOWA**

ZAKŁAD CHEMII ANALITYCZNEJ

**MGR AGNIESZKA MICHALAK**

KATEDRA I ZAKŁAD

FARMAKOLOGII Z FARMAKODYNAMIKĄ

UM W LUBLINIE



Organizatorzy, z lewej: dr hab. Magdalena Wójciak-Kosior, dr hab. Ireneusz Sowa, Dyrektor Ogródu Botanicznego dr Grażyna Szymczak, prof. dr hab. Grażyna Biała

Podobnie jak w latach ubiegłych, również tegoroczna edycja miała charakter międzynarodowy. Uczestnicy reprezentowali wiele znakomitych ośrodków naukowych Polski i Europy m.in. Austrii, Belgii, Hiszpanii, Portugalii, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii, a także Stanów Zjednoczonych.



**Organizatorzy Konferencji z członkami Lubelskiej Federacji Bardów**



**Profesor Olga M. Palomino i profesor Maria P. Gómez-Serranillos z Uniwersytetu Complutense w Madrycie**



**Profesor Ian Garrard z Brunel University w Londynie i profesor Dariusz Gałkowski z Rutgers Robert Wood Johnson Medical School w New Jersey**



**Sesja posterowa – komisja oceniająca prace posterowe;  
z lewej: dr hab. Magdalena Wójciak-Kosior i dr hab. Anna Bogucka-Kocka**

Głównym celem konferencji jak co roku jest wymiana doświadczeń i poszerzenie współpracy pomiędzy specjalistami z różnych dziedzin, których łączy materiał roślinny jako przedmiot badań i zainteresowań naukowych. Podczas trzech dni trwania konferencji ogłoszono 30 wykładów oraz zaprezentowano 159 posterów. Wykład inauguracyjny wygłosił światowej klasy specjalista profesor Christian Zidorn z Uniwersytetu w Innsbrucku. Uczestnicy konferencji mieli również możliwość wzięcia udziału

w jednym z trzech proponowanych warsztatów szkoleniowych, których celem było przybliżenie metod analitycznych, które mogą być wykorzystane w badaniach nad materiałem roślinnym. Konferencja została również uświetniona wystąpieniem gościa specjalnego, cenionego na całym świecie neurobiologa prof. dr hab. Jerzego Vetulaniego oraz recitalem Lubelskiej Federacji Bardów.

Konferencja została objęta honorowym patronatem Ministerstwa

Nauki i Szkolnictwa Wyższego, prezydenta miasta Lublin Krzysztofa Żuka, Jego Magnificencji Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr hab. Andrzeja Dropa, Jego Magnificencji Rektora Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie prof. dr hab. Stanisława Michałowskiego oraz Jego Magnificencji Rektora Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie prof. dr hab. Mariana Wesołowskiego. Patronat medialny sprawowali: Radio eR, Radio Lublin, Radio Centrum, Nasze Miasto Lublin, Gazeta Wyborcza oraz Telewizja Polska Lublin.

Nad przebiegiem konferencji czuwał Komitet Organizacyjny pod przewodnictwem dr hab. Ireneusza Sowy oraz Komitet Naukowy, któremu przewodniczyła prof. dr hab. Grażyna Biała. Już teraz w imieniu organizatorów gorąco zapraszamy wszystkich zainteresowanych do wzięcia udziału w kolejnej edycji Konferencji, która planowana jest na jesień 2017 roku.



**Konferencję  
uświetniło  
wystąpienie gościa  
specjalnego,  
cenionego na  
całym świecie  
neurobiologa,  
prof. dr  
hab. Jerzego  
Vetulaniego.**



**Organizatorzy Konferencji z Profesorem Jerzy Vetulanim**



**Podziękowania dla Organizatorów Konferencji**

**Uczestnicy konferencji mogli wziąć udział w jednym z trzech proponowanych warsztatów szkoleniowych, których celem było przybliżenie metod analitycznych, które mogą być wykorzystane w badaniach nad materiałem roślinnym.**

# Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie

**W Lublinie, w dniach 23-26 września 2015 roku odbył się XLII  
Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i Deutsche  
Gesellschaft für Neurochirurgie.**

**PROF. DR HAB.  
TOMASZ TROJANOWSKI\***  
**DR HAB. RADOŚLAW ROLA\*\***

KATEDRA I KLINIKA  
NEUROCHIRURGII I NEUROCHIRURGII DZIECIĘCEJ  
UM W LUBLINIE

Organizatorami spotkania byli: Polskie Towarzystwo Neurochirurgów, Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) oraz Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Patronat honorowy nad tymi ważnym wydarzeniem objęli: Minister Zdrowia prof. dr hab. Marian Zębala, Wojewoda Lubelski Wojciech Wilk, Marszałek Województwa Lubelskiego Sławomir Sosnowski, Prezydent Mia-

sta Lublin Krzysztof Żuk oraz JM Rektor Lubelskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Andrzej Drop.

Komitet Naukowy, liczący 13 osób, skupiał wybitne osobistości neurochirurgii polskiej i światowej, zaś jego przewodniczącym był Kierownik Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej UM – prof. dr hab. Tomasz Trojanowski. W skład Komitetu Organizacyjnego, któremu również przewodniczył prof. dr hab. Tomasz Trojanowski, wchodziły pracownicy Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej UM.

Obrady odbywały się równolegle w 2 salach wykładowych Collegium Maius Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, a uczestniczyło w nich ponad 400 uczestników z Pol-



**Prof. dr hab. Tomasz Trojanowski**  
Kierownik Katedry i Kliniki  
Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej  
UM w Lublinie  
Konsultant krajowy w dziedzinie  
neurochirurgii

\* Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego Zjazdu.

\*\* Sekretarz Komitetu Naukowego i Organizacyjnego Zjazdu.

# PROGRAM

	23-09-2015	24-09-2015	25-09-2015	26-09-2015
8:00-8:30				
8:30-9:00				
9:00-9:30				
9:30-10:00				
10:00-10:30				
10:30-11:00				
11:00-11:30				
11:30-12:00				
12:00-12:30				
12:30-13:00				
13:00-13:30				
13:30-14:00				
14:00-14:30				
14:30-15:00				
15:00-15:30				
15:30-16:00				
16:00-16:30				
16:30-17:00				
17:00-17:30				
17:30-18:00				
18:00-18:30				
18:30-19:00				
19:00-19:30				
19:30-20:00				
20:00-20:30				
20:30-				

ski i zagranicą. Swym udziałem zaszczycili nas nie tylko wybitni specjaliści z Polski, przedstawiciele wszystkich ośrodków uniwersyteckich, ale także znakomici, znani i wysoko cenieni goście zagraniczni, profesorowie: Rudolf Fahlbusch, Volker Seifert, Walter Stummer, Jurgen Voges, Gabriele Schackert, Alfred Aschoff, Marcos Tatagiba, Jurgen Kiwit, Christian Matula, Jarosław Maciaczyk, Dr Wolfgang Hamel, Dr Giuliano de Carolis oraz grupa neurochirurgów z Rosji, Białorusi i Ukrainy.

Uroczyste otwarcie Zjazdu odbyło się w sali kongresowej Collegium



Maius Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Po powitaniu uczestników przez Przewodniczącego Komitetu Naukowego i Organizacyjnego Zjazdu – prof. dr hab. Tomasza Trojanowskiego i Przewodniczącą Komitetu Naukowego i Organizacyjnego ze strony Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie prof. dr med. Gabrielle Schackert, krótkie przemówienia wygłosili Prezydenci Polskiego Towarzystwa Neurochi-

urgów prof. dr hab. Marcin Roszkowski i Niemieckiego Towarzystwa Neurochirurgów prof. dr med. Volker Seifert oraz Przewodniczącą Sekcji Pielęgniarstwa PTNCh mgr Renata Gryszko. W następnej kolejności głos zabrali patroni honorowi lub ich przedstawiciele. Następnie, zgodnie z tradycją Zjazdów Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów, w trakcie uroczystości otwarcia, wręczono nagrodę za najlepszy doktorat z neurochirurgii.

Następnie, również zgodnie z tradycją naszych Zjazdów, wręczono medale „Za zasługi dla polskiej neurochirurgii”. Za swoją pracę na rzecz Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów zostali wyróżnieni: prof. dr med. Gabrielle Schackert, prof. dr med. Volker Seifert i prof. dr hab. Marian Czochra. Po wręczeniu dyplomów i podziękowaniach fundatorom nagród naukowych Zjazdu, wykład inauguracyjny: „Why do we think and how can we err interpreting the world?” wygłosił prof. dr hab. Jerzy Vetulani. Ceremonię otwarcia zakończył, przez wszystkich zebranych przyjęty owacyjnie, kon-

**Swoim udziałem zaszczycili nas nie tylko wybitni specjaliści z Polski, przedstawiciele wszystkich ośrodków uniwersyteckich, ale także znakomici, znani i wysoko cenieni goście zagraniczni, profesorowie: Rudolf Fahlbusch, Volker Seifert, Walter Stummer, Jurgen Voges, Gabriele Schackert, Alfred Aschoff, Marcos Tatagiba, Jurgen Kiwit, Christian Matula, Jarosław Maciaczyk, dr Wolfgang Hamel, dr Giuliano de Carolis oraz grupa neurochirurgów z Rosji, Białorusi i Ukrainy.**



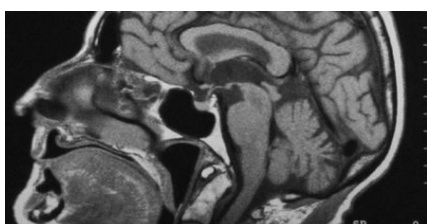
cert grupy MoCarta. Po koncercie goście i uczestnicy Zjazdu zostali zaproszeni na koktajl powitalny.

Głównymi tematami Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie były:

- biologia molekularna złośliwych guzów glejopochodnych,
- zmiany przerzutowe kręgosłupa i minimalnie inwazyjna chirurgia kręgosłupa,
- rzadkie nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz guzy pnia mózgu,
- guzy okołosiodłowe i radiochirurgia w guzach ośrodkowego układu nerwowego,
- neuromodulacja,
- choroby naczyniowe mózgu,
- neurochirurgia dziecięca,
- varia.

Równoległe do obrad plenarnych odbywały się obrady Sekcji Pielęgniarstwa Neurochirurgicznego Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów.

Program naukowy zrealizowany był w ramach 10 sesji plenarnych.



1. Biologia molekularna złośliwych guzów glejopochodnych – moderatorzy: prof. dr med. Walter Stummer, prof. dr med. Gabrielle Schackert, dr hab. Radosław Rola.

2. Przerzuty do kręgosłupa i minimalni, prof. dr hab. Andrzej Radek, prof. dr hab. Wojciech Maksymowicz.

3. Rzadkie nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz guzy pnia mózgu – moderatorzy: prof. dr med. Marcos Tatagiba, prof. dr

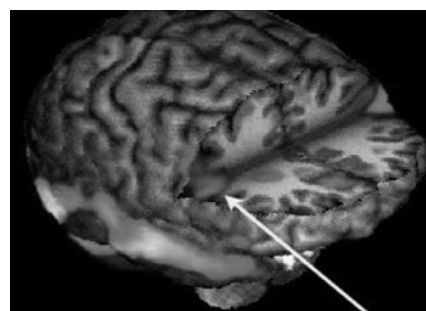
hab. Zbigniew Czernicki, prof. dr med. Christian Matula.

4. Neuromodulacja – moderatorzy: prof. dr hab. Marek Harat, prof. dr hab. Mirosław Ząbek, dr hab. Jarosław Maciaczyk.

5. Choroby naczyniowe mózgu – moderatorzy: prof. dr med. Volker Seifert, prof. dr hab. Tomasz Trojanowski, prof. dr hab. Paweł Słoniewski.

6. Neurochirurgia dziecięca – moderatorzy: prof. dr hab. Marcin Roszkowski, prof. dr hab. Marek Mandra, prof. dr hab. Stanisław Kwiatkowski.

7. Guzy okołosiodłowe i radiochirurgia w guzach ośrodkowego układu nerwowego – moderatorzy: prof. dr med. Rudolf Fahlbusch,



**Organizatorzy Zjazdu pragną podziękować wszystkim wykładowcom i gościom oraz prowadzącym warsztaty szkoleniowe za czynne i niezwykle owocne uczestnictwo w obradach. Uczestnikom Zjazdu i wszystkim przedstawiającym własne prace, serdecznie dziękujemy za bardzo wysoki poziom merytoryczny doniesień naukowych. To dzięki nim nasze lubelskie spotkanie mogło stać się czymś niezwykłym, co mamy nadzieję pozostanie w pamięci na długie lata.**



prof. dr hab. Dariusz Jaskólski, prof. dr hab. Włodzimierz Liebert.

8. Sesja młodych neurochirurgów – moderatorzy: prof. dr hab. Andrzej Marchel, prof. dr hab. Hen-

Po obradach uczestnicy Zjazdu spotkali się na imprezie plenerowej w Muzeum Ziemi Lubelskiej. Wieczór ten upłynął pod znakiem wysmienitej kuchni regionalnej

Towarzystwa Neurochirurgów, po którym w imponujących wnętrzach Zamku Lubelskiego odbyła się uroczysta kolacja dla uczestników Zjazdu.

W dniu następnym, po sesjach przedpołudniowych, Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego XLII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów z Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, oficjalnie zakończył obrady, dziękując jednocześnie wszystkim uczestnikom tych ważnych dla naszego środowiska wydarzeń naukowych.

Organizatorzy Zjazdu pragną serdecznie podziękować wszystkim wykładowcom i gościom oraz prowadzącym warsztaty szkoleniowe za czynne i niezwykle owocne uczestnictwo w obradach. Uczestnikom Zjazdu i wszystkim przedstawiającym własne prace, serdecznie dziękujemy za liczne przybycie i bardzo wysoki poziom merytoryczny doniesień naukowych. To dzięki Wam nasze spotkanie mogło stać się czymś niezwykłym, co mamy nadzieję pozostanie w pamięci na długie lata.



ryk Majchrzak, prof. dr hab. Ireneusz Kojder.

9. Sesje Varia I i II – moderatorzy: prof. dr hab. Piotr Ładziński, prof. dr hab. Zenon Mariak, prof. dr hab. Piotr Bażowski.

Wykłady wygłosiło 120 gości.

W 2 sesjach pielęgniarских, zaprezentowano 20 doniesień. Dodatkowo zorganizowano 2 sympozja sponsorskie poświęcone technologiom neuronawigacji i neuromodulacji, jak również dedykowane sympozjum poświęcone ekonomii funkcjonowania oddziału neurochirurgicznego.

W sesjach plakatowych odbywających się równoległe do obrad plenernych przedstawiono 118 prac.

oraz wspaniałej zabawy i tańców do późnych godzin nocnych. W sali kongresowej Collegium Maius Uniwersytetu Medycznego w Lublinie odbyło się Walne Zgromadzenie Sprawozdawcze Polskiego

---

**Zgodnie z tradycją, wręczono medale „Za zasługi dla polskiej neurochirurgii”. Za swoją pracę na rzecz Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów zostali wyróżnieni: prof. dr med. Gabrielle Schackert, prof. dr med. Volker Seifert i prof. dr hab. Marian Czochra.**

---

# Profesor Marian Czochra uhonorowany Medalem za Zasługi dla Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów

**Profesor Marian Czochra – nestor polskiej neurochirurgii, podczas niedawnego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, został uhonorowany prestiżowym wyróżnieniem – Medalem za Zasługi dla Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów. Z tej okazji prezentujemy dziś sylwetkę Pana Profesora.**

**P**rofeesor Marian Czochra urodził się 21 stycznia 1925 r. w Zwieryńcu. Studia medyczne ukończył w 1951 r. na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie otrzymując dyplom lekarza, jako pierwszy z absolwentów tego roku.

Od 1950 roku pracował nieprzerwanie w Akademii Medycznej w Lublinie, początkowo pod kierownictwem prof. Tadeusza

Jacyny-Onyszkiewicza w Klinice Chirurgii, a od 1958 r. pod kierownictwem prof. Haliny Koźniewskiej w Katedrze i Klinice Neurochirurgii.

Specjalizację drugiego stopnia z chirurgii ogólnej uzyskał w 1958 r., a z neurochirurgii w 1962 r. Posiada certyfikat wykonywania zawodu lekarza w Wielkiej Brytanii (nr T 29876, 15 september 1967 r.).

Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1964 r. na podstawie pracy: „Badania nad składem białek surowicy krwi u chorych po operacjach mózgowych”. Stopień doktora habilitowanego nadała mu Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie w roku 1972 na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt. „Kompleksowe badania nad regeneracją



**Profesor Marian Czocho**

nerwów obwodowych po zastosowaniu homogennego przeszczepu”. Praca wykonana była przy użyciu nowoczesnych sposobów badania izotopu (P32), badań biochemicznych, histochemicznych i histologicznych łącznie z użyciem mikroskopu elektronowego. Rezultaty badań zawarte w rozprawie habilitacyjnej zostały wyróżnione na II Kongresie Nauki Polskiej.

W 1973 r. został mianowany na stanowisko docenta i zastępcę kierownika Kliniki Neurochirurgii. W latach 1973 – 1985 r. był zastępcą dyrektora ds. klinicznych Instytutu

Chorób Układu Nerwowego Akademii Medycznej w Lublinie.

W latach 1975 – 1979 r. pełnił funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie oraz był członkiem licznych Komisji Senackich.

W 1982 r. Rada Państwa nadała mu tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego nauk medycznych. W 1990 r. został mianowany na stanowisko profesora zwyczajnego oraz kierownika Katedry i Kliniki Neurochirurgii Akademii Medycznej w Lublinie. W roku 1995 przeszedł na emeryturę.

W roku 1962 był uczestnikiem zebrania, na którym podjęto uchwałę dotyczącą utworzenia Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów (PTNch), bowiem w tym czasie neurochirurdzy stanowili w Polskim Towarzystwie Neurologicznym (PTN) sekcję towarzystwa.

Odbył szkolenie specjalistyczno-naukowe w wielu znakomitych ośrodkach neurochirurgicznych.

Pobyt prof. Czocho w zagranicznych ośrodkach neurochirurgicznych zaowocował przeniesieniem wielu koncepcji z zakresu neurochirurgii klinicznej do lubelskiego ośrodka, co miało istotny wpływ na rozwój zespołu lekarskiego Kliniki.

Profesor był członkiem założycielem PTNch, członkiem Zarządu Głównego PTNch oraz kilkakrotnie Komisji Rewizyjnej i Sądu Koleżeńskiego PTNch. Pełnił funkcję przewodniczącego Oddziału Lubelskiego PTNch. Był współorganizatorem zjazdu PTNch w Lublinie

---

**Dzięki usilnym staraniom prof. Haliny Koźniewskiej przy współudziale prof. Mariana Czocho i dr Mieczysława Serewki - dyrektora PSK nr 4 wybudowano obecną siedzibę Katedry i Kliniki Neurochirurgii, utworzono Oddział Rehabilitacji oraz Zakład Neuroradiologii AM w Lublinie.**



w 1987 roku. Był członkiem Komisji Urazów Układu Nerwowego oraz Komisji Naczyniowej Mózgu Komitetu Nauk Neurologicznych PAN. Od 1990 r. jest członkiem rzeczywistym Lubelskiego Towarzystwa Naukowego.

W latach 1973 – 1995 był konsultantem wojewódzkim do spraw neurochirurgii dla województwa lubelskiego, jak również konsultantem regionalnym i członkiem Krajowego Zespołu Specjalistycznego ds. Neurochirurgii oraz pełnił obowiązki konsultanta służby zdrowia Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych w Lublinie.

Został powołany przez ministra zdrowia na członka Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej PWRN w Lublinie (1973 – 1990).

Profesor Marian Czochoła był inicjatorem utworzenia oddziałów szpitalnych neurochirurgii w Zamościu i Radomiu.

W okresie pracy w Klinice Chirurgii zajmował się problemem patomechanizmu wstrząsu pourazowego (autoalergii we wstrząsie zmiążdżeniowym) i wpływu Ipronalu na doświadczalne powstawanie wrzodu żołądka.

W Katedrze i Klinice Neurochirurgii Akademii Medycznej w Lublinie dominującym kierunkiem działalności naukowo-badawczej były problemy chorób naczyniowych mózgu, w tym leczenie mikrochirurgiczne tętniaków i naczyniaków mózgu.

Profesor Marian Czochoła wprowadził jako pierwszy w kraju nowy zaproponowany przez Yasargila dostęp do tętniaków mózgu oraz guzów okołosiodłowych, ponadto:

stosował sympatektomię tętnic szyjnych w odcinku śródczaszkowym w celu zapobiegania skurczom naczyniowym po zaklipowaniu szypuły tętniaka;

dokonywał udroźnienia naczyń mózgowych (tętnicy środkowej mózgu);

przystosował igłę Gamskiego do biopsji guzów mózgu, której model po dwudziestu latach został wprowadzony do aparatury stereotaktycznej. W latach 60. igła ta uzyskała wysoką ocenę prof. J. Gillinghama;

wykazał zmniejszenie współczynnika albuminowo-globulinowego u chorych po operacjach guzów mózgu i urazach czaszkowo-mózgowych;

wyjaśnił patomechanizm objawów mylących u chorych z pourazowymi krwinkami wewnątrzczaszkowymi;

w latach 70. Ubiegłego stulecia zastosował zastawkę komorowo-otrzewnową w przypadkach guzów tylnej jamy czaszki przebiegających ze wzmożonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym w celu barostabilizacji przedoperacyjnej;

zastosował heterogenną powięź naświetlaną promieniami gamma do wykonywania plastyki opony twardej;

w badaniach eksperymentalnych wykazał, że połączenie homogenym przeszczepem nerwu naświetlanym promieniami gamma stwarza możliwość przepływu ak-

**Wysoka ocena działalności profesora Mariana Czochoły znalazła wyraz w licznych nagrodach i wyróżnieniach uczelnianych, wojewódzkich, resortowych oraz państwowych.**

soplazmy do obwodowego odcinka nerwu;

dokonał pierwszego w kraju uzupełnienia ubytku nerwu obwodowego u człowieka homogennym przeszczepem naświetlanym promieniami gamma.

Profesor jest autorem i współautorem 120 prac naukowych opublikowanych w czasopismach krajowych i zagranicznych.

Szereg Jego prac należy uznać za pionierskie i wnoszące trwałe dorobek do neurochirurgii polskiej.

Jest także autorem rozdziału „Tętniaki mózgu” w podręczniku „Neurochirurgia” pod red. J. Bzdzińskiego w 1988 r.

Prace Jego przedstawiane były na zjazdach i sympozjach w kraju i za granicą.

Jest promotorem 6 przewodów doktorskich oraz autorem dwóch wniosków na tytuł profesora. Dokonał recenzji około 40 rozpraw doktorskich.

Na wniosek Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej (CKK) profesor Marian Czochra dokonał 20 super recenzji na stopień doktora habilitowanego i 11 super recenzji na tytuł profesora w zakresie neurochirurgii.

Dzięki usilnym staraniom prof. Haliny Koźniewskiej przy współudziale prof. Mariana Czochry i dr Mieczysława Serewki – dyrektora PSK nr 4 została wybudowana obecna Katedra i Klinika Neurochirurgii, Klinika Rehabilitacji oraz Zakład Neuroradiologii AM w Lublinie.

Profesor będąc kierownikiem Katedry i Kliniki Neurochirurgii AM w Lublinie uzyskał dotację dla Oddziału Lubelskiego PTNCh, dzięki hojności Huty Ostrowiec Świętokrzyski w wysokości 100 000 zł, która nadal wykorzystywana jest na szkolenie młodej kadry neurochirurgicznej Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Prof. Adam Kunicki – twórca neurochirurgii polskiej, członek

QUOD FELIX FAUSTUM FORTUNATUMQUE SIT

SOCIETAS NEUROCHIRURGORUM POLONA

VIRO ILLUSTRISSIMO


*Professori Mariano Czochra*

DE NEUROCHIRURGIA POLONA OPTIME MERITO

NOMISMA HONORIFICUM

DECERNIT,

QUO SUMMAM ILLI REVERENTIAM OBSERVANTIAMQUE  
OB INSIGNES SUCCESSUS SCIENTIFICOS PRAESTAT



PRAESES  
*Marian Borkowski*

DATUM LUBLINI,  
DIE VICESIMA TERTIA MENSIS SEPTEMBRIS ANNO DOMINI MMXV

PAN wyraził opinię: „*prof. Marian Czochra wywarł wybitny wpływ na podwyższenie poziomu operacyjnego zespołu lekarskiego Kliniki Neurochirurgii, a wprowadzając nowe metody operacyjne dotychczas nie stosowane w kraju przyczynił się do rozwoju neurochirurgii polskiej*”.

Wysoka ocena działalności profesora Mariana Czochry znalazła swój wyraz w licznych nagrodach i wyróżnieniach uczelnianych, wojewódzkich, resortowych oraz państwowych.

Za zasługi poniesione dla rozwoju neurochirurgii i ochrony zdrowia w Polsce otrzymał m.in. Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty Krzyż Zasługi, Medal Komisji Edukacji Narodowej, Odznakę „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”, Honorową Odznakę Akademii Medycznej w Lublinie, Honorową Odznakę „Za Zasługi dla Lubelszczyzny” (dwukrotnie), Złotą Odznakę „Zasłużony Dla Miasta Lublin”.

Red.

# Pamiętne lata naszych studiów (cz. II)



**PROF. DR HAB. JAN TADEUSZ PIETRUSKI**  
BIAŁYSTOK

**N**a Akademii już w pierwszym semestrze spotkały nas pierwsze kolizje wykładów i ćwiczeń. Anatomia, która w życiu zawodowym mało się przydaje, co najwyżej chirurgom, którzy i tak muszą w topografii doszkalać się, zajmowała nam cały pierwszy rok i prawie wszystkie popołudnia. Preparowanie nerwów, naczyń, mięśni, narządów, wszystko musiało być zaliczone u asystenta i wpisane do książeczki prosektoryjnej. Na egzaminie praktycznym najważniejsza była osteologia. Musieliśmy nauczyć się poznawać po omacku kości i kosteczki śródreżca. Początkowo wydawało się to nie możliwe. Wszystkie, szczególnie te maleńkie wydawały się bardzo podobne. Laboranci, którym

szefował p. Popiak, udzielali nam „korepetycji”. Na praktycznym profesor Mieczysław Stelmasiak prowadził za sobą zdającą grupę i w biegu rozdawał kosteczki, które trzeba było natychmiast rozpoznać. Miał w ręce drucik, którym wskazywał dowolne miejsce w preparatach, które trzeba było również natychmiast opisać. Po tym szybkim i pełnym nerwów spacerze po salach ćwiczeń, zasiadaliśmy w gabinecie przed jego obliczem, oczekując na właściwy egzamin, który był mimo surowej twarzy profesora przyjemną rozmową.

Histologia u profesora Stanisława Grzyckiego, to było coś zupełnie innego. Profesor był niskiego wzrostu, o kruczo czarnych, gładko uczesanych włosach, z małymi wąsami i wydatnym brzuchem, co potęgowało dysproporcje tej postaci. Nosił czarne okrągłe okulary. Doskonale wykładał, ilustrując wykład pięknymi

**Wspólnie grupowo zdawaliśmy także egzaminy dyplomowe, choć pod koniec studiów było to już raczej przyzwyczajenie do zdawania w grupach, niż polecenie. Po śmierci Stalina w 1953 roku, rygory i pilnowanie studentów na każdym kroku wyraźnie osłabły, albo przestały w ogóle istnieć. Wszyscy coraz częściej myśleli jak się urządzić po studiach.**

rysunkami robionymi na bieżąco na tablicy kolorowymi kredami. Pochodził ze Lwowa, gdzie był rysownikiem w zakła-



**Profesor Mieczysław Stelmasiak**

**Na egzaminie praktycznym profesor Mieczysław Stelmasiak prowadził za sobą zdającą grupę studentów i w biegu rozdawał kosteczki, które trzeba było natychmiast rozpoznać. Miał w ręce drucik, którym wskazywał dowolne miejsce w preparatach, które trzeba było również natychmiast opisać. Po tym szybkim i pełnym nerwów spacerze po salach ćwiczeń, zasiadaliśmy w gabinecie przed jego obliczem, oczekując na właściwy egzamin, który był mimo surowej twarzy profesora przyjemną rozmową.**

dzie histologii UJK u prof. Bolesława Jawłowego, który zginął we Lwowie, zastrzelony na ulicy w 1942 roku. Ponieważ nie było podręczników, profesorowie starali się wydawać skrypty i z takiego skryptu Grzyckiego, również pięknie ilustrowanego, ale czarno-białego nauczyliśmy się histologii. Ćwiczenia prowadził doktor Józef Staszyc, który później został kierownikiem zakładu. W trakcie roku szkolnego trzeba było kilka razy zaliczyć określone części materiału, za co dostawało się ocenę, która świadczyła o postępie w nauce studenta, ale nie miała istotnego wpływu na wynik egzaminu.

Na pierwszych dwóch latach mieliśmy jeszcze biologię u prof. Hieronima Jawłowskiego, fizykę u prof. Armina Teske, chemię fizjologiczną u profesor Janiny Opieńskiej-Blauth, postrachu studentów, która zresztą zasiadała w komisji mojego egzaminu wstępnego i chemię ogólną, bodajże u profesor Ireny Krzeczowskiej. Ćwiczenia z chemii fizjologicznej i histologii odbywały się w Collegium Maius. Było to na końcu ul. Lubartowskiej, dość daleko i jeśli pogoda dopisała, jeździliśmy tam z Januszem rowerami. Asystentami byli wówczas doktor Jerzy Krawczyński, doktor Tomasz Borkowski i doktor Marian Szymona, którzy zostali później wybitnymi profesorami. Z gimnazjum im. Staszica i Zakładu Biologii na rogu Godebskiego do Collegium Maius było tak daleko, że nie można było zdążyć, jeżeli ćwiczenia odbywały się bezpo-

średnio jedno po drugim. Na komunikację miejską nie można było liczyć.

Na trzecim roku zaczęły się ćwiczenia kliniczne. Interna u profesora Alfreda Tuszkiewicza, chirurgia u profesora Feliksa Skubiszewskiego, oraz anatomia patologiczna u profesora Stanisława Mahrburga. Wszystkie w PSK na ul. Staszica, w dawnym szpitalu Sióstr Szarytek. Tuszkiewicz był przystojny, szczupły, wysokiego wzrostu, raczej poważny i w odróżnieniu od profesora Liebarta nie uśmiechał się i nie opowiadał dowcipów. Należał do wybitnych profesorów o wysokiej kulturze osobistej, eleganckim sposobie bycia i wielkich walorach dydaktycznych. Podobnie jak Grzycki był wychowankiem Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Na wykłady w sali anatomii patologicznej przychodził zawsze kilku pacjentów, których wspólnie ze studentami badał, omawiał, różnicował. Studenci byli losowo pytani o własne zdanie, które profesor korygował. Wspólnie ze studentami ustalał leczenie oraz prognozę. Wiele z tych wykładów tak świetnie ilustrowanych pamiętam do dzisiaj. W ramach ćwiczeń uczestniczyliśmy w jego obchodach, które na jednej sali trwały nieraz nawet kilka godzin. Interesowało mnie zbieranie szczegółowego wywiadu i badanie z różniczką (diagnostyka różnicowa – przyp. red.), nie mogłem jednak w sobie wzbudzić zainteresowania do tego rodzaju pracy, jako lekarza, tym bardziej, że tradycyjnym zwyczajem pierwszy

rząd uczestników przy łóżku chorego zajmowali według hierarchii adiunkci i asystenci, a w tyle dopiero my. Było to dla mnie dowodem, że nie można ćwiczeń klinicznych odbywać w dużych grupach, bo niewiele to daje. Już wtedy postanowiłem, że nie zostanę internistą. Chciałem coś robić, coś wymiernego, tym się wykazać i za to odpowiadać.

Profesor Feliks Skubiszewski, kierownik I Kliniki Chirurgicznej był raczej niskiego wzrostu, tęgiej postury, z wydatnym brzuchem, w okularach, z grubą i krótką szyją z podbródkiem. Powolne ruchy nadawały tej postaci charakterystyczny wygląd z dala rozpoznawalny. Ale cechą charakterystyczną „Felka” oprócz wyglądu, były powiędzenia i pytania podczas operacji i na egzaminach, które do dziś, jak anegdota powtarza się. Np. „Za jakie jest jelito cienkie?” Prawidłowa odpowiedź miała brzmieć: „za długie”. I wiele innych podobnie formułowanych. A po egzaminie, gdy stawał trójkę kazał studentowi przysięgać, że nigdy nie zostanie chirurgiem. Przyszli profesorowie chirurgii, z których z pewnością nie jeden dostał trójkę, musieli łamać złożoną przysięgę. Skubiszewski w późniejszych latach został patronem lubelskiej Akademii Medycznej. Jego bratanek był w latach dziewięćdziesiątych ministrem spraw zagranicznych.

Po trzecim roku wyjechaliśmy z Zosią do Mielca na praktykę wakacyjną.



**Profesor Józef Staszyc**



**Profesor Janina Opieńska-Blauth**

W dziekanacie wywieszano nazwy szpitali z lubelskiego i rzeszowskiego. Można było dobrać się w miarę wolnych miejsc i osób, z którymi chciało się pojechać. Szpital był mały, senny, roboty nie było wiele, bo trudne przypadki odsyłano gdzie indziej. Było to pierwsze zetknięcie się z chorymi, bez tłumu asystentów i studentów. Serdecznie opiekowali się nami tamtejsi dwaj lekarze, nie wiele starsi od nas, ale już pracujący samodzielnie: Doktor Głębocki i doktor Orłowski. Od pierwszego dnia zapanowały między nami i leka-

rzami stosunki prawdziwie koleżeńskie. Personel średni traktował nas z szacunkiem, którego w klinikach, wśród tłumu studentów niełatwo było się dopatrzeć. Nie żalowali nam dobrych rad, analizowaliśmy wspólnie wszystkie przypadki, objawy, wyniki badania fizykalnego, badania dodatkowe, które wykonywano w małym szpitalnym laboratorium. Przyglądaliśmy się jak robi się zlecone zdjęcia rtg, które zresztą wykonywała siostra zakonna. Nie było radiologa, więc na drugi dzień rano w negatoskopie oglądaliśmy je i opisywaliśmy wspólnie, ucząc się odróżniać cienie fizjologiczne od patologicznych. Dla nas stojących podczas ćwiczeń za plecami asystentów, adiunktów były to dni szczególne, pierwszego bezpośredniego spotkania z chorym, w tym także z ciężko chorymi. Nie zapomnę przypadku młodego człowieka, który jadąc w nocy motocyklem nadział się kłatką piersiową na dyszel nieoświetlonej furmanki. Uderzenie było śmiertelne. Niestety miał na piersiach czarną okrągłą plamę dokładnie w rzucie serca i oczywiście nie miał żadnych szans.

Lipiec roku 1952 był upalny. W Mielcu nie było gdzie się podziać. Nic się nie działo. Obok szpitala były bloki, w których mieszkali pracownicy zakładów lotniczych. Stara część miasta, dość odległa, zabudowana małymi parterowymi domkami także niczym nie mogła przyciągnąć. Dlatego też właściwie

nie opuszczaliśmy szpitala. Nasi dwaj starsi koledzy nie mieli partnerów do brydża i ochoczo zaakceptowali naszą propozycję, aby wspólnie zagrać. Skończyło się tym, że popołudniami graliśmy codziennie. I tak minęła mielecka praktyka.

Po czwartym roku ożeniłem się z Zosią. Wyjechaliśmy w podróż poślubną... na praktykę do Rzeszowa, miasta, które pamiętałem z czasów okupacji. Tam przeżyliśmy z moim starszym bratem Mietkiem koniec wojny, który w nocy z 8/9 maja 1945 świętowano w kano nadą z wszystkich możliwych rodzajów broni. Baliśmy się czy to znów nie wojna i dopiero rano okazało się, co było przyczyną strzelaniny.

Szpital był bardzo ładny, duży, wybudowany przed samą wojną i szczęśliwie ocalał. W ramach obowiązkowej praktyki, każdy szpital, w którym się je odbywało gwarantował mieszkanie i wyżywienie. Jakość jednego i drugiego była różna, ale nikt z nas nie narzekał. Trafiliśmy na oddział ginekologiczno-położniczy, którego szefem był dr Tadeusz Żaczek. Ordynator miał doskonałą szkołę, chętnie i dużo operował i chciał nas widzieć nie na oddziale, ale głównie na sali operacyjnej. Spędzaliśmy tam całe ranki. Rządziej przyglądaliśmy się z za pleców operatora, bowiem lekarze byli na urlopie i potrzebna była asysta. Asystowaliśmy, albo dawaliśmy narkozę dawnym systemem kapania

**Profesor Feliks Skubiszewski, kierownik I Kliniki Chirurgicznej był raczej niskiego wzrostu, tęgiej postury, z wydatnym brzuchem, w okularach, z grubą i krótką szyją z podbródkiem. Cechą charakterystyczną „Felka” oprócz wyglądu, były powiedzenia oraz pytania podczas operacji i na egzaminach, które do dziś, jak anegdoty powtarza się. Np. „Za jakie jest jelito cienkie?” Prawidłowa odpowiedź miała brzmieć: „za długie”. I wiele innych, podobnie formułowanych. A po egzaminie, gdy stawał trójkę kazał studentowi przysięgać, że nigdy nie zostanie chirurgiem. Przyszli profesorowie chirurgii, z których z pewnością niejedyn dostąpił trójkę, musieli łamać złożoną przysięgę. Skubiszewski w późniejszych latach został patronem lubelskiej Akademii Medycznej. Jego bratanek był w latach dziewięćdziesiątych ministrem spraw zagranicznych.**



---

**Byliśmy świadkami tragicznych wydarzeń związanych z eterem. Był to okres, gdy na bloku operacyjnym pojawiły się iskrzące koszulki i fartuchy z tworzywa sztucznego produkcji NRD, doprowadzające do wybuchu par eteru. W Polsce doszło do kilku eksplozji w drogach oddechowych z oparzeniem, rozsądzeniem oskrzeli i oskrzelików, co doprowadzało do śmierci. Szybko wycofano nylonową bieliznę z sal operacyjnych, wracając do bawełnianej, a wkrótce także eter, na Zachodzie wycofany już przed kilku laty, wprowadzając niepalny *halotan* (flutotan). Wycofano się też z „kapanej narkozy”, wprowadzając pod koniec lat sześćdziesiątych aparaty do narkozy w obiegu zamkniętym z pochłaniaczami. Dziś eter należy do historii, trafia się na niego tylko w... krzyżówkach, a anestezjologia przeszła kolejne etapy, stając się znacznie bezpieczniejsza i spełniająca wymagania najbardziej wymagających operatorów.**

---

eteru na maskę *Schimmelbuscha*. Była to metalowa maseczka z siatką, zakrywająca nos i usta, którą szczelnie pokrywało się małą serwetką, na którą kapał eter. Pacjent oddychał ulatniającymi się parami eteru, których wiele dostawało się na salę operacyjną, wszystkich po trochu usypiając. Zapach eteru był wszechobecny. Mowy nie mogło być o jakiegokolwiek kontroli głębokości narkozy.

Pewnego dnia dawałem narkozę ciężarnej, z poprzecznym ułożeniem płodu, w celu dokonania obrotu. Długo utrzymywało się napięcie, nie pojawiało się typowe dla narkozy zwiotczenie, utrudniające dokonanie zabiegu. W trakcie prób doszło do zatrzymania akcji serca, które mimo reanimacji nie podjęło funkcji i chora zmarła. Przeżyłem śmierć tej pacjentki bardzo głęboko i nie mogę o tym tragicznym wydarzeniu zapomnieć do dziś. Dziecko zostało uratowane. Nieraz zastanawiałem się, dlaczego nie zdecydowano się na cesarskie cięcie. Może były jakieś nieznanne mi przeciwwskazania.

Już w późniejszych latach byliśmy mimowolnymi świadkami tragicznych wydarzeń związanych z eterem. Był to okres, gdy na bloku operacyjnym pojawiły się iskrzące koszulki i fartuchy z tworzywa sztucznego produkcji NRD, doprowadzające do wybuchu par eteru. W Polsce doszło do kilku eksplozji

w drogach oddechowych z oparzeniem, rozsądzeniem oskrzeli i oskrzelików, co doprowadzało do śmierci. Szybko wycofano nylonową bieliznę z sal operacyjnych, wracając do bawełnianej, a wkrótce także eter, na Zachodzie wycofany już przed kilku laty, wprowadzając niepalny *halotan* (flutotan). Wycofano się też z „kapanej narkozy”, wprowadzając pod koniec lat sześćdziesiątych aparaty do narkozy w obiegu zamkniętym z pochłaniaczami. Dziś eter należy do historii, trafia się na niego tylko w... krzyżówkach, a anestezjologia przeszła kolejne etapy, stając się znacznie bezpieczniejsza i spełniająca wymagania najbardziej wymagających operatorów.

Gdy w 1969 roku byłem we Francji, zauważyłem, że anestezjolog mojego francuskiego szefa używała do każdego zabiegu w narkozie nowych jednorazowych plastikowych rur, łączących aparat z rurką intubacyjną. U nas gumowe rury używano wówczas wielokrotnie. Tak samo kilkakrotnie używano rękawiczek, które myto, suszono i talkowano, a następnie sterylizowano, przez co stawały się kruche i łatwo podczas operacji robiły się dziury, ale wtedy AIDS (fr. SIDA) nie był znany. Zauważyłem też, że siostra na sali operacyjnej liczyła zużyte gaziki, wpisując każdy do specjalnego zeszytu, za które płacił pacjent

lub jego ubezpieczenie. U nas wtedy nikt na takie rzeczy także nie zwracał uwagi.

Nadeszły ostatnie lata kliniczne, ćwiczenia i egzaminy. Mimo rozluźnienia na studiach, zdawaliśmy je grupowo w ciągu jednego lub dwóch dni. Było lato 1954, ostatnie lato i wakacje na studiach. W jesieni rozjeżdżaliśmy się już, nie zdając sobie sprawy, że w takim gronie już się nie spotkamy. Obowiązywały nakazy pracy, jedno z niewielu logicznych postanowień, jakie wtedy obowiązywały.



**Profesor Stanisław Liebhart**

# Historia powołania i rozwój Katedry Mikrobiologii Lekarskiej

(cz. III)

Katedra zakończyła badania nad cechami genetycznymi wirusów Echo 9. Prace wniosły nowe dane o wpływie pewnych czynników na patogenność enterowirusów, wskazały konieczność stosowania metod serologicznych zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu schorzeń wywołanych przez te wirusy. Przeprowadzono badania nad wpływem wybranych substancji chemicznych na rozwój wirusów. W zakresie wirusologii prowadzono również badania nad ustaleniem etiologii zakażeń wirusowych górnych dróg oddechowych.



---

**PROF. DR HAB. MARIA KOZIÓŁ-MONTEWKA\***  
LUBLIN

---

**W**pracowni immunopatologii kontynuowano badania nad poziomem dopełniacza w różnych przypadkach klinicznych. Oznaczanie poziomu

dopełniacza stosowano dla celów prognostycznych oraz u kobiet rodzących i noworodków z konfliktem serologicznym w zakresie głównych grup krwi. Innym kierunkiem badań prowadzonych w pracowni immunologicznej były doświadczenia nad poziomem immunoglobulin, wykonywane metodą precipitacji ilościowej. Wykorzystywano do tego celu surowice pa-

---

\* *Em. kierownik Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej UM w Lublinie.*

---

**Profesor Maria Tuskiewicz wprowadziła wiele nowych odczynów serologicznych do diagnostyki klinicznej Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej. W 1957 roku wydała pracę pt. „Wartość odczynu antystreptolizynowego w rozpoznaniu różnicowym chorób stawów”. W następstwie tego Zakład stał się pierwszym na Lubelszczyźnie ośrodkiem, który wprowadził odczyn ASO, a następnie odczyn Waalera-Rosego i próbę bentonitową do rozpoznawania i różnicowania chorób reumatycznych. Natomiast metoda hemaglutynacji biernej Middlebrooka-Dubosa, okazała się przydatna w diagnostyce chorób zakaźnych, jako czulsza od innych, wcześniej stosowanych odczynów serologicznych.**

---

cientów chorych na reumatoidalne zapalenie stawów i surowice z dysproteinemią. Równocześnie prowadzono badania *In vitro* nad komórkami wytwarzającymi składową C3 dopełniacza.

Pod kierownictwem Profesora Zygmunta Hencnera Katedra nadal prowadziła szeroko rozbudowaną dydaktykę. Organizacją zajęć dydaktycznych zajmowała się adiunkt dr Anna Sidor-Wójtowicz. Pracownicy naukowo-dydaktyczni opracowali dwa wydania podręcznika dla studentów pt. „Wirusologia lekarska” pod redakcją doc. dr Leona Jabłońskiego (PZWL, Warszawa 1969, 1973). Współautorami tej pozycji była doc. dr Jadwiga Szczygielska i doc. dr Zygmunt Hencner. Wydano podręcznik dla studentów pt. „Podstawy mikrobiologii lekarskiej” pod redakcją doc. dr L. Jabłońskiego, przy współautorstwie sześciu pracowników Katedry (Warszawa 1971). Pod redakcją doc. dr L. Jabłońskiego została także opracowana pozycja pt. „Wirusologia kliniczna” przy udziale czternastu pracowników naukowych Wydziału Lekarskiego. Docent Maria Tuskiewicz stworzyła rozdziały w monografii pt. „Immunologia patologiczna” (pod redakcją A. Bratkowskiej). Natomiast dr M. T. Cybulska przygotowała rozdziały w monografii pt. „Leptospiiry i leptospirozy”. Pod redakcją doc. dr Z. Hencnera została opracowana monografia pt. „Choroba ptasia”. Wymienione wyżej pozycje wskazują na ogrom pracy, jaką włożyli pracownicy w udoskonalenie dydaktyki.

Nieprzerwanie działało Studenckie Kółko Naukowe. Jego opiekunami byli doc. dr L. Jabłoński, doc. Z. Hencner, dr S. Popławski i dr. H. Doleżko-Marciniak. Własne prace członkowie koła prezentowali na zjazdach ogólnopolskich, otrzymywali z tego tytułu liczne nagrody i wyróżnienia. Członkowie Koła stanowili następnie fachową kadrę wielu Klinik, szpitali i zakładów.

Warto podkreślić znaczenie całokształtu badań nad chorobami odzwierzęcymi ze szczególnym uwzględnieniem pałeczek *Brucella* i ich fagów oraz krętków *Leptospira*. W Katedrze prowadzono badania wirusologiczne dotyczące wirusów grypy i enterowirusów, a także realizowano pierwsze w Polsce badania wdrożeniowe nad odczynem streptolizynowym (ASO). Katedra prowadziła również badania bakteriologiczne nad pałeczkami *Klebsiella* i drobnoustrojami z rodzaju *Miyagawanella* skupiając się wyjątkowo nad chorobą ptasia – ornitozą

Profesor Maria Tuskiewicz wprowadziła wiele nowych odczynów serologicznych do diagnostyki klinicznej Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej. W 1957 roku wydała pracę pt. „Wartość odczynu antystreptolizynowego w rozpoznaniu różnicowym chorób stawów”. W następstwie tego Zakład stał się pierwszym na Lubelszczyźnie ośrodkiem, który wprowadził odczyn ASO, a następnie odczyn Waalera-Rosego i próbę bentonitową do rozpoznawania i różnicowania chorób reumatycznych. Na-

---

**Współpraca z wieloma klinikami Uniwersytetu Medycznego zaowocowała rozwojem interesujących badań, licznymi publikacjami oraz osiągnięciem stopni naukowych, budowano też nową płaszczyznę dla wspólnych konferencji mikrobiologiczno-klinicznych.**

tomiast metoda hemaglutynacji biernej Middlebrooka-Dubosa, okazała się przydatna w diagnostyce chorób zakaźnych, jako czulsza od innych, wcześniej stosowanych odczynów serologicznych.

W okresie, kiedy kierownikiem Katedry był profesor Józef Parnas (1953-1968), dr Maria Tuszkiewicz włączyła się do badań nad pałeczkami *Brucella*, zajmując się głównie ich budową antygenową. Otrzymywane wyniki badań obejmujące szeroki zakres obserwacji publikowała w poważnych czasopismach krajowych i zagranicznych. Wraz z Instytutem Medycyny Pracy i Higieny Wsi zajęła się problem toksoplazmozy. W roku 1958 przebywała jako stypendystka Ministerstwa Zdrowia kilka miesięcy w Instytucie Pasteura w Paryżu, a w 1965/66 w Instytucie Cantacuzino w Bukareszcie, gdzie miała możliwość przygotowania habilitacji. W 1966 r. otrzymała tytuł docenta na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt. „Endotoksyny pałeczek *Brucella*”.

Jej publikacje z tego zakresu drukowane w „Nature” i czasopismach zachodnioeuropejskich wzbudziły szerokie zainteresowanie wśród badaczy. Pod koniec swojej pracy zawodowej posiadała w dorobku ponad 100 publikacji. Nominację profesorską otrzymała dopiero jako emerytka w roku 1991 z rąk prezydenta Lecha Wałęsy, na skutek starań ówczesnego rektora AM Profesora Mariana Kazimierza Klamuta.

Po przejściu na emeryturę, w 1981 roku nie zrezygnowała z czynnego życia. Nadal była przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Immunologicznego oraz Towarzystwa im. Kopernika. W 1986 roku przetłumaczyła z niemieckiego książkę prof. Ludwika Flecka pt. „Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache”. Był to hołd złożony swojemu nauczycielowi, który był nie tylko wybitnym immunologiem, lecz również filozofem. Przez wiele lat była związana z ruchem „Solidarność”.

## Rozwój Katedry pod kierownictwem prof. dr hab. Marii Koziół-Montewki

W roku 1998 po objęciu kierownictwa w Katedrze Mikrobiologii wprowadzałam nowe kierunki badawcze łącząc doświadczenia w zakresie immunologii wyniesione z Kliniki Nefrologii i aktualne problemy mikrobiologiczne prezentowane na cyklicznych konferencjach europejskich ECCMID. Rozwój badań molekularnych, wprowadzenie metod PCR i nowoczesnych wówczas metod ELISA pozwoliły na badania sieci cytokin w chorobach zakaźnych wraz z genetyczną identyfikacją patogenu oraz ba-

dania chorób wieloczynnikowych będących wówczas w nurcie głównych zainteresowań. Uważam, że warto przedstawić główne zagadnienia, które realizowano wówczas w Katedrze Mikrobiologii przy współpracy z wieloma Klinikami Uniwersytetu Medycznego w świetle współdziałania Uczelni w głównych nurtach badawczych, cykliczności badań nad niektórymi chorobami oraz aby „ocalić od zapomnienia” niektóre fakty, osoby, ich aktywność, zaangażowanie, poświęcenie dla pracy badawczej.



Gorącymi tematami, które pojawiły się z końcem lat dziewięćdziesiątych, dzięki wprowadzeniu metod PCR i odpowiednich badań serologicznych, immunologicznych, aktywacji sieci cytokin, były zakażenia wywołane przez *Chlamydia pneumoniae*, oraz ich udział w chorobach nieinfekcyjnych. Badania prowadzone przez zespół dr J. Niedźwiadek, dr E. Mazur, prof. A. Wolskiego obejmowały szeroki zakres badań w tym udział *Chlamydia pneumoniae* w rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, astmy. Związek *Chlamydia pneumoniae* z miażdżycowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej, u chorych z tętniakiem aorty brzusznej – badane były aspekty immunologiczne i konsekwencje kliniczne oraz skuteczność terapii antybiotykowej. Badania prowadzono stosując nowoczesne wówczas metody molekularne w tym detekcję DNA *Chlamydia pneumoniae* w blaszkach miażdżycowych, badania serologiczne oraz stężenia cytokin co sprawiło, że prace były prezentowane na międzynarodowych konferencjach i publikowane w znaczących czasopiśmiech.

Apel WHO w 1992 roku w sprawie gruźlicy i wprowadzenie metod PCR do identyfikacji drobnoustrojów spowodowały światową reaktywację badań w kierunku gruźlicy. Badania dr J. Oleś i dr A. Magryś obejmowały badania immunologiczne (stężenia cytokin, mieloperoksydazy) u pacjentów z aktywną gruźlicą, wprowadzenie nowoczesnych molekularnych metod diagnostycznych w tym nested PCR i odwrotnej hybrydyzacji przeznaczone do identyfikacji gruźlicy poza-płucnej oraz badania mutacji w genie *rpoB* oporności na rifampicynę u szczepów *Mycobacterium tuberculosis* izolowanych z różnych materiałów. Prowadzone były szeroko zakrojone badania dotyczące latentnego zakażenia *Mycobacterium tuberculosis*. Wysoce interesujący aspekt badawczy prowadzony przez dr A. Magryś dotyczył badań nad stężeniem białka HMGB1 w surowicy chorych z gruźlicą oraz zakażonych pałeczkami *Legionella*. Mechanizmy zakażeń makrofagów i mechanizmy obronne w hodowli *In vitro* były badane metodą cytometrii przepływowej, w mikroskopie sił atomowych. Badania kliniczne dotyczące latentnych zakażeń obejmowały chorych dializowanych, chorych po przeszczepie nerki, z chorobą reumatoidalną oraz u dzieci i młodzieży w nowym aspekcie diagnostyki i zapobiegania aktywnej i latentnej postaci gruźlicy.

---

**Z dniem 1 października  
2014 r. kierownictwo Katedry  
Mikrobiologii Lekarskiej  
powierzono dr hab.  
Alinie Olender.**

Trafność badań została potwierdzona przez wydany przez WHO w 2015 roku „Guidelines on the management of latent tuberculosis infection”. Wyniki prowadzonych badań były prezentowane na światowych i europejskich konferencjach oraz publikowane w czasopiśmiech o wysokim IF.

Szerokospektralne badania nad *Corynebacterium spp.* prowadzone były przez dr hab. Alinę Olender. Pierwsze doniesienie zjazdowe rozpoczynające bogaty cykl publikacji ukazało się w 1991 roku „Określenie gatunków z rodzaju *Corynebacterium* (dyfteroidy) jako czynnika etiologicznego zakażeń klinicznych i porównanie wrażliwości na antybiotyki izolowanych gatunków”. Kolejne badania i publikacje obejmowały immunogenność, badania nad działaniem cytotoksycznym oraz morfologiczne i biochemiczne właściwości szczepów *Corynebacterium propinquum* (C. ANF3) izolowanych od chorych z zapaleniem błon śluzowych nosa i gardła. Następne zainteresowania obejmowały charakterystykę gatunków oportunistycznych *Corynebacterium* i pokrewnych *coryneforms* izolowanych z różnych materiałów klinicznych. W pracach eksperymentalnych badano indukcyjne i cytotoksyczne działanie *Corynebacterium pseudodiphtheriticum* na komórki nabłonkowe (Hep-2). Znaczące były wyniki badań nad konstytutywnym typem oporności  $MLS_B$  u *Corynebacterium pseudodiphtheriticum* izolowanych z materiałów uzyskanych z górnych dróg oddechowych. Kontynuacja badań nad morfologią, mechanizmami oporności i właściwościami immunologicznymi *Corynebacterium spp.* były przedmiotem rozprawy habilitacyjnej w roku 2012.

Kolejny kierunek badań prowadzony w Katedrze Mikrobiologii powstał wraz z pojawieniem się problemu właściwej serologicznej diagnostyki boreliozy. Badania prowadzone przez dr hab. Małgorzatę Tokarską-Rodak obejmowały analizę swoistości i czułości dostępnych metod ELFA, ELISA i Western Blot w stosunku do powszechnie występujących w Polsce gatunków *Borrelia* oraz aktualnie pojawiających się *B. spielmanii* z uwzględnieniem postaci klinicznych oraz zmienności antygenowej *in vivo*. Szczególnie intensywnie badaną grupą byli pracownicy leśnictwa, rolnicy jako grupa zawodowa o najwyższym ryzyku choroby. Badania zróżnicowanej oporności na zakażenia były prowadzone w zakresie udziału składowych dopełniacza klasycznej drogi jak i czynnika H drogi alternatywnej. Wieloaspektowe badania nad boreliozą u leśników i rolników oraz badania procesów towarzyszących zakażeniu w modelu *in vitro* z zastosowaniem nowatorskiej metody badań morfologicznych i modelu Younga w mikroskopie sił atomowych były przedmiotem rozprawy habilitacyjnej wykonanej w 2014 r.

W roku 2008 zostały wprowadzone w Polsce regulacje prawne dotyczące zagrożeń związanych



z zanieczyszczeniem sieci wody ciepłej przez bakterie *Legionella pneumophila* oraz stały się dostępne testy diagnostyczne na obecność antygeny Legionella w moczu u osób z rozwijającym się zakażeniem. Było to spójne z rozpoczętymi wcześniej badaniami nad bakteriami *Legionella pneumophila*. Badania prowadzono w dwóch kierunkach: obecność bakterii w sieci wody ciepłej w budynkach zbiorowego zamieszkania, metody eradykacji bakterii, wybór i skuteczność metod. Oceny zagrożenia poprzez badanie dopuszczalnych wartości w szpitalach i innych obiektach zbiorowego zamieszkania dokonano w województwie lubelskim, co było przedmiotem pracy doktorskiej Małgorzaty Wójtowicz. Badania dotyczące zakażenia ludzi a szczególnie z grupy ryzyka o obniżonym statusie immunologicznym, badania podatności na zakażenie i ocena odpowiedzi immunologicznej poprzez uwalnianie cytokin w warunkach in vitro były przedmiotem pracy doktorskiej Agnieszki Sikory. Nabyte doświadczenia i wiedza skłoniły nas do zorganizowania konferencji naukowej w zakresie Legionella oraz kursów i szkoleń.

Współpraca z wieloma klinikami Uniwersytetu Medycznego zaowocowała rozwojem interesujących badań, licznymi publikacjami oraz osiągnięciem stopni naukowych, budowano też nową płaszczyznę dla wspólnych konferencji mikrobiologiczno-klinicznych.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się organizowane począwszy od 2008 roku cykliczne konferencje pulmonologiczne pt. „Zakażenia układu oddechowego – postępy w diagnostyce i leczeniu”. Program konferencji poruszał zagadnienia z pogranicza kliniki i mikrobiologii, takie jak: właściwe pobieranie materiału i interpretacja badań mikrobiologicznych, problemy

antybiotykoterapii empirycznej, prewencja w nawracających zakażeniach. W ramach współpracy w tym zakresie prowadzone były badania przez dr E. Mazur obejmujące ocenę przydatności parametrów klinicznych oraz badań mikrobiologicznych do optymalizacji antybiotykoterapii ostrego zapalenia gardła i migdałków podniebiennych u dzieci. Badania dotyczące epidemiologii, charakterystyki klinicznej i mikrobiologicznej ropni okołomigdałkowych u dorosłych zostały opublikowane w renomowanych czasopismach o zasięgu międzynarodowym. Współpraca z dr hab. Arturem Niedzielskim z Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego obejmowała zagadnienia związane z aktywacją sieci cytokin w zapaleniu ucha środkowego, udziału biofilmu w patogenezie zapalenia ucha środkowego, charakterystykę czynników etiologicznych i postępowanie terapeutyczne.

Wyjątkowe zainteresowanie wśród mikrobiologów i klinicystów uzyskały konferencje organizowane od 2008 r. w Kazimierzu pt. „Aktualne problemy mikrobiologiczne w praktyce klinicznej – zakażenia chirurgiczne”. Organizatorami Konferencji wraz z Katedrą Mikrobiologii Lekarskiej były Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplancyjnej i Leczenia Żywnościowego – prof. dr hab. Sławomir Rudzki, Klinika Ortopedii i Traumatologii – prof. dr hab. Tomasz Mazurkiewicz, Oddział Chirurgii Naczyniowej PSK nr 4 – prof. dr hab. Andrzej Wolski.

Tematy przewodnie w poszczególnych latach obejmowały analizę klinicznych czynników ryzyka zakażeń, profilaktykę okołoperacyjną, strategię bakterii w szeroko pojętych zakażeniach chirurgicznych i or-

topedycznych, oporność na antybiotyki oraz aspekt niezwykle istotny w pracy klinicysty i mikrobiologa – przyczyny niepowodzeń w antybiotykoterapii. Sukces organizacyjny zawdzięczamy dr Justynie Niedźwiadek i lek. wet. Jerzemu Ligęzie, ich wyjątkowemu poświęceniu czasu i zaangażowaniu.

Na konferencjach referowane były wyniki współpracy, powstawały też nowe badania w zakresie współpracy z poszczególnymi klinikami. Współpraca z Kliniką Chirurgii obejmowała: badania interakcji patogen-gospodarz u chorego operowanego, charakterystykę drobnoustrojów izolowanych od pacjentów z powikłaniami po zabiegach chirurgicznych w jamie brzusznej, zakażenia miejsca operowanego – charakterystykę czynników ryzyka, endogennych źródeł zakażenia i metody zapobiegania. Zastosowanie sieci Bayesowskich w prognozowaniu wystąpienia zakażenia miejsca operowanego. Zakażenia wywołane przez *Candida spp* u pacjentów operowanych w zakresie jamy brzusznej. Wyniki wspólnych badań były przedmiotem prac doktorskich mgr Doroty Plewik i dr Macieja Montewki.

Współpraca z Kliniką Ortopedii dotyczyła badań w zakresie mikrobiologicznych i immunologicznych przyczyny septycznego i aseptycznego obluzowania implantów stawu biodrowego. Przeprowadzono badania analizy mikrobiologicznej implantów stawu biodrowego i zapalnych wskaźników w płynie stawowym oraz w surowicy krwi. Szczególnie istotne było opracowanie metody sonikacji implantu co pozwalało na rozbicie powstałego biofilmu i uwolnienie drobnoustrojów. Wyniki analizy czynników zapalnych w płynie stawowym i surowicy były przedmiotem pracy doktorskiej dr Dagmary Strzelec-Nowak. Wysoce interesujące były wyniki badań dr Agnieszki Bogut stanowiące rozprawę doktorską, obejmujące identyfikację czynników etiologicznych powodujących zakażenie implantu o przebiegu zbliżonym w obrazie klinicznym do obluzowania aseptycznego. Szczególną wartość miały wyniki wskazujące na zakażenia wywołane przez formy gronkowców SCV (*small colony variants*), wyniki zostały opublikowane w czasopiśmie z IF. Wcześniejsze badania prowadzone przez dr Agnieszkę Bogut nad gronkowcami obejmowały izolację szczepu CA-MRSA (community acquired – MRSA) oraz badania nad zróżnicowaniem kaset SCCmec u gronkowców.

Współpraca z Kliniką Kardiochirurgii obejmuje analizę zakażeń rany mostka po operacjach kardiochirurgicznych w aspekcie spektrum drobnoustrojów i wybranych czynników ryzyka. Analizę przyczyn i czynników etiologicznych odrespiratorowego zapalenia płuc. Wyniki badań stanowią pracę doktorską mgr Małgorzaty Koziół.

Znaczna część prac badawczych powstałych w tym okresie stanowiły nadal badania pacjentów dializowanych w aspekcie zaburzeń immunologicznych i różnorodnych zakażeń jako naturalna tematyczna kontynuacja badań prowadzonych w Klinice Nefrologii pod kierownictwem Profesora Andrzeja Książka.

Ostatnio rozpoczęte badania nad mikrobiomem przewodu pokarmowego u chorych z otyłością, cukrzycą, zaburzeniami sercowo-naczyniowymi oraz u chorych z chorobą Crohna są realizowane w ramach prac doktorskich.

W zakresie dydaktyki opracowano sprofilowane w zależności od kierunku studiów programy nauczania co sprawiło, że zajęcia były interesujące i angażowały studentów. Znaczna część dydaktyki stanowią zajęcia ze studentami anglojęzycznymi, liczba studentów wzrasta, co stanowi wyzwanie dla asystentów. Prężnie funkcjonuje Koło Naukowe prowadzone przez dr hab. Alinę Olender. Prace są prezentowane na konferencjach krajowych i zagranicznych.

W tym czasie (2003 r.) Katedra zmieniła siedzibę i została przeniesiona z ul. Lubartowskiej 85 do nowo wybudowanego budynku Collegium Universum przy ulicy W. Chodźki 1. Umożliwiło to nową organizację pracowni i rozszerzenie badań naukowych i diagnostycznych.

W roku 2012 odbył się w Lublinie Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów którego organizację powierzono Kierownikowi Katedry Mikrobiologii Lekarskiej prof. dr hab. Marii Koziół-Montewce. Dzięki zaangażowaniu pracowników Katedry odnieśliśmy ogromny sukces zarówno naukowy jak i organizacyjny.

Podsumowując można stwierdzić, że był to okres dynamicznego rozwoju naukowego, intensywnej pracy w zespołach, często mikrobiologiczno-klinicznych, a sukces wyraził się opublikowaniem 320 pełnych artykułów oraz 271 doniesień zjazdowych, w większości przy moim współautorstwie.

Z dniem 1 października 2014 r. kierownictwo Katedry Mikrobiologii Lekarskiej objęła dr hab. Alina Olender.

Obecne kierunki badawcze dotyczą aktualnych problemów współczesnej medycyny zakażeń z wykorzystaniem nowoczesnych technik biologii molekularnej, specyficznych metod immunoserologicznych, fenotypowych i genotypowych metod diagnostycznych oraz badań nad mechanizmami oporności na antybiotyki oraz patomechanizmami zakażeń na poziomie komórkowym. W Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Lekarskiej prowadzona jest działalność dydaktyczna, naukowo-badawcza i usługowa związana z działającym przy Katedrze laboratorium mikrobiologicznym.

# Warsztaty anatomów, chirurgów i onkologów

3 grudnia 2015 roku Zakład Anatomii Prawidłowej wspólnie z Kliniką Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie miały zaszczyt gościć uczestników warsztatów „*Pancreatic Cancer: Advances in treatment and research*”. Były to pierwsze w Polsce warsztaty chirurgiczno-anatomiczne poświęcone wielodyscyplinarnemu leczeniu raka trzustki, a w szczególności postępowaniu operacyjnemu.

Warsztaty poprzedzały konferencję „*Advances in Surgical Oncology*” zorganizowaną z okazji dziesiątej rocznicy pierwszej operacji z użyciem radioterapii śródoperacyjnej w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.



Praca w małych grupach, prosektorium – instruktor dr Andrzej Chrościcki



---

**LEK. MONIKA PILECKA**

KATEDRA I ZAKŁAD ANATOMII PRAWIDŁOWEJ

**LEK. MAŁGORZATA SKIERUCHA**

KATEDRA I ZAKŁAD ANATOMII PRAWIDŁOWEJ

**PROF. DR HAB. WOJCIECH POLKOWSKI**

KATEDRA I KLINIKA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

**PROF. DR HAB. RYSZARD MACIEJEWSKI**

KATEDRA I ZAKŁAD ANATOMII PRAWIDŁOWEJ

**DR N. MED. ROBERT SITARZ**

KATEDRA I ZAKŁAD ANATOMII PRAWIDŁOWEJ

KATEDRA I KLINIKA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

UM W LUBLINIE

---

Wydarzenie zgromadziło dwudziestu młodych chirurgów z Europy i Afryki. W trakcie warsztatów goście zagraniczni, profesorowie: Andrzej Barański z Leiden (Holandia), Zaed Hamady z Southampton (Wielka Brytania), Lodewijk Brosens z Utrechtu (Holandia) oraz polskie i lubelskie autorytety: prof. dr hab. Piotr Richter (Kraków), prof. dr hab. Ryszard Maciejewski (Lublin), prof. dr hab.

Wojciech Polkowski (Lublin), dr hab. Grzegorz Staśkiewicz (Lublin), dr n. med. Andrzej Chrościcki (Lublin), dr n. med. Bogumiła Ciseł (Lublin), oraz dr n. med. Robert Sitarz (Lublin) dzielili się własną wiedzą i doświadczeniem w zakresie leczenia raka trzustki.

Warsztaty anatomiczno-chirurgiczne, zgodnie z założeniem organizatorów, składały się z części teoretycznej i praktycznej. Najpierw



Profesorowie Hamady oraz Brosens

**Wypowiedź jednego z uczestników spotkania szkoleniowego anatomów, chirurgów i onkologów: Warsztaty to niezwykła okazja do podnoszenia własnych kwalifikacji, tym bardziej że odbywają się w małych grupach. Zakończyłem już szkolenie specjalizacyjne i pracuję w zawodzie od kilku lat, ale myślę, że każdy początkujący chirurg powinien najpierw przygotowywać się teoretycznie, a następnie pracować pod czujnym nadzorem doświadczonych kolegów. Mam nadzieję, że takie szkolenia staną się popularne.**

wykładowcy przypomnieli uczestnikom wiedzę z zakresu embriologii, topografii i anatomii chirurgicznej trzustki. Pod okiem patomorfologa zjrzano do trzustki przez szkiełko mikroskopu, oraz przypomniano o zasadach optymalnej diagnostyki radiologicznej. Po tym niezbędnym wstępie prelegenci omówili zagadnienia ściśle przydatne operatorowi: omówiono dojścia chirurgiczne do trzustki, rolę i zastosowanie staplerów, podejście do chirurgii lokalnie zaawansowanych zmian trzustki, podstawy terapii systemowej w raku trzustki, oraz nowoczesne metody ablacji w zaawansowanej chorobie.

Punktem kulminacyjnym warsztatów była praca w pięcioosobowych grupach w salach sekcyjnych Zakładu Anatomii Prawidłowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Pod okiem trenerów przeprowadzono symulację zabiegów



Uczestnicy warsztatów w prosektorium

operacyjnych na trzustce, na ludzkich zwłokach. Warsztaty cieszyły się ogromnym zainteresowaniem. Przebieg zajęć rejestrowały kamery z automatyczną wizualizacją na ekranach LCD.

Sponsorzy warsztatów, firmy Ethicon (Jonson&Jonson) oraz Optimed Pro-Office, przygotowali stanowiska umożliwiające doskonalenie umiejętności w zakresie: termoablacji, ablacji mikrofalowej na wątrobach zwierzęcych, techniki wykorzystywania staplerów, oraz używania aparatu USG do wykrywania zmian przerzutowych w wątrobie. Ponadto, zaawansowany symulator chirurgiczny umożliwiał ćwiczenie operacji laparoskopowych.

Zakończenie szkolenia odbyło się wieczorem w kameralnej scenarii na lubelskiej Starówce i poprzedzone było wykładem profesora

Hamady „Future of pancreatic surgery”.

Uczestnicy warsztatów zostali poproszeni o ocenę wydarzenia w anonimowej ankiecie. Opinie były entuzjastyczne, zarówno w zakresie organizacji, jak i wartości merytorycznej spotkania. W opinii zaproszonych gości tego typu warsztaty chirurgiczne powinny być wpisane w program specjalizacji. Jeden z uczestników wspomina: *„Warsztaty to niezwykła okazja do podnoszenia własnych kwalifikacji, tym bardziej że odbywają się w małych grupach. Zakończyłem już szkolenie specjalizacyjne i pracuję w zawodzie od kilku lat, ale myślę, że każdy początkujący chirurg, tak jak podczas warsztatów, powinien najpierw przygotowywać się teoretycznie, a następnie pracować pod czujnym nadzorem doświadczonych*

*nych Kolegów. Mam nadzieję, że takie szkolenia staną się popularne.”*

Zakład Anatomii Prawidłowej oraz Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie organizując warsztaty kontynuowały misję szkolenia młodych pokoleń chirurgów i onkologów. Wydarzenie otrzymało patronat Prezydenta Miasta Lublin Krzysztofa Żuka, JM Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr hab. Andrzeja Dropa, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Klastra „Lubelska Medycyna” oraz Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Warsztaty **„Pancreatic Cancer: Advances in treatment and research”** zostały uznane przez Global Eventslist za wydarzenie o znaczeniu globalnym.



Wyszkoleni warsztatowcy

# Ketoza metaboliczna w leczeniu padaczki lekoopornej

**Padaczka jest jedną z najczęstszych i najbardziej niebezpiecznych chorób neurologicznych na świecie, z częstością występowania w populacji szacowaną na 0,5-1 procent.**

**Oznacza to, że na padaczkę cierpi 50 mln ludzi. Zachorowania notuje się najczęściej u dzieci oraz u osób po 65 roku życia.**

**DR N. MED. IWONA ŻARNOWSKA**  
KLINIKA NEUROLOGII DZIECIECIEJ  
UM W LUBLINIE

Wystąpienie napadów padaczkowych jest wynikiem procesu czynnościowej i anatomicznej transformacji mózgu zwanego epileptogenezą. Proces ten w ujęciu fizjologicznym prowadzi do nadpobudliwości populacji neuronów i zaburzenia równowagi pomiędzy układami pobudzającymi i hamującymi w mózgu. Mechanizm neuropatologiczny leżący u podstawy przewlekłej choroby mózgu jaką jest padaczka nie został do tej pory wyjaśniony, ale prawdopodobnie obejmuje nadmierne uwalnianie ekscytotoksyn i wolnych rodników tlenowych, zaburzenia metabolizmu energetycznego, niepra-

widłowe funkcjonowanie kanałów jonowych błon komórkowych oraz patologię bariery krew-mózg.

Farmakologiczna kontrola napadów padaczkowych stanowi obecnie standard w leczeniu padaczki. Dostępne leki przeciwdrgawkowe nie mają jednak udowodnionych właściwości przeciwpadaczkowych, co oznacza, że nie wpływają na dynamiczny proces epileptogenezy i przekształceń neuronalnych prowadzących do pojawienia się spontanicznych napadów padaczkowych (14). Farmakologiczne leczenie padaczki ma więc głównie charakter objawowy. To działanie ma na celu zapobieganie wystąpieniu wtórnych zaburzeń metabolicznych, strukturalnych, funkcjonalnych i w rezultacie postępującemu uszkodzeniu mózgu (1, 13). Około 20-30% chorujących na padaczkę

cierpi na tzw. padaczkę lekooporną charakteryzującą się brakiem satysfakcjonującej i trwałej kontroli napadów pomimo zastosowania odpowiedniego schematu leczenia przeciwpadaczkowego w monoterapii lub politerapii w ciągu określonego czasu leczenia (3, 12). Pomimo postępu farmakoterapii padaczki szczególnie w ostatnim dwudziestoleciu i wprowadzenia na rynek nowych leków przeciwdrgawkowych cechujących się lepszą tolerancją i bezpieczeństwem, odsetek chorych na padaczkę lekooporną nie zmienił się (16). Dla tych chorych proponowane są inne opcje leczenia: leczenie chirurgiczne, stymulacja nerwu błędnego (VNS) lub głęboka stymulacja mózgu oraz dieta ketogeniczna.

**Dieta ketogeniczna (DK)** to uznana, niefarmakologiczna metoda leczenia

\* Kierownik: Dr hab. Krystyna Mitosek-Szewczyk, prof. UM.

nia padaczki lekoopornej, stosowana obecnie w ponad 50 krajach świata, dostępna (i refundowana przez towarzystwa ubezpieczeniowe) w każdym, znaczącym centrum epileptologicznym Unii Europejskiej. Międzynarodowa Liga przeciwpadaczkowa (ILAE) rekomenduje tę formę leczenia jako skuteczną i bezpieczną terapię w padaczce lekoopornej ([www.ilae.org](http://www.ilae.org)).

DK jest wysokotłuszczową, normokaloryczną i normobiałkową, ale bardzo niskowęglowodanową dietą. Przewlekła zmiana w proporcjach wagowych białek i węglowodanów do tłuszczów w codziennej diecie („klasyczna dieta ketogenna 4:1” oznacza 4 części wagowe tłuszczu na 1 część wagową białka i węglowodanów łącznie) wprowadza organizm w odmienny stan metaboliczny tzw. stan ketozy metabolicznej. DK naśladuje stan ketozy metabolicznej występujący w trakcie długotrwałego głodzenia. W trakcie głodzenia zapotrzebowanie energetyczne organizmu zaspokajane jest bowiem raczej przez lipolizę tkanki tłuszczowej i  $\beta$ -oksydację kwasów tłuszczowych w mitochondriach niż przez glikolizę i spalanie glukozy. Na stan ketozy metabolicznej składają się (a) podwyższony poziom kwasów tłuszczowych w surowicy krwi; (b) podwyższony poziom wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (PUFA) w płynie mózgowo-rdzeniowym i mózgu; (c) wzrost stężenia ciał ketonowych: acetonu, acetoocetanu i  $\beta$ -hydroksymaślanu w płynach ustrojowych i tkankach (tzw. ketoza); (d) spadek stężenia glukozy i jej dostępności dla przemian metabolicznych.

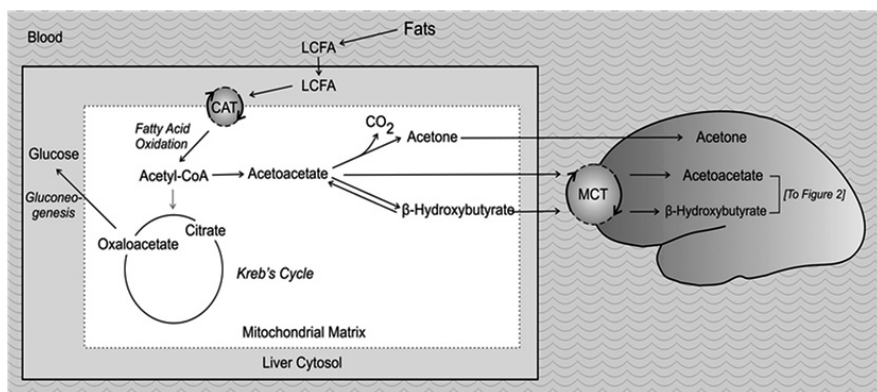
Powstaje stan skompensowanej kwasicy metabolicznej, zmianie ulega równowaga hormonalna, obrót neurotransmitterów, ekspresja/atenuacja wielu genów jako wynik adaptacji (19).

Przez tysiąclecia napady padaczkowe budziły strach u obserwatorów. Padaczka była nazywana była Świętą Chorobą, Chorobą Świętego Walentego, a przyczyna napadów padaczkowych była upatrywana w nawiedzeniu przez demony, zatruciu przez toksyny itp.

Żyjący w III w. p.n.e. aleksandryjski anatom Erasistratus twierdził, że istnieje związek między padaczką a układem pokarmowym, dlatego do jej terapii proponował głodówkę. Hipokrates uważał że organizm chorego na padaczkę jest „zatruty” i wymaga oczyszczenia przez stosowanie diety. Natomiast Galen zalecał głodówkę i wywołanie biegunek w celu odzyskania przez chorego „równowagi”. Żyjący w XIII wieku paryski lekarz Arnold de Villanova twierdził, że dieta jest najważniejszym elementem leczenia padaczki (18). W 1911 roku paryscy lekarze Guelpa i Marie leczyli za pomocą głodówki grupę 20 chorych i zaobserwowali znaczną

poprawę u wielu z nich. Efekt ten widoczny był zwłaszcza u dzieci. Szczególnie interesujące było spostrzeżenie, że w przeciwieństwie do stosowanego wówczas bromku potasu, głodówka nie zaburzała sprawności umysłowej pacjentów (5). Kilka lat później, w roku 1922, osteopata, Dr Hugh Conklin opublikował pracę, w której doniósł o skuteczności leczenia padaczki 20-dniową głodówką nazywaną „dieta wodną” (2).

W związku z tym, że głodzenie przez dłuższy czas nie jest możliwe, w roku 1921 Wilder zaproponował dietę, która naśladowała zmiany fizjologiczne obserwowane podczas głodzenia, a przede wszystkim wywoływała ketozę (21). Ta dieta z niewielkimi modyfikacjami stosowana jest do dzisiaj pod nazwą „klasyczna dieta ketogenna 4:1”. W latach 50. XX wieku opracowano dietę prowadzącą do większej ketozy, mniej restrykcyjną w stosunku do węglowodanów i białek, opartą na średniołańcuchowych kwasach tłuszczowych (MCT) równie skuteczną w hamowaniu napadów padaczkowych jak klasyczna dieta ketogenna (8). W ostatnich 20 latach na popularności zyskują bardziej liberalne odmiany diet ketogennych: „modyfikowana dieta Atkinsa” (MAD) i „Dieta z niskim indeksem glikemicznym” (LGIT). Wykazano ich skuteczność i bezpieczeństwo w terapii padaczki lekoopornej u dzieci i dorosłych (10). Pomimo, że ketoza metaboliczna jest stosowana w leczeniu padaczki już od prawie stu lat, to rozwój farmakoterapii padaczki od lat 50. dwudziestego stulecia, pojawienie się wielu leków przeciwdrgawkowych o nowych mechanizmach działania dających nadzieję na przełamanie zjawiska lekooporności spowodowało, że leczenie dietetyczne zostało zmarginalizowane i zarezerwowane jako „terapia alternatywna”. W ostatnim dwudziestoleciu nastąpił jednak „renesans” tej formy terapii. Przyczyniła się do tego



**Zmiany metaboliczne występujące wskutek stosowania diety ketogennej opartej na dużej ilości tłuszczu i małej węglowodanów, co prowadzi do powstawania ciał ketonowych.**

udowodniona skuteczność różnych form ketozy metabolicznej w leczeniu lekoopornych typów padaczki a szczególnie lekoopornych dziecięcych zespołów padaczkowych takich jak: zespół Westa, Lennox-Gastaut, Dravet, Doose, Landau-Kleffnera oraz padaczka związana ze stwardnieniem guzowatym oraz zespołem Retta. Do popularyzacji terapii metabolicznej przyczyniły się także doniesienia o jej właściwościach neuroprotektoryjnych, które mogą mieć zastosowanie do leczenia lub modyfikacji przebiegu chorób z neurodegeneracją np. udar, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, stwardnienie zanikowe boczne (ALS), jaskra. Od kilku lat ketozę metaboliczną stosuje się także jako terapię wspomagającą w leczeniu nieoperacyjnych nowotworów mózgu (17).

DK wprowadzająca w stan ketozy metabolicznej jest ścisłą terapią medyczną. Zasady tej terapii opierają się w dużym stopniu na wytycznych opracowanych przez



**Rafaël Santi, ok. 1520 r., przedstawiający scenę biblijną napadu padaczkowego i Chrystus mówiący: „to można leczyć tylko modlitwą i głódówką”**

międzynarodowy zespół ekspertów pod kierunkiem profesora Erica Kossoffa, wywodzących się z centrów epileptologicznych z dużym doświadczeniem w prowadze-

niu terapii metabolicznej padaczki. Wytyczne te poparte są dowodami opartymi na szeroko zakrojonych badaniach eksperymentalnych i klinicznych (11).

## Kwalifikacja

Zastosowanie DK rozważa się u dziecka z padaczką, u którego pomimo zastosowania co najmniej dwóch leków przeciwpadaczkowych, odpowiednio dobranych do rodzaju napadów, w odpowiednich dawkach, nie uzyskano istotnej kontroli choroby lub została ona osiągnięta kosztem istotnych objawów niepożądanych. Wiek, rodzaj napadów, ilość stosowanych wcześniej leków nie jest skorelowana w istotny sposób ze skutecznością leczenia, ale diagnoza typu padaczki, dokładna charakterystyka pacjenta, świadomość możliwych działań niepożądanych ma bardzo duży wpływ na decyzję dotyczącą wyboru ketozy metabolicznej jako metody leczenia. Ważne są też realistycznie postawione cele leczenia i świadoma postawa rodziny, na której spoczywać będzie

znaczna część ciężaru prowadzenia diety.

Z wieloletniego doświadczenia leczenia metabolicznego padaczki wiadomo, że najlepszymi kandydatami do tej formy leczenia są dzieci z drgawkami uogólnionymi w przebiegu zespołów padaczkowych takich jak: GLUT-1 (niedobór transportera glukozy typu 1), PDHD (deficyt dehydrogenazy pirogronianu), zespół Westa, MAE (padaczka miokloniczno-astatyczna), TSC (stwardnienie guzowate), zespół Landau-Kleffnera, zespół Dravet, zespół Lennox-Gastaut, choroby mitochondrialne. Nie wyklucza to zastosowania tego leczenia w padaczce z napadami ogniskowymi.

Wprowadzenie w stan ketozy metabolicznej jest bezwzględnie przeciwwskazane we wrodzo-

nych defektach metabolicznych przebiegających z zaburzeniami transportu i przemian tłuszczów: pierwotnym deficytem karnityny, deficytem transferazy karnityno-palmitynowej, deficytem translokazy karnityny, defekty  $\beta$ -oksydacji kwasów tłuszczowych. Ponadto należy wykluczyć deficyt karboksylazy pirogronianowej, kwasice organiczne, porfirie, cukrzycę, rodzinne hiperlipidemie oraz kamicę dróg moczowych. W schorzeniach tych wprowadzenie w stan ketozy metabolicznej może grozić poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, a nawet śmiercią. W celu wykluczenia powyższych schorzeń przed wprowadzeniem leczenia dietetycznego bezwzględnie konieczne są badania skринingowe według szczegółowego planu.

---

## Wprowadzenie leczenia

Po uzyskaniu świadomej zgody, zespół złożony z dietetyka i lekarza neurologa wspólnie ustala parametry diety (rodzaj diety ketogennej, stosunek ketogeniczny, kaloryczność, dobowe zapotrzebowanie na białko węglowodany i tłuszcze, dobowy rozkład posiłków, zapotrzebowanie na płyny, suplementy) indywidualnie dla każdego pacjenta, w zależności od stanu metabolicznego ustalonego podczas skriningu, towarzyszących obciążeń, zwyczajów żywieniowych, trybu życia, upodobań itp. Wszystkie dotychczas przyjmowane leki oraz suplementy kontrolowane są pod kątem zawartości węglowodanów i w zależności od potrzeb zamieniane na formuły bez cukrów. Obecnie na rynku dostępne są „na receptę” produkty specjalnego przeznaczenia żywieniowego do stosowania w dietach ketogennych, szczególnie pomocne w terapii niemowląt lub pacjentów żywionych przez endoskopową przeszskórną gastrostomię.

Pacjenci i opiekunowie otrzymują intensywne szkolenie dotyczące zasad diety, rozpoznawania i zapobiegania ewentualnym powikłaniom, wraz z dietetykiem uczą się komponować codzienny jadłospis. W zależności od rodzaju diety oraz stanu pacjenta leczenie wprowadzane jest podczas hospitalizacji lub ambulatoryjnie; ze stopniowym (w ciągu kilku tygodni) zwiększaniem stosunku ketogenicznego lub „klasycznie” (z 24-72 godzinnym głodzeniem i zwiększaniem proporcji ketogenicznej w ciągu 3 dni), wprowadzana jest suplementacja. W okresie wprowadzania diety pacjenci są ściśle monitorowani. Kilka razy dziennie oznaczany jest poziom ketonów w moczu, a wraz z potrzebą także w surowicy krwi, prowadzony jest dziennik zdarzeń. Po miesiącu leczenia oceniana jest odpowiedź metaboliczna na dietę. Oznaczany jest panel badań biochemicznych oraz procentowo redukcja ilości napadów. Parametry diety są dostosowywane do odpowiedzi na terapię.

Po 3 miesiącach następuje ocena efektów diety. Ponieważ ponad 90% dzieci odpowiada na ketozę metaboliczną po 3 miesiącach, zwykle po takim czasie oceniamy skuteczność terapii, rozważamy wskazania do kontynuacji leczenia, stopniowej redukcji dawek leków przeciwdrgawkowych lub do rezygnacji z terapii.

W przypadku dobrej odpowiedzi na leczenie (rozumianej jako ponad 50% redukcja ilości napadów padaczkowych), terapia prowadzona jest przez 1-2 lata. Wizyty kontrolne, zwykle ambulatoryjne, planowane są co 3-6 miesięcy w celu ścisłego monitorowania efektów diety oraz identyfikacji możliwych działań niepożądanych. Po tym czasie następuje około 3-6 miesięczny okres stopniowej redukcji proporcji ketogenicznej i zakończenie leczenia. U około 80% pacjentów efekty terapeutyczne ketozy metabolicznej utrzymują się przewlekłe pomimo powrotu do normalnej diety (6).

---

**W 2014 r. w Klinice Neurologii UM w Lublinie utworzony został zespół składający się z lekarzy neurologów, dietetyka oraz zespołu pielęgniarek neurologicznych, który wprowadza terapię metaboliczną u dzieci z padaczką lekooporną. Pod opieką zespołu znajduje się obecnie około 20 pacjentów na różnym etapie leczenia. Leczenie jest trudne oraz wymaga dużego zaangażowania zgranego zespołu terapeutycznego (neurologa, dietetyka, psychologa). Niestety, w Polsce NFZ nie refunduje leczenia dietą ketogenną, co może dziwić, ponieważ efekty leczenia uzyskiwane przez nasz zespół są więcej niż dobre. Co więcej, Agencja Oceny Technologii Medycznych rekomenduje NFZ refundację stosowanej DK. Pamiętajmy o ogromnych kosztach społecznych, ludzkich i finansowych związanych z leczeniem niepełnosprawności wynikającej ze skutków nieskutecznie leczonej padaczki.**

## Możliwe działania niepożądane DK

U większości pacjentów objawy niepożądane DK są łagodne i nie prowadzą do rezygnacji z terapii. Ogólnie tolerancja diety jest gorsza u młodszych pacjentów z upośledzonym rozwojem psychomotorycznym, z padaczką leczoną wcześniej wieloma lekami. Większość wczesnych objawów ubocznych jest przejściowa. Najczęściej obserwuje się objawy z przewodu pokarmowego: zaparcia, wymioty, bóle brzucha, głód. Dość często: osłabienie, senność, hipercholesterolemia,

kwasicca metaboliczna (zwykle na początku leczenia), niedobory witamin, minerałów i pierwiastków śladowych, zaburzenia mineralizacji kości, zaburzenia wzrastania. Ścisłe monitorowanie terapii pozwala zapobiegać objawom niepożądanym zanim się pojawią (4). Dla przykładu: w przypadku zagrożenia kamicą układu moczowego stosuje się cytryniany; hipercholesterolemię łagodzi się zmianami w kompozycji tłuszczów zwiększając stosunek w diecie PUFA i MCT/

LCT oraz obniżając stosunek ketogeniczny diety; codzienna suplementacja witamin i minerałów zapobiega ich niedoborom. Szytywne reguły i ograniczenia dietetyczne zmuszające do zmiany dotychczasowych przyzwyczajeń, stylu życia stanowią utrudnienie w zastosowaniu klasycznej diety ketogenicznej w leczeniu dorosłych i nastolatków. Dla tych pacjentów skuteczną opcją mogą być mniej restrykcyjne odmiany DK.

Wczesne objawy niepożądane DK	Późne lub długotrwałe objawy niepożądane DK
Objawy żołądkowo-jelitowe	Opóźnienie wzrastania
Odwodnienie	Niewydolność wątroby
Sepsa	Zaparcie
Kardiomiopatie	Refluks żołądkowo-przełykowy
Zapalenie wątroby	Niedobory witamin i minerałów
Zapalenie trzustki	Kamica dróg moczowych
Zaburzenia biochemiczne	Kardiomiopatie
- hypoglikemia	Anemia
- hypertrigliceridemia	Neuropatia nerwu wzrokowego
- hyperurikemia	Osteopenia
- hypertransaminemia	Zespół wydłużonego QT w EKG
- hypercholesteronemia	Zaburzenia biochemiczne
- hypoproteinemia	- dyslipidemie
- kwasicca metaboliczna	- hypokarnitynemia

## Kliniczne efekty DK

Od początku historii diety ketogenicznej, efekty tej terapii oceniano w badaniach obserwacyjnych, głównie retrospektywnych, najczęściej pochodzących z pojedynczego ośrodka, dotyczących niejednorodnych (pod względem wieku, typu padaczki, modalności leczenia itp.) grup pacjentów. W badaniach tych, skuteczność diety mierzona była procentową redukcją napadów w stosunku do stanu wyjściowego. Po 6 miesiącach DK średnio u 25-35% pacjentów rejestrowano ponad 90% redukcję napadów, a u 40-70% pacjentów ponad 50% redukcję (4). Podobne wyniki uzyskano w badaniach prospektywnych (20). W ostatnich 20 latach doniesienia o skuteczności

diety podają, że średnio połowa pacjentów wprowadzanych w stan ketozy metabolicznej doświadczy ponad 50% redukcji napadów, a jedna trzecia z nich ponad 90% redukcji (7). W 2008 roku ukazały się wyniki pierwszych randomizowanych badań z grupą kontrolną dotyczących efektów klinicznych klasycznej DK, (a rok później także diety MCT). Badania te porównywały efekt klasycznej DK prowadzonej przez trzy miesiące u dzieci z padaczką lekooporną, z grupą kontrolną, którą stanowiły dzieci kontynuujące farmakoterapię, bez modyfikacji dietetycznych. Trzydzieści osiem procent dzieci z grupy badanej miało ponad 50% redukcję napadów w porównaniu

do 6% z grupy kontrolnej, oraz 7% dzieci stosujących DK miało ponad 90% redukcję napadów w porównaniu do każdego dziecka z grupy kontrolnej (15). Badania nad efektywnością diety MAD oraz LGIT dowodzą ich porównywalnej skuteczności (9). Co więcej, z danych retrospektywnych wiemy, że u około 65% dzieci leczonych DK udaje się częściowo lub całkowicie odstawić leczenie farmakologiczne co pozwala poprawić ich funkcjonowanie (6).

W 2014 r. w Klinice Neurologii USD w Lublinie utworzony został zespół składający się z lekarzy neurologów, dietetyka oraz zespołu pielęgniarek neurologicznych, który wprowadza terapię



metaboliczną u dzieci z padaczką lekooporną. Pod opieką zespołu znajduje się obecnie około 20 pacjentów na różnym etapie leczenia. Leczenie jest trudne oraz wymaga dużego zaangażowania zgranego zespołu terapeutycznego (neurolo-

ga, dietetyka, psychologa). Niestety, w Polsce NFZ nie refunduje leczenia DK, co może dziwić, ponieważ efekty leczenia uzyskiwane przez nasz zespół są więcej niż dobre. Co więcej, Agencja Oceny Technologii Medycznej rekomenduje NFZ-owi

refundację stosowanej DK. Pamiętajmy o ogromnych kosztach społecznych, ludzkich i finansowych związanych z leczeniem niepełnosprawności wynikającej ze skutków nieskutecznie leczonej padaczki.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bialer M, White HS. Key factors in the discovery and development of new antiepileptic drugs. *Nat Rev Drug Discov*. 2010; 9:68-82.
2. Conklin HW. Cause and treatment of epilepsy. *J Am Osteopath* 1922; 22:11-14.
3. Czuczwar SJ. Doświadczalne podstawy racjonalnej politerapii. *Epileptologia* 1998;6:231-247.
4. Freeman J, Veggiotti P, Lanzi G, Tagliabue A, Perucca E. Institute of Neurology IRCCS C. Mondino Foundation. The ketogenic diet: from molecular mechanisms to clinical effects. *Epilepsy Res*. 2006; 68:145-180.
5. Guelpa G, Marie A. La lutte contre l'épilepsie par la désintoxication et par la rééducation alimentaire. *Rev Ther Medico-Chirurgicale* 1911; 78:8-13.
6. Hemingway C, Freeman JM, Pillas DJ, Pyzik PL. The ketogenic diet: a 3- to 6-year follow-up of 150 children enrolled prospectively. *Pediatrics*. 2001 Oct;108(4):898-905.
7. Henderson CB, Filloux FM, Alder SC, Lyon JL, Caplin DA. Efficacy of the ketogenic diet as a treatment option for epilepsy: meta-analysis. *J Child Neurol*. 2006; 21:193-198.
8. Huttenlocher PR, Wilbourn AJ, Signore JM. Medium-chain triglycerides as a therapy for intractable childhood epilepsy. *Neurology* 1971; 21:1097-1103.
9. Kossoff EH. Intractable childhood epilepsy: choosing between the treatments. *Semin Pediatr Neurol*. 2011; 18:145-149.
10. Kossoff EH, McGrogan JR, Bluml RM, Pillas DJ, Rubenstein JE, Vining EP. A modified Atkins diet is effective for the treatment of intractable pediatric epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47: 421-424.
11. Kossoff EH, Zupec-Kania BA, Amark PE, Ballaban-Gil KR, Christina Bergqvist AG, Blackford R, Buchhalter JR, Carballo RH, Helen Cross J, Dahlin MG, Donner EJ, Klepper J, Jehle RS, Kim HD, Christiana Liu YM, Nation J, Nordli DR Jr, Pfeifer HH, Rho JM, Stafstrom CE, Thiele EA, Turner Z, Wirrell EC, Wheless JW, Veggiotti P, Vining EP; Charlie Foundation, Practice Committee of the Child Neurology Society; Practice Committee of the Child Neurology Society; International Ketogenic Diet Study Group. Optimal clinical management of children receiving the ketogenic diet: recommendations of the International Ketogenic Diet Study Group. *Epilepsia* 2009; 50:304-317.
12. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, Moshe SL, Perucca E, Wiebe S, French J. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies, Special Report. *Epilepsia* 2010; 51: 1069-1077.
13. Majkowski J. Co nowego w diagnostyce i terapii padaczki? *Przew Lek* 2007; 2: 216-222.
14. Mc Corry D, Chadwick D, Marson A. Current drug treatment of epilepsy in adults. *Lancet Neurol*. 2004; 3: 729-735.
15. Neal EG, Chaffe H, Schwartz RH, Lawson MS, Edwards N, Fitzsimmons G, Whitney A, Cross JH. The ketogenic diet for the treatment of childhood epilepsy: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol*. 2008; 7:500-506.
16. Schiller Y, Najjar Y. Quantifying the response to antiepileptic drugs: effect of past treatment history. *Neurology* 2008; 70:54-65.
17. Seyfried TN, Kiebish MA, Marsh J, Shelton LM, Huysentruyt LC, Mukherjee P. Metabolic management of brain cancer. *Biochim Biophys Acta*. 2011; 1807:577-594.
18. Temkin O. The falling sickness. Drugie wydanie, wyd. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1971, str. 66-67.
19. Yudkoff M, Daikhin Y, Horyn O, Nissim I, Nissim I. Ketosis and brain handling of glutamate, glutamine, and GABA. *Epilepsia*. 2008 Nov; 49 Suppl 8:73-75.
20. Vining EP, Freeman JM, Ballaban-Gil K, Camfield CS, Camfield PR, Holmes GL, Shinnar S, Shuman R, Trevathan E, Wheless JW. A multicenter study of the efficacy of the ketogenic diet. *Arch Neurol*. 1998; 55:1433-1437.
21. Wilder RM. The effect of ketonemia on course of epilepsy. *Mayo Clin Proc*. 1921; 2: 307.

**OD CHWILI POWSTANIA KATEDRY ŚCIŚLE  
ZWIĄZANE Z LUBELSKIM ŚRODOWISKIEM MEDYCZNYM**

# **Laboratorium Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej UM w Lublinie**

**Od początków istnienia Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej (1944 r.) – powstanie laboratorium mikrobiologicznego było ściśle związane z rozwojem działalności naukowo-badawczej i dążeniem do większego udostępnienia diagnostyki mikrobiologicznej w leczeniu zakażeń u chorych, która prowadzona była również w ramach realizowanych tematów badawczych. Z czasem, w strukturach Katedry zostało utworzone laboratorium w ramach działalności usługowej dla pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych, w którym były wykonywane badania mikrobiologiczne materiałów klinicznych, odczyny serologiczne, immunologiczne i testy biologiczne.**

**DR HAB. ALINA M. OLENDER**

KATEDRA I ZAKŁAD  
MIKROBIOLOGII LEKARSKIEJ  
UM W LUBLINIE

Oprócz prowadzenia klasycznej diagnostyki mikrobiologicznej polegającej na posiewach różnych materiałów pobieranych od chorych w celu izolacji i identyfikacji drobnoustrojów odpowiedzial-

nia dopełniacza) i śródskórny test alergiczny, umożliwiający wykrycie nadwrażliwości na antygeny pałeczek *Brucella*. Wprowadzono również diagnostykę mikrobiologiczną gruźlicy z możliwością wykonywania prób biologicznych na świnakach morskich i oznaczenia metodą hemaglutynacji biernej Middlebrooka-Dubosa. W czasie kierowania Katedrą przez Profesora Józefa Parnasa, a później Profesora Zygmunta

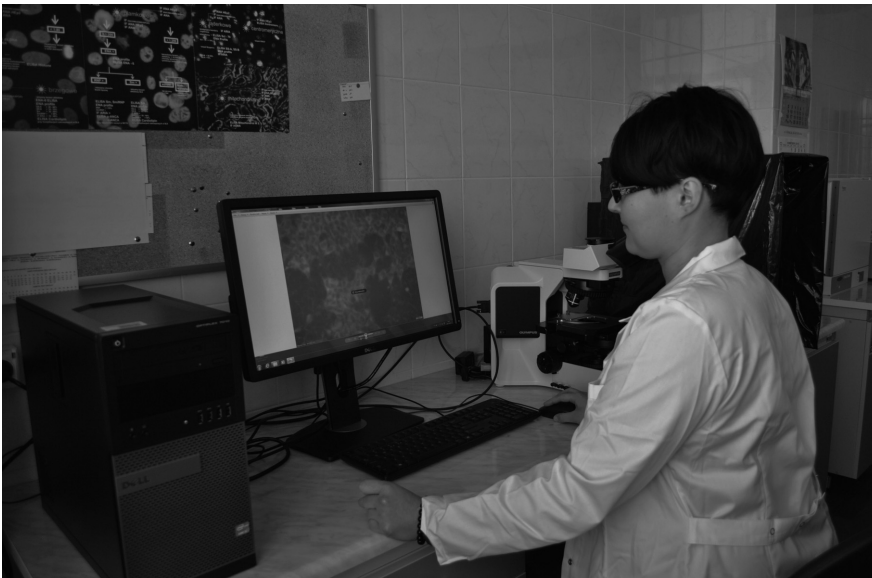
niło ważną funkcję w prowadzeniu badań diagnostycznych w szerokim zakresie zakażeń również u pacjentów hospitalizowanych z wielu klinik szpitali lubelskich oraz terenu województwa. Przesyłano różne materiały kliniczne ze szpitali od chorych oraz od pacjentów ambulatoryjnych, od których również były one pobierane bezpośrednio w laboratorium. W pracowni wirusologicznej prowadzono diagnostykę grypy, co na owe czasy było rzadkością i dużym osiągnięciem diagnostycznym. W laboratorium ciągle rozszerzano zakres diagnostyczny. Wprowadzono odczyn hemaglutynacji stosowany w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów (rzs) – Odczyn Waalera-Rosego i aglutynacyjny odczyn w kierunku listeriozy. Kontynuowano również na dużą skalę wykonywanie odczynu wiązania dopełniacza, Wassermana w kierunku kiły. Prowadzenie badań naukowych dotyczących zakażeń wywołanych przez pałeczki *Klebsiella rhinoscleromatis* i *Klebsiella ozenae* spowodowało wprowadzenie do oferty badań serologicznych odczynu OWD w kierunku twardzieli i ozeny, który przez wiele lat był wykonywany w laboratorium, które jako jedno z niewielu w Polsce je prowadziło. Zainteresowania na-



nych za zakażenie oraz wykonanie antybiogramów, w ciągu kolejnych lat stosowane metody w prowadzonych badaniach naukowych były również wykorzystywane do ich zastosowania w bezpośredniej diagnostyce mikrobiologicznej i serologicznej u chorych. W latach 1946-1949 wprowadzono diagnostykę serologiczną kiły, w kolejnych serologiczną diagnostykę brucelozы. W Katedrze prowadzone były również w tym kierunku badania naukowe. Aktualnie także w tych czasach problemy chorób infekcyjnych u niemowląt – biegunki i zakażenia dróg oddechowych były podstawą do prowadzenia w tym kierunku również badań diagnostycznych. Odczyny serologiczne były wykonywane różnymi metodami: aglutynacji, odczyn Coombsa, OWD (odczyn wiąza-

Hencnera nastąpił szczególny rozwój działalności Katedry w zakresie diagnostyki mikrobiologicznej i serologicznej. Laboratorium peł-





ukowe chorobami odzwierzęcymi spowodowały również rozszerzenie prowadzonych badań diagnostycznych w laboratorium w tym kierunku. W latach sześćdziesiątych badania naukowe nad leptospirami umożliwiły wprowadzenie do diagnostyki odczynu mikroaglutynacji szkiełkowej w kierunku leptospirozy. Prowadzono badania w kierunku ornitozy i zakażeń wirusowych: gorączki Q, wirusów z grupy ECHO i adenowirusów, wirusów paragrypy. Przygotowywano również autoszczepionki z bakterii wyhodowanych z zakażeń u chorych. Dzięki współpracy i pomocy naukowej ze strony Katedry zostały wówczas zorganizowane pracownie mikrobiologiczne przy Klinice Gruźlicy Płuc i Klinice Chorób Zakaźnych.

Ważnym kierunkiem badań w Katedrze były badania immunologiczne. Opracowano i wprowadzono do badań diagnostycznych oznaczanie poziomu dopełniacza drogą klasycznej aktywacji metodą 100% a potem 50% hemolizy, szczególnie u pacjentów z chorobami nerek, rzs, kobiet w ciąży z konfliktem serologicznym. Wykonywano również oznaczanie poziomu klas immunoglobulin metodą precipitacji immunodyszki radialnej Manchiniego, składowych dopełniacza C3. Ważnym odczynem wprowadzonym w 1957 roku był

odczyn antystreptolizynowy ASO, wykorzystywany w rozpoznawaniu późnych powikłań po zakażeniach paciorkowcowych. Jako pierwszy ośrodek na Lubelszczyźnie Katedra prowadziła w tym kierunku badania i laboratorium wykonywało je usługowo dla chorych.



Na bazie laboratorium w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Lekarskiej prowadzono specjalizacje z mikrobiologii I° i II°, organizowano kursy specjalizacyjne i spotkania naukowo-szkoleniowe. Pracownicy Katedry uczestniczący w konferencjach krajowych i zagranicznych mieli okazję przekazać aktualne

wiadomości z zakresu nowych metod identyfikacji i wykrywania mechanizmów oporności na antybiotyki i problemów diagnostyki mikrobiologicznej, serologicznej, molekularnej. W dalszym ciągu w Katedrze pod opieką czterech osób z II° specjalizacji (kierowników specjalizacji) prowadzona jest specjalizacja z mikrobiologii osób zatrudnionych w laboratoriach lubelskiego i innych województw.

Z czasem, zakres wykonywanych badań w laboratorium zmieniał się. Wynikało to z mniejszego zapotrzebowania na ich wykorzystywanie w diagnostyce, ponieważ niektóre z chorób licznie występujących wcześniej pojawiały się już sporadycznie, jak np.: brucelozą, twardziel, ozena, leptospiroza, ornitoza. W dalszym ciągu ważnym elementem klasycznej diagnostyki mikrobiologicznej jest wykonywanie posiewów różnych materiałów klinicznych pobieranych od cho-

rych, identyfikacja wyhodowanych bakterii i wykonywanie antybiogramów z uwzględnieniem mechanizmów oporności na antybiotyki oznaczanych wg najnowszych rekomendacji EUCAST. Laboratorium bierze co roku udział w zewnętrznej, ogólnopolskiej kontroli jakości badań mikrobiologicznych

---

## W ramach współpracy naukowej z klinikami Uczelni oraz ośrodkami naukowymi, w laboratorium mikrobiologicznym Katedry wykonywane są również badania związane z realizacją projektów naukowych, prac magisterskich, doktorskich i habilitacyjnych.

---

POLMICRO uzyskując bardzo dobre wyniki. Wraz z rozwojem nowych metod immunologicznych i molekularnych rozszerzano ofertę badań o nowe oznaczenia.

Obecnie wykonuje się metodą ELISA oznaczanie wykorzystywane w diagnostyce boreliozy (również Weester-Blott), yersiniozy, legionellozy, zakażeń wywołanych przez *Helicobacter pylori*, *Clostridium difficile*, *Chlamydia trachomatis* i *Mycoplasma pneumoniae*. Z dużym zainteresowaniem spotkało się wprowadzenie do diagnostyki testu QuantiFERON Tb Gold – do identyfikacji zakażeń *Mycobacte-*

*rium tuberculosis*, o dużej czułości i swoistości. W diagnostyce błoniastego kłębuszkowego zapalenia nerek jest wykonywany test polegający na oznaczaniu przeciwciał anty-PLA2R (receptor fosfolipacy A2 typ M). Badanie to umożliwia niestosowanie inwazyjnej diagnostyki. Natomiast do monitorowania funkcji filtracyjnej nerek można wykorzystać oznaczanie uromoduliny, markeru wczesnego stadium niewydolności nerek, który w najbliższym czasie zostanie wprowadzony do oferty laboratorium.

W 2003 roku Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej wraz

z laboratorium zmieniła swoją siedzibę i została przeniesiona z ul. Lubartowskiej 85 do nowo wybudowanego budynku Collegium Universum przy ulicy W. Chodźki 1 (III piętro). Umożliwiło to nową organizację Katedry i laboratorium i rozszerzenie badań naukowych i diagnostycznych. Częścią laboratorium jest stworzony specjalny pokój przyjmowania i pobierania materiałów od pacjentów oraz wydawania wyników, który mieści się na parterze (pok. 13).

Wykorzystując szeroki zakres wykonywanych oznaczeń w ramach współpracy naukowej z klinikami naszej Uczelni oraz ośrodkami naukowymi, w laboratorium Katedry wykonywane są również badania związane z realizacją projektów naukowych, prac magisterskich, doktorskich i habilitacyjnych.

Aktualne informacje dotyczące wykonywanych badań w Laboratorium mikrobiologicznym Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej można uzyskać na stronie [www.mikrobiologia.laboratora.umlub.pl](http://www.mikrobiologia.laboratora.umlub.pl) lub w zakładce strony Katedry „Działalność usługowa”.



NARASTAJĄCY PROBLEM ZAKAŻEŃ JELITOWYCH  
W PRAKTYCE MIKROBIOLOGA KLINICZNEGO

# *Clostridium difficile*

*Clostridium difficile* jest Gram-dodatnią, beztlenową laseczką przetrwalnikującą. Po raz pierwszy została wyizolowana ze smółki noworodka w 1935 roku.

**DR N. FARM. MAREK JUDA**

KATEDRA I ZAKŁAD

MIKROBIOLOGII FARMACEUTYCZNEJ

Z PRACOWNIĄ DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ

UM W LUBLINIE

Jako że wtedy drobnoustrój ten izolowany był sporadycznie z próbek kału, nie wiązano go, z rzadkim zakażeniem w owych czasach, jakim było rzekomobłoniaste zapalenie jelit; wtedy za przyczynę tego schorzenia uważano gronkowca złocistego (*Staphylococcus aureus*). Dopiero wprowadzenie w latach 70-tych XX wieku klinidamycyny, spowodowało wzrost zainteresowania tym zakażeniem. W latach 80. i 90. ubiegłego stulecia, rozpoczęto badania nad toksycznością *C. difficile* i wtedy też uznano go za czynnik etiologiczny biegunek poantybiotykowych, w tym rzekomobłoniastego zapalenia jelit [0].

Główna toksyczność tego patogenu związana jest z wysoką aktywnością biochemiczną, głównie z wytwarzaniem toksyn takich jak

toksyna A, B, a także toksyna binarna. Toksyna A jest jednym z największych białek produkowanych przez organizmy prokariotyczne (ok. 180 kDa). Odpowiedzialna jest za aktywację intensywnej odpowiedzi zapalnej, związanej ze zdolnością do aktywacji makrofagów i monocytów, w konsekwencji stymulując wytwarzanie IL-1b. Ponadto, powoduje dysfunkcje mitochondriów oraz martwicę nabłonka jelita. Jest także odpowiedzialna za biegunkę w przebiegu zakażenia w wyniku aktywacji białka Rho, co w konsekwencji indukuje polimeryzację aktyny i śmierć kolonocytów. Toksyna B wykazuje około 63% homologii w stosunku do toksyny A, jednakże w odróżnieniu do niej, nie wykazuje enterotoksyczności *in vivo*. Jej patogenność związana jest z zaburzeniami syntezy DNA, RNA i białek oraz indukcją apoptozy. Toksyna A odpowiedzialna jest za uszkodzenie nabłonka jelita, co w konsekwencji nasila działanie toksyny B. Ważną cechą tej toksyny jest fakt, że działa ona w przypadku uszkodzenia śluzów-

ki jelita wywołanego przez toksynę A. Najczęściej zakażenia *C. difficile* wywoływane są przez szczepy produkujące jednocześnie toksynę A i B, co powoduje synergizm działania tych najważniejszych czynników chorobotwórczości [0]. Należy dodać, że zakażenia mogą być także odpowiedzialne przez szczepy wytwarzające tylko toksynę B (A-/B+), które często wykazują kardiotoksyczność. W ostatnich latach wyizolowano także szczepy wytwarzające tzw. toksynę binarną, której patogenność jak do tej pory została słabo poznana. Coraz częściej toksyna ta jednak związana jest z występowaniem tzw. szczepu hiperwirulentnego, określanego jako NAP/1/BI/PCR/O27. Dane literaturowe [0] wskazują, że około 10% tego typu izolatów posiada zdolność wytwarzania tej toksyny. Ponadto, szczepy te wytwarzają około dwudziestokrotnie więcej toksyny A i B w wyniku delekcji genu regulatorowego *tcdC*. Po raz pierwszy zakażenia wywołane tym szczepem pojawiły się w 2003 roku w Stanach Zjednoczonych

**Ostatnio zainteresowanie zakażeniami wywołanymi przez *C. difficile* znacznie wzrasta, co związane jest ze wzrostem liczby zakażeń, liczby przypadków śmiertelnych, a także pojawieniem się nowych szczepów hiperwirulentnych. Coraz częściej dochodzi również do zakażeń także poza placówkami ochrony zdrowia, toteż patogen ten staje się poważnym zagrożeniem dla zdrowia, a nawet życia człowieka. Z uwagi na bardzo łatwe rozprzestrzenianie się drobnoustroju, bardzo ważna jest wczesna i szybka diagnostyka, co może znacznie zmniejszyć ryzyko transmisji na innych pacjentów. Nadmierne stosowanie antybiotyków, głównie szerokospektralnych, sprzyja rozwojowi zakażeń *C. difficile*.**

Transmisja drobnoustroju związane jest głównie z rozprzestrzenieniem spor *C. difficile* od chorego. Ponadto, drobnoustrój ten jest odporny na szereg czynników zewnętrznych, w tym detergenty, co powoduje długie przeżywanie spor nawet 6 miesięcy. Dane epidemiologiczne wskazują, że nawet do 48% powierzchni może być zanieczyszczonych w trakcie epidemii sporamii tego drobnoustroju, a u ponad 60% pacjentów znajduje się je na skórze. Obecność form przetrwalnych nie jest ograniczona tylko do środowiska przebywania pacjenta zakażonego. Stwierdzono, że także mogą być skażone pokoje lekarskie (21%), miejsca pracy pielęgniarek (10%), powierzchnie sprzętu przenośnego (21%) [0].

Głównym czynnikiem predysponującym do zakażeń *C. difficile* jest stosowana antybiotykoterapia, głównie antybiotykami szerokospektralnymi (tab. 1). Ekspozycja na spory drobnoustroju, wraz z zaburzeniami mikroflory jelita związanego ze stosowaną antybiotykoterapią oraz dodatkowo upośledzenie mechanizmów odpornościowych pacjenta są głównymi czynnikami warunkującymi zakażenia wywołane przez tą bakterię. Co ciekawe w przypadku szpitali z wysoką endemiczną zapadalnością na te zakażenia, nawet jednorazowa dawka antybiotyku może prowadzić do rozwoju choroby. Bardzo ważnym czynnikiem predysponującym do zakażeń obok antybiotykoterapii jest także wiek chorego. Dane bry-

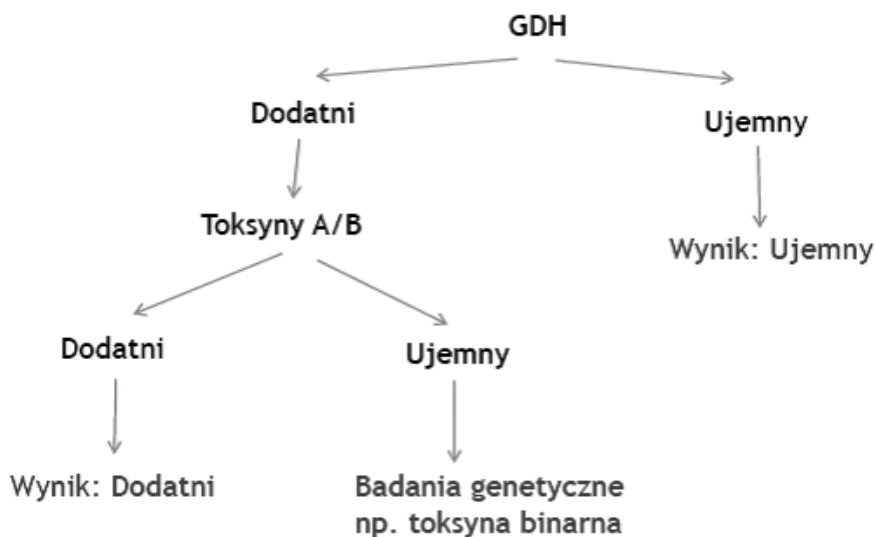
oza Kanadzie. W następnych latach zaczęto izolować je w krajach europejskich, a Polsce stwierdzono pierwsze izolaty w 2008 roku [0]. Dane epidemiologiczne wskazują, że nawet 35% izolowanych szczepów z zakażeń mogą stanowić szczepy hiperepidemiczne [0].

Głównymi rezerwuarami *C. difficile* są chorzy pacjenci, a tak-

że nosiciele, których odsetek jest różny w zależności od środowiska – od 3% w populacji pozaszpitalnej, do 20-40% wśród hospitalizowanych pacjentów, a nawet do 60% u noworodków i niemowląt (spadając do około 3% po 1 roku życia). Dane literaturowe wskazują, że prawie 30% osób zakażonych wykazuje objawy chorobowe.

**Tab. 1. Ryzyko wystąpienia zakażeń *Clostridium difficile* a stosowane antybiotyki.**

Niskie ryzyko	Średnie ryzyko	Wysokie ryzyko
Cefalosporyny I generacji Nitrofurantoina Aminoglikozydy Rifampicyna Metronidazol Wankomycyna Tetracyklina Penicylina Kloksacylina	Makrolidy Linkozamidy Karbapenemy Amoksycylina Ampicylina Piperacylina/tazobaktam Tikarcylina/kwas klawulanowy Tigecyklina	Cefalosporyny II i III generacji Klindamycyna Fluorochinolony Penicyliny o szerokim spektrum substratowym (z wyjątkiem tikarcyliny/kwas klawulanowy i piperacylina/tazobaktam)



Ryc. 1. Algorytm diagnostyczny w przebiegu zakażeń związanych z *Clostridium difficile* (CZDZ).

tyjskie wskazują, że ryzyko rozwoju choroby jest dwudziestokrotnie większe u pacjenta po 65 r.ż [0].

Patofizjologia zakażenia związana jest z przedostaniem się przetrwalników drogą fekalno-oralną, a następnie ich kiełkowaniem w przewodzie pokarmowym w momencie dysbiozy. Komórki po przejściu w stan wegetatywny i osiągnięciu fazy stacjonarnej wytwarzają toksyny, powodujące nadmierne wydzielanie wody i elektrolitów do światła jelita, apoptozę kolonocytów, doprowadzając do ostrego zapalenia jelit. „Widocznym” efektem działania toksyn, które mogą być obserwowane w trakcie kolonoskopii, jest obecność na powierzchni jelita pseudobłon, określanych jako „żółte” warstwy oddzielające zmiany chorobowe [0].

Pierwsze objawy zakażenia związanego z *C. difficile* (CZDZ), zazwyczaj pojawiają się w okresie od 1 do 8 tygodni od momentu rozpoczęcia antybiotykoterapii;

najczęściej między 5-10 dniem leczenia. Obraz kliniczny zakażenia jest bardzo zróżnicowany i może manifestować się od łagodnych biegunk, do nawet ciężkiego zapalenia jelita grubego, łącznie z niedrożnością oraz okrężnicą olbrzymią (*megacolon toxicum*). Jednak do najczęstszych objawów należą biegunki ze skurczowymi bólami brzucha wraz z nieznacznie podwyższoną temperaturą ciała (30-50%) i leukocytozą (50-60%). Należy pamiętać, że infekcja ta może mieć przebieg inwazyjny, powodując reaktywne zapalenie stawów, zakażenia skóry, krwi lub kości. Śmiertelność związana z zakażeniami *C. difficile* na Oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM), waha się w granicach od 6,1% do nawet 16,7% w przypadku infekcji spowodowanych szczepem hiperepidemicznym NAP1 [0].

Diagnostyka zakażeń *C. difficile* oparta jest przede wszystkim na

wykrywaniu toksyn w kale chorego, za pomocą testów immunoenzymatycznych. Pierwszym etapem powinno być wykrywanie swoistego antygeny drobnoustroju – dehydrogenazy glutaminianowej (GDH). W przypadku wyniku ujemnego, wyklucza się zakażenia tą bakterią. Jeśli wynik wskazuje na obecność antygeny GDH, należy wykonać test na obecność toksyn A/B – stwierdzenie ich obecności świadczy o zakażeniu *C. difficile*. W przypadku uzyskania wyniku ujemnego należy wykonać badania genetyczne w oparciu o reakcję PCR w celu określenia zdolności do produkcji toksyn, w tym toksyny binarnej, rozstrzygając obecność lub też brak zakażenia (Rycina 1) [0, 0].

Wykonywanie badań na obecność toksyn A/B nie jest zalecane u dzieci poniżej 1 roku życia w związku z wysoką częstością nosicielstwa tego drobnoustroju, w tym także szczepów toksynotwórczych. Należy pamiętać, że kolonoskopia i wykrycie błon „rzekomych” jest wysoce specyficznym objawem, jednakże badanie to charakteryzuje się niską czułością, rzędu 50% [0, 0].

Stosowane leczenie w przebiegu CZDZ jest zależne od tego czy jest to zakażenie pierwotne czy już nawracające. W przypadku pierwszego epizodu postępowanie powinno obejmować:

- Odstawienie antybiotyku (u 23% pacjentów w ciągu 48-72 godzin dochodzi do ustąpienia objawów u pacjentów z łagodną postacią zakażenia). Jeśli nie można odstawić antybiotyku, należy zamienić go na inny z niskiej grupy ryzyka CZDZ,
- Zaprzestanie stosowania leków zapierających,
- Wdrożenie antybiotykoterapii przeciwko *C. difficile*.

Lekami pierwszego rzutu w leczeniu CZDZ są metronidazol i wancomycyna, podawane doustnie. Dawkowanie metronidazolu wynosi 4 x 250 mg lub 3 x 500 mg,

Tab. 2. Czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu zakażenia związanego z *Clostridium difficile* (CZDZ).

wiek > 70 lat
poziom leukocytów > 20 000 mm <sup>3</sup>
poziom kreatyniny > 2 mg/dl
poziom albumin < 2,5 mg/dl
zabieg operacyjny w obrębie jelita grubego w ciągu ostatnich 30 dni
wcześniejsze leczenie immunoglobulinami



**Tab. 3. Skala punktacji do oceny ciężkości zakażeń związanych z *Clostridium difficile* (CZDZ) i stosowania wankomycyny jako leku pierwszego rzutu.**

wiek > 60 r.ż. = 1 punkt
gorączka > 38,3°C = 1 punkt
albuminy < 2,5 mg/dl = 1 punkt
leukocyty > 15 000/mm <sup>3</sup> = 1 punkt
w endoskopii cechy rzekomobłoniastego zapalenia jelit = 2 punkty
leczenie na OIOM = 2 punkty

natomiast wankomycyny 4 x 125-500 mg; obydwie leki stosowane są przez 10-14 dni. Skuteczność kliniczna tych antybiotyków jest porównywalna w przypadku łagodnych i umiarkowanych CZDZ. Podobnie, ryzyko nawrotów jest podobne dla obydwu tych leków przeciwdrobnoustrojowych i wynosi około 20%. Jednakże w przypadku leczenia ciężkich zakażeń w pierwszej kolejności powinna być stosowana wankomycyna przy uzyskaniu sumy punktów  $\geq 2$  na podstawie kryteriów przedstawionych w tabeli 3 [0, 0].

W leczeniu bardzo ciężkich zakażeń *C. difficile* należy stosować wankomycynę doustnie w dawce 4 x 500 mg i metronidazol dożylnie (3 x 500 mg). Należy pamiętać, że wankomycyna, w przypadku niedrożności jelit, może być podawana przez cewnik bezpośrednio do jelita grubego w dawce 500 mg w 100 ml co 6 godzin [0, 0].

Jak wskazują dane literaturowe [0], nawroty choroby występują najczęściej pomiędzy 3-21 dniem od zakończenia leczenia. Nie wynika to z oporności bakterii na leki, a w około połowie przypadków wywoływane są przez ten sam szczep. Do najważniejszych czynników ryzyka należą przebyte nawroty w historii, które wzrasta do 35% po 1 epizodzie i nawet 65% po następnych nawrotach. Także osłabiona odporność pacjenta, głównie w wieku podeszłym jest istotnym czynnikiem warunkującym nawrót CZDZ [0]. W przypadku leczenia nawrotów należy stosować wankomycynę w wysokich dawkach wynoszących 2 g/dobę przez 10 dni, a następnie zmniejszyć

dawkowanie do 125-500 mg podawanych co 3 dzień przez 4 tygodnie. Wśród innych antybiotyków stosowanych w nawrotach CZDZ są teikoplanina, rifaksymina i fidaksomycyna. Teikoplanina powinna być stosowana w dawce 100-400 mg dwa razy w ciągu doby, a jej skuteczność porównywalna jest z wankomycyną. Rifaksymina podawana jest w formie doustnej w związku z niewielkim wchłanianiem z przewodu pokarmowego. Nigdy nie powinna być podawana jako lek pierwszego rzutu, a jedynie w leczeniu nawrotów w dawce 0,8 g w ciągu doby. Niestety, badania ostatnich lat wskazują na stosunkowo znaczny wzrost oporności *C. difficile* po zastosowaniu tego antybiotyku. Fidaksomycyna jest antybiotykiem makrolidowym zarejestrowanym przez FDA w 2001 roku do leczenia CZDZ. Podobnie jak wcześniej wspomniane leki nie ulega ona wchłanianiu w przewodzie pokarmowym. Dawkowanie tego leku wynosi 2 x 0,2 g przez 10 dni, a jego skuteczność porównywana jest z wankomycyną, przy

jednak mniejszym ryzyku nawrotów. Europejskie Towarzystwo Mikrobiologii Klinicznej i Chorób Zakaźnych (ESCMID – European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases) rekomenduje stosowanie fidaksomycyny w leczeniu lekkich i umiarkowanych postaci CZDZ, jako, że brak jest na obecną chwilę badań potwierdzających skuteczność w leczeniu ciężkich zakażeń [0, 0, 0]. W ostatnich latach pojawiają się coraz to nowsze leki o potencjalnej aktywności przeciwko *C. difficile*, takie jak:

- Nitozaksonid – lek przeciwprzewrotniakowy także silnie działający na bakterie beztlenowe; szybko acetylowany w wątrobie do tizoksanidu, wykazujący aktywność przeciwko *C. difficile*; o podobna skuteczność jak metronidazol i wankomycyna,
- Tigecyklina – pochodna minocykliny o szerokim spektrum substratowym; próby jego stosowania dotyczą głównie leczenia ciężkich postaci CZDZ i to tylko w postaci dodatkowego leku do standardowej terapii,
- Cedezolid – oksazolidynon; w badaniach *in vitro* hamuje sporulację *C. difficile* i wytwarzanie toksyn, a także brak wpływu na mikroflorę przewodu pokarmowego (głównie *Bacteroides* spp. i *Lactobacillus* spp.),



**Fot. 1. *Clostridium difficile* barwione metodą Grama**



- Orytawancyna – półsyntetyczny lipoglikopeptyd, hamujący syntezę peptydoglikanu; na modelu ludzkim stwierdzono obniżenie progu wykrywalności form wegetatywnych *C. difficile* w ciągu dwóch dni, a także stwierdzono brak nawrotów; na modelu zwierzęcym zaobserwowano pełną ochronę przez rozwojem CZDZ,
- LFF 571 – półsyntetyczny tiopeptyd, który jest inhibitorem biosyntezy białka, w wyniku zahamowania elongacji; na modelu zwierzęcym stwierdzono zmniejszenie ryzyka śmierci i nawrotu CZDZ w porównaniu z wankomycyną,
- SMT 19969 – pochodna bilbenzimidazolu o bardzo wąskim spektrum substratowym, działając tylko na beztlenowce kałowe; na modelu zwierzęcym stwierdzono zwiększona skuteczność w porównaniu do wankomycyn [0].

W leczeniu CZDZ stosowane są także zabiegi chirurgiczne w leczeniu ciężkich postaci, przebiegających z perforacją jelita lub pogarszającym się stanem ogólnym, zwłaszcza w przypadku niedrożności jelit, objawów zapalenia otrzewnej czy też toksycznym rozdęciu jelita grubego. Zabieg ten polega na wycięciu okrężnicy, co zmniejsza śmiertelność z 58% do 34% u pacjentów ze stężeniem mleczanów równym 5 mmol/L. Z alternatywnych form leczenia inwazyjnego, należy wymienić stosowanie prze-

tok jelita grubego, śródoperacyjne płukanie jelita grubego (glikol polietylenowy lub roztwór elektrolitów), a następnie podawanie dojelitowych wlewów [0].

Jednym z bardziej obiecujących metod leczenia jest tzw. „przeszczep” flory kałowej. Zabieg ten polega na wprowadzeniu przez zgłębnik nosowo-gardłowy, kolonoskopii lub wlewu dorektalnego mieszaniny mikroflory jelita grubego (*Bacteroides* spp., *Actinobacteria*, *Firmicutes*, *Proteobacteria*) pobranego od dawcy, co w konsekwencji „wypiera” *C. difficile*. Leczenie to,

stosowana jest eksperymentalna szczepionka zawierająca anatoksynę A/B, a pierwsze wyniki wskazują na zmniejszenie ryzyka nawrotów.

W ostatnich latach prowadzone są badania nad stosowaniem probiotyków w leczeniu zakażeń *C. difficile*. Dane literaturowe [0, 0] wskazują, że jeden z ważnych drobnoustrojów o właściwościach probiotycznych – *Saccharomyces boulardii* wpływa na zmniejszenie ilości toksyn wytwarzanych przez *C. difficile* w wyniku ich degradacji, a także zmniejsza liczbę recepto-

---

## W związku z bardzo łatwym rozprzestrzenianiem się drobnoustroju, bardzo ważna jest wczesna i szybka diagnostyka, co znacznie może zmniejszyć ryzyko transmisji na innych pacjentów. Także nadmierne stosowanie antybiotyków, głównie szerokospektralnych, sprzyja rozwojowi zakażeń *Clostridium difficile*.

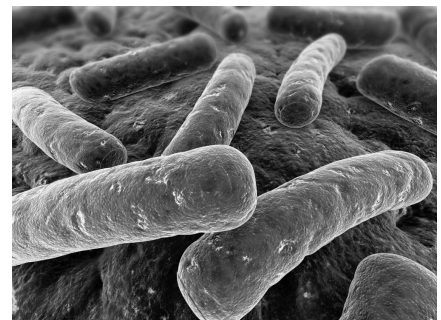
---

po raz pierwszy zostało zastosowane w 1958 roku, a rekomendowane jest przez ESCMID w leczeniu wielokrotnych, niereagujących na leczenie CZDZ. Okazuje się, że tego typu zabieg charakteryzuje się wysoką skutecznością, sięgającą nawet do 91% (dane uzyskane z pięciu ośrodków w Stanach Zjednoczonych) [0, 0, 0].

W ostatnich latach prowadzone są także badania nad możliwością zastosowania immunoterapii polegającej na podawaniu przeciwciał monoklonalnych przeciwko toksynom A/B. Jedne z badań randomizowanych, wskazują na zmniejszenie ryzyka nawrotów, przy jednoczesnym braku wpływu na czas leczenia. Ponadto,

rów wiążących te toksyny. Ponadto, grzyb ten zmniejsza przepuszczalność nabłonka jelita, hamuje produkcję cytokin prozapalnych, ograniczając tym samym proces zapalny w obrębie jelita [0].

W ostatnich latach zainteresowanie zakażeniami wywołanymi



*Clostridium difficile*

przez *C. difficile* znacznie wzrasta, co związane jest ze wzrostem liczby zakażeń, liczby przypadków śmiertelnych, a także pojawieniem się nowych szczepów hiperwirulentnych. Ponadto, coraz częściej dochodzi do zakażeń także poza placówkami

służby zdrowia, powodując, że patogen ten staje się poważnym zagrożeniem dla zdrowia, a nawet życia człowieka. W związku z bardzo łatwym rozprzestrzenianiem się drobnoustroju, bardzo ważną jest wczesna i szybka diagnostyka, co

znacznie może zmniejszyć ryzyko transmisji na innych pacjentów. Także nadmierne stosowanie antybiotyków, głównie szerokospektralnych, sprzyja rozwojowi zakażeń *C. difficile*.

## Literatura

1. Bielec D., Stempkowska J., Markiewicz-Zięba M. Postępy w leczeniu zakażenia *Clostridium difficile*. Post. Nauk Med. 2014, 27, 770-775.
2. Brandt L.J., Aroniadis O.C., Mellow M., Kanatzar A., Kelly C., Park T., Stollman N., Rohlfke F., Surwaicz C. Long-term follow-up of colonoscopic fecal microbiota transplant for recurrent *Clostridium difficile* infection. Am. J. Gastroenterol. 2012, 107, 1079-1087.
3. Cohen S.H., Gerding D.N., Johnson S., Kelly C.P., Loo V.G., McDonald L.C., Pepin J., Wilcox M.H. Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults: 2010 update by the society for healthcare epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). Infect. Control Hosp. Epidemiol. 2010, 31, 431-455.
4. Debast S.B., Bauer M.P., Kuijper E.J. European Society of Clinical and Infectious Diseases: update of the treatment guidance document for *Clostridium difficile* infection. Clin. Microbiol. Infect. 2013, 20, 1-26.
5. Hryniewicz W., Martirosian G., Ozorowski T. Zakażenia *Clostridium difficile*. Diagnostyka, terapia, profilaktyka [http://www.antybiotyki.edu.pl/pdf/Clostridium-difficile-v6\_10.pdf].
6. Mehlich A., Górska S., Gamian A., Myc A. Wybrane aspekty zakażeń *Clostridium difficile*. Pos. Hig. Med. Dośw. 2015, 69, 598-611.
7. Na X., Kelly C. Probiotics in *Clostridium difficile* infection. J. Clin. Gastroenterol. 2011, 45, S154-S158.
8. Pituch H., Bakker D., Kuijper E., Obuch-Woszczatyńska P., Wultańska D., Nurzyńska G., Bielec A., Bar-Andziak E., Łuczak M. First isolation of *Clostridium difficile* PCR-ribotype O27/toxinotype III in Poland. Pol. J. Microbiol. 57, 267-268.
9. Tung J.M., Dolovich L.R., Lee C.H. Prevention of *Clostridium difficile* infection with *Saccharomyces boulardii*: a systemic review. Can. J. Gastroenterol. 2009, 23, 817-821.



**KLAUZULA SUMIENIA  
W PRAKTYCE MEDYCZNEJ**

# **Pomiędzy prawem a etyką (cz. II)**

**Zasadne wydaje się pytanie o jednoznaczną interpretację przepisów dotyczących aborcji w kontekście obowiązków lekarza.**

**Niezależnie od odpowiedzi Trybunału Konstytucyjnego na obecnie zadane pytanie o klauzulę sumienia, Naczelna Rada Lekarska powinna zwrócić się do wspomnianego trybunału z pytaniem o wyjaśnienie czy w świetle obowiązujących przepisów niektóre świadczenia, np. aborcja ze wskazań niemedycznych jest obowiązkiem lekarza. Jeśli odpowiedź będzie negatywna, to nie ma potrzeby łączyć odmowy wykonania aborcji z klauzulą sumienia, a tym samym dyskusja o rozwiązaniach w tym zakresie jest bezprzedmiotowa.**

---

**DR HAB. JAKUB PAWLIKOWSKI**  
ZAKŁAD ETYKI I FILOZOFII CZŁOWIEKA  
UM W LUBLINIE

---

## **Motywy odmowy wykonania świadczeń sprzecznych z sumieniem**

Należy zastanowić się jakie przesłanki są podstawą odmowy podjęcia działań przez lekarza. Zazwyczaj są to decyzje złożone, ale wydaje się, że mogą w nich przeważać przesłanki medyczne, organizacyjno-prawne, etyczne lub religijne. Prze-

słanki medyczne dotyczą sytuacji, gdy lekarze odmawiają realizacji świadczeń, które w oparciu o swoją wiedzę i doświadczenie uważają za nieuzasadnione medycznie (np. antybiotyków w infekcjach wirusowych, operacji plastycznych bez

związku z wcześniejszym uszkodzeniem powłok lub wadą wrodzoną), szkodliwe dla pacjenta (np. terapii mającej znamiona uporczywości) lub o wątpliwej skuteczności. Odmowy ze względów organizacyjno-prawnych mogą wynikać, np.



z braku umowy na świadczenia, czy wyczerpania limitu świadczeń zakontraktowanych z NFZ. Powyższe kategorie odmów nie mieszczą się jednak w zakresie przepisów art. 39 ustawy o zawodzie lekarza regulujących prawo do sprzeciwu sumienia.

W debacie publicznej przesłanki prowadzące do korzystania z klauzuli sumienia sprowadza się często do motywacji religijnych. Taki pogląd jest jednak dużym uproszczeniem. Lekarze mogą bowiem odmawiać wykonania niektórych świadczeń, nie tylko z powodu swoich przekonań religijnych, ale także dlatego, że naruszają one uniwersalne wartości moralne (np. życie istoty ludzkiej) oraz są sprzeczne z etyką zawodową i skła-

daną przez nich przysięgą. Medyk nie musi odwoływać się do wiary religijnej, aby wyrazić sprzeciw wobec niszczenia życia ludzkiego w fazie prenatalnej lub terminalnej. Kodeks Etyki Lekarskiej, który nie wypływa z żadnej religii (choć z wieloma tradycjami religijnymi jest zbieżny), zawiera szereg artykułów zobowiązujących do nienaruszalności życia ludzkiego, w tym także w fazie prenatalnej. Oczywiście jest, że nie wszyscy lekarze składający przysięgę zawodową i chcący postępować zgodnie z hipokratejską zasadą bezwzględności szacunku dla życia ludzkiego, są wierzący i religijnie zaangażowani.

Niekiedy przekonania religijne mogą odgrywać istotną rolę

w odmowie niektórych czynności, np. transfuzji krwi przez lekarza-Świadka Jehowy, odłączenia respiratora w przypadku śmierci pnia mózgu przez lekarza-ortodoksyjnego Żyda, czy pobrania narządów do transplantacji przez lekarza-szintoistę. Są to jednak, przynajmniej w Polsce, sytuacje incydentalne. Lekarz o dużym stopniu zaangażowania religijnego, wybierając medycynę jako swój zawód, zazwyczaj wie w jakich obszarach jego religia kłóci się ze współczesną wiedzą medyczną i będzie tak kształtował ścieżkę swojej kariery zawodowej, aby nie narażać się na ciągłe dylematy moralne z tego powodu. Trudno wyobrazić sobie, aby lekarz będący Świadkiem Jehowy chciał pracować w Stacji Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, albo specjalizować się w transfuzjologii klinicznej. Gdyby jednak doszło do sytuacji, że przekonania religijne prowadzą do łamania praw innych ludzi (np. prawa do życia, zdrowia), to należy ograniczyć tak niewłaściwie rozumianą wolność sumienia. Podkreślić jednak należy, że konflikt pomiędzy medycyną i religią nie jest czymś powszechnym, a większość tradycji religijnych podkreśla szczególną wartość zawodów związanych z opieką nad chorymi.

## Klauzula sumienia a etyka lekarska

Dyskusję wokół klauzuli sumienia toczy się przede wszystkim w oparciu o przepisy z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Należy jednak zauważyć, że Kodeks Etyki Lekarskiej zawiera również regulacje w zakresie odmowy przez lekarza niektórych działań. Artykuł 7 daje możliwość odmowy leczenia w szczególnie uzasadnionych przypadkach, art. 4 mówi o swobodzie działań zawodowych zgodnie z sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, a art. 69 zakazuje odmowy pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent

nie ma możliwości jej uzyskania ze strony innych instytucji. Powyższe zasady przypomniawszy również NIL w swoim stanowisku z dnia 6 grudnia 2013 r. Wydawałoby się zatem, że kodeks reguluje kwestię odmowy analogicznie do ustawy. Jednak

fundamentalna różnica polega na tym, że rozumienie obowiązku lekarskiego w kodeksie jest węższe niż zawarte w ustawowej terminologii „świadczeń zdrowotnych”. Kodeks wiąże obowiązek lekarza z ochroną życia i zdrowia, profilak-

---

**Medycyna musi opierać się na zasadach moralnych, chociażby pragnieniu niesienia pomocy, a posłuszeństwo prawu musi mieć głębokie uzasadnienie moralne.**



tyką, leczeniem i niesieniem ulgi w cierpieniu, podkreślając jednocześnie troskę o pacjenta również na etapie prenatalnym i zakazując działań godzących w życie ludzkie, jak eutanazja czy pomoc w samobójstwie. Obecność chorych i cierpiących powinna być bowiem dla lekarza bodźcem do poszukiwania lepszych metod opieki nad pacjentami, a nie do ich eliminacji.

Z perspektywy etyki lekarskiej, obecne przepisy prawne dotyczące sprzeciwu sumienia można byłoby zaakceptować (z drobnymi zastrzeżeniami), jeśli ich interpretacja byłaby zgodna z podstawowymi celami medycyny i zasadami moralnymi obowiązującymi przez wieki w sztuce lekarskiej. Z tej perspektywy można bowiem uzasadnić obowiązek podjęcia działania, np. transfuzji krwi, w sytuacji zagrożenia życia pacjenta (albo wskazanie innego specjalisty, jeśli jest taka możliwość), ale trudno uzasadnić obowiązek podjęcia czynności niezwiązanych z ratowaniem zdrowia lub życia, np. wykonania aborcji z przesłanek niemedyceńskich. Takie rozwiązanie zawarte w kodeksie nigdy nie było kontestowane i również na poziomie legislacyjnym nie powinno wzbudzać kontrowersji. Problem etyczny i prawny pojawia się natomiast wtedy, kiedy ustawodawca legalizuje świadczenia sprzeczne z etosem medycznym i nakłada

obowiązek ich realizacji na społeczeństwo lekarską.

Niekiedy wskazuje się na sprzeczność pomiędzy prawem do sprzeciwu sumienia a zasadą poszanowania autonomii pacjenta. Poszanowanie autonomii (prawa do samostanowienia) pacjenta jest jedną z ważnych zasad współczesnej etyki medycznej, ale ma swoje ograniczenia, chociażby w przypadku pacjenta nieprzytomnego, splątanego, poddanego wpływowi silnych emocji, czy niepełnoletniego. Jednym z oczywistych ograniczeń powinno być również poszanowanie autonomii moralnej lekarza. Lekarz, tak samo jak pacjent, jest podmiotem moralnym, i pacjent nie może żądać, aby medyk działał wbrew swoim wartościom. Sprzeciw sumienia lekarza nie przekreśla autonomii pacjenta. Nie chodzi w nim bowiem o narzucanie swojej moralności pacjentowi, ale o wierność wyznawanym zasadom moralnym. Nie można wymagać od lekarza szacunku dla

pacjenta niszcząc jego szacunek dla siebie. Warto również podkreślić, że moralne pojęcie pacjenta (jako osoby znajdującej się w realnej potrzebie ratowania życia lub zdrowia) nie musi pokrywać się z prawnym pojęciem świadczeniobiorcy (jako osoby żądającej wykonania świadczenia medycznego zgodnie z przepisami prawa).

Zobowiązanie do działania wbrew sumieniu prowadzi do dezintegracji moralnej, obniżenia poczucia własnej godności i poważnych kosztów psychologicznych, które mogą mieć również wpływ na jakość wykonywanej pracy, a zwłaszcza motywację do niej. Z psychologicznego punktu widzenia trudno jest oddzielać moralność osobistą od moralności w pracy. Postulat neutralności aksjologicznej jest wewnątrznie sprzeczny, ponieważ nawołując do neutralności i odrzucenia własnych wartości moralnych, nakazuje podporządkowanie się wartościom wyznawanym przez innych. Jeśli jest to wzmocnione przepisami prawnymi, to może być przejawem totalitaryzmu światopoglądowego, w którym administracyjnie narzuca się określoną aksjologię.

Sytuacja, w której próbuje się zobowiązać lekarzy do realizacji celów niezgodnych z zasadą poszanowania życia ludzkiego prowadzi do głębokiej ambiwalencji postaw i jest przejawem niespójności przepisów prawnych w zakresie wymogów stawianych przed lekarzami: z jednej strony są oni zobowiązani do ochrony ludzkiego życia i zdrowia,

---

**W obecnej sytuacji prawnej kluczową sprawą wydaje się jednak rozdzielenie kontrowersyjnych moralnie procedur medycznych niezwiązanych z celem leczniczym od standardowych świadczeń medycznych.**

---



a z drugiej strony podejmowane są próby obligowania ich do realizacji działań godzących w te wartości. Przypomina to sytuację sędziego, który powołany jest do wydawania sprawiedliwych wyroków, ale zostałby zobligowany do niesprawiedliwego orzeczenia, jeśli byłoby to korzystne dla którejś ze stron. Taka sytuacja może również prowadzić do utraty wartościowych potencjalnych specjalistów, np. w ginekologii i położnictwie nie będą specjalizować się osoby żywo zainteresowane opieką nad matką i dzieckiem, ponieważ nie chcą podejmować czynności godzących w życie człowieka na etapie prenatalnym.

## Propozycje rozwiązań konfliktu pomiędzy prawami pacjenta a prawami lekarza

Pojawiają się różnorodne propozycje rozwiązania konfliktu pomiędzy prawami pacjenta a wolnością sumienia lekarza. Przykładowo, przeniesienie obowiązku informowania o kontrowersyjnych procedurach na urzędy państwowe, np. oddziały NFZ, wojewódzkie wydziały zdrowia, czy Rzecznika Praw Pacjenta. Ale w rzeczywistości jest to tylko przesunięcie problemu moralnego na inną grupę społeczną i z pewnością pojawi się wtedy problem klauzuli sumienia urzędnika. Są postulaty sporządzania listy lekarzy,

którzy odmawiają wykonania aborcji, albo tych, którzy ją wykonają – niezależnie, jaka lista by powstała, to będzie ona podstawą do stygmatyzacji i dyskryminacji, a więc będzie szkodliwa społecznie i niezgodna z konstytucją. W literaturze omawia się również obciążenie szpitalnych komisji etycznych rolą mediacyjną w sytuacjach konfliktowych.

W obecnej sytuacji prawnej kluczową sprawą wydaje się jednak rozdzielenie kontrowersyjnych moralnie procedur medycznych niezwiązanych z celem leczniczym

od standardowych świadczeń medycznych. W niektórych krajach zachodnioeuropejskich, aborcja nie jest świadczeniem, które wchodzi w zakres obowiązków publicznej służby zdrowia. Pozarządowe organizacje prowadzą sieć placówek aborcyjnych i pracują w nich osoby, które dobrowolnie chcą tę działalność wykonywać. A lekarz zatrudniony w szpitalu publicznym nie jest obciążony obowiązkiem informowania pacjenta o tego typu podmiotach, bo informacja jest ogólnie dostępna.

## Zakończenie

Medycyna musi opierać się na zasadach moralnych, chociażby pragnieniu niesienia pomocy, a posłuszeństwo prawu musi mieć głębokie uzasadnienie moralne. W przeciwnym wypadku na nowo będzie rozgrywał się dramat Antygony, Sokratesa czy Tomasza Morusa i pojawiać się będą kolejni męczennicy sumienia. Zazwyczaj, niekiedy po upływie pewnego czasu, przyznajemy rację moralną tym, którzy są wierni sumieniu i niezłomni, a nie koniunkturalistom

i oportunistom. Medycyna oparta jedynie na prawie, a nie na sumieniu niesie ryzyko spadku wrażliwości moralnej u lekarza i może łatwo stać się elementem systemu totalitarnego. Z historii współczesnej można podać przykład procesów norymberskich, gdzie oskarżonymi byli ci, którzy działali w zgodzie z prawem (III Rzeszy), a oskarżano ich nie dlatego, że łamali prawo, ale dlatego, że podeptali godność człowieka. Z perspektywy pacjenta, postępowanie zgodne z sumieniem

rodzi zaufanie. To wierność etosowi zawodowemu i przekonanie, że lekarz zawsze, niezależnie od okoliczności administracyjnych, prawnych i politycznych, stanie po stronie pacjenta i będzie go chronił, buduje szacunek i zaufanie pacjentów. A sumienie lekarskie ukształtowane na zasadzie poszanowania godności każdego człowieka z pewnością będzie prowadzić do wyborów zgodnych z dobrem pacjenta i będzie budować społeczne zaufanie do profesji medycznej.

# Zdrowie dzieci w Europie

Zdrowie globalne to płaszczyzna naukowa, badawcza i praktyczna skoncentrowana na zapewnieniu poprawy stanu zdrowia i dążeniu do równości w zdrowiu dla wszystkich ludzi na świecie. Koncentruje swoje zainteresowania na ponadnarodowych kwestiach zdrowotnych, czynnikach które je determinują, szuka dla nich rozwiązań. Ma interdyscyplinarny charakter (współpracuje z dziedzinami w obrębie medycyny, nauk o zdrowiu jak i nauk społecznych), promuje interdyscyplinarną współpracę. Jest syntezą prewencji na poziomie populacji z jednoczesną dbałością o zapewnienie opieki klinicznej na poziomie indywidualnym.

**PROF. DR HAB. TERESA B. KULIK**  
**DR N. O ZDR. KINGA ZDUNEK**  
KATEDRA ZDROWIA PUBLICZNEGO  
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU  
UM W LUBLINIE

Kickbusch (2006) twierdzi, że zdrowie globalne obejmuje takie problemy zdrowotne, które przekraczają granice państw i rządów oraz wzywają do działania, w celu wpłynięcia na siły globalne determinujące zdrowie ludzi. W związku z tym, wymaga nowych form zarządzania na poziomie krajowym i międzynarodowym i dąży do zaangażowania sektorów z różnych dziedzin.

Katedra Zdrowia Publicznego (KZP) Uniwersytetu Medycznego w Lublinie aktywnie włącza się w realizację działań międzynarodowych. Przykładem jest między innymi współuczestnictwo w realizacji projektu MOCHA (Models of Child Health Appraised) finansowanego ze środków Komisji Europejskiej

w ramach strategii Horyzont 2020, którego celem jest krytyczna analiza usług świadczonych w ramach dziecięcej podstawowej opieki zdrowotnej w 30 krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz zarekomendowanie najefektywniejszych modeli w tym obszarze. Jednostką koordynującą działania jest Imperial College London – Prof. Mitch Blair i Prof. Michael Rigby, a wśród naukowych partnerów znajduje się 19 instytucji pochodzących z 10 państw Europy a także z Australii, Szwajcarii oraz Stanów Zjednoczonych. Katedra Zdrowia Publicznego jest jednostką

odpowiedzialną za realizację prac jako przedstawiciel strony polskiej. Kierownikiem projektu jest dr n. o zdrowiu Kinga Zdunek.

Zaangażowanie Katedry obejmuje między innymi działania na rzecz identyfikacji optymalnych modeli ochrony zdrowia dzieci w Europie, transferu tych modeli na poziomy krajowe oraz krytyczną analizę rozpowszechnianych wyników i działalność w ramach krajowego centrum informacji dla pozostałych członków konsorcjum. Projekt rozpoczął się 1 czerwca 2015 roku i potrwa 42 miesiące (36 miesięcy pracy nauko-



**Models of Child Health Appraised**  
(A Study of Primary Healthcare in 30 European countries)



---

**Katedra Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie aktywnie włącza się w realizację działań międzynarodowych. Przykładem jest m.in. współuczestnictwo w realizacji projektu MOCHA (Models of Child Health Appraised) finansowanego ze środków Komisji Europejskiej w ramach strategii Horyzont 2020, którego celem jest krytyczna analiza usług świadczonych w ramach dziecięcej podstawowej opieki zdrowotnej w 30 krajach UE oraz zarekomendowanie najefektywniejszych modeli w tym obszarze. Jednostką koordynującą działania jest Imperial College London, a wśród naukowych partnerów znajduje się 19 instytucji pochodzących z 10 państw Europy a także z Australii, Szwajcarii i Stanów Zjednoczonych. Katedra Zdrowia Publicznego jest jednostką odpowiedzialną za realizację prac jako przedstawiciel strony polskiej. Kierownikiem projektu jest dr n. o zdrowiu Kinga Zdunek.**

---

wej). Z założenia powinien przynieść wzrost świadomości i korzyści dla zdrowia dzieci wzrastających w Europie i w zdrowym społeczeństwie.

#### **Strategia początkowa projektu**

W październiku 2015 roku w Londynie odbyło się inauguracyjne posiedzenie Zgromadzenia Ogólnego, rozpoczynające nowy europejski projekt badawczy MOCHA. W obradach czynny udział brała dr n. o zdrowiu Kinga Zdunek. Podczas spotkania wypracowano wspólną strategię postępowania badawczego oraz ustalono standardy współpracy zespołowej. Zaprezentowano ogólny plan wyznaczony przez działania realizowane w 10 grupach roboczych projektu. Spotkanie było także okazją dla roboczych konsultacji pomiędzy koordynatorami szczegółowych zadań w ramach tych prac. Kierunek inicjatyw badawczych wytyczono poprzez następujące obszary tematyczne: identyfikacja modeli w podstawowej opiece dziecięcej, świadczenie usług w różnych instytucjach, w tym także kompleksowej opieki ukierunkowanej na ochronę zdrowia dzieci, medycyna szkolna, bezpośredni dostęp do usług dla młodzieży, identyfikacja innowacyjnych środków pomiaru jakości i wyników, identyfikacja pochodnych z dużych zbiorów danych do pomiaru jakości

i wyników, analiza aspektów związanych z umiejętnościami oraz czynnikami ekonomicznymi, zapewnienie równości dla wszystkich dzieci oraz wykorzystanie elektronicznej dokumentacji w dziecięcej opiece zdrowotnej. Metodologia pozyskiwania informacji o sytuacji na poziomie krajowym opiera się o działalność tzw. Country Agents, czyli krajowych ekspertów, stanowiących krajowe punkty kontaktowe, centra informacji dla pozostałych członków konsorcjum.

Inauguracji towarzyszyły również obrady Zewnętrznego Zespołu Doradczego (External Advisory Board) składającego się z międzynarodowych ekspertów, przedstawicieli między innymi Europejskiej Akademii Pediatrycznej, Światowej Organizacji Zdrowia, UNICEF czy Eurochild. Przewodnictwo spotkania Zespołu objął Profesor Richard Parish, ekspert w dziedzinie prewencyjnie zorientowanej polityki zdrowotnej.

#### **Zdrowe dzieci – zdrowa Europa**

Zdrowie dzieci ma wpływ na przyszłość Europy. Dzieci to obywatele, przyszli pracownicy, rodzice i opiekunowie. Są zależni od społeczeństwa, którego obowiązkiem jest zapewnienie świadczenia efektywnych usług zdrowotnych (Konwencje Praw Dziecka ONZ). Według Światowej Organizacji

Zdrowia inwestowanie w zdrowie dzieci i zapewnienie im możliwości rozwoju powinno być priorytetem wszystkich społeczeństw. Odpowiedzią na ten apel jest projekt MOCHA realizowany w Katedrze Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

MOCHA umożliwia współpracę na poziomie międzynarodowych ośrodków naukowych i lokalnych jednostek informacyjnych w 30 krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Naukowcy partnerzy pochodzący z krajów Unii Europejskiej oraz Australii i USA łączą doświadczenia z obszarów medycyny, pielęgniarstwa, ekonomii, informatyki, socjologii i zarządzania, w celu opracowania optymalnych modeli w ochronie zdrowia dzieci skoncentrowanych na zapobieganiu chorobom oraz utrzymaniu dobrostanu.

#### **Literatura**

Kickbusch, I. (2006). The need for a European strategy on global health. *Scandinavian journal of public health*, 34(6), 561-565.

Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *Lancet*, 373(9679), 1993-1995. doi: S0140-6736(09)60332-9

# Młodzi naukowcy z UM laureatami programu TransFormation.doc

**TransFormation.doc to program Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego finansowany w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007-2013 pt. „Wsparcie systemu zarządzania badaniami naukowymi i ich wynikami”.**

**LEK. URSZULA SKROBAS**

KATEDRA I ZAKŁAD

ANATOMII PRAWIDŁOWEJ CZŁOWIEKA

**DR N. MED. JOANNA KOCOT**

KATEDRA I ZAKŁAD CHEMII MEDYCZNEJ

**LEK. LIDIA KOTUŁA**

KATEDRA I ZAKŁAD GENETYKI KLINICZNEJ

**MGR KAROL SOWIŃSKI**

KATEDRA I ZAKŁAD

SYNTEZY I TECHNOLOGII

CHEMICZNEJ ŚRODKÓW LECZNICZYCH

UM W LUBLINIE

Przedsięwzięcie skierowane było do polskich doktorantów oraz młodych naukowców. Program obejmował dwa typy szkoleń: dwutygodniowe kursy (regular soft-skill course) dla 400 osób oraz trzytygodniowe kursy trenerskie (train the trainer course) zorganizowane dla 100 uczestników, które odbyły się w drugiej połowie bieżącego roku.

Wśród organizatorów znalazły się renomowane uczelnie z listy szanghajskiej: Ivey Business School oraz Uniwersytet Alberta w Edmonton w Kanadzie, Uniwersytet Wageningen w Holandii oraz Uniwersytet w Lund w Szwecji. Kandydaci zakwalifikowani do udziału w projekcie zostali przydzieleni do konkretnych ośrodków w drodze losowania.

5 sierpnia 2015 r. z pierwszą grupą udającą się na kurs w ramach TransFormation.doc spotkały się wiceminister szkolnictwa wyższego Daria Nałęcz oraz ambasador Kanady w Polsce, Alexandra Bugailiskis.

W dniach 10 – 21 sierpnia 2015 r. w Ivey Business School, London, Ontario w Kanadzie odbył się pierwszy kurs szkoleniowy z cyklu TransFormation.doc. *Miśnią Ivey Bussines School jest: „Aby*

rozwijać liderów biznesu, którzy myślą globalnie, działają strategicznie, i wnoszą znaczący wkład w życie społeczeństw, w których działają”. Według rankingu Bloomberg Businessweek z 2014 roku, Ivey Bussines School jest najlepszym międzynarodowym ośrodkiem (znajdującym się poza USA) realizującym program MBA (Master of Business Administration). Zgodnie ze statystykami, ponad 40 procent absolwentów Ivey School zajmuje pozycje kierownicze m.in. prezesów, dyrektorów zarządzających czy C-Suite. Absolwenci Ivey School niezwykle często plasują się w czołówce rankingu najbogatszych Kanadyjczyków, którzy osiągnęli sukces przed 40 rokiem życia („Canada’s Top 40 Under 40”). Ponadto, Ivey School jest jednym z dwóch, obok Harwardu, ośrodk-

---

**W Ivey Business School, London, Ontario w Kanadzie odbył się pierwszy kurs szkoleniowy z cyklu TransFormation.doc. Misją Ivey Business School jest: „Aby rozwijać liderów biznesu, którzy myślą globalnie, działają strategicznie, i wnoszą znaczący wkład w życie społeczeństw, w których działają”. Według rankingu Bloomberg Businessweek z 2014 roku, Ivey Business School jest najlepszym międzynarodowym ośrodkiem (znajdującym się poza USA) realizującym program MBA (Master of Business Administration).**

---

ków opracowujących oraz wdrażających studia przypadków z zakresu biznesu na świecie. Wiedza przekazywana jest przez wykwalifikowaną kadrę z doświadczeniem i podejściem zorientowanym na

studenta. Uczelnia dysponuje zarówno świetnie opracowanymi materiałami dydaktycznymi, jak i zapleczem lokalowym.

Celem dwutygodniowego intensywnego kursu było nabycie

umiejętności tzw. miękkich oraz umocnienie kompetencji z zakresu podstaw przedsiębiorczości. W założeniu projekt miał podnieść efektywność działań naukowych poprzez wykorzystanie nabytej



**TransFormation.doc**  
Ivey Business School at Western University  
August 10 – 22 2015 London, Canada

Grupa z Ivey Business School at Western University, London, Canada



Ivey Business School, Kanada

wiedzy do zarządzania projektami naukowymi oraz służyć nawiązaniu współpracy międzynarodowej, a także komercjalizacji wyników badań. Intensywne szkolenie obejmowało zagadnienia merytoryczne na temat przedsiębiorczości i zarządzania, pracę w grupach, wyjazdy studyjne oraz wykłady prelegentów. Zakres merytoryczny kursu został podzielony na 3 kategorie/działy: tworzenie przedsięwzięć, typy przywództwa organizacyjnego oraz kreowanie innowacji.

Podczas szkolenia w Kanadzie lubelski Uniwersytet Medyczny reprezentowany był przez *lek. med. Urszulę Skrobasa* z Kliniki Neurologii SPSK nr 4 w Lublinie, *doktorantkę Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka* oraz *dr Joannę Kocot* z Katedry i Zakładu Chemii Medycznej

W pierwszym tygodniu koncentrowaliśmy się na identyfikacji

oraz zdefiniowaniu problemu, a następnie na kreatywnych metodach poszukiwania potencjalnych rozwiązań. Wykładowcy kładli nacisk

na motywację oraz poświęcenie. Przedstawiony został nam również autorski dziewięciostopniowy model tworzenia innowacyjnych przedsięwzięć.

W drugim tygodniu zajęć skupiliśmy się na pracy nad projektem własnym, którego wykonanie wymagało systematycznej pracy, pełnego zaangażowania oraz rozsądnej organizacji czasu.

Regularne zajęcia w formie interaktywnych wykładów odbywały się w grupach dwudziestoosobowych. Poszczególne ćwiczenia realizowane były przez czteroosobowe tzw. „grupy learningowe”, których zadaniem było przygotowywanie się do zajęć poprzez analizę studium przypadku oraz dyskusję na temat możliwych rozwiązań. Analizując konkretne przypadki (historie wybranych przedsięwzięć/firm) uczyliśmy się decyzyjności oraz przewidywania konsekwencji własnych decyzji – tzw. „entrepreneurial thinking”. Prowadzący modelowali zajęcia oraz aktywowali nas do czynnego udziału w dyskusji, wyrażania własnych opinii, rozpatrywania różnych scenariuszy oraz podejmowania czasem ryzykownych akcji. Udział w panelach dyskusyjnych pomógł nam spojrzeć na problem z różnych perspektyw.

**Ivey School jest jednym z dwóch, obok Harvardu, ośrodków opracowujących oraz wdrażających studia przypadków z zakresu biznesu na świecie. Wiedza przekazywana jest przez wykwalifikowaną kadrę z doświadczeniem i podejściem zorientowanym na studenta. Uczelnia dysponuje zarówno świetnie opracowanymi materiałami dydaktycznymi, jak i zapleczem lokalowym.**



**Uczestniczki kursu w Kanadzie w Ivey Business School**

Na szczególną uwagę zasługują zajęcia, podczas których dowiedzieliśmy się jaki typ osobowości prezentujemy (na podstawie testu osobowości „leadership wheel”), a także szkolenie z negocjacji w formie symulacji z aktorami odgrywającymi rolę potencjalnych pracowników. Podczas niniejszych zajęć trenowaliśmy zachowania asertywne oraz doskonaliliśmy umiejętności efektywnej komunikacji i postępowania z ludźmi o określonym typie osobowości: wojownika, wizjonera, analityka czy opiekuna.

Zostaliśmy także podzieleni na tzw. „grupy projektowe”, składające się z czterech osób reprezentujących różne dziedziny naukowe. Zadaniem grup projektowych było opracowanie wspólnego projektu, który wykorzystywałby dostępne zasoby, podejmowałby ważny problem społeczny oraz proponowałby jego rozwiązanie. Wiedza zdobyta podczas zajęć pozwoliła nam na zastosowanie i zbudowanie odpowiedniej struktury pracy. Interdyscyplinar-

ność grup umożliwiła szersze spojrzenie na poruszane kwestie i docenienie siły w różnorodności. Stały nadzór prowadzących oraz konsultacje z wykładowcami dawały poczucie bezpieczeństwa i sprawiły, że praca nad projektem była dla nas nie tylko wyzwaniem, ale i przyjemnością samą w sobie.

*Uświadomiłam sobie jak ważna jest atmosfera w zespole interdyscyplinarnym, wzajemne zaufanie oraz umiejętne korzystanie z kompetencji i mocnych stron każdego z członków grupy – mówi lek. med. Ursula Skrobas. Zawarłam wiele nowych znajomości, które rokują dalszą długofalową współpracę w polskim środowisku naukowym. Prowadzący zwracali uwagę na innowacyjność przedsięwzięć i świadome podejmowanie decyzji. W moim odczuciu kurs w profesjonalny sposób podjął temat przedsiębiorczości. Poprzez analizę konkretnych przypadków i „problem-based learning” zachęcił do rozpatrywania różnych scenariuszy, prowokował do dyskusji oraz po-*

*kazał proces prowadzący od szukania problemu do znalezienia rozwiązania. Przekazaną wiedzę i stosowane w ośrodku kanadyjskim metody nauczania chciałabym wykorzystać w pracy dydaktycznej ze studentami.*

*Dzięki uczestnictwu w szkoleniu zdałam sobie sprawę jak duży potencjał drzemie w stosowaniu aktywizujących metod nauczania oraz współpracy w zespołach interdyscyplinarnych. Praca z wykorzystaniem metody studium przypadku pozwoliła na zwiększenie moich umiejętności w zakresie kreatywnego oraz krytycznego myślenia, a także nauczyła mnie widzieć problemy w ich złożonym kontekście oraz myśleć kategoriami ciągów przyczynowo-skutkowych – dodaje dr Joanna Kocot. Ponadto, w mojej opinii zrozumienie zasad funkcjonowania innowacyjnego przedsiębiorstwa jest bardzo pomocne w tworzeniu innowacyjnych projektów badawczych oraz nawiązywaniu współpracy z przedstawicielami świata biznesu. Od kanadyjskich naukowców nauczyłam*

się poszukiwać oraz weryfikować potrzeby rynku i w odpowiedzi na nie tworzyć projekty badawcze.

Pomimo bardzo napiętego harmonogramu szkolenia znaleźliśmy czas na zorganizowanie wycieczek nad Wodospad Niagara oraz do Toronto. Największą atrakcją był rejs statkiem, który może podplłynąć niemal przed kaskady czy spacer na tyły wodospadu specjalnie wykutymi w skale tunelami. Potęga żywiołu, chłodna bryza i huk spadającej wody sprawiają niesamowite wrażenie. W Toronto zachwyciła nas natomiast Wieża CN Tower – wieża transmisyjna o wysokości 553 metrów (1815 stóp), będąca drugą pod względem wielkości strukturą samostojącą na świecie. Widok na panoramę Toronto z Wieży CN Tower zapierał dech w piersiach.

Lekarz Lidia Kotuła (doktorantka w Zakładzie Genetyki Klinicznej) została zakwalifikowana na szkolenie w Wageningen University and Research Center (ten holenderski uniwersytet znajduje się na 47 miejscu listy The Times Higher Education World University Rankings). Cały dwutygodniowy cykl szkoleniowy (20 września – 3 października) zatytułowany był: „Putting Big Ideas Into Practice: Soft Skills for Large Systems Change”. Szkolenie w Holandii prowadzone było przez międzynarodowy zespół wykładowców i skupione było głównie na możliwościach zastosowania nowoczesnych metod bio-



Grupa ze Szwecji po powrocie do Polski

technologicznych w codziennym życiu. – Dla mnie bardzo ciekawym doświadczeniem był wieloetapowy proces rekrutacji do udziału w projekcie – mówi Lidia Kotuła – jest także rezydentem w Klinice Neurologii SPSK nr 4. Celem pierwszego etapu było złożenie odpowiednich dokumentów, stworzenie tzw. profilu zaufanego oraz uzyskanie rekomendacji Uniwersytetu Medycznego do udziału w programie. Do drugiego etapu zakwalifikowano ponad 1700 uczestników. Procedura drugiego etapu rekrutacji zawierała głównie zadania on-line: gry strategiczne (tematycznie związane z zarządzaniem innowacyjnym przedsiębiorstwem), test predys-

pozycji, oraz stworzenie prezentacji multimedialnej w stylu TED na temat swoich badań. Dodatkowo z wybranymi kandydatami były przeprowadzone rozmowy z lektorem języka angielskiego.

Na podstawie przeprowadzonego procesu rekrutacyjnego dla każdego z uczestników program utworzono indywidualny profil psychologiczny. Dzięki uzyskanemu profilowi predyspozycji podczas szkoleń zarówno wykładowcy jak i uczestnicy mogli skupić się na pracy nad tymi dziedzinami „soft skills”, które wymagały poprawy. Organizatorzy zadbali o naszą kondycję fizyczną i asymilację z tamtejszymi studentami – naszym głównym środkiem lokomocji były holenderskie rowery, a zajęcia odbywały się w budynkach uniwersyteckich.

Wyjazd pozwolił na nabycie nowych znajomości oraz wymianę doświadczeń między młodymi naukowcami reprezentującymi poszczególne ośrodki naukowe w Polsce. Nawiązane kontakty oraz propozycje interdyscyplinarnej współpracy pomiędzy uczestnikami kursu rokują dalszą współpracę w polskim środowisku naukowym.

Oprócz szkoleń dwutygodniowych program Transformation.doc

**Program Transformation.doc zmienia myślenie, poszerza horyzonty i daje możliwość praktycznego zastosowania wiedzy. Pozwala docenić świadome korzystanie z tzw. umiejętności miękkich w biznesie oraz podkreśla siłę interdyscyplinarności. Planowane są kolejne cykliczne spotkania i wymiana doświadczeń laureatów projektu.**

---

## **Program TransFormation.doc zmienia myślenie, poszerza horyzonty i daje możliwość praktycznego zastosowania wiedzy. Pozwala docenić świadome korzystanie z umiejętności miękkich w biznesie oraz podkreśla siłę interdyscyplinarności. Planowane są kolejne cykliczne spotkania i wymiana doświadczeń laureatów projektu.**

---

zawierał szkolenia trzytygodniowe tzw. „Train the Trainers”, m.in. w Lund w Szwecji w dniach 11 – 31 października 2015 r. Poza dwoma tygodniami poświęconymi wiedzy z zakresu przedsiębiorczości oraz umiejętności miękkich, trzeci tydzień skupiał się na umiejętnościach trenerskich. Uczestnicy „Train the Trainers” są zobowiązani do przeprowadzenia szkoleń z tematyki TransFormation.doc. Z doświadczeń Karola Sowińskiego (z Zakładu Syntezy

i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych) – uczestnika trzytygodniowego kursu na Uniwersytecie Lund, w Szwecji: „poza tematyką nowoczesnych metod dydaktycznych, ostatni tydzień był poświęcony na planowanie strategii wdrażania sukcesów systemu innowacji w Szwecji – coś co Szwedzi z uśmiechem na ustach często powtarzali – „steal with pride”, czyli kradnij z dumą”. Na podstawie umiejętności zdobytych podczas szkolenia oraz wizyt studyjnych w inkuba-

torach w Lund oraz Malmö, w całej grupie powstała chęć wdrożenia wielu elementów szwedzkiego systemu wspierania innowacji i przedsiębiorczości w nauce. Ku naszej ucieście chęć ta nie jest odoobnionym przypadkiem, gdyż pojawiła się ona w wielu grupach programu TransFormation.doc. Szwecja jest w czołowie państw w dziedzinie innowacji i przeszła bardzo dużą transformację, aby jak najbardziej wzmocnić współpracę nauki z przedsiębiorcami oraz wspierać innowacyjne projekty na początkach drogi do sukcesu, zatem jest wiele działających rozwiązań, które można „ukraść z dumą” i wprowadzić w użycie w Polsce.

Program TransFormation.doc zmienia myślenie, poszerza horyzonty i daje możliwość praktycznego zastosowania wiedzy. Pozwala docenić świadome korzystanie z umiejętności miękkich w biznesie oraz podkreśla siłę interdyscyplinarności. Planowane są kolejne cykliczne spotkania i wymiana doświadczeń laureatów projektu.



**Ivey Spencer Leadership Center. Kanada**

# O nowotworach na Radziwiłłowskiej

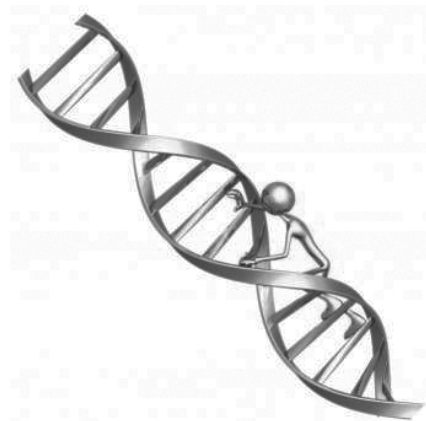
Czwarta edycja Interdyscyplinarnego Seminarium Naukowego pod tytułem „Molekularne Mechanizmy Powstawania Chorób Nowotworowych”, organizowana przez Studenckie Koło Naukowe Genetyki Nowotworów, odbyła się w Auli Collegium Medicum przy ul. Radziwiłłowskiej 11.

**IWONA KOWALCZYK  
MAGDALENA DUBEL**  
STUDENTKI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE  
GENETYKI NOWOTWORÓW  
PRZY ZAKŁADZIE GENETYKI NOWOTWORÓW  
UM W LUBLINIE

Jak co roku, obrady uświetniła obecność członków Komitetu Naukowego w składzie: dr hab. Halina Antosz (Zakład Genetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie), dr n. med. Bogumiła Ciseł (Klinika Chirurgii Onkologicznej z Oddziałem Chemioterapii Uniwersytetu Medycznego w Lubli-

nie), dr n. med. Szymon Zmorzyński (Zakład Genetyki Nowotworów z Pracownią Cytogenetyczną Uniwersytetu Medycznego w Lublinie).

W tym roku po raz pierwszy w planie seminarium znalazła się sesja plakatu, która otworzyła organizowane przez nas wydarzenie tuż po zakończeniu rejestracji zgłoszonych uczestników. Obrady zainauguowała krótkim wprowadzeniem debiutująca w tej roli Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego – Iwona Kowalczyk, studentka IV roku kierunku lekarskiego naszej Uczelni. Łącznie zostało zaprezentowanych 10 pla-

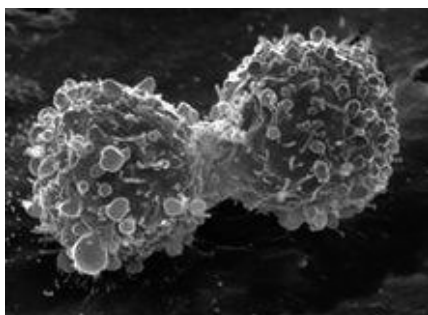


katów. Tematyka prezentowanych prac była bardzo rozległa. Komisja zwróciła szczególną uwagę na pracę o medycznym *novum* w postaci tzw. *cancer previvors*. Praca stanowiła o ludziach, którzy odziedziczyli predyspozycję do nowotworu, ale w chwili obecnej nie chorują. Temat bardzo świeży i ciekawy, dotyczący zarówno nowych perspektyw medycyny, jak również aspektów biologicznych. Zaprezentowano także prace o kostniakomięsaku, nowotworach przewodu pokarmowego, glejaku wielopostaciowym, zastosowaniu dendrymerów w terapii fotodynamicznej nowotworów oraz o wielu innych zagadnieniach onkologicznych.

Pierwsza oraz druga sesja prezentacji ustnych odbyły się w auli,

**Uczestniczący w obradach pracownicy naukowi stworzyli dobrą atmosferę rzetelnej debaty akademickiej opartej na najnowszej wiedzy, niejednokrotnie obudzili studencką dociekliwość w poznawaniu tajników biologii molekularnej, zainspirowali do dalszych poszukiwań oraz pokazali, że nauka może być przyjemna, prezentując poczucie humoru w seminaryjnym wydaniu.**





a sesje przedzielone były półgodziną przerwą obiadową. Członkowie Komitetu Naukowego, zaintrygowani tematyką prezentacji, zadawali wnikliwe pytania, przez co niejednokrotnie stanowili dla prezentujących wyzwanie. Jako doświadczeni naukowcy i lekarze wywoływali dyskusję, prowadzącą do ciekawych wniosków, a czasami także do rozbawienia słuchaczy. Po ustnej prezentacji prac przyszedł czas na ogłoszenie wyników, czyli moment, na który nasi prelegenci zapewne czekali najbardziej. Tytuł najlepszego plakatu przyznano Joannie Bujak oraz Patrycji Kopytko z Katedry i Zakładu Fizjologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie za przedstawienie pracy pod tytułem „Niebezpieczny przyjaciel. Rola nukleotydów purynowych i adenozyliny w procesie migracji komórek Rhabdomyosarcoma”. Praca zyskała uznanie z uwagi na nowatorską treść, interesujące zagadnienie i obiecujące wyniki. Uwadze Komisji nie uszedł również profesjonalny i klarowny sposób prezentacji wyników. Wspomniany duet powtórzył sukces, zdobywając jednocześnie pierwszą nagrodę za najlepszą prezentację ustną. Tym razem tematem pracy był „Wpływ wybranych leków epigenetycznych: azacytydyny, decytabiny oraz trichostatyny A na różnicowanie komórek mięsaka prążkowanokomórkowego”. Obie studentki ucieszyły się z otrzymanej nagrody w postaci bestselleru książkowego zatytułowanego „Cesarz wszech chorób. Biografia raka”. – ciekawej lektury dla każdego, kogo zainteresowania rozwijają się w onkologicznym kie-

runku. Miejsce drugie zostało przyznane Danielowi Piątkowi z Katedry i Zakładu Chemii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Doceniono jego przygotowanie merytoryczne oraz charyzmę w czasie przedstawiania pracy pod tytułem: „Na tropie RECQL, czyli nowego genu odpowiedzialnego za rozwój raka piersi”, a także „Klotho – białko przeznaczenia”. Trzecim miejscem w kategorii prezentacji ustnych nagrodzono mgr Sylwię Popek, współorganizatorkę wydarzenia, której fachowa wiedza oraz gruntowne przygotowanie nie uszły uwadze Komitetu Naukowego.

Seminarium było czasem wielu interesujących debat, rozmów, wymiany zdań, myśli, inspiracji, które zapewne zaowocują w przyszłości kolejnymi sukcesami naukowymi słuchaczy oraz prelegentów. Poruszone tematy pobudziły Komitet Naukowy do wielu pytań pogłębiających prezentowane przez studentów treści. Pracownicy naukowcy stworzyli niewątpliwie dobrą atmosferę rzetelnej debaty akademickiej opartej na najnowszej wiedzy, niejednokrotnie obudzili studentką dociekliwość w poznawaniu tajników biologii molekularnej, zainspirowali do dalszych poszukiwań oraz pokazali, że nauka może być

przyjemna, prezentując poczucie humoru w seminaryjnym wydaniu.

Seminarium, jak co roku cieszyło się uznaniem wśród społeczności akademickiej. Łączna liczba zarejestrowanych uczestników to 36 osób, w tym 29 czynnych i 7 biernych. W wydarzeniu wzięli udział studenci lubelskich uczelni (UM w Lublinie, UMCS, KUL) oraz goście z Uniwersytetu Łódzkiego i Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Jako organizatorzy ogromnie cieszymy się z okazanego zaufania, zainteresowania wydarzeniem, zaangażowania przybyłych studentów oraz członków Komitetu Naukowego. Jednocześnie mamy nadzieję, że kolejne edycje wydarzenia tworzonego przez nasze Koło Naukowe będą cieszyły się jeszcze większym zainteresowaniem wśród żaków nie tylko lubelskich uczelni.

Seminarium nie byłoby tak wspaniałe bez wsparcia życzliwych nam osób. Serdecznie dziękujemy Jego Magnificencji Rektorowi Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polskiemu Towarzystwu Genetyki Człowieka, Polskiemu Towarzystwu Genetycznemu oraz Fundacji na Rzecz Rozwoju Genetyki i Biotechnologii POLBIOGEN.



# Rak piersi zapisany w genach, czyli o mutacji RECQL i innych defektach genetycznych

Nowotwór jest chorobą materiału genetycznego. Przekształcenie się prawidłowej komórki organizmu w komórkę nowotworową (tzw. transformacja nowotworowa) jest wypadkową nagromadzenia się uszkodzeń (mutacji) materiału genetycznego. Transformacja nowotworowa zachodzi przede wszystkim w komórkach osób predysponowanych genetycznie do rozwoju raka, pod wpływem czynników środowiskowych stymulujących proces nowotworzenia, czyli karcinogenów.

**KAMILA BĄK**  
**JOANNA SZYDŁKO**  
**DANIEL PIĄTEK**

STUDENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE  
PRZY KATEDRZE I ZAKŁADZIE CHEMII MEDYCZNEJ  
UM W LUBLINIE\*

W transformację nowotworową zaangażowanych jest wiele genów, ale najważniejsze z nich to protoonkogeny i geny supresorowe, w tym ich podgrupa – geny mutatorowe. O ile w zdrowej komórce są one odpowiedzialne za podziały, proces różnicowania, starzenia się i apoptozy, o tyle w komórce nowotworowej ich defekt upośledza wszystkie pełnione przez nie funkcje [1].

## „Jaka matka, taka córka” – czyli, dziedziczny rak piersi

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet w Polsce i na świecie (standaryzowany współczynnik zachorowalności 40,6/100000; standaryzowany współczynnik umieralności 14,5/100000). Niemniej jednak dotyczy on również mężczyzn, aczkolwiek niezwykle rzadko (stwierdza

\* Opiekun: dr n. med. Anna Boguszewska-Czubara.



## Testy genetyczne są najbardziej swoistą metodą w rozpoznawaniu nosicielstwa mutacji predysponujących do rozwoju nowotworów. Na całym świecie u pacjentów obciążonych genetycznie bada się tzw. panele genów wysokiego ryzyka.

się go w około 1% wszystkich przypadków raka piersi).

Około 70 % raków piersi to nowotwory sporadyczne. W tych przypadkach wywiad rodzinny w kierunku raka piersi lub jajnika jest negatywny, a ich wystąpienie w rodzinie pacjentki jest zdarzeniem losowym. Prawdopodobieństwo wystąpienia sporadycznego raka piersi zwiększa starszy wiek, obecność niektórych zmian przednowotworowych w obrębie piersi, czynniki hormonalne, brak ciąży lub późna ciąża. Promieniowanie jonizujące, nadużywanie alkoholu, stres czy zaburzenia emocjonalne są wtórnymi czynnikami ryzyka.

Najstarsze doniesienia dotyczące rodzinnego raka piersi pochodzą z literatury medycznej Starożytnego Rzymu i datuje się je na 100 rok naszej ery [2]. Pionierem badań nad rodzinnym występowaniem tego nowotworu w czasach nowożytnych był francuski lekarz Pierre Broca, który w 1866 roku opisał 10 przypadków raka piersi w 4 pokoleniach rodziny swojej żony [3]. W połowie lat dziewięćdziesiątych na podstawie badań molekularnych udowodniono dziedziczenie jednogenne dużej części nowotworów piersi. [4,5]. Rodzinny rak piersi stanowi 30% wszystkich nowotworów tej okolicy ciała. Jest często rozpoznawany u minimum 2 krewnych I stopnia i może występować przypadkowo lub wynikać z ekspozycji na te same czynniki środowiskowe, jak również zależeć od czynników genetycznych. Nie bez znaczenia jest fakt, iż rodzinny rak piersi jest pojęciem szerszym niż dziedziczny rak piersi (5-10% przypadków),

który to został potwierdzony analizą rodowodową i dodatnim wynikiem testów genetycznych [6]. Patognomonicznymi cechami tego typu raka jest młody wiek zachorowania (15-20 lat wcześniej niż na raka sporadycznego), pochodzenia aszkenazyjskie, występowanie kilku zachorowań na raka piersi lub jajnika w rodzinie, obustronny i wieloogniskowy charakter zmian, pionowy sposób dziedziczenia defektu genetycznego (z babci na matkę, z matki na córkę), możliwość przekazania mutacji z matki lub ojca na córkę, rodzinne współwystępowanie innych nowotworów zajmujących jajnik, trzon macicy, prostatę, jelito grube, a także mięsaków [7]. Większość dziedzicznych nowotworów piersi przekazywana jest w sposób autosomalny dominujący w komórkach germinalnych matki i ojca, a ryzyko przekazania mutacji przez nosiciela dziecku wynosi 50%. Jeżeli nosicielem mutacji jest mężczyzna (nie będzie chory), to z 50% prawdopodobieństwem może ją przekazać córce, która stanie się nosicielką mutacji, a jej ryzyko rozwoju raka piersi będzie bardzo duże. Transmisja mutacji na syna nie spowoduje jego zachorowania, lecz istnieje 50% szans, iż zostanie ona przekazana na dalsze pokolenia.

Za wystąpienie raka piersi i raka jajnika odpowiedzialne są mutacje w genach *BRCA1* i *BRCA2* (odkryte w 1994 r.). Ryzyko pojawienia się nowotworu piersi u pacjentek z mutacją *BRCA1* wynosi 55-85%, natomiast z mutacją *BRCA2* 37-85%. Kolejnymi odkrytymi genami były:

*CHEK 2*, *ATM*, *BRIP 1*, *RAD51C* i *PALB 2*. Klinicznie, dziedziczny rak piersi występuje w postaci tzw. zespołu miejscowo-specyficznego (*ang. site-specific hereditary breast cancer syndrome*), to znaczy jest ograniczony do jedynej lokalizacji jaką jest pierś, lub jako tzw. zespół pierś-jajnik (*ang. breast-ovarian cancer syndrome*), w którym część członków rodziny choruje na raka piersi, a u pozostałych rozwija się rak jajnika [8]. Patomorfologicznie, raki piersi wywodzące się z mutacji *BRCA1* mają postać rdzeniastą, atypowo rdzeniastą, z dużym indeksem mitotycznym i wysokim pleomorfizmem. Natomiast raki piersi związane z mutacją *BRCA2*, praktycznie nie różnią się od guzów sporadycznych [9]. Do innych, rzadszych zespołów genetycznych predysponujących do raka piersi należą: zespół Li-Fraumeni, zespół Cowdena, zespół Lynch II i zespół Peutz-Jegersa.



## Na tropie RECQL, czyli nowego genu „uwikłanego” w rozwój raka piersi

W 2015 roku naukowcy z Zakładu Genetyki i Patomorfologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie współpracując z badaczami z Uniwersytetu Zdrowia Publicznego w Toronto odkryli nowy gen, którego defekt wiąże się z dużym ryzykiem zachorowania na raka piersi. Mutacją nowopoznanego genu o nazwie *RECQL* obciążonych jest około 15 tysięcy Polek (dla porównania mutacja *BRCA1* jest bardziej rozpowszechniona i występuje u ponad 100 tysięcy Polek). Defekt ten zidentyfikowano w populacji polskiej, kanadyjskiej oraz chińskiej, co oznacza, iż mutacja *RECQL* nie jest populacyjnie ograniczona [10]. Gen zlokalizowany jest na 15 chromosomie, a produktem jego ekspresji jest 649-amino-kwasowe białko z grupy helikaz Re-

acQ (należą do nich białka: *RECQL*, *BLM*, *WRN*, *RECQL4* i *RECQL5*) biorących udział w naprawie uszkodzeń DNA na drodze rekombinacji homologicznej. Komórki ludzkie lub mysie pozbawione genu *RECQL* prezentowały niestabilność chromosomalną, nadmierną wrażliwość na promieniowanie jonizujące i zwiększoną częstość występowania uszkodzeń DNA, co sugeruje, że *RECQL* jest silnie zaangażowany w utrzymanie stabilności i integralności genomu [11,12]. Oczywiście jest więc, iż jego defekt niechybnie wzbudza proces nowotworzenia. Obecność wadliwego genu u nosicieli pięciokrotnie zwiększa szansę pojawienia się nowotworu, a jeśli w rodzinie wystąpił tego typu guz to ryzyko wynosi przeszło 50 %. Pocięszający jest fakt, iż raki piersi wywo-

dzające się z mutacji *RECQL* są o wiele łagodniejsze od tych, spowodowanych przez defekt w genie *BRCA1* (nowotwór do którego przyczynia się ta mutacja jest tak agresywny, iż trzeba wykonać prewencyjną mastektomię). Inny jest także profil patomorfologiczny samego nowotworu – jest to tzw. rak zrazikowy. Tak więc, w przypadku nowoodkrytej mutacji wystarczy robić częstsze badania profilaktyczne – USG piersi i mammografię (już od 35 roku życia), które umożliwią wczesne wykrycie oraz skuteczną terapię, co da szansę na minimum 10-letnie przeżycie. W przypadku mutacji *RECQL* zabiegi profilaktycznej mastektomii nie będą konieczne. Niezwykle ważnym aspektem u nosicieli mutacji *RECQL* wydaje się być sposób ich leczenia. *RECQL* przywraca replikację zahamowaną przez niektóre cytostatyki, jak np. inhibitory topoisomeryzy 1 (TOP1) przez co niektóre komórki nowotworowe mogą przetrwać cytotoksyczność tych leków. Stąd przypuszcza się, iż zmniejszenie ekspresji *RECQL* w połączeniu z TOP1 może okazać się efektywniejszą metodą leczenia raków piersi u nosicieli opisywanego genu [13].

Polsko-kanadyjski zespół naukowców podczas badania wykorzystał najnowszą technologię, dostępną dopiero od kilku lat, a mianowicie technikę sekwencjonowania, czyli odczytywania kolejności par nukleotydów w cząsteczce DNA. Badanie przeprowadzono na homogennej genetycznie populacji od której pobrano materiał genetyczny (500 rodzin polskich i 500 rodzin kanadyjskich). Spośród nich wyłoniono 150 polskich rodzin z rodzinną skłonnością do nowotworów piersi, a u 32 osób zidentyfikowano mutację *RECQL*. U 30 osób była to mutacja dominująca (analogicznie do *BRCA1*).

**Pocieszający jest fakt, iż raki piersi wywodzące się z mutacji *RECQL* są o wiele łagodniejsze od tych, spowodowanych przez defekt w genie *BRCA1* (nowotwór do którego przyczynia się ta mutacja jest tak agresywny, iż trzeba wykonać prewencyjną mastektomię). Inny jest także profil patomorfologiczny samego nowotworu – jest to tzw. rak zrazikowy. Tak więc, w przypadku nowoodkrytej mutacji wystarczy robić częstsze badania profilaktyczne – USG piersi i mammografię (już od 35 roku życia), które umożliwią wczesne wykrycie oraz skuteczną terapię, co da szansę na minimum 10-letnie przeżycie. W przypadku mutacji *RECQL* zabiegi profilaktycznej mastektomii nie będą konieczne.**

## Wyprzedź raka, zrób badanie genetyczne

Pierwszym krokiem screeningu genetycznego w kierunku dziedzicznego nowotworu piersi jest rozmowa, której głównym założeniem jest analiza rodowodu ze strony matki i ojca do 3 pokoleń wstecz. Dodatkowo, pod uwagę brane są czynniki środowiskowe i przynależność etniczna. Takie postępowanie jest podstawą do zakwalifikowania pacjentki do grupy wysokiego ryzyka zachorowania. Po kwalifikacji, kobieta powinna zostać poinformowana o możliwości zachorowania, celowości przeprowadzenia badań genetycznych, jak również o korzyściach i ograniczeniach samego badania (obecnie stosowane techniki nie pozwalają na wykrycie wszystkich mutacji). Testy genetyczne są najbardziej swoistą metodą w rozpoznawaniu nosicielstwa mutacji predysponujących do rozwoju nowotworów. Na całym świecie u pacjentów obciążonych

genetycznie bada się tzw. panele genów wysokiego ryzyka. Jeśli chodzi o raka piersi to aktualne panele genetyczne zazwyczaj oferują analizę 15 mutacji w 7 genach: **BRCA1**, **BRCA2**, **NBS1**, **NOD2**, **CHEK2**, **P16**, **CYP1B1**. **Jako że RECQL jest również genem wysokiego ryzyka, to w najbliższej przyszłości możemy spodziewać się poszerzenia panelów genetycznych o ten właśnie gen.** Najbardziej kompletną (o najwyższej czułości i specyficzności), a zarazem najkosztowniejszą metodą wykorzystywaną w testowaniu genetycznym jest sekwencjonowanie eksonów i intronów. Pacjentka powinna wyrazić zgodę na przeprowadzenie badania genetycznego (w razie braku zgody należy zaordynować plan wczesnego wykrycia raka piersi i przedstawić sposoby zapobiegające wystąpieniu nowotworu). Trzeba być świadomym, iż testy genetyczne w 50%

mogą nie przynieść żadnych wiążących informacji o nosicielstwie. Ponadto, nie każda osoba u której stwierdzono defekt zachoruje na raka, a także nie każda osoba z negatywnym wynikiem badania jest wolna od nowotworu [14]. Powyższe testy nie powinny być wykonywane w całej populacji o małym i średnim ryzyku zachorowania, u dzieci czy na potrzeby firm ubezpieczeniowych lub pracodawców [6]. Wynik pozytywny bądź trudny do interpretacji jest wskazaniem do intensywnej opieki nie tylko nad samym badanym, ale i jego rodziną, ze względu na kwalifikację tych osób do grupy wysokiego ryzyka. Opieka polega na badaniach kontrolnych i przesiewowych narządu rodowego, jelita grubego i prostaty, a także działaniach profilaktycznych (tj. operacje profilaktyczne i chemoprewencja) [1].

## Literatura

1. Niwińska A. Kliniczne aspekty genetycznego uwarunkowania raka piersi – podstawowe wiadomości dla onkologa praktyka. *Journal of Oncology* 2002; (52): 317–323.
2. Lynch H.T. *Genetics and breast cancer*. Van Nostrand – Reinhold, New York 1981.
3. Broca P. *Traite de tumeurs*. Paris, Asselin 1866.
4. Miki Y, et al. A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1. *Science* 1994;(266): 66-71.
5. Wooster R, et al. Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature* 1995; (378): 789-792.
6. Karp S.E. Clinical management of BRCA1- and BRCA2- associated breast cancer. *Semin Surg Oncol* 2000;(18): 296-304.
7. Isaacs C.J.D., Peshkin B.N., Lerman C. Evaluation and management of women with a strong family history of breast cancer. W: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. *Diseases of the Breast*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000; 237-54.
8. Tonin P.N. Genes implicated in hereditary breast cancer syndromes. *Semin Surg Oncol* 2000;(18): 281-86.
9. Rubens R.D. Pathology of familial breast cancer: differences between breast cancers in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations and sporadic cases. *Oncology in Practice* 1998;(1): 20-21.
10. Akbari M.R., Cybulski C. RECQL: a DNA helicase in breast cancer Mohammad R. Akbari and Cezary Cybulski *Oncotarget* 2015; (6).
11. Sharma S., Stumpo D.J., Balajee A.S., Bock C.B., Lansdorp P.M. i inni RECQL, a member of the RecQ family of DNA helicases, suppresses chromosomal instability. *Mol Cell Biol* 2007;(27): 1784–1794.
12. Sharma S., Brosh R.M. Human RECQ1 is a DNA damage responsive protein required for genotoxic stress resistance and suppression of sister chromatid exchanges. *PLoS One* 2. 2007;
13. Berti M. i inni. *Nat Struct Mol Biol*. 2013;(20): 347-354.
14. K.O'Malley. Psychological implications of genetic testing for breast cancer. *Oncology in Practice* 1998;(1): 12-14.

# Klotho białko przeznaczenia

**Od początku istnienia naszej planety narodziny i śmierć stanowią warunek postępu ewolucji życia pozwalając na lepsze dopasowywanie się istot żywych do otoczenia. W tym aspekcie słuszne wydają się słowa Heraklita z Efezu: „Jedyną stałą rzeczą jest zmiana”. Czy jednak wizje nieprzemijających z wiekiem piękna, zdrowia i witalności, które towarzyszyły ludziom już od starożytności zawsze pozostaną w sferze życzeń? A może ludzkość wreszcie znalazła się w przededniu poznania sekretu długowieczności...**

**DANIEL PIĄTEK  
KAMILA BĄK**

STUDENCI VI ROKU

WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UM W LUBLINIE

**DR N. MED.**

**ANNA BOGUSZEWSKA-CZUBARA**

KATEDRA I ZAKŁAD CHEMII MEDYCZNEJ  
UM W LUBLINIE

## **Narodziny białka Klotho**

W 1997 roku odkryto gen, który niemal natychmiast przykuł uwagę wielu naukowców. Powodem dla którego ten krótki odcinek DNA i jego produkt białkowy tak bardzo zainteresował szerokie grono

znamienitych umysłów był udział jego produktu białkowego w procesie starzenia. Badania wykazały, że myszy laboratoryjne ze zwiększoną ekspresją genu charakteryzowały się wydłużonym życiem. Niskie stężenie białka wiązało się z szybszym postępowaniem starzenia.

Białko regulujące długość życia ze względu na swoją szczególną funkcję nie mogło otrzymać zwyczajnej nazwy. Z tego powodu zdecydowano, aby nazwać go imie-

niem bogini Klotho. W mitologii greckiej Klotho, wraz ze swoimi siostrami Lachesis i Atropos są boginiami życia i śmierci. Każda z nich stojąc na straży ludzkiego żywota wykonuje ściśle określone zadanie. Lachesis snuje nić symbolizującą trwanie życia, którą Klotho przedzie na wrzeciono. Gdy życie człowieka dobiega końca Atropos przecina nić. Nawiązanie do mitologii pozwoliło na łatwe utożsamienie nazwy z funkcją związku che-



**Ostatnie lata jednoznacznie wskazują, że wraz ze wzrastającą średnią długością życia choroby neurodegeneracyjne stają się poważnym problemem, z którym przychodzi zmagać się lekarzom, głównie z krajów wysoko rozwiniętych.**

---

**Jest kilka udowodnionych mechanizmów molekularnych i niemolekularnych oddziałujących na poziom białka Klotho. Potwierdzono, że każdy z nas – bez pomocy jakichkolwiek środków farmakologicznych – jest w stanie wpłynąć na stężenie białka Klotho w surowicy krwi. Próbując wyjaśnić te zjawiska badacze poszukują substancji pośredniczących w mechanizmach leżących u podłoża starzenia. Jedną z nich jest właśnie proteina Klotho, której wyższe stężenia notowano u osób wykonujących regularne ćwiczenia aerobowe w porównaniu do niećwiczących. To – przynajmniej częściowo – wyjaśnia dlaczego osoby uprawiające różne formy aktywności fizycznej często żyją dłużej niż ludzie stroniący od sportu.**

---

micznego, który stał się obiektem licznych badań.

#### **O biochemii słów kilka...**

Białko Klotho w literaturze nazywane też czasem „hormonem starzenia” posiada dwie formy: transbłonową i sekrecyjną. Każda z dwóch postaci produkowana jest w obrębie różnych struktur organizmu. Klotho transbłonowe w swoim największym stężeniu występuje w mózgu (splot naczyniówkowy) oraz nerkach. Druga forma wydzielana jest głównie do krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.

#### **Rola w procesie starzenia**

Zwierzęta laboratoryjne, ze zmniejszoną ekspresją genu KLOTHO rozwijały szybciej fenotyp osobników starych. Organizmy te częściej dotykała niepłodność, miażdżycza naczyń krwionośnych, atrofia skóry, osteoporoza i rozedma płuc.

Naukowcy wykazali istnienie dwóch wariantów ludzkiego genu KLOTHO: F352V i C370S. Oba są zdolne do stworzenia haplotypu KL-VS i w tego następstwie produkcji czynnego białka. Jednakże

odziedziczenie tylko jednej, a nie dwóch kopii KL-VS odpowiada za obserwowane pozytywne efekty w odniesieniu do długości życia i utrzymania równowagi metabolicznej ustroju.

Znaczenie proteiny podkreślają opracowania epidemiologiczne. Potwierdzają one możliwość wykorzystania jej jako wskaźnika sprawności fizycznej (ADL) i śmiertelności.



## Rola białka Klotho w chorobach

### neurodegeneracyjnych

Pojęciem chorób neurodegeneracyjnych określa się dużą grupę schorzeń, dla których charakterystycznym procesem jest postępujące z wiekiem zwyrodnienie komórek nerwowych. Ten główny patomechanizm leży u podłoża choroby Alzheimerera, Parkinsona, Huntingtona i wielu innych. Ostatnie lata jednoznacznie wskazują, że wraz ze wzrastającą średnią długością życia choroby neurodegeneracyjne stają się poważnym problemem z którym przychodzi zmagać się lekarzom głównie z krajów wysoko rozwiniętych.

Dane dotyczące populacji amerykańskiej pokazują, że tylko 4% przypadków choroby Alzheimerera dotyka osób poniżej 65 roku życia. Dla porównania w odniesieniu do populacji 10 lat starszej takie ryzyko sięga już 44%. Koszty związane z hospitalizacją chorych są duże choć nie w pełni odzwierciedlają skalę problemu. Choroby neurodegeneracyjne bardzo często w sposób pośredni dotyczą także osoby z bliskiego otoczenia chorego. Stopniowy zanik pamięci, nierozpoznawanie najbliższych, brak orientacji przestrzennej oraz upośledzenie mowy to tylko nie-

które z uporczywych dla rodzin objawów. Przebywanie w bliskim kontakcie z chorym może stać się przyczyną chronicznego stresu predysponując do przewlekłych chorób m.in. układu sercowo-naczyniowego i nerwowego oraz generując koszty dla służby zdrowia i gospodarki.

Białko Klotho pełni ważną rolę dla ośrodkowego układu nerwowego. Zmniejszenie ekspresji białka w obrębie istoty białej mózgu małą jest jedną z głównych różnic pomiędzy mózgiem osobników młodych i starych. Jako kluczową dla prawidłowego funkcjonowania centralnego układu nerwowego należy uznać zdolność do zmniejszenia przewlekłego stresu oksydacyjnego, który leży u podłoża wielu chorób neurologicznych. Białko Klotho uczestniczy również w dojrzewaniu komórek progenitorowych oligodendrocytów i zachowaniu łączności pomiędzy neuronami poprzez regulację procesów mielinizacyjnych. Defekty „hormonu starzenia” skutkują upośledzeniem pamięci i funkcji kognitywnych. Dalsze badania mogą otworzyć w przyszłości furtkę do całkiem nowych i skuteczniejszych niż obecnie terapii chorób neurodegeneracyjnych.



### „W zdrowym ciele zdrowy duch”, a może „W zdrowym ciele więcej białka Klotho”?

Powołując się na współczesne wyniki badań można wysnuć skądinąd słuszny wniosek, że im więcej białka Klotho, tym więcej korzystnych efektów dla naszego organizmu. Jak dotąd nie powstały opracowania, które opisywałyby poważne działania niepożądane związane z przedładowaniem białkiem. Ze względu jednak na zaangażowanie w wiele procesów metabolicznych, w tym regulację gospodarki wapniowo-fosforanowej można przypuszczać, że dopiero wysokie stężenia w surowicy mogą pociągnąć za sobą negatywne manifestacje kliniczne.

Wiedza, którą obecnie dysponujemy pozwala na manipulowanie w pewnych granicach poziomem „hormonu starzenia”. Jest kilka udowodnionych mechanizmów molekularnych i niemolekularnych oddziałujących na poziom białka Klotho. Potwierdzono jednak, że każdy z nas bez pomocy jakichkolwiek środków farmakologicznych jest w stanie wpłynąć na stężenie białka Klotho w surowicy krwi.

Naukowcy już dawno temu wykazali, że prowadzenie aktywnego trybu życia wiąże się ze znacznym jego wydłużeniem i zahamowaniem progresji szeregu niekorzystnych procesów. Próbuąc wyjaśnić te zjawiska badacze poszukują substancji pośredniczących w mechanizmach leżących u podłoża starzenia. Jedną z nich jest prote-

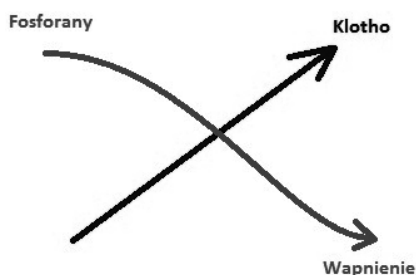
**Białko Klotho w literaturze nazywane też czasem „hormonem starzenia” posiada dwie formy: transbłonową i sekrecyjną. Każda z dwóch postaci produkowana jest w obrębie różnych struktur organizmu. Klotho transbłonowe w swoim największym stężeniu występuje w mózgu (splot naczyniówkowy) oraz nerkach. Druga forma wydzielana jest głównie do krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.**





ina Klotho, której wyższe stężenia notowano u osób wykonujących regularne ćwiczenia aerobowe w porównaniu do niećwiczących. To przynajmniej częściowo wyjaśnia dlaczego osoby uprawiające różne formy aktywności fizycznej często żyją dłużej niż ludzie stroniący od sportu.

Do substancji o udowodnionym działaniu i określanym mianem Klotho-induktorów zaliczamy również rozyglitazon, statyny, leki obniżające ciśnienie krwi oraz aktywną postać witaminy D (kalcytriol). Na szczególną uwagę zasługuje kalcytriol, który wraz z białkiem Klotho i czynnikiem wzrostu fibroblastów (FGF23) tworzą oś, której dysregulacja skutkuje rozwojem przewlekłej choroby nerek. Istnieją także leki predysponujące do spadku stężenia białka Klotho. Przykładem szeroko rozpowszechnionego farmaceutyku o takim efekcie działania jest cyklosporyna.



Schemat ilustrujący związek między stężeniem białka Klotho, a gospodarką wapniowo- fosforanową

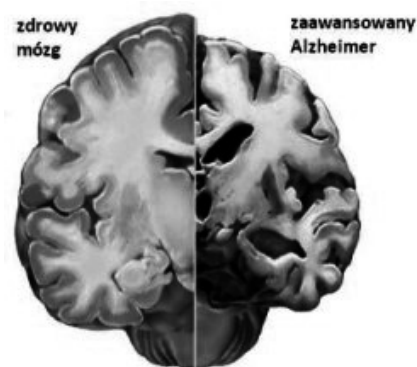
#### Obiecująca przyszłość...

Zapoczątkowany w XX wieku gwałtowny rozwój nauk medycznych przyniósł wiele przełomowych odkryć często wykraczających poza najśmielsze oczekiwania

ludzkości. Nie jest wykluczone, że sami będziemy świadkami kolejnych milowych kroków w zakresie poznania sekretu długowieczności. Być może dalsze badania nad białkiem Klotho staną się podwalinami dla terapii spowalniających proces starzenia i podstawą innowacyjnych schematów leczenia chorób wieku starczego, w tym chorób neurologicznych.

#### Literatura

1. Kuro-o M et al. Mutation of the mouse klotho gene leads to a syndrome resembling ageing. *Nature*. 1997; 390: 45-51.
2. Imura A. et al. Secreted Klotho protein in sera and CSF: implication for post-translational cleavage in release of Klotho protein from cell membrane. *FEBS Letters*. 2004; 565: 143-147.
3. Wang Y et al.. Klotho Gene Delivery Prevents the Progression of Spontaneous Hypertension and Renal Damage. *Hypertension*. 2009; 54: 810-817.
4. Szymczyk A, Forma E. Structure and functions of Klotho protein. *Folia Medica Lodziensia*, 2012; 39:151-187.
5. Chen CD et al. The antiaging protein Klotho enhances oligodendrocyte maturation and myelination of the CNS. *J Neurosci*. 2013;33(5):1927-39.



6. Abraham CR et al. Small-molecule Klotho enhancers as novel treatment of neurodegeneration. *Future Med Chem*. 2012;4(13):1671-9.
7. Prather AA et al. Longevity factor klotho and chronic psychological stress. *Transl Psychiatry*. 2015;16(5):e585
8. Nagai T et al. Cognition impairment in the genetic model of aging klotho gene mutant mice: a role of oxidative stress. *FASEB J*. 2003;17(1):50-2.
9. Dubal DB al. Life Extension Factor Klotho Enhances Cognition. *Cell Reports*. 2014; 7(4): 1065-1076.
10. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry*. 2010;196(6):440-6.
11. Parrott AC, Murphy RS. Explaining the stress-inducing effects of nicotine to cigarette smokers. *Hum Psychopharmacol*. 2012;27(2):150-5.

**Na szczególną uwagę zasługuje kalcytriol, który wraz z białkiem Klotho i czynnikiem wzrostu fibroblastów (FGF23) tworzą oś, której dysregulacja skutkuje rozwojem przewlekłej choroby nerek. Istnieją także leki predysponujące do spadku stężenia białka Klotho. Przykładem szeroko rozpowszechnionego farmaceutyku o takim efekcie działania jest cyklosporyna.**

LECZENIE STAROŚCI

# Stosunek studentów medycyny do specjalizacji w dziedzinie geriatrici\*

**Problematyka starości oraz wielorakich konsekwencji starzenia się już od wielu lat jest przedmiotem systematycznych studiów interdyscyplinarnych, np. socjologii (m.in. społeczne aspekty funkcjonowania w późniejszym wieku; bycie osobą starszą jako rodzaj roli społecznej); demografii (proces starzenia się ludności w różnych krajach i jego konsekwencje); psychologii (badaniem zmian osobowości, charakteru i psychiki ze względu na starzenie się); geriatrici (zagadnienia sprawności psychofizycznej człowieka w ostatniej fazie życia) (Tobis i in. 2013: 52).**

---

**JUSTYNA GAŁACH  
ANGELIKA DOBROWOLSKA  
WERONIKA JAGIEŁŁO  
WOJCIECH BOGDAŃSKI  
KAROLINA BIELECKA-SALUK**

STUDENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
MIĘDZYUCZELNIANE STUDENCKIE  
KOŁO NAUKOWE SOCJOLOGII MEDYCyny  
PRZY SAMODZIELNEJ PRACOWNI SOCJOLOGII MEDYCyny  
UM W LUBLINIE\*\*

---

Zainteresowanie tematem starości wiąże się oczywiście z przemianami demograficznymi. Jeszcze w latach 60. ubiegłego wieku przestrzegano przed skutkami nadmiernej płodności i obawiano się o nadmierny przyrost ludności. Poważnym wyzwaniem społeczno-politycznym okazał się jednak proces starzenia się współczesnych

społeczeństw, co jednoznacznie potwierdzają statystyki. Zjawisko to dotyczy także naszego kraju – od dłuższego czasu Polska sytuuje się w pierwszej trzydziestce krajów demograficznie starych. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego, do roku 2030 liczba osób w wieku emerytalnym zwiększy się do 9,6 mln podczas gdy w roku 2001

---

\* Artykuł został przygotowany na konkurs zorganizowany w ramach II Krajowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Socjologia medycyny – promocja zdrowia – starzenie”, Wrocław, 20-21 marca 2015 r., podczas której autorzy zajęli drugie miejsce.

\*\* Opiekun – mgr Luiza Nowakowska



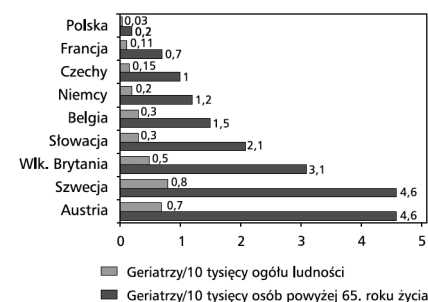
było ich 5,6 mln (Dragan 2011: 4; Kijak, Szarota 2013: 6). Dynamika procesów demograficznych implikuje szereg konsekwencji społecznych, ekonomicznych, kulturowych i edukacyjnych, co pociąga za sobą konieczność wprowadzania zmian w zakresie polityki społecznej, uwzględniającej w coraz szerszym zakresie potrzeby i oczekiwania osób starszych, tworzenia konkretnych narzędzi zapobiegania wykluczeniu społecznemu seniorów, reformowania systemu emerytalnego, tworzenia warunków dla aktywności pozazawodowej seniorów, rozwijania form wsparcia dla rodziny opiekującej się osobami starszymi, czy wreszcie zapewnienia profesjonalnej pomocy medycznej, a konkretnie zawodowego kształcenia specjalistów w zakresie gerontologii (tamże). Sytuację komplikują rosnące problemy współczesnych rodzin z realizacją funkcji pielęgnacyjno-opiekuńczych (Derejczyk i in. 2008: 151).

Jak wiadomo, na okres starości przypada najwięcej chorób i niepełnosprawności. Według danych epidemiologicznych dotyczących chorób wieku podeszłego, najczęściej występujące problemy zdrowotne to: choroba zwyrodnieniowa stawów (u 80% osób po 75. roku życia), nadciśnienie tętnicze (60-70% seniorów) oraz choroba niedokrwienna serca (30%). Szacuje się, że około 20% osób po 65. roku życia cierpi na cukrzycę typu II, a u co czwartego seniora występu-

ją objawy przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (tamże, s. 3-15). Są to wszystkie stany przewlekłe, wymagające stałego monitorowania. Co więcej, w przypadku pacjentów geriatrycznych najczęściej występuje wielochorobowość (polipatologia), czyli współwystępowanie kilku chorób chronicznych. Kumulowanie się problemów zdrowotnych związane jest oczywiście ze specyfiką starzenia się organizmu człowieka, a także potęgowane jest zażywaniem coraz większych ilości leków, co nie jest obojętne dla zdrowia (Derejczyk i in. 2008: 151). Zjawisko polipatologii powoduje nierzadko poważne problemy diagnostyczne ze względu na „nakładanie się” objawów wielu schorzeń. Dotykamy tu zasadniczego dla niniejszej pracy problemu zapotrzebowania na specjalistycznie wykształcony personel medyczny i fachową opiekę nad osobami starszymi, realizowanej w ramach geriatrii.

Geriatrycja jest jedną ze specjalizacji medycznych; reguluje to Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia z 2007 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2007 r., Nr 213, poz. 1779 z późn. zm.). Koncentruje się na chorobach wieku podeszłego i ich konsekwencjach funkcjonalnych, łącząca elementy innych dziedzin medycyny m.in. neurologii, kardiologii. Uznawana jest za niezbędną dla całościowej (Tobis i in. 2013: 52) i efektywnej opieki nad osobą w starszym wieku, osobnej od systemu przewidzianego dla młodszych grup wiekowych. Tymczasem wielu ekspertów stawia jednoznacznie tezę, iż polska geriatrycja znajduje się obecnie w stanie kryzysu. Według analiz zaledwie 174 lekarzy uzyskało tę specjalizację, z czego czynnych zawodowo jest zaledwie 120, a pracuje zgodnie ze specjalizacją już tylko około 70 (ryc. 1). Brak specjalistów to tylko jedna z trudności – obok tego wymienia się także m.in. nierówny

dostęp do świadczeń na oddziałach geriatrycznych, deficytowy katalog usług przypisanych geriatrii, różne poziomy finansowania w poszczególnych regionach kraju, utrudnienia w dostępie do sprzętu rehabilitacyjnego, którego nie mają prawa zlecać geriatryzy, a także problem z integracją usług zdrowotnych z świadczeniami opiekuńczymi ze względu na separację pomocy społecznej od resortu zdrowia (Derejczyk i in. 2008: 149-159).



**Ryc. 1. Liczba geriatrów na 10 tys. osób w 2005 r. w Polsce i wybranych krajach UE**  
**Źródło: Derejczyk, Jarosław, Bień, Barbara, Kokoszka-Paszkot, Janina, Szczygieł, Joanna. 2008. Gerontologia i geriatrycja w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? „Gerontologia Polska” 2008, tom 16, nr 3, s. 153.**

Niniejsza praca została przygotowana w odpowiedzi na trudną sytuacją geriatrii w Polsce oraz trend niskiego zainteresowania tą specjalizacją w środowisku obecnych i przyszłych lekarzy. Głównym celem pracy jest zbadanie stosunku przyszłych lekarzy do geriatrii jako jednej z dostępnych specjalizacji. Celem podjętych badań było rozpoznanie stopnia zainteresowania geriatrią oraz analiza czynników kierujących studentów do wyboru lub odrzucenia tej dro-



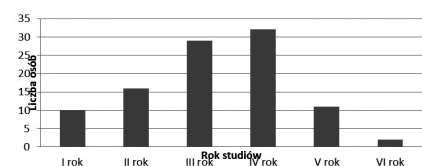
gi zawodowej. Pytania skierowane do studentów umożliwiły przede wszystkim uzyskanie informacji na temat najczęściej wybieranych przez nich specjalizacji oraz ustalenie preferencji, które mają największy wpływ na kształtowanie decyzji przyszłego medyka. Kolejnym aspektem poruszonym w badaniu był temat starości. Studenci zostali poproszeni o opisanie własnego doświadczenia z kontaktu z osobami starszymi oraz podanie definicji i cech związanych ze starością. Zwrócono także uwagę na „bliższy” związek z osobami starszymi w postaci relacji rodzinnych, wolontariatu czy zajęć studenckich, dzięki czemu można

było zweryfikować rzeczywistą świadomość młodych ludzi na temat codziennych problemów z jakimi borykają się starsi. Ostatnim problemem badawczym była świadomość problemów ludzi starszych związanych z dostępnością lekarzy geriatrów. Studenci zostali poproszeni o podanie kilku miejsc w okolicy miejsca zamieszkania, gdzie można uzyskać pomoc w zakresie geriatric. Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu z zastosowaniem ankiety internetowej kierowanej do studentów kierunku lekarskiego z uczelni medycznych w całej Polsce. Uzyskano w ten sposób 100 ankiet, które stały się podstawą analizy badawczej.

Jak wspomniano, w badaniu wzięli udział studenci kierunku lekarskiego. Uznaliśmy, że studia są czasem nie tylko intensywnej nauki, ale także rozpoznawania poszczególnych specjalizacji i podejmowania pierwszych decyzji zawodowych. Część studentów, wybierając kierunek lekarski ma już ściśle sprecyzowane plany zawodowe jednak dla wielu to właśnie okres studiów ma największy wpływ na wybór wymarzonej przyszłej drogi zawodowej. Już w tym momencie „rozgrywają” się losy geriatric polskiej. Jest to bowiem wrażliwy etap budowy całościowego systemu opieki geriatricznej, na który należy zwrócić szczególną uwagę.

## Analiza wyników

W badanej populacji zdecydowanie przeważały kobiety (77%). Większość respondentów znalazło się w przedziale wiekowym 20-25 lat oraz w większości byli to studenci III i IV roku studiów, którzy nie podjęli jeszcze decyzji odnośnie przyszłej specjalizacji, ale są w trakcie odbywania przedmiotów klinicznych, czyli mają zajęcia w szpitalu i kontakt z chorymi [wykres 1].

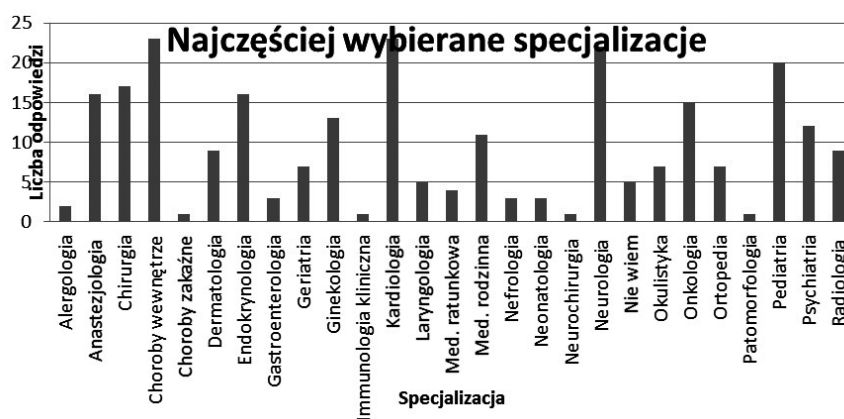


Wykres 1. Struktura respondentów w zależności od roku studiów

W celu zbadania stosunku przyszłych lekarzy do specjalizacji zadano pytanie o pięć takich, którymi najbardziej są zainteresowani respondenci jako swoją przyszłą pracę. Najczęściej wybieranymi specjalizacjami okazały się neurologia, pediatria, choroby wewnętrzne i kardiologia (opowiedziało się za nimi powyżej 20% respondentów) [wykres 2]. Na pytanie o czynniki, jakimi kierują się studenci przy wyborze określonej specjalizacji zde-

cydowana większość wskazała na „zainteresowania”. Dane pokazują, że geriatric, za którą opowiedziało

wodowej [wykres 3]. Jedynie 30% respondentów twierdzi, że kiedyś brało pod uwagę taką możliwość,



Wykres 2. Najczęściej wybierane specjalizacje

się ok. 6% badanych, znalazła się w grupie rzadziej wybieranych specjalizacji. Koreluje to z wynikami, które pokazują, że większość studentów nigdy nie brała pod uwagę geriatric jako możliwej drogi za-

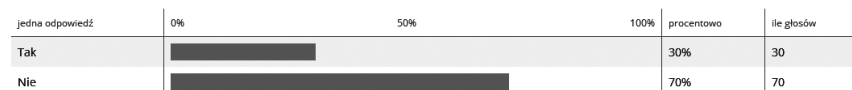
ale w większym stopniu przejawiają zainteresowanie innymi dziedzinami medycyny.

Według danych, o niskim wyborze geriatric jako specjalizacji decydują wielorakie czynniki [wy-

13

\* Czy zastanawiał(a) się Pani/Pan nad wyborem specjalizacji z geriatric?

Odpowiedzi: 100 (100%)  
Pominięć: 0 (0%)



Wykres 3. Liczba osób uwzględniających geriatric jako możliwą specjalizację

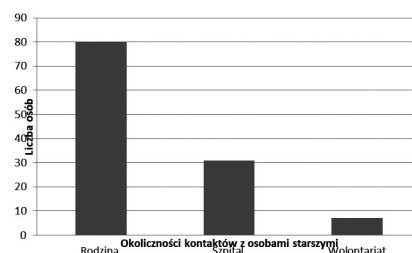
# U przypadku pacjentów geriatrycznych najczęściej występuje wielochorobowość (polipatologia), czyli współwystępowanie kilku chorób chronicznych, co powoduje nierzadko poważne problemy diagnostyczne ze względu na „nakładanie się” objawów wielu schorzeń.

kres 4]. Około 40% ankietowanych uznało, że geriatry jest „mało interesującą specjalizacją” lub stwierdziło, że „ma już określone plany

jest bardzo niska lub też wskazują na brak chęci do kontynuowania edukacji po studiach.

Niskie zainteresowanie geriatricą

w szpitalu. Mniej niż 10% ankietowanych wykazało chęć dodatkowego zaangażowania się w pomoc osobom starszym w postaci np. wolontariatu [wykres 6]. Około połowa respondentów stwierdziła, że kontakty z osobami starszymi wymagają dodatkowych umiejętności lub czynności np. „codzienna pomoc”, „cierpliwość” lub „jasne formułowanie myśli”.



Wykres 6. Kontakt z osobami starszymi

## 14 Jakie czynniki wpłynęły na Pani/Pana decyzję?

Odpowiedzi: 99 (99%)  
Pominięć: 1 (1%)

wiele odpowiedzi	0%	50%	100%	udział procentowo	ile głosów
łatwość w uzyskaniu miejsca specjalizacyjnego				14%	14
wysokie zarobki				9%	9
mała konkurencja na rynku pracy				11%	11
pewne miejsce pracy				16%	16
jest to moja wymarzona specjalizacja				13%	13
presja środowiska/rodziny				1%	1
boję się kontaktu z osobami starszymi				14%	14
mały prestiż specjalizacji				15%	15
nie chcę uzyskiwać specjalizacji szczegółowej				0%	0
mało interesująca specjalizacja				44%	44
specjalizacja nieinwazyjna (brak możliwości przeprowadzania zabiegów)				18%	18
mam już sprecyzowane plany zawodowe				39%	39

Wykres 4. Przyczyny decydujące o wyborze lub odrzuceniu specjalizacji geriatrycznej

zawodowe” (inne niż geriatry). Jedynie kilkanaście procent studentów dostrzega pewne korzyści wynikające z trudnej sytuacji geriatryi w Polsce jako ułatwienia w zdobywaniu specjalizacji. Dane pokazują także, że według deklaracji studentów, w decyzjach o rozwoju zawodowym presja rodziny/środowiska

wśród badanych warto zestawzić ze sposobem postrzegania przez nich starości jako takiej. Prawie 90% ankietowanych potwierdziło, że w swoim życiu codziennym utrzymują/mają bliższe kontakty z osobami starszymi [wykres 5]. W większości są to kontakty z osobami w rodzinie lub profesjonalne

## 8. Czy posiada Pani/Pan bliski kontakt z osobami starszymi?

Odpowiedzi: 100 (100%)  
Pominięć: 0 (0%)

jedna odpowiedź	0%	50%	100%	procentowo	ile głosów
Tak				89%	89
Nie				11%	11

Wykres 5. Liczba osób mających bliższy kontakt z osobami starszymi

Jak wykazano, większość badanych ma kontakt z osobami starszymi. Są oni także świadomi odmiennych ich potrzeb. Młodzi ludzie nie mieli wątpliwości co do tego, czym jest starość. Dla większości jest to ostatni okres życia, w którym ludzie borykają się z postępującą utratą sprawności i wydolnością organizmu. Odpowiedzi tego typu sugerują, że starość kojarzona jest przez respondentów negatywnie z brakiem lub utratą oraz powolnym odchodzeniem. Jako najczęstsze przypadłości wieku starszego badani wymieniali choroby: Alzheimera lub Parkinsona. Co ciekawe, zdecydowana większość badanych nie miała problemów z prawidłowym zdefiniowaniem zawodu geriatry i jego roli dla ludzi starszych. A zatem, pomimo dość wysokiej świadomości pytanym dotyczącej zapotrzebowania na profesjonalną opiekę medyczną wśród seniorów, młodzi ludzie niechętnie wybrali (deklaratywnie) geriatricę jako „swoją” specjalizację. Z punktu widzenia podjętego tematu, istotne było pytanie o przyczynę braku większego zainteresowania tą dziedziną. Młodzi medycy zwró-

19

Czy wie Pani/Pan gdzie w najbliższej okolicy przyjmuje lekarz geriatra?

Odpowiedzi: 100 (100%)  
Pominięć: 0 (0%)

jedna odpowiedź	0%	50%	100%	procentowo	ile głosów
Tak				23%	23
Nie				77%	77

Wykres 7. Wiedza o dostępności opieki geriatrycznej

cili m.in. uwagę na to, że „poprzez codzienny kontakt z osobami starszymi mierzyliby się z bezradnością końca życia” oraz, że „geriatria przynosi marny efekt terapeutyczny”. Pojawiła się także opinia, że „jest to specjalizacja sztuczna, która wchodzi w zakres innych”.



W badaniu poruszono także kwestię sposobu rozumienia przez studentów medycyny swojego przyszłego zawodu. Przyjęto zało-

żenie, że może mieć to wpływ na najczęściej wybierane przez badanych studentów specjalizacje. Otóż, respondenci byli zgodni co do istoty i misji swojej profesji – twierdzili, że jest to zawód, który oprócz konieczności opanowania pewnej wiedzy niesie ze sobą też wielką odpowiedzialność ze względu na bliski kontakt z człowiekiem i duży wpływ na jego zdrowie i życie, a głównym celem pracy lekarza jest dążenie do poprawy zdrowia jego pacjentów oraz uświadamianie konieczności wdrażania profilaktyki chorób.

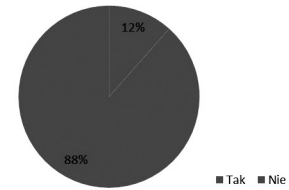
Odwołując się bezpośrednio do geriatry, należy stwierdzić, że według danych przyszli lekarze są świadomi słabo rozwiniętego systemu opieki geriatrycznej w Polsce.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę zgromadzone dane można stwierdzić, że geriatria jako specjalizacja medyczna nie jest przedmiotem większego zainteresowania ze strony przyszłych lekarzy. Znaczna część badanych studentów ma jasno sprecyzowane plany na przyszłość lub też bierze pod uwagę przynajmniej kilka specjalizacji, jednak geriatria w świetle

wyników badania jawi się jako zdecydowanie marginalna dyscyplina. To, na co zwracali uwagę przyszli lekarze przy wyborze specjalizacji to przede wszystkim fakt kierowania się w swoich wyborach zawodowych zainteresowaniami i chęcią posiadania „ciekawej pracy”, w której będą mieli do czynienia z „dużą dynamiką” i „różnorodno-

Studienci niemalże jednogłośnie stwierdzili, że dostępność lekarzy geriatrów w Polsce jest zbyt mała i niewystarczająca dla potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Jednocześnie aż 77% z nich odpowiedziało, że nie wie, gdzie w najbliższej okolicy przyjmuje lekarz specjalista geriatra [wykr. 7]. Zaskakujące jest także, że większość studentów medycyny nie miało nigdy w swoim



Wykres 8. Kontakt z lekarzem geriatrą

życiu profesjonalnego kontaktu z lekarzem geriatrą [wykr. 8]. Jedynie 12% potwierdziło odbycie zajęć lub praktyk wakacyjnych w zakresie geriatry, a tylko dwie osoby miały z nią kontakt przy okazji towarzyszenia osobie starszej w charakterze opiekuna, podczas wizyty u lekarza.

ścią przypadków”. Z takim poglądem korelują najczęściej wybierane specjalizacje tj. kardiologia lub neurologia, które charakteryzują się dużą rotacją pacjentów i nagłością przypadków. Geriatria postrzegana jest tutaj jako żmudna, jednostajna, nieurozmaicona dostatecznie praktyka zorientowana bardziej na opiekę czy spowalnianie pato-

**Geriatria jako specjalizacja medyczna nie wzbudza większego zainteresowania wśród przyszłych lekarzy. Znaczna część badanych studentów ma jasno sprecyzowane plany na przyszłość lub też bierze pod uwagę kilka specjalizacji, jednak geriatria w świetle wyników badania jawi się jako zdecydowanie marginalna dziedzina.**



logicznych zmian, a nie „prawdziwe” leczenie. Jak sugerują dane, za najważniejszą przyczynę niskiego zainteresowania medyczną opieką nad osobami starszymi jest niechęć do opieki nad osobami starszymi i podejmowania się długotrwałego monotonnego procesu leczenia. Niektórzy badani studenci co prawda wskazali, że przy wyborze specjalizacji biorą pod uwagę obecną lub przyszłą sytuację w polskim systemie opieki zdrowotnej czy też sytuację demograficzną jednak dominującą opinią był fakt zaintere-

sowania innymi specjalizacjami. Podobnie, zdarzały się odpowiedzi podejmujące kwestię ekonomiczną, ale wydaje się, że mimo wszystko finanse nie mają dla badanych istotnego znaczenia przy decyzji o odrzuceniu geriatry jako przyszłej drogi zawodowej. Zatem tym, czym kierowali się przede wszystkim respondenci, uzasadniając swoje wybory specjalizacyjne, to charakter i specyfika danej dziedziny i zdecydowanie skłaniali się ku tym „bardziej dynamicznym”, do której to kategorii nie zaliczali geriatry. Co ciekawe, żaden z badanych studentów nie wskazał jako czynnika zachęcającego do wyboru geriatry, jakim jest wprowadzenie programu rozwoju specjalizacji niszowych, które znajdują się w najtrudniejszej sytuacji pod względem dostępności i liczby lekarzy.

Warto zauważyć, że badani w swoim życiu codziennym mają styczność z osobami starszymi (np. w rodzinie), a niektórzy są nawet skłonni do poświęcenia wolnego czasu na pracę z seniorami w ramach wolontariatu. Co więcej, studenci są świadomi specyfiki komunikacji z osobami starszymi, ich odmiennych potrzeb zdrowotnych czy „zdolnościami” fizycznymi



i psychicznymi. Analiza wskazuje także, że studenci zdają sobie sprawę z trudnego dostępu do lekarzy geriatrów i bardzo niskiego rozwoju opieki geriatrycznej nawet w dużych miastach, gdzie działają uniwersytety medyczne. Sami też wskazują na potrzebę zwiększenia liczby specjalistów w tej dziedzinie. Mimo tego nie są skłonni do wyboru tej ścieżki rozwoju zawodowego, a czynniki zachęcające do podjęcia tej specjalizacji, jak np. niska konkurencja lub programy ułatwiające zdobycie tej specjalizacji nie mają dla nich większego znaczenia. Jak się wydaje, wiąże się to ze sposobem rozumienia zawodu lekarza jako aktywnego, interwencyjnego profesjonalisty w „konkretnej” dziedzinie. Tymczasem geriatry w odczuciu badanych nie wpisuje się w ten model uprawiania zawodu lekarza.

## Literatura

Derejczyk, Jarosław, Bień, Barbara, Kokoszka-Paszkot, Janina, Szczygieł, Joanna. 2008. *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* „Gerontologia Polska” 2008, tom 16, nr 3, s. 149-159.

Dragan, Artur. Kwiecień 2011. *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki*. Opracowania

tematyczne OT-601, Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji.

Kijak, Remigiusz, J., Szarota, Zofia. 2013. *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: Wyd. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia z 2007 r. w sprawie specjalizacji

lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2007 r., Nr 213, poz. 1779 z późn. zm.).

Tobis, Sławomir, Jakrzewska-Sawińska, Anna, Talarska, Dorota, Wieczorowska-Tobis, Katarzyna. 2013. *Wieloprofesjonalność opieki w geriatryi*. „Nowiny Lekarskie”, 82, 1, s. 52-55.

I OGÓLNOPOLSKA  
KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA

---

# Komunikacja wyzwaniem współczesnej medycyny

„Komunikacja wyzwaniem współczesnej medycyny” – pod tym hasłem uptonęła w naszej Uczelni sobota 21 listopada 2015 r. Konferencja zgromadziła ponad 145 słuchaczy nie tylko z naszej Uniwersytetu Medycznego i naszego regionu, ale z całej Polski. Uczestniczyli w niej studenci z 11 jednostek naukowych, w tym niemal ze wszystkich uczelni medycznych w Polsce, a także grono specjalistów: lekarzy, psychologów, etyków.

---

**LEK. RAFAŁ ZIEMIŃSKI**  
STUDIA DOKTORANCKIE

**MONIKA KOZŁOWIEC**  
STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE  
PRZY KLINICE HEMATOLOGII, ONKOLOGII  
I TRANSPLANTOLOGII DZIECIĘCEJ

**DR HAB. MARZENA SAMARDAKIEWICZ**  
KLINIKA HEMATOLOGII, ONKOLOGII  
I TRANSPLANTOLOGII DZIECIĘCEJ  
UM W LUBLINIE

---

sesji plakatowej. Konferencja była wydarzeniem od dawna oczekiwanym i szeroko komentowanym w lubelskim środowisku akademickim, a jej popularność przerosła najśmielsze oczekiwania organizatorów, co świadczy przede wszystkim o tym, jak istotny i deficytowy jest jej temat przewodni.

Pomysł konferencji zrodził się podczas przyjacielskiej pogawędki ludzi od lat zarażonych bakcyłem humanistycznego podejścia do medycyny, studentów i doktorantów

---

**Już od czasów  
Hipokratesa  
wiadomo,  
że nie jest  
możliwy sukces  
terapeutyczny  
bez dobrego  
dialogu i zdobycia  
zaufania chorego.**

**K**omitet naukowy zakwalifikował łącznie 32 prace, z czego 18 do prezentacji ustnej, a 14 do





naszej Almae Matris, ludzi związanych m.in. z Areopagiem Etycznym organizowanym przez Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio. Pałaca potrzeba zdobywania wiedzy i umiejętności jak właściwie, profesjonalnie i skutecznie wchodzić w dialog z pacjentem, jak przekazywać trudne informacje, jak unikać wypalenia zawodowego, jak zapewnić wszechstronną opiekę, czyli jak pozostać człowiekiem będąc jedynie małym trybikiem w wielkiej maszynie współczesnej opieki zdrowotnej sprawiła, że od lat próbujemy zgłębiać temat poszukując ku temu rozmaitych sposobów, biorąc udział w szkoleniach i warsztatach

w tej materii, a nierzadko również współorganizując je.

Konferencja została zorganizowana przez Studenckie Koło Naukowe działające przy Klinice Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej UM oraz Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Etyki i Filozofii Człowieka UM w Lublinie.

W tym miejscu należy podkreślić, że *spiritus movens* przedsięwzięcia była studentka piątego roku kierunku lekarskiego – Monika Kozłowiec, która od początku do końca czuwała nad tym, by wszystko było dopięte na ostatni guzik i poświęcając wiele dni i nocy sprawiła, że konferencja odniosła tak duży sukces. Niewyczerpane źródło pomysłów, humoru i wulkan pozytywnej energii, a przy tym osoba, która zawsze z dużym taktem i kulturą mobilizowała współpracowników do działania i koordynowała ich prace. To dzięki niej wydarzenie wyglądało tak, jak wyglądało i jeżeli wciąż będzie chciała pracować organizacyjnie na rzecz naszego Uniwersytetu, kalendarz akademicki w najbliższych latach wzbogaci się z pewnością o wiele wartościowych pozycji.

Magnesami mającymi przyciągnąć uwagę potencjalnych uczestników konferencji miały być postacie zaproszonych gości, wybitnych teoretyków i praktyków w zakresie komunikacji z pacjentem. Swoją obecnością zaszczylicili nas ks. dr Jan Kaczkowski – bio-

---

**Pomysł zorganizowania konferencji zrodził się podczas przyjacielskiej pogawędki ludzi od lat zarażonych bakcylem humanistycznego podejścia do medycyny, studentów i doktorantów naszej Almae Matris, ludzi związanych m.in. z Areopagiem Etycznym organizowanym przez Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio.**

etyk, prezes Puckiego Hospicjum pw. św. Ojca Pio i organizator Areopagu Etycznego, dr Dariusz Kuć – lekarz Białostockiego Hospicjum dla Dzieci, prof. Jacek Dąbała – ekspert w zakresie mediów i komunikacji, ks. dr Rafał Pastwa – bioetyk, Zbigniew Kowalski – dyrektor programu komunikacyjnej pacjentem.pl, dr Katarzyna Aldona Jankowska – onkohematolog dziecięcy z Collegium Medicum w Bydgoszczy, założycielka Polskiego Towarzystwa Komunikacji w Medycynie. Dodatkowo obecni byli znani i lubiani docenci naszej Uczelni – dr hab. Kamil Torres, kierownik Centrum Symulacji Medycznej w Lublinie,

ce uwagę wykłady, a część z nich również poprowadziła warsztaty, na których można było spróbować własnych sił w symulowa-

nych scenkach trudnych sytuacji komunikacyjnych, które mogą się zdarzyć podczas praktyki lekarskiej. Warsztaty wzbudziły sporo

---

***Spiritus movens* przedsięwzięcia była studentka piątego roku kierunku lekarskiego Monika Kozłowiec, która od początku do końca czuwała nad tym, by wszystko było dopięte na ostatni guzik, poświęcając wiele dni i nocy sprawiła, że konferencja odniosła tak duży sukces.**

---



emocji i wszyscy zgodnie orzekli, że były wyjątkowo ciekawym i przydatnym doświadczeniem. Na wysoką jakość warsztatów duży wpływ miał udział słuchaczy Akademii Teatralno-Wokalnej Jerzego Turowicza, którzy wzbogacili je własnym talentem i umiejętnościami, świetnie wcielając się w role pacjentów i ich rodzin, dodatkowo urealniali i utrudniali zadania, z którymi poradzić sobie musieli młodzi medycy.

Bardzo ciekawym elementem konferencji był blok prac studenckich, a także sesja plakatowa. Nie brakowało nowatorskich i cieka-

dr hab. Marzena Samardakiewicz, psycholog z Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej i dr hab. Jakub Pawlikowski, adiunkt Zakładu Etyki i Filozofii Człowieka. Wśród osób prezentujących swoje prace znaleźli się również logopeda – mgr Agnieszka Kasperczuk, psychologowie mgr Magdalena Horodeńska, mgr Maksymilian Pańczyk i ratownik medyczny mgr Grzegorz Witkowski. Nasi goście przeprowadzili ciekawe i przyciągają-



---

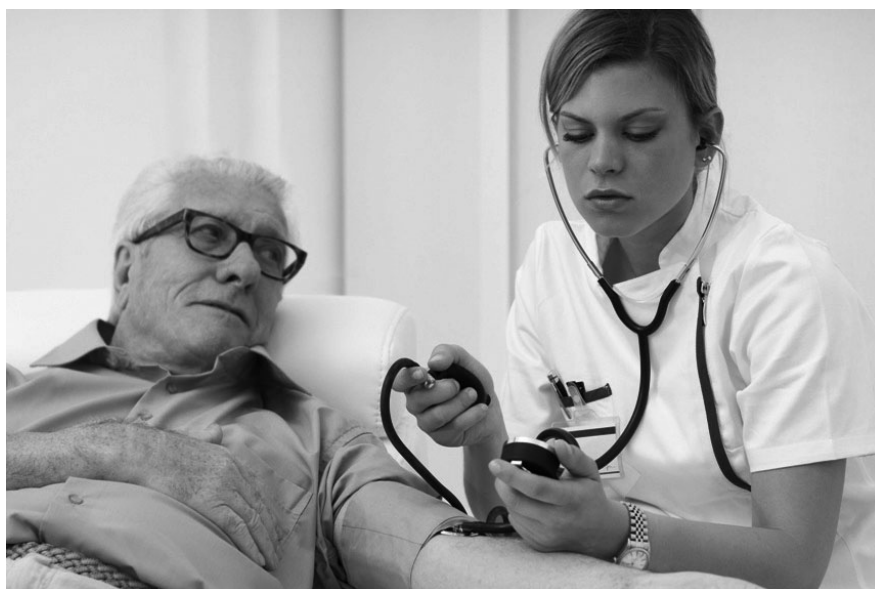
**Paląca potrzeba zdobywania wiedzy i umiejętności jak właściwie, profesjonalnie i skutecznie wchodzić w dialog z pacjentem, jak przekazywać trudne informacje, jak unikać wypalenia zawodowego, jak zapewnić wszechstronną opiekę, czyli jak pozostać człowiekiem będąc jedynie małym trybikiem w wielkiej maszynie współczesnej opieki zdrowotnej sprawiła, że od lat próbujemy zgłębiać temat poszukując ku temu rozmaitych sposobów, biorąc udział w szkoleniach i warsztatach w tej materii, a nierzadko również współorganizując je.**

---

wych ujęć tematów, a komitet naukowy miał niełatwe zadanie, by wyłonić najlepsze prezentacje. Nagrodzono łącznie dziesięć prac.

Konferencja nie mogłaby się odbyć bez wsparcia władz i sponsorów, za co z całego serca im dziękujemy. Głównym organizatorem było Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, na czele z kierownikiem Kliniki, prof. Jerzym Kowalczykiem, oraz opiekunem koła, dr hab. Marzeną Samardakiewicz i przewodniczącą koła Moniką Kozłowiec. Honorowy patronat nad wydarzeniem objął JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Drop. Patronatem medialnym konferencję objęła Medycyna Praktyczna.

Chociaż podczas studiów medycznych zajęć z komunikacji z pacjentem jest tak niewiele, temat jest coraz częściej poruszany w rozmowach między lekarzami i studentami, toteż zaczynamy sobie uświadamiać ogromną potrze-



bę zgłębiania problemu. Już od czasów Hipokratesa wiadomo, że nie jest możliwy sukces terapeutyczny bez dobrego dialogu i zdobycia zaufania chorego. Choć podstawą dobrego kontaktu z pacjentem jest empatia i kultura osobista, w sytuacjach szczególnie trudnych i stresujących niezbędna jest również wiedza, umiejętności i praktyka,

które mogą przyjść z czasem, ale trzeba ich aktywnie szukać i zdobywać. Miniona konferencja była próbą wyjścia naprzeciw tym, coraz szerzej – na szczęście – uświadamianym przez młodych medyków potrzebom, jednak potrzeba dalszych tego typu przedsięwzięć jest niekwestionowana.

# General Assembly March Meeting w Turcji

**Służba zdrowia najpełniej i najpiękniej potrafi odpowiedzieć na pytanie „co czynisz dla innych?”, poświęcając własne życie dla najwyższego celu – ochrony ludzkiego zdrowia. W obecnych czasach niejednokrotnie ryzykując i poświęcając życie podczas pracy na ziemiach objętych konfliktem zbrojnym, klęską żywiołową, do ostatnich chwil broni płomienia ludzkiej egzystencji i przywraca nadzieję na lepszą przyszłość, która jest niemożliwa do osiągnięcia bez zdrowia.**

---

**MARIA GOŁĘBIEWSKA\***  
STUDENTKA III ROKU  
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
UM W LUBLINIE

---

*„Life’s most persistent  
and urgent question is:  
What are you doing for others?”*

*„Najbardziej trwałym  
i pilnym pytaniem życia jest:  
Co czynisz dla innych?”*

**Martin Luther King Jr.**

**T**ej najbardziej ekstremalnej formie poświęcenia – Pomocy Humanitarnej, dedykowane było tegoroczne General Assembly March Meeting, które odbyło się w dniach 2-8 marca 2015 w Antalyi.

General Assembly March Meeting to jedno z dwóch największych zgromadzeń studentów medycyny z całego świata – 120

organizacji ze 105 państw zrzeszonych w ramach Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Studentów Medycyny – IFMSA, do której należy IFMSA-Poland. 64. GA MM w Antalyi było dla mnie niezwykle ważnym wydarzeniem, gdyż za swoje osiągnięcia w dziedzinie edukacji medycznej zostałam wybrana SCOME Sessions Team Member i jako jedyna osoba z polskiej delegacji prowadziłam sesje edukacji medycznej dla studentów z całego świata.

General Assembly to tydzień obiad studentów medycyny, którzy w międzynarodowym gronie gości specjalnych – rektorów, profesorów, dyrektorów, ekspertów oraz alumnów debatują nad najważniejszymi kwestiami dotyczącymi studiów medycznych, kierunków rozwoju przyszłych lekarzy, losem naszych społeczeństw, pomocy społeczno-

ściom najbardziej potrzebującym wsparcia medycznego. Jest to również niezwykła okazja do poznania historii, kultury oraz tradycji kraju gospodarzy, których rolę w tym roku pełni Komitet Organizacyjny z Turcji.

Podczas Ceremonii Otwarcia General Assembly delegaci mieli zaszczyt wysłuchać przemówienia burmistrza Antalyi Mendere-sa Mehmeta Tefrika Türela, pragnącego przywitać uczestników spotkania oraz gości specjalnych. W przemówieniu burmistrz podkreślił rolę studentów medycyny i lekarzy w kreowaniu przyszłości naszego świata jako ambasadorów idei promowanych w ramach Federacji w naszych krajach oraz podziękował tureckiej organizacji TurkMSIC za niezwykle zaangażowanie i działalność na rzecz społeczeństwa ojczyzny. Wysłuchaliśmy

---

\* Wiceprezydent ds. English Division IFMSA-Poland, Oddział Lublin.



**Maria Gołębiewska, pomysłodawczyni i organizatorka sesji „Multikulturowość w Medycynie” wraz z uczestnikami**



**Maria Gołębiewska podczas prezentacji projektu Dreamy Post, Activities Fair**



Dr n. med. Chiara Zanette z Międzynarodowej Federacji Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycą IFRC

również mowy powitalnej prezydenta IFMSA, Agostinho Sousa, który zwrócił uwagę na znaczną odpowiedzialność naszej organizacji w aktywnych przemianach współczesnego świata, które mogą mieć ogromny wpływ na współczesne życie oraz dziedzictwo naszych potomków. W przemówieniu nawiązał również do tematu tegorocznego GA – pomocy humanitarnej i licznych projektów realizowanych przez naszą Federację na arenie międzynarodowej i regionalnej, dzięki którym możemy czynnie uczestniczyć w niesieniu pomocy najbardziej potrzebującym.

Ceremonia otwarcia to również możliwość przedstawienia kultury oraz tradycji kraju gospodarzy ponad 1000 delegatom z całego świata – podczas ceremonii mieliśmy okazję wysłuchać koncertu Antalya State Symphony Orchestra, pod batutą pierwszej kobiety dyrygent w Turcji Inci Ozdil oraz obejrzeć pokaz tradycyjnych tańców tureckich – Kilic

Kalkan – Tańca Szabel prezentujący podbój Bursy przez Imperium Osmańskie, jak również Tańca Zeybeków – bohaterskich żołnierzy Regionu Egejskiego, prezentowanych przez studentów medycyny z komitetu organizacyjnego.

Najważniejszym punktem naszych obrad był temat przewodni – Pomoc Humanitarna, którą należało rozpatrzyć w kilku zasadniczych aspektach. Pierwsza sesja poświęcona była podstawom pomocy hu-

manitarnej na przykładzie pomocy syryjskim uchodźcom w wioskach uchodźców w Turcji oraz wyzwaniach dla służby zdrowia, w obliczu obecnej sytuacji politycznej oraz przyszłość pomocy humanitarnej i kształcenia kadr medycznych w zakresie zarządzania kryzysowego, w panelu dyskusyjnym z zaproszonymi gośćmi ministerstwa zdrowia Republiki Tureckiej, Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycą

---

**Bezpieczeństwo oraz zdrowie psychiczne pracowników służb pomocy humanitarnej powinno być priorytetem dla państw i organizacji zaangażowanych w zapewnienie opieki medycznej i psychologicznej podczas konfliktów zbrojnych i klęsk żywiołowych.**



**Prezentacja osiągnięć SWG ds. Regulacji Europejskich, Sesja Regionu Europejskiego**

oraz włoskiej organizacji niosącej pomoc medyczną w sytuacjach kryzysowych CRIMEDIM. O istotnym udziale studentów medycyny w działaniach na rzecz pomocy humanitarnej wypowiadali się przedstawiciele TurkMSIC, prowadzący projekt pomocy uchodźcom w syryjskiej wiosce uchodźców prowadzonej przez IFRC oraz IFMSA-Serbia, pomagający serbskiej służbie zdrowia w ramach studenckiej grupy zadaniowej podczas klęsk żywiołowych (m.in. maszynowych powodzi na Półwyspie Bałkańskim w 2014 r.). Drugim przedstawionym aspektem było „Health Care in Danger – Służba Zdrowia w Niebezpieczeństwie” – projekt dotyczący przemocy psychicznej i fizycznej względem pracowników służby zdrowia i niebezpieczeństw związanych z pomocą humanitarną dla wolontariuszy ją zapewniających. Wykład, prowadzony przez Chiare Zannette z IFRC – Międzynarodowej Federacji Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy dotyczył możliwych zagrożeń czyhających na wolontariuszy, poczynając od przemocy fizycznej, ataków kierowanych na służbę zdrowia w miejscach objętych konfliktem zbrojnym, po wpływ na psychikę związany z ciągłym stresem, kryzysem i załamaniem

psychicznym oraz Post Traumatic Stress Disorder. Bezpieczeństwo oraz zdrowie psychiczne pracowników służb pomocy humanitarnej powinno być priorytetem dla państw i organizacji zaangażowanych w zapewnienie opieki medycznej i psychologicznej podczas konfliktów zbrojnych i klęsk żywiołowych.

Podczas General Assembly każdy delegat bierze udział w sesji programu stałego, w którym realizuje najwięcej działań lokalnych oraz narodowych. Podczas sesji Programu Stałego ds. Edukacji Medycznej jako SCOME Sessions Team Member prowadziłam sesje z zakresu edukacji medycznej dla studentów z całego świata. Podczas sesji dyskutowaliśmy na tematy różnic w curriculum oraz schematach nauczania na świecie, advocacy w edukacji medycznej, metod efektywnego nauczania,

możliwości rozwoju umiejętności oraz poszerzenia swojej wiedzy z zakresu ME podczas światowych konferencji dot. edukacji medycznej (min. AMEE) oraz możliwości wynikających ze współpracy z międzynarodowymi organizacjami medycznymi.

Byłam również pomysłodawczynią i organizatorką sesji łączonej ds. Edukacji Medycznej i Praw Człowieka dotyczącej Multikulturowości w Medycynie. W dzisiejszych czasach medycyna musi zmierzyć się z wyzwaniem, jakie niesą ze sobą: wzmożona migracja ludności, służb medycznych, turystyka medyczna oraz teoria holistycznego podejścia do pacjenta, która zakłada nie tylko odpowiednie leczenie pod względem fizjologicznym stricte medycznym, ale również psychologicznym i społecznym. Z potrzeby uwzględnienia kultury i tradycji w celu uzyskania pełnego

---

**IFMSA to federacja studentów medycyny z całego świata, którzy pragną aktywnie uczestniczyć w kształtowaniu przyszłości medycyny i nieść opiekę medyczną wszystkim najbardziej jej potrzebującym.**



**Autorka w trakcie prezentacji osiągnięć SWG ds. Regulacji Europejskich, Sesja Regionu Europejskiego**

obrazu relacji pacjent – lekarz zrodziła się idea kompetencji kulturowej w medycynie, czyli uwzględnienia aspektów kulturowych w praktyce lekarskiej. Podczas sesji dyskutowaliśmy na temat multikulturowości w medycynie z punktu widzenia praw pacjenta i lekarza, jak również zwiększenia efektyw-

ności nauczania wspomnianych tematów w edukacji medycznej.

Podczas tegorocznego General Assembly miałam okazję również zaprezentować pracę z zakresu marketingu, prowadząc trening „Fundraising and financial management in NGOs – Polish approach” dla prezydentów, wiceprezydentów,

oraz skarbników organizacji studentów medycyny z całego świata.

Nasza organizacja oprócz spotkań międzynarodowych od lat organizuje spotkania regionalne, mające na celu przybliżyć organizacjom należącym do poszczególnych regionów obszar działań i priorytetów danej strefy geograficznej. W IFMSA należę również do czteroosobowego Zespołu SWG ds. European Regulations and IOGs, w której współpracuję w rozwoju regionu europejskiego wraz z Alberto Abreu da Silva (Prezydentem Europy IFMSA), Stefano Guicciardim (Wiceprezydentem Europy IFMSA), Carlesem Peircasem (SCORA-RA for Europe) oraz Bekirem Bulbozem (TurkMSIC). Naszym zadaniem w bieżącym roku akademickim jest stworzenie wewnętrznych regulacji oraz internal operating guidelines,

**General Assembly stwarza niesamowitą okazję poznania światowych autorytetów z wielu dziedzin medycyny oraz dzielenia się doświadczeniem, pasją i pomysłami z delegatami, w celu osiągnięcia przyświecających nam celów, które prowadzą do kreowania wspólnej, lepszej przyszłości.**



które usystematyzują pracę w regionie europejskim oraz zdefiniują obowiązki w zarządzie regionu europejskiego jak również określą priorytety regionu, na których powinny zostać skupione działania wszystkich państw europejskich. Podczas sesji europejskiej oprócz prezentacji osiągnięć naszej SWG prowadziłam również część sesji dotyczącą zadań i obowiązków zarządu regionu europejskiego.

Każde General Assembly to również emocje związane z wyborami do zarządów międzynarodowych. W marcu został wybrany Zarząd Główny Federacji na rok 2015/2016, który w zmienionej formule zmierzy się z praktycznym wdrożeniem Federacyjnej Reformy. Reforma IFMSA to jedna z największych zmian w strukturze i działaniu naszej organizacji od ponad 20 lat, która została zaak-

ceptowana i przyjęta do realizacji podczas General Assembly March Meeting w Hammamecie, Tunezji w 2014 r.

Podczas każdego GA istnieje również sesja dotycząca projektów – tzn. Activities Fair, podczas którego każde państwo reprezentuje najlepsze i najciekawsze projekty swojej organizacji. Podczas MM w Turcji zostałam wybrana reprezentantką Dreamy Post – projektu organizowanego również w Lublinie, który polega na pisaniu listów oraz kart pocztowych dla pacjentów najbardziej potrzebujących psychologicznego wsparcia oraz dyskusowaniu z uczestnikami na temat sposobów etycznej i umiejętności komunikacji z pacjentem wymagającym dodatkowego wsparcia psychicznego.

Wytnieniem od intensywnej pracy były warsztaty sztuki turec-

kiej przygotowane przez komitet organizacyjny. Delegaci mogli podziwiać i próbować swoich sił w sztuce kaligrafii Hattatlik, Ebru – tradycyjnej sztuce marmurkowania, tworzeniu tureckiej ceramiki, arcydzieł z masy perłowej, szkła oraz metalu.

IFMSA to Federacja studentów medycyny z całego świata, którzy pragną aktywnie uczestniczyć w kształtowaniu przyszłości medycyny i nieść opiekę medyczną wszystkim najbardziej jej potrzebującym. General Assembly to niesamowita okazja poznania światowych autorytetów z każdej medycznej dziedziny oraz dzielenia się doświadczeniem, pasją i pomysłami z delegatami z całego świata w celu osiągnięcia przyswiewających nam celów, prowadzących do kreowania wspólnej, lepszej przyszłości.



Podczas wieczoru kulturowego z reprezentacją IFMSA-Egypt

# Pożegnaliśmy Profesor Teresę Wawrzynowicz



Rozpoczynając pisanie wspomnienia o Teresie – profesor Teresie Wawrzynowicz zadaję sobie pytanie – czy takich wspaniałych ludzi, tak niezłomne charaktery kształtowały trudne warunki życia, trudne koleje losu? A może jasne kryteria dobra i zła?

Po świetlanym dzieciństwie w Horodźcu na Polesiu Wołyńskim – na Kresach II Rzeczypospolitej, doznała trudnych przeżyć i dramatycznych wydarzeń. Ta malownicza okolica, pełna lasów, podmokłych łąk, rozlewisk nad bystrymi wodami Horynia na zawsze pozostała w jej pamięci jako kraina szczęśliwości. Tu jej ojciec Jan Wawrzynowicz pracował jako księgowy w majątku hrabiów de Pourbaix, a rodzina mieszkała w rozległym domu, prócz ojca, mama Bronisława i trójka dzieci. Oprócz najbliższych w okolicy mieszkała liczna rodzina Wawrzynowiczów i Kotowiczów od strony matki. W Horodźcu było niewielu Polaków i liczne rodziny chłopskie – ukraińskie. Tu Teresa rozpoczęła edukację w siedmioklasowej szkole podstawowej, w klasie, gdzie była jedyną polką. Wszystko to, tak wspaniała rzeczywistość, skończyło się w jednej chwili, a szczęście pękło jak bańka mydlana. Zaczęło się od nagłej śmierci ojca w kwietniu 1939 roku. Dotychczasowe życie zmieniło się zupełnie. Osierocona rodzina przeprowadziła się do Włodzimierza Wołyńskiego, gdzie zastała ich wojna. Przeżyli tu wszystko to, na co Polacy na Kresach byli narażeni – trzy okupacje (Sowieców, Niemców i ponowną Sowieców), głód, niedostatek. Pierwsza okupacja sowiecka z wywózkami ludzi na Sybir i do Kazachstanu, aresztowanie dwóch

stryjów Wawrzynowiczów, którzy potem zginęli w Katyniu, była szczególnie trudna. Nie mniej dramatyczne przeżycia czekały ich w latach 1941-1944 podczas okupacji niemieckiej z łapankami, aresztowaniami przez hitlerowców. Jakby tego było mało, rozpoczęły się rzezie Ukraińców na Polakach, które swoje apogeum osiągnęły w 1943 roku i ogarnęły cały Wołyń oraz Galicję Wschodnią. Taki napad przeżyli Teresa

---

**Odszedł człowiek wielu talentów, którymi się dzielił z ludźmi. Ponieśliśmy niepowetowaną stratę. Wszyscy będziemy odczuwać brak Teresy: rodzina, znajomi i my – pracownicy Wydziału Farmaceutycznego i cała społeczność akademicka.**

---



**Profesor Teresa Wawrzynowicz  
1929-2015**

i jej młodszy brat w domu swych dziadków w pobliskiej wsi. Tylko cudem i zrzędzeniem losu udało się im uniknąć doli innych polskich rodzin i nie zostali zamordowani. Dziadek czym prędzej odwiózł ich furmanką z powrotem do Włodzimierza. Trzecia kolejna okupacja sowiecka wiązała się z ogromnym stresem, ponieważ władze nalegały na przyjęcie obywatelstwa radzieckiego. Alternatywą było przesiedlenie do Polski „zabużańskiej”. Tak też zrobiła Bronisława z dziećmi – przenieśli się na przygraniczne tereny, wierząc, że wkrótce Kresy wrócą do macierzy...

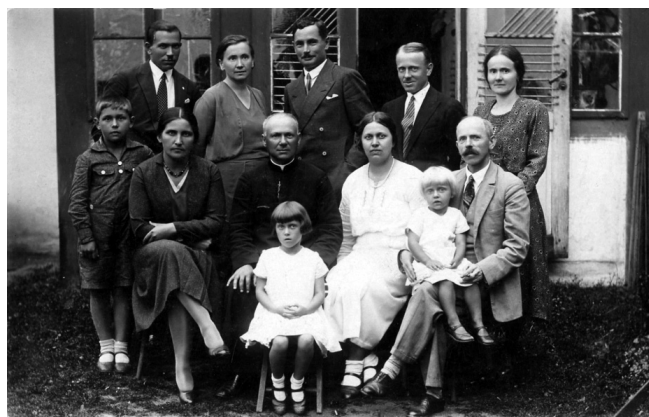
I właśnie dopiero w Polsce rodzina się rozproszyła. Starsza siostra – Alicja – uczestniczka ruchu oporu w 27 Wołyńskiej Dywizji AK, wyszła za mąż i los ją rzucił do Szczecina, podobnie w tych okolicach znalazł swe miejsce brat Bohdan. Teresa po krótkiej edukacji, kończącej kurs szkoły podstawowej, kontynuowała naukę w gimnazjum w Hrubieszowie. Po maturze znalazła się na studiach na farmacji Akademii Medycznej w Lublinie. Już na drugim roku studiów została zastępcą asystenta. Brakowało bowiem kadry nauczającej, gdyż wielu profesorów i nauczycieli akademickich zostało wymordowanych podczas okupacji hitlerowskiej.

Teresa była wspaniałym nauczycielem. Miała ogromną wiedzę i dar jej przekazywania młodzieży. Miała też ciepłość iście anielską i nie szczędziła czasu na konsultacje dla studentów. Świetnie wykladała. My też,

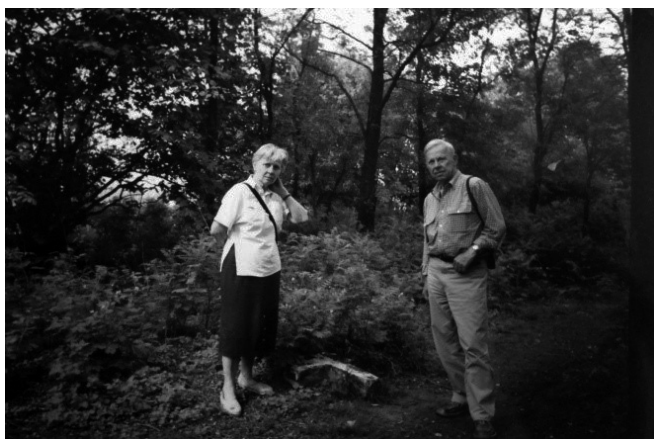
młodszy asystenci chłoniliśmy tę wiedzę i umiejętności jej przekazywania, sposób pytania na kolokwium. Była spokojna, ale w momencie egzekwowania wiadomości bardzo wymagająca. Można śmiało powiedzieć, że czuję się jej uczennicą także w tej dziedzinie, i sędzę, że tak samo powiedziałyby wiele osób nauczających podstaw chemii organicznej, ogólnej i nieorganicznej na farmacji. Ponieważ w pewnym okresie Teresa pracowała również w aptece, biorąc np. dyżury, jej wiedza na temat leków była też ogromna. Teresa Wawrzynowicz wiele lat była opiekunem studentów pierwszego roku farmacji i członkiem komisji ds. socjalnych studentów. Wiele osób, które potrzebowały pomocy szukało u niej wsparcia i wszystkim starała się go udzielić.

Teresa Wawrzynowicz w ciągu pierwszych kilku lat pracowała w Zakładzie Chemii Organicznej naszej Uczelni. Tu ją poznałam, kiedy jako mały „szkolnik” przychodziłam prosto z rogu ul. Wieniawskiej – ze szkoły muzycznej, odwiedzać mamę. Mama – Antonina Waksmundzka, farmaceutka, pracowała wówczas w tym samym Zakładzie, a nawet w tym samym pokoju co Teresa. Kontakty były więc częste, bo ja bardzo lubiłam te odwiedziny. Pracowali tam wówczas PT: Zbigniew Grodzicki, Zofia Skrzydło, Teresa Narkon-Słupska, Marian Iwanicki, laborantka Wiesia i laborant Ignacy Szorek. W zakładzie panowała przyjazna atmosfera. Zakładem kierował doc. Tadeusz Bany. Przyjaźń pomiędzy mamą a Teresą, a tym samym i naszych rodzin, trwała całe ich życie. Z córką Teresy – prof. Ireną Chomą od lat mamy przyjacielskie kontakty.

Potem Teresa zmieniła kierunek pracy naukowej, dydaktycznej i piętro w *Collegium Pharmaceuticum* na Staszica 6. Rozpoczęła pracę w Zakładzie Chemii Nieorganicznej pod kierunkiem prof. Andrzeja Waksmundzkiego i pod jego promotorstwem doktoryzowała się w roku 1967 na podstawie dysertacji „*Poszukiwanie selektywnych układów ekstrakcyjnych dla rozdziału alkaloidów ziela dymnicy lekarskiej*”. W roku 1981, na podstawie kolokwium habilitacyjnego i pracy pt. „*Opty-*



**Bronisława i Jan Wawrzynowicz z dziećmi w otoczeniu rodziny i przyjaciół. Teresa na kolanach ojca. Włodzimierzec, 1934 r.**



**Teresa Wawrzynowicz i jej brat Bohdan na zniszczonym cmentarzu we Włodzimiercu, 2003 r.**

*malizacja chromatograficznych układów adsorpcyjnych typu tlenek glinu – rozpuszczalnik dwuskładnikowy*”, uzyskała stopień doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych. Był to pierwszy przewód habilitacyjny przeprowadzony przez Wydział Farmaceutyczny AM w Lublinie.

W zakładzie tym także panowała przyjazna atmosfera. Co prawda było ciasno, ale wspólne przebywanie w wieloosobowych pracowniach sprzyjało wymianie poglądów, dyskusjom, współpracy naukowej. Centrum dyskusji stanowił pokój doc. Marii Przyborowskiej i prof. Leona Jusiaka. Tu spotykaliśmy się w wolnych chwilach właściwie wszyscy – wśród nas prof. Stanisław Przeszlakowski, prof. Teresa Wawrzynowicz, prof. Edward Soczewiński, dr Regina Mańko, także przy okazji świąt czy też imienin. Tu wykluwały się też załączki Koła NSZZ „Solidarność”.

Teresa Wawrzynowicz zaangażowała się w działalność NSZZ „Solidarność” od początku powstania i została członkiem Komisji Zakładowej Związku w Akademii Medycznej. Wkrótce po powstaniu i zarejestrowaniu „Solidarności” 19 października 1980 roku na Politechnice Gdańskiej odbył się Ogólnopolski Zjazd Delegatów Nauki NSZZ „Solidarność”, którego efektem było m.in. powołanie Ogólnopolskiej Komisji Porozumiewawczej Nauki Polskiej. W listopadzie i grudniu powołano pierwsze regionalne Komisje Porozumiewawcze Nauki. W skład Ogólnopolskiej Komisji Nauki NSZZ „Solidarność” weszła Teresa Wawrzynowicz. Dopiero w 1991 roku OKPN zostało przemianowane na Krajową Sekcję Nauki (KSN).

Pomimo formalnej przerwy w działalności po wprowadzeniu stanu wojennego w grudniu 1981 r. Teresa Wawrzynowicz działała w podziemnej frakcji „Solidarności”.

Po obradach Okrągłego Stołu reaktywowany związek powołał w kwietniu 1989 roku Komitet Obywatelski „Solidarność” w celu wyłonienia kandydatów do parlamentu. Czasu było mało, bo wybory miały się odbyć 4

czerwca 1989 roku. Teresa Wawrzynowicz została wówczas członkiem Komitetu Obywatelskiego „Solidarność” województwa lubelskiego, który działał pod kierownictwem profesorów Jerzego Kłoczowskiego (KUL) i Tadeusza Baszyńskiego (UMCS), skupiając lubelskie środowisko uniwersyteckie, robotnicze i rolnicze związane ze Związkiem. Rzeczywiście Komitetowi Obywatelskiemu udało się wyłonić szereg kandydatów, które na wiele lat wpisały się w działalność na rzecz III Rzeczypospolitej.

Profesor Teresa Wawrzynowicz działała także w komisji niemieckiej organizacji stypendialnej Katholischer Akademischer Ausländer-Dienst (KAAD). Organizacja ta powstała co prawda ok. 50 lat temu, ale dopiero po powstaniu III Rzeczypospolitej, Polska mogła wejść do programu stypendialnego na rzecz Europy Środkowo-Wschodniej. Teresa Wawrzynowicz była członkiem komisji kwalifikacyjnej młodzieży na stypendia studyjno-badawcze, która działała w Lublinie.

W latach 1991-1994 Teresa Wawrzynowicz pełniła na Uczelni funkcję prorektora ds. kształcenia.

Gdy ja, jako młody asystent stażysta przyszedłam do Zakładu Chemii Nieorganicznej, kierowanego przez prof. Edwarda Soczewińskiego, zajęłam na kilka pierwszych miesięcy miejsce w pokoju Teresy. Potem, już po moim doktoracie, ściśle współpracowałyśmy i mamy wiele wspólnych publikacji. Teresa była dobrym naukowcem, nauczyłam się przy niej rzetelności, sumienności i umiejętności weryfikacji wyników doświadczeń.



**Profesor Teresa Wawrzynowicz – prorektor ds. kształcenia AM w Lublinie, 1992 r.**



Profesor Teresa Wawrzynowicz we własnym mieszkaniu, luty 2014 r.

Profesor Teresa Wawrzynowicz była autorem i współautorem kilkudziesięciu publikacji, rozdziałów w monografiach i haseł w *Encyclopedia of Chromatography*. Tematyka jej badań naukowych związana była z teorią chromatografii oraz z jej zastosowaniami. Pionierskie jej prace związane są z chromatografią preparatywną i jej zastosowaniami do izolacji związków występujących w ekstraktach roślinnych. Teresa Wawrzynowicz była też współautorką podręcznika dla studentów farmacji „*Chemia Analityczna*” (red. Ryszard Kocjan). Była autorką rozdziałów w monografiach związanych z teorią i zastosowaniami chromatografii cienkowarstwowej.

Jej praca zawodowa i społeczna została dostrzeżona i nagrodzona. Była odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem Komisji Edukacji Narodowej i Odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” także nagrodami naukowymi Ministra Zdrowia i JM Rektora. W czerwcu 2014 roku odznaczono ją odznaką honorową „Zasłużony dla Województwa Lubelskiego”.

Po przejściu na emeryturę w 1999 roku starała się utrzymywać kontakty ze swoją Almae Matris. Uczestniczyła w inauguracjach roku akademickiego, uroczystościach, spotkaniach opłatkowych i wielkanocnych na

Wydziale i w Zakładzie. Zawsze interesowała się sprawami Uczelni i cieszyła się z jej rozwoju i sukcesów.

Pomimo gorszej już sprawności ruchowej w ostatnich latach życia wspomagała swoich przyjaciół i sąsiadów robiąc im zakupy czy załatwiając drobne sprawy. Zawsze była otwarta na potrzeby innych ludzi.

Można śmiało powiedzieć, że umarła w biegu. Jeszcze we wtorek, 19 maja przyszła do nas do domu z prezentem komunijnym dla naszej wnuczki Julki. Kilka dni potem zmarła, po krótkim pobycie w szpitalu. Pożegnaliśmy ją licznie na cmentarzu przy ul. Lipowej.

Mówi się, że nie ma ludzi niezastąpionych, ale w mając na myśli Teresę wiemy, że to nieprawda... Nikt tak jak ona nie potrafi przemówić z okazji świątecznej czy imieninowej uroczystości. Nikt tak jak ona nie potrafi zaśpiewać, wchodząc w drugi głos. Nikt tak jak ona nie potrafi narysować rysunku – ładnie i dowcipnie. Odszedł człowiek wielu talentów, którymi się dzielił z ludźmi. Ponieśliśmy niepowetowaną stratę. Wszyscy będziemy odczuwać brak Teresy: rodzina, znajomi i my – pracownicy Wydziału Farmaceutycznego i cała społeczność akademicka.

**MONIKA WAKSMUNDZKA-HAJNOS**

# Odszedł Profesor Wiktor Czarnecki

30 czerwca 2015 roku, w wieku 75 lat zmarł dr hab. n. farm. Wiktor Czarnecki, profesor nadzwyczajny UM w Lublinie, długoletni kierownik Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej naszej Uczelni.

Profesor Wiktor Czarnecki urodził się 1 lutego 1940 roku w Tyszowcach, w powiecie Tomaszów Lubelski. W latach 1947-1954 uczęszczał do szkoły podstawowej, a następnie do Liceum Ogólnokształcącego w Tyszowcach, które ukończył w 1958 roku. W tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Lublinie. W roku 1963 podjął pracę w Zakładzie Farmacji Stosowanej na stanowisku asystenta. W 1971 roku, na podstawie rozprawy doktorskiej pt. „Preparaty galenowe z witaminą E (tabletki, drażetki, maści)”, uchwałą Rady Wydziału Farmaceutycznego uzyskał stopień doktora nauk farmaceutycznych i w tym samym roku został mianowany na stanowisko adiunkta. Stopień doktora habilitowanego w zakresie technologii postaci leku i biofarmacji uzyskał w 1981 roku, na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt. „Uwalnianie azatiopryny z tabletek w wymuszonym uwarstwionym

przepływie cieczy”. W 1982 roku został mianowany na stanowisko docenta, a w 1993 roku na stanowisko profesora nadzwyczajnego Akademii Medycznej w Lublinie. Od stycznia 1986 roku do przejścia na emeryturę (2010 r.), pełnił funkcję kierownika Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej.

Tematyka badań naukowych Profesora Wiktora Czarneckiego była szeroka i koncentrowała się wokół technologii tabletek i drażetek, granulatów do kapsułkowania, roztworów do wstrzyknięć, zawiesin, emulsji (w tym także parenteralnych), leków ocznych, czopków, maści, odżywek i preparatów witaminowych. Prace badawcze realizowane w późniejszych latach dotyczyły opracowań technologii najnowszych postaci leków wraz z ich oceną biofarmaceutyczną, takich jak: liposomy, mikrocząstki, peletki, tabletki o regulowanym uwalnianiu, a także transdermalne systemy terapeutyczne.

**W swoich pracach naukowych stale poszukiwał nowatorskich rozwiązań w zakresie aparatury badawczej (aparat do uwalniania substancji leczniczych w grawitacyjnym przepływie cieczy, urządzenia przystosowujące aparat do pomiaru szybkości rozpadu tabletek, aparat do oznaczania współczynnika dyfuzji), wprowadzał nowe środki pomocnicze do różnych postaci leku, przystosowywał i opracowywał nowe metody oznaczeń jakościowych i ilościowych, często połączone z krótką syntezą nowych związków.**



**Profesor Wiktor Czarnecki  
1940-2015**

W swoich pracach naukowych stale poszukiwał nowatorskich rozwiązań w zakresie aparatury badawczej (aparat do uwalniania substancji leczniczych w grawitacyjnym przepływie cieczy, urządzenia przystosowujące aparat do pomiaru szybkości rozpadu tabletek, aparat do oznaczania współczynnika dyfuzji), wprowadzał nowe środki pomocnicze do różnych postaci leku, przystosowywał i opracowywał nowe metody oznaczeń jakościowych i ilościowych, czasem połączone z krótką syntezą nowych związków. W wyniku prowadzonych badań na zwierzętach lub materiale zwierzęcym powstało wiele opracowań teoretycznych w zakresie uwalniania substancji leczniczych, korelacji wyników *in vitro*-*in vivo*, a także biofarmaceutyczne opisy reologii układów niejednorodnych.

W swym dorobku naukowym Profesor Wiktor Czarnecki posiadał 97 prac naukowo-badawczych, 40 patentów i wzorów użytkowych, 39 referatów, 45 komunikatów konferencyjnych. Był promotorem i recenzentem licznych prac magisterskich i doktorskich. Pod Jego kierunkiem w Katedrze Farmacji Stosowanej zrealizowano wiele prac naukowo-badawczych na zlecenie przemysłu farmaceutycznego, a także opracowano instrukcje technologiczne niezbędne dla prawidłowego przebiegu produkcji i kontroli wytwarzanych na skalę przemysłową produktów. Prace te miały nie tylko profil technologiczny i analityczny, ale również biofarmaceutyczny i farmakokinetyczny.

Był cenionym dydaktykiem i wykładowcą w zakresie technologii postaci leku, farmakokinetyki i biofarmacji. Opracowywał i stale aktualizował programy nauczania tych przedmiotów, a w późniejszym okresie także farmacji praktycznej. Dodatkowo nadzorował i koordynował przebieg praktyk wakacyjnych i stażów aptecznych studentów farmacji, był kuratorem akademickiej apteki szkoleniowej.

Profesor Wiktor Czarnecki był członkiem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Association de Pharmacie Galenique Industrielle, Komisji Technologii Postaci Leku Komitetu Nauk o Leku PAN, Naukowej Rady Konsultacyjnej przy Naczelnej Radzie Aptekarskiej. W latach 1987-1990 pełnił funkcję rzecznika dyscyplinarnego dla pracowników dydaktyczno-naukowych AM w Lublinie, był kuratorem Zakładu Farmacji Stosowanej Wydziału Farmaceutycznego AM w Białymstoku. Od roku 1987 był specjalistą ds. farmacji województwa lubelskiego, a od 1994 konsultantem wojewódzkim ds. farmacji aptecznej. Przez wiele lat organizował i opracowywał programy szkoleniowe dla farmaceutów, prowadził kursy i egzaminy specjalizacyjne.

Za swoją pracę i osiągnięcia otrzymał wiele nagród naukowych, dydaktycznych i wyróżnień, w tym Złoty Krzyż Zasługi (1984) oraz odznakę „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” (1984).



**Profesor w gronie współpracowników**

Odszedł ceniony dydaktyk i wykładowca, wychowawca wielu pokoleń farmaceutów. Odszedł człowiek niezwykle pracowity, bezgranicznie zaangażowany w sprawy zawodowe, wykazujący zamiłowanie do pracy naukowej i inicjatywę w przeprowadzaniu eksperymentów. Odszedł człowiek niezwykle obowiązkowy, konsekwentny i zdyscyplinowany, a nader wszystkim skromny, prawy i uczciwy. I takim Go zapamiętamy.

Śp. Profesor Wiktor Czarnecki spoczął w rodzinnych stronach, w miejscowości Uchanie.

**PRACOWNICY KATEDRY I ZAKŁADU  
FARMACJI STOSOWANEJ  
UM W LUBLINIE**

KSIAŻKA PRZEDSTAWIAJĄCA AKTUALNY STAN WIEDZY

# Toczeń rumieniowaty układowy

Podczas V Krajowych Spotkań Reumatologicznych, które odbyły się w Lublinie w dniach 17-19 września 2015 roku została zaprezentowana książka pt. „Toczeń Rumieniowaty Układowy” pod redakcją prof. dr hab. Marii Majdan opracowana przez zespół autorów z wielu ośrodków akademickich w Polsce, zajmujących się w praktyce klinicznej tą systemową chorobą autoimmunizacyjną.

Książka została wydana przez wydawnictwo medyczne Termedia. Monografia wypełnia dotychczasowy deficyt kompleksowej wiedzy na temat toczenia rumieniowatego układuowego (TRU). Publikacja jest pierwszą w polskim piśmiennictwie próbą uporządkowania aktualnej wiedzy na temat tej choroby, ze szczególnym uwzględnieniem jej patogenezy, różnych narządowo-specyficznych obrazów klinicznych oraz dostępnego leczenia. To kompendium wiedzy dla lekarzy oraz osób zmagających się z tą nieobliczalną chorobą, która wymaga interdyscyplinarnego podejścia, nie tylko reumatologów.

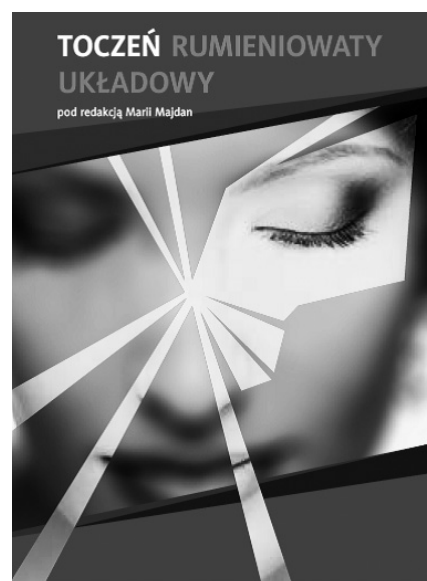
Tradycja rozpoznawania, leczenia, ale również dzielenia się wiedzą o toczniu rumieniowatym układowym istnieje w ośrodku lubelskim od wielu lat. Corocznie w Klinice organizowane są kursy dla lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych i reumatologii, obejmujących całościowo wiedzę o tej niezwyklej chorobie. Organizowano również w Lublinie monotematyczne konferencje naukowe poruszające różne aspekty TRU. Zawsze zapraszani są na takie spotkania specjaliści z różnych dziedzin me-

dycyny ponieważ w diagnozowaniu i leczeniu tej choroby, jak żadnej innej, konieczna jest współpraca lekarzy z wielu różnych dziedzin medycyny. Często w trakcie takich spotkań, ludzi zaangażowanych w leczenie chorych na TRU, pojawiały się prośby o podsumowanie doświadczeń dotyczących choroby, prezentowanych podczas różnych naukowych spotkań oraz przedstawienie ich w postaci książki.

Na temat choroby krąży wiele mitów. Internet jest pełen różnych nie zawsze prawdziwych wiadomości na ten temat. Książka powinna wiele tych mitów zweryfikować, powinna być pomocna w codziennej rzeczywistości lekarzom i chorym na TRU.

Toczeń rumieniowaty układuowy jest przewlekłą chorobą autoimmunizacyjną, która może rozpocząć się w dzieciństwie, ale również po pięćdziesiątym roku życia. Jej cechą charakterystyczną jest występowanie w przebiegu choroby okresów zaostrzeń i często wieloletnich remisji. Obraz kliniczny choroby może w trakcie jej trwania zmieniać się. Każdy choruje trochę inaczej. Dlatego rozpoznanie choroby jest często opóźnione. Podstawą

nowoczesnego rozpoznawania choroby jest potwierdzenie u chorego objawów autoimmunizacji (co sprowadza się do stwierdzenia obecności specyficznych autoprzeciwciał) oraz obserwowanie zespołu objawów klinicznych charakterystycznych dla tej choroby. Problem leży w tym, że u chorego na TRU można stwierdzić ponad 100 różnych autoprzeciwciał oraz ogromną różnorodność objawów klinicznych. Te najczęściej występujące autoprzeciwciała i objawy autoimmunizacji oraz najbardziej





charakterystyczne objawy chorobowe są zebrane w dostępnych kryteriach klasyfikacyjnych choroby, które bardzo pomagają w postawieniu rozpoznania. O tej dużej różnorodności obrazów choroby i o zasadach jej diagnozowania mówimy w poszczególnych rozdziałach książki. Jeden z rozdziałów omawia kryteria klasyfikacyjne choroby, inny przebieg TRU u dzieci, a jeszcze inny omawia chorobę u ludzi starszych.

Problem obowiązujących zasad leczenia TRU jest dokładnie przeanalizowany w osobnym rozdziale dotyczącym leczenia choroby. Napisano również o zasadach leczenia poszczególnych objawów chorobowych, omawiając szczegółowo zajęcie poszczególnych ważnych dla życia narządów w przebiegu choroby.

Trzeba podkreślić, że naczelną zasadą leczenia TRU jest możliwie szybkie uzyskanie remisji choroby oraz ograniczenie działań niepożądanych leków przewlekłe stosowanych w chorobie.

Aktualnie dostępne metody leczenia choroby są w większości przypadków bardzo skuteczne i pozwalają większości chorych żyć, bez wyraźnych objawów chorobowych.

Choroba jest jedną z częstszych systemowych chorób autoimmunizacyjnych. Ocenia się, że w Polsce choruje około 30 000 do 40 000 tys. ludzi. Niewątpliwie u wielu osób choroba nie jest jeszcze rozpoznana. Opóźnienie w rozpoznaniu choroby sięga w wielu wypadkach nawet kilku lat. Rozpoznanie choroby jest trudne z wielu powodów. Choroba często rozpoczyna się objawami tylko ze strony jednego narządu i dopiero w trakcie jej trwania pojawiają się kolejne objawy sugerujące chorobę układową. Wydaje się też, że stosunkowo mała jest jeszcze znajomość choroby w środowisku lekarskim. Książka powinna tę lukę wypełnić.

– Kompleksowa wiedza z zakresu toczenia rumieniowatego układowego (TRU) dostępna jest najczęściej w różnych podręcznikach. Ta

## **Profesor Maria Majdan: Mała jest wciąż znajomość toczenia rumieniowatego układowego (TRU) w środowisku lekarskim. Książka powinna tę lukę wypełnić. Myślmy również, że monografia trafi do naszych chorych, pozwoli im lepiej zrozumieć toczeń oraz zminimalizować obawy związane z tą chorobą.**

książka przedstawia aktualny stan wiedzy na temat TRU w ujęciu wielodyscyplinarnym. Publikacja może być literaturą uzupełniającą dla lekarzy pragnących doszkolić się, pogłębić wiedzę. W poszczególnych rozdziałach w przystępnej formie podsumowano wiedzę bieżącą o TRU.

Książka rozpoczyna się bardzo ciekawym rozdziałem napisanym przez profesora Eugeniusza Kucharza o historii toczenia – omawia jak stopniowo gromadzono coraz bardziej racjonalną wiedzę o chorobie i jakie metody leczenia na przestrzeni wieków stosowano w chorobie. Kolejne rozdziały napisane przez doświadczonych reumatologów z poszczególnych polskich ośrodków reumatologicznych zajmujących się szczególnie tą chorobą mówią o patogenezie choroby (prof. Marzena Olesińska z Instytutu Reumatologii), o epidemiologii i sposobach oceny aktywności choroby pisze profesor Leszczyński i dr Pawlak-Buś z ośrodka poznańskiego. Jak rozpoznawać chorobę, czyli o kryteriach klasyfikacyjnych TRU pisze dr Anna Kotulska z Katowic. O toczeniu u dzieci napisała profesor Elżbieta Smolewska z Łodzi. Kolejne rozdziały omawiają zajęcie poszczególnych narządów w chorobie. O napisanie tych rozdziałów poproszono lubelskich specjalistów z naszej uczelni: hematologa (dr hab. Bożena Sokółowska), gastroenterologa – profesor Halina Cichoż Lach; dermatologa – profesor Dorotę Krasowską. Profesor

Zofia Niemir wraz z prof. Marią Majdan opracowały rozdział o zajęciu i leczeniu choroby nerek w toczeniu. Z ośrodka lubelskiego profesor Jolanta Parada-Turska i docent Bożena Targońska-Stępnia opracowały rozdziały o zajęciu centralnego układu nerwowego i stawów oraz układu oddechowego i serca w TRU. Profesor Maria Majdan opracowała rozdział o przebiegu ciąży u chorych na toczeń, chorobie u ludzi starszych oraz o zasadach leczenia choroby. Profesor Piotr Wiland z Wrocławia napisał rozdział o lekach biologicznych stosowanych w TRU. Jak widać, książka, tak jak choroba, zaangażowała głównie kobiety (autorkami rozdziałów jest 11 kobiet i 3 mężczyzn). Treść książki została uzupełniona ciekawymi zdjęciami ilustrującymi różne postaci choroby. Autorom przyświecała nadzieja, że wiedza w niej zawarta oswoi to schorzenie – także przed lekarzami – i przeloży się na lepszą jakość leczenia.

Autorzy zapraszają do przeczytania książki z nadzieją, że dotrze ona nie tylko do reumatologów, ale również lekarzy innych specjalności zajmujących się chorymi na toczeń i będzie pomocna w codziennej praktyce klinicznej. Myślmy również, że książka trafi do naszych chorych i pozwoli im lepiej zrozumieć ich chorobę oraz pozwoli zmniejszyć obawy związane z chorobą.

**PROF. DR HAB. MARIA MAJDAN**

# Lubelskie szpitale wśród czołowych w kraju

Co zdążyły zrobić szpitale w minionym roku, jaki sprzęt zakupiły, w czym ich oddziały są najlepsze? Gdzie i na co możemy się leczyć?

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 przy Sulicy Staszica otworzył w maju ubiegłego roku Ponadregionalny Ośrodek Leczenia Chorób Narządu Wzroku. Koszt inwestycji wyniósł 32 mln zł. Placówka uruchomiła też Bank Komórek Krwiotwórczych wyposażony w specjalistyczny sprzęt. Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii szpitala jest jednym z wiodących ośrodków w wewnątrznaczyniowym leczeniu chorób układu naczyniowego.

Od kilku lat zdecydowana większość tętniaków aorty brzusznej zaopatrywana jest metodami minimalnie inwazyjnymi – przy użyciu stentgraftów. Tę samą metodę lekarze stosują również przy tętniaku aorty piersiowej. W ten sposób stała się ona rutynową metodą leczenia.

1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką przy Alejach Racławickich stawia na Centrum Rehabilitacji, w którym wykonuje się zabiegi w ramach fizykoterapii, krioterapii czy hydroterapii. Najnowocześniejszym sprzętem medycznym może pochwalić się między innymi oddział gastrologii, gdzie wykonuje się manometrię, czyli diagnozowanie zaburzeń motoryki przewodu pokarmowego. Szpital wojskowy zajmuje się też chirurgią urazową i ortopedią. Miejscowy oddział wykorzystuje w leczeniu wszystkie nowoczesne i dostępne systemy zespolen kości, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych.

W styczniu br. Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego uruchomił Pracownię Zaburzeń Oddychania, która zapewnia diagnostykę obturacyjnego bezdechu sennego. W placówce przy ulicy Biernackiego wprowadzono najnowocześniejsze metody diagnostyki chorób płuc i gruźlicy. Analizator, który działa w Pracowni Mikrobiologii i Prętka Gruźlicy, jest jedynym tego typu urządzeniem w woj. lubelskim. Szpital jest drugim ośrodkiem w naszym regionie, gdzie wykonywane są małoinwazyjne badania bronchoskopii ultrasonograficznej, które pomagają zdiagnozować guzy śródpiersia czy raka płuc.

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy przy ulicy prof. Gębali świadczy usługi pediatryczne w każdym zakresie i obejmuje leczeniem pacjentów od dnia narodzin do 18. roku życia. Rocznie realizuje ponad 28 tys. hospitalizacji. W 2014 roku po raz pierwszy w Polsce specjaliści zastosowali u noworodka sztuczną skórę do zabezpieczenia ubytku. II Oddział Ortopedii Dziecięcej wprowadził jako pierwszy w Polsce biodegradowalny implant do korekcji operacyjnej stóp płasko-koślawych. Umożliwia to małemu pacjentowi chodzenie już w kilka dni po zabiegu.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego przy alei Kraśnickiej leczyło się w minionym roku ponad 33 tys. pacjentów. Za 4,7 mln złotych ukończono termomodernizację budynków szpitalnych. W maju 2015 r. w szpitalu zaczęło funkcjonować poradnia lekarza rodzinnego. Szpital chwali się nowym Oddziałem Toksykologiczno-Kardiologicznym, jedynym takim w kraju. Wykonuje się tam między innymi diagnostykę oraz leczy ostre, przewlekłe zatrucia wywołane przez ksenobiotyki.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 przy ulicy Jaczewskiego zakupił system do neuronawigacji dla kliniki neurochirurgicznej za 2,2 mln złotych. Szpital może się też pochwalić nowym sprzętem do tomografii komputerowej za 6,5 miliona złotych. Ma również najnowocześniejszy aparat USG do badań naczyniowych. Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej święci od wielu lat triumfy w różnych rankingach na najlepszy oddział neurochirurgii w Polsce. Dzięki kierownikowi Kliniki Położnictwa i Perinatologii, który wdrożył program trójstopniowej opieki perinatalnej, województwo lubelskie osiąga jedne z najlepszych wyników prenatalnych w Polsce.

**GABRIELA BOGACZYK  
KURIER LUBELSKI**

---

# Testy leków i jedzenia w Ośrodku Medycyny Doświadczalnej

– Na razie jesteśmy na etapie rozmów. Mamy też pierwsze zapytania od przedsiębiorców, głównie branży farmaceutycznej i spożywczej – mówi dr n. med. Mirosław Łańcut, kierownik OMD. – Badania, które można przeprowadzić w naszym ośrodku, mogą mieć zastosowanie w przemyśle spożywczym, farmaceutycznym, paszowym oraz hodowli zwierząt. Na razie trwa doposażenie ośrodka, ale od listopada będziemy mogli się już zająć realizacją projektów.

OMD to nowoczesny kompleks naukowo-hodowlany. W ośrodku będą prowadzone badania na zwierzętach: myszach, szczurach i rybkach danio, ale naukowcy zapewnijają, że nie będą ich uśmiercać.

– To nowoczesne i bardzo humanitarne metody – tłumaczy dr Łańcut. – Medycyna doświadczalna to jeden z głównych filarów medycyny ludzkiej.

Wyniki tych badań mają pomóc naukowcom w wyjaśnianiu procesów powstawania chorób, poszukiwaniach metod profilaktyki czy testowaniu nowych leków.

OMD to pierwsza tego typu jednostka badawcza w ramach lubelskiej uczelni. Jak podkreśla prof. Andrzej Drop, rektor Uniwersytetu Medycznego, w centrum uwagi badaczy znajdują się choroby układu krążenia, neurodegeneracyjne i nowotworowe.

**KATARZYNA PRUS  
DZIENNIK WSCHODNI**



**Ośrodek Medycyny Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego przy ul. Jaczewskiego 8D w Lublinie będzie współpracował z jednostkami badawczymi z Belgii i Finlandii**

## COLLEGIUM PATHOLOGICUM UM JUŻ OTWARTE

# Tu szukają leków

13 zmodernizowanych laboratoriów i 8 nowych pracowni ze specjalistycznym sprzętem badawczym oraz 2 aule wykładowe wyposażone w nowoczesny sprzęt audiowizualny. Tak wygląda nowe Collegium Pathologicum Uniwersytetu Medycznego.

Z nowoczesnego budynku korzystają pracownicy naukowi Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej, Katedry i Zakładu Patofizjologii, Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej oraz Samodzielnej Pracowni Biologii Medycznej oraz studenci.

W ramach inwestycji rozbudowano i przebudowano budynek przy ul. Jaczewskiego 8. Powstało nowe skrzydło, dzięki czemu powierzchnia laboratoriów i pracowni jest znacznie większa. – Infrastruktura naukowo-badawcza została dostosowana do poziomu nowoczesnego centrum badawczo-rozwojowego – mówi Włodzimierz Matysiak, rzecznik Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. – Zmodernizowano 13 laboratoriów i 55 pracowni, które zostały wyposażone w nowoczesny sprzęt naukowo-badawczy – dodaje Matysiak.

Powstało też 8 nowych pracowni oraz 2 aule wykładowe, które są wyposażone w nowoczesny sprzęt audiowizualny.

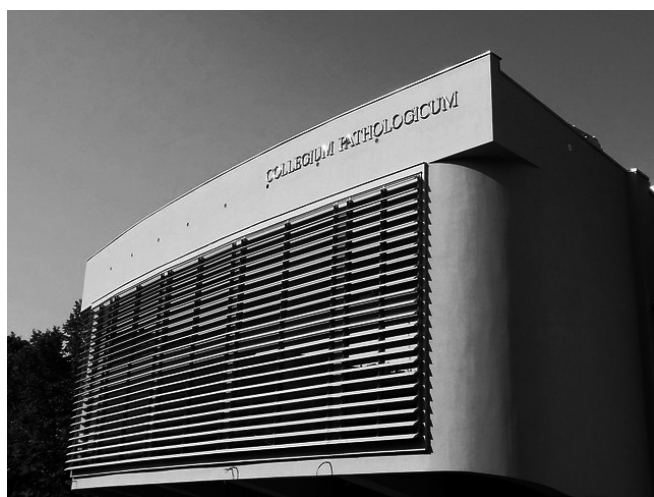
– Zmodernizowana infrastruktura laboratoryjna umożliwi realizację innowacyjnych projektów badawczych. Zwiększy się jakość, ilość i zakres prowadzonych badań – zaznacza Matysiak. – Z nowej infrastruktury laboratoryjnej będą mogły korzystać również inne za-

interesowane jednostki oraz podmioty gospodarcze prowadzące działalność naukową.

Dzięki inwestycji będzie można m.in. wykonywać interdyscyplinarne badania łączące problematykę medyczo-sądową i techniki obrazowania z naukami, humanistycznymi i przyrodniczymi, a także badania związane z genetyką sądową oraz badania nad nowotworami (głównie płuc i układu trawienego). Możliwe będą również badania związane z poszukiwaniem leków przeciwnowotworowych i w zakresie skuteczności terapii farmakologicznej w dziedzinie chorób neurologicznych, psychicznych i kardiologicznych.

Wartość projektu przekroczyła 40 milionów złotych. Blisko 31 milionów pochodzi ze środków unijnych.

**KATARZYNA PRUS  
DZIENNIK WSCHODNI**



# Hala UM coraz bliżej

Uniwersytet Medyczny podpisał umowę z autorem projektu nowej hali sportowej-widowskiej na terenie uczelnianego kampusu przy ul. Chodźki. To kolejny krok do rozpoczęcia budowy, który umożliwi m.in. starania o uzyskanie dotacji.

Szacowany koszt to ok. 25 mln zł.

Obiekt powstanie w sąsiedztwie obecnej hali, zbudowanej na przełomie lat 80. i 90. Ta, po ukończeniu inwestycji ma zostać wyburzona.

– Została ona zbudowana w starej technologii i jej modernizacja byłaby nieopłacalna – wyjaśnia Ewa Abramek, kanclerz Uniwersytetu Medycznego. – Pieniądze na przeprowadzenie prac projektowych mamy zabezpieczone. Sama budowa nie jest jeszcze kwestią zamkniętą i mamy półtora roku, żeby uzyskać formy wsparcia z różnych instytucji na przynajmniej części-

we dofinansowanie tego projektu – dodaje. Uczelnia liczy, że uda się pozyskać dotację m.in. z Ministerstwa Sportu. Budowa powinna potrwać ok. dwóch lat.

Konkurs na koncepcję architektoniczną hali pod koniec października wygrała pracownia Buszkiewicz Architekci z Poznania, która za swoją pracę otrzyma 1,3 mln zł. – Dokumentację projektową skończymy do końca przyszłego roku – deklaruje architekt Filip Buszkiewicz.

W nowym budynku znajdzie się m.in. hala główna z boiskiem wie-

lofunkcyjnym, ścianką wspinaczkową i trybunami dla ok. tysiąca osób. W obiekcie znajdą się też sale do sportów walki, tenisa stołowego i squasha, siłownia oraz gabinety lekarskie, rehabilitacyjne i odnowy biologicznej. Będzie się w nim mieścił także m.in. klub studencki. Na zewnątrz mają być zlokalizowane boiska i korty tenisowe. Uczelnia planuje też otworzyć tam m.in. kino letnie.

**TOMASZ MACIUSZCZAK**  
**DZIENNIK WSCHODNI**



## FINANSE LUBELSKICH UCZELNI

# Najlepiej ma się Medyczny, najgorzej UMCS

Sprawdziliśmy kondycję finansową lubelskich uczelni.  
Okazuje się, że 2014 rok był dla nich wyjątkowo pomyślny.

Przyzwyczajaliśmy się, że władze uczelni narzekają; a to na mniejszą liczbę studentów, a to na zbyt małe dotacje. Ale liczby mówią co innego. W Lublinie najgorzej wypada UMCS – zamykając rok 2014, odnotował deficyt w wysokości ok. 2 mln zł. To jednak mniej o ponad 1,3 mln zł niż w 2013 roku.

Rzeczniczka UMCS tłumaczy, że deficyt mógłby być nawet mniejszy, gdyby hojniejsze było Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. – Istotną przyczyną takiego wyniku finansowego jest zmniejszenie wysokości otrzymanej dotacji na działalność dydaktyczną – tłumaczy Magdalena Kozak-Siemnińska, rzecznik prasowy UMCS.

Największy uniwersytet w naszym regionie poprawiłby też wynik finansowy, gdyby nie niższe wpływy m.in. z tytułu przychodów ze studiów niestacjonarnych i kosztowne inwestycje. – Jednocześnie w ostatnich latach realizujemy wiele modernizacji i remontów w obiektach uczelni – dopowiada Kozak-Siemnińska.

UMCS stara się podreperować swoje finanse, pozyskując studentów z zagranicy i uruchamiając nowe atrakcyjne kierunki studiów, ale wszystko wskazuje na to, że obecny rok nie będzie tak dobry, jak poprzedni. W 2015 r. uczelnia planuje deficyt na poziomie zbliżonym do lat poprzednich – w wysokości ok. 2,8 mln zł.

Z problemami finansowymi zmagają się także niedawno Uniwersytet Przyrodniczy. Ze względu na mniejszą dotację przyznaną przez ministerstwo, uczelnia zamknęła rok 2012 ze stratą wynoszącą 1,7 mln zł. Plan rzeczowo-finansowy na 2015 rok zakłada jednak zyski na poziomie 437,6 tys. zł.

Inne lubelskie uczelnie nie tylko od lat nie zmagają się z deficytem, ale także chwalą się dobrymi wynikami. – Rok 2014 był dla Politechniki Lubelskiej rokiem przełomowym z uwagi na wysokość i strukturę osiągniętego wyniku finansowego – mówi Iwona Czajkowska-Deneka, rzecznik prasowy uczelni.

Ogólny wynik wyniósł 4 mln 580 tys. zł „na plusie”.

– Jeszcze nigdy politechnika nie osiągnęła wyniku o takiej wartości – podkreśla rzeczniczka. Jak mówi, jest to efekt konsekwentnej polityki finansowej władz uczelni. Na jej dobrą kondycję wpływa nie tylko współpraca z biznesem i komercjalizacja efektów badań, ale także zwiększanie liczby studentów z zagranicy czy poszerzanie zakresu obowiązków pracownikom. – Tak pozytywny wynik finansowy pozwala realizować

w 2015 roku kolejne inwestycje i remonty obiektów uczelni. Chodzi o remont stołówki studenckiej oraz kompleksową modernizację hali sportowej – mówi Czajkowska-Deneka.

W dobrej kondycji jest także KUL. – Od trzech lat każdy rok budżetowy zamykamy z zyskiem, co jest ogromnym sukcesem, ponieważ aktualne władze rektorskie przejmowały finanse uczelni z poważnym deficytem – mówi Lidia Jaskała, rzecznik prasowy uczelni.

I powołuje się na liczby: we wrześniu 2012 roku nowe władze przejęły od poprzedników uczelnię z ujemnym wynikiem budżetowym za rok 2011. Strata wyniosła ponad 2 mln 655 tys. zł. Do tego doszedł kredyt w wysokości ponad 23 mln zł.

Ale rok 2012 został już zamknięty z zyskiem (ponad 2 mln 433 tys. zł), a pod koniec 2014 na koncie uczelni znalazło się ponad 5 mln 248 tys. zł. KUL nie ma także zaciągniętego kredytu w rachunku bieżącym.

Uniwersytet Medyczny zamknął zaś rok 2014 z zyskiem ponad 6 mln zł. – Uczelnia nie posiada zaległych zobowiązań, nie korzysta z kredytów, pożyczek i obcego kapitału. Pozyskuje fundusze zewnętrzne, zwłaszcza środki unijne, niezbędne do unowocześniania infrastruktury naukowo-dydaktycznej – uzupełnia Włodzimierz Matysiak, rzecznik prasowy uczelni.

### Fundusze uczelni na zakończenie 2014 roku UMCS

Ponad 2 mln zł „na minusie”. Natomiast władze uczelni szacują, że 2015 rok zostanie zamknięty z jeszcze większym deficytem, bo ok. 2 mln 857 tys. zł.

### Politechnika Lubelska

Chwali się najlepszym wynikiem finansowym od lat: 4 mln 580 tys. zł „na plusie”.

### KUL

W ciągu trzech lat od zmiany władzy rektorskiej uczelnia nie tylko pozbyła się deficytu, ale także zgromadziła na koncie 5 mln 248 tys. zł.

### Uniwersytet Medyczny

Zamknął kolejny rok z zyskiem, tym razem było to ponad 6 mln zł.

**AGATA WÓJCIK  
KURIER LUBELSKI**

---

## WSZCZEPILI NAJNOWSZE STYMULATORY CHORYM Z PADACZKĄ

# Nasi lekarze pionierami

Neurochirurdzy z Lublina jako pierwsi w kraju wszczepili pacjentom z padaczką lekooporną najnowocześniejsze na świecie stymulatory mózgu. Dzięki nim chorzy nie będą musieli martwić się, że zbliża się atak.

Na stół operacyjny w Klinice Neurochirurgii SPSK nr 4 przy ul. Jaczewskiego w Lublinie kierowanej przez prof. Tomasza Trojanowskiego trafiło dwóch chłopców. Jeden z nich ma 9 lat, drugi – 11. Obaj od lat zmagają się z padaczką lekooporną.

Choroba cechuje się wieloma uciążliwymi napadami, których chory nie jest w stanie kontrolować. Wspomniani chłopcy codziennie mają nawet kilkanaście ataków. Leki, które przyjmują, tylko nieco łagodzą ich skutki. Jednak o całkowitym wyleczeniu na razie nie ma mowy.

---

**Urządzenie analizuje pracę serca i w przypadku zbliżającego się ataku samo się włącza. Pacjent nie musi już wcale o tym myśleć i pamiętać, żeby w odpowiednim momencie przyłożyć magnes do stymulatora.**

---

### Co zrobić podczas snu?

Dlatego kilka lat temu neurochirurdzy z Lublina postanowili im wszczepić stymulatory nerwu błędnego. Dzięki nim pacjent wiedział, że zbliża się atak. I przykładając specjalny magnes w okolice obojczyka mógł powstrzymać atak.

– Jednak to rozwiązanie miało też swoje wady. Nie działało podczas snu. Poza tym, kiedy w stymulatorze rozładowała się bateria, trzeba było go całkiem wymienić. To oznaczało kolejną operację. Stymulator w zależności od tego, jak często był używany trzeba było wymieniać średnio co dwa lata, czasem częściej – wyjaśnia prof. Tomasz Trojanowski.

### Analizuje pracę serca

Dlatego naukowcy zastanawiali się, jak udoskonalić urządzenie. Udało się. Na początku tego tygodnia neurochirurdzy z SPSK nr 4 jako pierwsi w Polsce wszczepili nowe stymulatory. Czym różnią się od tych starszych? – Urządzenie analizuje pracę serca i w przypadku zbliżającego się ataku samo się włącza. Pacjent nie musi już wcale o tym myśleć i pamiętać, żeby w odpowiednim momencie przyłożyć magnes do stymulatora. To duża zaleta – mówi prof. Trojanowski.

Kolejnym plusem jest to, że urządzenie będzie wolniej się zużywało. Bo była grupa pacjentów, która bojąc się ataku, przykładła magnes do stymulatora dosyć często. Co za tym idzie szybciej zużywali baterie. Teraz nie będą musieli się tym przejmować.

### Koszt się zwróci

Nowe stymulatory są nieco droższe od tych poprzedniej generacji. Ich koszt sięga 55 tys. zł w porównaniu z 40 tys., które trzeba było zapłacić za starsze. Jednak prof. Trojanowski zauważa, że ten koszt się zwróci właśnie dzięki dłuższej żywotności urządzeń.

**PIOTR KOZŁOWSKI  
GAZETA WYBORCZA LUBLIN**

# *„Zadaniem uniwersytetów nie jest działalność charytatywna, czyli likwidacja bezrobocia”*

**B**yć może środek wakacji to nie najlepszy czas na pisanie o wyższych uczelniach. Z drugiej jednak strony – kiedy będzie ten lepszy czas, skoro sami zainteresowani jak ognia unikają poważnej dyskusji na ten temat, więc nie mówi się o tym nigdy?

Tymczasem w sytuacji, kiedy w Polsce w ciągu roku ubyłoby 22 tysiące chętnych na studia, co oznacza odpowiednio niższe ministerialne finansowanie, nadzieja, że jakoś to będzie i jakoś te wyższe szkoły przecież przetrwają, wydaje się niestety graniczyć z lekkomyślnością.

Bo nie zdarzyło się co prawda jeszcze, żeby jakaś państwowa uczelnia zbankrutowała czy została zamknięta z powodu złej kondycji finansowej albo braku studentów, ale nie byłabym tu wielką optymistką. Nie zdarzyło się jeszcze. Jeszcze.

\*\*\*

O tym, że jest bardzo źle także w Lublinie przekonałam mnie tekst, który ukazał się w „Wyborczej” na początku tego miesiąca. Była to informacja, że minister nauki i szkolnictwa wyższego Lena Kolarska-Bobińska zabiega w komisji europejskiej o to, by uczelnie mogły wynajmować na cele komercyjne budynki, które wybudowały za pieniądze z Unii Europejskiej – a przedstawiciele lubelskich uczelni są z tego zadowoleni.

Co to znaczy? Ano znaczy to tyle, że nastawiało się tych budynków ile się dało, a teraz nie ma ani czym ich wypełnić, ani za co utrzymać. Więc możliwość wynajęcia ich na przykład przedsiębiorcom czy NGO-som jawi się jako wielka szansa wybrnięcia z tego kłopotu. Liczba wszelkich laboratoriów naukowych w Lublinie jest zresztą taka, że można by się tu było spodziewać co najmniej paru noblistów. Tymczasem ani noblistów nie ma, ani szczególnie spektakularnych wyników, a najlepsi maturzyści wybierają raczej Warszawę czy

Kraków, więc i w przyszłości nie ma co liczyć na pojawienie się młodych geniuszy, którzy ściągną tu prawdziwie wypasione granty. A obcych, z innych ośrodków, zatrudnia się bardzo niechętnie.

\*\*\*

Kilka lat temu rozpoczęła się budowa Centrum Analityczno-Programowego dla Zaawansowanych Technologii Przyjaznych Środowisku w Lublinie Ecotech Complex. Miało służyć pięciu lubelskim i dwóm rzeszowskim uczelniom, a także trzem instytutom badawczym.

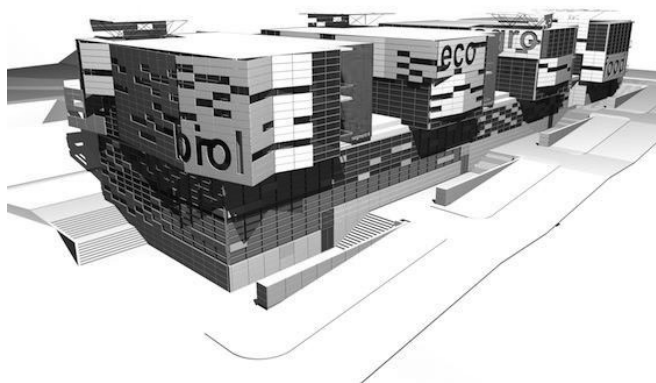
Minęło niewiele czasu, a Uniwersytetowi Przyrodniczemu i Politechnice Lubelskiej udało się zdobyć unijne pieniądze na własne inwestycje. Wycofały się.

Szkoda, wydawać by się mogło, że wspólne laboratoria a przede wszystkim wspólne badania zespołów

---

**Są też argumenty przeciw  
połączeniu lubelskich  
uczelni. Nie wyobrażam  
sobie na przykład, żeby  
Uniwersytet Medyczny  
chciał zrezygnować  
ze swoich dochodów  
pochodzących z kształcenia  
zagranicznych studentów,  
by wrzucać je do wspólnego  
wora na rzecz tych, którzy  
sobie nie radzą.**





**Dwa lata temu przy ul. Lesława Pagi powstało Centrum Analityczno-Programowe dla Zaawansowanych Technologii Przyjaznych Środowisku w Lublinie Ecotech Complex**

uczonych z różnych placówek naukowych stwarzają lepsze możliwości dojścia do wartościowych odkryć, tak jak się to dzieje na całym świecie. Ale nie w Lublinie. Mam wrażenie, że w Lublinie każdy rektor musi sobie wystawić pomnik: to ja zbudowałem ten gmach.

\*\*\*

Więc jeśli nie udało się zrezygnować z partykularnych ambicji nawet na rzecz zorganizowania wspólnego laboratorium, trudno mieć choć cień nadziei na to, by lubelskie uczelnie zdecydowały się na jedyne rozwiązanie, które zapewniłoby im spokojną przyszłość: połączenie się z powrotem w jeden uniwersytet.

Co by to dało? Ano na przykład wyższe miejsce we wszelkich rankingach, gdzie jednym z kryteriów jest liczba specjalności badawczych i dydaktycznych (zresztą na świecie trudno wyobrazić sobie uniwersytet bez medycyny czy prawa, takie dziwolągi jak nasz medyczny, to raczej polska specyfika). Na przykład skończyłoby się powielanie tych samych kierunków studiów, zamiast dwóch, trzech, czterech na bardzo różnym poziomie, pozostałby jeden – za to dobry. Można byłoby bardzo ograniczyć i zrationalizować administrację. Okazałoby się też pewnie, że nie potrzeba aż tylu zakładów czy instytutów – na przykład fizyki, matematyki, ekonomii czy chemii, można byłoby je skleić, pozostawiając najlepszych naukowców.

Zdaniem prof. Mariana Harasimiuka, byłego rektora UMCS – pisałam o tym kilka lat temu – byłoby to bardzo korzystne rozwiązanie, bo placówki powstałe ze wszystkich podobnych czy takich samych na UMCS, UP i UM – na przykład laboratoria biotechnologiczne – bez trudu zdobyłyby wszelkie europejskie certyfikaty i mogłyby ściągnąć ludzi z całego świata. Naturalnie wiązałyby się to ze zwolnieniami i z redukcją stanowisk. No i wystarczyłby jeden rektor i paru prorektorów, a skoro połączyłyby się wydziały, instytuty i zakłady – zmniejszyłaby się też liczba dziekanów i prodziekanów, kierowników katedr i zakładów. Cała ta operacja byłaby oczywiście bardzo bolesna dla zwalnianych ludzi i dla pozbawianych funkcji szefów różnych szczebli. Ale na litość boską, my, podatnicy, mamy prawo oczekiwać od uczelni i dydaktyki, i prowadzenia badań naukowych na najwyższym poziomie. Najwyższy czas uświadomić sobie, że nie jest zadaniem uniwersytetów działalność charytatywna, czyli likwidacja bezrobocia poprzez utrzymanie na etatach zbędnych pracowników.

\*\*\*

Są też oczywiście całkiem racjonalne argumenty przeciw połączeniu lubelskich uczelni. Nie wyobrażam sobie na przykład, żeby Uniwersytet Medyczny chciał zrezygnować ze swoich dochodów pochodzących z kształcenia zagranicznych studentów, by wrzucić je do wspólnego wora na rzecz tych, którzy sobie nie radzą.

Myślę jednak, że dałoby się to zorganizować tak, żeby nikt na tym nie tracił, dając poszczególnym wydziałom czy instytutom odpowiednią autonomię. U innych, na przykład na Uniwersytecie Jagiellońskim, który wchłonął krakowską Akademię Medyczną, czy w połączonych uczelniach bydgoskiej i toruńskiej jakoś nic złego się nie dzieje.

Wiem, że to być może pobożne życzenia i że, obserwując to, co się dzieje w lubelskim środowisku naukowym, trudno liczyć na bezinteresowną rezygnację ze status quo. Ale kto wie? Cuda się zdarzają, a szczególnie wtedy, kiedy w tle jest bezwzględna ekonomia.

**MAŁGORZATA BIELECKA-HOŁDA  
GAZETA WYBORCZA LUBLIN**

# Ponad 160 tys. osób chce Uniwersytetu Medycznego w Bydgoszczy

Ponad 160 tys. podpisów zostało zebranych pod obywatelskim projektem ustawy w sprawie utworzenia Uniwersytetu Medycznego im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. W czwartek listy poparcia złożono w Sejmie.

„Złożyliśmy w Sejmie listę z 159 770 podpisami poparcia projektu ustawy o utworzeniu Uniwersytetu Medycznego. Wcześniej wraz zawiadomieniem o utworzeniu Komitetu Obywatelskiego Inicjatywy Ustawodawczej złożyliśmy listę z 1200 podpisów, a więc razem jest to ponad 160 tys. głosów” – poinformował PAP inicjator akcji poseł dr Zbigniew Pawłowicz (PO).

Celem przedsięwzięcia jest przekształcenie w samodzielną uczelnię istniejącego w mieście Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera, które jest częścią Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Collegium powstało na bazie Akademii Medycznej, która w 2004 r. połączyła się z UMK. Inicjatywa utworzenia Uniwersytetu Medycznego nie była konsultowana z władzami UMK.

---

**Celem przedsięwzięcia jest przekształcenie w samodzielną uczelnię istniejącego w mieście Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera, które jest częścią Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Collegium powstało na bazie Akademii Medycznej, która w 2004 r. połączyła się z UMK.**

---

Z inicjatywą powołania w Bydgoszczy Uniwersytetu Medycznego poseł Pawłowicz wystąpił latem. Jest on znany w regionie głównie z racji sprawowania w latach 1996-2014 funkcji dyrektora Centrum

Onkologii, które pod jego kierownictwem stało się jednym wiodących ośrodków leczenia chorób nowotworowych w kraju. Wkrótce został zawiązany Obywatelski Komitet Inicjatywy Ustawodawczej.

Zgodnie z Ustawą o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli do marszałka Sejmu skierowano zawiadomienie o utworzeniu komitetu wraz z projektem nowej ustawy i listą z 1200 głosami poparcia (ustawa wymaga 1000).

Jeszcze poprzednia marszałek Sejmu Małgorzata Kidawa-Błońska 7 października wydała postanowienie o przyjęciu zgłoszenia o utworzeniu komitetu. Od tego czasu organiza-

---

**Zgodnie z Ustawą o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli, do marszałka Sejmu skierowano zawiadomienie o utworzeniu komitetu wraz z projektem nowej ustawy i listą z 1200 głosami poparcia (ustawa wymaga 1000).**

---

# Inicjatywa utworzenia samodzielnego Uniwersytetu Medycznego spotkała się z szerokim odzewem. Poparcia udzielili bydgoscy posłowie ze wszystkich partii, a także przedstawiciele różnych środowisk i mieszkańcy regionu kujawsko-pomorskiego. O poparcie inicjatywy w liście duszpasterskim zwrócił się do wiernych biskup bydgoski Jan Tyrawa; podpisy zbierano m.in. po mszach.

torzy akcji mieli trzy miesiące na zebranie wymaganych przez ustawę co najmniej 100 tys. podpisów, przy czym zaliczone są podpisy wcześniej złożone w Sejmie.

Inicjatywa utworzenia samodzielnego Uniwersytetu Medycznego spotkała się z szerokim odzewem. Poparcia udzielili bydgoscy posłowie ze wszystkich partii, a także przedstawiciele różnych środowisk i mieszkańcy regionu kujawsko-pomorskiego. O poparcie inicjatywy w liście duszpasterskim zwrócił się do wiernych biskup bydgoski Jan Tyrawa; podpisy zbierano m.in. po mszach.

Zdaniem Pawłowicza Collegium Medicum rozwija się gorzej od innych dawnych akademii medycznych, które zostały przekształcone w uniwersytety medyczne. Jako powód wskazał brak osobowości prawnej, a co za tym idzie – samodzielności.

Przez trzy miesiące zebrano 159 770 podpisów osób, popierających utworzenie uniwersytetu.

„Po sprawdzeniu zgodności podpisów, marszałek Sejmu – zgodnie z ustawą – w ciągu trzech miesięcy powinien skierować projekt do legislacji. Myślę, że głosowanie w Sejmie będzie pozytywne, bo ten projekt po pierwsze nie rodzi żadnych

skutków finansowych, a po drugie – jest zgodny z zamierzeniami rządu” – powiedział PAP Pawłowicz.

Poseł zaznaczył, że „minister zdrowia już zadeklarował zwiększenie o 15 proc. finansowania



Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy

studiów medycznych od tego roku i nowej jakości kształcenia, w związku z tym utworzenie Uniwersytetu Medycznego wpisuje się w projekt rządu”.

Poseł podkreślił, że nie obawia się sprzeciwu rządu w sprawie projektu ustawy, a jedynie oporu ze strony UMK. „Ale zgodnie z art. 18 Ustawy o szkolnictwie wyższym minister w takich sprawach zasięga opinii senatu uczelni, ta opinia nie jest jednak wiążąca” – dodał.

Rzecznik UMK dr hab. Marcin Czyżniewski powiedział PAP, że trudno jest mu komentować inicjatywę, gdyż od początku akcji nikt nie zwrócił się do władz i środowiska uczelni w tej sprawie.

„Te argumenty, które znamy z wypowiedzi posła Pawłowicza w prasie, są jawnie nieprawdziwe albo zupełnie absurdalne. Argument, że Collegium Medicum nie rozwija się od 10 lat świadczy, że poseł nie wie jak działa ta część UMK” – podkreślił rzecznik.

Czyżniewski podał, że majątek Collegium Medicum w ciągu 10 lat wzrósł ze 150 do 450 mln zł, budżet z 45 do 150 mln zł, liczba studentów z 4 do 6 tys., liczba studentów zagranicznych z 10 do 200, liczba kierunków medycznych z 7 do 22, liczba uprawnień doktorskich i habilitacyjnych z 4 do 9.

„Nikt z nami dyskusji nie chciał

podejmować. Na UMK w Toruniu i Bydgoszczy było grono chętnych do rozmowy o przyszłości Collegium, ale po tych oskarżeniach to grono spadło do zera. Tylko decyzją UMK, przy zagwarantowanej przez konstytucję autonomii uczelni, można by wydzielić część majątku UMK i utworzyć osobną uczelnię” – podkreślił rzecznik UMK.

rau/mhr  
PAP Nauka w Polsce

# Były minister zdrowia zostawił prezent szpitalom klinicznym i instytutom

Marian Zembala zostawił prezent szpitalom klinicznym i instytutom. Od 2016 r. NFZ może im zwiększyć wycenę punktu za każde z realizowanych świadczeń

138 mln zł w przyszłym roku mogą otrzymać dodatkowo szpitale nadzorowane przez ministra zdrowia oraz podlegające rektorom uniwersytety medyczne. Będzie to możli-

we dzięki rozporządzeniu, które pod koniec swojego urzędowania podpisał były minister zdrowia Marian Zembala. Samorządowcy są oburzeni, że ich szpitale zostały po-

traktowane przez odchodzący rząd jako placówki drugiej kategorii. Preferencyjnemu potraktowania wysokospecjalistycznych placówek sprzeciwia się także część lekarzy.

## Walczyli o lepszą stawkę

Instytuty nadzorowane przez ministra zdrowia oraz szpitale podlegające rektorom uniwersytetów medycznych od dawna domagały się poprawy finansowania. Argumentowały to tym, że to do nich trafiają najcięższe przypadki, ponadto to na ich barkach spoczywa kształcenie przyszłych lekarzy. Tymczasem są opłacane według takiej samej kalkulacji punktowej, jak np. mały szpital powiatowy. NFZ bowiem za każdą procedurę płaci określoną liczbę

punktów. Ta oczywiście jest wyższa w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych niż np. prostego zabiegu, ale wartość pojedynczego punktu (52 zł) jest zawsze taka sama.

Na apele klinik i instytutów o zwiększenie finansowania zareagował dopiero minister Zembala. W rozmowie z DGP przyznał, że zapewnił na 2016 r. dodatkowe 138 mln zł na zwiększenie wyceny punktu o 1 zł tylko dla tej grupy szpitali. Muszą one mieć m.in. od-

powiednio wykwalifikowaną kadrę, sprzęt, a także prowadzić oddział geriatryczny oraz telekonsultacje dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Zwiększenie finansowania będzie możliwe dzięki rozporządzeniu w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1400), które były szef resortu podpisał na miesiąc przed wyborami parlamentarnymi.

## Zdecyduje prezes NFZ

I choć nowe przepisy zaczną obowiązywać od 1 stycznia 2016 r., to preferencyjna wartość punktu dla wysokospecjalistycznych placówek nie jest jeszcze pewna. Zgodnie z tym aktem to prezes NFZ będzie ustalał nowe współczynniki korygujące, pozwalające zwiększyć finansowanie za określone świadczenia, wybranym

grupom pacjentów, osobom wykonującym dany zawód medyczny, a także grupom świadczeniodawców.

Zapytaliśmy więc w NFZ, czy już trwają prace nad zarządzeniem prezesa w tym zakresie. W odpowiedzi biuro prasowe centrali NFZ stwierdziło jedynie, że przepis jeszcze nie obowiązuje.

O rozporządzeniu pozostawionym przez Mariana Zembalę bardzo ostrożnie wypowiada się także resort zdrowia. – Jeśli prezes NFZ wyda takie zarządzenie, zostanie ono zbadane w trybie nadzoru nad działalnością NFZ – podkreśla Danuta Jastrzębska, naczelnik w Ministerstwie Zdrowia.

---

## Kliniki liczą na poprawę

Tymczasem szpitale uniwersyteckie i instytuty już otrzymały propozycje kontraktów na 2016 r., w których wycena punktu nie została zmieniona. Ich dyrektorzy liczą, że nowy minister zdrowia Konstanty Radziwiłł przejmie pomysł po poprzedniku. Bo choć podwyżka punktu o 1 zł byłaby raczej kosmetyczna, to jest dla nich istotna. Jej wprowadzenie to poważna zmiana systemowa – oznacza bowiem odejście od płacenia za takie samo świadczenie wszystkim po równo.

Piotr Pobratyn, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, tłumaczy, że jest to niezbędne, bo obecny system finansowania krzywdzi wysokospecjalistyczne placówki, które wiele

świadczeń wykonują w trybie ratującym życie.

lub trzy razy w miesiącu. Natomiast gotowość do udzielenia świadcze-

---

## Instytuty nadzorowane przez ministra zdrowia oraz szpitale podlegające rektorom uniwersytetów medycznych od dawna domagały się poprawy finansowania. Argumentowały to tym, że to do nich trafiają najcięższe przypadki, ponadto to na ich barkach spoczywa kształcenie przyszłych lekarzy.

---

– Procedurę pękniętego tętniaka aorty wykonuje zwykle jeden, co najwyżej dwa ośrodki w regionie, ale taki pacjent trafia tam np. raz

nia musimy utrzymywać codziennie przez całą dobę. To kosztuje – podkreśla Pobratyn.

## Lekarze krytykują

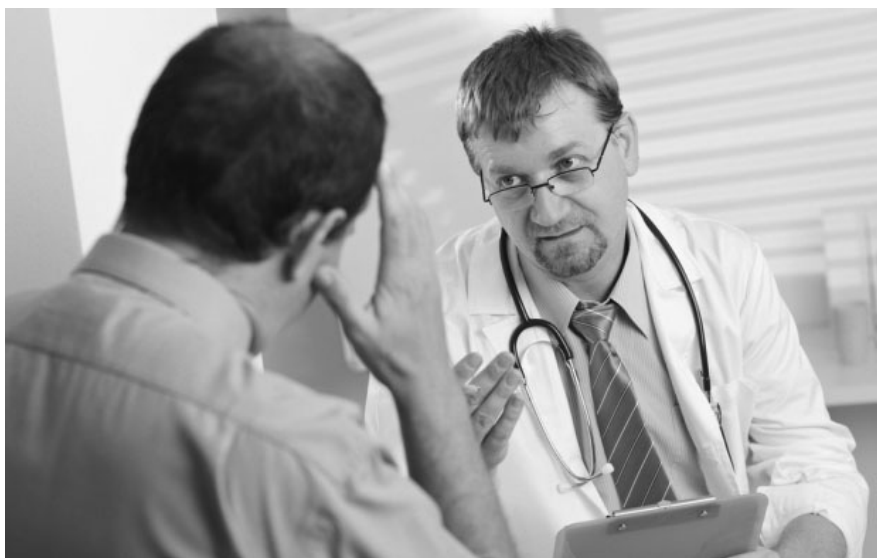
Faworyzowanie klinik i instytutów nie podoba się samorządom. Ich placówki przez ostatnie lata zanotowały najniższy przyrost kontraktów. – To nie jest dobry kierunek zmian. Nowe rozwiązania powinny obejmować wszystkich, a nie tyl-

ko wybranych. Ostatnio dokładano pieniędzy podstawowej opiece zdrowotnej czy w specjalistycie. Szpitale powiatowe były tym niekochanym dzieckiem, jak w rodzinie wielodzietnej, której nie stać, żeby wszystkim kupić nowe obu-

wie i czapki. My też chcemy dostać nowe buty i okrycie głowy na zimę – uważa Marek Wójcik, ekspert Związku Powiatów Polskich.

Pomysł Mariana Zembali dzieli także środowisko medyczne. – Procedura wycięcia pęcherzyka żółciowego jest wszędzie taka sama. Mój pogląd jest taki, że nie byłoby właściwe, gdyby szpital uniwersytecki dostawał za nią inne pieniądze niż prywatny czy publiczny. Placówki uniwersyteckie powinny dostawać większe środki z tytułu prowadzenia badań klinicznych oraz dydaktyki, ale nie metodą ręcznego sterowania przez zmianę wysokości punktu, bo to nie będzie uczciwe – uważa Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

**BEATA LISOWSKA  
DZIENNIK GAZETA PRAWNA**



## Uśmiech Eskulapa

Rozmawiają dwie ciężarne koleżanki.

– Zauważyłam, że w im bardziej zaawansowanej ciąży jestem, tym więcej kobiet się do mnie uśmiecha. Nie rozumiem dlaczego.

– Bo jesteś od nich grubsza.

– Cały czas trzęsą mi się ręce.

– Czy dużo Pan pije? – pyta lekarz.

– Nie. Więcej rozlewam.

Kardiolog do pacjenta:

– Niech się pan nie martwi o serce. Bije mocno, równym rytmem.

– O, to dobrze panie doktorze.

– Pytanie tylko czy żebra wytrzymają...

Przychodzi pacjentka do lekarza z okularami na brzuchu.

– Po co panie te okulary?

– Jak to po co? Sam pan powiedział, że mam chorą ślepą kiszkę.

– Panie doktorze, codziennie rano oddaję mocz o 5 rano.

– W pana wieku to bardzo dobrze.

– Ale ja się budzę o 7!

Psychiatra do pacjenta zatwardziałego kryminalisty:

– Opowiem panu początek historii, a Pan ją dokończy. Dziad i baba posadzili rzepkę...?

– A Rzepka odsiedział swoje i załatwił i dziada i babę.

Kobiecie chorej na astmę lekarz zaleca:

– Niech pani codziennie rano pije jedno surowe jajko.

– Nie może mi pan przepisać innej kuracji? Ja nie znoszę jajek!

– A kto je pani każe znosić?!?

Salowa pyta pacjenta:

– Czy życzy pan sobie kaczkę?

– Tak, ale dobrze przypieczoną i najlepiej z frytkami.

## O zdrowiu i chorobie

Badania medyczne zrobiły tak niebywały postęp, że dziś praktycznie nie ma już ani jednego zdrowego człowieka.

**Aldous Huxley**

Lekarz przyszłości nie będzie dawał leków, lecz poinstruuje swojego pacjenta w kwestii odpowiedniego stylu życia, diety oraz zapobiegania chorob.

**Thomas A. Edison**

Jeśli ludzie pozwolą rządowi decydować o tym, co mają jeść i jakie brać leki, ich ciała będą wkrótce w tak samo pożałowania godnym stanie, jak dusze tych, którzy żyją pod tyranią.

**Tomasz Jefferson**

Choremu nieskończenie łatwiej jest wyobrazić sobie raj niż zdrowie.

**Emil Cioran**

Każdy powinien wiedzieć, że większość oficjalnych badań przeciw rakowi to wielkie oszustwa.

**Linus Pauling**

Z potraw które się zjada powstają wszystkie choroby ludzkie.

**Herodot**

Człowiek zdrowy ma tysiące marzeń, chory tylko jedno – wyzdrowieć.

**Andreas Moritz**

Twoje zdrowie jest rezultatem związku żyjących w symbiozie 100 trylionów bakterii.

**Bożena Przyjemaska**

Od roku 1969, osobiście spożyłem w sumie dwie tony kwasu L-askorbinowego (witaminy C).

**Robert F. Cathcart**

Autyzm nauczył mnie więcej o medycynie niż nauka na studiach medycznych.

**James Jefery Bradstreet**

Lekarz powinien kochać ludzi, by słuzenie im dało owoc w postaci przyczyniania się do zmniejszenia ich cierpień i przetrwania rodzaju ludzkiego.

**Julian Aleksandrowicz**

K W A R T A L N I K

**AlmaMater**

**Adres redakcji:** Rektorat UM, 20-095 Lublin, Al. Raclawickie 1, pok. nr 119, tel. +4881/448-51-51, 4881/448-51-50

**Redagują:** Dr n. med. Włodzimierz Matysiak oraz współpracownicy

**Skład, łamanie:** Krzysztof Steinke – Wydawnictwo Ars Nova, Poznań, ul. Grunwaldzka 17

**Druk i oprawa:** Print Group, Szczecin, ul. Mieszka I 63/64

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, możliwość skracania i adiacji tekstów oraz doboru ilustracji.



Ilustracje fotograficzne oraz zdjęcia dokumentujące życie Uczelni wykonał Stanisław Sadowski

A. Gtowniak Lipa '11